

Risikoeinschätzungs-Tool Danger Assessment\* nach J.C. Campbell 2004  
mit Ergänzung für Oberhausen

		Nein	Ja	Punkte bei „Ja“
1.	Hat die physische Gewalt an Frequenz oder Schwere in den letzten zwölf Monaten zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
2.	Besitzt der Gefährder eine Schusswaffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
3.	a. Haben Sie ihn verlassen, nachdem sie in den letzten 12 Monaten zusammengelebt hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	b. Haben Sie niemals mit ihm zusammengelebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3
4.	Ist er arbeitslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
5.	Hat er jemals eine Waffe gegen Sie eingesetzt oder Sie mit einer tödlichen Waffe bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
6.	Hat er angedroht, Sie zu töten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
7.	Gab es bereits eine polizeiliche Intervention wegen häuslicher Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
8.	Haben Sie ein Kind, welches nicht von ihm stammt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
9.	Hat er Sie jemals zu sexuellen Handlungen gegen Ihren Willen gezwungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
10.	Hat er jemals versucht Sie zu würgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	a. Wenn ja, hat er es mehr als einmal getan, sind Sie in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen schwarz vor Augen oder schwindelig geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
11.	Benutzt er illegale Drogen mit aufputschender Wirkung wie Amphetamine, Speed, Engelsstaub, Kokain, Crack oder ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
12.	Ist er Alkoholiker oder Problemtrinker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
13.	Kontrolliert er die meisten oder alle Ihrer täglichen Aktivitäten? (schreibt er Ihnen z.B. vor, mit wem Sie befreundet sein können, wann Sie ihre Familie sehen können, über wie viel Geld Sie verfügen können oder wann Sie das Auto benutzen dürfen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
14.	Ist er heftig und permanent eifersüchtig betreffend Ihrer Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
15.	Hat er Sie jemals geschlagen, als Sie schwanger waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
16.	Hat er jemals gedroht, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
17.	Hat er gedroht, Ihren Kindern etwas anzutun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
18.	Glauben Sie, dass er in der Lage wäre, Sie umzubringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
19.	Verfolgt er Sie oder spioniert Ihnen nach, hinterlässt er bedrohliche Nachrichten, beschädigt er Dinge von Ihnen oder ruft Sie an, obwohl Sie das nicht möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
20.	Haben Sie jemals selbst gedroht, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	<b>Gesamtsumme</b>			<input type="text"/>

Punktezuordnung

Schwankende Gefährdung	Weniger als 8 Punkte
Erhöhte Gefährdung	8 – 13 Punkte
<b>Hohe Gefährdung</b>	<b>14 – 17 Punkte</b>
<b>Extreme Gefährdung</b>	<b>18 oder mehr Punkte</b>

Bei Beantwortung der **gelb hinterlegten** oder aller folgender Fragen mit „Ja“ ist von einem Hochrisikofall auszugehen.

Wird das Opfer von dem /der Beschuldigten gestalkt?	<input type="checkbox"/> Ja
Hat die / der Beschuldigte körperliche Gewalt gegenüber dem Opfer ausgeübt?	<input type="checkbox"/> Ja
Hat die / der Beschuldigte <u>aktuell</u> Morddrohungen gegenüber dem Opfer geäußert?	<input type="checkbox"/> Ja

\* Das Danger-Assessment richtet sich nach Gewalt in Ex-/Partnerschaften, in der sich die Gewalt des Mannes gegen die Frau richtet.