

# Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von weiblichen mutmaßlich Stuprum-Betroffenen

## Recommendations for Care and Support of Female Rape Victims



### Autoren

Lina Ana Fryszter<sup>1</sup>, Melanie Büttner<sup>2</sup>, Saskia Etzold<sup>3</sup>, Elisabeth Muetzel<sup>4</sup>, Katharina Rall<sup>5</sup>, Julia Schellong<sup>6</sup>,  
Autorinnenteam Frauennotruf Frankfurt, Matthias David<sup>1</sup>

### Institute

- 1 Gynecology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
- 2 Praxis für Sexual-, Psycho- und Traumatherapie, München
- 3 Gewaltschutzambulanz, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Berlin
- 4 Institut für Rechtsmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, München
- 5 Department of Obstetrics and Gynaecology, Tübingen University Hospital, Tübingen
- 6 Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

### Key words

stuprum, rape, sexual violence, primary care, forensic medical examination, psychosocial support

### Schlüsselwörter

Stuprum, Vergewaltigung, sexualisierte Gewalt, Erstversorgung, medizinisch-forensische Untersuchung, psychosoziale Betreuung

eingereicht 2. 11. 2021

angenommen 4. 11. 2021

### Bibliografie

Geburtsh Frauenheilk 2022; 82: 384–391

DOI 10.1055/a-1687-9584

ISSN 0016-5751

© 2022. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Matthias David  
Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Gynäkologie  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland  
[matthias.david@charite.de](mailto:matthias.david@charite.de)

### ZUSAMMENFASSUNG

**Einleitung** In der Bundesrepublik Deutschland erleben laut Prävalenzstudien mindestens 5% aller Frauen in ihrem Leben eine Vergewaltigung. Eine Vergewaltigung hat, individuell unterschiedlich ausgeprägt, gravierende Folgen für die somatische, psychische und psychosoziale Gesundheit Betroffener. Der ärztlichen Versorgung mutmaßlich Stuprum-Betroffener kommt eine besondere Wichtigkeit zu, da diese einerseits den Verarbeitungs- und Heilungsprozess nach einem solchen einschneidenden Ereignis positiv beeinflussen kann und andererseits Ärztinnen und Ärzte in diesem Zusammenhang die am häufigsten konsultierten professionellen Helferinnen bzw. Helfer sind. Die Erstversorgung nach Stuprum setzt sich aus 3 Anteilen zusammen: der medizinisch-forensischen Untersuchung sowie der medizinischen und psychischen Versorgung. Auf die einzelnen Anteile wird detailliert in der Stellungnahme eingegangen. Ebenfalls werden Empfehlungen zur Nachbetreuung getroffen.

**Methoden** Es erfolgte eine selektive Literaturrecherche sowie die Erarbeitung eines Konsensus unter repräsentativen Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachbereichen in einem mehrstufigen Verfahren.

**Ziele** Ziel der Stellungnahme ist es, einen Beitrag zur weiteren Verbesserung und Standardisierung der ärztlichen Versorgung mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen zu leisten.

### ABSTRACT

**Introduction** According to prevalence studies, at least 5% of all women in the Federal Republic of Germany experience rape during their lifetime. While the effects vary according to the individual, rape has serious consequences for the somatic, psychological, and psychosocial health of the victim. The medical care that is provided to presumed rape victims is of special importance, as this care can have a positive influence on the patient's ability to process their experience and engage in healing following such a traumatic event. Furthermore, doctors are the professionals whose help is most often sought in this context. Primary care following rape consists of three aspects: the forensic medical examination, medical care, and psychological care. In this position paper, each of these as-

pects are discussed in detail. Recommendations for follow-up care are also provided.

**Methods** In a multi-tiered process, a selective literature review was performed and a consensus among representative experts from different areas of specialization was formulated.

**Goals** The goal of this paper is to contribute to the further improvement and standardization of the medical care provided to women who are presumed rape victims.

## Einleitung

Eine Vergewaltigung (lat. Stuprum) ist ein medizinischer Notfall. Ein Stuprum wird nach der Istanbul-Konvention definiert als „... nicht einverständliche, sexuell bestimmte orale, vaginale oder anale Penetration einer anderen Person mit einem Körperteil oder Gegenstand...“ [2].

In der Bundesrepublik Deutschland erleben in ihrem Leben vermutlich mindestens 5% aller Frauen eine Vergewaltigung [1]. Dies hat, individuell unterschiedlich ausgeprägt, gravierende Folgen für die

- körperliche Gesundheit (unmittelbar: akute Verletzungen, Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen [STI], Schwangerschaft; langfristig: psychosomatische Erkrankungen wie chronische Unterbauchschmerzen [3–5], Dysmenorrhö, gestörte Menstruationsblutungen, Dyspareunie, sexuelle Dysfunktionen [6,7], Zervixdysplasien und -karzinome [8], Alkohol-, Tabak- und Drogenabusus [1,9,10]) und die
  - psychosoziale Gesundheit (z.B. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen [1,11], Beziehungsschwierigkeiten, soziale Isolation [1,6,9,11])
- der betroffenen Frauen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die entscheidende Rolle der medizinischen Erstversorgung nach sexualisierter Gewalt als Frühintervention und zur Bewältigung dieser Erfahrung betont [9,12]. Eine empathische, nicht wertende sowie klinisch kompetente Erstversorgung wird von den Betroffenen als große Unterstützung erlebt und beeinflusst deren individuellen Heilungs- und Verarbeitungsprozess deutlich positiv [13,14].

## Methoden

Es erfolgte die selektive Literaturrecherche. Die Datenbanken PubMed, CINAHL, MEDLINE, Livivo, APA PsycArticles und APA PsycInfo sowie Google Scholar wurden unter Suchbegriffen (rape, sexual assault, sexual violence, Vergewaltigung AND primary care, post assault care, forensic examination, trauma-informed care) nach Publikationen durchsucht, die bis Juli 2021 veröffentlicht wurden. Unter selbigen Kriterien wurde in genannten Datenbanken nach den Suchbegriffen Vergewaltigung, sexualisierte Gewalt, sexuelle Gewalt UND Erstversorgung, Versorgung nach Publikationen gesucht. Beteiligte repräsentative Autorinnen und Autoren aus verschiedenen Fachbereichen entwickelten in einem zweiten Schritt den formalen Konsensus.

## Allgemeine Empfehlungen zur Erstversorgung

Die Erstversorgung nach Stuprum besteht aus der medizinisch-gynäkologischen und der forensisch-medizinischen Untersuchung sowie der psychosozialen Versorgung.

Eine polizeiliche Anzeige ist keine Voraussetzung für die Versorgung der Betroffenen.

Es besteht für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt keine Pflicht zur Anzeige – weder als Institution noch als Privatperson.

Die medizinischen und psychosozialen Anteile der Versorgung sollten Betroffenen unabhängig von einer polizeilichen Anzeige oder Vertraulichen Spurensicherung (VSS) immer angeboten bzw. empfohlen werden.

## Allgemeine Grundlagen und Empfehlungen

- Es sollten Räumlichkeiten mit einer ruhigen Atmosphäre für die Erstversorgung bereitstehen [14–16].
- Wartezeiten sollten so kurz wie möglich gehalten werden.
- Die versorgende Ärztin/der versorgende Arzt und die beteiligten Pflegekräfte sollten in der Erstversorgung nach Stuprum und in traumainformierter Gesprächsführung geschult sein [9,12,17]. Hierzu sollten regelmäßig Fortbildungen durchgeführt werden [9,12].
- Aus forensischer Sicht ist Facharztstatus wünschenswert. Wenn dies nicht möglich ist, sollte die (medizinisch-forensische) Untersuchung von geschultem gynäkologischem Personal durchgeführt werden.
- Nach Möglichkeit sollten 2 Ärztinnen bzw. Ärzte die Untersuchung im 4-Augen-Prinzip durchführen.
- Bei Vorliegen einer Sprachbarriere sollte eine professionelle Dolmetscherin für die Anamneseerhebung, die Untersuchung und die Beratung hinzugezogen werden. Es ist bei eingeschränkter sprachlicher Kommunikation immer empfehlenswert, besonders im Hinblick auf eine etwaige polizeiliche Ermittlung, zu dokumentieren, wie, in welcher Sprache und in welcher Qualität die sprachliche Verständigung erfolgte.
- Falls die Betroffene weibliches oder männliches Personal zur Versorgung vorzieht, sollte dieser Wunsch möglichst berücksichtigt werden [9,18–21].
- Die Untersuchung sollte immer im Beisein einer weiblichen Drittperson durchgeführt werden [21].
- Liegt ein akuter medizinischer Notfall vor (z.B. schwere Verletzungen, Panikattacken, Dissoziation, Intoxikationen), hat dessen Behandlung Priorität [22,23].

## Umgang mit der Betroffenen

- Die Anwesenheit einer Begleitperson zur Unterstützung während der Versorgung sollte der Betroffenen angeboten werden. Diese Person sollte dann darüber informiert werden, dass sie als Zeugin bzw. Zeuge im Falle eines Gerichtsverfahrens herangezogen werden kann [19, 22].
- Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern von Kriminalpolizei oder Polizei sollen bei der körperlichen und/oder gynäkologischen Untersuchung nicht anwesend sein.
- Alle Untersuchungsschritte sollten der Betroffenen verständlich erklärt und im Sinne des „informed consent“ durchgeführt werden [9, 14, 16, 21].
- Der Betroffenen sollte einmalig und ohne Drängen die Möglichkeit der polizeilichen Anzeige erläutert werden.
- Die Betroffene sollte darüber informiert sein, dass die Untersuchung freiwillig ist und sie die Untersuchung jederzeit beenden oder unterbrechen kann. Eine etwaige (Teil-)Ablehnung sowie Unterbrechungen und vorzeitige Beendigungen sollten dokumentiert werden. Medizinische Untersuchung und Beweissammlung können das Gefühl von Scham und Kontrollverlust verstärken. Es sollte kein Druck zu Untersuchung und Behandlung ausgeübt werden und der Betroffenen sollte eine größtmögliche Kontrolle über den Untersuchungsprozess ermöglicht werden.
- Die Ärztin bzw. der Arzt sollte aktiv zuhören (validieren, die Narration der Betroffenen bestätigen, das Stressniveau im Blick behalten, beruhigend wirken, ins „Hier und Jetzt“ fokussieren, Ressourcen aktivieren, den Heilungsprozess betonen) und Ruhe und Sicherheit vermitteln. Kritik sollte unterlassen werden [9, 13, 14, 24] insbesondere da negative soziale Reaktionen bspw. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) fördern können [17, 24–28].
- Es sollte sachlich und empathisch mit der Betroffenen umgegangen werden und ihr vermittelt werden, dass ihr geglaubt wird, ihr Trauma anerkannt wird und sie keine Schuld an dem Vorgefallenen trägt [17, 22, 24, 29]. Betroffene sollten sich sicher fühlen und dem betreuenden medizinischen Personal vertrauen können [30].

## Information zu Formen der Versorgung (polizeiliche Anzeige, VSS, alleinige medizinische Versorgung)

Die Versorgung kann auf Wunsch der betroffenen Frau allein aus der medizinischen und psychosozialen Versorgung bestehen (siehe „Empfehlungen zur medizinisch-forensischen Untersuchung“). Dennoch ist in jedem Fall eine ärztliche Dokumentation anzufertigen, denn selbst ohne weitere Spurensicherung stellt sie bei Bedarf und nach Entbindung von der Schweigepflicht eine sachdienliche Quelle dar. Die Betroffene sollte aber sorgfältig darüber aufgeklärt werden, welchen Nutzen gesicherte Spuren in Form von Fotos und DNA in einem etwaigen, späteren Gerichtsverfahren haben können.

### Vertrauliche Spurensicherung

Der Betroffenen wird, falls eine polizeiliche Anzeige nicht gewünscht ist, die Option einer sogenannten Vertraulichen Spurensicherung (VSS) angeboten und erläutert. Die VSS ist eine anzeigunabhängige Spurensicherung. Betroffenen wird eine ge-

richtsverwertbare ärztliche Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Spurensicherung ohne sofortige Anzeigenerstattung ermöglicht.

Betroffene haben somit die Möglichkeit, sich körperlich und mental zu erholen, sich Unterstützung zu holen und die Option einer Anzeige zu überdenken.

Abhängig von der Verwahrungszeit der gesicherten Spuren kann im Falle einer Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt auf die gesicherten Materialien zurückgegriffen und diese ausgewertet werden. Die Betroffenen sollten über die Dauer der Verwahrung informiert werden und dieses mit ihrer Unterschrift bestätigen. Die jeweilige Verwahrdauer variiert abhängig vom Versorgungsstandort [31–33].

Unabhängig von einer etwaigen Spurensicherung oder von der Lagerzeit des gesicherten Spurenmaterials kann aktuell bis zu 20 Jahre nach der Tat Anzeige erstattet werden. Wenn die Betroffene zum Tatzeitpunkt unter 30 Jahre alt war, beginnt die Verjährungsfrist erst mit Vollendung des 30. Lebensjahrs.

### Versorgung nach einer polizeilichen Anzeige

Im Falle einer polizeilichen Anzeige muss die Betroffene darüber informiert werden, dass sie die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht im Hinblick auf die dokumentierten Befunde und die Spurensicherung gegenüber der Polizei und Justiz befreien muss [16].

In jedem Fall einer angefragten Herausgabe von Unterlagen benötigt die Ärztin bzw. der Arzt eine unterschriebene Schweigepflichtentbindung der Patientin zur Weitergabe von Informationen an die Ermittlungsbehörden.

Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin empfiehlt eine interdisziplinäre Untersuchung durch gynäkologisches und rechtsmedizinisches ärztliches Personal [21]. Von diesem Vorgehen kann je nach Versorgungsstandort/Zuständigkeiten sowie abhängig von personellen und strukturellen Möglichkeiten sowie vom Verletzungsmuster bei der Betroffenen abgewichen werden. Dabei müssen immer Qualitätsstandards zur sachdienlichen Befunddokumentation und Spurensicherung erfüllt sein [20, 21].

Im Falle einer medizinisch forensischen Untersuchung wird die Verwendung speziell dafür entwickelter Spurensicherungskits [9, 20, 21, 34] empfohlen. Diese beinhalten sowohl Vorlagen für die Anamneseerhebung als auch Materialien für die medizinisch-forensische Untersuchung und Anweisungen zu deren richtiger und systematischer Durchführung und zur Spurensicherung [21].

### Anamnese

- Die Anamneseerhebung beinhaltet eine allgemeine, die gynäkologische sowie die die Tat betreffende Anamnese.
- Sowohl die medizinische Anamnese als auch die Anamnese zum Tathergang lenken die klinische sowie forensisch-medizinische Untersuchung und Spurensicherung, die medizinische Versorgung (bspw. Risiko STI, Risiko Schwangerschaft) und weitere erforderliche Unterstützungsmaßnahmen für die Betroffene [22, 35].
- Das Erfragen von Details zum Tathergang sollte sich – um die Belastung für die Betroffenen zu begrenzen – auf das für die Untersuchung, Versorgung und Spurensicherung notwendige Maß beschränken [21].

- In der Anamnese sollten folgende Punkte enthalten sein:
  - die Umstände des Übergriffs, einschließlich Datum, Uhrzeit, Ort, Einsatz von Waffen, Gewalt, Fesseln, anderen Gegenständen und sonstiger Gewalt oder Drohungen, Schilderung einer eventuellen Gewalt gegen den Hals und damit verbundenem Kot- oder Urinabgang, Aura, Schluckbeschwerden, Halsschmerzen, Heiserkeit und Fremdkörpergefühl (Globusgefühl);
  - Angaben dazu, ob die Betroffene Bewusstlosigkeit/Schwarzwerden vor Augen oder Gedächtnisverlust erlitt oder Verdacht auf eine Intoxikation besteht;
  - Angaben zum oralen, vaginalen oder anorektalen Kontakt oder zur Penetration sowie zum Vorhandensein oder Fehlen einer Ejakulation (ggf. Begriff erläutern) und/oder der Verwendung eines Kondoms durch den Täter;
  - Informationen zu Blutungen bei Täter oder Betroffener; diese können für die Beurteilung des Risikos einer Hepatitis- oder HIV-Übertragung relevant sein;
  - Angaben zu einvernehmlichen sexuellen Aktivitäten vor oder nach dem Übergriff, einschließlich Details über die Stelle des Kontakts (oral, genital, anorektal) und die Verwendung von Kondomen;
  - Informationen dazu, ob sich die Betroffene seit dem Übergriff abgewischt, geduscht, gebadet hat oder ob sie die Kleidung gewechselt, etwas gegessen, Zahnpasta oder Mundwasser benutzt, Einläufe gemacht, einen Tampon, eine Binde oder ein Barriere-Kontrazeptivum gewechselt oder entfernt hat;
  - die Dokumentation aktuell bestehender Beschwerden/Schmerzen bei der Betroffenen.
- Falls von der Betroffenen eine medizinisch-forensische Untersuchung geplant ist, sollte sie darüber informiert werden, bis zur Untersuchung
  - Bäder/Duschen/Umkleiden zu vermeiden,
  - Kondome, falls verwendet, aufzubewahren,
  - Essen, Trinken, Rauchen zu vermeiden, wenn der Übergriff eine orale Penetration beinhaltete,
  - aktuell verwendete Tampons o.ä. vaginal zu belassen (diese sollten erst nach dem Abstrich vom äußeren Genitale entfernt werden).

Folgende Forderungen werden an die medizinisch-forensische Untersuchung gestellt:

- Es sollte bei der gesamten Untersuchung und Spurensicherung nach einem Untersuchungsprotokoll/Dokumentationsbogen vorgegangen werden. (Spurensicherungskits beinhalten solche Protokolle mit den entsprechenden Untersuchungsbogen.)
- Bei der Spurensicherung müssen bestimmte Abläufe eingehalten und eine lückenlose Beweismittelkette (= gesicherte Spuren müssen für später nachvollziehbar übergeben und aufbewahrt werden) gesichert werden [14, 36].
- Bei der Spurensicherung ist dabei zu beachten, dass keine eigene DNA oder DNA einer Voruntersuchung übertragen wird. Demnach sollten Tisch und Stühle, die bei der Untersuchung benutzt werden, vorher so gesäubert werden, dass sie DNA-frei sind (Reinigung mit üblicher alkoholhaltiger Oberflächen-desinfektion).
- Beweismittel wie Kleidung, Slipeinlagen, Tampons, Kondome etc. sollten in Papiertüten gesichert werden. Falls keine polizeiliche Anzeige erfolgt, können diese durch die Klinik oder die Betroffene selbst verwahrt werden. Im letzteren Fall könnte die Anerkennung als Beweismittel in einem späteren juristischen Verfahren wegen möglichen Manipulationen anfechtbar sein.
- Es sollte die detaillierte körperliche Untersuchung des gesamten Körpers erfolgen, wobei zu beachten ist, dass die Entkleidung immer nur in Teilschritten erfolgt. Hierbei sollte mit der allgemein körperlichen Untersuchung und Spurensicherung begonnen und dann erst zur anogenitalen Untersuchung übergegangen werden.
- Bei der körperlichen und der anogenitalen Untersuchung müssen alle Verletzungen nach Größe, Form, Farbe und ggf. Tiefe (z. B. bei Stichverletzungen, wenn möglich) und genauer Lokalisation erfasst und zusätzlich fotografisch und mittels Zeichnung in ein Ganzkörperschema dokumentiert werden [14, 20, 21]. Auch das Fehlen von Verletzungen (sog. Negativbefunde), geringfügig erscheinende Verletzungen (sog. Bagatellverletzungen) oder eine Weigerung seitens der Betroffenen, bestimmte Areale untersuchen zu dürfen, ist zu dokumentieren.
- Das Fotografieren von Verletzungen ist eine sinnvolle Ergänzung zur grafischen Dokumentation in Ganzkörperschemata und zur Beschreibung von Befunden. Es sollte sensibel mit diesem Medium umgegangen werden, die dezidierte Zustimmung zu Fotografien als Teil der Untersuchung ist einzuholen. Wenn eine Fotodokumentation erfolgt, sollte dies im Bericht

vermerkt werden. Es kann eine Porträtaufnahme der Betroffenen zur späteren Zuordnung erfolgen. Es sollten aussagekräftige Detailaufnahmen und Aufnahmen mit Maßstäben (Übersichtsaufnahme und Detailaufnahme mit Maßstab; senkrecht auf die Verletzung fotografieren) und Farbskala erfolgen, die geschützt der Dokumentation anzufügen sind [21]. Vor allem das Fotografieren des Anogenitalbereichs wird von Betroffenen als beschämend wahrgenommen [21], daher sollten keine Übersichtsaufnahmen des Anogenitalbereichs gemacht werden. Es sollten aussagekräftige Detailaufnahmen erfolgen, die geschützt der Dokumentation anzufügen sind [21].

- Digitale Aufnahmen sollten nicht gelöscht werden (auch nicht vermeintlich undeutliche Fotos). Dies dient der Absicherung der Untersuchenden.
- Die Asservierung von am Körper befindlichen Spuren sollte möglichst parallel zur Untersuchung durchgeführt werden, um der Betroffenen mehrere sich wiederholende Schritte zu ersparen [15].
- Das Ausmaß der Spurensicherung ist abhängig von den Charakteristika der Tat (bspw. von der Art der Penetration, dem Ausmaß der Gewalteinwirkung und dem zeitlichen Abstand zur Tat).
- Es sollte zur DNA-Analyse der Betroffenen ein Wangenschleimhautabstrich genommen werden [21]. Alternativ kann die Betroffenen-DNA über eine Blutprobe (EDTA-Röhrchen) gesichert werden.
- Abhängig von den Anamneseangaben sollten folgende Abstriche erfolgen [20, 21]:
  - vaginale Penetration: äußeres Genitale, Scheidenvorhof, hinteres Vaginalgewölbe und Damm/perianal
  - anale Penetration: Damm/perianal, Rektum
  - orale Penetration: Mund (Hierbei ist es wichtig, die Tupfer möglichst in den Backentaschen und Lippenumschlagsfalten abzureiben.).
- Auf die korrekte Beschriftung der Probenröhrchen ist stets zu achten.
- Es sollten Abstriche von möglicherweise vorhandenen Blut-, Speichel- oder Spermaflecken, von Verletzungen und aus dem Bereich unter den Fingernägeln der Betroffenen mit befeuchteten Abstrichträgern erfolgen.
- Zum Nachweis von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum oder -verabreichung sind Blut- und Urinproben erforderlich [21]. Testung auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum oder -verabreichung sollten selektiv, d. h. im Verdachtsfall (Amnesie um die Tat, manifeste Symptome, Verdacht durch Betroffene etc.), erfolgen [35]. Dabei ist zu beachten:
  - Am häufigsten kann im Falle von Sexualdelikten mit V. a. Bewusstseinsbeeinträchtigung der Betroffenen durch Alkohol, Drogen oder Medikamente Alkohol nachgewiesen werden [37–41].
  - Durch den Täter/die Täterin können verschiedene Substanzen wie Benzodiazepine,  $\gamma$ -Butyrolacton (wird zu Gamma-Hydroxybuttersäure [GHB] verstoffwechselt) und GHB selbst, Ketamin, Anticholinergika, Antihistaminika und Muskelrelaxanzien eingesetzt worden sein [39]. Die Substanzen können unter Umständen nur für einen kurzen Zeitraum

nach der Tat nachgewiesen werden, bspw. GHB für 6–8 Stunden im Blut und ca. 12 Stunden im Urin [39]. Daher sollte die Probennahme (Blut und Urin) möglichst schnell (am besten vor der eigentlichen Spurensicherung) durchgeführt werden. Bei größerem Zeitabstand zur Tat können Haaranalysen erfolgen [42].

## Empfehlungen zur medizinischen Versorgung

Falls die Betroffene ausschließlich eine vertrauliche medizinische Untersuchung und keine Spurensicherung wünscht, sollte dennoch erläutert werden, dass die Möglichkeit einer Spurensicherung besteht und was diese umfasst. Sollte die Patientin diese dennoch explizit ablehnen, so ist ihr Wunsch unbedingt zu akzeptieren und zu dokumentieren.

Auch im Falle einer rein medizinischen Versorgung sollte immer ein Dokumentationsbogen verwendet werden; er führt sicher durch den gesamten Untersuchungsgang und kann in einem etwaigen späteren Strafverfahren als „Beweismittel“ dienen.

## Allgemeine Empfehlungen

- Körperliche Verletzungen sollten adäquat erfasst, dokumentiert und versorgt werden, ggf. sollten dabei andere Fachdisziplinen involviert werden.
- Der Tetanus-Impfstatus sollte erhoben werden und falls indiziert, sollte eine Impfung erfolgen.
- Nach Gewalt gegen den Hals (Würgen/Drosseln) sollte stets eine HNO-ärztliche Untersuchung veranlasst werden, ggf. begleitet von einer Bildgebung (CT/MRT des Halses).
- Es sollte den Betroffenen die Durchführung eines Schwangerschaftstests (im Urin) angeboten werden.
- Betroffenen sollte eine Notfallkontrazeption angeboten werden (Ulipristalacetat, Levonorgestrel, in Ausnahmefällen eine intrauterine Kupferspirale) [12].

## Sexuell übertragbare Erkrankungen (STI)

(Näheres in der AWMF-Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen [STI] – Beratung, Diagnostik und Therapie“ Kapitel 4.3.2. Diagnostik von STI bei sexuellem Missbrauch [43].)

Es sollte ein Ausgangsbefund („Null-Status“) bezüglich der folgenden Infektionen bestimmt werden: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae und Trichomonas vaginalis aus einem vaginalen Abstrich sowie Lues, HIV, Hepatitis B und C aus dem Serum. Eine Aufklärung über die notwendigen Verlaufskontrollen nach 2, 6 und 12 Wochen ist sehr wichtig.

Es sollte eine prophylaktische antibiotische Therapie erwogen werden. Bei Wunsch der Betroffenen, hohem Infektionsrisiko und/oder vermuteter geringer Compliance bezüglich medizinischer Nachsorgetermine wird eine prophylaktische Einmaltherapie gegen Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae sowie ggf. Trichomonas vaginalis empfohlen [43].

Der Hepatitis-B-Impfstatus sollte erhoben werden und ggf. eine Impfung erfolgen.

Eine HIV-Postexpositionsprophylaxe sollte erwogen werden.

## Empfehlungen zur psychischen und psychosozialen Versorgung

(Siehe auch AWMF-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ [44])

Es empfiehlt sich zur verlässlichen psychosozialen Weiterbetreuung Betroffener die Vernetzung mit Frauenberatungsstellen, rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen, Rechtsberatungsstellen, Hilfsprogrammen zur finanziellen Entschädigung, ambulante und stationäre Psychotherapiemöglichkeiten, Frauenschutzhäuser etc.

Generell wird in Bezug auf die psychische und psychosoziale Betreuung der Betroffenen empfohlen:

- Beziehung aufbauen und Sorgen und Bedürfnisse erfragen [9, 14, 24].
- Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten eruieren [13, 30] sowie in diesem Zusammenhang eine ggf. notwendige stationäre Aufnahme prüfen.
- Die kurzfristige Entlastung unterstützen: Wer aus dem Umfeld kann unterstützen, an welche Beratungsstelle kann verwiesen werden?
- Die (akute) Schutzbedürftigkeit abklären und die Schutzmöglichkeiten der Betroffenen, vor allem bei sexualisierter Gewalt in Paarbeziehungen, eruieren [16]. Die Betroffene sollte in eine sichere Umgebung entlassen werden, idealerweise in Begleitung einer Vertrauensperson.
- Die Betroffene kann im Sinne einer Psychoedukation über möglicherweise auftretende psychische Reaktionen wie belastende Erinnerungen an das Ereignis, sog. Flashbacks, überwältigende Gefühle und Phasen emotionaler Taubheit, Dissoziation sowie Steigerung des Erregungsniveaus mit Schlafstörungen informiert werden, damit sie diese als nachvollziehbare Reaktionen einordnen kann [14, 24]. Im Erstkontakt sollte eine behutsame Ansprache ausreichen und der Hinweis erteilt werden, sich zu Nachuntersuchungen und bei fachspezifischen Beratungsstellen vorzustellen, wo bei Bedarf weitere Unterstützung angeboten wird.
- Risikofaktoren für die höhere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung längerfristiger psychischer Symptomatik (z.B. Tatverdächtige sind intime oder ehemalige Intimpartner, vorbestehende psychische Erkrankungen, bereits erfahrenes Stuprum oder andere traumatische Erlebnisse [11] wie psychische, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen in Kindheit oder Erwachsenenalter) sollten erkannt werden [24]. So vorbelastete Betroffene bedürfen einer intensiveren psychoedukativen Aufklärung über Risiken und Unterstützungsmöglichkeiten (siehe folgende Punkte).
- Ressourcen erheben und nutzen: Die Unterstützung durch das soziale Umfeld der Betroffenen sollte gemeinsam mit der Patientin besprochen werden.
- Wenn gewünscht, soll ggf. psychosoziale und/oder psychotherapeutische Unterstützung vermittelt werden [9, 13–16]. Die Betroffenen sollten aufgeklärt werden, dass sie nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) Anspruch auf diese Unterstützungsangebote haben.

- Den Betroffenen sollen Informationen zu spezialisierten Beratungsstellen, Frauenhäusern, OEG-Traumaambulanzen und anderen Anlaufstellen – bspw. für eine Rechtsberatung – gegeben werden [9, 13, 14, 45].
- Die Betroffenen sollten schriftliche Informationen erhalten, da Konzentration und Gedächtnisfunktion in der akuten Situation oft gemindert sind [14, 18, 34, 36].
- Die Verordnung von Benzodiazepinen sollte möglichst nicht erfolgen, da sie nicht der Prävention, sondern eher der Chronifizierung einer Traumafolgestörung dienen [44].

## Empfehlungen zur Nachbetreuung

Um die Betroffene über die Akutintervention hinaus zu betreuen, sollte die Vereinbarung von Follow-up-Terminen nach bestimmten Zeitintervallen (infektiologisch empfohlen nach 2, 6 und 12 Wochen) bzw. die Vermittlung an entsprechende Anlaufstellen (niedergelassene Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hausärztin/Hausarzt, infektiologische Ambulanzen, Gesundheitsämter) erfolgen [13, 14, 30, 34, 36].

Physische und psychische Folgesymptome sollen erkannt und die Betroffene ggf. weitervermittelt werden.

Die Wichtigkeit von Verlaufskontrollen sollte erläutert werden [36] und die Betroffene bei der Wahrnehmung derselben unterstützt werden [30].

Inhaltlich sollte es bei diesen Terminen gehen um:

- die Testung auf sexuell übertragbare Erkrankungen (siehe AWMF-Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen [STI] – Beratung, Diagnostik und Therapie“ empfohlen [43]),
- die Komplettierung von Impfungen (siehe AWMF-Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen [STI] – Beratung, Diagnostik und Therapie“ empfohlen [43]) und ggf. Therapieeinleitung,
- die Erfragung und Einschätzung des psychischen Zustands der Betroffenen, um ggf. an eine entsprechende Fachberatungsstelle oder OEG-Traumaambulanz zu verweisen oder ggf. eine traumafokussierte Psychotherapie einzuleiten. Die Verwendung von Fragebogen wie der PTSS-10, PCL-5 und PHQ wird hier empfohlen.

## Schlussfolgerung

Der ärztlichen Versorgung mutmaßlich Stuprum-Betroffener kommt eine besondere Wichtigkeit zu, da diese einerseits den Verarbeitungs- und Heilungsprozess nach einem solchen einschneidenden Ereignis positiv beeinflussen kann und andererseits Ärztinnen und Ärzte, die in diesem Zusammenhang am häufigsten konsultierten professionellen Helferinnen bzw. Helfer sind [2].

Ziel dieser Stellungnahme ist es vor diesem Hintergrund, einen Beitrag zur weiteren Verbesserung und Standardisierung der ärztlichen Versorgung mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen zu leisten.

## Anhang/Anlage/Verweise

- Dokumentationsbogen
  - Projekt Medizinische Soforthilfe aus Frankfurt am Main mit ausführlichen Hintergrundinformationen sowie einem detaillierten Dokumentationsbogen und weiteren Hilfestellungen: <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/medizinerinnen/>
- iGOBSIS (intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und -Informationssystem) ist ein webbasiertes Dokumentationssystem und Informationsportal, das bei Verletzungsdokumentation, Spurensicherung, psychosozialer Weiterleitung unterstützt sowie Fortbildungen enthält: <https://gobsis.de/>
- Flyer Bewältigungsstrategien: [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren\\_Flyer/Mit\\_belastenden\\_Ereignissen\\_umgehen\\_Flyer.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Mit_belastenden_Ereignissen_umgehen_Flyer.pdf?__blob=publicationFile)
- Hilfeangebote bei Gewalt im sozialen Umfeld
  - *Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Gewalt gegen Frauen und Mädchen.*  
<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/hilfe-vor-ort.html>
  - *Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“.*  
Unter der kostenlosen Telefonnummer 0 8000/11 60 16 beraten und informieren die Mitarbeiterinnen des Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“ in vielen Sprachen zu allen Formen von Gewalt gegen Frauen. [www.hilfetelefon.de](http://www.hilfetelefon.de)
  - *Hilfetelefon „Sexueller Missbrauch“.*  
Unter der Nummer 0800/2255530 ist das Hilfetelefon „Sexueller Missbrauch“ montags, mittwochs und freitags von 9 bis 14 Uhr sowie dienstags und donnerstags von 15 bis 20 Uhr bundesweit, kostenfrei und anonym erreichbar. Unter [www.save-me-online.de](http://www.save-me-online.de) ist das Online-Beratungsangebot für Jugendliche des Hilfetelefons erreichbar.
  - *Berta-Telefon.*  
Anlaufstelle für Betroffene organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt. Es beraten Fachkräfte aus Pädagogik und Psychologie unter der Telefonnummer 0800/3050750 im Auftrag des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs und in fachlicher Verantwortung von N. I. N. A. e. V. <https://nina-info.de/bertha.html>
  - *Nummer gegen Kummer.*  
Druck und Konflikte in Familien können in Gewalt gegen Kinder und Jugendliche münden. Gestärkt wird die „Nummer gegen Kummer“ für Kinder und Jugendliche, erreichbar unter 116 111, und das Elterntelefon unter 0800/1110550. Zudem sollen im Netz niedrigschwellige Hilfsangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern ausgebaut werden.
  - *Schwangere in Not.*  
Das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ unter der Nummer 0800/4040020 bleibt durchgängig in Betrieb. Hier finden schwangere Frauen in Konfliktlagen unverzüglich eine Ansprechpartnerin. <https://schwanger-und-viele-fragen.de/de/>
  - *Frauenhäuser bundesweit.*  
<https://www.frauenhauskoordinierung.de/hilfe-bei-gewalt/frauenhaussuche/>; [www.frauenhaus-suche.de](http://www.frauenhaus-suche.de)

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Müller U, Schöttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Bielefeld: Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005
- [2] Europarat. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Istanbul: Council of Europe Treaty Series No. 210; 2011
- [3] Paras ML, Murad MH, Chen LP et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2009; 302: 550–561. doi:10.1001/jama.2009.1091
- [4] Hilden M, Schei B, Swahnberg K et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 1121–1127. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00205.x
- [5] Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC et al. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *Eur J Pain* 2014; 18: 559–566. doi:10.1002/j.1532-2149.2013.00395.x
- [6] Carreiro AV, Micelli LP, Sousa MH et al. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *Int J Gynecol Obstet* 2016; 134: 260–263. doi:10.1016/j.ijgo.2016.01.024
- [7] Hassam T, Kelso E, Chowdary P et al. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 255: 222–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.038
- [8] Larsen M-L, Hilden M, Skovlund CW et al. Somatic health of 2500 women examined at a sexual assault center over 10 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; 95: 872–878. doi:10.1111/aogs.12903
- [9] World Health Organization, ed. Guidelines for medico-legal Care for Victims of sexual Violence. Geneva: World Health Organization; 2003
- [10] Brooker C, Tocque K. Mental health risk factors in sexual assault: What should Sexual Assault Referral Centre staff be aware of? *J Forensic Leg Med* 2016; 40: 28–33. doi:10.1016/j.jflm.2016.01.028
- [11] Europäische Union, Hrsg. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung: Ergebnisse auf einen Blick. Luxembourg: Amt für Veröffentlichungen; 2014
- [12] World Health Organization, ed. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2013
- [13] Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 141–149. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.013
- [14] Jina R, Jewkes R, Munjanja SP et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 109: 85–92. doi:10.1016/j.ijgo.2010.02.001
- [15] García-Moreno C, Pallitto C, Devries K et al. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013

- [16] Berg D, Bonatz G, Ratzel R et al.; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG); Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR). Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung; 2009. Online (Stand: 10.06.2021): [https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2009/In\\_hohem\\_Masse\\_einfuehlsam\\_-\\_Leitlinie\\_zum\\_Umgang\\_mit\\_Frauen\\_nach\\_sexueller\\_Gewalt/4-1-6-dggg-sexuelle-gewalt-2009.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2009/In_hohem_Masse_einfuehlsam_-_Leitlinie_zum_Umgang_mit_Frauen_nach_sexueller_Gewalt/4-1-6-dggg-sexuelle-gewalt-2009.pdf)
- [17] Maercker A, Rosner R, Wöller W. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag; 2019
- [18] The Royal College of Emergency Medicine. Management of Adult Patients who attend Emergency Departments after Sexual Assault and/or Rape. Best Practice Guideline; 2015. Online (Stand: 05.10.2021): [https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/Management\\_of\\_Adult\\_Patients\\_Who\\_Attend\\_-\\_ED\\_After\\_Sexual\\_Assault\\_and\\_or\\_Rape\\_revised.pdf](https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/Management_of_Adult_Patients_Who_Attend_-_ED_After_Sexual_Assault_and_or_Rape_revised.pdf)
- [19] U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents. 2nd Edition; April 2013. Online (Stand: 23.06.2021): <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>
- [20] Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM). Erwachsene Opfer nach sexueller Gewalt. Forum Med Suisse 2009; 9: 147–150
- [21] Banaschak S, Gerlach K, Seifert D et al. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. Rechtsmedizin 2014; 24: 405–411. doi:10.1007/s00194-014-0976-z
- [22] National SART Guidelines Development Group. National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland). 4th edition; 2018. Online (Stand: 22.06.2021): [www.hse.ie/satu](http://www.hse.ie/satu)
- [23] Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27: 141–149. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.013
- [24] Gysi J, Rügger P, Hrsg. Handbuch sexualisierte Gewalt. Bern: Hogrefe Verlag; 2018
- [25] Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. J Interpers Violence 2016; 31: 1074–1094. doi:10.1177/0886260514564069
- [26] Ullman SE, Townsend SM, Filipas HH et al. Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. Psychol Women Q 2007; 31: 23–37. doi:10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x
- [27] Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. Trauma Violence Abuse 2009; 10: 225–246. doi:10.1177/1524838009334456
- [28] Hakimi D, Bryant-Davis T, Ullman SE et al. Relationship between negative social reactions to sexual assault disclosure and mental health outcomes of Black and White female survivors. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy 2018; 10: 270–275. doi:10.1037/tra0000245
- [29] Palmieri J, Valentine JL. Using Trauma-Informed Care to Address Sexual Assault and Intimate Partner Violence in Primary Care. J Nurse Pract 2021; 17: 44–48. doi:10.1016/j.nurpra.2020.08.028
- [30] National Health Service Schottland, The Scottish Government. Clinical Pathway for Healthcare Professionals Working to Support Adults who Present Having Experienced Rape or Sexual Assault; 2020. Online (Stand: 29.05.2021): [https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2020/11/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/documents/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/govscot%3Adocument/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault.pdf](https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2020/11/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/documents/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/clinical-pathway-experienced-rape-sexual-assault/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault/govscot%3Adocument/clinical-pathway-healthcare-professionals-working-support-adults-present-having-experienced-rape-sexual-assault.pdf)
- [31] Fryszer L, Etzold S, Sehoul J et al. Versorgungssituation mutmaßlicher Stuprumbetroffener an Universitätsfrauenkliniken. Geburtshilfe Frauenheilkd 2019; 79: 940–944
- [32] Hornberg C. Bestandsaufnahme regionaler Projekte der Anonymen Spurensicherung (ASS) in NRW und Darstellung von Entwicklungsmöglichkeiten für eine zielgerichtete Flächendeckung. Bielefeld: Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2016
- [33] Schulte C, Bulin M, Kopetzky I; Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauen-Notrufe in NRW. Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten und Häuslicher Gewalt: Hintergründe – Ziele – Handlungsbedarf; Auswertung einer Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauennotrufe in NRW; 2012
- [34] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG COMMITTEE OPINION Sexual Assault. Obstet Gynecol 2019; 133: e296–e302
- [35] Bates CK. Evaluation and Management of adult and adolescent sexual Assault Victims. UpToDate online. Online (Stand: 22.06.2021): [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims?search=rape&source=search\\_result&selectedTitle=1~120&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims?search=rape&source=search_result&selectedTitle=1~120&usage_type=default&display_rank=1)
- [36] World Health Organization, ed. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003
- [37] Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. J Forensic Leg Med 2017; 47: 46–54. doi:10.1016/j.jflm.2017.02.005
- [38] Jänisch S, Meyer H, Germerott T et al. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. Int J Legal Med 2010; 124: 227–235. doi:10.1007/s00414-010-0430-z
- [39] Madea B, Mußhoff F. K.-o.-Mittel: Häufigkeit, Wirkungsweise, Beweismittelsicherung. Dtsch Arztebl Int 2009; 106: 341–347. doi:10.3238/arztebl.2009.0341
- [40] Scott-Ham M, Burton FC. Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period. J Clin Forensic Med 2005; 12: 175–186. doi:10.1016/j.jcfm.2005.03.009
- [41] Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S et al. Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020; 250: 117–123
- [42] Cybulska B, Forster G, Welch J et al. UK National Guidelines on the Management of Adult and Adolescent Complainants of Sexual Assault, 2011. Online (Stand: 23.06.2021): <https://www.bashhguidelines.org/media/1079/4450.pdf>
- [43] Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie. AWMF S2k Leitlinie Registernummer 059 – 006, 2019. Online (Stand: 10.06.2021): [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/059-006\\_S2k\\_Sexuell-uebertragbare-Infektionen-Beratung-Diagnostik-Therapie-STI\\_2019-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/059-006_S2k_Sexuell-uebertragbare-Infektionen-Beratung-Diagnostik-Therapie-STI_2019-09.pdf)
- [44] Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. AWMF S2k Leitlinie Registernummer 051-027, 2019. Online (Stand: 01.08.2021): [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-027\\_S2k\\_Diagnostik\\_Behandlung\\_akute\\_Folgen\\_psychischer\\_Traumatisierung\\_2019-10.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf)
- [45] Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. BMJ 2007; 334: 1154–1158. doi:10.1136/bmj.39211.403970.BE