

Empfehlungen für Standards zur Gewaltopferuntersuchung, Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in Fällen sexualisierter Gewalt bei Frauen und jugendlichen Mädchen

Gahr B, Ritz-Timme S – Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf

Stand 13.03.2017

Präambel

Die im Folgenden dargelegten Empfehlungen gelten prinzipiell ebenso für erwachsene Frauen wie für jugendliche Mädchen. Die spezielle rechtliche Situation Minderjähriger ist jedoch in jedem Fall zu berücksichtigen⁵⁾. Idealerweise sind durch die untersuchende Ärztin bzw. den untersuchenden Arzt Einzelfallentscheidungen nach Analyse des situativen Kontextes und in Kongruenz mit den Bedürfnissen der Patientin zu treffen.

Hintergrund, Begriffsdefinitionen und Zielsetzung

Sexualisierte und häusliche Gewalt sind weit verbreitet. Wie eine repräsentative Studie des Bundesministeriums⁸⁾ zur Gewalt gegen Frauen ergab, haben 40 Prozent der befragten Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren körperliche und/oder sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt. Eine europaweite Studie zeigte auf, dass ein Drittel der untersuchten Frauen nach ihrem 15. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren hatten⁷⁾. Alle Formen von Gewalt können zu erheblichen psychischen, psychosozialen und gesundheitlichen, meist chronischen Folgen für Betroffene führen. In ihrer gesundheitlichen, gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Dimension sind die vielfältigen gewaltbedingten Gesundheitsschäden mit denen von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar.

Opfer von Gewalt wenden sich sehr häufig an Ärztinnen und Ärzte. Die Ärzteschaft nimmt also eine Schlüsselrolle bei der Betreuung von Menschen mit Gewalterfahrungen ein. Die ärztlichen Aufgaben umfassen dabei Diagnostik, Therapie, „gerichts-feste“ Dokumentation und Spurensicherung sowie Beratung zu weiterführenden therapeutischen und psychosozialen Angeboten.

Der „gerichts-festen“ Dokumentation und Spurensicherung kommen in diesem Zusammenhang gerade nach häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt große Bedeutungen zu. Fehlen sie, so kann im Extremfall ein Freispruch der Täterin oder des Täters aus Mangel an Beweisen resultieren – möglicherweise mit der Folge einer massiven sekundären Traumatisierung der geschädigten Person. Eine „gerichts-feste“ ärztliche Dokumentation der Folgen von Gewalt ist somit nicht nur aus forensischer Sicht, sondern vor allem auch im Blick auf die Gesundheit des Gewaltopfers unabdingbar.

Eine Strafanzeige bezüglich einer schweren Straftat, wie beispielsweise einer Vergewaltigung, ist nicht ohne Weiteres wieder zurückzunehmen. Man spricht von einem Offizialdelikt, d.h. einer straf-

baren Handlung, die von Amts wegen verfolgt werden muss. Sobald der Anfangsverdacht einer Straftat begründet ist, leiten Polizei oder Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren ein. Grundsätzlich gilt dabei im Strafprozessrecht das Legalitätsprinzip, auch Strafverfolgungszwang genannt. Der von der Polizei erstellte Vorgang wird nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet. Der Polizei ist es nicht erlaubt, das Strafverfahren einzustellen. Die Befugnis, ein Strafverfahren vorzeitig zu beenden, besitzt allein die Staatsanwaltschaft. Wird ein eingeleitetes Verfahren nicht eingestellt, wird von der Staatsanwaltschaft die öffentliche Klage erhoben (§ 170 StPO).

Opfer sexualisierter Gewalt erstatten selten unmittelbar Strafanzeige. An diese Geschädigten richten sich die seit Anfang der 2000er Jahre aktiven Modelle der anonymen oder vertraulichen Spurensicherung. Sie beruhen auf dem Ansatz, dass Opfer von Gewalt sich ohne vorausgehende polizeiliche Strafanzeige an eine Ärztin oder einen Arzt Ihres Vertrauens wenden können, die/der die o.g. Maßnahmen trifft. So gewinnen Opfer von Gewalt Zeit und Raum, körperliche Verletzungen auszukurieren, sich psychisch zu stabilisieren und sämtliche notwendige Unterstützung zu erhalten. Das Erstaten einer polizeilichen Anzeige kann Tage, Wochen, Monate oder sogar Jahre später erfolgen.

„ASS“ steht als Abkürzung für „Anonyme Spurensicherung“, wobei der Begriff „anonym“ lediglich eine Anonymität des Gewaltopfers gegenüber den ermittelnden Behörden beschreibt. Deshalb wird zum Teil auch von Pseudonymisierung gesprochen. Parallel dazu wird auch der Begriff der „Vertraulichen Spurensicherung“ („VSS“) verwendet.

Diese Modelle als wichtiges Instrument zur Prävention negativer gesundheitlicher und psychosozialer Folgen von Gewalt sind nur erfolgreich, wenn Ärztinnen und Ärzte wirklich „gerichtsfest“ dokumentieren und Spuren professionell asservieren. Es ist aber bekannt, dass viele Ärztinnen und Ärzte mit den dargestellten Anforderungen an einen richtigen Umgang mit Gewaltopfern in der Praxis überfordert sind – und dies trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen auf Bundes-, Landes- und Kommunal-ebenen mit Publikation vieler Broschüren und Handlungsempfehlungen. Offenbar haben diese Empfehlungen und Informationen bislang keinen ausreichenden Eingang in die ärztliche Praxis mit ihrem komplexen Alltag und zahlreichen konkurrierenden Ansprüchen finden können.

Wenn das Modell der anonymen Spurensicherung nach sexualisierten Übergriffen flächendeckend und qualitätsgesichert etabliert werden soll, muss sichergestellt sein, dass Ärztinnen und Ärzte, bei denen sich Geschädigte vorstellen, „gerichts feste“ Dokumentation und Spurensicherung beherrschen.

Neben verschiedenen Schulungsmodellen und der Einbeziehung von Telematik und Telemedizin ist die Standardisierung der Gewaltopferuntersuchungen und der in ihrem Rahmen stattfindenden Spurensicherung ein wichtiges Instrument der Sicherstellung einer adäquaten, „gerichts festen“ Dokumentation und Spurensicherung.

Die im Folgenden ausgeführten Standards wurden in Einklang mit den „Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin für forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern“¹⁾ und den „Empfehlungen Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch“⁵⁾ entwickelt und sind als Mindeststandards zu verstehen. Sie beschreiben die Anforderungen, die im Zusammenhang mit Gewaltopferuntersuchungen aus rechtsmedizinischer Sicht zwingend zu beachten und einzuhalten sind. Werden diese nicht beachtet, so können sich erhebliche negative Konsequenzen für die Gewaltopfer ergeben.

Umgang mit persönlichen und fallbezogenen Daten

a) Anonymisierung der Daten

Die Anonymisierung der Daten, z.B. durch ein eindeutiges Pseudonym wie in der Dokumentationsanwendung iGOBSIS, stellt im Vergleich zu einer herkömmlichen Patientenakte eine höhere Stufe des Datenschutzes für die als Gewaltopfer untersuchten Patientinnen dar. Durch Trennung der personalisierenden und der fallbezogenen Daten soll sichergestellt werden, dass eine nicht mit dem Fall beehrte Person selbst bei Einsichtnahme in die Unterlagen nicht ohne Weiteres feststellen könnte, um wen es sich bei der untersuchten Person handelt.

Anonymisierungen müssen mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

- Die personalisierenden und die fallbezogenen Daten sind einander mittels eines Entschlüsselungsmechanismus eindeutig zuzuordnen.
- Die dokumentierten Falldaten erlauben keine Identifizierung der untersuchten Person ohne diesen Entschlüsselungsmechanismus.

b) Archivierung der Daten

Bei der Archivierung der Daten ist auf folgende Aspekte zwingend zu achten:

- Sichere Datenablage: Ausschließlich berechtigte Personen haben Zugriff auf die Daten.
- Zuverlässige Vernichtung der Daten nach Ablauf der Archivierungsfrist bzw. auf schriftlich dokumentierten Wunsch der untersuchten Person; die Vernichtung ist schriftlich zu dokumentieren.

Die Archivierungsfrist der Daten sollte 5 Jahre nicht unterschreiten. Eine längere Frist ist möglich und kann angesichts der strafrechtlichen Verjährungsfristen durchaus sinnvoll erscheinen. Allerdings hat sich in der Praxis gezeigt, dass spätestens nach dem Ablauf von 5 Jahre üblicherweise keine relevanten Maßnahmen seitens der Patientin und/oder der Polizei ergriffen werden. Der Ärztin bzw. dem Arzt obliegt es, die Patientin über die Länge der Archivierungsfrist zu informieren.

Rahmenbedingungen der Gewaltopferuntersuchung

Bei der Untersuchung einer Person, die einen gewaltsamen Übergriff erlebt hat, sind folgende Punkte im Besonderen zu beachten:

- Eine angemessene und ungestörte Untersuchungsatmosphäre sollte angestrebt werden. Das Anbieten von kurzen Pausen oder Zeichen des empathischen Einfühlens (z.B. Taschentücher, Trinkwasser) kann der Vertrauensbildung und der Verringerung sekundärer Traumatisierung durch die Untersuchung dienen.
- Vor Beginn der Untersuchung ist die Patientin über Zweck, Ablauf und Umfang der Untersuchung zu informieren. Auch sollte die untersuchte Person darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass die Untersuchung bzw. einzelne Teile der Untersuchung abgelehnt werden dürfen.
- Nach der Aufklärung der Patientin sollte ihr Einverständnis eingeholt und schriftlich dokumentiert werden.
- Nach Möglichkeit sollte der gesamte Körper untersucht werden, auch wenn augenscheinlich nur eine bestimmte Körperregion betroffen ist. Dabei ist zu empfehlen, zuerst den Oberkörper ent-

kleiden zu lassen, während der Unterkörper bekleidet bleibt, im Anschluss umgekehrt zu verfahren.

- Vor, während und nach der Untersuchung sollte jederzeit bedacht werden, dass Retraumatisierungen auftreten und auffällig werden können.

Erhebung der Anamnese (Vorgeschichte)

Dem Arzt / der Ärztin sollte bewusst sein, dass einige Opfer (z.B. aus Scham) einzelne Aspekte des Geschehens nicht berichten. Ergibt sich z.B. aufgrund des Verletzungsmusters in einem solchen Fall der Verdacht, eine Patientin könnte Opfer von Gewalt geworden sein, sollte eine direkte, aber sensible Ansprache erfolgen:

Bei der Kommunikation empfiehlt sich ein zweischrittiges Vorgehen: Zunächst sollte der Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, den zu den Verletzungen führenden Sachverhalt aus ihrer Sicht und in ihren eigenen Worten frei zu erzählen; dies ist durch die Ärztin bzw. den Arzt mittels offener Fragen einzuleiten. Um weitere notwendige Informationen einzuholen, sollte in der Folge konkretisierend nachgefragt werden. Die Angaben der untersuchten Person sollten dabei soweit wie möglich in wörtlicher Rede dokumentiert werden, bestenfalls nach Skizzierung der zu der Aussage führenden Frage.

- Bei der Schilderung der Gewalterfahrungen sollte der Patientin in angemessener Atmosphäre aufmerksam zugehört werden und weiterführende Unterstützung (Verletzungsdokumentation, Weiterleitung in das psychosoziale Hilfenetzwerk) angeboten werden.
- Bei Verneinung von Gewalterfahrungen sollten dennoch eine umfassende Untersuchung und Dokumentation angeboten werden.
- Falls Untersuchung und/oder Verletzungsdokumentation abgelehnt werden, ist es ärztliche Pflicht, darauf hinzuweisen, dass eine gerichtsverwertbare Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt nur sehr eingeschränkt möglich ist. Wille und Entscheidungen von „mündigen“ Gewaltopfern sind aber in jedem Fall zu respektieren. Es empfiehlt sich jedoch, die Ablehnung der angebotenen Maßnahmen zu dokumentieren.

Verletzungsdokumentation

Vor jedem Schritt der Dokumentation sollte das Vorgehen erläutert werden; die Betroffene sollte immer wissen, was als nächstes aus welchem Grund geschieht.

a) Schriftliche Dokumentation

Zu Beginn der Dokumentation sollten die Rahmenbedingungen der Untersuchung festgehalten werden: Insbesondere die Personaldaten der untersuchenden und der untersuchten Person, weitere Anwesende sowie Ort, Zeitpunkt und Umstände der Untersuchung sind hier zu dokumentieren.

Die Angaben der untersuchten Person zu dem Sachverhalt, der zu den vorliegenden Befunden geführt haben soll, sind möglichst in wörtlicher Rede schriftlich zu fixieren. Mindestens sollten diese Ausführungen die Fragen beantworten, wann, wo und unter welchen Umständen sich was genau ereignet hat.

In Bezug auf die untersuchte Person sollten ähnlich der üblichen ärztlichen Dokumentation körperliche Eckdaten wie z.B. Körpergröße und –gewicht, Allgemein- und ggf. Pflegezustand und Vorerkrankungen festgehalten werden. Auch psychische Auffälligkeiten sowie Hinweise auf eine Beeinflussung durch zentralnervös wirksame Substanzen (Drogen, Alkohol, Medikamente) sollten dokumentiert werden. Dabei ist jederzeit auf ein sensibles und empathiegeprägtes Vorgehen zu achten.

Bei der Dokumentation der körperlichen Befunde sind sämtliche Verletzungen umfassend und exakt zu beschreiben. Insbesondere folgende Punkte sind zwingend pro Befund zu dokumentieren:

- exakte Lokalisation der Verletzung
- Verletzungsart
- Maße der Verletzung
- Form und Beschaffenheit der Verletzung
- Farbgebung bzw. Heilungsgrad der Verletzung
- Schmerzhaftigkeit

Idealerweise ist ein standardisierter Dokumentationsbogen in gedruckter (s. Empfehlung im Anhang) oder elektronischer (Dokumentationsanwendung iGOBSIS) Form zu nutzen. Viele der bis dato innerhalb von ASS-Projekten genutzten Bögen erfüllen ebenso den Qualitätsanspruch dieser Empfehlungen wie der im Anhang zu findende Dokumentationsbogen. Aus Gründen der Standardisierung und flächendeckenden Angleichung fand dieser Bogen als iGOBSIS-Printäquivalent Eingang in die Empfehlungen. Die Nutzung ausführlicher Bögen ist ebenso möglich, sofern die hier ausgeführten Anforderungen erfüllt werden, wie bei dem in Bonn entwickelten „Untersuchungsbogen für Erwachsene. Spurensicherungsmaterial für Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftat - ASS“

b) Fotografische Dokumentation

Für die fotografische Dokumentation von Befunden im Rahmen von Gewaltopferuntersuchungen sollte idealerweise ausschließlich eine digitale Kamera genutzt werden.

Pro Verletzung bzw. Befund sollten mindestens zwei Fotografien angefertigt werden:

- Übersichtsaufnahme zur Orientierung der Verletzung in Bezug auf anatomische Landmarken und eventuelle weitere Verletzungen.
- Detailaufnahme mit Maßstab und Farbkarte zur Dokumentation der detaillierten Gestalt der Verletzung inklusive ihrer exakten Maße und Farbgebung. Die Farbkarte dient der Überprüfbarkeit der Farbechtheit.

Bei jeder Aufnahme ist ferner auf folgende Punkte zu achten:

- Sämtliche Aufnahmen sollten im rechten Winkel zu der Ebene der verletzten Körperregion erfolgen, um perspektivische Verzerrungen in der Fotografie zu vermeiden.
- Verletzung und Maßstab bzw. Farbkarte sollten sich in einer Abstandsebene in Bezug auf die Kamera befinden, andernfalls kommt es zu Fehlfokussierungen.
- Es sollten keine Übersichtsaufnahmen sensibler Körperregionen angefertigt werden, falls sie nicht durch entsprechende Befunde zwingend notwendig sind. Sofern eine solche Fotografie vonnöten ist, sollte darauf geachtet werden, dass die nicht unmittelbar betroffenen Anteile der sensiblen Region zumindest abgedeckt werden.

Nach Fertigstellung der Fotodokumentation sind die Bilder umgehend an einem sicheren Speicherort, z.B. einem passwortgeschützten Ordner oder einer fallbezogenen Speicherkarte, abzulegen und von der Kamera zu löschen. Andernfalls ist ein Missbrauch der Fotos bzw. die Einsichtnahme durch eine unbefugte Person nicht auszuschließen.

c) Dokumentation im Körperschema

Zusätzlich zu der schriftlichen und der fotografischen Dokumentation der Befunde sollten diese in einem Körperschema skizziert werden.

Eine solche Dokumentation dient der Erzeugung einer Übersicht über die Lage und etwaiger Konzentrierung der Befunde am Körper.

Asservierung

a) Entnahme der Asservate

Die Fragestellung, ob Untersuchungsmaterial asserviert werden sollte, hängt stark vom Einzelfall ab. Unabhängig von der Art und dem Zweck des jeweiligen Asservates ist jedes einzelne eindeutig bezüglich folgender Punkte zu beschriften:

- Identifikation der Patientin (Pseudonym, Chiffre etc.)
- Art des Asservates
- Entnahmezeitpunkt

Aus der schriftlichen Dokumentation sollte ferner eindeutig die Identität der entnehmenden Person hervorgehen. Nur durch entsprechende Angaben sind die Asservate einer Person bzw. einem Fall zweifelsfrei und eindeutig zuzuordnen.

Auch bei der pseudonymisierten Dokumentation sollte die Beschriftung jedes Asservates ebenfalls diese Informationen liefern, z.B. durch eine eindeutige Asservate-ID wie in der Dokumentationsanwendung iGOBSIS, die die entsprechenden Informationen chiffriert.

Am häufigsten sind die Gewinnung von Untersuchungsmaterial für molekulargenetische Untersuchungen oder die Asservierung von Material für chemisch-toxikologische Untersuchungen notwendig. Die Asservierung dieser Untersuchungsmaterialien soll im Folgenden skizziert werden:

Molekulargenetische Untersuchungen

Ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass Täter-DNA auf den Körper des Opfers oder auf Bekleidung o.ä. übertragen wurde (insbesondere bei Sexualdelikten, aber auch bei Bissen, Würgen mit bloßen Händen, Kratzwunden etc.), sollte Material für molekulargenetische Untersuchungen gewonnen werden. Für die Entnahme von Abstrichen und Abrieben sollten selbsttrocknende, DNA-freie Watteträger genutzt werden. Bei Verwendung von nicht-selbsttrocknenden Watteträgern müssen diese getrocknet und anschließend (!) in kontaminationsfreier Verpackung gelagert werden.

- Zur Vermeidung von Kontaminationen empfiehlt sich die Verwendung von Handschuhen und Mundschutz.
- Es sollte Material von jeder Körperstelle entnommen werden, an der nach den anamnestischen Angaben ein DNA-Übertrag möglich ist.

- Bei Abstrichen von Schleimhaut oder Abrieben aus feuchten Arealen den trockenen Watteträger nutzen.
- Vor Abrieben von der trockenen Haut ist der Watteträger mit sterilem Aqua dest. oder NaCl leicht anzufeuchten, jedoch nicht zu durchtränken.

Bei Sexualdelikten mit unklarem Hergang (z.B. bei Bewusstlosigkeit des Opfers) empfiehlt es sich, eine umfassende Abstrich-Asservierung vorzunehmen:

- Oral, je 1x aus jeder Wangentasche
- Hals, seitengetreunt
- Brüste, seitengetreunt
- Unterbauch
- Scheidenvorhof
- Vorderes Scheidengewölbe
- Hinteres Scheidengewölbe
- Muttermund
- Oberschenkel innen, seitengetreunt
- Anal

Auch an Kleidungsstücken, sonstigen Gegenständen wie z.B. Bettlaken, potentiellen Tatgegenständen etc. kann sich DNA-haltiges Material befinden. Deshalb sollten diese ebenfalls als mögliche Beweismittel für eventuelle weitere Untersuchungen asserviert werden. Sämtliche Asservate sind jeweils separat in Papiertüten bzw. Papierumschlägen zu verpacken.

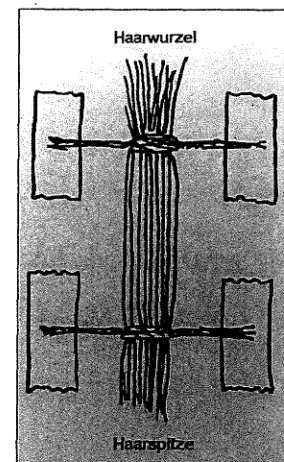
In der Regel ist eine Asservierung von Material für molekulargenetische Untersuchungen bis zum Ablauf von etwa einer Woche nach einem Übergriff in jedem Verdachtsfall zu empfehlen.

Chemisch-toxikologische Untersuchungen

Bei Verdacht auf die Aufnahme zentral wirksamer Substanzen durch die untersuchte Person (z.B. bei Verdacht auf Beibringung von sog. KO-Tropfen) sollten standardmäßig folgende Materialien asserviert werden:

- Nativblut (mind. 2 x 5 ml), Blutentnahme unter Verwendung alkoholfreier Tupfer
- Urin (mind. 100 ml)

Bei Verdacht auf eine chronische Vergiftung bzw. eine oder mehrere längere Zeit zurückliegende Substanzaufnahme kann ein Substanznachweis in Haaren möglich sein. Haare sollten nach Abbinden eines Haarbüschels kurz über der Kopfhaut 200 – 300 mg Haare vom Hinterkopf gewonnen werden. Diese Menge entspricht etwa einem bleistiftdünnen Strang. Der gelegte Faden muss belassen werden und die Haarprobe sollte auf Papier fixiert werden, sie darf dabei aber nicht unmittelbar mit Klebestreifen befestigt werden (s. Abb.). Haaransätze und Haarspitzen sind jeweils zu markieren (s. Abb.).



Auch in bzw. an Gegenständen, z.B. Gläsern und Tellern, sowie in Erbrochenem können chemisch-toxikologische Nachweise geführt werden. Entsprechendes Material sollte daher ebenfalls asserviert werden.

Wegen sehr unterschiedlicher, teils auch langer Halbwertszeiten einiger Substanzen ist im Zweifel auch noch eine Asservierung von Material für chemisch-toxikologische Untersuchungen bis zum Ablauf von etwa einer Woche nach einem Übergriff zu empfehlen.

b) Zwischenlagerung der Asservate

Für den Fall, dass die im Rahmen der Gewaltopferuntersuchung gewonnenen Asservate bis zum Transport zum Archivort zwischengelagert werden müssen, sind bei der Zwischenlagerung folgende Kriterien zwingend zu beachten:

- Sicherheit: Ausschließlich berechnigte Personen haben Zugriff auf die Asservate.
- Asservate, die für molekulargenetische Untersuchungen vorgesehen sind, sind trocken bei Raumtemperatur zu lagern.
- Asservate, die für chemisch-toxikologische Untersuchungen bestimmt sind, sind gekühlt zu lagern.
- Die Zeit der Zwischenlagerung ist so kurz wie möglich zu halten.
- Zeitraum, Ort und Umstände der Zwischenlagerung sind schriftlich zu dokumentieren.

c) Transport der Asservate

Für die bedeutende Aufgabe des Asservatetransportes kommen medizinische Kurierdienste in Betracht, die folgende Anforderungen erfüllen:

- Vertrauenswürdigkeit: Es darf kein Zweifel an dem ordnungsgerechten Umgang mit Daten und Asservaten bestehen.
- Kompetenz: Der Kurier sollte Erfahrung mit dem Transport menschlichen Probenmaterials unterschiedlicher Art vorweisen können.
- Verpflichtung: Das Transportunternehmen verpflichtet sich zur Einhaltung der Empfehlungen für den Umgang mit strafrechtlich relevantem Probenmaterial ^{2-4), 6), 9)} sowie GGBefG

d) Finale Archivierung der Asservate

Bei der finalen Archivierung der Asservate aus Gewaltopferuntersuchungen sind folgende Kriterien zwingend zu erfüllen:

- Sicherheit: Ausschließlich berechnigte Personen haben Zugriff auf die Asservate.
- Asservate, die für molekulargenetische Untersuchungen vorgesehen sind, sind trocken bei Raumtemperatur zu lagern.
- Asservate, die für chemisch-toxikologische Untersuchungen bestimmt sind, sind gekühlt zu lagern. Falls die Möglichkeit besteht, die Asservate einer Tiefkühlung zuzuführen, so ist dies gegenüber der einfachen gekühlten Lagerung zu favorisieren.
- Der Eintrittszeitpunkt der Asservate in die finale Archivierung ist ebenso schriftlich zu dokumentieren wie die Identität der archivierenden Person.

- Die Archivierungsfrist der Asservate sollte 5 Jahre nicht unterschreiten. Der Ärztin bzw. dem Arzt obliegt es, die Patientin über die Länge der Archivierungsfrist zu informieren.
- Zuverlässige Vernichtung der Asservate nach Ablauf der Archivierungsfrist bzw. auf schriftlich dokumentierten Wunsch der untersuchten Person; die Vernichtung ist schriftlich zu dokumentieren.

Idealerweise erfolgt die finale Archivierung der Asservate aus Gewaltopferuntersuchungen in einem akkreditierten Institut für Rechtsmedizin, da die oben genannten Anforderungen an diesen Standorten selbstverpflichtend gewährleistet sind und regelmäßig durch eine unabhängige, externe Institution überprüft werden.

e) Dokumentation des Laufweges der Asservate

Aus der Dokumentation des Laufweges der Asservate muss eindeutig hervorgehen, wo sich jedes Asservat zu welchem Zeitpunkt befunden hat. Jede Übergabe eines Asservates hat persönlich von einer Person an eine andere zu erfolgen und ist unter Angabe des Zeitpunktes sowie der Identität der Personen und mittels Unterschrift schriftlich zu dokumentieren (s. Empfehlung im Anhang).

Abschlussgespräch und Beratung

Abschließend sollte der Geschädigten erläutert werden, wie lange die erstellte Dokumentation und die Asservate abrufbar sind und wie sie abgerufen werden können.

Weiterhin ist dringend die Sicherheitslage zu klären. Bestehen Zweifel daran, dass die untersuchte Person ungefährdet in ihre bisherige Lebenssituation zurückkehren kann, so sollten Alternativen thematisiert werden.

Der Geschädigten sollte immer die Möglichkeit einer Unterstützung durch psychosoziale Unterstützungseinrichtungen eröffnet werden, indem ihr Informationen zum regionalen Hilfenetzwerk zur Verfügung gestellt werden. Optimal ist das Angebot, bei Einverständnis der Betroffenen sofort einen Termin mit einer Einrichtung für die gewaltbetroffene Person zu machen.

Es bietet sich des Weiteren an, bereits im Wartebereich und in den Sanitärbereichen auf entsprechende Hilfeangebote hinzuweisen und Informationsmaterial auszulegen.

Fortbildung

Jede Ärztin bzw. jeder Arzt sollte mindestens einmal innerhalb eines Fünf-Jahres-Fortbildungszyklus eine Fortbildung mit entsprechendem thematischem Fokus besuchen.

Literatur

- 1) Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H (2011) Empfehlungen Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 21(5): 483-8
- 2) DAkKS - Spezielle Regeln für den Bereich forensisch-toxikologische Untersuchungen 71 SD 3 006| Revision: 1.2| 25. März 2015
- 3) DAkKS – Spezielle Regeln für forensische Blutalkoholbestimmung 71 SD 3 008| Revision: 1.1 | 04.03.2013
- 4) DAkKS - Spezielle Regel zur Umsetzung der DIN EN ISO/IEC 17025 für forensische DNA – Laboratorien 71 SD 3010| Revision: 1.3| 18.März 2016
- 5) Debertin A, Seifert D, Mützel E (2011) Empfehlungen Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 21(5): 479-82
- 6) Europäisches Übereinkommen vom 30.9.1957 über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße (ADR); Anlagen A und B in der Fassung vom 7.4.2009, GBl. II S. 396.
- 7) FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte Gewalt gegen Frauen (2014) Eine EU-weite Erhebung Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen
- 8) Müller U, Schröttle M (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland - Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland - 2004 Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse.
- 9) Thurm V et al.: Versand von medizinischem Untersuchungsmaterial: Neue Bestimmungen ab 2007. Dtsches Ärztebl 2007; 104(46): A 3201

Anlagen:

- (1) Empfehlung für eine Einverständnis- und Kenntnisnahmeerklärung
- (2) Empfehlung für einen Dokumentationsbogen in Fällen sexualisierter Gewalt
- (3) Empfehlung für den Mindestinhalt eines Spurensicherungssets
- (4) Empfehlung für einen Laufzettel zur Dokumentation des Asservateweges

(1) Empfehlung für eine Einverständnis- und Kenntnisnahmeerklärung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pseudonym/Chiffrenummer

Ich habe am __. __. ____, das Krankenhaus aufgesucht, um mich nach einer Sexualstraftat untersuchen zu lassen.

Zurzeit möchte ich keine Anzeige erstatten.

Ich bin aber damit einverstanden, dass das entnommene Spurenmaterial der Rechtsmedizin in pseudonymisierter/chiffrierter Form übersandt wird, d.h. ohne dass mein Name oder andere identifizierende Daten zu meiner Person bekannt werden. Das Spurenmaterial wird dort für die Dauer von ____ Jahren aufbewahrt. Sollte ich innerhalb dieser Zeit keine Anzeige erstatten, werden die meine Person betreffenden Unterlagen und das Spurenmaterial vernichtet.

Auch nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Vernichtung der Unterlagen und des Spurenmaterials selbst schriftlich veranlassen kann.

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass eine Beweisführung nach Vernichtung des Spurenmaterials erheblich erschwert sein wird. Einer Vernichtung des Spurenmaterials in ____ Jahren stimme ich dennoch zu.

Sollte ich mich innerhalb der Zeit zu einer polizeilichen Anzeigenerstattung entschließen, wird das Spurenmaterial zu den Akten genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

(2) Empfehlung für einen Bogen zur Dokumentation von körperlichen Verletzungsfolgen in Fällen sexualisierter Gewalt

Untersuchende/r Ärztin/Arzt

Tel. Erreichbarkeit

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Ort der Untersuchung

Angaben zur Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pseudonym/Chiffrenummer

Anschrift

Ist die Adresse sicher für postalische Korrespondenz? ja nein

Kommunikation: problemlos möglich eingeschränkt wegen _____

Einverständnis

Die zur Untersuchung vorgestellte Person wurde über Zweck, Ablauf und Umfang der Untersuchung informiert: Untersuchung, Dokumentation von Befunden und Informationen zum Sachverhalt einschließlich einer Fotodokumentation (bei Bedarf adaptieren):

- Ein Einverständnis dazu wurde ausgesprochen und eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnet.
- Ein eingeschränktes Einverständnis wurde ausgesprochen:

- Die Untersuchung erfolgte auf rechtlicher Grundlage.

Weitere Anwesende bei der Untersuchung:

Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____

Bekannte Vorerkrankungen/vorausgehende Unfälle:

Bestehende Schwangerschaft? nein unbekannt ja _____ Woche

Schwangerschaftstest: nein ja, Ergebnis positiv negativ

Vorfalldokumentation

Zeitpunkt des Vorfalls: _____

Ort des Vorfalls: _____

Anwesende während des Vorfalls: _____

Bekleidung während des Vorfalls: _____

Haartracht während des Vorfalls: _____

Schmuck während des Vorfalls: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre. Je umfassender und sorgfältiger Sie dokumentieren, desto besser wird dieser Bogen auch für juristische Zwecke geeignet sein. Stellen Sie direkte, aber offene Fragen (z.B. „Möchten Sie schildern, wie Ihre Verletzungen entstanden?“). Falls die Dokumentation pseudonymisiert/chiffriert erfolgt, verwenden Sie in der Beschreibung bitte keine personenbezogenen Angaben.

Fragen zu der erlebten Situation, die zu der ärztlichen Vorstellung führte:

Notieren Sie die Angaben zum Hergang in den Worten der Patientin. Stellen Sie je nach Sachverhalt Präzisierungsfragen z.B. nach dem Untergrund, ob Gegenstände als Waffen benutzt wurden, inwieweit die Patientin Gegenwehr leistete, wer bei dem Ereignis anwesend war (Kinder?), ob und was für eine Kleidung und was für Schmuck getragen wurde etc.

Vorausgehende Gewalterfahrungen

Aktuelle Beschwerden:

Fragen Sie je nach Sachverhalt präzise nach (z.B. bei Gewalt gegen den Hals nach Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Kot- und Urinabgang).

Pille danach: nicht angeboten angeboten → rezeptiert nicht rezeptiert

Postexpositionsprophylaxe (PEP):

nicht angeboten angeboten → rezeptiert nicht rezeptiert

Untersuchungsbefunde (Beschreibung ohne Wertung):

Beschreiben Sie exakt, was Sie sehen (ohne zu werten!) und skizzieren Sie dies in den Körperschemata (s.u.). Seien Sie möglichst präzise in der Angabe von Lokalisation, Anzahl, Größe und Gestalt der Verletzungen.

Fotodokumentation:

Erstellen Sie von jeder Verletzung je eine Übersichts- und eine Detailaufnahme mit Maßstab (bestenfalls auch mit standardisierter Farbkarte). Speichern Sie diese an einem datengesicherten Ort.

Wurden Fotos aufgenommen? nein ja Anzahl _____

Psychischer Befund (Beschreibung ohne Wertung):

Asservate (Verbleib: _____):

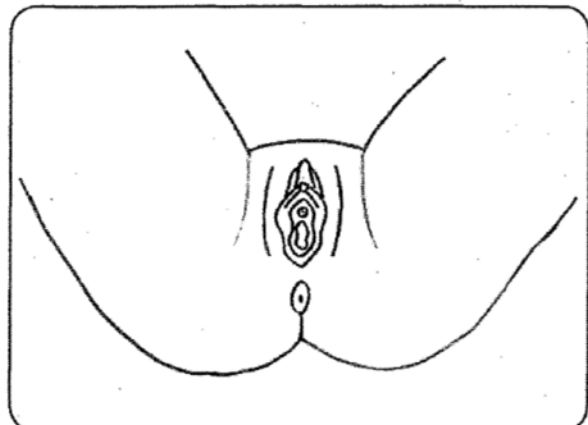
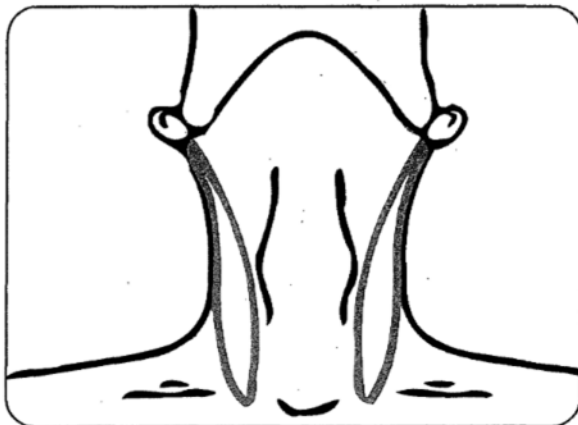
Abstriche/Abriebe nein ja

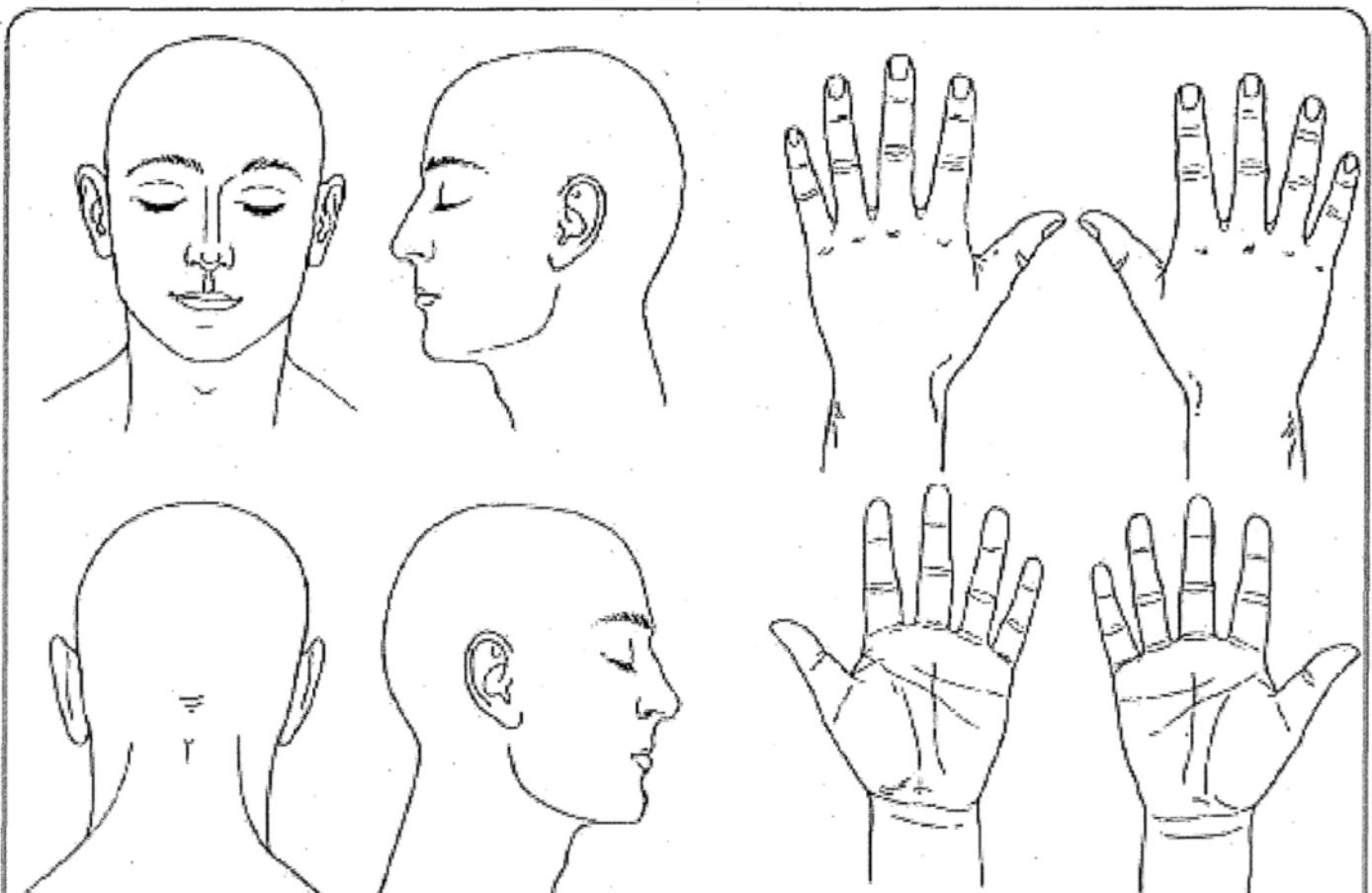
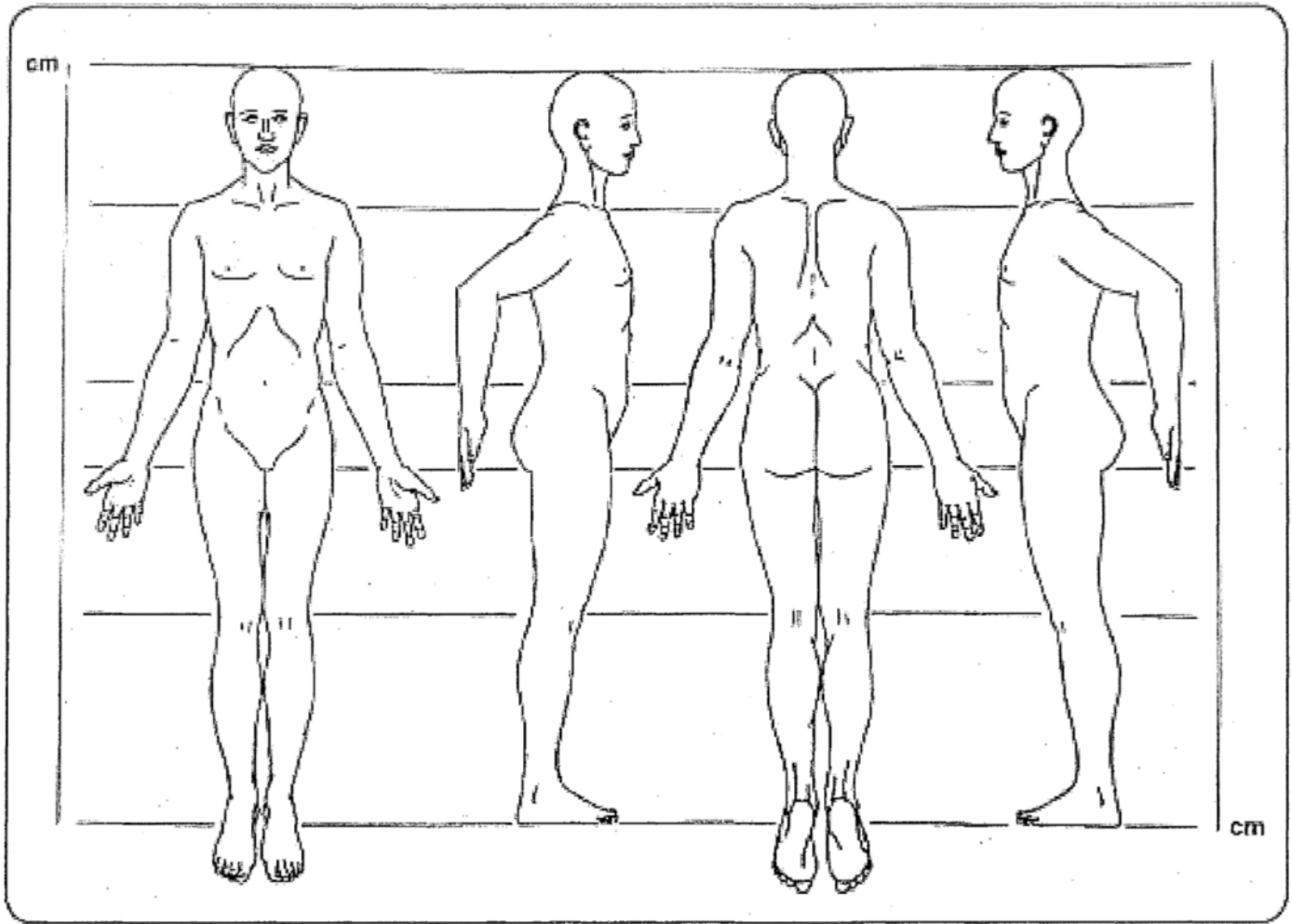
Weitere Spurenträger (z.B. Kleidung) nein ja, nämlich _____

Angegebener Alkohol-/Drogenkonsum? nein ja, nämlich _____

Blutprobe nein ja Urinprobe nein ja

Haarprobe nein ja





Kontakt zu einem Institut für Rechtsmedizin: nein ja

Rückmeldung:

Prüfen Sie das Schutzbedürfnis Ihrer Patientin!

Wurde ein erneuter Termin hier vereinbart? nein ja Datum _____

Wurde der Patientin geraten,
sich bei der/dem Hausärztin/Hausarzt vorstellen? nein ja

Informationen über lokale Hilfeeinrichtungen vermittelt? nein ja, nämlich

Unterschrift der/s untersuchenden Ärztin/Arztes

(3) Empfehlung für den Mindestinhalt eines Spurensicherungssets

- | | |
|---|---|
| 1 Med-Doc-Card | Dokumentationsassistentz für die Kitteltasche |
| 10 DNA-freie, sterilisierte Abstrichröhrchen, inkl. Klebeetiketten | Hautabriebe, Abstriche von Vaginal-/Anal-, Mundschleimhaut etc. |
| → Das Haltbarkeitsdatum der Abstrichröhrchen ist dringend zu beachten! | |
| 2 Din C4 Umschlag | Kleidungsstücke mit V.a. DNA-Antrag |
| 3 Din C6 Umschlag | Schamhaare, Fingernägel (seitengetrennt) |
| 1 Blutabnahme-Set inkl. alkoholfreier Tupfer und Nativblutröhrchen | bei V.a. Aufnahme zentral wirksamer Substanzen |
| 1 Urinbecher | bei V.a. Aufnahme zentral wirksamer Substanzen |
| 1 SD-Speicherkarte | zur sicheren Speicherung der angefertigten Fotodokumentation |
- ggf. Flyer von lokalen/regionalen Hilfeeinrichtungen (insbesondere Frauenberatungsstellen und Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt)**

(4) Empfehlung für einen Laufzettel zur Dokumentation des Asservateweges

>Ansprechpartner/in der untersuchenden Institution<

>Institution<

>Straße und Hausnummer<

>Postleitzahl und Ort<

>Tel. Erreichbarkeit<

Entnahmematerial	Entnahmezeitpunkt	Anzahl / Menge	Entnehmende/r Ärztin/Arzt
Venenblut			
Urin			
Haare			
Oralabstrich			
Analabstrich			
Genitalabstrich			
-			
-			
-			
-			
-			
Abrieb			
-			
-			
-			
-			
-			
Kleidungsstück			
-			
-			
-			
Bemerkungen:			

	Übergabezeitpunkt	Übernahme durch (Name, Unterschrift)
Übergabe an Kurier:		
Übergabe an Rechtsmedizin:		