

Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Leitlinienprogramm

**Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von
weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt**

AWMF-Registernummer

015 - 097

Leitlinienklasse

S1

Stand

Dezember 2025

Version

1.0

formal geprüft durch die Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
e.V. (AWMF)



Inhaltsverzeichnis

I. LEITLINIENINFORMATIONEN	6
TEMPLATE-VERSION	6
HERAUSGEBER	6
LEITLINIENKOORDINIERENDE / ANSPRECHPARTNERINNEN UND -PARTNER	7
LEITLINIENGRUPPE	8
LEITLINIENKOMMISSION	10
FINANZIERUNG	12
PUBLIKATION	12
ZITIERWEISE	12
LEITLINIENDOKUMENTE	12
URHEBERRECHT	13
BESONDERER HINWEIS	14
ABKÜRZUNGEN	15
II. LEITLINIENVERWENDUNG	16
BEGRÜNDUNG FÜR DIE AUSWAHL DES LEITLINIENTHEMAS	16
FRAGESTELLUNG UND ZIELE	16
VERSORGUNGSBEREICH	16
PATIENTINNENZIELGRUPPE	16
ANWENDERZIELGRUPPE / ADRESSATEN	16
VERABSCHIEDUNG UND GÜLTIGKEITSDAUER	17
ÜBERARBEITUNG UND AKTUALISIERUNG	18
LEITLINIENIMPLEMENTIERUNG	19
III. METHODIK	19
GRUNDLAGEN	19
LITERATURRECHERCHE	19
EMPFEHLUNGSGRADUIERUNG	20
STATEMENTS	20
EXPERTENKONSENS	21
DARLEGUNG VON INTERESSEN UND UMGANG MIT INTERESSENKONFLIKTEN	22
1 PRÄAMBEL	23
1.1 EINLEITUNG UND ZIEL DER LEITLINIE	24
2 ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN ZUR ERSTVERSORGUNG	26
2.1 RÄUMLICHKEITEN	26
2.2 SCHULUNG/ TRAUMAINFORMIERTE GESPRÄCHSFÜHRUNG	26
2.3 FACHÄRZTLICHER STANDARD	27
2.4 VIER-AUGEN-PRINZIP	27
2.5 SPRACHMITTLUNG, DOLMETSCHEN	28



2.6	WEIBLICHES PERSONAL	28
2.7	WEIBLICHE DRITTPERSON	29
2.8	MEDIZINISCHER NOTFALL.....	29
3	UMGANG MIT DEN BETROFFENEN	30
3.1	ERLÄUTERUNG DER VERSORGUNGSOPTIONEN NACH SEXUALISierter GEWALT	30
3.2	KONTROLLE ÜBER DEN VERSORGUNGSPROZESS.....	31
3.3	TRAUMAINFORMIERTE/-SENSIBLE GESPRÄCHSFÜHRUNG	31
3.4	BEGLEITPERSONEN.....	32
3.5	ERSTKONTAKT	33
3.6	ERKLÄRUNG DER UNTERSUCHUNGSSCHRITTE	34
3.7	KOMMUNIKATION/ AKTIVES ZUHÖREN.....	34
4	VERSORGUNGSMORMEN UND RECHTLICHE KONSTELLATIONEN	35
4.1	ANZEIGERSTATTUNG OHNE-ERMITTLUNGSBEHÖRDlichen UNTERSUCHUNGSaufTRAG.....	35
4.2	UNTERSUCHUNG IM aufTRAG DER STRAFVERFOLGUNGS-/ ERMITTLUNGSBEHÖRDEN (POLIZEI, STAATSANWALTschAFt) ODER DES GERICHTS (NACH VORHERIGER ANZEIGE)	37
4.2.1	Die Betroffene stimmt der Untersuchung zu.....	37
4.2.2	Die Betroffene lehnt die Untersuchung ab.	37
4.2.3	Ermittlungsbehörden als Auftraggeber der Untersuchung	38
4.3	VERTRAULICHE SPURENSICHERUNG.....	39
4.4	AUSSCHLIEßlich MEDIZINISCHE VERSORgUNG	41
4.5	NICHT EINWILLIGUNGSFÄHIGE BETROFFENE	42
4.6	KOGNITIVE UND PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG	43
5	ANAMNESEERHEBUNG	44
5.1	ALLGEMEINE ANAMNESE:.....	45
5.2	GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE.....	45
5.3	INFEKTIOLOGISCHE ANAMNESE.....	46
5.4	DIE TAT BETREFFENDE ANAMNESE.....	47
6	EMPFEHLUNGEN ZUR MEDIZINISCH-FORENSISCHEN UNTERSUCHUNG.....	50
6.1	ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN AN DIE UNTERSUCHUNG, SPURENSICHERUNG UND VERLETZUNGSdokUMENTATION:	50
6.2	KÖRPERliche UNTERSUCHUNG UND VERLETZUNGSdokUMENTATION:.....	51
6.3	SPURENSICHERUNG:.....	52
6.3.1	Spuren am Körper	53
6.3.2	Zeitintervall für eine Spurensicherung am Körper und anogenital.....	54
6.3.3	Kleidung und andere Spureenträger	54
6.3.4	Kontamination	55
6.4	GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG	56
6.5	DURCHFÜHRUNG DER GYNÄKOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG	60
6.6	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE BETROFFENE	64
6.7	ENTNAHME VON BLUT UND URIN	64
6.8	UMGANG MIT DEN ASSERVATEN UND LAGERUNG DER ASSERVATE	65



7	MEDIZINISCHE VERSORGUNG	66
7.1	DOKUMENTATIONSBOGEN	66
7.2	KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG.....	66
7.3	TETANUS-IMPfung	67
7.4	WÜRGEN/ DROSSELN	68
7.5	NOTFALLKONTRAZEPTION/ SCHWANGERSCHAFTSTEST	69
8	SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFESTIONEN	70
8.1	UNTERSUCHUNGEN AUF SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFESTIONEN	70
8.2	UNTERSUCHUNGSMATERIAL	71
8.3	EXPOSITIONSPROPHYLAXE	72
8.3.1	Antibiotikaprophylaxe gegen bakterielle STI	72
8.4	HEPATITIS B	73
8.5	HIV	75
8.5.1	Unbekannter Tatverdächtiger	75
8.5.2	Bekannter Tatverdächtiger.....	75
8.6	VERLAUFSKONTROLLEN	76
9	PSYCHISCHE UND PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG.....	77
9.1	SELBSTGEFÄHRDUNG UND SELBSTSCHÄDIGENDES VERHALTEN.....	78
9.2	RISIKOFAKTOREN.....	79
9.3	FAMILIÄR-SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	80
9.4	GEFÄHRDUNGSABSCHÄTZUNG.....	80
9.5	INFORMATIONSMATERIAL	81
9.6	PSYCHOEDUKATION	81
9.7	AUFKLÄRUNG ÜBER „SOZIALES ENTSCHÄDIGUNGSRECHT“	82
9.8	INFORMATIONEN FÜR DIE BETROFFENE.....	83
9.9	BENZODIAZEPINE	83
10	NACHBETREUUNG	84
10.1	BEDEUTUNG VON NACHSORGE UND KONTROLLUNTERSUCHUNGEN.....	84
10.2	PSYCHISCHE NACHBETREUUNG	85
10.3	INFEKTOLOGISCHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN.....	85
10.3.1	Nachbetreuungstermine.....	86
IV.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	888
V.	TABELLENVERZEICHNIS.....	89
VI.	LITERATURVERZEICHNIS	900
VII.	ANHANG.....	97
	TABELLE 7: ZUSAMMENFASSUNG ZUR ERKLÄRUNG VON INTERESSEN UND UMGANG MIT INTERESSENKONFLIKTEN	99



I. Leitlinieninformationen

Template-Version

Version 2025-02

Herausgeber

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.

Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften

Jägerstraße 58–60

D-10117 Berlin

Telefon: +49 30 5148-83340

Telefax: +49 30 5148-83344

info@dggg.de

www.dggg.de

In Repräsentanz durch den Präsidenten der DGGG

Prof. Dr. med. Gert Naumann

Helios Klinikum Erfurt

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nordhäuser Straße 74

D-99089 Erfurt



Leitlinienkoordinierende / Ansprechpartnerinnen und -partner

Die hier genannten Koordinatoren haben maßgeblich an der Planung, Organisation, Anmeldung, Entwicklung, Redaktion, Implementierung und Evaluierung der Leitlinie und zu deren Publikation beigetragen.

Inhaltliche Fachanfragen zu den in der Leitlinie abgehandelten Themen sind zunächst ausschließlich an den Koordinator M. David bzw. die stellvertretende Koordinatorin N. Balint zu richten.

Prof. Dr. med. Matthias David

Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

D-13353 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 450664033

Fax: +49 (0) 30 / 450564904

matthias.david@charite.de

Nicole Balint

Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

D-13353 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 / 450564142

Fax: +49 (0) 30 / 450564904

nicole.balint@charite.de

Journalistische Anfragen sind an den Herausgeber oder alternativ an die Leitlinienkommission dieser Leitlinie zu richten.



Leitliniengruppe

Tabelle 1: Federführender und koordinierender Leitlinienautor und stellvertretende Koordinatorin:

Autor/-in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. med. Matthias David	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
Nicole Balint	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG)

Tabelle 2: Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung der Anwenderzielgruppe (alphabetisch geordnet)

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG)
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
Deutschen STI-Gesellschaft - Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (DSTIG)



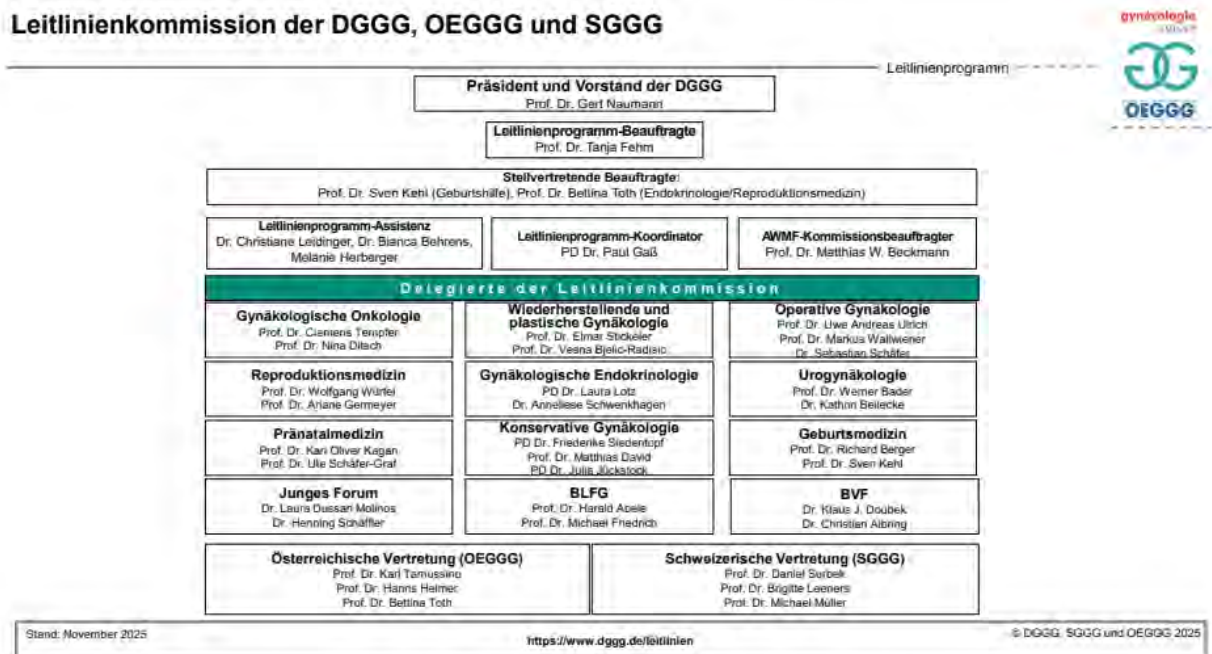
Tabelle 3: Beteiligte Leitlinienautoren und -autorinnen (alphabetisch geordnet):

Autor bzw. Autorin, Mandatsträgerinnen bzw. Mandatsträger	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Nicole Balint	DGPFG
Prof. Dr. med. Matthias David	DGGG
Dr. med. Lina Fryszer	DGPFG
Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Germerott	DGRM
Dr. med. Christine Hirchenhain	DGGG
Paulo Sokoll, MPH	DSTIG
Dr. med. Anne Tank	DGRM
Dr. med. Axel Valet	BVF
Angela Wagner	bff
Dr. med. Cleo Walz	DGRM
Dr. med. Nadine Wilke-Schalhorst	DGRM



Leitlinienkommission

Abbildung 1: Organigramm der Leitlinienkommission



www.dggg.de/leitlinien



Leitlinienprogramm-Beauftragte der DGGG

Prof. Dr. med. Tanja N. Fehm

Universitätsklinikum Düsseldorf

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Moorenstraße 5

D-40225 Düsseldorf

www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe

Leitlinienprogramm-Koordinator der DGGG

PD Dr. med. habil. Paul Gaß, MHBA

Klinikum Chemnitz

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Flemmingstraße 4

09116 Chemnitz

www.klinikumchemnitz.de/kliniken-bereiche/kliniken/frauenheilkunde-und-geburtshilfe

Leitliniensekretariat des Leitlinienprogramms der DGGG

Standort Düsseldorf:	Standort Erlangen:	Standort Berlin:
Dr. Christiane Leidinger Dr. Bianca Behrens Universitätsklinikum Düsseldorf Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Christina Meixner Universitätsklinikum Erlangen Frauenklinik Telefon: +49 9131 85-44063 Telefax: +49 9131 85-33951	Melanie Herberger Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften



Finanzierung

Das DGGG-Leitlinienprogramm unterstützte das Leitlinienprojekt finanziell mit ca. 1.600 Euro für die Formatierung der Leitlinie und die Überarbeitung des Literaturverzeichnisses.

Publikation

Das derzeitige Publikationsorgan ist die *Geburtshilfe und Frauenheilkunde (GebFra)* des Georg Thieme Verlags. Nach Veröffentlichung der Leitlinie wird angestrebt, die Langversion (maximal 10–12 Seiten des Leitlinientexts) oder die Kurzversion zu publizieren. Die aktuelle Version dieser Leitlinie zum Download finden Sie auf der Website der AWMF.

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-097.html>

Zitierweise

Die Langversion der Leitlinie ist im Rahmen von Publikationen in Fachjournals mit folgender Syntax zu zitieren, wenn in den Autorenhinweisen zu den Journals keine eigene Zitierweise vorgegeben wird:

Recommendations for the care and support of women affected by sexual violence. Guideline of the DGGG (S1-Level, AWMF Registry No. 015/097, December 2025).
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-097.html>

Leitliniendokumente

Das gesamte Leitliniendokument wird als **Langversion** bezeichnet. Um den Umgang mit dem Leitlinieninhalt für spezielle Situationen (Praxisalltag, Vorträge) oder nichtmedizinische Interessensgruppen (Patientinnen und Patienten, Laien) zu erleichtern, wird in dieser Leitlinie die Erstellung einer **Kurzversion** und einer **Diaversion** angestrebt.

Nach den Vorgaben des AWMF-Regelwerks (Version 2.2) ist für die Erstellung dieser Leitlinie eine **Interessenerklärung** nötig.

Die Zusammenfassung der Interessenkonflikte aller Leitlinienautoren finden Sie in diesem Dokument in einem separaten Kapitel [Interessenkonflikte](#).



Urheberrecht

Der Inhalt der Nutzungsrechte umfasst „das Recht der eigenen nicht auszugsweisen Vervielfältigung, Verbreitung und Speicherung, öffentlicher Zugänglichmachung auch durch interaktive Produkte oder Dienste das Vortragsrecht sowie das Recht zur Wiedergabe durch Bild und Tonträger in gedruckter und elektronischer Form, sowie das Anbieten als Anwendungssoftware für mobile Betriebssysteme“. Die Autoren können ihre Nutzungsrechte an Dritte einmalig übertragen, dies geschieht entgegen § 32 des UrhG immer unentgeltlich. Dabei werden beispielsweise der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einfache Nutzungsrechte zur Veröffentlichung auf ihrer Homepage übertragen. Des Weiteren ist es möglich, ein beschränktes einmaliges Nutzungsrecht zu übertragen. Diese Dritten (Verlage etc.) sind berechtigt, die Leitlinie, z. B. in einer Fachzeitschrift, zu veröffentlichen, als Buch herauszubringen oder auch in Form eines Computerprogramms (App) für Endnutzer zur Verfügung zu stellen (sogenanntes öffentliches Zugänglichmachen). Sie sind jedoch nicht berechtigt, ihrerseits weitere Personennutzungsrechte einzuräumen.

Die Einräumung von Nutzungsrechten für wissenschaftlich-medizinische Leitlinien im Sinne der Autoren als Miturheber erfolgt im Sinne des § 8 des Urheberrechtsgesetzes (UrhG). Urheber sind natürliche Personen dieses Werkes nach § 2 des UrhG, also alle Autoren der Leitlinie, welche als Miturhebergemeinschaft bezeichnet werden. Diese Gemeinschaft räumt mit Erstellung ihres öffentlich zugänglichen Werkes der medizinischen Fachgesellschaft, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), nur repräsentativ Nutzungs- und/oder Verwertungsrechte ein. Die Urheberin nach § 2 des UrhG bleibt jedoch immer die Miturhebergemeinschaft.



Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zurzeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzerinnen und Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der Redaktion mitgeteilt werden.

Die Benutzerinnen und Benutzer selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.



Abkürzungen

Tabelle 4: Verwendete Abkürzungen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesmeldegesetz
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CT	Computertomographie
HBs-Ag-Impfstoff	Hepatitis B Virus Antigen-Impfstoff
HBs-AK-Titer	Antikörper Titer gegen Hepatitis B-Virus-Surface-Antigen
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HIV-PEP	HIV-Postexpositionsprophylaxe
MRT	Magnetresonanztomographie
PEP	Postexpositionsprophylaxe
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SER	Soziales Entschädigungsrecht
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
STI	Sexuell übertragbare Infektionen (Engl., Sexually Transmitted Infections)
STIKO	Ständige Impfkommission
StPO	Strafprozessordnung
TEARS	Riss, Hämatom, Schürfung, Rötung, Schwellung (Engl., tear, ecchymosis, abrasion, redness, swelling)
TTX-Td	Tetanus-Toxoid
VSS	Vertrauliche Spurensicherung
WHO	World Health Organisation
ZPO	Zivilprozessordnung



II. Leitlinienverwendung

Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Mit dieser erstmals erstellen Leitlinie soll eine Verbesserung und Standardisierung der ärztlichen Versorgung, Betreuung von und der Spurensicherung bei weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland erreicht werden.

Fragestellung und Ziele

Die Leitlinie beschreibt den aktuellen Wissens- und Forschungsstand und stellt damit, wie jede Leitlinie, einen Entscheidungs- und Handlungskorridor für Ärztinnen und Ärzte dar.

Der strukturellen Heterogenität in der Bundesrepublik Deutschland bei der Betreuung und Untersuchung betroffener Frauen nach sexualisierter Gewalt ist sich die Leitliniengruppe bewusst.

Die Leitlinie befasst sich mit der Betreuung und Versorgung von Frauen sowie von Personen mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen. Im Folgenden wird die weibliche Sprachform für alle betroffenen Personen von sexualisierter Gewalt genutzt.

Versorgungsbereich

- ➡ Primärärztliche Versorgung
- ➡ Spezialisierte Versorgung

Patientinnenzielgruppe

Von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen

Anwenderzielgruppe / Adressaten

Diese Leitlinie richtet sich an folgende Personenkreise:

- ➡ Gynäkologinnen/Gynäkologe in der Niederlassung



- ➔ Gynäkologinnen/Gynäkologe mit Klinikanstellung
- ➔ Rechtsmedizinerinnen/Rechtsmediziner

Verabschiedung und Gültigkeitsdauer

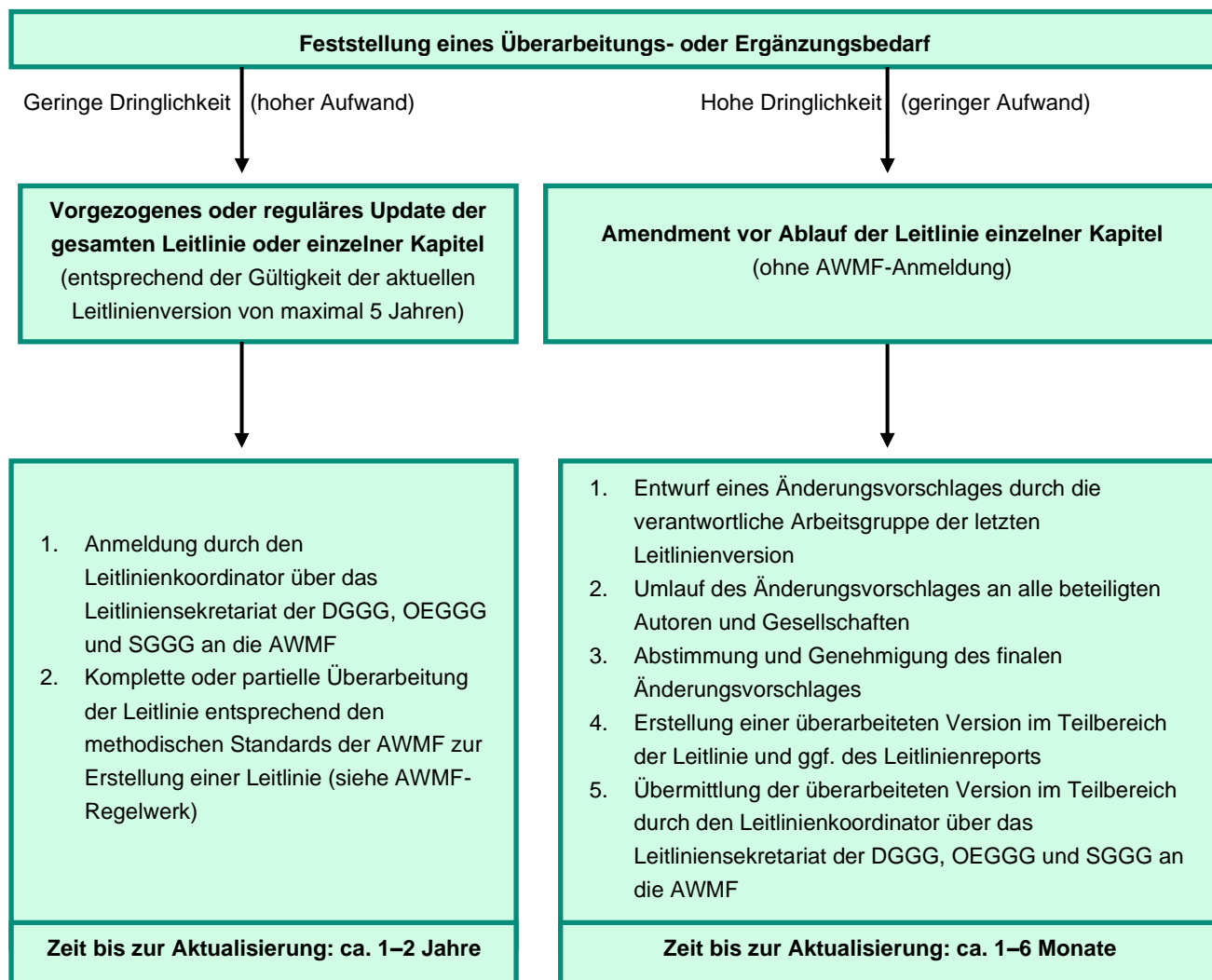
Die Gültigkeit dieser Leitlinie wurde durch die Vorstände/Verantwortlichen der beteiligten Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften/Organisationen/Vereine sowie durch den Vorstand der DGGG und der DGGG-Leitlinienkommission im Dezember 2025 bestätigt und damit in seinem gesamten Inhalt genehmigt. Diese Leitlinie besitzt eine Gültigkeitsdauer von 1.1.2026 bis 31.12.2028. Diese Dauer ist aufgrund der inhaltlichen Zusammenhänge geschätzt.



Überarbeitung und Aktualisierung

Bei dringendem Bedarf kann eine Leitlinie früher aktualisiert werden, bei weiterhin aktuellem Wissenstand kann ebenso die Dauer der Gültigkeit auf maximal 5 Jahre verlängert werden.

Die Leitlinienkommission der DGGG, SGGG und OEGGG hat dazu ein übersichtliches Flowchart entwickelt, welches zunächst für jede gemeinsame Leitlinie dieser Fachgesellschaften gilt:



Ansprechpartner für diese Prozesse sind die federführenden Autoren und Autorinnen der Leitliniengruppe in enger Zusammenarbeit innerhalb der festgelegten Gültigkeitsdauer, nach Ablauf der Gültigkeit ist es die Leitlinienkommission.



Leitlinienimplementierung

Leitlinien sind als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Empfehlungsgraduierungen muss der Arzt oder die Ärztin abhängig von der individuellen Situation der Patientin prüfen im Hinblick auf die Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und die Beteiligung der Patientin an der Therapieentscheidung sowie in Zusammenhang mit den verfügbaren Ressourcen.

Die verschiedenen Dokumentenversionen dieser Leitlinien werden dem Klinikalltag und unterschiedlichen Interessensgruppen gerecht. Informationen zu den Versionen finden Sie im Kapitel Leitliniendokumente.

Spezifische Qualitätsindikatoren wurden nicht benannt.

III. Methodik

Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie wird durch die Vergabe der Stufenklassifikation vorgegeben. Das AWMF-Regelwerk (Version 2.2) gibt entsprechende Regelungen vor. Es wird zwischen einer niedrigsten Stufe (S1), mittleren Stufe (S2) und höchsten Stufe (S3) unterschieden. Die niedrigste Klasse ist definiert als eine Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen, erstellt durch eine nichtrepräsentative Expertengruppe. Im Jahr 2004 wurde die Stufe S2 in die systematische Evidenzrecherche-basierte (S2e) oder strukturelle Konsens-basierte Unterstufe (S2k) gegliedert. In der höchsten Stufe S3 vereinigen sich beide Verfahren.

Diese Leitlinie entspricht der Stufe: **S1**

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk
„Leitlinien“ in Version 2.2

www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html

Literaturrecherche

Zu einer Reihe von Themen wurden durch Mitglieder der Leitliniengruppe selektive Literaturrecherchen in den Datenbanken Google Scholar und MEDLINE/PubMed, durchgeführt, deren Ergebnisse in den Diskussions- und Entscheidungsprozess eingeflossen sind.



Empfehlungsgraduierung

Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der publizierten Daten und damit das Ausmaß an Sicherheit/Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Darlegung der Empfehlungsgrade Ausdruck des Ergebnisses der Abwägung erwünschter und unerwünschter Konsequenzen alternativer Vorgehensweisen.

Die Verbindlichkeit definiert die medizinische Notwendigkeit, dem Inhalt einer Leitlinienempfehlung zu folgen, wenn die Empfehlung dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. In nichtzutreffenden Fällen darf bzw. soll von der Empfehlung dieser Leitlinie abgewichen werden. Eine juristische Verbindlichkeit ist durch den Herausgeber nicht definierbar, weil dieser keine Gesetze, Richtlinien oder Satzungen (im Sinne des Satzungsrechtes) beschließen darf. Dieses Vorgehen wird vom obersten deutschen Gericht bestätigt (Bundesgerichtsurteil VI ZR 382/12).

Aufgrund der niedrigen methodischen Qualität einer Leitlinie auf S1-Niveau ist keine Empfehlungs- und/oder Evidenzgraduierung möglich.

Die Evidenz- und Empfehlungsgraduierung einer Leitlinie auf S2k-Niveau ist nicht vorgesehen. Es werden die einzelnen Empfehlungen nur sprachlich – nicht symbolisch – unterschieden. Die Wahl der Semantik wurde durch die Leitlinienkommission der DGGG mit dem Hintergrund festgelegt, dass es sowohl im Deutschen als auch im Englischen keine eindeutige bzw. zweifelsfreie Semantik für eine Verbindlichkeit geben kann. Die gewählte Formulierung des Empfehlungsgrades sollte im Hintergrundtext erläutert werden.

Tabelle 5: Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig)

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll/Soll nicht
Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte/Sollte nicht
Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann/Kann nicht

Statements

Sollten fachliche Aussagen nicht als Handlungsempfehlungen, sondern als einfache Darlegung Bestandteil dieser Leitlinie sein, werden diese als „**Statements**“ bezeichnet.



Expertenkonsens

Unter einem Expertenkonsens versteht man Konsens-Entscheidungen speziell für Empfehlungen/Statements ohne vorherige systemische Literaturrecherche (S2k) oder aufgrund von fehlender Evidenz (S2e/S3). Die Beschreibung des Expertenkonsens (EK) erfolgt analog zu den Begrifflichkeiten aus anderen Leitlinien wie der „Good Clinical Practice“ (GCP) oder dem „klinischer Konsenspunkt“ (KKP). Die Empfehlungsstärke graduiert sich rein semantisch („soll“/„soll nicht“ bzw. „sollte“/„sollte nicht“ oder „kann“/„kann nicht“).



Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Das „AWMF-Formular zur Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben“ (Stand: 1.11.2020) wurde an alle an der Leitlinienerstellung Mitwirkende und/oder an die aktiv an den Konsensusprozessen Beteiligten versendet, vom federführenden Leitlinienautoren zur Veröffentlichung zusammengefasst und befindet sich im vollen Umfang tabellarisch anbei.

Die Angaben in den COI-Erklärungen wurden in der Konsensusgruppe diskutiert und bewertet. Es fanden sich keine Interessenkonflikte bei den an der Leitlinienerstellung beteiligten Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern.

Die genauen Angaben der Interessenerklärungen pro Person sind in Tabelle 7 im Anhang zu finden.



1 Präambel

Im Fokus dieser Leitlinie steht die medizinische, forensische und psychosoziale Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte von weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt.

Der Terminus „sexualisierte Gewalt“ (und nicht „sexuelle Gewalt“) wird in vorliegender Leitlinie verwendet um zu verdeutlichen, dass sexuelles Verlangen meist nicht Motivation für die Gewaltausübung ist. Zugrunde liegt der Anwendung von sexualisierter Gewalt überwiegend das Bedürfnis nach Machtdemonstration. Sexuelle Handlungen werden als Mittel funktionalisiert, sie sind nicht Zweck der Gewaltausübung.

Bei der Betreuung von Frauen nach sexualisierter Gewalt sind Empathie, Erfahrung und Expertise sowie Respekt und Sachlichkeit des beteiligten medizinischen Personals wichtig.

Es ist ein betroffenenzentrierter, traumainformierter Ansatz anzustreben.

Für die Versorgung von betroffenen Frauen ist ein sicheres und unterstützendes Umfeld zu schaffen.

Es ist nicht Aufgabe des in den Versorgungsprozess, die Betreuung und Spurensicherung involvierten medizinischen Personals, den Wahrheitsgehalt der Aussagen der Betroffene zum Tathergang usw. zu bewerten, dies obliegt dem ggf. folgenden Ermittlungsverfahren und einem Gerichtsurteil. Die Glaubwürdigkeit von Betroffenen ist nicht in Zweifel zu ziehen.

Bezüglich der Dokumentation ist eine sachlich-neutrale Darstellung des Geschilderten für ein juristisches Verfahren von großer Bedeutung.

Juristisch wären Betroffene als „mutmaßlich Betroffene“ zu bezeichnen und Täter als „Tatverdächtige“. Da aus medizinischer Perspektive eine Person bei Angabe von Erleben sexualisierter Gewalt in jedem Falle als „betroffen“ gilt, wird in der Leitlinie der Begriff „Betroffene“ verwendet.

In internationalen Publikationen wird eine Häufigkeit von Falschanzeigen über erlittene sexualisierte Gewalt von unter 10 % angegeben, und diese ist damit nicht höher als bei anderen, vergleichbaren Straftaten [1].

Die Leitlinie beschreibt den aktuellen Wissens- und Forschungsstand und stellt damit, wie jede Leitlinie, einen Entscheidungs- und Handlungskorridor für Ärztinnen und Ärzte dar.

Der strukturellen Heterogenität in der Bundesrepublik Deutschland bei der Betreuung und Untersuchung betroffener Frauen nach sexualisierter Gewalt ist sich die Leitliniengruppe bewusst.

Die Leitlinie befasst sich mit der Betreuung und Versorgung von Frauen sowie von Personen mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen. Im Folgenden wird die weibliche Sprachform für alle betroffenen Personen von sexualisierter Gewalt genutzt.



1.1 Einleitung und Ziel der Leitlinie

Eine Vergewaltigung ist die schwerste Form sexualisierter Gewalt. Sie stellt eine schwerwiegende Verletzung der Menschenrechte dar und kann mit tiefgreifenden somatischen, psychischen und sozialen Konsequenzen für Betroffene verbunden sein.

Nach der Istanbul-Konvention ist eine Vergewaltigung definiert als „... nicht einverständliche, sexuell bestimmte orale, vaginale oder anale Penetration einer anderen Person mit einem Körperteil oder Gegenstand ...“ [2]. Laut Prävalenzstudien erleben in Europa 5-6 % der Frauen mind. einmalig in ihrem Leben eine Vergewaltigung [3,4]. In Deutschland beträgt die Lebenszeitprävalenz von versuchtem/ vollendetem Geschlechtsverkehr gegen den eigenen Willen der Betroffenen bei Frauen 14,9 % [5].

In der Mehrheit der Fälle ist der Täter bzw. Tatverdächtige den Betroffenen bekannt und 97 bis 99 % der Täter sind männlich [3,4,6,7].

Die grundlegende Motivation für sexualisierte Gewalt liegt überwiegend nicht in sexuellem Verlangen, sondern in dem Bedürfnis nach Machtdemonstration und Kontrolle [8,9]. Sexualisierte Gewalt dient dabei als Mittel, um Aggression und Dominanz auszudrücken [8,9]. Laut einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Bundeskriminalamts wird nur in 9,5 % der Fälle von sexualisiertem Missbrauch und Vergewaltigung eine Anzeige erstattet [10]. Das Erleben schwerer sexualisierter Gewalt hat sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit der betroffenen Person.

Zu den unmittelbaren körperlichen Folgen gehören akute Verletzungen und das Risiko, sich eine sexuell übertragbare Infektion (STI) zuzuziehen [11-13]. Eine ungewollte Schwangerschaft ist ebenfalls eine mögliche Folge von sexualisierter Gewalt [11-13].

Langfristig können die körperlichen Folgen vielfältig und langanhaltend sein. Betroffene können unter psychosomatischen Erkrankungen wie chronischen Unterbauchschmerzen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen leiden [14-17]. Ferner kann es zu Dysmenorrhoe, Dyspareunie und sexuellen Dysfunktionen kommen, die sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen [13,18,19]. Zudem zeigt sich nach Erleben sexualisierter Gewalt ein erhöhtes Risiko für Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum [4,9,20].

Die psychosozialen Folgen sind ebenfalls gravierend. Auf der psychischen Ebene sind Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Betroffenen sexualisierter Gewalt weit verbreitet [3-5,11,17,21,22]. Die Betroffenen erleben oft eine stark eingeschränkte Lebensqualität, da das Trauma ihre alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigt [5,15,18]. Es können zudem erhebliche Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten, sowohl im familiären als auch im sonstigen sozialen Kontext. Die Betroffenen fühlen sich häufig sozial isoliert, was die Verarbeitung des erlebten Traumas zusätzlich erschwert [3,4,18].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die entscheidende Rolle der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt als Frühintervention und zur Bewältigung dieser



Erfahrung betont [9,23]. Sie beinhaltet (je nach Wunsch der Betroffenen) die somatische und psychosoziale Versorgung sowie die Sicherung von Beweismaterialien für (ggf. spätere) Strafverfahren. Eine klinisch kompetente und traumainformierte Versorgung wird von den Betroffenen als Unterstützung erlebt und beeinflusst deren individuellen Heilungs- und Verarbeitungsprozess positiv [12].

Bezüglich der Finanzierung sowie teils auch der Standardisierung und Etablierung der medizinisch-forensischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt existiert in Deutschland aktuell Verbesserungsbedarf [24,25]. Mit Inkrafttreten des Masernschutzgesetz im Jahr 2020 wurde in Deutschland erstmalig die Finanzierung der sog. vertraulichen Spurensicherung (VSS) durch die gesetzlichen Krankenkassen beschlossen, was die Etablierung flächendeckender Strukturen zur medizinisch-forensischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt unterstützt [26]. Die Finanzierung der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt ist in Deutschland derzeit trotzdem noch nicht einheitlich geregelt.



2 Allgemeine Empfehlungen zur Erstversorgung

2.1 Räumlichkeiten

Lange Wartezeiten bis zum Beginn der Versorgung und Spurensicherung führen bei den betroffenen Frauen zu einer zusätzlichen Belastung. Es ist daher anzustreben, Wartezeiten möglichst kurz zu halten. Ebenso ist sicherzustellen, dass die vorgesehenen Räumlichkeiten in Größe, Lage und Ausstattung für die Anamneseerhebung, Versorgung und Spurensicherung der betroffenen Frauen geeignet sind.

Empfehlung E 2.1

Für die Versorgung von Frauen nach sexualisierter Gewalt sollten vom übrigen Klinikbetrieb getrennte, geschützte und möglichst ruhige Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.2 Schulung/ traumainformierte Gesprächsführung

Traumatisierung ist mit Gefühlen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein verbunden. Bei der Betreuung von Frauen nach sexualisierter Gewalt ist ein patientinnenzentrierter und traumainformierter Ansatz anzustreben. Notwendig ist, dass Ärztinnen und Ärzte in der Lage sind, Traumata zu erkennen, ihre kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit zu verstehen und bei der Versorgung von betroffenen Frauen ein sicheres und unterstützendes Umfeld zu schaffen [27].

Traumainformiertes Vorgehen beinhaltet ein Verständnis der tiefgreifenden neurologischen, biologischen, psychischen und sozialen Auswirkungen eines Traumas auf eine Person. Damit werden zwar keine traumabedingten Auswirkungen behandelt, dieses Vorgehen trägt aber dazu bei, die Hindernisse zu beseitigen, mit denen Betroffene beim Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert sein können [28].

Empfehlung E 2.2

Die involvierten Ärztinnen und Ärzte sollen zur Versorgung von Frauen nach sexualisierter Gewalt geschult sein.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 2.3

Die involvierten Ärztinnen und Ärzte können speziell in traumainformierter Gesprächsführung geschult sein.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.3 Fachärztlicher Standard

Die kombinierte medizinisch-forensische Untersuchung durch qualifiziertes rechtsmedizinisches und gynäkologisches ärztliches Personal, gemäß dem fachärztlichen Standard, ist anzustreben [29-33]. Sollte in der akuten Vorstellung der Betroffenen nur eine der beiden Fachrichtungen zur Verfügung stehen, kann die Untersuchung auch von gut geschultem gynäkologischem oder entsprechend qualifiziertem rechtsmedizinischem ärztlichen Personal allein durchgeführt werden [30-32,34].

In der bundesdeutschen (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2025 werden unter den zu erwerbenden Weiterbildungsinhalten für den Facharzt/die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe die Handlungskompetenzen „Erfahrungen und Fertigkeiten: Untersuchungen und Dokumentation von Sexualdelikten“ und für den Facharzt/ die Fachärztin für Rechtsmedizin „Erfahrungen und Fertigkeiten: Klinisch-forensische Untersuchungen, Beurteilung und Dokumentation von Verletzungen bei Lebenden, insbesondere in Fällen von Sexualdelikten einschließlich Spurensicherung“ aufgeführt [35].

Empfehlung E 2.4

Die medizinisch-forensische Untersuchung soll durch qualifiziertes rechtsmedizinisches und/oder gynäkologisches ärztliches Personal gemäß dem Facharztstandard durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.4 Vier-Augen-Prinzip

Entlastend für die Patientin und für die primär zuständige Ärztinnen/ den primär zuständigen Arzt ist es, wenn zwei Personen die Untersuchung im Team durchführen. Durch die Arbeit im Team kann die Qualität der Beweissicherung verbessert und die zeitliche Gestaltung der Versorgung der Patientin optimiert gestaltet werden [1]. Die zweite Person kann eine Ärztin/ein Arzt oder eine medizinische Fachkraft, Studierende, Auszubildende sein.



Empfehlung E 2.5

Die Untersuchung kann von zwei Personen durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.5 Sprachmittlung, Dolmetschen

Die Anamneseerhebung setzt, ebenso wie eine adäquate Aufklärung, eine verbale Kommunikation mit der Betroffenen voraus, was bei Vorliegen einer Sprachbarriere den Einsatz neutraler Dolmetscherinnen erforderlich macht, die nicht in Beziehung zur Betroffenen stehen. Die Heranziehung von Freundinnen, Freunden oder Familienangehörigen als Dolmetscher ist in diesem Kontext allenfalls als Notlösung zu betrachten [36,37]. In Fällen, in denen die ermittelnden Behörden als Auftraggeber involviert sind, ist die Organisation einer geeigneten Dolmetscherin (oder eines geeigneten Dolmetschers) durch diese zu erfolgen.

Empfehlung E 2.6

Bei Vorliegen einer Sprachbarriere sollen Dolmetscherinnen zur Verfügung gestellt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 2.7

Freundinnen, Freunde oder Familienangehörige sollten nicht als Dolmetscher/-in fungieren.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.6 Weibliches Personal

Nach dem Erleben einer sexualisierten Gewalttat gilt es, die Psyche der Betroffenen möglichst zu schonen und dazu beizutragen, dass sie (mit)bestimmt, was mit ihr geschieht und sie so die Kontrolle über die Situation zurückgewinnt [38]. Die hohe Belastung der Untersuchung kann verringert werden, wenn die Betroffene gefragt wird, ob sie von einer Ärztin oder einem Arzt untersucht werden möchte [39]. Ist aus Kapazitätsgründen keine Wahl möglich, benötigt es dennoch das Einverständnis, dass die Betroffene mit der geplanten Person einverstanden ist, auch



wenn dies in Einzelfällen bedeuten kann, dass die Untersuchung aktuell nicht stattfindet und erst nach einer Wartezeit erfolgt.

Empfehlung E 2.8

Falls die Betroffene weibliches oder männliches Personal zur Versorgung vorzieht, sollte dieser Wunsch möglichst berücksichtigt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.7 Weibliche Drittperson

Das Erleben von sexualisierter Gewalt stellt für die Betroffene eine psychische und körperliche Ausnahmesituation dar. Die Anwesenheit einer Vertrauensperson ihrer Wahl ist bei der Untersuchung und Spurensicherung zu ermöglichen [40-42]. Anzustreben ist, dass sowohl bei der Untersuchung als auch bei der Spurensicherung immer eine weibliche Drittperson anwesend ist [33,43].

Empfehlung E 2.9

Die Untersuchung soll immer im Beisein einer weiblichen Drittperson (Pflegekraft/Ärztin) durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 2.10

Der Betroffenen soll ermöglicht werden, dass eine Vertrauensperson ihrer Wahl bei der Versorgung anwesend sein kann.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.8 Medizinischer Notfall

Verletzungen nach sexualisierter Gewalt treten häufiger extragenital als genital auf. Der Nachweis insbesondere genitaler Verletzungen sinkt von bis zu 89 %, wenn die Evaluation innerhalb von 24 Stunden nach dem mutmaßlichen Übergriff stattfindet, auf etwa 46 %, wenn



die Untersuchung innerhalb von 72 Stunden durchgeführt wird [44]. Daher ist die Betreuung einer Betroffenen nach sexualisierter Gewalt als medizinischer Notfall einzuschätzen [40,45]. Abhängig von der Gewaltanwendung während des Übergriffs sind in einigen Fällen auch Verletzungen und/ oder Intoxikationen nachzuweisen, die lebensbedrohlich sein können. Da auch die psychische Belastung der Betroffenen die Einwilligungsfähigkeit einschränken kann, ist diesbezüglich ggf. eine Mitbetreuung zu organisieren. In einem solchen Fall hat die Versorgung lebensbedrohlicher Verletzungen, Intoxikationen sowie die psychische Betreuung der Betroffenen Vorrang vor der Spurensicherung [46-53].

Empfehlung E 2.11

Liegt bei der Betroffenen ein akuter medizinischer Notfall vor (z.B. schwere Verletzungen, Panikattacken, Dissoziation, Intoxikationen), soll dessen Behandlung Priorität haben.

Konsensusgrad: starker Konsens

3 Umgang mit den Betroffenen

3.1 Erläuterung der Versorgungsoptionen nach sexualisierter Gewalt

Es bestehen verschiedene Versorgungsoptionen nach Erleben sexualisierter Gewalt (bspw. mit polizeilicher Anzeige, mit Vertraulicher Spurensicherung, rein medizinische Versorgung mit oder ohne Dokumentation der Schilderungen der Betroffenen zum Tathergang). Betroffene sexualisierter Gewalt sind über diese Optionen aufzuklären, damit sie diesbezüglich eine informierte Entscheidung treffen können [9,37,54]. Der gewünschte Umfang der Informationen kann variieren und ist entsprechend anzupassen. Die Entscheidung, welche Versorgungsform die Betroffene wahrnimmt, obliegt allein ihr.

Empfehlung E 3.1

Die verschiedenen Optionen der Versorgung (mit polizeilicher Anzeige, Vertrauliche Spurensicherung, rein medizinische Versorgung) nach sexualisierter Gewalt sollen Betroffenen erläutert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 3.2

Die Betroffene soll frei entscheiden können, welche Versorgungsform sie wahrnimmt; es soll kein Drängen hin zu einer Versorgungsform erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.2 Kontrolle über den Versorgungsprozess

Das Erleben von sexualisierter Gewalt stellt für Betroffene in der Regel einen starken Kontrollverlust dar. Zudem geben viele Betroffene Scham- und Schuldgefühle an. Die medizinische Untersuchung und Beweismittelsicherung können diese und das Gefühl des Kontrollverlustes verstärken. Betroffene sind nicht zur Untersuchung und Behandlung zu drängen. In diesem Sinne sind Betroffene sexualisierter Gewalt über die Möglichkeit von Unterbrechungen (Pausen) und vorzeitiger Beendigung zu informieren.

Empfehlung E 3.3

Betroffenen soll größtmögliche Kontrolle über den Versorgungsprozess ermöglicht werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 3.4

Eine etwaige (Teil-) Ablehnung sowie Unterbrechungen und vorzeitige Beendigungen der Anamneseerhebung und/oder Untersuchung sollen dokumentiert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.3 Traumainformierte/-sensible Gesprächsführung

Nach Schellong et al. (2018) ist unter einer traumainformierten bzw. traumasensiblen eine einfühlsame und ressourcenorientierte Gesprächsführung zu verstehen [55]. Voraussetzung hierfür ist traumaspezifisches Wissen und eine entsprechende Grundhaltung seitens der Behandelnden. Diese Grundhaltung ist nach Schellong gekennzeichnet durch folgende drei Aspekte: Normalität (d.h. Verständnis der Symptome als „normale Reaktion auf ein katastrophales Ereignis“), Transparenz (d.h. Vermitteln von Sicherheit, Vertraulichkeit, stabilem Gegenüber) und Individualität (d.h. Berücksichtigung von Selbstbestimmungsfähigkeit und



individueller Bewältigungsreaktion). Durch die Anwendung bestimmter Prinzipien im Umgang mit den Betroffenen und die Nutzung von psychoedukativen Elementen (bspw. Besprechen von Kriseninterventionen oder Einordnung und Erklärung psychischer posttraumatischer Symptome) sollen "Sicherheit, Kontrollierbarkeit und Wahlfreiheit" vermittelt werden. Die genannten Prinzipien sind nach Schellong et al. (2018) u.a. Respekt und Validierung (Anerkennung der Gefühle der Betroffenen), Normalisierung (Einordnung als „häufige Reaktion auf ein traumatisches Ereignis“) und Erklärung (von Symptomen, Emotionen) sowie Ressourcenorientierung [55]. Traumainformierte bzw. -sensible Versorgung berücksichtigt zudem, dass sich an den Verhaltensmustern der Betroffenen nichts über die Schwere der erlebten Gewalt und die Folgesymptomatik ablesen lässt.

Empfehlung E 3.5

Das Konzept der traumainformierten Gesprächsführung und Versorgung kann bei der Betreuung Betroffener angewendet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.4 Begleitpersonen

Eine bekannte Begleitperson kann die Betroffene in der Untersuchungssituation unterstützen. Um eine Sekundärtraumatisierung in der Untersuchungssituation zu vermeiden und die Selbstwirksamkeit zu fördern, ist es notwendig, die Betroffene in anstehende Entscheidungen einzubinden [38]. Daraus ergibt sich, dass die Anwesenheit jeder weiteren (medizinisch nicht erforderlichen) Person von der Betroffene gewollt und mit ihr abgestimmt wird, zum Beispiel im Rahmen eines vertraulichen Eingangsgespräches. Dies gilt auch für dolmetschende Personen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der (Kriminal-) Polizei.

Auch im Kontext einer Strafanzeige besteht keine Notwendigkeit für die Anwesenheit der Kriminal-/ Polizei bei der Untersuchung [37].

Die Anwesenheit etwaiger Begleitpersonen kann auch mit Herausforderungen einhergehen, da sie (un-)beabsichtigt die Entscheidungsfindung und Aussagebereitschaft der Betroffenen beeinflussen können. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Begleitpersonen gleichzeitig Zeugen der Tat sind oder es sich sogar um Tatverdächtige handelt, sodass dies nach Möglichkeit zu vermeiden ist [46]. Alle Begleitpersonen werden namentlich dokumentiert, da sie im Falle eines Gerichtsverfahrens als Zeuge/ Zeugin herangezogen werden können [9,23,37].



Empfehlung E 3.6

Die Anwesenheit bei der Anamneseerhebung und/oder Untersuchung soll nicht erforderlichen Personen nur in Abstimmung mit der Betroffenen gestattet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 3.7

Die Namen der bei der Anamneseerhebung und/oder Untersuchung anwesenden Personen sollen auf dem Untersuchungsbogen notiert und sowohl die Betroffene als auch die Begleitperson darüber informiert werden, dass die anwesenden Personen im Falle eines Gerichtsverfahrens als Zeuge/Zeugin herangezogen werden können.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 3.8

Es sollte ausgeschlossen werden, dass die Begleitperson der/die Tatverdächtige ist.

Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E 3.9

Wenn im Rahmen der Anamneseerhebung und Untersuchung bekannt wird, dass die Begleitperson Zeuge/ Zeugin der Tat ist, sollte dies dokumentiert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.5 Erstkontakt

Die Bedeutung der Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung und Atmosphäre im Erstkontakt wird in zahlreichen Studien betont und muss umso mehr für Betroffene direkt nach einer sexualisierten Gewalttat gelten, ist doch die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt häufig die erste Person, die von dem Tatgeschehen Kenntnis erlangt [56]. Dies gelingt, wenn die Prinzipien der traumainformierten Gesprächsführung - Empathie, Sachlichkeit, Respekt und Erklärungen - angewandt werden [56].

Die möglichen, erheblichen psychischen Belastungen durch die Untersuchungssituation lassen sich nur dann reduzieren, wenn die Schilderungen der Betroffenen weder allgemein noch bezüglich des Tathergangs hinterfragt oder angezweifelt werden. Hilfreich ist es bspw.



Unterstützung zuzusichern, Verständnis zu zeigen, wenn der Patientin die Worte fehlen oder diese nicht ausgesprochen werden können, wenn sie nicht ins Detail gehen will und das Angebot von Pausen.

Empfehlung E 3.10

Es soll sachlich, wertfrei und empathisch mit der Betroffenen umgegangen und vermittelt werden, dass ihr zugehört wird.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.6 Erklärung der Untersuchungsschritte

Bevor mit der körperlichen Untersuchung und Spurensicherung begonnen wird, ist der Betroffenen das Vorgehen zu erklären und zu begründen. Es ist wichtig, dass die betroffene Frau die Möglichkeit hat, Fragen dazu zu stellen.

Während der körperlichen Untersuchung und Spurensicherung ist die Betroffene darüber zu informieren, welcher Untersuchungsschritt als nächstes erfolgt; die Zustimmung ist für jeden Schritt einzuholen [12]. Instrumente und die verwendeten Materialien für die Spurensicherung sind zu demonstrieren und kurz zu erklären.

Wenn die Betroffene die körperliche Untersuchung und Spurensicherung ganz oder teilweise ablehnt, ist diese Entscheidung selbstverständlich zu respektieren und dies ist entsprechend zu dokumentieren. Es ist wichtig, dass die betroffene Frau ein größtmögliches Maß an Kontrolle über die körperliche Untersuchung hat [9].

Viele Betroffene haben insbesondere Angst vor der gynäkologischen Untersuchung im Rahmen der Versorgung und Spurensicherung. Es ist daher wichtig, dass die Betroffenen sich den Umständen entsprechend so wohl und sicher wie eben in dieser Situation möglich fühlen [12].

Empfehlung E 3.11

Alle Untersuchungsschritte sollen erklärt und nur mit Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

3.7 Kommunikation/ aktives Zuhören

Es ist wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Frau aktiv zuhören, d.h. authentisch, aufmerksam, offen, verständnisvoll und empathisch sind, und Ruhe und Sicherheit vermitteln. Aktives Zuhören beinhaltet die drei Komponenten „aktives Verfolgen des Gesagten“, „aktives Verstehen der Botschaft“ und „Spiegeln des emotionalen Inhalts des Gesagten“ [57]. Eigene



Vorannahmen sind zu reflektieren, und bezüglich eigener Interpretationen, Schlussfolgerungen und Reaktionen ist Zurückhaltung geboten. Eine aufmerksame und respektvolle Kommunikation mit der betroffenen Frau wird durch folgende Punkte ermöglicht: Störungen ausschalten, konzentriert bleiben, ausreden lassen, Gefühle ansprechen, Gesagtes paraphrasieren, Nonverbales verbalisieren, Empathie zeigen und Urteile vermeiden.

Empfehlung E 3.12

Im Gespräch mit den Betroffenen kann es für die Ärztinnen und Ärzte hilfreich sein, das Konzept des aktiven Zuhörens anzuwenden.

Konsensusgrad: starker Konsens

4 Versorgungformen und rechtliche Konstellationen

Bei der Versorgung Betroffener sexualisierter Gewalt werden an die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte verschiedene Anforderungen gestellt, die sich aus mehreren unterschiedlichen Handlungssträngen ergeben.

Neben der grundsätzlichen medizinischen Versorgung kommen der gerichtsfesten Verletzungsdokumentation und Spurensicherung eine besondere Bedeutung zu.

Bei Betroffenen sexualisierter Gewalt sind in Abhängigkeit vom Auftraggeber verschiedene Untersuchungskonstellationen denkbar, denen unterschiedliche rechtliche Aspekte zugrunde liegen [58]. Daraus ergeben sich für die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte (arzt-)rechtliche Aspekte, die zu beachten sind.

4.1 Anzeigerstattung ohne ermittelungsbehördlichen Untersuchungsauftrag

Hier ergeben sich zwei denkbare Konstellationen:

- Die Betroffene wird ohne Begleitung und ohne Untersuchungsauftrag durch die Ermittlungsbehörden im Krankenhaus/ in der Praxis vorstellig, hat aber bereits eine Anzeige bei der Polizei erstattet.
- Die Betroffene erstattet nach einer körperlichen Untersuchung und Spurensicherung Anzeige bei der Polizei.

Bei beiden Konstellationen unterliegt die jeweilige Ärztin/ der jeweilige Arzt grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber den Ermittlungsbehörden. Weitere Auskünfte



dürfen demnach nur nach Entbindung von der Schweigepflicht durch die betroffenen Frauen erfolgen [59-61].

Eine Auskunftspflicht nach dem Bundesmeldegesetz (BMG) ist sehr eng geregelt und gilt lediglich für Basisinformationen und bei Vorliegen eines berechtigten Antrags einer Behörde.

Gemäß § 32 Abs. 2 BMG besteht für Krankenhäuser, Heime und ähnliche Einrichtungen die Pflicht, Behörden Auskunft zu erteilen, wenn dies nach Feststellung der Behörde im Einzelfall erforderlich ist [62]:

- zur Abwehr einer erheblichen und gegenwärtigen Gefahr oder
- zur Verfolgung von Straftaten oder
- zur Aufklärung des Schicksals von Vermissten und Unfallopfern.

Den konkreten Grund für das Auskunftersuchen muss die anfragende Behörde im Einzelfall darlegen [59].

Die Auskunft nach § 32 Abs. 2 BMG umfasst dabei folgende Angaben [62]:

- Familienname, Vornamen,
- Geburtsdatum und Geburtsort, ggf. Staatsangehörigkeiten,
- Anschriften,
- Datum der Aufnahme und Datum der Entlassung.

Medizinische Details, Untersuchungsergebnisse oder -befunde fallen demnach nicht automatisch unter diese Auskunftspflicht.

Empfehlung E 4.1

Die Betroffene soll darüber informiert werden, dass eine Schweigepflicht für das medizinische Personal besteht. Die Schweigepflichtentbindung soll schriftlich erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens



4.2 Untersuchung im Auftrag der Strafverfolgungs-/ Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) oder des Gerichts (nach vorheriger Anzeige)

Erfolgt die Untersuchung im Auftrag der Ermittlungsbehörden/des Gerichts dann sind zwei Konstellationen denkbar:

4.2.1 Die Betroffene stimmt der Untersuchung zu.

In dieser Konstellation spielt die ärztliche Schweigepflicht eine untergeordnete Rolle, da die Betroffene einer aktiven Mitwirkung zugestimmt und meist zuvor eine Anzeige erstattet hat. Sie kennt die Hintergründe der Auftragserteilung. Um späteren Missverständnissen vorzubeugen, empfiehlt sich dennoch, sich eine Schweigepflichtentbindung unterzeichnen zu lassen, sofern dies noch nicht bei der Polizei erfolgt ist. Die Dokumentation und Asservate werden den Polizeibeamten/ -beamtinnen übergeben.

Empfehlung E 4.2

Zur Nachverfolgung der Beweiskette soll dokumentiert werden, welche Dokumente und/oder Asservate an die Polizei/ Rechtsmedizin ausgehändigt wurden.

Konsensusgrad: starker Konsens

4.2.2 Die Betroffene lehnt die Untersuchung ab.

In § 81c (1) StPO (Strafprozessordnung) heißt es, dass eine Betroffene, wenn sie als Zeugin in Betracht kommt, ohne ihre Einwilligung nur untersucht werden darf, wenn zur Erforschung der Wahrheit festgestellt werden muss, ob sich an ihrem Körper eine bestimmte Spur oder Folge einer Straftat befindet. Es liegt eine Mitwirkungspflicht vor. Dennoch darf die Betroffene eine Untersuchung ablehnen. Ein unmittelbarer Zwang dürfte nur auf besondere Anordnung des Gerichtes angewendet werden. In der Praxis handelt es sich dabei aber um sehr seltene Ausnahmesituationen. Seitens der Staatsanwaltschaft wird dann eher auf eine Sicherung von Beweismittel und Erhebung von Befunden verzichtet.

Statement S 4.1

Eine Belehrung der Betroffenen für eine Untersuchung gemäß § 81c StPO erfolgt durch die Ermittlungsbehörden.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 4.3

Die Betroffene soll darauf hingewiesen werden, dass eine Untersuchung gemäß § 81c StPO abgelehnt werden kann.

Konsensusgrad: starker Konsens

4.2.3 Ermittlungsbehörden als Auftraggeber der Untersuchung

Sind die Ermittlungsbehörden Auftraggeber der Untersuchung, möchte die Polizei ggf. beim Vor- bzw. Anamnesegespräch anwesend sein. Ziel ist es, insbesondere zeugenschaftliche Äußerungen der Betroffenen direkt aufzunehmen. Aus Sicht der Staatsanwaltschaft sind dies wertvolle Informationen für ein späteres Strafverfahren. Die Entscheidung, ob die Polizei anwesend ist, liegt dennoch bei der Betroffenen. Lässt diese die Anwesenheit zu, ist auf Gleichgeschlechtlichkeit zu achten und insbesondere bei der gynäkologischen Untersuchung ein optischer Sichtschutz zu nutzen, um die Privatsphäre der Betroffenen bestmöglich zu schützen. Vielerorts wird für diese durch die Ermittlungsbehörden beauftragten Untersuchungen Spurensicherungsmaterial durch die Polizei zur Verfügung gestellt. Die in der Untersuchung gewonnenen Asservate sowie die durch die Polizei zur Verfügung gestellten Dokumentationsbögen sind an die Polizei zu übergeben. Die detaillierte Dokumentation des Untersuchungsbefundes bzw. der Befundbericht werden – in Abhängigkeit davon, ob eine Schweigepflichtentbindung vorliegt - an die Polizei übergeben.

Empfehlung E 4.4

Bei durch die Ermittlungsbehörden beauftragten Untersuchungen sollen alle gesicherten Asservate (Abriebe, Abstriche, Blut-/Urinproben) an die Polizei übergeben werden. Die weitere schriftliche Dokumentation von Befunden soll nach Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung ausgehändigt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 4.5

Bestehen Zweifel, ob auch weiterführende Dokumentationen/ Befundberichte an die Ermittlungsbehörden auszuhändigen sind, sollen sich die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte zunächst auf ihre Schweigepflicht berufen.

Es kann dann im Nachgang juristisch geklärt werden, ob und wie die Ermittlungsbehörden diese Dokumentation erhalten.



Empfehlung E 4.5

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 4.6

Damit die Dokumentation später in einem Ermittlungs-/Strafverfahren verwendet werden kann, soll auf eine gerichtsverwertbare Dokumentationsqualität geachtet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Im Fall einer späteren Gerichtsverhandlung üben Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen zumeist die Funktion eines sachverständigen Zeugen bzw. einer sachverständigen Zeugin (§ 414 ZPO) aus. Gynäkologinnen und Gynäkologen haben als sachverständige Zeuginnen bzw. Zeugen die Aufgabe, zeugenschaftliche Angaben zu machen und fachspezifische Fragestellungen auf Basis ihrer Fachkunde zu beantworten. Kennzeichnend ist, dass der sachverständige Zeuge/die sachverständige Zeugin nicht ersetzbar ist, da nur von ihm oder ihr selbst die im Rahmen der Untersuchungssituation wahrgenommene Tatsachen bekunden kann.

Davon abzugrenzen ist die Funktion des bzw. der Sachverständigen; diese sind grundsätzlich austauschbar (§ 414 ZPO Entscheidung OVG Nordrhein-Westfalen 18.07.2007 - 8 A 1075/06).

4.3 Vertrauliche Spurensicherung

In den meisten Bundesländern gibt es seitens der rechtsmedizinischen Institute und Kliniken mit gynäkologischen Abteilungen Angebote zur vertraulichen Spurensicherung (VSS) nach Gewalt [63]. Es stehen dafür Spurensicherungssets und die Möglichkeit der Lagerung - z.T. über mehrere Jahre - in den jeweiligen rechtsmedizinischen Instituten zur Verfügung. Aufgrund länderspezifischer Finanzierungsmodelle ist die Versorgungsstruktur allerdings sehr heterogen. Im Falle einer vertraulichen Spurensicherung wird Betroffenen von Gewalt dabei vertraulich und ohne die Notwendigkeit einer sofortigen polizeilichen Anzeige eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung angeboten. Die Lagerungsmodalitäten/-zeiten sind dabei regional sehr unterschiedlich. Zumeist erfolgt diese aber im nächstliegenden rechtsmedizinischen Institut. Die Betroffenen müssen einen Aufklärungsbogen/ eine Einwilligungserklärung unterzeichnen, der/die auch Informationen zum Datenschutz enthält. Auch die Möglichkeit einer vorzeitigen Vernichtung ist darin geregelt. Betroffenen wird die Möglichkeit gegeben, sich sowohl körperlich als auch mental zu erholen. Zudem können sie die Entscheidung, eine Anzeige zu erstatten, in Ruhe überdenken. Sollte es zu einer späteren Anzeige



kommen, stehen ihnen gesicherte Dokumentationen und Asservate zur Verfügung, auf die sie zurückgreifen können. Vertraulich bedeutet dabei nicht anonym, da dies eine spätere Fallzuordnung bei polizeilicher Anzeige verhindern würde. Vielmehr handelt es sich um eine pseudonymisierte Dokumentation. Im Falle einer vertraulichen Spurensicherung besteht immer die ärztliche Schweigepflicht, so dass eine Weitergabe von Informationen oder Asservaten an Dritte (auch die Ermittlungsbehörden) erst nach Schweigepflichtentbindung durch die untersuchte Betroffene erfolgen darf. Die Herausgabe der ärztlichen Befundberichte/Asservate kann man den Betroffenen nicht verweigern. In dem Ratgeber für Patientenrechte des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (https://www.bmjbv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Ratgeber_Patientenrechte.pdf?blob=publicationFile&v=14) heißt es dazu: Das Gesetz räumt das Recht ein, jederzeit die vollständigen Behandlungsunterlagen einzusehen. Die Betroffenen dürfen zudem Abschriften aus der Patientenakte verlangen. So muss ihnen die Arztpraxis auf Wunsch Unterlagen kopieren oder sie gegebenenfalls auf einem Datenträger zur Verfügung stellen. Die erste Kopie ist kostenlos (BGB § 630g) [64]. Allerdings besteht die Gefahr, dass durch Aushändigung die Beweismittelkette nicht mehr lückenlos nachvollziehbar ist und Befundberichte nicht mehr auffindbar sind.

Empfehlung E 4.7

Den Betroffenen soll das Lagerungsangebot der Vertraulichen Spurensicherung (VSS) vor Ort empfohlen werden, um eine lückenlose Beweismittelkette zu gewährleisten.

Konsensusgrad: starker Konsens

Mit dem Inkrafttreten des „Gesetzes für den Schutz von Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ (Masernschutzgesetz) am 01.03.2020 gab es auch eine Änderung im V. Sozialgesetzbuch (§ 132k SGB V; § 27 SGB V). Diese beinhaltet, dass die Vertrauliche Spurensicherung Kassenleistung bei den gesetzlichen Krankenkassen ist. Die gesetzlichen Krankenkassen sind demnach verpflichtet, auf Länderebene vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Einrichtungen zu treffen. Die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt dabei anonym. Die Umsetzung erfolgt auf Länderebene und kann in Zuständigkeiten und der konkreten Umsetzung variieren. Zumeist wurden in den Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen die bereits lokal vorbestehenden Projektstrukturen zur VSS integriert.



Empfehlung E 4.8

Ärztinnen und Ärzte sollen sich über den Stand und die Regelungen der Vertraulichen Spurensicherung (VSS) im eigenen Bundesland informieren. Wenn es noch keine Regelung gemäß § 132 SGB V gibt, sollen sich die Ärztinnen und Ärzte bei dem nächstliegenden rechtsmedizinischen Institut nach Kooperationsmöglichkeiten erkundigen.

Konsensusgrad: starker Konsens

4.4 Ausschließlich medizinische Versorgung

Die Betroffene stellt sich ausschließlich zur medizinischen Untersuchung/ Versorgung/ Beratung vor. Neben einer gynäkologischen Untersuchung erfolgen dann, je nach Fall, eine Infektionsberatung/ Schwangerschaftstest/ Notfallkontrazeptionsberatung, unter Einhaltung der Schweigepflicht. Über die Möglichkeit von Hilfen einer psychischen/ psychosozialen Beratung und Betreuung ist die Betroffene aufzuklären. Auch in diesen Fällen ist eine ärztliche Dokumentation anzufertigen.

Empfehlung E 4.9

Wenn keine polizeiliche Anzeige vorliegt, sollte der Betroffenen die Vertrauliche Spurensicherung (VSS) angeboten oder sie sollte an eine entsprechende Einrichtung weitergeleitet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 4.10

Ärztinnen und Ärzte sollen die Betroffene darüber informieren, dass sie um die Relevanz einer gerichtsverwertbaren Dokumentation/Spurensicherung weiß, wenn sie sich später zu einer polizeilichen Anzeige entschließt.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 4.11

Wird die Vertrauliche Spurensicherung (VSS) von der Betroffenen nicht gewünscht, soll zumindest die Dokumentation der erfolgten Maßnahmen gewissenhaft und ausführlich erfolgen.



Empfehlung E 4.11

Konsensusgrad: starker Konsens

4.5 Nicht einwilligungsfähige Betroffene

Einfluss von Alkohol, Drogen und/ oder Medikamenten

Steht die Betroffene unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten, ist zu klären, ob eine Einwilligungsfähigkeit vorliegt. Ist eine Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben, dürfen lediglich Maßnahmen ergriffen bzw. Untersuchungen durchgeführt werden, um eine unmittelbare gesundheitliche Gefährdung zu erkennen und diese für die Betroffene abzuwenden. Spurensichernde Maßnahmen/ Untersuchungen schließt dies nicht mit ein. Diese dürfen nicht gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden. Eine Garantenstellung (auf einem Behandlungsvertrag beruhende ärztliche Verpflichtung, Schaden von der Betroffenen abzuwenden) ergibt sich diesbezüglich nicht. Durch eine ggfs. stationäre Aufnahme/ ambulante Überwachung und die Vermeidung von Körperreinigung könnten zumindest einige Spuren bewahrt werden. Sofern durch etwaige Zeitverzögerungen bei der Spurensicherung den (längerfristig nicht einwilligungsfähigen) Betroffenen ein Nachteil droht, ist im Einzelfall zu prüfen, ob der mutmaßliche Wille (nach § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB) anzunehmen ist und eine Spurensicherung/Dokumentation erfolgt. Eine konsiliarische rechtsmedizinische Mitbeurteilung hilft ggf. bei der Beurteilung des Falles und der Entscheidung.

Empfehlung E 4.12

Bei Alkohol-/ Drogen-/ Medikamentenbeeinflussung soll geprüft werden, ob eine Einwilligungsfähigkeit vorliegt.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 4.13

Spurensichernde Maßnahmen/ Untersuchungen sollen nur mit Zustimmung der Betroffenen erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 4.14

Bei längerfristiger Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit soll fallabhängig entsprechend des mutmaßlichen Willens der Betroffenen die Entscheidung für oder gegen eine Spurensicherung und deren Ausmaß getroffen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

4.6 Kognitive und psychische Beeinträchtigung

Liegt bei einer Betroffenen eine kognitive und/oder eine psychische Beeinträchtigung vor ist die Einwilligungsfähigkeit zu klären. Falls die Einwilligungsfähigkeit vorliegt, ist eine bestehende Betreuung ohne Relevanz. Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor, so muss die Einwilligung zu einer Untersuchung/Spurensicherung bei der zuständigen rechtlichen Betreuung eingeholt werden. Für die medizinische Versorgung ist eine rechtliche Betreuung für den Bereich der Gesundheitsversorgung zuständig. Für die Spurensicherung nach Erleben sexualisierter Gewalt ist eine rechtliche Betreuung für den Bereich Behördenangelegenheiten zuständig.

Empfehlung E 4.15

Bei Betroffenen mit erkennbar kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen soll entschieden werden, ob diese einwilligungsfähig sind. Die Gründe für diese Annahme sollen dokumentiert werden; dasselbe gilt für die Annahme von Einwilligungsunfähigkeit.

Konsensusgrad: starker Konsens

Statement S 4.2

Die Feststellung, ob und inwieweit die Betroffene in medizinische Maßnahmen und die Spurensicherung selbst einwilligen kann, obliegt der ärztlichen Einschätzung, und zwar immer bezogen auf die konkrete Behandlungssituation und die konkret beabsichtigte(n) Maßnahme(n)

Statement: starker Konsens

Statement S 4.3

Auch betreute Menschen dürfen grundsätzlich als Teil ihres Selbstbestimmungsrechts alleine und ohne ihre rechtliche Betreuung über medizinische Maßnahmen entscheiden. Ob die Betroffene eine rechtliche Betreuung



Statement S 4.3

für den Bereich der Gesundheitssorge hat, ist daher bei Personen, die einwilligungsfähig sind, nicht relevant.

Statement: starker Konsens

Empfehlung E 4.16

Wenn die Betroffene nicht (mehr) selbst einwilligen kann und eine rechtliche Betreuung für Gesundheitssorge besteht, soll diese kontaktiert und in die Entscheidung über die Einwilligung in medizinische Maßnahmen einbezogen werden. Dasselbe gilt bei Einwilligungsunfähigkeit und einer bestehenden rechtlichen Betreuung für den Bereich Behördenangelegenheiten im Hinblick auf die Spurensicherung nach Vergewaltigung.

Konsensusgrad: starker Konsens

Statement S 4.4

Auch bei bestehender rechtlicher Betreuung und Einwilligungsunfähigkeit bleibt die Betroffene die Ansprechperson für die ärztliche Aufklärung; die rechtliche Betreuung führt nicht dazu, dass allein mit dieser gesprochen und durch diese entschieden werden darf.

Statement: starker Konsens

Empfehlung E 4.17

Ist die Betroffene nach ärztlicher Einschätzung nicht einwilligungsfähig oder sind die ärztlichen Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit so groß, dass ein Untersuchungswunsch der Betroffenen ansonsten abgelehnt werden müsste, sollte bei Personen ohne rechtliche Betreuung beim zuständigen Amtsgericht (Betreuungsgericht) eine rechtliche Betreuung für Gesundheitssorge (und ggf. Behördenangelegenheiten) beantragt werden, wenn dies für die konkret anstehenden Maßnahmen erforderlich ist.

Konsensusgrad: starker Konsens

5 Anamneseerhebung



Die Anamneseerhebung beinhaltet eine allgemeine, gynäkologische sowie die Tat betreffende Anamnese und lenkt die klinische und forensisch-medizinische Untersuchung, die Spurensicherung, die medizinische Versorgung einschließlich infektiologischer Maßnahmen und weitere erforderliche Unterstützungsmaßnahmen für die Betroffene [9,33,36].

5.1 Allgemeine Anamnese:

Die allgemeine Anamnese umfasst Angaben zu Größe, Gewicht, Vorerkrankungen, Operationen und Medikamenteneinnahme der Betroffenen. Auch eine orientierende Erfassung des psychischen Zustandes sowie etwaiger Hinweise auf eine Beeinflussung der Betroffenen durch zentralnervös wirksame Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente) ist erforderlich.

Das Erleben sexualisierter Gewalt kann für die betroffenen Frau ein psychisches Trauma zur Folge haben, das mit individuell sehr unterschiedlichen Reaktionen verbunden ist. Während in der akuten Phase bei manchen Frauen Angst, Hilflosigkeit oder Scham im Vordergrund stehen, zeigen andere Frauen Stimmungsschwankungen, Wut oder Aggressivität [36,51,65,66].

Im Umgang mit den Betroffenen ist es wichtig, diese Reaktionen und den aktuellen psychischen Zustand in der Anamnese zu erfassen und zu vermitteln, dass jegliche Reaktion auf das Ereignis normal ist. Dabei müssen die Grenzen der Betroffenen respektiert und deshalb die einzelnen Schritte der Untersuchung genau erklärt werden [36].

Empfehlung E 5.1

Eine allgemeine Anamnese soll erhoben werden und umfasst Angaben zu: Größe und Gewicht, Vorerkrankungen, Operationen, Medikamenteneinnahme.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.2

Der psychische Zustand der Betroffenen (Orientierung, Bewusstsein, Verfassung sowie Affekt) soll erfasst und in der Anamnese dokumentiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens

5.2 Gynäkologische Anamnese



Die gynäkologische Anamnese ist eine wichtige Grundlage für die medizinische Versorgung und Beratung sowie die gezielte Spurensicherung und für eine spätere gutachterliche Beurteilung der Befunde. Die gynäkologische Anamnese umfasst: aktuelle und vorbestehende genitale Beschwerden, Operationen, Menstruationsanamnese, die Dokumentation von Schwangerschaften/Geburten und Verhütungsmaßnahmen. Für eine spätere Beurteilung des Spurenbildes wird der letzte einvernehmliche Sexualkontakt erfragt: Dies beinhaltet wann, mit wem, wie und ob eine bzw. welche Verhütungsmethode verwendet wurde (Kondom?).

Empfehlung E 5.3

Eine allgemeine gynäkologische Anamnese soll erhoben werden.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.4

Es soll erfragt werden, wann, mit wem und wie der letzte einvernehmliche und/oder nicht einvernehmlich Sexualkontakt erfolgt ist und ob bzw. welche Verhütungsmethode angewandt, insbesondere ob ein Kondom verwendet wurde.

Konsensstärke: starker Konsens

5.3 Infektiologische Anamnese

Eine STI (sexuell übertragbare Infektion; STI steht für den englischen Begriff Sexually Transmitted Infections) kann durch ungeschützten Sexualkontakt mit einer bereits infizierten Person erworben werden [9]. Obwohl es in den meisten Fällen schwierig ist, bei sexuell aktiven Betroffenen eine STI mit sexualisierter Gewalt in Verbindung zu bringen, ist eine detaillierte Anamnese wichtig[67,68]. Dies erleichtert die Entscheidungsfindung, welche Proben/ Abstriche dafür von welchen Körperstellen benötigt werden und ob eine Prophylaxe notwendig ist.

Empfehlung E 5.5

Aus infektiologischer Sicht sollen folgende Informationen erhoben werden, um das Risiko einer durch den Übergriff erworbenen oder vorbestehenden STI abschätzen zu können:



Empfehlung E 5.5

- Verletzungen oder Blutungen bei der Betroffenen und soweit bekannt dem mutmaßlichen Tatverdächtigen
- Bekannte STI-Vorgeschichte bei der Betroffenen und dem mutmaßlichen Tatverdächtigen
- Vorliegen von STI-Symptomen
- Überprüfung des Impfstatus der Betroffenen (z.B. Hepatitis B und Tetanus)

Konsensstärke: starker Konsens

5.4 Die Tat betreffende Anamnese

Die Vernehmung mit Eruiierung einer möglichst detaillierten Beschreibung des Geschehens ist Aufgabe der Ermittlungsbehörden und erfolgt durch Beamte und Beamtinnen der Polizei. Orientierende Kenntnisse des Sachverhalts sind allerdings Voraussetzung für die weitergehende forensisch-medizinische Untersuchung einschließlich der Spurensicherung [33]. Eine allzu detailreiche Erhebung kann zudem eine zusätzliche psychische Belastung für die Betroffene darstellen und im Verfahrensverlauf auch zu Widersprüchen führen, da die Betroffenen ggf. aus Scham (zunächst) Einzelheiten weglassen oder sich gegenüber dem medizinischen Personal öffnen, gegenüber den ermittelnden Behörden jedoch nicht [33,37].

Die Anamnese wird zunächst mit offenen Fragen begonnen, wobei die Aussagen der Betroffenen bestenfalls wörtlich dokumentiert und Suggestivfragen strikt vermieden werden [9,33]. Gezielte Nachfragen beschränken sich auf diejenigen Teilaspekte, die wesentlich für die weitere Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung sind.

Aus forensisch-medizinischer Sicht sind die wesentlichen Fragen: Was ist passiert? Wann ist es passiert? Wo ist es passiert? Wer war beteiligt? Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Einsatz von Gegenständen das Spurenbild und Verletzungen ebenso beeinflussen kann, wie die getragene Kleidung, die Umgebung einschließlich des Untergrundes oder eine etwaige zentralnervöse Beeinflussung durch Substanzen [9,36,37,69].

Mit Blick auf die anzuschließende Spurensicherung sind ferner diejenigen Lokalisationen zu identifizieren, die potentielle Träger von genetischem Fremdmaterial sind. Hierzu zählen Stellen, an denen ein intensiver Hautkontakt erfolgte oder die Antragungen von Blut, Sperma oder Speichel erwarten lassen. Ferner ist eine etwaige Ejakulation zu erfragen und festzustellen, ob und wo die Betroffene z. B. geküsst, gebissen, geleckt, gehalten, gewürgt o.ä. wurde [33,36]. Vor diesem Hintergrund sind auch Abwehrmaßnahmen der Betroffenen von Belang, z. B. im Sinne eines Kratzens, nach dem sich potentiell genetisches Fremdmaterial des oder der mutmaßlichen Tatverdächtigen unter den Fingernägeln finden lassen kann.



Empfehlung E 5.6

Der Tathergang soll zunächst von der Betroffenen frei geschildert werden. Dabei sollen Suggestivfragen vermieden werden.

Konsensstärke: Konsens

Empfehlung E 5.7

Datum, Uhrzeit und Ort des Übergriffs sollen erfragt werden.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.8

Das Erfragen von Details zum Tathergang soll sich auf das für die Untersuchung, Versorgung und Spurensicherung notwendige Maß beschränken.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.9

Es soll erfragt werden, ob der/die mutmaßliche Tatverdächtige bzw. die mutmaßlichen Tatverdächtigen der Betroffenen bekannt sind (z. B. Bekannte oder Familienangehörige).

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.10

Es soll erfragt werden ob, und wenn ja, wo (oral, anal, vaginal) und womit (Penis, Finger, Gegenstand) eine Penetration stattgefunden hat sowie ob, und wenn ja, wohin es zu einer Ejakulation gekommen ist und ob ein Kondom verwendet wurde.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.11

Es soll erfragt werden, ob (sich) die Betroffene zwischenzeitlich: in irgendeiner Form gereinigt hat (inkl. Abwischen), die Kleidung, einen Tampon/Binde/Vorlage oder ein Barriere-Kontrazeptivum gewechselt hat, Wasser gelassen/ Stuhlgang gehabt hat (vor allem bei vaginaler und analer Penetration), etwas gegessen, getrunken, geraucht, Zähne geputzt oder eine Mundspülung durchgeführt hat (bei oraler Penetration).



Empfehlung E 5.11

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.12

Es soll erfragt werden, ob und in welcher Form Gewalt angewandt und ob dabei Waffen oder Gegenständen einschließlich Fesseln verwendet wurden.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.13

Weitere Möglichkeiten und Lokalisationen einer Übertragung von genetischem Material sollen erfragt werden. Dazu zählen u.a. Küssen, Lecken, Beißen, Anfassen und Abwehrmaßnahmen wie Kratzen. Auch soll erfragt werden, ob und in welcher Form die Betroffene gegebenenfalls den/die mutmaßliche Tatverdächtige(n) ihrerseits verletzt hat.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.14

Bei Schilderung von Gewalt gegen den Hals sollen die Symptome zunächst frei geschildert werden, wobei insbesondere eine damit verbundene Bewusstlosigkeit, ein unfreiwilliger Kot- oder Urinabgang, Schluckbeschwerden, Halsschmerzen, Heiserkeit, ein Fremdkörpergefühl (Globusgefühl) oder Sehstörungen wesentlich sind.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E 5.15

Der Konsum von Alkohol, Drogen, Medikamenten und ein Gedächtnisverlust („Blackout“) als Hinweis auf eine Intoxikation mit zentralnervös wirksamen Substanzen soll erfragt werden.

Konsensstärke: starker Konsens



Empfehlung E 5.16

Insbesondere bei Vorliegen extragenitaler Verletzungen und/oder Hinweisen auf geformte (musterartige) Verletzungen sollen die getragene Kleidung und der getragene Schmuck erfragt werden.

Konsensstärke starker Konsens

6 Empfehlungen zur medizinisch-forensischen Untersuchung

Die medizinisch-forensische Untersuchung von Betroffenen sexualisierter Gewalt kann einerseits im Auftrag der Polizei nach einer Strafanzeige, andererseits als vertrauliche Spurensicherung auf Wunsch der Betroffenen ohne Strafanzeige durchgeführt werden. Ziel der Untersuchung ist nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die systematische Beweissicherung, die in einem rechtlichen Kontext von entscheidender Bedeutung ist [70,71]. Sie umfasst neben einer ausführlichen Anamnese die körperliche und gynäkologische Untersuchung, eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung [9,33,70]. Die Sicherung von Spuren – sei es genetisches Fremdmaterial oder der Nachweis einer zentralnervös wirksamen Substanz - oder einer Verletzung ist zeitsensibel. Vor diesem Hintergrund stellt die Versorgung Betroffener nach dem Erleben sexualisierter Gewalt einen medizinischen Notfall dar.

Empfehlung E 6.1

Die Untersuchung soll zeitnah, systematisch und standardisiert erfolgen, um den rechtlichen Anforderungen in einem (späteren) Ermittlungsverfahren gerecht zu werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.1 Allgemeine Anforderungen an die Untersuchung, Spurensicherung und Verletzungsdokumentation:

Die gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sind die zentralen Bestandteile der medizinisch-forensischen Untersuchung. Eine Verwendung standardisierter Spurensicherungskits ist dabei hilfreich [9,33]. Derartige Kits enthalten als Basisausstattung in der Regel einen standardisierten Untersuchungsbogen, Winkelmaßstäbe zur Anfertigung einer gerichtsfesten Fotodokumentation, DNA-freie Wattestiel tupfer zur Sicherung molekulargenetischer Spuren und atmungsaktive Spurensicherungstaschen bzw. Papiertüten zur Asservierung von Spurentägern wie bspw. Bekleidung, Blut- und Urinröhrchen zur Sicherung toxikologisch relevanter Spuren sowie Informationsmaterial für Betroffene hinsichtlich



psychosozialer Nachsorgemöglichkeiten. Die gesamte Untersuchung erfolgt nach einem standardisierten Protokoll und beinhaltet eine vollständige und nachvollziehbare Dokumentation. Standardisierte Dokumentationsbögen sind hilfreich, da sie einerseits durch die Untersuchung leiten und andererseits detaillierte Aufzeichnungen zu durchgeführten Untersuchungen, den erhobenen Befunden sowie den gesicherten Spuren ermöglichen, ohne dass wichtige Aspekte vergessen werden. Welche Dokumentationsbögen und Spurensicherungssets verwendet werden, richtet sich nach den regionalen Gegebenheiten.

6.2 Körperliche Untersuchung und Verletzungsdokumentation:

Die körperliche Untersuchung beinhaltet immer eine vollständige und systematische Inspektion der gesamten Körperoberfläche, wobei die Untersuchung in Teilschritten erfolgt, sodass die betroffene Person nie vollständig entkleidet ist[9,12]. Bei der Untersuchung werden auch die unteren Augenbindehäute der Unterlider, die Hinterohrregionen und die Mundschleimhäute inspiziert [9]. Werden Untersuchungsschritte seitens der Betroffenen abgelehnt, wird dies entsprechend dokumentiert.

Um die Befunde gerichtsfest zu dokumentieren, werden digitale Fotografien der Verletzungen angefertigt. Hierzu muss die Zustimmung der betroffenen Person eingeholt werden. Für eine gerichtsverwertbare Fotodokumentation ist zunächst eine Übersichtsaufnahme erforderlich, aus der die eindeutige Lokalisation der Verletzung am Körper hervorgeht. Im Anschluss erfolgt eine Detailaufnahme der Verletzung senkrecht zur Körperoberfläche mit angelegtem Maßstab, gegebenenfalls mit Farbskala [72]. Die Fotodokumentation hat äußerst sensibel zu erfolgen (z. B. nicht am vollständig entkleideten Körper und ohne unnötige Darstellung schambehafteter Körperregionen). Verletzungen oder Auffälligkeiten im Anogenitalbereich sind erst nach Zustimmung der Betroffenen zu fotodokumentieren. Im Anogenitalbereich werden möglichst nur Detailaufnahmen von Verletzungen oder Befunden angefertigt.

Zusätzlich werden alle Verletzungen durch Beschreibungen und Zeichnungen im Körperschema in Bezug auf die Verletzungsart (z. B. Rötung, Hämatom, Schürfung, glattrandige/unregelmäßige Hautdurchtrennung, Schleimhautverletzung) sowie Größe, Form, Farbe und genaue Lokalisation dokumentiert [9,33,71]. Unspezifische Begriffe wie „Prellmarke“ und interpretierende Beschreibungen wie „frische/alte Verletzung“, „Schlagverletzung“ oder „Würgemale“ sind unbedingt zu vermeiden [71]. Auch das Fehlen von Verletzungen (Negativbefunde) zum Beispiel bei angegebener Gewalteinwirkung gegen den Hals, geringfügige, medizinisch nicht versorgungsbedürftige Verletzungen (Bagatelverletzungen) oder anderweitige Befunde (z.B. Blutantragungen) sind festzuhalten [33].



Empfehlung E 6.2

Eine Fotodokumentation der festgestellten Verletzungen und anderweitiger Befunde soll erfolgen. Diese besteht aus Übersichtsaufnahmen zur sicheren Identifizierung der Verletzungslokalisation und Detailaufnahmen mit Maßstab.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.3:

Eine Beschreibung der Verletzungen soll Angaben zu Art, Form, Größe, Farbe und Lokalisation der Verletzung enthalten. Interpretationen sollen dabei vermieden werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.4:

Für die Übersicht sollten sämtliche Verletzungen in einem Körperschema skizziert werden, das Teil der standardisierten Untersuchungsbögen ist.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3 Spurensicherung:

Neben der Dokumentation etwaiger Verletzungen ist im Rahmen der Untersuchung gegebenenfalls die Sicherung weiterer Spuren erforderlich, um zum Beispiel biologische Spuren der tatverdächtigen Person oder Faserspuren, die von deren Kleidung stammen, zu sichern. Werden bei einem Übergriff zum Beispiel Sperma, Speichel, Hautzellen oder auch Haare von der tatverdächtigen Person auf die Betroffene übertragen, so besteht die Möglichkeit, den Kontakt zwischen tatverdächtiger und betroffener Person zu belegen. Die erforderlichen molekulargenetischen Untersuchungen erfolgen in speziell forensisch akkreditierten Laboren.

Empfehlung E 6.5

Die Spurensicherung soll an den jeweiligen Begebenheiten des Falls orientiert werden (Anamnese).

Konsensusgrad: starker Konsens



6.3.1 Spuren am Körper

Um Spuren von der Haut/Schleimhaut zu sichern, werden Abstriche und Abriebe an Lokalisationen, an denen eine Übertragung genetischen Materials wahrscheinlich ist, entnommen. Dies sind Körperstellen, an denen es zu einem engen Kontakt zwischen Tatverdächtigen und Betroffenen (z.B. Würgen oder festes Zugreifen) oder einer möglichen Übertragung von Körperflüssigkeiten wie Ejakulat, Speichel oder Blut gekommen ist [9]. Die Identifizierung derartiger Lokalisationen erfolgt im Rahmen der Anamneseerhebung, wobei bei Erinnerungslücken ein großzügiges Entnahmeprozedere mit Abrieben z. B. am Hals, den Brüsten, am Bauch, sowie den Oberarm- und Oberschenkelinnenseiten seitengetrent erfolgt. Bei stattgehabtem Oralverkehr wird ein Abstrich aus der Mundhöhle inklusive der Wangentaschen sowie ggf. ein Abstrich perioral genommen.

Für Körperabriebe bzw. -abstriche sind spezielle forensische Wattestieltupfer zu verwenden. Schleimhautabstriche werden mit dem trockenen Tupfer angefertigt. Für Abriebe vom trockenen Hautmantel werden die Tupfer zunächst mit 1-2 Tropfen Aqua dest. oder NaCl 0,9% etwas angefeuchtet (Prinzip: „feucht auf trocken, trocken auf feucht“). Der angefeuchtete, aber nicht nasse Wattestieltupfer sollte mit leichtem Druck über die betreffenden Körperlokalisationen gerieben werden, um möglichst viel genetisches Fremdmaterial aufzunehmen. Eine zweifache Abreibung von Körperstellen (sog. Double swab technique) wird aufgrund der komplexeren Handhabung und damit Fehleranfälligkeit bei gleichzeitig allenfalls geringem Mehrwert nicht empfohlen [73,74].

Bei stattgehabter körperlicher Gegenwehr sind je ein Abrieb pro Hand unterhalb der Fingernagelüberstände zu nehmen [75]. Hierzu stehen auch spezielle, spitz zulaufende forensische Wattestieltupfer zur Verfügung. Alternativ werden im Einzelfall auch die Fingernagelüberstände geschnitten und in atmungsaktiven Spurensicherungstaschen aufbewahrt.

Im Hinblick auf eine molekulargenetische Auswertung der Abstrichtupfer wird zum Vergleich auch ein Wangenschleimhautabstrich der Betroffenen entnommen, bei einer vertraulichen Spurensicherung kann dies auch bei späterer Anzeigenerstattung durch die Polizei erfolgen.

Empfehlung E 6.6:

Eine Sicherung von potentiell genetischem Fremdmaterial soll mithilfe spezieller selbsttrocknender forensischer Wattestieltupfer (Abstriche und Abriebe) sowie durch die Sicherung potentiell DNA-tragender Bekleidung und Gegenstände in atmungsaktiven Spurensicherungstaschen bzw. Papiertüten erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens



6.3.2 Zeitintervall für eine Spurensicherung am Körper und anogenital

Die Nachweisbarkeitsdauer von Spuren wird durch zahlreiche Maßnahmen teils erheblich beeinträchtigt. Dazu zählen – je nach Fallkonstellation – eine Körperreinigung bzw. Reinigung/Wechsel der Kleidung durch die Betroffene sowie Essen/ Trinken/ Rauchen oder Urin- und Kotabgang bzw. Menstruation [36,37]. Eine Spurensicherung ist jedoch auch nach vorherigen Reinigungsmaßnahmen durch die Betroffenen noch sinnvoll, da auch eine Kleinstante an nachgewiesener genetischem Fremdmaterial ausreichen kann, um ein genetisches Profil zu erhalten und diese selbst auf der Haut auch nach derartigen Maßnahmen noch nachweisbar sein können [76].

Die Nachweisbarkeitsdauer von Spermien bzw. genetisches Fremdmaterial und damit einhergehend die Empfehlung zur Durchführung einer entsprechenden Spurensicherung wird in der Literatur mit bis zu 3-7 Tagen angegeben, wobei nicht immer zwischen verschiedenen Körperstellen unterschieden wird [9,33,36,37]. Während eine Sicherung von männlicher DNA in vaginalen Abstrichen innerhalb der ersten 72 Stunden erfolgsversprechend ist, sprechen einzelne Studienergebnisse mit teilweise deutlich längeren Nachweiszeiträumen dafür, dass ein striktes Einhalten dieser Vorgaben mitunter zum Nachteil der Betroffenen sein kann [9,36,77,78]. So waren Spermien in Einzelfällen bis zu 7 Tage vaginal, bis zu 12 Tagen zervikal und bis zu 5 Tage anal nachweisbar [9,36,77,78].

Empfehlung E 6.7

Die Asservierung molekulargenetischer Spuren soll so schnell wie möglich erfolgen. Eine Abstrich- und Abriebentnahme soll bis 72 h nach dem Vorfall unabhängig von einer Körperreinigung immer erfolgen und kann im Einzelfall bis zu 7 Tage nach dem Ereignis durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3.3 Kleidung und andere Spureenträger

Darüber hinaus sind die bei dem Vorfall getragene Kleidung sowie Binden/Vorlagen/Tampons oder eventuell vorhandene Kondome als mögliche molekulargenetische Spureenträger insbesondere von Ejakulat zu sichern [9,36,79]. Um eine Schimmelbildung mit damit einhergehendem Zerfall von genetischem Fremdmaterial auf möglicherweise feuchten Kleidungsstücken zu verhindern, werden diese in speziellen atmungsaktiven Spurensicherungstaschen oder Papiertüten asserviert. Auch körperfremde Partikel (z. B. Haare) können in dieser Weise asserviert werden. Bei sehr feuchten Asservaten ist mitunter eine initiale Trocknung erforderlich.



6.3.4 Kontamination

Bei der Spurensicherung ist zu beachten, dass keine eigene DNA oder DNA einer Voruntersuchung übertragen wird. Zu beachten ist dabei, dass auch durch eine etwaige (Flächen-) Desinfektion keine DNA-Freiheit erlangt wird und selbst sterile Materialien nicht zwingend DNA-frei sind [80]. Ein möglichst spurenarmes Arbeiten wird jedoch bereits durch ein hygienisches Arbeitsumfeld und Einhalten von Hygieneregeln erlangt: Während der Untersuchung und Spurensicherung werden Handschuhe sowie ein chirurgischer Mundschutz getragen [33,36,37,81]. Die Handschuhe werden regelmäßig gewechselt, insbesondere nach jedem Kontakt zu potentiell DANN-tragenden Körperstellen oder Oberflächen, um eine Kontamination des Handschuhs und damit einhergehend eine mögliche Verschleppung von genetischem Material zu vermeiden [75,81]. Da Einmalhandschuhe sehr leicht DNA aufnehmen und abgeben, werden Handschuhe stets frisch aus der Spenderbox (im Idealfall einer frischen Handschuhspenderbox) entnommen und nicht offen oder in ungeeigneten Behältnissen wie Tüten oder Kitteltaschen aufbewahrt [82]. Durch einzeln verpackte Handschuhe wird das Risiko einer Kontamination durch verunreinigte Handschuhe weiter reduziert [81].

Zudem ist es wichtig darauf zu achten, dass die abzureibenden Körperstellen vor Entnahme der Abriebe und Abstriche nicht berührt werden, auch nicht mit medizinischem Material/ Hilfsmitteln wie zum Beispiel Spekula oder Tupfer.

Zudem erfolgt die Abstrichentnahme immer „von außen nach innen“ (erst äußeres Genitale, dann vaginal/ zervikal). Dies gilt insbesondere dann, wenn Abstriche mithilfe eines Spekulum entnommen werden, wobei die Gefahr einer Spurenverschleppung von außen zu beachten ist. In diesen Fällen gilt zwingend, weder den abzureibenden Bereich mit dem Spekulum, noch das Spekulum mit dem Abstrichtupfer zu berühren.

DNA kann direkt und indirekt übertragen und verschleppt werden [83]. Daher sollte die Spurensicherung - sofern es das Verletzungsbild zulässt – vor der medizinischen Versorgung stattfinden.

Eine möglichst parallele Asservierung am Körper befindlicher Spuren zur Untersuchung reduziert nicht nur das Risiko einer DNA-Kontamination, sondern erspart der Betroffenen sich wiederholende Untersuchungen.

Empfehlung E 6.8

Während der Untersuchung soll zur Vermeidung einer Kontamination mit Fremd-DNA (durch den Untersuchenden) auf die Einhaltung strikter Hygienemaßnahmen geachtet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 6.9

Es sollen Handschuhe und es sollte ein chirurgischer Mundschutz getragen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.10

Zur Vermeidung einer DNA-Verschleppung sollen die Handschuhe bei möglicher Kontamination gewechselt werden. Jedweder Kontakt der (behandschuhten) Händen oder der zu benutzenden Instrumentarien mit noch abzustreichenden / abzureibenden Körperstellen soll vermieden werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.11

Die Entnahme von Abstrichen und Abrieben soll der medizinischen Versorgung vorausgehen, sofern keine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.4 Gynäkologische Untersuchung

Die gynäkologische Untersuchung betroffener Frauen nach sexualisierter Gewalt dient zum einen der Diagnose behandlungsbedürftiger Befunde, zum anderen der Spurensicherung nach einer angegebenen Straftat. Für Gynäkologinnen und Gynäkologen, die in eine Untersuchung betroffener Frauen nach sexualisierter Gewalt involviert werden, sind Kenntnisse einiger Fakten zu genitalen Auffälligkeiten unerlässlich. Dies impliziert vor allem auch grundlegende Kenntnisse der anogenitalen Anatomie.

Eine standardisierte Terminologie der korrekten anatomischen Strukturen und deren einheitliche Anwendung bei der Beschreibung von Befunden, ist von großer Bedeutung [34,36,84-88]. Die gründliche Untersuchung ist die Grundlage des ärztlichen Befundberichtes. Daher müssen die Befunde klar und eindeutig dokumentiert werden [85,89]. Auch für ein eventuelles Gutachten ist die Beschreibung der Verletzung mit der genauen anatomischen Lokalisation wichtig. Slaughter et al. publizierten 1997 ein Klassifikationsschema anhand einer einheitlichen Terminologie mit den verschiedenen Arten von Genitaltraumata nach Penetration [85]. Im Rahmen der forensisch-medizinischen Untersuchung werden Befunde erhoben und dokumentiert, sowie Spuren gesichert. Bewertung und Einordnung sind forensisch erfahrenen Gutachterinnen und Gutachtern vorbehalten [9]. Begriffe wie "Virgo intacta", "virginaler Introitus", „klaffende Vulva“



oder “vergrößerte vaginale Öffnung” sind zu vermeiden, da sie keiner sachgemäßen und vor allem forensischen Dokumentation entsprechen. Sie können sogar schädlich für die Glaubwürdigkeit der Betroffenen sein. Denn bis heute existieren aufgrund von religiösen, kulturellen, ethnischen und mythischen Vorstellungen viele Fehlvorstellungen über das Hymen. Mit der Bezeichnung “Virgo intacta” kann medizinischen Laien suggeriert werden, dass keine Penetration stattgefunden haben kann [90].

Kane et al. publizierte in ihrem systematischen Review, bei dem 141 Volltextpublikationen die Einschlusskriterien erfüllten, von insgesamt 1224 untersuchten Studien, dass keine konsistente Terminologie und kein einheitlicher Standard für die Dokumentation von Genitalverletzungen in Fällen sexualisierter Gewalt weltweit angewandt wurde [34].

Hilfreich ist die Verwendung einer einheitlichen Terminologie, wie in Anlage 1 aufgeführt [36].

Empfehlung E 6.12:

Die einzelnen anatomischen Strukturen sollen mit einer konsistenten Terminologie des Anogenitalbereiches genau aufgeführt werden (siehe Grafik in der Anlage 1)

Konsensusgrad: starker Konsens

Für die Versorgung betroffener Frauen im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung sind organisatorische Voraussetzungen wie die Möglichkeit der konsiliarischen Hinzuziehung Hals-Nasen-Ohrenärztlicher, radiologischer (z.B. MRT der Halsregion), wie auch psychosozialer Expertise genauso wünschenswert wie die Bereitstellung von Wechselkleidung und die Möglichkeit, nach der Untersuchung zu duschen [36]. Die Vorhaltung eines Notfalllabors wie auch die Möglichkeit einer Postexpositionsprophylaxe (HIV, Hepatitis) sind im Einzelfall unerlässlich [36].

Betroffenen Frauen ein möglichst niederschwelliges Angebot, wohnortnah, zu ermöglichen ist, begrüßenswert.

Empfehlung E 6.13:

Ärztinnen und Ärzte, die direkt von Betroffenen sexualisierter Gewalt kontaktiert werden und nicht über die notwendige Expertise verfügen, sollen sich der Betroffenen dennoch annehmen und eine Weiterleitung an eine Einrichtung mit entsprechender Expertise organisieren.

Konsensusgrad: starker Konsens



Ein weltweit genutztes einheitliches Klassifikationssystem zur Beschreibung von Verletzungen existiert zum jetzigen Zeitpunkt nicht [34]. Das TEARS-Schema (tear, ecchymosis, abrasion, redness, swelling, übersetzt: Riss, Hämatom, Schürfung, Rötung, Schwellung) wird am häufigsten verwendet und wurde entwickelt, um genitale Verletzungen genauer dokumentieren zu können und um die Genauigkeit der Interpretation der Befunde zu verbessern [32,85,88,91,92].

Empfehlung E 6.14

Die Dokumentation von Genitalverletzungen soll nach dem TEARS-Schema erfolgen; Interpretationen sollen dabei vermieden werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Die Rate an genitalen Verletzungen schwankt in unterschiedlichen Untersuchungen erheblich [32,84,93]. Jewkes et al. (2009) fanden 6 %, Slaughter et al. (1992) berichteten von 87 %, allerdings mit zusätzlicher kolposkopischer Untersuchung [84,93]. Slaughter et al. (1997) fand eine deutlich höhere Rate an genitalen Verletzungen bei Frauen, die auch extragenitale Verletzungen aufwiesen (74 % vs. 61 %, $p = 0.013$) [85]. Die routinemäßige (Nicht-)Durchführung einer kolposkopischen Untersuchung erklärt zumindest einen Teil der unterschiedlichen Angaben zu den Verletzungsraten [36,85].

Bei Kindern und Jugendlichen gilt die Untersuchung mittels Videokolposkopie bei dem V.a. einen sexuellen Missbrauch heute international als Goldstandard [94,95]. Bei Erwachsenen ist die Anwendung im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich. Während sie in den USA zur Standarduntersuchung nach sexualisierter Gewalt gehört, wird sie in Australien, Kanada, Europa oder Großbritannien nicht als Standardverfahren angewendet [34].

Die Kolposkopie bietet dabei die Möglichkeit der höheren Detektionsrate von Verletzungen, sowie der verbesserten Sichtbarkeit insbesondere von Mikrotraumen. Auch eine Möglichkeit der Dokumentation mittels Foto- oder Video-Kolposkopie ist gegeben. Hier besteht die Möglichkeit zur Nutzung unter anderem auch zu Re-Evaluierungszwecken [34,36,44,48,92,95-113].

Empfehlung E 6.15

Die Untersuchung des Anogenitalbereichs mittels Kolposkopie sollte im Rahmen der Untersuchung von Betroffenen sexualisierter Gewalt durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens



Toluidinblau ist ein blauer Farbstoff, der in der Medizin zur Anfärbung von Geweben oder als Antidot verwendet wird. Bei der Anfärbung von Geweben reagiert der Farbstoff mit sauren Molekülen der RNA oder DNA und kann daher Zellkerne anfärben. Im Rahmen der Diagnostik an der Vulva wird die Untersuchung als Collins-Test bezeichnet. Hierbei wird 1 %-ige Toluidinblau-Lösung auf die gesäuberte Haut der Vulva aufgetragen und nach einer kurzen Einwirkzeit mit 1- bis 2 %-iger Essigsäurelösung wieder abgewaschen. Durch die Anfärbung von Zellkernen werden Ulzerationen, Erosionen oder Hauteinrisse angefärbt. Jedoch kommt es auch zu einer unspezifischen Reaktion des unverhornten Plattenepithels des Introitus vaginae, bei Reparationsvorgängen, bei Parakeratose oder vulvären Neoplasien. Aufgrund der eher unspezifischen Reaktion gehört der Collins-Test heute nicht zur Routinediagnostik bei dem V.a. eine vulväre intraepitheliale Neoplasie [105,114].

Im Rahmen der Diagnostik bei dem V.a. sexualisierte Gewalt führt die Toluidinblau-Probe zu einer erhöhten Detektionsrate von Mikrotraumen im Bereich der Posterior-Fourchette oder des Perineums [44,92,96,98,99,104,105,111,115-117]. Allerdings ist die diagnostische Beurteilung stark untersucherabhängig und die spätere Sichtung der Fotodokumentation Toluidinblau-positiver Befunde weist nur eine schlechte Interobserver-Variabilität auf [44,95]. Die Untersuchung zeigt nicht so eine hohe Effektivität wie die Anwendung der Kolposkopie [92,112,113].

Im Rahmen der Untersuchung des Anogenital-Bereichs nach sexualisierter Gewalt, kann es durch Abstriche oder die Durchführung einer Spekulumuntersuchung zu Mikroverletzungen kommen. Diese können die Beurteilung der Toluidinblau-Probe beeinträchtigen, so dass einige Autoren die Durchführung des Collins-Test vor der Abstrichentnahme oder der Spekulumuntersuchung empfehlen [115,116,118]. Allerdings wirkt Toluidinblau spermizid, was sich wiederum negativ auf die forensischen Abstriche auswirken kann [118].

Empfehlung E 6.16

Die Toluidinblau-Probe (Collins-Test) kann vor dem Hintergrund der kontroversen Diskussionen in der Literatur nicht empfohlen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Auch im Falle nicht vorhandener genitaler Verletzungen kann ein nichteinvernehmlicher Sexualkontakt vorgelegen haben [36,119]. Umgekehrt spricht jedoch auch das Vorhandensein von genitalen Verletzungen nicht gegen einen einvernehmlichen Sexualkontakt [36,119].



Statement S 6.1

Die Abwesenheit von genitalen Verletzungen spricht nicht gegen einen nichteinvernehmlichen Sexualkontakt, genauso wenig wie das Vorhandensein von genitalen Verletzungen nicht gegen einen einvernehmlichen Sexualkontakt spricht.

Konsensusgrad: starker Konsens

Im Rahmen einer Untersuchung nach sexualisierter Gewalt wird den Betroffenen immer eine komplette körperliche Untersuchung angeboten [43,120]. Extragenitale Verletzungen werden dabei deutlich häufiger diagnostiziert, als anogenitale Verletzungen [106]. Neben dem schriftlichen Befund mit detaillierter Beschreibung des Anogenitalbereichs und der detaillierten Dokumentation in einer Schemazeichnung, kommt auch die Fotodokumentation mit Winkelmaß zum Einsatz [36,95,121]. Die Kombination von beidem weist hier die höchste Rate an Intra- und Inter-rater-agreement auf [36,104,109,121,122]. Zudem besteht bei einer fotografischen Dokumentation die Möglichkeit des Peer-Review oder der Zweitmeinung [95,107].

Empfehlung E 6.17

Eine Dokumentation anogenitaler Befunde nach sexualisierter Gewalt soll mindestens mittels Beschreibung und einer Schemazeichnung erfolgen. Bei Einwilligung der Betroffenen soll auch eine Fotodokumentation anogenitaler Befunde durchgeführt werden (möglichst Detailaufnahmen, mit der Möglichkeit einer anatomischen Zuordenbarkeit, keine Übersichtsaufnahme).

Konsensusgrad: starker Konsens

6.5 Durchführung der gynäkologischen Untersuchung

Da die betroffene Frau die gynäkologische Untersuchung nur bedingt visuell verfolgen kann, ist im Vorfeld eine ausführliche Erläuterung des Untersuchungsablaufes unerlässlich [33,36]. Um die Untersuchung für die Betroffene abzukürzen, sind die benötigten Untersuchungsmaterialien (forensische und ggf. mikrobiologische Abstriche, Fotoapparat, Winkellineal) vor der Untersuchung bereitzulegen [29,91].

Bei der Untersuchung ist dafür Sorge zu tragen, dass nur Personen, die für die Durchführung der Untersuchung notwendig sind, anwesend sind.

Wenn möglich, ist die Untersuchung von einer Gynäkologin vorzunehmen, falls dies nicht möglich ist, ist für die Anwesenheit einer weiblichen Assistenzperson zu sorgen [33].



Personal der Ermittlungsbehörden hat in der Regel bei der gynäkologischen Untersuchung nicht anwesend zu sein.

Die Untersuchung erfolgt in Steinschnittposition, die anale Inspektion kann auch in Seitenlage mit angezogenen Beinen durchgeführt werden [30,33,91].

Die Befunddokumentation muss standardisiert erfolgen. Der Facharztstandard ist einzuhalten [33].

Empfehlung E 6.18

Die Untersuchung des Anogenitalbereichs einer Betroffenen nach sexualisierter Gewalt soll in Steinschnittposition durchgeführt werden; die alleinige Analinspektion kann auch in Seitenlage mit angewinkelten Beinen erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Als erstes, wenn Scham- bzw. Intimhaare vorhanden sind, können diese mit einem DNA-freien Kamm ausgekämmt und samt Kamm in einer Papiertüte oder speziellen Asservierungstüte gesammelt werden. Verklebte Scham- bzw. Intimhaare werden abgeschnitten und gleichfalls asserviert [30]. Fremdmaterial wie Tampons wird ebenfalls in Papiertüten oder speziellen Asservierungstüten aufbewahrt [30].

Empfehlung E 6.19

Eventuell vorhandene Scham- bzw. Intimhaare können mit einem DNA-freien Kamm ausgekämmt und das dabei gewonnene Material gesammelt und gemeinsam mit dem Kamm in einer Papier-/ Asservierungstüte aufbewahrt werden. Verklebte Scham- bzw. Intimhaare sollen abgeschnitten und ebenfalls asserviert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Im Anschluss werden die forensischen Abstriche vom äußeren Genitale entnommen. Zudem werden Abstriche sichtbarer Spuren (getrocknetes Sekret, z.B. Speichel, Spermaspuren) oder von Lokalisationen, an denen nach der Beschreibung der Betroffenen Spuren zu erwarten sind (z.B. nach Küssen oder Lecken), entnommen [33,36]. Danach erfolgt die Inspektion der Vulva mit den einzelnen anatomischen Strukturen, ohne Verwendung von Instrumentarium [121]. Es ist auf Veränderungen wie Schwellungen, Schleimhautrisse, Schürfungen, Rötungen und Hämatome zu achten (TEARS-Klassifikation) [121]. Dann erfolgt ein forensischer Abstrich vom Mons pubis, den Labia majora und Sulci interlabiales mit einem befeuchteten Abstrichtupfer. Anschließend erfolgt



nach Separation der Abstrich der Innenseiten der Labia minora bis zum Hymen mit einem trockenen Abstrichtupfer. Danach wird der Hymenalsaum zusätzlich mit einem befeuchteten Wattestäbchen umfahren, damit ggf. vorhandene Verletzungen besser dargestellt werden können.

Empfehlung E 6.20

Nach der Spurensicherung des äußeren Genitals soll die Inspektion der Vulva mit den einzelnen anatomischen Strukturen erfolgen (Anlage 1). Dabei soll auf Veränderungen nach der TEARS-Klassifikation geachtet werden. Der Hymenalsaum soll dabei ggf. zusätzlich mit einem befeuchteten Wattestäbchen umfahren werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Der nächste Schritt ist - nach Einwilligung der Patientin - die Speculumeinstellung mit der Entnahme von einem vaginalen forensischen Abstrich, wobei die Vaginalschleimhaut möglichst großflächig abgestrichen wird. Dabei ist darauf zu achten, keine Spuren von außen nach innen zu verschleppen. Die Empfehlungen hinsichtlich der vaginalen Abstrichlokalisationen differieren in der Literatur [9,30,33,36,89,123-126]. Einigkeit besteht jedoch, dass sowohl aus dem Bereich der Vulva, als auch aus dem Bereich der Vagina, Abstriche zu entnehmen sind. Wenn eine Speculumuntersuchung durchgeführt wird, erfolgt eine forensische Abstrichentnahme mit einem trockenen Abstrichtupfer aus der Cervix uteri.

Die Speculumuntersuchung wird im gynäkologischen Setting durchgeführt. Bei der Untersuchung durch Rechtsmedizinerinnen/ Rechtsmediziner wird zumeist ein Blindabstrich aus der Tiefe der Vagina entnommen.

Empfehlung E 6.21

Sowohl mit als auch ohne Speculumeinstellung soll bei Entnahme des Vaginalabstrichs darauf geachtet werden, keine Spuren von außen nach innen zu verschleppen.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 6.22

Aus dem Anogenitalbereich sollen je nach angegebener Penetrationsart (vaginal/anal) Abstriche/ Abriebe von folgenden Lokalisationen mit selbsttrocknenden Abstrichtupfern entnommen werden:

sichtbare Spuren (z. B. eingetrocknetes Sekret, Speichel, Spermaspuren)

1 x äußeres Genital

1 x Innenseite der Labia minora bis zum Hymen

1 x Vagina

1 x Cervix uteri (wenn Speculumuntersuchung)

1 x perianal/anal

1 x Rektum

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.23

Eine gynäkologische Speculumuntersuchung soll unter Berücksichtigung der Angaben zur Tat und zur klinischen Symptomatik fallabhängig erfolgen. Sie kann die Spurensicherung sowie die Entdeckung etwaiger Verletzungen und Fremdkörper unterstützen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 6.24

Ob eine Speculumuntersuchung durchgeführt wird, die selbstverständlich nur mit Zustimmung der Betroffenen erfolgen kann, soll mit der Betroffenen eingehend besprochen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Danach erfolgen fallabhängig die Abstriche der Analregion und nach Spreizen des Anus mit den Fingern (ohne in den Analkanal einzudringen) direkt aus dem Rektum. Es gilt das Prinzip: Feuchte Spur mit trockenem Tupfer, trockene Spur mit feuchtem Tupfer [97].

Viele Spuren degradieren (=chemische, biologische Zersetzung) im Laufe der Zeit, so dass eine zeitnahe Untersuchung zu empfehlen ist [32,85,91,93,96,121,127,128].



Im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung können auch Abstriche zur Infektionsdiagnostik entnommen werden (STI) (s. Kap. Sexuell übertragbare Infektionen) [33,36]. Ausstriche zum Nativnachweis von Spermatozoen dürfen nicht angefertigt werden, damit ausreichend genetisches Fremdmaterial gesichert werden kann.

Empfehlung E 6.25

Es sollen keine Nativabstriche zum Nachweis von Spermatozoen entnommen werden, damit für die spätere Spurenanalyse ausreichend Material zur Verfügung steht.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.6 Empfehlungen für die Betroffene

Ist eine medizinisch-forensische Untersuchung vorangekündigt (z.B. telefonisch), müssen die Betroffenen vorab instruiert werden, vor der medizinisch-forensischen Untersuchung keine Körperreinigung wie Duschen, Baden oder Waschen vorzunehmen, da hierdurch Spuren an der Körperoberfläche verloren gehen. Auch auf ein Umkleiden möge verzichtet werden. Im Falle einer oralen Penetration mit Samenerguss in die Mundhöhle werden die Betroffenen informiert, bis zur Untersuchung Essen, Trinken, Zähne putzen, Mundspülungen und Rauchen zu vermeiden.

Empfehlung E 6.26

Besteht im Vorfeld Kontakt zu der Betroffenen (z.B. telefonisch), sollen diese instruiert werden, vor der medizinisch-forensischen Untersuchung möglichst keine Körperreinigung oder Wechsel der Kleidung vorzunehmen. Im Falle einer oralen Penetration sollen die Betroffenen informiert werden, bis zur Untersuchung Essen, Trinken, Zähne putzen, Mundspülungen und Rauchen zu vermeiden.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.7 Entnahme von Blut und Urin

Bei dem Verdacht auf eine Substanzbeeinträchtigung (Alkohol, Drogen, Medikamente) durch eigenen Konsum oder Verabreichung werden Blut- und Urinproben, in seltenen Fällen auch Haare zum Nachweis etwaiger Fremdstoffen gesichert [9,33].

Für die Blutentnahme wird ein Serumröhrchen verwendet, bei Verdacht auf eine Beeinflussung durch Kokain zusätzlich ein Natriumfluoridröhrchen. Die Asservierung von Urin erfolgt mittels



einer Urinmonovette oder in einem sterilen Behältnis. Es sind jeweils Uhrzeit und Datum der Entnahme zu dokumentieren.

Da einige Substanzen wie Gammahydroxybuttersäure (GHB, häufig Synonym „K.o.-Tropfen“) nur sehr kurze Zeit, im Blut für ca. 6 bis 8 Stunden, im Urin für ca. 12 Stunden nachweisbar sind, hat die Asservierung von Blut- und Urinproben zeitnah zu erfolgen [129]. Grundsätzlich empfiehlt sich jedoch eine Blut- und Urinasservierung bis 72 Stunden nach der (möglichen) Aufnahme, da andere Substanzen (z. B. Benzodiazepine) auch über mehrere Tage nachweisbar sein können [129,130].

Eine gerichtsverwertbare Untersuchung der Blut- und Urinprobe erfolgt in einem speziell forensisch akkreditierten Labor (zum Beispiel Institut für Rechtsmedizin) erfolgen.

Die Entnahme einer Haarprobe ist nur in speziellen Konstellationen und nach einem längeren Zeitabstand von ca. 4 Wochen zu der angegebenen Tat sinnvoll [33,129]. In diesen Fällen wird ein Verweis der Betroffenen an ein forensisch-toxikologisches Labor empfohlen.

Empfehlung E 6.27

Besteht der Verdacht auf eine Substanzbeeinflussung, sollen Blut- und Urinproben so schnell wie möglich (spätestens aber innerhalb von 72 Stunden) nach dem Übergriff asserviert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

6.8 Umgang mit den Asservaten und Lagerung der Asservate

Eine lückenlose Beweismittelkette ist für ein Ermittlungsverfahren von zentraler Bedeutung. Jede Spur, die während der Untersuchung sichergestellt wird, ist mit einer eindeutigen Kennzeichnung zu versehen und vor Kontaminationen gesichert aufzubewahren [9].

Erfolgt die Untersuchung im Auftrag der Polizei, werden die Spuren und Asservate den zuständigen Polizeibeamtinnen/-beamten übergeben [124].

Das Vorgehen im Rahmen einer Vertraulichen Spurensicherung richtet sich nach den regionalen Strukturen. So werden in einigen Bundesländern die Untersuchungskits an Institute für Rechtsmedizin übermittelt und dort für einen definierten Zeitraum gelagert [63]. Für größere Asservate wie beispielsweise Oberbekleidung gibt es zum Teil keine Regelungen, diese können durch die Betroffenen selbst aufbewahrt werden, wobei in einem späteren Ermittlungsverfahren aufgrund von Manipulationsmöglichkeiten Einschränkungen in der Verwendbarkeit resultieren können.



Wattestieltpuffer und andere Asservate wie zum Beispiel Tampons oder Slips sind kontaminationssicher, trocken und bei Raumtemperatur aufzubewahren.

Blut- und Urinproben werden bis zu einem Versand gekühlt. Zur langfristigen Aufbewahrung empfiehlt es sich, Serum und feste Bestandteil der Blutprobe zu trennen und anschließend einzufrieren.

Empfehlung E 6.28

Blut- und Urinproben sollen bis zur Weiterleitung in einem Kühlschrank gelagert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

7 Medizinische Versorgung

7.1 Dokumentationsbogen

Falls sich die Betroffene aktuell gegen eine Anzeige entscheidet und nach ausführlicher Aufklärung keine Spurensicherung wünscht, ist trotzdem eine standardisierte Dokumentation anhand spezieller Dokumentationsbögen zu empfehlen [9,29,33]. Zum einen führt ein standardisierter Dokumentationsbogen sicher durch die Anamnese und Untersuchung, so dass keine einzelnen Untersuchungsschritte ausgelassen werden, zum anderen könnte sich die Betroffene nach einer Erholungsphase oder Gesprächen mit Vertrauenspersonen doch noch sekundär für eine polizeiliche Anzeige entscheiden [33].

Dann kommt der exakten Anamnese- und Befunderhebung beweissichernde Bedeutung in einem möglichen Strafverfahren - auch ohne Spurensicherung - zu [97]. Auch im Falle einer vertraulichen Spurensicherung (VSS) dient die exakte Dokumentation der gerichtsverwertbaren Beweissicherung [121]. Zur Dokumentation stehen mehrere standardisierte Bögen zur Anamnese, Befunderhebung und Spurensicherung zur Verfügung, z.B. der Dokumentationsbogen des Frauennotrufes in Frankfurt, abrufbar unter www.frauennotruf-frankfurt.de.

Empfehlung E 7.1

Anamnese, Befunde und die Spurensicherung sollen standardisiert anhand eines Dokumentationsbogens erhoben werden

Konsensstärke: starker Konsens

7.2 Körperliche Untersuchung



Allen Betroffenen wird eine medizinische und psychosoziale Versorgung angeboten, unabhängig davon, ob sie eine Anzeige erstatten möchten [29,32,33,97,121]. Zur vollständigen Erfassung ist eine komplette körperliche Untersuchung in Teilschritten (immer nur mit partieller Entkleidung) erforderlich [33]. Alle körperlichen und anogenitalen Verletzungen, auch nur geringfügig erscheinende, sind nach Art, Größe, Form, Farbe und Lokalisation sowie bei Stichverletzungen zusätzlich nach der Tiefe zu erfassen [9,85,91,119,127,128]. Die Dokumentation der Verletzungen erfolgt anhand eines standardisierten Dokumentationsbogens.

In einem Ganzkörperschema sind alle Befunde zu skizzieren und ggf. -nach Einwilligung durch die Betroffene - zu fotodokumentieren [29,33,97]. Wenn keine Verletzungen vorliegen - zum Beispiel nach Einschüchterung durch Bedrohung - oder die Betroffene die Untersuchung bestimmter Körperregionen ablehnt, ist dies zu dokumentieren [91,119,121,128]. Bei Verletzungen am Bewegungsapparat oder Gewalt gegen den Hals (Würgen, Drosseln) ist die Betroffene konsiliarisch anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, HNO) vorzustellen, die dann auch über eine weitergehende bildgebende Diagnostik (Röntgen, CT, MRT) entscheiden [12,29,33].

Empfehlung E 7.2

Körperliche Verletzungen sollen adäquat erfasst, dokumentiert und versorgt werden, ggf. sollen dabei andere Fachdisziplinen konsiliarisch involviert werden.

Konsensstärke starker Konsens

7.3 Tetanus-Impfung

Das Bakterium *Clostridium tetani* ist ein obligat-anaerobes, grampositives Stäbchen, das durch Sporen in der Umwelt in Wunden eingebracht werden und die Erkrankung Tetanus auslösen kann. Die Inzidenz für eine Tetanuserkrankung liegt in Europa bei etwa 0,2 pro 100.000 Menschen. In Deutschland werden stabil etwa 15 Fälle pro Jahr berichtet. Bei den Patienten handelt es sich überwiegend um ältere Personen [9,131].

Tetanus tritt in Mitteleuropa am häufigsten nach einer Inkubationszeit von 4 – 40 Tagen als generalisierter Tetanus auf. Seine Letalität beträgt in den westlichen Ländern etwa 10 – 20 % [131].

Die Impfung gegen Tetanus wird seit 1976 von der STIKO empfohlen und gehört seither zu den Grundimmunisierungen im Säuglingsalter. Es handelt sich um eine aktive Immunisierung mit Tetanus-Toxoid (TTX-Td), welche zur Vervollständigung des Impfschutzes dreimal als Grundimmunisierung verabreicht wird. Anschließend wird eine Auffrischungsimpfung alle 10 Jahre empfohlen [132].

Jede Wunde, unabhängig von Art, Größe oder Lokalisation, kann mit *Clostridium tetani* infiziert sein, daher ist eine Erfragung des Immunitätsstatus auch bei Bagatellverletzungen, wie z.B.



oberflächlichen Hautabschürfungen, sinnvoll [131,132]. Bei größeren Verletzungen wird eine Auffrischungsimpfung bereits nach 5 Jahren empfohlen [27,47,132]. Bei fehlendem oder unklarem Impfschutz wird das gleichzeitige Verabreichen einer passiven und aktiven Immunisierung empfohlen [9,12,27,133-136]. Die passive Immunisierung mit spezifischen Tetanus-Immunglobulinen sollte innerhalb von 24 Stunden nach Verletzung verabreicht werden [136].

Empfehlung E 7.3

Der Tetanus-Impfstatus soll im Rahmen der Anamnese erhoben werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 7.4

Wenn bei der Untersuchung genitale oder extragenitale Verletzungen vorhanden sind, soll bei fehlendem, unbekanntem oder unzureichendem Impfschutz eine kombiniert passiv-aktive Immunisierung mit einem Tetanusimpfstoff erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

7.4 Würgen/ Drosseln

Als Strangulation bezeichnet man einen Verschluss von Blutgefäßen und/ oder der Atemwege durch Halskompression, welches eine Form der Asphyxie auslösen kann. Das Würgen ist hierbei die Kompression des Halses mit den Händen, während beim Drosseln ein Hilfsmittel (z.B. Schal, Gürtel o.ä.) verwendet wird [137,138]. Es kommt dabei bereits bei geringem Kraftaufwand zum Verschluss der abführenden Venen und damit zur Blutstauung oberhalb der Stauungsebene, bei stärkerem Druck zum Verschluss der Arterien (A. carotis und/ oder A. vertebralis) mit nachfolgender Anoxie, zum Verschluss der Atemwege mit Hypoxie oder zur Stimulation des Carotis-Sinus [139,140]. Bereits nach einer Kompressionsdauer von 6 – 13 Sekunden kann es hierbei zum Bewusstseinsverlust, nach 15 Sekunden zum Verlust der Blasen- und nach 30 Sekunden zum Verlust der Darmkontrolle kommen [139-141].

Bei bis zu 50 % der Betroffenen einer Strangulation kommt es nicht zur Ausbildung äußerlich sichtbarer Verletzungen [138,140,142]. Daher ist die Erhebung einer Anamnese mit einer gezielten Befragung nach Bewusstseinsverlust, Beschwerden wie Dysphagie, Problemen beim Sprechen oder Atmen oder eines unwillkürlichen Verlustes von Stuhl und/oder Urin notwendig [140,141,143]. Zu den möglicherweise äußerlich sichtbaren Verletzungen nach Strangulation zählen Hautunterblutungen, petechiale Einblutungen und konjunktivale Blutungen als Zeichen eines erhöhten intravaskulären Drucks oberhalb der Stauungsebene, Hautrötungen und



Abschürfungen sowie ggf. Stauungen [140,144]. Zeichen einer Atemwegsobstruktion können mit einer Latenz von bis zu 36 Stunden nach der Strangulation einsetzen [141].

Die Laryngoskopie dient der Identifizierung von Petechien und Schwellungen in den Atemwegsorganen. Sie dient, bei entsprechenden Beschwerden, dem Ausschluss versorgungspflichtiger Verletzungen sowie zur forensischen Dokumentation [140,144]. Ggf. ist aus den gleichen Gründen eine Bildgebung des Halses mittels CT oder MRT sinnvoll [140,144].

Empfehlung E 7.5

Nach Hinweisen auf Gewalt gegen den Hals (Würgen/Drosseln) soll eine HNO-ärztliche Untersuchung veranlasst werden, ggf. begleitet von einer Bildgebung (CT/MRT des Halses).

Konsensusgrad: starker Konsens

7.5 Notfallkontrazeption/ Schwangerschaftstest

Eine sexualisierte Gewalttat ist für Betroffene im reproduktiven Alter auch mit dem Risiko verbunden, schwanger zu werden. Eine solche ungewollte Schwangerschaft stellt für die Betroffene ein enormes psychisches und physisches Trauma dar.

Laut der WHO-Leitlinie zum „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ von 2013 gibt es nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft nach Vergewaltigung untersuchen. Eine in den USA durchgeführte Studie berichtet über eine Schwangerschaftsrate von bis zu 5 % nach der Vergewaltigung einer Frau im reproduktionsfähigen Alter [23].

Es ist sinnvoll, einer Betroffenen, sofern sie innerhalb von fünf Tagen nach dem Ereignis vorstellig wird, eine Notfallverhütung anzubieten. Spermien können bis zu 5 Tage in der Vagina überleben. Infrage kommen Präparate mit dem Wirkstoff Levonorgestrel oder Ulipristalacetat oder, ebenfalls bis zu fünf Tage nach dem Ereignis, die Einlage einer Kupferspirale [23].

Choi et al. (2013) berichten, dass eine Einzeldosis des Notfallkontrazeptivums Levonorgestrel zur Verhinderung einer Schwangerschaft bei den Betroffenen sehr wirksam ist [145].

Vor der Anwendung einer Notfallkontrazeption ist die Durchführung eines Schwangerschaftstests erforderlich. Wenn dieser ein positives Ergebnis ergibt, ist eine Notfallverhütung weder notwendig, noch sinnvoll oder wirksam [23].



Empfehlung E 7.6

Den betroffenen Frauen soll, wenn indiziert, eine Notfallkontrazeption angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 7.7

Vor Anwendung einer Notfallkontrazeption soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Konsensusgrade: starker Konsens

Empfehlung E 7.8

Auch unabhängig von einer Notfallkontrazeption kann der Betroffenen ein Schwangerschaftstest zur Beschreibung des Ist-Zustandes angeboten bzw. auf ihren Wunsch durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

8 Sexuell übertragbare Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) wie bspw. HIV, Syphilis, virale Hepatitis, Trichomoniasis, Chlamydien und Gonorrhoe können durch eine Vergewaltigung übertragen werden [146]. Betroffene haben häufig Sorge vor einer STI und geben dies als Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung an [147-149].

Zur Prävalenz von STI bei Betroffenen von Vergewaltigungen in Deutschland liegen bisher keine publizierten Studien vor, auch international ist die Datenlage limitiert. Es ist jedoch bekannt, dass die Prävalenz von *C. trachomatis* bei Betroffenen nach einer Vergewaltigung zwischen 5,2 % und 17,4 % und die Prävalenz von *N. gonorrhoeae* zwischen 0 % und 2,8 % schwanken kann [150-152].

8.1 Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen

Der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen Vergewaltigung und einer STI ist oft nicht möglich, da in der Regel unmittelbar vor dem Erleben sexualisierter Gewalt kein STI-



Screening bei den Betroffenen durchgeführt wurde. Ein STI-Screening nach sexualisierter Gewalt stellt jedoch eine Möglichkeit dar, bestehende und durch den Übergriff STI zu erkennen bzw. zu behandeln [153]. Darüber hinaus kann der Nachweis einer STI in Einzelfällen forensische Relevanz haben, etwa wenn ein identisches Pathogen bei Tatverdächtigem und Betroffener nachgewiesen wird.

Empfehlung E 8.1

Betroffenen einer sexualisierten Gewalttat soll ein STI-Screening angeboten werden, um bereits bestehende oder möglicherweise durch den Übergriff übertragene Infektionen zu diagnostizieren.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.2

Das STI-Screening sollte einen Ausgangsbefund („Null-Status“) sowie Verlaufsuntersuchungen nach dem unten angeführten Schema beinhalten.

Empfehlungsgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.3

Das STI-Screening sollte Untersuchungen auf die folgenden Infektionen beinhalten: HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mykoplasma genitalium und Trichomonas vaginalis.

Konsensusgrad: starker Konsens

8.2 Untersuchungsmaterial

Die Abstrichentnahme von der Lokalisation der erfolgten oder versuchten Penetration ist der Urinuntersuchung vorzuziehen, da sie eine höhere Sensitivität hat [154]. Es ist insbesondere bei Angst der Betroffenen vor der Abstrichentnahme, Schmerzen u. ä. möglich, die Urinuntersuchung als Alternative zum Abstrich heranzuziehen.

Empfehlung E 8.4

Zur Untersuchung auf HIV, Hepatitis B, Hepatitis C und Treponema pallidum soll eine Blutentnahme zur serologischen Untersuchung durchgeführt werden.



Empfehlung E 8.4

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.5

Zur Untersuchung auf *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mykoplasma genitalium* und *Trichomonas vaginalis* soll ein Abstrich von der Lokalisation bzw. den Lokalisationen der erfolgten oder versuchten Penetration genommen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

8.3 Expositionsprophylaxe

8.3.1 Antibiotikaprophylaxe gegen bakterielle STI

Reliable Daten zur Übertragung der verschiedenen Pathogene im Rahmen von sexualisierter Gewalt sind nicht verfügbar. Eine ungerichtete prophylaktische Verabreichung von Antibiotika würde ein breites Spektrum potenziell übertragener Pathogene abdecken und eine entsprechend breite antimikrobielle Aktivität aufweisen müssen (z.B. Ceftriaxon, Azithromycin, Metronidazol, Doxycyclin). Im Gegensatz zu einer HIV-Infektion sind bakterielle STI in der Regel mit Antibiotika kurativ behandelbar und erfordern keine lebenslange Behandlung. Vor dem Hintergrund möglicher unerwünschter Nebenwirkungen und des unklaren Nutzens einer breiten prophylaktischen Antibiotikaverabreichung erscheint es sinnvoll, bakterielle STI zielgerichtet im Fall von deren Nachweis im Rahmen der Screening-Untersuchungen („Nullstatus“ und Verlaufsuntersuchungen) zu behandeln.

In Einzelfällen kann eine antibiotische Postexpositionsprophylaxe jedoch im Rahmen einer informierten Entscheidung gemeinsam mit der betroffenen Person erwogen werden. Wenn bei dem Täter eine floride bakterielle STI bekannt ist, ist eine entsprechende zielgerichtete postexpositionelle Antibiotikagabe gemäß der geltenden pathogenspezifischen Leitlinien sinnvoll.

Empfehlung E 8.6

Eine postexpositionelle Antibiotikaverabreichung zur Prävention bakterieller STI sollte nicht erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens



Empfehlung E 8.7

Wenn beim Täter eine bekannte floride bakterielle STI vorliegt, soll eine zielgerichtete postexpositionelle prophylaktische Antibiotikatherapie entsprechend der geltenden infektiologischen Leitlinienempfehlung erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.8

Wenn ein ausgeprägter Wunsch von Seiten der Betroffenen nach einer postexpositionellen prophylaktischen Antibiotikagabe besteht, kann eine prophylaktische Gabe [Ceftriaxon (1 g i.v. oder i.m.) plus Azithromycin (1,5 g per os); ggf. Metronidazol (2 g per os) einmalig innerhalb von 24 oder maximal 72 Stunden nach Exposition] erwogen werden.

Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E 8.9

Bei Nachweis von STI im Rahmen der Screening- und Verlaufsuntersuchungen sollen diese gemäß der geltenden Leitlinienempfehlungen behandelt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

8.4 Hepatitis B

Das Vorgehen nach Erleben sexualisierter Gewalt bzgl. der Hepatitis-B Prophylaxe entspricht dem Vorgehen nach anderen Risikosituationen wie bspw. Nadelstichverletzungen. Dementsprechend ist der Hepatitis-B-Impfstatus zu erheben [132,155,156]. Falls dieser oder der Hepatitis B-Surface-Antigen-Antikörper-Titer/ Anti-Hepatitis B-Surface-Antigen-Wert (HBs-AK-Titer/Anti-HBs-Wert) unbekannt ist, erfolgt die Bestimmung des letzteren [132,155]. Die Indikation für eine Aktiv- und Passivimpfung ist abhängig vom HBs-AK-Titer (siehe Tabelle 8 im Epidemiologischen Bulletin 2024 der Ständigen Impfkommission). Bei Ungeimpften oder falls der HBs-AK-Titer <100IE/l liegt oder nicht innerhalb von 48 Std. zu bestimmen ist, erfolgt eine aktive Impfung mit Hepatitis B-Surface-Antigen-Impfstoff (HBs-Ag-Impfstoff) [132,155]. Zeitfenster für diese Impfung sind 48 Std. nach Übergriff [156]. Bei ungeimpften Betroffenen, die eine aktive Impfung mit HBs-Antigen-Impfstoff im Rahmen der Versorgung nach Übergriff erhalten ist der Erfolg der Impfung zu kontrollieren, die 2. Impfstoffdosis nach 1 Monat und die 3. Impfstoffdosis nach 6 Monaten zu verabreichen [132,156]. Die Betroffenen sind über den Impferfolg zu informieren.



Empfehlung E 8.10

Der Hepatitis-B-Impfstatus der Betroffenen soll erhoben werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.11

Bei unbekanntem Impfstatus und bei dokumentierter Impfung mit unbekanntem HBs-Antikörpertiter (HBs-AK-Titer) soll der HBs-AK-Titer bestimmt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.12

Falls zum Vorstellungszeitpunkt keine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B erfolgt ist, der HBs-AK-Titer <100 IE/l liegt oder dieser nicht innerhalb von 48 Stunden zu bestimmen ist, soll eine aktive Impfung mit HBs-Antigen-Impfstoff innerhalb von 48 Std. nach dem Übergriff erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.13

Falls der HBs-AK-Titer zu einem früheren Zeitpunkt nicht mind. 100 IE/l war, der Tatverdächtige Hepatitis B-positiv ist und der Übergriff weniger als 7 Tage zurückliegt, sollte die Gabe von HB-Immunglobulin erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.14

Falls die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B im Rahmen der Versorgung nach sexualisierter Gewalt begonnen wird, soll über erforderliche Folgeimpfungen aufgeklärt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens



8.5 HIV

Viele Betroffene haben Angst davor, sich durch sexualisierte Gewalt mit HIV infiziert zu haben. Diese Angst ist teils sogar der Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe [146,147]. Daher ist die Beratung bzgl. des Risikos, sich durch die sexualisierte Gewalt mit HIV infiziert zu haben und zur HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP), von besonderer Wichtigkeit. Das Vorgehen hinsichtlich einer HIV-PEP unterscheidet sich abhängig davon, ob der Tatverdächtige unbekannt oder bekannt ist [155,157]. Die Zeitspanne für den Beginn einer HIV-PEP ist maximal 72 Std. nach der sexualisierten Gewalt, wobei die Einnahme so früh wie möglich zu beginnen ist, idealerweise innerhalb von 2 bis 24 Stunden [155,157]. Bei oraler Penetration, unabhängig davon, ob eine Ejakulation erfolgte, ist eine HIV-PEP nicht indiziert [157].

Laborchemisch sind neben o.g. Testung auf HIV, Hepatitis B, Hepatitis C ein Blutbild sowie Leber- und Nierenwerte zu bestimmen [157]. Der Beginn der Einnahme der PEP hat unverzüglich zu erfolgen und ist nicht durch Abwarten der Laborergebnisse zu verzögern [157]. Kontraindikationen sowie Medikamenteninteraktionen und Begleitinfektionen sind anamnestisch auszuschließen [157]. Die Einnahmedauer der HIV-PEP beträgt 28-30 Tage. Die deutsch-österreichische Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe nach HIV-Exposition ist zu beachten [157].

8.5.1 Unbekannter Tatverdächtiger

Die statistische Expositionswahrscheinlichkeit für eine nicht diagnostizierte bzw. nicht therapierte HIV-Infektion liegt in Deutschland nach Vergewaltigung durch einen unbekannten Täter bei $< 1:10.000$ [157]. Es sind dabei folgende Risikofaktoren für die Infektion mit HIV zu berücksichtigen: Tatumstände (bspw. anale o. vaginale Penetration, blutende Verletzungen), mehrere Tatverdächtige, Tatverdächtiger aus Risikogruppe (bspw. i.v.-Drogenabusus, hat Sex mit Männern, aus HIV-Hochprävalenzregion) [155,157].

Laut der deutsch-österreichischen Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe ist das Risiko einer vorhandenen HIV-Infektion beim Tatverdächtigen schwer zu eruieren, die Anamnese unter Zeitdruck nach der Tat kaum durchführbar sowie der Betroffenen kaum zumutbar [157]. Daher ist eine HIV-PEP der Betroffenen grundsätzlich anzubieten, und der Wunsch der Betroffenen bei der Indikationsstellung dafür ist zu berücksichtigen [157].

8.5.2 Bekannter Tatverdächtiger

Eine HIV-Diagnostik beim Tatverdächtigen ist anzustreben, wenn es zu vaginaler oder analer Penetration gekommen ist, um der Betroffenen entsprechende Therapien anzubieten bzw. diese ggf. nach Erhalt des Ergebnisses zu beenden [157].



Gemäß der deutsch-österreichischen Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition ist das Vorgehen bei sexueller Exposition bei bekannter HIV-Infektion abhängig von der Viruslast [157]:

- >1000 Kopien/ml: Empfehlung der Einnahme der HIV-PEP
- 50-1000 Kopien/ml: Angebot der HIV-PEP
- <50 Kopien/ml: keine Einnahme der HIV-PEP

Empfehlung E 8.15

Betroffene sollen zur HIV-PEP beraten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.16

Eine HIV-PEP soll nach ungeschützter analer oder vaginaler Penetration angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.17

Bei ausschließlich oraler Penetration soll keine HIV-PEP angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 8.18

Eine HIV-PEP soll unverzüglich, spätestens innerhalb von 72 Std., nach dem Übergriff begonnen und soll nicht durch Abwarten von Laborergebnissen verzögert werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

8.6 Verlaufskontrollen



Entsprechend den Empfehlungen des US-amerikanischen *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* bieten Nachuntersuchungen die Möglichkeit, präexistente sowie durch eine Vergewaltigung erworbene Infektionen zu diagnostizieren [67]. Im Rahmen dieser Vorstellungen hat außerdem - falls indiziert - die Komplettierung des Hepatitis-B-Impfschemas zu erfolgen. Außerdem ist die Einnahme der HIV-PEP zu evaluieren, um mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu ermitteln.

Empfehlung E 8.19

Die folgenden Kontrolluntersuchungen sollen durchgeführt werden:

Zeitintervall nach der Erstvorstellung	Empfohlene Untersuchungen	Untersuchungsmaterial
2 Wochen	C. trachomatis, N. gonorrhoe, T. vaginalis und M. genitalium	Abstrich der Stelle der erfolgten/versuchten Penetration (Alternative: Erststrahlurin)
6 Wochen	HIV, Hepatitis B (wenn Immunschutz nicht vorhanden ist), Hepatitis C und T. pallidum	Serum
12 Wochen	HIV, Hepatitis B (wenn Immunschutz nicht vorhanden ist), Hepatitis C und T. pallidum	Serum
24 Wochen	Hepatitis C	Serum

Konsensusgrad: starker Konsens

Bei der Diagnose einer bakteriellen STI ist die jeweils aktuelle AMWF-Leitlinie zur Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen zu beachten.

9 Psychische und psychosoziale Versorgung

Eine professionelle psychologische Ausbildung ist nicht erforderlich, um psychische Ersthilfe zu leisten; einfache Grundsätze der psychischen Erstversorgung nach sexualisierter Gewalt sind hilfreich, um Betroffene adäquat zu unterstützen [1,54]. Die vorhandenen Kenntnisse der sog. psychosomatischen Grundversorgung, welche im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung erworben werden müssen, qualifizieren Gynäkologinnen und Gynäkologen diesbezüglich im Besonderen.



Gemäß der S2k-AWMF-Leitlinie “Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung” von 2019 sind nach Erleben sexualisierter Gewalt in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen anzubieten [38]. Hierzu gehört eine psychosoziale Ersteinschätzung durch geschultes Personal. Diese enthält die Erhebung von psychischem Befund, äußerer Sicherheit, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Ressourcen [38].

Im Rahmen dieser Erstversorgung/ Frühdiagnostik sind typische posttraumatische Symptome zu erkennen. Typische Symptome nach Erleben sexualisierter Gewalt (bzw. allgemein bei Akuter Belastungsreaktion) sind u.a. sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen, Übererregungssymptome (bspw. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche), überwältigende Gefühle, Verzweiflung, Konzentrationsstörungen, emotionale Taubheit und verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (dissoziative Symptome, Derealisation, Depersonalisation) [1,9,38]. Es besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung psychischer Symptome nach Erleben sexualisierter Gewalt [3,4].

Die AWMF-Leitlinie “Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung” (2019) empfiehlt zudem das Angebot einer speziellen psychotraumatologischen Diagnostik nach Abschluss der frühen Versorgung [38].

Empfehlung E 9.1

In der psychosozialen Versorgung Betroffener von sexualisierter Gewalt soll die Grundhaltung der Versorgenden darauf ausgerichtet sein, Beruhigung und eine hoffnungsvolle, zukunftsorientierte Perspektive zu vermitteln, das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu stärken und soziale Kontakte zu fördern.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 9.2

Bei allen, insbesondere aber bei Betroffenen mit ausgeprägter psychischer Symptomatik, sollte eine ambulante Verlaufsbeobachtung in den ersten Wochen nach dem Übergriff empfohlen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

9.1 Selbstgefährdung und selbstschädigendes Verhalten



Betroffene von sexualisierter Gewalt haben ein erhöhtes Risiko für selbstschädigendes Verhalten, Suizidversuche und Suizide [7,8]. Selbstgefährdung und selbstschädigendes Verhalten ist zu eruieren [37,38].

Falls eine psychiatrische Vorstellung und ggf. stationäre Aufnahme bei Selbstgefährdung indiziert ist, ist, wann immer möglich, das Einverständnis der Betroffenen einzuholen.

Empfehlung E 9.3

Selbstgefährdung soll eruiert werden.

Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E 9.4

Wenn Selbstgefährdung vorliegt, soll eine psychiatrische Vorstellung und ggf. die entsprechende stationäre Aufnahme erfolgen.

Konsensusgrad: Konsens

9.2 Risikofaktoren

Risikofaktoren für die Entwicklung langfristiger psychischer Symptomatik sind u.a. Tatverdächtige, die aktuelle oder ehemalige Intimpartner sind, vorbestehende psychische Erkrankungen und Belastungen, zuvor erlebte Vergewaltigung, andere traumatische Erlebnisse wie psychische, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen in Kindheit oder Erwachsenenalter, fehlende soziale Unterstützung sowie Schuldzuweisung und Scham [3,38].

Empfehlung E 9.5

Insbesondere bei Betroffenen mit Risikofaktoren für die Entwicklung langfristiger psychischer Symptome (=Tatverdächtige sind aktuelle oder ehem. Intimpartner, vorbestehende psychische Erkrankungen, Vergewaltigung in der Anamnese, fehlende soziale Unterstützung) sollte eine ambulante Verlaufsbeobachtung in den ersten Wochen nach dem Übergriff empfohlen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens



9.3 Familiär-soziale Unterstützung

Jede ärztliche Handlung, die es der Betroffenen ermöglicht, die Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen, trägt zu ihrer Entlastung bei. Die gemeinsame Auswahl möglicher Vertrauenspersonen, hilft diejenigen auszuwählen, die die Betroffene vermutlich unterstützen werden und negative Einflussnahme zu vermeiden (dies gilt auch für nahe Angehörige) [39].

Eine angemessene soziale Unterstützung hilft dabei, aktuelle und zukünftige Belastungsreaktionen zu vermeiden oder zu verringern [38].

Empfehlung E 9.6

In der ambulanten Versorgung sollte die kurzfristige Entlastung der Betroffenen unterstützt und Ressourcen dafür thematisiert werden bspw. die Unterstützung durch das soziale Umfeld der Betroffenen.

Konsensusgrad: starker Konsens

9.4 Gefährdungsabschätzung

Im Zuge der Primärversorgung ist zu eruieren, ob eine Gefährdung der betroffenen Frau vorliegt. Eine stationäre Aufnahme bzw. Krisenintervention kann sowohl bei einer Eigen-, als auch bei einer Fremdgefährdung erforderlich sein, wenn bspw. kurzfristig keine sichere Unterbringung gefunden werden kann (fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld, Täter lebt im Haushalt der Betroffenen, die weibliche Betroffene lehnt die Aufnahme in ein Frauenhaus ab) [38,56]. In diesen Fällen genügen häufig ein bis zwei Tage stationärer Aufnahme, bis eine sichere Unterbringung gefunden ist.

Wenn die betroffene Frau in ein Frauenhaus möchte, benötigt sie Unterstützung durch die medizinische Einrichtung (ggf. dem Hilfesystem), um einen freien Platz zu finden. Der Betroffenen ist diese Suche - wenige Stunden/Tage nach der Tat - nicht zuzumuten.

Empfehlung E 9.7

Die (akute) Gefährdung der Betroffenen durch Dritte soll geklärt und die Schutzmöglichkeiten der Betroffenen eruiert werden; es soll darauf geachtet werden, die Betroffene in eine sichere Umgebung zu entlassen.

Konsensusgrad: starker Konsens



9.5 Informationsmaterial

Die verständliche Erläuterung der nächsten Schritte, Behandlungen und unterstützenden Anlaufstellen tragen dazu bei, der Betroffenen die Kontrolle über ihr Leben zurückzugeben [38].

Die Merkfähigkeit der Betroffenen kann nach traumatischen Ereignissen reduziert sein, leicht zugängliche und schriftliche Informationen erleichtern ihr die Aufnahme zentraler Informationen [12]. Sprachbarrieren (eingeschränkte Deutschkenntnisse, Lern- oder auch Leseschwierigkeiten) sind dabei zu berücksichtigen und Lösungen zu deren Überwindung zu finden.

Die ärztliche Ermutigung weitere Unterstützung in Anspruch zu nehmen und die Vermittlung in das psychosoziale Beratungssystem kann sekundäre Belastungen wie Kontaktversuche des Tatverdächtigen oder der Tatverdächtigen, negative Reaktionen des sozialen Umfeldes, ggf. polizeiliche Ermittlungen, lange Verfahrensdauer, Prozess und Prozessausgang etc. begrenzen.

Besonders in den Fällen, in denen eine Betroffene Informationen und Adressen des psychosozialen Beratungssystems ablehnt, benötigt sie den Hinweis, dass auch zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit Unterstützung in Anspruch genommen werden kann.

Empfehlung E 9.8

Den Betroffenen sollten schriftliche Informationen zu spezialisierten Beratungsstellen, Frauenhäusern, Traumaambulanzen, traumatherapeutischen Psychotherapieverfahren und anderen Anlaufstellen angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

9.6 Psychoedukation

Psychoedukative Maßnahmen (bspw. Informationsgespräch, -flyer) dienen der Normalisierung von Stressreaktionen, Förderung positiver Bewältigungsstrategien und Information über Hilfsangebote [38]. In der Akutsituation stehen Normalisierung, Stressreduktion und Unterstützung der Distanzierung vom Ereignis im Vordergrund [38]. Eine Aufklärung der Betroffenen im Sinne einer Psychoedukation über möglicherweise auftretende Symptome können ihr helfen, diese als nachvollziehbare Reaktionen einzuordnen, was entsprechend beruhigend wirken kann [1,12]. Unterstützend können zudem Informationen zu Verhaltensempfehlungen sein [1,54]. Im Erstkontakt ist eine behutsame Ansprache ausreichend.

Eine Aushändigung schriftlicher Informationen zu möglichen Symptomen und/oder Verhaltensempfehlungen/ Bewältigungsstrategien wird als hilfreich beschrieben [1,12,38,54].



Empfehlung E 9.9

Die Betroffene kann leicht verständlich, kurz und nicht schriftlich über häufig auftretende typische psychische Reaktionen informiert werden, damit sie diese als nachvollziehbare Reaktionen einordnen, ein entpathologisierender Effekt eintreten und sie bei Symptompersistenz Hilfsmöglichkeiten aufsuchen kann.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 9.10

Verhaltensempfehlungen (ausgeglichener Schlafrhythmus, gesunde Mahlzeiten, gemäßigte körperliche Beanspruchung, Versuch eines normalen Tagesablaufs, Zeit mit anderen Menschen verbringen) und Informationen zu positiven Bewältigungsstrategien (Gespräche mit Bezugspersonen, Entspannungsübungen, professionelle Unterstützung) sollten mit der Betroffenen besprochen und ihr ggf. schriftlich mitgegeben werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

9.7 Aufklärung über „Soziales Entschädigungsrecht“

Seit dem 01.01.2024 hat das Soziale Entschädigungsrecht (SER) das Opferentschädigungsgesetz abgelöst [158]. Das SER ist im SGB XIV verankert und regelt u.a. die Entschädigung für Betroffene sexualisierter Gewalt. Ansprüche bestehen unabhängig von einer polizeilichen Anzeige oder einem Strafverfahren und verjähren nicht. Leistungen umfassen medizinische und psychotherapeutische Versorgung, Traumatherapien, Schädigungsrenten, Einmalzahlungen sowie Unterstützung bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Psychosoziale Prozessbegleitung wird ebenfalls finanziert. Die Antragsprüfung erfolgt sensibel, Beweismaterial wie ein ärztliches Gutachten kann hilfreich sein. Ziel ist, Betroffene zu entlasten, ihre Lebensqualität wiederherzustellen und langfristige Unterstützung zu bieten. Anträge sind bei den Versorgungsbehörden der Bundesländer zu stellen. Der Aufbau der Strukturen zur Wahrnehmung und Abwicklung des SER variiert aktuell regional [38].

Empfehlung E 9.11

Betroffene sollten über ihr Recht nach dem Sozialen Entschädigungsrecht Unterstützung und Entschädigung zu erhalten informiert werden, dies kann dann auch an eine Beratungsstelle delegiert werden



Empfehlung E 9.11

Konsensusgrad: starker Konsens

9.8 Informationen für die Betroffene

Sexualisierte Gewalt ist ein potentiell traumatisierendes Ereignis, dass bei den Betroffenen negative Folgen für die somatische und psychische Gesundheit haben kann. Daher ist eine akute und in einigen Fällen auch eine längerfristige psychologische Versorgung und Behandlung notwendig [23].

Um den Betroffenen eine verlässliche psychosoziale Weiterbetreuung anbieten zu können, ist eine Vernetzung von regional vorhandenen Kliniken, Frauennotrufe, Frauenberatungsstellen, rechtsmedizinischen Instituten, Rechtsberatungsstellen, Frauenschutzhäusern, Psychotherapieeinrichtungen usw. sinnvoll.

Für die psychosoziale Betreuung der Betroffenen gilt: Beziehungen aufbauen, Sorgen und Bedürfnisse erfragen, ohne ihre Selbstbestimmung zu beeinträchtigen, Zuspruch und Hilfe anbieten, um ihre Ängste zu lindern oder zu reduzieren, Informationen anbieten und ihr bei der Inanspruchnahme von Angeboten und sozialer Unterstützung helfen [23].

Die besondere Situation, in der sich die Betroffenen befinden, und die Informationsfülle überfordern oft, so dass die Aushändigung schriftlicher Zusammenstellungen sinnvoll ist.

9.9 Benzodiazepine

Laut der AWMF-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ ist eine Pharmakotherapie weder allein noch primär für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit PTBS einzusetzen. Hier wurden Empfehlungen internationaler Leitlinien herangezogen, die von einer besseren Wirksamkeit von – traumafokussierter - Psychotherapie gegenüber einer Medikamenteneinnahme ausgehen. Die Leitlinien, die beide Therapieoptionen empfehlen, geben geringere Effekten der Pharmakotherapie an. Hinsichtlich des Einsatzes von Benzodiazepinen wird in der o.g. Leitlinie eine Negativempfehlung ausgesprochen. Als Beleg wird hierzu eine umfangreiche Metaanalyse von klinischen und Beobachtungsstudien angeführt, die zu dem Schluss kommt, dass Benzodiazepine bei der Therapie und der Prävention einer PTBS unwirksam sind. Die mit einer Benzodiazepin-Einnahme verbundenen Risiken überwiegen den potenziellen, kurzzeitigen Nutzen. Das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, ist sogar erhöht, wenn eine Einnahme von Benzodiazepin-Präparaten unmittelbar nach dem Trauma erfolgt. Weiterhin heißt es in der o. g. Leitlinie, dass ungünstigere Therapieergebnisse, Aggressionen, Depressionen, Substanzgebrauch und ein allgemein höherer Schweregrad der PTBS im Zusammenhang mit der



Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet worden seien. Daher wird empfohlen, Benzodiazepine nach akuter Traumatisierung und bei PTBS nicht einzusetzen [56].

Empfehlung E 9.12

Den betroffenen Frauen sollen keine Benzodiazepine verordnet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

10 Nachbetreuung

Typische Symptome nach Erleben sexualisierter Gewalt (bzw. allgemein bei akuter Belastungsreaktion) sind u.a. sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen, Übererregungssymptome (bspw. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche), überwältigende Gefühle, Verzweiflung, Konzentrationsstörungen, emotionale Taubheit und verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (dissoziative Symptome, Derealisation, Depersonalisation) [1,9,38]. Es besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung psychischer Symptome nach Erleben sexualisierter Gewalt [3,4].

46 bis 75 % der Frauen, die von einer Vergewaltigung betroffen waren, entwickeln in ihrem Leben eine posttraumatische Belastungsstörung, wobei in der Metaanalyse von Dworkin et al. die Inzidenz sowie die Intensität der Symptome bereits nach 12 Monaten deutlich geringer sind [21,22]. Bei einem großen Anteil der Betroffenen sistieren die Symptome [1,54].

Die AWMF-Leitlinie "Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung" (2019) empfiehlt das Angebot einer speziellen psychotraumatologischen Diagnostik nach Abschluss der frühen Versorgung [38].

10.1 Bedeutung von Nachsorge und Kontrolluntersuchungen

Die Erstversorgung der durch eine sexualisierte Gewalttat entstandenen Verletzungen, sexuell übertragbaren Infektionen etc. obliegt im Krankenhaus i.d.R. der Gynäkologie, ggf. Urologie und Infektiologie (HIV-PEP) und weiterer für den Einzelfall erforderlichen Fachabteilungen (z.B. HNO bei Gewalt gegen den Hals, Psychiatrie im Fall der Selbstgefährdung).

Es ist notwendig, dass Ärztinnen und Ärzte bereits in der Erstversorgung verdeutlichen, wie wichtig die Nachsorge in den entsprechenden niedergelassen gynäkologischen und hausärztlichen Praxen ist, und dass sie schriftliche Informationen über das weitere Vorgehen (weitere Behandlungen, Verlaufskontrollen etc.) aushändigen.



Internationale Studien betonen, dass hausärztlichen und weiteren, an der primärärztlichen Versorgung beteiligten Facharztgruppen eine wesentliche Funktion beim Erkennen psychischer Belastungen und der Behandlung posttraumatisch belasteter Patientinnen und Patienten zukommt [56].

Zur Abklärung psychischer Beschwerden können allgemeine, offene Fragen gestellt werden, bspw.: Wie geht es Ihnen? Wie schlafen Sie? Können Sie Ihren Alltag bewältigen (arbeiten, lernen, Kinder versorgen)? Haben Sie Appetit, ernähren Sie sich regelmäßig, ausreichend? Wie gelingt es Ihnen sich zu konzentrieren? Sind Sie nervöser, ängstlicher als früher? [54]. Ergeben sich Anhaltspunkte für psychische Belastungen, sind die betroffenen Frauen an entsprechend Einrichtungen weiter zu erweisen.

Empfehlung E 10.1

Physische und psychische Symptome nach Erleben sexualisierter Gewalt (insbes. Schlafstörungen, emotionale Taubheit, sich aufdrängende und belastende Gedanken an das Geschehen, überwältigende Gefühle, Verzweiflung, dissoziative Symptome) sollten erfragt und die Betroffene ggf. an entsprechende Versorgungseinrichtungen (z. B. Fachberatungsstelle oder Traumaambulanz oder eine (ggf. traumafokussierte) Psychotherapie) weitervermittelt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

10.2 Psychische Nachbetreuung

Betroffene sexualisierter Gewalt haben ein deutlich erhöhtes Risiko psychische Erkrankungen zu entwickeln. So sind im ersten Monat nach einem sexuellen Übergriff bei einem Großteil der Betroffenen Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt (74,6 %). In den ersten drei Monaten nach dem auslösenden Ereignis stabilisieren sich die Symptome häufig, aber auch ein Jahr nach dem Ereignis liegt mit 41,5 % eine erhöhte Prävalenz für eine PTBS vor [159].

Die Effektivität frühzeitiger psychotherapeutischer Interventionen ist bisher nicht abschließend geklärt und mitunter widersprüchlich [160-162]. Vor dem Hintergrund der zunächst zwar raschen, nach drei Monaten jedoch nur noch langsam fortschreitenden Besserung sind regelmäßige Verlaufsbeobachtungen mit Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes der Betroffenen zu dieser Zeit sinnvoll (sog. „watchful waiting“) [38,159]. Zur Identifizierung eines etwaigen Behandlungsbedarfes ist die Einschätzung durch die Verwendung geeigneter Fragebögen möglich.

10.3 Infektiologische Kontrolluntersuchungen



Eventuell im Rahmen einer Vergewaltigung übertragene Infektionen sind nur dann bei der ersten Vorstellung nachweisbar, wenn das Ereignis bereits länger zurückliegt. Es sind Kontrolluntersuchungen erforderlich, die in definierten Intervallen gerechnet vom Zeitpunkt des Übergriffs an durchzuführen sind.

Die Untersuchung im Rahmen der Erstvorstellung der Betroffenen dient auch dazu, Infektionen bzw. Infektionsfreiheit zum Untersuchungszeitpunkt zu erfassen (sog. 0-Status). Im Verlauf werden Kontrolluntersuchung nach 2 und 6 Wochen sowie nach 3 und 6 Monaten empfohlen [9]. Diese können prinzipiell auch in einer gynäkologischen oder hausärztlichen Praxis durchgeführt werden.

Bei den Kontrolluntersuchungen geht es um die Testung auf sexuell übertragbare Infektionen die Komplettierung von Impfungen und ggf. den Beginn (oder die Beendigung) einer antibiotischen oder antiviralen Therapie.

Empfehlung E 10.2

Die Wichtigkeit von Verlaufskontrollen soll erläutert und die Betroffene bei der Wahrnehmung derselben unterstützt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 10.3

Die Verlaufskontrollen sollen gemäß den aktuell geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

10.3.1 Nachbetreuungstermine

Betroffenen sexualisierter Gewalt wird eine Nachbetreuung empfohlen [9,12,51,54]. In diesem Zusammenhang sind Betroffenen eine Kontrolluntersuchung ggf. erlittener Verletzungen und, falls indiziert, ein Schwangerschaftstest anzubieten [9,12,54]. Die Nachbetreuung umfasst zudem die infektiologische und die psychosoziale Nachsorge [9,12,51,54,155]. Ein Termin für die Vorstellung zur Nachsorge ist in der erstversorgenden Einrichtung zu organisieren oder es ist an entsprechende Anlaufstellen zu vermitteln respektive auf diese zu verweisen (niedergelassene Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hausärztin/Hausarzt, infektiologische Ambulanzen, Gesundheitsämter usw.). Zeitlich ist die Orientierung an infektiologischen Kontrollintervallen (2, 6, 12 und 24 Wochen) zu empfehlen [9,54,155]. Damit die die Nachsorge durchführenden Ärztinnen und Ärzte über erfolgte und im Verlauf notwendige Untersuchungen bzw. Behandlungen („Follow-Up-Plan“) informiert sind, ist den Betroffenen ein schriftlicher Bericht



mitzugeben [9,12]. Hierzu bietet bspw. der Befundbogen des Frauennotrufs Frankfurt a.M. eine Vorlage[163].

Empfehlung E 10.4

Betroffenen soll eine Nachbetreuung empfohlen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 10.5

Die Nachbetreuung soll die infektiologische und psychosoziale Nachsorge sowie das Angebot einer Kontrolluntersuchung von ggf. erlittenen Verletzungen umfassen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 10.6

Die Durchführung eines Schwangerschaftstests soll angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E 10.7

Betroffenen soll ein ärztlicher Bericht mitgegeben werden, der Informationen zu erfolgten und im Rahmen der Nachsorge empfohlenen Untersuchungen und Behandlungen enthält.

Konsensusgrad: starker Konsens



IV. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Organigramm der Leitlinienkommission.....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2: Anatomische Strukturen des äußeren weiblichen Genitale</i>	<i>97</i>



V. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Federführender und koordinierender Leitlinienautor und stellvertretende Koordinatorin</i>	<i>8</i>
<i>Tabelle 2: Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung der Anwenderzielgruppe (alphabetisch geordnet)</i>	<i>8</i>
<i>Tabelle 3: Beteiligte Leitlinienautoren und -autorinnen (alphabetisch geordnet):</i>	<i>9</i>
<i>Tabelle 4: Verwendete Abkürzungen</i>	<i>15</i>
<i>Tabelle 5: Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig)</i>	<i>20</i>
<i>Tabelle 6: Interessenkonfliktmanagement.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 7: Zusammenfassung zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten</i>	<i>100</i>



VI. Literaturverzeichnis

1. J. Gysi, P. Rüegger. Handbuch sexualisierte Gewalt Therapie, Prävention und Strafverfolgung. 1. Aufl. Bern: Hogrefe; 2018
2. Council of Europe. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. In: Council of Europe Treaty Series No. 210; 11.5.2011
3. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. In. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen; 2014:44 Seiten
4. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. In. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); 2004
5. Brunner F, Tozdan S, Klein V, Dekker A, Briken P. [Lifetime prevalences of nonconsensual sexual intercourse and touch and associations with health-related factors : Results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2021; 64: 1339–1354
6. Breiding MJ. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. American Journal of Public Health 2015; 105: e11–e12
7. Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual assault and stalking : findings from the British crime survey. London: Home Office; 2004
8. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083–1088
9. World Health Organization (WHO). Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. Geneva: World Health Organization; 2003
10. Birkel C, Church D, Erdmann A, Hager A, Leitgöb-Guzy N. Sicherheit und Kriminalität in Deutschland - SKiD 2020. Stand: August 2020. Aufl. Wiesbaden: Bundeskriminalamt; 2022
11. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N, World Health Organization., London School of Hygiene and Tropical Medicine., South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013
12. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y, Group FW. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Int J Gynaecol Obstet 2010; 109: 85–92
13. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27: 15–26
14. Basile KC, Smith SG, Chen J, Zwald M. Chronic Diseases, Health Conditions, and Other Impacts Associated With Rape Victimization of U.S. Women. J Interpers Violence 2021; 36: NP12504–NP12520
15. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmaki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum-Hinsverk H, Wijma B. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. BJOG 2004; 111: 1121–1127
16. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elamin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Zirkazadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009; 302: 550–561
17. Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC, Rossi C, Hauda W, Holbrook D, Wheeler R, Foley KA, Batts J, Collette R, Goodman E, McLean SA. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: results of a prospective longitudinal study. Eur J Pain 2014; 18: 559–566



18. Carreiro AV, Micelli LP, Sousa MH, Bahamondes L, Fernandes A. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 134: 260–263
19. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. 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
20. 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
21. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001; 31: 1237–1247
22. Dworkin ER. Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2020; 21: 1011–1028
23. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013
24. L. Fischer. Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland. Mannheim; Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2020
25. Haneck S, Hahn D. Gesundheitsversorgung für Frauen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt am Beispiel des Landes Hessen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2022; 18: 447–453
26. Ausschuss für Gesundheit. Fachfremder Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). In. Berlin: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit; 2019
27. Farahi N, McEachern M. Sexual Assault of Women. *Am Fam Physician* 2021; 103: 168–176
28. McLeod NA, Porter C. The healthcare needs of survivors of sexual assault. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2024; 34: 153–159
29. Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM). Untersuchung von Erwachsenen nach sexueller Gewalt. In; 2015
30. Tsokos M, Laurent M, Rößler L, Etzold S. Rechtsmedizinische Untersuchung mit Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt. *Rechtsmedizin* 2018; 28: 539–548
31. Fryszler LA, Buttner M, Etzold S, Muetzel E, Rall K, Schellong J, Team of authors at Frauennotruf F, David M. Recommendations for Care and Support of Female Rape Victims. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 384–391
32. Klasen CM, Meyer L, Anders S, Lohner L, Ondruschka B, Pinnschmidt H, Puschel K, Schmalfeldt B, Seifert D, Wilmes S, Witzel I. Frequency of Injuries to Women after Sexual Offense - Relevance of a Gynecology Examination. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 420–426
33. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Groß H. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. *Rechtsmedizin* 2014; 24: 405–411
34. Kane D, Kennedy KM, Eogan M. The prevalence of genital injuries in post-pubertal females presenting for forensic examination after reported sexual violence: a systematic review. *Int J Legal Med* 2024; 138: 997–1010
35. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2025. In. Berlin; 2025
36. National SART Guidelines Development Group. National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland). In. 5. ed; 2023
37. Justice Department Violence Against Women Office. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents. In. 3. ed; 2024
38. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT). S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. In, AWMF-Register-Nr 051 - 027. 2.0 ed; 2019
39. Clifton EG, Losman ED. Medizinische Untersuchung des Opfers eines sexuellen Übergriffs. In. *MSD Manual Profi-Ausgabe: MSD Manual*; 2024
40. Justice Department Violence Against Women Office. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents. In. 2. ed; 2013
41. Berger L, Tuschy B, Stefanovic S, Yen K, Weiss C, Sutterlin M, Spaich S, Berlit S. Forensic Medical Examination After Sexual Violence: Implications Based on Victims' Perceptions. *In Vivo* 2023; 37: 848–857



42. Rall K, Brucker S. Sexuelle Gewalt gegenüber Frauen und Kindern – die ärztliche Herausforderung. *Frauenheilkunde* up2date 2009; 3: 141–161
43. Mollen CJ, Goyal MK, Frioux SM. Acute sexual assault: a review. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28: 584–590; quiz 591–583
44. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14: 175–180
45. Graß H, Pilz S, Wagner A. Vergewaltigung ist immer ein Notfall. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2017; 77: 944–946
46. National SART Guidelines Development Group. National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland). In. 4. ed; 2018
47. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 141–149
48. Ramshorn-Zimmer A, Hilbig F, König C, Handzel R, Bernhard M, Gries A. Die vergewaltigte Frau – Was ist in der Notaufnahme zu tun? *Lege artis - Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung* 2014; 4: 250–256
49. Lopez HN, Focseneanu MA, Merritt DF. Genital injuries acute evaluation and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018; 48: 28–39
50. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ* 2007; 334: 1154–1158
51. American College of Obstetricians Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 777 Summary: Sexual Assault. *Obstet Gynecol* 2019; 133: 850–851
52. Luce H, Schrager S, Gilchrist V. Sexual assault of women. *Am Fam Physician* 2010; 81: 489–495
53. Walker G. The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault. *J Forensic Leg Med* 2015; 34: 173–178
54. World Health Organization (WHO). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2014
55. Schellong J., Eppe F, K. W. Praxisbuch Psychotraumatologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2018
56. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. In, AWMF-Register-Nr 155 - 001; 2019
57. Rogers CR. Entwicklung der Persönlichkeit - Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 15. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004
58. Wilke-Schalhorst N. Forensische Sexualmedizin. In: Madea B, Hrsg. Rechtsmedizin. 4. Aufl. Berlin, Germany: Springer; 2023:629–645
59. Kropp H, Günther U. Ärztliche Schweigepflicht: Wann Ärzte Auskunft erteilen dürfen – und wann nicht. *Dtsch Arztebl International* 2017; 114: –2–
60. Heberer J, Bäuml N. Ärztliche Schweigepflicht. *Allgemein- und Viszeralchirurgie* up2date 2023; 17: 189–198
61. BÄK/Kbv. Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt* 2021, DOI: 10.3238/arztebl.2021.ds02
62. Bundestag D, § 32 Besondere Meldepflicht in Krankenhäusern, Heimen und ähnlichen Einrichtungen "vom" 03.05.2013, BGBl. I S. 1084, Bonn, 2013, § 32, 1084 ff.
63. Walz C, Wilke-Schalhorst N, Schwarz C-S, Germerott T. Rechtsmedizinische Modelle der Versorgung von gewaltbetroffenen Personen in Deutschland. *Rechtsmedizin* 2021; 32: 249–255
64. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz. Informiert und selbstbestimmt Ratgeber für Patientenrechte. In. Berlin; 2018
65. Lomax J, Meyrick J. Systematic Review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. *J Health Psychol* 2022; 27: 305–331
66. Quiroga D, Botes M. The emergency care of patients who have experienced sexual violence: An integrative literature review of global practices and commentary on feasibility for low resources settings. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2025; 23: 100873
67. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Assault and Abuse and STIs – Adolescents and Adults. In. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2021
68. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease C, Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64: 1–137



69. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guidelines for the management of individuals disclosing sexual violence in sexual health services (2022). In: British Association for Sexual Health and HIV; 2022
70. Du Mont J, White D. The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases : a global review. Geneva: World Health organisation; 2007
71. Walz C, Schwarz CS, Imdahl K, Steffan C, Germerott T. Comparison of the quality of clinical forensic examination of victims of physical violence conducted by clinicians and forensic examiners. *Int J Legal Med* 2023; 137: 1777–1786
72. Verhoff MA, Kettner M, Laszik A, Ramsthaler F. Digital photo documentation of forensically relevant injuries as part of the clinical first response protocol. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 638–642
73. Hedman J, Jansson L, Akel Y, Wallmark N, Gutierrez Liljestrand R, Forsberg C, Ansell R. The double-swab technique versus single swabs for human DNA recovery from various surfaces. *Forensic Sci Int Genet* 2020; 46: 102253
74. Kallapurackal V, Kummer S, Voegeli P, Kratzer A, Dorum G, Haas C, Hess S. Sampling touch DNA from human skin following skin-to-skin contact in mock assault scenarios-A comparison of nine collection methods. *J Forensic Sci* 2021; 66: 1889–1900
75. Newton M. The forensic aspects of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 77–90
76. Bazinet M, Larose J, Noel S, Comte J, Primeau M, Lapointe M, Paquet C, Landry R, Croteau L, Gingras F. Data driven optimization of sexual assault case processing. *Forensic Sci Int Synerg* 2020; 2: 164–172
77. Suttipatit P. Forensic Spermatozoa Detection. *Am J Forensic Med Pathol* 2019; 40: 304–311
78. J. Peterson, D. Johnson, D. Herz, L. Graziano, T. Oehler. Sexual Assault Kit Backlog Study. In: NIJ-Sponsored; 2012
79. Balint N, David M, Fegert JM, Fryszer LA, Helling-Bakki A, Herrmann B, Hirchenhain C, Schmidt U, Winter SM. Statement of the DGGG - Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 694–705
80. Daniel R, van Oorschot RAH. An investigation of the presence of DNA on unused laboratory gloves. *Forensic Science International: Genetics Supplement Series* 2011; 3: e45–e46
81. Basset P, Castella V. Lessons from a study of DNA contaminations from police services and forensic laboratories in Switzerland. *Forensic Sci Int Genet* 2018; 33: 147–154
82. Goray M, Pirie E, van Oorschot RAH. DNA transfer: DNA acquired by gloves during casework examinations. *Forensic Sci Int Genet* 2019; 38: 167–174
83. van Oorschot RAH, Szkuta B, Meakin GE, Kokshoorn B, Goray M. DNA transfer in forensic science: A review. *Forensic Sci Int Genet* 2019; 38: 140–166
84. Slaughter L, Brown CR. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 83–86
85. Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 609–616
86. Volpellier M, Hirve R, Duckett C. Genital injuries and allegation of digital vaginal penetration - A retrospective examination of forensic case notes. *J Forensic Leg Med* 2021; 80: 102154
87. Rossman L, Solis S, Rehtin C, Bush C, Wynn B, Jones J. The effects of skin pigmentation on the detection of genital injury from sexual assault. *Am J Emerg Med* 2019; 37: 974–975
88. Sommers MS. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 270–280
89. Schön CA, Wolf K. Medizinische Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Springer Berlin, Heidelberg; 2019
90. Herrmann B. Kindesmisshandlung. 3. Aufl. Berlin; Heidelberg: Springer; 2016
91. White C. Genital injuries in adults. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 113–130
92. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med* 2010; 39: 113–118
93. Jewkes R, Christofides N, Vetten L, Jina R, Sigsworth R, Loots L. Medico-legal findings, legal case progression, and outcomes in South African rape cases: retrospective review. *PLoS Med* 2009; 6: e1000164



94. Templeton DJ, Williams A. Current issues in the use of colposcopy for examination of sexual assault victims. *Sex Health* 2006; 3: 5–10
95. Astrup BS, Lauritsen J, Thomsen JL, Ravn P. Colposcopic photography of genital injury following sexual intercourse in adults. *Forensic Sci Med Pathol* 2013; 9: 24–30
96. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 71–76
97. Hartmann C. Rechtsmedizinische Untersuchung und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Schweiz* 2024; 27: 185–188
98. Jones JS, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med* 2009; 27: 922–929
99. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* 2000; 35: 358–362
100. Astrup BS, Ravn P, Thomsen JL, Lauritsen J. Patterned genital injury in cases of rape--a case-control study. *J Forensic Leg Med* 2013; 20: 525–529
101. Lenahan LC, Ernst A, Johnson B. Colposcopy in evaluation of the adult sexual assault victim. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 183–184
102. Kaplan DW, Feinstein RA, Fisher MM, Klein JD, Olmedo LF, Rome ES, Samuel Yancy W, Adams Hillard PJ, Sacks D, Pearson G, Frankowski BL, Piazza Hurley T, Committee on A. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001; 107: 1476–1479
103. Kelly DL, Larkin HJ, Cosby CD, Paolinetti LA. Derivation of the Genital Injury Severity Scale (GISS): a concise instrument for description and measurement of external female genital injury after sexual intercourse. *Journal of forensic and legal medicine* 2013; 20: 724–731
104. Laitinen FA, Grundmann O, Ernst EJ. Factors that influence the variability in findings of anogenital injury in adolescent/adult sexual assault victims: a review of the forensic literature. *Am J Forensic Med Pathol* 2013; 34: 286–294
105. Berlit C, Sutterlin M, Yen K, Weiss C, Heinze S, Tuschy B, Berlit S. Female genital injury-which findings have to be considered physiological using colposcopy with and without toluidine blue dye? *Forensic Sci Med Pathol* 2021; 17: 634–642
106. Ludes B, Geraut A, Vali M, Cusack D, Ferrara D, Keller E, Mangin P, Vieira DN. Guidelines examination of victims of sexual assault harmonization of forensic and medico-legal examination of persons. *Int J Legal Med* 2018; 132: 1671–1674
107. Todt M, Awe M, Roesler B, Germerott T, Debertin AS, Fieguth A. Häusliche Gewalt. *Rechtsmedizin* 2016; 26: 499–506
108. Mancino P, Parlavecchio E, Melluso J, Monti M, Russo P. Introducing colposcopy and vulvovaginoscopy as routine examinations for victims of sexual assault. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30: 40–42
109. Fraas S, Mützel E. So werden die Spuren gesichert. *MMW - Fortschritte der Medizin* 2014; 156: 50–54
110. McGregor MJ, Du Mont J, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med* 2002; 39: 639–647
111. Blanc A, Savall F, Dedouit F, Telmon N. [Practical guide to the examination and interpretation of genital lesions of minor female victims of sexual assault]. *Gynecol Obstet Fertil* 2014; 42: 849–855
112. Jones JS, Dunnuck C, Rossman L, Wynn BN, Genco M. Adolescent Foley catheter technique for visualizing hymenal injuries in adolescent sexual assault. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1001–1004
113. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 872–877
114. Kesic V. Colposcopy of the vulva, perineum and anal canal. In *EAGC Course Book on Colposcopy*. Budapest; 2005:126–163
115. Rossman L, Solis S, Ouellette L, Kolacki C, Jones JS. Colposcopic genital findings in female sexual assault victims: Relationship to prior sexual intercourse experience. *Am J Emerg Med* 2021; 45: 664–665
116. Jones JS, Dunnuck C, Rossman L, Wynn BN, Nelson-Horan C. Significance of toluidine blue positive findings after speculum examination for sexual assault. *Am J Emerg Med* 2004; 22: 201–203



117. McCauley J, Guzinski G, Welch R, Gorman R, Osmer F. Toluidine blue in the corroboration of rape in the adult victim. *Am J Emerg Med* 1987; 5: 105–108
118. Lauber AA, Souma ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 644–648
119. Orellana-Campos C. Genital Injuries: Are They Telling us Something about Sexual Violence? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2020; 42: 106–113
120. Petter LM, Whitehill DL. Management of female sexual assault. *Am Fam Physician* 1998; 58: 920–926, 929–930
121. Debertin AS, Todt M. Umgang mit Verdachtsfällen auf sexuelle Gewalt. *Der Gynäkologe* 2018; 51: 249–252
122. Kelly DL, Larkin HJ, Paolinetti LA. Intra- and inter-rater agreement of the Genital Injury Severity Scale. *Journal of forensic and legal medicine* 2017; 52: 172–180
123. Madea B. Rechtsmedizin. 4. Aufl. Berlin, Germany: Springer; 2023
124. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 91–102
125. Grassberger M, Neudecker C. Standardisierte Untersuchung und Spurensicherung nach Sexualdelikt. In: Grassberger M, Türk EE, Yen K, Hrsg. *Klinisch-forensische Medizin*. Wien; New York: Springer; 2013:333–349
126. Birngruber CG, Laszczowski G, Dettmeyer RB. *Forensische Verletzungskunde*. Aufl. 2016. Aufl. Berlin: Springer Berlin; 2020
127. Anderson SL, Parker BJ, Bourguignon CM. Changes in genital injury patterns over time in women after consensual intercourse. *J Forensic Leg Med* 2008; 15: 306–311
128. Zilkens RR, Smith DA, Phillips MA, Mukhtar SA, Semmens JB, Kelly MC. Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic Sci Int* 2017; 275: 195–202
129. Madea B, Musshoff F. Knock-out drugs: their prevalence, modes of action, and means of detection. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 341–347
130. Slaughter L. Involvement of drugs in sexual assault. *J Reprod Med* 2000; 45: 425–430
131. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN). S1-Leitlinie Tetanus. In: AWMF-Register-Nr 030 - 104. 5.0 ed; 2024
132. Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2024. *Epidemiologisches Bulletin* 2024, DOI: 10.25646/11892.4: 72
133. Finkel MA, Mian P, McIntyre J, Sellas-Ferrer MI, McGee B, Balch N. An original, standardized, emergency department sexual assault medication order sheet. *J Emerg Nurs* 2005; 31: 271–275
134. Linden JA. Sexual assault. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17: 685–697, vii
135. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med* 2011; 365: 834–841
136. Eckle VS, Alius F. [Postexposure prophylaxis after sexual assault]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021; 116: 627–634
137. De Boos J. Tracheal perforation from non-fatal manual strangulation. *J Forensic Leg Med* 2019; 66: 1–3
138. White C, Martin G, Schofield AM, Majeed-Ariss R. 'I thought he was going to kill me': Analysis of 204 case files of adults reporting non-fatal strangulation as part of a sexual assault over a 3 year period. *J Forensic Leg Med* 2021; 79: 102128
139. Shields LB, Corey TS, Weakley-Jones B, Stewart D. Living victims of strangulation: a 10-year review of cases in a metropolitan community. *Am J Forensic Med Pathol* 2010; 31: 320–325
140. Armstrong M, Jr., Strack GB. Recognition and Documentation of Strangulation Crimes: A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 142: 891–897
141. Victoire A, De Boos J, Lynch J. 'I thought I was about to die': Management of non-fatal strangulation in general practice. *Aust J Gen Pract* 2022; 51: 871–876
142. Stellpflug SJ, Taylor AD, Dooley AE, Carlson AM, LeFevre RC. Analysis of a Consecutive Retrospective Cohort of Strangulation Victims Evaluated by a Sexual Assault Nurse Examiner Consult Service. *J Emerg Nurs* 2022; 48: 257–265
143. Hopkins B, Wang A, McKendy K, Deckelbaum D, Fata P, Khwaja K, Jastaniah A, Razek T, Wong E, Clark G, Grushka JR. A Retrospective Analysis of the Clinical Use and Utility of Advanced



- Imaging in the Evaluation of Near-Hanging and Strangulation Injuries at a Canadian Level One Trauma Centre. *Injury* 2023; 54: 110978
144. Yen K, Tsaklakidis A, Schlemmer HP. [Strangulation]. *Radiologie (Heidelb)* 2024; 64: 861–867
145. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med* 2013; 40: 126–130
146. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs). In; o. J.
147. Resnick H, Monnier J, Seals B, Holmes M, Nayak M, Walsh J, Weaver TL, Acierno R, Kilpatrick DG. Rape-Related HIV Risk Concerns Among Recent Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence* 2002; 17: 746–759
148. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, Saunders BE. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med* 2000; 19: 214–219
149. Du Mont J, White D, McGregor MJ. Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Soc Sci Med* 2009; 68: 774–780
150. Hagemann CT, Nordbo SA, Myhre AK, Ormstad K, Schei B. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect* 2014; 90: 283–289
151. Parekh VR, Martin SJ, Tyson A, Brkic A, McMinn J, Beaumont C, Bowden FJ. Sexually transmitted infections diagnosed in individuals presenting for forensic and medical care following sexual assault. *Sex Transm Infect* 2024; 100: 45–47
152. Scannell-Tocci M, Reynolds R. A review of sexual transmitted infection rates among sexually assaulted patients that present for care. *J Forensic Leg Med* 2022; 88: 102352
153. Freedman E. Clinical management of patients presenting following a sexual assault. *Aust J Gen Pract* 2020; 49: 406–411
154. Aaron KJ, Griner S, Footman A, Boutwell A, Van Der Pol B. Vaginal Swab vs Urine for Detection of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med* 2023; 21: 172–179
155. Deutsche STI-Gesellschaft e.V. (DSTIG). S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie. In, AWMF-Register-Nr 059 - 006. 2.1 ed; 2018
156. Cornberg M, Sandmann L, Protzer U, Niederau C, Tacke F, Berg T, Glebe D, Jilg W, Wedemeyer H, Wirth S, Honer Zu Siederissen C, Lynen-Jansen P, van Leeuwen P, Petersen J, Collaborators. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion – (AWMF-Register-Nr. 021-11). *Z Gastroenterol* 2021; 59: 691–776
157. Deutsche Aids-Gesellschaft e.V. (DAIG). S2k-Leitlinie Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition. In, AWMF-Register-Nr 055 - 004. 7.0 ed; 2021
158. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Neues Soziales Entschädigungsrecht ab 1. Januar 2024. In
159. Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M, Fitzpatrick S. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma Violence Abuse* 2023; 24: 497–514
160. Oosterbaan V, Covers MLV, Bicanic IAE, Huntjens RJC, de Jongh A. Do early interventions prevent PTSD? A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of early interventions after sexual assault. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10: 1682932
161. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 293–301
162. Ibrahim L, Azaka L, Balogun S. A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS ON POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER EXPERIENCED BY RAPE SURVIVORS. *South African Journal of Psychology* 2023; 13: 2
163. Frauennotruf Frankfurt am Main. ÜBERARBEITETE NEUAUFLAGE 2024: Befunderhebung, Spurensicherung, Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt: INFORMATION FÜR DIE BEHANDELNDE ÄRZTIN, DEN BEHANDELNDEN ARZT. In. Frankfurt am Main: Frauennotruf Frankfurt am Main – Beratung und Therapie bei sexueller Gewalt; 2024



VII. Anhang

Abbildung 2: Anatomische Strukturen des äußeren weiblichen Genitale

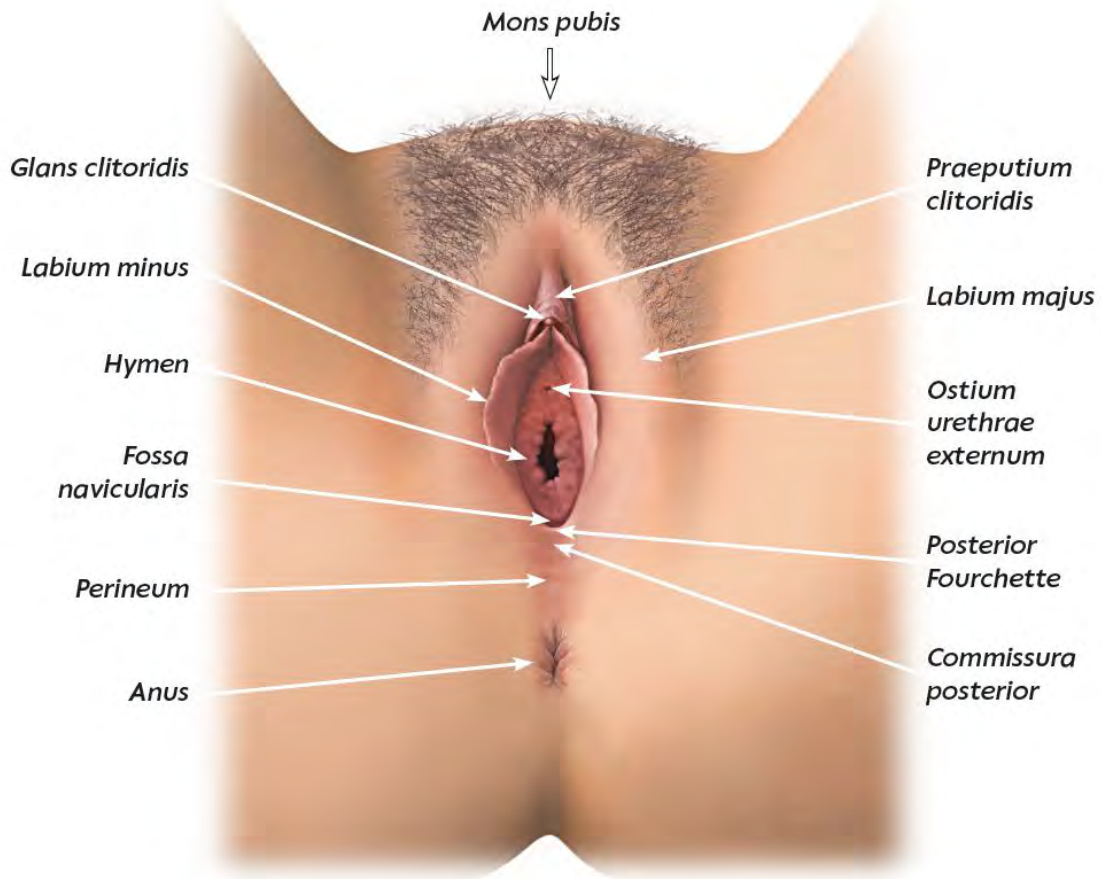


Tabelle 6: Interessenkonfliktmanagement

Ausprägung	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Keine		
Gering	Einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung von Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die



Ausprägung	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
		thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat	<p>Tätigkeit in einem industriefinanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter</p> <p>Managementverantwortung industriefinanzierte Studie(n)</p> <p>Federführung bei Fort-/ Weiterbildung mit direkter Industriefinanzierung</p> <p>Regelmäßige Vortragstätigkeit für best. Firmen</p> <p>Aktienbesitz einzelner Firmen</p>	Keine Abstimmung für die thematisch relevanten Empfehlungen oder Doppelabstimmung
Hoch	<p>Eigentumsinteresse</p> <p>Arbeitsverhältnis bei der Industrie</p> <p>Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen</p>	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung



Tabelle 7: Zusammenfassung zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der Leitlinien-Gruppe beschlossen und im Rahmen der online-Treffen umgesetzt wurden.

Es ergaben sich keine für die Leitlinie relevanten Interessenkonflikte bei den Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern dieser Leitlinie.

Leitlinienkoordination: David, Matthias

Leitlinie: S1-Leitlinie Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt

Registernummer: 015 - 097

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Balint, Nicole	Bei Gerichten und Ermittlungsbehörden	DGPFG	DGPFG, DGPFG AG Traum und Gewalt, MD Horizonte, DGGG Kongress, 15. Endometriosekongress Saarbrücken, DGGG-Kongress, DGKJP Kongress, Childhood-Haus Netzwerk, Word Childhood Foundation	Nein	Studienärztin MeMäF, Studienärztin in Survivor-ship Klinik	Nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie, Mitglied: Mitglied der DGGG, Mitglied: Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der DGPFG 2020-2023 Seit 2023 Vorstandsmitglied der DGPFG, Mitglied: Runder Tisch Berlin S.I.G.N.A.L. e.V. für die DGPFG, Mitglied: NOGGO Mitgliedschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape Nicole Balint†, Matthias David†, Jörg M. Fegert, Lina Ana Fryszer, Astrid Helling-Bakki, Bernd	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Herrmann , Christine Hirchenhain, Ulrike Schmidt , Sibylle Maria Winter</p> <p>CC BY-NC-ND 4.0 · Geburtshilfe Frauenheilkd 2022; 82(07): 694-705 DOI: 10.1055/a-1860-0562 , Wissenschaftliche Tätigkeit: Sexuality as a prognostic factor: Results of an individual participant data NOGGO-meta-analysis of 1,041 recurrent ovarian cancer patients before starting chemotherapy.</p> <p>N Balint, A Pirmorady, R Richter, D Zocholl, H Woopen, K Pietzner, J Sehouli , Klinische Tätigkeit: Betreuung und Versorgung von Betroffenen nach sex. Gewalt (Kinder, Jugendliche, erwachsene Frauen) allgemeine Gynäkologie, Sexualmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Interdisziplinäres Symposium: Sexualisierte Gewalt-Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung Betroffener</p>	
Prof. Dr. med. David, Matthias	Medexo GmbH Berlin	DGPFG, GGGB	Nein	Omnimed-Verlag, Hamburg	DFG	Nein	<p>Mitglied: Ärztekammer Berlin: Mitglied der Delegiertenversammlung, Beauftragter für Migration und Integration, Mitglied: Sprecher der Historischen Kommission in der DGGG, Mitglied: Mitglied im</p>	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fachsprachausschuss der Berliner Ärztekammer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Medizingeschichte, Migration, Myomtherapie, Klinische Tätigkeit: Diagnostik und Therapie gutartiger gynäkologischer Erkrankungen	
Dr. med. Fryszer, Lina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunkt Versorgung nach sexualisierter Gewalt, bis 31.12.24 tätig in 20% Anstellung für S.I.G.N.A.L. e.V. zur Erstellung eines Standards der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: kleinere Fortbildung bspw. am Vivantes Neukölln Krankenhaus und Auguste-Viktoria-Klinikum, unentgeltlich	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Germerott, Tanja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, Mitglied und Leitung der AG Klinische Rechtsmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e.V. Vizepräsidentin, seit 2024 Präsidentin, Klinische Tätigkeit: Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Mitglied und Kinderschutzmedizinerin	COI: keine: keine
Dr. med. Hirchenhain, Christine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: board member of the German Society of Cervical pathology and Colposcopy (treasurer), Mitglied: member of	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							german society of pediatric and adolescent gynecology, Mitglied: member of german society of gynecology and obstetrics, Mitglied: member of working group for child protection in medicine, Klinische Tätigkeit: consultation hour for patients with dysplasia of vulva, vagina or cervix, Klinische Tätigkeit: consultation hour for pediatric and adolescent gynecology, Klinische Tätigkeit: care of patients who come to the emergency room, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: organiser of training courses for colposcopy	
Sokoll, Paulo, MPH	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft: Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) Funktion: Mandatsträger für diese Leitlinie	COI: keine: keine
Dr. med. Tank, Anne	Nein	Nein	Nein	Nein	Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes NRW (aktueller Name, davor teils anders)	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: über iGOBSIS am UKD: Optimierung einer dezentralen Gewaltopferversorgung, Klinische Tätigkeit: im Rahmen der normalen rechtsmedizinischen Tätigkeit auch Begutachtung von Betroffenen (sexualisierter) Gewalt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: im Rahmen der Tätigkeit bei iGOBSIS bzw. der allgemeinen rechtsmedizinischen Tätigkeit auch am UKSH: Schulungen von Ärztinnen und Ärzten zum Thema	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Spurensicherung nach Gewalttaten	
Dr. Valet, Axel	Landesärztekammer Hessen, MVZ im Medicum Fulda	Nein	Nein	Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe, 11. Aufl. Urban und Fischer, Gynäkologie und Geburtshilfe hoch 2 1. Auflage Urban u. Fischer, Kurzlehrbuch Gynäkologie Geburtshilfe 7. Auflage Urban u. Fischer, Gynäkologie Geburtshilfe Krankheitslehre für die Physiotherapie, 1. Auflage, Urban Fischer	s.u.	Nein	Mitglied: Berufsverband der Frauenärzte, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie Geburtshilfe, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vorträge zu gyn. Infektionen Vorträge zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung Vorträge zur Kontrazeption Vorträge zur Kinderwunschbehandlung Vorträge zur Endometriose Vorträge zur Therapie der Harninkontinenz Vorträge zur Epilepsie in Gynäkologie Geburtshilfe Vorträge zur Kooperation Klinik und Praxis Vorträge zu dysfunktionellen Blutungen Vorträge zur HRT Vorträge zu COVID-19 Schwangerschaft Vorträge zu Adipositas und Geburtshilfe Vorträge zu Menopause und Arbeitsplatz Vorträge zu ambulanten Operationen in der Gynäkologie Vorträge zu Labor in der gyn-Praxis Vorträge zu Hyperemesis gravidarum Vorträge zu amb. Diagnostik Mamma-Ca, Klinische Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Ambulante Diagnostik und Therapie gynäkologischer und geburtshilflicher Erkrankungen in der Sprechstunde der eigenen Praxis und als amb. Operationen an den DILL-Kliniken Dillenburg und an der DRK-Klinik Biedenkopf, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Moderation und ärztliche Leitung der gynäkologischen Fortbildungen des BVF und der Univ. Frauenklinik Marburg, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Moderation und ärztliche Leitung der gynäkologischen Fortbildungen des Qualitätszirkels Dill	
Dipl.-Pol. Wagner, Angela	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe - Frauen gegen Gewalt e.V. Federal Association of Women's Counselling and Rape Crisis Centres (bff), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Jährliche ärztliche Fortbildung "Soforthilfe nach Vergewaltigung" Annual medical training course "Immediate help after rape"	COI: keine: keine
Dr. med. Walz, Cleo	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM): Mitglied, Berufsverband Rechtsmedizin (BDRM): Mitglied, Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM): Mitglied, zertifizierte	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Kinderschutzmedizinerin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Rechtsmedizin, Gewaltopferversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Schulungen zur Gewaltopferversorgung/ klinisch-forensischen Untersuchung in RLP	
Dr. med. Wilke-Schalhorst, Nadine	Nein	Nein	Novartis	Nein	Ministerium SH - Projekt der vertraulichen Spurensicherung (Projektarbeit, kein Forschungsprojekt im eigentlichen Sinn!!)	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) - Mitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)- Beirat im Vorstand, Mitglied: Berufsverband Rechtsmedizin - Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Rechtsmedizin - Untersuchungen von Gewalt betroffenen Personen; Gutachtenerstellung, Klinische Tätigkeit: Klinische Rechtsmedizin - Untersuchungen von Gewalt betroffenen Personen; Gutachtenerstellung	COI: keine: keine