

Präambel zum „Dokumentationsbogen Sexualdelikt“

Sucht eine Patientin oder ein Patient die Krankenhausambulanz nach Vergewaltigung oder bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch auf, so ist dies für das Opfer immer eine belastende Situation und für den untersuchenden Arzt eine besondere Herausforderung, hat er es doch mit einer traumatisierten Person zu tun, die er nach Details des Sexualdelikts befragen muss. Auch die anschließende Untersuchung stellt besondere Anforderungen an den Arzt.

Primärer Zweck der körperlichen Untersuchung ist die Spurensicherung, um Fremd-DNA-Material sicherzustellen, das analysiert werden kann, Hinweise auf den Täter gibt und seine Identifizierung möglich machen kann. Genauso ist eine akribische Dokumentation aller möglicherweise durch das Delikt verursachten Verletzungen erforderlich, um später im Falle eines Verfahrens nach Abheilung der Wunden das Ausmaß der Gewalteinwirkung nachvollziehen zu können. Diese Dokumentation hat den Normen des Strafprozesses zu genügen.

Zusätzlich ist auch die medizinische Seite zu beachten, die die Diagnostik und Behandlung von mit dem Delikt assoziierten Erkrankungen oder deren Prophylaxe bis hin zur Notfallkontrazeption umfasst.

Um all diesen Ansprüchen gerecht werden zu können, hat eine Expertengruppe aus Exekutive und Medizin einen Dokumentationsbogen erstellt, der auf den aktuellen Erkenntnissen der Beweissicherung und Verletzungsdokumentation basiert. Neben einer Vielzahl von bereits bestehenden Checklisten soll sich der aktuell vorliegende Bogen vor allem durch seine Praxistauglichkeit auszeichnen. Es wurde bei der Gestaltung darauf Rücksicht genommen, ein strukturiertes Vorgehen zu ermöglichen, das zuerst anamnestische Angaben umfasst und in weiterer Folge eine schrittweise Untersuchung der einzelnen Körperregionen vorgibt. Ebenso wurde ein eigens auf minderjährige Opfer zugeschnittener Teil eingefügt.

Farbmarkierungen innerhalb des Dokuments sollen die selektive geschlechtsspezifische Befragung erleichtern, farbliche Hinterlegungen kennzeichnen den Dokumentationsteil für minderjährige Opfer.

Folgender Leitfaden stellt einen Umriss des klinischen Vorgehens bei Verdacht auf Vorliegen eines Sexualdelikts dar, wobei die Handlungsempfehlungen den Vorgaben der OEGGG (Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) und ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) entsprechen, zusätzlich wird auf die Besonderheiten der den Spurensicherungssets beigelegten Untersuchungsbögen, die eine Checklisten-Funktion haben sollen, eingegangen.

Allgemeine Grundsätze / Untersuchungsvorbereitung

Bei telefonischer Kontaktaufnahme oder Anfrage durch das Opfer ist diesem – unabhängig von einer Anzeige – zur ärztlichen Untersuchung zu raten. Eine Spurensicherung ist vor allem dann sinnvoll, wenn das Delikt in engem zeitlichem Zusammenhang zum Untersuchungszeitpunkt stattgefunden hat. Der Zeitraum erstreckt sich jedoch dabei häufig auf über 72 Stunden (DNA-Profilierstellung von Spermien in der Vagina).

Im Falle eines akuten Ereignisses soll das Opfer bzw. die Kontaktperson darauf hingewiesen werden, dass vor der Untersuchung keine Reinigungsmaßnahmen wie Waschen, Duschen oder auch Abwischen und auch keine Verwendung von Deodorants stattfinden sollen. Auch Zähneputzen oder Mundspülungen sind zu vermeiden.

Zum Tatzeitpunkt oder unmittelbar danach getragene Kleidung sollte nicht gewechselt werden. Ist dies doch geschehen, so wird dazu geraten, diese zur Aufbewahrung für eine allfällige gerichtsmedizinische Untersuchung mitzubringen, sogar wenn die Kleidungsstücke bereits gewaschen wurden. Auch nach der Tat benutzte Intimartikel wie zum Beispiel Tampons oder Binden sollten als potentielle Spureenträger sichergestellt werden. Zur Untersuchung soll im optimalen Fall frische Kleidung mitgebracht werden, die bei Sicherstellung der getragenen Wäsche nach der Inspektion angelegt werden kann.

Nach Möglichkeit sollte das Opfer zwischen Delikt und Untersuchung nicht urinieren oder gegebenenfalls dazu ein sauberes Gefäß mit Deckel benutzen. Wurde bei der Tat ein Kondom benutzt, sollte auch dieses nicht entsorgt, sondern als Spurenräger gesichert werden.

Für den Untersuchungsablauf ist genügend Zeit einzuplanen. Dem Umstand, dass eine ausführliche Befundaufnahme und ein längeres ärztliches Gespräch zu erwarten sind, sollte durch die kontinuierliche Untersuchung in ungestörter Atmosphäre Rechnung getragen werden.

Die Untersuchung selbst sollte bei weiblichen Opfern nach Möglichkeit durch eine Fachärztin vorgenommen werden. Handelt es sich um einen Arzt, so ist die Untersuchung in Anwesenheit einer weiteren weiblichen Fachkraft (Ärztin, Krankenschwester) durchzuführen. Die Hinzuziehung einer Vertrauensperson sollte dem Opfer immer ermöglicht werden.

Es wird geraten, die Befragung und Untersuchung schrittweise nach beiliegendem Dokumentationsbogen abzuarbeiten, der in diesem Fall auch die Aufgabe einer Checkliste erfüllt, um keine Aspekte der Spurensicherung zu übersehen.

Die für die Sicherstellung der Spuren benötigten Hilfsmittel liegen dem vom Landeskriminalamt zur Verfügung gestellten Spurensicherungsset bei.

Eine funktionsfähige Digitalkamera (aufgeladener Akku, eingelegte Speicherkarte!) sowie ein Maßband müssen zur Verfügung stehen! Die Verwendung einer Farbkarte (siehe Seite 8) wird empfohlen.

Untersuchungsablauf

Ratsam ist es, vor jeder Untersuchung auf die Wahrung von Vertraulichkeit, die ärztliche Schweigepflicht sowie die persönliche Entscheidungsfreiheit des Opfers hinzuweisen. Ablehnende oder zögerliche Entscheidungen sind immer zu akzeptieren, allerdings ist auch auf mögliche Nachteile (Beweissicherung!) aufmerksam zu machen. Für die Untersuchung ist eine Zustimmung einzuholen, die auch die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Falle der Erstattung einer Anzeige beinhaltet. *(Seite 3 des Dokumentationsbogens)*

Zu erheben ist zunächst die klinische Anamnese, die unter anderem allgemeine Daten, Angaben zu Bewusstsein und Orientierung, Medikamenteneinnahme, aber auch zum letzten konsensuellen Geschlechtsverkehr enthält. *(Seite 4 des Dokumentationsbogens)*

In Ergänzung dazu ist auch eine für das Gewaltereignis spezifische Anamnese zu erfassen, bei der eine möglichst genaue Beschreibung des Tatherganges sowie Angaben zur Tatzeit (Datum, Uhrzeit oder Tageszeit, Dauer der Tat) und Tatmittel relevant sind. Dabei sollte der Hergang der Misshandlung mit den eigenen Worten der Patientin festgehalten werden, damit die Anamnese an Authentizität gewinnt. Zu erfragen ist auch, ob die Patientin Widerstand geleistet hat. Bei Angriffen gegen den Hals, namentlich dem Drosseln oder Würgen, stellt sich grundsätzlich die Frage nach einem etwaigen Bewusstseinsverlust bzw. nach möglichen Symptomen (z.B. Schwindel, „schwarz werden vor den Augen“, Ohrgeräusche, Sehstörungen, unbemerkt/unwillkürlicher Urin- oder Stuhlabgang). *(Seite 5 und 6 des Dokumentationsbogens)*

Nach Zustimmung des Opfers sollte eine gründliche Ganzkörperuntersuchung erfolgen, um mögliche Misshandlungsspuren – vor allem an bedeckten Körperstellen – nicht zu übersehen. Grundsätzlich sollte die Untersuchung mit mehrfachem Handschuhwechsel durchgeführt werden, um die Gefahr der Übertragung und Kontamination von DNA-Spuren möglichst zu vermeiden. Von Regionen, an die anamnestisch Fremd-DNA (zum Beispiel durch Samenerguss, Speichelkontakt oder auch Hautkontakt bei Fixier- und Spreizverletzungen) gelangt ist, sollen Abriebe genommen werden.

Bei Abrieben von Hautregionen ist der Wattetupfer zuvor mit sterilem Aqua dest. aus den im Kit bereitgestellten Kunststoffampullen anzufeuchten, dieses ist in kleinen Mengen abgepackt, um DNA-Kontaminationen möglichst hintanzuhalten. Bei Abrieben von Schleimhaut ist ein trockener Wattetupfer zu verwenden. Jeder Stieltupfer ist im jeweils ident nummerierten Röhrchen zu asservieren, dieses mit der genauen Bezeichnung der Abriebstelle zu beschriften (beispielsweise: „proximaler Oberschenkel Innenseite“ oder „Unterlippe innen“).

Die Inspektion der einzelnen Körperregionen ist schrittweise vorzunehmen. Zunächst ist eine Untersuchung auf Verletzungen im Gesichts- und Halsbereich vorgesehen, wobei insbesondere den „verdeckten“ Regionen, wie Nacken unter langem Haar oder der Haut hinter den Ohren, genauso wie der Mundschleimhaut besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Als Mindestanforderung an die Abstrichentnahme werden ein Mundhöhlenabstrich zur Gewinnung von DNA-Vergleichsmaterial des Opfers und ein oraler Abstrich (am besten unter der Zunge bzw. entlang des Zahnfleisches) verlangt. Bei angegebener Gewalt gegen den Hals ist überdies auf Hautrötungen, Unterblutungen (ggf. im Sinne von Würgemalen), Strangulationsmarken sowie auf das Vorhandensein punktförmiger Einblutungen (Petechien) als Ausdruck einer venösen Stauung zu achten, hierbei sind die Augenbindehäute, die Haut der Augenlider, die Haut hinter den Ohren sowie die Gesichtshaut und die Mundschleimhaut zu inspizieren. Gelegentlich finden sich auch flächenhafte Unterblutungen an den Augäpfeln. *(Seite 7 des Dokumentationsbogens)*

Anschließend wird das Opfer um das schrittweise Ablegen seiner Kleidung gebeten. Nach Inspektion und Durchführung der notwendigen Abstriche bzw. entsprechender Fotodokumentation kann dann die Kleidung oder frische Wäsche wieder angezogen werden, um die psychische Belastung möglichst niedrig zu halten. *(Seite 8 des Dokumentationsbogens)*

Abwehrverletzungen sind ein wichtiges Zeichen dafür, dass eine Person angegriffen wurde. Meist entstehen sie durch ein schützendes Vorhalten der Arme und Hände, um Verletzungen des Kopfes und des Oberkörpers zu verhindern. Schläge und Griffe des Täters führen dann zu Hämatomen oder Schürfungen an Händen sowie an Ober- und Unterarmen, seltener an Beinen. Durch stumpfkantige Traumatisierung können am Handrücken auch Riss-Quetsch-Wunden entstehen. Obwohl die meisten Hämatome uncharakteristisch geformt sind, können sich Hinweise auf ihre Verursachung ergeben. Dies gilt zum Beispiel für Hautblutungen, die Formmerkmale der Kontaktflächen des verletzenden Gegenstands wiedergeben können oder musterartig angeordnete Blutungen in der Haut nach Einwirkung eines Schuhsohlenreliefs. Dennoch wird davor gewarnt, bei der Beschreibung von Verletzungen eine Interpretation der Entstehungsmöglichkeit vorzunehmen, auch nicht als Diagnose.

Hämatome werden oftmals nicht sofort nach dem ursächlichen Trauma sichtbar, sondern erst Stunden später, wenn sich in der Tiefe entstandene Blutungen in Richtung der Körperoberfläche ausgebreitet haben. In entsprechenden Verdachtsfällen ist es zweckmäßig, die verletzte Region nach ein bis zwei Tagen noch einmal zu untersuchen. Für die Abschätzung des ungefähren Alters von Hämatomen ist es wichtig, deren Farbqualität in den zentralen und peripheren Anteilen zu dokumentieren. Bei Schürfungen sind neben Lokalisation, Größe und Form auch etwaige Anhaftungen auf der verletzten Haut anzugeben (Wundsekret, fest anhaftende Kruste, in Ablösung begriffene Borke), da diese im Hinblick auf das Entstehungsalter bedeutend sein können.

Bei Anzeichen körperlicher Gewalt können auch innere Verletzungen vorliegen. Deshalb ist bei Hinweisen auf intensive Gewaltanwendung die Anordnung bildgebender Verfahren zum Nachweis/Ausschluss innerer Verletzungen dringend geboten.

Nach einer Vergewaltigung, versuchter Vergewaltigung oder Nötigung können sehr unterschiedliche Verletzungsbilder auftreten. Speziell in Fällen von Nötigung gibt es oftmals keine oder nur sehr leichte Verletzungen. Extragenitale Verletzungen können oft entscheidende Hinweise auf erzwungenen Geschlechtsverkehr geben. Häufig wird den Opfern der Mund zugehalten, was zu Defekten von Lippenbändchen oder Mundschleimhauterosionen führt. Überdies kommt es gelegentlich zu Bissverletzungen, Griffspuren – meist an den Armen – oder großflächigen Hämatomen an den Innenseiten der Oberschenkel durch das brutale Auseinanderdrängen der Beine. Zu den typischen Verletzungsmustern bei sexualisierter Gewalt zählen neben Fixierverletzungen (Griff- und Fesselungsspuren an Armen und Beinen) und Spreizverletzungen (Hämatome an den Innenseiten der Oberschenkel, Knie), die als Hautkontaktsuren ebenso abgerieben werden sollten, auch Entkleidungsverletzungen (Kratzverletzungen nach gewaltsamer Entkleidung, etwa BH- oder Hosenbundbereich), Widerlageverletzungen (z.B. Schürfungen am Rücken über den Schulterblättern oder der Steißregion) und naturgemäß genitale Verletzungen.

Bei der Untersuchung des weiblichen Genitale sind kleinste Verletzungen, z.B. Schürfungen im Scheidenvorhof, zu dokumentieren, da diese nicht selten das einzige Indiz für eine gewaltsame Penetration darstellen. Selbst bei brutalen Sexualdelikten fehlen schwere genitale Verletzungen oftmals, da sich 30 bis 40% aller Vergewaltigungsoffer gar nicht oder nur anfänglich wehren.

Bei der gynäkologischen Untersuchung können negative traumatische Erinnerungen aufkommen oder verstärkt werden. Um möglichen Gefühlen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts entgegenzuwirken, muss jeder Untersuchungsschritt angekündigt bzw. erklärt werden. Dieses Vorgehen hilft der Patientin die Selbstbestimmung über sich und ihren Körper zurückzugewinnen und wirkt Angst- und Schamgefühlen entgegen. Überdies muss die Exploration sehr sensibel erfolgen, um eine Re-Traumatisierung zu vermeiden. Minimale Verletzungen wie zum Beispiel Rhagaden, die mit freiem Auge oft nicht sichtbar werden, können mittels Toluidinblau-Färbung nachgewiesen werden.

Mögliche Spureträger fremder DNA wie Schamhaare sollten abgeschnitten und asserviert oder zumindest ausgekämmt werden. Tampons oder andere Fremdkörper sind ebenso sicherzustellen. Die Versorgung von Verletzungen darf erst nach Fertigstellung aller DNA-Abstriche durchgeführt werden.
(Seite 9 des Dokumentationsbogens)

Untersuchung Minderjähriger

Eine Untersuchung bei Kindern kann sich schwierig gestalten und ist nicht immer suffizient durchführbar. Eine Traumatisierung des Kindes ist in jedem Fall zu vermeiden, bei Nicht-Einverständnis oder Abwehr des Kindes muss auf die weitere Untersuchung an diesem Tag verzichtet werden. Nur bei Verdacht auf Verletzungen, die eventuell einer operativen Therapie bedürfen, ist eine Narkose-Untersuchung zu empfehlen. Jedem Kind soll der Untersuchungsablauf vor Beginn genau erklärt werden und seine Entlassung soll nach Möglichkeit mit dem Gefühl, dass es gesund ist, erfolgen. Besonders bei der Untersuchung von Kindern ist es wichtig, eine möglichst angenehme Untersuchungssituation zu schaffen und genügend Zeit einzuplanen. Gefordert wird auch die Untersuchung durch einschlägig geschultes Fachpersonal.

In vorliegendem Dokumentationsbogen kennzeichnen farbige Hinterlegungen den speziellen Teil, der auf die Untersuchung von Minderjährigen ausgelegt ist. Mit gelbem Hintergrund gekennzeichnet sind jene Teile, die für alle Minderjährigen geschlechtsunabhängig auszufüllen sind, rote und blaue Schrift stellt Geschlechtsunterschiede dar (rot für weibliche Minderjährige, blau für männliche Minderjährige). Diese Farben kommen auch als Hintergrund für die Untersuchung bei Mädchen (rosa Hinterlegung) oder Knaben (blaue Hinterlegung) zur Anwendung.

Bei unter 14-jährigen (unmündig Minderjährigen) ist die Zustimmung zur Untersuchung von einer mit der Obsorge betrauten Person einzuholen. *(Gelbes Feld Seite 3 des Dokumentationsbogens)*

Im Rahmen der Begutachtung ist insbesondere auf das Verhalten, aber auch auffällige Äußerungen während des Untersuchungsganges zu achten. Wegen der raschen anatomischen und physiologischen Veränderungen von Kindern während der Pubertät muss das Entwicklungsstadium nach Tanner zum Zeitpunkt der Untersuchung festgehalten werden. *(Seite 10 des Dokumentationsbogens)*

Bei Mädchen empfiehlt es sich, die Untersuchung in „Froschposition“ (auf dem Rücken) durchzuführen und dabei die Separations- und Traktionsmethode anzuwenden, um so Vulva, Hymen und Analsbereich beurteilen zu können, wobei insbesondere die verschiedenen Ausprägungsformen des Hymens beachtet werden sollten. Dabei ist der Fossa navicularis und der posterior fourchette besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Verwendung eines Kolposkops zur Beurteilung von Verletzungen ist obligat. Allfällige verdächtige Befunde, vor allem des Hymens im dorsalen Anteil sollen in der Knie-Ellbogen-Stellung beurteilt werden. *(Seite 11 des Dokumentationsbogens)*

Akute Einrisse oder ausgeprägte Hämatome der Labien, des Penis, des Skrotums, perianaler Gewebe oder des Perineums sind Folge eines akuten gewaltsamen Übergriffs. Differentialdiagnostisch kommen jedoch auch unbeobachtete akzidentelle Verletzungen in Betracht. *(Seite 11 und 12 des Dokumentationsbogens)*

Die Erhebung eines analen Befundes ist bei Kindern unabdingbar, um durch Feststellung einer eventuellen Verminderung der analen Fältelung oder übermäßigen Dilatation Rückschlüsse auf anale Penetration ziehen zu können, ist aber auch bei Erwachsenen nach versuchtem oder erlittenem Analverkehr durchzuführen. *(Seite 13 des Dokumentationsbogens)*

Technik der Abstrichentnahme zur DNA-Sicherung

Generell gilt, dass Abstriche von Schleimhäuten mit trockenem Tupfer, Abstriche von der Haut mit durch steriles Aqua destillata angefeuchtetem Tupfer vorzunehmen sind.

Von jedem Entnahmeort ist nur ein einziger Tupfer anzufertigen, dieser aber mit möglichst viel Material. Es sollen also möglichst kleinflächige Abriebe von möglichen Sperma- oder Speichelkontaktstellen hergestellt werden.

Die Stieltupfer sind in den jeweils ident nummerierten Röhrchen zu verstauen, diese wiederum mit den entsprechenden Daten (Patientenetikett, Lage der Spur, Datum, Uhrzeit) zu beschriften. Die Tupfer dürfen keinesfalls in ein Nährmedium gegeben werden, Ausstriche auf Objektträgern unbedingt zu vermeiden.

Forensische Abstriche

Abstriche vom äußeren und inneren Genitalbereich sowie anal und oral abgenommene Abstriche sind obligatorisch, wobei die Genitalabstriche in angegebener Reihenfolge (von außen nach innen) durchzuführen sind. Aus den genannten Bereichen sollen jeweils zwei Abstriche abgenommen werden.

Bei Angabe, dass der Täter gekratzt wurde, sind Abriebe der Fingernägelränder des Opfers herzustellen.

Infektionsdiagnostik

Nach Abschluss der DNA-Spurensicherung sollen zur Infektionsdiagnostik auch die entsprechenden Abstriche zumindest auf Gonokokken bzw. Chlamydien abgenommen werden. Diese sind nicht Teil der Spurensicherung, sondern zur sofortigen Diagnostik an das entsprechende mikrobiologische Labor weiterzuleiten. *(Seite 14 des Dokumentationsbogens)*

Fotodokumentation

Vor Beginn jeder Untersuchung muss sichergestellt sein, dass eine funktionsfähige Digitalkamera mit geladenem Akku und eingelegter Speicherkarte zur Verfügung steht.

Die Anzahl der angefertigten Aufnahmen ist zu dokumentieren, genauso wie der Speicherort, um im Falle eines Verfahrens, das unter Umständen Jahre später stattfindet, rasch auf die Dokumentation zugreifen zu können.

Zudem muss jedes Foto eindeutig zugeordnet werden können.

Empfehlung zur Fotodokumentation

Eine Übersicht der wichtigsten abzulichtenden Übersichts- und Detailaufnahmen findet sich in der Skizze.

Regeln zur Fotodokumentation

- Es müssen immer Übersichts-, Näherungs- und Detailaufnahmen angefertigt werden.
- Fotos werden senkrecht zur Hautoberfläche aufgenommen.
- Es ist ein Maßstab zu verwenden, dieser soll immer in die Ebene der Verletzung gestellt werden, ohne dabei den Befund zu überdecken.
- Aufnahmen sind wenn möglich vor neutralem Hintergrund anzufertigen.
- Bei Aufnahmen der Körperrückseite sollte man den Kopf zur Seite drehen lassen, um die Identität zu dokumentieren.
- Auch Negativbefunde sollten fotografisch festgehalten werden.
- Beschädigungen bzw. Verunreinigungen der Kleidung sollten fotografiert werden.

Zur Farbkalibrierung empfiehlt sich die Verwendung normierter Farbtafeln (z.B. Kodak® Color Separation Guide Q-13), auf denen oftmals auch ein Maßstab zu finden ist. *(Seite 15 des Dokumentationsbogens)*

Zusätzliche Proben

Wegen der kurzen Halbwertszeit mancher Medikamente bzw. Drogen sollen möglichst zeitnah zur Tat Blut abgenommen und Harn abgegeben werden; dafür ist das Einverständnis des Opfers erforderlich. Die Proben dienen dem Nachweis etwaig verabreichter „k.o.-Tropfen“, aber auch dem Alkohol- und Drogen-Nachweis. Dazu soll im besten Fall ein Natriumfluorid-Röhrchen Blut abgenommen werden und etwa 30 bis 50 ml Harn im Harnbecher asserviert werden; diese sind dann Teil des forensischen Untersuchungsmaterials und müssen bis zur Abholung gekühlt bei etwa 4°C aufbewahrt werden.

Des Weiteren wird eine Blutabnahme zur Bestimmung des Infektionsstatus (HIV, Hepatitis, Lues) vorgenommen, diese Proben sind allerdings unabhängig von dem Spurensicherungsset in das dafür zuständige Labor weiterzuleiten.

Genauso soll vor Ort ein Schwangerschaftstest mittels Harnuntersuchung vorgenommen werden.

Das verwendete Spurensicherungsset (ausgefüllter Dokumentationsbogen, Tupferabriebe, Blut- und Harnprobe (gekühlt!) sowie sichergestellte Kleidung) ist bis zur Abholung durch die Exekutive im Krankenhaus oder an einer anderen geeigneten Stelle aufzubewahren. Das Opfer ist darauf hinzuweisen, dass – sollte im Zeitraum von einem Jahr keine Anzeige erfolgt sein – die Vernichtung des Spurensicherungssets vorgenommen werden kann.

Sekundärpräventive Maßnahmen

Der ärztlichen Tätigkeit im eigentlichen Sinne wird im Rahmen der Einleitung sekundärpräventiver Maßnahmen Raum gegeben, dazu gehört vor allem das Anbieten einer postkoitalen Notfallkontrazeption und in gewissen Fällen die Einleitung einer HIV-PEP (Post-Expositions-Prophylaxe). Zu letzterer empfiehlt die Österreichische AIDS Gesellschaft, dass eine solche im Allgemeinen nach nicht konsensuellen Geschlechtsverkehr zwar angeboten werden sollte, jedoch nicht zwingend (bzw. dringend) empfohlen ist. In besonderen Risikosituationen kann jedoch eine dringliche Indikation gegeben sein. Die Entscheidung zur Durchführung einer HIV-PEP erfolgt idealerweise sofort oder spätestens bis zu 72 Stunden nach dem Tatzeitpunkt. Bei Veranlassung einer HIV-PEP sollte in allen Fällen zum ehestmöglichen Zeitpunkt mit einem HIV Therapiezentrum Kontakt aufgenommen werden.

Eine aktuelle Gefährdungssituation der Patientin ist zu erfragen. In diesen Fällen ist eine stationäre Aufnahme in Erwägung zu ziehen. Entsprechende Fachkräfte wie Psychologen oder Psychotherapeuten sind baldigst beizuziehen, unterstützende Einrichtungen (Opferschutzeinrichtungen) sind ortsspezifisch und konkret zu nennen. Eine Kontaktaufnahme mit einer Opferschutzeinrichtung sollte dem Opfer ermöglicht werden.

Ein kurzfristiger Kontrolltermin zur Besprechung der Befunde und einer eventuell weiteren Behandlung/Untersuchung ist vor Entlassung zu vereinbaren.

Bei Missbrauchsverdacht von Minderjährigen ist die Kinder- und Jugendhilfe (vormals Jugendamt bzw. Jugendwohlfahrt) zu informieren. Es soll auch die Kinderschutzeinrichtung an der Krankenanstalt mit einbezogen werden. *(Seite 16 des Dokumentationsbogens)*

Rechtlicher Rahmen

§ 201 StGB

Unter Vergewaltigung versteht man jede Vornahme oder Duldung des Beischlafs oder eine dem Beischlaf gleichzusetzende Handlung, zu der das Opfer durch Gewalt, Entziehung der persönlichen Freiheit oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben genötigt wird.

§202 StGB

Geschlechtliche Nötigung liegt dann vor, wenn das Opfer aufgrund von Gewalt oder gefährlicher Drohung zur Vornahme oder Duldung einer geschlechtlichen Handlung genötigt wird.

Als sexueller Missbrauch definiert sind die Tatbestände der Vornahme oder Duldung des Beischlafs oder dem Beischlaf gleichzusetzender Handlungen sowie die Vornahme oder Duldung geschlechtlicher Handlungen an wehrlosen oder sonstiger Art beeinträchtigter Personen, die aufgrund dieses Zustandes unfähig sind, die Bedeutung des Vorgangs einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Darunter fällt auch die Verleitung zur Vornahme oder Duldung des Beischlafs, einer dem Beischlaf gleichzusetzenden Handlung oder geschlechtlichen Handlung mit einer dritten Person. Auch wer die beeinträchtigte Person dazu verleitet, eine dem Beischlaf gleichzusetzende Handlung oder eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen, um sich oder einen Dritten damit geschlechtlich zu erregen oder befriedigen, begeht sexuellen Missbrauch. (§ 205 Abs. 1 und 2 StGB)

Anzeigepflicht

§ 54 Abs. 4 ÄrzteG

Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

§ 54 Abs. 5 ÄrzteG

Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

Anmerkung: als nahe Angehörige sind im § 166 StGB Ehegatten, eingetragene Partner, Verwandte in gerader Linie, Bruder, Schwester oder anderer in Hausgemeinschaft lebende Angehörige definiert.

Bedeutsam in der Auslegung des § 54 Abs. 5 ÄrzteG ist, dass die Anzeigepflicht alle Minderjährigen umfasst, das heißt also, alle Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Zusätzlich normiert das Strafgesetzbuch den sexuellen Missbrauch von Unmündigen (vor Vollendung des 14. Lebensjahres). In diesen Fällen ist der Begriff des sexuellen Missbrauchs deutlich weiter gefasst als in § 205 und beinhaltet auch (vermeintlich) konsensuelle sexuelle Handlungen.

Beim schweren sexuellen Missbrauch Unmündiger (§ 206 StGB) wird jeder Beischlaf oder eine dem Beischlaf gleichzusetzende Handlung mit Strafe bewehrt, außer das Alter des Täters übersteigt das Alter der unmündigen Person um nicht mehr als drei Jahre und diese hat das 13. Lebensjahr bereits vollendet. Zudem wird gefordert, dass die unmündige Person durch die Tat weder längere Zeit hindurch in einen qualvollen Zustand versetzt noch in besonderer Weise erniedrigt wird und die Tat weder eine schwere Körperverletzung noch den Tod zur Folge hat.

Beim sexuellen Missbrauch Unmündiger (§ 207 StGB) sind jedwede geschlechtliche Handlungen Inhalt der Regelung. Auch in diesen Fällen existiert eine „Altersfreigrenze“: Übersteigt das Alter des Täters das der unmündigen Person um nicht mehr als vier Jahre und hat diese das 12. Lebensjahr bereits vollendet, ist der Täter nicht zu bestrafen. Die zusätzlichen Bedingungen für die Straffreiheit gemäß § 206 gelten sinngemäß.

Auch der sexuelle Missbrauch (Duldung oder Vornahme geschlechtlicher Handlungen am Täter oder Dritten) von Jugendlichen (vor Vollendung des 16. Lebensjahres), die aus bestimmten Gründen noch nicht reif genug sind, die Bedeutung des Vorgangs einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, ist strafbar, genauso wie sexueller Missbrauch Minderjähriger unter Ausnützung einer Zwangslage der Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Volljährige Opfer, die nach einer Vergewaltigung zwar eine ärztliche Untersuchung durchführen lassen, aber keine Anzeige erstatten wollen, sind darauf hinzuweisen, dass die asservierten DNA-Proben erst im gerichtlichen Auftrag, d.h. erst nach polizeilicher Anzeige untersucht werden. Allerdings besteht auch für das Opfer nach Anzeigenerstattung keine Möglichkeit mehr, die Anzeige zurückzunehmen, da Sittlichkeitsdelikte sogenannte Offizialdelikte sind und die Exekutive, sobald sie Kenntnis davon erlangt, von Amts wegen ein Verfahren einleiten muss.

Das Opfer ist ebenso darauf hinzuweisen, dass die Proben ohne Rückfrage verworfen werden, sollte nicht innerhalb einer bestimmten Frist Anzeige erstattet worden sein. Diese Frist beträgt zurzeit 1 Jahr. *(Seite 17 des Dokumentationsbogens)*

Zur Sicherstellung einer lückenlosen Dokumentation muss auch die Weitergabe der einzelnen Beweismittel an die Exekutive (Übernehmer und Übergeber, Datum der Übergabe) festgehalten werden. Sollte der Dokumentationsbogen im Original (also nicht als Kopie) weitergegeben werden, so kann die letzte Seite zur Archivierung im Krankenhaus abgetrennt werden. *(Seite 19 des Dokumentationsbogens)*

Ärztliche Dokumentation

Die Dokumentation des erstbehandelnden Arztes von diagnostizierten Verletzungen und Folgen von Misshandlungen sind entscheidende Beweismittel. Da zwischen dem Tatzeitpunkt und einer Gerichtsverhandlung häufig ein längerer Zeitraum liegt, gewinnt die gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation an Bedeutung, als die erlittene Gewalt sicher dokumentiert und festgehalten ist, aber auch von Ärztinnen und Ärzten als Erinnerungsstütze herangezogen werden kann, falls sie in einem Rechtsverfahren als Sachverständige hinzugezogen werden.

Die ärztliche Untersuchung umfasst neben der Sicherung von biologischen Spuren wie Sperma oder Speichel auch die Dokumentation der am Körper der Patientin erkennbaren Verletzungen in Form eines Befundes. Die Praxis zeigt, dass die häufig vorgenommenen pauschalen Beschreibungen (z.B. „multiple Hämatome am ganzen Körper“ oder „Prellmarke am Hals“) hinsichtlich der Beweisführung problematisch sind. Dazu dienen die Körperskizzen, die dabei helfen sollen, die Verletzungen einzutragen. Die Angabe zur Anzahl der Verletzungen sollte möglichst präzise sein, die genaue Anzahl beispielsweise der Hämatome ist zu nennen. Die Größe jeder einzelnen Verletzung ist in Zentimetern oder Millimetern anzugeben. Die Art der Verletzung ist genau zu beschreiben (z.B. „glatte Schnittwunde mit sauberem Wundgrund“). Gleichzeitig sind Hinweise auf das Alter der Verletzung festzuhalten, z.B. verschorfte Wunde, Farbe des Hämatoms.

Erfahrungsgemäß haben selbst untersuchende Mediziner zu einem späteren Zeitpunkt kaum noch eine Erinnerung an die Untersuchungsergebnisse. Sichere Aussagen über das Tatwerkzeug, die Intensität oder gar über das Alter der Verletzung sind dann nicht mehr möglich. Im Strafverfahren muss jedoch der einwandfreie Tatnachweis geführt werden.

Dabei hilft die zusätzliche Fotodokumentation, die als Sachbeweis vor Gericht von hoher Wichtigkeit sein kann. Digitale Fotos ermöglichen die Ablichtung der Befunde in Übersicht und im Detail. In einigen Fällen ist eine erneute Fotodokumentation zwei bis vier Tage später sinnvoll (bessere Erkennbarkeit z.B. von Hämatomen).

Anhand einer guten Befunddokumentation kann aus juristischer Sicht die Frage nach erlittener Misshandlung grundsätzlich geklärt und die Geschehensabläufe können rekonstruiert werden. Deshalb sind ungenaue oder gar falsche Interpretationen von Verletzungen ohne eine vorangestellte Beschreibung in Zweifelsfällen wenig zweckdienlich. Es wird daher allgemein empfohlen, Verletzungen ergebnisoffen zu beschreiben. Falls es zu einem Gerichtsverfahren kommt, obliegt die Beweiswürdigung ohnedies dem Richter. Im Falle eines Gerichtsverfahrens zu einem späteren Zeitpunkt ersetzt die vorgenommene ärztliche Dokumentation überdies den direkten Blick des Gutachters. Deshalb muss unter forensischen Aspekten die Beschreibung der Verletzungen möglichst plastisch sein, so dass sich alle Beteiligten ein Bild der Lage zum Zeitpunkt der Untersuchung machen können.

Operativ zu versorgende Verletzungen sind in einem OP-Bericht festzuhalten. Hervorzuheben ist allerdings, dass häufig auch die aus therapeutischer Sicht wenig bedeutsamen Bagatellverletzungen (z.B. Kratzer am Hals, kleine Hämatome am Oberschenkel) wichtige potenzielle Beweise für erlittene Misshandlungen darstellen. Deshalb sind bei der Dokumentation alle Verletzungen detailliert und für außenstehende Dritte nachvollziehbar zu beschreiben.

Es empfiehlt sich, zusätzlich zum Dokumentationsbogen einen abschließenden Arztbericht zu verfassen.