

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Versorgung von Gewaltbetroffenen in Kliniken und Arztpraxen in Rheinland-Pfalz
mit dem Fokus auf einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung
Eine Bedarfsanalyse unter Ärztinnen und Ärzten und Berücksichtigung einer durch
Medizinstudierende bearbeiteten Hausaufgabe

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Mareike Kristin Ananda Jannermann
aus Eutin

Mainz, 2026

Lizenz: CC-BY-4.0

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees

1. Gutachterin: Univ.-Prof. [REDACTED]

2. Gutachterin: Univ.-Prof. [REDACTED]

Tag der Promotion: 19. Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung / Ziel der Dissertation	1
2 Literaturdiskussion	3
2.1 Definition von Gewalt	3
2.2 Prävalenz von Gewalt	3
2.2.1 Gewalt in Europa	3
2.2.2 Gewalt in Deutschland und Rheinland-Pfalz	4
2.3 Internationale und nationale Bestrebungen innerhalb des Gesundheitssektors zur Bekämpfung von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt	8
2.4 Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit	10
2.5 Ärzt*innen als erste Ansprechpartner von Gewaltbetroffenen	12
2.5.1 Rolle klinisch tätiger Ärzt*innen im Umgang mit Gewaltbetroffenen	12
2.5.2 Die Rolle der Rechtsmedizin	14
2.6 Gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung	16
2.6.1 Bedeutung	16
2.6.2 Ablauf und Vorgehensweise	17
2.6.3 Schwierigkeiten im klinischen Alltag im Umgang mit Betroffenen von Gewalt	22
2.7 Modelle der medizinisch-forensischen Versorgung von Gewaltbetroffenen in Deutschland	25
2.8 Vermittlung der Untersuchung von Gewaltbetroffenen im Medizinstudium	26
3 Material und Methoden	28
3.1 Ärzt*innen in der klinischen Praxis	28
3.1.1 Kollektiv	28
3.1.2 Material	29
3.1.3 Methodik	30
3.1.4 Hypothesentests	30
3.2 Medizinstudierende in der theoretischen Praxis	31
3.2.1 Kollektiv	31
3.2.2 Material	31
3.2.3 Methodik	32
3.3 Auswertung der Umfrageergebnisse	32
3.3.1 Quantitative Auswertung	32
3.3.2 Qualitative Auswertung	32
4 Ergebnisse	33
4.1 Ärzt*innen in der klinischen Praxis	33
4.1.1 Demographische Daten der teilnehmenden Ärzt*innen mit Position und Lokalisation	33

4.1.2	Unterteilung der Ärzt*innen nach ihrer Erfahrung in der Befundssicherung bei der Versorgung von Gewaltbetroffenen	35
4.1.3	Veranlassung der Untersuchungen (niederschwellig versus Strafanzeige) ...	36
4.1.4	Krankenhaus versus Praxis	37
4.1.5	Stadt versus Land	38
4.1.6	Durchgeführte Maßnahmen bei den Untersuchungen	38
4.1.7	Materialien zur Befunddokumentation und Spurensicherung	40
4.1.8	Gerichtsfeste Lagerung	42
4.1.9	Fortbildungen	42
4.1.10	Subjektive Sicherheit in der Befunddokumentation	44
4.1.11	Bedeutung der ärztlichen Befunddokumentation	46
4.1.12	Rechtsmedizinische Beratung	47
4.1.13	Unterstützungsbedarf	47
4.2	Studierende in der Theorie	48
4.2.1	Die genutzten Formate der eingereichten Hausaufgabe	48
4.2.2	Dokumentation der Verletzungen	48
4.2.3	Weiterführende Untersuchungen	50
4.2.4	Beurteilung der Ausführungen der Patientin	50
5	Diskussion	51
5.1	Ärzt*innen in der klinischen Praxis	51
5.1.1	Stichprobe	51
5.1.2	Die gerichtsverwertbare Dokumentation im ärztlichen Alltag	53
5.1.3	Der Status quo der medizinisch-forensischen Befundssicherung	54
5.1.4	Unterstützungsbedarf in der forensischen Dokumentation	58
5.2	Studierende in der Theorie	64
6	Zusammenfassung	68
6.1	Zusammenfassung	68
7	Literaturverzeichnis	70
8	Anhang	77
9	Danksagung	111
10	Tabellarischer Lebenslauf	112

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Chi ²	Chi-Quadrat
FRA	Agentur der Europäischen Union für Grundrechte/ European Union Agency for Fundamental Rights
Ggf.	gegebenenfalls
GREVIO	group of experts on action against violence
iGOBSIS	intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem
MIGG	Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen
NGO	Nichtregierungsorganisationen/ Non-governmental organization
PDF	Portable Document Format
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation/ World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Opfer von Körperverletzung in Deutschland im Jahr 2019. (Kinder unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst).	5
Abbildung 2: Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Kindesmisshandlung in Deutschland im Jahr 2019. (Die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bei Kindern unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)	6
Abbildung 3: Körperverletzung in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019. (Kinder unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)	7
Abbildung 4: Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Kindesmisshandlung in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019. (Die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bei Kindern unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)	8
Abbildung 5: Rahmenbedingungen für einen guten Umgang mit Betroffenen von Gewalt. Nach Hagemann-White und Bohne (2003) (20).	13
Abbildung 6: Die integrative Rolle der Rechtsmedizin.....	15
Abbildung 7: Bestandteile des Untersuchungskits der Rechtsmedizin Mainz aus der Übersichtsaufnahme	18
Abbildung 8: Innenseite des Untersuchungskits der Rechtsmedizin Mainz.....	19
Abbildung 9: Ablauf einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung.	22
Abbildung 10: Topografische Abbildung der teilnehmenden Ärzt*innen mit absoluten Häufigkeiten.	35
Abbildung 11: Die Veranlassung einer gerichtsfesten Verletzungsdokumentation, Mehrfachnennungen möglich (mit Prozentangabe und absoluter Häufigkeit).	36
Abbildung 12: Erfahrungen der Untersuchenden im Vergleich von Praxis zu Klinik Arbeitsstätte bei unerfahrenen und erfahrenen Untersuchenden in Prozent.....	37
Abbildung 13: Geografische Verteilung bei unerfahrenen und erfahrenen Untersuchenden in Prozent.....	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chronologischer Ablauf der Datenerhebung.	29
Tabelle 2: Repräsentation der Fachbereiche der teilnehmenden Ärzt*innen (n = 94).	34
Tabelle 3: Ergriffene Maßnahmen in der Versorgung Gewaltbetroffener neben der medizinischen Versorgung (Mehrfachnennungen möglich).....	39
Tabelle 4: Das Vorhandsein von Materialien für eine Befunddokumentation (Mehrfachnennungen möglich).	41
Tabelle 5: Anzahl der Fortbildungen bei untersuchenden Ärzt*innen und quantitative Differenzierung der Begründungen bei fehlender Fortbildung (Mehrfachnennungen möglich).	43
Tabelle 6: Mit Unsicherheit bewertete Bereiche in der Versorgung Gewaltbetroffener.....	45
Tabelle 7: Erfahrung der Untersuchenden und Bedeutung der ärztlichen Befunddokumentation.....	46
Tabelle 8: Korrekte Angaben der Kriterien bei der Verletzungsdokumentation (n = 190).	49

1 Einleitung / Ziel der Dissertation

Gewalt durchdringt das Leben vieler Menschen auf der ganzen Welt, in Deutschland und in Rheinland-Pfalz. Viele Menschen schützen sich vor Gefahren, indem sie Türen und Fenster schließen und gefährliche Orte meiden. Für andere ist die Flucht vor Gewalt auf diese Weise nicht möglich. Die Bedrohung durch Gewalt befindet sich hinter diesen Türen – gut versteckt vor Sicht der Öffentlichkeit. Mit diesen Bildern führt Gro Harlem Brundtland im Jahr 2002 als Generalsekretärin der Weltgesundheitsorganisation in einen Weltbericht über Gewalt und Gesundheit ein. Ein Bericht, der zeigt, dass dort, wo Gewalt anhält, die Gesundheit ernsthaft gefährdet ist (1).

Die Hintergründe, vor denen Gewalt entsteht, sind dementsprechend vielfältig. Sie reichen von einer körperlichen Auseinandersetzung zwischen Fremden bis zu häuslicher Gewalt innerhalb einer Familie. Jede von Gewalt betroffene Person soll die Möglichkeit haben, in medizinischen Einrichtungen versorgt zu werden. Eine Versorgung beinhaltet neben der medizinischen Behandlung eine gerichtsverwertbare Befundsicherung (Verletzungsdokumentation und Spurensicherung) der durch Gewalt entstandenen Verletzungen und eine Weitervermittlung an unterstützende Institutionen.

Ärzt*innen sind bei Gewalterfahrungen oft die ersten Ansprechpartner*innen. Sowohl bei Gewalt, die von der betroffenen Person direkt als solche benannt wird, als auch bei körperlichen Verletzungen und psychischen Auffälligkeiten, die durch medizinisches Fachpersonal als Gewaltfolgen erkannt werden können. Eine gerichtsverwertbare Befundsicherung ist unerlässlich für die Erstellung rechtsmedizinischer Gutachten im Rahmen eines strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Verfahrens. Ob ein rechtlicher Rahmen relevant wird, ist bei der medizinischen Erstversorgung oft nicht absehbar. Insbesondere in Fällen häuslicher oder sexualisierter Gewalt erstatten die Betroffenen nach dem Vorfall aus unterschiedlichen Gründen nicht unmittelbar eine Strafanzeige. Eine gerichtsverwertbare Befundsicherung ist in diesen Fällen jedoch von hoher Bedeutung für ggf. spätere rechtliche Verfahren. Eine sogenannte Vertrauliche Spurensicherung sollte den Betroffenen immer angeboten und die Dokumentationen und Spuren sollten sicher aufbewahrt werden, um zu einem späteren Zeitpunkt auf diese potenziellen Beweismittel zurückzugreifen. Um eine Gerichtsverwertbarkeit zu gewährleisten, muss die Befundsicherung dem forensischen Standard entsprechen. Die Rechtsmedizin verfügt in dieser Thematik über die erforderliche fachliche Expertise.

In Deutschland herrscht kein einheitlicher Standard in der medizinischen Versorgung von Gewaltbetroffenen vor. Es bestehen keine Verpflichtungen zur Teilnahme an Schulungen und Fortbildungen, die benötigten Materialien für eine gerichtsverwertbare Befundsicherung sind häufig nicht vorhanden und eine institutionsübergreifende Vernetzung zwischen den erforderlichen Stellen im Hilfesystem existiert oft nicht. Zudem ist eine ausreichende Kenntnis

über den Umgang mit Gewaltbetroffenen neben der rein medizinischen Behandlung oft nicht vorhanden und die Indikation und Vorgehensweise im Falle einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung unklar. Daher werden einer von Gewalt betroffenen Person von ärztlicher Seite häufig keine weiteren Schritte angeboten, die die Gewalterfahrung fokussieren und eine gerichtsverwertbare Befundsicherung beinhalten.

Die vorliegende Studie untersucht die Versorgung Gewaltbetroffener in Kliniken und Arztpraxen in Rheinland-Pfalz sowie das Wissen Medizinstudierender über eine gerichtsverwertbare Befundsicherung. Die Daten der Ärzt*innen wurden in einer onlinebasierten Umfrage erhoben. Die Ärzt*innen waren in verschiedenen klinischen Fachbereichen tätig und wurden nach ihrer bisherigen Erfahrung und Einschätzung hinsichtlich der Versorgung Gewaltbetroffener gefragt. Die Medizinstudierenden wurden anhand einer Hausaufgabe, die die Vorgehensweise einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung abfragte, beurteilt.

Beide Studiengruppen wurden deskriptiv statistisch ausgewertet, die Daten der Ärzt*innen zudem qualitativ. Aufbauend auf der deskriptiv statistischen Auswertung wurden die Ärzt*innen, die mindestens eine gerichtsverwertbare Befundsicherung in der Vergangenheit durchführten, den Ärzt*innen ohne Erfahrung in diesem Bereich gegenübergestellt. Hier fand eine statistische Auswertung in Form von Hypothesentests statt.

Zunächst wurden institutionelle und demografische Unterschiede hinsichtlich der Versorgung Gewaltbetroffener beleuchtet. Anschließend wurden die Befunduntersuchungen hinsichtlich ergriffener Maßnahmen und Materialien differenzierter betrachtet. Weitergehend wurden die Hintergründe der Ärzt*innen betreffend die Teilnahme an Fortbildungen, die Sicherheit und gewünschte Unterstützung bei der Erhebung einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung als auch deren Bedeutung untersucht.

Ziel der Studie ist die Exploration des Umgangs mit Gewaltbetroffenen von (zukünftigen) Ärzt*innen und das Entwickeln von Ansätzen für eine Verbesserung der Versorgung.¹

¹ Anmerkung: Im Rahmen der Promotion wurde eine Studie veröffentlicht: Walz C, Schwarz C-S, Elsner K, Jannermann M, Germerott T. Umfrage zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen unter Ärztinnen und Ärzten unter Berücksichtigung einer durch Medizinstudierende bearbeiteten Hausaufgabe. Rechtsmedizin. 2023;33:293–300.

2 Literaturdiskussion

2.1 Definition von Gewalt

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definiert Gewalt als die vorsätzliche Anwendung von körperlicher Gewalt oder Macht gegen sich selbst, eine Person, Gruppe oder Gemeinschaft, die entweder eine Verletzung, den Tod, einen psychischen Schaden oder eine Fehlentwicklung zur Folge hat oder das Risiko dafür stark erhöht (1).

Hamby (2017) definiert Gewalt als intentional, unerwünscht, schädlich und nicht überlebenswichtig. Während die Definition der WHO intentional und schädlich inkludiert, fehlen die Attribute unerwünscht und nicht überlebenswichtig. Beispielsweise könnten Kontaktsportarten in die Definition der WHO fallen, sind aber nicht als Gewalt zu klassifizieren, da sie erwünscht sind. Ebenso könnte Notwehr als Gewalt gesehen werden, ist nach Hamby aber nicht als diese zu klassifizieren, da sie überlebenswichtig ist (2).

Auch wenn Gewalt schwer zu definieren ist und verschiedene Konzepte vorherrschen, weiß die Allgemeinheit im Wesentlichen, was darunter zu verstehen ist (3).

Diese Arbeit richtet sich nach den beiden genannten Definitionen. Sie legt den Schwerpunkt aber auf Gewalt durch eine andere Person, die Spuren oder Verletzungen am Körper eines Menschen hinterlassen hat oder hinterlassen könnte.

2.2 Prävalenz von Gewalt

2.2.1 Gewalt in Europa

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte 2020 einen Bericht über Gewalt und Verletzungen in Europa. In diesem wird geschätzt, dass nahezu eine halbe Million (493.471) Menschen im Jahr 2016 in Europa durch Gewalt und Verletzungen starben. Dahinter standen als häufigste Ursachen selbstgesteuerte Verletzungen, Stürze und Verletzungen im Straßenverkehr. Interpersonelle Gewalt nahm hier insgesamt einen Anteil von 6% ein und variierte je nach Altersstufe. Bei Menschen im Alter von 15 bis 29 Jahren war sie die vierthäufigste Todesursache, in der Altersspanne der 30- bis 49-Jährigen die vierzehnthäufigste (4). Während diese Zahlen die Spitze des Eisberges von Gewalt mit einem tödlichen Ausgang zeigen, gibt es weitaus mehr von Gewalt betroffene Menschen.

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA) befragte 2019 Europäer*innen über die zurückliegenden fünf Jahre. Fast jeder zehnte Mensch (9%) gab an, in dieser Zeit von Gewalt betroffen gewesen zu sein. Auch hier wurde gezeigt, dass 16- bis 29-Jährige mit dem höchsten Risiko von physischer Gewalt assoziiert sind: Nahezu jeder vierte Mensch dieser Altersgruppe war von körperlicher

Gewalt betroffen. Außerdem waren Menschen, die hinsichtlich ihrer Sexualität oder Ethnie eine Minderheit darstellen, und Menschen mit Behinderung besonders gefährdet. Die Studie der FRA weist zudem auf wesentliche Unterschiede zwischen den Gewalterfahrungen bei Männern und Frauen hin. Bei Männern findet die Gewalt eher an öffentlichen Orten und durch unbekannte Angreifende statt. Frauen erleben gewaltvolle Erfahrungen oft zu Hause durch ihnen bekannte Menschen. Diese Unterschiede haben wichtige Folgen für die Auswirkungen und den Verlauf im Umgang mit Gewalt. Es bedeutet, dass sich Frauen und Männer als Betroffene von Gewalt in unterschiedlichen Positionen hinsichtlich der Suche nach Hilfe, der Erstattung einer Strafanzeige oder Fallverhandlung vor Gericht befinden (5).

2.2.2 Gewalt in Deutschland und Rheinland-Pfalz

Die Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundes- und Kriminalamts erfasst bei den sogenannten Opferdelikten speziell definierte Delikte gegen höchstpersönliche Rechtsgüter (Leben, körperliche Unversehrtheit, sexuelle Selbstbestimmung, Freiheit, Ehre) (6). Die hier im Folgenden beschriebenen Opferdelikte zeigen die Straftaten insgesamt einschließlich vollendeter und versuchter Fälle. Während das Wort „Opfer“ aufgrund seiner stigmatisierenden Assoziation in der hauptsächlichen Arbeit vermieden wird, wird es hier so verwendet, wie die Polizeiliche Kriminalstatistik es gebraucht.

Da die Daten dieser Arbeit im Jahr 2020 abgefragt wurden, werden hier die Daten aus dem Jahr 2019 präsentiert, die eine Grundlage für die Arbeit bildeten. Im Jahr 2019 wurden deutschlandweit 610.909 Fälle von Körperverletzung (§§ 223-227, 229, 231 StGB) erfasst. Außerdem zeigten sich 30.728 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174, 174a, 174b, 174c, 177, 178, 184i, 184j StGB) und 4.100 Fälle von Kindesmisshandlung (7). Besonders schwere Fälle werden unter dem Begriff Gewaltkriminalität² aufgeführt. Unter diese Rubrik fielen 215.799 Fälle.

Die polizeiliche Kriminalstatistik bereitet diese Daten hinsichtlich der Beziehung zwischen Tatverdächtigen und Gewaltbetroffenen auf. Beziehungen werden in Hauptgruppen eingeteilt und wie folgend definiert: Die Gruppe „Ehe/ Partnerschaft/ Familie“ schließt alle Angehörigen einer Familie wie auch Cousins und Cousinen ein. Ebenfalls in die private Ebene gliedert sich die Gruppe „Informelle soziale Beziehung“, in der das Opfer in einem freundschaftlichen Verhältnis zur tatverdächtigen Person steht oder zumindest mit dieser näher bekannt ist.

² Dazu zählen: Mord, Totschlag und Tötung auf Verlangen, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im besonders schweren Fall einschl. mit Todesfolge, Raub, räuberische Erpressung und räuberischer Angriff auf Kraftfahrer, Körperverletzung mit Todesfolge, gefährliche und schwere Körperverletzung, Verstümmelung weiblicher Genitalien, erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme und Angriff auf den Luft- oder Seeverkehr (8. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik, Bundesrepublik Deutschland, Übersicht Summenschlüssel 2020. Wiesbaden: Bundeskriminalamt; 2020.)

Daneben steht die Gruppe der „Formellen sozialen Beziehung“, die sich auf Beziehungen innerhalb von Institutionen, Organisationen oder Gruppen bezieht.

Hier wurde ersichtlich, dass 156.374 Fälle der Körperverletzung (§§ 223-227, 229, 231 StGB) im Rahmen von Ehe, Partnerschaft und Familie entstanden, 137.312 Fälle in informellen sozialen Beziehungen. Abbildung 1 zeigt dazu die Differenzierung hinsichtlich des Geschlechts. Es lässt sich erkennen, dass die Erkenntnisse der FRA-Studie bestätigt wurden. Frauen erlitten eher im familiären Raum Körperverletzungen. Knapp die Hälfte der Frauen, die eine Körperverletzung zur Anzeige brachten, stand in einer familiären Beziehung zu dem Gewaltausübenden. Bei Männern war dies in 13% der Fall. In keiner sozialen Beziehung zur tatverdächtigen Person standen 24% der weiblichen und 48% der männlichen Gewaltbetroffenen.

Während von Körperverletzungen insgesamt Männer häufiger als Frauen betroffen waren, waren dies bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung öfter Frauen. Über die Hälfte aller Betroffenen stand in einer partnerschaftlichen, formellen oder informellen sozialen Beziehung zum Täter. Kindesmisshandlung entstand mit 87% größtenteils im Kontext der Familie. Abbildung 2 bildet diese Verhältnisse ab.

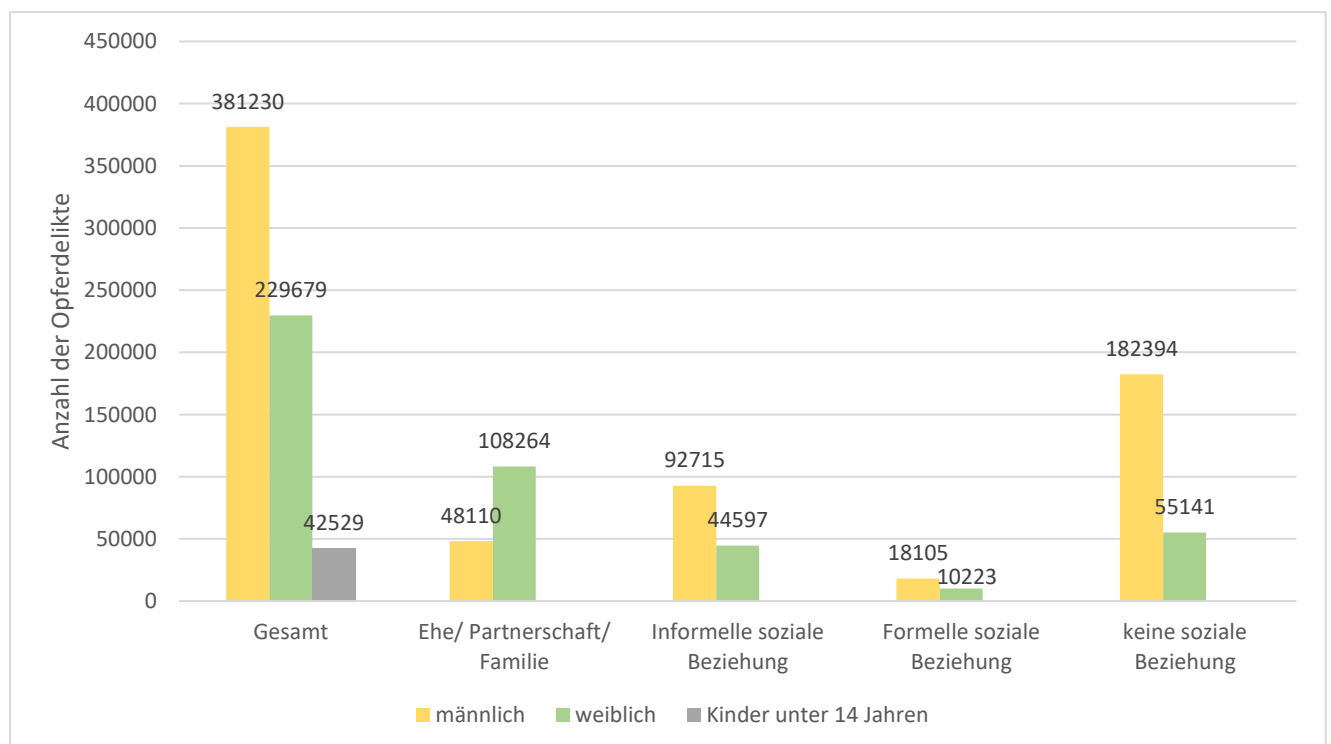


Abbildung 1: Opfer von Körperverletzung in Deutschland im Jahr 2019. (Kinder unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst).

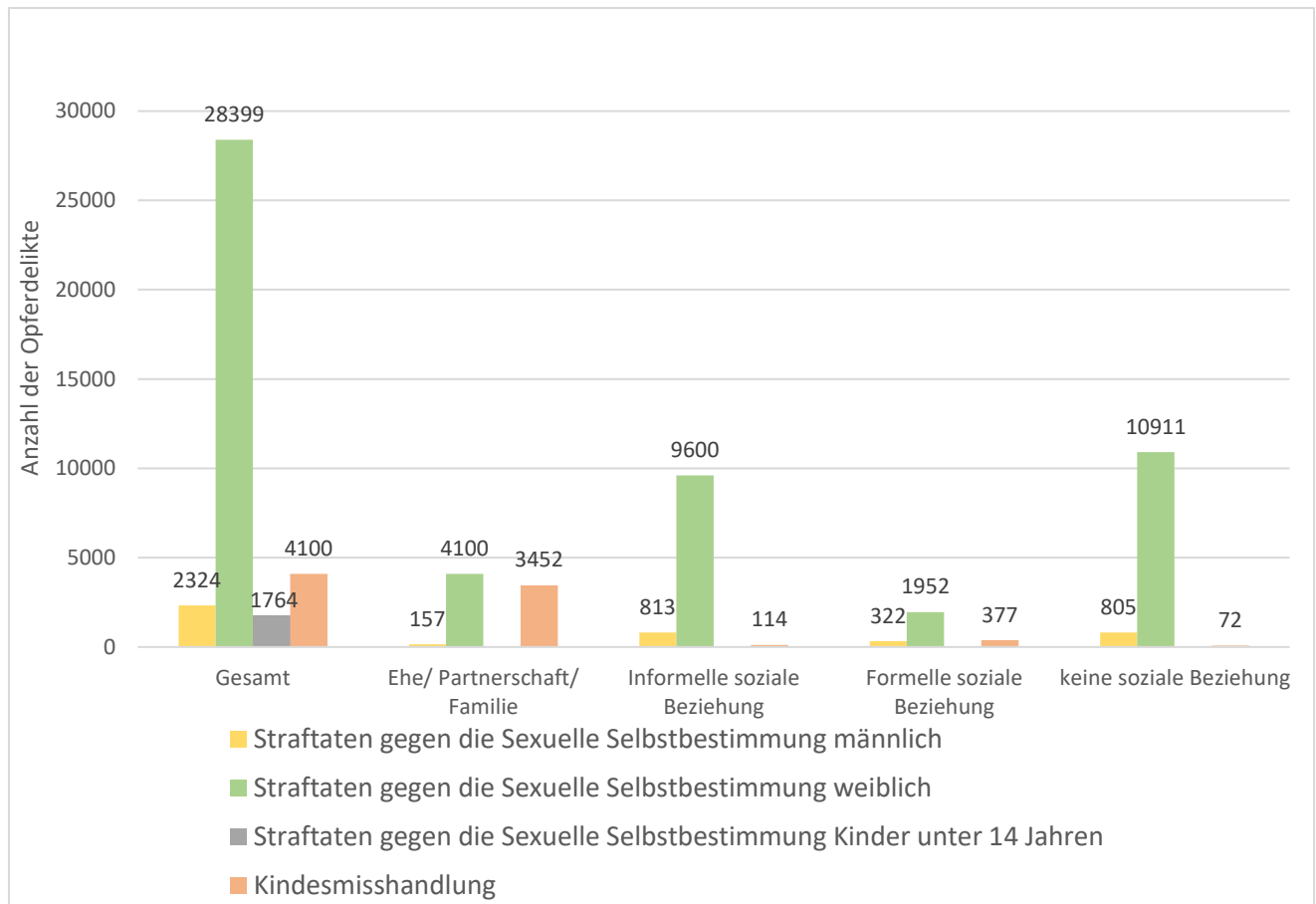


Abbildung 2: Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Kindesmisshandlung in Deutschland im Jahr 2019. (Die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bei Kindern unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)

Im Rahmen der häuslichen Gewalt ist die Dunkelziffer hoch. Viele der Betroffenen erstatten keine Anzeige und werden in den oben beschriebenen Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik nicht erfasst.

Insbesondere bei Kindern ist diese in besonderer Weise hoch einzuordnen, da Kinder oft hilflos sind und nicht auf sich aufmerksam machen (können). Eine Studie aus dem Jahr 2017 befragte in Deutschland lebende Menschen zwischen 14 und 94 Jahren, ob sie in ihrer Kindheit Gewalt erlebt hatten. Die abgefragte Gewalt wurde hier in emotionalen, körperlichen und sexuellen Missbrauch beziehungsweise emotionale und körperliche Vernachlässigung unterteilt. 31% gaben an, mindestens eine Form von Gewalt erlebt zu haben (9).

Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigte 2003, dass 37% der Frauen in Deutschland körperliche Gewalt erfahren hatten. 13% der Befragten berichteten von sexualisierter Gewalt. Auch hier bestätigte sich, dass Frauen Gewalt eher durch ihnen bekannte Menschen erleben: „Gewalt gegen Frauen wird überwiegend durch Partner und im häuslichen Bereich verübt.“(10)

Aktuellere Zahlen der häuslichen Gewalt des Bundeskriminalamtes zeigten im Jahr 2023 im Vergleich zum Jahr 2022 einen Anstieg um 6,5 Prozent. Bei insgesamt 256.276 Betroffenen in Deutschland im Jahr 2023 waren 70 Prozent weiblich (11).

Das Bundeskriminalamt zeigte in der Differenzierung hinsichtlich der Bundesländer für das Jahr 2019, dass 33.203 Fälle der Körperverletzung (§§ 223-227, 229, 231 StGB) in Rheinland-Pfalz stattfanden. Es zeigten sich hier 1.527 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174, 174a, 174b, 174c, 177, 178, 184i, 184j StGB) und 194 Fälle von Kindesmisshandlung. Außerdem fanden 10.441 Fälle der Gewaltdelinquenz hier statt (12). Die hier aufgeführten Abbildungen 3 und 4 beschreiben die Anzahl an Opferdelikten in Rheinland-Pfalz. Es zeigte sich erneut, dass bei Vorhandensein einer sozialen Beziehung Frauen am häufigsten Körperverletzungen in einer Partnerschaft oder Familie erlitten, während Männer den größten Anteil an Körperverletzungen bei keiner sozialen Beziehung zum Gewaltausübenden erlitten (Abb. 3).

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung traten sowohl beim weiblichen als auch männlichen Geschlecht verhältnismäßig am häufigsten in einer informellen sozialen Beziehung auf (Abb. 4).

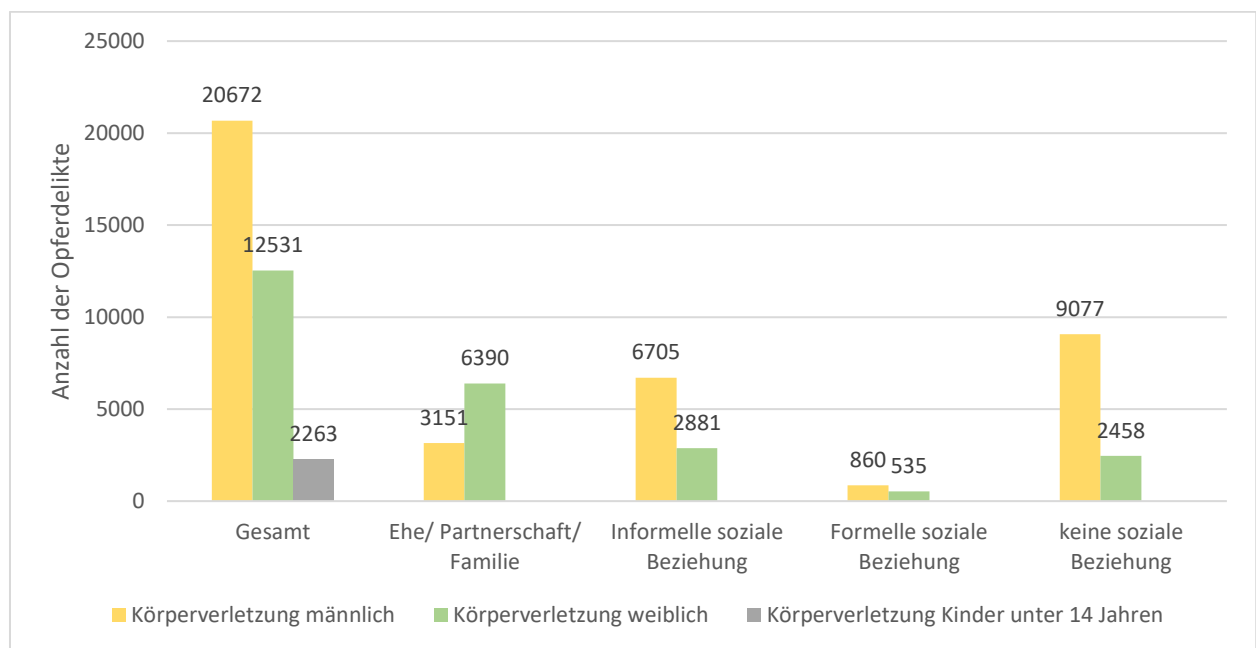


Abbildung 3: Körperverletzung in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019. (Kinder unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)

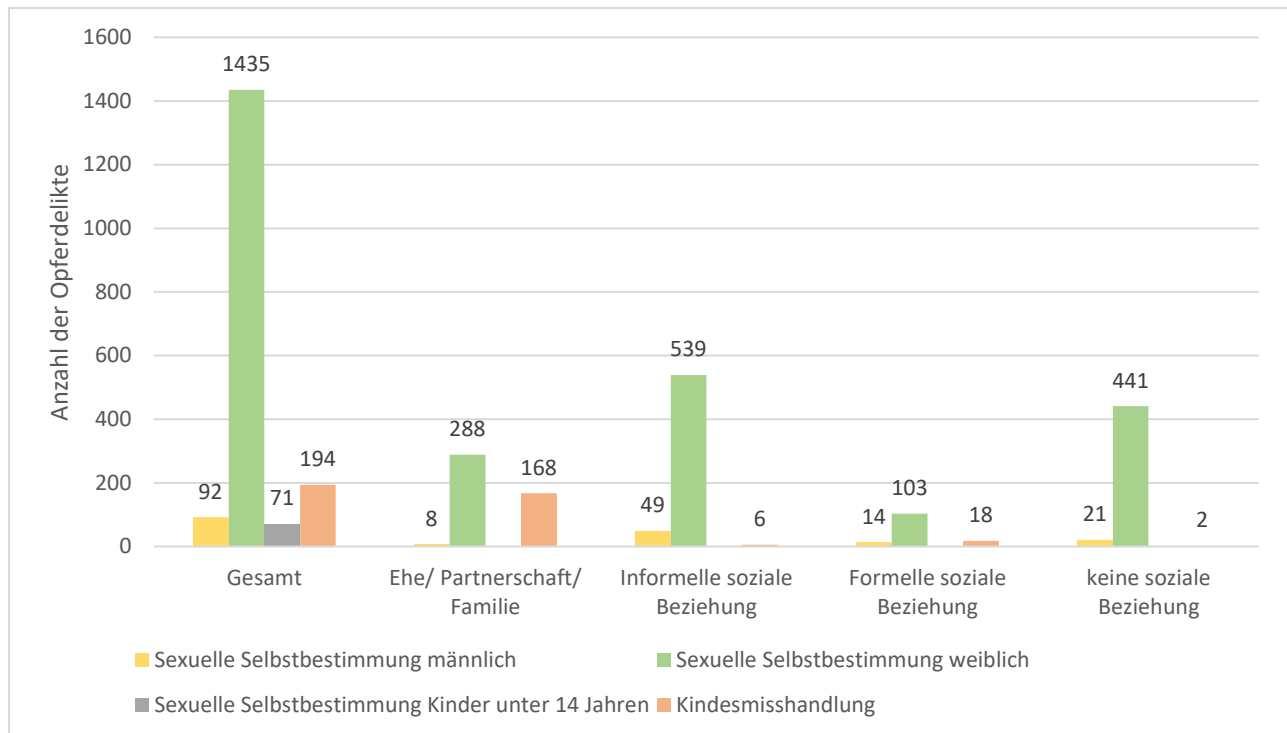


Abbildung 4: Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung und Kindesmisshandlung in Rheinland-Pfalz im Jahr 2019. (Die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bei Kindern unter 14 Jahren werden nur bei Gesamt erfasst.)

Die Prävalenzen verdeutlichen, dass Gewalt international, deutschlandweit und in Rheinland-Pfalz präsent ist und Maßnahmen zur Bekämpfung dieser von hoher Bedeutung sind.

2.3 Internationale und nationale Bestrebungen innerhalb des Gesundheitssektors zur Bekämpfung von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt

Um der besonderen Vulnerabilität von Frauen entgegenzuwirken, wurde im Jahr 2011 ein Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt („Istanbul-Konvention“) ausgearbeitet. Dieses völkerrechtlich bindende Instrument wurde von Deutschland im Jahr 2017 ratifiziert und trat im Jahr 2018 in Kraft. Da der besondere Schwerpunkt auf häuslicher Gewalt liegt, werden in dem Übereinkommen Betroffene jeden Geschlechts inkludiert. Die Maßnahmen beinhalten eine Prävention durch Sensibilisierung, fundierte Unterstützung, strafrechtliche Normen und Verfahren, Schutz und strukturelle Koordination aller Faktoren. Artikel 20 verweist auf einen obligatorischen Zugang von Gewaltbetroffenen zur Gesundheitsversorgung. Das betreuende Personal soll darin ausgebildet sein, mit den Betroffenen adäquat umzugehen und weiterführende Hilfeangebote anzubieten. Artikel 25 verpflichtet außerdem dazu, geeignete, leicht zugängliche Anlaufstellen für Opfer von Vergewaltigung oder sexualisierter Gewalt in ausreichender Zahl einzurichten,

um eine (rechts-)medizinische Untersuchung, Traumaunterstützung und Beratung für die Betroffenen zu ermöglichen (13, 14). Das Expertenteam GREVIO (group of experts on action against violence) überprüft als unabhängiges Menschenrechtsüberwachungsgremium die Umsetzung der Konvention. Deutschland führte in diesem Rahmen beispielsweise das nationale Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ ein und Änderungen von Strafrechtsbestimmungen zu Vergewaltigung und sexueller Nötigung durch. Im Jahr 2022 stellte GREVIO in einem Bericht in Deutschland einige Mängel hinsichtlich der Umsetzung der Istanbul-Konvention fest. Diese beinhalteten die fehlende Umsetzung der Koordination auf staatlicher Ebene und eine fehlende Finanzierung. Es fehlte ein zentraler strategischer Rahmen, der die Zusammenarbeit verschiedener Bundesländer, Behörden, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Projekte förderte. Dieser ist erforderlich, um bestehende Probleme zu beheben und Lücken in der Versorgung zu schließen. Es wurde zudem stark auf das uneinheitliche Ausbildungsniveau von Personen, die in unterschiedlichen Institutionen mit Gewaltbetroffenen in Kontakt kommen und einen adäquaten Umgang finden müssen, hingewiesen. Unter anderem wurden hier Mitarbeitende im Gesundheitssektor genannt, die eine systematische Schulung benötigen. „Dringend von den Behörden angesprochen werden“ müssen außerdem die Strukturen in der Strafverfolgung. Dies impliziert strengere Richtlinien für die Erhebung forensischer Beweise. Auch wurde darauf hingewiesen, dass bei dem Hintergrund eines Asylverfahrens Frauen identifiziert werden sollen, die in diesem Rahmen geschlechtsspezifische Gewalt erfahren haben (15).

Die WHO veröffentlichte im Jahr 2013 Leitlinien zum „Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“. Hier wurde eine akkurate Dokumentation der Gewalt betont, die nur durch sensibilisiertes und geschultes Personal möglich ist. Gerade weil häusliche Gewalt meist nicht offensichtlich erkennbar ist und die Dokumentation in vertraulicher Weise zu tätigen ist, wurde auch hier die Schulung von medizinischem Personal als unerlässlich eingestuft (16).

Im Rahmen des Masernschutzgesetzes, das im Jahr 2020 in Kraft trat, wurde festgelegt, dass eine vertrauliche Spurensicherung zukünftig von den Krankenkassen finanziert werden soll. Explizit werden hier die vertrauliche Spurensicherung am Körper, die Dokumentation und eine ordnungsgemäße Aufbewahrung der Befunde genannt (§ 27 Absatz 1 SGB V) (17). Sollte es zu einem späteren Strafverfahren kommen, stehen diese dann zur Verfügung. Allerdings müssen die Bundesländer individuelle Verträge mit den Krankenkassen schließen (§ 132k SGB V). In Rheinland-Pfalz ist der Vertrag rückwirkend zum 01.01.2025 in Kraft getreten (18).

2.4 Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit

Das Gesundheitswesen befasst sich mit der Gesundheit und dem Wohlergehen der gesamten Bevölkerung. Gewalt stellt eine große Belastung für dieses Wohlbefinden dar. Es zählt weltweit zu den führenden Gesundheitsrisiken. Das Ziel des Gesundheitswesens ist es, sichere und gesunde Gemeinschaften zu schaffen, in denen Gewalt ähnlich wie Kinderkrankheiten bekämpft wird. Denn wie auch eine Kinderkrankheit zieht Gewalt gesundheitliche Folgen nach sich (1).

Die Gesundheitsauswirkungen lassen sich in kurzfristige und langfristige Folgen unterteilen. Kurzfristig führt Gewalt zu Verletzungen wie Schädel-Hirn-Traumata, Blutungen, Knochenbrüchen oder offenen Wunden. Die Notaufnahme am Universitätsklinikum Düsseldorf zeigte im Jahr 2019, dass die Unfallchirurgie die mit den meisten durch Gewalt entstandenen Verletzungen konfrontierte Abteilung war. Die Verletzungen fanden sich am häufigsten im Bereich des Kopfes und des Halses. Es folgten Verletzungen an den Extremitäten und am Rumpf. Infolgedessen verwies die unfallchirurgische Abteilung am häufigsten an die interne rechtsmedizinische Ambulanz. Weitere Zuweisende an diese waren die Gynäkologie, Pädiatrie und externe Arztpraxen (19).

In der Studie des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend wurde im Kontext von Gewalt an Frauen gezeigt, dass ein Drittel der Betroffenen sofort nach der Gewalterfahrung medizinische Hilfe in Anspruch nahm. Die Verletzungsfolgen als auch die Wahrscheinlichkeit mehrerer Gewalterfahrungen nahmen zu, wenn die Frau durch den (ehemaligen) Partner Gewalt erfuhr (10). Dies weist auf einen präventiven Anspruch hin und auf die Relevanz einer differenzierten Anamnese bei der Behandlung einer durch Gewalt entstandenen Verletzung, um Maßnahmen gegen eine potenzielle erneute Gewalterfahrung zu unterstützen.

Langfristig führt Gewalt zu vielfältigen gesundheitlichen Problemen. Typischerweise sind dies sechs Störungsbereiche: Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression und Suizidalität, Suchtverhalten und Suchtgefährdung, chronische Schmerzen (20). Im Kontext chronischer Schmerzen wurde beispielsweise gezeigt, dass misshandelte Frauen häufiger von gastrointestinalen Problemen berichten. Außerdem werden in diesem Kontext vermehrt chronische Darmerkrankungen diagnostiziert (21). Frauen berichten bei häuslicher Gewalt von mehr gynäkologischen Problemen wie Schmerzen im Genital- und Brustbereich und urologischen Symptomen wie problematischem Harnlassen. Außerdem leiden sie häufiger an muskuloskelettalen Symptomen wie Muskel- und Kopfschmerzen, Hautveränderungen und Erkrankungen der Atemwege (22, 23). Die Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2 sind erhöht. Dies lässt schlussendlich das Mortalitätsrisiko ansteigen (24).

Kinder können nach Verletzungen Behinderungen zurückbehalten und zeigen neben den psychischen Erkrankungen, die oben aufgeführt wurden, eher Hyperaktivität, ein niedriges Selbstwertgefühl und schlechte Schulleistungen (1). Darüber hinaus haben Menschen, die in ihrer Kindheit Gewalt erfahren haben, ein stark erhöhtes Risiko für gesundheitliche Schäden: Suizidversuche sind im Gegensatz zu Menschen, die keine Gewalt erfahren hatten, bis zu zwölf Mal erhöht. Außerdem treten Fettleibigkeit und Substanzmissbrauch als auch Nikotinabusus vermehrt auf. Im Verlauf besteht ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Hepatitis und Lungenerkrankungen (25).

Eine eindeutige zeitliche Abgrenzung zwischen der akuten Gewalterfahrung und den langfristigen Folgen findet jedoch nicht statt. Da wie oben erwähnt, besonders im Rahmen der häuslichen Gewalt erneute Gewalterfahrungen vorkommen oder zumindest nicht ausgeschlossen werden können, können kurzfristige Folgen gleichzeitig mit langfristigen Folgen auftreten. Auch sind langfristige Folgen von Gewalt davon abhängig, wie mit der Gewalterfahrung zeitnah umgegangen wurde. Bei Knochenbrüchen ist es offensichtlich, dass ohne die richtige medizinische Behandlung körperliche Behinderungen zurückbleiben können. Ebenso spielt der richtige Umgang bei einer akuten Belastungsstörung eine entscheidende Rolle, wie eine Gewalterfahrung verarbeitet wird und ob eine psychische Erkrankung auftritt (20).

Neben Folgeerkrankungen spielt der richtige Umgang (siehe Kapitel 2.5.1, Abb. 5) mit einer von Gewalt betroffenen Person auch für die Möglichkeit, weitere Gewalterlebnisse zu vermeiden, eine große Rolle: Auf der einen Seite können die eigene Selbstwirksamkeit gestärkt und Hilfsangebote vermittelt werden, um soziale Bedingungen zu verbessern. Auf der anderen Seite kann durch eine gerichtsverwertbare Dokumentation objektive Unterstützung geschaffen werden, auf die in einem Strafverfahren zurückgegriffen werden kann.

Die individuellen gesundheitlichen Folgen von Gewalt spiegeln sich in gesellschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kosten wider. Durch die gesundheitlichen Einschränkungen wird das Gesundheitssystem belastet. Aber auch indirekt entstehen gesellschaftliche Belastungen wie eine geringere Erwerbstätigkeit und erhöhte Arbeitslosigkeit. Letzteres ist wiederum mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems assoziiert.

Auch stehen Kinder, die mit Gewalt aufwuchsen, im späteren Leben eher in Verbindung damit: Auf der einen Seite sind sie eher Betroffene von Gewalt, auf der anderen Seite üben sie selbst mehr Gewalt aus. So werden durch Generationen hinweg Gewalt und deren individuelle und gesellschaftliche Folgen weitergegeben, die sich auch in der Belastung der Gesundheit und des Gesundheitssystems widerspiegeln (vgl. (26)).

2.5 Ärzt*innen als erste Ansprechpartner von Gewaltbetroffenen

2.5.1 Rolle klinisch tätiger Ärzt*innen im Umgang mit Gewaltbetroffenen

Eine Schlüsselrolle im adäquaten Umgang mit Gewaltbetroffenen kommt dem Gesundheitswesen in mehrfacher Hinsicht zu. Viele Betroffene suchen keine polizeiliche oder institutionelle Hilfe, lassen aber ihre somatischen oder psychischen Beschwerden behandeln. In einem ärztlichen Vertrauensverhältnis wird eine niederschwellige Anlaufstelle für Gewaltbetroffene geschaffen (27). Eine Studie zu häuslicher und sexualisierter Gewalt im Raum Berlin im Jahr 2002 zeigte, dass 67% der befragten Patientinnen in einer Notaufnahme Ärzt*innen als Ansprechpersonen nach einer Gewalterfahrung betrachten (28). Infolgedessen hat keine andere Institution die Möglichkeit, in diesem Maß Einfluss sowohl auf vergangene als auch präventiv auf mögliche zukünftige Gewalterfahrungen zu nehmen. Das essenzielle Aufgabengebiet der Medizin ist die Erkennung von Krankheitsursachen und die Bemühung zur Heilung. Dies schließt die Ursache der Gewalt und den für die betroffene Person förderlichen Umgang ein. Gleichzeitig werden langwierige Behandlungen vermieden, die das Gesundheitssystem in Folge einer andauernden Gewalteinwirkung belasten würden (20).

Wenn Gewalt Spuren am menschlichen Körper hinterlässt, sind Ärzt*innen in der Klinik und in der Praxis oft die ersten Ansprechpartner*innen. Den ersten Schritt im Umgang mit Gewaltbetroffenen stellt das Erkennen von Gewaltfolgen dar, auch wenn dies nicht von der betroffenen Person thematisiert wird (29). Besonders im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt sprechen Betroffene das Erlebte häufig nicht selbst an. Gleichzeitig zeigen Studien, dass betroffene Frauen sensibel, aber direkt auf eine Gewalterfahrung angesprochen werden wollen (30, 31). Dabei ist es essenziell, einen wertschätzenden und wertfreien Umgang zu finden, der auch die Entscheidung der Patientin über das weitere Verhalten in der Gewalterfahrung respektiert (29). Während im regulären medizinischen Kontakt ärztliche Rat- und Vorschläge oft die Richtung angeben, liegt die Entscheidung über den zukünftigen Umgang mit Gewalt gerade im Kontext der häuslichen Gewalt vollständig bei der betroffenen Person. Die ärztliche Intention liegt darin, das Selbstwertgefühl zu stabilisieren und zu verdeutlichen, dass Gewalt immer illegitim ist. Im weiteren Verlauf soll ein Ausblick auf Möglichkeiten gegeben werden, in der Zukunft nicht mehr von Gewalt betroffen zu sein. Hier sind u. a. Hilfeeinrichtungen einzubeziehen und die Zugänglichkeit von Informationen zu schaffen (32). Abbildung 5 zeigt eine Übersicht, welche Faktoren im Gespräch mit einer von Gewalt betroffenen Person beachtet werden sollen und behandelnden Ärzt*innen helfen, unterstützende Rahmenbedingungen zu schaffen.

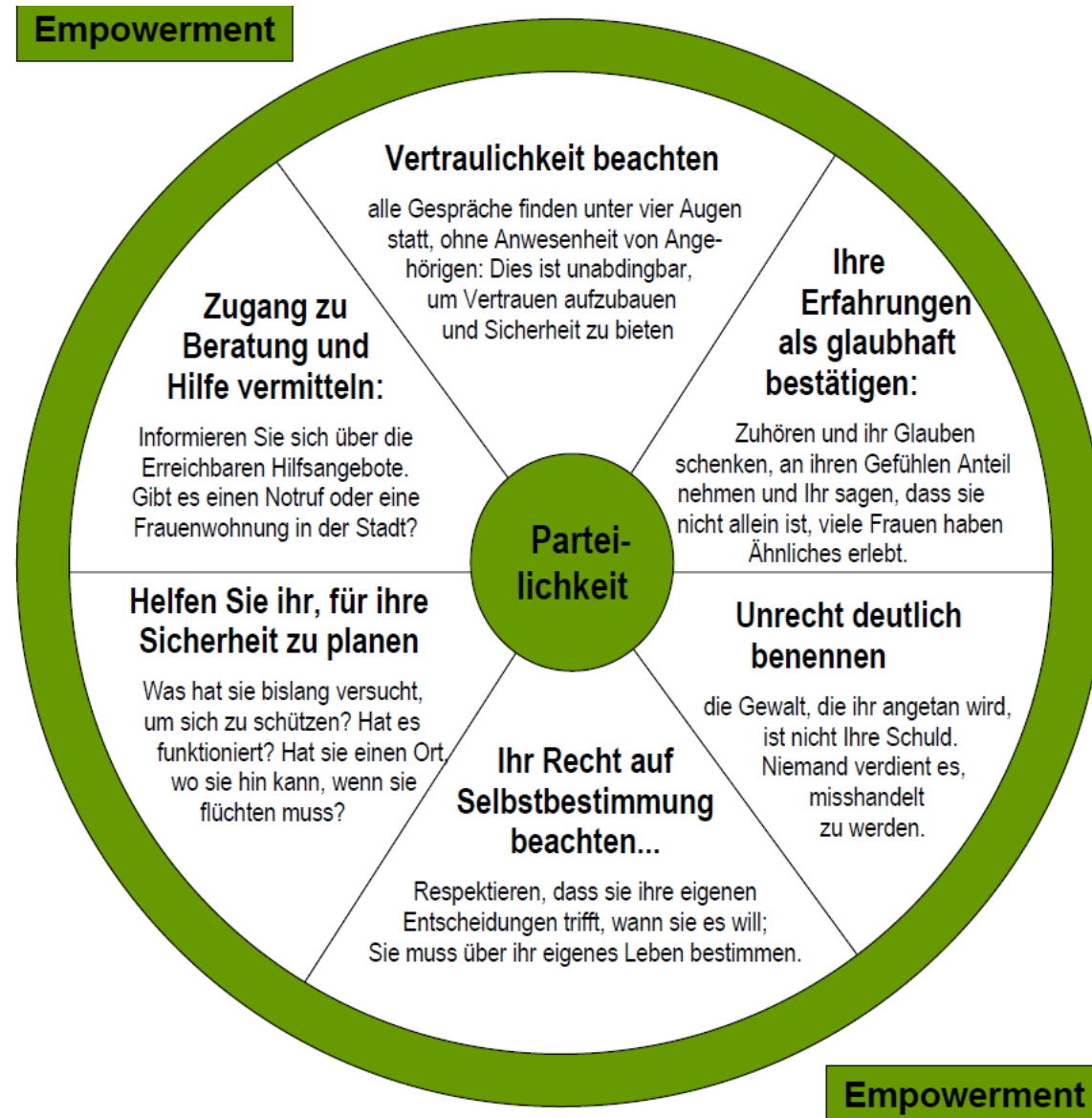


Abbildung 5: Rahmenbedingungen für einen guten Umgang mit Betroffenen von Gewalt. Nach Hagemann-White und Böhne (2003) (20).

Unabhängig vom weiteren Umgang mit dem Gewaltgeschehen verpflichtet die ärztliche Behandlung zur anschließenden Dokumentation. Neben der Dokumentation der medizinischen Diagnostik und Behandlung, die für die Patientenakte angefertigt wird, ist im Umgang mit Gewaltbetroffenen eine gerichtsverwertbare Befundsicherung von hoher Bedeutung für ein eventuelles späteres Strafverfahren. Diese „forensische Dokumentation“ ist unabhängig von der Intention, Strafanzeige zu erstatten, zu erfassen. Ob rechtliche Schritte von der untersuchten Person eingeleitet werden, lässt sich zeitnah nicht abschätzen. Somit ist die Dokumentation auch für eine Strafanzeige zu einem späteren Zeitpunkt, als Referenz im Wiederholungsfall oder bei anderen rechtsförmigen Vorgängen wie Kündigung und Sorgerecht essenziell (20).

Das ärztliche Rollenverständnis im Umgang mit dem Thema Gewalt sollte in allen Fachrichtungen etabliert sein, da Folgen von Gewalt in den unterschiedlichsten Fachbereichen präsent werden können. Daher sollte in jeder Facharztausbildung die Versorgung von Betroffenen von Gewalt Gegenstand sein (20).

2.5.2 Die Rolle der Rechtsmedizin

Die Rechtsmedizin verbindet sowohl medizinisch-naturwissenschaftliche Erkenntnisse mit der Interpretation für die Rechtspflege als auch die Befassung mit Rechtsfragen mit der ärztlichen Tätigkeit (33). Damit ist die Rechtsmedizin ein universitäres Fach, das interdisziplinär ausgerichtet ist. Während der Schwerpunkt klassischerweise mit der Forensischen Pathologie assoziiert wird, nehmen die Klinische Rechtsmedizin und die molekulargenetische Spurenkunde an Bedeutung zu. Jährlich werden in der Rechtsmedizin mehr lebende als verstorbene Menschen untersucht (34). Folgen von Gewalt am menschlichen Körper zu begutachten ist eine Kernkompetenz des Fachgebietes der Rechtsmedizin. Oft geschieht dies im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden im Rahmen von Körperverletzungs- oder Sexualdelikten, was häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung einschließt (34, 35). Dabei werden körperliche Untersuchungen von Geschädigten und Tatverdächtigen mit gerichtsverwertbarer Befundsicherung durchgeführt und anschließend rechtsmedizinische Gutachten zur Verletzungsrekonstruktion und anderen relevanten Fragestellungen wie zum Beispiel der Lebensgefährlichkeit erstellt. Ferner erfolgen Begutachtungen und Sichtung der Aktenlage, insbesondere auf der Grundlage von medizinischen Dokumentationen und Befundberichten aus Kliniken und Arztpraxen. Die Gerichtsverwertbarkeit wird durch die rechtsmedizinische Expertise in der juristischen Verfahrensweise und deren Anforderungen sichergestellt. Die Interpretation von Befunden beinhaltet vor allem die Rekonstruktion von vergangenen Geschehnissen (35).

Eine Spurensicherung mit Blut-, Sekret- und Gewebeproben wird zudem fallabhängig sichergestellt (34).

Da der Kontakt mit und die Untersuchung von Gewaltbetroffenen nicht immer an rechtsmedizinischen Instituten, die lediglich an Universitäten angegliedert sind, stattfinden kann, ist das Fachwissen der Rechtsmedizin in einer angepassten Form an Ärzt*innen in der Krankenversorgung weiterzugeben. So sind Fortbildungen sowie eine telefonische Erreichbarkeit und Hilfestellung mit der Möglichkeit konsiliarischer Dienste im akuten Fall relevant. Im Medizinstudium sind die Sensibilisierung für das Thema und die Vermittlung der Kompetenz zur Durchführung einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation und Spurensicherung zu integrieren. Verschiedene medizinische Fachbereiche treffen auf Gewaltbetroffene und der adäquate Umgang wird hier gefordert. Die Bundesärztekammer hat für alle Fachbereiche (Muster-)Weiterbildungsordnungen entworfen, die für die

Landesärztekammern einen empfehlenden Charakter haben. Der Umgang mit Gewaltbetroffenen wird in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Rechtsmedizin empfohlen (36). Es gibt jedoch keine flächendeckende Verankerung in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen.

Die Interaktion der verschiedenen Fachbereiche mit Gewaltbetroffenen ohne fest integrierte Ausbildung im Umgang mit diesen verdeutlicht den interdisziplinären Auftrag des Fachbereiches der Rechtsmedizin, der durch die universitäre Einbindung rechtsmedizinischer Institute unterstützt wird. Der interdisziplinäre Auftrag erweitert sich zudem über die medizinischen Bereiche hinaus: Institutionen, die Hilfe für Gewaltbetroffene anbieten, sind essenziell in die Versorgung einzubinden. Justiz und Polizei sind zudem oft Beteiligte, die auch mit Ärzt*innen in Klinik und Praxis zusammenarbeiten. Eine Integration der verschiedenen Beteiligten verbunden mit der eigenen Kompetenz stellt die zentrale Rolle der Rechtsmedizin in der Versorgung Gewaltbetroffener dar (Abbildung 6) (35).



Abbildung 6: Die integrative Rolle der Rechtsmedizin.

2.6 Gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung

2.6.1 Bedeutung

Die Dokumentation von Verletzungen und Sicherung von Spuren nach forensischem Standard sollen eine Verwertbarkeit sowohl im straf- als auch zivilrechtlichen Kontext ermöglichen und bestenfalls Rückschlüsse auf die Entstehung der Verletzungen oder Spuren ziehen lassen. Von Ärzt*innen in der Praxis und Klinik wird eine genaue Dokumentation von akuten, aber auch alten Verletzungen gefordert. Eine Diagnosestellung und Interpretation sollte auf Grundlage dieser Dokumentation vonseiten der Rechtsmedizin erfolgen, wenn rechtliche Schritte eingeleitet werden. Wenn hingegen keine sorgfältige Dokumentation stattgefunden hat, ist die weitere Beurteilung oft nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich (37). Somit ist eine gerichtsverwertbare Dokumentation immer bei Verdacht auf eine stattgehabte Gewalterfahrung anzubieten und durchzuführen, unabhängig von der in diesem Moment vorherrschenden Intention, eine Strafanzeige zu erstatten, da nicht absehbar ist, inwieweit in der Zukunft rechtliche Schritte eingeleitet werden. Beispielsweise wird im Kontext der sexualisierten Gewalt eine zurückhaltende Anzeigebereitschaft deutlich. Diese steigt nach einer ärztlichen Untersuchung mit entsprechender Beweissicherung. Ebenfalls steigt die Bereitschaft, Anzeige zu erstatten, wenn die Gewalterfahrung von der betroffenen Person als Straftat anerkannt und mit einem eher positiven Verlauf eines Strafverfahrens assoziiert wird (38). Eine Studie, die zwischen 2006 und 2008 die ärztliche Untersuchung nach sexualisierter Gewalt in der Schweiz untersuchte, zeigt, dass 20% der Vorfälle nach der Untersuchung zur Anzeige gebracht werden (39). In Deutschland wurde im Jahr 2014 im Rahmen des niedersächsischen Modellprojekts „Netzwerk Pro Beweis“ am Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover ebenfalls festgestellt, dass 20% der Gewaltbetroffenen, die niederschwellig die gerichtsverwertbare Befunduntersuchung durchführen ließen, anschließend eine Strafanzeige erstatteten (40). Wie häufig nach einem Sexualdelikt insgesamt Anzeige erstattet wird, ist nicht eindeutig zu sagen, aber laut des Sicherheitsberichts des Landes Bremen aus dem Jahr 2024 sind es lediglich 2,5% (41).

Gleichzeitig zeigt eine dänische Studie, dass 11% der Fälle sexualisierter Gewalt falsche Anschuldigungen zugrunde liegen. Dies betont die Notwendigkeit der Genauigkeit der Dokumentation und Interpretation der Verletzungen für die Relevanz im Strafverfahren auch aus der Perspektive der beschuldigten Person (42).

Die Verantwortlichkeit, mit der Dokumentation eine rechtliche Grundlage zu schaffen und eine sekundäre Viktimisierung der betroffenen Personen in einem Strafverfahren zu vermeiden, muss dem untersuchenden ärztlichen Personal bewusst sein (43).

2.6.2 Ablauf und Vorgehensweise

Eine rechtsmedizinische oder klinisch-forensische Untersuchung mit Möglichkeit der Kooperation zwischen Kliniken und der Rechtsmedizin sollte erfolgen, sobald ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde, komplexe Verletzungen vorliegen oder ein Kind betroffen ist (44, 45). Den Auftrag zur Untersuchung erteilen in diesen Fällen die Ermittlungsbehörden. Im Folgenden wird der Fokus auf die Untersuchung im niederschweligen Bereich gelegt.

Vor Beginn einer niederschweligen Untersuchung erfolgt eine schriftliche Einwilligung der Betroffenen, die erlaubt, die Befunde an einem dafür vorgesehenen Ort, in der Regel einem Institut für Rechtsmedizin, aufzubewahren, da bei Weitergabe an die Rechtsmedizin ohne Einwilligung die Schweigepflicht verletzt würde. Keine Schweigepflicht besteht im Falle einer polizeilich beauftragten Untersuchung. Hier werden die Asservate und Dokumentationen nach der Untersuchung an die Polizei übergeben.

Eine erhebliche Hilfestellung bieten spezielle Untersuchungskits, die alle nötigen Materialien und Dokumente für die Untersuchung und Spurensicherung bereitstellen. Abbildung 7 zeigt das von der Rechtsmedizin Mainz entwickelte Untersuchungskit mit allen sich darin befindenden Utensilien.

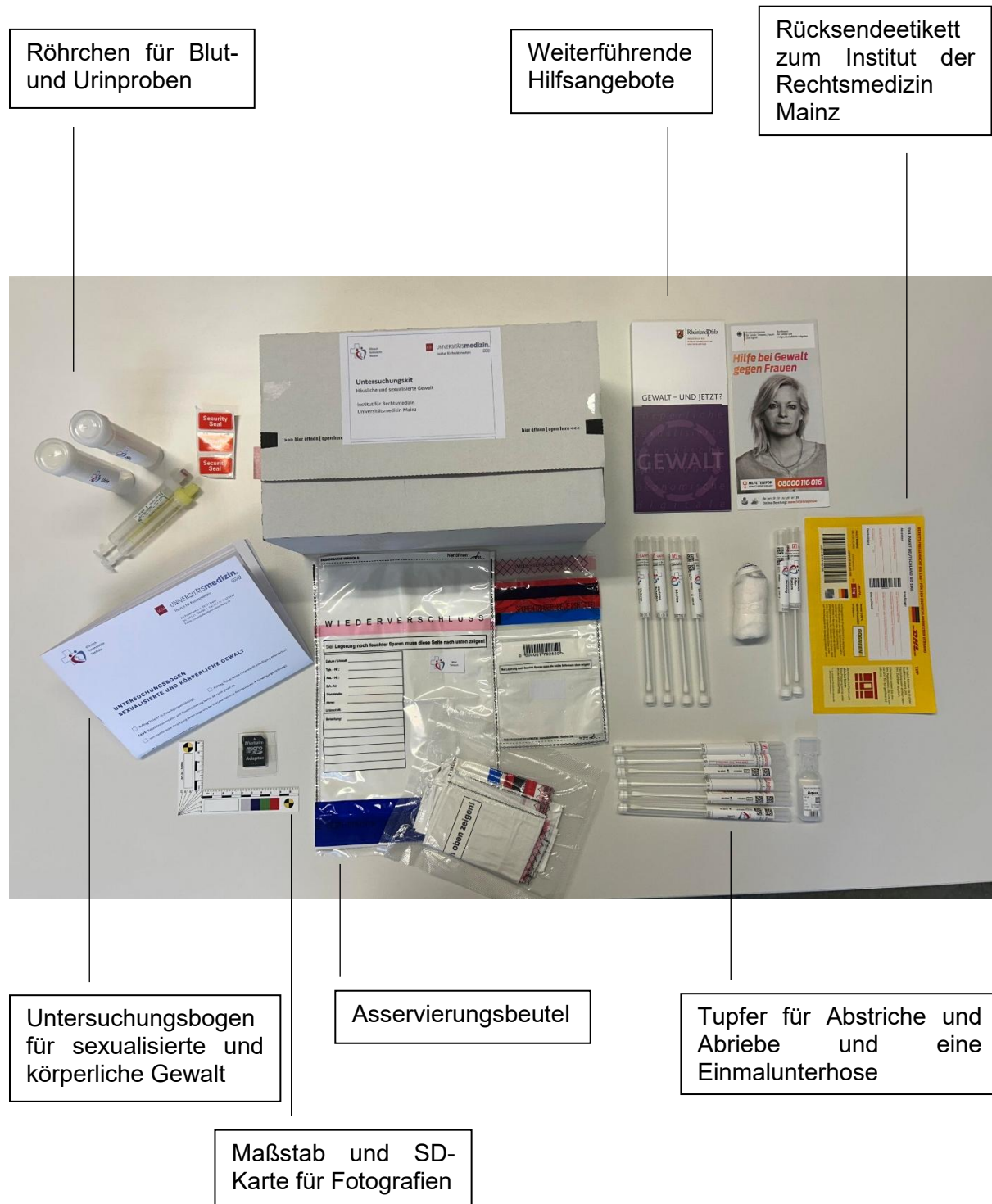


Abbildung 7: Bestandteile des Untersuchungskits der Rechtsmedizin Mainz aus der Übersichtsaufnahme.



Abbildung 8: Innenseite des Untersuchungskits der Rechtsmedizin Mainz.

Das Untersuchungskit der Rechtsmedizin Mainz beinhaltet eine Übersicht der Untersuchungsschritte an der Innenseite des Kitdeckels und gibt damit die Orientierung für die Nutzung (Abbildung 8). Innerhalb des Kits sind die verschiedenen Schritte in Umschläge sortiert und schaffen so eine Übersichtlichkeit. Das Kit enthält einen standardisierten Untersuchungsbogen, der Verweise auf die Umschläge enthält und Schritt für Schritt durch die Untersuchung leitet.

Zu Beginn einer Untersuchung von Gewaltbetroffenen wird die Anamnese erfasst. Neben der medizinischen Anamnese mit den aktuellen Beschwerden, der psychischen Verfassung und einer Substanzanamnese werden die Angaben zum Vorfall wertfrei und möglichst wortgetreu dokumentiert. Sollte die Polizei involviert sein, können diese Angaben von den Polizeibeamt*innen erhoben werden, um die betroffene Person zu entlasten und mehrfache Befragungen zu vermeiden. Relevant sind neben Zeit, Ort und Dauer des Vorfalls vor allem die Geschehnisse selbst. Hier sind möglichst alle Formen der Gewalteinwirkung zu erfassen, insbesondere auch eine Gewalteinwirkung gegen den Hals. In diesen Fällen sind spezielle Symptome wie Bewusstlosigkeit, Heiserkeit oder ungewollter Urin- oder Stuhlabgang zu erfragen. Neben dem Kriterium der Petechien dienen diese Angaben der medizinischen und

anschließenden juristischen Bewertung hinsichtlich der Lebensgefährlichkeit des Übergriffs. Bei sexualisierter Gewalt sind zusätzlich Angaben darüber, ob und wo penetriert und ejakuliert wurde und ob ein Kondom verwendet wurde, relevant. Außerdem sind Angaben zum letzten einvernehmlichen Geschlechtsverkehr vor dem Vorfall bedeutend (44).

Anschließend wird eine Untersuchung der gesamten Körperoberfläche angeboten, wobei diese in Teilschritten durchgeführt wird. Die jeweils nicht untersuchten Körperregionen bleiben dabei bekleidet. Hier ist es wichtig, nicht nur auf die von den Betroffenen berichteten Verletzungen zu achten, sondern einen Überblick über alle gegebenenfalls unbemerkten oder nicht beachteten Verletzungen zu bekommen. Beispielsweise können nicht offensichtliche Schädigungen (z. B. Petechien) in der Mundschleimhaut oder in der Hinterohrregion vorliegen. Auch sind sogenannte Bagatellverletzungen von möglicher Relevanz und müssen dokumentiert werden (37, 44). Obwohl eine vollständige Untersuchung immer sinnvoll ist und diese Sinnhaftigkeit auch deutlich gemacht werden soll, ist es selbstverständlich, dass bei Wunsch von Seiten der untersuchten Person nach einer eingeschränkten Untersuchung diesem Wunsch Folge zu leisten ist (37). Abgelehnte Untersuchungsschritte sind zu dokumentieren. Bei polizeilich angeordneten Untersuchungen gilt eine Ablehnung der Untersuchung nicht in diesem Maße. Ein unterstützender Dokumentationsbogen, der für die Erfassung der Untersuchungsergebnisse nach körperlicher oder sexualisierter Gewalt erarbeitet wurde, ist im Kit enthalten.

Den Ablauf der körperlichen Untersuchung bestimmend ist die Spurensicherung. Um Spurenverluste zu vermeiden, wird sie den weiteren Untersuchungsschritten vorangestellt (46). Unter Berücksichtigung der Vorfalsschilderung erfolgt eine Spurensicherung an den Körperlokalisationen, an denen ein intensiver Kontakt zwischen Tatverdächtigen und Betroffenen, z. B. in Form von Speichel- oder Spermaantragungen, stattgefunden hat. Während der körperlichen Untersuchung werden von diesen Körperstellen unter geringem Druck mit einem trockenen Tupfer, der aus DNA-freier, selbsttrocknender Watte besteht, feuchte Körperstellen (wie z. B. Schleimhäute) abgestrichen und ein angefeuchteter Tupfer über trockene Körperstellen gerieben. Fingernägelabriebe werden in diesem Zuge durch Verwendung von bestenfalls spitz zulaufenden Wattetupfern entnommen. Andere Spurenträger, wie z. B. Haare, können in speziellen Asservierungsbeuteln gesichert werden. Kleidungsstücke oder Hygieneprodukte wie Slipeinlagen oder Tampons, die relevante Spurenträger sein können, können ebenfalls in diesen Asservierungstüten aufbewahrt werden. Bei sexualisierter Gewalt sollten fallabhängig vor einer etwaigen Spekulumuntersuchung Abstriche vom äußeren und inneren Genitale, der Anal- und Perianalregion sowie vom Rektum

genommen werden. Zusätzlich kann ein Abstrich von der Mundschleimhaut als Vergleichsprobe entnommen werden (44).

Für toxikologische Untersuchungen sollten möglichst zeitnah fallabhängig Blut- und Urinproben entnommen werden, um gegebenenfalls zentral wirksame Substanzen nachzuweisen. Eine Haarprobe kann zudem frühestens vier Wochen nach Aufnahme der Substanz relevant sein (46).

Im Rahmen der Untersuchung werden die festgestellten Verletzungen beschrieben. Hierbei sind die Art der Verletzung (zum Beispiel Hämatom/ Hautunterblutung, Hautabschürfung, Quetsch-Riss-Wunde), die Größe, die Lokalisation am Körper, mögliche Gruppierungen und ggf. die Form schriftlich festzuhalten. Hämatome werden zudem mit ihrer Farbe beschrieben, da dies wichtige Rückschlüsse auf die zeitliche Einordnung gibt (37). Bei Schürfwunden ist die Schürfrichtung, wenn sie erkennbar ist, mit anzugeben. Bei offenen Verletzungen ist die Tiefe zu dokumentieren und die Wundrandbeschaffenheit zu beschreiben. Das Einzeichnen der Befunde in einem Körperschema vereinfacht die Zuordnung der Lokalisationen. Die Dokumentation erfolgt immer rein deskriptiv ohne Interpretation und Bewertung (32).

Jede Verletzung wird unter Abbildung eines Maßstabes in einem 90°-Winkel fotodokumentiert (37). Hier ist es wiederum bedeutsam, nur die jeweils für die fotografische Dokumentation relevanten Körperstellen entkleiden zu lassen und auf eine respektvolle Darstellung zu achten, da die Fotos später ggf. Bestandteil einer Ermittlungsakte sein können und somit für Prozessbeteiligte einsehbar sind (44). Beim Fotografieren sollten sowohl Übersichtsaufnahmen als auch Detailaufnahmen mit Maßstab der Verletzungen angefertigt werden. Da Fotos trotz Maßstab Verzerrungen und Ungenauigkeiten aufweisen und Farben anders erscheinen können, ersetzt eine Fotografie nicht die schriftliche Dokumentation. Zudem kann es sein, dass das Fotografieren der Verletzung erst nach der ärztlichen Versorgung stattfindet (z. B. bei Stich-/ Schnittverletzungen), da die Abwendung gesundheitlicher Schäden erste Priorität hat.

Bei der Fotografie sollte auf eine von der Klinik, Praxis oder Rechtsmedizin bereitgestellte Digitalkamera zurückgegriffen werden. Private Mobiltelefone sind wegen datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht zu verwenden. Weder beim Fotografieren selbst noch im Nachhinein soll das Bild bearbeitet werden. Die Bilddaten sind stets im Original zu speichern. Die Sicherung erfolgt nach den Richtlinien des Krankenhauses oder der Praxis und die Fotografien sind im internen System oder einer externen Datenquelle wie einer Festplatte, CD oder SD-Karte zu speichern. Außerdem muss explizit der Aufnahme von Fotografien zugestimmt worden sein (48).

Somit sollte eine vollständige Dokumentation immer aus einer Verletzungsbeschreibung und Fotografien, ergänzt durch eine Spurensicherung bestehen. Sollten die Untersuchung, Teile

der Untersuchung oder Fotografien durch die zu untersuchende Person abgelehnt werden, ist dies wertfrei zu dokumentieren (37). Ein empathischer, respektvoller Umgang und das Betonen der Autonomie der betroffenen Person sind bei jedem Schritt besonders wichtig, um eine Reviktimisierung zu vermeiden (32).

Alle Befunde und Asservate sind anschließend sicher und ohne Unterbruch der Beweiskette beispielsweise in einem rechtsmedizinischen Institut zu lagern.

Der gesamte Ablauf einer klinisch-forensischen Untersuchung wird zusammenfassend in Abbildung 9 dargestellt.

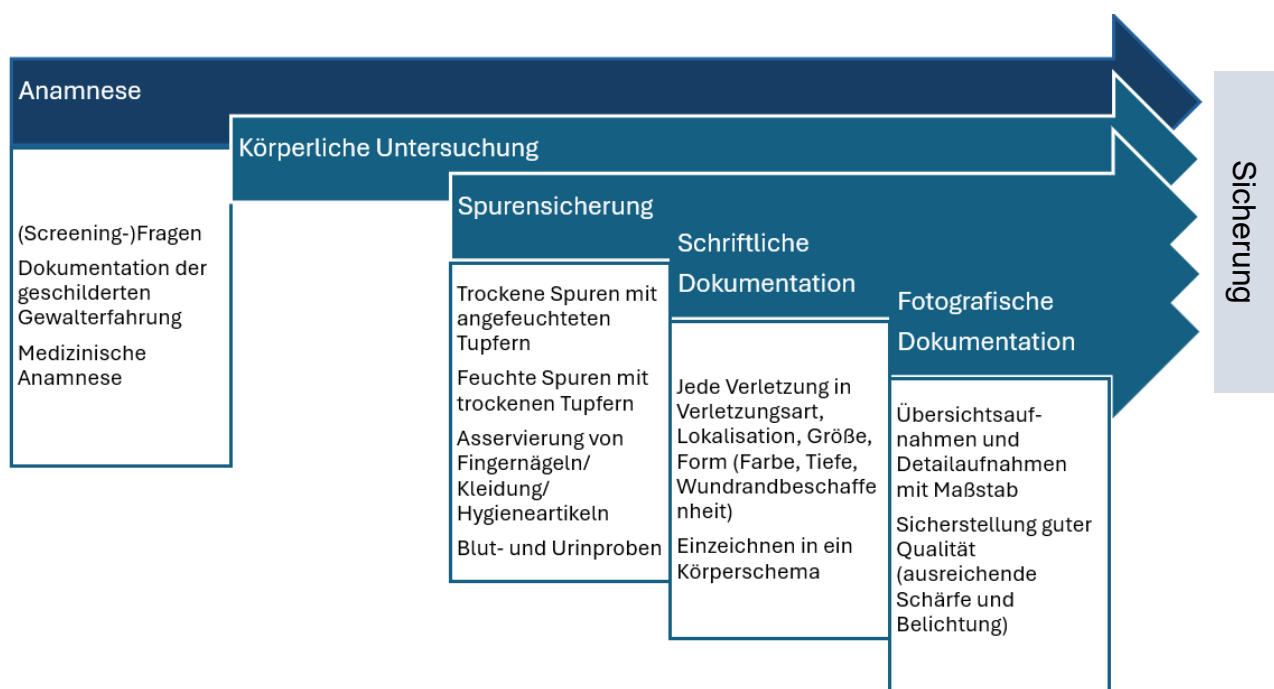


Abbildung 9: Ablauf einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung.

2.6.3 Schwierigkeiten im klinischen Alltag im Umgang mit Betroffenen von Gewalt

Für Ärzt*innen in der Klinik und Praxis findet sich die erste Unsicherheit bereits im Erkennen einer potenziell von Gewalt betroffenen Person, wenn diese die Gewalterfahrung nicht eigenständig thematisiert. Von Hagemann-White und Bohne befragten in diesem Zusammenhang im Jahr 2003 Expert*innen in der Versorgung von Frauen und Mädchen zu den Anforderungen an das Gesundheitswesen beim Thema Gewalt. Diese arbeiteten beispielsweise in Beratungsstellen, in der Psychotherapie, Rechtsmedizin oder Gynäkologie. Sie kritisierten, dass Frauen bei Verletzungen medizinisch funktional behandelt werden, ohne das Thema Gewalt zu inkludieren (20). Die Schilderungen des Vorfalls der Betroffenen stimmen oft nicht mit dem tatsächlichen vorangegangenen Geschehen überein (49), da das Vertrauensverhältnis zu medizinischen Mitarbeitenden nicht ausreicht, um von einer

Gewalterfahrung zu berichten. Gründe für das fehlende Vertrauen sind negative Erfahrungen im Gesundheitswesen, strukturelle Hindernisse wie Zeitlimitationen, Angst vor Vergeltungsmaßnahmen des Gewaltausübenden und fehlender Selbstwert (29).

Es ist auch möglich, dass Begleitpersonen die Kommunikation übernehmen und der betroffenen Person selbst keinen Raum geben, sich in einer sicheren Umgebung zu äußern. Oft überfordert der Umgang mit Gewaltbetroffenen daher medizinisches Personal, übersieht Gewalt oder geht nicht adäquat darauf ein (49).

Rönneberg und Hammarström (2000) fassten aus 49 Publikationen die Gründe für ein fehlendes Erkennen und Intervenieren bei ärztlichen Konsultationen nach Gewalterfahrungen zusammen (29). Einen hauptsächlichen Grund stellt die fehlende Ausbildung in diesem Bereich dar. Mitarbeitende des Gesundheitssystems fühlen sich nach ihrer Ausbildung weder auf das Erkennen von Gewaltfolgen noch auf den Umgang mit Gewaltbetroffenen vorbereitet. Eine weitere wesentliche Komponente ist die zeitliche Begrenzung. Der adäquate Umgang mit Gewaltbetroffenen erfordert Zeit, die den Ärzt*innen aufgrund der fehlenden Erfahrung nicht eingrenzbar erscheint. Daher verzichten Ärzt*innen auf die Frage nach stattgehabter Gewalt, selbst wenn ein gewisser Verdacht besteht, da sie den zeitlichen Verlauf nicht abschätzen können oder diesen als zu lang bewerten.

Auch orientieren sich Ärzt*innen an vermeintlichen Stereotypen wie einem niedrigen sozioökonomischen Status und Substanzmissbrauch. Gewalt tritt jedoch unabhängig vom sozialen Hintergrund auf und ist in jeder Lebenssituation möglich.

Gleichzeitig wird beschrieben, dass Gewalt wegen der Angst vor der eigenen Identifikation und Konfrontation mit Vulnerabilität nicht angesprochen wird. Somit werden Ärzt*innen im Umgang mit Gewaltbetroffenen damit konfrontiert, dass es eine Möglichkeit gäbe, in der sie selbst Gewalt erfahren und verletzt werden könnten. Bei tatsächlich stattgefundenen Gewalterfahrungen in der Vergangenheit kann die Erinnerung daran ausgelöst werden. Diese Konfrontation wird durch den Neglect einer Gewalterfahrung vermieden. Daran anlehnend stellt bei einem Verdacht auf eine Gewalterfahrung auch die Angst vor einem konkreten Angriff der Gewalt ausübenden Person einen Grund dar, keine weiteren Schritte einzuleiten.

Im Weiteren besteht die Sorge, Patient*innen mit der Frage nach Gewalt anzugreifen oder übergriffig zu handeln. Dies beinhaltet die Befürchtung, negative Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung zu provozieren.

Eine weitere Erklärung für das Fehlen von ärztlichen Interventionen liegt in dem Gefühl, keine Veränderung herbeiführen zu können, da keine weiteren Hilfsangebote in Anspruch genommen werden oder die Frau zu einem gewalttätigen Partner zurückkehrt.

Insgesamt fehlen standardisierte Abläufe, die ein Screening inkludieren und das Erkennen als auch den weiteren Umgang mit Betroffenen von Gewalt erleichtern (29).

Eine Umfrage unter deutschen Ärzt*innen bestätigte dies, indem als hauptsächliches Ansprachehindernis ein fehlendes Regime genannt wurde. Dieses inkludierte nach der eigenen Aussage der Befragten Unsicherheiten in der Gesprächsführung, der Dokumentation und der Weiterverweisung (27).

Wenn eine gerichtsverwertbare Befundsicherung durchgeführt wird, bestehen zudem Bedenken, die notwendigen Bedingungen für eine gerichtsfeste Dokumentation zu erfüllen. Meist existieren keine standardisierten, strukturierten Dokumentationsinstrumente, sodass Körperschemata fehlen und keine Fotografien angefertigt werden (49). Wenn eine Beschreibung der Verletzungen erfolgt, ist diese häufig unvollständig, da beispielsweise lediglich die Lokalisation beschrieben wird (50).

Eine Studie aus dem Jahr 2011 fragte 146 Kliniken in der Peripherie Bayerns nach ihrem Umgang mit Betroffenen von Gewalt. Bei der Behandlung einer Person mit einer vorangegangenen Gewalterfahrung gaben 69% der teilnehmenden Kliniken an, die Anamnese um eine Familien- und Sozialanamnese zu erweitern. Hinsichtlich der Dokumentation wurde gezeigt, dass standardisierte Dokumentationsbögen an 41% der Kliniken verwendet wurden. Für die verbleibenden 59% sind Unklarheiten in der Dokumentation wahrscheinlich. 86% der Kliniken fotografierten die Verletzungen und 87% untersuchten den gesamten Körper. Bei 51% der Kliniken wurden Spurensicherungen durchgeführt. Ein insgesamt standardisiertes Vorgehen wurde von 34% der Kliniken bejaht, von denen über die Hälfte gynäkologisch zuzuordnen war. Eine Schulung in diesem Bereich abgelegt zu haben, wurde von 28% angegeben (52). Es wird deutlich, dass vielen Kliniken ein festes Regime fehlt, um Gewaltbetroffenen zu begegnen und damit die vorangegangenen Angaben hinsichtlich fehlender institutioneller Strukturen von Ärzt*innen bestätigt (27, 29).

In der Unfallchirurgie Düsseldorf wurden retrospektiv Akten aus dem Jahr 2004 auf das Vorliegen eines Gewaltkontextes analysiert (53). Während die Studie über bayerische Kliniken von den Kliniken ausgefüllte Fragebögen als Grundlage nahm (52), wurden hier reale Fälle retrospektiv ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass Anamnese und Dokumentation deutlich lückenhaft durchgeführt wurden: Als vollständig gerichtsfest konnte nur 1% der Dokumentationen eingeordnet werden, während 89% eine adäquate Beurteilung der Fragestellung unmöglich machten (53).

Eine Spurensicherung, welche auch die Asservierung von Kleidung miteinschließt, wird oft nicht durchgeführt. Vielmehr wird die Kleidung am Körper der untersuchten Person belassen, sodass Spuren im Anschluss verloren gehen können. Bei späterer Asservierung nach

unvorsichtigem Umgang mit der Kleidung können Flüssigkeiten wie beispielsweise Blut die Spuren auf der Kleidung kontaminieren. Ferner können Spuren verfälscht werden, wenn Kleidung auf den Boden geworfen oder gewaschen wird (54).

Hinsichtlich der Weitervermittlung von Gewaltbetroffenen wurde von den Ärzt*innen hauptsächlich der Wunsch nach festen Ansprechpartner*innen einer Frauenberatungsstelle, der Polizei, des Jugendamts, der Psychotherapie, einer Traumaambulanz und der Rechtsmedizin geäußert (27). Behandelnde wissen nicht, welche weiteren Unterstützungseinrichtungen es gibt und wie sie diese konkret erreichen können (20).

2.7 Modelle der medizinisch-forensischen Versorgung von Gewaltbetroffenen in Deutschland

Die Versorgung Gewaltbetroffener ist primär an rechtsmedizinischen Ambulanzen kompetent gegeben. Körperliche Untersuchungen nach Gewalterfahrungen werden hier mit der fachlichen Expertise durchgeführt (56).

Um die Versorgung zu verbessern, hat beispielsweise Hamburg ein Kompetenzzentrum für Betroffene von Gewalt an das rechtsmedizinische Institut angegliedert. Das Angebot umfasst sowohl eine rechtsmedizinische Untersuchung mit Dokumentation und Spurensicherung als auch die weitere Beratung. Neben Infektionsschutz und Zugang zur Justiz stehen die Vernetzung von Hilfsorganisationen und eine psychologische Betreuung im Vordergrund. Ein Kompetenzzentrum am Institut der Rechtsmedizin zu gestalten, ist hier auch deshalb möglich, da Hamburg als Stadtstaat eine kleine Fläche besitzt und damit für die Bevölkerung erreichbar ist. Doch selbst hier wird aufgrund von unzureichender Kapazität der Rechtsmedizin und fehlender Sensibilisierung im ärztlichen Alltag die bessere Schulung in der Peripherie als rechtsmedizinische Aufgabe gesehen (55).

Die Rechtsmedizin in Köln versucht, die Integration auch in der Peripherie ohne räumliche Nähe zum rechtsmedizinischen Institut durch Schwerpunktambulanzen zu gewährleisten. Die hier Mitarbeitenden wurden in der Befunddokumentation geschult. Auch wurde die Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen gestärkt: Beispielsweise wurde zu Akteur*innen im Arbeitsfeld der häuslichen Gewalt Kontakt aufgenommen und die Zusammenarbeit intensiviert. Dadurch wurde auch die Möglichkeit der rechtsmedizinischen Dokumentation bekannter (35). In ähnlicher Weise schulten Rechtsmediziner*innen im Rahmen des Projekts „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) niedergelassene Ärzt*innen in Berlin, Witten/ Ennepe-Ruhr-Kreis, Düsseldorf, München und Kiel, um die Kompetenz im Umgang mit Gewaltbetroffenen zu verbessern und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur*innen zu stärken (27). In Hannover wurde 2012

das Projekt Netzwerk ProBeweis durch das rechtsmedizinische Institut etabliert. Heute bestehen Kooperationen mit 39 Partnerkliniken in Niedersachsen. Auch hier wird der Fokus auf die regelmäßige Schulung der klinisch-praktischen Ärzt*innen durch das Team der Rechtsmedizin gelegt und die Bereitstellung von Materialien wie einem Untersuchungskit für niederschwellige Untersuchungen sichergestellt. Die Vernetzung von Hilfs- und Beratungseinrichtungen findet ebenfalls statt (57).

Neben der Ausbildung einzelner Anlaufstellen (Partnerkliniken) werden Ärzt*innen im Umgang mit Gewaltbetroffenen auch digital unterstützt. Beispielsweise schafft das Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf mit der Online-Plattform iGOBSIS einen Rahmen, um Praxen und Kliniken in Nordrhein-Westfalen eine webbasierte Anleitung zu bieten. Diese standardisiert die Dokumentation, leitet die Spurensicherung und deren sichere Lagerung an einem rechtsmedizinischen Institut an und gewährleistet telefonische Unterstützung durch die Rechtsmedizin. Außerdem werden regelmäßig digitale Schulungen angeboten, um eine Grundqualifikation zu ermöglichen (58).

Da die medizinisch-forensische Versorgung von Gewaltbetroffenen sehr heterogen ist, untersuchte eine Studie aus dem Jahr 2021 die jeweilige Einbindung der verschiedenen rechtsmedizinischen Institute in Deutschland. Die teilnehmenden 16 Institute nahmen alle eine beratende Funktion wahr, lagerten (Foto-)Dokumentationen und überwiegend auch Asservate ein und führten Schulungen und Fortbildungen durch. Bis auf ein Institut wurden körperliche Untersuchungen in einer Ambulanz für Gewaltbetroffene am Institut selbst durchgeführt. 81% der Institute untersuchten sowohl in der Klinik der Fakultät als auch in der Peripherie. Knapp ein Drittel hatte eine Online-Plattform, eine Hilfe-App oder ein telemedizinisches Angebot entwickelt und etwas über die Hälfte nahm eine koordinierende Funktion ein. Als Limitationen einer suffizienten Versorgung wurden eine Heterogenität hinsichtlich der Finanzierungsquelle und der Höhe der Finanzierung deutlich (56).

Es existierte zum Zeitpunkt der Datenerhebung dieser Arbeit keine speziell geschulten medizinischen Anlaufstellen für Gewaltbetroffene in Rheinland-Pfalz. Während in Städten wie Mainz Beratungsstellen und medizinische Institutionen wie die rechtsmedizinische Ambulanz vorhanden waren, fehlten Anlaufstellen für Gewaltbetroffene insbesondere in der Peripherie.

2.8 Vermittlung der Untersuchung von Gewaltbetroffenen im Medizinstudium

Eine der zentralen Aufgaben der Rechtsmedizin ist die Ausbildung von Medizinstudierenden. Insgesamt soll die Lehre laut der Approbationsordnung für Ärzt*innen fächerübergreifendes Wissen fördern und praxisnah als auch praxisrelevant gestaltet werden (59). Die Lehre der

Klinischen Rechtsmedizin wird von den rechtsmedizinischen Instituten unterschiedlich gehandhabt. Die Auswahl der Leistungsnachweise unterliegt ebenfalls dem jeweiligen Institut. Die Ausbildung in der Erstellung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation ist grundsätzlich gegeben (35).

Um dem fächerübergreifenden Aspekt, der von der Approbationsordnung genannt wird, nachzukommen, ist im Bereich der Klinischen Rechtsmedizin eine Kooperation mit der Gynäkologie oder Pädiatrie vorstellbar (60).

Das Erkennen von Gewaltfolgen, der Umgang mit Gewaltbetroffenen sowie die Abklärung der Schutzbedürftigkeit von betroffenen Personen sind nach Jones (2017) wesentliche Kernkompetenzen der modernen Medizinstudierenden. In Großbritannien wurden Medizinstudierende in den Jahren 2015 und 2016 im Rahmen einer didaktischen Veränderung in der Lehre und deren Evaluation nach Abschluss des Moduls der klinischen Rechtsmedizin nach ihrer Einschätzung hinsichtlich des Erkennens von Gewalt befragt: Über 80% der Medizinstudierenden fühlten sich in der Lage, misshandlungsbedingte Verletzungen bei Kindern zu erkennen. 75% bis 85% der Medizinstudierenden trauten sich zu, Verletzungen durch häusliche Gewalt zu identifizieren (61).

Eine deutschlandweite Studie aus dem Jahr 2021 zeigte, dass sich 86% der Medizinstudierenden nach den rechtsmedizinischen Lehrveranstaltungen gut auf die ärztliche Tätigkeit vorbereitet fühlten. Hier wurde jedoch keine Differenzierung in Hinblick auf die klinische Rechtsmedizin getätigt. Der Umgang mit Gewaltbetroffenen ist damit nicht beurteilbar. Als Abschlussprüfung wurden meist Multiple-Choice-Klausuren verwendet (62). Dies lässt keine adäquate Bewertung der Fertigkeit einer gerichtsverwertbaren Dokumentation zu.

Am Institut für Rechtsmedizin in Mainz gibt es neben einer Vorlesung und einem Seminar zum Thema klinische Rechtsmedizin und Untersuchung von Gewaltbetroffenen unter anderem ein Wahlpflichtfach. In diesem liegt der Fokus auf dem Erkennen von Gewaltfolgen, dem Ansprechen des Verdachtes und der Durchführung einer klinisch-forensischen Untersuchung von Gewaltbetroffenen einschließlich der gerichtsverwertbaren Befundsicherung. Um eine Praxisnähe zu ermöglichen, treten die Studierenden im Zuge dessen in Kontakt mit Simulationspatient*innen. Hierbei werden die Studierenden mit dem Umgang mit einem seitens der Rechtsmedizin entwickelten Untersuchungskit vertraut gemacht.

Die klinische Rechtsmedizin ist aber auch im obligatorischen Unterricht vertreten und forderte zum Zeitpunkt der Coronapandemie eine gerichtsverwertbare Dokumentation als Leistungsnachweis von allen Studierenden. Hier wurde in Form einer schriftlichen Hausaufgabe ein Fall in Form von Fotos und schriftlicher Aussage der gewaltbetroffenen Person in anonymisierter Form an die Medizinstudierenden weitergegeben. Die Aufgabe der

Studierenden bestand darin, eine gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen auf Grundlage der bereitgestellten Fotos zu erstellen. Außerdem wurde eine weitergehende Interpretation der Befunde gefordert, um die Plausibilität der Aussage einzuschätzen. Letzteres ist in der Praxis zumeist die Aufgabe von Rechtsmediziner*innen.

Es konnten keine Daten ermittelt werden, wie kompetent Studierende anderer deutscher Universitäten eine Dokumentation durchführen. In Mainz wurde diese Hausaufgabe das erste Mal im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit statistisch ausgewertet, um Rückschlüsse auf die Kompetenz der Medizinstudierenden nach Abschluss der Veranstaltung der Rechtsmedizin zu ziehen.

3 Material und Methoden

In dieser Studie wurden zwei Studiengruppen in ihrem Umgang mit Gewaltbetroffenen betrachtet. Der Schwerpunkt lag auf der Befragung von Ärzt*innen im praktischen Umgang mit Gewaltbetroffenen. Die zweite Studiengruppe umfasste Studierende, deren theoretisches Wissen im Umgang mit Gewaltbetroffenen untersucht wurde.

3.1 Ärzt*innen in der klinischen Praxis

3.1.1 Kollektiv

Niedergelassene und klinisch tätige Ärzt*innen aus Rheinland-Pfalz wurden mittels eines Online-Fragebogens zu ihren Erfahrungen mit Gewaltbetroffenen im klinischen Alltag befragt.

Die Rekrutierung erfolgte im ersten Schritt durch eine Anzeige im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz. Anschließend wurden Emails zur Studienteilnahme erst an die Universitätsklinik Mainz, dann an weitere Krankenhäuser und relevante Fachbereiche gesendet. Es wurde mindestens eine Klinik aus nahezu jedem Landkreis beziehungsweise jeder kreisfreien Stadt in Rheinland-Pfalz per E-Mail angefragt, den Link zur Umfrage an die dort klinisch tätigen Ärzt*innen weiterzuleiten. Einzig für die Landkreise Rhein-Pfalz-Kreis und Kaiserslautern (Landkreis) wurden keine eigenen Kliniken gefunden. Für die Kontaktaufnahme wurden die auf den Websites der Kliniken offiziell angegebenen E-Mail-Adressen oder Kontaktformulare genutzt. Um zudem niedergelassene Ärzt*innen zu erreichen, wurde der Link über den Berufsverband der Allgemeinmedizin zur Teilnahme verbreitet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Chronologischer Ablauf der Datenerhebung.

Zeitpunkt/ Zeitraum	Maßnahme zur Lancierung des Links
01. September 2020	Anzeige im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz
16. September 2020	Kontaktierung der Ärzt*innen der Universitätsmedizin Mainz per E-Mail über den Wissenschaftsverteiler
20. Oktober – 21. Oktober 2020	Kontaktierung dem jeweiligen Landkreis angehörenden/ der jeweiligen kreisfreien Stadt angehörenden Klinik in RLP abgesehen von der Universitätsmedizin Mainz per E-Mail (n = 33)
08. November – 18. November 2020	Kontaktierung relevanter Fachabteilungen der Kliniken in RLP per E-Mail Unfallchirurgie/ Orthopädie: n = 30 Gynäkologie: n = 27 Pädiatrie: n = 11 Notaufnahme = 11 Psychiatrie: n = 6 Urologie: n = 1
22. November 2020	Kontaktierung des Berufsverbandes der Allgemeinmedizin in RLP

Anschließend waren 131 gültige Datensätze von Teilnehmenden verfügbar. Von diesen waren 37 Datensätze unvollständig und wurden von weiteren Analysen ausgeschlossen. Zuletzt standen insgesamt 94 vollständig abgeschlossene Datensätze zur Auswertung zur Verfügung.

3.1.2 Material

Der Fragebogen „Umgang mit Gewaltbetroffenen“ (Anhang A) wurde im Jahr 2020 durch das Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Mainz entwickelt. Er fragt die Erfahrung, die Sicherheit und den Unterstützungsbedarf in der ärztlichen Tätigkeit beim Umgang mit Gewaltbetroffenen ab. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens beträgt etwa zehn Minuten.

Im ersten Teil der Umfrage wurden demographische Daten zum ärztlichen Hintergrund abgefragt. Es wurden Angaben zum Fachgebiet, zur Einrichtung (Klinik/ Praxis), zum Ort der Tätigkeit und zur beruflichen Position der Teilnehmenden erfasst. Größtenteils wurden die Antworten hier im Single-Choice-Verfahren erhoben.

Im zweiten Teil der Umfrage wurden Angaben zu den Erfahrungen in der Versorgung von Gewaltbetroffenen mit Fokus auf die gerichtsverwertbare Befundsicherung erfragt. Die Befragten gaben die Häufigkeit und den Kontext bereits durchgeführter Untersuchungen von Gewaltbetroffenen mit gerichtsverwertbarer Befundsicherung an. Im Weiteren wurden die in diesem Zusammenhang durchgeführten Maßnahmen erfasst. Die Antworten wurden hier im Single-Choice- oder Multiple-Choice-Verfahren erfasst, die Maßnahmen konnten im Freitext ergänzt werden.

Der dritte Teil der Umfrage fokussierte auf die subjektiv empfundene Sicherheit bei der Durchführung einer Untersuchung von Gewaltbetroffenen mit gerichtsverwertbarer Befundsicherung. Dazu wurden die Teilnehmenden nach Fortbildungen zu der Thematik, der subjektiven Sicherheit und dem Unterstützungsbedarf befragt. Zur Erfassung der Antworten wurden eine numerische Bewertungsskala, Multiple-Choice-Verfahren und Freitext-Optionen verwendet.

Aspekte des Datenschutzes wurden der Umfrage in einer vom Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Mainz formulierten Datenschutzerklärung vorangestellt.

3.1.3 Methodik

Die Befragung erfolgte in Form einer Online-Umfrage. Host der Umfrage war SoSci-Survey (Server: [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de)). Der Fragebogen konnte zwischen dem 30. August und 15. Dezember 2020 bearbeitet werden. Daneben wurden keine räumlichen oder zeitlichen Bedingungen zur Bearbeitung der Umfrage gestellt.

3.1.4 Hypothesentests

Um Ärzt*innen mit und ohne Erfahrung in einer gerichtverwertbaren Befundsicherung zu vergleichen, wurden zehn Hypothesen aufgestellt. Für diesen Vergleich ließ sich kaum ein aktueller Stand der Forschung finden, sodass die folgenden Hypothesen auf allgemeinen Annahmen und rechtsmedizinischer Erfahrung basieren.

Folgende Hypothesen über den Vergleich von erfahrenen und unerfahrenen Ärzt*innen in der gerichtsverwertbaren Befunderhebung wurden zugrunde gelegt:

Hypothese 1: Erfahrene Untersuchende sind häufiger in der Klinik als in der Praxis tätig.

Hypothese 2: Erfahrene Untersuchende sind häufiger im städtischen als im ländlichen Bereich tätig.

Hypothese 3: Die ergriffenen Maßnahmen unterscheiden sich zwischen erfahrenen und unerfahrenen Untersuchenden.

Hypothese 4: Erfahrenen Untersuchenden stehen häufiger und andere Materialien zur Befunddokumentation und Spurensicherung zur Verfügung als unerfahrenen.

Hypothese 5: Erfahrene Untersuchende nehmen häufiger an Fortbildungen teil als unerfahrene Untersuchende.

Hypothese 6: Die Gruppe der erfahrenen Untersuchenden fühlt sich sicherer in der Dokumentation als die Gruppe der unerfahrenen Untersuchenden.

Hypothese 7: Die Gruppen unterscheiden sich darin, welche Unsicherheiten genannt werden.

Hypothese 8: Die Gruppen unterscheiden sich darin, welche Bedeutung sie der ärztlichen Dokumentation zuordnen.

Hypothese 9: Unerfahrene Untersuchende haben einen höheren Bedarf an rechtsmedizinischer Beratung, wie z. B. einer Telefon-Hotline, als erfahrene Untersuchende.

Hypothese 10: Der Unterstützungsbedarf, z. B. in Form von Fortbildungen, ist in der Gruppe der Unerfahrenen geringer.

3.2 Medizinstudierende in der theoretischen Praxis

3.2.1 Kollektiv

Medizinstudierende der Universitätsmedizin Mainz bearbeiteten im siebten Fachsemester (Wintersemester 2020/ 2021) im Rahmen der obligatorischen Veranstaltung „Rechtsmedizin“ eine klinisch rechtsmedizinische Hausaufgabe. Es nahmen 190 Studierende an der Veranstaltung teil.

3.2.2 Material

In der schriftlichen Hausaufgabe (Anhang B) wurde ein Szenario vorgegeben, in dem die Studierenden als Ärzt*innen in der Notaufnahme arbeiten. Eine Frau, die angibt, vergewaltigt worden zu sein, wurde mit ihren Angaben zum Vorfall und einer Fotodokumentation von Verletzungen als zu behandelnde Patientin beschrieben. Darauf aufbauend sollten eine schriftliche Dokumentation der Verletzungen nach einem vorgegebenen Schema angefertigt und die Durchführung einer Spurensicherung als sinnvolle Maßnahme angegeben werden. Außerdem sollten die Studierenden angeben, welche weiteren Maßnahmen nach der Akutversorgung der Patientin ergriffen werden sollten. Zur Hilfestellung wurden Ausschnitte aus einem strukturierten Untersuchungsbogen angegeben, die die Möglichkeiten einer Spurensicherung und weiterer Hilfsangebote zur Auswahl stellten. Zuletzt wurde nach einer Bewertung der Kongruenz zwischen Verletzungen und den durch die Patientin geschilderten Angaben gefragt (Interpretation der Verletzungen).

3.2.3 Methodik

Den Studierenden wurden zu Beginn des Semesters die Unterlagen der Hausaufgabe mit digitalen Vorlesungen zu Gewaltformen und weiteren angrenzenden Themen auf der Lernplattform Moodle/ LMS der Johannes-Gutenberg-Universität zur Verfügung gestellt. Die Aufgabe musste bis zu einem Stichtag am Ende des Semesters bearbeitet und abgegeben werden. Daneben waren die räumlichen und zeitlichen Bedingungen zur Bearbeitung der Hausaufgabe den Studierenden freigestellt.

3.3 Auswertung der Umfrageergebnisse

Diese Arbeit verbindet quantitativ-hypothesentestende Forschung mit qualitativ-rekonstruktiven Elementen.

3.3.1 Quantitative Auswertung

Deskriptive und quantitativ-hypothesentestende Fragestellungen wurden mit SPSS Version 27 ausgewertet. Hier wurde bei ausschließlich kategorialen Variablen ein Zusammenhang mit Hilfe des Pearson-Chi-Quadrat-Tests untersucht, bei dem bei einem Freiheitsgrad von 1 eine Korrektur nach Yates angewendet wurde. Bei mindestens einer erwarteten Zelhäufigkeit von ≤ 5 wurde statt dem Pearson-Chi-Quadrat-Test der exakte Test nach Fisher genutzt. Signifikante Ergebnisse von Chi-Quadrat-Testungen bei 2x2-Tabellen wurden durch die Stärke des Zusammenhangs mit Phi (ϕ) ergänzt. Bei einer kategorialen unabhängigen Variablen und einer intervallskalierten abhängigen Variablen wurde der t-Test verwendet.

Bei nur zwei abhängigen Variablen innerhalb einer Hypothese wurde auf eine Tabelle verzichtet und es wurden genauere Angaben in der Grafik gezeigt. Bei mehr als zwei abhängigen Variablen wurde eine Tabelle für eine Vervollständigung der Testergebnisse hinzugefügt.

3.3.2 Qualitative Auswertung

Um die Freitext-Items auszuwerten, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Diese ermöglicht eine systematische Analyse von Texten und deren nachvollziehbare Auswertung und Interpretation im Hinblick auf die Fragestellung. Da die Inhaltsanalyse kein starres Standardinstrument ist, wird sie je nach vorliegendem Material angepasst. In jedem Fall wird der Text schrittweise im Kategoriensystem ausgewertet, um alle relevanten Aspekte zu berücksichtigen.

Hier wurde die induktive Kategorienbildung genutzt. Anhand des erhobenen Materials wurden Kategorien gebildet. Im Gegensatz zum deduktiven Ansatz, der im Vorfeld theoriegeleitet Kategorien bildet, strebt die induktive Kategoriendefinition nach einer gegenstandsnahen

Erfassung des erhobenen Materials, ohne durch den Forschenden verzerrt zu werden. Richtungsgebend ist die Fragestellung der Analyse.

Im ersten Schritt findet nach Mayring eine Paraphrasierung, das heißt eine auf den Inhalt reduzierte Zusammenfassung des Textes, statt. Anschließend erfolgt die Einordnung in Kategorien. Diese werden bei der Durcharbeitung des Materials entweder neu formuliert oder schon gebildete Kategorien werden in weiteren Texten wiedererkannt und diesen zugeordnet (Subsumption). Am Ende können die Kategorien quantitativ analysiert werden (63).

Da in der hier vorgestellten Studie die jeweiligen Antworten in schriftlicher Form in einem sehr kurzen Format abgefragt und gegeben wurden, wurde die Paraphrasierung fallen gelassen und dem wörtlichen Zitat gleichgestellt. In dieser Studie wurden, je nachdem wie viele Antworten zu einer Frage gezählt wurden, verschiedene Vorgehensweisen vertreten. Bei weniger als 20 Antworten auf eine Frage, wurden die Kategorien in einem Schritt in Form einer Generalisierung gebildet und dabei belassen. Bei mehr als 20 Antworten auf eine Frage wurden diese ebenfalls in Kategorien generalisiert. Anschließend erfolgte eine binäre Kategorisierung. Im letzten Schritt wurden im Sinne einer quantitativen Reduktion die gebildeten Kategorien zusammengefasst und in ihrer Häufigkeit beschrieben.

4 Ergebnisse

4.1 Ärzt*innen in der klinischen Praxis

4.1.1 Demographische Daten der teilnehmenden Ärzt*innen mit Position und Lokalisation

Von 94 Teilnehmenden waren 41,4% der Ärzt*innen ($n = 39$) in einer Praxis und 58,5% der Ärzt*innen ($n = 55$) in einer Klinik tätig. Die berufliche Position betrachtend zeigte sich, dass 45,7% ($n = 43$) Fachärzt*innen, 27,7% ($n = 26$) Assistenzärzt*innen und 26,6% ($n = 25$) Ober- / Chefärzt*innen teilnahmen. Die Teilnehmenden repräsentierten insgesamt 19 Fachbereiche. Den höchsten Anteil stellte die Allgemeinmedizin mit 34,0% ($n = 32$) teilnehmenden Ärzt*innen dar (Tabelle 2).

Tabelle 2: Repräsentation der Fachbereiche der teilnehmenden Ärzt*innen (n = 94).

Fachbereich	Absolute Häufigkeit	Anteil in Prozent (%)
Allgemeinmedizin	32	34,0
Pädiatrie	10	9,4
Psychiatrie/ Neurologie	9	6,4
Chirurgie	7	7,4
Anästhesie	5	4,7
Gynäkologie	5	4,7
Innere Medizin	5	4,7
Notfallmedizin (Notaufnahme)	4	4,3
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3	3,2
Nuklearmedizin/ Radiologie	3	3,2
Urologie	3	3,2
Zahnmedizin	3	3,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	2,1
Unfallchirurgie/ Orthopädie	2	2,1
Psychotherapie	1	1,1

Es nahmen Ärzt*innen aus unterschiedlichen geografischen Bereichen des Bundeslandes Rheinland-Pfalz teil. Die fünf größten Städte in Rheinland-Pfalz (Mainz, Ludwigshafen am Rhein, Koblenz, Trier, Kaiserslautern) definierten den städtischen Anteil, die weiteren Landkreise stellten den ländlichen Anteil dar. Dem städtischen Anteil waren 35, dem ländlichen 59 Teilnehmende zuzuordnen. Aus Mainz, der Landeshauptstadt und einzigen Stadt mit Universitätsklinikum in Rheinland-Pfalz, nahmen 24 Ärzt*innen teil, was den größten Anteil darstellte. Eine genaue Repräsentation hinsichtlich der Landkreise zeigt Abbildung 10 auf Grundlage der Tabelle in Anhang C.

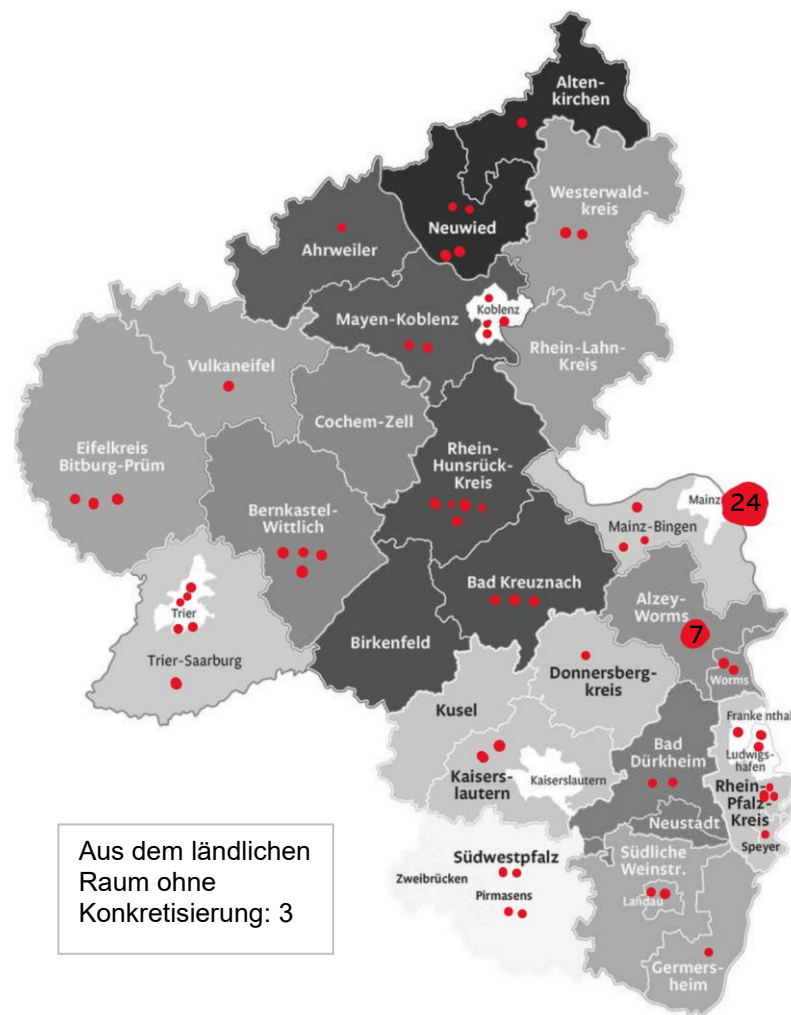


Abbildung 10: Topografische Abbildung der teilnehmenden Ärzt*innen mit absoluten Häufigkeiten.

Anmerkung: Ein roter Punkt ohne Zahl entspricht einer Teilnahme. Ist er mit einer Zahl versehen, dann entspricht die Zahl der Anzahl der Teilnahmen. Die verschiedenen Graustufen stellen die Abgrenzung der verschiedenen Landkreise dar und haben hier keine tiefergehende Bedeutung. Die Karte ist angelehnt an Zillmann (2018) (64).

4.1.2 Unterteilung der Ärzt*innen nach ihrer Erfahrung in der Befundssicherung bei der Versorgung von Gewaltbetroffenen

Hinsichtlich der bisherigen Erfahrung mit klinisch-forensischen Untersuchungen und der gerichtsverwertbaren Befunddokumentation von Gewaltbetroffenen zeigte sich, dass 40,4% (n = 38) der Ärzt*innen zum Zeitpunkt der Teilnahme noch nie eine entsprechende Untersuchung durchgeführt hatten und somit als unerfahren galten. 38,3% (n = 36) der Ärzt*innen gaben an, bereits ein bis fünf solcher Untersuchungen durchgeführt zu haben. Eine weiterführende Erfahrung mit fünf bis zehn durchgeführten Untersuchungen wurde von 7,4% (n = 7) der

Teilnehmenden angegeben. 13,8% (n = 13) der Ärzt*innen verfügten über umfangreiche Erfahrung mit mehr als zehn durchgeführten Befundsicherungen zum Zeitpunkt der Umfrage.

Zur weiteren Analyse wurden die Teilnehmenden anhand ihres Erfahrungsstandes in zwei Gruppen unterteilt, die die unabhängigen Variablen darstellen. Ärzt*innen, die bereits mindestens eine klinisch-forensische Untersuchung von Gewaltbetroffenen durchgeführt hatten, wurden der Gruppe der erfahrenen Untersuchenden zugeordnet. Ärzt*innen ohne praktische Erfahrungen wurden als unerfahrene Untersuchende klassifiziert. Zusammenfassend nahmen somit 38 unerfahrene und 56 erfahrene Untersuchende an der Studie teil. Die Ergebnisse zum Vergleich erfahrener und unerfahrener Untersuchender werden ab Abschnitt 4.1.4 gegenübergestellt.

4.1.3 Veranlassung der Untersuchungen (niederschwellig versus Strafanzeige)

Abbildung 11 zeigt die Voraussetzungen, unter denen klinisch-forensische Untersuchungen von Gewaltbetroffenen durchgeführt werden. Die Auswahlmöglichkeit war multiple-choice basiert. Es zeigte sich, dass sowohl niederschwellige Untersuchungen (ohne Anzeige) als auch Untersuchungen mit ermittlungsbehördlichem Auftrag erfolgten, die niederschwelligen Untersuchungen jedoch überwogen.

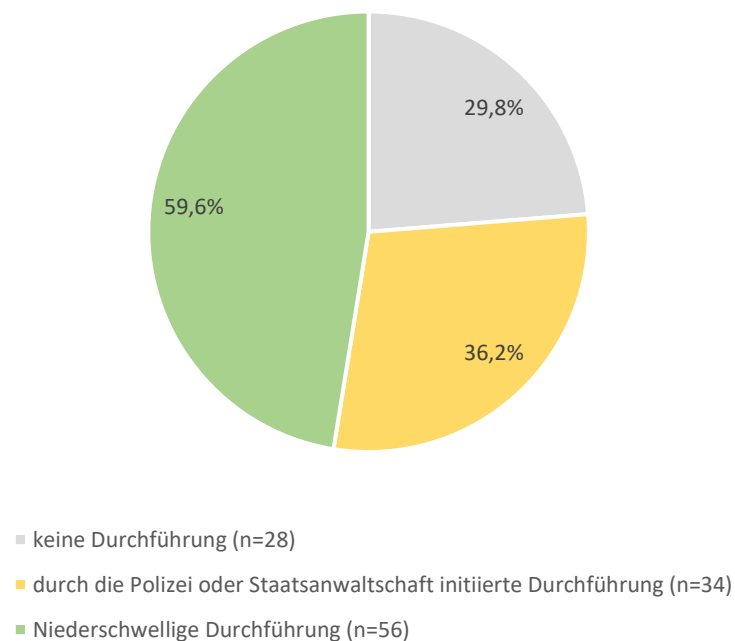


Abbildung 11: Die Veranlassung einer gerichtsfesten Verletzungsdokumentation, Mehrfachnennungen möglich (mit Prozentangabe und absoluter Häufigkeit).

4.1.4 Krankenhaus versus Praxis

41,5% (n = 39) der Teilnehmenden waren in einer Praxis und 58,5% (n = 55) der Teilnehmenden in einer Klinik tätig. In der Gruppe der unerfahrenen Untersuchenden waren 34,2% (n = 13) in einer Praxis und 65,8% (n = 25) in einer Klinik tätig. Die erfahrenen Untersuchenden arbeiten zu 46,4% (n = 26) in einer Praxis und zu 53,6% (n = 30) in einer Klinik (Abbildung 12).

Hypothese 1 besagt, dass erfahrene Untersuchende häufiger in der Klinik als in der Praxis tätig sind.

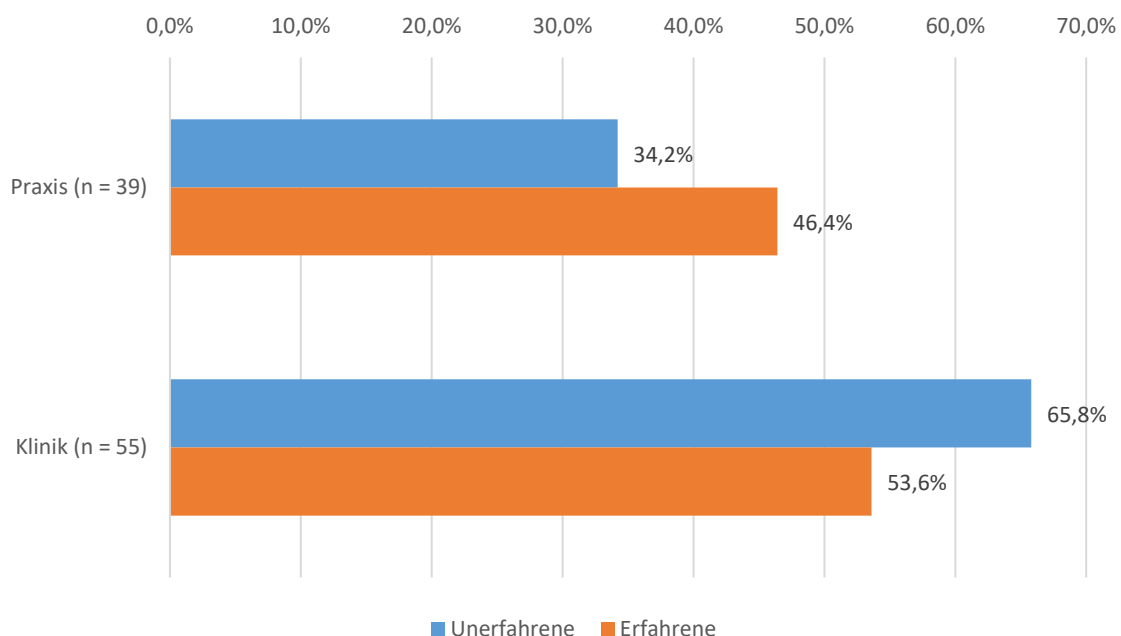


Abbildung 12: Erfahrungen der Untersuchenden im Vergleich von Praxis zu Klinik Arbeitsstätte bei unerfahrenen und erfahrenen Untersuchenden in Prozent.

(Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil innerhalb der Gruppe der Unerfahrenen bzw. Erfahrenen.)

Der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest nach einer Korrektur nach Yates bei einer 2x2-Tabelle auf einen Unterschied zwischen erfahrenen und unerfahrenen Untersuchenden wurde nicht signifikant ($\chi^2(1) = 0,934$, $p = 0,334$). Damit wurde die Nullhypothese, dass unerfahrene und erfahrene Untersuchende in gleichen Anteilen in Praxen und Kliniken arbeiten, beibehalten und Hypothese 1 verworfen.

4.1.5 Stadt versus Land

Hinsichtlich der Lage der Arbeitsorte zeigte sich, dass 62,8% (n = 59) der teilnehmenden Ärzt*innen im ländlichen und 37,2% (n = 35) im städtischen Raum arbeiten. Erfahrene Untersuchende zeigten sich vor allem im ländlichen Bereich (73,2%, n = 41) (Abbildung 13). Hypothese 2 besagt, dass erfahrene Untersuchende häufiger im städtischen als im ländlichen Bereich tätig sind.

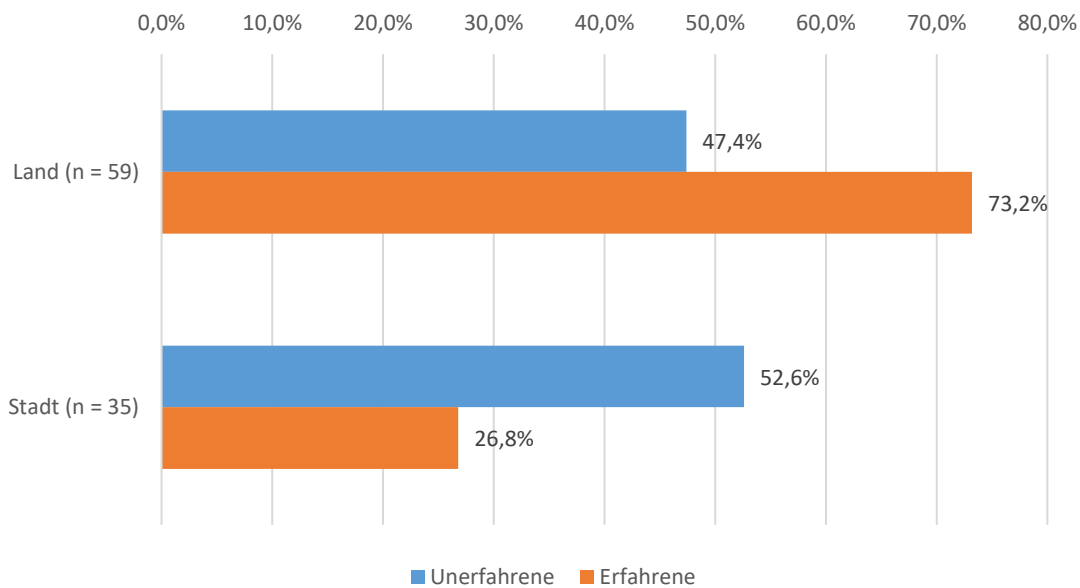


Abbildung 13: Geografische Verteilung bei unerfahrenen und erfahrenen Untersuchenden in Prozent.

Der Chi-Quadrat-Test nach der Korrektur nach Yates war signifikant ($\chi^2(1) = 5,412$, $p = 0,020$) und verwarf die Nullhypothese, dass die Merkmale Erfahrung und Lage der Arbeitsorte voneinander unabhängig sind. Es zeigte sich ein moderater Zusammenhang ($\Phi = -0,262$, $p = 0,011$). Der Effekt lag nicht in der erwarteten Richtung, sondern war ein Hinweis auf erfahrene Untersuchende im ländlichen Raum.

4.1.6 Durchgeführte Maßnahmen bei den Untersuchungen

Ein Anteil von 9,6% aller teilnehmenden Ärzt*innen (n = 9) gab an, bei der Untersuchung von Gewaltbetroffenen neben der medizinischen Versorgung keine weiteren Maßnahmen durchzuführen.

Am häufigsten wurde unter den ergriffenen Maßnahmen die schriftliche Verletzungsdokumentation mit 81,9% (n = 77) ausgewählt. Von 8,5% aller Teilnehmenden wurde die Spurensicherung genannt (n = 8) (Tabelle 3).

Hypothese 3 sagt aus, dass die ergriffenen Maßnahmen sich zwischen erfahrenen und unerfahrenen Untersuchern unterscheiden.

Tabelle 3: Ergriffene Maßnahmen in der Versorgung Gewaltbetroffener neben der medizinischen Versorgung (Mehrfachnennungen möglich).

Maßnahmen (Mehrfachauswahl möglich)	Unerfahrene (n = 38) absolute Häufigkeit mit Prozent- angabe	Erfahrene (n = 56) absolute Häufigkeit mit Prozent- angabe	Gesamt (n = 94) absolute Häufigkeit mit Prozent- angabe	Statistik
Keine*	8 (21,1%)	1 (1,8%)	9 (9,6%)	Exakter Test nach Fisher p = 0,003
Schriftliche Verletzungsdokumentation*	24 (63,2%)	53 (94,6%)	77 (81,9%)	$\chi^2(1) = 13,098$ p < 0,001
Einzeichnen von Verletzungen in ein Körperschema	9 (23,7%)	22 (39,3%)	31 (33,0%)	$\chi^2(1) = 1,837$ p = 0,175
Fotodokumentation	21 (55,3%)	39 (69,6%)	60 (63,8%)	$\chi^2(1) = 1,453$ p = 0,228
Spurensicherung	3 (7,9%)	5 (8,9%)	8 (8,5%)	Exakter Test nach Fisher p = 1,0
Entnahme von Blut- und/oder Urinprobe (bei Hinweisen auf Beeinträchtigung durch Drogen/Alkohol/Medikamente)	17 (44,7%)	24 (42,9%)	41 (43,6%)	$\chi^2(1) < 0,001$ p = 1,0
Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen	17 (44,7%)	35 (62,5%)	52 (55,3%)	$\chi^2(1) = 2,216$ p = 0,137
Einleitung weiterer Schritte (Info an Jugendamt, Polizei)	20 (52,6%)	30 (53,6%)	50 (53,2%)	$\chi^2(1) < 0,001$ p = 1,0
sonstige	9 (23,7%)	8 (14,3%)	17 (18,1%)	$\chi^2(1) = 0,790$ p = 0,374

*signifikant

Von den hier abgefragten Maßnahmen konnten zwei als abhängig von der Erfahrung gezeigt werden. Es bestand ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Erfahrung und ob überhaupt Maßnahmen neben der reinen medizinischen Versorgung ergriffen wurden oder nicht (Exakter Test nach Fisher $p = 0,003$). Die Stärke des Zusammenhangs war substantiell ($\Phi = -0,321$, $p = 0,002$). Des Weiteren bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erfahrung und der Durchführung einer schriftlichen Verletzungsdokumentation ($\chi^2(1) = 13,098$, $p < 0,001$). Erfahrene Untersuchende führten häufiger eine schriftliche Verletzungsdokumentation durch. Die Effektstärke wurde hier als mittel eingestuft ($\Phi = 0,401$, $p < 0,001$).

An sonstigen Maßnahmen nannten sowohl unerfahrene als auch erfahrene Untersuchende die Kontaktaufnahme mit der Rechtsmedizin oder einer anderen professionellen Einrichtung betreffend die Versorgung von Gewaltbetroffenen. Außerdem wurden Spezifizierungen der Dokumentation genannt, wie das Ausfüllen eines zahnärztlichen Befundbogens bei Verletzungen im Mundbereich bei häuslicher Gewalt und die Dokumentation der berichteten Vorfälle (Anhang D).

4.1.7 Materialien zur Befunddokumentation und Spurensicherung

Unter allen teilnehmenden Ärzt*innen gaben 27,7% ($n = 26$) an, dass ihnen Materialien zur Verletzungsdokumentation und Spurensicherung zur Verfügung stehen. Dies impliziert, dass 72,3% ($n = 68$) aller Teilnehmenden keinen Zugriff auf entsprechende Materialien hatten (Tabelle 4).

Hypothese 4 sagt aus, dass erfahrenen Untersuchenden häufiger und andere Materialien zur Befunddokumentation und Spurensicherung zur Verfügung stehen als unerfahrenen.

Tabelle 4: Das Vorhandensein von Materialien für eine Befunddokumentation (Mehrfachnennungen möglich).

		Unerfahrene (n = 38) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Erfahrene (n = 56) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Gesamt (n = 94) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Statistik
Vorhandensein von Materialien zur Spurensicherung		12 (31,6%)	14 (25,0%)	26 (27,7%)	$\chi^2(1) = 0,216$ $p = 0,642$
Spezifizierung der Materialien					
Digitalkamera		9 (23,7%)	14 (25,0%)	23 (24,5%)	Exakter Test nach Fisher $p = 0,085$
Dokumentationsbögen		8 (21,1%)	8 (14,3%)	16 (17,0%)	Exakter Test nach Fisher $p = 0,701$
Körperschemata		5 (13,2%)	7 (12,5%)	12 (12,8%)	$\chi^2(1) = 0,001$ $p = 0,976$
Abstrichtupfer		10 (26,3%)	12 (21,4%)	22 (23,4%)	Exakter Test nach Fisher $p = 1,0$
Untersuchungskit		2 (5,3%)	7 (12,5%)	9 (9,6%)	Exakter Test nach Fisher $p = 0,110$

Der Chi²-Test zeigte eine Unabhängigkeit vom Materialienzugriff und der Erfahrung des Untersuchenden ($\chi^2(1) = 0,216$ $p = 0,642$).

Der Chi²-Test zeigte ebenfalls eine Unabhängigkeit von der Anzahl der verwendeten hier zur Auswahl stehenden Materialien und der Erfahrung der Untersuchenden ($\chi^2(4) = 9,186$ $p = 0,057$).

Die Analysen mittels spezifischem Chi²-Tests beziehungsweise exaktem Test nach Fisher wiesen ebenfalls darauf hin, dass die Nutzung bestimmter Materialien unabhängig von der Erfahrung der Untersuchenden war (Tabelle 4), sodass Hypothese 4 verworfen wurde.

4.1.8 Gerichtsfeste Lagerung

Daneben zeigte sich, dass 58,5% ($n = 55$) aller Untersuchenden angaben, keine Möglichkeit zu haben, Spuren gerichtsverwertbar zu lagern bzw. diese an ein Institut für Rechtsmedizin zu senden. Von den erfahrenen Untersuchenden hatten 41,1% ($n = 23$) die Möglichkeit, eine gerichtsfeste Lagerung von Spuren zu veranlassen, von den unerfahrenen waren es 42,1% ($n = 16$).

4.1.9 Fortbildungen

Es zeigte sich, dass 19,1% ($n = 18$) aller Teilnehmenden Fortbildungen zum Umgang mit Gewaltbetroffenen besuchten. Von 80,9% ($n = 76$) der Teilnehmenden wurde die Frage verneint. Innerhalb der Gruppe der unerfahrenen Untersuchenden nahmen 15,8% ($n = 6$) an Fortbildungen teil, innerhalb der Gruppe der erfahrenen Untersuchenden waren dies 21,4% ($n = 12$).

Hypothese 5 sagt aus, dass erfahrene Untersuchende häufiger an Fortbildungsveranstaltungen zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen teilnehmen als unerfahrene Untersuchende.

Innerhalb der Gruppe der Fortbildungsteilnehmenden gab es keine signifikante Mehrheit von erfahrenen oder unerfahrenen Untersuchenden ($\chi^2(1) = 0,172$ $p = 0,678$). Somit wurde Hypothese 5 verworfen.

Die angegebenen Gründe für die fehlende Teilnahme an Fortbildungen ließen sich in strukturelle und persönliche Gründe einteilen. Die strukturellen Gründe bezogen sich meist auf das Fortbildungsangebot, das als „zu gering“ oder fehlend („bisher kein Angebot gesehen“) eingeschätzt wurde. Ebenfalls wurde auf der strukturellen Ebene die nicht ausreichende zeitliche und finanzielle Kapazität angesprochen. Auch die Rahmenbedingungen wurden als Gründe angebracht. In diesem Zusammenhang schlug eine teilnehmende Person vor,

rechtsmedizinische Inhalte in andere Fortbildungsblöcke zu integrieren [„zu selten, wäre ggf. i.R. Kongress zu anderem Thema interessant (DINGA; Innere Medizin o.ä.)“].

Als persönlicher Grund zeigte sich vor allem die fehlende Relevanz des Themas („eher weniger Kontakt mit Gewaltopfern“). Daneben waren Desinteresse („kein Interesse“), aber auch das nicht vorhandene Bewusstsein für die Thematik relevant („Thema nicht "auf dem Schirm"“).

Im Gruppenvergleich zeigte sich deskriptiv ein stärkerer Fokus der erfahrenen Untersuchenden auf den strukturellen Themen und der unerfahrenen Untersuchenden auf den persönlichen Themen (Tabelle 5).

Anhang E zeigt eine genaue Aufschlüsselung der hier zusammengefassten Angaben.

*Tabelle 5: Anzahl der Fortbildungen bei untersuchenden Ärzt*innen und quantitative Differenzierung der Begründungen bei fehlender Fortbildung (Mehrfachnennungen möglich).*

	Unerfahrene (n = 38) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Erfahrene (n = 56) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Gesamt (n = 94) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe
Anzahl der Fortbildungsteilnehmenden	6 (15,8%)	12 (21,4%)	18 (19,1%)
Häufigkeit der Fortbildungen			
>1/ Jahr	1 (2,6%)	5 (8,9%)	6 (6,4%)
1/ Jahr	2 (5,3%)	2 (3,6%)	4 (4,3%)
<1/ Jahr	1 (2,6%)	1 (1,8%)	2 (2,1%)
Keine Konkretisierung	3 (7,9%)	4 (7,1%)	7 (7,4%)

Gründe der Nicht-Teilnahme an Fortbildungen

Strukturelle Faktoren			
Angebot	10 (26,3%)	21 (37,5%)	31 (33,0%)
Kapazität	1 (2,6%)	10 (17,9%)	11 (11,7%)
Rahmenbedingung	0 (0,0%)	2 (3,6%)	2 (2,1%)
Strukturelle Faktoren gesamt	11 (28,9%)	33 (58,9%)	44 (46,8%)

Persönliche Faktoren

Relevanz	15 (39,5%)	15 (26,8%)	30 (31,9%)
Interesse	3 (7,9%)	1 (1,8%)	4 (4,3%)

Bewusstsein		4 (10,5%)	2 (3,6%)	6 (6,4%)
Persönliche Faktoren		22 (57,9%)	18 (32,1%)	40 (42,6%)
gesamt				

4.1.10 Subjektive Sicherheit in der Befunddokumentation

Die teilnehmenden Ärzt*innen gaben auf einer Skala von 1 (unsicher) bis 10 (sehr sicher) bei der Durchführung einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung eine Sicherheit von im Durchschnitt $M = 3,26$ an.

Hypothese 6 besagt, dass sich erfahrene Untersuchende in der Dokumentation sicherer fühlen als unerfahrene.

Die Differenz der durchschnittlichen Sicherheit von unerfahrenen Untersuchenden ($M = 1,92$; $SD = 1,50$) und erfahrenen Untersuchenden ($M = 4,16$; $SD = 2,30$) war signifikant ($t(91,87) = -5,72$, $p < 0,001$). Die Effektstärke war sehr groß ($d = 2,02$) und lag in der erwarteten Richtung, sodass Hypothese 6 beibehalten wurde.

Die allgemein formulierte Frage, ob Unsicherheiten bei der Versorgung der gewaltbetroffenen Personen bestehen, bejahten 55,3% ($n = 52$) aller Teilnehmenden. Ein Anteil von 57,9% ($n = 22$) der unerfahrenen Untersuchenden beziehungsweise von 53,6% ($n = 30$) der erfahrenen Untersuchenden stimmte diesbezüglich zu.

Als häufigste Unsicherheit wurde von den teilnehmenden Ärzt*innen die gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation angegeben (41,5%, $n = 39$). Über ein Drittel der Befragten gab Unsicherheiten bei der Spurensicherung an (38,3%, $n = 36$). Von jeweils etwa einem Viertel der Befragten wurden rechtliche Aspekte (27,0%, $n = 25$) und das Ansprechen des Verdachtes (23,4%, $n = 22$) als Unsicherheiten angegeben (Tabelle 6).

Hypothese 7 sagt aus, dass erfahrene und unerfahrene Untersuchende unterschiedliche Unsicherheiten hinsichtlich der gerichtsverwertbaren Befundsicherung angeben.

Tabelle 6: Mit Unsicherheit bewertete Bereiche in der Versorgung Gewaltbetroffener

Auswahlmöglichkeit der Unsicherheit (Multiple Choice)	Unerfahrene (n = 38) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Erfahrene (n = 56) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Gesamt (n = 94) absolute Häufigkeit mit Prozentangabe	Statistik
Ansprechen des Verdachtes	11 (28,9%)	11 (19,6%)	22 (23,4%)	$\chi^2(1) = 0,162$ $p = 0,687$
Erkennen von Verletzungen als Gewaltfolgen	14 (36,8%)	14 (25,0%)	28 (30,0%)	$\chi^2(1) = 0,335$ $p = 0,363$
Dokumentation von Verletzungen*	13 (34,2%)	26 (46,4%)	39 (41,5%)	$\chi^2(1) = 5,493$ $p = 0,019$
Sicherung von Spuren	14 (36,8%)	22 (39,3%)	36 (38,3%)	$\chi^2(1) = 0,759$ $p = 0,384$
Rechtliche Aspekte wie z.B. Schweigepflicht, vor Gericht	10 (26,3%)	15 (26,8%)	25 (27,0%)	$\chi^2(1) = 0,131$ $p = 0,737$
Psychologischer Umgang mit Betroffenen	10 (26,3%)	6 (10,7%)	16 (17,0%)	$\chi^2(1) = 2,053$ $p = 0,152$
Kommunikation mit Betroffenen	10 (26,3%)	7 (12,5%)	17 (18,1%)	$\chi^2(1) = 1,315$ $p = 0,252$
Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen (z.B. Frauenhaus, Beratungseinrichtungen)	8 (21,1%)	10 (17,9%)	18 (19,1%)	$\chi^2 = 0,000$ $p = 1,000$
Sonstige	3 (7,9%)	3 (5,4%)	6 (6,4%)	Exakter Test nach Fisher $p = 1,000$

*signifikant

Hypothese 7 wurde lediglich im Hinblick auf die subjektive Sicherheit betreffend die Durchführung einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation verworfen ($\chi^2 = 5,493$, $p = 0,019$), die Effektstärke war substantiell ($\Phi = 0,361$, $p = 0,008$). Die erfahrenen Untersuchenden gaben hier signifikant häufiger Unsicherheiten an. Somit konnte Hypothese 7 weitestgehend abgelehnt werden.

Im Freitext in der Rubrik „Sonstige“ (Anhang F) wurden von beiden Gruppen das Erkennen und der Umgang mit Betroffenen von Gewalt als Unsicherheiten genannt. Auch wurde in der Gruppe der Erfahrenen angegeben, es sei unklar, wann die Rechtsmedizin hinzuzuziehen sei. Unerfahrene Untersuchende gaben zudem an, unsicher zu sein, wie sie adäquat mit der Bezugsperson einer potenziell von Gewalt betroffenen Person umgehen sollen. Dies betraf insbesondere die Frage nach einer Separierung der beiden Personen, um mit der betroffenen Person allein zu sprechen.

4.1.11 Bedeutung der ärztlichen Befunddokumentation

Die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation bei der Untersuchung von Gewaltbetroffenen wurde am häufigsten der medizinischen Versorgung zugeschrieben (95,7%, n = 90). 85,1% (n = 80) der Befragten sahen die ärztliche Befunddokumentation als potenzielles Beweismittel in einem Strafverfahren an. Dass die ärztliche Dokumentation zudem Grundlage von Sachverständigengutachten sein bzw. werden kann, wurde von 79,8% (n = 75) der Befragten angegeben (Tabelle 7). Die Zitate der Rubrik „Sonstige“ werden in Anhang G gezeigt.

Hypothese 8 besagt, dass sich die Gruppen darin unterscheiden, welche Bedeutung sie der ärztlichen Dokumentation zuordnen.

Tabelle 7: Erfahrung der Untersuchenden und Bedeutung der ärztlichen Befunddokumentation.

Auswahlmöglichkeit der Bedeutung (Multiple Choice)	Unerfahrene (n = 38) absolute Häufigkeit (%)	Erfahrene (n = 56) absolute Häufigkeit (%)	Gesamt (n = 94) absolute Häufigkeit (%)	Statistik
Dokumentation der medizinischen Versorgung	37 (97,4%)	53 (94,6%)	90 (95,7%)	Exakter Test nach Fisher p = 0,645
Beweismittel im Strafverfahren	31 (81,6%)	49 (87,7%)	80 (85,1%)	$\chi^2(1) = 0,246$ p = 0,620
Grundlage von Sachverständigen-gutachten	30 (78,9%)	45 (80,4%)	75 (79,8%)	$\chi^2(1) = 0,000$ p = 1,000
Sonstige	4 (10,5%)	6 (10,7%)	10 (10,6%)	Exakter Test nach Fischer p = 1,000

Statistisch zeigte sich in keiner Auswahlmöglichkeit eine Abhängigkeit von der Erfahrung des Untersuchenden, somit wurde Hypothese 8 verworfen.

Zudem wurde als sonstige Bedeutung in beiden Gruppen eine psychische Unterstützung („seelische Unterstützung“) für eine von Gewalt betroffene Person angegeben. Auch hinsichtlich einer Prognose betreffend Spätfolgen nach der Gewalterfahrung wurde in der Gruppe der Unerfahrenen eine Relevanz gesehen. In der Gruppe der Erfahrenen wurde zudem die Bedeutung bei Sorgerechtsfragen („Entscheidungsgrundlage für einstweilige Verfügungen des Jugendamtes wie Inobhutnahmen etc.“) genannt.

4.1.12 Rechtsmedizinische Beratung

In beiden Gruppen bestand der Wunsch nach rechtsmedizinischer (Telefon-)Beratung (87,2%, $n = 82$). Von den erfahrenen Untersuchenden gaben dies 82,1% ($n = 46$) an, von den unerfahrenen 94,7% ($n = 36$).

Hypothese 9 besagt, dass eine rechtsmedizinische Beratung wie beispielsweise eine Telefon-Hotline von der Gruppe der Unerfahrenen mehr gewünscht wird.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Wunsches nach rechtsmedizinischer (Telefon-)Beratung ($\chi^2(1) = 2,19$; $p = 0,139$). Damit wurde Hypothese 9 verworfen.

4.1.13 Unterstützungsbedarf

Insgesamt gaben 62,8% ($n = 59$) der Teilnehmenden an, sich Unterstützung in ihrer ärztlichen Tätigkeit bei der Untersuchung von Gewaltbetroffenen zu wünschen. Der Anteil innerhalb der unerfahrenen Untersuchenden zeigte sich mit 65,8% ($n = 25$) und innerhalb der erfahrenen Untersuchenden mit 60,7% ($n = 34$).

Hypothese 10 besagt, dass in der Gruppe der Unerfahrenen weniger Unterstützungsbedarf besteht als in der Gruppe der Erfahrenen.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs zwischen den Gruppen ($\chi^2(1) = 0,08$; $p = 0,778$). Hypothese 10 wurde somit verworfen.

In der Spezifizierung der Unterstützung im Freitext wurden inhaltliche Aspekte als auch Rahmenbedingungen angegeben (Anhang H).

Inhaltlich wurde häufiger Unterstützung in der „Dokumentation“ und „Spurensicherung“ gewünscht. Aber auch der Ablauf der Untersuchung und die zuständigen Ansprechpartner („welche Aufgaben in den ärztlichen Bereich fallen, welche ich eher der Rechtsmedizin/Polizei überlasse“) schienen unklar. Ferner wurde eine Definition der Zuständigkeitsbereiche gewünscht, von wem wurde nicht konkretisiert. Daneben beschrieben vier Teilnehmende Unterstützungsbedarf im psychologischen Umgang und in der Kommunikation mit Gewaltbetroffenen („Deeskalation“). Besonders von Seiten der erfahrenen Untersuchenden wurde die Frage nach sinnvollen Ansprechpartnern gestellt, die Unterstützung bieten können („gut geschulte Anlaufstelle“).

Die Rahmenbedingungen, wie eine inhaltliche Wissensvermittlung aussehen könnte, wurden vor allem in Form von Fortbildungen und einer Beratung im Akutfall (24 h) vorgeschlagen. Zudem wurde eine Verfügbarkeit von Dokumentationshilfen zum Beispiel in Form einer „Checkliste“ vorgeschlagen. In der Gruppe der Erfahrenen wurde zusätzlich der Faktor „Zeit“ genannt.

4.2 Studierende in der Theorie

4.2.1 Die genutzten Formate der eingereichten Hausaufgabe

Bei der Beantwortung der Hausaufgabe nutzten die Studierenden (n = 190) mit einem Anteil von 92,6% (n = 176) das von der Rechtsmedizin bereitgestellte portable Dokumentenformat (PDF). 52,3% (n = 100) der Studierenden nutzten beim Ausfüllen die Computertastatur, 17,9% (n = 34) füllten das Dokument digital handschriftlich aus. 22,1% (n = 42) druckten das Dokument aus, bearbeiteten es handschriftlich und schickten es als Scan im PD-Format zurück. Deutlich weniger Studierende schickten die Hausaufgabe beziehungsweise einen Teil ohne die PDF-Vorlage zurück: Ein Anteil von 8,4% (n = 16) benutzte einen freien Text gespeichert im PDF, ein Anteil von 11,1% (n = 21) schickte diesen im Word-Format und 1,6% (n = 3) der Studierenden im jpg-Format.

4.2.2 Dokumentation der Verletzungen

Bei sieben der neun Hautverletzungen gaben jeweils über 90% (n = 171) der Studierenden die geforderten Kriterien (Verletzungsart, Lokalisation, Maße und – im Falle eines Hämatoms - auch die Farbe) korrekt an: Die Verletzungen beinhalteten Hautabschürfungen an der Augenbraue, dem Jochbein, der linken Schulter, dem linken Ellenbogen sowie Hämatome an der Innenseite des rechten Arms und an der rechten Oberschenkelinnenseite. Bei dem Hämatom des rechten Arms wurde zusätzlich die Form der Hämatome in Form von drei rund

geformten nebeneinanderstehenden Hautunterblutungen von 72,1% der Studierenden (n = 137) beschrieben.

Zwei der neun Hautverletzungen wurden hinsichtlich der folgenden Kriterien von weniger als 90% (n = 171) der Studierenden korrekt abgebildet: Ein Hämatom am Hals wurde hinsichtlich der Verletzungsart von 87,8% (n = 167) der Studierenden korrekt eingeordnet und die Farbe des Hämatoms von 78,9% (n = 150) richtig beschrieben. Eine Hautabschürfung an der rechten Oberschenkelinnenseite wurde in der Verletzungsart von 46,8% (n = 89), in der Lokalisation von 70% (n = 133) und hinsichtlich der Maße von 61,1% (n = 116) der Studierenden korrekt erkannt. Hier wurden vermehrt falsche Beschreibungen aufgeführt. Statt Hautabschürfung wurden beispielsweise „Risswunde“, „Hautquetschungen“ und „Hauteinschnitte“ genannt. Tabelle 8 zeigt die korrekten Angaben der Studierenden in absoluter Häufigkeit und Prozentangabe.

Tabelle 8: Korrekte Angaben der Kriterien bei der Verletzungsdokumentation (n = 190).

Körperteil (Verletzungsart)	Art	Lokali- sation	Maße	Farbe	Form	Zusatz- information
Augenbraue (Hautabschürfung)	184 (96,8%)	189 (99,5%)	188 (99%)	-	-	31 (16,3%)
Jochbein (Hautabschürfung)	188 (98,9%)	190 (100%)	186 (98%)	-	-	39 (20,5%)
Hals (Hämatom)	167 (87,9%)	189 (99,5%)	189 (99,5%)	150 (78,9%)	-	103 (54,2%)
Rechter Arm (Hämatom)	184 (96,8%)	190 (100%)	188 (99%)	181 (95,3%)	137 (72%)	7 (3,7%)
Linke Schulter (Hautabschürfung)	187 (98,2%)	189 (99,5%)	190 (100%)	-	-	54 (28,4%)
Linker Ellenbogen (Hautabschürfung)	184 (96,8%)	187 (98,2%)	186 (98%)	-	-	69 (36,3%)
Rechte Oberschenkelinnen- seite (Hämatom)	184 (96,8%)	185 (97,4%)	181 (97%)	174 (91,6%)	-	-
Rechte Oberschenkelinnensei- te (Hautabschürfung)	89 (46,8%)	133 (70,0%)	116 (61%)	-	-	1 (0,5%)
Rechte Oberschenkelinnensei- te (Hämatom)	189 (99,5%)	187 (98,2%)	189 (99,5%)	185 (97,4%)	-	-

4.2.3 Weiterführende Untersuchungen

Weitergehend gaben die Studierenden an, welche weiteren Untersuchungen durchzuführen seien. Im Hinblick auf die Spurensicherung wurden entsprechend Abriebe und Abstriche der Genitalregion mit über 90% (n = 171) fallbezogen sinnvoll ausgewählt: In diesem Kontext wurden die Durchführung von Abstrichen des äußeren Genitales (91,1%, n = 173), des Introitus (97,4%, n = 185) und der Vagina (97,9%, n = 186) genannt. Die im vorgestellten Fall ebenfalls sinnvollen Abstriche von Analring und Rektum wurden von 64,2% (Analring, n = 122) bzw. 42,1% (Rektum, n = 90) der Studierenden angegeben. Außerdem wurde die Asservierung der Kleidung in 77,8% (n = 148) der Hausaufgaben korrekt benannt. Als weitere zusätzlich sinnvolle Maßnahme der Spurensicherung wurden Abriebe der Halshaut von 48,9% (n = 93) der Studierenden korrekt in der Hausaufgabe beschrieben.

Die überwiegende Mehrheit der Studierenden gab zudem die Asservierung von Blut- und Urinproben als fallbezogene sinnvolle Maßnahme an (Blut 98,9%, n = 188, Urin 95,8%, n = 182).

Hinsichtlich weiterführender Maßnahmen wurde einer Infektionsprophylaxe in 99,5% (n = 188) und einer postkoitalen Empfängnisverhütung in 99,5% (n = 189) der Hausaufgaben richtigerweise zugestimmt. 44,7% (n = 85) der Studierenden gaben darüber hinaus richtigerweise an, die Schutzbedürftigkeit der Betroffenen abzuklären und 83,2% (n = 158) wählten die Vermittlung an eine Beratungsstelle korrekterweise aus. An spezifischen weiterführenden Hilfs- und Beratungsangeboten (z. B. das bundesweite Hilfetelefon, „WEISSER RING, Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsopfern und zur Verhütung von Straftaten e. V.“, Selbsthilfegruppen) wurden in 13,7% (n = 26) der Hausaufgaben richtigerweise benannt. Eine Überweisung an andere Fachbereiche, wie zum Beispiel die Gynäkologie, wählten 67,2% (n = 132) der Studierenden als richtige Maßnahme aus, auch wenn diese durch die Abstriche relativiert wird. Zudem gaben 2,6% (n = 5) der Studierenden bei Bedarf das Verweisen an die Polizei an.

4.2.4 Beurteilung der Ausführungen der Patientin

Die Hautabschürfungen, die sich an typischen stoß- und sturzexponierten Körperstellen befanden, wurden von 75,3% (n = 143) der Studierenden korrekt mit einem möglichen Sturzgeschehen in Verbindung gebracht. Das Hämatom am Hals wurde von 41,6% (n = 79) richtigerweise mit einem Saugen oder einem „Knutschfleck“ assoziiert. Hier nicht korrekt genannte Interpretationen waren „Würgen“ (15,8%, n = 30) und „Biss“ (3,2%, n = 6). Die Verletzungen an Arm und Bein wurden von 50% (rechter Arm, n = 95) und 39,5% (rechte Oberschenkelinnenseite, n = 75) richtigerweise als Griffspuren interpretiert. Das Hämatom der rechten Oberschenkelaußenseite wurde aufgrund der Farbe von 76,3% (n = 145) der

Studierenden als mehrere Tage altes Hämatom korrekt identifiziert. Die Befunde der Anogenitalinspektion wurden von 43,7% (n = 83) aufgegriffen und in den richtigen Kontext gebracht. Dieser beinhaltete die Beschreibung einer Rötung, aber keiner weiteren Interpretation im Sinne eines Beweises einer Vergewaltigung.

5 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die medizinisch-forensische Versorgung von Gewaltbetroffenen in Rheinland-Pfalz zu untersuchen. Hierzu wurden Ärzt*innen zur Versorgung von Gewaltbetroffenen befragt. Medizinstudierende beschrieben den theoretischen Umgang mit einer von Gewalt betroffenen Person. Die Ergebnisse dieser Studie repräsentieren, wie Ärzt*innen ihren Umgang mit Gewaltbetroffenen hinsichtlich der Durchführbarkeit und Kompetenz in forensischer Dokumentation einschätzen, welche Herausforderungen bei der Untersuchung und gerichtsverwertbaren Befundssicherung bestehen und wie Medizinstudierende eine gerichtsverwertbare Befunddokumentation und Spurensicherung durchführen würden.

5.1 Ärzt*innen in der klinischen Praxis

5.1.1 Stichprobe

Es wurden Ärzt*innen aus Rheinland-Pfalz zu forensischer Dokumentation befragt. Von den an der Umfrage Teilnehmenden hatten 40,4% nach eigenen Angaben bisher keine und 59,6% mindestens eine Befunddokumentation einer (potenziell) von Gewalt betroffenen Person durchgeführt. Dies bedeutet, dass mehr als jede dritte befragte Person bisher keine von Gewalt betroffene Person untersucht hat. Ein Anteil von 72,3% der Befragten waren Fach-, Ober- oder Chefärzt*innen, hatten also Positionen inne, die eine mehrjährige Berufserfahrung erfordern. Daher wäre insgesamt zu erwarten gewesen, dass ein höherer Anteil an Untersuchungen vorliegt. Da über ein Drittel der Frauen in Deutschland körperliche Gewalt erfährt (20) und über die Hälfte von diesen im Rahmen gesundheitlicher Probleme nach einer Gewalterfahrung medizinische Hilfe aufsucht (65), ist anzunehmen, dass Gewaltbetroffene oft nicht als solche erkannt werden, wie vorangegangene Studien bestätigen (29, 66, 67).

Unterstützt wird diese Annahme von der Vermutung, dass der Anteil der Teilnehmenden, der mindestens eine Befunddokumentation bei Gewaltbetroffenen durchgeführt hat, hier eher als hoch gegenüber der Gesamtheit aller Ärzt*innen in Rheinland-Pfalz einzuschätzen ist: Diese Studie stellt keine repräsentative Studie aller Ärzt*innen dar, sondern basierte auf der Teilnahmebereitschaft der Ärzt*innen. Der dadurch entstandene Selektionsbias lässt

vermuten, dass Ärzt*innen, die bereits Kontakt mit dem Thema hatten, sich von der Umfrage eher angesprochen fühlten und eher an dieser teilnahmen.

Bemerkenswert in diesem Kontext ist, dass der größte Anteil der Teilnehmenden durch den Fachbereich der Allgemeinmedizin repräsentiert wurde. Dies kann dadurch begründet sein, dass die Umfrage durch den Berufsverband der Allgemeinmedizin verbreitet wurde und für die anderen Fachrichtungen auf die Weiterleitung der Umfrage in Klinikverteilern zurückgegriffen werden musste. Gleichzeitig ist der Fachbereich, der in der Literatur am häufigsten mit einem Kontakt zu Gewaltbetroffenen assoziiert wird, die Unfallchirurgie (19). In dieser Studie nahmen Unfallchirurg*innen lediglich einen Anteil von 2% der Teilnehmenden ein, obwohl die Unfallchirurgie in den kontaktierten Kliniken am häufigsten vertreten war. Gleichzeitig haben Gewaltbetroffene in jedem Fachbereich eine Relevanz und können unterschiedliche Symptome zeigen (20).

Der geringe Anteil von Ärzt*innen, der bereits Erfahrung in der Befunddokumentation bei Gewaltbetroffenen vorweist, deutet darauf hin, dass von Ärzt*innen insgesamt zu wenig Gewaltbetroffene erkannt werden. Darauf aufbauend stellt sich die Frage, wie das Erkennen einer Gewalterfahrung gesteigert werden kann.

Um ein Erkennen von Gewaltbetroffenen in allen Fachbereichen und allen medizinischen Einrichtungen zu stärken, ist das Verwenden von Screeningfragen möglich. Eine US-amerikanische Studie über häusliche Gewalt zeigte, dass Ärzt*innen im Median bei 10% aller von ihnen behandelten Frauen Screeningfragen hinsichtlich Gewalterfahrungen einsetzten. Es wurde deutlich, dass die Screeningrate abhängig vom Fachbereich war: Gynäkolog*innen verwendeten häufiger Screeningfragen als Ärzt*innen in der Notaufnahme (66).

Eine Befürwortung von Screeningfragen in der Notaufnahme lässt eine Studie aus dem Jahr 1989 erkennen: Hier konnte gezeigt werden, dass der Anteil von Frauen, die von Gewalterfahrungen berichteten, in der Notaufnahme durch die gezielte Abfrage dieser Gewalterfahrungen von 6% auf 30% anstieg (67). Hier wurden die demografisch ausgerichteten Prävalenzen von FRA (5) bestätigt und der höchste Prozentsatz häuslicher Gewalt bei 18- bis 30-Jährigen gefunden. Die Frauen, die Gewalterfahrungen bejahten, reagierten erleichtert auf die direkte Frage nach Gewalt, während sich die übrigen Frauen von dieser nicht gestört fühlten (67). Andere Studien relativierten die positive Einstellung dieser Studie zu Screeningfragen und betonten bestimmte Faktoren, die die Akzeptanz eines Screenings erhöhen. Diese sind eine sichere und vertrauliche Umgebung, die Angabe eines Grundes für die Frage und dass die Befragten nicht unter Druck gesetzt werden, ihre Personalien preiszugeben (68). Wichtig ist auch, dass Hürden in der Versorgung Gewaltbetroffener, die Mitarbeitende des Gesundheitssystems empfinden, identifiziert werden und Lösungen dafür geschaffen werden. Außerdem ist bei Sprachbarrieren eine Übersetzung durch eine neutrale Person essenziell (69).

Die Sinnhaftigkeit eines Routine-Screenings ist noch nicht abschließend geklärt, wird aber empfohlen, wenn der weitere Umgang mit Gewaltbetroffenen zuvor z. B. durch die Rechtsmedizin geschult wurde (27, 70).

In der hier vorliegenden Studie wurden im Weiteren in der Untersuchung von Gewaltbetroffenen erfahrene und unerfahrene Ärzt*innen miteinander verglichen. Es muss hinzugefügt werden, dass Erfahrung in der vorliegenden Studie keine profunde Erfahrung darstellt, sondern bereits ab einer durchgeführten Untersuchung mit gerichtsverwertbarer Befundssicherung als solche definiert wurde. Dies war darin begründet, dass Befunddokumentationen eher selten durchgeführt werden und eine statistisch auswertbare Gruppe in dieser Definition gefunden werden konnte. Eine valide Erfahrung ist damit selbst bei den erfahrenen Untersuchenden nicht gegeben.

Die Studie zeigte, dass in der Untersuchung von Gewaltbetroffenen erfahrene und unerfahrene Ärzt*innen gleichermaßen in Kliniken und Praxen arbeiten. Dies stellt heraus, dass das Wissen über eine gerichtsverwertbare Dokumentation an beiden Orten relevant ist.

Geografisch zeigte sich, dass Untersuchende mit mehr Erfahrung häufiger in ländlichen Regionen als in städtischen Gebieten arbeiten. Hier könnte ein möglicher Grund darin liegen, dass in Mainz das Institut für Rechtsmedizin mit der Ambulanz für Gewaltbetroffene erreichbar ist, während für die Peripherie ein längerer Anfahrtsweg vorliegt. Auch könnten in ländlichen Regionen niedergelassene Ärzt*innen ein stärkeres Vertrauensverhältnis genießen, sodass sich Betroffene hinsichtlich ihrer Gewalterfahrung eher öffnen.

5.1.2 Die gerichtsverwertbare Dokumentation im ärztlichen Alltag

Knapp ein Drittel der Teilnehmenden gab an, im Arbeitsalltag keine Untersuchungen von Gewaltbetroffenen mit gerichtsverwertbarer Befundssicherung durchzuführen. Wiederum nur ein Zehntel der befragten Ärzt*innen gab im weiteren Verlauf der Umfrage an, keine forensisch relevanten Maßnahmen neben der medizinischen Versorgung zu ergreifen.

Die Diskrepanz dieser Zahlen kann darin begründet sein, dass ein Teil der teilnehmenden Ärzt*innen neben der medizinischen Versorgung zwar keine Befunddokumentation durchführt, aber andere Maßnahmen wie eine Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen vornimmt oder Informationen an die Polizei oder das Jugendamt weitergibt.

Da 40,4% der Teilnehmenden nach der vorherigen Angabe bisher keine gerichtsverwertbare Befundssicherung durchgeführt haben, lässt sich außerdem vermuten, dass ein Teil dieser Gruppe die gerichtsverwertbare Befundssicherung als mögliche Aufgabe in ihrem Alltag sieht und die Durchführung von forensisch relevanten Maßnahmen neben der medizinischen Versorgung grundsätzlich bejaht, wenn es als angebracht eingeordnet wird. Da diese Studie auf Angaben der Ärzt*innen basierte, ist aber die Anzahl derer, die in der Realität Maßnahmen

ergreifen, eher niedriger einzuordnen, da Befragte dazu tendieren, sozial erwünscht zu antworten (71).

Die befragten Ärzt*innen gaben an, dass die Untersuchungen häufiger niederschwellig (ohne Anzeige) als durch eine Ermittlungsbehörde beauftragt durchgeführt werden. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als dass bei einer durch rechtliche Schritte initiierten körperlichen Untersuchung zwecks Befundsicherung eher die Rechtsmedizin beauftragt wird oder die Polizei auf bekannte und in der Untersuchung von Gewaltbetroffenen erfahrene Anlaufstellen zurückgreift (44). Der Umgang mit der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung richtet sich bei Vorliegen einer Strafanzeige nach dem Auftrag der Ermittlungsbehörden/ Gerichte. Bei niederschweligen Untersuchungen liegt die Verantwortung für die Gestaltung einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung bei den untersuchenden Ärzt*innen. Einheitliche Standards sind stets essenziell, um eine qualitativ hochwertige und rechtlich verwertbare Befundsicherung zu gewährleisten.

Zur Frage, welche Bedeutung der ärztlichen Dokumentation bei der Versorgung von Gewaltbetroffenen zuzuordnen ist, wurde von 95,7% der befragten Ärzt*innen die Dokumentation der medizinischen Versorgung genannt. Auch wenn der überwiegende Teil der Befragten angab, dass die Dokumentationen zudem Bestandteil eines Strafverfahrens sein können (85,1%) und als Grundlage für die Erstellung von Sachverständigengutachten dienen (79,8%), fällt doch deutlich auf, dass von 14,9% beziehungsweise 20,2% der Teilnehmenden diesen Einordnungen keine Bedeutung zugemessen wird. Die Aufklärung über die Relevanz der gerichtsverwertbaren Befundsicherung in Strafverfahren sollte im Medizinstudium ein fester Bestandteil sein und liegt zum Beispiel im Fach der Rechtsmedizin (35).

5.1.3 Der Status quo der medizinisch-forensischen Befundsicherung

Im Umgang mit Gewaltbetroffenen wurde als konkrete forensisch relevante Maßnahme am häufigsten die schriftliche Verletzungsdokumentation (81,9% der Teilnehmenden) angegeben. Einen Vergleich zu bayerischen Kliniken lässt die Studie von Mützel et al. (2014) bedingt zu: Hier zeigte sich, dass in deutlich weniger bayerischen Kliniken eine vom Krankenhaus festgelegte, standardisierte schriftliche Dokumentation stattfand (45,7%), eine Dokumentation ohne Standardisierung wurde hier allerdings nicht angegeben (52). In der vorliegenden Studie gab ein Drittel der teilnehmenden Ärzt*innen an, dass sie die Verletzungen zwecks Dokumentation in ein Körperschema einzeichnen. Diese Diskrepanz entspricht vorangegangenen Beobachtungen (27), die jedoch teilweise eine noch geringere Nutzung von Körperschemata in der Praxis feststellen konnten (50). Zwei Drittel der Befragten gaben an, eine Fotodokumentation durchzuführen. Die Literatur und vorangegangene Studien berichten ähnliche Ergebnisse (49, 52).

Ungefähr die Hälfte der Teilnehmenden gab an, bei Untersuchungen von Gewaltbetroffenen Blut- und/ oder Urinproben zu entnehmen. Eine Spurensicherung wurde dagegen nur von 8,5% der Ärzt*innen bei entsprechender Sinnhaftigkeit (je nach Körperreinigung, Tatablauf und Zeitfenster) durchgeführt. Obwohl bei beiden Vorgängen (Spurensicherung und Blut-/ Urinproben) eine Analyse biologischen Materials erfolgt, ist die Entnahme von Blut- und Urinproben im medizinischen Alltag als gängige Methode etabliert, während eine Spurensicherung abseits eines forensischen Hintergrundes nicht vorkommt. Zudem sind gegebenenfalls keine speziellen DNA-freien Tupfer vorhanden, da diese in der klinischen Diagnostik nicht verwendet werden. Dies könnte eine Erklärung für die Ergebnisse sein, gleichwohl der Anteil der Durchführung von Spurensicherungen in bayerischen Kliniken höher ist (52).

In Rheinland-Pfalz werden eine schriftliche Verletzungsdokumentation und vor allen weiterführende Maßnahmen wie das Anfertigen von Fotografien und eine Spurensicherung zu selten durchgeführt. Schulungen können die medizinisch-forensischen Befundsicherung anleiten und den Einsatz dieser steigern.

Etwas über die Hälfte der teilnehmenden Ärzt*innen gab an, Betroffene an Unterstützungseinrichtungen weiterzuvermitteln (55,3%) beziehungsweise das Jugendamt oder die Polizei einzubeziehen (53,2%). Eine Weitervermittlung wurde nicht nur allgemein in den Multiple-Choice-Fragen im Fragebogen bejaht, sondern in einer freiwilligen Freitextangabe differenzierter niedergeschrieben („da ich keinerlei Erfahrung mit einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation habe, würde ich die betroffene Person direkt weitervermitteln an eine Stelle, die das kann!“, „Weitergabe der Informationen an das Kinderschutzteam in domo“, Opferhilfe, weißer Ring“). Dies lässt auf eine höhere Validität der Angabe von Weitervermittlungen schließen. Eine Weitervermittlung ist demzufolge präsenter als in der Studie von Jungbluth et al., bei der bei retrospektiver Betrachtung von Untersuchungen von Gewaltbetroffenen in einer Notaufnahme nie über weitervermittelnde Angebote informiert wurde (50). In den Freitextangaben der vorliegenden Studie wurde lediglich von 4,3% der Teilnehmenden die Kontaktaufnahme mit der Rechtsmedizin genannt. Dies ist mit der Annahme, dass der medizinischen Öffentlichkeit die klinische Rechtsmedizin weitgehend unbekannt ist (55), in Einklang zu bringen ist. Gleichzeitig wurde deutlich, dass fast die Hälfte der Befragten keine Weitervermittlung vornahm, was ein großes Defizit in der weiteren psychosozialen Versorgung der Gewaltbetroffenen erkennen lässt und negative gesundheitliche Auswirkungen provozieren kann (1). In Rheinland-Pfalz ist es daher wichtig, dass ein größeres Bewusstsein für Hilfeeinrichtungen entsteht. Eine Übersicht aller wichtigen Kontakte mit entsprechenden Erreichbarkeiten ist ein Ansatz, um Hilfeeinrichtungen in die Versorgung Gewaltbetroffener einzubinden. Diese Übersicht regional anzupassen und

niedergelassenen und in der Klinik arbeitenden Ärzt*innen zur Verfügung zu stellen, ist wünschenswert.

Wenn die Situation den Umgang mit einer gewaltbetroffenen Person fordert, ist es essenziell, Materialien vorhalten zu können, um eine gerichtsverwertbare Befundsicherung durchzuführen. Im Vergleich von unerfahrenen zu erfahrenen Untersuchenden fiel auf, dass unerfahrene eher angaben, Materialien zur Verfügung zu haben. Dies ist verwunderlich, da erwartungsgemäß spätestens nach einer Untersuchung fehlendes Material angefordert werden könnte. Dem Großteil aller Teilnehmenden (72,3%) standen keine Materialien zur Durchführung einer gerichtsverwertbaren Befundsicherung zur Verfügung. In absteigender Häufigkeit bestand unter den restlichen 27,7% der Ärzt*innen Zugriff auf eine Digitalkamera, Abstrichtupfer, Dokumentationsbögen, Körperschemata und ein Untersuchungskit. Im Freitext wurde im Hinblick auf die Ausstattung herausgestellt, dass eine Fotodokumentation nur mit dem privaten Smartphone möglich sei. Diese Angabe betont die defizitäre Ausstattung der Kliniken/ Praxen mit medizinisch-forensischem Material. Eine Fotodokumentation sollte unbedingt mit einer vom Arbeitsplatz gestellten professionellen Digitalkamera getätigt werden, um Datenschutz und eine sichere Speicherung zu gewährleisten (48). Der geringe Anteil von 23,4% der Teilnehmenden, denen Abstrichtupfer zur Verfügung standen, kann eine Ursache für die geringe Anzahl an Ärzt*innen, die eine Spurensicherung durchführen, sein. Da die Spurensicherung jedoch zu einem noch geringeren Anteil (8,5% der Befragten) erfolgte, ist es denkbar, dass trotz Vorhandensein von Materialien Unsicherheiten in der Durchführung einer Spurensicherung die Nutzung einschränken. In Rheinland-Pfalz sind zu wenig vorhandene Materialien erkennbar. Die Verbreitung und Nutzung von Materialien innerhalb von Schulungen lässt sich als Handlungsimpuls ableiten.

Modellprojekte in Deutschland zeigten, dass bereitgestellte Materialien von Ärzt*innen als hilfreich angesehen und gerne genutzt werden: Materialien zur Befundsicherung wie eine Kitteltaschenkarte wurden als sehr wertvolle Hilfe bewertet (27). Im Moment bestehen keine bundesweit flächendeckenden, festen Strukturen, um Materialien zu finanzieren. Diese müssen geschaffen werden, um die Bereitstellung von Materialien sicherzustellen (56). Die vertrauliche, d. h. anzeigunabhängige Beweissicherung und Dokumentation nach körperlicher und sexueller Gewalt sind jedoch Gesundheitsleistungen, welche von den Krankenkassen finanziert werden. Dies verankert § 27 SGB V (72): „Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können (73).“

Den expliziten Verweis auf die Finanzierung durch die Krankenkasse beinhaltet § 132k SGB 5 (72).

Die fehlende Bereitstellung von Materialien könnte einen Einfluss auf die selbst wahrgenommene Unsicherheit der Teilnehmenden bei der Durchführung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation haben. Die Sicherheit wurde auf einer Skala von 0 bis 10 abgefragt und von den Ärzt*innen als gering beschrieben. Erfahrene Untersuchende gaben zwar eine höhere Sicherheit an, jedoch immer noch auf einem unteren Niveau. Unerfahrene Untersuchende gaben eine sehr starke Unsicherheit an.

Die am häufigsten ausgewählte Unsicherheit innerhalb der Maßnahmen bei der Untersuchung gewaltbetroffener Personen war die Verletzungsdokumentation selbst. Tatsächlich zeigte sich bei den erfahrenen Teilnehmenden – trotz der Einschätzung der vergleichsweise größeren Sicherheit – ein häufigeres Auswählen der Dokumentation als Unsicherheit. Dies lässt den Schluss zu, dass bei durchgeführten Dokumentationen Unklarheiten auftreten.

Häufige Unsicherheiten wurden auch in der Spurensicherung angegeben, die durch fehlende Materialien teilweise erklärt werden können.

Weitere Unsicherheiten wurden von den Teilnehmenden im Erkennen von Gewaltfolgen und in der Kommunikation mit Gewaltbetroffenen gesehen. Dies entspricht den Erkenntnissen aus vorangegangenen Studien, die das Erkennen von Gewalt und die richtige Kommunikation mit Gewaltbetroffenen als defizitär betrachten (20, 29). Eine Differenzierung, worin die Unsicherheiten begründet liegen, wurde in der vorliegenden Studie nicht vorgenommen. Zudem zeigten sich rechtliche Aspekte unklar, dies inkludiert beispielsweise die Schweigepflicht. Eine Unsicherheit hier kann einen Einfluss auf die eigene Integrität der Ärzteschaft haben: Rechtliches Fehlverhalten kann strafrechtliche oder zivilrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Es ist nachvollziehbar, dass dies vermieden werden möchte und bei Unsicherheit eine Distanz zu der Thematisierung und Durchführung einer Verletzungsdokumentation geschaffen wird. Sicherheit in diesem Bereich zu schaffen, könnte die Handlungsbereitschaft erhöhen.

Insgesamt wird deutlich, dass der gegenwärtige Umgang mit Gewaltbetroffenen durch ein fehlendes Regime in allen Punkten, die in dieser Studie abgefragt wurden, mangelhaft ist.

Die hier insgesamt gezeigte Unsicherheit weist darauf hin, dass Informationen in Rheinland-Pfalz geschult werden müssen. Die Unsicherheit nach einer Untersuchung zeigt, dass sich Fragen stellen, auf welche in Schulungen konkret eingegangen werden können. Daneben sollten Kontaktdaten der Rechtsmedizin oder von der Rechtsmedizin ausgebildeter Experten präsent sein, um später auftretende Fragen beantworten zu können.

Dieser Eindruck lässt sich zum Beispiel im Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) auch an anderen Orten Deutschlands wiederfinden.

Hier wurden im Jahr 2013 niedergelassene Ärzt*innen in Düsseldorf, Kiel und München zum Umgang mit Gewaltbetroffenen befragt und geschult. Das Projekt wurde rechtsmedizinisch geleitet. In einer ersten Befragung der teilnehmenden Praxen wurde ein großer Schulungsbedarf festgestellt. Die dort erfassten Bedarfe wurden als Grundlage für ein Schulungskonzept genutzt. Anschließend wurden Schulungen durchgeführt, eine Vernetzung mit regionalen Hilfeeinrichtungen etabliert und Materialien als auch weiterführende rechtsmedizinische Unterstützung angeboten (27).

5.1.4 Unterstützungsbedarf in der forensischen Dokumentation

In der hier durchgeführten Studie gaben zwei Drittel der teilnehmenden Ärzt*innen Unterstützungsbedarf an.

Die beschriebenen Unsicherheiten finden sich in dem Wunsch nach einer rechtsmedizinischen Beratung wieder: Die Frage nach einer gewünschten rechtsmedizinischen Beratung bejahten 82,7% der Studienteilnehmenden. In diesem Zuge wurde das Bedürfnis nach der Klärung der Zuständigkeitsbereiche genannt, um zu wissen, wann die Rechtsmedizin hinzuzuziehen sei. Das Modellprojekt „MIGG“ stellte ähnliche Bedürfnisse fest und konkretisierte den rechtsmedizinischen Kontakt erfolgreich (27). Gleichzeitig wurde in einer Studie, die die rechtsmedizinischen Institute in Deutschland befragte, ebenfalls eine Stärkung der Zuweisung der Kompetenzen gefordert. Die rechtsmedizinischen Ärzt*innen sahen den Bedarf für die deutliche Abgrenzung vom Fachbereich der Rechtsmedizin zu anderen Fachbereichen (56). Von rechtsmedizinischen als auch von den in anderen Fachbereichen klinisch tätigen Ärzt*innen wird eine klare Kompetenzzuweisung gewünscht. Es wird deutlich, dass die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung in Rheinland-Pfalz zwischen der Rechtsmedizin und anderen Fachbereichen konkretisiert werden müssen.

Als Unterstützung wurden von den Studienteilnehmenden inhaltlich Hilfen in der Dokumentation und Spurensicherung in Rheinland-Pfalz gefordert. Dies lässt erneut die Frage der Finanzierung solcher Hilfen deutlich werden. Nicht eingeschlossen in die Finanzierung durch die Krankenkassen sind beispielsweise Untersuchungskits zur Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt. Diese wurden entwickelt, damit auch nicht-rechtsmedizinisch ausgebildetes ärztliches Personal eine Spurensicherung nach forensischem Standard durchführen kann. Die Anwendung solcher Untersuchungskits wird als unabdingbar eingestuft, um eine Befundsicherung vollständig zu ermöglichen (72).

Neben der Verfügbarkeit rechtsmedizinischer Expertise wurde außerdem der Wunsch nach Ansprechpartner*innen im Hilfesystem (z. B. Frauenunterstützungseinrichtungen) geäußert. Besonders die Ärzt*innen, die mindestens eine Untersuchung von Gewaltbetroffenen einschließlich gerichtsverwertbarer Dokumentation durchgeführt hatten, fragten nach weiteren Ansprechpartner*innen. Dies lässt vermuten, dass in der konkreten Situation keine ausreichende Kenntnis hinsichtlich der Hilfsangebote bestand. Hier wird die Verbesserung der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Kontakten des Hilfesystems für Rheinland-Pfalz auf den Punkt gebracht. Die rechtsmedizinischen Institute Deutschlands kooperieren häufig mit Unterstützungseinrichtungen. Gleichzeitig bestehen nicht alle relevanten Kooperationen: Kooperationen mit Kinderschutzgruppen oder rechtlicher Unterstützung seitens der Geschädigten im Sinne von Anwälten oder dem Verein „WEISSER RING“ sind nicht immer gegeben (56). Im Modellprojekt MIGG wurde ein Fokus auf die verschiedenen Akteur*innen in der Versorgung von Gewaltbetroffenen gelegt, der den Aufbau und die Intensivierung der Zusammenarbeit zum Inhalt hatte. Die Rechtsmedizin vermittelte dadurch ein Netzwerk, auf das klinisch tätige Ärzt*innen bei der Betreuung von Gewaltbetroffenen zurückgreifen konnten. Ein konkreter Ansprechpartner sowie die geteilte Verantwortung wurden positiv aufgenommen und wirkten sich verbessernd auf die Versorgung aus (27).

Die hier befragten Ärzt*innen gaben Unterstützungsbedarf in Form von Fortbildungen und einer Beratung an. Außerdem wurden Dokumentationshilfen wie Checklisten angeregt und zeitliche Ressourcen für die Untersuchungen von Gewaltbetroffenen gewünscht. Dies entspricht dem Modellprojekt MIGG. Rechtsmediziner*innen schulten klinisch tätige Ärzt*innen zu körperlichen und seelischen Folgen von Gewalt. Diese inkludieren Kommunikation, Dokumentation, rechtliche Aspekte und die Nutzung eines regionalen Netzwerkes. Die Lernmodule zu diesen Bereichen wurden von den Ärzt*innen als sehr wertvoll bewertet (27). Der zeitliche Mehraufwand, der in vergangenen Studien ebenfalls als ein hauptsächlicher Faktor für das fehlende Ansprechen genannt wurde (29), wurde bestätigt. Es muss im ärztlichen Alltag mit einer entsprechenden Alimentierung integriert werden (27).

Fortbildungen zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen wurden nur von 19% der hier befragten Ärzt*innen wahrgenommen. Dies ist weniger als bayrische Kliniken angeben, zu dem Thema geschult zu werden (28%) (52). Die hier angegebenen Ursachen lagen in strukturellen Gegebenheiten wie einem fehlenden Angebot und Kapazitätsbegrenzungen als auch in persönlichen Gründen wie der selbst wahrgenommenen Relevanz und dem eigenen Interesse an dem Thema. Die Relevanz ist jedoch aufgrund der Prävalenz und den vielfältigen Auswirkungen auf die Gesundheit objektiv als hoch einzuordnen (20). Daher stellt sich die Frage, wie Schulungen in Rheinland-Pfalz kapazitätssparend angeboten werden können, während sie die hohe Relevanz des Themas aufzeigen. Das Thema Gewalt hat viele Schnittpunkte mit anderen medizinischen Bereichen, die Gegenstand von Fortbildungen sind.

Die Idee eines Studienteilnehmenden, das Thema nicht als eigenen Inhalt, sondern integriert in andere Themenblöcke anzubieten, erscheint sinnvoll. Hier wären Kooperationen z. B. mit der Gynäkologie, Unfallchirurgie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin denkbar.

Eine Integration klinisch rechtsmedizinischer Themen in gängige Fortbildungen von klinisch tätigen Ärzt*innen könnte auf verschiedene Weise gelingen. Da die Notaufnahme erste Anlaufstelle für Gewaltbetroffene darstellt, wäre die Integration in einen etablierten Kurs der Notfallmedizin denkbar. Die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin bietet den Kurs „DGINA 80 Stunden Kurs: Organisation in der Notaufnahme“ an, in dem Deeskalationsstrategien besprochen werden (74). Dies lässt bereits eine Verbindung zu häuslicher Gewalt, genauer zum Ansprechen von Gewalt, zu. Die Angst vor einer Eskalation, beispielsweise durch den Partner im Rahmen häuslicher Gewalt, ist ein Grund für das fehlende ärztliche Intervenieren bei Gewaltbetroffenen (29). Auch von den hier befragten Ärzt*innen wurde im Bereich der Deeskalation Unterstützung gewünscht. Im Rahmen der Fortbildung kann klinisch rechtsmedizinischer Inhalt transportiert und der Umgang mit Gewalt neben der Kommunikation um die gerichtsverwertbare Dokumentation und Weitervermittlung von Gewaltbetroffenen ergänzt werden. Auch bietet die „Notfallmedizinkurs GbR“ den Kurs „Psychosoziale Notfallmedizin“ an, der herausfordernde Gespräche thematisiert und gleichzeitig die psychosoziale Selbstfürsorge anleitet (75). Anschließend an die Kommunikation mit Gewaltbetroffenen wäre es hier möglich, eine Schulung zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen einschließlich gerichtsverwertbarer Befundsicherung anzuschließen. Auch die Selbstfürsorge ist im Kontext der Versorgung von Gewaltbetroffenen unabdingbar und damit passend zu den Fortbildungsinhalten (27).

Da Betroffene von Gewalt auch mit psychischen Symptomen auffallen können (20), erscheint eine Integration in psychisch und psychiatrisch ausgerichtete Bildungsformate ebenfalls sinnvoll. Die für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Sexualmedizin obligatorische Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ geht neben der Stärkung der ärztlichen Gesprächsführung auf verbale Interventionen ein, die Problembereiche wie Konflikte, Traumatisierungen, besondere Lebenssituationen und biografische Entwicklungen erkennen und behandeln sollen (76). Die hier erhobenen Studienergebnisse belegen den Unterstützungsbedarf sowohl im psychosozialen Umgang als auch in der Kommunikation mit Gewaltbetroffenen. In der genannten Fortbildung wäre der Umgang mit Gewalt zu inkludieren. Aus pädiatrischer Sicht ist neben der Aufmerksamkeit für Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung auch auf Anzeichen häuslicher Gewalt zu achten. Häusliche Gewalt steht dem Kindeswohl ebenfalls entgegen und ist in Schulungen unterrepräsentiert, aber zu thematisieren (77). In Deutschland behandelt der Basiskurs „Kinderschutz in der Medizin“ angeboten von der DGKiM, der nicht nur Pädiater*innen offensteht, den Umgang mit Gewalt an Kindern und inkludiert das Erstellen einer

gerichtsverwertbaren Dokumentation (78). Hier wäre es wünschenswert, auch differenziert die Thematik der häuslichen Gewalt zu integrieren.

Aus der vorliegenden Studie geht nicht hervor, ob die Untersuchung von Gewaltbetroffenen in der Facharztausbildung der einzelnen Fachgebiete thematisiert wurde. Aufgrund der geringen Durchführung von gerichtsverwertbaren Befundsicherungen und der empfundenen Unsicherheit in dieser ist von keiner bis geringer Ausbildung in diesem Bereich auszugehen. Eine standardisierte Ausbildung gibt es in Deutschland nicht. In Großbritannien, wo es ebenfalls keine festen Ausbildungsbestandteile zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen gibt, zeigte Stark, dass die Aufgaben im Zusammenhang mit gewaltbetroffenen Patient*innen in der Einarbeitung junger Ärzt*innen qualitativ unterdurchschnittlich wahrgenommen werden. Außerdem fehlt ein Curriculum, das den Umgang mit Gewaltbetroffenen konsistent beinhaltet (79). Die in Großbritannien festgestellte Inkonsistenz des Niveaus stellte auch GREVIO in Deutschland fest. Interventionen nach Gewalt sind nicht ausreichend in der medizinischen Aus- und Weiterbildung integriert. Es gibt kaum niedergeschriebene Standards in den Curricula (15). Das Robert-Koch-Institut bestätigte 2020 in einem Bericht über Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt, dass die meisten Ärzt*innen sich im Umgang mit Gewalt nicht ausreichend qualifiziert fühlen (80).

In einer US-amerikanischen Studie wurden Gesundheitsdienstleister*innen durch ein Training des Family Health Projects, einer Non-Profit-Organisation, zum Thema Partnerschaftsgewalt geschult. Das Training führte zu signifikanten, wünschenswerten Veränderungen in der Selbstwirksamkeitseinschätzung und anderen Einstellungen und Werten. Diese Veränderungen werden als wichtig erachtet, um Betroffene von Partnerschaftsgewalt zu identifizieren und ihnen zu helfen (81). Eine andere Studie aus den USA von Campbell zeigte, dass durch eine von zwei Non-Profit-Organisationen (Family Violence Prevention Fund und Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence) konzipierte Schulung zu Gewalt in Familien, die sich an alle Mitarbeitenden einer Notaufnahme richtete und zwei halbe Tage in Anspruch nahm, der Umgang mit Partnerschaftsgewalt in die Routinen integriert werden konnte. Das Wissen und die Einstellung zu gewaltbetroffenen Frauen verbesserten sich, Interventionen und Weitervermittlungen nahmen zu. Diese Entwicklung war über mindestens einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Fortbildung ersichtlich (82).

Thompson et al. führte im Rahmen von präventiver Medizin nach dem Beispiel Campbells eine ähnliche Studie mit der von der Non-Profit-Organisation Family Violence Prevention Fund konzipierten Schulung zu Gewalt in Familien durch. Diese fokussierten das Ausbilden und Stärken von Fähigkeiten, um mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen. Selbstwirksamkeit, die Angst, jemanden mit diesen Fragen anzugreifen und Sicherheitsbedenken veränderten sich in die gewünschte Richtung verglichen mit der Kontrollgruppe. Dies war nach 21 Monaten weiterhin messbar. Andere Faktoren wie das wahrgenommene Unterstützungsnetz und

Schuldzuschreibungen an das Opfer unterschieden sich nicht. Auch wurden nicht mehr Gewaltbetroffene identifiziert. Die Autoren der Studie wiesen damit darauf hin, wie wichtig die Messung der Auswirkungen von Schulungen ist (83). Schon 1998 fassten Short et al. Faktoren und Materialien zusammen. Damit helfen sie Einzelpersonen und Organisationen, Schulungen von Gesundheitsdienstleistern im Bereich von Partnerschaftsgewalt zu gestalten. Neben dem Wissen und der Einstellung zu Gewaltbetroffenen sollen folgende klinische Fähigkeiten gefördert werden: Identifikation, Dokumentation, Behandlung und Interventionen, Sicherheit, Überweisungen und Weitervermittlungen sowie zukünftige Erreichbarkeit des behandelnden medizinischen Personals für die von Gewalt betroffene Person. Darüber hinaus ist die Bereitstellung von Kontakten und weiterführenden Informationen für die klinisch tätige Person griffbereit zu hinterlegen. Der gesamte Prozess ist fortwährend zu evaluieren. Auch wird betont, wie wichtig die Kompetenz des Ausbildenden ist und dass das Verständnis für den Umgang mit schwierigen emotionalen Themen vorhanden sein muss (84).

Um eine standardisierte, konsistente Ausbildung zu gewährleisten, fordert Stark eine bessere Anleitung für Ärzt*innen in den ersten zwei Jahren ihrer Berufserfahrung (79). GREVIO fordert eine zentrale Koordinierung, die bundesländerübergreifend agiert und alle Akteur*innen verbindet und weiterbildet (15). Im Modellprojekt MIGG wurde diese Einstellung bestätigt, indem deutlich wurde, dass ein „Taktgeber“, der die Strukturarbeit begleitet, Nachhaltigkeit und Qualität sichert (27). Um sowohl eine bessere Ausbildung als auch Koordination zu ermöglichen, sind spezialisierte Einrichtungen sinnvoll, die mit der Versorgung von Gewaltbetroffenen vertraut sind. Diese sollen möglichst die gesamte Fläche in Rheinland-Pfalz abdecken und die Verbindung zur Rechtsmedizin in der Peripherie sicherstellen. Während auf der einen Seite Gewaltbetroffene direkt versorgt werden, werden auf der anderen Seite Kliniken und Praxen geschult, um ebenfalls eine Versorgung zu gewährleisten. Außerdem sollen die Einrichtungen die Koordination der verschiedenen Akteur*innen gestalten (85). Aufgrund der Expertise des Fachbereichs der Rechtsmedizin ist dessen zentrale Einbindung essenziell, um die Strukturen zu schaffen, dauerhaft bereitzustellen und Qualität zu sichern.

In Deutschland werden längst nicht alle Projekte zur Versorgung von Gewaltbetroffenen über öffentliche Mittel finanziert. Im Jahr 2022 gab es dabei große Unterschiede in der Höhe der Landesmittel, die öffentlich zur Verfügung gestellt wurden. Außerdem wurden viele Projekte aus institutseigenen Geldern oder durch Drittmittel finanziert (56). Es ist offensichtlich, dass die Versorgung von Gewaltbetroffenen nachhaltig und auskömmlich finanziert sein muss, um Stellen zu etablieren, die den Umgang mit Gewaltbetroffenen fokussieren. Die Krankenkassen werden seit dem Jahr 2020 durch § 27 Abs. 1 Satz 6 SGB V zur Finanzierung in die Pflicht

genommen. Im Weiteren müssen Verträge von den Krankenkassen sowohl mit dem jeweiligen Bundesland als auch mit Institutionen und Ärzt*innen geschlossen werden (§132k SGB V).

Dies erkennend und umsetzend wurde in Rheinland-Pfalz im Jahr 2025 als achttes Bundesland das Projekt „Vertrauliche Hilfe nach Gewalt“ eingeführt. Hier werden zunächst 12 Kliniken in Rheinland-Pfalz durch die Rechtsmedizin Mainz in der Versorgung von Gewaltbetroffenen in der gerichtsfesten Befunddokumentation geschult und koordiniert. Dies inkludiert die Herausgabe und Einweisung in durch die Rechtsmedizin entwickelte, standardisierte Untersuchungskits. Gefördert wird das Projekt vom Ministerium für Familie, Frauen, Integration und Kultur. Das Ministerium hat gemeinsam mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit mit den gesetzlichen Krankenkassen und dem Institut für Rechtsmedizin an der Universitätsmedizin die Kostenübernahme gemäß § 132k SGB V vertraglich umgesetzt (18). Die Bereitstellung der Untersuchungskits wird vom Ministerium des Innern und für Sport in Rheinland-Pfalz finanziert.

Die Studie trug maßgeblich dazu bei, diese Strukturen in Rheinland-Pfalz zu schaffen. Zudem wurden Erkenntnisse über die Versorgung Gewaltbetroffener abgeleitet, welche Impulse für die Verbesserung anleiten: Bevor eine Versorgung beginnen kann, müssen von Gewalt betroffene Patient*innen erkannt werden. Dies geschieht zu wenig, am ehesten begründet durch ein fehlendes Bewusstsein für die Thematik. In der Erkennung von Gewalt fühlen sich Ärzt*innen unsicher. Daher muss das Bewusstsein und das Wissen darüber durch Informationen in Rheinland-Pfalz verbreitet werden. In der anschließenden Versorgung von Gewalt betroffenen Menschen werden zu wenig Maßnahmen durchgeführt und die Durchführung geschieht unsicher. Vordergründig meint dies die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, aber auch rechtliche Aspekte wie das Thema der Schweigepflicht sind unklar. Es lässt sich vermuten, dass Ärzt*innen in Rheinland-Pfalz dies nie suffizient erlernten und diesbezügliche Fortbildungen nicht besucht werden. Begründet liegt letzteres vor allem in der als niedrig bewerteten Relevanz und dem als gering wahrgenommenen Angebot. Nichtsdestotrotz wünschen sich Ärzt*innen Unterstützung in Form von Fortbildung und Beratung. Hier gilt es die Diskrepanz aufzuarbeiten und Fortbildungen in Form von Schulungen leicht zugänglich und attraktiv zu gestalten. Auch soll in einer Schulung das bisher oft fehlende Material mit entsprechender Anleitung gestellt und in seiner Nutzung angeleitet werden. Kontaktdaten einer rechtsmedizinischen Beratung sind erwünscht und zu verbreiten, ebenso wie eine Liste von Kontakten des weiterführenden Hilfesystems.

5.2 Studierende in der Theorie

Ein Vergleich von den Studierenden zu den Ärzt*innen gestaltet sich schwierig. Die Ärzt*innen wurden nach ihren Rahmenbedingungen und ihrer subjektiven Einschätzung zu verschiedenen Aspekten einer forensischen Befundsicherung gefragt. Die Studierenden gaben im Wesentlichen eine Arbeitsprobe einer Verletzungsdokumentation ab und erweiterten diese um eine Interpretation, die in der Realität durch die Rechtsmedizin vorgenommen werden soll. Die Hausaufgabe wurde über einen konkreten Fall konstruiert, der von der dort beschriebenen Patientin als Vergewaltigung geschildert wurde.

Von den Studierenden wurden Verletzungen in über 90% vollständig und korrekt beschrieben. Bei dieser hohen Qualität sind gerichtsverwertbare Dokumentationen entstanden, die von der Rechtsmedizin für weitere Interpretationen und eine rechtliche Einordnung suffizient genutzt werden könnten. Damit ist die Ausbildung in der Verletzungsdokumentation in der Theorie als erfolgreich zu bewerten. Verglichen mit einer Studie in Großbritannien, in der ungefähr 90% der Medizinstudierenden von sich selbst sagten, sie könnten Verletzungen identifizieren und beschreiben, sind die hiesigen Ergebnisse ähnlich und sogar besser (61). Einzig eine von neun Verletzungen wurde von unter 50% der Studierenden vollständig korrekt beschrieben. Dies könnte ggf. an der erhöhten Schwierigkeit bei einer kombinierten Verletzung aus Schürfung und Hautunterblutung liegen. Insbesondere schwieriger zu benennende Verletzungen wie diese betonen den beschreibenden Charakter einer Verletzung in einer Dokumentation und weisen auf die Wichtigkeit von schriftlicher Dokumentation und Fotografie hin. So können in nachfolgenden Begutachtungen beide Informationen auf ihre Stimmigkeit überprüft werden. Im Weiteren wurde von allen Studierenden mindestens eine weiterführende Untersuchung im Rahmen einer Spurensicherung korrekt benannt. Den Studierenden wurde dabei ein Schema mit Ankreuzoptionen vorgelegt. In diesem Zusammenhang gaben von den Ärzt*innen frei aus ihrer Erfahrung heraus insgesamt nur 8,5% an, eine Spurensicherung durchzuführen. Bei der hohen Zustimmung der Studierenden ließ sich jedoch zeigen, dass nicht alle relevanten Abstriche von den Studierenden erkannt wurden. Während einem vaginalen Abstrich von 97,9% der Studierenden korrekt zugestimmt wurde, waren es bei einem rektalen Abstrich nur knapp die Hälfte (47,4%). Daraus lässt sich ableiten, dass in der universitären Lehre für Studierende die relevanten Schritte einer Spurensicherung noch konkreter gelehrt werden könnten, um eine vollständige Spurensicherung zu unterstützen.

Der überwiegende Anteil der Studierenden (83,2%) stimmte einer Weitervermittlung der Patientin an Beratungs- oder Unterstützungseinrichtungen zu. Die befragten Ärzt*innen in der Praxis initiierten dies zu 55,3%. Eine Weitervermittlung stellt stets ein Angebot an eine von Gewalt betroffene Person dar und die Entscheidung dieses (nicht) anzunehmen, ist in jedem

Fall zu respektieren. Eine Überweisung an andere Fachbereiche wurde von zwei Dritteln der Studierenden bejaht.

Gleichzeitig stimmten nur 45% der Studierenden der Abklärung der Schutzbedürftigkeit zu. Hier wären Fragen zum aktuellen Sicherheitsempfinden der geschilderten Patientin angebracht. Eine Erklärung für die geringe Zustimmung könnte die als einmalig geschilderte sexualisierte Gewalt sein. Auf der anderen Seite könnte die Verwendung von vorgefertigten Untersuchungsbögen wie dem in der Hausaufgabe auch eine Erleichterung sein, daran zu denken, Schutzbedürftigkeit zu erfragen. Eine Abklärung der Schutzbedürftigkeit ist in jedem Fall angezeigt.

In diesem Sinne sollten Ärzt*innen die Thematiken der Schutzbedürftigkeit und der häuslichen Gewalt präsent sein: Die Ausbildung von Gesundheitsdienstleistenden zum Umgang mit Betroffenen von Gewalt sollte im Studium und in der Ausbildung beginnen und in der ärztlichen Tätigkeit fortgesetzt werden (84). Im Curriculum des Medizinstudiums einer britischen Universität werden im Umfang von einer Woche gewaltbetroffene Patient*innengruppen besprochen und der Umgang mit diesen thematisiert. Die jeweiligen Studieneinheiten wurden von 60% bis 77% der Studierenden als sinnvoll bewertet. Die Schlussfolgerung der Studienautoren aus Cardiff beinhaltet, dass der wirksame und ethisch vertretbare Schutz der/ des „gefährdeten Patientin/ Patienten“ eine wesentliche Kernkompetenz des Medizinstudierenden ist und Rechtsmediziner*innen eine wesentliche Rolle bei der Vorbereitung auf die künftige klinische Praxis spielen. Sie integrierten neben rechtsmedizinisch Dozierenden verschiedene Fachärzt*innen und Akteur*innen, um die Relevanz in verschiedenen Fachbereichen und die Vernetzung der verschiedenen Beteiligten zu verdeutlichen. Beispielsweise wurden konkrete Fallbeispiele mit Pflegekräften der Notaufnahme, Pädiater*innen, Allgemeinmediziner*innen, Geriater*innen, Gynäkolog*innen, Sozialarbeiter*innen und Polizist*innen diskutiert (61). Diese Integration in andere klinische Fächer entspricht den Vorgaben des deutschen Curriculums des Medizinstudiums (59) und stellt eine Inspiration für kommende Lehrveranstaltungen in Deutschland dar.

Zusammenfassend lässt sich für die rechtsmedizinische Lehre in der vorliegenden Studie eine zufrieden stellende Evaluation ableiten, in der eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation den Studierenden erfolgreich vermittelt wurde. Weiterführende Maßnahmen wie die Spurensicherung und die Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen könnten noch besser vermittelt werden.

Im Vergleich zu den Ärzt*innen in der Praxis erscheint der Umgang mit Gewaltbetroffenen von Studierenden in der Theorie kompetenter. Dies ist unter anderem dadurch erklärbar, dass die Studierenden kurz zuvor an rechtsmedizinischen Veranstaltungen teilnahmen, die sie auf die Aufgabe vorbereiteten.

Ein anderer Grund könnte in den bereitgestellten Checklisten für die Bearbeitung der Hausaufgabe liegen. Diese wurde von den Studierenden angenommen und beschriftet. Die wenigsten Studierenden erstellten eigene Dokumente abseits des bereitgestellten Dokuments. Dies weist darauf hin, dass bereitgestellte Dokumente auch in der Praxis große Verwendung finden können. Einerseits erinnert die Checkliste an die wichtigsten obligatorischen Informationen, mit denen jede Verletzung beschrieben sein muss. Andererseits werden die möglichen weiterführenden Maßnahmen aufgezählt und zur Auswahl gestellt. Dies gibt einen Hinweis darauf, warum mehr Studierendeangaben, bestimmte Maßnahmen als Ärzt*innen in der Praxis zu treffen. Die möglichen Maßnahmen wurden offensichtlich präsentiert und konnten nicht vergessen werden. Zwar sind Checklisten auch für Ärzt*innen prinzipiell vorhanden, im Alltag jedoch oft nicht präsent.

Zusätzlich ist es im Falle der Studierenden leichter, einer weiteren Maßnahme theoretisch zuzustimmen, als eine tatsächliche Maßnahme praktisch durchzuführen.

Um die Lücke zwischen Theorie und Praxis möglichst gering zu halten, sind fallbasierte Übungen und Unterrichtseinheiten sinnvoll (61, 86). Dies wurde in der von den Studierenden abzugebenden Hausaufgabe durch Darstellung eines realen Falls aufgegriffen. Um die Lehre insgesamt fallbasierter zu gestalten, hat sich die Einrichtung von Datensätzen von klinisch rechtsmedizinischen Fällen mit Fotos der Verletzungen und medizinischen Unterlagen für die Unterrichtsveranstaltungen als förderlich herausgestellt (86).

Um darüber hinaus eine größere Praxisnähe herzustellen, wäre es denkbar, eine praktische Übung der forensischen Dokumentation in den rechtsmedizinischen Unterricht zu integrieren. Die Rechtsmedizin Halle wählte als Leistungsnachweis für das Fach Rechtsmedizin und das Ausstellen des Totenscheins eine OSCE (objective structured clinical examination) (87). Diese an die Praxis angelehnte Prüfung wäre ebenfalls für die forensische Dokumentation denkbar. An der Universitätsmedizin Mainz bietet das rechtsmedizinische Institut ein Wahlpflichtfach an, um eine Untersuchung mit forensischer Befundssicherung mit Simulationspatient*innen zu üben. Hier werden das Ansprechen und Erkennen einer möglichen Gewalterfahrung als auch die Befundssicherung und Weitervermittlung praktisch geübt. Optimal wäre die Bereitstellung des Seminars für alle Studierenden, hier fehlen bisher personelle Ressourcen und zeitliche Kapazitäten. Damit die im Studium erlernten Kompetenzen im Berufsalltag erhalten bleiben, stellte schon Short im Umgang mit Partnerschaftsgewalt fest, dass nach Abschluss der formalen Ausbildung berufsbegleitende Schulungen und Weiterbildungsprogramme das wichtigste Mittel zur Vorbereitung von Gesundheitsdienstleistenden auf die Unterstützung von Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen sind (84).

Fazit

In der hier durchgeführten Studie zeigen sich Mängel und Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung gewaltbetroffener Personen in medizinischen Einrichtungen. Dies betrifft sowohl Ärzt*innen ohne als auch mit Erfahrung in der Versorgung von Gewaltbetroffenen. Von der zu wenig wahrgenommenen Relevanz des Themas und der mangelnden Kenntnis über den Umgang mit Gewaltbetroffenen mit rechtlichen Aspekten und insbesondere der gerichtsverwertbaren Befundssicherung bis zu strukturellen Komplikationen wie dem Fehlen von Material müssen Verbesserungen erwirkt werden. Verbesserungen sind durch eine gezielte Einbindung des Fachbereichs der Rechtsmedizin erreichbar, der die Koordination aller Akteur*innen und die Integration von Schulungen als auch die Versorgung selbst sicherstellt. Ärztliche Schulungen sind in der Facharztausbildung, im ärztlichen Alltag und in Fortbildungen zu integrieren. Eine Kooperation von rechtsmedizinischen Instituten und spezialisierten Versorgungseinrichtungen wird befürwortet, um eine Versorgung gewaltbetroffener Personen weitreichend zu ermöglichen, was politischen Forderungen entspricht.

Studierende zeigen in der Theorie eine hohe Sicherheit, eine gerichtsverwertbare Dokumentation durchzuführen. Diese Fertigkeit in die ärztliche Praxis zu übertragen, muss Gegenstand sowohl der studentischen als auch der fachärztlichen Lehre sein. Eine Interpretation der dokumentierten Befunde ist ausschließlich durch die Rechtsmedizin durchzuführen.

6 Zusammenfassung

6.1 Zusammenfassung

Die Versorgung von Menschen, die von Gewalt betroffen sind, soll neben einer medizinischen Versorgung auch eine gerichtsverwertbare Befundsicherung und eine Weitervermittlung in das Hilfesystem beinhalten. Ziel der Studie war es, die Versorgung Gewaltbetroffener durch Ärzt*innen in Rheinland-Pfalz zu untersuchen und das theoretische Wissen von Medizinstudierenden im Hinblick auf die Befundsicherung einzuordnen. Hierzu wurden Ärzt*innen zu ihren Erfahrungen mit forensischen Dokumentationen befragt. Die Kenntnisse der Medizinstudierenden wurden anhand einer Hausaufgabe, die eine gerichtsverwertbare Befundsicherung abbildete, beurteilt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv, qualitativ und mit Hypothesentests erfahrene und unerfahrene Untersuchende gegenüberstellend.

Von den 94 teilnehmenden Ärzt*innen gaben 81,9% an, bei der Untersuchung von Gewaltbetroffenen eine schriftliche Verletzungsdokumentation anzufertigen, lediglich 63,8% fertigten eine Fotodokumentation an. Eine Spurensicherung vorzunehmen, gaben nur 8,5% der Ärzt*innen an. Weitervermittlungen an Unterstützungseinrichtungen wurden von 55,3% der Befragten vorgenommen. Unerfahrene Untersuchende führten signifikant seltener Maßnahmen zusätzlich zur medizinischen Versorgung durch. Erfahrene Untersuchende erstellten signifikant häufiger eine schriftliche Verletzungsdokumentation. Materialien waren für 27,7% der befragten Ärzt*innen vorhanden, am häufigsten wurde eine Digitalkamera (24,4%) genannt. Ein Untersuchungskit, das alle wichtigen Materialien beinhaltet und eine vollständige Befundsicherung anleitet, stand lediglich 9,6% der befragten Ärzt*innen zur Verfügung. Der Großteil der Befragten (80,9%) hat nicht an Fortbildungen teilgenommen, die eine gerichtsverwertbare Befundsicherung vermitteln. Als Gründe wurden am häufigsten fehlende Fortbildungsangebote und eine geringe Relevanz des Themas angegeben.

Die subjektiv empfundene Sicherheit bei der Durchführung einer Befundsicherung war insgesamt gering, bei erfahrenen Untersuchenden jedoch signifikant höher. Die Spurensicherung und das Erkennen von Verletzungen als Gewaltfolgen wurden in beiden Gruppen vergleichsweise häufig (38,3% bzw. 29,8%) als Unsicherheiten benannt. Unterstützung wünschten sich 62,8% aller teilnehmenden Ärzt*innen, ein Fokus lag hier erneut auf der Verletzungsdokumentation und der Spurensicherung. Eine rechtsmedizinische (Telefon-)Beratung wurde von 87,2% gewünscht.

Die Medizinstudierenden zeigten in der Hausaufgabe insgesamt eine gute Kenntnis der Verletzungsdokumentation. Hier wurden die dargestellten Hautverletzungen von jeweils über 90% der Studierenden entsprechend den geforderten Kriterien beschrieben. Größere Unsicherheiten zeigten sich hingegen in der Spurensicherung. So wurden Abriebe und Abstriche der Genitalregion von 90% der Studierenden zutreffend als indiziert erkannt,

während lediglich 48,9% angaben, dass auch an der Halshaut eine Spurensicherung angezeigt ist. Die Interpretation der Verletzungen, die in der Praxis in den Aufgabenbereich der Rechtsmedizin fällt, wurde insgesamt häufiger fehlerhaft vorgenommen. Hier variierte die Korrektheit der Angaben zwischen 39,5% und 75,3%.

Die Studie zeigt in Rheinland-Pfalz keine suffiziente Versorgung von Gewaltbetroffenen, weder durch erfahrene Untersuchende noch durch unerfahrene Untersuchende. Neben der medizinischen Behandlung fehlten häufig Sensibilität und Wissen darüber, welche weiteren Schritte im Umgang mit Gewaltbetroffenen erforderlich sind. Außerdem waren häufig die benötigten Materialien nicht vorhanden. Insgesamt zeigt sich, dass eine strukturelle Einbettung und Integration von Standards in den Arbeitsalltag von Ärzt*innen mit entsprechender Schulung und professioneller Unterstützung bei der Versorgung von Gewalt betroffenen Menschen fehlte.

Die Hausaufgabe der Medizinstudierenden zeigt zudem, wie bedeutend eine rein deskriptive Verletzungsdokumentation für die spätere Rekonstruktion in Gerichtsverfahren ist. Auf der einen Seite kann dies nach entsprechender Schulung und mit unterstützenden Materialien von Mediziner*innen zuverlässig durchgeführt werden, was die Wirksamkeit rechtsmedizinischer Schulungen in andere Fachbereiche unterstreicht. Auf der anderen Seite führt eine weitere Interpretation von Verletzungen häufig zu Fehlern und obliegt – gestützt durch die Ergebnisse dieser Studie – dem Aufgabenbereich der Rechtsmedizin.

Um Wissen durch Schulungen und Materialien aus der Expertise der Rechtsmedizin heraus in andere Fachbereiche zu übertragen und zu koordinieren, benötigt es personelle und finanzielle Ressourcen. Im Rahmen der gesetzlichen Neuerungen zur Finanzierung durch die Krankenkassen nach § 27 Abs. 1 Satz 6 SHB V und § 132k SGB V verständigte sich das Land Rheinland-Pfalz darauf, die erforderlichen Ressourcen in finanzieller Hinsicht bereitzustellen.

In Rheinland-Pfalz wurde nun im Jahr 2025 das von der Rechtsmedizin Mainz koordinierte und vom Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration und Ministerium des Innern und für Sport geförderte Projekt „Vertrauliche Hilfe nach Gewalt“ eingeführt. Das Institut für Rechtsmedizin Mainz koordiniert und schult dabei zunächst 12 Kliniken in Rheinland-Pfalz in der Versorgung von Gewaltbetroffenen mit dem Fokus auf einer vertraulichen gerichtsfesten Befundsicherung und Weitervermittlung der Betroffenen in geeignete Hilfesysteme. Mit der Umsetzung dieses Projektes wird ein wesentlicher Grundstein für den strukturellen Ausbau und die langfristige Verbesserung der Versorgung Gewaltbetroffener in Rheinland-Pfalz geschaffen.

7 Literaturverzeichnis

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. World report on violence and health. World Health Organization; 2002.
2. Hamby S. On defining violence, and why it matters. *Psychology of Violence*. 2017;7:167-80.
3. Imbusch P. The Concept of Violence. In: Heitmeyer W, Hagan J, editors. *International Handbook of Violence Research*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003. p. 13-39.
4. Hernández-García L, Di Giacomo G, Yon Y et al. Violence and injuries in Europe: burden, prevention and priorities for action. WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen, Denmark: World Health Organization 2020.
5. European Union Agency for Fundamental Rights. Crime, Safety and Victims' Rights Summary. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Union Agency for Fundamental Rights; 2021.
6. Landeskriminalamt-Rheinland-Pfalz. Polizeiliche Kriminalstatistik Rheinland-Pfalz - Jahresbericht 2019 2019 [Zugriff am 04.01. 2025]. Verfügbar unter: https://www.polizei.rlp.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Statistiken/_PKS_Landesweit/2019/20.03.05_PKS-Jahresbericht.pdf
7. Bundeskriminalamt. PKS 2019 Bund - Opfertabellen 2020 [Zugriff am 15.12.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/PKSTabellen/BundOpfertabellen/bundopfertabellen.html?nn=131006>.
8. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik, Bundesrepublik Deutschland, Übersicht Summenschlüssel 2020. Wiesbaden: Bundeskriminalamt; 2020.
9. Witt A, Brown RC, Plener PL et al. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:47.
10. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin 2004.
11. Bundeskriminalamt. Häusliche Gewalt im Jahr 2023 um 6,5 Prozent gestiegen 2024 [Zugriff am 26.05. 2025]. Verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2024/Presse2024/240607_P_M_BLB_Haeusliche_Gewalt.html#:~:text=256.276%20Menschen%20in%20Deutschland%20wurden%202023%20Opfer%20h%C3%A4uslicher,Dies%20sind%206%2C7%20Prozent%20mehr%20als%20im%20Vorjahr.
12. Bundeskriminalamt. PKS 2019 Länder - Opfertabellen 2020 [Zugriff am 15.12. 2024]. Verfügbar unter:

https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2019/Land/Opfer/LA-O-01-T91-Laender-Opfer_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=6.

13. United Nations WOMEN Deutschland. Wozu verpflichtet die Istanbul-Konvention? 2023 [Zugriff am 16.01. 2024]. Verfügbar unter: <https://unwomen.de/die-istanbul-konvention>

14. Council of Europe. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence 2011 [Zugriff am 15.12. 2024]. Verfügbar unter: <https://www.refworld.org/docid/4ddb74f72.html>.

15. Expertengruppe zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (GREVIO). Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Erster Bericht des Expertenausschusses (GREVIO) zur Umsetzung der Übereinkommens des Europarats vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention) in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit; 2022. Report No.: GREVIO/Inf(2022)9.

16. WHO. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. . Berlin: S.I.G.N.A.L. e.V/ Weltgesundheitsorganisation in 2013; 2013.

17. Bundesgesetzblatt. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). Sect. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 6 (2020).

18. Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz. Wichtiger Beitrag zum Opferschutz – Vertrauliche Spurensicherung nach Gewaltverbrechen jetzt auch in Rheinland-Pfalz 2025 [Verfügbar unter: <https://mwg.rlp.de/service/pressemitteilungen/detail/wichtiger-beitrag-zum-opferschutz-vertrauliche-spurensicherung-nach-gewaltverbrechen-jetzt-auch-in-rheinland-pfalz>].

19. Latz D, Bergermann A, Jungnitsch J et al. Charakterisierung unfallchirurgischer Gewaltopfer und Erfassung der Inanspruchnahme nach Implementierung und mehrjähriger Etablierung einer rechtsmedizinischen Gewaltopferambulanz. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie. 2019;157(04):426-33.

20. Hagemann-White C, Bohne S. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen: Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen". Osnabrück: Univ. Osnabrück; 2003.

21. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002;359(9314):1331-6.

22. McCauley J, Kern DE, Kolodner K et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med. 1995;123(10):737-46.

23. Drossman DA, Hu YJB, Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*. 1998;28(2):417-25.
24. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C et al. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. *Journal of the American Heart Association*. 2020;9(4):e014580.
25. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
26. Brzank P. (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2009;52(3):330-8.
27. Graß H, Berendes L, Mützel E et al. „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“. *Rechtsmedizin*. 2013;23(3):180-5.
28. Hellbernd H, Brzank P, Wieners K et al. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin: Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin; 2004.
29. Ronnberg A, Hammarstrom A. Review Article: Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: A literature review. *Scandinavian Journal of Public Health - SCAND J PUBLIC HEALTH*. 2000;28:222-9.
30. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*. 2001;17(4):289-94.
31. Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med*. 1996;5(3):153-8.
32. Seifert D, Heinemann A, Püschel K. Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. *Dtsch Arztebl International*. 2006;103(33):A-2168.
33. Dettmeyer R, Veit F, Verhoff M. Einleitung. In: *Rechtsmedizin*. Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019.
34. Holzer A, Anslinger K, Graw M. Die Rechtsmedizin von heute ist mehr als bloße Obduktion. *MMW - Fortschritte der Medizin*. 2018;160(3):96-8.
35. Graß H, Rothschild MA. Klinische Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*. 2004;14(3):189-93.
36. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2024 [Zugriff am 24.11. 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung>.

37. Graß HL, Gahr B, Ritz-Timme S. Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2016;59(1):81-7.
38. Treibel A, Dölling D, Hermann D. Determinanten des Anzeigeverhaltens nach Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. 2017;11(4):355-63.
39. Germerott T, Bode-Jänisch S, Thali MJ. Ergebnisse körperlicher und gynäkologischer Untersuchungen bei weiblichen Opfern sexueller Gewalt unter besonderer Berücksichtigung des Anzeigeverhaltens. Archiv für Kriminologie. 2012;230(1/2):88-98.
40. Medizinische Hochschule Hannover. Hilfe in 187 Fällen: Netzwerk ProBeweis zieht positive Bilanz 2014 [Zugriff am 26.05. 2025]. Verfügbar unter: <https://probeweis.mhh.de/presse/news/archiv/2014-hilfe-in-187-faellen-netzwerk-probeweis-zieht-positive-bilanz>.
41. Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau | Die Senatorin für Gesundheit Frauen und Verbraucherschutz. Polizeiliche Kriminalstatistik zeigt nur Spitze des Eisberges 2025 [Zugriff am 26.05. 2025]. Verfügbar unter: https://www.senatspressestelle.bremen.de/pressemitteilungen/polizeiliche-kriminalstatistik-zeigt-nur-spitze-des-eisberges-465859?utm_source=chatgpt.com.
42. Ingemann-Hansen O, Brink O, Sabroe S et al. Legal aspects of sexual violence—Does forensic evidence make a difference? Forensic Science International. 2008;180(2):98-104.
43. Wilke-Schalhorst N. Forensische Sexualmedizin. In: Madea B, editor. Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2023. p. 629-45.
44. Walz C, Schwarz C-S, Lebrecht A et al. Gerichtsverwertbare Dokumentation nach sexualisierter Gewalt – nur ein paar Fotos? Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80(09):905-10.
45. Lecht J. Epidemiologie von und Risikofaktoren für Kindesmisshandlung - Eine retrospektive Analyse klinisch-forensischer Untersuchungen von 368 Misshandlungsfällen [Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin]. Mainz: Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; 2020.
46. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D et al. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Rechtsmedizin. 2014;24(5):405-11.
47. Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Institut für Rechtsmedizin. Untersuchungsbogen sexualisierte und körperliche Gewalt Mainz2019 [Zugriff am 02.02. 2024]. Verfügbar unter: https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/rechtsmedizin/Dokumente/Untersuchungsbogen_Sexualdelikte.pdf.

48. Verhoff MA, Kettner M, Lászik A et al. Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung. *Dtsch Arztebl International*. 2012;109(39):638-42.
49. Hofer V, Galli J, Thali MJ et al. „Flying Forensic Nursing“ in der Versorgung und Beratung von Gewaltbetroffenen. *Rechtsmedizin*. 2020;30(5):311-7.
50. Jungbluth P, Grassmann JP, Wild M et al. Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. *Rechtsmedizin*. 2012;22(3):163-8.
51. Loots DP, Saayman G. Medicolegal perspectives of interpersonal violence: A review of first-contact clinical notes. *S Afr Med J*. 2019;109(10):792-800.
52. Mützel E, Helmreich C, Schick S et al. Klinisch-forensische Versorgung von Gewaltopfern in Bayern. *Rechtsmedizin*. 2014;24(3):200-7.
53. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M et al. [Quality of documentation and care for victims of violence for the example of a trauma surgery emergency department in a major city]. *Z Orthop Unfall*. 2012;150(1):89-97.
54. Wick JM. „Don't Destroy the Evidence!“. *AORN Journal*. 2000;72(5):805-27.
55. Seifert D, Anders S, Franke B et al. Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin*. 2004;14(3):183-8.
56. Walz C, Wilke-Schalhorst N, Schwarz C-S et al. Rechtsmedizinische Modelle der Versorgung von gewaltbetroffenen Personen in Deutschland. *Rechtsmedizin*. 2022;32(4):249-55.
57. Götting T. Opfer von Gewalt: Netzwerk ProBeweis sichert Spuren 2021 [Zugriff am 04.07. 2024]. Verfügbar unter: <https://www.mhh.de/presse-news-detailansicht/opfer-von-gewalt-netzwerk-probeweis-sichert-spuren>.
58. iGOBSIS: Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf; [Zugriff am 15.02. 2024]. Verfügbar unter: <https://gobsis.de/>.
59. ÄApprO 2002—Approbationsordnung für Ärzte. Sect. Bundesministerium für Gesundheit. BGBl. I S. 2405 (2002).
60. Anders S, Püschel K. Die neue Approbationsordnung für Ärzte. *Rechtsmedizin*. 2003;13(2):66-8.
61. Jones RM. Getting to the core of medicine: Developing undergraduate forensic medicine and pathology teaching. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2017;52:245-51.
62. Nold S, Heide S, Bajanowski T et al. [Student training in forensic medicine in Germany: testing and evaluation]. *Rechtsmedizin (Berl)*. 2021;31(5):438-43.
63. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe; 2015.
64. Zillmann C. Gutachten zur zweiten Kommunalreform: Mehr als ein Schreckensszenario? 2018 [Zugriff am 22.03. 2024]. Verfügbar unter: <https://www.rhein->

zeitung.de/region_artikel,-gutachten-zur-zweiten-kommunalreform-mehr-als-ein-schreckensszenario-_arid,1905800.html.

65. Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U et al. Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Bundesgesundheitsblatt GesundheitsforschGesundheitsschutz. 2005;48(3):337-45.
66. Elliott L, Nerney M, Jones T et al. Barriers to screening for domestic violence. Journal of General Internal Medicine. 2002;17(2):112-6.
67. McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. Am J Public Health. 1989;79(1):65-6.
68. Feder G, Ramsay J, Dunne D et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess. 2009;13:16.
69. Minsky-Kelly D, Hamberger L, Pape D et al. We've had training, now what?: qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. 2005;20:1288-309.
70. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E et al. Screening and intervention for intimate partner abuse. Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA. 1999;282(5):468-74.
71. Spektrum. LEXIKON DER PSYCHOLOGIE: sozial erwünschtes Antwortverhalten [Zugriff am 12.03. 2024]. Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/sozial-erwuensches-antwortverhalten/14483>.
72. Wieners K, Torenz R, Winterholler M. Fachliche Empfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Kassenfinanzierte vertrauliche Dokumentation und Spurensicherung“ zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 27/§132k SGB V in Berlin. Berlin: Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin - Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt. S.I.G.N.A.L. e. V. ; 2021.
73. § 27 Krankenbehandlung. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).
74. Akutmedizin DGIN-u. DGINA 80 STUNDEN KURS: ORGANISATION IN DER NOTAUFNAHME: Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin; 2024 [Zugriff am 12.03. 2024]. Verfügbar unter: <https://notfall-campus.de/dgina-80h-kurs-organisation-in-der-notaufnahme/>.
75. Notfallmedizinkurs GbR. Psychosoziale Notfallmedizin 2024 [Zugriff am 12.03. 2024]. Verfügbar unter: <https://psychosoziale-notfallmedizin.de/>.
76. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung auf der Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 2022 [Zugriff am 12.03. 2024]. Verfügbar

unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/MKB_Psychosomatische_GV.pdf.

77. Bair-Merritt MH, Giardino AP, Turner M et al. Pediatric residency training on domestic violence: a national survey. *Ambul Pediatr*. 2004;4(1):24-7.
78. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. 18. Internationale Kasseler Fortbildung DGKiM-Basiskurs Kinderschutz in der Medizin am 15.-16.03.2024: Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin; 2024 [Zugriff am 19.03. 2024]. Verfügbar unter: https://dgkim.de/wp-content/uploads/2024/01/DGKiM-Basiskurs-2024_Einladung-Programm-final-5.1.24.pdf.
79. Stark MM, Norfolk GA. Training in clinical forensic medicine in the UK--perceptions of current regulatory standards. *J Forensic Leg Med*. 2011;18(6):264-75.
80. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. 2020.
81. Hamberger K. Evaluation of a health care provider training program to identify and help partner violence victims. 2004;19:1-79.
82. Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. 2001;8:131-8.
83. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC et al. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):253-63.
84. Short LM, Johnson D, Osattin A. Recommended Components of Health Care Provider Training Programs on Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):283-8.
85. Walz C, Schwarz C-S, Elsner K et al. Umfrage zur Untersuchung von Gewaltbetroffenen unter Ärztinnen und Ärzten unter Berücksichtigung einer durch Medizinstudierende bearbeiteten Hausaufgabe. *Rechtsmedizin*. 2023;33:293–300.
86. Guo Y, Cheng Z, Ding Y et al. Educating for practice: A new redesigned pedagogical model of clinical forensic medicine. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2020;76:102064.
87. Heide S, Lessig R, Hachmann V et al. Establishment of two forensic medicine OSCE stations on the subject of external post-mortem examination. *International Journal of Legal Medicine*. 2018;132(1):311-9.

8 Anhang

Anhang A

Fragebogen an Ärzt*innen in Rheinland-Pfalz

Variablen-Übersicht

Fragebogen-Interne Daten, zusammengestellt über www.soscisurvey.de

Im Datensatz finden Sie neben Ihren Fragen folgende zusätzliche Variablen, sofern Sie die entsprechende Option beim Herunterladen des Datensatzes nicht deaktivieren.
CASE Fortlaufende Nummer der Versuchsperson REF Referenz, falls solch eine im Link zum Fragebogen übergeben wurde LASTPAGE Nummer der Seite im Fragebogen, die zuletzt bearbeitet und abgeschickt wurde QUESTNNR Kennung des Fragebogens, der bearbeitet wurde MODE Information, ob der Fragebogen im Pretest oder durch einen Projektmitarbeiter gestartet wurde STARTED Zeitpunkt, zu dem der Teilnehmer den Fragebogen aufgerufen hat FINISHED Information, ob der Fragebogen bis zur letzten Seite ausgefüllt wurde TIME .001 Zeit, die ein Teilnehmer auf einer Fragebogen-Seite verbracht hat

Rubrik AH: ärztlicher Hintergrund

[AH01] Auswahl Fachgebiet "In welchem Fachgebiet sind Sie tätig?"
AH01 Fachgebiet 1 = Pädiatrie 2 = Gynäkologie 3 = Chirurgie 4 = Allgemeinmedizin 5 = Sonstiges -9 = nicht beantwortet AH01 05 Sonstiges Offene Texteingabe

[AH02] Auswahl Einrichtung "In welcher medizinischen Einrichtung arbeiten Sie?"
AH02 Einrichtung 1 = Praxis 2= Klinik 3 = Sonstige -9 = nicht beantwortet AH02 03 Sonstige Offene Texteingabe
[AH04] Dropdown-Auswahl Ort "In welchem Landkreis/ welcher kreisfreien Stadt arbeiten Sie?"
AH04 Ort 1 = Ahrweiler 2 = Altenkirchen (Westerwald) 3 = Alzey-Worms 4 = Bad Dürkheim 5 = Bad Kreuznach 6 = Bernkastel-Wittlich 7 = Birkenfeld 8 = Cochem-Zell 9 = Donnersbergkreis 10= Eifelkreis Bitburg-Prüm 11 = Frankenthal (Pfalz) (kreisfreie Stadt) 12 = Germersheim 13 = Kaiserslautern (kreisfreie Stadt) 14 = Kaiserslautern 15 = Koblenz (kreisfreie Stadt) 16 = Kusel 17 = Landau in der Pfalz (kreisfreie Stadt) 18 = Ludwigshafen am Rhein (kreisfreie Stadt) 19 = Mainz (kreisfreie Stadt) 20 = Mainz-Bingen 21 = Mayen-Koblenz 22 = Neustadt an der Weinstraße (kreisfreie Stadt) 23 = Neuwied

24= Pirmasens (kreisfreie Stadt) 25= Rhein-Hunsrück-Kreis 26= Rhein-Lahn-Kreis 27= Rhein-Pfalz-Kreis 28= Speyer (kreisfreie Stadt) 29= Südliche Weinstraße 30= Südwestpfalz 31= Trier (kreisfreie Stadt) 32= Trier-Saarburg 33= Vulkaneifel 34= Westerwaldkreis 35= Worms (kreisfreie Stadt) 36= Zweibrücken (kreisfreie Stadt) -1 = ländlicher Bereich -2 = städtischer Bereich -9 = nicht beantwortet
[AH03] Auswahl Position "Welchen Ausbildungsstand haben Sie?"
AH03 Position 1 = Assistenzarzt/-ärztin 2 = Facharzt/-ärztin 3 = Oberarzt/-ärztin oder Chefarzt/-ärztin -9 = nicht beantwortet

Rubrik SI: Situation

[SI01] Auswahl Häufigkeit "Wie häufig haben Sie bereits eine gerichtsverwertbare Befunddokumentation bei Gewaltopfern durchgeführt?"
SI01 Häufigkeit 1 = Nie 2 = 1 -5 mal 3 = 5-10 mal 4 = > 10 mal -9 = nicht beantwortet

[SI02] Mehrfachauswahl Bedingung "Welche Aussage trifft in Ihrem Arbeitsalltag zu? Eine (gerichtsverwertbare) Verletzungsdokumentation und ggf..."
SI02 Bedingung: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl SI02 01 führe ich nie durch. SI02.02 führe ich durch, wenn die Patienten durch die Polizei vorgestellt werden bzw. bereits Anzeige erstattet ist. SI02 .03 führe ich nach Einverständnis der Patienten durch, wenn diese niederschwellig (ohne Polizei) vorstellig werden. 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt
[SI03] Mehrfachauswahl Maßnahmen "Welche Maßnahmen führen Sie (fallabhängig) neben der medizinischen Versorgung durch?"
SI03 Maßnahmen: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl SI03 01 keine SI03 02 Schriftliche Verletzungsdokumentation SI03 03 Einzeichnen von Verletzungen in ein Körperschema SI03 04 Fotodokumentation SI03 05 Spurensicherung SI03 06 Entnahme von Blut- und/oder Urinprobe (bei Hinweisen auf Beeinträchtigung durch Drogen/Alkohol/Medikamente) SI03 07 Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen 303 08 Einleitung weiterer Schritte (Info an Jugendamt, Polizei) SI03 09 Sonstige 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt SI03 09a Sonstige (offene Eingabe) Offene Texteingabe

[SI04] Auswahl Materialien "Sind in Ihrer Klinik/ Praxis Materialien zur Spurensicherung vorhanden?"	
SI04 Materialien 1 = ja 2 = nein -9 = nicht beantwortet	
[SI05] Mehrfachauswahl Materialien spez "Welche Materialien zur Spurensicherung sind in Ihrer Klinik/ Praxis vorhanden?"	
SI05 Materialien spez: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl SI05 01 Digitalkamera SI05 02 Dokumentationsbögen SI05 03 Körperschemata SI05 04 Abstrichtupfer SI05 05 Untersuchungskit 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt	
[SI06] Auswahl Sichern "Besteht die Möglichkeit, Spuren gerichtsverwertbar zu lagern bzw. diese an ein Institut für Rechtsmedizin zu..."	
SI06 Sichern 1 = ja 2 = nein -9 = nicht beantwortet	
Rubrik E0: Einstellung	
[E001] Auswahl Fortbildung "Besuchen Sie Fortbildungsveranstaltungen zur Untersuchung von Gewaltopfern?"	
E001 Fortbildung 1 = ja 2 = nein -9 = nicht beantwortet	

E001_01 ja E001_02 nein - Offene Texteingabe
[E002] Skala (Zwischenwerte beschriftet) Sicherheit "Wie sicher fühlen Sie sich in der Durchführung gerichtsverwertbarer Beweissicherung?"
E002 01 [Keine Beschreibung] 01 1 = 01 Unsicher 2 = 3 = 4 = 5 = 05 Durchschnittliche Kenntnisse 6 = 7 = 8 = 9 = 10 = 10 Sehr sicher -9 = nicht beantwortet
[E003] Auswahl Unsicherheit "Gab es Unsicherheiten bei der Versorgung des Patienten/ der Patientin?"
E003 Unsicherheit 1 = ja 2 = nein -9 = nicht beantwortet
[E004] Mehrfachauswahl Unsicherheiten spez "Welche Unsicherheiten bei der Versorgung des Patienten/ der Patientin gab es?"
E004 Unsicherheiten spez: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl E004 01 Ansprechen des Verdachtes E004 02 Erkennen von Verletzungen als Gewaltfolgen E004 03 Gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen E004 04 Sicherung von Spuren E004 05 Rechtliche Aspekte wie z.B. Schweigepflicht, vor Gericht E004 06 Psychologischer Umgang mit Betroffenen

E004 09 Kommunikation mit Betroffenen E004 07 Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen (z.B. Frauenhaus, Beratungseinrichtungen) E004 08 Sonstige 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt E004 08a Sonstige (offene Eingabe) Offene Texteingabe
[E005] Mehrfachauswahl Bedeutung "Welche Bedeutung kommt ärztlichen Dokumentationen aus Ihrer Sicht bei der Versorgung von Gewaltopfern zu?"
E005 Bedeutung: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl E005 01 Dokumentation der medizinischen Versorgung E005 .02 Beweismittel im Strafverfahren E005 03 Grundlage von Sachverständigengutachten E005 04 Sonstige 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt E005 .04a Sonstige (offene Eingabe) Offene Texteingabe
[E006] Auswahl Beratung "Wird eine rechtsmedizinische Beratung (z.B. Telefonhotline) aus Ihrer Sicht als hilfreich erachtet/ gewünscht?"
E006 Beratung 1 = ja 2 = nein -9 = nicht beantwortet
[E007] Auswahl Unterstützungsbedarf "Besteht in Ihrer ärztlichen Tätigkeit Unterstützungsbedarf bei der Untersuchung von Gewaltopfern?"

E007 Unterstützungsbedarf

1 = ja

2 = nein

-9 = nicht beantwortet

E007_01 ja

Offene Texteingabe

Rubrik EM: EmailGewinnspiel

[EMOI] @ Getrennte Erhebung von
Kontaktdaten Email

"Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Wenn Sie am Gewinnspiel teilnehmen möchten, können
Sie hier Ihre Email-Adres..."

Rubrik DS: Datenschutz

[DS01] @ Mehrfachauswahl

Datenschutz

"Datenschutzrechtliche Informationen Online Umfrage: Untersuchung von Gewaltopfern im
klinischen Alltag unter..."

DS01 Datenschutz: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen

Ganze Zahl

DS01 01 1. dass meine personenbezogenen Daten (Antworten im Fragebogen) für den
Zweck der vorliegenden Studie, wie in der Datenschutzerklärung beschrieben,
durch die Universitätsmedizin Mainz verarbeitet werden dürfen;

DS01 .02 2. dass meine personenbezogenen Daten (Antworten im Fragebogen) für den
Zweck der vorliegenden Studie, wie in der Datenschutzerklärung beschrieben,
durch die Universitätsmedizin Mainz verarbeitet werden dürfen;

1 = nicht gewählt

2 = ausgewählt

Rubrik HI: Begrüßung

Anhang B

Musterlösung der Hausaufgabe

Musterlösung Hausaufgabe Rechtsmedizin

Frage 1.:

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich folgende Befunde (gleiche Reihenfolge wie in der Bildmappe):

Kopf:

- Über der äußeren Hälfte der linken Augenbraue befindet sich eine ca. 2 cm durchmessende, oberflächliche Hautabschürfung, die angedeutet streifig, von stirn-nach ohrwärts absteigend ausgebildet ist.
- Ca. 2,5 cm unterhalb der vorbeschriebenen Verletzung, über dem linken Jochbein eine ca. 4,5 cm breite und ca. 2,5 cm hohe Hautabschürfung, eine senkrecht gestellte streifige Zeichnung aufweist.



CAVE: Die angedeutet dunklen Verfärbungen im Unterlidbereich sind auf verlaufene Wimpertusche zurückzuführen

Hals:

- Am Hals rechts, am vorderen Rand des Kopfwendemuskels und auf Höhe des Kehlkopfes, in einem ca. 4 cm hohen und 3 cm breiten Areal angedeutet drei streifenförmige, entlang der Halslängsachse gestellte, rot-violette Hautunterblutungen. Innerhalb dieses Areals zudem zahlreiche punktförmige Hauteinblutungen.

Rechter Arm:

- Im körperfernen Drittel der rechten Oberarminnenseite drei annähernd in einer Linie angeordnete rot-violette Hautunterblutungen, von denen die oberste und unterste jeweils ca. 0,7 cm x 0,5 cm, die mittlere ca. 1,5 cm misst.

Die vermeintlich leicht gelbliche Randfärbung ist aufnahmebedingt. Die



Hautunterblutungen wiesen in der Untersuchung keine gelbliche Färbung auf. Also
Achtung bei der Fotodokumentation!

Linker Arm:

- An der linken Schultervorderseite eine ca. 5 cm lange und 2,5 cm breite, oberflächliche Hautabschürfung, die eine streifige Ausprägung entlang der Armlängsachse aufweist.
- Am linken Ellenbogen ist ein ca. 5 cm breites und ca. 3 cm hohes Areal mit mehreren zwischen minimal zwei Millimetern und maximal ca. 1 cm messenden oberflächlichen Hautabschürfungen abgrenzbar, wobei an zwei Stellen wenige Millimeter messende dunkelrot-bräunliche Blutschorfauflagerungen erkennbar sind.

Beine:

- An der rechten Oberschenkelinnenseite, am Übergang vom mittleren zum unteren Drittel, eine ca. 0,7 cm x 0,5 cm messende, bräunliche Hautunterblutung. Auf gleicher Höhe und ca. 1 cm zur Oberschenkelrückseite ein ca. 1,5 cm x 1 cm messendes Areal mit 3 jeweils ca. 2 Millimeter messenden, oberflächlichen Hautabschürfungen.
- An der rechten Oberschenkelaußenseite im mittleren Drittel eine ca. 2,5 cm messende, in zentralen Anteilen bräunliche in Randbereichen gelbgrünliche Hautunterblutung.

Bei der vorliegenden Verletzungsbeschreibung handelt es sich um eine Musterlösung, die natürlich gerade auch in ihrer Formulierung variieren kann.

Ziel dieser Aufgabe war es Sie für die Verletzungsdokumentation zu sensibilisieren. Manchmal kann es doch etwas schwieriger als gedacht sein „einfach mal zu beschreiben was man sieht“.

Für Ihre spätere Tätigkeit empfehlen wir daher immer eine Fotodokumentation und eine ergänzende schriftliche Dokumentation anzufertigen.



Frage 2:

WEITERFÜHRENDE UNTERSUCHUNGEN

ASSERVATE/ABSTRICHE



Welche Körperabriebe bzw. Abstriche fertigen Sie an? Was asservieren Sie noch?

x Wangenschleimhaut x Körper: Hals rechts,
Oberschenkelinnenseite rechts x
Fingernägelabriebe x rechts
x links
x äußeres
Genitale x
Introitus x
Vagina x
Analring x
Rektum
O Kranzfurche / Eichel
O Penisschaft
O Fremdmaterial: _____ O
Tampon/Binde x Bekleidung: zumindest den Slip,
wenn bei Ereignis getragen.



Für eine umfassendere Asservierung von Bekleidung ist die Polizei zuständig.

Da im gegenständlichen Fall nicht alle Einzelheiten von der Geschädigten benannt
werden können, sollte die Spurensicherung großzügig erfolgen

BLUT-/URINPROBE



Asservieren Sie Blut und/oder Urin?

Blut O nein x ja
Urin O nein x ja

WEITERFÜHRENDE MAßNAHMEN



Welche weiteren Ansprechpartner/Hilfsangebote können Sie empfehlen?

Infektionsprophylaxe / Abklärung x ja ☐ nein

Postkoitale Empfängnisverhütung x ja ☐ nein

Empfohlene Untersuchungen: keine weiterführenden Untersuchungen, nur bei spezifischen Beschwerden

Der Wunsch Kontakt zu Beratungs- oder Unterstützungseinrichtungen aufzunehmen, ist bei den Betroffenen sehr unterschiedlich und sollte entsprechend respektiert werden. Um Betroffene unterstützen zu können, sollten zumindest von einzelnen Einrichtungen Kontaktadressen vorliegen (z.B. Weißer Ring, Frauenhaus, etc.). Bei den regionalen Einrichtungen unbedingt die zum Teil nur begrenzten Sprechzeiten bedenken.

Bundesweit 24/7 per Telefon, Chat, etc. erreichbar ist das Hilfetelefon.

www.hilfetelefon.de



Hier gibt es zahlreiche Informationen und Unterstützung für Betroffene aber auch unterstützende Personen und Fachkräfte.

Frage 3.:

- Über der linken Augenbraue, dem linken Jochbein, der linken Schultervorderseite sowie am linken Ellenbogen fanden sich oberflächliche Hautabschürfungen als Folgen tangentialer Gewalt. Die Hautabschürfungen fanden sich an typischen sturz- und stoßexponierten Körperlokalisationen und waren zudem teilweise streifig ausgeprägt. Somit ist als Entstehungsmechanismus am ehesten ein Sturzereignis (mgw. im alkoholisierten Zustand) anzunehmen



Tipp für die spätere Praxis: Fragen Sie nach! In diesem Fall war die Patientin sehr stark durch den sexuellen Übergriff beeinträchtigt und thematisierte von sich aus kein Sturzereignis. Auf Nachfrage gab sie dann jedoch an auf dem Weinfest gestürzt zu sein.

- Rechts des Kehlkopfes zeigte sich eine Hautunterblutung mit zahlreichen punktförmigen Einblutungen. Diese können aufgrund ihres typischen morphologischen Erscheinungsbildes am ehesten durch ein Saugen mit dem Mund, im Sinne von Knutschflecken, entstanden sein.



CAVE: Es kann manchmal sehr schwierig sein in der Untersuchung ohne weitere Kenntnisse zwischen „Knutschfleck“ und Würgemal zu unterscheiden. Im Zweifel dokumentieren Sie den Befund, für die Interpretation dürfen Sie gerne auf die Rechtsmedizin verweisen.

- Am rechten Oberarm zeigten sich innenseitig drei in einer Linie verlaufende Hautunterblutungen. Diese könnten einerseits im Rahmen des Übergriffes beispielsweise durch festes Zugreifen/Festhalten entstanden sein. Andererseits wäre es auch vorstellbar, dass ihr nach dem Sturzereignis jemand aufgeholfen hat.



Nicht jeder einzelne Verletzungsmechanismus lässt sich aufklären. In manchen Fällen kommen mehrere Ursachen in Betracht. Wichtig ist bei der Beurteilung immer die Gesamtschau der Befunde!

- Die Hautunterblutung und Hautabschürfungen an der Oberschenkelinnenseite liegen an einer sturz- und anstoßuntypischen Stelle. Hier kommt durchaus eine

Dritteinwirkung im Sinne eines Auseinanderdrückens der Beine im Rahmen des sexuellen Übergriffs in Betracht.



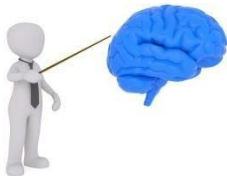
CAVE: Diese Verletzungen haben hinweisenden Charakter. Ein Sexualdelikt alleine basierend auf diesen Verletzungen ist nicht belegbar.

-Darüber hinaus zeigte sich an der rechten Oberschenkelaußenseite eine bräunlich-gelbliche Hautunterblutung. Diese befindet sich an einer für sturz- und anstoßtypischen Körperstelle. Auch wenn die Einschätzung des Alters rein anhand der Farbgebung von Hämatomen aufgrund intraindividuelle Unterschiede nicht exakt möglich ist, erscheint diese Hautunterblutung mindestens mehrere Tage alt zu sein.



Bedenken Sie immer, dass durch Bagateltraumen im Alltag wie ein Anstoßen an einer Kante schnell kleine Verletzungen entstehen können, die unabhängig von Gewaltübergriffen sind.

- Im Rahmen der Anogenitalinspektion zeigte sich der Scheideneingang gerötet. Dies kann auf einen vaginalen Geschlechtsverkehr in einem engeren zeitlichen Zusammenhang hindeuten, ist allerdings hierfür nicht beweisend.



Auch bei einem Geschlechtsverkehr gegen den Willen müssen nicht zwingend Verletzungen im Genitalbereich vorhanden sein. Andererseits können auch bei einem einvernehmlichen Geschlechtsverkehr (auch je nach Praktik) Verletzungen auftreten.

Fazit



Im gegenständlichen Fall lag tatsächlich eine Vergewaltigung vor und der Täter wurde rechtskräftig verurteilt.

Eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung ist ein wichtiger „Puzzlestein“ für ein Ermittlungsverfahren. Daher sollte hierauf auch im klinischen Alltag geachtet werden.

Oftmals ist ein mögliches Tatgeschehen jedoch nicht alleine durch eine Untersuchung aufzuklären, sondern es müssen noch weitere „Puzzlesteine“ hinzukommen, so dass sich ein Bild erkennen lässt. Dieses zeigt auch wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist.

Für die Klausur, Ihr weiteres Studium und den Einstieg in das Berufsleben wünschen wir Ihnen schon jetzt alles Gute! Wir hoffen, dass Sie in Ihrer späteren Tätigkeit an die Lerninhalte der Klinischen Rechtsmedizin zurückdenken und für Ihre Patientinnen und Patienten sorgfältig dokumentieren.



Anhang C

Repräsentation der teilnehmenden Landkreise. Die fünf größten Städte werden in der Analyse der Kategorie „Stadt“ zugeordnet, die übrigen Kreise der Kategorie „Land“.

Kreis	Absolute Häufigkeit	Anteil in Prozent (%)
1 = Ahrweiler	1	1,1
2 = Altenkirchen (Westerwald)	1	1,1
3 = Alzey-Worms	7	7,4
4 = Bad Dürkheim	2	2,1
5 = Bad Kreuznach	3	3,2
6 = Bernkastel-Wittlich	4	4,3
7 = Birkenfeld	-	-
8 = Cochem-Zell	-	-
9 = Donnersbergkreis	1	1,1
10 = Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	3,2
11 = Frankenthal (Pfalz) (kreisfreie Stadt)	1	1,1
12 = Germersheim	1	1,1
13 = Kaiserslautern (kreisfreie Stadt)*	-	-
14 = Kaiserslautern	2	2,1
15 = Koblenz (kreisfreie Stadt)*	4	4,3
16 = Kusel	-	-
17 = Landau in der Pfalz (kreisfreie Stadt)	2	2,1
18 = Ludwigshafen am Rhein (kreisfreie Stadt)*	2	2,1
19 = Mainz (kreisfreie Stadt)*	24	25,5
20 = Mainz-Bingen	3	3,2
21 = Mayen-Koblenz	2	2,1
22 = Neustadt an der Weinstraße (kreisfreie Stadt)	-	-
23 = Neuwied	4	4,3
24 = Pirmasens (kreisfreie Stadt)	2	2,1
25 = Rhein-Hunsrück-Kreis	5	4,7
26 = Rhein-Lahn-Kreis	-	-
27 = Rhein-Pfalz-Kreis	3	3,2
28 = Speyer (kreisfreie Stadt)	1	1,1
29 = Südliche Weinstraße	-	-

30 = Südwestpfalz	2	2,1
31 = Trier (kreisfreie Stadt)*	5	4,7
32 = Trier-Saarburg	1	1,1
33 = Vulkaneifel	1	1,1
34 = Westerwaldkreis	2	2,1
35 = Worms (kreisfreie Stadt)	2	2,1
36 = Zweibrücken (kreisfreie Stadt)	-	-
-1 = ländlicher Bereich ohne Konkretisierung	3	3,2
-2 = städtischer Bereich ohne Konkretisierung	-	-

* zu den fünf größten Städten in Rheinland-Pfalz gehörend (Kategorie „Stadt“)

Anhang D

Angaben der Untersuchenden über sonstige Maßnahmen

Wörtliches Zitat (entspricht hier der Parapharsierung)	Generalisierung
Unerfahrene Untersuchende	
Ausfüllen Befundbogen häusliche Gewalt Zahnmedizin	Spezifizierung der Dokumentation
Beratung, sorgfältige Dokumentation des Berichteten (möglichst auch in Zitaten der Pat.), u. ä.	
Info an Rechtsmedizin zur fachgerechten (Foto-)Dokumentation	Kontaktaufnahme mit der Rechtsmedizin oder einer anderen kompetenten Einrichtung
da ich keinerlei Erfahrung mit einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation habe würde ich die betroffene Person direkt weitervermitteln an eine Stelle, die das kann!	
Verlegung in ein Haus mit angeschlossener Rechtsmedizin	
Erhebung psychopathologischer Befund	
Weitergabe der Informationen an das Kinderschutzteam in domo	Dokumentation des psychopathologischen Befunds
Falls mir ein entsprechender Patient vorgestellt würde (z. B. in der MNOT)	Integration interdisziplinärer Hilfen und Kompetenzen
Je nach Notwendigkeit	
Erfahrene Untersuchende	
Dokumentation der Erstschilderung	Spezifizierung der Dokumentation
Fotodokumentation durch Patient/in	Spezifizierung der Fotodokumentation
Anfrage bei Rechtsmedizin Mainz, bisher war noch keine Vorstellung der Pat. dort als erforderlich erachtet worden	Kontaktaufnahme mit der Rechtsmedizin
seit ich in Bad Kreuznach bin führt die Gerichtsmedizin der Universität Mainz bei uns die Untersuchungen durch, wie stellen lediglich Räumlichkeiten und ggf. Unterstützung	

Dringliche Überweisung Facharzt (Bsp. Gynäkologie) evtl mit telefonischer Voranmeldung	Überweisung an einen Facharzt
radiolog Diagnostik	
Kinderschutzgruppe und Diskussion, Fallkonferenz	Integration interdisziplinärer Hilfen und Kompetenzen
Opferhilfe, weißer Ring	

Anhang E

Angegebene Gründe bei fehlender Fortbildung

Tabelle E1: Angaben der erfahrenen Untersuchenden

	Generalisierung	Kategoriale Einteilung strukturell persönlich	in und	Reduktion
Angebote zu gering , nicht mein Schwerpunkt	Angebot Relevanz	strukturell persönlich		Strukturell: - Angebot (21) - Kapazität (10) - Rahmenbedingung (2) Persönlich: - Relevanz (15) - Interesse (1) - Bewusstsein (2)
Bis jetzt wenig auf diesbezügliche Fortbildung geachtet	Bewusstsein	persönlich		
Bisher bewusst keine entsprechende Fortbildung gesehen	Angebot	strukturell		
bisher erst einen einzigen Fall gehabt, ich war damals nicht die erste Anlaufstelle. "Niedrigschwellig" keine entsprechenden Fortbildungsangebote vorhanden	Relevanz Angebot	persönlich strukturell		
bisher kein Angebot bewusst wahrgenommen	Angebot	strukturell		
Bisher kein Angebot gesehen	Angebot	strukturell		
bisher nicht erforderlich, weil niederschwellige Ursachen	Relevanz	persönlich		

bisher nicht möglich gewesen	Kapazität	strukturell	
Bisher nie angeboten worden	Angebot	strukturell	
Bisher noch nie wirklich vorgekommen, einmal Verdacht auf Kindesmissbrauch.	Relevanz	persönlich	
bislang keine Möglichkeit	Kapazität	strukturell	
das Jahresbudget liegt bei 500€, das reicht nur für eine, max. 2 FB's	Kapazität	strukturell	
Eher weniger Kontakt mit Gewaltopfern	Relevanz	persönlich	
eine Frage der noch verbliebenen Freizeit (Arbeitswoche wie 2 stationäre Assistentinnen)	Kapazität	strukturell	
Erstes Ausbildungsjahr, daher zunächst noch Fortbildungen für häufigere Tätigkeiten bspw. Neugeborenen Reanimation	Relevanz	persönlich	
Fehlendes lokales Angebot	Angebot	strukturell	
Gibt es hier nicht	Angebot	strukturell	
hat sich bisher nicht ergeben	Bewusstsein	persönlich	
Ich bin bereits in Fortbildungen betr. der Begutachtung von Gewaltopfern eingebunden.	Kapazität	strukturell	
Ich wüsste nicht wo, das hier in der Nähe angeboten werden.	Angebot	strukturell	
kein Angebot erhalten	Angebot	strukturell	
kein entsprechendes Angebot in erreichbarer Nähe	Angebot	strukturell	

kein großer Teil meines Arbeitsaltags	Relevanz	persönlich	
Kein Interesse/ Zeitlich begrenzte Fortbildungskapazität	Interesse Kapazität	persönlich strukturell	
Kein offensichtliches Angebot. Kein Schwerpunkt meiner Arbeit.	Angebot Relevanz	strukturell persönlich	
keine Anfrage bisher	Angebot	strukturell	
keine Angebote, niedrigerer Stellenwert. Durchaus Interesse, gern interne Fortbildungen an Unimedizin Mainz.	Angebot Relevanz	strukturell persönlich	
keine entsprechende Fortbildungsangebote vorhanden	Angebot	strukturell	
keine entsprechenden Angebote gefunden	Angebot	strukturell	
keine Zeit	Kapazität	strukturell	
Kenne keine Anbieter	Angebot	strukturell	
Kine Angebote bekannt	Angebot	strukturell	
Kommt im Alltag zu selten vor	Relevanz	persönlich	
Letzte mir bekannt gewordene und genutzte Fortbildung vor etwa 5 Jahren (Uni Mz.)	Angebot	strukturell	
momentan Weiterbildung als Priorität	Relevanz	persönlich	

nn			
Selten Therapie von Gewaltopfern	Relevanz	persönlich	
so viele Fortbildungsverpflichtungen im Jahresverlauf, kaum Zeit für andere Themenkomplexe	Kapazität	strukturell	
wenig Fortbildungen, nur "Randthema" im praktischen Alltag	Angebot Relevanz	strukturell	
werden nicht angeboten im Umkreis	Angebot	strukturell	
wozu	Relevanz	persönlich	
Zeitliche und örtliche Gegebenheiten. Bei 5 Fortbildungstagen im Jahr sind fuer mich eher anästhesiologische Themen relevant. Darüber hinaus ist Mainz als (beinahe einziger) Ort weit weg,	Rahmenbedingungen Kapazität Relevanz	strukturell persönlich	
zu selten, wäre ggf. i.R. Kongress zu anderem Thema interessant (DINGA; Innere Medizin o.ä.)	Rahmenbedingungen	strukturell	
Zu viele andere Verpflichtungen	Kapazität	strukturell	

Tabelle E2: Angaben der unerfahrenen Untersuchenden

Wörtliches Zitat (entspricht hier der Paraphrasierung)	Generalisierung	Kategoriale Einteilung	in	Reduktion
--	-----------------	---------------------------	----	-----------

		strukturell und persönlich	
andere Interessen	Interesse	persönlich	Strukturell: - Angebot (10) - Kapazität (1) Persönlich: - Relevanz (15) - Interesse (3) - Bewusstsein (4)
Bis dato fehlende awareness	Bewusstsein	persönlich	
bisher eher sekundär gewesen (wenig berührungspunkte)	Relevanz	persönlich	
Bisher hatte ich noch keinen direkten Bezug zu dieser Fragestellung	Relevanz	persönlich	
Bisher kein Angebot wahrgenommen		persönlich	
Bisher kein Bedarf	Relevanz	persönlich	
bisher kein Thema	Relevanz	persönlich	
Bisher keine Angebote	Angebot	strukturell	
Bisher keine Information	Angebot	strukturell	
bisher keine Informationen erhalten, Thema nicht "auf dem Schirm"	Angebot	strukturell	
	Bewusstsein	persönlich	
Bisher keine Notwendigkeit, keine Fälle	Relevanz	persönlich	
Bisher keinen Kontakt mit Gewaltopfer gehabt	Relevanz	persönlich	
Bisher keinen Stellenwert in der Klinik	Relevanz	persönlich	
bislang keine Möglichkeit	Kapazität	strukturell	
Fällt nicht in mein Fachgebiet (keine Fälle)	Relevanz	persönlich	
Fehlendes Angebot	Angebot	strukturell	
fehlendes Angebot/ andere Fortbildungen bevorzugt	Angebot Interesse	strukturell persönlich	

für unser Haus bisher keine Relevanz	Relevanz	persönlich	
gerade erst Angefangen zu arbeiten und noch nicht darüber nachgedacht	Bewusstsein	persönlich	
gezielt habe ich nie danach gesucht, da es im Alltag nicht/ kaum bislang relevant war für mich. Aber tatsächlich sind mir auch noch nicht viele Fortbildungen zu diesem Thema "untergekommen"	Relevanz Angebot	Persönlich strukturell	
Ich habe noch keine Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema gesehen/registriert.	Angebot	persönlich	
in der Anästhesie nicht relevant	Relevanz	persönlich	
ist mir noch keine ins Auge gesprungen, auf Internistenkongress glaube ich nur selten oder gar nicht Thema	Angebot	strukturell	
kein Interesse, bin 68 Jahre	Interesse	persönlich	
keine			
keine praktische Relevanz, in 20 Jahren Niederlassung nie vorgekommen	Relevanz	persönlich	
lokal kein adäquates Fortboldungsangebot bekannt	Angebot	strukturell	
mir sind keine bekannt	Angebot	strukturell	
Noch kein Angebot dazu wahrgenommen	Bewusstsein	persönlich	
Seltene Thematik: In 9 Jahren Berufstätigkeit kein einziges Gewaltopfer selbst gesehen und nur 1 Fall im Kollegenkreis.	Relevanz	persönlich	
war bisher kein Anlass	Relevanz	persönlich	
Weil uns solche Patienten nicht vorgestellt werden	Relevanz	persönlich	

Anhang F

Unsicherheiten im Umgang mit Gewaltbetroffenen im Freitext

Zitate der angegebenen sonstigen Angaben im Freitext	Generalisierung
Unerfahrene Untersuchende	
Diskrete Gespräch mit Opfer allein (Begleitperson)	Adäquate Trennung des zu Behandelnden und der Begleitperson
Ob und wie das den Eltern kommuniziert werden soll	
Sensibilisierung für das Thema	Erkennen von und Umgang mit sexuellem Missbrauch
Erfahrene Untersuchende	
Erkennen und Dokumentation von sexuellem Missbrauch	
In welchen Fällen Vorstellung Rechtsmedizin erforderlich? Fotodokumentation im Dienst lediglich mit persönlichem Handy möglich.	Kompetenzdefinierung der Rechtsmedizin
	Fehlende dienstliche Kamera
Das Team im Rettungsdienst ist dafür eher nicht ausgebildet. Als Notarzt liegen die Schwerpunkte eher auf der Akutversorgung (ohne Beachtung der Spurensicherung). Als Intensivmediziner sind solche (rechtsmed.) Themen eher nachrangig beachtet.	Nicht eindeutig einzuordnen und zu gruppieren

Anhang G

Bedeutung der Dokumentation

Wörtliche Zitate der sonstigen Bedeutung im Freitext	Generalisierung
Unerfahrene Untersuchende	
(Leider erfahrungsgemäß auch immer wieder) "Beweismittel" (s.o.) - was das Gespräch mit den Pat. über das Erlebte noch mal schwieriger machen kann	Beweismittel
Grundsätzlich zur Beurteilung von Spätfolgen, somatisch und psychisch/psychosomatisch	Spätfolgenprognose hinsichtlich des Somas und der Psyche

Dokumentation der psychischen und körperlichen Traumata	Dokumentation hinsichtlich des Somas und der Psyche
Wachsamkeit, Versorgung (auch psychologisch) des Betroffenen, Abschirmung des Kindes	Fürsorge
Erfahrene Untersuchende	
eigene Entlastung/ Sicherstellen der notwendigen Schritte	Absicherung des Behandelnden
Entscheidungsgrundlage für einstweilige Verfügungen des Jugendamtes wie Inobhutnahmen etc.	Grundlage für Sorgerechtsfragen
Seelische Unterstützung	Psychische Unterstützung
hier in Bad Kreuznach kommt zu jedem Fall die Gerichtsmedizin.....	Nicht eindeutig einzuordnen und zu gruppieren
Beobachtung und Dokumentation von Interaktionen	
Hilfestellung bei der (z.B. osteopathischen Therapie)	

Anhang H

Tabelle H1: Die gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten der unerfahrenen Untersuchenden

Wörtliches Zitat (entspricht hier der Paraphrasierung)	Generalisierung	Kategoriale Einteilung nach inhaltlichen Aspekten (Inhalt) oder einer Rahmenbedingung	Reduktion
Algorithmus der Durchführung	- Ablauf der Durchführung	Inhalt	Inhalt - Ablauf (4) - Definition der Zuständigkeitsbereiche (2) - Dokumentation (4) - Spurensicherung (5) - Asservierung (1) - Plausibilitätsprüfung (1) - Informationszuwachs (1) - Psychologischer Umgang und Kommunikation (2) - Ansprechpartner (1)
Beispielsweise wann welche Sekrete (z.B. bei V.a. Vergewaltigung) entnommen werden müssen, welche Aufgaben in den ärztlichen Bereich fallen, welche ich eher der Rechtsmedizin/Polizei überlassen muss	- Gezielte Spurensicherung - Definition der Zuständigkeitsbereiche	Inhalt	
Beratung über Vorgehen	- Ablauf des Vorgehens	Inhalt	
Beratung/ Aufklärung, Schulung	- Beratung - Fortbildung	Rahmenbedingung	
Bereitstellung von Dokumentationshilfsmitteln/-anleitungen (z.B. PocketGuide o.ä.)	- Verfügbarkeit von Dokumentationshilfsmitteln	Rahmenbedingung	
direkter Ansprechpartner um Hilfe zu holen	- Direkten Ansprechpartner zur Unterstützung	Rahmenbedingung	

Formulare ,standardisierte Bögen etc	- Verfügbarkeit von Dokumentationshilfsmitteln	Rahmenbedingung	Rahmenbedingung - Fortbildung (7) - Fortbildung für Zahnmediziner (1) - Beratung (4) - Verfügbarkeit von Dokumentationshilfen (2).
Fortbildung,	- Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildung, Beratung, Klärung unklarer Fragen	- Beratung - Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildung, Hotline	- Beratung - Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildung!! um Fehler bei der Spurensicherung zu vermeiden	- Fortbildung - Spurensicherung		
Fortbildungen	- Fortbildung	Rahmenbedingung	
Im Bereich der Spurensicherung und der gerichtsverwertbaren Dokumentation von Verletzungen	- Spurensicherung - Dokumentation	Inhalt	
justiziable Spurensicherung, Dokumentation und Asservierung. Plausibilität der Angaben z.B. bei Kindeswohlgefährdung	- Spurensicherung - Dokumentation - Asservierung - Plausibilitätsprüfung	Inhalt	
Klärung der Zuständigkeiten	- Definition der Zuständigkeitsbereiche	Inhalt	
Mehr Informationen	- Informationszuwachs	Inhalt	
Schulung Zahnmediziner, da oft Erstversorger	- Fortbildung der Zahnmediziner	Rahmenbedingung	
Spurensicherung	- Spurensicherung	Inhalt	
Strukturierung	- Ablauf der Durchführung	Inhalt	

Traumatische Ausnahmesituationen erfordern einen sicheren Umgang mit den Opfern. Außer einem natürlichen empathischen Umgang weiß ich nicht, was möglicherweise ergänzend notwendig ist	- Psychologischer Umgang - Ablauf	Inhalt	
Vermittlung an professionelle Einrichtung wünschenswert	- Überweisung	Rahmenbedingung	
vollständige Dokumentation um Grundlage für Gerichtsverfahren zu schaffen	- Dokumentation	Inhalt	
was sollte dokumentiert werden	- Dokumentation	Inhalt	
Weiterbildung	- Fortbildung	Rahmenbedingung	
Wer ist der beste Ansprechpartner? Wie überzeuge ich, dass Anzeige erstattet wird?	- Ansprechpartner - Kommunikation	Inhalt	

Tabelle H2: Die gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten der erfahrenen Untersuchenden

Wörtliches Zitat (entspricht hier der Paraphrasierung)	Generalisierung	Kategoriale Einteilung nach inhaltlichen Aspekten (Inhalt) oder einer Rahmenbedingung	Reduktion
	Beratung	Rahmenbedingung	Inhalt:

Anlaufstelle, wo man seine vorstellen kann und wie vorzugehen ist			Ablauf (4) Einschätzung/ Bewertung (1) Ansprechpartner (4) Dokumentation (3) Psychiatrische Befunderhebung (1) Spurensicherung (2) Psychosozialer Umgang und Kommunikation (2) Rechtssicherheit und Schweigepflicht (1) Prävention (1) Weitere Versorgung (1) Rahmenbedingung Beratung (24h) (6) Fortbildung (im niederschweligen Bereich) (9) Checklisten (1) Zeit (1)
	Ablauf Ansprechpartner	Inhalt	
Ansprechpartner auch außerhalb der Praxiszeiten nötig	Beratung (24h)	Rahmenbedingung	
Aufklärung	Fortbildung	Rahmenbedingung	
Benennung einer Anlaufstelle für über die medizinische Behandlung hinausgehende Fragen, z. B. Gutachten	Ansprechpartner	Inhalt	
Beratung unklarer Verletzungsmuster / sexuellem Missbrauch	Beratung	Rahmenbedingung	
Checklisten, damit man nichts vergisst	Checklisten	Rahmenbedingung	
Coaching	Beratung	Rahmenbedingung	
Da sehr seltenes Ereignis fehlende Sicherheit bei Dokumentation etc.	Dokumentation	Inhalt	
die Befunddokumentation durch Spezialisten ist besser als die eines hauptberuflichen Gynäkologen		Rahmenbedingung	
Dokumentation	Dokumentation	Inhalt	

es wäre gut zu wissen in welche nähere Krankenhausambulanz man Gewaltopfer diesbezüglich schicken könnte	Ansprechpartner	Inhalt	
Fortbildung	Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildung Ausmaß psychiatrische Befunderhebung	Fortbildung	Rahmenbedingung	
	Psychiatrische Befunderhebung	Inhalt	
Fortbildung insgesamt	Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildung über richtige Dokumentation und Spurensicherung	Fortbildung	Rahmenbedingung	
	Dokumentation Spurensicherung	Inhalt	
Fortbildung, telefonische Beratung in aktuellen Fällen mit konsiliarischer Erörterung des weiteren Vorgehens.	Beratung Fortbildung	Rahmenbedingung	
Fortbildungsangebote	Fortbildung	Rahmenbedingung	
generelle Unsicherheiten			
Grundsätze, Weiteres Procedere	Ablauf	Inhalt	
gut geschulte Anlaufstelle, an die die Patienten verwiesen werden können	Ansprechpartner	Inhalt	

Hilfestellung zum richtigen chronologischen Ablauf, sowie zur Spurensicherung (falls sowas gewünscht ist)	Ablauf Spurensicherung	Inhalt	
Mädchen vergewaltigung gezwungener Sex führen wir keine gynäkologische Untersuchung durch und dadurch auch keine Spurensicherungen			
Niedrigschwellige Fortbildungen; Checkliste/SOP für den Kliniker	Fortbildungen im niedrigschwelligen Bereich Checkliste	Rahmenbedingung	
Notfallbetreuung, zB persönliche Abholung des PAT in der Praxis	Ansprechpartner	Rahmenbedingung	
oftmals nur in unfallchirurgischer Behandlung, ohne weitere Verfolgung der Täter			
psychosoziale Betreuung bei der Untersuchung selbst, wir Ärzte sind im Umgang mit Patienten äußerst schlecht geschult, oft fehlt jedoch die entsprechende Empathie	psychosoziale Betreuung	Inhalt	

Schulung, Updates	Fortbildung	Rahmenbedingung	
telefonische beratungsmöglichkeit	Beratung	Rahmenbedingung	
v.a. betreffs Rechtssicherheit, die Schweigepflicht nicht zu verletzen.	Rechtssicherheit und Schweigepflicht	Inhalt	
Vorgehensweise	Ablauf	Inhalt	
Vorgehensweise bei Spurensicherung etc.	Spurensicherung	Inhalt	
Weiterversorgung, Prävention, Deeskalation	Weiterversorgung Prävention Psychosoziale Strategien	Inhalt	
wenig Erfahrung bei Opfern sexueller Gewalt/sexueller Kindesmissbrauch, Unsicherheit bei der Einschätzung der Verletzungsmuster	Einschätzung	Inhalt	
Zeit	Zeit	Rahmenbedingung	

9 Danksagung

Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich meine Dankbarkeit gegenüber den Betreuenden dieser Arbeit ausdrücken: Ich danke [REDACTED] für ihre Inspiration, Initiierung und Unterstützung der Arbeit. Ich danke ebenso [REDACTED] für ihre Unterstützung zu jedem Zeitpunkt der Arbeit, ihre engagierten, differenzierten Korrekturen und unterstützenden Worte.

Außerdem danke ich meinen Freund*innen und meiner Familie für die fortwährende Unterstützung in unterschiedlichsten Formen. Vor allem wertschätze ich sehr das Interesse an dem Thema und die fortwährende Ermutigung sowie den Umgang mit Stolz und den Punkt. Diese Arbeit wurde von verschiedensten Menschen an verschiedenen Orten geprägt und ich bin froh über die Resonanz, die ich erleben durfte. Ich könnte eine zweite Doktorarbeit darüber füllen, wer wie und wo inspiriert und unterstützt hat. Dies zu erfahren, war wunderbar. Einen besonderen Dank möchte ich darüber hinaus [REDACTED] aussprechen, die mich durch mein gesamtes Medizinstudium als Mitbewohnerin im Alltag begleitet und jede Lebensphase mitgetragen hat, alltägliche, aufregende, schwere sowie feierlich leichte, immer einen Ausgleich zum Medizinstudium gebend.

10 Tabellarischer Lebenslauf

Mareike Kristin Ananda Jannermann
Geboren am 29.10.1992 in Eutin

Berufserfahrung

Seit 04/2024	Ärztin in Weiterbildung in der Inneren Medizin an der Nordseeklinik Westerland, Sylt
11/2022 – 10/2023	Praktisches Jahr
11/2022 – 01/2023	Viszeral- und Unfallchirurgie am George Hospital, George, Südafrika
01/2023 – 03/2023	Neuro- und Unfallchirurgie am Aarhus Universitätskrankenhaus, Aarhus, Dänemark
03/2023 – 06/2023	Urologie am Ernst-von-Bergmann Krankenhaus, Potsdam
07/2023 – 10/2023	Innere Medizin am St. Adolf-Stift, Reinbek

Ausbildung

10/ 2017 – 11/2023	Studium der Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz Abschlussnote: gut
10/ 2013 – 12/ 2016	Psychologie, Bachelor of Science mit zusätzlichem Nebenfach in Völkerrecht an der Justus-Liebig-Universität in Gießen Abschlussnote: 1,3
08/ 2003 – 03/ 2012	Allgemeine Hochschulreife (Abitur) am Kant-Gymnasium Boppard Leistungskurse: Deutsch, Englisch und Biologie Abschlussnote: 1,7

Stipendium

10/ 2018 – 09/ 2020 Stipendiatin des Deutschlandstipendiums Mainz

Famulaturen, Praktika, Ehrenamt und sonstige Tätigkeiten

Famulaturen

03/ 2022 Famulatur im Rechtsmedizinischen Institut, Universitätsklinikum Mainz, Mainz
08/ 2021 Famulatur in der Neurochirurgie, Bundeswehrkrankenhaus, Hamburg
09/ 2020 Famulatur in der Hausarztpraxis [REDACTED], Flensburg
03/2020 Famulatur in der Nephrologie – Nierentransplantation, Westmead Hospital,
Westmead, Australien

Nebenberufliche Tätigkeiten

07/ 2021 – 10/ 2022 Werkstudentin, Medical Airport Service, Frankfurt am Main
04/ 2020 – 03/2022 Dozentin für Neuroanatomie, Asklepios Bildungszentrum, Wiesbaden
04/ 2018 – 04/ 2021 Ehrenamtliche Mitarbeit bei Medinetz Mainz e. V., Mainz
2008 – 2016 Service im gastronomischen Bereich, verschiedene Lokalisationen

Auswahl psychologischer Praktika

01/ 2017 – 03/ 2017 Praktikum beim Polizeipsychologischen Dienst Hessens, Wiesbaden
10/ 2016 – 11/ 2016 Praktikum bei der Gedächtnissprechstunde und Demenzforschung an der Charité,
Berlin

Internationaler Freiwilligendienst

07/ 2012 – 06/ 2013 „Teaching Assistant“
am William Clarke College, Kellyville, Australien