

Aus der Klinik für Gynäkologie, Charité Virchow Klinikum  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Weibliche Stuprum-Betroffene:  
Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité  
versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation  
an deutschen Universitätsfrauenkliniken

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Lina Ana Fryszter

aus Friedberg

Datum der Promotion: 06.09.2019

*Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden im Rahmen eines Kurzvortrags beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) im März 2018 in Berlin präsentiert und veröffentlicht.*

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>Abstrakt (Deutsch und Englisch).....</b>	<b>X-XIII</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Einführung und Definition .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Zur Wortwahl in der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Fakten zu Stuprum und zu sexualisierter Gewalt.....</b>	<b>3</b>
<b>1.4. Prävalenz von Stuprum und sexualisierter Gewalt in Deutschland und global ....</b>	<b>4</b>
<b>1.5. Folgen von Stuprum und sexualisierter Gewalt .....</b>	<b>4</b>
1.5.1. Erlebte Lebensqualität von Betroffenen .....	5
1.5.2. Somatische Folgen.....	5
1.5.3. Psychosomatische Folgen.....	5
1.5.4. Psychische Folgen .....	6
1.5.5. Verhaltensänderungen .....	6
1.5.6. Ökonomische Folgen auf gesellschaftlicher Ebene.....	7
<b>1.6. Gesellschaftlicher Umgang mit Stuprum .....</b>	<b>8</b>
1.6.1. Vergewaltigungsmythen .....	8
1.6.2. Rechtslage in Deutschland.....	8
1.6.3. Polizeiliche Anzeigenerstattung und juristischer Ausgang der Verfahren .....	9
<b>1.7. Empfehlungen zur medizinischen Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum... 12</b>	
1.7.1. Allgemeine Empfehlungen zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum ....	13
1.7.2. Empfehlungen zur medizinisch-forensischen Untersuchung.....	15
1.7.3. Empfehlungen zur medizinischen Versorgung .....	16
1.7.4. Empfehlungen bezüglich Routinebefragungen nach Gewalterfahrung .....	18
<b>1.8. Medizinische Versorgungsstrukturen nach mutmaßlichem Stuprum..... 18</b>	
1.8.1. Versorgungsstrukturen in Deutschland .....	18
1.8.2. Struktur der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum an der Charité.....	20
<b>1.9. Zielsetzung .....</b>	<b>21</b>
1.9.1. Charakteristika und Versorgungsaspekte der mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen .....	21
1.9.2. Versorgungssituation mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken.....	22
<b>2. Material und Methoden .....</b>	<b>23</b>

<b>2.1. Retrospektive Erhebung der Daten zu mutmaßlichen Stuprum-Fällen an der Charité .....</b>	<b>23</b>
2.1.1. Patientinnenkollektiv .....	23
2.1.2. Quellen der erhobenen Information .....	24
2.1.3. Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt .....	24
2.1.4. Vorgehen bei der Auswertung .....	25
2.1.5. Sonstige Quellen .....	29
<b>2.2. Erhebung der Versorgungssituation von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3. Statistik.....</b>	<b>33</b>
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1. Auswertung der mutmaßlichen Stuprum-Fälle an der Charité .....</b>	<b>34</b>
3.1.1. Erfasste Fälle und Charité-interne Aufteilung .....	34
3.1.2. Charakteristika der Betroffenen .....	36
3.1.2.1. Alter .....	36
3.1.2.2. Verfassung bei Vorstellung.....	36
3.1.2.3. Stuprum in der Vorgeschichte .....	37
3.1.3. Charakteristika der mutmaßlichen Tat.....	37
3.1.3.1. Geschlecht des Tatverdächtigen .....	37
3.1.3.2. Verhältnis zwischen Betroffener und Tatverdächtigem .....	37
3.1.3.3. Anzahl der Tatverdächtigen.....	38
3.1.3.4. Tatort .....	38
3.1.3.5. Zeitpunkt der mutmaßlichen Tat.....	39
3.1.3.6. Angegebene Penetration im Rahmen der mutmaßlichen Tat .....	40
3.1.3.7. Kondomverwendung.....	41
3.1.3.8. Rauschmittelabusus .....	42
3.1.3.9. Erinnerungslücken.....	43
3.1.3.10. K.-o.-Tropfen .....	44
3.1.3.11. Einsatz von Waffen.....	44
3.1.4. Versorgung der Betroffenen .....	45
3.1.4.1. Zeitpunkt der Aufnahme in die Rettungsstelle.....	45
3.1.4.2. Zeitlicher Abstand zwischen mutmaßlicher Tat und Vorstellung in der Rettungsstelle .....	45
3.1.4.3. Wartezeit .....	46
3.1.4.4. Untersuchung durch Gynäkologin oder Gynäkologen?.....	46
3.1.4.5. Verletzungen .....	46
3.1.4.6. Medikamentöse Behandlung .....	49
3.1.4.7. Weiterbehandlung .....	49
3.1.4.8. Infektiologische Postexpositionsprophylaxe .....	50

3.1.5. Aspekte der Versorgungsstruktur .....	53
3.1.5.1. Personalbindungszeiten .....	53
3.1.5.2. Spurensicherung .....	53
3.1.5.3. Vollständigkeit der Daten.....	55
<b>3.2. Auswertung der Umfrage zur Versorgungssituation mutmaßlich Stuprum-</b> <b>betroffener Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken .....</b>	<b>58</b>
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1. Diskussion der Daten zu den mutmaßlichen Stuprum-Fällen.....</b>	<b>65</b>
4.1.1. Daten zur Organisation der Versorgung.....	65
4.1.2. Fallzahlen .....	66
4.1.3. Charakteristika der Betroffenen und der mutmaßlichen Tat.....	66
4.1.3.1. Charakteristika der Betroffenen.....	66
4.1.3.1.1. <i>Alter</i> .....	66
4.1.3.1.2. <i>Stuprum in der Vorgeschichte</i> .....	67
4.1.3.2. Charakteristika der mutmaßlichen Tat.....	68
4.1.3.2.1. <i>Tatverdächtige</i> .....	68
4.1.3.2.2. <i>Tatort</i> .....	69
4.1.3.2.3. <i>Substanzkonsum</i> .....	70
4.1.3.2.4. <i>Erlittene Verletzungen</i> .....	71
4.1.3.3. Relevanz der Ergebnisse .....	73
4.1.4. Fälle mit Verdacht auf K.-o.-Tropfen Verabreichung/proaktive DFSA's .....	74
4.1.5. Limitationen und Stärken der Studie .....	76
4.1.6. Ausblick .....	77
4.1.6.1. Zukünftige Forschung.....	78
4.1.6.2. Verbesserungsmöglichkeiten .....	78
<b>4.2. Diskussion der Umfrage zur Versorgungssituation von mutmaßlich Stuprum-</b> <b>betroffenen Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken.....</b>	<b>80</b>
4.2.1. Diskussion der Fragebogenergebnisse .....	80
4.2.1.1. Leitfäden und Richtlinien .....	80
4.2.1.2. Standardisierte Untersuchungsbögen und Kits .....	81
4.2.1.3. Beweismittelsicherung-durchführende Fachabteilung.....	82
4.2.1.4. Anonyme bzw. Vertrauliche Spurensicherung.....	83
4.2.1.5. Infektiologische PEP-Beratung.....	84
4.2.1.6. Fortbildungen.....	84
4.2.1.7. Kooperation mit Beratungsstellen.....	85
4.2.1.8. Etablierung zentraler Aspekte der Erstversorgung.....	85
4.2.2. Relevanz der Umfrage.....	86
4.2.3. Limitationen .....	87

4.2.4. Ausblick .....	87
<b>5. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>89</b>
<b>6. Anhang .....</b>	<b>103</b>
6.1. Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt.....	103
6.2. Fragebogen zur Struktur der Erstversorgung bei Stuprum-Fällen in der Rettungsstelle .....	109
<b>7. Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>111</b>
<b>8. Lebenslauf .....</b>	<b>112</b>
<b>9. Danksagung .....</b>	<b>113</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen sexualisierter Gewalt.....	1
Abbildung 2: Fallzahlen pro Jahr.....	35
Abbildung 3: Verteilung der Fälle auf Charité-Campi.....	35
Abbildung 4: Altersspanne der Betroffenen.....	36
Abbildung 5: Verhältnis Betroffene-Tatverdächtiger.....	38
Abbildung 6: detaillierte Tatortangaben.....	39
Abbildung 7: Fallzahlen in Bezug auf Wochentage.....	40
Abbildung 8: Fallzahlen in Bezug auf Monate 2011-2015.....	40
Abbildung 9: angegebene Penetration im Rahmen der Tat.....	41
Abbildung 10: Substanzmissbrauch vor und nach mutmaßlicher Tat.....	43
Abbildung 11: Erklärung der Patientin für Erinnerungslücken.....	44
Abbildung 12: Zeitraum der Aufnahme in die Rettungsstelle.....	45
Abbildung 13: Geschlecht des untersuchenden ärztlichen Personals.....	46
Abbildung 14: diagnostizierte Verletzung in körperlicher, Kopf-Hals- und anogenitaler Untersuchung.....	47
Abbildung 15: Schweregrad der dokumentierten Verletzungen.....	48
Abbildung 16: auf ÄBB vermerkte Konsile.....	50
Abbildung 17: Angabe auf dem ÄBB zur Durchführung der infektiologischen PEP-Beratung.....	51
Abbildung 18: infektiologische PEP-Medikation.....	52
Abbildung 19: Verwendung eines standardisierten Untersuchungsbogens an den befragten deutschen Universitätsfrauenkliniken.....	60
Abbildung 20: Angaben zur Herkunft des verwendeten Untersuchungskits für Stuprum-Betroffene.....	61
Abbildung 21: Aufbewahrungszeit der im Rahmen der ASS/VSS gesicherten Beweismittel an deutschen Universitätsfrauenkliniken.....	62
Abbildung 22: Wartezeit bis zur Begutachtung bzw. Behandlung der betroffenen Frauen in den Klinikrettungsstellen.....	63

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: gekürzte Darstellung des Befundberichts für Opfer nach sexualisierter Gewalt .....	24
Tabelle 2: "Clinical Injury Score" nach McGregor et al. (89), modifiziert und ergänzt um Kategorie 4 durch Hoffmann-Walbeck (120) .....	28
Tabelle 3: Anamnese, Untersuchung, Spurensicherung bzgl. möglicher hinterlassener Spuren in allgemein körperlicher Untersuchung .....	54
Tabelle 4: Anogenitale Untersuchung und Spurensicherung bzgl. möglicher hinterlassener Spuren .....	55
Tabelle 5: Vollständigkeit der Dokumentation im Ärztlichen Befundbericht .....	56

## Abkürzungsverzeichnis

ÄBB	Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt
ASS	Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftat
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BCS	engl., British Crime Survey
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CBF	Campus Benjamin Franklin
CCM	Campus Charité Mitte
CVK	Campus Virchow Klinikum
DNA	Desoxyribonukleinsäure
DFSA	engl., drug-facilitated sexual assault
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
EU	Europäische Union
FIGO	franz., Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique dt., Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe
FRA	engl., European Union Agency für Fundamental Rights dt., Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
HBV	Hepatitis-B-Virus
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
K.-o.-Tropfen	Knock-out-Tropfen
LSD	Lysergsäurediethylamid
PEP	Postexpositionsprophylaxe
PTSD	engl., posttraumatic stress disorder dt., Posttraumatische Belastungsstörung
SANE	engl., sexual assault nurse examiner
SAP-System	digitales Datenverwaltungsprogramm der Firma SAP
StGB	Strafgesetzbuch
USA	engl., United States of America
VSS	Vertrauliche Spurensicherung

## Abstrakt

„Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation an deutschen Universitätsfrauenkliniken“

Einleitung: Laut Prävalenzstudien erleben 5-6% der Frauen in Europa eine Vergewaltigung (lat. Stuprum). Vergewaltigungen haben schwerwiegende Folgen für Betroffene. Die Erstversorgung hat erheblichen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand Betroffener und durch forensische Bestandteile auf ggf. folgende strafrechtliche Verfahren.

Zielsetzung: Grundvoraussetzung für die gezielte Ausrichtung der Versorgung sind Daten zu Umständen von Stuprum-Fällen. Daher erfolgte im ersten Teil der Arbeit die Erhebung von Charakteristika von mutmaßlichen Stuprum-Fällen und Aspekten der medizinischen Versorgung. Im zweiten Teil wurde vor dem Hintergrund fehlender Studien die Versorgungssituation für weibliche Stuprum-Betroffene an deutschen Universitätsfrauenkliniken ermittelt.

Material und Methoden: (1) In einer retrospektiven Studie erfolgte die Auswertung von standardisierten Befundbögen aller polizeilich anzeigenden, weiblichen mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen, die mindestens 16 Jahre alt waren und zwischen 01.01.2011 und 31.06.2016 in einer der Charité-Rettungsstellen von der Polizei zur Versorgung vorgestellt wurden.

(2) Ein selbstentwickelter Fragebogen, orientiert an Leitlinien und Forderungen verschiedener Versorgungseinrichtungen, wurde im Herbst 2017 an alle 35 deutschen Universitätsfrauenkliniken versandt.

Ergebnisse: (1) 850 mutmaßliche Stuprum-Fälle konnten ausgewertet werden. Die Betroffenen waren im Mittel 29 Jahre alt. 6,4% gaben an, bereits zuvor eine Vergewaltigung erlebt zu haben. Der Tatverdächtige war den Betroffenen in 48,4% unbekannt, 26% entstammtem dem Freundes-/Bekanntenkreis. 15,5% waren Partner oder Expartner. Zwei Drittel der mutmaßlichen Vergewaltigungen ereigneten sich in privaten Räumen, v.a. in der Wohnung der Betroffenen. Über zwei Drittel der Frauen

hatten in zeitlicher Nähe zur Tat Alkohol getrunken. In 17% der Fälle bestand ein Verdacht auf Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen. Extragenitale Verletzungen lagen bei 64% und anogenitale bei 25,4% der Betroffenen vor.

(2) Die Rücklaufquote bei der Klinikbefragung betrug 44,4% (16/36). An 12/16 Universitätsfrauenkliniken existierten Richtlinien zur Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum, an 14/16 wurden standardisierte Untersuchungskits verwendet. Die Option „Anonyme Spurensicherung“ bestand an 11/16, eine Regelung zur infektiologischen Postexpositionsprophylaxe-Beratung an 8/16 Kliniken. Etablierte Fortbildungen zur Beweismittelsicherung gaben 13/15 Kliniken, eine Weitervermittlung an Beratungsstellen 11/16 an.

Schlussfolgerungen: (1) Mit der vorgelegten Auswertung mutmaßlicher Stuprum-Fälle wird erstmals eine so große Zahl in Deutschland analysiert. Vor dem Hintergrund der unzureichenden Studien- und Versorgungsforschungslage leistet die vorliegende Arbeit einen relevanten Beitrag zum Wissen zu Umständen von mutmaßlichen Stuprum-Fällen. Die erhobenen Daten können wegweisend für eine gezielte Ausrichtung der Erstversorgung von Frauen nach Stuprum sein.

(2) Die in der Klinikumfrage festgestellten Versorgungs- und Qualitätsunterschiede zeigen, dass an einem Teil deutscher Universitätsfrauenkliniken ein Verbesserungsbedarf in der Erstversorgung besteht und dass bisher keine Standardisierung erfolgt ist. Sowohl eine Verbesserung der Erstversorgungsstrukturen von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen als auch eine interdisziplinäre Leitlinie wäre wünschenswert.

## Abstract

"Female rape patients: Characteristics of 850 cases treated at the Charité and current care situation at German university gynaecological clinics"

Introduction: According to studies, 5-6% of women in Europe experience rape. The immediate medical care has considerable consequences for the health of those affected and, through forensic components, on subsequent criminal proceedings.

Objective: Data on the circumstances of rape cases are a prerequisite for a targeted design of care. Therefore, in the first part of this study, characteristics of alleged rape cases and subsequent medical care were collected. The second part analyses the care situation for female rape patients at German hospitals.

Material and methods: (1) In a retrospective study, standardized investigation forms of alleged rape patients were evaluated. Cases were restricted to females of at least 16 years of age who reported to the police and were cared for in one of the Charité rescue centres between 01.01.2011 and 31.06.2016.

(2) A self-developed questionnaire was sent to all 35 German university gynaecological hospitals in 2017.

Results: (1) 850 suspected rape cases were evaluated. The affected women were on average 29 years old. The alleged perpetrator was unknown to 48.4% of those affected. 26% of those known were friends or acquaintances, 15.5% partners or ex-partners. 2/3 of the suspected rapes took place in private premises, especially in the victim's homes. 73,6% of the women had consumed alcohol. In 17% of cases the involuntary intake of knockout drops was suspected. Extragenital injuries were present in 64% and anogenital injuries in 25.4% of cases.

(2) The response rate to the survey was 44.4% (16/36). At 12/16 clinics guidelines for the treatment of alleged rape existed. At 14/16 standardized examination kits were used. The option of an anonymized forensic investigation existed at 11/16 clinics, while an arrangement for infectiological post-exposure prophylaxis consultation was

available at 8/16 of the clinics. 13/15 clinics reported trainings in evidence-collection and 11/16 provided a referral to advice centres.

Conclusions: (1) This assessment presents the largest number of presumed rape cases ever analysed in Germany. Given the inadequate study and care research situation, the presented study makes a relevant contribution to the knowledge of the circumstances of suspected rape cases. The collected data could serve for a targeted reorientation of the immediate medical treatment after rape.

(2) The differences found in this study's survey show that there is a need for improvement in primary care in German university gynaecological clinics and that no standardisation has taken place. Improvements of the immediate care structures and an interdisciplinary guideline are desirable.

# 1. Einleitung

## 1.1. Einführung und Definition

Im Zuge der MeToo-Debatte sind die Themen sexuelle Belästigung und sexualisierte Gewalt stark in den gesellschaftlichen Fokus gerückt. Dabei geht es in den schlimmsten Fällen auch um den Vorwurf einer Vergewaltigung (lat. Stuprum). Vergewaltigungen sind in der Menschheitsgeschichte ein lang zurückzuverfolgendes Thema und stellen auch heute noch eine weltweit bestehende Problematik dar. Vergewaltigungen betreffen alle sozialen Schichten (1–3) und haben erhebliche negative individuelle und gesellschaftliche Folgen (siehe 1.5.). Die WHO (2013) postuliert, dass im Gesundheitssektor ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich des Umgangs mit sexualisierter Gewalt bestehe, worunter im speziellen der Umgang mit Vergewaltigungen fällt (4). Dieser Handlungsbedarf ergibt sich einerseits, durch den erheblichen Einfluss, den eine medizinische Erstversorgung nachweislich auf den Erholungsprozess Betroffener hat (5–7), andererseits durch den weltweit bestehenden Verbesserungsbedarf hinsichtlich einer adäquaten Erstversorgung Betroffener (1).

Da das Stuprum in der Regel in einer besonders brutalen und rücksichtslosen Weise begangen wird und den weitesten Eingriff in die Freiheit der sexuellen Selbstbestimmung darstellt (8), ist es die schwerwiegendste Form sexualisierter Gewalt (siehe Abbildung 1) und das schwerste Sexualdelikt.

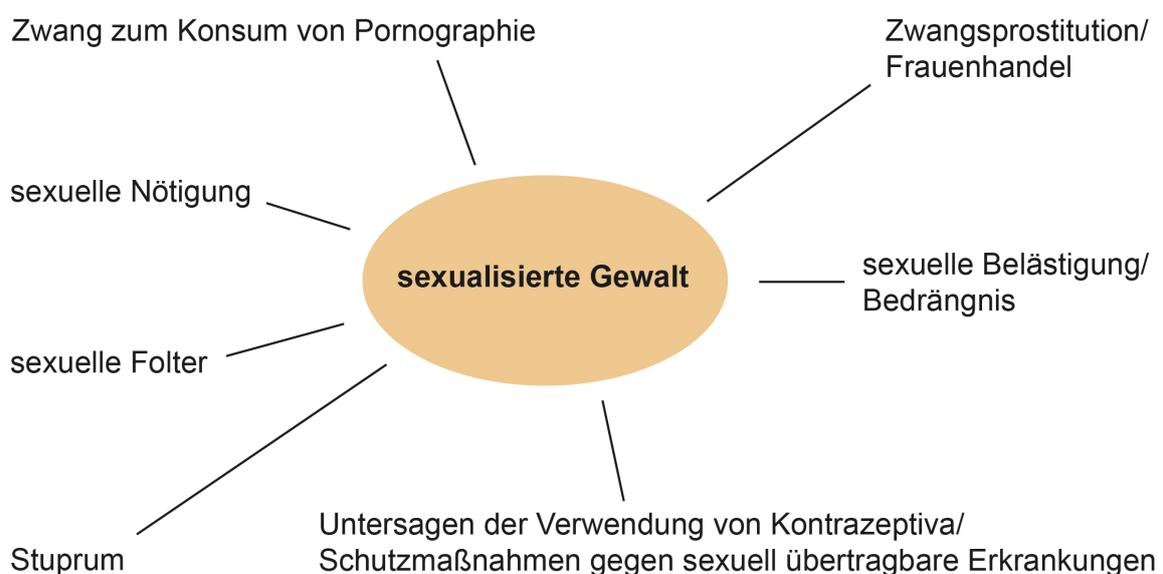


Abbildung 1: Formen sexualisierter Gewalt

## 1. Einleitung

---

Etymologisch entstammt das Wort Stuprum dem Lateinischen und bedeutet: Schändung, Entehrung einer weiblichen Person. Als Abgrenzung zu anderen Formen der sexualisierten Gewalt wird das Stuprum nach der durch den Europarat beschlossenen Istanbul Konvention, Artikel 36 definiert als „...nicht einverständliche, sexuell bestimmte orale, vaginale oder anale Penetration einer anderen Person mit einem Körperteil oder Gegenstand...“ (9).

Bezüglich des Terminus „sexualisierte Gewalt“ existieren international und national sehr unterschiedliche Definitionen (10). Laut WHO ist sexualisierte Gewalt definiert als „...jede sexuelle Handlung, [jeder, Anm. L.F.] Versuch, eine sexuelle Handlung herbeizuführen, [jegliche, Anm. L.F.] unerwünschten sexuellen Kommentare oder Annäherungen, Handlungen, mit dem Ziel des Frauenhandels/der Zwangsprostitution oder Handlungen, die sich anderweitig gegen die Sexualität einer Person richten, unter Anwendung von Zwang, durch irgendeine Person, unabhängig von deren Beziehung zum Opfer, in jedem Umfeld, auch zu Hause und am Arbeitsplatz...“ (11). Motivation für sexualisierte Gewalt ist meist nicht primär die Umsetzung von sexuellem Begehren, wie gesellschaftlich oft angenommen wird, sondern Machtdemonstration (1,12–14).

### 1.2. Zur Wortwahl in der vorliegenden Arbeit

In den Fällen einer polizeilich angezeigten Vergewaltigung, die im ersten Teil der Arbeit analysiert werden, erfolgte nach Angaben der betroffenen Frauen in der großen Mehrheit eine Penetration (vaginal/oral/anal), was den o.g. Kriterien für Stuprum entspricht. Es wurde sich daher und vor dem Hintergrund der unpräzisen Definition sexualisierter Gewalt zum Terminus Stuprum-Fälle entschieden. Da sich aber das Gros der Studien auf sexualisierte Gewalt im Allgemeinen bezieht, wird, um einen umfassenderen Überblick über den derzeitigen Wissensstand geben zu können, in der Einleitung auch hierauf Bezug genommen.

Weiterhin wird ab 1.6. in der Einleitung, sowie in allen folgenden Teilen der Arbeit, der Terminus „mutmaßlich“ für Stuprum-Fälle, -Betroffene, Vergewaltigungen und Taten verwendet, da die vorliegende Arbeit auf der Auswertung von polizeilichen Anzeigen von Stuprum-Fällen basiert und das Verfahren mit Überprüfung des Vorfalls noch ausstand. „Mutmaßlich“ soll auch verdeutlichen, dass keine Wertung hinsichtlich eines erfolgten oder nicht erfolgten Stuprums gemacht wird. Gleichmaßen soll hier hervorgehoben werden, dass die Glaubwürdigkeit der Betroffenen und Erlebtes damit

## 1. Einleitung

---

nicht in Zweifel gezogen werden sollen. Der Fokus liegt in dieser Arbeit auf einer sachlich neutralen Darstellung. Aus den gleichen Gründen, wie oben dargestellt, wird der Begriff Tatverdächtige bzw. Tatverdächtiger verwendet.

### 1.3. Fakten zu Stuprum und zu sexualisierter Gewalt

Frauen sind mehrheitlich die Betroffenen von Vergewaltigungen und von sexualisierter Gewalt im Allgemeinen (1,4), bspw. liegt in der Studie von Tjaden&Thoennes aus den USA der Anteil von Frauen, die eine vollzogene oder versuchte Vergewaltigung erlebt haben, mehr als sechsmal höher als bei befragten Männern (15). 97-99% der Täter sind männlich (10,16). Täter und Betroffene stammen aus allen sozialen Schichten (1–3).

Die Umstände, unter denen es zu Vergewaltigungen kommt, sind vielgestaltig und reichen bis zum kalkulierten Einsatz von Vergewaltigungen und sexualisierte Folter in bewaffneten Konflikten und Kriegen (1,14).

Oft sind die Tatverdächtigen den Betroffenen bekannt (10,17,18). Tatorte sind mehrheitlich das häusliche Umfeld der Betroffenen oder der Tatverdächtigen (1,10). Betroffene können zum Zeitpunkt der Vergewaltigung willentlich oder unwissentlich unter Alkohol oder Drogen stehen. In diesem Falle spricht man von „drug-facilitated sexual assaults“ (DFSAs). Es wird unterschieden zwischen opportunistischen und proaktiven DFSAs (19). Im Falle eines opportunistischen DFSAs sind die Betroffenen durch freiwilligen Konsum intoxikiert, im Falle eines proaktiven durch verdecktes Zusetzen von enthemmenden oder sedierenden Substanzen z.B. in Getränke. Entgegen der weit verbreiteten Annahme, dass Vergewaltigungen nach Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen (proaktive DFSAs) häufig sind, konnte dies in internationalen Studien nicht nachgewiesen werden (20).

Risikofaktoren für Frauen, Betroffene sexualisierter Gewalt bzw. einer Vergewaltigung zu werden, sind junges Alter - nach einigen Studien zwischen 16 und 24 (17,21), andere geben ein Alter zwischen 18 und 29 Jahren (16) an -, ein vorheriges Erleben von sexualisierter Gewalt oder einer Vergewaltigung v.a. als Minderjährige (10,14,17,22,23), Obdachlosigkeit (1,24), Drogenkonsum und Alkoholabhängigkeit (1,14,20,24,25). Weiterhin sind psychische Erkrankungen (1,22,25), die Berufstätigkeit als Sexarbeiterin sowie mentale und physische Behinderungen (1) als Risikofaktoren identifiziert worden.

### 1.4. Prävalenz von Stuprum und sexualisierter Gewalt in Deutschland und global

Innerhalb der EU variiert die publizierte Prävalenz sexualisierter Gewalt zwischen 5 und 35% bezogen auf alle Frauen im Erwachsenenalter (10,16,26). Die Diskrepanz im Hinblick auf die Häufigkeit ist z.B. den unterschiedlichen verwendeten Definitionen für sexualisierte Gewalt geschuldet. In einer repräsentativen Studie der Agentur der EU für Grundrechte (sog. FRA-Studie, 2014) wurde mittels stichprobenartiger Interviews mit 42.000 Frauen in den EU-Mitgliedsstaaten ermittelt, dass 11% der Frauen seit dem fünfzehnten Lebensjahr sexualisierte Gewalt und 5% eine Vergewaltigung erfahren hatten (16). Dabei wurde in dieser Befragung eine Vergewaltigung nur dann angenommen, wenn diese unter Anwendung körperlicher Gewalt geschah.

Studien aus Deutschland zeigen, dass diese Prozentzahlen repräsentativ zu sein scheinen. Im Rahmen der Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurden 2004 über 10.000 Interviews mit Frauen zwischen 16 und 85 Jahren in Deutschland durchgeführt. 6% der Frauen gaben an, seit dem sechzehnten Lebensjahr mindestens einmal vergewaltigt worden zu sein (10).

Nach dem British Crime Survey (BCS) des Jahres 2004 wurden in Großbritannien 4% der Frauen seit dem sechzehnten Lebensjahr Betroffene einer Vergewaltigung.

In Telefoninterviews mit 3006 Frauen in den USA gaben 7,1% an, eine Vergewaltigung ab dem 18. Lebensjahr erlitten zu haben (18).

Die Angaben in den erwähnten Studien wurden mittels digitaler, telefonischer oder persönlicher Befragung erhoben. Sie werden als sog. Dunkelfeldstudien bezeichnet. Laut dem Robert Koch Institut sind dies Studien, die „...sich mit Gewalthandlungen [befassen, Anm. L.F.], die anhand von offiziellen Statistiken wie den polizeilichen Kriminalstatistiken der Bundeskriminalämter nicht erfasst werden, weil sie nicht zur Anzeige gelangt sind (angezeigte Fälle = sog. Hellfeld).“ (27).

### 1.5. Folgen von Stuprum und sexualisierter Gewalt

Wie ausgeführt, differenzieren Studien zu Folgen sexualisierter Gewalt meist nicht explizit zwischen Auswirkungen von Vergewaltigungen und anderen Formen sexualisierter Gewalt. Deshalb werden in diesem Abschnitt auch solche Studien referiert und es werden allgemein die Folgen sexualisierter Gewalt dargestellt.

## 1. Einleitung

---

Die Erfahrung sexualisierter Gewalt ist ein einschneidendes Erlebnis für die Betroffenen und wirkt sich, individuell unterschiedlich ausgeprägt, auf die körperliche, psychische und psychosoziale Gesundheit der Betroffenen sowie auf sozioökonomische Aspekte negativ aus.

Daneben gibt es als Folgen von sexualisierter Gewalt Belastungen, die die Gesellschaft betreffen.

### 1.5.1. Erlebte Lebensqualität von Betroffenen

Die Lebensqualität von Betroffenen sexualisierter Gewalt ist durch physische und psychische Probleme deutlich gemindert (28). Betroffene schätzen ihre Gesundheit selbst schlechter als Nicht-Betroffene ein (29) und konsultieren häufiger Ärztinnen und Ärzte wegen unterschiedlicher Beschwerden und Symptome (30,31).

### 1.5.2. Somatische Folgen

Auf somatischer Ebene lassen sich kurzfristige von langfristigen Folgen unterscheiden. Zu den direkten Folgen sexualisierter Gewalt gehören allgemein Verletzungen. Anogenitale Verletzungen sind hierbei seltener als allgemein körperliche. Die Verletzungsfrequenz variiert in der Literatur deutlich: Extragenitale werden mit einer Häufigkeit von 31-71% (15,30,32–38) und anogenitale Verletzungen mit einer Häufigkeit von 19-39% (30,32,33,36–41) angegeben. (In 4.1.3. wird auf die Ursachen der starken Varianz hinsichtlich der Verletzungsfrequenz in Studien eingegangen.) Studienergebnisse zeigen, dass v.a. leichte sowohl allgemein körperliche als auch anogenitale Verletzungen wie Hämatome und Schürfwunden, die nicht zu Funktionseinschränkungen führen, bei den Betroffenen vorliegen (35,42).

Zu einer Schwangerschaft in Folge eines Stuprum kommt es laut Literatur in 4-5% der Fälle (17,43). Weitere direkte Folge sexualisierter Gewalt kann die Infektion mit einer venerischen Erkrankung sein (1,44). Langfristige Folgen sind ein erhöhtes Risiko für Zervixdysplasien und Zervixkarzinome (24) sowie pelvine Adhäsionen (45).

### 1.5.3. Psychosomatische Folgen

Psychosomatische Erkrankungsbilder wie Kopfschmerzen, Schwindel, abdominelle Schmerzen, funktionelle gastrointestinale Störungen, unspezifische Schmerzsyndrome und chronische Unterbauchschmerzen werden häufiger bei

## 1. Einleitung

---

Betroffenen sexualisierter Gewalt beobachtet (29,31,46). In Bezug auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit der Betroffenen sexualisierter Gewalt treten häufiger sexuelle Dysfunktion, Dyspareunie, Dysmenorrhoe, Erregungs- und Orgasmusschwierigkeiten sowie Infertilität auf (1,28,47).

### 1.5.4. Psychische Folgen

Burgess&Holmstrom haben 1974 das „rape trauma syndrome“ definiert, um psychische Reaktionen nach dem Erleben einer Vergewaltigung zu kategorisieren (48). Es existiert allerdings keine singulär typische Reaktion auf das Erleben einer Vergewaltigung oder anderer Formen sexualisierte Gewalt im Allgemeinen, sondern kann sich dieses Trauma auf unterschiedliche Art äußern (1).

Psychische Folgen sexualisierter Gewalt sind z.B. Scham- und Schuldgefühle, Ängstlichkeit, Schlafstörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Suizidgedanken und – versuche (10,16,17,49).

Nach repräsentativen Studien leiden 13-52% der Betroffenen an Depressionen und 17-56% unter einer PTBS (49). Suizidversuche begehen zwischen 2 und 23% der Betroffenen (17,25,49). Ein enges Beziehungsverhältnis zum Tatverdächtigen verstärkt hierbei die psychischen Folgeerscheinungen (16,50,51). Nach der oben bereits erwähnten FRA-Studie treten die Mehrheit der aufgeführten psychischen Folgen eher auf, wenn der Tatverdächtige ein ehemaliger oder derzeitiger Intimpartner war (16). Murphy et al. beschreiben eine komplexere Traumatisierung im Falle von erfahrenem Stuprum durch Intimpartner (51).

Das Auftreten und die Ausprägung von psychischen Symptomen nach dem Erleben sexualisierter Gewalt ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Dazu gehört die Art des Übergriffes, die Unterstützung durch das soziale Umfeld und die medizinische Versorgung. Beispielsweise fördern negative Reaktionen des sozialen Umfelds eine PTBS deutlich (49,52).

### 1.5.5. Verhaltensänderungen

Bei Betroffenen ist eine Zunahme des Risikoverhaltens nach dem Erleben sexualisierter Gewalt zu verzeichnen. So liegt der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Substanzen höher als bei Nicht-Betroffenen (1,10,25,53). Andererseits ist auch nachgewiesen, dass Alkohol- oder Drogenabhängigkeit Risikofaktoren für das Erleben sexualisierter Gewalt darstellen (24). Auch hinsichtlich des sexuellen

## 1. Einleitung

---

Verhaltens werden nach Studienergebnissen höhere Risiken eingegangen: Es kommt häufiger zu wechselnden Partnern, Genitalverkehr ohne Kondomverhütung und mit Partnern bzw. Partnerinnen, deren sexuelle Vorgeschichte unbekannt ist (24,47,53). Campbell, Sefl&Ahrens konstatieren hingegen, dass es sowohl Betroffene gibt, die nach dem Erleben sexualisierter Gewalt höhere sexuelle Risiken eingehen als auch Betroffene, deren sexuelles Risikoverhalten nach dem Trauma abnimmt (54). In einigen Studien werden Beziehungsschwierigkeiten und soziale Isolation, teils in Folge von Vermeidungssymptomen, beschrieben (1,6,10,16,28).

### 1.5.6. Ökonomische Folgen auf gesellschaftlicher Ebene

Sexualisierte Gewalt führt durch eine Minderung der psychischen und physischen Gesundheit zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dies kann schwierige Erwerbssituationen nach sich ziehen und sozioökonomisch negative Auswirkungen haben (55).

Neben den individuellen Folgen sexualisierter Gewalt entstehen beachtliche finanzielle Kosten auf gesellschaftlicher Ebene, v.a. im Gesundheitssystem (56). Es entstehen einerseits direkte Kosten im medizinischen, polizeilich-juristischen und sozialen Sektor. Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätsausfall der Betroffenen führen andererseits langfristig zu wirtschaftlichen Einbußen. Generationsübergreifende Effekte hat Gewalt gegen Frauen und somit auch sexualisierte Gewalt gegen Frauen durch geringere Bildungsabschlüsse der Kinder und geringere intergenerationell übertragene Sparguthaben (55,57).

Zu den durch Vergewaltigung entstehenden Kosten ist die Studienlage in Deutschland mangelhaft. Schätzungen für die Folgekosten von Vergewaltigungen in den USA liegen zwischen 33 Millionen und 14,9 Billionen Dollar pro Jahr (58). Die für die Betroffenen entstehenden finanziellen Kosten werden auf 85.000 – 110.000 Dollar pro Vergewaltigung geschätzt. Es liegen keine Zahlen zu den ökonomischen Kosten von sexualisierter Gewalt für Deutschland vor (55).

### 1.6. Gesellschaftlicher Umgang mit Stuprum

#### 1.6.1. Vergewaltigungsmythen

Grundlegende Auffassungen bezüglich Vergewaltigungen in einer Gesellschaft haben Auswirkungen auf den Umgang der Betroffenen mit dem Erlebten selbst sowie auf Reaktionen des sozialen Umfelds und der professionellen Helfer (1).

Nach deutscher (59,60) und internationaler (1,61) Studienlage überdauern falsche Annahmen bezüglich Vergewaltigungen, sog. Vergewaltigungsmythen. Ein Beispiel wäre die Auffassung, dass Vergewaltigungen meist durch fremde Täter bei Dunkelheit im Freien erfolgen, was nach repräsentativen Studien nicht der Realität entspricht (siehe 1.3.). Solche vermuteten Vergewaltigungsszenarien werden in der Literatur als „real rape“ oder „classic rape“ bezeichnet (62,63). Diese Mythen werden, trotz einzelner konformer Fälle, nicht durch Studien bestätigt (1,64–66). Nach Temkin&Krahé und Franiuk et al. werden Vergewaltigungsmythen durch Medien verbreitet und beeinflussen alle involvierten Akteure: Täter, Betroffene, das soziale Umfeld der Betroffenen sowie medizinisches, polizeiliches und juristisches Personal (67,68).

Wenn Betroffene sich Personen aus ihrem sozialen Umfeld oder professionellem Personal wie Ärzten bzw. Ärztinnen mitteilen und diese eine hohe Akzeptanz von Vergewaltigungsmythen aufweisen, kann es zu einer sog. Sekundärviktimisierung kommen, bspw. wenn die Betroffene dann für die Vergewaltigung verantwortlich gemacht wird (12,62,66,69,70).

Der Abbau dieser falschen Vorstellungen durch Vermittlung von Fakten um Vergewaltigungen und sexualisierte Gewalt im Allgemeinen ist nach Bohner et al., Eyssel und Ferguson&Malouff erforderlich, um Betroffenen von Vergewaltigungen eine bessere Versorgung, auch im juristischen Kontext, nach erfahrener sexualisierter Gewalt zu ermöglichen (71–73).

#### 1.6.2. Rechtslage in Deutschland

Vergewaltigungen sind in der deutschen Gesetzgebung ein Officialdelikt, d.h., im Falle einer Anzeige bei der Polizei muss vom Staat ermittelt werden. Betroffene können eine Anzeige nicht zurückziehen. Bis Mai 1997 waren Vergewaltigungen strafrechtlich als „außerehelich“ definiert (74). Eine Vergewaltigung innerhalb einer Ehe war bis dato nur nach §240 des StGB, der Nötigung, strafbar.

## 1. Einleitung

---

Im November 2016 wurde das Sexualstrafrecht in Deutschland reformiert (75,76). Die Gesetzesänderungen bedeuteten eine deutliche Verbesserungen hinsichtlich des Schutzes der sexuellen Selbstbestimmung in Deutschland (77). Zuvor war eine Voraussetzung zur Erfüllung des Strafbestandes, dass der bzw. die Betroffene Widerstand geleistet oder zumindest den Versuch dazu unternommen hatte. Mit der Reformierung des §177 StGB unter der Überschrift „Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung, Vergewaltigung“ wurde dem Willen der bzw. des Betroffenen eine zentralere Bedeutung zugesprochen (77). Das Hinwegsetzen über den erkennbaren, entgegenstehenden Willen einer Person gilt in Deutschland jetzt als hinreichend für die strafgesetzliche Definition einer Vergewaltigung. Ebenso wurden verschiedene Situationen oder Umstände definiert, in denen sexuelle Handlungen an Personen unter Strafbarkeit im Sinne des §177 StGB fallen wie beispielsweise eine Unfähigkeit der betroffenen Person sich einen entgegenstehenden Willen zu bilden oder diesen zu äußern. Neu eingeführt wurde im Rahmen der Reform der §184i StGB „Strafbestand der sexuellen Belästigung“ (76,78).

### 1.6.3. Polizeiliche Anzeigerstattung und juristischer Ausgang der Verfahren

Betroffenen von Vergewaltigungen nehmen selten polizeiliche Hilfe in Anspruch und erstatten Anzeige. Nach Ergebnissen des British Crime Survey (2004) in Großbritannien kontaktierten lediglich 15% der Betroffenen nach einer Vergewaltigung die Polizei (17). Nach einer Erhebung in der Bundesrepublik, die durch das BMFSFJ in Auftrag gegeben wurde (10), erstatteten nur 5% der Betroffenen, die zu sexuellen Handlungen gezwungen wurden, Anzeige bei der Polizei. Innerhalb der EU variiert die Anzeigehäufigkeit von Vergewaltigungen stark. Laut einer repräsentativen Studie lag sie in der EU im Mittel bei 10,95, im Median bei 22,6 auf 100.000 Einwohner (26).

Betroffene von Vergewaltigungen erstatten eher polizeiliche Anzeige, wenn sie extragenitale Verletzungen im Rahmen der Tat erlitten haben (10,30,33,33,40,62,79). Dabei korreliert die Anzeigebereitschaft mit dem Schweregrad der erlittenen Verletzung (40). Weiterhin erstatten Betroffene eher im Falle eines unbekanntem Tatverdächtigen (30,33,62,80) und eines Übergriffes im Freien (33,62,80) polizeilich Anzeige. Es wird eher von einer Anzeige abgesehen, wenn es sich beim Tatverdächtigen um einen Freund oder derzeitigen Partner handelt (33,80). Ein häufig genannter Grund für das Unterlassen einer polizeilichen Anzeigerstattung war in der

## 1. Einleitung

---

Befragung von 152 Betroffenen sexualisierter Gewalt durch Jones et al. in den USA die Sorge einer unsensiblen Behandlung oder Beschuldigung durch das Polizeipersonal (80). Weitere Gründe sind Scham, ein Gefühl der Verantwortlichkeit für die Tat, das Bedürfnis nach Ruhe, Angst vor Rache des Tatverdächtigen und Sorgen vor öffentlicher Zurschaustellung (10,79,80).

In der Mehrheit der angezeigten Vergewaltigungsfälle kommt es nicht zu einer Verurteilung. Nach Hellmann&Pfeiffer, die bundesweite Erhebungen des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsens auswerteten, wurden 2013 9,6% der Verdächtigen von Vergewaltigungen verurteilt (81). Die Verurteilungswahrscheinlichkeit bzw. -quote (Verurteilungen je angezeigte Fälle) lag bei 8,1%. Hellmann&Pfeiffer stellten zudem anhand von Daten der Strafverfolgungsstatistiken zwischen 2011 und 2013 der einzelnen Bundesländer eine deutliche regionale Varianz in der Verurteilungsquote fest. Müller&Schöttle ermittelten für 1004 angezeigte Fälle sexualisierter Gewalt einen Anteil von 4% der Fälle, die vor Gericht kamen und von 2%, die zu einer Verurteilung führten (10). Dabei wurden nur Fälle eingeschlossen, die Formen sexualisierter Gewalt nach einer strafrechtlichen Definition entsprachen. In einer umfassenden europäischen Studie lag die Verurteilungsquote in der Mehrheit der Länder im Bereich zwischen 12 und 25% (26). In einer internationalen Metastudie lag die Verurteilungsrate aller polizeilich gemeldeter Fälle zwischen 7 und 32% (61). Hellmann&Pfeiffer und Seith, Lovett&Kelly beschrieben einen deutlichen Abfall der Verurteilungsquote in Deutschland (81,82). Hellmann&Pfeiffer von 21,6% 1994 auf o.g. 8,4% 2013 und Seith, Lovett&Kelly von 20% 1980 auf 13% 2013. Lovett&Kelly konstatieren, dass in vielen EU-Ländern die Anzeigequote steigt, die Verurteilungsquote aber fällt (26). Die sinkenden Verurteilungsquoten können teils durch steigende Anzeigezahlen bei gleichbleibenden Verurteilungszahlen erklärt werden (10,82). Nach einer Presseerklärung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsens, unterzeichnet von Hellmann&Pfeiffer, seien die Überbelastung von Polizei- und Staatsanwaltschaftsapparat ein Grund für die niedrigen Verurteilungsquoten (83). In Personalbefragungen von Polizisten und Polizistinnen und anderen internationalen und in Deutschland angesiedelten Studien zeigte sich, dass stereotype Vorstellungen von Vergewaltigungen verbreitet sind und die Rate an Falschanzeigen überschätzt wird (26,66,84–86). Polizisten bzw. Polizistinnen glauben nach Studien Betroffenen

## 1. Einleitung

---

eher, wenn diese agitiertes und selbstbeschuldigendes Verhalten aufzeigen (87,88). Diese Aspekte könnten die Verurteilungsquote beeinflussen. Daher fordert Venema, wie andere Autoren bereits zuvor, ein Training für Polizeipersonal mit Inhalten wie Traumareaktionen, Gedächtnisfunktion unter traumatischer Belastung, tonische Immobilität (ein Paralysezustand, in den Betroffene während einer Vergewaltigungen fallen können (89)) u.a. als Möglichkeit, um die Interaktion zwischen Betroffenen und Polizeiapparat zu verbessern (88).

Verschiedene Faktoren mit Auswirkung auf den juristischen Ausgang von angezeigten Stuprum-Fällen wurden ermittelt. Studien belegen, dass extragenitale Verletzungen, insbesondere schwere, zu einer höheren Verurteilungsquote führen (40,61,90). Gesicherte Beweismittel aus der forensisch-medizinischen Untersuchung nach Stuprum wie z.B. die Detektion von Sperma scheinen von geringer Relevanz für den juristischen Ausgang eines Verfahren zu sein (61). Allerdings gibt es bisher nur wenige Studien, die dies untersuchten (61). Das Verhältnis zwischen Betroffenen und Tatverdächtigem, der soziale Ruf der Betroffenen und ihr Verhalten vor der Tat hatten in Studien einen Einfluss auf die Verurteilungswahrscheinlichkeit (10,61,91).

Verurteilungen erfolgen häufiger, wenn die Tatumstände denen eines „real rape“ entsprechen (siehe 1.6.1.) und seltener, wenn Betroffene bspw. getrunken haben, freiwillig mit zum Tatverdächtigen nach Hause gegangen sind (68) oder der Tatverdächtige ein Ex-/Partner ist (10). Temkin&Krahé postulieren in ihrem Buch, dass der international bestehenden „Justiz-Lücke“, also den angezeigten Vergewaltigungsfällen in denen es nicht zu einer Verurteilung kommt, tiefgreifende stereotype Vorstellungen über Vergewaltigungen zu Grunde liegen und sie viel eher bedingen, als der Mangel an Beweisen in Vergewaltigungsfällen (68).

Falschbeschuldigungen von Vergewaltigungen sind ein äußerst komplexes Thema. Sie sind in Deutschland rechtlich ein Verbrechen und werden mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis fünf Jahren geahndet (13). Falschbeschuldigungen können verheerende psychische und soziale Folgen für fälschlich beschuldigte Personen haben (73). Besonders auf Grund von sehr medienwirksamen Fällen in den letzten Jahren waren Falschbeschuldigungen von Vergewaltigungen immer wieder ein öffentlich diskutiertes Thema (92). Schwark, Dragon&Bohner konstatieren, dass diese medienwirksamen Fälle „[...] den Eindruck [vermitteln, Anm. L. F.], dass

## 1. Einleitung

---

Falschbeschuldigungen an der Tagesordnung wären“ (86). Nach Hellmann&Pfeiffer existiert in Deutschland keine Studie, aus der man auf die tatsächliche Prävalenz von Falschbeschuldigungen bei Sexualdelikten schließen kann (81). Die bayerische Kriminalstatistik 2005 geht von 7,6% Falschbeschuldigungen bei Anzeigen von Vergewaltigungen und sexueller Nötigung aus (66). Angaben zum Anteil von Falschanzeigen an allen angezeigten Vergewaltigungen rangieren in der EU zwischen 1 und 9% (26,93). Kelly, Lovett&Regan ermittelten in ihrer Studie in Großbritannien einen maximalen Anteil von 9% Falschanzeigen aller untersuchten angezeigten Vergewaltigungen, konstatierten aber dass er vermutlich bei 3% liegen würde (85). In einer Metastudie von Grassberger&Yen liegt die Prävalenz fingierter Sexualdelikte in den meisten Studien zwischen 5 und 14% aller angezeigten Stuprum-Fälle. Davon weichen zwei Studien mit 41% und 45% ab (92). In einer neueren Metaanalyse von Ferguson&Malouff wurde eine Quote von 5% Falschanzeigen ermittelt, wobei eine höhere reale Quote vermutet wird (73). In diese Analyse gingen Studien ein, die nur bewiesene falsche Anzeigen als solche werteten. Unterschiedliche Kriterien für die Definition „Falschanzeige“ könnten die Varianz in den genannten Studien erklären, so bspw. die Kategorisierung von Fällen mit Beweismangel und Rücknahme der Anzeige als Falschanzeige (86). Wenn man von einer Rate von 5 bis 10% an Falschbeschuldigungen bei Vergewaltigungen bzw. bei Sexualdelikten ausgeht, so ist sie ähnlich hoch wie bei anderen vergleichbaren Straftaten (86). Auch in Studien, die Falschanzeigen erfassen, ist von einem Dunkelfeld auszugehen. Zudem ist die Verurteilungsrate für Falschbeschuldigungen ähnlich niedrig wie in Fällen von Vergewaltigungen (13).

### 1.7. Empfehlungen zur medizinischen Versorgung nach mutmaßlichem<sup>1</sup> Stuprum

Hagemann-White&Bohne sehen die zentrale Rolle des Gesundheitswesens in der Versorgung von Gewalt-Betroffenen einerseits darin, dass „...keine andere Institution [...] eine so große Chance [hat, Anm. L.F.], präventiv zu wirken und ein so

---

<sup>1</sup> Begründung der Wortwahl „mutmaßlich“ siehe 1.2.

## 1. Einleitung

---

unmittelbares Interesse daran [hat, Anm. L.F.], dies zu tun, schon um die Kosten und Anstrengungen einer langwierigen Behandlung der sekundären Erkrankungen zu vermeiden...“ (56). Und andererseits darin, dass die Bewältigung dieser Erfahrung und die Therapie von Folgen von Gewalt essenzielle Aufgabengebiete der Medizin sind.

Tatsächlich geben Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt in Umfragen zu einem hohen Anteil Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner an. Sie konsultieren diese häufiger als alle anderen professionellen Helfer (10,94). Ärztinnen und Ärzte haben demnach eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Stuprum-Betroffenen.

Die Erstversorgung nach Stuprum hat großen Einfluss auf das Befinden der Betroffenen nach diesem Erlebnis (95). Eine empathische, nicht-wertende sowie klinisch kompetente Erstversorgung kann eine große Unterstützung für den bzw. die Betroffene sein und den individuellen Heilungs- und Verarbeitungsprozess positiv beeinflussen (6,7,95).

Die Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum stellt eine besondere Herausforderung dar, weil sie emotionale, medizinische und forensisch-juristische Anforderungen erfüllen muss. Es kann unterschieden werden in die medizinische Versorgung der Betroffenen und die Beweismittelsicherung für das juristische Verfahren.

### 1.7.1. Allgemeine Empfehlungen zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum

International existieren diverse Empfehlungen zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum und mutmaßlich erfahrener sexualisierter Gewalt, u.a. hat die WHO 2003 und 2013 umfassende Leitlinien herausgegeben (96,97). In der Bundesrepublik hat die AG Medizinrecht 2009 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) als S1-Leitlinie angenommene Empfehlung „Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung“ entwickelt (98). Chronologisch werden nachfolgend die einzelnen Abschnitte einer optimalen Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum aufgeführt, wobei im Weiteren nur auf die Versorgung weiblicher mutmaßlicher Stuprum-Betroffener eingegangen wird. Dafür wurde auf unterschiedliche Quellen zurückgegriffen.

Allgemeine Forderungen an eine optimale Erstversorgung:

## 1. Einleitung

---

- Es sollten Räumlichkeiten mit einer ruhigen Atmosphäre für die Erstversorgung bereitstehen (6,98,99).
- Längere Wartezeiten sollten vermieden werden (98).
- Der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin sollten nach Empfehlungen der DGGG Facharztniveau haben (98).
- Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin empfiehlt eine gemeinsame Untersuchung durch ein ärztliches Team der Fachgebiete Rechtsmedizin und Gynäkologie (100).
- Der Arzt bzw. die Ärztin sollte aktiv zuhören, unterstützend sein, Ruhe und Sicherheit vermitteln, sanfte beruhigende Worte wählen und weder Kritik noch Wertung anbringen (1,5,6,99).
- Alle Untersuchungsschritte sollten der Betroffenen erklärt und nur im Sinne des „informed consent“ durchgeführt werden (1,6,98,100). Eine Einverständniserklärung seitens der Betroffenen ist Grundlage für die Untersuchung (100).
- Im Falle einer polizeilichen Anzeige muss die Patientin darüber informiert werden, dass sie die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht im Hinblick auf strafrechtlich relevante Befunde gegenüber der Polizei und Justiz befreit (98). Eine schriftliche Zustimmung hierüber seitens der Patientin muss vorliegen.
- Die Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum sollte unabhängig davon sein, ob die Betroffene Anzeige erstattet hat, erstatten wird, ob sie eine sog. Anonyme bzw. Vertrauliche Spurensicherung (Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftat = ASS bzw. vertrauliche Spurensicherung = VSS) oder ob sie ausschließlich medizinische Hilfe wünscht. (Die Begriffe ASS und VSS werden oft synonym verwendet. Die ASS bzw. VSS ist eine anzeigenunabhängige Spurensicherung. Betroffenen wird eine rechtssichere ärztliche Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Beweissicherung ohne sofortige Anzeigeerstattung ermöglicht. Sie haben somit die Möglichkeit, sich körperlich und mental zu kurieren, sich Unterstützung zu holen und die Option einer Anzeige zu überdenken. Abhängig von der Verwahrungszeit der Beweismittel können Betroffene dann zu einem späteren Zeitpunkt Anzeige erstatten).

## 1. Einleitung

---

- Wenn ein akuter medizinischer Notfall bei Betroffenen vorliegt (z.B. Panikattacken, Intoxikationen oder schwere Verletzungen), hat deren Behandlung Priorität (95).
- Eine ausführliche Anamneseerhebung (allgemeine, gynäkologische, die Tat betreffende Anamnese) ist ansonsten erster Schritt der Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum. Empfohlen wird die Verwendung speziell dafür entwickelter Kits, sog. „rape kits“ (1,98,100). Diese beinhalten sowohl Anamnesevorlagen als auch Materialien für die folgende medizinisch-forensische Untersuchung und Anweisungen zur Durchführung und Beweismittelsicherung (100).

### 1.7.2. Empfehlungen zur medizinisch-forensischen Untersuchung

Die medizinisch-forensische Untersuchung kann im Rahmen einer direkten polizeilichen Anzeige oder Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung durchgeführt werden. Zur medizinisch-forensischen Untersuchung gehört die Erhebung des psychischen Status, die umfassende körperliche Untersuchung, die gynäkologische Untersuchung und die Spurensicherung.

Folgende Forderungen werden an die medizinisch-forensische Untersuchung gestellt:

- Bei der körperlichen und anogenitalen Untersuchung müssen alle Verletzungen mit Alter, Beschaffenheit, Größe und Lokalisation erfasst und zusätzlich fotografisch und mittels Einzeichnung in ein Ganzkörperschema dokumentiert werden (6,90,94). Das Ausmaß der Beweismittelsicherung ist abhängig von den Charakteristika der Tat (bspw. von der Art der Penetration und dem Abstand zur mutmaßlichen Tat). Die Asservierung von am Körper befindlichen Spuren sollte möglichst parallel zur Untersuchung durchgeführt werden, um der Betroffenen mehrere sich wiederholende Schritte und damit verbundenen emotionalen Stress zu ersparen (99).
- Routinemäßig sollten Abstriche von äußerem Genitale, Scheidenwand, Portio, Anus und Rektum genommen werden (7,100).
- Weitere Beweismittel wie Kleidung, Slipeinlagen, Tampons etc. sollten ggf. gesichert werden (6).
- Außerdem sollte zur DNA-Analyse der Betroffenen ein Wangenschleimhautabstrich genommen werden (100).

## 1. Einleitung

---

- Zum Nachweis von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum oder -verabreichung sind Blut- und Urinproben erforderlich (100).
- Falls der Abstand zur mutmaßlichen Tat 72 Stunden übersteigt, ist eine Spurensicherung auf Grund mangelnder Ergebnisse nur eingeschränkt sinnvoll (1,100). Abhängig von bestimmten Tatcharakteristika kann sie aber darüber hinaus indiziert sein - wie z.B. bei vaginaler Ejakulation bis zu 100 Stunden nach der mutmaßlichen Tat.
- Es sollte bei der gesamten Untersuchung und Spurensicherung nach Untersuchungsprotokoll und laut Banaschak et al. „nach den üblichen forensischen Prinzipien“ verfahren werden (100). Sog. „rape kits“ stellen solche Protokolle mit den entsprechenden Untersuchungsbögen zur Verfügung. Bei der Spurensicherung müssen etablierte Abläufe eingehalten werden und eine lückenlose Beweismittelkette gesichert sein (6,96).
- Die medizinisch-forensische Untersuchung stellt eine Herausforderung für das durchführende medizinische Personal dar, da in dieser unter Umständen emotionalen Situation keinerlei Wertung in die Untersuchung und Dokumentation einfließen sollte (6,101). Es ist nicht Aufgabe der untersuchenden Ärztin bzw. des untersuchenden Arztes zu beurteilen, ob sich eine Vergewaltigung oder ein Übergriff sexualisierter Gewalt ereignet hat (102).

### 1.7.3. Empfehlungen zur medizinischen Versorgung

Folgende Forderungen an die medizinische Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum finden sich in der Literatur:

- Allen mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen sollte nach WHO-Leitlinien eine Notfallkontrazeption angeboten werden (4).
- Nach den WHO-Leitlinien sollte den mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen ebenso eine prophylaktische Antibiotikatherapie nach nationalen Richtlinien gegen Chlamydien, Gonorrhoe, Trichomoniasis und Syphilis, abhängig von der Prävalenz in der Region, angeboten werden (4).
- Eine Blutentnahme zur Erfassung von Infektionen bzw. des „Nullstatus“, d.h. der Infektionsfreiheit, kann erfolgen (98,100).
- Ebenso sollte das Risiko einer Tetanus-, Hepatitis B- und HIV-Infektion abgeschätzt werden (5,6,99,103). Bei Unklarheit sollte der Hepatitis B-Impfstatus erhoben werden. Gegebenenfalls sollte die Impfung gegen Tetanus und Hepatitis

B erfolgen. Ein HIV-Test soll den Betroffenen angeboten werden. Die HIV-Postexpositionsprophylaxe sollte in Regionen niedriger Prävalenz mit der Patientin unter Berücksichtigung von Risikofaktoren, Nebenwirkungen etc. besprochen werden. Ein routinemäßiges Anbieten oder Empfehlen ist nicht indiziert (104). Dennoch ist die Infektion mit HIV eine Angst vieler Betroffener und teils sogar Grund der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (18,101,105). Vor diesem Hintergrund sollten mit den Patientinnen Infektionsrisiko und Postexpositionsprophylaxe besprochen werden (6).

- Hinsichtlich der psychischen Betreuung der Patientinnen wird empfohlen, Sorgen und Bedürfnisse zu erfragen (1,6). Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten sollten eruiert werden (5). Die Leitlinien der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) empfehlen, die Patientin über möglicherweise auftretende psychische Reaktionen zu informieren. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld der Patientin und Möglichkeiten der weiteren Unterstützung sollen gemeinsam mit ihr besprochen werden. Wenn verfügbar, soll ggf. psychotherapeutische Unterstützung vermittelt werden (1,5,6,98,99).
- Weiterhin sollen das Schutzbedürfnis und die Schutzmöglichkeiten der Patientin, vor allem bei sexualisierter Gewalt in Paarbeziehungen, eruiert werden (98). Den Betroffenen soll mündlich sowie schriftlich Information zu Hilfsorganisationen, Frauenhäusern und anderen Anlaufstellen gegeben werden (1,5,6,103). Die WHO forderte in den Leitlinien 2013 auch Hilfestellung bei der Inanspruchnahme dieser Angebote (4).
- Um die Patientin über die Akutintervention hinaus zu betreuen, werden von Cybulska et al. sowie gemäß den WHO- (2003) und den FIGO-Leitlinien follow-up-Termine nach bestimmten Zeiträumen bzw. die Vermittlung an entsprechende Anlaufstellen gefordert (5,6,96). Hier soll ggf. auf sexuell übertragbare Erkrankungen und speziell HIV getestet werden. Ausstehende Impfungen sollen durchgeführt werden. Außerdem soll der psychische Zustand der Patientin erfragt und eingeschätzt werden, um ggf. Interventionen wie eine Trauma-fokussierte Psychotherapie bei PTBS einzuleiten.

### 1.7.4. Empfehlungen bezüglich Routinebefragungen nach Gewalterfahrung

Das Problem der hohen Dunkelziffer und starken Hemmungen der Betroffenen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, könnte durch Routinebefragung nach Gewalterfahrungen durch Gynäkologinnen und Gynäkologen oder andere niedergelassene Ärzte und Ärztinnen gemildert werden. Ein solches Screening auf das Erleben sexualisierter Gewalt wurde bereits vielfach gefordert (106,107). Die WHO lehnt eine Routinebefragung bei jedem Kontakt mit Einrichtungen des Gesundheitssystems derzeit ab. Bei Patientinnen mit „typischen“ Folgeerscheinungen wie chronischen Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe und sexuellen Dysfunktionen wird eine Screeningfrage aber als sinnvoll erachtet. Akute als auch langfristige Beschwerden könnten durch Klärung der Ätiologie und entsprechende Therapien besser versorgt werden. In Studien zeigte sich, dass sich Patientinnen durch Routinefragen nach dem Erfahren sexualisierter Gewalt nicht belästigt fühlten, sondern es schätzten, in diesem Zuge Informationen vermittelt zu bekommen (16,94,106).

### 1.8. Medizinische Versorgungsstrukturen nach mutmaßlichem Stuprum

#### 1.8.1. Versorgungsstrukturen in Deutschland

Sowohl die DGGG als auch die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin haben Empfehlungen zur Versorgung von mutmaßlichen Betroffenen von sexualisierter Gewalt bzw. Stuprum publiziert (98,100). Ebenso wichtig sind die Leitlinien der WHO (4), die von S.I.G.N.A.L. e.V. ins Deutsche übersetzt wurden (11).

In Deutschland existiert kein einheitlich umgesetztes Konzept zur Erstversorgung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen. Regionale Netzwerke und Gewaltschutzambulanzen setzen sich seit Jahren für ein solches ein (108). Zudem existieren nur einzelne Übersichten über etablierte Versorgungsstrukturen wie Opferschutzambulanzen, Optionen für ASS bzw. VSS und rechtsmedizinische Angebote (109–115). Nach Debertin&Todt befindet sich eine Liste, die Überblick über rechtsmedizinische Untersuchungsstellen in Deutschland gibt, im Aufbau und soll über die Website der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in Kürze veröffentlicht werden (108).

Es werden unterschiedliche Ansätze in der Versorgung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen verfolgt. Interdisziplinäre Kooperationen unter Einbeziehung der Rechtsmedizin werden häufiger. In diesem Kontext entstanden in den letzten Jahren

## 1. Einleitung

---

zunehmend Opferschutz- und Gewaltschutzambulanzen. Bundesweit sind Fachberatungsstellen für Betroffene von Vergewaltigungen meist in Form von Frauenberatungsstellen und Frauennotrufen existent. Diesen spezialisierten Hilfseinrichtungen mangelt es häufig an kontinuierlicher Finanzierung (56,109,116,117). Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung nach dem Erleben einer Vergewaltigung ist grundsätzlich durch Leistungssysteme gesichert (118). Allerdings existieren strukturelle Grenzen wie mangelnde regionale Verfügbarkeit von Fachkräften, rigide Zeitrahmen und lange Wartezeiten bspw. hinsichtlich Psychotherapieplätzen (56,118).

Hagemann-White&Bohne (2003) konstatieren, dass Wissen über Diagnose, Behandlung und Therapie von Folgen sexualisierter Gewalt und etablierte Versorgungsstrukturen vor allem durch lokal engagierte, meist parteiliche Fachkräfte entstanden ist. Regionale Institutionen und Netzwerke wie z.B. der Frauennotruf Frankfurt oder „Netzwerk ProBeweis“, die als Modelle guter Praxis gelten, existieren (119,120). Das Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, das vom Frauennotruf Frankfurt betreut wird, bietet z.B. im Internetauftritt eine Übersicht über Kooperationskliniken in verschiedenen Bundesländern an (115). In diesen Kliniken ist sowohl eine ASS bzw. VSS möglich, als auch eine rein medizinische Versorgung. Das „Netzwerk ProBeweis“ stellt in seinem Internetauftritt ebenso eine Auflistung aller Untersuchungsstellen, in denen eine verfahrensunabhängige Dokumentation und Spurensicherung möglich ist, bereit (114). Als weitere best practice-Modelle nennen Hornberg et al. die Schutzambulanz in Fulda und „Sexuelle Gewalt hinterlässt Spuren“ im Saarland (110).

Angebote zur Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung nehmen in Deutschland zu. Die flächendeckende Option einer ASS bzw. VSS wird immer wieder gefordert (109,111,116). Einzelne Bundesländer haben flächendeckende Konzepte etabliert wie bspw. das Saarland (110,113). Bemängelt wird, dass der Wohnort der Betroffenen bzw. der Ort des Geschehnisses nicht ausschlaggebend für die Qualität und Optionen der Versorgung nach dem Erleben sexualisierter Gewalt sein dürfen. Verschiedene Konzepte der ASS bzw. VSS sind in Erhebungen in Nordrhein-Westfalen ausgemacht worden (109,110). Demnach erfolgen Untersuchung, Dokumentation und Lagerung der gesicherten Spuren nach mutmaßlicher sexualisierter Gewalt teils ganz in rechtsmedizinischen Abteilungen, teils erfolgen alle Schritte in entsprechenden örtlichen Kliniken (109). Andere Konzepte sehen eine Untersuchung und

## 1. Einleitung

---

Dokumentation in den Kliniken vor, wobei die Lagerung der Beweismittel dann in der Rechtsmedizin oder bei der Polizei erfolgt (109). Ebenso unterscheiden sich bei den verschiedenen Modellen der Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung die Aufbewahrungszeiten der Beweismittel und die Finanzierung (109,110).

Es wird vielfach gefordert, Inhalte wie Diagnose von und Behandlung nach sexualisierter Gewalt in die Lehrpläne des Medizinstudiums, der Pflegeausbildung und anderer Gesundheitsberufe aufzunehmen. Zudem werden berufsbegleitende Aus- und Fortbildungen hinsichtlich Gewalt gegen Frauen gefordert (55,56,94,109,116).

### 1.8.2. Struktur der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum an der Charité

Im Jahr 2010 wurde ein einheitliches, gerichtsfestes und standardisiertes Verfahren für Betroffene von sexualisierter Gewalt, die eine polizeiliche Anzeige erstattet haben, an den Rettungsstellen aller Charité-Campi eingeführt. Dazu wurde ein „Stuprum-Kit“ mit einem „Ärztlichem Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt“ (ÄBB) entwickelt. Das Kit und der ÄBB sichern ein standardisiertes Vorgehen der forensischen Beweismittelsicherung und ihrer Dokumentation. Es enthält abgestimmt auf den jeweiligen Abschnitt des Befundberichts nummerierte Verpackungen mit Beweismittelträgern zur Spurensicherung. Das Stuprum-Kit kam bis Juli 2016 nur im Falle einer polizeilichen Anzeige, also im Rahmen des polizeilichen Ermittlungsverfahrens mit einem polizeilichen Auftrag, zur Anwendung. Die gesamte Untersuchung erfolgte bei volljährigen und auch in einigen Fällen bei 16- und 17-jährigen Frauen durch Gynäkologen bzw. Gynäkologinnen und bei Männern durch Chirurgen bzw. Chirurginnen. Bei unter 16-Jährigen und teils auch bei 16- und 17-jährigen Betroffenen erfolgte sie durch Kinderchirurgen bzw. –chirurginnen. Die Beweismittel wurden nach der Untersuchung an die Kriminalpolizei übergeben. Ebenso wurde im Rahmen dieser Umstellung ein Plan für Fortbildungen mit den Inhalten opferzentrierter Umgang, rechtsmedizinische Befundung, Spurensicherung und Handhabung des Kits für die Mitarbeiter der Rettungsstellen und der Gynäkologie bzw. Chirurgie erstellt. Ein Formular zur Dokumentation der Beratung zur infektiologischen Postexpositionsprophylaxe (PEP) wurde erstellt und die Zuständigkeiten für die Durchführung dieser Beratung wurden für die jeweiligen Campi festgelegt.

Anfang Juli 2016 wurde das Verfahren umgestellt und ein sog. Rendezvous-Verfahren mit der Gewaltschutzambulanz (GSA) der Charité etabliert. Nach diesem neuen

## 1. Einleitung

---

Konzept werden bis dato unter der Woche zwischen 8 und 16 Uhr die Anamnese, die extragenitale Untersuchung, die Fotodokumentation von Verletzungen und die extragenitale Spurensicherung in der entsprechenden Rettungsstelle durch die Rechtsmedizinerinnen der GSA durchgeführt. Ärztinnen und Ärzte der Gynäkologie bzw. Chirurgie führen dann nur die anogenitale Untersuchung und Spurensicherung durch. Dies gewährleistet einerseits eine einheitliche Dokumentation und Spurensicherung, andererseits werden die klinischen Abteilungen zumindest zu den o.g. Zeiten entlastet und Wartezeiten für die Beteiligten des Verfahrens verkürzt.

Zudem wurde mit der Umstrukturierung des Verfahrens ab Juli 2016 das Angebot der Vertraulichen bzw. Anonymen Spurensicherung eingeführt. Im Falle einer VSS bzw. ASS werden die gesicherten Beweismittel nun für ein Jahr in der GSA verwahrt und können nach Erstattung einer Strafanzeige und Entbindung von der Schweigepflicht durch die mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen der Polizei übergeben werden. Ein Stufenkonzept der GSA zum Ausbau der Versorgung nach sexualisierter Gewalt existiert. Die GSA wird derzeit haushaltsabhängig von der Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung finanziert.

### 1.9. Zielsetzung

#### 1.9.1. Charakteristika und Versorgungsaspekte der mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen

In Deutschland existieren kaum Auswertungen großer Kollektiven von in Kliniken versorgten mutmaßlich Stuprum betroffenen Frauen. Solche Studien und deren Ergebnisse sind aber für eine gezielte Ausrichtung der Versorgungsstrukturen wichtig. Dies schließt Aspekte der Versorgungsqualität ein.

Die nachfolgend präsentierte retrospektive Auswertung befasst sich mit den zwischen 01.01.2011 und 31.06.2016 polizeilich angezeigten und an der Charité versorgten und begutachteten mutmaßlichen Stuprum-Fällen, angelehnt an die Arbeit von Hoffmann-Walbeck (121).

Ziel der vorliegenden retrospektiven Studie war die Darstellung:

- der Fallzahlen und deren Verteilung an den drei Charité-Campi;
- von Charakteristika der Betroffenen;
- von Charakteristika der mutmaßlichen Taten;

## 1. Einleitung

---

- verschiedener Aspekte der medizinischen Versorgung;
- verschiedener Aspekte der Versorgungsstruktur an der Charité;
- sowie die Erhebung des Anteils an Fällen, in denen vermutlich eine Verabreichung von K.-o.-Tropfen erfolgte/proaktive DFSAs.

### 1.9.2. Versorgungssituation mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken

Da keine Übersichtsarbeiten hinsichtlich etablierter Versorgungsstrukturen weiblicher Stuprum-Betroffener in Deutschland existieren, wurde eine entsprechende prospektive Umfrage durchgeführt, deren Ergebnisse im zweiten Teil der Arbeit präsentiert und diskutiert werden. Diese konzentriert sich auf die Versorgungssituation an deutschen Universitätsfrauenkliniken. Der Fragebogen orientiert sich an den DGGG- und WHO-Leitlinien und an den durch Frauennotrufe gestellten Forderungen. Er wurde an alle deutschen Universitätsfrauenkliniken versendet.

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Retrospektive Erhebung der Daten zu mutmaßlichen<sup>2</sup> Stuprum-Fällen an der Charité

#### 2.1.1. Patientinnenkollektiv

Es handelt sich um eine retrospektive Beobachtungsstudie. Erfasst wurden Patientinnen, die sich wegen einer polizeilich angezeigten mutmaßlichen Vergewaltigung zwischen 01.01.2013 und 31.06.2016 an einer der Charité Rettungsstellen am CVK, CCM oder CBF vorstellten. Patientinnen unter 16 Jahren wurden nicht erfasst, da diese in der Rettungsstelle der Kinderklinik betreut und behandelt werden. Patientinnen, die bei Vorstellung über mehrere Vergewaltigungen in kurzer Zeit berichteten, wurden nur mit dem aktuell zur Vorstellung führenden Übergriff aufgenommen. Stellte sich eine Patientin in dem erfassten Zeitraum mehrfach vor, so wurden diese Vorfälle unabhängig voneinander erfasst.

Die Untersuchung baut auf eine Vorgängerstudie auf (121), führt diese fort und erweitert sie. Die Datenmaske für die Patientinnen orientierte sich an der o.g. Studie, sodass die in dieser Studie erfassten 271 mutmaßlichen Stuprum-Fälle weiblicher Betroffener zwischen 01.01.2011 und 31.12.2012 in die Gesamtauswertung einfließen konnten, was die Datenmenge größer und die Aussagekraft der Ergebnisse robuster machte. Der Zeitraum der neu erfassten Fälle lag zwischen 01.01.2013 und 30.06.2016. Der Erfassungszeitraum wurde so begrenzt, da ab Juli 2016 eine grundlegende Umstellung des Verfahrens zur Erstversorgung nach sexualisierter Gewalt an der Charité erfolgte.

Alle erfassten Patientinnen wurden an der Charité mit dem eigens dafür entwickelten Stuprum-Kit versorgt (siehe Anhang 6.1.). Es enthält den „Ärztlichen Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt“ (ÄBB), Untersuchungsanweisungen sowie Materialien und Hilfsmittel zur Sicherung von Beweismitteln und wurde 2010 eingeführt. Dieses Kit kam bis zum 30.06.2016 nur bei Untersuchungen nach mutmaßlicher Vergewaltigung im Rahmen einer polizeilichen Anzeige zur Anwendung.

---

<sup>2</sup> Begründung der Wortwahl „mutmaßlich“ siehe 1.2.

## 2. Material und Methoden

---

### 2.1.2. Quellen der erhobenen Information

Die Informationen zu mutmaßlichen Stuprum-Fällen an der Charité wurden in einer aufwändigen Handeingabe anhand von Ärztlichen Befundberichten, Erste-Hilfe-Scheinen, Rettungssanitäterscheinen und Postexpositionsprophylaxen-Beratungsscheinen erhoben. Dabei konzentrierte sich die Erhebung vor allem auf die Angaben des sog. Ärztlichen Befundberichts.

### 2.1.3. Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt

Der „Ärztliche Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt“ (ÄBB) ist Teil des Stuprum-Kits. Anweisungen zum Vorgehen sind bezüglich einzelner Fragen im Bogen vermerkt. Der ÄBB wurde für männliche und weibliche Betroffene sexualisierter Gewalt entwickelt. Der Abschnitt für die Untersuchung männlicher Betroffener sowie weitere für diese Studie irrelevante Angaben werden in der folgenden Übersicht nicht beschrieben. Der gesamte Befundbericht findet sich im Anhang (siehe 6.1.). Der Ärztliche Befundbericht gliedert sich in sechs Abschnitte, Tabelle 1 gibt eine Übersicht über erfassten Angaben.

Tabelle 1: gekürzte Darstellung des Befundberichts für Opfer nach sexualisierter Gewalt

1.	Angaben zur Situation der Untersuchung (Untersuchender, Patientin, Beiwohnende, Zeitpunkt Untersuchungsbeginn, sprachliche Verständigung)
2.	Schweigepflichtsentbindung des Untersuchenden gegenüber der Polizei
3.	<u>Anamnese</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Allgemeine und gynäkologische Anamnese</li><li>• Impfstatus hinsichtlich Hepatitis B und Tetanus</li><li>• psychische Verfassung bei Untersuchung (Bewusstseinszustand und Rauschmittelkonsum)</li><li>• Angaben zum Ereignis<ul style="list-style-type: none"><li>-Tatort, Tatzeitpunkt, Täterbeschreibung, Anzahl der Täter</li><li>-Darstellung des Sachverhaltes, erfolgte Penetration</li><li>-Verwendung von Kondomen, Reinigung mit Taschentücher o.ä. und Verbleib, Waschen nach mutmaßlicher Tat</li></ul></li><li>• Angaben zu:<ul style="list-style-type: none"><li>-Gedächtnisinseln, Erinnerungslücken und Erklärung für diese</li><li>-Konsum von Alkohol/Drogen/Medikamenten (Menge, Zeitpunkt, Art)</li></ul></li></ul>

## 2. Material und Methoden

4.	<p><u>Untersuchung und Spurensicherung in acht Schritten:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sicherung oraler Abstriche</li> <li>2. Sicherung von Kleidung, insbes. Unterwäsche</li> <li>3. Sicherung von Spuren am Körper Frage nach: erfolgter Ejakulation, verklebten Kopfhaaren, Küssen/ Lecken/ Saugen/ Bisse durch Täter, Kratzen des Täters, andere vorhandene Spuren</li> <li>4. Körperliche Untersuchung -Allgemeine körperliche Untersuchung und Dokumentation von Verletzungen (schriftlich, Körperschemata) -Untersuchung Kopf und Hals und Dokumentation von Verletzungen (schriftlich, Schemata von Kopf u. Hals), Frage nach erfolgtem Würgen/Drosseln -Fotodokumentation</li> <li>5. Gynäkologische Untersuchung -Frage nach und Sicherung von: Verklebten Schamhaaren, Auskämmen der Schamhaare, vorhandenem Tampon, vorhandenem Fremdmaterial -Sicherstellung Abstriche: äußeres Genitale, Vagina, Zervikalkanal -Dokumentation von Verletzungen im Genital- und Analbereich (schriftlich, Genitaldiagramm) -Fotodokumentation</li> <li>6. Sicherstellung der Abstriche von Anus und Rektum, Fotodokumentation</li> <li>7. Sicherstellung von Blut und Urinproben</li> <li>8. Diagnostik und Therapie -Durchführung Schwangerschaftstest, Gabe „Pille danach“ -HIV-Prophylaxe begonnen/mitgegeben, Hepatitis B- und Tetanus-Impfung/Prophylaxe -Auflistung verabreichter Medikamente -Nennung durch wen/welche Abteilung Beratung zur Postexpositionsprophylaxe erfolgt -Weiterbehandlung durch welchen Fachbereich/stationär</li> </ol>
5.	Weitergabe der Beweismittel an Polizei inkl. Auflistung
6.	Zeitpunkt Untersuchungsende

### 2.1.4. Vorgehen bei der Auswertung

Die Befundberichte werden in den drei Charité-Rettungsstellen vor Ort oder im Archiv verwahrt und wurden für die Erhebung angefordert. Unter Wahrung der Auflagen des Datenschutzes fand die Datenerhebung ausschließlich in den Räumlichkeiten der jeweiligen Rettungsstelle an einem dort stationierten Computer statt. In Absprache mit der Abteilung für Datenschutz der Charité erfolgte eine anonymisierte Erhebung der Daten. Alle Angaben aus dem ÄBB wurden im Rahmen der Studie erfasst, nicht alle flossen in die Auswertung ein. Aspekte wie bspw. Vorerkrankungen der Patientinnen

## 2. Material und Methoden

---

oder erfolgte/nicht erfolgte Fotodokumentation wurden als nicht relevant für die Fragestellung der Studie befunden.

Um eine sinnvolle Auswertung und Analyse der Daten zu ermöglichen, wurden Daten gruppiert. Unspezifisch festgehaltene Tatzeiten wurden umcodiert, so wurde „morgens“ als 7 Uhr, „nachmittags“ als 16 Uhr, „abends“ als 21 Uhr und „nachts“ als 2 Uhr übertragen. Zur Berechnung des Abstands zwischen mutmaßlicher Tat und Vorstellung in der Rettungsstelle wurde, falls eine Zeitspanne zwischen mutmaßlicher Tat und Vorstellung in der Rettungsstelle angegeben war (z.B. „16 bis 18 Uhr“) der letzte angegebene Zeitpunkt verwendet (in diesem Beispiel 18 Uhr).

Das Verhältnis zwischen Tatverdächtigem und Betroffener wurde kategorisiert. Es wurde in fünf Kategorien eingeteilt: unbekannt, flüchtig bekannt, Freundes- oder Bekanntenkreis, Partner/Expartner und Familie. Unter „flüchtig bekannt“ wurden Internetbekanntschaften, Kunden der Patientin, falls diese als Sexarbeiterin tätig war, und Tatverdächtige, die die Patientin mindestens seit zwei Tagen kannte, zusammengefasst. Behandelnde Therapeuten, Mitbewohner und Arbeitskollegen wurden zur Kategorie „Freundes- oder Bekanntenkreis“ gezählt. Die Kategorisierung von behandelnden Therapeuten in die Gruppe „Freundes- oder Bekanntenkreis“ wurde im Hinblick auf die Intention der Arbeiten, einen groben Überblick über Charakteristika der mutmaßlichen Stuprum-Fälle zu geben, gewählt.

Hinsichtlich des angegebenen Tatortes wurde eine Unterscheidung in zwei Kategorien getroffen: „öffentlicher Raum“ und „privater Raum“. Die Kategorie „öffentlicher Raum“ enthielt hierbei Angaben wie öffentlicher Platz (Park, Straße), öffentlich zugängliches Gebäude (Bar, Club), Hausflur, Keller, Innenhof, Auto, Arbeitsplatz der Betroffenen und öffentliche Verkehrsmittel. Unter „privater Raum“ wurden Angaben wie eigene Wohnung, Wohnung des Tatverdächtigen, Wohnung von Dritten, gemeinsame Wohnung und Hotel bzw. Pension zusammengefasst.

Hinsichtlich der Penetration können folgende Angaben auf dem Bogen vermerkt sein: „erfolgt“ (gemeint ist hier die Penetration durch das Glied des Tatverdächtigen oder durch einen Gegenstand), „nicht erfolgt“, „versucht“ und „digitale Penetration“. War

## 2. Material und Methoden

---

hierzu „erfolgt“ vermerkt und waren dennoch zusätzliche Angaben gemacht, ging nur „erfolgt“ in die Auswertung ein.

Um den Anteil an mutmaßlichen Stuprum-Fällen in denen möglicherweise die Verabreichung von K.-o.-Tropfen an die Betroffene erfolgt war zu erheben, wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Einschlusskriterien waren:

1. ausreichende Informationen über eine Gedächtnislücke in Zusammenhang mit der mutmaßlichen Tat;
2. die Erinnerungslücke ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht durch Alkohol bedingt;
3. die Patientin fühlte sich willenlos/wie im Traum/als ob sie sich nicht wehren könne;
4. Gedächtnislücke zeitlich in Zusammenhang mit Einnahme eines bestimmten Getränks (evt. eingeladen, unbeaufsichtigt);
5. veränderter Geschmack eines eingenommenen Getränks;
6. Übelkeit und/oder Schwindel, der mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit Alkoholkonsum in Zusammenhang stand;
7. durch Patientin geäußelter Verdacht auf K.-o.-Tropfen-Verabreichung.

Nach eigener Festlegung mussten mindestens die Kriterien 1 und 2 zutreffen, um einen Verdacht auf Anwendung von K.-o.-Tropfen zu stellen. Die Kriterien 3 bis 7 waren verstärkend. Als Ausschlusskriterium wurde der Konsum von über sieben Alkoholeinheiten festgelegt, da in diesem Falle von einem Alkoholblutspiegel über 2,0‰ auszugehen ist (bei Durchschnittsgewicht von 65 kg im errechneten Durchschnittsalter der Betroffenen) und demnach von mnestischen Störungen und Kontrollverlusten durch die Wirkung des Alkohols ausgegangen werden kann. Die Umrechnung in Alkoholeinheiten erfolgte orientiert an der Klassifikation nach sog. „Standardgläsern“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (122). Ein Glas Bier (0,25l), ein Glas Sekt (0,1l), ein Glas Wein (0,1l) und eine Spirituose (4 cl) zählten als eine Alkoholeinheit, was ca. 10 g reinem Alkohol entspricht. Ein Longdrink und ein Cocktail wurden als Äquivalent für zwei Alkoholeinheiten gewertet. Falls die Betroffenen unsicher waren, wie viel sie von einem Getränk konsumiert hatte, wurde die geringere Menge gewertet. Zudem wurden weitere Ausschlusskriterien aufgestellt:

## 2. Material und Methoden

---

1. Alkoholkonsum über sieben Alkoholeinheiten;
2. freiwilliger Konsum von Amphetaminen/Kokain/Lysergsäurediethylamid (LSD);
3. freiwilliger Konsum von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) oder Betäubungsmitteln;
4. Patientin eingeschlafen ohne besondere Benommenheit/Bewusstseinsveränderung davor.

Um eine Aussage über erlittene extragenitale Verletzungen zu treffen wurden die Befunde aus der allgemein körperlichen und der HNO-Untersuchung zusammengefügt. Da die Dokumentation oftmals übergreifend für beide Teiluntersuchungen in einem der Dokumentationsfelder auf dem ÄBB erfolgte, wurde eine negierte Verletzung in einem dieser Felder als insgesamt nicht vorhandene Verletzung gewertet.

Für die Kategorisierung des Schweregrads der erlittenen Verletzungen wurde die modifizierte Einteilung des „Clinical Injury Score“ nach McGregor et al. (90) verwendet. Dieser Score kategorisiert genitale und extragenitale Verletzungen. In Tabelle 2 ist der Clinical Injury Score detailliert dargestellt. Schmerzen gehen in Grad 1 des Scores ein. Grad 3 des Scores wird nur bei extragenitalen Verletzungen erreicht. Zudem führen alleinige Hinweise auf ein erfolgtes Würgen in der Untersuchung zu einer Kategorisierung in Grad 3. Die Score-Einteilung erfolgte retrospektiv bei Erfassung der dokumentierten Verletzungen.

Tabelle 2: „Clinical Injury Score“ nach McGregor et al. (90), modifiziert und ergänzt um Kategorie 4 durch Hoffmann-Walbeck (121)

<b>Clinical Injury Score</b>	<b>Modifizierte Kriterien</b>	<b>Originale Kriterien nach McGregor et al. (1999)</b>
<b>0 (no injury)</b> <b>Keine Auffälligkeiten</b>	Keine Zeichen von Gewaltanwendung/keine Schmerzen dokumentiert	No documented signs or symptoms
<b>1 (mild injury)</b> <b>Leichte Verletzung</b>	Ausschließlich gerötete oder druckdolente Stellen oder leichte Verletzungen ohne Hinweis auf bevorstehende Funktionseinschränkung	Redness or tenderness only or minor injuries with no expected effect on physical function

## 2. Material und Methoden

<b>2 (moderate injury)</b> <b>Mittelschwere Verletzung</b>	Verletzungen, welche eine Funktionseinschränkung verursachen können und/oder mehr als Rötung/Schwellung der Genitalien (inklusive anal-rektale Verletzungen wie Risswunden, Hämatome, Abschürfungen) und/oder behandlungsbedürftige Verletzungen (mit Notwendigkeit der Naht von Risswunden, Versorgung von Wunden) und/oder Prellungen am Kopf und Hals, welche signifikante Kopfschmerzen zur Folge haben können	Injuries expected to have some effect on function and/or more than redness/tenderness of the genitalia (including anal-rectal injuries; e.g. lacerations, bruising, abrasions) and/or injuries requiring treatment (lacerations requiring suturing, wounds requiring dressings) and/or bruising of the head and neck expected to result in significant headache
<b>3 (severe injury)</b> <b>Schwere Verletzung</b>	Verletzungen des Kopfes mit Gehirnerschütterung und/oder Hinweis auf versuchtes Würgen/Drosseln und/oder schwere Verletzungen (bspw. Knochenfrakturen, Verletzung von inneren Organen)	Head injury with concussion and/or evidence of attempted strangulation and/or other major injuries (eg, limb fracture, internal organ contusion)
<b>4 Kein Zusammenhang ersichtlich</b>	Verletzungen, welche vom Untersucher und/oder der Patientin eindeutig einer anderen Ursache als der angegebenen Gewaltanwendung zuzuordnen sind	

Etwaige Dokumentationslücken innerhalb des Ärztlichen Befundberichts wurden erhoben.

### 2.1.5. Sonstige Quellen

Dem Ärztlichen Befundbericht beiliegende Erste-Hilfe-Scheine bzw. Konsile wurden im Rahmen der Datenerhebung gesichtet und Angaben aus diesen ergänzend aufgenommen. Hierbei wurden sowohl Erste-Hilfe-Scheine/Konsile der Gynäkologie als auch anderer Abteilungen berücksichtigt.

Die PEP-Beratung gilt als einer der Grundpfeiler der Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum. Um hierzu eine Aussage treffen zu können, wurde die Dokumentation um Quellen zusätzlich zum Ärztlichen Befundbericht erweitert. Dazu konnten die dem Bericht beiliegenden PEP-Beratungs-Scheine dienen. Diese erfassen:

## 2. Material und Methoden

---

- den Namen der/des Beratenden und der Patientin;
- die Aufklärung, Bewertung der Indikation und Entscheidung bezüglich einer Tetanus- und Hepatitis B- und HIV-Postexpositionsprophylaxe.

Bei mangelnder Dokumentation oder Fehlen dieser Scheine wurde im SAP-System, dem digitalen Datenverwaltungsprogramm der Charité, nach Erste-Hilfe-Scheinen/Konsilen sowohl der Gynäkologie als auch anderer Fachrichtungen zu der betroffenen Patientin recherchiert. Diese erweiterte Recherche konnte nur für das neu erfasste Subkollektiv durchgeführt werden. Es wurden nur solche Konsile berücksichtigt, die aufgrund der Vergewaltigungsanzeige durchgeführt worden waren. Ziel war immer, eine möglichst große Datenvollständigkeit für die Auswertung zu erreichen.

Angaben hinsichtlich der PEP-Medikation für Hepatitis B und HIV wurden für das neu erfasste Subkollektiv aus folgenden Quellen ausgewertet:

- PEP-Beratungs-Scheinen;
- beigelegten Konsilen;
- im SAP-System dokumentierten Konsilen.

Falls sich die Angaben widersprachen, wurden mit erster Priorität die Angaben aus den Konsilen berücksichtigt. Nur wenn die PEP-Beratung durch die Gynäkologie selbst erfolgte, wurden die Angaben aus dem ÄBB mit niedrigster Priorität berücksichtigt. Lehnten die Patientinnen die infektiologische Beratung ab oder entfiel diese und es gab keine Angabe zur Medikation im ÄBB, wurde dies als nicht erfolgte Medikamentengabe gewertet.

Hinsichtlich der Tetanus-Impfung wurden die Angaben aus dem ÄBB, den PEP-Scheinen und den Konsilen berücksichtigt, da bei bestehender Indikation die Gabe einer Tetanus-Impfung häufig schon durch die Gynäkologie vor der eigentlichen PEP-Beratung erfolgte. Im Falle von Widersprüchen zwischen den verschiedenen Quellen (erfolgte Gabe vs. keine Gabe) wurden erfolgte Gaben gewertet. Auch hier wurden eine Ablehnung und ein Entfallen der infektiologischen Beratung als eine nicht erfolgte Gabe gewertet, falls keine dezidierten Angaben zur Medikation vorlagen. War nur eine Ablehnung der Tetanus-Impfung eingetragen, so wurde diese als Ablehnung gewertet.

Eine PEP-Beratung galt als erfolgt, wenn

## 2. Material und Methoden

---

- die behandelnde Gynäkologin bzw. der behandelnde Gynäkologe ihre Durchführung im Ärztlichen Befundbericht vermerkt hatten;
- oder ein vollständiger PEP-Beratungsschein;
- oder ein Konsilschein vorhanden waren, aus denen dies hervorging.

Das Entfallen der Notwendigkeit einer PEP-Beratung wurde in der Auswertung durch folgende Kriterien definiert:

- Vermerk im ÄBB: „PEP Beratung entfällt“;
- über 72 Stunden Differenz zwischen mutmaßlicher Tat und Vorstellung in Rettungsstelle;
- letzter freiwilliger GV ohne Kondomverhütung mit Tatverdächtigem;
- rein digitale Penetration;
- Kondomverwendung.

Lag dem ÄBB ein Schein des Rettungsdienstpersonals bei, so wurde dieser nur hinsichtlich der Anamnese eingesehen, falls sie im ÄBB nicht ausreichend dokumentiert war.

Auf Grund von Dokumentationslücken und Antwortoptionen wie „weiß nicht“ variiert die in die jeweilige Auswertung einbezogene Fallzahl. Die Zahl verwertbarer Antworten wird jeweils als Fallzahl aufgeführt. Es werden gültige Prozente angegeben.

### 2.2. Erhebung der Versorgungssituation von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken

Mit Hilfe des selbstentwickelten Fragebogens „Fragebogen zur Struktur der Erstversorgung bei Stuprum-Fällen in der Rettungsstelle“ sollte erhoben werden, ob und in welchem Ausmaß die Versorgung nach Vergewaltigung an deutschen Universitätsfrauenkliniken den nationalen und internationalen Empfehlungen entspricht. Eine solche Befragung ist bisher nicht erfolgt bzw. in den letzten Jahren publiziert worden.

Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich an der von der DGGG 2009 herausgegebenen S1-Leitlinie „Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung“ und den

## 2. Material und Methoden

---

beiden von der WHO herausgegebenen Leitlinien: „Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ (2013) und „Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence“ (2003). Ebenso ein gingen Empfehlungen zur Erstversorgung von Frauenberatungsstellen in Deutschland (109,116). Es sollte erfasst werden, wie häufig sich Betroffene von Vergewaltigungen an die Kliniken wenden, ob bzw. welche Strukturen in der Erstversorgung etabliert sind und wie die Qualität der Versorgung für die Betroffenen eingeschätzt werden kann.

Um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen wurde in einem mehrstufigen Verfahren ein möglichst kurzer Fragebogen von der Doktorandin entworfen und mit dem *institutional board* der Klinik für Gynäkologie/CVK abgestimmt. Intern erfolgte ein Pretest auf Verständlichkeit der Fragen und Dauer der Ausfüllzeit.

In dem schließlich verwendeten Fragebogen wurden anhand von dreizehn Fragen und Unterpunkten Informationen erhoben. Die meisten Fragen waren geschlossen und wurden durch einfaches Ankreuzen beantwortet. Es gab immer eine Ergänzungsoption „Sonstige“. Es handelte sich mehrheitlich um dichotome oder Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten. Eine Frage nach einer existierenden klinikinternen Richtlinie zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum sollte stichpunktartig beantwortet werden bzw. es wurde um Beilage der Richtlinie gebeten. Falls die Kliniken angaben, einen standardisierten Untersuchungsbogen in der betreffenden Frage zu verwenden, wurde auch hier um Übersendung desselben gebeten. Die Frage nach der Wartezeit der Patientinnen sollte bei fehlender Information mit einer Schätzung beantwortet werden und war als Eingruppierungsfrage formuliert.

Der Fragebogen findet sich im Anhang (siehe 6.2.). Er wurde am 25.10.2017 mit einem Anschreiben an alle 35 deutschen Universitätsfrauenkliniken, ausgenommen die Charité, versandt. Den Kliniken wurde im Anschreiben zugesichert, dass eine anonymisierte Auswertung erfolgen würde, Namen bzw. Örtlichkeiten der Kliniken wurden im Bogen nicht erhoben. Eine Erinnerung an den Fragebogen erfolgte zwei Wochen später mittels telefonischer Kontaktierung aller 35 chefärztlichen Sekretariate. Rücksendemöglichkeiten waren ein beiliegender Rückumschlag oder eine Rücksendung per Fax.

Rücksendungen, die bis zum 12.03.2018 in der Klinik eintrafen, wurden in Auswertung aufgenommen.

## 2. Material und Methoden

---

Die Einschätzung, in wie weit die etablierten Versorgungsstrukturen an den befragten Universitätsfrauenkliniken den internationalen und nationalen Leitlinien und Empfehlungen entsprechen, erfolgt anhand fünf zentraler Bestandteile der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum (siehe 1.7.):

- Vorhandener Leitfaden oder vorhandene Richtlinie zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum;
- Verwendung eines standardisierten Untersuchungskits (enthält i.d.R. Untersuchungsbogen);
- Regelung zum infektiologischen PEP-Beratungsgespräch;
- Fortbildungen zur Beweismittelnahme;
- Vermittlung an Beratungsstellen.

### 2.3. Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte im ersten Schritt rein deskriptiv. Bei nominalen und ordinalen Daten wurden zur Deskription absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Bei kontinuierlichen Daten, die nicht hinreichend normalverteilt waren und ordinalen Daten wurde der Median mit den Grenzen des Interquartilsbereiches in eckigen Klammern IQR [25. und 75. Perzentil] angegeben.

Die Erhebung der Daten erfolgte mittels Microsoft Excel für Mac 2011, Version 14.4.7. Die Auswertung wurde mit IBM SPSS Statistics, Version 25, durchgeführt.

Es wurden die Vorgaben der Charité zum guten wissenschaftlichen Arbeiten und der Datenschutzbeauftragten der Charité beachtet. Alle Daten wurden dem Berliner Datenschutzgesetz entsprechend behandelt.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Auswertung der mutmaßlichen<sup>3</sup> Stuprum-Fälle an der Charité

Die in die jeweiligen Auswertungen einbezogenen Fallzahlen variieren abhängig von vorhandenen Dokumentationslücken und der Fähigkeit der Patientinnen zum Untersuchungszeitpunkt Aussagen zu den entsprechenden Fragen zu machen. Die entsprechenden Fallzahlen werden immer aufgeführt. Es werden gültige Prozentangaben gemacht.

##### 3.1.1. Erfasste Fälle und Charité-interne Aufteilung

Patientinnen, die sich wegen eines polizeilich angezeigten mutmaßlichen Stuprum-Falles in einer der drei Rettungsstellen der Charité zwischen dem 1.1.2011 und dem 30.06.2016 vorstellten, wurden im Rahmen dieser Studie, aufbauend auf der Dissertation von Hoffmann-Walbeck (121), erfasst. Die Mehrheit der Patientinnen erschien hierfür in Begleitung der Polizei nach erfolgter Anzeige in der Rettungsstelle. Ein kleinerer Teil stellte sich alleine in einer der Rettungsstellen vor. In diesem Fall wurde die Polizei für die Anzeigenaufnahme hinzugezogen. Die Patientinnen wurden unter Zuhilfenahme des Stuprum-Kits untersucht. Dabei wird standardmäßig eine Dokumentation mit dem „Ärztlichen Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt“ durchgeführt. Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war die polizeiliche Anzeige. Weiteres Kriterium für die Aufnahme in die Studie war ein Mindestalter von 16 Jahren und weibliches Geschlecht.

579 Fälle wurden nach diesen Kriterien für den Zeitraum 01.01.2013-31.06.2016 neu erfasst. Aus der Vorgängerarbeit von Hoffmann-Walbeck (121) wurden 271 Fälle des Zeitraumes 01.01.2011-31.12.2012 einbezogen, sodass sich eine Fallzahl von insgesamt 850 für die nachfolgend vorgestellte Auswertung ergab.

Aus Abbildung 2 lassen sich die Fallzahlen pro Jahr entnehmen. Es ist eine tendenzielle Zunahme der Fallzahlen zu verzeichnen. Ausnahme ist das Jahr 2013, in diesem Jahr stellten sich im Vergleich zum Vorjahr weniger Patientinnen zur Untersuchung nach mutmaßlichem Stuprum vor. Anzumerken ist, dass die Fälle aus

---

<sup>3</sup> Begründung der Wortwahl „mutmaßlich“ siehe 1.2.

### 3. Ergebnisse

---

dem Jahr 2016 nur wie oben erwähnt bis Ende Juni erfasst wurden. Die Zahlen aus 2016 sind deshalb hinsichtlich des Verlaufs der Fallzahlen nicht zu verwerfen, liegen hochgerechnet aber in der Größenordnung der Vorjahre.

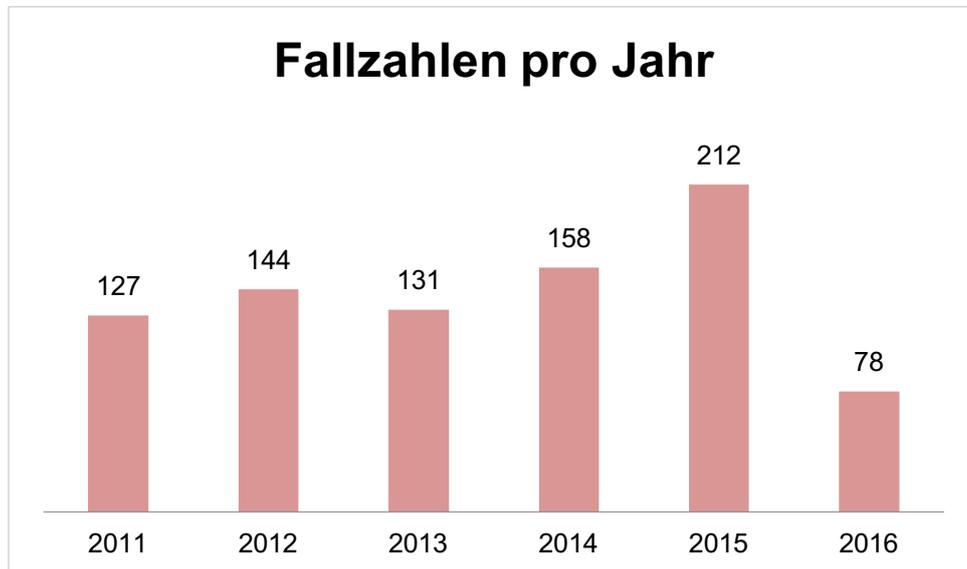


Abbildung 2: Fallzahlen pro Jahr (n=850)

Die Verteilung der untersuchten Patientinnen an den drei Standorten der Charité lässt sich aus Abbildung 3 entnehmen. Im Gesamtuntersuchungszeitraum stellten sich die meisten Patientinnen in der Rettungsstelle des Charité Campus Mitte (373/850) vor.

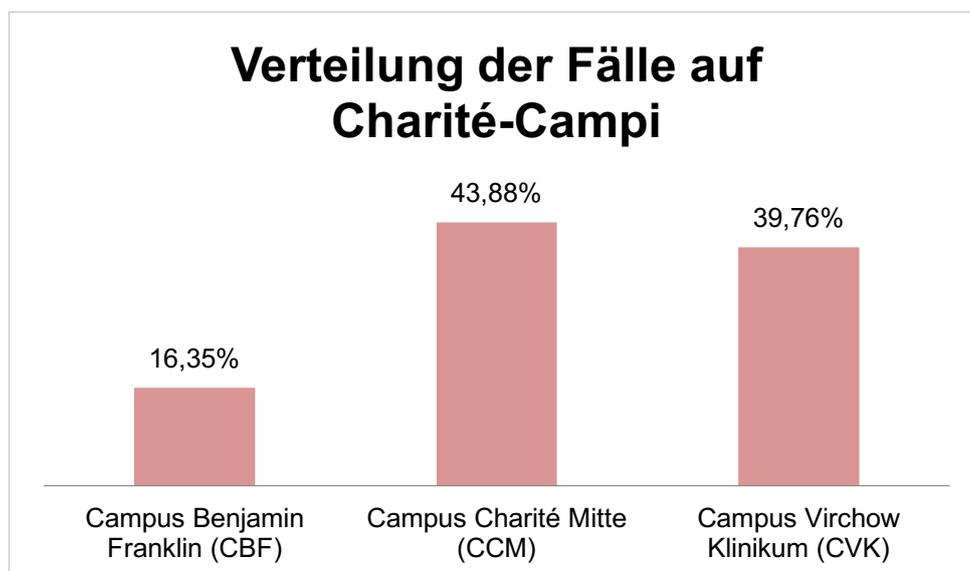


Abbildung 3: Verteilung der Fälle auf Charité-Campi (n=850)

### 3. Ergebnisse

---

#### 3.1.2. Charakteristika der Betroffenen

##### 3.1.2.1. Alter

Die jüngsten eingeschlossenen Patientinnen waren 16 Jahre alt, die älteste Patientin war 92 Jahre alt. Im Durchschnitt waren die Patientinnen 29 Jahre und im Median 26 Jahre alt IQR [20 34]. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Patientinnen auf Altersspannen. Die Altersgruppe von 18-25 Jahre sticht mit 40,4% (343/850) hervor. Die Altersgruppen 26-30 Jahren (133/850) und 31-35 Jahren (117/850) enthalten ähnlich hohe Anteile von Patientinnen. In den anderen Altersgruppen sind jeweils unter zehn Prozent der Betroffenen vertreten.

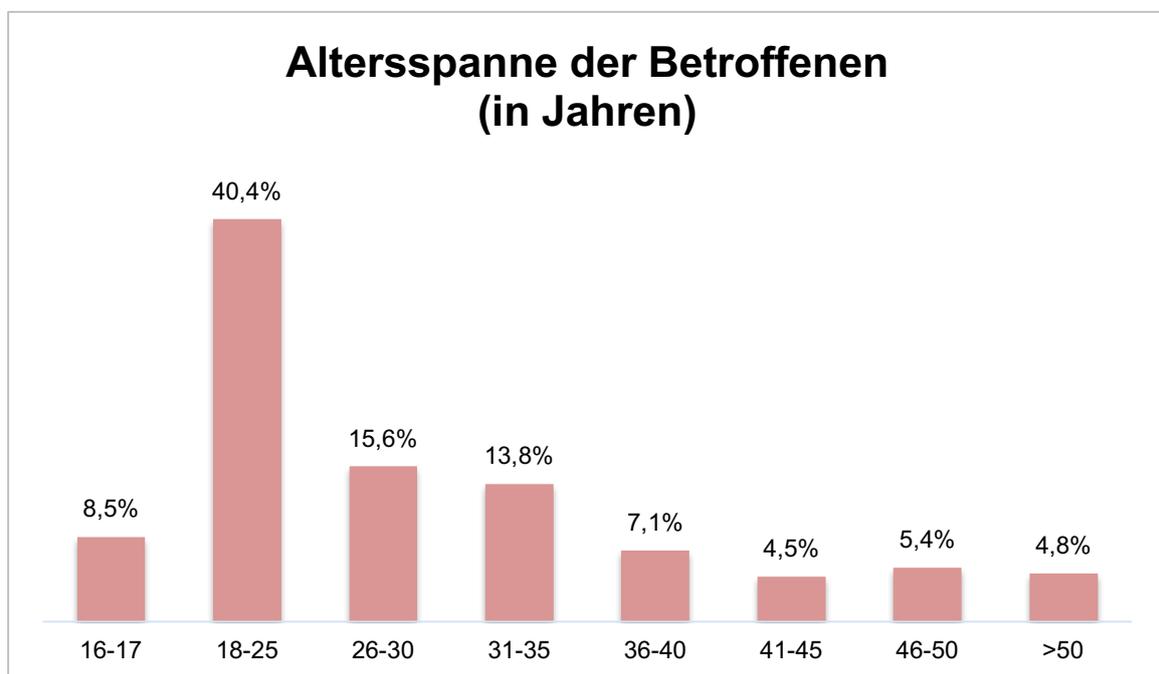


Abbildung 4: Altersspanne der Betroffenen (n=850)

##### 3.1.2.2. Verfassung bei Vorstellung

Eine Einschätzung des Bewusstseinszustandes war für 775/850 Patientinnen dokumentiert. Durch das behandelnde ärztliche Personal wurden 81% (628/775) der Patientinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung als bei klarem, 12,5% (97/775) als bei leicht und 6,5% (50/775) als bei stark beeinträchtigtem Bewusstsein eingeschätzt.

Angaben zu einem möglichen Alkoholkonsum waren in 400/850 und zu einem eventuellen Drogen- oder Medikamentenkonsum in 273/850 Fällen festgehalten und somit eingeschränkt repräsentativ. In 59,3% (237/400) der Fälle wurde im Untersuchungsbogen ein Verdacht auf Alkoholkonsum und in 40,3% (110/273) ein Verdacht auf Drogen- bzw. Medikamenteneinfluss festgehalten.

### 3. Ergebnisse

---

#### 3.1.2.3. *Stuprum in der Vorgeschichte*

54/843 Patientinnen gaben an, bereits vor des zur aktuellen Vorstellung führenden mutmaßlichen Stuprums, eines erlebt zu haben. Dies entspricht 6,4% der Betroffenen. Einschränkend ist zu sagen, dass dies nicht standardmäßig durch den ÄBB erfragt wird. Die Fälle, in denen der Ärztliche Befundbericht fehlte, wurden ausgeschlossen. Auf solche Ausschlüsse wird in 3.1.5.3. (Vollständigkeit der Daten) hingewiesen.

#### 3.1.3. Charakteristika der mutmaßlichen Tat

##### 3.1.3.1. *Geschlecht des Tatverdächtigen*

In 770/850 Fällen konnten Angaben zum Geschlecht des bzw. der Tatverdächtigen gemacht werden und es lag eine Dokumentation vor. In 7/770 Fällen waren eine oder mehrere weibliche Tatverdächtige beteiligt, immer in Kombination mit männlichen Tatverdächtigen. 763/770 erfasste Fälle wurden allein durch Männer verübt.

##### 3.1.3.2. *Verhältnis zwischen Betroffener und Tatverdächtigem*

In 770/850 Fällen waren Angaben zur Beziehung zwischen Betroffener und Tatverdächtigem dokumentiert und die Patientinnen hatten Erinnerungen an die Tat und den Tatverdächtigen. Im Großteil der Fälle (48,4%; 373/770) war der Tatverdächtige der Betroffenen unbekannt. Flüchtig bekannte Tatverdächtige wurden von 64/770 Betroffenen angegeben. Der zweitgrößte Anteil, 26% (200/770) der Tatverdächtigen, stammte aus der Kategorie Freundes- und Bekanntenkreis der Betroffenen. In 15,5% (119/770) der Fälle waren die Tatverdächtigen Partner oder Expartner der Betroffenen. Hier wurden Exfreunde als auch Exehemänner zusammengefasst. Aus dem familiären Kontext entstammten 1,8% (14/770) der Tatverdächtigen. Abbildung 5 stellt diese Ergebnisse übersichtlich dar. Betroffene gaben in 73 Untersuchungen ein unklares Verhältnis zum Tatverdächtigen an - meist auf Grund von Erinnerungslücken - und in sieben Fällen fehlte eine Dokumentation.

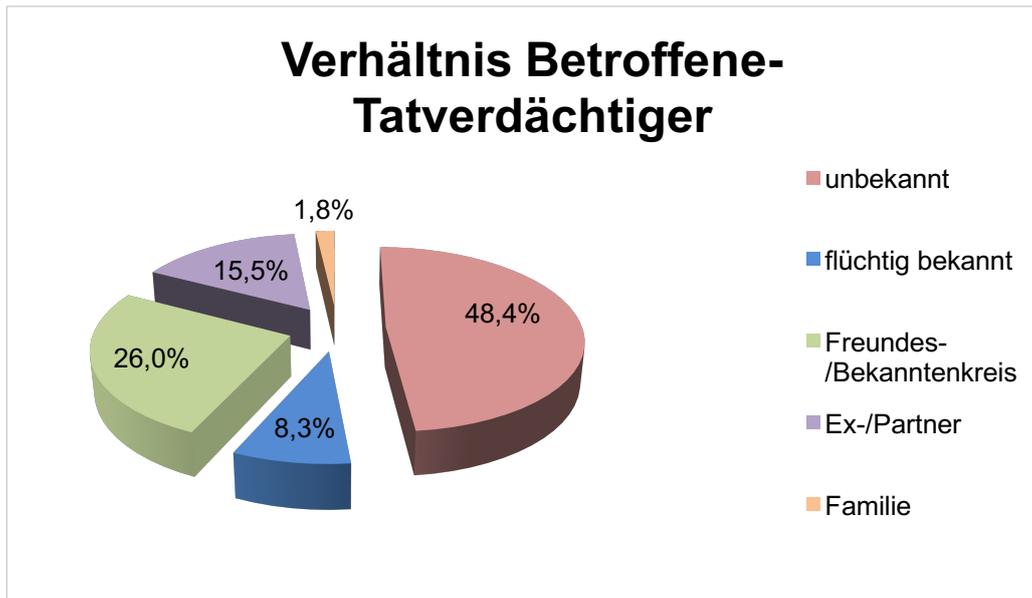


Abbildung 5: Verhältnis Betroffene-Tatverdächtiger (n=770, keine Mehrfachnennungen)

#### 3.1.3.3. Anzahl der Tatverdächtigen

Hinsichtlich der Anzahl der Tatverdächtigen fehlte in 79 Fällen eine Angabe und 85 Patientinnen erinnerten sich nicht, somit konnten 686/850 Fällen in die Auswertung eingehen. In 148/686 (21,6%) Fällen gaben die Patientinnen an, dass die mutmaßliche Vergewaltigung durch mehr als einen Tatverdächtigen erfolgt war. 78,4% (538/686) der Patientinnen gaben einen Tatverdächtigen an.

#### 3.1.3.4. Tatort

Der genaue Tatort war 59 Patientinnen nicht rememberlich, fehlende Angaben waren in 40 Fällen zu verzeichnen. Zwei Drittel der mutmaßlichen Stuprum-Fälle (481/751) ereigneten sich im privaten Raum, 36% (270/751) hingegen im öffentlich zugänglichen Raum.

Eine differenzierte Darstellung der angegebenen Tatorte erfolgt in Abbildung 6, wobei die Balken 1-5 die Subkategorie „privater Raum“ und die Balken 6-11 die Kategorie „öffentlicher Raum“ bilden.

Über zwei Drittel der mutmaßlichen Taten ereigneten sich in Räumen (596/764), wohingegen 149/764 im Freien und 19/764 in Fahrzeugen stattfanden. Unbekannt war 51 Patientinnen, ob sich die mutmaßliche Tat drinnen oder draußen ereignet hatte und in 35 Fällen fehlten hierzu Angaben, sodass 764/850 Fälle in die Auswertung einbezogen werden konnten.

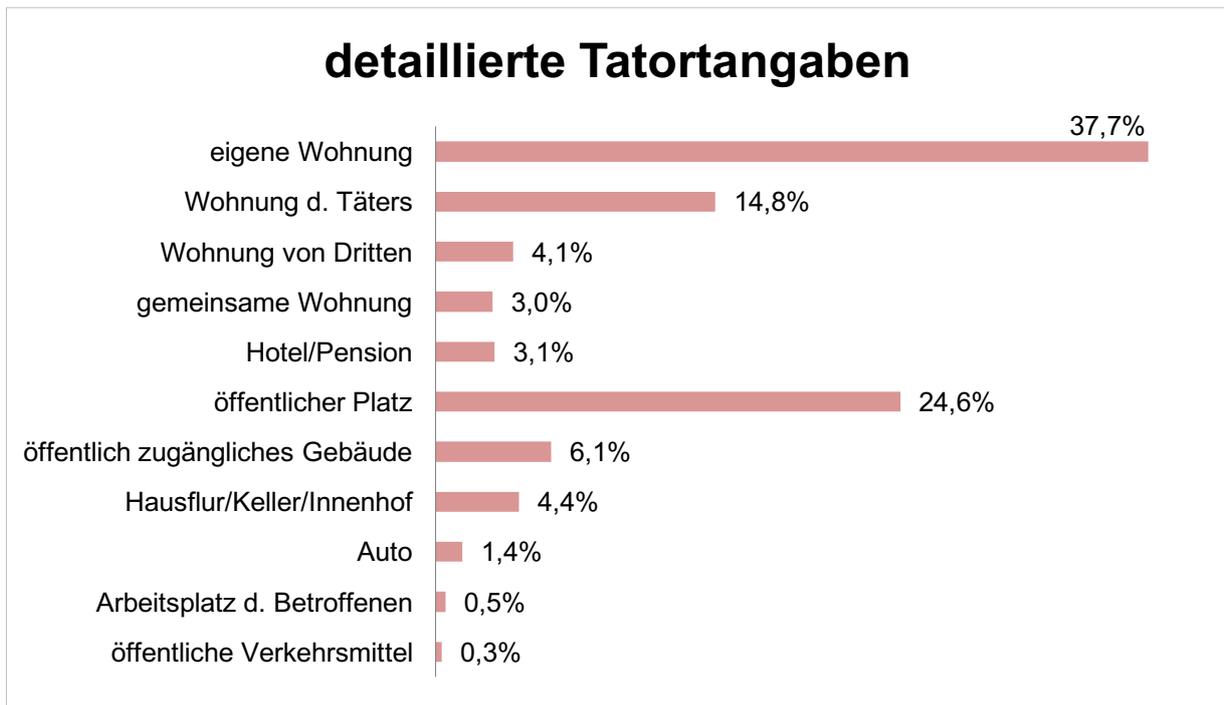


Abbildung 6: detaillierte Tatortangaben (n=751, keine Mehrfachangaben)

#### 3.1.3.5. Zeitpunkt der mutmaßlichen Tat

Fast 60% der erfassten mutmaßlichen Stuprum-Fälle fanden im Zeitraum zwischen 00:00 und 7:59 Uhr statt (433/737), ca. 23% der Taten wurden zwischen 16:00 und 23:59 Uhr (196/737) und die geringste Anzahl zwischen 8:00 und 15:59 Uhr begangen (108/737). Nicht einbezogen in diese Auswertung wurden 113 Fälle, in denen keine verwertbare Angabe zum Zeitpunkt festgehalten war.

42,1% (345/820) der mutmaßlichen Taten erfolgten am Wochenende, dabei mehr am Samstag (22,3%; 183/820) als am Sonntag (19,8%; 162/820). In Abbildung 7 wird eine genauere Aufschlüsselung der mutmaßlichen Taten über die Woche verteilt dargestellt. In 30 Fällen war keine Angabe zum Wochentag vorhanden.

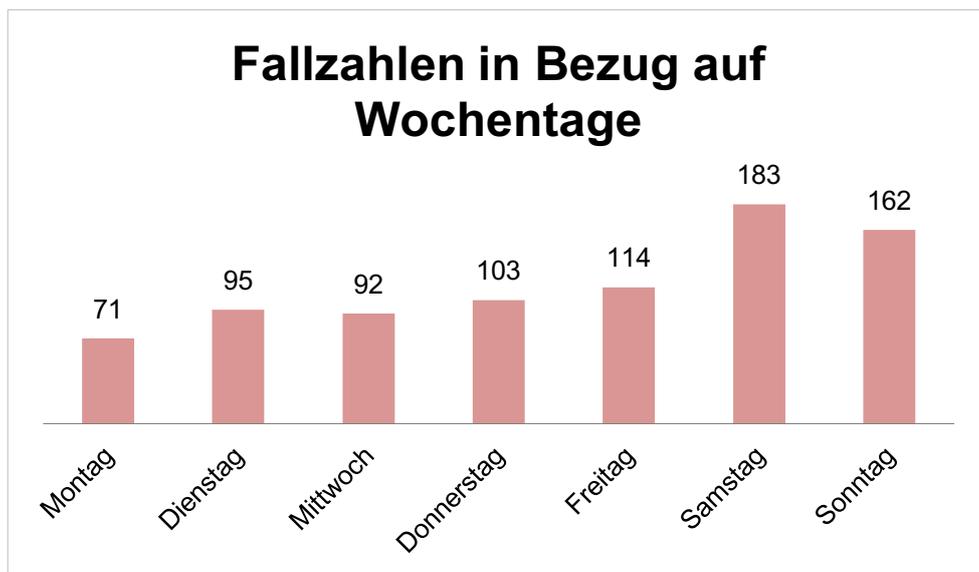


Abbildung 7: Fallzahlen in Bezug auf Wochentage (n=820)

In Abbildung 8 ist die Verteilung der mutmaßlichen Stuprum-Fälle auf Monate dargestellt. 78 Fälle aus dem Jahr 2016 und elf, in denen es an Information mangelte wurden ausgeschlossen. Die Sommermonate Mai, Juni, Juli, August und der Januar verzeichneten die höchsten Fallzahlen.

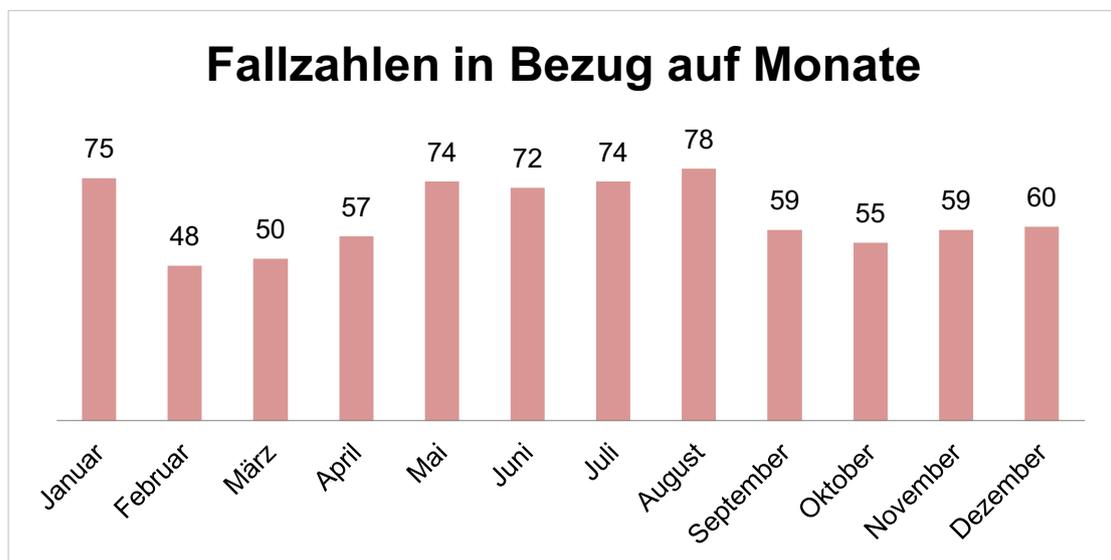


Abbildung 8: Fallzahlen in Bezug auf Monate 2011-2015 (n=761)

#### 3.1.3.6. Angegebene Penetration im Rahmen der mutmaßlichen Tat

Hinsichtlich einer Angabe der Betroffenen zu einer erfolgten Penetration lag in 16 Fällen keine Dokumentation vor und 160 Patientinnen konnten diesbezüglich keine Aussage machen. In über Dreiviertel (510/674) der Fälle gaben die Patientinnen an, dass eine penile Penetration vaginal, oral oder anal erfolgt war. 26/674 Betroffene berichteten

### 3. Ergebnisse

von einer digitalen Penetration und 12/674 über eine versuchte Penetration. 18,7% (126/674) verneinten eine erfolgte Penetration.

Eine penil-vaginale oder vaginale Penetration mit einem Gegenstand war nach Angaben der Patientinnen in 83,1% (481/579) der Fälle erfolgt, in 18/579 war eine solche versucht worden und in 39/579 eine digital-vaginale Penetration vollzogen worden. Nicht einbezogen in diese Auswertung wurden 246 Fälle, in denen die Patientinnen nicht wussten, ob ein vaginales Eindringen erfolgt war, und 25 Fälle, in denen dazu keine Angabe vorhanden war.

Eine anale Penetration war in 20,6% (113/548) und eine orale in 31,4% (173/551) der mutmaßlichen Stuprum-Fälle vermerkt. Differenzierte Angaben hierzu sind in Abbildung 9 dargestellt.

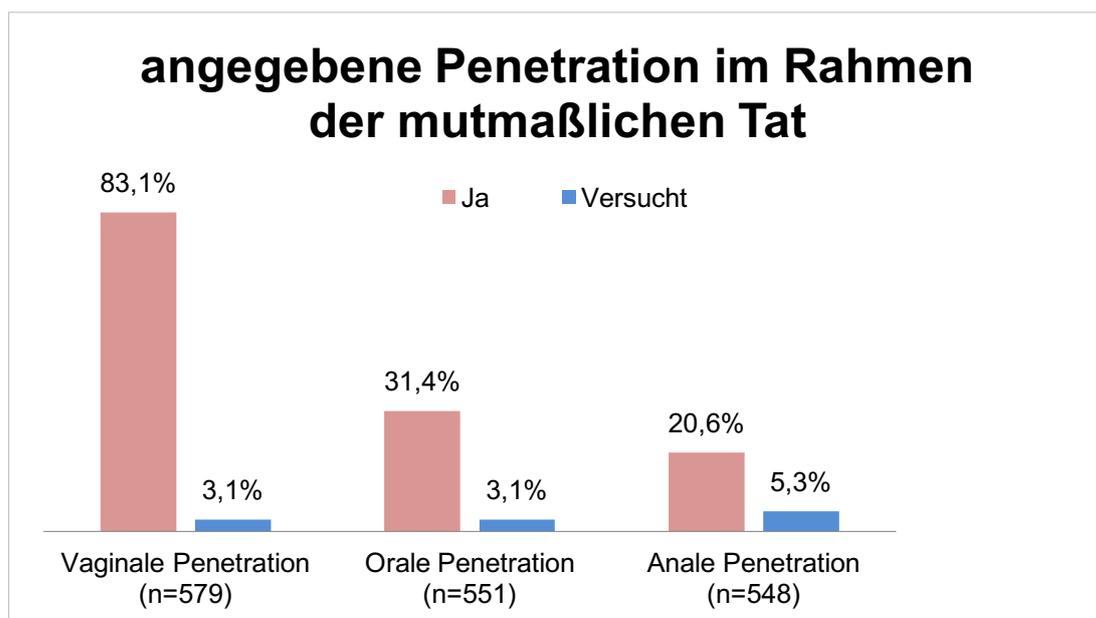


Abbildung 9: angegebene Penetration im Rahmen der Tat

Werden alle Fälle in die Auswertung einbezogen, ergibt sich hinsichtlich der einzelnen Penetrationsformen, dass jeweils ein Drittel der Betroffenen nicht mehr sicher war, ob eine Penetration erfolgt war (vaginal 28,9%; 246/850; oral 30,2%; 257/850; anal 31,4%; 267/850).

#### 3.1.3.7. Kondomverwendung

In 16% (88/549) der mutmaßlichen Stuprum-Fälle wurde nach Angaben der Patientinnen vom Tatverdächtigen ein Kondom verwendet und in 10/549 Fällen nur

### 3. Ergebnisse

---

teils. 82,1% (451/549) der Betroffenen verneinten dies. Hier wurden 281 Fälle, in denen sich die Patientinnen nicht erinnerten und 20 Fälle mit fehlender Dokumentation aus der Auswertung ausgeschlossen.

#### 3.1.3.8. Rauschmittelabusus

In 93 Fällen fehlte eine Dokumentation hinsichtlich des Alkoholkonsums. 26,4% (200/757) der Patientinnen gaben an, keinen Alkohol im Zeitraum um die Tat konsumiert zu haben. Über zwei Drittel (71,2%; 539/757) der Patientinnen gaben an, vor der mutmaßlichen Tat und 2,4% (18/757) nach dieser Alkohol getrunken zu haben.

Zu anderen konsumierten Substanzen siehe Abbildung 10. Da diese Rauschmittel nicht dezidiert im Rahmen des Ärztlichen Befundberichts abgefragt wurden, wurden mit Wissen um die Limitation dieser Auswertung Fälle ohne Angabe diesbezüglich nicht ausgeschlossen. Fälle, in denen der Ärztliche Befundbericht hingegen gänzlich fehlte wurden ausgeschlossen. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Cannabis wurde mit 6,5% (55/843) der Patientinnen nach Alkoholika am häufigsten genannt. Unter sonstige Drogen wurden Lysergsäurediethylamid (LSD) und unspezifische Drogen subsumiert. Als Medikamentenkonsum wurde sowohl die reguläre Einnahme einer verschriebenen Medikation als auch die Einnahme eines Benzodiazepins zur Beruhigung oder die Einnahme von Medikamenten im Sinne eines Abusus dokumentiert. Medikamentenkonsum in diesem Sinne wurde von 5,9% (50/843) der Betroffenen angegeben. Zwei Patientinnen gaben zudem an, dass sie nicht wüssten, ob sie Substanzen konsumiert hätten.

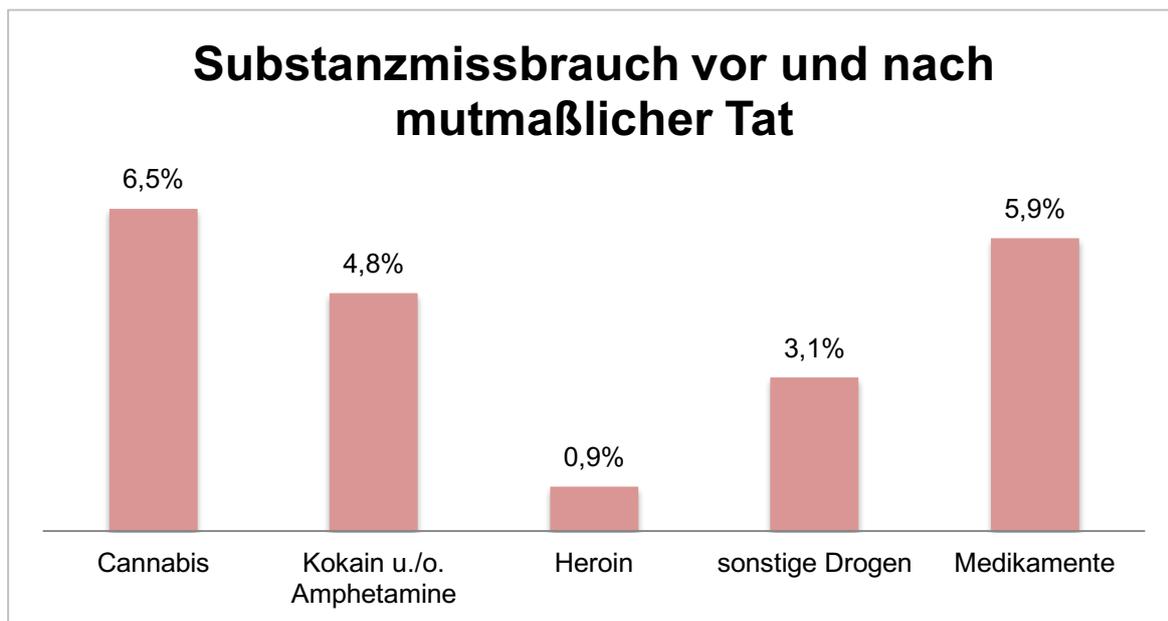


Abbildung 10: Substanzmissbrauch vor und nach mutmaßlicher Tat (n=843, Mehrfachnennungen möglich)

#### 3.1.3.9. Erinnerungslücken

41 Patientinnen wussten nicht, ob bei ihnen Erinnerungslücken um die mutmaßliche Tat vorlagen und in 47 Fällen fehlte eine Dokumentation. 53,9% der Patientinnen (411/762) gaben Erinnerungslücken in Bezug auf die mutmaßliche Tat oder den Zeitraum um diese an. 46,1% (351/762) verneinten eine lückenhafte Erinnerung.

Erklärungen für diese Lücken seitens der Patientinnen sind in Abbildung 11 dargestellt. 31,4% (129/411) der Patientinnen nannten ihren Alkoholkonsum als Grund. 27% (111/411) zogen die Verabreichung von K.-o.-Tropfen oder die unwissentliche Verabreichung anderer Drogen in Betracht. Der freiwillige Konsum von Drogen und/oder Medikamenten wurde von 36/411 Patientinnen als Erklärung angegeben. Schock, Verdrängung oder Angst wurden von 29/411 Patientinnen als Grund für bestehende Erinnerungslücken angesehen. 26/411 Patientinnen berichteten im Zeitraum um die mutmaßliche Tat sehr müde gewesen zu sein oder geschlafen zu haben. 18/411 Patientinnen waren Gewalt in Form von Würgen oder einem Kopftrauma ausgesetzt und sahen dies als Ursache für ihre Erinnerungslücken. Mehrfachnennungen waren hier möglich.

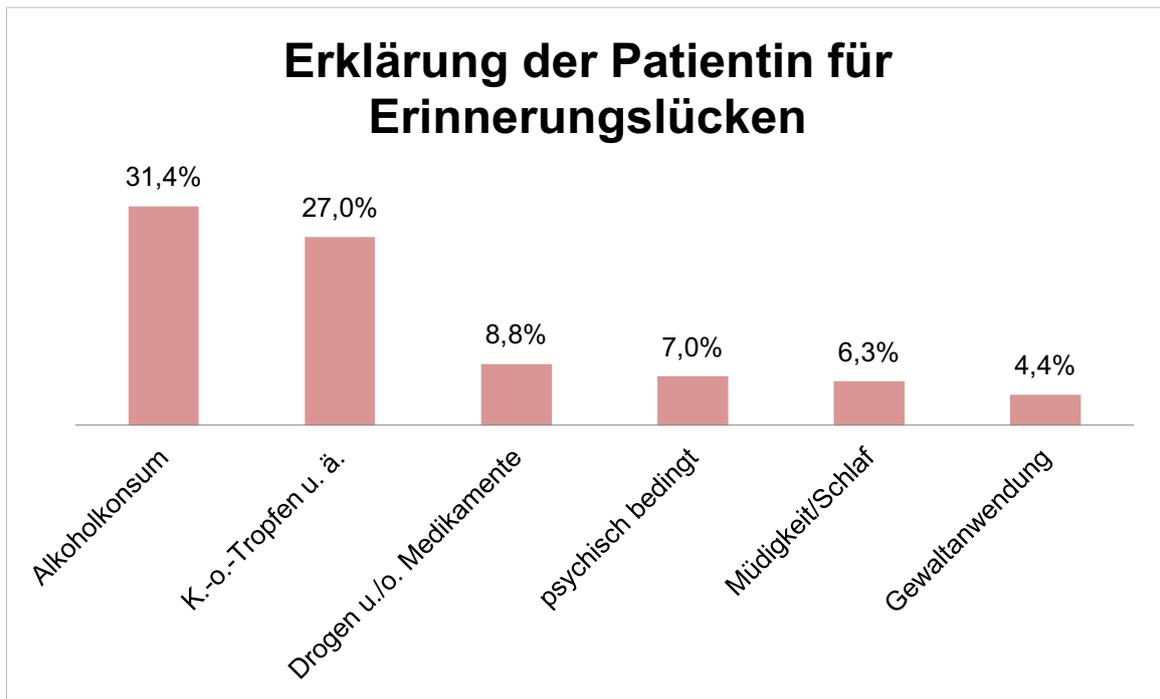


Abbildung 11: Erklärung der Patientin für Erinnerungslücken (n=411, Mehrfachnennung möglich)

#### 3.1.3.10. K.-o.-Tropfen

Um eine Abschätzung der Fälle mit Verdacht auf K.-o.-Tropfen zu ermöglichen, die nicht alleinig auf der Vermutung der Betroffenen beruht wurden hierfür Ein- und Ausschlusskriterien aufgestellt (siehe 2.1.4.). Auf Basis dieser Kriterien waren 133/781 beschriebene Tathergänge verdächtig auf die Anwendung von sog. „date rape drugs“. Dies entspricht 17%. Nicht einbezogen wurden 46 Fälle auf Grund eines Alkoholkonsums von über sieben Alkoholeinheiten und 12 Fälle wegen des angegebenen freiwilligen Konsums von Kokain, Amphetaminen, LSD oder GHB. Vier Fälle wurden ausgeschlossen wegen mangelnder Dokumentationen zum Geschehen um die mutmaßliche Tat. Sieben Fälle wurden ausgeschlossen wegen des fehlenden Befundberichts, sodass 781/850 Fälle in die Berechnung einbezogen wurden.

#### 3.1.3.11. Einsatz von Waffen

Über eine bewaffnete Bedrohung oder die Verwendung einer Waffe gegen die Betroffene berichteten 5% (42/843) der Patientinnen. Dies war keine standardmäßig erhobene Angabe im Befundbericht. In über der Hälfte dieser Fälle wurden Messer verwendet (23/843), weitere angewandte Waffen waren Fesseln (8/843), Scherben (4/843) und Pistolen (2/843). 26/843 Betroffene berichteten über einen Diebstahl im

### 3. Ergebnisse

---

Rahmen der mutmaßlichen Tat. Sieben Fälle wurden bezüglich dieser Auswertung wegen des fehlenden Ärztlichen Befundberichts ausgeschlossen.

#### 3.1.4. Versorgung der Betroffenen

##### 3.1.4.1. Zeitpunkt der Aufnahme in die Rettungsstelle

Die Registrierung der Patientin in der Rettungsstelle wurde als Aufnahmezeitpunkt gewertet. Information hinsichtlich des Zeitpunktes lag in 833/850 Fällen vor. In Abbildung 12 ist die Verteilung in drei Zeiträume dargestellt. Die meisten Patientinnen stellten sich zwischen 16:00 und 23:59 Uhr in der Rettungsstelle vor.

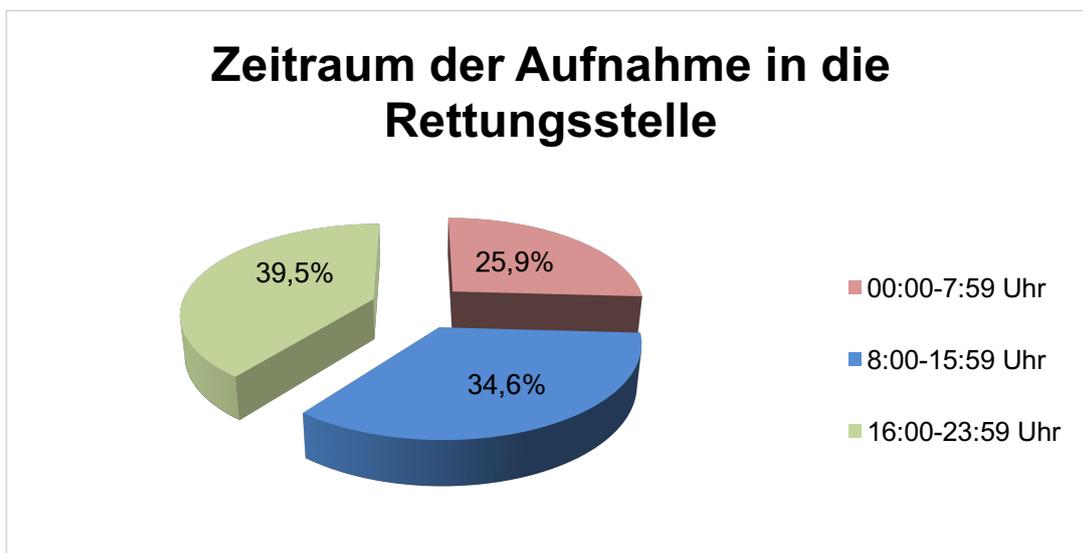


Abbildung 12: Zeitraum der Aufnahme in die Rettungsstelle (n=833)

##### 3.1.4.2. Zeitlicher Abstand zwischen mutmaßlicher Tat und Vorstellung in der Rettungsstelle

Die Mehrheit der Patientinnen stellte sich nach erfolgter polizeilicher Anzeige mit einem relativ geringen Abstand zur mutmaßlichen Tat in der entsprechenden Rettungsstelle der Charité vor. Der geringste zeitliche Abstand zum mutmaßlichen Tatgeschehen betrug 18 Minuten, der größte dokumentierte über sechs Tage (159 Stunden). 74,8% (598/799) der Patientinnen stellten sich innerhalb von 24 Stunden nach der mutmaßlichen Tat vor. 14,3% (114/799) zwischen 24 und 48 Stunden und 10,9% (87/799) über 48 Stunden nach der mutmaßlichen Tat. Bei 51 Fällen konnte keine Berechnung des zeitlichen Abstands auf Grund von mangelnden Angaben erfolgen.

### 3. Ergebnisse

---

#### 3.1.4.3. Wartezeit

Bei 780/850 Fällen lagen die nötigen Informationen vor, um die Wartezeit der Patientinnen bis zur ärztlichen Behandlung zu berechnen. Es gab Patientinnen, bei denen laut Dokumentation keine Wartezeit vorlag, dies konnte z.B. durch telefonische Vorankündigung durch die Polizei ermöglicht werden. Das Maximum an Wartezeit lag bei 13:29 Stunden, wobei in diesem Fall bei der Patientin eine Entzugssymptomatik vorlag. Dies hatte einen Einfluss auf die Dauer bis zum Behandlungsbeginn. Der Median der Wartezeit betrug 48:30 Minuten IQR [0:22 1:43].

#### 3.1.4.4. Untersuchung durch Gynäkologin oder Gynäkologen?

In über zwei Drittel (70,5%; 588/834) der durchgeführten Versorgungen waren es Gynäkologinnen, die die Patientinnen betreuten und untersuchten, und in 27,3% Gynäkologen (228/834). 18 Betroffene wurden von einer Gynäkologin und einem Gynäkologen im Team versorgt. Diese Ergebnisse sind in Abbildung 13 präsentiert. In 16 Fällen war keine Angabe vorhanden, sodass 834 Fälle in die Auswertung einbezogen wurden.

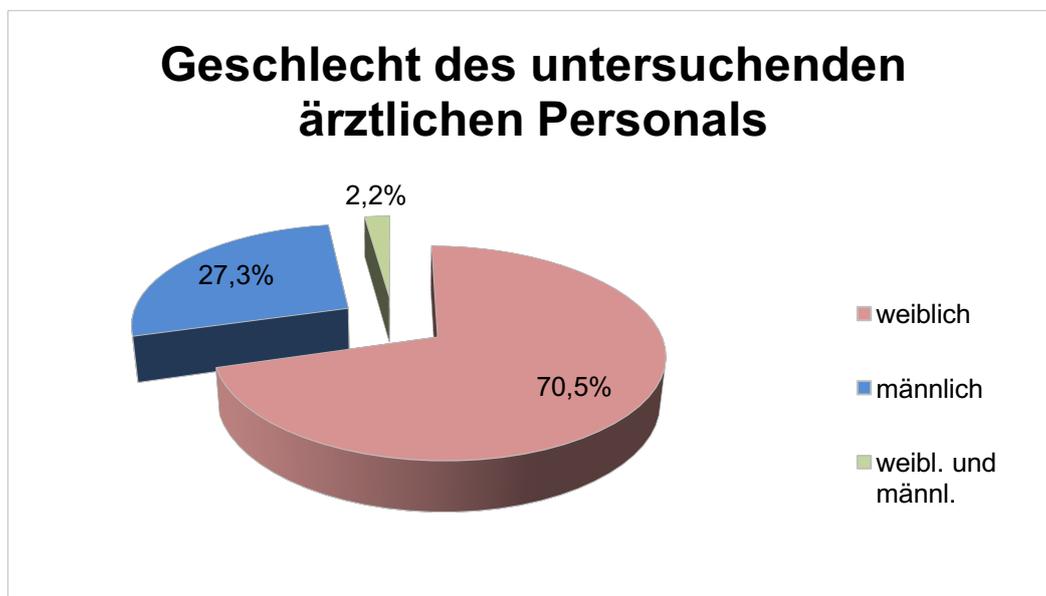


Abbildung 13: Geschlecht des untersuchenden ärztlichen Personals (n=834)

#### 3.1.4.5. Verletzungen

Abbildung 14 gibt einen Überblick über die Häufigkeit dokumentierter Verletzungen in den jeweiligen Untersuchungen.

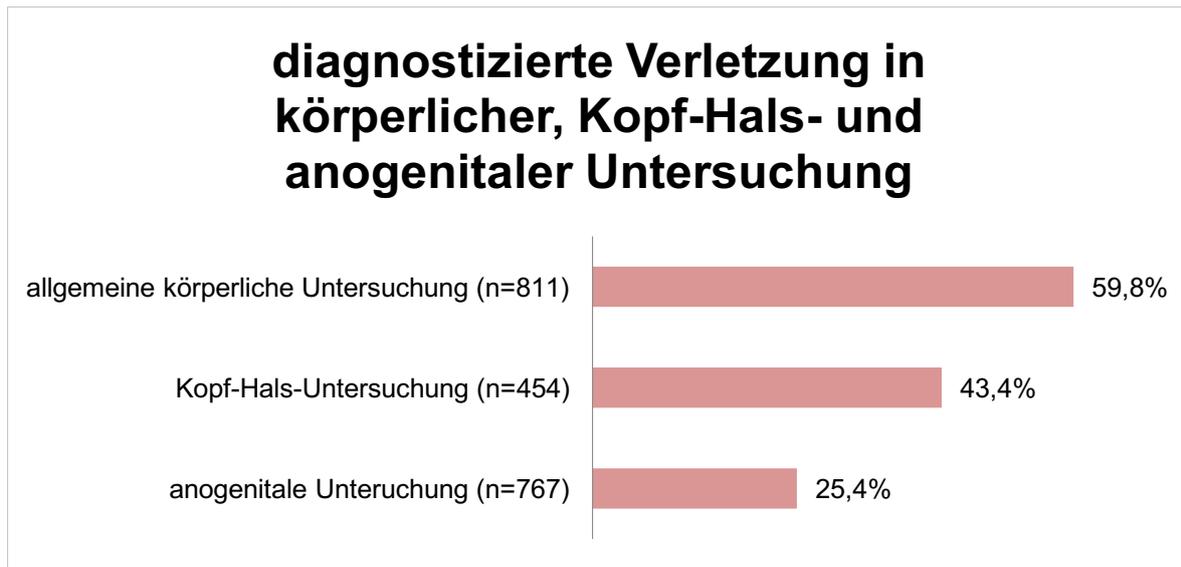


Abbildung 14: diagnostizierte Verletzung in körperlicher, Kopf-Hals- und anogenitaler Untersuchung

Extragenitale Verletzungen lagen bei 64% (522/815) der Patientinnen vor. Bei 293/815 (36%) lagen keinerlei extragenitale Verletzungen vor und in 35 Fällen war keinerlei Dokumentation zur allgemein körperlichen und HNO-Untersuchung vermerkt.

In der allgemeinen körperlichen Untersuchung wurden bei knapp 60% der Patientinnen (485/811) Verletzungen als Folge der mutmaßlichen Tat dokumentiert, bei 39% (316/811) wurde festgehalten, dass keine Verletzungen vorhanden waren. Verletzungen anderer Genese, d.h. ältere oder Verletzungen in Folge von selbstverletzendem Verhalten, wurden in 10/811 Untersuchungen vermerkt. In 39 Fällen fehlte eine Dokumentation.

Nach der Einteilung des modifizierten Clinical Injury Scores lagen mit 92,9% (460/495) mehrheitlich Verletzungen ersten Grades, also leichte Verletzungen, vor. Darunter sind Schmerzen, Rötungen, Druckdolenzen und Verletzungen ohne Funktionseinschränkungen subsumiert. Mittelschwere Verletzungen (Grad 2) lagen in 3,8% (19/495) und schwere (Grad 3) in 6/495 der mutmaßlichen Stuprum-Fälle vor. In 10/495 lagen Verletzungen, die nicht in Zusammenhang mit der mutmaßlichen Tat standen, vor.

Eine Dokumentation zur Kopf-Hals-Untersuchung lag in 454 Fällen vor. Insgesamt wurden bei 43,4% (197/454) der Betroffenen durch die mutmaßliche Tat entstandene Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich festgestellt. 14,1% (88/624) der Patientinnen berichteten im Rahmen der mutmaßlichen Tat gedrosselt oder gewürgt worden zu

### 3. Ergebnisse

sein, in diesem Falle sollte ein HNO-Konsil angemeldet und eine ausführliche Untersuchung von Kopf und Hals durchgeführt werden. Leichte Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich wurden in 62,4% dokumentiert (123/197), mittelschwere und schwere in je 18,8% (37/197). Als schwere Verletzung galten hier körperliche Indizien für ein erfolgtes Drosseln/Würgen sowie Gehirnerschütterungen und Frakturen.

Verletzungen im Anogenitalbereich wurden bei 195/767 Patientinnen in der Untersuchung diagnostiziert, das entspricht 25,4%. Bei 83 Fällen war diesbezüglich keine Dokumentation vorhanden. Bei 190/195 Patientinnen konnte anhand der dokumentierten anogenitalen Verletzungen eine Einteilung nach dem Clinical Injury Score erfolgen. Grad 1 mit leichten Verletzungen entspricht hierbei Schmerzen und Rötungen, Grad 2 mittelschweren Verletzungen (hier in Unterscheidung zur allg. körperlichen Untersuchung) wie Hämatomen, Rhagaden und Abschürfungen. Grad 3 der Einteilung ist alleinig für die Klassifizierung von in der körperlichen Untersuchung diagnostizierten Verletzungen vorgesehen. Eine leichte anogenitale Verletzung lag bei 50,5% (96/190) der Betroffenen und bei 49,5% (94/190) lag eine mittelschwere vor. Abbildung 15 gibt einen Überblick über die Schweregrade der dokumentierten Verletzungen.

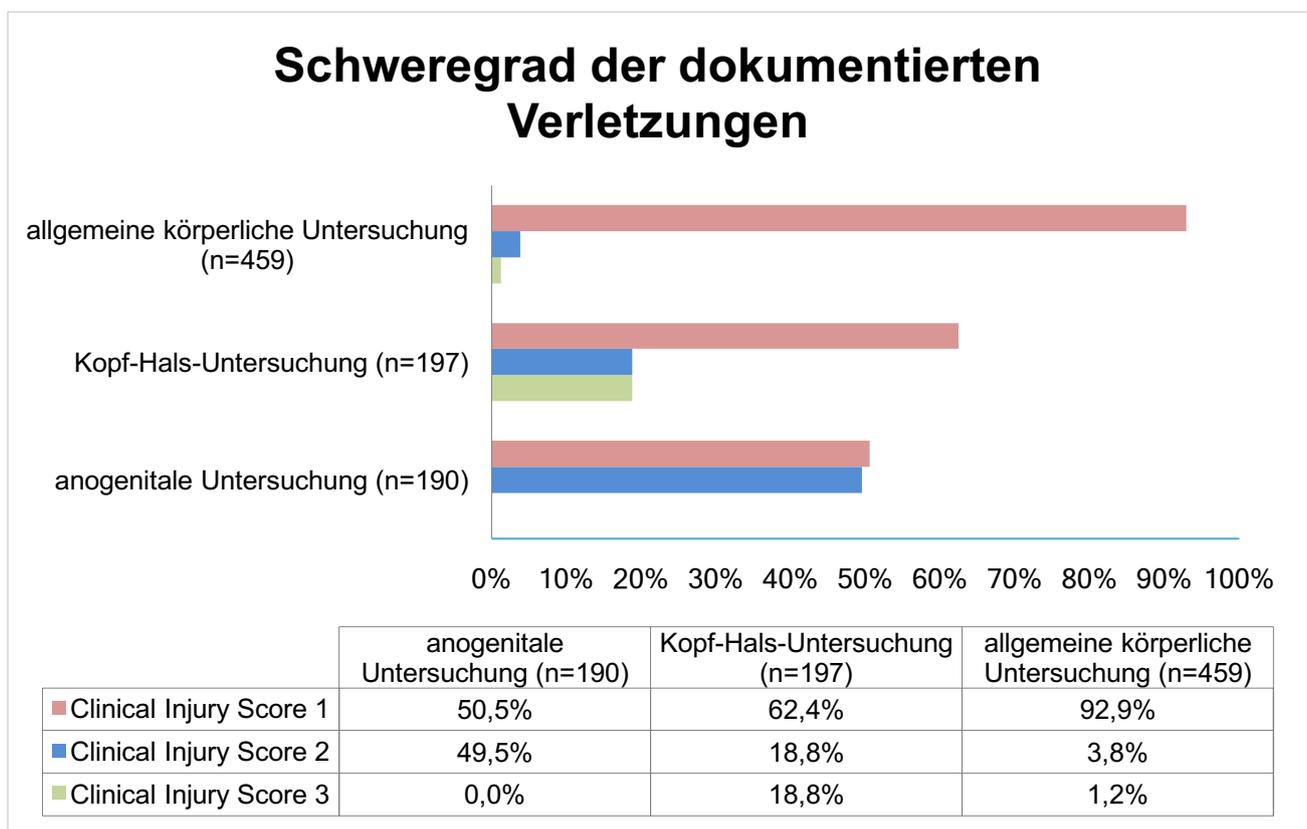


Abbildung 15: Schweregrad der dokumentierten Verletzungen

### 3. Ergebnisse

---

#### 3.1.4.6. *Medikamentöse Behandlung*

Knapp die Hälfte der Patientinnen erhielt im Rahmen der Versorgung eine Notfallkontrazeption (420/791), 40/791 Patientinnen wurde ein Rezept dafür mitgegeben. 41,8% (331/791) erhielten keine „Pille danach“, hier sind auch Fälle inbegriffen, bei denen dokumentiert war, dass die Patientin die Notfallkontrazeption ablehnte (26/331). In 59 Fällen war keine Information hinsichtlich einer kontrazeptiven Medikation im Befundbericht vermerkt.

In 18/843 Fällen war eine Schmerzmedikation dokumentiert, meist Paracetamol. 17/843 Patientinnen erhielten eine Antibiose oder ein Fungizid, dies entspricht jeweils ca. 2% des Gesamtkollektivs. 4/843 der Patientinnen erhielten ein Benzodiazepin zur Beruhigung und bei 5/843 war eine nicht näher beschriebene Medikation festgehalten. Ausgeschlossen wurden hier sieben Fälle, bei denen die Befundberichte gänzlich fehlten. Ansonsten wurden alle Fälle einbezogen, da die Medikation frei eingetragen wurde und keine - wie bei der Notfallkontrazeption - explizit zu beantwortende Frage zu den einzelnen Medikamenten im ÄBB enthalten ist.

#### 3.1.4.7. *Weiterbehandlung*

Im ÄBB wird die Frage nach weiterhin anfallenden Konsilen gestellt, teils lagen die entsprechenden Konsilberichte dem Befundbericht ausgedruckt bei. Ansonsten kann dem ÄBB nicht entnommen werden, ob die angeordneten Konsile tatsächlich erfolgt sind. Die sieben Fälle, in denen der Befundbericht gänzlich fehlte, wurden hier nicht in die Auswertung einbezogen. Abbildung 16 gibt einen Überblick über die häufigsten auf dem ÄBB vermerkten Konsile. Bei der Hälfte der Betroffenen war eine Weiterbetreuung im Rahmen eines infektiologischen Konsils vermerkt (425/843), 6% lehnten dies ab (51/843). Bei 8,1% (68/843) der Patientinnen war ein Konsil der Inneren Medizin und bei 7,8% ein Konsil seitens der Traumatologie (66/843) vermerkt. HNO-Konsile waren in 6,6% (56/843) der Fälle angeordnet, dies wie oben erwähnt vor allem bei mutmaßlichen Taten, die mit Drosseln oder Würgen der Betroffenen einhergingen. Ein Gespräch mit einem Psychiater oder einer Psychiaterin wurde bei 32/843 Betroffenen angeordnet. Sonstige Konsile (Mundkiefergesichts Chirurgie, Ophthalmologie, Neurologie, Neurochirurgie und Pädiatrie) sollten weniger als jeweils 1,5% der Patientinnen erhalten.

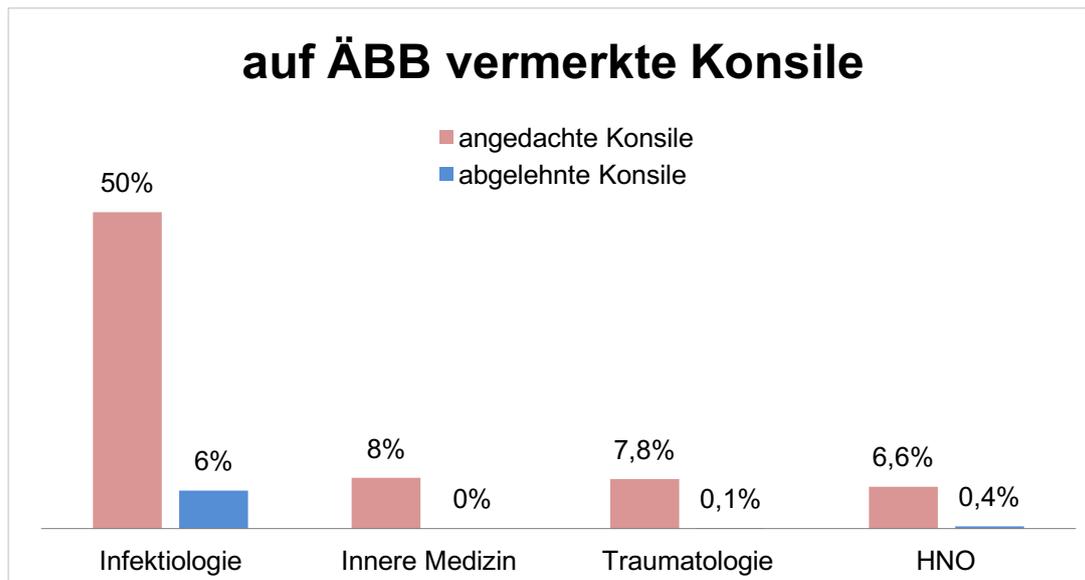


Abbildung 16: auf ÄBB vermerkte Konsile (n=843)

#### 3.1.4.8. Infektiologische Postexpositionsprophylaxe

Ein beratendes Gespräch zur Abwägung einer infektiologischen Postexpositionsprophylaxe soll Teil jeder Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum sein, primär geht es hier um die Indikation für eine Tetanus- und Hepatitis B-Impfung und für eine Medikation zur Vorbeugung einer Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV).

Interne Regelungen der Charité legen fest, dass Betroffene, die sich wegen eines mutmaßlichen Stuprums in der Rettungsstelle des CVK vorstellen, diese PEP-Beratung durch ein Konsil der Infektiologie vor Ort erhalten. Patientinnen, die primär im CCM Hilfe suchen, sollen sich zur infektiologischen Beratung in der Rettungsstelle CVK vorstellen. Bei im CBF vorstelligen Patientinnen wird die Beratung durch ein Konsil der Inneren Medizin gesichert. Variationen des festgelegten Ablaufes zeichneten sich in der Auswertung ab.

Die Auswertung hinsichtlich einer infektiologischen PEP-Beratung und Therapie erfolgte bei einem Subkollektiv von 579 Betroffenen, der im Rahmen dieser Studie neu erfassten mutmaßlichen Stuprum-Fälle aus dem Zeitraum 1.1.2013-31.6.2016.

Zur Anordnung der PEP-Beratung auf dem Ärztlichen Befundbericht: Eine Dokumentation fehlte in 100 Fällen. In Abbildung 17 wird ein Überblick gegeben. Eine Beratung durch die infektiologische Abteilung des jeweiligen Campus war bei 25,1% (120/479) vermerkt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Patientinnen, die sich primär in der Rettungsstelle CVK vorstellten. Ein Verweis auf eine Beratung zur PEP

### 3. Ergebnisse

durch die Infektiologie im CVK war in 30,7% (147/479) der Fälle dokumentiert, hierunter sind die Betroffenen aus der Rettungsstelle CCM abgebildet. Bei 10,9% (52/479) erfolgte die Beratung durch die Gynäkologie direkt, zusätzlich in 13/479 Fällen durch die Gynäkologie in telefonischer Rücksprache mit Kollegen bzw. Kolleginnen der Infektiologie oder der Inneren Medizin. In 9,8% (47/479) der Fälle war eine Beratung durch die Innere Medizin auf dem ÄBB vermerkt. Bei 38/479 Betroffenen war dokumentiert, dass eine PEP-Beratung auf Grund mangelnder Indikation entfiel. 61/479 (12,7%) der Patientinnen lehnten eine Beratung ab. Einer Patientin wurde eine ambulante Vorstellung empfohlen.

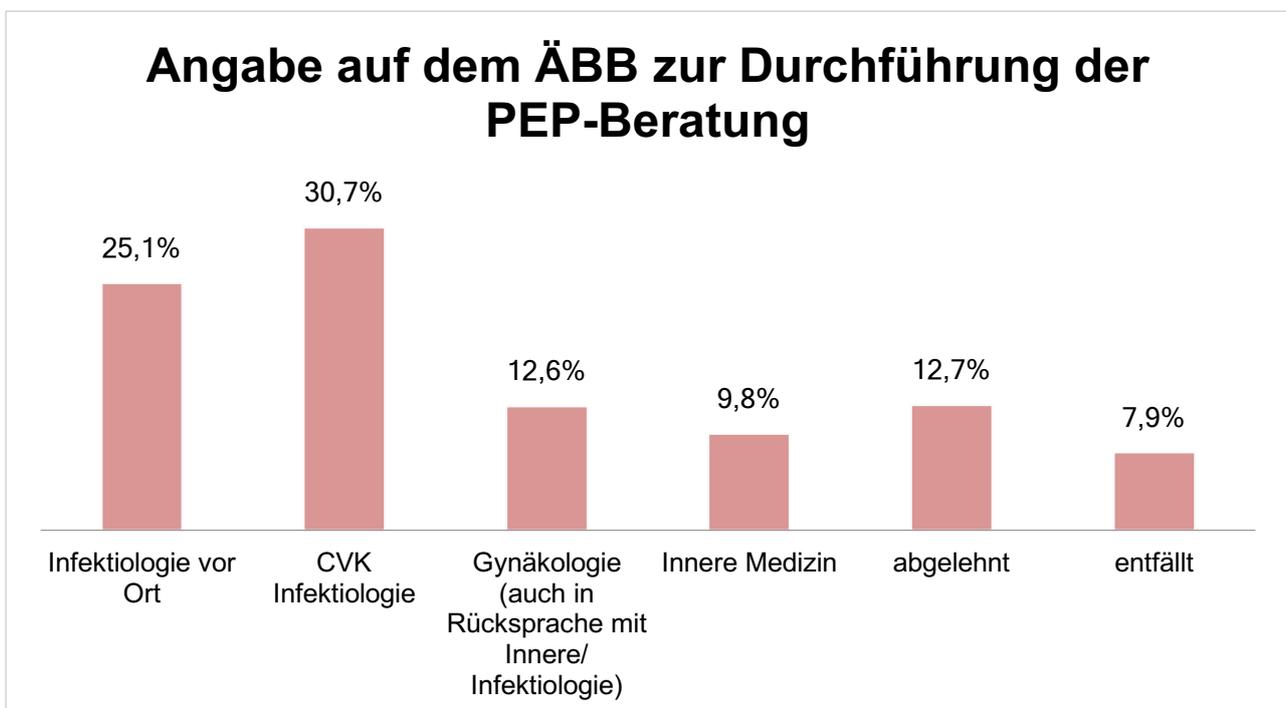


Abbildung 17: Angabe auf dem ÄBB zur Durchführung der infektiologischen PEP-Beratung (n=479)

Um zu ermitteln, in wie vielen Fällen die infektiologische PEP-Beratung tatsächlich erfolgt war, wurden Fälle, bei denen kein PEP-Bogen oder kein Konsil mit Aussage bezüglich der PEP-Beratung beigelegt war und eine PEP-Beratung nicht durch die aufgestellten Kriterien entfiel, im SAP-System, dem digitalen Datenverwaltungsprogramm der Charité, nachrecherchiert. Ausschlusskriterien waren hierbei ein Abstand zur mutmaßlichen Tat über 72 Stunden, letzter im ÄBB vermerkter konsensueller Genitalverkehr mit Tatverdächtigem ohne Kondomverhütung, reine digitale Penetration und Kondomverwendung während der mutmaßlichen Tat. Bei 44 Patientinnen ließ sich keine Rückverfolgung realisieren. Bei 60,4% (323/535) war eine infektiologische PEP-Beratung erfolgt. In 71/535 Fällen entfiel eine Beratung nach den

### 3. Ergebnisse

aufgestellten Kriterien. 12,3% (66/535) der Patientinnen lehnten die Beratung ab. Die höhere Fallzahl im Vergleich zur reinen Auswertung über den Ärztlichen Befundbericht s.o. erklärt sich durch die ergänzende Information aus dem SAP-System. In 14% der Fälle (75/535) bei denen eine Indikation für ein Gespräch gegeben war, ließ sich keine Dokumentation hinsichtlich eines erfolgten infektiologischen PEP-Beratungsgesprächs finden. Es fehlen valide Begründungen, warum dieses nicht erfolgt ist.

Die Auswertung über den Erhalt einer Medikation im Rahmen der infektiologischen Postexpositionsprophylaxe wurde entsprechend dem in der Methodik beschriebenen Vorgehen, das sich für die Tetanus-Impfung von dem für die Hepatitis B-Impfung und die HIV-PEP unterschied, durchgeführt (siehe 2.1.4.). Abhängig vom Impfstatus und dem Tatverlauf inklusive Verletzungen erhielten die Patientinnen nur eine Passiv- oder ggf. auch eine Aktivimpfung gegen Tetanus und/oder Hepatitis B. Abbildung 18 gibt einen Überblick über die erhaltene infektiologische PEP-Medikation. Eine Dokumentation zur Tetanus-Impfung lag in 478/579 Fällen vor. Knapp 10% (46/478) der Patientinnen erhielten eine Tetanus-Impfung. Bei 86,8% (415/478) der Patientinnen wurde eine Tetanus-Impfung im Ärztlichen Befundbericht, im Konsil oder auf dem PEP-Beratungsschein verneint. Eine Patientin wurde zur ambulanten Versorgung weiterverwiesen. 16/478 (3,3%) Patientinnen lehnten eine Tetanus-Impfung ab.

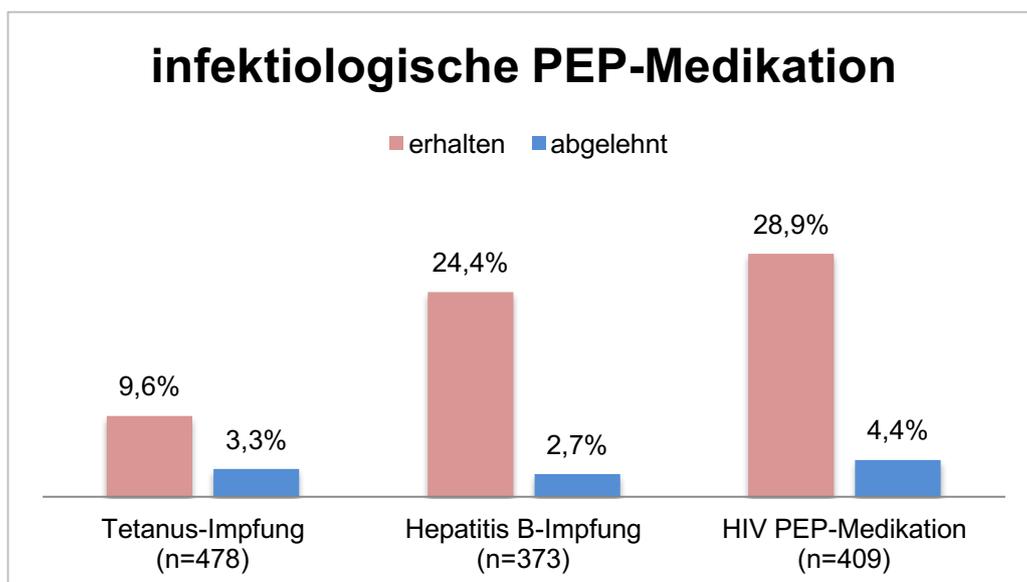


Abbildung 18: infektiologische PEP-Medikation

### 3. Ergebnisse

---

Zur Hepatitis B-Impfung lag in 373 Fällen eine Dokumentation vor, 24,4 % (91/373) der Betroffenen erhielten eine Hepatitis B-Impfung. 8/373 Patientinnen wurden zur Hepatitis B-Impfung in die ambulante Versorgung verwiesen. Abgelehnt wurde die Hepatitis B-Impfung von 10/373 Betroffenen.

Zur Postexpositionsprophylaxe gegen eine HIV-Infektion lagen in 409 Fällen Angaben vor. 28,9% (118/409) der Patientinnen erhielten eine HIV-PEP, in achtzehn Fällen (18/409) war eine Ablehnung der Medikation dokumentiert.

#### 3.1.5. Aspekte der Versorgungsstruktur

##### 3.1.5.1. Personalbindungszeiten

Die Pflegebindungszeit wurde in 290/850 Fällen festgehalten. Am CCM war nur in vier Fällen eine Pflegebindungszeit dokumentiert. In 182/290 Fällen am CVK und in 104/290 Fällen am CBF waren Pflegebindungszeiten festgehalten. Bei einem Minimum von einer Minute und einem Maximum von 10:30 Stunden lag die Bindungszeit für die Pflege im Mittel bei 2:08 Stunden, im Median bei 01:39 Stunden IQR [1:05 2:36]. Eine Dokumentation zur Dauer der ärztlichen Untersuchung lag in 749/850 Fällen vor, sie betrug im Minimum eine Minute und maximal 9:49 Stunden. Im Mittel lag die Bindungszeit seitens des ärztlichen Personals bei 56 Minuten, der Median bei 50 Minuten IQR [0:37 1:01].

##### 3.1.5.2. Spurensicherung

###### Körperliche Untersuchung

Zur Sicherstellung der zur Tatzeit getragenen Kleidung der Patientin lag in 758 Fällen eine Dokumentation vor. Die Kleidung wurde in 51,8% gesichert (393/758), in 37,2% (282/758) der Fälle wurde sie nicht gesichert und in 81/758 (10,7%) Fällen war sie bereits durch die Kriminalpolizei verwahrt worden.

In Tabelle 3 ist eine detaillierte Aufführung der möglichen hinterlassenen Spuren durch den Tatverdächtigen und die entsprechende Beweismittelsicherung dargestellt. Es sind hier alle Fälle in die Auswertung einbezogen. Am häufigsten wurde der orale Abstrich bei knapp Dreiviertel (74,8%; 636/850) der Patientinnen genommen. Über ein Drittel der Betroffenen gaben zudem an, dass sie vom Tatverdächtigen geküsst, geleckert oder gebissen worden seien. Dadurch entstandene und eventuell noch vorhandene Speicherspuren wurden in 19,5% der Fälle gesichert. Dies ist damit die

### 3. Ergebnisse

am zweithäufigsten gesicherte Spur in der allgemeinen körperlichen Beweismittelsicherung. Der Anteil fehlender Dokumentation bei der Sicherstellung der Spuren lag bis auf den oralen Abstrich in allen anderen auszufüllenden Punkten über 60%.

Tabelle 3: Anamnese, Untersuchung, Spurensicherung bzgl. möglicher hinterlassener Spuren in allgemein körperlicher Untersuchung

Anamnese, Untersuchung, Spurensicherung	Anamnese und Untersuchung				Sicherstellung Spuren		
	Ja (n)	Nein (n)	Weiß nicht (n)	Fehlende Dokumentation (n)	Ja (n)	Nein (n)	Fehlende Dokumentation (n)
Abstriche oral	-	-	-	-	74,8% (636)	14,5% (123)	10,7% (91)
Ejakulation erfolgt?	29,4% (250)	20,7% (176)	45,5% (387)	4,4% (37)	15,6% (133)	21% (178)	63,4% (539)
Verklebte Kopfhaare vorhanden?	3,5% (30)	84,9% (721)	-	11,6% (99)	6,7% (57)	24,9% (212)	68,4% (581)
Küssen, Lecken, Saugen, Bisse durch Täter?	35,2% (299)	27,7% (236)	32,4% (275)	4,7% (40)	19,5% (166)	19,2% (163)	61,3% (521)
Kratzen des Täters?	9,4% (80)	54,3% (462)	33,1% (281)	3,2% (27)	13,3% (113)	20,7% (176)	66% (561)
Sonstige Spuren	13,4% (114)	77,5% (659)	-	9,1% (77)	12,2% (104)	20,9% (177)	66,9% (569)

#### Anogenitale Untersuchung

Eine Abstrichentnahme von äußerem Genitale und Vagina war in jeweils über 90% der Fälle dokumentiert. Abstriche von der Zervix wurden bei 88,4% und von Anus und Rektum bei jeweils über 70% der Betroffenen entnommen. Die einzig andere bei über einem Drittel der Patientinnen vorgenommene Beweismittelsicherung war das Auskämmen der Schamhaare. Eine detaillierte Auflistung ist Tabelle 4 zu entnehmen.

### 3. Ergebnisse

Tabelle 4: Anogenitale Untersuchung und Spurensicherung bzgl. möglicher hinterlassener Spuren

<b>Anogenitale Untersuchung und Spurensicherung</b>	<b>Ja Prozent (n)</b>	<b>Nein Prozent (n)</b>	<b>Fehlende Dokumentation Prozent (n)</b>
Verklebte Schamhaare vorhanden	3,8% (32)	93% (791)	3,2% (27)
Schamhaare sichergestellt	8,1% (69)	29,3% (249)	62,6% (532)
Schamhaare ausgekämmt	35,2% (299)	61,4% (522)	3,4% (29)
Schamhaare sichergestellt (Auskämmung)	24,1% (205)	20,6% (175)	55,3% (470)
Tampon vorhanden	3,6% (31)	93,2% (792)	3,2% (27)
Tampon sichergestellt	6,4% (54)	29,3% (249)	64,3% (547)
Fremdmaterial vorhanden	6,7% (57)	89,3% (759)	4% (34)
Fremdmaterial sichergestellt	8,1% (69)	28% (238)	63,9% (543)
Abstrich äußeres Genital	92,8% (789)	3,2% (27)	4% (34)
Abstrich Vagina	93,5% (795)	2,5% (21)	4% (34)
Abstrich Zervix	88,4% (751)	7,6% (65)	4% (34)
Abstrich Anus	78,9% (671)	16,2% (137)	4,9% (42)
Abstrich Rektum	73,6% (626)	20% (170)	6,4% (54)

#### 3.1.5.3. Vollständigkeit der Daten

##### Ärztlicher Befundbericht

Der Ärztliche Befundbericht lag in den meisten Fällen vollständig vor, falls dem nicht so war konnte im SAP-System eine hinterlegte Kopie eingesehen werden. In sieben Fällen fehlte der Bericht (7/850) dennoch gänzlich und somit fast alle Information zur Behandlung. In einem dieser Fälle war auf einem anderen Entwurf von Befundbericht dokumentiert worden.

Die Dokumentation von allgemeinen Angaben zur Untersuchung und der Anamnese war bis auf Ausnahmen in über 90% der Fälle erfolgt. Diese Ausnahmen betrafen die Dokumentation hinsichtlich der Angaben zu vorliegenden Gedächtnisinseln und erfahrenem Drosseln im Rahmen der mutmaßlichen Tat.

Hinsichtlich der Abstrichentnahme war eine relativ vollständige Dokumentation durchgeführt worden (über 90% der Fälle). Eine Dokumentation zur Sicherstellung der Kleidung der Betroffenen lag in knapp 90% der Fälle vor. Bei der Sicherstellung von möglichen Spuren/Beweismitteln ausgenommen der Abstriche waren bis auf die Angabe zur Sicherstellung von Schamhaaren alle Angaben in unter 40% der Fälle dokumentiert.

### 3. Ergebnisse

Zur Notfallkontrazeption/„Pille danach“ lag bei 59/850 Patientinnen keine Information vor; dies entspricht knapp 7%. Angaben im Übergabeprotokoll der Beweise an die Kriminalpolizei waren bis auf die Information zum Untersuchungskit immer nur in unter einem Drittel der Fälle vorhanden. Weitere Angaben sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Vollständigkeit der Dokumentation im Ärztlichen Befundbericht

<b>Vollständigkeit der Dokumentation im Ärztlichen Befundberichtes</b>	<b>Dokumentation vorhanden (n)</b>	<b>fehlende Dokumentation (n)</b>
<b>Angaben zur Untersuchung</b>		
Name untersuchende/r Ärztin/Arzt	99,3% (844)	0,7% (6)
Beginn Behandlung	96,7% (822)	3,3% (28)
Ende Behandlung	94,2% (801)	5,8% (49)
sprachliche Verständigung	92,9% (790)	7,1% (60)
<b>Anamnese und Einschätzung der Patientin</b>		
Bewusstseinszustand bei Untersuchung	91,3% (776)	8,7% (74)
Verdacht auf Alkoholkonsum	47,1% (400)	52,9% (450)
Verdacht auf Drogen/ Medikamentenkonsum	13,1% (111)	86,9% (739)
Impfung Tetanus	94,3% (802)	5,7% (48)
Impfung Hepatitis B	94,8% (806)	5,2% (44)
Tatort	95,3% (810)	4,7% (40)
Verhältnis Betroffene-Tatverdächtiger	99,1% (842)	0,9% (8)
Anzahl Tatverdächtige	97,5% (829)	2,5% (21)
orale Penetration	95,2% (809)	4,8% (41)
vaginale Penetration	97,2% (826)	2,8% (24)
anale Penetration	96% (816)	4% (34)
Kondom verwendet	97,6% (830)	2,4% (20)
Reinigung mit Taschentüchern o.ä.	93,2% (792)	6,8% (58)
Reinigung nach Tat	91,9% (781)	8,1% (69)
Gedächtnisinsel	84,2% (716)	15,8% (134)
Erinnerungslücken	94,5% (803)	5,5% (47)
Alkoholkonsum	89,1% (757)	10,9% (93)
Drosseln bei Tat?	86,2% (733)	13,8% (117)
<b>Untersuchung und Fotodokumentation</b>		
körperliche Untersuchung	95,4% (811)	4,6% (39)
Untersuchung Kopf und Hals	53,7% (456)	46,3% (394)
Fotodokumentation körperliche Untersuchung	87,1% (740)	12,9% (110)
anogenitale Untersuchung	91,4% (777)	8,6% (73)
Hymen intakt	71,1% (604)	28,9% (246)

### 3. Ergebnisse

Fotodokumentation anogenitale Untersuchung	83,3% (708)	16,7% (142)
<b>Beweismittelnahme: Anamnese und Spurensicherung</b>		
Sicherstellung Kleidung	89,2% (758)	10,8% (92)
Ejakulation erfolgt	95,6% (813)	4,4% (37)
Ejakulationsspuren sichergestellt	36,6% (311)	63,4% (539)
verklebte Kopfhare vorhanden	88,4% (751)	11,6% (99)
Kopfhare sichergestellt	31,7% (269)	68,3% (581)
Küssen, Lecken, Saugen, Bisse durch Täter	95,3% (810)	4,7% (40)
Speichelspuren sichergestellt	38,7% (329)	61,3% (521)
Kratzen des Täters	96,8% (823)	3,2% (27)
Spuren durch Kratzen sichergestellt	34% (289)	66% (561)
sonstige Spuren vorhanden	90,9% (773)	9,1% (77)
sonstige Spuren sichergestellt	33,1% (281)	66,9% (569)
Schamhaare verklebt	96,8% (823)	3,2% (27)
verklebte Schamhaare sichergestellt	37,5% (319)	62,5% (531)
Schamhaare gekämmt	96,6% (821)	3,4% (29)
Schamhaare sichergestellt	44,7% (380)	55,3% (470)
Tampon vorhanden	96,8% (823)	3,2% (27)
Tampon sichergestellt	35,7% (303)	64,3% (547)
Fremdmaterial vorhanden	96% (816)	4% (34)
Fremdmaterial sichergestellt	36,2% (307)	63,8% (543)
Abstrich oral	89,3% (636)	10,7% (91)
Abstrich äußeres Genital	96% (816)	4% (34)
Abstrich Vagina	96% (816)	4% (34)
Abstrich Zervix	96% (816)	4% (34)
Abstrich Anus	95,1% (808)	4,9% (42)
Abstrich Rektum	93,6% (796)	6,4% (54)
<b>weitere Probenentnahme und Behandlung</b>		
Blutprobe asserviert	83,2% (707)	16,8% (143)
Urinprobe asserviert	79,8% (678)	20,2% (172)
Serum asserviert	81,2% (690)	18,8% (160)
Uhrzeit Asservation der Proben	71,9% (611)	28,1% (239)
Schwangerschaftstest	84% (714)	16% (136)
Notfallkontrazeption/„Pille danach“	93,1% (791)	6,9% (59)
sonstige Medikamente	37,4% (318)	62,6% (532)
<b>Übergabeprotokoll Kriminalpolizei</b>		
Blut Urin	60,4% (513)	39,6% (337)
Blut Alkohol	57,3% (487)	42,7% (363)
Kleidersack	44% (374)	56% (476)

### 3. Ergebnisse

---

Kit	66,9% (569)	33,1% (281)
Fotodokumentation	42,2% (359)	57,8% (491)
Kopie des Befundes	60,5% (514)	39,5% (336)

#### Infektiologische Postexpositionsprophylaxe: ÄBB und PEP-Beratungsschein

Eine sinnvolle Aussage hinsichtlich der Vollständigkeit der PEP-Beratungsdokumentation lässt sich nur begrenzt treffen. Die Dokumentation war bei den erfassten mutmaßlichen Stuprum-Fällen uneinheitlich auf dem ÄBB, auf den PEP-Beratungsscheinen, auf Konsilscheinen in ausgedruckter Form oder digital im SAP-System und dort wiederum teils auf Konsilvordrucken der Infektiologie, teils als Unterrubrik der gynäkologischen Konsile erfolgt. Die PEP-Beratungsscheine wiederum lagen teils vollständig ausgefüllt, teils unvollständig und teils nicht vor.

Das Gesamtkollektiv betreffend wurde in 27% (226/843) auf dem ÄBB hinsichtlich der Angabe „PEP-Beratung durch:“ keine Angabe gemacht, ausgenommen die sieben fehlenden ÄBB. Eine Auswertung der Vollständigkeit der Angaben auf dem ÄBB zu erhaltenen PEP-Medikamenten ist wenig aussagekräftig, da diese in vielen Fällen von den Gynäkologinnen und Gynäkologen gemacht wurden, ohne dass die eigentliche infektiologische Beratung stattgefunden hatte. Bezüglich des neu erfassten Subkollektivs lag der Anteil an fehlender Dokumentation zur infektiologischen PEP-Medikation auf dem ÄBB bei der HIV-PEP bei 22,6% (130/574), der Hepatitis B-Impfung bei 22% (126/574) und der Tetanus-Impfung bei 21,6% (124/574). Ausgeschlossen wurden hier fünf Fälle des Subkollektivs, in denen kein Befundbericht vorlag. Die divergierenden Angaben im Vergleich zu den Angaben im Abschnitt über die erhaltenen PEP-Medikamente sind durch die Einbeziehung verschiedener Quellen zu erklären. Die hier gemachten Angaben beziehen sich nur auf die Dokumentation im ÄBB. Im Abschnitt zur PEP-Medikation s.o. wurden auch PEP-Beratungsscheine und Konsilscheine mit unterschiedlichen Prioritäten hinsichtlich der Wertung einbezogen, daher ergeben sich verschiedene einbezogene Fallzahlen und Ergebnisse in dieser Auswertung.

#### 3.2. Auswertung der Umfrage zur Versorgungssituation mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken

Der „Fragebogen zur Struktur der Erstversorgung bei Stuprum-Fällen in der Rettungsstelle“ (siehe Anhang 6.2.) wurde am 25.10.2017, mit Ausnahme der Charité,

### 3. Ergebnisse

---

an alle 35 deutschen Universitätskliniken mit einer Frauenheilkunde versandt. Bis zum 12.03.2018 gingen 15 ausgefüllte Bögen ein. Einer der Bögen war unvollständig zurückgesandt worden, nur der erste Teil konnte somit in die Auswertung eingehen. Mit den Angaben der Charité ergab sich eine Zahl von 16 beantworteten Bögen (Rücklaufquote 44,4% = 16 von 36 Universitätsfrauenkliniken).

An 12 der 16 Kliniken existierten zum Zeitpunkt der Umfrage Leitfäden bzw. Richtlinien zur Versorgung nach Stuprum. 14 der 16 Kliniken benutzten standardisierte Untersuchungsbögen. Vier Kliniken spezifizierten dabei nicht näher, woher der verwendete Bogen stammt. In drei der Kliniken fand der auf der Seite des „Frauennotrufs Frankfurt“ online bereitgestellte Untersuchungsbogen, der unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums entwickelt wurde, Anwendung (123,124). In drei weiteren Kliniken wurde standardmäßig der von der zuständigen Kriminalpolizei bereitgestellte Untersuchungsbogen verwendet. Zwei Kliniken gaben an, dass im Falle einer Anzeige der von der Kriminalpolizei bereitgestellte Bogen verwendet wird; falls es aber zu einer Untersuchung im Sinne einer Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung (ASS bzw. VSS) kommt, wurde ein anderer Untersuchungsbogen aus dem entsprechendem Set der ASS verwendet. Abbildung 19 zeigt das Spektrum der verwendeten unterschiedlichen Untersuchungsbögen.

## Verwendung eines standardisierten Untersuchungsbogens

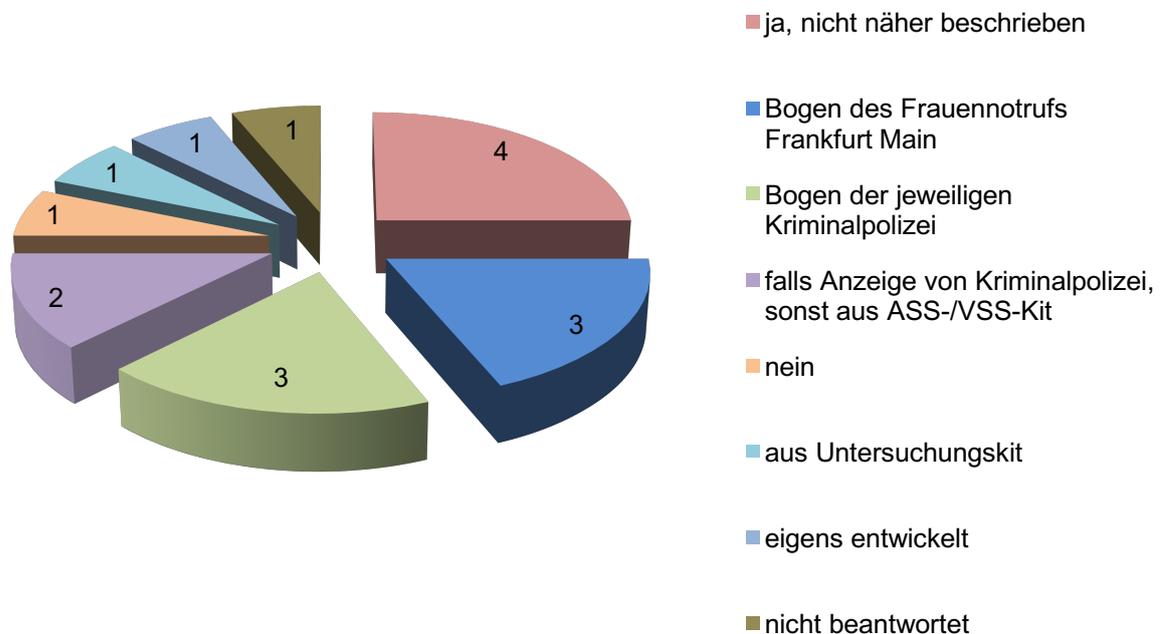


Abbildung 19: Verwendung eines standardisierten Untersuchungsbogens an den befragten deutschen Universitätsfrauenkliniken (n=16)

Die Verwendung eines standardisierten Untersuchungskits bestätigten 14 von 16 Kliniken, zwei Kliniken verneinten dies. Fünf Kliniken gaben an, dieses selbst zusammengestellt zu haben und fünf andere nannten einen Hersteller, von dem diese erworben werden. In Abbildung 20 wird ein Überblick über Bezugsquellen gegeben. Das Untersuchungsset „Hessen-Kit“ wurde von drei Kliniken genannt, dieses wurde auf Anregung des Hessischen Landeskriminalamts von der Firma Swissforensix/Prionics passend zum o.g. im Internetauftritt des Frauennotrufs Frankfurts bereitgestellte Untersuchungsbogen entwickelt (98). Andere genannte Hersteller waren „rapeprotec“ (125) und das Set vom Netzwerk ProBeweis (119). Alle mit Herstellernamen genannten Untersuchungssets enthalten sowohl Untersuchungsbögen zur Dokumentation als auch die nötigen Materialien und Hilfsmittel zur Spurensicherung, teils zudem Beratungsempfehlungen. Vier Kliniken gaben an, von der Kriminalpolizei bereitgestellte Untersuchungskits zu verwenden.



Abbildung 20: Angaben zur Herkunft des verwendeten Untersuchungskits für Stuprum-Betroffene (n=14 deutsche Universitätsfrauenkliniken)

Zu der Frage, durch wen die Spurensicherung d.h. DNA-Abstrichentnahme etc. durchgeführt werde, gaben zehn der Kliniken an, dass dies durch die Gynäkologinnen und Gynäkologen erfolge. Eine dieser Kliniken gab an in speziellen Situationen die Rechtsmedizin hinzuzuziehen. An fünf Kliniken bestand eine permanente Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Rechtsmedizin. Eine dieser Kliniken spezifizierte nicht, in welcher Form eine Kooperation bestehe. An den restlichen vier Kliniken gestaltete sich die Kooperation derart, dass die Rechtsmedizinerinnen bzw. Rechtsmediziner die allgemeine körperliche Untersuchung durchführen und die Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen die gynäkologische Untersuchung und Abstrichentnahmen. Eine Klinik gab die Antwortoption „sonstige“ an ohne dies weiter auszuführen.

Die Möglichkeit der ASS/VSS bestand an elf der 16 befragten Kliniken. Vier Kliniken verneinten dieses Angebot. Eine Klinik gab ein anderes, nicht näher beschriebenes

### 3. Ergebnisse

---

Verfahren an. Die Aufbewahrungszeit der gesicherten Beweise variierte zwischen sechs Monaten und zehn Jahren, siehe Abbildung 21.



Abbildung 21: Aufbewahrungszeit der im Rahmen der ASS/VSS gesicherten Beweismittel an deutschen Universitätsfrauenkliniken (n=8)

Eine Kooperation mit der Rechtsmedizin (n=6) oder einer Gewaltschutz-/Opferschutzambulanz (n=4) bestand an zehn Kliniken. Eine weitere Klinik gab eine hausinterne nicht näher beschriebene Kooperation an.

Neun der befragten Kliniken gaben an, im Rahmen der Begutachtung und Betreuung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen Konsile nur bei Bedarf anzuordnen. Das infektiologische Postexpositionsprophylaxe-Beratungsgespräch (PEP-Beratungsgespräch) wurde zum Zeitpunkt der Umfrage teilweise von der Gynäkologie, teilweise von der Infektiologie durchgeführt oder die Frauen wurden zur infektiologischen Beratung an das Gesundheitsamt verwiesen. Fünf Kliniken gaben an, dass ein Infektiologie-Konsil immer und drei, dass bei Bedarf eines durchgeführt werde. Eine Klinik gab an, Betroffenen hierzu eine Vorstellung beim Gesundheitsamt mündlich zu empfehlen. An fünf Kliniken wurde keine Regelung bezüglich eines infektiologischen PEP-Beratungsgesprächs angegeben. An einer Klinik war zudem standardmäßig die Anordnung eines psychiatrischen Konsils und die Vermittlung an Selbsthilfegruppen etabliert. Eine andere Klinik gab an, den betroffenen Frauen ein Gespräch im Sinne eines psychiatrischen Konsils immer als Option anzubieten. Zwei Kliniken beantworteten die Frage nach Konsilen nicht.

### 3. Ergebnisse

---

Zu den weiterhin erhobenen Informationen lagen von 15 der 16 antwortenden Kliniken Informationen vor. Angaben zu den Fallzahlen pro Jahr (2011-2016) wurden von vier Kliniken explizit gemacht, allerdings nicht für alle erfragten Zeiträume. Hier variierten die Fallzahlen zwischen drei und 212 Fällen pro Jahr. Fünf Kliniken gaben Schätzungen für durchschnittliche Fallzahlen pro Jahr an, die zwischen zehn und 40 Fällen pro Jahr lagen. Zwei Kliniken gaben nur für das vorliegende Jahr Fallzahlen an, die bei 3 respektive ca. 15 Fällen lagen. Insgesamt hatten nur zwei der elf Kliniken, die Angaben hierzu gemacht hatten, Jahresfallzahlen von über 100 zu verzeichnen, bei beiden Kliniken zeichnete sich eine Zunahme der Fälle ab. Alle anderen Kliniken rangierten im Bereich von bis zu 50 Fällen pro Jahr.

Zur angegebenen Wartezeit der betroffenen Frauen in der jeweiligen Klinikrettungsstelle bis zum Begutachtungs- bzw. Behandlungsbeginn, siehe Abbildung 22, ist anzumerken, dass es sich vermutlich größtenteils um Schätzungen handelt.

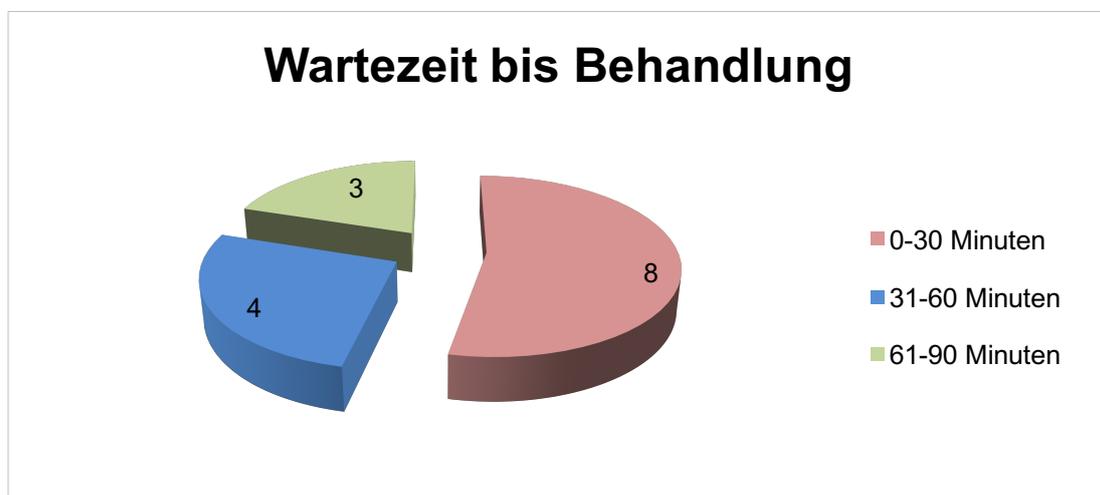


Abbildung 22: Wartezeit bis zur Begutachtung bzw. Behandlung der betroffenen Frauen in den Klinikrettungsstellen (n=15 Universitätsfrauenkliniken)

Fortbildungen zur Beweismittelsicherung waren an 13 der 15 Kliniken etabliert. Vier Kliniken gaben eine Basisschulung und fünf Kliniken regelmäßige Fortbildungen an. An einer Klinik gab es beide Arten von Fortbildungen. Drei Kliniken gaben unregelmäßige Fortbildungen an. An sieben der antwortenden Kliniken war die Teilnahme an den Fortbildungen zum Zeitpunkt der Erhebungen Pflicht.

### 3. Ergebnisse

---

Zur Gesprächsführung existierten weniger Fortbildungsangebote an den Kliniken. Nur in sechs Rücklaufbögen wurde dies angegeben, meist als regelmäßige Veranstaltung, bei drei der sechs Kliniken war die Teilnahme obligatorisch.

Eine Weitervermittlung an Beratungsstellen oder andere Arten von Initiativen für Betroffene sexualisierter Gewalt bejahten elf von 15 Kliniken.

Insgesamt bestanden an fünf der 15 (5/15; 33,3%) teilnehmenden Universitätskliniken alle als zentral definierten Bestandteile einer Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum (siehe 2.2., vorhandene/r Leitfaden/Richtlinie, Verwendung eines standardisierten Untersuchungskits, Regelung zum infektiologischen PEP-Beratungsgespräch, Fortbildungen zur Beweismittelnahme, Vermittlung an Beratungsstellen). An einem weiteren Drittel (5/15, 33,3%) der teilnehmenden Kliniken bestanden vier der fünf als zentral definierten Bestandteile.

### 4. Diskussion

#### 4.1. Diskussion der Daten zu den mutmaßlichen Stuprum-Fällen

850 polizeilich angezeigte mutmaßliche Stuprum-Fälle von weiblichen Betroffenen, die sich in der Zeit zwischen 01.01.2011-31.06.2016 in der Rettungsstelle einer der drei Charité-Campi vorstellten, wurden eingeschlossen. Die Diskussion der Charakteristika der Betroffenen und der mutmaßlichen Taten erfolgt gemeinsam. Anschließend wird der Anteil an Fällen mit vermutlicher K.-o.-Tropfen Verabreichung (proaktive „drug-facilitated sexual assaults“) diskutiert (siehe 1.3.).

Schließlich werden Stärken und Schwächen der Arbeit angeführt sowie ein Ausblick gegeben.

Internationale Studien beziehen sich häufig nicht dezidiert nur auf Vergewaltigungen, sondern auf „sexual assaults“, also sexuelle Übergriffe. Dabei werden unterschiedliche Definitionen von „sexual assault“ verwendet. Das Gros dieser „sexual assaults“ geht mit einer Penetration der Betroffenen einher, entspricht demnach einer Vergewaltigung und ist daher relevant für die Einordnung der hier erhobenen Ergebnisse. Im Folgenden wird, wenn Bezug auf Studien, die „sexual assaults“ untersucht haben, genommen wird, der Begriff „Erleben schwerer sexualisierter Gewalt“ verwendet. Anzumerken ist, dass in der Mehrzahl der verfügbaren Studien nicht nur polizeilich angezeigte Fälle berücksichtigt wurden, sondern alle Fälle von Betroffenen, die sich in einer Klinik wegen des Erlebens schwerer sexualisierter Gewalt vorstellten.

##### 4.1.1. Daten zur Organisation der Versorgung

Von einer Diskussion der Aspekte der medizinischen Versorgung und der Versorgungsstruktur an der Charité sowie einer Evaluation der Qualität der Versorgung wird mangels Studien, die für einen Vergleich herangezogen werden können, abgesehen.

Generell sind direkte Evaluationen von Versorgungsstrukturen für mutmaßliche Betroffene von sexualisierter Gewalt problematisch und ethisch umstritten. Befragungen vor Ort oder Nachbefragungen sind auf Grund der belastenden und hochsensiblen Situation, in der sich die betroffenen Frauen befinden oder befanden, schwer umzusetzen. Eigene Pläne dazu wurden von der Datenschutzbeauftragten der Charité verworfen.

## 4. Diskussion

---

Dennoch kann anhand von sog. Surrogatparametern, wie in der Arbeit von Hoffmann-Walbeck (121) vorgeschlagen, eine „Ersatz“-Bewertung anhand von Wartezeiten, Häufigkeit erfolgter infektiologischer PEP-Beratung u.ä. erfolgen.

Da bereits eine Umstellung der Versorgungsstrukturen an der Charité stattgefunden hat (siehe 1.8.2.), wird zukünftig vor allem eine vergleichende Analyse der Qualität der Versorgung vor und nach dieser Umstellung von Interesse sein. Dies ist späteren Analysen der Versorgungssituation vorbehalten. Die vorliegende Arbeit erfasst mutmaßliche Stuprum-Fälle bis zur Umstellung des Verfahrens im Juli 2016.

### 4.1.2. Fallzahlen

Hinsichtlich der Gesamtfallzahlen ließ sich ab 2015 eine tendenzielle Zunahme erkennen. Dies könnte durch eine generelle Zunahme von Stuprum-Fällen in Berlin, vermehrtes Weiterleiten von Hilfesuchenden von anderen Kliniken an die Charité oder auch zunehmende Informiertheit über das Angebot der Erstversorgung an der Charité durch Gründung der Gewaltschutzambulanz (2014) verursacht worden sein. Diese Entwicklung unterstreicht die besondere Bedeutung der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum und der Versorgungsforschung.

### 4.1.3. Charakteristika der Betroffenen und der mutmaßlichen Tat

Wissen über Betroffene von Stuprum-Fällen und über Umstände der Taten sind unabdingbar, um eine angepasste adäquate Versorgung zu ermöglichen.

#### 4.1.3.1. Charakteristika der Betroffenen

##### 4.1.3.1.1. Alter

Im Mittel waren die betroffenen Frauen 29 Jahre und im Median 26 Jahre IQR [20 34] alt. In vergleichbaren Studien wie von Murphy et al. (51), Nesvold, Friis&Ormstad (126) und Germerott, Bode-Jänisch&Thali (38) waren die Betroffenen im Mittel 28 respektive 27,5 Jahre respektive 26,9 Jahre alt. Ergebnisse anderer vergleichbarer Studien (30,33,127,128) entsprechen eher der in der Literatur beschriebenen Risikogruppe für das Erleben schwerer sexualisierter Gewalt, nämlich Frauen zwischen 16 und 24 Jahren (17,21). Acierno et al. führen an, dass das erhöhte Risiko für junge Frauen durch alterstypisches Verhalten wie vermehrtes „Daten“ und vermehrten Drogenabusus begründet sein könnte (22). Weitere Erklärung könnte nach Wallby&Allen die erhöhte Neigung zur Gewaltausübung von jüngeren Männern, die

## 4. Diskussion

---

wiederum gleichaltrige Frauen betrifft, sein (17). Es ist zudem anzumerken, dass bezogen auf das untersuchte Kollektiv nicht eindeutig ist, ob alle 16- und 17-Jährigen Betroffenen, die wegen eines mutmaßlichen Stuprums an der Charité versorgt wurden, in vorliegender Studie erfasst wurden, da bezüglich dieser Altersgruppe keine einheitliche Regelung etabliert war. Teils erfolgte die Untersuchung und Versorgung durch die Gynäkologie, teils durch die Kinderchirurgie. Dies könnte das ermittelte durchschnittliche Alter beeinflusst haben. Im Vergleich zu anderen Studien, die jüngere Betroffenen einbezogen, führte das Einschlusskriterium von mind. 16 Lebensjahren in der vorliegenden Studie zu einem höheren ermittelten mittleren und medianen Alter der Betroffenen. Gartner&Macmillan, Kaukinen, Hilden&Lidegaard konnten in ihren Studien zeigen, dass ältere Betroffene von körperlicher Gewalt oder sexualisierter Gewalt eher polizeiliche Anzeige erstatten (30,129,130). Die polizeiliche Anzeige als Einschlusskriterium könnte somit ebenso das höhere Durchschnittsalter im Vergleich zu ähnlich aufgebauten Studien, in denen allein die Aussage der Patientin gegenüber dem medizinischen Personal Einschlusskriterium war, erklären.

### *4.1.3.1.2. Stuprum in der Vorgeschichte*

In der eigenen Studie war bei 6,4% der Patientinnen ein Stuprum in der Vorgeschichte auf dem Ärztlichen Befundbericht vermerkt worden. In der Literatur liegen die angegebenen Anteile an Betroffene, die bereits vor dem aktuell aufgenommenen Erleben schwerer sexualisierter Gewalt ein solches erlebt hatten, mit 21-64% deutlich höher (17,18,30,32,128,131,132). Dabei stellte sich in Studien dar, dass dies abhängig vom Verhältnis zwischen Betroffener und Tatverdächtigem ist (32,128,132). Im Fall bekannter Tatverdächtiger v.a. bei Intimpartnern gaben deutlich mehr Betroffene ein voriges Erleben schwerer sexualisierter Gewalt an.

Diese Zahlen und andere Literatur zeigen ein deutliches Risiko für Betroffene von Vergewaltigungen bzw. schwerer sexualisierter Gewalt, erneut ein solches Erlebnis zu machen, v.a. wenn sie minderjährig sind (10,17,22,23,57). Möglicherweise ist der niedrige Anteil im Patientinnenkollektiv an der Charité im Vergleich zu Prävalenzstudien, wie jene von Walby&Allen und Resnick et al., einerseits der polizeilichen Anzeige als Voraussetzung und andererseits der „nicht anonymen“ Situation geschuldet (17,18). Zudem war die Frage nach eines zuvor erlebten Stuprums nicht Bestandteil des Ärztlichen Befundbericht.

## 4. Diskussion

---

### 4.1.3.2. Charakteristika der mutmaßlichen Tat

#### 4.1.3.2.1. Tatverdächtige

An allen mutmaßlichen Stuprum-Fällen waren männliche Tatverdächtige und in sieben von 770 Fällen zusätzlich Frauen beteiligt. Eine ähnliche Verteilung der Tatverdächtigen zeigen andere repräsentative Studien, dabei liegt der Anteil männlicher Tatverdächtiger zwischen 96 und 100% (10,30,51,131).

Die mutmaßliche Vergewaltigung war in 21,6% der Fälle durch mehr als einen Tatverdächtigen verübt worden. In der Literatur variiert dieser Anteil mit 18-24% in einem ähnlich hohen Bereich (34,126,127,131).

Bezüglich des Verhältnisses zwischen Betroffener und Tatverdächtigem lag der Anteil an fremden Tatverdächtigen mit 48,8% vergleichbar hoch wie in anderen Publikationen (30,33,39,126,133). Fremde, Bekanntschaften der letzten 24 Stunden eingeschlossen, waren in 44-53% der Fälle in diesen Studien Tatverdächtige. Im starken Kontrast stehen dazu die Ergebnissen von Prävalenzstudien. Fremde sind mit 17-27% in diesen Studien in deutlich weniger Fällen Tatverdächtige (10,15,17,18). Der Anteil von den Betroffenen bekannten Tatverdächtigen liegt hingegen in Prävalenzstudien zwischen 70-83% (10,17,18). Dabei machen den größten Anteil Ex- und Intimpartner aus. Verschiedene Aspekte könnten diese Diskrepanz zwischen Studien, wie der vorliegenden, und Prävalenzstudien erklären: Betroffene erstatten eher polizeiliche Anzeige, wenn die erlebte Vergewaltigung einem „classic rape“ entspricht (38,62,134,135), also im Falle eines unbekanntem Tatverdächtigen (30,33,62,80), bei vorhandenen Verletzungen (10,30,33,33,40,62,79) und bei einem Übergriff im Freien (33,62,80). Die polizeiliche Anzeige als Einschlusskriterium für die durchgeführte Studie und der hohe Anteil an polizeilichen Anzeigen in vergleichbaren Studien könnte somit teilweise die Mehrheit der durch fremde Tatverdächtige verübten mutmaßlichen Vergewaltigungen erklären.

Nach Hellmann&Pfeiffer hat das Verhältnis zwischen Betroffener und Tatverdächtigem erhebliche Konsequenzen für die Ermittlungsarbeit der Polizei (81). Im Falle unbekannter Tatverdächtiger steht demnach die DNA-Analyse zur Identifikation und Überführung des bzw. der Tatverdächtigen im Vordergrund. Hingegen ist diese im Falle intimer Tatverdächtiger von geringerer Bedeutung, da davon auszugehen ist,

## 4. Diskussion

---

dass es bereits vor der mutmaßlichen Tat zu Körperkontakt kam und somit bereits zuvor DNA-Spuren vorhanden waren. Es ist anzunehmen, dass daher auch die Berliner Polizei in Fällen intimer bzw. bekannter Tatverdächtiger seltener einen Auftrag zur Beweismittelsicherung und Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum an der Charité stellt.

Ein weiterer Grund für unterschiedlichen Ergebnisse der Studien bezüglich des Verhältnisses zwischen Betroffener und Tatverdächtigem könnte sein, dass Betroffene, die eine mutmaßliche Vergewaltigung durch einen unbekanntem Tatverdächtigen erlitten haben, generell eher medizinische Versorgung erhalten (18) und demnach in vielen der genannten Studien, die an Kliniken durchgeführt wurden, erfasst wurden. Die höhere Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch Betroffene, die durch einen unbekanntem vergewaltigt wurden, könnte teilweise dadurch begründet sein, dass durch einen bekannten vergewaltigte Betroffene laut Studien stärkere bzw. mehr Schamgefühle haben (136,137). Es scheint plausibel, dass diese Scham die Betroffenen einerseits an der Inanspruchnahme professioneller Hilfe und andererseits am Mitteilen des Erlebten an professionelle Helfer hindert. Möglicherweise berichten Betroffene eher in anonymen Umfragen, wie in Prävalenzstudien, über ein Stuprum durch bekannte Tatverdächtige.

Im Falle von intimen Tatverdächtigen geht das Erleben sexualisierter Gewalt häufig mit anderen Gewaltformen wie körperlicher und psychischer einher (10,17). Die Betroffenen bedürfen daher und auf Grund der komplexen Verstrickungen im Falle intimer Täter speziell psychosozialer Unterstützung wie bspw. durch Frauenberatungsstellen. Möglicherweise nehmen sie diese anstatt der medizinischen und polizeilichen Hilfe wahr und sind daher zu einem kleineren Teil im untersuchten Patientinnenkollektiv vertreten.

### 4.1.3.2.2. Tatort

In der hier durchgeführten Studie fanden zwei Drittel der mutmaßlichen Stuprum-Fälle im privaten Kontext statt. Dies entspricht der Literatur, nach der sich schwere sexualisierte Gewalt und Vergewaltigungen mehrheitlich in privaten Räumen ereignen (10,30,126,127,138). Allerdings widerspricht das Ergebnis bei einem hohen Anteil an durch unbekanntem Tatverdächtige begangenen mutmaßlichen Taten der Annahme, dass durch unbekanntem Tatverdächtige verübte Stuprum-Fälle vor allem im öffentlichen Raum erfolgen (132,139). In der vorliegenden Erhebung galten allerdings

## 4. Diskussion

---

auch am gleichen Abend gemachte Bekanntschaften als unbekannte Tatverdächtige. Dies könnte den hohen Anteil an Taten im privaten Raum erklären, wenn man davon ausgeht, dass die neu gemachten Bekanntschaften zum gemeinsamen „Nachhausegehen“ führten. Logan, Cole&Capillo konnten in ihrer in den USA durchgeführten Studie, in die 331 weibliche Betroffene eingeschlossen wurden, zeigen, dass schwere sexualisierte Gewalt, die durch kurzzeitig gemachte Bekanntschaften verübt wird, eher im privaten Raum als im öffentlichen Raum stattfindet und im Falle von gänzlich unbekanntem Tatverdächtigen eher im öffentlichen Raum (132). Jones et al. ermittelten in ihrer in den USA durchgeführten Studie, dass sich zwei Drittel der mutmaßlichen Taten schwerer sexualisierter Gewalt im Falle von unbekanntem Tatverdächtigen in privaten Räumen ereigneten (128). Dies deckt sich in Anbetracht des hohen Anteils unbekannter Tatverdächtiger mit den Ergebnissen vorliegender Studie.

Im Vergleich zu Prävalenzstudien wie der 2003 in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführten (10) ist der Anteil an Taten, die im öffentlichen Raum verübt wurden, in vorliegender und anderen Studien mit ähnlich hohem Anteil an fremden Tatverdächtigen höher (33,126,133). Dies stimmt wiederum überein mit der o.g. Annahme, dass sich im Falle fremder Tatverdächtige die Tat eher im öffentlichem Raum ereignet.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse und die Literatur, dass eine detaillierte Betrachtung der Gruppe „unbekannte“ Tatverdächtige, mit Unterscheidung zwischen bspw. in den letzten 24 Stunden gemachten Bekanntschaften und völlig Unbekanntem, relevant ist. Eine Bestätigung der Verknüpfung von durch völlig fremde Tatverdächtige begangene Vergewaltigungen bzw. schwere sexualisierte Gewalt und einem Tatort im öffentlichen Raum deutet sich zudem an.

### *4.1.3.2.3. Substanzkonsum*

73,6% der Anzeige erstattenden Frauen in der vorliegenden Studie gaben an, Alkohol im Zeitraum um die mutmaßliche Tat konsumiert zu haben. In vergleichbaren Studien zeichnet sich mit 67-84% eine ähnliche Verbreitung von Alkoholkonsum bei Betroffenen schwerer sexualisierter Gewalt ab (32,36,127,140,141). Dies stimmt überein mit dem hohen Anteil an unbekanntem Tatverdächtigen, wenn man diese als neu gemachte Bekanntschaften im Rahmen sozialer Events betrachtet. Andererseits widerspricht der hohe Anteil von Betroffenen, die angaben, Alkohol konsumiert zu

## 4. Diskussion

---

haben, dem in der Literatur beschriebenen Fakt, dass im Falle von Alkoholkonsum auf Grund gesellschaftlicher Stigmatisierung, Vergewaltigungsmythen und eigener Schuldzuschreibung eher von polizeilicher Anzeigeerstattung abgesehen wird (142,143). Andere Studien wie die von Jänisch et al. und Ingemann-Hansen et al. verzeichnen mit 42% und 46% an Betroffenen schwerer sexualisierter Gewalt, die Alkohol vor der Tat konsumiert hatten, geringere Anteile (37,144). Dies könnte durch das jüngere Einschlussalter in den Studien (ab 12 (144) bzw. 14 Lebensjahren (37)) der Betroffenen und kleinstädtische Einzugsgebiete, die mit weniger Taten, die im abendlichen Kontext von sozialen Ereignissen begangen wurden, bedingt sein.

In der eigenen Studie hatten die betroffenen Frauen im Zeitraum um die Tat nach ihren Angaben zu 6,5% Cannabis, zu 4,9% Kokain und/oder Amphetamine und zu 3,1% sonstige Drogen wie LSD oder nicht weiter spezifizierte Substanzen konsumiert. Laut Martinez et al. decken sich Angaben der Betroffenen zum Substanzkonsum im Zeitraum um die mutmaßliche Tat relativ gut mit den Ergebnissen der pharmakologisch-toxikologischen Untersuchungen (133). In einer Metaanalyse von Studien mit pharmakologisch-toxikologischer Untersuchungen auf Drogen in Fällen schwerer sexualisierter Gewalt haben Anderson, Flynn&Pilgrim festgestellt, dass abgesehen von Alkohol die am häufigsten nachgewiesene Droge Cannabis ist (20). Es folgen Kokain und Amphetamine. Dies deckt sich mit der anamnestischen Häufigkeit konsumierter Drogen in vorliegender Studie.

### 4.1.3.2.4. *Erlittene Verletzungen*

Der Anteil an durch die mutmaßliche Vergewaltigung erlittenen Verletzungen lag beim untersuchten Frauenkollektiv im Bereich der Verletzungsrate ähnlich aufgebauter Studien. Extragenitale Verletzungen lagen bei 64% und anogenitale bei 25,4% der Betroffenen vor. In vergleichbaren Studien werden extragenitale Verletzungen mit einer Frequenz von 50-71% (30,32–38) und anogenitale mit 19-39% (30,32,33,36–41) bei mutmaßlich Betroffenen schwerer sexualisierter Gewalt bzw. dezidiert Betroffenen von Vergewaltigungen beschrieben. Jänisch et al. konstatieren, dass extragenitale Verletzungen meist in Form von Hämatomen, oberflächlichen Hautdefekten und Erythemen an den Oberarmen, im Gesicht und den Oberschenkeln vorliegen und im Sinne von Abwehrverletzungen zu interpretieren sind (37). In einigen Studien werden

#### 4. Diskussion

---

anogenitale Verletzungen deutlich häufiger in bis zu 87% der untersuchten Fälle beschrieben (34,80,132). Anogenitale Verletzungen sind dabei stark abhängig vom Abstand zwischen Tat und Vorstellungszeitpunkt, da Heilungsprozesse schnell einsetzen (36). Die Differenzen zwischen den Studienergebnissen sind vermutlich durch verschiedene Faktoren zu erklären. So spielen die Zusammensetzung des Patientinnenkollektivs, das Training und die Erfahrung der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte und die Untersuchungstechnik eine Rolle (10,15,17,18). Auch sind Unterschiede in der Dokumentation und die unterschiedliche Verwendung von Definitionen in Abhängigkeit von nationalen und lokalen Faktoren zu berücksichtigen. In Prävalenzstudien liegt der Anteil Betroffener, die Verletzungen durch Vergewaltigungen erlitten haben, mit Häufigkeiten von 32-41% durchweg niedriger (15,18). Es wird vermutet, dass Betroffene, die eine Verletzung erleiden eher polizeiliche Anzeige erstatten (10,30,33,33,40,62,79) und eher medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (10,18). Diese Betroffenen sind möglicherweise vor allem im untersuchten Patientinnenkollektiv der Charité abgebildet. Die gesellschaftlich verbreitete stereotype Vorstellung des „classic rape“ (siehe 1.6.1.), nach der Vergewaltigungen immer mit Verletzungen einhergehen, könnte dazu führen, dass im Falle erlittener Verletzungen eher polizeiliche Anzeige erstattet wird.

Zudem definieren Betroffene von Vergewaltigungen diese selbst eher im Falle von starker erlittener Gewalt und von Verletzungen als eine Vergewaltigung (142,145). Dieser Aspekt könnte ebenso zu einer höheren Inanspruchnahme von polizeilicher und medizinischer Hilfe im Falle von erlittenen Verletzungen führen.

Die erlittenen extragenitalen Verletzungen wurden im eigenen Untersuchungskollektiv mit 92,9% in der allgemein körperlichen und mit 62,4% in der HNO-Untersuchung überwiegend als leicht eingestuft. Zilkens et al. und Alempijevic et al. stellten in ihren Studien ebenso vor allem leichte extragenitale Verletzungen mit 52% respektive 44% fest (35,42). Die höheren Zahlen in der vorliegenden Studie erklären sich einerseits dadurch, dass die Anteile nur auf verletzte Betroffene bezogen wurden, bei Zilkens et al. und Alempijevic et al. hingegen auf alle Betroffenen. Generell muss zudem angemerkt werden, dass auf Grund von unterschiedlichen verwendeten Scores in allen drei Studien nur bedingt ein Vergleich möglich ist. McGregor et al., die den in der vorliegenden Arbeit verwendeten „Clinical Injury Score“ entwickelt haben, beschrieben in ihrer Studie überwiegend Verletzungen mittleren Grads (90). In der Studie von

## 4. Diskussion

---

McGregor et al. war es häufiger zum Einsatz von Waffen während der Tat und zur vaginalen Penetration gekommen. Dies muss als „heftigere“ angewandte Gewalt gewertet werden und dürfte somit stärkere Verletzungen erklären. Ein weiterer Grund für die Diskrepanz der Ergebnisse könnte zudem sein, dass McGregor et al. mit 99 Fällen ein weitaus kleineres Kollektiv auswerteten. Einschränkend hinsichtlich der Aussagekraft ist zu erwähnen, dass sowohl in der Studie von McGregor et al., von Alempijevic et al., als auch in der vorliegenden eine rein retrospektive Einstufung der Verletzungen in Schweregrade erfolgte.

### 4.1.3.3. Relevanz der Ergebnisse

Möglichweise kann das hier vorgestellte Kollektiv mutmaßlich Stuprum-betroffener Frauen nicht als repräsentativ für Berlin und Deutschland gelten. Zum einen auf Grund der polizeilichen Anzeige als Voraussetzung und zum anderen auf Grund der zu vermutenden Selektion durch die Polizei. So wurden bspw. von den 623 Frauen, die im Jahr 2015 eine erlittenen Vergewaltigung oder sexueller Nötigung bei der Berliner Kriminalpolizei angezeigt hatten, nur 112 (=18%) an der Charité zur Versorgung und Begutachtung vorgestellt (146). Möglicherweise erfolgte die Vorstellung dieser Patientinnen teilweise in anderen Krankenhäusern, obwohl die Charité die einzige Klinik in Berlin ist, die eine Vereinbarung diesbezüglich mit dem Landeskriminalamt hat.

Ebenfalls zeigen bestimmte, die betroffenen Frauen und die mutmaßlichen Taten betreffenden Merkmale, dass das Patientinnenkollektiv nicht als repräsentativ für Betroffene von Vergewaltigungen in Deutschland anzusehen ist. Der hohe Anteil von fremden Tatverdächtigen und die Häufigkeit erlittener Verletzungen bspw. sind Charakteristika, die sich in der deutschen Prävalenzstudie von Müller&Schöttle deutlich anders darstellen (10).

Dennoch decken sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie hinsichtlich vieler Aspekte mit denen ähnlich aufgebauten, außerhalb Deutschlands durchgeführter Studien.

Es existieren kaum Studien in Deutschland, die größere Kollektive von an Kliniken versorgten mutmaßlichen Stuprum-Fällen untersuchen. Jänisch et al. haben 2010 292 Fälle von Betroffenen mutmaßlicher sexualisierter Gewalt, mehrheitlich Vergewaltigungen, die am Rechtsmedizinischen Institut der medizinischen Hochschule Hannover eine klinisch-forensische Untersuchung erhielten, publiziert

(37). Dabei standen aber medizinisch-forensische Aspekte im Vordergrund. Die Dissertation von Hoffmann-Walbeck, an die die vorliegende Arbeit angelehnt ist und deren Fälle in die durchgeführte Auswertung eingingen, ist aktuell die einzige weitere Auswertung von an einer Klinik versorgten mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen in Deutschland (121).

Die Ergebnisse dieser Arbeit können zwar keinen Aufschluss über Umstände von Vergewaltigungen in Deutschland geben, leisten aber in Anbetracht der defizitären Studienlage in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung. Wissen über die Charakteristika der betroffenen Frauen, die Tatumstände, die zu erwartenden Verletzungen usw. ermöglicht eine entsprechende Ausrichtung der medizinischen und psychosozialen Versorgung und der Spurensicherung. Indirekt weisen die erhobenen Ergebnisse somit auf Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum hin (siehe 4.1.5.).

### 4.1.4. Fälle mit Verdacht auf K.-o.-Tropfen Verabreichung/proaktive DFSAs

Als „drug-facilitated sexual assaults“ (DFSAs) werden in der internationalen Literatur Sexualdelikte bezeichnet, die an einer unter bewusstseinsbeeinträchtigenden Drogen stehenden Person vorgenommen werden. Es wird zwischen zwei Arten von DFSA unterschieden: opportunistischen und proaktiven (19). Im Falle opportunistischer DFSAs ist die bzw. der Betroffene durch den freiwilligen Konsum von Alkohol oder Drogen hochgradig intoxikiert. Die Intoxikation kann bis zur Bewusstlosigkeit reichen. Proaktive DFSAs sind definiert durch das verdeckte Zusetzen oder den Zwang zum Konsum von einer sedierenden oder enthemmenden Substanz durch den Täter, um sexuelle Handlungen an der bzw. dem Betroffenen vorzunehmen. Im Falle proaktiver DFSAs werden sog. „date rape drugs“ oder synonym K.-o.-Tropfen verwendet. Es sind verschiedene Substanzen wie Benzodiazepine, Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB), Ketamin, Anticholinergika, Antihistaminika und Muskelrelaxanzien identifiziert worden (147).

Entsprechend den selbst aufgestellten Kriterien bestand in 17% der mutmaßlichen Stuprum-Fälle des eigenen Kollektivs ein Verdacht auf die Verabreichung von K.-o.-Tropfen. Ein Vergleich mit in anderen Studien ermittelten Werten ist auf Grund unterschiedlicher Einschlusskriterien nur bedingt möglich. Der Anteil an Fällen mit Verdacht auf K.-o.-Tropfen-Verabreichung in der vorliegenden Studie ist ähnlich hoch wie in der australischen Studie von Hurley, Parker&Wells, in der (ebenso nach eigenen

#### 4. Diskussion

---

Aufnahmekriterien) ein Anteil von 17,5% ermittelt wurde (148). Ein Verdacht auf zugeführte Substanzen wurde durch die Betroffenen in einer französischen Studie in 2,9% (138), in zwei dänischen Studie jeweils in 12% (30,140) und in einer norwegischen Studie in 22% (141) geäußert. In der oben bereits erwähnten Studie von Jänisch et al. aus Hannover gab es in ca. 5% der Fälle einen Verdacht auf die Anwendung von K.-o.-Tropfen, hierbei wurde nicht spezifiziert durch wen der Verdacht gestellt wurde (37). In verschiedenen Studien, die laborchemische Analysen auf „date rape drugs“ in Fällen von Verdacht auf DFSA auswerteten wurde eine Prävalenz von unwissentlich eingenommen Substanzen von 2 bis 20% ermittelt (140,148,149). Birkler et al. und Hurley, Parker&Wells merkten jedoch an, dass sie die Ergebnisse von 20% in ihren Studien eher verschwiegenem freiwilligen Drogenkonsum durch die Betroffenen zuschreiben. Laut der Metastudie von Anderson, Flynn&Pilgrim konnte in den acht eingeschlossenen Studien keine spezielle besonders häufig verwendete Droge in Fällen von DFSAs identifiziert werden (20).

Der Grund für den im Vergleich zu einigen Studien eher hohen Anteil an vermutet proaktiven DFSAs im eigenen Kollektiv könnte in bestimmten Charakteristika dieses Kollektivs zu finden sein. Es zeigte sich ein hoher Anteil fremder Tatverdächtige, worunter auch am selben Tag gemachte Bekanntschaften subsumiert wurden. Diese wurden vermutlich zu einem Teil im Rahmen abendlicher Veranstaltungen gemacht und stellen somit eine geeignete Situation für die Anwendung von K.-o.-Tropfen dar. Andererseits ist in laborchemischen Studien eher von einem zu niedrig ermittelten Anteil auszugehen, da bestimmte Substanzen wie bspw. GHB schnell metabolisiert werden und daher nur für einen kurzen Zeitraum nachweisbar sind. Im Falle von GHB sind dies 6-8 Stunden im Blut und ca. 12 Stunden im Urin (98,140,147). Ursächlich für höhere Anteile an vermuteten proaktiven DFSA-Fällen in Studien wie den oben genannten könnten durch die medial vermittelte Angst vor K.-o.-Tropfen zu Stande kommen (141). Außerdem könnte die Scham wegen hohen Alkoholkonsums und damit verbundenen Bewusstseinsbeschränkungen dazu führen, dass Betroffene eher einen Verdacht auf die Verabreichung von K.-o.-Tropfen angeben.

In verschiedenen internationalen Studien wird betont, dass gesellschaftlich die Annahme vom häufigen Einsatz von K.-o.-Tropfen in Vergewaltigungsfällen, also das Risiko eines proaktiven DFSA, weit verbreitet ist (20,141,148,149). Demnach wäre das verdeckte Versetzen von Getränken der bzw. des Betroffenen mit GHB oder Flunitrazepam, was in der englischsprachigen Literatur als „drink spiking“ bezeichnet

## 4. Diskussion

---

wird, ein häufiges Vorkommnis. In der in Hamburg durchgeführten Studie von Gaffke, in der 61 Menschen, mehrheitlich Frauen, über eine Online-Plattform einen Fragebogen anonym ausfüllten, deutete sich auch eine erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der Verabreichung von K.-o.-Tropfen in Deutschland an (150). Es gaben 43,3% der Befragten an, bereits einmal Angst gehabt zu haben, K.-o.-Tropfen verabreicht bekommen zu haben. Betont wird durch verschiedene Autoren, dass diese Annahme häufiger proaktiver DFSAs ein auch durch Medien hervorgerufenen Phänomen sei (20,141,148,149). In Studien konnte diese Annahme der Verbreitung proaktiver DFSAs nicht bestätigt werden (20,141,148,149). Es ist ein Mangel an Studien zur Prävalenz der Anwendung von K.-o.-Tropfen trotz der Aktualität des Themas in Deutschland festzustellen. Zudem existieren in Deutschland keine aktuellen Studien, die in größerem Umfang den laborchemischen Nachweis von „date rape drugs“ in Fällen von vermutlich drogenassoziierten Stuprum-Fällen untersucht haben.

Es lässt sich vermuten, dass bei 71,2% der Betroffenen, die Alkohol vor der mutmaßlichen Tat konsumiert hatten, opportunistische DFSAs im untersuchten Kollektiv deutlich häufiger als proaktive waren. Die Literatur bestätigt diese Verteilung (20,37,147). Demnach ist davon auszugehen, dass international die Mehrheit der drogenassoziierten Sexualdelikte opportunistische DFSA-Fälle sind. Die Betroffenen stehen unter starkem Alkoholeinfluss und oft zusätzlich unter dem Einfluss anderer wissentlich konsumierter Drogen (20). Gefordert wird Alkohol und freiwilligen Drogenkonsum als Risikofaktoren für das Erleben sexualisierter Gewalt, demnach auch Vergewaltigungen anzuerkennen und dies in Präventionsarbeit einfließen zu lassen (20,148,149).

### 4.1.5. Limitationen und Stärken der Studie

Eine Stärke dieser Arbeit war die systematische und extensive Datenerhebung. Dies wurde durch die Auswertung eines standardisierten Untersuchungsbogens, des Ärztlichen Befundberichts für Opfer nach sexualisierter Gewalt und einen retrospektiven Erhebungszeitraum von fünfeinhalb Jahren ermöglicht. Eine Auswertung von klinisch versorgten mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen existierte in diesem Umfang in Deutschland bis dato nicht.

Hervorzuheben ist auch, dass die Dokumentation durch den vorgegebenen Untersuchungsgang auf der Basis des sog. Stuprum-Kits der Charité relativ einheitlich

## 4. Diskussion

---

erfolgt ist. Es wurden ausschließlich die vorhandenen einheitlichen Dokumentationsbögen verwendet.

Eine wichtige Limitation ist das retrospektive Studiendesign, wobei, wie oben bereits betont, auf relativ standardisiertes Dokumentationsmaterial zurückgegriffen werden konnte. Außerdem war die Datenerhebung durch den ausgewerteten „Ärztlichen Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt“ auf eine begrenzte Anzahl von Variablen festgelegt. Zudem stützen sich die erhobenen Daten allein auf die Aussage der Betroffenen. Diese waren zum Untersuchungszeitpunkt eventuell beeinflusst von akuter Traumatisierung und/oder Intoxikationen. Erinnerungsvermögen und die Bereitschaft, Aussagen zu machen, waren unter Umständen eingeschränkt. Untersuchung und Dokumentation waren zudem vom einzelnen Untersucher bzw. von der einzelnen Untersucherin abhängig. Expertise, Haltung zu sexualisierter Gewalt und Zeitdruck im Klinikalltag könnten Einfluss gehabt haben. Diese Faktoren seitens der Betroffenen und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte könnten auch etwaige Dokumentationslücken, die evtl. wiederum Ergebnisse der Studie beeinflusst haben, erklären.

Wie in 4.1.3.3. angeführt ist das untersuchte Kollektiv möglicherweise nicht repräsentativ für Stuprum-Fälle in Berlin oder Deutschland. Dies liegt an verschiedenen Faktoren wie bspw. der polizeilichen Anzeige als Einschlusskriterium, einem großstädtischen Einzugsgebiet und der zusätzlichen Versorgung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen an anderen Berliner Kliniken. Zudem ist unklar, in wie weit es sich bei den polizeilichen Anzeigen um real geschehene Stuprum-Fälle handelte. Trotz der hohen Übereinstimmung mit vergleichbaren Studien und der in der Literatur beschriebenen niedrigen Rate an Falschanzeigen könnte es sich bei einem Teil der Fälle um Falschanzeigen handeln.

Hinsichtlich der Untersuchung auf den Anteil an mutmaßlichen Fällen, in denen die Verabreichung von K.-o.-Tropfen stattgefunden hat, sind die rein anamnestische Basis der Ergebnisse und die bereits erwähnte besondere Erhebungssituation kritisch zu bewerten.

### 4.1.6. Ausblick

Aus der vorliegenden Arbeit und auf der Basis internationaler Publikationen ergeben sich einerseits offene Fragen, deren Bearbeitung in zukünftigen Studien wünschenswert wäre, und andererseits Ideen für Verbesserungsmöglichkeiten

## 4. Diskussion

---

hinsichtlich des Umgangs mit und der Versorgung von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen.

### *4.1.6.1. Zukünftige Forschung*

Um ein reales Bild des Betroffenenkollektivs und auch der an der Charité zu versorgenden und zu begutachtenden mutmaßlichen Stuprum-Fälle zu erhalten, wäre die Durchführung einer prospektiven Studie, die alle mutmaßlichen Stuprum-Fälle in Berlin umfasst, anzustreben.

Zudem wäre, wie in 4.1.1. angeführt, eine Evaluation der Versorgungssituation von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen an der Charité im Vergleich vor und nach der Umstellung der Versorgungsstrukturen mit Einführung des sog. Rendez-Vous-Verfahrens mit der Gewaltschutzambulanz (siehe 1.8.2.) wichtig. In Planung ist bereits eine an der Gewaltschutzambulanz angesiedelte Arbeit, die ähnlich der hier durchgeführten Studie aufgebaut sein soll.

Hinsichtlich dem in dieser Studie untersuchten Anteil an proaktiven „drug-facilitated sexual assault“ zeigt sich weiterer Forschungsbedarf. Vor allem Studien, in denen in Verdachtsfällen eine laborchemische Untersuchung von Blut bzw. Urin auf „date rape drugs“ durchgeführt wird, wie international schon publiziert, wären von Bedeutung.

Es besteht außerdem Forschungsbedarf hinsichtlich der Betrachtung von Merkmalen von Stuprum-Fällen in Abhängigkeit vom Verhältnis zwischen Betroffener und Tatverdächtigem mit differenzierter Betrachtung der Subgruppe „unbekannte“ Tatverdächtige (unter 24 Stunden Bekanntschaften vs. völlig Unbekannte).

### *4.1.6.2. Verbesserungsmöglichkeiten*

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und entsprechende Literatur weisen zudem indirekt auf Verbesserungsmöglichkeiten auf gesellschaftlicher und Charité-interner Ebene hinsichtlich des Umgangs und der Versorgung von Frauen nach mutmaßlichem Stuprum hin.

Gesellschaftliche Aspekte:

#### 4. Diskussion

---

- Ein Abbau von Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von professioneller medizinischer und psychosozialer Hilfe nach Stuprum durch Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken und Beratungsstellen sollte erfolgen, damit auch Risikogruppen wie junge Patientinnen und durch Intimpartner vergewaltigte Frauen angemessen versorgt werden.
- Die Anzeigebereitschaft bei Betroffenen von Vergewaltigungen sollte gefördert werden. Zu evaluieren sind dabei verschiedene Ansätze, die in Studien zu einer höheren strafrechtlichen Verfolgung von Vergewaltigungen geführt haben:
  - Einsatz von sog. „rape victim advocates“, die Betroffene durch medizinische Versorgung und strafrechtliche Schritte begleiten (69);
  - Durchführung der forensisch medizinischen Untersuchung inkl. Beweismittelsicherung durch spezialisierte Pflegekräfte „sexual assault nurse examiners“ (40,151);
  - Versorgung in interdisziplinären Versorgungszentren, sog. „sexual assault centres“ (151).

Die bereits in Deutschland praktizierte Unterstützung durch Beratungsstellen ist ebenso Anzeige-fördernd (152,153). Es könnte verstärkend versucht werden, alle Betroffenen an Beratungsstellen zu überweisen. Der Abbau der Vorstellungen vom „real rape“ und vermehrte Kenntnisse des polizeilichen und juristischen Personals sind ebenso wichtige Faktoren, um die Anzeigequote und strafrechtliche Verfolgung von Sexualdelikten einerseits und andererseits die Verurteilung dieser zu erhöhen (66,68,72,91).

- Auf gesellschaftlicher Ebene sollte durch Aufklärungskampagnen ein Abbau von stereotypen Vorstellungen bezüglich Vergewaltigungen erfolgen.
- Alkohol- und Drogenkonsum sollten als Risikofaktoren für das Erleben einer Vergewaltigung benannt werden.

Zur Verbesserung der Versorgung an der Charité werden auf der Basis der dargestellten Ergebnisse folgende Vorschläge gemacht:

- Die Einführung einer standardisierten Alkoholmessung in entsprechenden mutmaßlichen Stuprum-Fällen könnte sinnvoll sein. Dies ergibt sich vor dem Hintergrund, dass der Alkoholspiegel der Betroffenen im juristischen Verfahren

relevant zur Beurteilung der Beeinträchtigung zum Tatzeitpunkt ist und in Anbetracht des hohen Anteils an Betroffenen, die Alkohol um die mutmaßliche Tat konsumiert hatten.

- Die infektiologische PEP-Beratung sollen Betroffene, die sich am Charité Campus Mitte (CCM) vorstellen in der Infektiologie am Campus Virchow Klinikum (CVK) erhalten. Betroffene müssen also alleine oder mittels Transport den Campus wechseln. Eine Regelung, die eine Beratung im CCM direkt ermöglicht, könnte im Hinblick auf die Verteilung der mutmaßlichen Stuprum-Fälle auf die Campi, die akut stark belastende Situation (154) und die PEP-Beratung als Bestandteil einer guten Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum (6,95,99,103) von Vorteil sein.
- Das standardisierte Erfassen von sexualisierter Gewalt, insbesondere einer Vergewaltigungserfahrung, in der Vorgeschichte der sich wegen dem Erleben sexualisierter Gewalt vorstellenden Frauen sollte eingeführt werden. Diese besondere Risikogruppe bedarf einer speziellen Unterstützung.
- Berlin-weite Information von Kliniken und Praxen über das Angebot einer standardisierten und Betroffenen-orientierten Versorgung an der Charité und der Gewaltschutzambulanz sollte verstärkt erfolgen.

### 4.2. Diskussion der Umfrage zur Versorgungssituation von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen an deutschen Universitätsfrauenkliniken

#### 4.2.1. Diskussion der Fragebogenergebnisse

In der Auswertung der zurückgesandten Fragebögen zeigten sich deutliche Unterschiede in der Vorgehensweise und Struktur der Erstversorgung von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen an den teilnehmenden deutschen Universitätsfrauenkliniken. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden eingegangen.

##### 4.2.1.1. Leitfäden und Richtlinien

Hinsichtlich der Implementierung von Leitfäden und Richtlinien besteht offenbar Verbesserungspotential. An 12 der 16 teilnehmenden Kliniken existierten solche Richtlinien wohl zum Zeitpunkt der Befragung nicht, sodass nicht von einer standardisierten Behandlung von Betroffenen ausgegangen werden kann, sondern

## 4. Diskussion

---

diese abhängig vom individuellen Vorgehen der diensthabenden Ärztinnen bzw. Ärzte ist. Um eine gleich gute Versorgung aller Betroffenen ungeachtet von Faktoren wie Ausbildungsniveau der Ärztinnen bzw. Ärzte, verfügbarer Zeit etc. zu gewährleisten, sollten Kliniken solche Leitfäden bzw. Richtlinien für die Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum erarbeiten.

### *4.2.1.2. Standardisierte Untersuchungsbögen und Kits*

Defizite in der Verwendung standardisierter Untersuchungsbögen und Kits zeigten sich bei zwei Kliniken. Die Mehrheit (14/16) der befragten Kliniken gab die Anwendung solcher an. In den Leitlinien der WHO (2003), der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, 2009) und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (2014) wird die Verwendung solcher Bögen und Kits empfohlen (1,98,100). Mit ihrer Empfehlung gab die DGGG eine Auflistung verschiedener Dokumentationsunterlagen heraus. Standardisierte Untersuchungsbögen und Sets werden als Arbeitserleichterung verstanden und führen zu erhöhter Sicherheit hinsichtlich einer Zeugenaussage vor Gericht seitens der Ärztinnen bzw. Ärzte (124). Vor allem für die weiteren polizeilichen und staatsanwaltlichen Ermittlungen sowie den Prozessverlauf ist bei angezeigten Stuprum-Fällen die Erfüllung von Standards und die Wahrung einer lückenlosen Beweismittelkette essenziell (1,6). Die Ergebnisse der medizinisch-forensischen Untersuchung und Beweismittelsicherung können sonst unter Umständen nicht für den Gerichtsprozess verwendet werden.

Anzumerken ist, dass es immer wieder v.a. in den USA zu Debatten um das Konzept der sog. „rape kits“ kam, da in Studien ermittelt wurde, dass es bei einem Großteil der Kits nicht zu einer Auswertung kommt. Gesicherte Beweismittel werden somit nicht verwendet (155,156). Dies stellte sich auch in der Auswertung von 168 Fällen sexualisierter Gewalt durch Martinez et al. in der Schweiz und von 271 mutmaßlichen Stuprum-Fällen durch Hoffmann-Walbeck dar (121,133). Trotz polizeilicher Anzeige, die Einschlusskriterium beider Studien war, kam es in einem Großteil der Fälle nicht zu einer Auswertung der Kits. Campbell et al. ermittelten anhand einer Literaturrecherche vier zentrale Ursachen für unterlassene Veranlassung einer Auswertung von rape kits durch die Polizei: Erstens die fehlende Veranlassung bzw. fehlende polizeiliche Anzeige seitens der bzw. des Betroffenen, zweitens die Auffassung des Strafverfolgungspersonals, dass DNA-Auswertungen nicht hilfreich oder nötig seien, drittens insuffiziente forensische Ressourcen zur Analyse und

## 4. Diskussion

---

viertens die Bewertung der Tatumstände und Betroffenen als unglaubwürdig durch die Polizei (156). Campbell et al. betonen wie wichtig Forschung hinsichtlich der Ursachen dieses Unterlassens der Auswertungen in Anbetracht der niedrigen Zahlen analysierter Untersuchungs-Kits ist, um diese beheben zu können und somit die Nutzung der gesicherten Beweismittel zukünftig zu verbessern (156).

Die in der eigenen Befragung von den Kliniken angegebenen variierenden Bezugsquellen der Untersuchungssets decken sich mit den Ergebnissen der Studie von Blättner&Hintz, in der die Nutzung von Sets in hessischen Kliniken untersucht wurde (124).

In Anbetracht der Vorteile, die standardisierte Dokumentationsbögen und Kits haben, wäre deren Verwendung an möglichst vielen oder allen involvierten Frauenkliniken erstrebenswert.

### *4.2.1.3. Beweismittelsicherung-durchführende Fachabteilung*

An der Mehrheit der befragten Kliniken besteht bezüglich der die Beweismittelsicherung durchführenden Fachabteilung Spielraum für Verbesserung. An 10 von 16 der antwortenden Kliniken wird die Spurensicherung durch Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und an 5 von 16 von Rechtsmedizinerinnen bzw. Rechtsmedizinern durchgeführt. Die zuletzt genannte Variante wird von der Gesellschaft für Rechtsmedizin empfohlen und ist unter folgenden Aspekten das zu bevorzugende Konzept (100): Erstens ist die Vermittlung von Wissen zur Dokumentation von Gewalttaten und Beweismittelsicherung im Ausbildungscurriculum zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nicht enthalten. Ärztliches Personal der Rechtsmedizin ist hierfür hingegen qualifiziert. Zweitens ist die Begutachtung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen zeitaufwändig. Sie stellt eine organisatorische Herausforderung für gynäkologische Abteilungen im klinischen Alltag dar. Eine entsprechend organisierte Spurensicherung durch die Rechtsmedizin entlastet demnach die Kliniken und sichert eine adäquate Versorgung. Allerdings sieht die Versorgungsrealität nicht selten so aus, dass die rechtsmedizinischen Abteilungen personell nicht in der Lage sind, ständig auch in den Abend- und Nachtstunden sowie an den Wochenenden ärztliches Personal für die Betreuung und Begutachtung von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen vorzuhalten.

## 4. Diskussion

---

### 4.2.1.4. Anonyme bzw. Vertrauliche Spurensicherung

Die Befragung zum Angebot der Anonymen Spurensicherung (ASS) oder synonym Vertraulichen Spurensicherung (VSS) zeigt deutliche Unterschiede in der Versorgung mutmaßlicher Stuprum-Betroffener an deutschen Universitätsfrauenkliniken. 11 von 16 Kliniken gaben an, über die Option der ASS bzw. VSS zu verfügen. Die Aufbewahrungszeit der Beweismittel variierte hierbei zwischen sechs Monaten und zehn Jahren.

Verschiedene Fraueninitiativen sehen in der Option einer ASS/VSS ein Recht, dass allen Betroffenen sexualisierter Gewalt zusteht (109,116). Blättner&Hinz, Hornberg et al., die Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauen-Notrufe in Nordrhein-Westfalen, Terre de Femmes e.V. und der Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe fordern die flächendeckende Option einer ASS/VSS (109–111,116,124). Einzelne Organisationen stellen in ihren Internetauftritten Listen mit lokalen (113–115) oder deutschlandweiten (111) Angeboten der ASS/VSS bereit. Mit einer ASS/VSS sind eine Reihe von Vorteilen für betroffene Frauen verbunden: Die Frauen benötigen auf Grund der akuten Traumatisierung eventuell Zeit zum Erholen von den psychischen und physischen Verletzungen oder zum Abwägen, bis sie sich zu einer Anzeige bereit fühlen (109,110), vor allem, wenn Tatverdächtige Verwandte oder gute Bekannte sind (124). Weitere Vorteile der ASS/VSS sieht der Frauennotruf Leipzig im Senken der Hemmschwelle medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen und in besserer Informiertheit über Hilfsangebote durch die Kooperation zwischen medizinischem, juristischem und psychosozialem Bereich (112). Chancen werden zudem in der Verringerung des sog. Dunkelfelds von sexualisierter Gewalt und einer Zunahme der Anzeigenquote bei Sexualdelikten gesehen (112). In der Schweizer Studie von Germerott, Bode-Jänisch&Thali erstatteten von 72 Frauen, die die Option einer ASS/VSS nach sexuellem Übergriff wahrgenommen hatten, 19,4% im Nachhinein polizeiliche Anzeige (38). Generell bestehen zur Inanspruchnahme von Angeboten der ASS/VSS und zu nachträglich erstatteten polizeilichen Anzeigen kaum größere Studien. In Anbetracht der in der Umfrage ermittelten deutlich variierenden Aufbewahrungszeiten sollte anhand von Studien, die den Zeitraum ermitteln in dem Betroffene noch nachträglich Anzeige erstatten, eine sinnvolle Dauer einheitlich festgelegt werden. Kostenaspekte sollten dabei berücksichtigt werden.

Insgesamt zeigten die Umfrageergebnisse zur ASS/VSS Versorgungs- und

Angebotsunterschiede an deutschen Universitätsfrauenkliniken und weisen auf den Bedarf weiterer Versorgungsforschung hin.

### *4.2.1.5. Infektiologische PEP-Beratung*

Die Frage nach Konsilen, die regulär bei der Versorgung von mutmaßlich Stuprum-Betroffenen durchgeführt werden, ergab einen Einblick in die Organisation der infektiologischen Postexpositionsprophylaxe-Beratung (PEP-Beratung) an den verschiedenen Universitätsfrauenkliniken. Acht Kliniken gaben eine interne Regelung hinsichtlich der infektiologischen PEP-Beratung an, zwei beantworteten die Frage nicht und fünf gaben keine Regelung an. Die von einer Klinik angegebene Regelung, an das jeweilige Gesundheitsamt zu verweisen, muss unter Berücksichtigung des zeitlichen Rahmens von 72 Stunden bei einer Indikation zur PEP und der emotionalen Hürde, Erlebtes ein zweites Mal in einem anderen Kontext zu schildern, als mindestens problematisch angesehen werden. Aus den Umfrageergebnissen lässt sich vermuten, dass in über einem Drittel (6/16) der teilnehmenden Kliniken keine ausreichende bzw. befriedigende Organisation der infektiologischen PEP-Beratung vorliegt. Die WHO, Cybulska und Jina et al. sehen die infektiologische PEP-Beratung als einen essenziellen Bestandteil der medizinischen Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum an, der jeder Betroffenen ermöglicht werden sollte (1,6,95).

### *4.2.1.6. Fortbildungen*

Aus den Antworten zur Frage nach etablierten Fortbildungen zur Beweismittelsicherung und Gesprächsführung ergab sich ebenfalls eine sehr unterschiedliche Handhabung an den Kliniken. 13 von 15 antwortenden Kliniken gaben etablierte, meist obligatorische Fortbildungen zur Beweismittelsicherung und sechs der 15 gaben Fortbildungen zur Gesprächsführung an.

Berufsbegleitende Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt werden von der WHO und in den Publikationen von Brzank et al., Schulte, Bulin&Kopetzky und Hagemann&Bohne für Personal im Gesundheitsbereich, das mit Betroffenen in Kontakt kommen könnte gefordert (4,56,94,109). Folgende Schwerpunkte solcher Fortbildungen werden von der WHO genannt: Befähigung zur Ersthilfe nach sexualisierter Gewalt, adäquate Reaktion und Umgang mit Betroffenen, Abbau unangemessener Haltungen und Wissensvermittlung zu verfügbaren lokalen Angeboten zur weiteren Unterstützung der Betroffenen (11). Zudem weist die WHO

## 4. Diskussion

---

auf den Bedarf regelmäßiger Auffrischungen der Kenntnisse durch Fortbildungsveranstaltungen hin.

Da der Umgang mit Betroffenen sexualisierter Gewalt nicht im Ausbildungscurriculum für Pflegepersonal und in der Weiterbildungsordnung des Fachs Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland enthalten ist, sind Fortbildungen wichtig.

### *4.2.1.7. Kooperation mit Beratungsstellen*

Elf von 15 der teilnehmenden Universitätsfrauenkliniken gaben an, dass sie Patientinnen zum Zeitpunkt der Erhebung an Beratungsstellen oder andere Initiativen für Betroffene sexualisierter Gewalt weitervermittelten. Diese Weitervermittlung ist von großer Bedeutung, da die medizinische Erstversorgung nur eine Akutintervention darstellt. Betroffenen muss, um ihnen eine möglichst gute Verarbeitung des Erlebten zu ermöglichen, eine weitere Unterstützung angeboten werden, so die Empfehlung der WHO-Leitlinien (11) und anderer nationaler, sowie internationaler Publikationen zur adäquaten Erstversorgung nach sexualisierter Gewalt (95,100,102,108,157). Die Empfehlung zur Aushändigung von schriftlichen Angeboten wird betont, da in der akut-traumatischen Situation nur bedingt Informationen aufgenommen werden können (6,98). In Deutschland gibt es diverse Frauennotrufe und Initiativen für Betroffene sexualisierter Gewalt. Die DGGG nennt in ihrer Leitlinie einige solcher Organisationen (98).

### *4.2.1.8. Etablierung zentraler Aspekte der Erstversorgung*

Eine Einschätzung, in wie weit die etablierten Versorgungsstrukturen an den befragten Universitätsfrauenkliniken insgesamt den internationalen und nationalen Leitlinien und Empfehlungen entsprachen, erfolgte anhand von fünf Kriterien, die als zentrale Bestandteilen der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum (siehe 1.7. und 2.2.) anzusehen sind:

- Vorhandener Leitfaden oder vorhandene Richtlinie zur Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum;
- Verwendung eines standardisierten Untersuchungskits;
- Regelung zum infektiologischen PEP-Beratungsgespräch;
- Fortbildungen zur Beweismittelsicherung;
- Vermittlung an Beratungsstellen.

## 4. Diskussion

---

An einem Drittel der teilnehmenden Universitätsfrauenkliniken (5/15) waren nach eigenen Angaben alle fünf und an einem weiteren Drittel (5/15) vier von fünf der o.g. Bestandteile etabliert. Es ist demnach an zwei Drittel der Kliniken von einer guten Versorgungssituation für Stuprum-Betroffene auszugehen. In Anbetracht des Anspruchs einer „best practice“-Medizin an Universitätskliniken und der Auswahl der grundlegenden Bestandteile der Erstversorgung deutet sich dennoch ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Versorgungssituation von weiblichen Stuprum-Betroffenen an deutschen Universitätskliniken an.

### 4.2.2. Relevanz der Umfrage

Die Ergebnisse der vorgelegten Klinikbefragung leisten einen relevanten Beitrag im Rahmen der Versorgungsforschung, denn bisher mangelt es an Studien, die die Versorgungssituation von Stuprum-Betroffenen in Deutschland darstellen. Es gibt nur vereinzelte, vor allem lokale Übersichten zu rechtsmedizinischen Angeboten, Angeboten der VSS/ASS, Opferschutzambulanzen und Beratungsstellen (109–114). Mützel et al. veröffentlichten 2014 eine Studie zur klinisch-forensischen Versorgung von Gewaltopfern in Bayern, die auch die Erfragung von Versorgungsmöglichkeiten und –standards für Betroffene sexualisierter Gewalt beinhaltete (158). Sie konstatierten, dass zwar die meisten der 156 teilnehmenden bayerischen Kliniken Betroffene von Gewalt versorgten, aber an einem großen Teil der Kliniken kein unter forensischen Aspekten standardisiertes Vorgehen erfolge.

In unserer Befragung war zwar an den meisten Kliniken ein standardisiertes Verfahren der medizinisch-forensischen Untersuchung durch die Verwendung von standardisierten Untersuchungskits vorhanden, aber andere Aspekte der Erstversorgung schienen nicht standardisiert zu sein.

Unsere Ergebnisse sind in Anbetracht des Mangels an Versorgungsstudien als ein aktueller Überblick über die Versorgungssituation Stuprum-betroffener Frauen an Universitätskliniken in Deutschland anzusehen.

Es lässt sich konstatieren, dass sowohl der Mangel an Studien zur Versorgungssituation von Stuprum-Betroffenen in Deutschland als auch die festgestellten Versorgungsunterschiede an Universitätsfrauenkliniken in Deutschland zeigen, dass Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Organisation der Versorgung von Betroffenen von Vergewaltigungen besteht.

## 4. Diskussion

---

Es kann im Übrigen davon ausgegangen werden, dass die Versorgungssituation an den Universitätsfrauenkliniken *pars pro toto* für die Frauenkliniken der anderen Versorgungsstufen steht; es ist wenig wahrscheinlich, dass dort die Versorgung deutlich besser ist.

### 4.2.3. Limitationen

Methodisch-strukturelle Einschränkungen sind die geringe Anzahl an teilnehmenden Kliniken und die ausschließliche Einbeziehung von Universitätskliniken. Auch war der Fragebogen so konstruiert, dass er mit wenigen zu beantwortenden Fragen nur eine relativ kurze Ausfüllzeit beanspruchte. Bestimmte Details wurden daher nicht erfragt und müssten einer späteren umfangreicheren Befragung vorbehalten bleiben. Die Beschränkung auf wenige Fragen wurde in Erwartung einer dann besseren Rücklaufquote bewusst gewählt.

Ebenso sind Limitationen bezüglich der Beantwortung der Fragebögen anzumerken. Durch die anonyme Beantwortung wurde versucht, eine Verzerrung durch „sozial erwünschtes Antwortverhalten“ zu minimieren, allerdings ist bezüglich bestimmter Angaben, wie bspw. der Wartezeiten, von eher positiv-optimistischen Angaben auszugehen.

### 4.2.4. Ausblick

Folgende Forschungsfragen ergeben sich:

- Umfrage mit Involvierung von Kliniken aller Versorgungsstufen deutschlandweit;
- Etablierung kontinuierlicher Qualitätserhebungen, um über Verbesserungen der Versorgungssituation und weiterhin bestehende Defizite Informationen zu erlangen;
- trotz der ethisch herausfordernden Umstände quantitative und qualitative Befragungen von Betroffenen zu ihren Erfahrungen mit der Versorgungssituation und Eruiierung ihrer Bedürfnisse;
- Evaluierung von „best practice“-Projekten, um diese Konzepte auf andere Versorgungsstufen und –situationen übertragen zu können;
- Evaluierung der Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung mit Ermittlung der Häufigkeit und des Zeitpunkts der nachträglichen Anzeigeerstattung zur Feststellung einer optimalen Aufbewahrungszeit der Beweismittel.

Im Ergebnis der vorgelegten Arbeit und auf der Basis entsprechender Literaturrecherchen werden abschließend zwei konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Erstversorgung von mutmaßlich Stuprum-betroffenen Frauen formuliert:

### *1. Regelung der Struktur der Erstversorgung von betroffenen Frauen nach mutmaßlichem Stuprum auf der Ebene der Bundesländer*

Eine einheitliche Versorgungsstruktur je Bundesland ist von Vorteil, da bereits existierende Initiativen und Kooperationen, bspw. Zusammenschlüsse von rechtsmedizinischen Instituten und Frauennotrufen, unterschiedlich organisiert sind. Dabei sollte Folgendes berücksichtigt werden:

- Involvierung zentraler, bisher mitwirkender Akteure und Institutionen (Frauenkliniken, Beratungsstellen, Gewaltschutz-/Opferschutzambulanzen, kooperierende rechtsmedizinische Institute, polizeiliche Dienststellen), dabei sollte der Fokus auf Koordination und Kooperation der einzelnen Akteure liegen;
- Durchführung einer Bestands- und Bedarfsanalyse bspw. wie durch Koch et al. 2018 (159); es ist davon auszugehen das besonders hinsichtlich rechtsmedizinischer Ressourcen Ausbaubedarf besteht;
- Klärung von Finanzierungsfragen (109,116,117).

### *2. Einführung bundesweit geltender Mindeststandards für die Qualitätssicherung bei der Erstversorgung von mutmaßlich Stuprum-Betroffenen*

Diese Mindeststandards müssten von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entsprechend qualifizierter und erfahrener Personen bspw. in Form einer Leitlinie erarbeitet werden (z.B. in einem Delphi-Verfahren).

Bei der Entwicklung sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Einbeziehung bestehender Leitlinien wie bspw. der WHO (2013, 2003);
- Berücksichtigung forensischer, medizinischer und psychosozialer Aspekte der Erstversorgung;
- Option der Anonymen bzw. Vertraulichen Spurensicherung.

### 5. Literaturverzeichnis

1. World Health Organization, Herausgeber. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Brzank P. Wege aus der Partnergewalt. Wiesbaden: Springer VS; 2012.
3. Rauch E, Weissenrieder N, Reschers U. Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Dtsch Ärztebl. 1. Oktober 2004;101(40): 2682–8.
4. World Health Organization, Herausgeber. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2013. 55 S.
5. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Februar 2013;27(1): 141–9.
6. Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JDO, Dartnall E, Gebrehiwot Y. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Int J Gynecol Obstet. Mai 2010;109(2): 85–92.
7. Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM). Erwachsene Opfer nach sexueller Gewalt. Forum Med Suisse. 2009;9(7): 147–50.
8. Dietz K, Hesse PG. Wörterbuch der Sexuologie und ihrer Grenzgebiete. Rudolstadt: Greifenverlag; 1971.
9. Europarat. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Istanbul: Council of Europe Treaty Series No. 210; 2011 Mai.
10. Müller U, Schöttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Bielefeld: Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005 Jan S. 878.
11. Weltgesundheitsorganisation, Herausgeber. 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.; 2014.
12. Schwendinger JR, Schwendinger H. Rape Myths: In Legal, Theoretical, and Everyday Practice. Crime Soc Justice. 1974;(1): 18–26.
13. Sanyal MM. Vergewaltigung. 2. Aufl. Hamburg: Edition Nautilus GmbH; 2016.

238 S.

14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Herausgeber. Geneva; 2002. 346 S.
15. Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women. National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention; 2000 Nov.
16. Europäische Union, Herausgeber. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung: Ergebnisse auf einen Blick. Luxembourg: Amt für Veröffentlichungen; 2014. 44 S.
17. Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2004 Apr. (Home Office Research Study 276).
18. Resnick H, Holmes M, Kilpatrick D, Clum G, Acierno R, Best C, u. a. Predictors of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Women. *Am J Prev Med.* November 2000;19(4): 214–9.
19. Gee D, Owen P, Brentnall K, Thundercloud C. Operation Matisse: investigating drug facilitated sexual assault. London (UK): The Association of Chief Police Officers (ACPO); 2006.
20. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *J Forensic Leg Med.* April 2017;47: 46–54.
21. Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Oktober 2004;16(5): 383–8.
22. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *J Anxiety Disord.* 1999;13(6): 541–63.
23. Rickert VI, Wiemann CM. Date Rape Among Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* November 1998;11(4): 167–75.
24. Larsen M-L, Hilden M, Skovlund CW, Lidegaard Ø. Somatic health of 2500 women examined at a sexual assault center over 10 years. *Acta Obstet Gynecol Scand.* August 2016;95(8): 872–8.
25. Brooker C, Tocque K. Mental health risk factors in sexual assault: What should Sexual Assault Referral Centre staff be aware of? *J Forensic Leg Med.* Mai 2016;40: 28–33.

26. Lovett J, Kelly L. Different systems, similar outcomes? Tracking attrition in reported rape cases across Europe. London: Child and Women Abuse Studies Abuse Unit, London Metropolitan University; 2009 S. 140.
27. Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A. Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Robert-Koch-Institut, Herausgeber. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2008. 59 S. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
28. Carreiro AV, Micelli LP, Sousa MH, Bahamondes L, Fernandes A. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *Int J Gynecol Obstet.* September 2016;134(3): 260–3.
29. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmaki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, u. a. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* Oktober 2004;111(10): 1121–7.
30. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* März 2015;122(4): 577–84.
31. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, u. a. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 5. August 2009;302(5): 550–61.
32. Möller AS, Bäckström T, Söndergaard HP, Helström L. Patterns of Injury and Reported Violence Depending on Relationship to Assailant in Female Swedish Sexual Assault Victims. *J Interpers Violence.* November 2012;27(16): 3131–48.
33. Schei B, Sidenius K, Lundvall L, Ottesen GL. Adult victims of sexual assault: acute medical response and police reporting among women consulting a center for victims of sexual assault. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82: 750–5.
34. Riggs N, Houry D, Markovchick V, Feldhaus K. Analysis of 1,076 Cases of Sexual Assault. *Ann Emerg Med.* April 2000;35(4): 358–62.
35. Zilkens RR, Smith DA, Kelly MC, Mukhtar SA, Semmens JB, Phillips MA. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. *Forensic Sci Int.* Oktober 2017;279: 112–20.
36. Maguire W, Goodall E, Moore T. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Februar 2009;142(2): 149–53.
37. Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.*

Mai 2010;124(3): 227–35.

38. Germerott T, Bode-Jänisch S, Thali M. Physical and gynecological examinations in female victims of sexual violence with special emphasis on crime-reporting behaviour. *Arch Für Kriminol.* 2012;230(3–4): 88–98.
39. Kerr E, Cottee C, Chowdhury R, Jawad R, Welch J. The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* März 2003;110(3): 267–71.
40. McGregor MJ, Mont JD, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med.* Juni 2002;39(6): 639–47.
41. Hilden M, Schei B, Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci Int.* November 2005;154(2–3): 200–5.
42. Alempijevic D, Savic S, Pavlekic S, Jecmenica D. Severity of injuries among sexual assault victims. *J Forensic Leg Med.* Juli 2007;14(5): 266–9.
43. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* August 1996;175(2): 320–5.
44. Beck-Sagué CM, Solomon F. Sexually Transmitted Diseases in Abused Children and Adolescent and Adult Victims of Rape: Review of Selected Literature. *Clin Infect Dis.* 1998;28(1): 74–83.
45. Schliep KC, Mumford SL, Johnstone EB, Peterson CM, Sharp HT, Stanford JB, u. a. Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Hum Reprod.* August 2016;31(8): 1904–12.
46. Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC, Rossi C, Hauda W, Holbrook D, u. a. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *Eur J Pain.* April 2014;18(4): 559–66.
47. Weaver TL. Impact of Rape on Female Sexuality: Review of Selected Literature: *Clin Obstet Gynecol.* Dezember 2009;52(4): 702–11.
48. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrom. *Am J Psychiatry.* 1974;131(9): 981–6.
49. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women’s Mental Health. *Trauma Violence Abuse.* Juli 2009;10(3): 225–46.
50. Abrahams N, Jewkes R, Mathews S. Depressive symptoms after a sexual

assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *Afr J Psychiatry*. 23. Juli 2013;16(4): 288–93.

51. Murphy S, Potter S, Pierce-Weeks J, Stapleton J, Wiesen-Martin D. An examination of SANE data: Clinical considerations based on victim-assailant relationship. *J Forensic Nurs*. September 2011;7(3): 137–44.

52. Ullman SE, Townsend SM, Filipas HH, Starzynski LL. Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. *Psychol Women Q*. März 2007;31(1): 23–37.

53. Brener ND, McMahon PM, Warren CW, Douglas KA. Forced Sexual Intercourse and Associated Health-Risk Behaviors Among Female College Students in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(2): 252–9.

54. Campbell R, Sefl T, Ahrens CE. The Impact of Rape on Women's Sexual Health Risk Behaviors. *Health Psychol*. 2004;23(1): 67–74.

55. Brzank P. (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz Springer Med Verl*. März 2009;52(3): 330–8.

56. Hagemann-White C, Bohne S. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Universität Osnabrück; 2003 Feb S. 100.

57. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, Herausgeber. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. 346 S.

58. World Health Organization, Herausgeber. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Department of Injuries and Violence Prevention; 2004.

59. Gerger H, Kley H, Bohner G, Siebler F. The acceptance of modern myths about sexual aggression scale: development and validation in German and English. *Aggress Behav*. September 2007;33(5): 422–40.

60. Süßenbach P, Bohner G. Acceptance of Sexual Aggression Myths in a Representative Sample of German Residents. *Aggress Behav*. Juli 2011;37(4): 374–85.

61. Du Mont J, White D. *The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation,

## 5. Literaturverzeichnis

---

Sexual Violence Research Initiative; 2007.

62. Williams LS. The Classic Rape: When Do Victims Report? *Soc Probl.* April 1984;31(4): 459–67.
63. Estrich S. *Real Rape*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1988.
64. Carr M, Thomas AJ, Atwood D, Muhar A, Jarvis K, Wewerka SS. Debunking Three Rape Myths: *J Forensic Nurs.* 2014;10(4): 217–25.
65. Payne DL, Lonsway KA, Fitzgerald LF. Rape Myth Acceptance: Exploration of Its Structure and Its Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *J Res Personal.* März 1999;33(1): 27–68.
66. Elsner E, Steffen W. *Vergewaltigung und sexuelle Nötigung in Bayern*. 1. Aufl. München: Bayerisches Landeskriminalamt; 2005. 319 S.
67. Franiuk R, Seefeldt JL, Cephress SL, Vandello JA. Prevalence and Effects of Rape Myths in Print Journalism: The Kobe Bryant Case. *Violence Women.* März 2008;14(3): 287–309.
68. Temkin J, Krahé. *Sexual Assault and the Justice Gap: A Question of Attitude*. Oxford; 2008. 257 S.
69. Campbell R. Rape Survivors' Experiences With the Legal and Medical Systems: Do Rape Victim Advocates Make a Difference? *Violence Women.* Januar 2006;12(1): 30–45.
70. Campbell R, Raja S. Secondary Victimization of Rape Victims: Insights From Mental Health Professionals Who Treat Survivors of Violence. *Violence Vict.* 1999;14(3): 16.
71. Bohner G, Eyssel F, Pina A, Siebler F, Viki GT. Rape myth acceptance: Cognitive, affective and behavioural effects of beliefs that blame the victim and exonerate the perpetrator. In: *Rape: Challenging contemporary thinking*. Cullompton: Willan; 2009. S. 17–45.
72. Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe, Herausgeber. *Streitsache Sexualdelikte - Frauen in der Gerechtigkeitslücke: Dokumentation zum Kongress des Bundesverbandes Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff)*. Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff); 2010.
73. Ferguson CE, Malouff JM. Assessing Police Classifications of Sexual Assault Reports: A Meta-Analysis of False Reporting Rates. *Arch Sex Behav.* Juli 2016;45(5): 1185–93.

74. Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Vergewaltigung, Rechtslage, Deutschland, Strafrecht, Entwicklungsgeschichte [Internet]. Vergewaltigung. [zitiert 20. August 2018]. Verfügbar unter:  
<https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Vergewaltigung&oldid=180096965>
75. Renzikowski. Münchener Kommentar zum StGB §177. In: Münchener Kommentar zum StGB. 3. Auflage. C.H.Beck; 2017.
76. Fünfzigstes Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches-Verbesserung des Schutzes der sexuellen Selbstbestimmung. Bundesgesetzblatt. 9. November 2016;1(52): 2460–3.
77. Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff)/Frauen gegen Gewalt e.V. Der Paradigmenwechsel im Sexualstrafrecht: Nein heißt jetzt Nein. Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff)/Frauen gegen Gewalt e.V.; 2017 Okt.
78. Renzikowski. Münchener Kommentar zum StGB §184i. In: Münchener Kommentar zum StGB. 3. Auflage. C.H.Beck; 2017.
79. McLennan W. Women's Safety Australia. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 1996 Dez.
80. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why Women Don't Report Sexual Assault to the Police: The Influence of Psychosocial Variables and Traumatic Injury. J Emerg Med. Mai 2009;36(4): 417–24.
81. Hellmann DF, Pfeiffer C. Epidemiologie und Strafverfolgung sexueller Gewalt gegen Frauen. Monatsschrift Für Kriminol Strafrechtsreform. 2015;98(6): 527–42.
82. Seith C, Lovett J, Kelly L. Unterschiedliche Systeme, ähnliche Resultate? Strafverfolgung von Vergewaltigung in elf europäischen Ländern: Länderbericht Deutschland. 2009 Mai S. 10.
83. Pfeiffer C, Hellmann D. Vergewaltigung. Die Schwächen der Strafverfolgung- das Leiden der Opfer. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Herausgeber. 2014.
84. McLean R, Goodman-Delahunty J. The influence of relationship and physical evidence on police decision-making in sexual assault cases. Aust J Forensic Sci. Dezember 2008;40(2): 109–21.
85. Kelly L, Lovett J, Regan L. A Gap or A Chasm?: Attrition in Reported Rape Cases. London Metropolitan University: American Psychological Association; 2005 Feb. Report No.: Home Office Research Study 293.

## 5. Literaturverzeichnis

---

86. Gysi J, Rüegger P, Schwark, Dragon, Bohner, Herausgeber. In: Handbuch sexualisierte Gewalt. 1. Aufl. Bern; 2018.
87. Ask K, Landström S. Why emotions matter: Expectancy violation and affective response mediate the emotional victim effect. *Law Hum Behav.* 2010;34(5): 392–401.
88. Venema RM. Police Officer Schema of Sexual Assault Reports: Real Rape, Ambiguous Cases, and False Reports. *J Interpers Violence.* März 2016;31(5): 872–99.
89. Möller A, Söndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* August 2017;96(8): 932–8.
90. McGregor M, Le G, Marion S, Wiebe E. Examination for sexual assault: Is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*; 1999.
91. Jordan J. Beyond Belief?: Police, Rape and Women's Credibility. *Crim Justice.* Februar 2004;4(1): 29–59.
92. Grassberger M, Yen K. Vorgetäuschte Sexualdelikte. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, Herausgeber. *Klinisch-forensische Medizin.* Vienna: Springer Vienna; 2013. S. 327–31.
93. Kelly L. The (In)credible Words of Women: False Allegations in European Rape Research. *Violence Women.* Dezember 2010;16(12): 1345–55.
94. Brzank P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U, Kallischnigg G. Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf: Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe Rettungsstelle. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz Springer Med Verl.* 2005;48: 337–45.
95. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Februar 2013;27(1): 141–9.
96. World Health Organization, Herausgeber. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.* Geneva: World Health Organization; 2003.
97. World Health Organization, Herausgeber. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2013. 50 S.
98. Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht. *Ärztliche Gesprächsführung,*

## 5. Literaturverzeichnis

---

Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Herausgeber. 2009.

99. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 S.
100. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. Rechtsmedizin. Oktober 2014;24(5): 405–11.
101. Du Mont J, White D, McGregor MJ. Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. Soc Sci Med. Februar 2009;68(4): 774–80.
102. Linden JA. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. N Engl J Med. September 2011;365(9): 834–41.
103. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. BMJ. 2. Juni 2007;334(7604): 1154–8.
104. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion. 2013 Mai.
105. Resnick H, Monnier J, Seals B, Holmes M, Nayak M, Walsh J, u. a. Rape-Related HIV Risk Concerns Among Recent Rape Victims. J Interpers Violence. Juli 2002;17(7): 746–59.
106. Littleton HL, Berenson AB, Radecki Breitkopf C. An evaluation of health care providers' sexual violence screening practices. Am J Obstet Gynecol. Juni 2007;196(6): 564.e1-564.e7.
107. Kuehn BM. Group Advises Clinicians to Routinely Screen Women for Sexual Assault History. JAMA J Am Med Assoc. 14. September 2011;306(10):1072–1072.
108. Debertin AS, Todt M. Umgang mit Verdachtsfällen auf sexuelle Gewalt: Was muss der Frauenarzt wissen und wie sollte er handeln? Gynäkol. März 2018;51(3): 249–52.
109. Schulte C, Bulin M, Kopetzky I. Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten und Häuslicher Gewalt: Hintergründe–Ziele–Handlungsbedarf. Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauen-Notrufe in NRW, Herausgeber. Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauen-Notrufe in NRW; 2012.

## 5. Literaturverzeichnis

---

110. Hornberg C. Bestandsaufnahme regionaler Projekte der Anonymen Spurensicherung (ASS) in NRW und Darstellung von Entwicklungsmöglichkeiten für eine zielgerichtete Flächendeckung. Bielefeld: Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2016 Feb S. 62.
111. Terre des Femmes e.V. Anonyme bzw. anzeigenunabhängige Spurensicherung in Deutschland [Internet]. [zitiert 6. August 2018]. Verfügbar unter: <https://www.frauenrechte.de/online/themen-und-aktionen/haeusliche-und-sexualisierte-gewalt/unterstuetzung-fuer-betroffene/anonyme-spurensicherung>
112. Frauen für Frauen e.V. Leipzig. Soforthilfe nach Vergewaltigung mit vertraulicher Spurensicherung.
113. Land Saarland: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Vertrauliche Hilfe nach sexueller Gewalt. Teilnehmende Kliniken und Facharztpraxen. 2017.
114. Netzwerk ProBeweis. Liste unserer Partnerkliniken [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.probeweis.de/de/partnerkliniken>
115. Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt und Koordinierungsstelle der Hessischen Frauennotrufe. Soforthilfe nach Vergewaltigung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de>
116. Graß L, Wagner A. Akutversorgung nach Sexualdelikten: Situationsbeschreibung und Handlungsbedarf. bff: Frauen gegen Gewalt e.V.; 2014.
117. Oberlies DD. Rechtliche Anforderungen und Möglichkeiten der Ausgestaltung und Finanzierung des Hilfesystems bei Gewalt. 2012;51.
118. Pawils S, Nick S, Metzner F, Lotzin A, Schäfer I. Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Deutschland: Ein kritischer Überblick. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz Springer Med Verl. September 2017;60(9): 1046–54.
119. Netzwerk ProBeweis [Internet]. Netzwerk ProBeweis. Verfügbar unter: <https://www.probeweis.de/de/>
120. Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt. Website Frauennotruf Frankfurt [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.frauennotruf-frankfurt.de/home/>
121. Hoffmann-Walbeck H. Versorgungssituation von weiblichen Opfern sexualisierter Gewalt in den Rettungsstellen der Charité. [Berlin]: Charité Universitätsmedizin; 2015.

## 5. Literaturverzeichnis

---

122. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Alles Klar-Tipps&Infos für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol [Internet]. [zitiert 6. August 2018] S. 78. (Alkohol? Kenn dein Limit.). Report No.: 3.100.06.12. Verfügbar unter: [https://www.bzga.de/botmed\\_32010000.html](https://www.bzga.de/botmed_32010000.html)
123. Frauennotruf Frankfurt: Informationen für Ärztinnen und Ärzte [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fachwissen/aerztliche-dokumentation/>
124. Blättner B, Hintz E. Beweissicherung nach sexualisierter Gewalt: Standardisierte Dokumentation zur Unterstützung bei Strafverfolgung und fachärztlicher Befundung. *Gynäkol.* Juni 2011;44(6): 487–94.
125. Rape-Protec [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.rape-protec.de>
126. Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centers: Attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Januar 2008;87(7): 707–15.
127. Gisladottir A, Gudmundsdottir B, Gudmundsdottir R, Jonsdottir E, Gudjonsdottir GR, Kristjansson M, u. a. Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence: Attendance rates and characteristics. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Januar 2012;91(1): 134–42.
128. Jones JS, Wynn BN, Kroeze B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.* Oktober 2004;22(6): 454–9.
129. Gartner R, Macmillan R. The effect of victim-offender relationship on reporting crime of violence against women. *Can J Criminol.* Juli 1995;393–429.
130. Kaukinen C. The Help-Seeking Decisions of Violent Crime Victims: An Examination of the Direct and Conditional Effects of Gender and the Victim-Offender Relationship. *J Interpers Violence.* April 2002;17(4): 432–56.
131. Bicanic I, Snetselaar H, De Jongh A, Van de Putte E. Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *Eur J Psychotraumatology.* Dezember 2014;5(1): 23645.
132. Logan T, Cole J, Capillo A. Differential Characteristics of Intimate Partner, Acquaintance, and Stranger Rape Survivors Examined by a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *J Interpers Violence.* August 2007;22(8): 1066–76.
133. Martinez R, Kovacevic A, Dall A, Thali M, Laberke P. Sexuelle Gewalt gegen Frauen. *Swiss Med Forum.* 2015;15(23): 551–5.

134. McDonald E, Temkin & Krahe, Sexual Assault and the Justice Gap: A Question of Attitude. *Pace Law Rev.* Januar 2009;29(2): 349–76.
135. Clay-Warner J, McMahan-Howard J. Rape Reporting: “Classic Rape” and the Behavior of Law. *Violence Vict.* 1. November 2009;24(6): 723–43.
136. Vidal ME, Petrak J. Shame and adult sexual assault: a study with a group of female survivors recruited from an East London population. *Sex Relatsh Ther.* Mai 2007;22(2): 159–71.
137. Weiss KG. Too Ashamed to Report: Deconstructing the Shame of Sexual Victimization. *Fem Criminol.* Juli 2010;5(3): 286–310.
138. Saint-Martin P, Bouyssy M, O’Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law.* Oktober 2007;47(4): 315–24.
139. Stermac LE, Du Mont JA, Kalemba V. Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants. *J Can Med Assoc J.* 1995;153(8): 6.
140. Birkler RID, Telving R, Ingemann-Hansen O, Charles AV, Johannsen M, Andreasen MF. Screening analysis for medicinal drugs and drugs of abuse in whole blood using ultra-performance liquid chromatography time-of-flight mass spectrometry (UPLC–TOF-MS)—Toxicological findings in cases of alleged sexual assault. *Forensic Sci Int.* Oktober 2012;222: 154–61.
141. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, Ormstad K, Schei B. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center – Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med.* August 2013;20(6): 777–84.
142. Cohn AM, Zinzow HM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Correlates of Reasons for Not Reporting Rape to Police: Results From a National Telephone Household Probability Sample of Women With Forcible or Drug-or-Alcohol Facilitated/Incapacitated Rape. *J Interpers Violence.* Februar 2013;28(3): 455–73.
143. Thompson M, Sitterle D, Clay G, Kingree J. Reasons for Not Reporting Victimization to the Police: Do They Vary for Physical and Sexual Incidents? *J Am Coll Health.* Januar 2007;55(5): 277–82.
144. Ingemann-Hansen O, Brink O, Sabroe S, Sørensen V, Charles AV. Legal aspects of sexual violence—Does forensic evidence make a difference? *Forensic Sci Int.* September 2008;180(2–3): 98–104.
145. Kahn AS, Jackson J, Kully C, Badger K, Halvorsen J. Calling it Rape:

- Differences in Experiences of Women Who do or do not Label their Sexual Assault as Rape. *Psychol Women Q.* September 2003;27(3): 233–42.
146. Der Polizeipräsident in Berlin. *Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2016.* 2016.
147. Madea B, Mußhoff F. K.-o.-Mittel: Häufigkeit, Wirkungsweise, Beweismittelsicherung. *Dtsch Ärztebl.* 15. Mai 2009;Jg.106(20).
148. Hurley M, Parker H, Wells DL. The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med.* Mai 2006;13(4): 181–5.
149. Scott-Ham M, Burton FC. Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period. *J Clin Forensic Med.* August 2005;12(4): 175–86.
150. Gaffke KJS. K.-o.-Tropfen-Datenerhebung in Hamburg bezüglich des Wissensstandes, der Prävalenz und des Präventionsbedarfs. [Hamburg]: Universität Hamburg; 2014.
151. Dhairyawan R, Shardlow K, Carroll M, Sacks R. A national survey of facilities for complainants of sexual assault. *Int J STD AIDS.* April 2017;28(5): 512–9.
152. Läubli LK. Zum Einfluss der Opferhilfe-Beratungsstellen auf das Anzeigeverhalten der Opfer von Straftaten: Evaluation der Opferhilfe-Beratungsstellen hinsichtlich des Anzeigeverhaltens der Opfer. Bern; 2012 Aug S. 97.
153. Frauenhorizonte e.V. ., Herausgeber. *Frauenhorizonte-Jahresbericht 2017* [Internet]. Frauenhorizonte e.V. Freiburg; 2017. Verfügbar unter: [http://www.frauenhorizonte.de/img/files/FH\\_JB\\_2017.pdf](http://www.frauenhorizonte.de/img/files/FH_JB_2017.pdf)
154. Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev.* Juli 2009;29(5): 431–48.
155. Kelly L, Regan L. Good practice in medical responses to recently reported rape, especially forensic examinations: a briefing paper for the Daphne Strengthening the Linkages Project. London: Child and Woman Abuse Studies Unit, London Metropolitan University [for] Rape Crisis Network; 2003.
156. Campbell R, Feeney H, Fehler-Cabral G, Shaw J, Horsford S. The National Problem of Untested Sexual Assault Kits (SAKs): Scope, Causes, and Future Directions for Research, Policy, and Practice. *Trauma Violence Abuse.* Oktober 2017;18(4): 363–76.
157. Klopstein U, Streit S, Schön CA. Körperliche und sexuelle Gewalt an Erwachsenen – vom forensischen Denken und ärztlichen Handeln. *Ther Umsch.* Juli

2008;65(7): 371–9.

158. Mützel E, Helmreich C, Schick S, Saß M, Schöpfer J. Klinisch-forensische Versorgung von Gewaltopfern in Bayern. Rechtsmedizin. Juni 2014;24(3): 200–7.

159. Koch DU, Meyer DT, Deremetz A, Rayment-Briggs D. Bedarfsanalyse zur Vorhaltung eines bedarfsdeckenden Angebots an Frauen- und Kinderschutzhäusern und spezialisierten Fachberatungsstellen gegen Gewalt an Frauen in Baden-Württemberg. Stuttgart: Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart; 2018 März S. 184.

## 6. Anhang

### 6.1. Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt

 <h2 style="margin: 0;">ÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT</h2> <p style="margin: 0;">für Opfer nach sexualisierter Gewalt</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;">Etikett</div>
Standort der Untersuchung: _____ Ärztin / Arzt: _____ Tel: _____ im Beisein von: _____ Patient: _____ Geb.-Datum: _____ Tel: _____ Adresse: _____ _____ Beginn der Untersuchung: _____ : _____ <small style="display: block; text-align: center;">(Datum) (Uhrzeit)</small> Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend deutsch <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> Übersetzung durch	
Untersuchung erfolgt im Auftrag von: Pol. AZ: _____ Dienststelle: _____	
<h4 style="margin: 0;">INFORMATION und SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG</h4> <p style="margin: 0; font-size: small;">Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden, die Sicherstellung von Beweismitteln und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert und erteile hierzu meine Einwilligung. Die Probenabgabe erfolgte freiwillig.</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Der toxikologischen Blut/Urin Untersuchung <input type="checkbox"/> stimme ich zu <input type="checkbox"/> lehne ich ab                  Der Laboruntersuchung HIV: <input type="checkbox"/> stimme ich zu <input type="checkbox"/> lehne ich ab                  Hepatitis B-C: <input type="checkbox"/> stimme ich zu <input type="checkbox"/> lehne ich ab</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Ich entbinde die behandelnden Ärzte hinsichtlich der Untersuchung der an mir begangenen sexualisierten Gewalt von der Schweigepflicht. Mit der Aushändigung einer Kopie dieses Berichts und des Untersuchungsmaterials einschließlich einer Speichelprobe an die Polizei zum Zwecke des Strafverfahrens bin ich einverstanden.  <small>(wenn Patient/in Auftraggeber ggf. streichen)</small></p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Berlin, _____ (Datum) Unterschrift der Patientin/des Patienten _____ (ggf. des gesetzlichen Vertreters)</p>	
<h4 style="margin: 0;">ANAMNESE</h4> <p style="margin: 0;">Vorerkrankungen/Operationen: _____                  _____</p> <p style="margin: 0;">vorbestehende genitale Beschwerden: _____                  _____</p> <p style="margin: 0;">Medikamente: _____                  _____</p> <p style="margin: 0;">Schwangerschaften: _____ Geburten: _____</p> <p style="margin: 0;">Letzte Regelblutung: _____ (Datum) Regelabstand/Dauer: _____</p> <p style="margin: 0;">Letzter freiwilliger Sexualkontakt: _____ Mit wem: _____ <input type="checkbox"/> virgo                  Wie: _____                  _____</p> <p style="margin: 0;">Verhütungsmaßnahmen: _____</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Hepatitis B geimpft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar      Psychische Verfassung bei Untersuchung:                  Tetanus geimpft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar      Bewusstsein: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt                  Verdacht auf: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen- bzw. Med.-Konsum</p>	
Charité ABB 01 - Stand 09/09/2009   Ärztlicher Befundbericht für Opfer nach sexualisierter Gewalt <span style="float: right;">Seite 1/6</span>	



**ÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT**  
für Opfer nach sexualisierter Gewalt

Etikett

**ANGABEN ZUM EREIGNIS**

Tatort: \_\_\_\_\_

Tatzeit: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(Datum) (Uhrzeit)

Täter bekannt, wer: \_\_\_\_\_

Täter unbekannt (ggf. Beschreibung) \_\_\_\_\_

Anzahl Täter: \_\_\_\_\_

**Kurze Darstellung des Sachverhaltes und Art der Gewaltanwendung:**

(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung. Achtung: Keine Befragung von Kindern, vorher Einschätzung der Reife)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Vaginale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Anale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Wurde ein Kondom verwendet?  
 ja, Verbleib: \_\_\_\_\_  nein  weiß nicht

Wurden zur Reinigung Taschentücher oder dgl. verwendet?  
 ja, was, Verbleib: \_\_\_\_\_  nein  weiß nicht

Hat sich Patientin/Patient zwischen Tat und Untersuchung abgewischt, gewaschen, geduscht; die Kleidung gewechselt, den Mund gespült, uriniert, Stuhlgang?  
 ja, was: \_\_\_\_\_  nein  weiß nicht

Haben Sie Gedächtnisinseln?  ja  nein  weiß nicht

Haben Sie Erinnerungslücken (von-bis)  ja \_\_\_\_\_  nein  weiß nicht

Wenn ja, haben Sie eine Erklärung dafür? \_\_\_\_\_

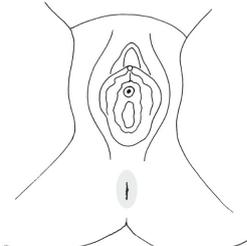
Haben Sie vor, während oder nach der Tat Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?  
 ja wann, was, wieviel: \_\_\_\_\_  nein  weiß nicht

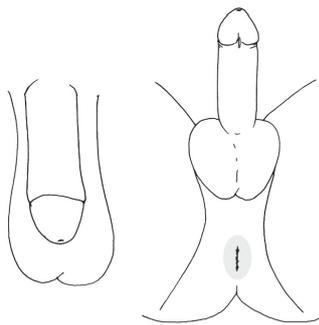




Etikett

<p><b>KIT</b> Set zur Spurensicherung</p>	<p><b>UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG</b> keine Ausstriche auf Objektträger</p>	<p>Sichergestellt</p>
	<p><b>Schritt 5</b>    <b>Gynäkologische Untersuchung / weibliches Opfer</b></p> <p><b>Verklebte Schamhaare vorhanden?</b> (verklebte Haare abschneiden)    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Schamhaare ausgekämmt?</b> (mit Kamm auf Papierunterlage auskämmen)    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Tampon vorhanden ?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Fremdmaterial vorhanden ?</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>1 Abstrich äußeres Genitale</b> (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</p> <p><b>2 Abstriche Vagina</b> (mit zwei trockenen Wattetupfern)</p> <p><b>2 Abstriche Zervikalkanal</b> (mit zwei trockenen Wattetupfern)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>

<p><b>Verletzungen im Genital- und Analbereich:</b> (Heutrötung, Schwellung, Blutunterlaufung, Schürfung, Einriss, Mikroverletzung)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Hymen intakt:</b>    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> 
<p>Fotodokumentation:    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Sichergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>

<p><b>Männliches Opfer</b></p> <p><b>1 Abstrich Glans, Sulcus coronarius und Penischaft</b> (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</p> <p><b>1 Abstrich Peniswurzel und Haut Scrotum</b> (Wichtig bei evtl. Kondomgebrauch mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</p>	<p>Sichergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>Verletzungen im Genital- und Analbereich:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Fotodokumentation:    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Sichergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>



**ÄRZTLICHER BEFUNDBERICHT**  
für Opfer nach sexualisierter Gewalt

Etikett

<b>Schritt 6</b>	<b>Anus und Rektum</b>	Sichergestellt
	<b>2 Abstriche Anus</b> (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben) <b>2 Abstriche Rektum</b> (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Schritt 7</b>	<b>Blut / Urin</b> (Uhrzeit der Asservierung) _____ : _____ (Uhrzeit)	Sichergestellt
	<b>Nativblut für Alkoholkonzentrationsbestimmung</b> (10 ml Röhrchen nativ)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Nativblut für chemisch-toxikologische Untersuchungen</b> (10 ml EDTA 2x)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Urin für chemisch-toxikologische Untersuchung</b> (ca. 30-50 ml)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Serum für diagnostische Zwecke</b> (HIV, Hepatitis B und C) (10 ml Serumröhrchen an Charité Labor übermitteln)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Schritt 8</b>	<b>Diagnostik, Therapie</b>			
	Schwangerschaftstest (Urin)	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
	Pille danach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Rezept mitgegeben
	HIV-Prophylaxe begonnen / mitgegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> abgelehnt
	Hepatitis B Impfung verabreicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> abgelehnt
	Tetanus-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> abgelehnt
	Verabreichte Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> abgelehnt
	_____			
	_____			
	Beratung zur Postexpositionsprophylaxe durch _____ (siehe PEP-Dokumentationsbogen!)			
	<b>Weiterbehandlung durch:</b>			
	<input type="checkbox"/> Traumatologie	<input type="checkbox"/> Urologie		
	<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren	<input type="checkbox"/> andere _____		
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/> Station _____		
	<input type="checkbox"/> Infektiologie			

<b>Weitergabe der Beweismittel</b> _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit)
<input type="checkbox"/> an Polizeidienststelle <input type="checkbox"/> andere _____
<input type="checkbox"/> Nativblut und/oder Urin für chem.-toxikol. Untersuchungen <input type="checkbox"/> KIT zur Spurensicherung <input type="checkbox"/> Blut für Alkoholkonzentrationsbestimmung <input type="checkbox"/> Fotodokumentation auf CD <input type="checkbox"/> Papiersäcke mit Bekleidung _____ Anzahl der Säcke <input type="checkbox"/> Kopie Befundbericht
<b>Ausgehändigt:</b> _____ (Unterschrift/(Name in Druckbuchstaben))
<b>Entgegengenommen:</b> Dienststelle _____ Tel. Nr. _____ (Unterschrift/(Name in Druckbuchstaben))

<b>Ende der Untersuchung:</b>	
_____ : _____ (Datum) (Uhrzeit)	
_____ (Unterschrift Ärztin/Arzt)	Stempel der Einrichtung

## 6. Anhang

### 6.2. Fragebogen zur Struktur der Erstversorgung bei Stuprum-Fällen in der Rettungsstelle

#### Fragebogen zur Struktur der Erstversorgung bei Stuprum\*-Fällen in der Rettungsstelle

\*Stuprum: lat. für Vergewaltigung als eine Form von sexualisierter Gewalt

1. Gibt es an Ihrer Klinik einen Leitfaden oder eine Richtlinie für Stuprum-Fälle?

- nein  
 ja - in diesem Fall bitte im Rückumschlag beilegen oder stichpunktartig beschreiben:

---

---

---

---

2.1 Benutzen Sie einen standardisierten Untersuchungsbogen für Stuprum-Fälle?

- nein  
 ja - bitte fügen Sie diesen dem beantworteten Bogen bei

2.2 Benutzen Sie ein standardisiertes Untersuchungskit?

- nein  
 ja  
 selbst zusammengestellt  
 des Herstellers: \_\_\_\_\_

3. Wird die Spurensicherung, d.h. DNA-Abstrichnahme etc. von den Gynäkologinnen und Gynäkologen Ihrer Klinik oder von Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern durchgeführt?

- Gynäkologinnen und Gynäkologen  
 Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern  
 sonstige: z.B. unter der Woche von Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern und am Wochenende von Gynäkologinnen und Gynäkologen

---

---

4. Müssen sich die Patientinnen direkt bei Vorstellung entscheiden, ob sie eine strafgerichtliche Verfolgung des Täters wollen?

- ja  
 nein, es besteht durch vertrauliche / anonyme Spurensicherung die Möglichkeit nachträglich Anzeige zu erstatten  
→ wie lange werden die Proben aufbewahrt? \_\_\_\_\_  
 sonstige: z.B. es werden nur körperliche Befunde gesichert ohne DNA-Sicherung

---

5. Arbeiten Sie in Kooperation mit einer Gewaltschutzambulanz / Opferschutzambulanz oder rechtsmedizinischen Ambulanz?

- ja, wir arbeiten mit \_\_\_\_\_  
 nein

6. Gibt es an Ihrer Klinik Standardkonsile, die bei Stuprum-Fällen in der Rettungsstelle gestellt werden?

- Infektiologie zur Postexpositionsprophylaxe-Beratung  
 Psychiatrie  
 sonstige: \_\_\_\_\_

## 6. Anhang

---

7. Wie viele Stuprum-Opfer haben sich bei Ihnen in der Rettungsstelle in den Jahren ... vorgestellt? (ICD10: Y09.9, T74.2)

2011 \_\_\_\_\_  
2012 \_\_\_\_\_  
2013 \_\_\_\_\_  
2014 \_\_\_\_\_  
2015 \_\_\_\_\_  
2016 \_\_\_\_\_

8. Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit in Ihrer Rettungsstelle für Patientinnen, die sich als Stuprum-Opfer zur Behandlung, medizinischen Betreuung und Begutachtung vorstellen? Bitte schätzen Sie, falls keine Auswertung vorliegt.

- 0-30 Minuten
- 31-60 Minuten
- 61-90 Minuten
- 91- 120 Minuten
- über 120 Minuten

9. Existieren an Ihrer Klinik Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ...

9.1 ... in Bezug auf die Beweismittelabnahme?

- ja, eine Basisschulung
- ja, regelmäßige / wiederkehrende Schulungen
- nein
- sonstige: \_\_\_\_\_

Sind die Fortbildungen Pflicht?

- ja
- nein

9.2 ... in Bezug auf die Gesprächsführung mit Stuprum-Opfern?

- ja, eine Basisschulung
- ja, regelmäßige/ wiederkehrende Schulungen
- nein
- sonstige: \_\_\_\_\_

Sind die Fortbildungen Pflicht?

- ja
- nein

10. Leiten Sie die Betroffenen an Beratungsstellen / Initiativen für Opfer sexualisierter Gewalt weiter?

- ja, wir arbeiten in Kooperation mit \_\_\_\_\_
- nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

### 7. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Lina Ana Fryszer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation an deutschen Universitätsfrauenkliniken“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autorin bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## 8. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

### 9. Danksagung

Ich möchte meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. M. David vielmals für das spannende Thema meiner Promotion, die sehr gute, schnelle und präzise Betreuung und interessante Gespräche danken.

Mein weiterer Dank gilt Fr. D. Reinemann, der Zentralen Gewaltschutzbeauftragten der Charité, die mir mit ihrem Optimismus Motivation vermittelte und mir mit aller fachlichen Kompetenz und Unterstützung zur Seite stand.

Fr. Dr. med. S. Etzold, der stellvertretenden ärztlichen Leitung der Gewaltschutzambulanz, möchte ich für Ihre Unterstützung und Ideen danken.

Meinen Eltern Inge Liebel-Fryszter und Andreas Fryszter und meinen Geschwistern Franca Roux und Leon Fryszter bin ich sehr dankbar für die sowohl konstruktive fachliche als auch emotionale Unterstützung und die inspirierende Begeisterung für das Thema meiner Promotion.

Beflügelte als auch zehrende Momente haben Werner Gasser, Anna Kunze, Elsa Guily, Celine Kaps, Marlene Heinze, Anne-Sophie Dahm und Alexander Harder mit mir geteilt und mich dabei wunderbar unterstützt. Danke!

Jan Steinkühler danke ich für die hilfreiche akribische Korrektur.

Ein letzter Dank gilt den Frauenberatungsstellen und -notrufen mit denen ich in Kontakt für die vorliegende Arbeit war - einerseits für die aufschlussreichen Gespräche und Informationen und andererseits für die in meinen Augen gute Arbeit, die geleistet wird.