

Klinische Untersuchung aus forensischer Sicht – Schritt für Schritt

Benjamin Ondruschka, Christian König, Ronny Bayer



Gewaltopfer sind in der Notfallmedizin gar nicht so selten anzutreffen. Die Behandlung dieser Patienten erfordert neben den medizinischen Notwendigkeiten auch die Berücksichtigung des psychischen Zustands dieser Patienten sowie die gerichtsfeste Dokumentation der Befunde respektive Spurensicherung und die Information über psychosoziale Versorgungsangebote.

ABKÜRZUNGEN

ATLS®	Advanced Trauma Life Support
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch

Einleitung

Die medizinische Versorgung von Missbrauchs- und Gewaltopfern stellt in der Ambulanz und Klinik eine Herausforderung dar. Es müssen nicht nur die Verletzungen der Patienten versorgt sowie der psychische Zustand berücksichtigt und fachgerecht bewertet werden, sondern daneben sollte auch eine gerichtsfeste objektive Dokumentation der Befunde nebst adäquater Spurensicherung gewährleistet werden [1].

Hierbei sind Ambulanzsprechstunden und Notaufnahmen, insbesondere aufgrund von abklärungs- bzw. versorgungsbedürftigen Verletzungen und Befunden, oft erste Anlaufstellen für Opfer von Gewalttaten und stellen zudem eine wesentliche sekundärpräventive Schnittstelle für weiterführende psychosoziale Versorgungsangebote dar [2], z. B.

- Opferhilfeeinrichtungen,
- Frauenhaus,
- Jugendamt.

Schritt 1 Warnsignale beachten

Das Fachpersonal dieser ärztlichen Einrichtungen gehört oft zu den ersten und teils einzigen Zeugen, die mit den körperlichen Folgen von Gewalt und den Schilderungen zu möglichen Tatgeschehen konfrontiert werden. Abgesehen von Vitalindikationen und daraus resultierender notfallmedizinischer Versorgung gilt es, die Grundlagen für eine professionelle Erstuntersuchung zu beachten

PRAXIS

Situative Warnsignale – Hinweise auf eine Gewalttat

- Diskrepanzen zwischen Anamnese und Befund
- Hinweise auf mehrzeitiges Geschehen
- inadäquate Reaktionsweisen
- körperliche Verwahrlosung
- verzögerte Vorstellung oder ggf. wiederholte Inanspruchnahme
- kontrollierend wirkende Begleitpersonen
- ggf. Hinweise auf akute Substanz-/Alkoholbeeinflussung

(s. a. unten) und für potenziell auftretende Warnsignale sensibilisiert zu sein (s. Box „Praxis“) [3].

Cave

Wenn zu diesem Zeitpunkt keine adäquate objektive Befundaufnahme und ggf. Spurensicherung stattfinden, bleiben im Extremfall schwere Straftaten unentdeckt oder können nicht juristisch geahndet werden, da die Beweisführung nicht gelingt [4].

Andererseits besteht ebenso die Möglichkeit einer Falschverurteilung, wenn die Erstdokumentation zu pauschalisierend, beschränkt auf Hauptbefunde und ohne kritische bzw. gar mit subjektiv beeinflusster Bewertung erfolgt.

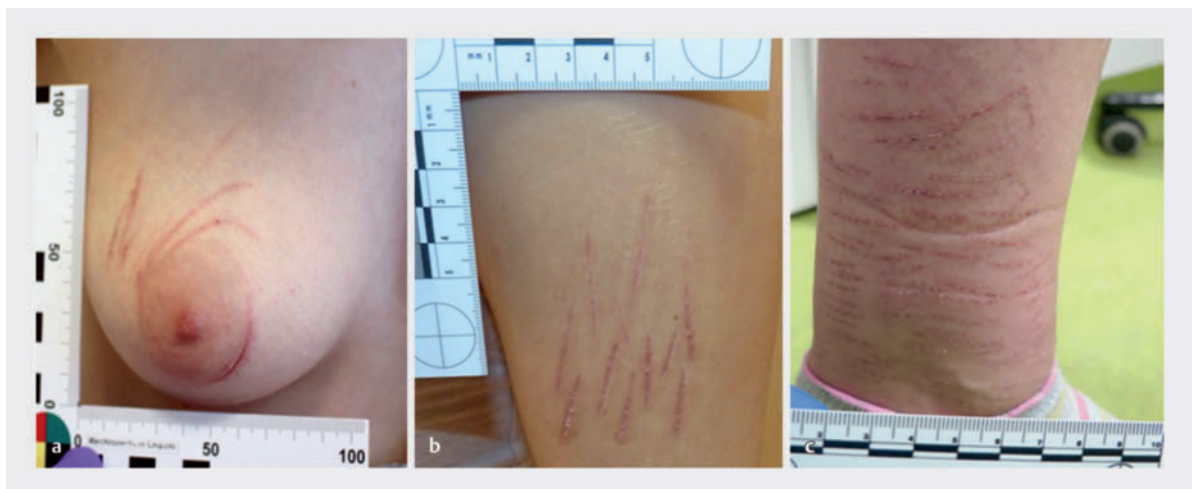
Tatwerkzeuge

Geförnte Verletzungen lassen Rückschlüsse auf das verwendete Tatwerkzeug zu. So hinterlassen z. B. Stöcke oder Stangen ein typisches Doppelstriemenmuster (► **Abb. 1 b**). Bei Verletzungen an der Körperrückseite über prominenten Knochenpunkten ist an sog. Widerlagerverletzungen (► **Abb. 1 f, Abb. 1 e**) zu denken.



► **Abb. 1** Verletzungen deuten u. U. auf das verwendete Tatwerkzeug hin.

- a Fingerring.
- b Eisenstange – typisches Doppelstriemenmuster.
- c Abformung des sog. Waffengesichts einer Schreckschusspistole bei aufgesetzter Schussabgabe.
- d Herkömmliche Fliegenklatsche (teilweise Überlagerung durch Faustschläge).
- e Widerlagerverletzung am linken Schulterblatt.
- f Widerlagerverletzung am linken Schulterblatt.



Autoaggression erkennen

Selbstbeigebrachte Verletzungen sind an ihrer Gleichmäßigkeit, Oberflächlichkeit und lokalen Gruppierung vor allem an eher schmerzunempfindlichen Stellen zu erkennen (► **Abb. 2**).

Schritt 2 Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf eine Gewalttat

Prinzipiell sollte sich das Vorgehen bei der klinischen Untersuchung zur Verletzungsversorgung kaum von jener aus forensischer Indikation unterscheiden (s. Infobox).

INFOBOX 1

Grundlagen der Untersuchung von Gewaltopfern

- Ruhige Untersuchungsatmosphäre sicherstellen.
- Vertrauen und Sicherheit schaffen, Empathie wahren.
- Mehrfachuntersuchungen und -befragungen vermeiden.
- Vorgangsbezogene Anamnese durchführen – W-Fragen:
 - Wer?
 - Wann?
 - Womit?
- Sofern möglich gleichgeschlechtlicher Untersucher.
- Ganzkörperuntersuchung durchführen, aber kein komplettes Entblößen.
- Respekt vor dem Wunsch des Patienten, (zunächst) nichts zu sagen, keine Hilfsangebote anzunehmen oder keine Anzeige zu erstatten.
- Vermittlung von Hilfsangeboten (Sozialdienst, Opferhilfe).

- **Abb. 2** Selbstbeigebrachte Verletzungen.
- a Ritzverletzung mit Aussparung des Brustwarzenhofs und der Brustwarze.
 - b Lokale Gruppierung von autoaggressiv beigebrachten, regelmäßig angeordneten Verletzungen.
 - c Oberflächliche, unterschiedlich alte Ritzverletzungen am Unterschenkel.

Während es in der kurativen Situation jedoch zunächst um die Sicherung der Vitalfunktionen geht und damit oft primär eine Konzentration auf Hauptbefunde vorliegt, ist die Untersuchung zu Beweissicherungszwecken zwingend darauf auszulegen, zunächst wertungsfrei *alle* vorhandenen Verletzungsbefunde nach Lokalisation, Größe, Form und Farbe zu dokumentieren [5]. Es ist standardisiert eine Ganzkörperuntersuchung zu fordern.

Merke

Gerade die kleineren, klinisch nicht primär versorgungsbedürftigen Verletzungen sind für Handlungsrekonstruktionen und Differenzierung von Fremd- versus Selbstbeibringung oft von entscheidender Bedeutung (z. B. Widerlager-, Griff- oder Parierverletzungen).

Untersuchungsablauf von Kopf bis Fuß

Die Bildreihe (► **Abb. 3** bis **Abb. 7**) soll den standardisierten Untersuchungsablauf („von Kopf bis Fuß“) zur forensischen Befunddokumentation schrittweise abbilden, charakteristische Gewaltfolgen illustrieren und auf besondere Fallstricke in der Bewertung von Verletzungsbefunden an den entsprechenden Körperlokalisationen hinweisen. ► **Abb. 8** fasst die abgebildeten Körperpartien anatomisch zusammen.

Kopf

► **Abb. 3** zeigt Verletzungen durch stumpfe Gewalt am Kopf. Zu beachten sind insbesondere Lokalisationen oberhalb einer gedachten Hutkrempeinie als Hinweis auf eine Schlägeinwirkung. Bei Schlägen auf das Ohr besteht die Gefahr der Trommelfellverletzung.

Hals

Cave

Bei der Existenz von Halshautverletzungen (► **Abb. 4) oder anamnestischen Angaben einer Halskompression muss auf punktförmige Stauungsblutungen (Petechien) im Gesicht geachtet werden.**

Prädilektionsstellen für petechiale Blutungen (► **Abb. 5**) sind

- Augenlider,
- Lidbindehäute und
- die Haut prä-/retroaurikulär.

Merke

Eine HNO- und augenärztliche Vorstellung ist zu empfehlen.

Extremitäten

Verletzungen an den Extremitäten können entfernt von den Gelenken auch Griffmarken, Parierverletzungen oder Fesselspuren sein (► **Abb. 6**).



- **Abb. 3** Verletzungen durch stumpfe Gewalt am Kopf.
- a Verletzung am Hinterkopf oberhalb der sog. Hutkrempeinie.
 - b Verletzung am Ohr, verursacht durch einen Schlag mit der flachen Hand (Cave: Trommelfellperforation!).
 - c Verletzung an der Stirn mit typischer Anpralllokalisation.
 - d Verletzung der Mundvorhofschleimhaut als Widerlagerverletzung von den Zahnkanten.



► **Abb. 4** Halshautverletzungen durch komprimierende Gewalteinwirkungen.
 a Drosselmarke durch Kabelbinder bei einer Frau.
 b Würgemal in der unteren Halsregion.
 c Würgemal in der mittleren Halsregion.



► **Abb. 5** Prädilektionsstellen für Petechien aufgrund von Strangulationsverletzungen.
 a Augenlid und Lidbindehaut.
 b Prä- bzw. retroaurikuläre Haut.



► **Abb. 6** Extremitätenverletzungen durch Gewalteinwirkungen.
 a Griffmarke.
 b Parierverletzungen.
 c Fesselspuren.

Schritt 3 Gerichtsfeste Befunderhebung und Dokumentation

Eine rechtssichere ärztliche Befunderhebung und -dokumentation sowie anschließende Spurensicherung ist eine wichtige Grundlage für die Durchsetzung juristischer Ansprüche. Auch retrospektiv, im Strafverfahren oft Monate oder Jahre später, muss die Befunderhebung es ermöglichen, zu Verletzungsbildern und hieraus abzuleitender (potenzieller) Gefährdung für die Geschädigten sowie zur meist erforderlichen Plausibilitätsbegutachtungen gutachterliche Aussagen treffen zu können [2].



- **Abb. 7** Penetrierende Verletzungen durch scharfe Gewalteinwirkungen.
- a Messerstichwunde.
 - b Verletzung durch abgebrochene Bierflasche.
 - c Messerstiche in die Nackenregion haben diese Verletzungen verursacht.
 - d Postoperativ ist eine Bewertung der initialen Wundmorphologie nicht mehr möglich (gleicher Patient wie in ► **Abb. 7 c**)
 - e Verletzungen an den Fingern, die durch aktives Abwehren eines Angreifers mit scharfem Tatwerkzeug (Messer) zu erklären sind.
 - f Postoperativ ist die initiale Wundmorphologie nicht mehr festzustellen.

Dokumentation

Für die deskriptive Befundbeschreibung eignen sich ärztliche Dokumentationsvordrucke sowie vordergründig eine Fotodokumentation. Dieses Vorgehen erfüllt zudem die allgemeine ärztliche Pflicht zur gewissenhaften Befunddokumentation. Die Einholung der Patientenzustimmung ist trotzdem empfehlenswert und sollte ebenso dokumentiert werden.

Es bietet sich eine „heranführende Fotodokumentation“ an: Zunächst wird die betroffene Körperstelle als Übersichtsaufnahme mit anatomischem Bezugspunkt dokumentiert, anschließend der Befund als Detailaufnahme, möglichst senkrecht zur entsprechenden Körperpartie, mit Maßstab und Patientendaten.

Merke

Zweifelsohne ist beim Vorliegen von lebensbedrohlichen Verletzungen eine Notfallbehandlung nach ATLS®-Schema (Advanced Trauma Life Support) mit vollständigem Entkleiden zwingend indiziert [6].

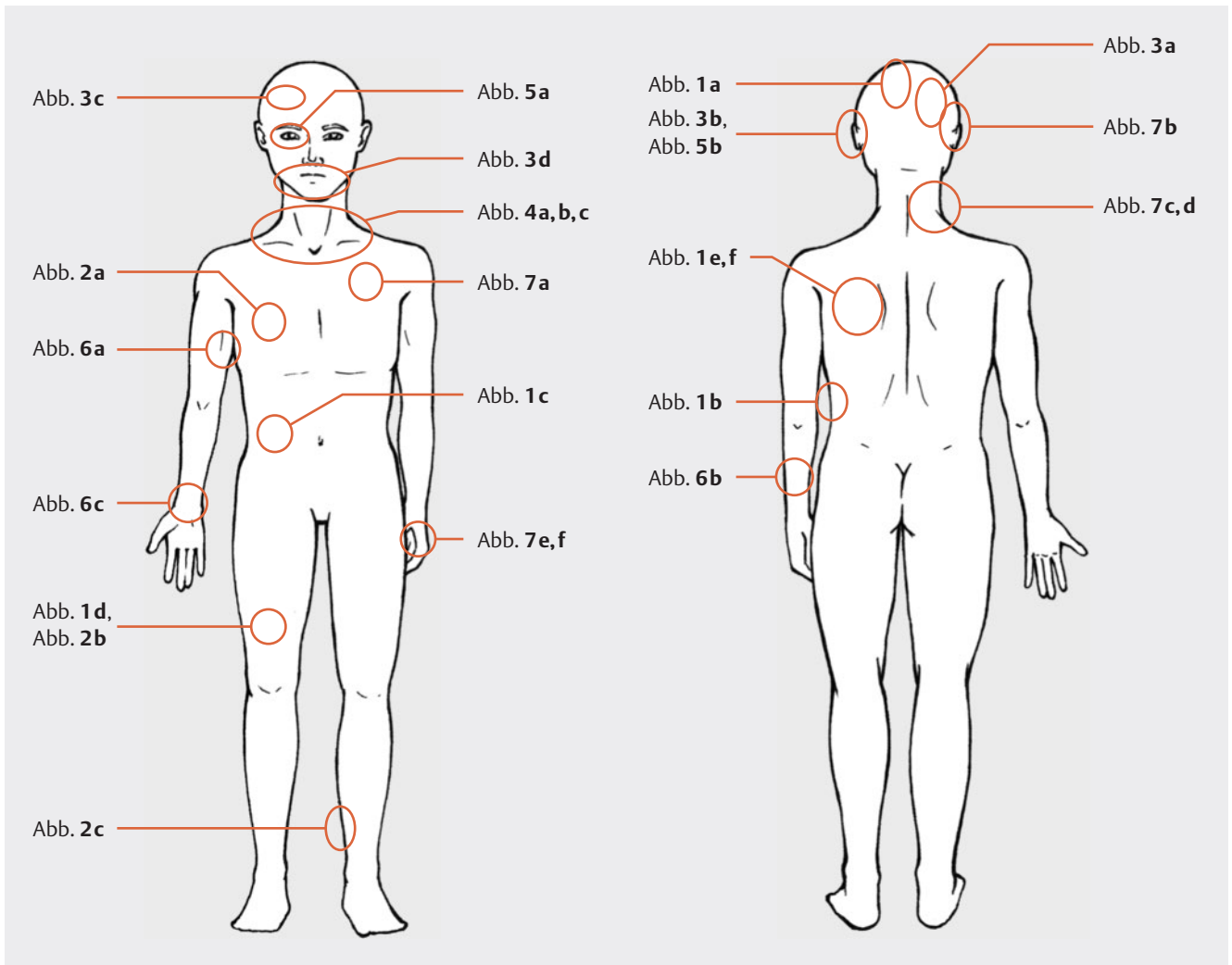
Fehlt eine vitale Bedrohung, ist die körperliche Untersuchung schrittweise vorzunehmen, um ein vollständiges Entblößen des Patienten zu vermeiden und die Privatsphäre, soweit möglich, zu wahren.

TIPP

Dennoch empfiehlt es sich, zur Bezeugung und auch aus Gründen des Eigenschutzes, Untersuchungen nicht allein mit den Betroffenen vorzunehmen.

Obwohl nach rechtsmedizinischer Erfahrung in der Akutversorgung leider oft unterlassen, ist zu fordern, dass Befunde bei Notwendigkeit einer chirurgischen Versorgung zwingend im präoperativen Zustand dokumentiert werden (► **Abb. 7 c**, **Abb. 7 d**), ebenso wie weitere Informationen, die oft ausschließlich während der Versorgung erhoben werden können, wie die Beteiligung tiefer gelegener Strukturen, Wundrichtung und -tiefe. Ohne die objektive Dokumentation des „Urzustandes“ ist nach operativer Versorgung die rechtsmedizinische Rekonstruktion von verwendeten Tatwerkzeugen und/oder Geschehensabläufen erheblich erschwert oder schlicht nicht mehr möglich [7].

Die anatomischen Lokalisationen aller in den Bildtafeln dargestellten Verletzungsregionen fasst ► **Abb. 8** zusammen.



► **Abb. 8** Anatomische Lokalisationen der in der Bildtafel dargestellten Verletzungsregionen (Quelle: Lina Woydt, Leipzig).

Spurensicherung

Eine sachgerechte Spurensicherung ist in der Notfallsituation sicher schwierig umzusetzen, trotzdem sollten grundlegende Prinzipien Beachtung finden. Bekleidung und mitgeführte Gegenstände sind möglichst ohne weitere Kontamination einzeln in Papiertüten zu verwahren. Dabei sollte die Entkleidung möglichst beschädigungsfrei erfolgen, anderenfalls – sofern ein Aufschneiden von Textilien unvermeidbar ist – die Schnittführung zumindest nicht durch textile Durchtrennungen (z.B. Schuss- oder Stichdefekte) verlaufen.

Probenasservierung und -aufbewahrung

Finden sich an der Körperoberfläche suspekt Verletzungen (Kratz-, Schlagspuren, Bisse u.a.), Sekretantragungen (Speichel, Sperma, Urin, Blut u.a.) oder ergeben sich anamnestisch Hinweise darauf, sollten die betreffenden Hautpartien mit befeuchteten selbsttrocknenden Watte-

tupfern unter leichtem Streichen (ohne Druck) abgerieben werden. Projektile oder andere Fremdkörper sollten möglichst ohne weitere Beschädigung (Kunststoffpinzette verwenden!) geborgen werden.

Merke

Die Asservate sind grundsätzlich mit Patientenetiketten zu versehen und eindeutig zu beschriften, der Verbleib der Spuren muss nachvollziehbar dokumentiert werden.

Blut- und Urinproben können in den meisten Laboren bei entsprechendem Verweis unproblematisch länger als die übliche Mindestdauer asserviert bleiben. Es ist für die forensische Bewertung dabei auf die Dokumentation des Entnahmezeitpunkts und eine auf eine mögliche Substanzbeeinflussung hinweisende Symptomatik des Patienten zu achten.

Rechtsmedizinisches Konsil

Sofern lokal und insbesondere in der Akutsituation auch zeitnah verfügbar, sollte im Bedarfsfall konsiliarisch ein Rechtsmediziner für die Dokumentation und Interpretation der Verletzungsbefunde hinzugezogen werden. Dieser wird auch die sachgerechte Asservierung und Einlagerung des Spurenmaterials durchführen. Bei Zeitnot oder größerer räumlicher Entfernung ist die Nutzung forensischer „Telekonsile“ anzuraten [8,9].

Verdacht auf Sexualstraftat

Der Verdacht eines Sexualdeliktes sollte, abhängig vom Geschlecht und vom geschilderten Hergang, neben den o. g. Grundsätzen der Dokumentation auch eine gynäkologische und endoskopische (bei Angabe von unfreiwilligem Analverkehr) Fachuntersuchung nach sich ziehen. Im Bedarfsfall ist zur Minimierung einer untersuchungsbedingten Re-Traumatisierung eine gemeinsam vorgenommene Untersuchung und Dokumentation (sog. Rendezvous-Prinzip) einer wiederholten Inspektion immer vorzuziehen [10, 11].

Die Spurensicherung erfolgt von Schleimhäuten mit trockenen Wattetupfern. Eine Asservierung von Unterwäsche, Einlagen, Tampons o.Ä. sollte in Papiertüten erfolgen.

TIPPS

Zur Vermeidung einer deliktassoziierten Schwangerschaft ist immer an die Prüfung einer evtl. bereits bestehenden Schwangerschaft und, sofern erforderlich, an eine Notfallkontrazeption [12] zu denken. Zum Ausschluss sexuell übertragbarer Krankheiten sind entsprechende serologische/mikrobiologische Untersuchungen sowie ggf. eine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe durchzuführen [13].

Juristische Aspekte

Die forensisch orientierte Ganzkörperuntersuchung dient insbesondere juristischen Aspekten im Sinne einer adäquaten und gerichtsfesten Befunddokumentation, unterliegt aber in der Regel der ärztlichen Schweigepflicht und bedarf insofern einer entsprechenden Entbindung durch den/die Patienten/-in (*Ausnahme*: bereits primär durch die Ermittlungsbehörden beauftragte Untersuchungen gemäß § 81 Strafprozessordnung). Hiermit einhergehende juristische Aspekte werden deshalb in der Übersicht kurz zusammengefasst.

ÜBERSICHT

Formale juristische Aspekte

Einwilligungsfähigkeit (§ 630d BGB)

- im Zweifelsfall konkludente Einwilligung, wenn keine verbale oder körperliche Gegenwehr

Schweigepflicht (§ 203 StGB)

- betrifft alle Informationen, die einem als Arzt anvertraut oder bekannt werden
- gilt auch über den Tod hinaus
- ggf. Entbindung von der Schweigepflicht einholen
- Durchbrechen nur bei rechtfertigendem Notstand (§ 34 StGB)

Anzeige durch den Behandler (§§ 138, 139 StGB)

- in Deutschland *nie* verpflichtend
- ggf. bei schwerwiegendsten geplanten Straftaten (Mord, Verbrechen gegen die Menschlichkeit, erpresserischer Menschenraub u. a.) ebenfalls über rechtfertigenden Notstand (s. o.)

HINTERGRUNDINFORMATION

Literaturempfehlung

Aus Sicht der Autoren bieten sich folgende Fachbücher für weiterführende und ausführlichere Darstellungen der Thematik an:

- Grassberger M, Türk EF, Yen K, Hrsg. Klinisch-forensische Medizin. Wien, New York: Springer 2013
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hessisches Sozialministerium, Hrsg. Ärztliches Praxishandbuch: Gewalt. Wust-Fischbeck: Verlag S. Kramarz; 2013

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autorinnen/Autoren



Benjamin Ondruschka

PD Dr. med. Benjamin Ondruschka ist als Oberarzt am Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig tätig.

Christian König

Dr. med. Christian König ist Oberarzt und Leiter der Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig.

Ronny Bayer

Dr. med. Ronny Bayer ist Facharzt für Rechtsmedizin und tätig am Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Benjamin Ondruschka

Institut für Rechtsmedizin
Universität Leipzig
Johannisallee 28
04103 Leipzig
benjamin.ondruschka@medizin.uni-leipzig.de

KOORDINATION DER RUBRIK „SCHRITT FÜR SCHRITT“

PD Dr. med. Michael Bernhard, Düsseldorf

Literatur

- [1] Hädrich C. Forensische Aspekte der Notfallmedizin. *Intensiv Notfallbehandl* 2013; 39: 151–160
- [2] Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC et al. Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. *Notfall Rettungsmed* 2012; 15: 65–80
- [3] Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med* 1996; 28: 486–492
- [4] Pliske G, Heide S, Lucas B et al. Der Rechtsmediziner im Rahmen der Akutversorgung. *Unfallchirurg* 2018; 121: 391–396
- [5] Jungbluth P, Grassmann JP, Wild M et al. Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. *Rechtsmedizin* 2012; 22: 163–168
- [6] Walcher F, Kulla A, Klinger S et al. Standardisierte Dokumentation im Schockraum mit dem Kerndatensatz „Notaufnahme“ der DIVI. *Unfallchirurg* 2012; 115: 457–464
- [7] Verhoff M, Kettner M, Laszik A et al. Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung. Forensisch relevante Verletzungsbefunde. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 638–642
- [8] Hädrich C, Dreßler J. Rechtsmedizinisches Tele-Konsil. *Arztebl Sachsen* 2009; 20: 478–479
- [9] Gahr B, Graß H, Ritz-Timme S et al. Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung. *Rechtsmedizin* 2012; 22: 379–384
- [10] Wischmann M, Heinemann A, Püschel K et al. Frauen als Opfer von Gewalt. *Rechtsmedizin* 2012; 23: 466–471
- [11] Ramshorn-Zimmer A, Hilbig F, König C et al. Die vergewaltigte Frau: Was ist in der Notaufnahme zu tun? *Geburtsh Frauenheilk* 2015; 75: 224–229
- [12] Tsokos M, Laurent M, Rößler L et al. Rechtsmedizinische Untersuchung mit Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt. *Rechtsmedizin* 2018; 28: 539–548
- [13] Holmes MM, Resnick HS, Kolpatrick DG. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 320–324

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0645-8273>
Notfallmedizin up2date 2018; 13: 361–369
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1611-6550