

Recommendations for the Care and Support of Women Affected by Sexual Violence. Guideline of the DGGG (S1-Level, AWMF Registry No. 015/097, December 2025, Version 1.0)

Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt. Leitlinie der DGGG (Leitlinienklasse S1, AWMF-Registernummer 015/097, Dezember 2025, Version 1.0)

Authors

Matthias David¹, Nicole Balint², Lina Fryszer³, Tanja Germerott⁴, Christine Hirchenhain⁵, Paulo Sokoll⁶, Anne Tank⁷, Axel Valet⁸, Angela Wagner⁹, Cleo Walz¹⁰, Nadine Wilke-Schalhorst¹¹

Affiliations

- 1 Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany
- 2 Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany
- 3 Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin, Germany
- 4 Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Germany
- 5 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Germany
- 6 Gesundheitsamt Ludwigsburg, Fachbereich Gesundheitsschutz, Ludwigsburg, Germany
- 7 Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Germany
- 8 Gynäkologische Facharztpraxis, Herborn, Germany
- 9 Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany
- 10 Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Germany
- 11 Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck, Germany

Keywords

guideline, sexual violence, rape, sexual assault, medical care and treatment, evidence, forensic examination

Schlüsselwörter

Leitlinie, sexualisierte Gewalt, Vergewaltigung, sexueller Übergriff, medizinische Betreuung und Versorgung,

received 19. 1. 2026

accepted 22. 1. 2026

published online

Bibliography

Geburtsh Frauenheilk 2026
 DOI 10.1055/a-2797-1610
 ISSN 0016-5751
 © 2026. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
 70469 Stuttgart, Germany

Correspondence

Prof. Dr. med. Matthias David
 Charité – Universitätsmedizin Berlin,
 Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum
 Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany
 matthias.david@charite.de

ABSTRACT

Objective This guideline aims to improve and standardize medical care, support, and evidence collection for female victims of sexual violence in Germany.

Method In accordance with the requirements for S1 guidelines, the contents were formally discussed and agreed upon in numerous online meetings by a representative interdisciplinary group of experts well versed in the guideline topic. The German Society for Gynecology and Obstetrics (DGGG) led the discussion.

Recommendations Empathy, experience, and expertise, as well as respect and objectivity on the part of the medical personnel involved, are crucial for the care of women after sexual violence. The guideline provides 130 recommendations for the care and examination of women affected by sexual violence, including requirements for examination, the collection

of evidence and documentation of injuries, testing for sexually transmitted infections, post-exposure prophylaxis and infectious disease follow-up examinations, as well as aspects of psychological and psychosocial care and psychological after-care.

ZUSAMMENFASSUNG

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

Methoden Entsprechend den Vorgaben für eine S1-Leitlinie wurden die Inhalte basierend auf Literaturrecherchen in einer interdisziplinär besetzten, für das Leitlinienthema repräsentativen Gruppe aus Expertinnen und Experten formal in zahlrei-

chen Onlinetreffen unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) ausführlich beraten und dann konsentiert.

Empfehlungen Bei der Betreuung von Frauen nach sexualisierter Gewalt sind Empathie, Erfahrung und Expertise sowie Respekt und Sachlichkeit des beteiligten medizinischen Personals wichtig. Es werden 130 Empfehlungen zur Betreuung und Untersuchung betroffener Frauen nach sexualisierter Gewalt, zu den Anforderungen an die Untersuchung, Spurensicherung und Verletzungsdokumentation, zu den Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen, zur Post-expositionsprophylaxe und zu infektiologischen Kontrolluntersuchungen sowie zu Aspekten der psychischen und psychosozialen Versorgung sowie zur psychischen Nachbetreuung gegeben.

I Guideline Information

Guidelines program of the DGGG, OEGGG and SGGG

More information on the program is available at the end of the guideline.

Citation format

Recommendations for the Care and Support of Women Affected by Sexual Violence. Guideline of the DGGG (S1-Level, AWMF Registry No. 015/097, December 2025, Version 1.0). Geburtsh Frauenheilk 2026. DOI: 10.1055/a-2797-1610

Guideline documents

The complete long version in German and a list of the conflicts of interest of all the authors is available on the homepage of the AWMF:

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

Guideline authors

See ► **Tables 1** and **2**.

► **Table 1** Lead authors/coordinating guideline author and deputy coordinator.

Author	AWMF medical society
Prof. Dr. med. Matthias David	German Society for Gynecology and Obstetrics (<i>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.</i> , DGGG)
Nicole Balint	German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics (<i>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i> , DGPF)

The following medical societies/working groups/organizations/associations wanted to contribute to the guideline text and nominated representatives to attend the conferences (► **Table 2**).

► **Table 2** Contributing guideline authors.

Author, mandate holder	DGGG working group/AWMF/non-AWMF medical society/organization/association
Nicole Balint	German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics (DGPF)
Prof. Dr. med. Matthias David	German Society for Gynecology and Obstetrics (DGGG)
Dr. med. Lina Fryszer	German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics (DGPF)
Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Germerott	German Society of Forensic Medicine (<i>Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin</i> , DGRM)
Dr. med. Christine Hirchenhain	German Society for Gynecology and Obstetrics (DGGG)
Paulo Roberto Sokoll, MPH	German STI Society – Society for the Promotion of Sexual Health (<i>Deutsche STI-Gesellschaft – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit</i> , DSTIG)
Dr. med. Anne Tank	German Society of Forensic Medicine (DGRM)
Dr. med. Axel Valet	German Professional Association of Gynecologists (<i>Berufsverband der Frauenärzte</i> , BVF)
Angela Wagner	Federal Association of Women's Advice Centers and Women's Emergency Hotline (<i>Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe e.V.</i> , bff)
Dr. med. Cleo Walz	German Society of Forensic Medicine (DGRM)
Dr. med. Nadine Wilke-Schallhorst	German Society of Forensic Medicine (DGRM)

Abbreviations

AWMF	Association of the Scientific Medical Societies in Germany (<i>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</i>)
CT	computed tomography
DNA	deoxyribonucleic acid
HbsAg vaccine	hepatitis B surface antigen vaccine
HbsAb titer	hepatitis B surface antibody titer
ENT	ear–nose–throat
HIV	human immunodeficiency virus
HIV PEP	HIV post-exposure prophylaxis
I. U.	international units
IV	intravenous
IM	intramuscular
MRI	magnetic resonance imaging
PEP	post-exposure prophylaxis
PTSD	post-traumatic stress disorder
SGB	German Social Welfare Code (<i>Sozialgesetzbuch</i>)
StGB	German Penal Code (<i>Strafgesetzbuch</i>)
STI	sexually transmitted infections
TEARS	tear, ecchymosis, abrasion, redness, swelling
VSS	confidential securing of evidence (<i>vertrauliche Spurensicherung</i>)
WHO	World Health Organization

II Guideline Application

Purpose and objectives

The guideline describes the current knowledge and status of research and, like every guideline, provides doctors with pathways for decision-making and action.

The guideline is focused on the support and care of women and persons with female sexual characteristics.

This group of persons affected by sexualized violence will be referred to in the subsequent guideline as female.

Target areas of care

- Primary medical care
- Specialized care

Target user groups/target audience

This guideline is aimed at the following groups of people:

- Gynecologists in private practice
- Hospital-based gynecologists
- Specialists in forensic medicine

Adoption and period of validity

The validity of this guideline was confirmed by the executive boards/representatives of the participating medical societies, working groups, organizations, and associations as well as the boards of the DGGG and the DGGG Guidelines Commission in December 2025 and was thereby approved in its entirety. This guideline is valid from 1 January 2026 through to 31 December 2028. Because of the contents of this guideline, this period of validity is only an estimate. The guideline can be reviewed and updated

earlier if urgently required. Similarly, if the guideline still reflects the current state of knowledge, its period of validity can be extended.

III Method

Basic principles

The method used to prepare this guideline was determined by the class to which this guideline was assigned. The AWMF Guidance Manual (version 1.0) has set out the respective rules and requirements for different classes of guidelines. Guidelines are differentiated into lowest (S1), intermediate (S2), and highest (S3) class. The lowest class is defined as consisting of a set of recommendations for action compiled by a non-representative group of experts. In 2004, the S2 class was divided into two subclasses: a systematic evidence-based subclass (S2e) and a structural consensus-based subclass (S2k). The highest S3 class combines both approaches.

This guideline was classified as: **S1**

Grading of recommendations

The grading of evidence based on the systematic search, selection, evaluation, and synthesis of an evidence base which is then used to grade the recommendations of the guideline is not envisaged for S1 guidelines. The individual statements and recommendations are only differentiated by syntax, not by symbols (see ▶ **Table 3**):

▶ **Table 3** Grading of recommendations (based on Lomotan et al., Qual Saf Health Care 2010).

Description of binding character	Expression
Strong recommendation with highly binding character	must/must not
Regular recommendation with moderately binding character	should/should not
Open recommendation with limited binding character	may/may not

Statements

Expositions or explanations of specific facts, circumstances, or problems without any direct recommendations for action included in this guideline are referred to as “statements.”

Achieving consensus and level of consensus

At online or consensus conferences (S2k/S3 level), the mandate holders vote on previously formulated draft statements and recommendations. The process is as follows. A recommendation is presented, its contents are discussed, proposed changes are put forward, and all proposed changes are voted on. If a consensus (> 75% of votes) is not achieved, there is another round of discussions, followed by a repeat vote. Finally, the level of consensus is determined, based on the number of participants (see ▶ **Table 4**).

► **Table 4** Level of consensus based on extent of agreement.

Symbol	Level of consensus	Extent of agreement in percent
+++	Strong consensus	> 95% of participants agree
++	Consensus	> 75–95% of participants agree
+	Majority agreement	> 50–75% of participants agree
–	No consensus	< 51% of participants agree

Expert consensus

As the term already indicates, this refers to consensus decisions relating specifically to recommendations/statements issued without a prior systematic search of the literature (S2k) or where evidence is lacking (S2e/S3). The term “expert consensus” (EC) used here is synonymous with terms used in other guidelines such as “good clinical practice” (GCP) or “clinical consensus point” (CCP). The strength of the recommendation is graded as previously described in the chapter *Grading of recommendations* but without the use of symbols; it is only expressed semantically (“must”/“must not” or “should”/“should not” or “may”/“may not”).

IV Guideline

1 Preamble

This guideline focuses on the medical forensic and psychosocial care provided by doctors to women affected by sexualized violence.

In the following, this guideline uses the term “sexualized violence” (and not “sexual violence”) to make it clear that sexual desire is usually not the motivation for using violence. The underlying motivation for sexualized violence is predominantly the need to demonstrate power. Sexual actions are functionalized as a means; they are not the purpose of the use of force.

It is important that the medical staff involved in caring for women after sexualized violence have empathy, experience, expertise, respect, and objectivity.

The aim must be a victim-centered, trauma-informed approach.

A safe and supportive environment must be created when caring for affected women.

It is not the job of the medical staff involved in the care of affected women and the securing of evidence to assess the veracity of statements provided by persons involved about how the events, etc. unfolded; that must be the responsibility of any subsequent preliminary investigation and court proceedings. The credibility of the affected woman/women must not be questioned.

When documenting the evidence, an objective and neutral presentation of the events described is of great importance for subsequent legal proceedings.

Legally affected persons should be referred to as “alleged victims” and offenders as “suspects.” As from a medical perspective, a person reporting sexualized violence is always considered to be

“affected”, this guideline uses the term “affected person(s)/ affected woman(women).”

International publications have stated that the incidence of wrongful reports of being affected by sexualized violence is less than 10%; this incidence is not higher than the incidence of wrongful reports for any other comparable criminal offence [1].

The guideline describes the current state of knowledge and research and therefore, like every guideline, should provide physicians with a scope for decision-making and action.

The guideline authors are well aware of the structural heterogeneity of the Federal Republic of Germany when caring for and examining affected women after sexualized violence.

This guideline focuses on the care and support of women and of persons with female sex characteristics. In the following text, the feminine form is used to describe all persons subjected to sexualized violence.

1.1 Introduction and guideline aim

Rape is the most severe form of sexualized violence. It constitutes a serious violation of human rights and may be associated with profound somatic, psychological, and social consequences for the affected person.

According to the Istanbul Convention, rape is defined as “...non-consensual oral, vaginal or anal penetration of a sexual nature of the body of another person with any bodily part or object...” [2]. According to prevalence studies, 5–6% of all women in Europe will experience rape at least once in their lifetime [3,4]. In Germany, the lifetime prevalence of attempted/completed sexual intercourse against the will of the affected person is reported to be 14.9% among women [5].

In the majority of cases, the perpetrator or suspect is known to the affected person and between 97% and 99% of perpetrators are male [3,4,6,7].

The underlying motivation for sexualized violence is predominantly not sexual desire but the need to demonstrate power and control [8,9]. Sexualized violence serves as a means of demonstrating aggression and asserting dominance [8,9]. According to a representative survey of the German population by the Federal Criminal Police Office, charges against perpetrators are only pressed in 9.5% of cases of sexualized abuse and rape [10]. The experience of serious sexualized violence has both short-term and long-term effects on the physical and psychosocial health of the affected person.

Immediate physical consequences include acute injuries and the risk of contracting a sexually transmissible infection (STI) [11–13]. Unwanted pregnancy is also a possible consequence of sexualized violence [11–13].

Over the longer term, the physical consequences can be diverse and long-lasting. Affected women may suffer from psychosomatic disorders such as chronic lower abdominal pain, headaches, and sleep disorders [14–17]. Other consequences can include dysmenorrhea, dyspareunia, and sexual dysfunction, which affect both physical and psychological health [13,18,19]. Moreover, it has been found that after experiencing sexualized violence, women may be at higher risk of alcohol, tobacco, and drug use [4,9,20].

The psychosocial consequences are also serious. On a psychological level, depression and post-traumatic stress disorders (PTSD) are very common among person affected by sexualized violence [3–5, 11, 17, 21, 22]. The affected women often experience a severely limited quality of life as the trauma impairs their functioning in everyday life [5, 15, 18]. Significant difficulties can also arise in interpersonal relationships, both within the family and in other social contexts. The affected women often feel socially isolated, which further complicates how they can process the experienced trauma [3, 4, 9, 18].

The World Health Organisation (WHO) has emphasized the crucial role of medical care after sexualized violence as a form of early intervention and to help affected persons cope with the experience [9, 23]. Medical care encompasses (depending on the wishes of the persons affected) somatic and psychosocial care as well as the securing of evidence for (possible subsequent) criminal proceedings. Clinically competent and trauma-informed care is experienced by affected persons as supportive and has a positive influence on their individual healing process and the processing of the event [12].

In Germany, there is currently room for improvement with regards to the financing and, in part, also the standardization and establishment of medical forensic care after sexualized violence [24, 25]. With the coming into effect of the Measles Protection Act in 2020, the financing of confidential securing of evidence (*vertrauliche Spurensicherung, VVS*) in Germany by statutory health insurance companies was agreed upon for the first time, which should encourage the establishment of nationwide structures for medical forensic care after sexualized violence [26]. However, the financing of medical care after sexualized violence is currently still not uniformly regulated across Germany.

2 General recommendations on initial care

2.1 Facilities

Recommendation E2.1

Protected rooms which are separate from other hospital operations and are as quiet as possible should be available to care for women after sexualized violence.

Level of consensus: strong consensus

2.2 Training/trauma-informed doctor-patient communication

Recommendation E2.2

The physicians involved in providing care must be trained in the care of women after sexualized violence.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E2.3

The physicians involved in providing care can be especially trained in trauma-informed doctor-patient communication.

Level of consensus: strong consensus

2.3 Specialist medical standards

Recommendation E2.4

The medical forensic examination must be carried out by qualified forensic pathologists and/or gynecological medical staff in accordance with specialist medical standards.

Level of consensus: strong consensus

2.4 Four-eyes principle

Recommendation E2.5

The examination can be carried out by two people.

Level of consensus: strong consensus

2.5 Language mediation, interpretation

Recommendation E2.6

Female interpreters must be available if there is a language barrier.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E2.7

Friends or family members should not act as interpreters.

Level of consensus: strong consensus

2.6 Female staff

Recommendation E2.8

The request of the affected person for their care to be provided by female or male staff should be taken into account where possible.

Level of consensus: strong consensus

2.7 Female third person

Recommendation E2.9

The examination must always be carried out in the presence of a female third party (nurse/female doctor).

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E2.10

The affected person must be enabled to have a trusted person of her choice present when receiving care.

Level of consensus: strong consensus

2.8 Medical emergency

Recommendation E2.11

If the affected person is experiencing an acute medical emergency (e.g., serious injuries, panic attacks, dissociation, intoxication), treatment of the emergency must take priority.

Level of consensus: strong consensus

3 Dealing with affected persons

3.1 Explanation of the care options after sexualized violence

Recommendation E3.1

The different care options (police report, confidential securing of evidence, purely medical care) after sexualized violence must be explained to the affected person.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E3.2

The affected woman must be able to freely choose which type of care she wishes to receive; she must not be pressured to opt for a specific type of care.

Level of consensus: strong consensus

3.2 Control over the care process

Recommendation E3.3

The affected person must be enabled to exert the greatest possible level of control over all stages of her medical care.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E3.4

Any (partial) rejection, interruption or early termination when taking the affected person's medical history must be recorded.

Level of consensus: strong consensus

3.3 Trauma-informed/trauma-sensitive doctor-patient communication

Recommendation E3.5

The concept of trauma-informed doctor-patient communication and care can be used when caring for affected persons.

Level of consensus: strong consensus

3.4 Companions

Recommendation E3.6

The presence of unnecessary persons when taking the woman's medical history and/or during examinations must only be permitted after consulting with the affected person.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E3.7

The names of all persons present when taking the woman's medical history and/or during the examinations must be recorded on the investigation form, and both the affected person and her companion(s) must be informed that all persons present may be called as witnesses in the event of any court proceedings.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E3.8

It is essential to ensure that the companion is not the suspect.

Level of consensus: consensus

Recommendation E3.9

If it becomes apparent when taking the affected woman's medical history or during the examination that her companion is a witness to the crime, this must be documented.

Level of consensus: strong consensus

3.5 First contact

Recommendation E3.10

The affected woman should be treated objectively, impartially and with empathy and it should be made clear that she is being listened to.

Level of consensus: strong consensus

3.6 Explanation of the steps of the investigation

Recommendation E3.11

All steps of the investigation must be explained and must only be carried out with the consent of the affected person.

Level of consensus: strong consensus

3.7 Communication/active listening

Recommendation E3.12

When talking to the affected person, it may be helpful for doctors to apply the concept of active listening.

Level of consensus: strong consensus

4 Forms of care and legal constellations

When caring for persons affected by sexualized violence, various obligations are placed on the investigating doctors which arise from different courses of action.

In addition to providing basic medical care, documenting injuries in a manner that will stand up in court and the securing of evidence are particularly important.

4.1 Reporting a crime without requiring the investigative authorities to carry out an investigation

Recommendation E4.1

The affected person must be informed that the medical staff are bound by confidentiality. Any waiver of confidentiality must be made in writing.

Level of consensus: strong consensus

4.2 Investigation on behalf of law enforcement/investigative authorities (police, public prosecutor's office) or the courts (after prior reporting of a crime)

If an investigation is carried out on behalf of the investigative authorities/the court, then two scenarios are conceivable:

4.2.1 The affected person agrees to the investigation.

Recommendation E4.2

To track the chain of evidence, the documents and/or evidence which were handed over to the police/the forensic medicine department must be recorded.

Level of consensus: strong consensus

4.2.2 The affected person refuses an investigation.

Statement S4.1

The investigative authority must instruct the affected person(s) about an investigation in accordance with Art. 81c StPO [*Strafprozessordnung* = German Code of Criminal Procedure].

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.3

The affected person must be made aware that she can refuse an investigation in accordance with Art. 81c StPO.

Level of consensus: strong consensus

4.2.3 The investigative authorities have commissioned the investigation

Recommendation E4.4

If the investigation has been commissioned by the investigative authorities, all secured evidence (scrapings, smears, blood/urine samples) must be handed over to the police. Additional findings documented in writing must be handed over after obtaining a waiver of confidentiality.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.5

If there are doubts whether further documentation/reports of findings should be handed to the investigative authorities, the investigating doctors must first invoke their duty of confidentiality.

It can then be clarified legally whether and how the investigative authorities should receive these documents/the documented findings.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.6

To ensure that the documented information can be used at later stage for an investigation/in criminal proceedings, care must be taken to ensure that documentation is of a quality that will stand up in court.

Level of consensus: strong consensus

4.3 Confidential securing of evidence

Recommendation E4.7

The offer by the department responsible for the confidential securing of evidence (*vertrauliche Spurensicherung*, VSS) to store the evidence locally must be recommended to the affected person to ensure an unbroken chain of evidence.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.8

Doctors must find out about the status and regulations relating to the confidential securing of evidence (*vertrauliche Spurensicherung*, VSS) in their federal state. If there are, as yet, no regulations pursuant to Art. 132 Book V of the SGB [*Sozialgesetzbuch* = German Social Security Code], the doctors must inquire into the opportunities for cooperation with the nearest institute for forensic medicine.

Level of consensus: strong consensus

4.4 Only medical care

Recommendation E4.9

If no police report has been filed, the affected person should be offered the confidential securing of evidence (*vertrauliche Spurensicherung*, VSS) or she should be referred on to an appropriate institution.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.10

Doctors must inform the affected woman in such a manner that she is aware of the relevance of court-admissible documentation/collection of evidence should she later decide to file a police report.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.11

If the affected person does not wish to have any confidential securing of evidence (VSS), the measures carried out must at least be documented conscientiously and thoroughly.

Level of consensus: strong consensus

4.5 Affected persons incapable of giving consent

Recommendation E4.12

In cases when persons are affected by alcohol/drugs/medication it must be verified whether the person is capable of giving consent.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.13

Measures to collect evidence/investigations must only be carried out with the consent of the affected person.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E4.14

In the event of a long-term impairment of the person's capacity to consent, a decision for or against the securing of evidence and the extent of the collection of evidence must be made on a case-by-case basis in accordance with the presumed will of the affected person.

Level of consensus: strong consensus

4.6 Cognitive and psychological impairments

Recommendation E4.15

When the affected person has recognizable cognitive and/or psychological impairments, a decision must be taken whether the affected woman is capable of giving consent. The reasons for this assumption must be documented; the same applies to the assumption that she is incapable of giving consent.

Level of consensus: strong consensus

Statement S4.2

Determining whether and to what extent the affected person is capable of consenting to medical measures and the securing of evidence herself is subject to medical assessment and must always relate to the specific treatment situation and the specifically intended measure(s).

Statement: strong consensus

Statement S4.3

Even persons under care may, as part of their right to self-determination, decide on medical measures by themselves and without their legal guardians. If the affected person is able to consent it is therefore irrelevant whether she has a legal guardian dealing with her medical care or not.

Statement: strong consensus

Recommendation E4.16

If the affected person cannot (can no longer) consent herself and has a legal guardian to support her healthcare, this guardian must be contacted and involved in the decision about consenting to medical measures. This also applies to the securing of evidence after rape if the affected person is incapable of consenting and has an existing legal guardian for matters relating to public authorities.

Level of consensus: strong consensus

Statement S4.4

Even if the affected person has a legal guardian and is incapable of giving her consent, the affected person remains the person towards whom the medical information is directed; legal guardianship does not mean that information and questions should only be directed at the legal guardian and that only the legal guardian may make the decisions.

Statement: strong consensus

Recommendation E4.17

If, based on a medical assessment, the affected person is incapable of consenting or the medical doubts about her ability to consent are so strong that the affected person's wish for an investigation would otherwise have to be refused, an application for legal guardianship to cover healthcare matters (and possibly administrative matters) should be lodged at the competent local court (guardianship court) if the affected person does not already have a legal guardian and this is required for the specific measures to be taken.

Level of consensus: strong consensus

5 Medical history

5.1 General medical history

Recommendation E5.1

The affected person's general medical history must be taken and must include information about: height and weight, prior disorders, operations, medications.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.2

The affected person's mental state (orientation, consciousness, condition, and emotions) must be recorded and documented as part of the medical history.

Level of consensus: strong consensus

5.2 Gynecological history

Recommendation E5.3

The woman's general gynecological history must be taken.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.4

The woman must be asked when, with whom and how the last consensual and/or non-consensual sexual contact occurred and whether or which type of contraception was used, in particular, whether a condom was used.

Level of consensus: strong consensus

5.1 Infection history

Recommendation E5.5

From an infectious disease perspective, the following information must be collected to estimate the risk of acquiring an STI from the assault or whether there was a STI preexisting:

- Whether the affected woman has injuries or bleeding and, if known, whether the suspect does
- Whether the affected woman has a known prior history of STI and whether the suspect does
- Any STI symptoms present
- The affected woman's vaccination status must be checked (e.g., hepatitis B and tetanus)

Level of consensus: strong consensus

5.2 History relating to the assault

Recommendation E5.6

The course of events must first be freely described by the affected person. Leading questions must be avoided.

Level of consensus: consensus

Recommendation E5.7

The date, time, and place of the assault must be asked.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.8

Questions about the details of the assault must be limited to what is necessary for the investigation, the provision of care, and the securing of evidence.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.9

The affected person must be asked whether the suspect(s) are known to her (e.g., acquaintances or family members).

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.10

The woman must be asked whether, and if so, where (oral, anal, vaginal) and with what (penis, finger, object) penetration occurred and whether, and if so, an ejaculation occurred and whether a condom was used.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.11

The affected person must be asked whether she has in the meantime: cleansed herself and her clothes in any way (incl. wiping), used a tampon/sanitary pad/panty liner or a barrier contraceptive, has urinated/had a bowel movement (especially in the case of vaginal and anal penetration), has eaten or drunk anything, has smoked, brushed her teeth, or used a mouth rinse (in the case of oral penetration).

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.12

It should be asked whether and in which form violence was used and whether weapons or objects, including restraints, were used.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.13

Other possibilities and locations for the transfer of genetic materials should be asked about. This also includes kissing, licking, biting, touching and defensive measures such as scratching. It should also be asked whether and in what form the affected person may have injured the suspect(s) herself.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.14

When describing violence directed against the throat, the symptoms should first be described freely, with a particular emphasis on an associated loss of consciousness, involuntary defecation or urination, difficulty swallowing, sore throat, hoarseness, a foreign body sensation (globus sensation) or visual disturbances.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.15

Questions should be asked about any consumption of alcohol, drugs, medication, and memory loss ("blackout") as an indication of intoxication with substances that affect the central nervous system.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E5.16

Questions should be asked about clothing and any jewelry worn, particularly in the case of extragenital injuries and/or indications of patterned injuries.

Level of consensus: strong consensus

6 Recommendations for forensic medical investigations

Recommendation E6.1

The investigation must be conducted in a timely, systematic, and standardized manner to meet the legal requirements of any (subsequent) investigation proceedings.

Level of consensus: strong consensus

6.1 General requirements for the investigation, securing of evidence and documentation of injuries

The documentation of injuries and securing of evidence that can be used in court are central elements of a forensic medical investigation. The use of standardized evidence collection kits is useful for this [9, 27].

6.2 Bodily examination and documentation of injuries

Recommendation E6.2

A photographic documentation of identified injuries and other findings must be carried out. This should consist of overview images for the reliable identification of the location of the injury and detailed images with a scale.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.3

A description of injuries should include information about the type, shape, size, color and location of the injury. Interpretations should be avoided.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.4

For clarity, all injuries should be outlined on a body diagram which is part of standardized examination forms.

Level of consensus: strong consensus

6.3 Securing of evidence

Recommendation E6.5

The securing of evidence should be based on the specific circumstances of the case (case history).

Level of consensus: strong consensus

6.3.1 Marks on the body

Recommendation E6.6

Potential foreign genetic material should be secured using special self-drying forensic cotton swabs (swabs and abrasions) and by securing clothing and objects that may carry DNA in breathable evidence bags or paper bags.

Level of consensus: strong consensus

6.3.2 Time interval to secure evidence on the body and from the anogenital area

Recommendation E6.7

Molecular genetic evidence should be secured as quickly as possible. Swabs and abrasions should always be taken within 72 hours of the incident regardless of whether the body has been washed; in individual cases this may be done up to 7 days after the incident.

Level of consensus: strong consensus

6.3.3 Clothing and other trace carriers

The clothing worn during the incident as well as any sanitary pads/panty liners/tampons and any condoms that may be present must be secured as possible sources of molecular genetic evidence, especially any ejaculate [9, 28, 30].

6.3.4 Contamination

Recommendation E6.8

Strict hygiene measures must be observed during the examination to avoid contamination with foreign DNA (from the examiner).

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.9

Gloves and a surgical mask must be worn.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.10

If there is a possibility of contamination, gloves should be worn to avoid any transfer of DNA. Any contact between the (gloved) hands or the instruments used for the examination with areas of the body that still need to be swabbed/wiped must be avoided.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.11

If there is no acute need for treatment, the collection of swabs and scrapings should precede any medical care.

Level of consensus: strong consensus

6.4 Gynecological examination

Recommendation E6.12

Individual anatomical structures should be precisely listed using consistent terminology for the anogenital region.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.13

Doctors who are contacted directly by persons affected by sexualized violence and who do not have the necessary expertise should nevertheless provide care to the affected person and arrange for them to be transferred to an institution with the appropriate expertise.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.14

Genital injuries must be documented using the TEARS classification; interpretations of injuries must be avoided.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.15

An examination of the anogenital area using colposcopy should be carried out as part of the examination of any person affected by sexualized violence.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.16

Given the controversial discussions in the literature, the use of toluidine blue samples (Collins test) is not recommended.

Level of consensus: strong consensus

Statement S6.1

The absence of genital injuries is not an argument against the claim that the sexual contact was non-consensual, just as the presence of genital injuries does not invalidate the claim that the sexual contact was consensual.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.17

Documentation of anogenital findings after sexualized violence must at least include their description and a schematic drawing. If the affected person consents, photographic documentation of anogenital findings should be carried out (close-up photographs, if possible, which permit the injuries to be assigned to specific anatomical areas, no overview photography).

Level of consensus: strong consensus

6.5 Carrying out the gynecological examination

Recommendation E6.18

The examination of the anogenital area of a person affected by sexualized violence must be carried out in the lithotomy position; if only the anal region is examined, inspection may be carried out with the patient in the lateral position with flexed legs.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.19

Potentially present pubic hairs can be combed out using a DNA-free comb and the obtained material should be collected and stored together with the comb in a paper bag/evidence bag. Pubic hairs which are stuck together should be cut off and also secured as evidence.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.20

After the evidence from the external genitalia has been secured, the next step is to inspect the vulva and its different anatomical structures. It is important to focus on any changes as listed in the TEARS classification. A moistened cotton swab should be used to additionally wipe around the edge of the hymen.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.21

When taking a vaginal swab, either with or without a speculum, it is important to ensure that no external traces are spread to the inside of the vagina.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.22

Depending on the type of penetration (vaginal/anal), swabs/scrapings should be taken from the following locations of the anogenital area using self-drying swabs:

Visible traces (e.g., dried secretions, saliva, traces of semen)

1× external genitalia

1× inside of the labia minora to the hymen

1× vagina

1× uterine cervix (if a speculum is used for the examination)

1× peri-anal/anal region

1× rectum

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.23

The decision to use a speculum for the gynecological examination must be done on a case-by-case basis and must depend on the account of the assault and the clinical symptoms. Using a speculum during the examination may be helpful to secure evidence and discover possible injuries and foreign bodies.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.24

Whether or not to use a speculum for the examination, which of course can only be done with the consent of the affected person, must be discussed in detail with the affected person.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E6.25

No wet mount smears to provide evidence of spermatozoa should be taken as it is important to ensure that sufficient material is available for any subsequent trace analysis.

Level of consensus: strong consensus

6.6 Recommendations for the affected person

Recommendation E6.26

If there is a prior contact with the affected person(s) (e.g., telephone contact), they should be instructed not to clean their body or change their clothes prior to the medical forensic examination. If oral penetration occurred, the affected person(s) should be told to avoid eating, drinking, cleaning their teeth, rinsing their mouth, and smoking until the examination has been carried out.

Level of consensus: strong consensus

6.7 Taking blood and urine samples

Recommendation E6.27

Blood and urine samples must be taken and stored as quickly as possible after the assault if there is a suspicion that intoxicating substances may have been involved (at the latest within 72 hours of the assault).

Level of consensus: strong consensus

6.8 Handling and storage of evidence

Recommendation E6.28

Blood and urine samples must be stored in a refrigerator until they can be forwarded.

Level of consensus: strong consensus

7 Medical care

7.1 Documentation sheets

Recommendation E7.1

The medical history, findings, and all evidence secured must be taken and collected using standardized documentation forms.

Level of consensus: strong consensus

7.2 Physical examination

Recommendation E7.2

Physical injuries should be properly identified, documented, and cared for; specialists from other medical disciplines may be called in for consultation.

Level of consensus: strong consensus

7.3 Tetanus vaccination

Recommendation E7.3

The woman's tetanus vaccination status must be recorded as part of her medical history.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E7.4

If genital or extragenital findings are identified during the examination, combined passive/active immunization with a tetanus vaccine should be administered in the absence of any vaccination protection or if the status of the woman's vaccination protection is unknown or insufficient.

Level of consensus: strong consensus

7.4 Choking/strangulation

Recommendation E7.5

An ENT examination should be arranged if there are indications of violence directed against the neck area (choking/strangulation), possibly accompanied by imaging (CT/MRI of the neck/throat).

Level of consensus: strong consensus

7.5 Emergency contraception/pregnancy test

Recommendation E7.6

If indicated, the affected woman must be offered emergency contraception.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E7.7

A pregnancy test must be carried out before administering emergency contraception.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E7.8

Irrespective of any emergency contraception, the affected person may be offered a pregnancy test to identify the status quo or if she requests it.

Level of consensus: strong consensus

8 Sexually transmissible infections

8.1 Screening for sexually transmissible infections

Recommendation E8.1

Persons affected by sexualized violence must be offered STI screening to diagnose any preexisting infections or infections transferred during the assault.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.2

STI screening should have a starting point (“zero status”) and include follow-up examinations as listed in the framework below.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.3

STI screening should be carried out to test for the following types of infection: HIV, hepatitis B, hepatitis C, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* and *Trichomonas vaginalis*.

Level of consensus: strong consensus

8.2 Bodily samples

Recommendation E8.4

Blood samples should be taken for serological testing to screen for HIV, hepatitis B, hepatitis C and *Treponema pallidum*.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.5

Swabs of the location(s) of the attempted or perpetrated penetration(s) should be taken to screen for *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* and *Trichomonas vaginalis*.

Level of consensus: strong consensus

8.3 Exposure prophylaxis

8.3.1 Antibiotic prophylaxis against bacterial STIs

Recommendation E8.6

No post-exposure antibiotic prophylaxis to prevent bacterial STIs should be administered.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.7

If the perpetrator has a known active bacterial STI, targeted post-exposure prophylactic antibiotic therapy should be administered in accordance with the currently relevant guideline recommendations on infection.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.8

If there is strong wish on the part of the affected person for post-exposure prophylactic administration of antibiotics, a prophylactic administration of a one-time dose (ceftriaxone [1 g IV or IM] plus azithromycin [1.5 g orally]; possibly metronidazole [2 g orally] within 24 hours or maximally within 72 hours after exposure) may be considered.

Level of consensus: consensus

Recommendation E8.9

If an STI has been confirmed during initial screening or at follow-up examinations, it must be treated in accordance with the currently applicable guideline recommendations.

Level of consensus: strong consensus

8.4 Hepatitis B

Recommendation E8.10

The hepatitis B vaccination status of the affected person should be determined.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.11

The HBs antibody titer (HBsAb titer) must be determined if the vaccination status is unknown or if the recorded vaccination was with an unknown HBsAb titer.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.12

If no basic immunization against hepatitis B was administered at the time of presentation, the HBsAb titer is < 100 IU/l or cannot be determined within 48 hours, active vaccination with the HBs antigen vaccine should be carried out within 48 hours after the assault.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.13

If the HBsAb titer was not at least 100 IU/l earlier on, the alleged perpetrator is hepatitis B-positive, and the assault occurred less than seven days previously, then HB immunoglobulin should be administered.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.14

If basic immunization against hepatitis B is initiated as part of medical care after sexualized violence, information should be provided about the necessary follow-up vaccinations.

Level of consensus: strong consensus

8.5 HIV

Recommendation E8.15

The affected person(s) must be advised about HIV post-exposure prophylaxis (HIV PEP).

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.16

HIV PEP should be offered after unprotected anal or vaginal penetration.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.17

No HIV PEP should be offered if penetration was only oral.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E8.18

HIV PEP must be initiated immediately, at the latest within 72 hours of the assault, and should not be delayed by waiting for laboratory results.

Level of consensus: strong consensus

8.6 Follow-up checks

Recommendation E8.19

The following follow-up examinations must be carried out:

Time since first presentation	Recommended examinations	Investigated sample
2 weeks	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> and <i>Mycoplasma genitalium</i>	Swab of the location of the successful/attempted penetration (alternative: first urine)
6 weeks	HIV, hepatitis B (if there is no immune protection), hepatitis C and <i>Treponema pallidum</i>	Serum
12 weeks	HIV, hepatitis B (if there is no immune protection), hepatitis C and <i>Treponema pallidum</i>	Serum
24 weeks	Hepatitis C	Serum

Level of consensus: strong consensus

When diagnosing a bacterial STI, the currently relevant AMWF guideline on the treatment of sexually transmissible infections applies.

9 Psychological and psychosocial care

Recommendation E9.1

The basic attitude of caregivers providing psychosocial care to persons affected by sexualized violence should be directed towards conveying reassurance and offering a hopeful future-oriented perspective, strengthening the woman's confidence in her own ability to act, and promoting social contacts.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E9.2

Outpatient follow-up in the first few weeks after the assault should be recommended to all affected women, but especially to those with pronounced psychological symptoms.

Level of consensus: strong consensus

9.1 Self-endangerment and self-harming behavior

Recommendation E9.3

Self-endangerment should be investigated.

Level of consensus: consensus

Recommendation E9.4

A psychiatric examination should be carried out if there is a risk of self-harm and the patient should be admitted to hospital, if necessary.

Level of consensus: consensus

9.2 Risk factors

Recommendation E9.5

Outpatient follow-up should be recommended in the first few weeks after the assault, especially for affected women who have risk factors for developing long-term psychological symptoms (= the suspect is a current or former intimate partner, the woman has a preexisting mental illness, a prior history of rape, no social support).

Level of consensus: strong consensus

9.3 Familial and social support

Recommendation E9.6

As part of outpatient care, short-term relief of the affected woman should be supported and resources for this should be discussed, e.g., support by the affected woman's social environment.

Level of consensus: strong consensus

9.4 Assessment of risk

Recommendation E9.7

The (acute) danger to the affected person posed by third parties should be clarified and the options to protect the affected person should be explored; care should be taken to discharge the affected woman into a safe environment.

Level of consensus: strong consensus

9.5 Information material

Recommendation E9.8

The affected woman should be offered written information on specialized counseling centers, women's shelters, trauma clinics, trauma-focused psychotherapy, and other points of contact.

Level of consensus: strong consensus

9.6 Psychoeducation

Recommendation E9.9

The affected woman can be informed about common, typically occurring psychological reactions in an easily understandable, concise, and non-written form so that she will be able to classify these as understandable reactions, a depathologizing effect can occur, and the woman can seek help if symptoms persist.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E9.10

Behavioral recommendations (balanced sleep patterns, healthy meals, moderate physical activity, attempts to maintain normal daily routines, spending time with other people) and information about positive coping strategies (conversations with caregivers, relaxation exercises, professional support) should be discussed with the affected woman and should be provided to her in writing if necessary.

Level of consensus: strong consensus

9.7 Information about “the right to social compensation”

Recommendation E9.11

The affected woman should be informed about her right to obtain support and compensation in accordance with the right to social compensation under German law, this duty of information may also be delegated to a counseling center.

Level of consensus: strong consensus

9.8 Information for the affected woman

Sexualized violence is a potentially traumatizing event that can have negative consequences for the somatic and psychological health of affected women. Acute and, in some cases, also long-term psychological care and treatment is therefore necessary [23].

9.9 Benzodiazepines

Recommendation E9.12

Affected women must not be prescribed benzodiazepines.

Level of consensus: strong consensus

10 Aftercare

10.1 Importance of aftercare and follow-up examinations

Recommendation E10.1

Physical and psychological symptoms after experiencing sexualized violence (especially sleep disturbances, emotional numbness, intrusive and distressing thoughts about the event, overwhelming feelings, despair, dissociative symptoms) should be enquired about and, if necessary, the affected person should be referred on to the appropriate care facilities (e.g., specialist counseling center or trauma clinic or [possibly trauma-focused] psychotherapy).

Level of consensus: strong consensus

10.2 Psychological aftercare

Persons affected by sexualized violence have a significantly higher risk of developing mental disorders. The effectivity of early psychotherapeutic interventions has not yet been conclusively proven and is sometimes contradictory [32–34]. Given that improvement at first is rapid but slows down after three months, it makes sense to monitor progress regularly and assess the mental health of the affected woman at this stage (“watchful waiting”) [29, 31]. The use of appropriate questionnaires to assess mental health can be used to identify the need for treatment.

10.3 Check-ups for infectious diseases

Recommendation E10.2

The importance of follow-up checks should be explained and the affected person should be supported to attend them.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E10.3

Follow-up checks should be carried out in accordance with the currently applicable recommendations on infectious diseases.

Level of consensus: strong consensus

10.3.1 Follow-up care appointments

Recommendation E10.4

Affected persons should be recommended to have follow-up care.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E10.5

Follow-up care should include follow-up examinations for infectious disease(s) and psychosocial follow-up care as well as the offer of a check-up to review any injuries sustained.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E10.6

A pregnancy test should be offered.

Level of consensus: strong consensus

Recommendation E10.7

The affected woman should be provided with a medical report which includes information on the examinations and treatments that were carried out and those recommended as part of her follow-up care.

Level of consensus: strong consensus

Conflict of Interest

The conflicts of interests of all the authors are listed in the long German-language version of the guideline.

Deutsche Version

I Leitlinieninformationen

Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG

Informationen hierzu finden Sie am Ende der Leitlinie.

Zitierweise

Recommendations for the Care and Support of Women Affected by Sexual Violence. Guideline of the DGGG (S1-Level, AWMF Registry No. 015/097, December 2025, Version 1.0). Geburtsh Frauenheilk 2026. DOI: 10.1055/a-2797-1610

Leitliniendokumente

Die vollständige deutsche Langfassung dieser Leitlinien sowie eine Aufstellung der Interessenkonflikte aller Autoren befinden sich auf der Homepage der AWMF:

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

Leitliniengruppe

Siehe ▶ **Tab. 1** und **2**.

▶ **Tab. 1** Federführender und koordinierender Leitlinienautor und stellvertretende Koordinatorin.

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

Die folgenden Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften/Organisationen/Vereine haben Interesse an der Mitwirkung bei der Erstellung des Leitlinientextes bekundet und Vertreter dafür benannt (▶ **Tab. 2**).

▶ **Tab. 2** Beteiligte Leitlinienautoren/-innen.

Autor bzw. Autorin, Mandatsträgerinnen bzw. Mandatsträger	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/Organisation/Verein
Nicole Balint	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Prof. Dr. med. Matthias David	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
Dr. med. Lina Fryszler	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Univ.-Prof. Dr. med. Tanja Germerott	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

▶ **Tab. 2** Beteiligte Leitlinienautoren/-innen. (Fortsetzung)

Autor bzw. Autorin, Mandatsträgerinnen bzw. Mandatsträger	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/Organisation/Verein
Dr. med. Christine Hirchenhain	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
Paulo Roberto Sokoll, MPH	Deutsche STI-Gesellschaft – Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (DSTIG)
Dr. med. Anne Tank	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
Dr. med. Axel Valet	Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Angela Wagner	Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) e. V.
Dr. med. Cleo Walz	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
Dr. med. Nadine Wilke-Schalhorst	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Verwendete Abkürzungen

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CT	Computertomografie
DNA/DNS	Desoxyribonukleinsäure
HBs-Ag-Impfstoff	Hepatitis-B-Virus-Antigen-Impfstoff
HBs-AK-Titer	Antikörper-Titer gegen Hepatitis B-Virus-Surface-Antigen
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
HIV-PEP	HIV-Postexpositionsprophylaxe
I. E.	internationale Einheiten
i. v.	intravenös
i. m.	intramuskulär
MRT	Magnetresonanztomografie
PEP	Postexpositionsprophylaxe
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
STI	sexuell übertragbare Infektionen (engl. Sexually Transmitted Infections)
TEARS	Riss, Hämatom, Schürfung, Rötung, Schwellung (engl. Tear, Ecchymosis, Abrasion, Redness, Swelling)
VSS	vertrauliche Spurensicherung
WHO	World Health Organization

II Leitlinienverwendung

Fragestellung und Ziele

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

Die Leitlinie befasst sich mit der Betreuung und Versorgung von Frauen sowie von Personen mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen.

Im Folgenden wird die weibliche Sprachform für alle betroffenen Personen von sexualisierter Gewalt genutzt.

Versorgungsbereich

- primärärztliche Versorgung
- spezialisierte Versorgung

Anwenderzielgruppe/Adressaten

Diese Leitlinie richtet sich an folgende Personenkreise:

- Gynäkologinnen/Gynäkologe in der Niederlassung
- Gynäkologinnen/Gynäkologe mit Klinikstellung
- Rechtsmedizinerinnen/Rechtsmediziner

Verabschiedung und Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wurde durch die Vorstände/Verantwortlichen der beteiligten Fachgesellschaften/Arbeitsgemeinschaften/Organisationen/Vereine sowie durch den Vorstand der DGGG und der DGGG-Leitlinienkommission im Dezember 2025 bestätigt und damit in seinem gesamten Inhalt genehmigt. Diese Leitlinie besitzt eine Gültigkeitsdauer von 01.01.2026 bis 31.12.2028. Diese Dauer ist aufgrund der inhaltlichen Zusammenhänge geschätzt. Bei dringendem Bedarf kann eine Leitlinie früher aktualisiert werden, bei weiterhin aktuellem Wissensstand kann ebenso die Dauer verlängert werden.

III Methodik

Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie wird durch die Vergabe der Stufenklassifikation vorgegeben. Das AWMF-Regelwerk (Version 1.0) gibt entsprechende Regelungen vor. Es wird zwischen der niedrigsten Stufe (S1), der mittleren Stufe (S2) und der höchsten Stufe (S3) unterschieden. Die niedrigste Klasse definiert sich durch eine Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen, erstellt durch eine nicht repräsentative Expertengruppe. Im Jahr 2004 wurde die Stufe S2 in die systematische evidenzrecherchebasierte (S2e) oder strukturelle konsensbasierte Unterstufe (S2k) gegliedert. In der höchsten Stufe S3 vereinigen sich beide Verfahren.

Diese Leitlinie entspricht der Stufe: **S1**

Empfehlungsgraduierung

Die Evidenzgraduierung nach systematischer Recherche, Selektion, Bewertung und Synthese der Evidenzgrundlage und eine

daraus resultierende Empfehlungsgraduierung einer Leitlinie auf S1-Niveau ist nicht vorgesehen. Es werden die einzelnen Statements und Empfehlungen nur sprachlich – nicht symbolisch – unterschieden (siehe ► **Tab. 3**):

► **Tab. 3** Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig).

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	soll/soll nicht
einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	sollte/sollte nicht
offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	kann/kann nicht

Statements

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

Konsensusfindung und Konsensusstärke

Die Mandatsträgerinnen und Mandatsträger stimmen bei Online- oder Präsenzsitzungen über die zuvor erarbeiteten, ausformulierten Statements und Empfehlungen ab. Der Ablauf war wie folgt: Vorstellung der Empfehlung, inhaltliche Nachfragen, Vorbringen von Änderungsvorschlägen, Abstimmung aller Änderungsvorschläge. Bei Nichterreichen eines Konsensus (> 75 % der Stimmen) Diskussion und erneute Abstimmung. Abschließend wird abhängig von der Anzahl der Teilnehmer die Stärke des Konsensus ermittelt (siehe ► **Tab. 4**).

► **Tab. 4** Einteilung zur Zustimmung der Konsensusbildung.

Symbolik	Konsensusstärke	prozentuale Übereinstimmung
+++	starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75–95 % der Teilnehmer
+	mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50–75 % der Teilnehmer
–	kein Konsens	Zustimmung von < 51 % der Teilnehmer

Expertenkonsens

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

IV Leitlinie

1 Präambel

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

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

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

Es ist ein betroffenenzentrierter, traumainformierter Ansatz anzustreben.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Einleitung und Ziel der Leitlinie

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

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

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

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

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

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

Die psychosozialen Folgen sind ebenfalls gravierend. Auf der psychischen Ebene sind Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bei Betroffenen sexualisierter Gewalt weit verbreitet [3–5,11,17,21,22]. Die Betroffenen erleben oft eine stark eingeschränkte Lebensqualität, da das Trauma ihre alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigt [5,15,18]. Es können zudem erhebliche Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten, sowohl im familiären als auch im sonstigen sozialen Kontext. Die Betroffenen fühlen sich häufig sozial isoliert, was die Verarbeitung des erlebten Traumas zusätzlich erschwert [3,4,9,18].

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die entscheidende Rolle der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt als Frühintervention und zur Bewältigung dieser Erfahrung betont [9,23]. Sie beinhaltet (je nach Wunsch der Betroffenen) die somatische und psychosoziale Versorgung sowie die Sicherung von Beweismaterialien für (ggf. spätere) Strafverfahren. Eine klinisch kompetente und traumainformierte Versorgung wird von den Betroffenen als Unterstützung erlebt und beeinflusst deren individuellen Heilungs- und Verarbeitungsprozess positiv [12].

Bezüglich der Finanzierung sowie teils auch der Standardisierung und Etablierung der medizinisch-forensischen Versorgung

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

2 Allgemeine Empfehlungen zur Erstversorgung

2.1 Räumlichkeiten

Empfehlung E2.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.2 Schulung/traumainformierte Gesprächsführung

Empfehlung E2.2

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E2.3

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.3 Fachärztlicher Standard

Empfehlung E2.4

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.4 Vier-Augen-Prinzip

Empfehlung E2.5

Die Untersuchung kann von 2 Personen durchgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

2.5 Sprachmittlung, Dolmetschen

Empfehlung E2.6

Bei Vorliegen einer Sprachbarriere sollen Dolmetscherinnen zur Verfügung gestellt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E2.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.6 Weibliches Personal

Empfehlung E2.8

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.7 Weibliche Drittperson

Empfehlung E2.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E2.10

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

Konsensusgrad: starker Konsens

2.8 Medizinischer Notfall

Empfehlung E2.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3 Umgang mit den Betroffenen

3.1 Erläuterung der Versorgungsoptionen nach sexualisierter Gewalt

Empfehlung E3.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E3.2

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.2 Kontrolle über den Versorgungsprozess

Empfehlung E3.3

Betroffenen soll größtmögliche Kontrolle über den Versorgungsprozess ermöglicht werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E3.4

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.3 Traumainformierte/-sensible Gesprächsführung

Empfehlung E3.5

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.4 Begleitpersonen

Empfehlung E3.6

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E3.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E3.8

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

Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E3.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.5 Erstkontakt

Empfehlung E3.10

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.6 Erklärung der Untersuchungsschritte

Empfehlung E3.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

3.7 Kommunikation/aktives Zuhören

Empfehlung E3.12

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4 Versorgungsformen und rechtliche Konstellationen

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

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

4.1 Anzeigerstattung ohne ermittelungsbehördlichen Untersuchungsauftrag

Empfehlung E4.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

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

Erfolgt die Untersuchung im Auftrag der Ermittlungsbehörden/ des Gerichts, dann sind 2 Konstellationen denkbar:

4.2.1 Die Betroffene stimmt der Untersuchung zu.

Empfehlung E4.2

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.2.2 Die Betroffene lehnt die Untersuchung ab.

Statement S4.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.3

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.2.3 Ermittlungsbehörden als Auftraggeber der Untersuchung

Empfehlung E4.4

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.5

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

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.6

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.3 Vertrauliche Spurensicherung

Empfehlung E4.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.8

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.4 Ausschließlich medizinische Versorgung

Empfehlung E4.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.10

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.5 Nicht einwilligungsfähige Betroffene

Empfehlung E4.12

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.13

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E4.14

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

Konsensusgrad: starker Konsens

4.6 Kognitive und psychische Beeinträchtigung

Empfehlung E4.15

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Statement S4.2

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

Statement: starker Konsens

Statement S4.3

Auch betreute Menschen dürfen grundsätzlich als Teil ihres Selbstbestimmungsrechts alleine und ohne ihre rechtliche Betreuung über medizinische Maßnahmen entscheiden. Ob die Betroffene eine rechtliche Betreuung für den Bereich der Gesundheitsversorgung hat, ist daher bei Personen, die einwilligungsfähig sind, nicht relevant.

Statement: starker Konsens

Empfehlung E4.16

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Statement S4.4

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

Statement: starker Konsens

Empfehlung E4.17

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

Konsensusgrad: starker Konsens

5 Anamneseerhebung

5.1 Allgemeine Anamnese

Empfehlung E5.1

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.2

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

Konsensstärke: starker Konsens

5.2 Gynäkologische Anamnese

Empfehlung E5.3

Eine allgemeine gynäkologische Anamnese soll erhoben werden.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.4

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

Konsensstärke: starker Konsens

5.1 Infektiologische Anamnese

Empfehlung E5.5

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

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

Konsensstärke: starker Konsens

5.2 Die Tat betreffende Anamnese

Empfehlung E5.6

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

Konsensstärke: Konsens

Empfehlung E5.7

Datum, Uhrzeit und Ort des Übergriffs sollen erfragt werden.

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.8

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.9

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.10

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.11

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.12

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.13

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.14

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.15

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

Konsensstärke: starker Konsens

Empfehlung E5.16

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

Konsensstärke: starker Konsens

6 Empfehlungen zur medizinisch-forensischen Untersuchung

Empfehlung E6.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.1 Allgemeine Anforderungen an die Untersuchung, Spurensicherung und Verletzungsdokumentation

Die gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sind die zentralen Bestandteile der medizinisch-forensischen Untersuchung. Eine Verwendung standardisierter Spurensicherungskits ist dabei hilfreich [9, 27].

6.2 Körperliche Untersuchung und Verletzungsdokumentation

Empfehlung E6.2

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.3

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.4

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3 Spurensicherung

Empfehlung E6.5

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3.1 Spuren am Körper

Empfehlung E6.6

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3.2 Zeitintervall für eine Spurensicherung am Körper und anogenital

Empfehlung E6.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.3.3 Kleidung und andere Spurenträger

Die bei dem Vorfall getragene Kleidung sowie Binden/Vorlagen/Tamppons oder eventuell vorhandene Kondome sind als mögliche molekulargenetische Spurenträger insbesondere von Ejakulat zu sichern [9, 28, 30].

6.3.4 Kontamination

Empfehlung E6.8

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.10

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.4 Gynäkologische Untersuchung

Empfehlung E6.12

Die einzelnen anatomischen Strukturen sollen mit einer konsistenten Terminologie des Anogenitalbereiches genau aufgeführt werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.13

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.14

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.15

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.16

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Statement S6.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.17

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.5 Durchführung der gynäkologischen Untersuchung

Empfehlung E6.18

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.19

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.20

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.21

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.22

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

- 1× äußeres Genital
- 1× Innenseite der Labia minora bis zum Hymen
- 1× Vagina
- 1× Cervix uteri (wenn Speculumuntersuchung)
- 1× perianal/anal
- 1× Rektum

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.23

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.24

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E6.25

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.6 Empfehlungen für die Betroffene**Empfehlung E6.26**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.7 Entnahme von Blut und Urin**Empfehlung E6.27**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

6.8 Umgang mit den Asservaten und Lagerung der Asservate**Empfehlung E6.28**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

7 Medizinische Versorgung**7.1 Dokumentationsbogen****Empfehlung E7.1**

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

Konsensusstärke: starker Konsens

7.2 Körperliche Untersuchung**Empfehlung E7.2**

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

Konsensusstärke starker Konsens

7.3 Tetanus-Impfung**Empfehlung E7.3**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E7.4

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

Konsensusgrad: starker Konsens

7.4 Würgen/Drosseln**Empfehlung E7.5**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

7.5 Notfallkontrazeption/Schwangerschaftstest**Empfehlung E7.6**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E7.7

Vor Anwendung einer Notfallkontrazeption soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Konsensusgrade: starker Konsens

Empfehlung E7.8

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

Konsensusgrad: starker Konsens

8 Sexuell übertragbare Infektionen**8.1 Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen****Empfehlung E8.1**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.2

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

Empfehlungsgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.3

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

Konsensusgrad: starker Konsens

8.2 Untersuchungsmaterial**Empfehlung E8.4**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.5

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

Konsensusgrad: starker Konsens

8.3 Expositionsprophylaxe**8.3.1 Antibiotikaprophylaxe gegen bakterielle STI****Empfehlung E8.6**

Eine postexpositionelle Antibiotikaverabreichung zur Prävention bakterieller STI sollte nicht erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.8

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

Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E8.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

8.4 Hepatitis B**Empfehlung E8.10**

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.12
Falls zum Vorstellungszeitpunkt keine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B erfolgt ist, der HBs-AK-Titer < 100 IE/l liegt oder dieser nicht innerhalb von 48 Stunden zu bestimmen ist, soll eine aktive Impfung mit HBs-Antigen-Impfstoff innerhalb von 48 Stunden nach dem Übergreif erfolgen.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.13
Falls der HBs-AK-Titer zu einem früheren Zeitpunkt nicht mind. 100 IE/l war, der Tatverdächtige Hepatitis B-positiv ist und der Übergreif weniger als 7 Tage zurückliegt, sollte die Gabe von HB-Immunglobulin erfolgen.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.14
Falls die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B im Rahmen der Versorgung nach sexualisierter Gewalt begonnen wird, soll über erforderliche Folgeimpfungen aufgeklärt werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

8.5 HIV

Empfehlung E8.15
Betroffene sollen zur HIV-PEP beraten werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.16
Eine HIV-PEP soll nach ungeschützter analer oder vaginaler Penetration angeboten werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.17
Bei ausschließlich oraler Penetration soll keine HIV-PEP angeboten werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E8.18
Eine HIV-PEP soll unverzüglich, spätestens innerhalb von 72 Stunden, nach dem Übergreif begonnen und soll nicht durch Abwarten von Laborergebnissen verzögert werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

8.6 Verlaufskontrollen

Empfehlung E8.19		
Die folgenden Kontrolluntersuchungen sollen durchgeführt werden:		
Zeitintervall nach der Erstvorstellung	empfohlene Untersuchungen	Untersuchungsmaterial
2 Wochen	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> und <i>Mykoplasma genitalium</i>	Abstrich der Stelle der erfolgten/versuchten Penetration (Alternative: Erststrahlurin)
6 Wochen	HIV, Hepatitis B (wenn Immunschutz nicht vorhanden ist), Hepatitis C und <i>Treponema pallidum</i>	Serum
12 Wochen	HIV, Hepatitis B (wenn Immunschutz nicht vorhanden ist), Hepatitis C und <i>Treponema pallidum</i>	Serum
24 Wochen	Hepatitis C	Serum
Konsensusgrad: starker Konsens		

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

9 Psychische und psychosoziale Versorgung

Empfehlung E9.1
In der psychosozialen Versorgung Betroffener von sexualisierter Gewalt soll die Grundhaltung der Versorgenden darauf ausgerichtet sein, Beruhigung und eine hoffnungsvolle, zukunftsorientierte Perspektive zu vermitteln, das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu stärken und soziale Kontakte zu fördern.
Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E9.2
Bei allen, insbesondere aber bei Betroffenen mit ausgeprägter psychischer Symptomatik, sollte eine ambulante Verlaufsbeobachtung in den ersten Wochen nach dem Übergreif empfohlen werden.
Konsensusgrad: starker Konsens

9.1 Selbstgefährdung und selbstschädigendes Verhalten

Empfehlung E9.3
Selbstgefährdung soll eruiert werden.
Konsensusgrad: Konsens

Empfehlung E9.4

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

Konsensusgrad: Konsens

9.2 Risikofaktoren

Empfehlung E9.5

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.3 Familiär-soziale Unterstützung

Empfehlung E9.6

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.4 Gefährdungsabschätzung

Empfehlung E9.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.5 Informationsmaterial

Empfehlung E9.8

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.6 Psychoedukation

Empfehlung E9.9

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E9.10

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.7 Aufklärung über „Soziales Entschädigungsrecht“

Empfehlung E9.11

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

Konsensusgrad: starker Konsens

9.8 Informationen für die Betroffene

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

9.9 Benzodiazepine

Empfehlung E9.12

Den betroffenen Frauen sollen keine Benzodiazepine verordnet werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

10 Nachbetreuung

10.1 Bedeutung von Nachsorge und Kontrolluntersuchungen

Empfehlung E10.1

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

Konsensusgrad: starker Konsens

10.2 Psychische Nachbetreuung

Betroffene sexualisierter Gewalt haben ein deutlich erhöhtes Risiko, psychische Erkrankungen zu entwickeln. Die Effektivität frühzeitiger psychotherapeutischer Interventionen ist bisher nicht abschließend geklärt und mitunter widersprüchlich [32–34]. Vor dem Hintergrund der zunächst zwar raschen, nach 3 Monaten jedoch nur noch langsam fortschreitenden Besserung sind regelmäßige Verlaufsbeobachtungen mit Einschätzung des psy-

chischen Gesundheitszustandes der Betroffenen zu dieser Zeit sinnvoll (sog. „watchful waiting“) [29,31]. Zur Identifizierung eines etwaigen Behandlungsbedarfes ist die Einschätzung durch die Verwendung geeigneter Fragebögen möglich.

10.3 Infektiologische Kontrolluntersuchungen

Empfehlung E10.2

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E10.3

Die Verlaufskontrollen sollen gemäß den aktuell geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Konsensusgrad: starker Konsens

10.3.1 Nachbetreuungstermine

Empfehlung E10.4

Betroffenen soll eine Nachbetreuung empfohlen werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E10.5

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E10.6

Die Durchführung eines Schwangerschaftstests soll angeboten werden.

Konsensusgrad: starker Konsens

Empfehlung E10.7

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

Konsensusgrad: starker Konsens

Interessenkonflikt

Die Interessenkonflikte der Autorinnen/Autoren sind in der Langfassung der Leitlinie aufgelistet.

References

- [1] Gysi J, Rüegger P. Handbuch sexualisierte Gewalt: Therapie, Prävention und Strafverfolgung. 1. Aufl. Bern: Hogrefe; 2018
- [2] Council of Europe. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. In: Council of Europe Treaty Series No. 210. 11.5.2011. Online (Stand: 26.2.2026): <https://rm.coe.int/1680462535>
- [3] Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen; 2014
- [4] Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); 2004
- [5] Brunner F, Tozdan S, Klein V et al. [Lifetime prevalences of nonconsensual sexual intercourse and touch and associations with health-related factors: Results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2021; 64: 1339–1354
- [6] Breiding MJ. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. American Journal of Public Health 2015; 105: e11–e12
- [7] Walby S, Allen J. Domestic Violence, sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey. London: Home Office; 2004
- [8] Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL et al. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083–1088
- [9] World Health Organization (WHO). Guidelines for medico-legal Care for Victims of sexual Violence. Geneva: World Health Organization; 2003
- [10] Birkel C, Church D, Erdmann A, Hager A, Leitgöb-Guzy N. Sicherheit und Kriminalität in Deutschland – SKiD 2020. Bundesweite Kernbefunde des Viktimisierungssurvey des Bundeskriminalamts und der Polizeien der Länder. Wiesbaden: Bundeskriminalamt; 2022
- [11] García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N; World Health Organization; London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council. Global and regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of intimate Partner Violence and Non-partner sexual Violence. Geneva: World Health Organization; 2013
- [12] Jina R, Jewkes R, Munjanja SP et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Int J Gynaecol Obstet 2010; 109: 85–92
- [13] Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27: 15–26
- [14] Basile KC, Smith SG, Chen J et al. Chronic Diseases, Health Conditions, and Other Impacts Associated With Rape Victimization of U.S. Women. J Interpers Violence 2021; 36: NP12504–NP12520
- [15] Hilden M, Schei B, Swahnberg K et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. BJOG 2004; 111: 1121–1127
- [16] Paras ML, Murad MH, Chen LP et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009; 302: 550–561
- [17] Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC et al. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: results of a prospective longitudinal study. Eur J Pain 2014; 18: 559–566
- [18] Carreiro AV, Micelli LP, Sousa MH et al. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. Int J Gynaecol Obstet 2016; 134: 260–263

- [19] Hassam T, Kelso E, Chowdary P et al. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 255: 222–230
- [20] Brooker C, Tocque K. Mental health risk factors in sexual assault: What should Sexual Assault Referral Centre staff be aware of? *J Forensic Leg Med* 2016; 40: 28–33
- [21] Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2001; 31: 1237–1247
- [22] Dworkin ER. Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2020; 21: 1011–1028
- [23] World Health Organization (WHO). Responding to intimate Partner Violence and sexual Violence against Women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013
- [24] Fischer L. Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland. Mannheim, Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2020
- [25] Haneck S, Hahn D. Gesundheitsversorgung für Frauen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt am Beispiel des Landes Hessen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2022; 18: 447–453
- [26] Ausschuss für Gesundheit. Fachfremder Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). Berlin: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit; 2019
- [27] Banaschak S, Gerlach K, Seifert D et al. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. *Rechtsmedizin* 2014; 24: 405–411
- [28] National SART Guidelines Development Group. National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland). 5th. ed. 2023. Online (Stand: 26.2.2026): <http://www.hse.ie/satu>
- [29] Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT). S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. AWMF-Register-Nr. 051–027. 2.0 ed. 2019. Online (Stand: 26.2.2026): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-027>
- [30] Balint N, David M, Fegert JM et al. Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 694–705
- [31] Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M et al. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma Violence Abuse* 2023; 24: 497–514
- [32] Oosterbaan V, Covers MLV, Bicanic IAE et al. Do early interventions prevent PTSD? A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of early interventions after sexual assault. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10: 1682932
- [33] Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J et al. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 293–301
- [34] Ibrahim L, Azaka L, Balogun S. A systematic review of the effect of psychosocial interventions on post-traumatic stress disorder experienced by rape survivors. *African Journal of Social and Behavioural Sciences* 2023; 13: 2

Guideline Program

Editors

Leading Professional Medical Associations



German Society of Gynecology and Obstetrics (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. [DGGG])

Head Office of DGGG and Professional Societies
Jägerstraße 58–60, D-10117 Berlin
info@dggg.de
<https://www.dggg.de/>

President of DGGG

Prof. Dr. Gert Naumann
HELIOS Klinikum Erfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Nordhäuser Straße 74, D-99089 Erfurt

DGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Tanja N. Fehm
Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf

DGGG Guidelines Program Coordination

PD Dr. med. habil. Paul Gaß
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Perinatalzentrum
Flemmingstraße 4, D-09116 Chemnitz
leitlinien@dggg.de
<https://www.dggg.de/leitlinien>



Austrian Society of Gynecology and Obstetrics (Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [OEGGG])

c/o S12! studio12 gmbh
Kaiser Josef Straße 9, A-6020 Innsbruck
oeggg@oeggg.at
<https://www.oeggg.at>

President of OEGGG

Prof. Dr. med. Bettina Toth
Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Department Frauenheilkunde, Medizinische Universität
Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

OEGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Karl Tamussino
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz
Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Prof. Dr. med. Hanns Helmer
Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

Prof. Dr. med. Bettina Toth
Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Department Frauenheilkunde, Medizinische Universität
Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck



Swiss Society of Gynecology and Obstetrics (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG])

Gynécologie Suisse SGGG
Altenbergstraße 29, Postfach 6, CH-3000 Bern 8
sekretariat@sggg.ch
<https://www.sggg.ch/>

President of SGGG

Dr. med. Roger Rytz, eHnv hôpital d'Yverdon-les-Bains,
Entremonts 11, CH-1400 Yverdon-les-Bains

SGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Daniel Surbek
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin
Inselspital Bern
Effingerstraße 102, CH-3010 Bern

Prof. Dr. med. Brigitte Leeners
Universitätsspital Zürich
Klinik für Reproduktions-Endokrinologie
Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich

Prof. Dr. med. Michael Mueller
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Theodor-Kocher-Haus
Friedbühlstrasse 19, CH-3010 Bern

Stand: Juli 2025