

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI  
DOKTORI ISKOLA**

**Philipp Matthias Schneider**

**Die klinisch-medizinische Dokumentation von vorsätzlichen  
Körperverletzungsdelikten durch stumpfe und scharfe Gewalt  
im Strafverfahren und die Folgen unzureichender  
Beschreibung und unpräziser Terminologie**

PhD Dissertation

Betreuer

Prof. Dr. László Korinek

Dr. habil. László Kőhalmi

Pécs

2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Kapitel 1: Einführung, Problemstellung und Gang der Arbeit.....</b>	<b>1</b>
1	Einführung..... 1
2	Problemstellung und Gang der Arbeit..... 2
2.1	Eingrenzung des Themas..... 12
2.2	Thesen..... 13
2.3	Material, Methoden und Aufbau.....14
<b>Kapitel 2: Die klinisch-medizinische Dokumentation von Erkrankungen.....</b>	<b>16</b>
1	Die (allgemeine) ärztliche Pflicht zur Dokumentation..... 21
2	Umfang und Inhalt der klinischen Dokumentation..... 23
2.1	Die internationale Standardisierung von Krankenakten nach ICD.....25
2.2	Nationale Standards von Krankenakten in Ungarn und Deutschland..... 29
2.2.1	Die klinische Dokumentation aus therapeutischer Sicht..... 30
2.2.2	Die klinische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten.....32
2.2.2.1	Erkennen von alltäglicher und häuslicher Gewalt..... 35
2.2.2.2	Anforderungen an eine idealtypische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten.....40
2.2.2.2.1	Rechtliche und (rechts-)medizinische Unterscheidung von Verletzungstypen..... 43
2.2.2.2.2	Die Dokumentierung von Verletzungen durch stumpfe Gewalt..... 47
2.2.2.2.3	Die Dokumentierung von Verletzungen durch scharfe Gewalt.....51
2.2.2.2.4	Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von Kindesmisshandlung.....55
2.2.2.2.5	Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von Misshandlung von Pflegebedürftigen und Senioren..... 60
2.2.2.2.6	Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von häuslicher (Partner-)Gewalt.... 62
3	Die Grenzen der (klinischen) Dokumentationspflicht..... 63
4	Der „Schaubefund“ (látlelet) im ungarischen Recht..... 67
5	Rechtliche Folgen einer mangelhaften Dokumentation für den Arzt..... 69
<b>Kapitel 3: Die Stellung der klinisch-medizinischen Dokumentation im Strafverfahren.....</b>	<b>71</b>
1	Beweiserhebungs- und Beweisverwertungskriterien.....72
1.1	Schutz von Persönlichkeitsrechten..... 77
1.2	Beweisverbot bei Unverhältnismäßigkeit.....79
2	Medizinische Unterlagen im Vorfeld des Ermittlungsverfahrens..... 82
2.1	Strafantrag und Strafanzeige durch Privatpersonen..... 84
2.2	Strafanzeige und Weitergabe von Krankenunterlagen durch Berufsheimnisträger und Behörden.....86
2.2.1	Insbesondere: Ärztliche Schweigepflicht..... 87
2.2.2	Anzeige- und Meldebefugnisse bei Kindesmisshandlung..... 89
2.2.3	Anzeige- und Meldebefugnisse bei Körperverletzungsdelikten an Erwachsenen..... 96

2.2.4	Ungerechtfertigter Verstoß gegen Verschwiegenheitspflichten.....	98
2.3	Zufallskenntnisse seitens der Ermittlungsbehörden.....	99
2.3.1	Gezielte Durchsuchung zum Zwecke von „Zufallsfunden“.....	100
2.3.2	Zufallsfunde bei einfachen Privatpersonen.....	101
2.3.3	Zufallsfunde bei Berufsheimnisträgern.....	105
2.3.3.1	Straftaten des Arztes.....	107
2.3.3.2	Straftaten des Patienten.....	108
2.3.3.3	Gemeinsame Straftaten des Arztes und des Patienten.....	109
2.3.3.4	Straftaten eines Dritten.....	110
2.3.3.5	Freiwillige Herausgabe der Unterlagen.....	112
2.4	Bedeutung der Unterlagen für die Einleitung des Ermittlungsverfahrens.....	113
3	Die klinische Dokumentation im Rahmen des Ermittlungsverfahrens.....	117
3.1	Einordnung von medizinischen Unterlagen als Beweismittel.....	118
3.1.1	Die klinische Dokumentation als Urkundenbeweis.....	118
3.1.1.1	Durchsuchung und Beschlagnahme von Krankenunterlagen.....	119
3.1.1.1.1	Durchsuchung und Beschlagnahme beim Verdächtigen.....	120
3.1.1.1.2	Beschlagnahme beim Arzt oder Krankenhaus.....	122
3.1.1.1.3	Durchsuchung und Beschlagnahme beim Opfer.....	127
3.1.1.2	Beweiswert der Unterlagen im Ermittlungsverfahren.....	129
3.2	Das klinisch-forensische Gutachten als Sachverständigenbeweis.....	131
3.3	Relevanz bei der staatsanwaltlichen Abschlussverfügung.....	133
4	Die klinische Dokumentation im Rahmen des Hauptverfahrens.....	135
4.1	Die Verlesung ärztlicher Atteste und Anamnesebögen.....	136
4.1.1	Die Verlesung als förmlicher Urkundenbeweis.....	137
4.1.2	Die Verlesung als freier Vorhalt.....	140
4.2	Die Dokumentation als Grundlage für den Sachverständigenbeweis.....	141
4.3	Beweiswert im Hauptverfahren.....	144
4.4	Die klinische Dokumentation bei der Strafzumessung.....	149
<b>Kapitel 4: Die juristischen Folgen einer unzureichenden oder inkorrekten klinischen Dokumentation für das Strafverfahren.....</b>		
		<b>150</b>
1	Ledigliche bzw. unzureichende Verschlüsselung nacg ICD-10.....	152
1.1	Ursachen für einen inadäquaten Gebrauch von Kodierungen.....	154
1.2	Juristische Folgen des inadäquaten Gebrauchs.....	155
2	Unzureichende Dokumentation von Weichgewebeverletzungen.....	157
2.1	Ursachen für eine unzureichende Dokumentation.....	160
2.2	Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung von Lokalisation, Position und Farbgebung.....	161
2.3	Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung von Wundrändern und Wundwinkeln.....	167
2.4	Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung des Gesamtverletzungsbildes...171	
2.5	Juristische Folgen einer unpräzisen Verwendung von Termini.....	175

<b>Kapitel 5: Ergebnisse, Lösungsansätze und Ausblick.....</b>	<b>188</b>
1 Zum Umfang der Dokumentationspflicht.....	188
2 Zur Einführung in das Strafverfahren .....	189
3 Zur Bedeutung als Beweismittel.....	191
4 Zu den typischen Unzulänglichkeiten der klinischen Dokumentation.....	191
5 <i>Forensic nurses</i> zur Gewährleistung einer gerichtsfesten Dokumentation.....	192
5.1 Übertragung des Konzepts auf Deutschland und Ungarn.....	194
5.2 Übernahme der Aufgaben durch die Gewaltschutzambulanzen.....	195
5.3 Übertragung der Kompetenz auf die Durchgangsarzte.....	196
6 Interne Fortbildungen und Schulungen.....	198
6.1 Fortbildungen für Pflegekräfte.....	198
6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Verlesung nach § 256 StPO.....	199
6.3 Fortbildungen für Ärzte.....	200
7 Verbesserte Dokumentationsbögen.....	201
8 Dokumentationssoftware zur Erfassung klinischer sowie forensischer Aspekte.....	203
9 Ausblick und Danksagung.....	205
<b>Englische Zusammenfassung (summary in English).....</b>	<b>207</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>211</b>
<b>Themenbezogene eigene Publikationen.....</b>	<b>222</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>224</b>

## Verzeichnis der Fallbeispiele

<b>Fallbeispiel 1:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 3.....	<b>06</b>
<b>Fallbeispiel 2:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 198.....	<b>153</b>
<b>Fallbeispiel 3:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 30.....	<b>158</b>
<b>Fallbeispiel 4:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 127.....	<b>159</b>
<b>Fallbeispiel 5:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 44.....	<b>164</b>
<b>Fallbeispiel 6:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 257.....	<b>166</b>
<b>Fallbeispiel 7:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 46.....	<b>168</b>
<b>Fallbeispiel 8:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 40.....	<b>170</b>
<b>Fallbeispiel 9:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 12.....	<b>172</b>
<b>Fallbeispiel 10:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 10.....	<b>176</b>
<b>Fallbeispiel 11:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 44.....	<b>179</b>
<b>Fallbeispiel 12:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 131.....	<b>180</b>
<b>Fallbeispiel 13:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 102.....	<b>180</b>
<b>Fallbeispiel 14:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 52.....	<b>181</b>
<b>Fallbeispiel 15:</b> Rechtsmedizinische Akte Nr. 48.....	<b>181</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b> Die klinische Dokumentation innerhalb der medizinischen Dokumentation.....	19
<b>Abb. 2:</b> Ausführliche Kodierung einer Körperverletzung anhand von ICD-10.....	27
<b>Abb. 3:</b> Kodierung der gleichen Verletzung wie in Abb 2 in der Praxis.....	28
<b>Abb. 4:</b> Symptome bei Kindesmisshandlung.....	38
<b>Abb. 5:</b> Anzeichen für Gewalt gegen Alte.....	39
<b>Abb. 6:</b> Warnzeichen für häusliche Gewalt.....	39
<b>Abb. 7:</b> Inhalt der klinischen Dokumentation.....	42
<b>Abb. 8:</b> Die verschiedenen Unterscheidungsmerkmale in der Strafrechtswissenschaft und in der (Rechts-)Medizin.....	45
<b>Abb. 9:</b> Verletzungstypen in der Medizin.....	47
<b>Abb. 10:</b> Wundwinkel bei Stichwunden.....	52
<b>Abb. 11:</b> Schema Ganzkörperdokumentation.....	59
<b>Abb. 12:</b> Lokalisation von typischen Misshandlungsverletzungen.....	163
<b>Abb. 13:</b> Beispiel des papiergestützten digitalen Dokumentationsformats DINO.....	202
<b>Abb. 14:</b> Beispiel einer klinischen Dokumentationssoftware.....	203
<b>Abb. 15:</b> Beispiel eines simplen RTW- bzw. Notarztprotokolls.....	224
<b>Abb. 16:</b> Beispiel eines umfassenden RTW-Protokolls.....	225
<b>Abb. 17:</b> Beispiel eines umfassenden Notarzt-Protokolls.....	226
<b>Abb. 18a-d:</b> Beispiel eines klinischen Anamnesebogens.....	227
<b>Abb. 19:</b> Beispiel eines Schwerverletzten-Anamnesebogens.....	231
<b>Abb. 20:</b> Beispiel eines Schwerverletztenbogens (Intensivstation).....	232
<b>Abb. 21a-d:</b> Beispiel eines erweiterten forensischen Dokumentationsbogens.....	233
<b>Abb. 22:</b> Beispiel eines kleinen ärztlichen Attests.....	237
<b>Abb. 23a-c:</b> Beispiel eines ungarischen Ambulanzblatts mit Schaubefund [láttelelet].....	238

## Abkürzungen der relevanten ungarischen Gesetze

**Gesetz C/2012:** 2012. évi C. törvény a büntető törvénykönyvről [ungarisches Strafgesetzbuch]

**Gesetz XIX/1988:** 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról [ungarische Strafprozessordnung]

**Gesetz V/2013:** 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről [ungarisches Zivilgesetzbuch]

**Gesetz CLIV/1997:** 1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről [Gesetz über das Gesundheitswesen]

**Gesetz XLVII/1997:** 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről [Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen]

**Gesetz XXXI/1997:** 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [Gesetz zum Schutz des Kindes und zur Kinderfürsorge]

**Gesetz LXXXIV/2003:** 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről [Gesetz über die Beschäftigung im Gesundheitswesen]

**Gesetz CXC/2011:** 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről [Nationales Bildungsgesetz]

**Verordnung 31/2008:** 2008. évi rendelet az igazságügyi szakértői működésről [Verordnung zur Tätigkeit des rechtsmedizinischen Sachverständigen]

## Abkürzungsverzeichnis

§, §§	Paragraph(en)	bzw.	beziehungsweise
a.a.O.	am angegebenen Ort	D-Arzt	Durchgangsarzt
Abb.	Abbildung	d.h.	das heißt
ABH	alkotmánybírószág határozatai [Entscheidungen des ungarischen Verfassungsgerichts]	DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Abs.	Absatz	DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Art.	Artikel	DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
AVB	Allgemeine Vertragsbedingungen der deutschen Krankenhausgesellschaft	DINO	Digitale Notarzteinsatz- dokumentation
BÄO	Bundesärzteordnung	DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
BayEUG	Erziehungs- u. Unterrichtsgesetz Bayern	EDV	Elektronische Datenverarbeitung
BayLSG	Bayerisches Landessozialgericht	EKG	Elektrokardiographie
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz	elektr.	elektrisch
Begr.	Begründer	EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
BGB	(deutsches) Bürgerliches Gesetzbuch	EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
BGBI.	Bundesgesetzblatt	etc.	<i>et cetera</i>
BGH	Bundesgerichtshof	f	fortfolgend
BGHSt	Entscheidung des BGH in einer Strafsache	FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen u.a.
BGHZ	Entscheidung des BGH in einer Zivilsache	FBI	Federal Bureau of Investigation
BKA	Bundeskriminalamt	FeV	Fahrerlaubnisverordnung
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz	ff	fortfolgende
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	FPR	Familie, Partnerschaft, Recht
BNO	Ungarische Version der ICD (siehe dort)	GCS	Glasgow Coma Scale
BO	Berufsordnung	GG	(deutsches) Grundgesetz
BrbSchulG	Schulgesetz (Brandenburg)	ggf.	gegebenenfalls
BSG	Bundessozialgericht	GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
BSR	Bűnügyi Statisztikai Rendszer [Straftatenstatistik]	GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
BT-Drucks.	Bundestags-Drucksache	h.L.	herrschende Lehre
BverfG	Bundesverfassungsgericht	Hrsg.	Herausgeber
BVerfGE	Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts	ICD	Intern. Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems
bzgl.	bezüglich		

i.H.v.	in Höhe von	SGB	Sozialgesetzbuch
i.S.v.	im Sinne von	SpO2	Blutsauerstoffspiegel
i.V.m.	in Verbindung mit	StGB	(deutsches) Strafgesetzbuch
inkl.	inklusive	StPO	(deutsche) Strafprozessordnung
insg.	insgesamt	u.a.	unter anderem; und andere
insbes.	insbesondere	u.Ä.	und Ähnliche(s)
JA	Juristische Arbeitsblätter	UN	Vereinte Nationen (United Nations)
JMBL	Justizministerialblatt	UNODC	United Nations Office on Drugs and Crimes
JVEG	Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz	USA	Vereinigte Staaten von Amerika
KV	Körperverletzung	uStGB	ungarisches Strafgesetzbuch [ <i>Bk</i> ]
LKA	Landeskriminalamt	uStPO	ungarische Strafprozessordnung [ <i>Be</i> ]
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärzte	uBGB	ungarisches Zivilgesetzbuch [ <i>Ptk</i> ]
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht	UCR	Uniform Crime Reporting (US-Polizeistatistik)
MDRI	Medical Diagnostic Report on Injury	uGG	Ungarisches Grundgesetz [ <i>Alaptv</i> ]
m.E.	meines Erachtens	u.U.	unter Umständen
MiStra	Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen	v.	vor, vom
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen	v.a.	vor allem
NJW	Neue Juristische Wochenzeitung	v.Chr.	vor Christus
Nr.	Nummer(n)	vgl.	vergleiche
NrwSchulG	Schulgesetz (Nordrhein-Westf.)	VersR	Zeitschrift für Versicherungsrecht
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht	WHO	Weltgesundheitsorganisation
NStZ-RR	Rechtsprechungs-Report Strafrecht zur Neuen Zeitschrift für Strafrecht	z.B.	zum Beispiel
NZV	Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht	ZJS	Zeitschrift für das juristische Studium
o.Ä.	oder Ähnliches	ZPO	(deutsche) Zivilprozessordnung
OLG	Oberlandesgericht	ZPR	Zeitschrift für Rechtspolitik
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik		
Rdnr.	Randnummer		
RiStBV	Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren		
RGSt	Entscheidung des Reichsgerichts in einer Strafsache		
RTW	Rettungswagen des Rettungsdienstes		
S.	Satz; Seite(n)		
sog.	sogenannte(r)		

## Kapitel 1: Einführung, Problemstellung und Gang der Arbeit

„Das Attest enthält eine Reihe von Defiziten, der Arzt hat die Standards, die man vor einem Attest erwartet, nicht eingehalten. Der Hausarzt ha[t] die Farbe der Hämatome und die Würgemale nicht näher beschrieben und auch keine Fotos der Verletzungen gemacht. [...] Es kann so gewesen sein, beweisen lässt es sich aber nicht.“<sup>1</sup>

### 1 Einführung

Körperliche Gewalt gehört nach den Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach wie vor zu den größten Gesundheitsrisiken weltweit.<sup>2</sup> Während junge Männer mit 82 Prozent den Hauptanteil an Opfern von Tötungsdelikten ausmachen, sind die Opfer von Körperverletzungsdelikten mehrheitlich weiblich, minderjährig oder betagt: 30 Prozent aller verpartnerten Frauen, 23 Prozent aller Minderjährigen und 6 Prozent aller Senioren berichten über regelmäßig wiederkehrende erhebliche körperliche Gewalt.<sup>3</sup> Es verwundert daher nicht, dass der Staat vergleichsweise viel daran setzt, Fälle von Körperverletzungen effektiv aufzuklären und die Täter einer angemessenen Strafe zuzuführen. In den Strafverfahren zu Körperverletzungsdelikten spielt die klinisch-medizinische Dokumentation von Verletzungen, wie sie tagtäglich in Rettungswachen oder in Arztpraxen vorgenommen wird, eine kaum wegdenkbare Rolle. Insbesondere kann sie tatzzeitnahe Informationen zum ursprünglichen Verletzungsbild, so wie es noch vor der Behandlung und dem einsetzenden Heilungsprozess vorlag, liefern. Die Dokumentation wird zumeist als Urkundenbeweis im Sinne der §§ 249, 256 StPO (in Ungarn: §§ 116, 301 uStPO<sup>4</sup>) in das Strafverfahren eingeführt und dient zudem als Informationsgrundlage für den als Sachverständigen geladenen Rechtsmediziner.<sup>5</sup>

Die vorliegende Arbeit untersucht erstmals zusammenhängend die Bedeutung der klinischen Dokumentation in den einzelnen Abschnitten des Strafverfahrens und die Anforderungen, die aus strafrechtlicher Sicht an Umfang und Detailgenauigkeit der Aufzeichnungen zu stellen sind. Dabei soll insbesondere auch den juristischen Folgen einer unzureichenden oder terminologisch inadäquaten Dokumentation Aufmerksamkeit geschenkt werden.

---

<sup>1</sup> Stellungnahme des Gutachters Wolfgang Eisenmenger im Wiederaufnahmeverfahren zum „Mollath-Justizskandal“, vgl. <http://www.sueddeutsche.de/bayern/prozess-gegen-gustl-mollath-gutachter-sieht-keinen-beweis-fuer-misshandlungen-1.2052518>. Zum Fall selbst vgl. die Ausführungen am Ende des Abschnitts 2.2 des vierten Kapitels (S. 167), zum Ausgang des Wiederaufnahmeverfahrens auch die Fußnote 512 (S. 147).

<sup>2</sup> Dies gilt insbesondere auch für Gewalt gegen Frauen. Zur aktuellen Studie der Weltgesundheitsorganisation: World Health Organization (Hrsg.): Global and regional estimates of violence against women, S. 31f.

<sup>3</sup> Vgl. World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / United Nations Development Programme (Hrsg.): Global Status Report on Violence Prevention 2014, S. 9, S. 14ff.

<sup>4</sup> Die ungarische Strafprozessordnung [1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról = Gesetz XIX/1988] wird in der folgenden Arbeit einer einfacheren Verständlichkeit wegen nicht mit dem ungarischen Kürzel *Be*, sondern mit dem Kürzel *uStPO* abgekürzt.

<sup>5</sup> Die vorliegende Arbeit ist bemüht, personenbezogene Substantive in der geschlechtsneutralen Verlaufsform wiederzugeben. Soweit dies nicht möglich ist, wird – ausschließlich (!) – der besseren Lesbarkeit wegen für beide Geschlechter die maskuline Stammform verwendet. Frauen sind in diesen Fällen jeweils mitgemeint.



## 2 Problemstellung und Gang der Arbeit

Nach der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wurden allein in Deutschland im Jahr 2015 658.594 Personen Opfer eines Körperverletzungs-, Raub- oder Sexualdelikts.<sup>6</sup> Und auch im verhältnismäßig kleinen Ungarn registrierte die Polizei für den gleichen Zeitraum rund 12.620 Fälle von einfacher und schwerer Körperverletzung.<sup>7</sup> Dabei ist sogar noch von einer weitaus höheren Dunkelziffer auszugehen, denn oft trauen sich die Opfer von Gewalt nicht, zur Polizei zu gehen und Strafanzeige zu erstatten.<sup>8</sup> Eine Strafanzeige sei nicht opportun, führe ohnehin nicht zum Erfolg oder verschlimmere die Situation sogar. So jedenfalls die Meinung vieler Betroffener, auch wenn die Aufklärungsquote gerade bei den Körperverletzungsdelikten, wenn sie denn erfasst sind, bei knapp 90 Prozent liegt. Bei einer vorsätzlichen Körperverletzung, bei der sich Täter und Opfer in der Regel unmittelbar gegenüber stehen und somit Aussagen über das Geschehene machen können, sollte der Schuldnachweis an sich nicht schwerfallen.<sup>9</sup>

Wer aufmerksam ein Strafverfahren verfolgt, wird allerdings schnell merken, dass bei der Klärung des Sachverhalts durch die Polizei, beim Ermittlungsverfahren seitens der Staatsanwaltschaft und im anschließenden Hauptverfahren vor Gericht die Zeugenaussage des Opfers und die Einlassung des Beschuldigten naturgemäß nicht immer die höchste Beweiskraft genießen.<sup>10</sup> Vielmehr steht in der Praxis häufig die Aussage des einen gegen die Aussage des anderen. Fehlt es dann auch noch, wie so oft, an weiteren Tatzeugen, die durch ihre unmittelbare örtliche und zeitliche Nähe zur Straftat ein sehr wichtiges Beweismittel bilden könnten, wird deutlich, wie sehr der Ausgang des Strafverfahrens und damit nicht weniger als die Herstellung von Gerechtigkeit allein von der Fachkompetenz der beteiligten Richter, Staatsanwälte und Sachverständigen abhängt.

---

<sup>6</sup> Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) ist die vom Bundeskriminalamt (BKA) jährlich herausgegebene Ausgangsstatistik zu den von den Landeskriminalämtern (LKA) offiziell erfassten und endbearbeiteten Straftaten. Für das Jahr 2015 erfasst die PKS eine leichte Abnahme bei den Opfern von Tötungs-, schweren Körperverletzungs-, Raub- und Sexualdelikten, hingegen eine Zunahme um 0,5 Prozent bei den (einfachen) Körperverletzungsdelikten, vgl. Bundesministerium des Innern (Hrsg.): PKS 2015, S. 29. Die in der PKS 2015 offiziell erfassten Körperverletzungsdelikte unterteilen sich in 375.541 Fälle einfacher Körperverletzung (§ 223 StGB), 127.395 Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzung (§§ 224, 226 StGB) sowie weitere 7.022 Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung (§ 177 StGB), vgl. hierzu die PKS 2015, S. 3.

<sup>7</sup> Vgl. nur die tagesaktuelle Kriminalstatistik *Bűnügyi Statisztikai Rendszer* (BSR) des ungarischen Innenministeriums (Zeitraum 2015), Zeile 268.

<sup>8</sup> Vgl. Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 2, Rdnr. 53ff; zur Dunkelziffer von Gewaltdelikten in Ungarn vgl. Gönczöl, Katalin / Kerszi, Klára / Korinek, László / Lévy, Miklos: Kriminológia-Szakkriminológia [Kriminologie-Fachkriminologie], Abschnitt 2.2.4.4.

<sup>9</sup> Die PKS 2015 verweist in diesem Zusammenhang auf eine Aufklärungsquote von 91,1 Prozent bei den einfachen Körperverletzungsdelikten, 82,3 Prozent bei den gefährlichen und schweren Körperverletzungsdelikten und 80,9 Prozent bei Fällen von Vergewaltigung und sexueller Nötigung, vgl. Bundesministerium des Innern (Hrsg.): PKS 2015, S. 36; vgl. zur Aufklärungsquote einzelner Körperverletzungsdelikte auch Jähne, Burkhard / Laufhütte, Heinrich W. / Odersky, Walter / Lilie, Hans: Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar, Rdnr. 21 vor § 223.

<sup>10</sup> Zur Beweiswürdigung bei mutmaßlicher Ent- und Belastungsmotivation: Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 261, Rdnr. 7ff; zur Psychologie des Aussageverhaltens vor Gericht: Reichertz, Jo / Wolff, Stephan / Müller, Hermann: Die Wirklichkeit des Rechts, S. 107ff.

In diesem Zusammenhang kommt insbesondere auch der klinisch-medizinischen Untersuchung der beigebrachten Verletzungen und deren Dokumentation durch die behandelnden Ärzte eine hohe Bedeutung zu. Sie findet zumeist in Gestalt des *präklinischen Ambulanzblattes*, des *Notarztprotokolls*, des *klinischen Anamnesebogens* (auch: *Aufnahmebogen*) oder eines gesondert gefertigten *ärztlichen Attests* als Urkundenbeweis (§ 249 StPO bzw. § 116 uStPO) Eingang in das Strafverfahren.<sup>11</sup> In der Praxis richten die Strafermittlungsbehörden und die Gerichte ihre jeweiligen Entscheidungen sehr gerne nach den – im Vergleich zu Zeugenaussagen sehr viel objektiveren – medizinischen Befunden, soweit diese vorhanden, verwertbar und vor allem aussagekräftig sind. Für die Ausermittlung der Straftat, aber auch zur Überprüfung der Aussagen der unterschiedlichsten Beteiligten auf ihre Richtigkeit und Schlüssigkeit, kann somit jede kleinste dokumentierte Verletzung oder andere Spur von Bedeutung sein. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass Aussagen falsch, Straftaten auch vorgetäuscht sein können.<sup>12</sup>

Insbesondere bei der Unterscheidung, ob es sich bei Verletzungen, die Gegenstand eines Strafverfahrens wurden, um die Folgen eines Unfalls, also um *zufällig* entstandene Verletzungen oder aber um selbst- oder fremd*beigebrachte* Verletzungen handelt, kommt es auf eine möglichst weitgehende Genauigkeit der Dokumentation von Einzelverletzungen an. Denn nur auf deren Grundlage kann im weiteren Strafverfahren ein *Befundbild* (auch: *Befundmuster*) der einzelnen Verletzungen zueinander erstellt werden, das die fehlenden Informationen zur Entstehung und zum Ereignisablauf liefern kann.<sup>13</sup>

Zu Problemen kommt es immer dann, wenn die Aussagen der Zeugen und Sachverständigen oder aber die eingebrachten Augenscheinsobjekte und Urkunden nicht aussagekräftig, uneindeutig, im Widerspruch zu anderen Beweismitteln oder gar in sich widersprüchlich sind. Gute Strafverteidiger kennen durch vorherige Akteneinsichtnahme die Schwachstellen einer medizinischen Dokumentation und nehmen die als Urkundenbeweis eingebrachten Unterlagen dann vor Gericht genussvoll auseinander. Und auch den – in der Praxis eher selten – als Zeugen oder Sachverständige geladenen Ärzten ergeht es häufig leider nicht viel besser. Insbesondere wenn der Fall weit zurückliegt und die seinerzeit verfasste klinische Dokumentation keine

---

<sup>11</sup> Beim *Anamnesebogen* handelt es sich streng genommen um den vom Krankenhaus benutzten *Notaufnahmebogen* oder *Behandlungsbogen*, in dem auch medizinische Daten stehen, die über eine bloße *Anamnese* hinausgehen. In der Praxis nutzen die Ärzte allerdings überwiegend den Begriff *Anamnesebogen*. Auch die vorliegende Arbeit folgt dieser Praxis. Ein ärztliches *Attest* (rechtlich auch: *Gesundheitszeugnis*) ist rechtlich gesehen eine durch einen approbierten Arzt ausgestellte schriftliche Bescheinigung über den Krankheits- bzw. Gesundheitszustand eines Menschen, vgl. nur Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus / Erb, Volker: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 277, Rdnr. 2. Die deutsche und die ungarische Strafprozessordnung kennen insgesamt fünf Beweismittel: den Zeugen, den Sachverständigen und die Einlassung des Beschuldigten als *persönliche* Beweismittel und den Augenscheins- und Urkundenbeweis als *sachliche* Beweismittel, hierzu ausführlicher im Abschnitt 3.1 des dritten Kapitels (S. 118f).

<sup>12</sup> Zu den Motiven für selbstschädigendes Verhalten zur Vortäuschung einer Straftat vgl. insbesondere Madea, Burkhard / Banaschak, Sibylle: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 538ff.

<sup>13</sup> Vgl. Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 239f.

konkreten Schlussfolgerungen zulässt, fällt der Arzt – soweit er nicht erfahrener Rechtsmediziner ist und sich auf den Fall vorbereiten konnte – regelmäßig als Beweismittel aus. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass es für klinische Mediziner, anders als in ihrem Berufsalltag, sehr ungewohnt ist, vor Gericht ihre Aussagen zu Monate zuvor dokumentierten Sachverhalten aus der Erinnerung frei und zusammenhängend abzurufen und sich dabei von kritischen Fragen unbeeindruckt zu zeigen.<sup>14</sup> Dies gilt umso mehr, wenn die Dokumentation – aus rechtsmedizinischer Sicht – Unzulänglichkeiten aufweist.

Auch die Staatsanwaltschaft und das Gericht werden als unabhängige neutrale Organe der Rechtspflege keine Verurteilung herbeiführen, wenn ihnen Zweifel an der Straftat bleiben. In der Praxis müssen viele Strafverfahren eingestellt oder *in dubio pro reo* durch Freispruch beendet werden, wenn die Tat – selbst beim Vorliegen erheblicher Indizien und Beweismittel – nicht (mehr) „gerichtsfest“ nachgewiesen werden kann.<sup>15</sup>

Der Titel der vorliegenden Arbeit nimmt ein wenig vom Ergebnis vorweg, denn er setzt bereits voraus, dass – zumindest in bestimmten Konstellationen – auch die unzureichende Beschreibung oder die Verwendung falscher Terminologie in der klinischen Dokumentation einen erheblichen Einfluss auf die Tatnachweisbarkeit und damit auf den Ausgang des späteren Strafverfahrens haben kann. Dies gilt insbesondere für die klinische Erstdokumentation von den in der Praxis am häufigsten vorkommenden *Weichgewebeerletzungen* durch *stumpfe* und *scharfe Gewalt*, die schon aufgrund eines vergleichsweise schnellen Heilungsprozesses nachträglich nur schwer rekonstruiert werden können.<sup>16</sup>

Zu Schäden des Weichgewebes kann es zum einen durch eine *stumpfe*, meist flächige Gewalteinwirkung auf den Weichteilmantel kommen, entweder ohne Eröffnung der Haut (*geschlossene Verletzungen* wie Prellungen, Hämatome) oder mit Eröffnung der Haut durch zerreißende Einwirkung (*offene Wunden*, beispielsweise Platzwunden). Zum anderen

---

<sup>14</sup> Zum taktischen Verhalten gegenüber Sachverständigen vor Gericht: Widmaier, Gunter / Bock, Rolf-Werner: Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung, § 50 Rdnr. 291ff, 301ff.

<sup>15</sup> Die Staatsanwaltschaft hat das (Ermittlungs-)Verfahren bereits einzustellen, wenn sie keinen *hinreichenden Tatverdacht* sieht, d.h. eine Verurteilung nicht als *wahrscheinlich* ansieht (§ 170 Abs. 2 StPO), der Richter hat freizusprechen, wenn er von der Tat nicht *richterlich überzeugt* ist, d.h. wenn ihm im Rahmen seiner freien Beweiswürdigung begründete Restzweifel bleiben; vgl. Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 170, Rdnr. 2ff und § 261, Rdnr. 2ff.

<sup>16</sup> Der Begriff *Weichgewebe* bezeichnet in der Medizin die weichen Gewebe außer den Epithelien (Deck- und Drüsengewebe), dem Gliagewebe (bestimmten Zellen im Nervengewebe) und den inneren Organen; letztendlich also alle Fettgewebe, Muskelgewebe und Bindegewebe außer den Knochen, einschließlich der darin enthaltenen kleineren Blutgefäße und Nerven, vgl. Böcker, Werner / Denk, Helmut / Heitz, Philipp U. / Moch, Holger: Pathologie, S. 1109. Zu den wichtigsten Weichgeweben des Körpers zählen hierbei die drei Hautschichten Oberhaut (Epidermis), Lederhaut (Corium oder Dermis) und das Unterhautbinde- und Unterhautfettgewebe (Tela subcutanea) sowie Muskelgewebe und Nervengewebe, vgl. Weise, Kuno / Schiltenswolf, Marcus / Lehmann, Joachim: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, S. 139ff. Zu den Begriffen der *stumpfen* und *scharfen Gewalt* vgl. nur die Ausführungen in den Abschnitten 2.2.2.2.2 und 2.2.2.2.3 des zweiten Kapitels (S. 47ff).

verursacht *scharfe* Gewalteinwirkung Weichgewebeschäden, bei denen die Haut (beispielsweise durch Stiche oder Schnitte) penetriert wird.<sup>17</sup>

Beide Verletzungsbilder hinterlassen keine eindeutigen dauerhaften Spuren am Körper, sie verursachen häufig allenfalls vieldeutige Narben. Sie können daher nach medizinischer Versorgung und einsetzendem Heilungsprozess nicht mehr, etwa durch Röntgen, ohne Weiteres im Detail rekonstruiert werden. Sind diese Verletzungen, typischerweise Riss-Quetsch-Wunden, Messerstich- oder Messerschnittverletzungen, nicht tödlich und müssen auch nicht notoperiert werden, dann steht den Strafermittlungsbehörden in der Regel von vornherein eine in die Tiefe gehende ausführliche Dokumentation wie der Leichenschaubefund oder das Operationsprotokoll nicht zur Verfügung. Die Behörden sind dann dokumentationstechnisch allein auf die klinische (Erst-)Dokumentation durch die ambulante Notfallversorgung<sup>18</sup> angewiesen, was bedeutet, dass Unzulänglichkeiten in der Dokumentation dann besonders ins Gewicht fallen.

Und um das gleich vorzuschicken: Gerade die Notärzte im Rettungsdienst oder in den Notaufnahmen unterliegen im klinischen Alltag erheblichem Stress und Zeitdruck. Es ist daher natürlich nachvollziehbar, dass die Erstversorgung – gerade bei schweren Verletzungen – den Schwerpunkt auf die Rettung bzw. Stabilisierung des verletzten Opfers setzt. Insbesondere im Alltagsstress einer Notfallaufnahme oder Unfallchirurgie<sup>19</sup>, die mit Zeitdruck, personellen Engpässen und mehreren Notfällen gleichzeitig zu kämpfen hat, ist die Anfertigung einer auch noch umfangreichen rechtsmedizinischen und strafrechtlichen Gesichtspunkten gerecht werdenden Dokumentation eine zusätzliche Bürde, die den Ärzten auferlegt wird. Dies gilt umso mehr, wenn man bedenkt, dass die für die vorliegende Arbeit relevanten Körperverletzungsdelikte, insbesondere dann, wenn Alkohol im Spiel ist, gebündelt in den frühen

---

<sup>17</sup> Weise, Kuno / Schiltenwolf, Marcus / Lehmann, Joachim: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, S. 139. Daneben gibt es natürlich auch noch andere Schädigungsmechanismen für Weichgewebeschäden, etwa das Zufügen einer Schussverletzung, die Einwirkung mit Säure, Kälte oder Hitze. Die Verletzungsbilder fallen hier jedoch anders aus bzw. stellen sich juristisch gesehen (beispielsweise zum Werkzeugbegriff) ganz andere Fragen. Insgesamt sind bei ihnen hinsichtlich Behandlung, Verheilung und Rekonstruierbarkeit die Folgen einer unzureichenden Dokumentation weniger gravierend. Aus diesem Grund widmet sich die vorliegende Arbeit vorwiegend den Verletzungen durch stumpfe und scharfe Gewalt.

<sup>18</sup> Die ambulante Notfallversorgung setzt sich zusammen aus dem von den kassenärztlichen Vereinigungen getragenen *ärztlichen Notdienst* (auch: ärztlicher Bereitschaftsdienst), dem von den Landkreisen und Kommunen getragenen *zivilen Rettungsdienst* und den *Notaufnahmen* der Krankenhäuser. Nach § 75 Abs. 1b des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) sollte insbesondere der ärztliche Bereitschaftsdienst mit seinen in jüngster Zeit eingeführten Notdienstpraxen in räumlicher Nähe zu oder direkt in den Krankenhäusern die Notfallversorgung außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstunden sicherstellen. Die Praxis zeigt allerdings, dass die Patienten in erster Linie die Rettungsstellen der Krankenhäuser aufsuchen, die an sich nur ausnahmsweise die ambulante Notfallversorgung übernehmen sollen; vgl. zu allem Köster, Christina / Wrede, Stephanie / Herrmann, Tobias / Meyer, Sven / Willms, Gerald / Broge, Björn / Szecsenyi, Joachin: Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen, S. 10f.

<sup>19</sup> Einfachere Verletzungen (beispielsweise Riss-Quetsch-Wunden oder Schnittwunden) werden in der Notaufnahme behandelt, schwerere Verletzungen (beispielsweise tiefere Stichverletzungen) werden, wenn möglich, direkt auf die Fachabteilung, die Unfallchirurgie, geschickt und dort erstbehandelt.

Morgenstunden von Wochenenden auftreten und zu einer Zeit, in der auch „Wochenendpatienten“ mit Bagatellerkrankungen die Notfallversorgung „verstopfen“.<sup>20</sup>

Im Gespräch mit Klinikern kann man schnell den Eindruck gewinnen, dass diese, wenn schon, dann eher aus *Hilfsbereitschaft* Verletzungen auch nach strafrechtlichen Gesichtspunkten dokumentieren. Mitarbeiter von Ermittlungsbehörden, der Rechtsmedizin und der Regressabteilungen von Krankenkassen beklagen hingegen, dass die klinische Dokumentation in der Praxis oft kein belastbares Beweismittel ergibt und Verfahren aufgrund von mangelnder Beweisqualität eingestellt werden müssen, weil etwa das Verletzungsbild nicht nachvollziehbar genug bewiesen wird.<sup>21</sup> Zur Veranschaulichung soll die folgende – klinische – Dokumentation zu einem mutmaßlichen Misshandlungsfall dienen, der zunächst nur *klinisch* untersucht wurde:

*Fallbeispiel 1: Rechtsmedizinische Akte Nr. 3 (Rechtsmedizin Freiburg)*<sup>22</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Auf der linken Handaußenseite findet sich eine mehrere cm lange, **verheilte**, gerade **Narbe**.“

**2) (Klinische) Diagnose:** [leer]

Im weiteren Verlauf wurde wegen des Verdachts auf körperliche Misshandlung ein Rechtsmediziner beauftragt, die gleiche Patientin *forensisch* zu untersuchen:

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„An der linken Halsseite lässt sich eine [...] quer gestellte, **0,5 x 1,5 cm große Rötung** abgrenzen. Unterhalb des Kiefergelenks ist ein blasses, **rötlich-livides**, fleckig imponierendes, **2,5 cm durchmessendes Hämatom** zu erkennen. Oberhalb des Warzenhofs der linken Brust findet sich eine **unscharf begrenzte, rotbräunliche, 2 cm** durchmessende **Verfärbung**. An der Beugeseite des rechten Oberarms stellt sich am körpernahen Drittelpunkt ein **2 cm durchmessendes**, im Randbereich **gelbliches Hämatom** dar. Die rechte Unterarmbeugeseite weist eine unspezifische, rundliche und **kratzerartige Rötungen** und **ältere Schürfwunden** auf. Ellenbogennah findet sich [...] eine oberflächliche, körperfern **verschorfte, 8 cm lange, gerötete kratzerartige Hautläsion**. An der Streckseite des linken Unterarms [...]stellen sich zwei schräg gestellte, **zueinander geneigte, gerötete, verschorfte, kurzstreckige oberflächliche Schürfwunden** dar. Am linken Handrücken finden sich wenige linsengroße, **rundliche, ältere Hautläsionen**. Zudem lässt sich daumenseitig **eine strichfeine, blasse Narbe** abgrenzen. In der Umgebung der Fingernägel beidseits bestehen kleinere, teils **eingeblutete oberflächliche Läsionen**. [...] An der linken Hüfte lassen sich [...] **einige kleinfleckige, gerötete und verschorfte Schürfwunden** finden. An der Außenseite des linken Oberschenkels stellt sich [...] ein 2 cm durchmessendes, **grün-gelbliches Hämatom** dar sowie im körpernahem Drittel eine kirschengroße, **rotbräunliche Verfärbung**. Am rechten Oberschenkel außenseitig lassen sich im mittleren Drittel **zwei [...] bräunliche Hämatome** abgrenzen, entlang der Schienbeinkanten [...] mehrere **unspezifische Schürfwunden** [...].

<sup>20</sup> Die festzustellenden steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen, die ohne Weiteres auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten, binden häufig die Ressourcen der Notaufnahmen und erschweren die zeitnahe und notwendige Behandlung von schwer oder sogar lebensbedrohlich erkrankten Patienten. Zudem ist deren Versorgung durch die Krankenhäuser nach deren eigenen Angaben nicht kostendeckend, sondern erfolgt lediglich, um eigene Haftungsrisiken durch fehlende oder falsche Diagnosen zu minimieren; vgl. Köster, Christina / Wrede, Stephanie / Herrmann, Tobias / Meyer, Sven / Willms, Gerald / Broge, Björn / Szecsenyi, Joachin: Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen, S. 15 m.w.N.

<sup>21</sup> Zum Kreis der befragten Praktiker vgl. die Danksagung am Ende des fünften Kapitels (S. 205).

<sup>22</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnosis Reports, PhD Dissertation an der Universität Pécs (Ungarn), Pécs, 2012, Teilkorpus Freiburg.

Es mag viele Gründe geben, warum eine klinische Dokumentation bei ein und demselben Verletzungsbild deutlich hinter einer nach forensischen Gesichtspunkten erfolgten Dokumentation zurückbleibt (und letztendlich auch zurückbleiben muss). Die klinischen Ärzte haben nicht nur einen anderen – therapeutischen – Grundauftrag, sie haben auch in der Praxis häufig nicht die Zeit und nicht die Nerven, bei jedem kleinsten Anzeichen genauer hinzuschauen und vom Schlimmsten auszugehen. Sie sollen gerade ein möglichst gutes Verhältnis zu ihren Patienten aufbauen und sich auf die Angaben ihres Patienten verlassen können dürfen. Es gibt nur wenige Vertragsverhältnisse, die in gleicher Weise von Vertrauen geprägt sind wie das zwischen einem Arzt und „seinem“ Patienten. Es soll gerade dem Forensiker obliegen, ungleich misstrauischer die vorhandenen Verletzungsbilder zu hinterfragen.

Zumindest in Deutschland besteht zudem keine allgemeine Pflicht, Körperverletzungsdelikte den Behörden zu melden.<sup>23</sup> Die Ärzte müssen daher auch nicht im besonderen Maße auf Fälle körperlicher Misshandlung achten, um einer gesetzlichen Pflicht nachzukommen. Anders als in Ländern mit umfassenden Meldepflichten, insbesondere in den USA, findet daher auch kein systematisches *Screening* von Patienten nach Anzeichen körperlicher Gewalt statt.<sup>24</sup> Auch deswegen mag nicht immer das Bewusstsein für die tatsächliche Lage eines Patienten vorhanden sein und ein Großteil der Opfer von körperlicher Gewalt unerkannt durch die Behandlung gehen.<sup>25</sup> Dies gilt umso mehr, wenn die Patienten wegen vermeintlich nichtiger Beschwerden in die Notaufnahmen von Krankenhäusern kommen und lediglich Schmerzen, Hämatome oder unspezifische Verletzungsmerkmale aufweisen.

Ein Arzt wird zudem nicht jede vermeintlich unerhebliche Verletzung dokumentieren wollen. Gerade in einer Notaufnahme mit ständig wechselnder Belegschaft werden die Handelnden nicht immer zeitnah genug merken können, dass bestimmte Patienten immer wieder mit ähnlichen „Unfallverletzungen“ vorstellig werden. Bei niedergelassenen Ärzten mit einem engeren Bezug zum Patienten und dessen Angehörigen werden dagegen oftmals Hemmungen bestehen, bestimmte Fragen oder Verdächtigungen zu äußern.<sup>26</sup> Patienten mit eindeutigen Symptomen wechseln wiederum häufig ihre Ärzte aus Scham oder aus Angst vor einer Intervention. Auch deswegen wird den Ärzten nicht immer gleich bewusst werden, in welchen Fällen es sich lohnt, rein vorsorglich genauer zu dokumentieren und gegebenenfalls auch die Behörden einzuschalten.

---

<sup>23</sup> Zur Meldepflicht in Ungarn vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 2.2.2 und 2.2.3 des dritten Kapitels.

<sup>24</sup> Vgl. nur Blättner, Beate / Georgy, Sascha: *Qualifizierungsbedarf der Gesundheitsfachberufe*, S. 167ff.

<sup>25</sup> In der Praxis wird vor allem darauf hingewiesen, dass selbst *Health care Professionals* nicht oder jedenfalls nur eingeschränkt die Opfer von Gewalt ohne entsprechendes Training erkennen, selbst wenn charakteristische Anzeichen vorliegen sollten, vgl. Gamble, Emily: *Emergency Department Screening for Domestic Violence*, S. 41; zum eingeschränkten Hellfeld in Deutschland vgl. wiederum Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: *Pushing the limit: Forensic nursing in Germany*, S. 123 m.w.N.

<sup>26</sup> Zu den Gründen einer hohen Dunkelziffer bei Gewaltdelikten im sozialen Nahraum vgl. auch die Ausführungen im Abschnitt 2.2.2.1 des zweiten Kapitels.

Es ist darüber hinaus auch nicht abschließend geklärt, wie die Dokumentationspflichten eines Arztes ausgestaltet sind und in welchem Umfang er Verletzungen, die an sich keiner weiteren Behandlung bedürfen, überhaupt zu vermerken hat.

Die vorliegende Arbeit wird daher schon zu Beginn zu klären haben, ob und in welchem Umfang es im Rahmen eines (zivilrechtlichen) Arzt-Patienten-Verhältnisses zu den Aufgaben einer Notfallversorgung gehört, die sicherlich notwendige Befunderhebung und Diagnose zu *therapeutischen* Zwecken auch um *strafrechtliche* Aspekte zu erweitern.<sup>27</sup>

Denn zumindest die Strafverfolgungsbehörden sind in der Praxis darauf angewiesen, dass die klinischen Ärzte auch die aus rechtsmedizinischer Sicht relevanten Aspekte in der Behandlung, insbesondere auch in der Dokumentation, mitberücksichtigen. Dies gilt umso mehr, wenn eine spätere Begutachtung durch einen Rechtsmediziner aufgrund der Versorgung und des einsetzenden Heilungsprozesses nicht mehr erfolgversprechend ist. Aus strafrechtlicher Sicht kommt man daher nicht umhin, darauf hinzuweisen, dass gerade bei einer Dokumentation von Körperverletzungsdelikten, die lediglich *klinische* Aspekte, nicht aber *rechtsmedizinische* Aspekte verfolgt, die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden mitunter erheblich erschwert, wenn nicht gar vereitelt werden kann.

Was den erstbehandelnden Ärzten zum Zeitpunkt ihrer Dokumentierung oftmals nicht bewusst ist, ist, dass ihre Dokumentation im späteren Strafverfahren häufig die einzige unmittelbar nutzbare Informationsgrundlage zu genauem Ausmaß und Entstehung der Verletzungen bildet. So wird beispielsweise in Ungarn der rechtsmedizinische Sachverständige in der Praxis nur sehr selten einen direkten Kontakt zum – überlebenden – Opfer haben und ansonsten allein auf die Dokumentierung des erstbehandelnden Arztes zurückgreifen können.<sup>28</sup> Und auch in Deutschland ist die Rechtsmedizin jedenfalls dann auf die klinische (Erst-)Dokumentation angewiesen, wenn ein operativer Eingriff eben nicht notwendig wurde und in der Folge ein ausführliches Operationsprotokoll fehlt: bei Weichgewebeverletzungen sind dann, anders als beispielsweise bei Knochenverletzungen, nach Versorgung der Verletzung und einsetzendem Heilungsprozess nachträgliche Aussagen zur Tiefe der Wunden, zu den Wundwinkeln und Wundrändern kaum noch möglich.<sup>29</sup>

Weiterhin ist den Ärzten oftmals auch nicht bewusst, dass es für die strafrechtliche Bewertung von Körperverletzungen häufig gar nicht so sehr auf den konkreten *Taterfolg* – das verursachte

---

<sup>27</sup> Vgl. hierzu Abschnitt 2.3 des zweiten Kapitels.

<sup>28</sup> Vgl. nur Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren], S. 79f.

<sup>29</sup> Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters, S. 267; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 114; Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 58; zur rechtzeitigen Dokumentation von Verletzungen durch stumpfe und scharfe Gewalt vgl. auch Riviello, Ralph J.: Manual of Forensic Emergency Medicine – A Guide for Clinicians, S. 59f.

Verletzungsbild – ankommt, sondern insbesondere auch auf die zugrundeliegende *Tathandlung*: Bei einer Platzwunde am Kopf wird beispielsweise – im deutschen Strafrecht – aus einer *einfachen* Körperverletzung (§ 223 StGB) schnell eine *gefährliche* Körperverletzung (§ 224 Absatz 1 Nr. 2 StGB), wenn statt der körpereigenen Faust ein körperfremder *Gegenstand* verwendet wurde.<sup>30</sup> Gerade hier kommt es also insbesondere auf detaillierte Aussagen zu den Wundmerkmalen, Wundrändern und zu den Entstehungsmechanismen an, will man nachweisen, dass tatsächlich ein (bestimmter) Gegenstand verwendet wurde. Und immerhin: bei der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB) beginnt der Strafraum, anders als bei der einfachen Körperverletzung (§ 223 StGB), nicht mehr mit einer Geldstrafe, sondern mit einer Mindestfreiheitsstrafe von sechs Monaten.<sup>31</sup>

Die unterschiedliche Herangehensweise und Unterscheidung von Verletzungstypen in der Chirurgie, in der Rechtsmedizin und im Strafrecht erklärt auch, weshalb die Dokumentation von Klinikern bei den Rechtsmedizinern und Juristen häufig auf Unzufriedenheit stößt. Die medizinische Literatur hat vor diesem Hintergrund schon mehrfach darauf hingewiesen, dass insbesondere bei der medizinischen Beschreibung von Verletzungen, bei denen der Verdacht auf eine Straftat nahe liegt, mehr Augenmerk auf die Beschreibung der Verletzungsmerkmale und deren Entstehungsmechanismen gelegt werden müsse.<sup>32</sup> Im Wesentlichen geht es dabei um den Umfang der Beschreibung, um eine – möglichst laienverständliche, aber präzise – Aussage zur Intensität, Alter und möglichen Entstehung der Verletzungen. Auch wenn das Ausfüllen komplexer Dokumentationsbögen mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden ist, gehöre es oftmals schon mit Blick auf die ärztliche Garantenpflicht, die Gesundheit des Patienten langfristig zu erhalten und wiederherzustellen, zu den wichtigen ärztlichen Aufgaben, eine umfassende Dokumentation vorzunehmen.<sup>33</sup> Da insbesondere bei Weichgewebeverletzungen nach erfolgter medizinischer Versorgung die ursprünglichen Verletzungsmerkmale kaum noch rekonstruiert werden können, wird zusätzlich eine aussagekräftige Fotodokumentation der Verletzungen empfohlen.<sup>34</sup>

In Ungarn schreibt das Nationale Institut für Rechtsmedizin in diesem Zusammenhang in einem methodischen Brief vor, dass Verletzungen aus Straftaten im nummerierten Formular „*Látlelet*“ [Schaubefund] aufzuführen sind. Der klinische Mediziner muss daher nach Aufforderung durch

---

<sup>30</sup> Zur Verwendung eines *gefährlichen Werkzeugs* im Rahmen des § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB vgl. nur: Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 224, Rdnr. 8ff.

<sup>31</sup> In Ungarn sind hingegen bei bestimmten Formen der (gefährlichen) schweren Körperverletzung, bei denen der Strafraum Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren zulässt, Geldstrafe oder andere dem ungarischen Recht bekannte Strafarten wie Arrest, gemeinnützige Arbeit etc. von vornherein ausgeschlossen, vgl. beispielsweise § 164 Abs. 5, 6, 8 uStGB i.V.m. § 33 uStGB; hierzu auch das vierte Kapitel dieser Arbeit.

<sup>32</sup> Vgl. Betz, Peter / Eisenmenger, Wolfgang: Zur Dokumentation von Verletzungen, S. 494; Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 105; Wagner, Sara-Teresa: Analyse unfallchirurgischer Protokolle von Opfern häuslicher Gewalt, S. 232f.

<sup>33</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth / Yen, Kathrin / Gerlach, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 239f.

<sup>34</sup> Betz, Peter / Eisenmenger, Wolfgang: Zur Dokumentation von Verletzungen, S. 494.



die Staatsanwaltschaft einen Schaubefund verfassen, der dem Rechtsmediziner als Informationsgrundlage für dessen Gutachten vor Gericht dienen soll. Das Formular beinhaltet theoretisch alle relevanten Fragen zum Ausmaß und zur Entstehungsgeschichte der Verletzung. Der Brief selbst enthält zudem die wichtigsten Regeln, die bei der Dokumentation von Verletzungen zu beachten sind.<sup>35</sup>

Im deutschen Rechtsraum gibt es wiederum eine Reihe freiwillig nutzbarer Leitfäden zur Dokumentation von Körperverletzungsdelikten durch Gewalt aus dem sozialen Nahraum (Gewalt gegen Kinder, Partner oder Senioren), die durch die Landesärztekammern zur Verfügung gestellt werden.<sup>36</sup> Diese richten sich insbesondere an die Kinder- und Allgemeinmediziner, die in der Praxis am ehesten mit dieser Gruppe von Opfern von – zumeist *stumpfer* – Gewalt zu tun haben. Dem Problem der Gewaltdelikte soll zudem dadurch begegnet werden, dass zumindest in den größeren Universitätsstädten sogenannte klinisch-forensische Ambulanzen eingerichtet wurden, die die verletzten Opfer anstelle von kurativen Tätigkeiten rechtsmedizinischen Untersuchungen unterziehen und dabei eine gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung vornehmen.

In der Praxis haben die klinisch-forensischen Ambulanzen damit zu kämpfen, dass sie örtlich meist nicht an die Notaufnahme, sondern an die weiter entfernte Rechtsmedizin angebunden sind, was das Aufsuchen durch verletzte Opfer deutlich erschwert. Zusätzlich wird der Gang zur klinisch-forensischen Ambulanz durch den Umstand beeinflusst, dass dort grundsätzlich keine therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden: schwerer verletzte Opfer werden aber erst die medizinische Versorgung im Blickfeld haben und danach erst eine gerichtsfeste Dokumentation anstreben, zu einem Zeitpunkt, zu dem die Verletzung bereits versorgt wurde.<sup>37</sup> Einen uneingeschränkt hohen Nutzen haben daher auch die klinisch-forensischen Ambulanzen nur dann, wenn es um die Dokumentation von regelmäßig erfahrener – *stumpfer* – Gewalt aus dem sozialen Nahraum geht.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Vgl. hierzu den methodischen Brief „Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 16. számú módszertani levele“ [16. Methodischer Brief des Nationalen Instituts für Rechtsmedizin], der zurzeit außer Kraft gesetzt ist, aber mangels Neuregelung weiterhin angewendet wird; zum Umfang des Schaubefundes vgl. den Abschnitt 4 des zweiten Kapitels.

<sup>36</sup> Zu den Leitfäden zum Umgang mit Gewalt gegen Kinder, gegen Partner und gegen Alte vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.2.2.1 des dritten Kapitels und den zugehörigen Nachweisen. Diese widmen sich naturgemäß vor allem den typischen Verletzungen durch Gewalt im sozialen Nahraum, d.h. Verletzungsbildern durch *stumpfe* Gewalt (Hämatome, Riss-Quetsch-Wunden, Frakturen) und Verbrennungen.

<sup>37</sup> Daneben gibt es auch organisatorische Probleme, nämlich wenn es etwa um die Verfügbarkeit eines auch nachts und auch am Wochenende einsetzbaren, mobilen rechtsmedizinischen Bereitschaftsdienstes geht, der notfalls mit der entsprechenden Ausrüstung auch an den Tatort, zum Krankenhaus oder zur Polizeidienststelle kommen kann. Vgl. hierzu nur: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 100f.

<sup>38</sup> Vgl. hierzu beispielsweise den Internetauftritt der Gewaltschutzambulanz der Berliner Charité unter: <https://gewaltschutz-ambulanz.charite.de/> [30.12.2016].

In der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Kollegen, insbesondere aber auch bei der Arbeit mit Studierenden der Medizin und Rechtsmedizin, fällt immer wieder auf, dass es neben dem eingeschränkten Problembewusstsein für die Relevanz einer *umfangreichen* klinischen Dokumentation noch einen weiteren – *linguistischen* – Aspekt gibt, der besonders in einer interdisziplinär zusammengesetzten Diskursgemeinschaft<sup>39</sup> regelmäßig für Verwirrung sorgt: die Verwendung nicht eindeutiger, widersprüchlicher oder gar schlichtweg falscher Terminologie.

Denn neben der fachlichen Wissensdivergenz zwischen Juristen und Medizinern gibt es auch erhebliche Unterschiede bei der sprachlichen Verwendung. Das liegt zum einen natürlich daran, dass sowohl die medizinische als auch die juristische Fachsprache äußerst komplex ist. Zum anderen sind gerade in der Medizin und in der Rechtswissenschaft die Beteiligten innerhalb ihrer eigenen Diskursgemeinschaft um eine möglichst einheitliche und präzise Verwendung von Fachterminologie bemüht, um Fehlinterpretationen und Missverständnissen mit gesundheitlichen bzw. finanziellen Folgen vorzubeugen: Gerade bei Juristen ist der Gebrauch *eineindeutiger* Fachterminologie „das Werkzeug“ um juristische Texte gegen einen allzu weiten Auslegungsspielraum abzusichern.<sup>40</sup> Die Diskursteilnehmer werden daher in der Regel nur bedingt dazu bereit sein, die in ihrer Disziplin angebrachten Fachtermini zu Gunsten einer leichteren Verständlichkeit anzupassen. Dieser Umstand erschwert die interdisziplinäre Kommunikation in der Praxis erheblich.<sup>41</sup> Die vorliegende Arbeit soll vor diesem Hintergrund auch darlegen, wie letztendlich durch eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere durch eine verbesserte kommunikative Abstimmung zwischen den beteiligten Medizinern und Juristen, die Kommunikation deutlich verbessert werden kann.

Anders sieht es hingegen aus, wenn terminologische Fehler nicht inter-, sondern innerdisziplinär auftreten, wenn also schon innerhalb der medizinischen oder juristischen Diskursgemeinschaft falsche oder unpräzise Termini verwendet werden. Denn hier rechnen die Teilnehmer der eigenen Diskursgemeinschaft in der Regel nicht damit, dass die Kollegen etwas anderes im Sinne gehabt haben könnten als das, was sie mündlich oder schriftlich dokumentiert haben. Sie werden vielmehr darauf vertrauen, dass zumindest die „eigenen Leute“ die Regeln der fachspezifischen Kommunikation beherrschen und die entsprechende Terminologie präzise und eineindeutig verwenden.<sup>42</sup> In der Praxis kommt es trotz all diesem regelmäßig vor, dass

---

<sup>39</sup> Eine *Diskursgemeinschaft* im vorliegend gebrauchten Sinne ist eine Gruppe von Experten, die zu einem bestimmten Zweck zusammenkommen und über eine gruppeninterne Kommunikation mit speziellen Textsorten und spezieller Lexik eigenständige sprachliche Konventionen schaffen, beispielweise spezielle Begriffe oder Abkürzungen. *Textsorten* in diesem Sinne sind wiederum bestimmten Gesetzmäßigkeiten in Inhalt, Form und Positionierung unterliegende Texte, die eine immer wieder vergleichbare formale Struktur aufweisen, beispielsweise Musterformulare, und dadurch Missverständnissen in der Kommunikation vorbeugen sollen. Vgl. Swales, John: *The Concept of Discourse Community*, S. 21ff.

<sup>40</sup> Schneider, Philipp: *New Approaches to Teaching Genre-Specific German Legal Terminology*, S. 74ff.

<sup>41</sup> Vgl. hierzu Kater, Horst: *Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren*, S. 15ff.

<sup>42</sup> Schneider, Philipp: *New Approaches to Teaching Genre-Specific Legal Terminology*, S. 75.

selbst Experten bestimmte Termini konsequent falsch verwenden, sei es bewusst oder unbewusst. So stellte sich beispielsweise heraus, dass in den – für die vorliegende Arbeit untersuchten – ungarischen und deutschsprachigen klinischen Dokumentationen die Termini „Hieb“ [vágás] und „Schnitt“ [metszés] (Ungarn) oder „Stich“ und „Schnitt“ (Deutschland) regelmäßig falsch oder inkonsequent verwendet wurden.

Die vorliegende Arbeit möchte daher neben der grundsätzlichen Bedeutung der klinischen Dokumentation für das Strafverfahren insbesondere auch die Folgen fehlender Dokumentation respektive die Konsequenzen falsch verwendeter Termini bei der klinischen Erstdokumentation für das spätere Strafverfahren untersuchen.

## 2.1 Eingrenzung des Themas

In der Praxis spielen die Aufzeichnungen, wie sie vom Rettungsdienst, d.h. von den Rettungssanitätern und Notärzten vor Ort vorgenommen werden, nur eine untergeordnete Rolle. In ihnen werden häufig außer den wesentlichen Vitalparametern (Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur und Atemfrequenz) nur wenige Informationen zum Verletzungsbild selbst festgehalten.<sup>43</sup> Zudem werden die relevanteren Daten auch in der späteren klinischen Dokumentation durch die Notaufnahmen und Unfallchirurgien erhoben. Die *präklinische Dokumentation* der rettungsdienstlichen Maßnahmen spielt daher in der vorliegenden Arbeit keine größere eigenständige Rolle, wenngleich ihr – dem Grunde nach – im Strafverfahren eine ähnliche Bedeutung zukäme. In der Praxis erfolgt sie ohnehin nur selten durch approbierte Ärzte (sondern vielmehr durch Rettungssanitäter), weshalb sie nicht die gleiche hohe Beweiskraft, in Deutschland insbesondere auch nicht die Stellung als erweiterter Urkundenbeweis (§ 256 StPO), genießt.<sup>44</sup>

Auch die *forensische Dokumentation* bzw. *klinisch-forensische Dokumentation* wird in dieser Arbeit nur am Rande behandelt, nämlich nur dann, wenn es darum geht aufzuzeigen, welche Verletzungsmerkmale aus strafrechtlicher Sicht relevant wären, in der rein klinischen Dokumentation aber nicht bzw. nur unzureichend festgehalten werden. In der Praxis bereiten (klinisch-)forensische Dokumentationen, wie sie im Rahmen von gerichtlichen Sachverständigengutachten oder in gesonderten Schriftlichen gutachterlichen Äußerungen i.S.v. Nr. 80 und 85 GOÄ vorgenommen werden, weit weniger Probleme. Sie erfolgen von vornherein nicht zu therapeutischen Zwecken, sondern behandeln ganz bewusst auch strafrechtliche Aspekte.

Rechtswissenschaftlich gesehen fokussiert die Arbeit auf strafrechtliche und strafprozessrechtliche Gesichtspunkte, insbesondere auf die Bedeutung von *klinischen Anamnesebögen* der Notaufnahmen und Unfallchirurgien sowie von *ärztlichen Attesten* in allen Stadien des Strafverfahrens. Vor dem Hintergrund, dass eine forensischen Aspekten nicht gerecht werdende

---

<sup>43</sup> Vgl. nur das Muster-Ambulanzblatt im Anhang zu dieser Arbeit, Abb. 15 (S. 224).

<sup>44</sup> Vgl. nur die Ausführungen im Abschnitt 6.2 des fünften Kapitels (S. 196).

Dokumentation auch strafrechtliche Konsequenzen haben kann, werden vereinzelt aber auch kriminologische Fragestellungen diskutiert, insbesondere zur Gewaltkriminalität und zur Gewalt im sozialen Nahraum. Schon die Tatsache, dass es nach der deutschen Polizeilichen Kriminalstatistik im Jahre 2015 zwar 411.547 Fälle einfacher und 154.082 Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzung gab, aber nur 1.859 erfasste Fälle des versuchten Mordes oder Totschlags, lässt darauf schließen, dass sich die Strafverfolgungsbehörden zum Teil schwer damit tun, das Vorliegen eines Qualifikationstatbestandsmerkmals oder (bedingten) Tötungsvorsatzes nachzuweisen. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass eine ausführliche klinische Dokumentation auch für die Wahrnehmung, Ausermittlung, Verurteilung und Strafzumessung von Gewaltdelikten maßgeblich sein kann. Von der Gesamtheit der Gewaltdelikte beschäftigt sich die Arbeit allerdings vorwiegend mit den „klassischen“, d.h. den vorsätzlichen, reinen Körperverletzungsdelikten (einfache, gefährliche und schwere Körperverletzung).

## 2.2 Thesen

Die Arbeit ist eine Abhandlung zur klinischen Dokumentation im Allgemeinen. Sie ist bemüht, sowohl der Dokumentationspraxis durch die Ärzte als auch der juristischen Verwendung und Verwertung gegenüber dem Arzt, dem Patienten, einem Beschuldigten oder einem unbeteiligten Dritten angemessene Aufmerksamkeit zu schenken. In diesem Rahmen sollen sowohl neue zivil- und verfassungsrechtliche, insbesondere aber auch straf(prozess-)rechtliche Erkenntnisse herausgearbeitet werden:

- Eine ärztliche Dokumentationspflicht zu rechtsmedizinischen Aspekten ist, anders als es die forensische Literatur und die Gewaltleitfäden der Landesärztekammern häufig nahelegen, zivilrechtlich schwerlich herzuleiten. Nach dem Behandlungsvertrag sind grundsätzlich nur solche Informationen festzuhalten, die für die weitere Therapie relevant werden könnten. Strafrechtlichen Aspekten dient die Dokumentation in der Regel nur dann, wenn es um strafrechtliche Schritte gegenüber dem Arzt geht;
- Der klinischen Dokumentation kommt im Strafverfahren eine höhere Bedeutung zu als dies allgemein angenommen wird. In der Praxis wird die Mehrheit der Opfer nicht gesondert forensisch betreut und untersucht, vielmehr wird oftmals allein die klinische (Erst-) Dokumentation als Urkundenbeweis oder als Grundlage für das Sachverständigen-gutachten herangezogen;
- Die Beweiserhebung, insbesondere Zwangsmaßnahmen wie die Durchsuchung und die Beschlagnahme, unterliegt höheren Anforderungen als es die jeweiligen strafprozessrechtlichen Regelungen vermuten lassen. Aufgrund der hohen Schutzwürdigkeit persönlicher medizinischer Daten müssen insbesondere bei Maßnahmen gegenüber dem Opfer oder einem unbeteiligten Dritten sehr hohe Anforderungen an die jeweils anzustellende Verhältnismäßigkeitsprüfung gestellt werden;

- Eine forensischen Gesichtspunkten nicht gerecht werdende Dokumentation hat Folgen für die Rekonstruierbarkeit des Tathergangs und der Tatfolgen. Die inadäquate Wiedergabe eines Verletzungsbildes kann von vornherein zu Ermittlungen in die falsche Richtung führen, insbesondere kann sie aber auch die Nachweisbarkeit von Qualifikationstatbeständen, des konkreten Tatvorsatzes und damit die Ermittlung eines tatangemessenen Strafmaßes beeinflussen;
- Die Einführung neuer Berufsgruppen wie die der anglo-amerikanischen *Forensic Nurses* wäre erstrebenswert, mangels gesetzlicher Meldepflicht (in Deutschland) allerdings selbst mittelfristig nicht allzu realistisch. Bei der Lösung der in der Praxis auftretenden Probleme mit allein therapeutischen Zwecken dienenden Dokumentationen sollte daher vor allem bei der Verbesserung vorhandener Ressourcen angesetzt werden, personell bei den bereits bestehenden Durchgangärzten, materiell bei der Optimierung von Dokumentationsbögen- und Dokumentationssoftware.

### 2.3 Material, Methoden und Aufbau

Die Arbeit ist im weitesten Sinne rechtsvergleichend angelegt, da sie neben der deutschen immer auch die ungarische Rechtslage darstellt. Insgesamt soll aber dem Thema *Klinische Dokumentation* an sich die volle Aufmerksamkeit gewidmet werden. Da in Rechtsstaaten im Sinne Deutschlands oder Ungarns den meisten in diesem Zusammenhang relevanten verfassungsrechtlichen und strafprozessualen Prinzipien eine sehr ähnliche Bedeutung zukommt, beschränkt sich die Arbeit auf eine ausführliche wissenschaftliche Herleitung und Auseinandersetzung mit nur einem der beiden Rechtssysteme, nämlich dem deutschen. Zum Zwecke einer anschaulicheren Darstellung wird sich zudem auch nur mit der in Deutschland relevanten Literatur und Rechtsprechung tiefer auseinander gesetzt.

Zur Veranschaulichung der typischen Probleme in der Praxis werden Fallbeispiele aus dem Untersuchungsmaterial einer 2012 durchgeführten Studie, die die sprachlichen Fehler in Dokumentationen von Weichgewebeverletzungen und ihre Auswirkungen auf die rechtsmedizinische Rekonstruierbarkeit untersuchte, aus juristischer Sicht analysiert.<sup>45</sup> Die insgesamt 449 zugrundeliegenden rechtsmedizinischen Akten beinhalten jeweils die klinische Befunderhebung und Diagnose und eine rechtsmedizinische gutachterliche Stellungnahme. Die rechtsmedizinischen Akten behandeln Weichgewebeverletzungen, die Gegenstand eines Strafverfahrens wurden, in der Regel wegen vorsätzlicher körperlicher Gewalt. Die Teilkorpora stammen aus den Rechtsmedizinischen Instituten bzw. Universitätskliniken Pécs, Debrecen, Győr, Kaposvár, Veszprém, Freiburg und Mainz aus den Jahren zwischen 1995 und 2011. Die Akten wurden für das Vorhaben anonymisiert, in das Format txt übertragen und mit der Funktion Key Word in Context (KWIC) der Software WordSmith 5.0 statistisch ausgewertet.

---

<sup>45</sup> Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnosis Reports, PhD Dissertation an der Universität Pécs (Ungarn), Pécs, 2012.

Neben der quantitativen Untersuchung des Korpus von 449 rechtsmedizinischen Akten und den darin enthaltenen klinischen (Erst-)Dokumentationen hat zudem eine qualitative Befragung von Praktikern Eingang in die vorliegende Arbeit gefunden, die den Disziplinen Unfallchirurgie, Rettungsmedizin, Rechtsmedizin, Strafverfolgung, Regress und Linguistik zuzuordnen sind.

Die Arbeit gliedert sich in insgesamt fünf Kapitel. Der Einführung folgt mit Kapitel 2 ein Überblick, welchen inhaltlichen Anforderungen eine klinische Dokumentation unterliegt. Dazu wird untersucht, welchen rechtlichen Zwecken die Dokumentation dient, welche Informationen zur Erfüllung dieser Zwecke unabdingbar sind, welche Feststellungen insbesondere in Hinblick auf Körperverletzungsdelikte durch *stumpfe* oder *scharfe* Gewalt medizinisch, rechtsmedizinisch und juristisch relevant und gegebenenfalls zwingend festzuhalten sind.

Im Kapitel 3 wird die Stellung der klinischen Dokumentation im deutschen und im ungarischen Strafverfahren aufgezeigt werden, sei es als erweiterter Urkundenbeweis, sei es als Vorhalt oder Informationsgrundlage für den Sachverständigenbeweis. In diesem Zusammenhang wird insbesondere untersucht, welche die rechtlichen Voraussetzungen für die Weitergabe von medizinischen Daten an die Ermittlungsbehörden sind, wenn dadurch eine (in der Regel *ärztliche*) Schweigepflicht verletzt wird. Zum anderen wird herausgearbeitet, welche verfassungsrechtlichen Anforderungen an Zwangsmaßnahmen wie die der Durchsuchung und Beschlagnahme von Krankenunterlagen zu stellen sind, je nachdem ob der Betroffene die Stellung als *Beschuldigter* (Täter), *Zeuge* (Opfer) oder *Zeugnisverweigerungsberechtigter* (Arzt) einnimmt. Das Kapitel schließt ab mit der Erörterung, welcher Beweiswert den Anamnesebögen und Attesten im Hauptverfahren und bei der Urteilsfindung zukommt.

Im vierten Kapitel werden – aus forensischer Sicht – typische Unzulänglichkeiten bei der klinischen Dokumentation in Deutschland und in Ungarn herausgearbeitet, insbesondere die unzureichende Beschreibung von Verletzungsmerkmalen und der inadäquate oder schlichtweg falsche Gebrauch von Terminologie. In diesem Kontext wird dargestellt, inwieweit die Unzulänglichkeiten jeweils Auswirkungen auf das anschließende Strafverfahren haben können. Dabei soll aufgezeigt werden, mit welchen Maßnahmen den in dieser Arbeit vorgestellten Fehlerkonstellationen in der Praxis begegnet werden kann. Im sich anschließenden Kapitel 5 werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und der Versuch unternommen, aufzuzeigen, in welche Richtung sich die Praxis zur Gewährleistung einer zufriedenstellenden klinischen Dokumentation weiterentwickeln wird.

Die Arbeit richtet sich explizit auch an Nichtjuristen. Vor diesem Hintergrund ist sie bemüht, Begriffe, die dem Juristen selbstverständlich erscheinen mögen, zumindest in den Fußnoten auch dem Laienjuristen näherzubringen. Umgekehrt werden dort auch die in der Medizin gängigen Termini – zumindest dem Wesen nach – dem Laienmediziner erklärt.

Der Verfasser ist deutscher Volljurist, der seinen Lebensmittelpunkt zurzeit im ungarischen Rechtsraum hat. Vor diesem Hintergrund wird immer wieder auch die Rechtslage in Ungarn angeschnitten. Eine ausführliche Darstellung von Theorie und Praxis beschränkt sich allerdings auf den deutschen Rechtsraum.

## Kapitel 2: Die klinisch-medizinische Dokumentation von Erkrankungen

Die Dokumentation von Krankheitsbildern kann auf eine sehr lange Geschichte zurückblicken. Bereits im *Papyrus Edwin Smith*, einem altägyptischen Wundenbuch auf einer Abschrift aus der Zeit um 1550 v.Chr. werden auf siebzehn Seiten insgesamt 48 chirurgische Fälle aufgelistet, die von Verletzungen am Kopf, an den Schultern bis hin zum Oberkörper systematisch über Krankheitsbilder berichten, die „behandelt“, „bekämpft“ oder eben „nicht bekämpft“ werden konnten.<sup>46</sup>

Wie auch die im Europa des 16. Jahrhunderts zunehmend auftauchenden chronologisch verfassten Tagebücher mit Nennung des Patientennamens, Aufzählung der Symptome, der vermuteten Krankheit, der eingeschlagenen Therapie und des weiteren Krankheitsverlaufes, sollten solche Berichte primär als private Erinnerungsstütze und eigene Wissenserweiterung des behandelnden Mediziners dienen. Der Fokus der Dokumentierung lag damit nicht auf dem individuellen Heilungsprozess des Patienten, sondern auf einer systematischen Erfassung von Krankengeschichten und den ersten Ansätzen einer Standardisierung durch den Gebrauch von teilweise formelhaft stereotypen Wendungen.<sup>47</sup>

Eine patientenorientierte Dokumentation erfolgt erst zur Mitte des 19. Jahrhunderts hin, als die Anamnese des einzelnen Patienten in den Vordergrund rückt und zunehmend dessen – im wahrsten Sinne des Wortes – persönliche Krankengeschichte aufgenommen wird.<sup>48</sup> Mit der Wende zum 20. Jahrhundert hin, mit dem Auftreten von gesundheitlichen Massenproblemen, kommt es dann zur Einführung strukturierter Krankenblätter, automatisierter Informationsverarbeitung und schließlich zur Elektronischen Datenverarbeitung.<sup>49</sup>

Auch heute noch wird in der Medizin, wie auch in allen anderen Disziplinen, ein aktives Wissensmanagement betrieben, es wird sogar etwas intensiver dokumentiert als woanders, denn es geht letztendlich um das gesundheitliche Schicksal von Menschen. In der etwas allgemeineren *medizinischen Dokumentation* geht es um die schriftliche Erfassung von Informationen zu behandelten Erkrankungen, um damit eine effiziente – allgemeine – Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Insbesondere Krankenhäuser, medizinisch-wissenschaftliche Institute und Einrichtungen des Gesundheitswesens (v.a. Gesundheitsämter und Krankenkassen) erfassen die angefallenen Patientendaten, um daraus Ableitungen hinsichtlich bestehender Gesundheitsrisiken, aber auch vorausschauende Gesundheitsvorsorgung betreiben zu können.<sup>50</sup> Die Pharmaindustrie steht hierbei mit eigenen Studien und den im Rahmen von Arzneimittelprüfungen gewonnenen Daten zur Seite.

---

<sup>46</sup> Zum historischen Überblick: Westendorf, Wolfhart: Handbuch der altägyptischen Medizin, Band 1, S. 16ff; zum Papyrus Edwin Smith vgl. Zimmerman, Leo M. / Veith, Ilza: Great Ideas in the History of Surgery, S. 6ff.

<sup>47</sup> Vgl. Hönicke, Ellen: Erschließung von Krankenakten, S. 75.

<sup>48</sup> Hierzu insgesamt: Nolte, Karen: Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte, S. 33.

<sup>49</sup> Hönicke, Ellen: Erschließung von Krankenakten, S. 75.

<sup>50</sup> Vgl. Strauch, Dietmar / Rehm, Margarete: Lexikon Buch – Bibliothek – Neue Medien. Stichwort *Medizinische Dokumentation*, S. 300.



In der *klinisch-medizinischen* Dokumentation geht es hingegen weniger um die allgemeine medizinische Grundversorgung und Grundlagenforschung, sondern um die Dokumentation von Aussagen, die im Zusammenhang mit der konkreten medizinischen Behandlung einzelner oder zahlenmäßig überschaubarer Patienten gemacht werden. Die dokumentierten Daten betreffen folglich speziell die Eigenschaften einzelner Patienten, ihrer Erkrankungen und ihrer persönlichen medizinischen Versorgung. Aufgrund der sehr komplexen und hochgradig arbeitsteilig praktizierenden modernen Medizin sind die bei der klinisch-medizinischen Versorgung Beteiligten mehr und mehr auf schriftlich festgehaltene Informationen der Kollegen angewiesen. Gleichzeitig ist es nicht zuletzt wegen der zunehmenden Anzahl von Patienten, die darüber hinaus auch gerne mal den behandelnden Arzt wechseln, dem einzelnen Arzt gar nicht mehr möglich, den Krankheitsstatus des einzelnen Patienten aus der Erinnerung abzurufen und damit dessen Informationsansprüche erfüllen zu können.<sup>51</sup> Die behandelnden Ärzte sind daher dazu übergegangen, umfassende Dokumentationen anzulegen, in denen sämtliche Daten und Dokumente zusammengeführt werden, die im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung des Patienten erstellt wurden.

Die in einer Klinik – oder aber in einer Arztpraxis – erhobenen Befunde und Daten zum Patienten werden hierzu in einer Krankenakte gebündelt, damit der Krankheitsverlauf nachvollziehbar dargestellt werden kann und die an der Behandlung beteiligten Ärzte und Pflegekräfte ohne Kommunikationsverluste Zugriff auf die wesentlichen Informationen haben.<sup>52</sup> *Klinisch-medizinisch* bedeutet damit gerade nicht, dass die dokumentierte Untersuchung und Behandlung in einer *Klinik* stattfinden, der reine Verweis auf einen konkreten Krankheitsfall eines Patienten ergibt sich vielmehr aus der in der Medizin üblichen Abgrenzung der *Klinischen Medizin* zu den (*vorklinischen*) Grundlagenfächern.<sup>53</sup>

Die *klinische Dokumentation*, dem gemeinen Patient auch als *Krankenakte* oder *Krankenblatt* bekannt, umfasst in der Regel die aus der persönlichen Sicht des Patienten zusammengefasste bisherige Leidensgeschichte (*Anamnese*), die Ergebnisse aller diagnostischen Tätigkeiten und Verfahren, die vom behandelnden Arzt im Rahmen der Patientenversorgung durchgeführt werden

---

<sup>51</sup> Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 48f.

<sup>52</sup> Kuhlen, Rainer / Seeger, Thomas / Strauch, Dietmar: Grundlagen der praktischen Information und Dokumentation, Glossar, Stichwort *Klinische Dokumentation*, S. 70.

<sup>53</sup> Der Begriff *Klinische Medizin* bezieht sich auf den Bereich der Medizin, der sich – anders als die theoretischen Grundlagenfächer oder etwa die diagnostische Medizin – mit der patientenbezogenen, praktischen Ausübung der Heilkunde beschäftigt. In Abgrenzung zur *wissenschaftlichen Medizin*, in der die naturwissenschaftlichen Fächer Physik, Biologie, Chemie, Humanbiologie, Anatomie, Biochemie und Physiologie, aber auch Psychologie und Sozialwissenschaften betont werden, geht es bei der *klinischen Medizin* um die Anwendung in der Praxis. Die klinische Medizin lässt sich in zahlreiche Teilgebiete unterteilen, zu denen typischerweise die Innere Medizin, die Chirurgie, die Augenheilkunde, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Urologie, die Frauen- und Kinderheilkunde sowie neuere Teilgebiete wie die Radiologie, die Psychiatrie und die Sozialmedizin zählen. Der Begriff *klinische Medizin* sagt damit gerade nichts darüber aus, ob der behandelnde Mediziner tatsächlich in einer *Klinik* oder aber vielmehr als niedergelassener Arzt tätig ist. Ausführlicher Überblick bei Bünte, Hermann / Bünte, Klaus: Das Spektrum der Medizin, S. 468.



(medizinische Untersuchung und Therapien bzw. Eingriffe) sowie auch die weiteren, noch zu veranlassenden Behandlungen und Empfehlungen für einen erfolgreichen Heilungsprozess (Arztbriefe). Sie soll einer bestimmten Gruppe von berechtigten Personen zum richtigen Zeitpunkt, zum richtigen Ort und in der richtigen Form alle – relevanten – Informationen zu einem oder mehreren Patienten, Krankheitsbildern und Therapieerfolgen bereitstellen und dient somit primär der wirkungsvollen und angemessenen medizinischen Versorgung.<sup>54</sup>

Nach der im Rahmen eigenen Landesrechts abgeschlossenen (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), die von den einzelnen Landesärztekammern übernommen wurde, soll die Dokumentation allerdings „nicht nur Gedächtnisstütze [...] für die Ärztin oder den Arzt“ sein, sondern darüber hinaus auch dem Interesse der Patienten dienen (vergleiche § 10 Absatz 1 Satz 2 MBO-Ä). So soll sie beispielsweise den wesentlichen Behandlungsverlauf nachvollziehbar machen und dadurch eine Überprüfung durch den Patienten oder einen anderen Arzt ermöglichen. Dies folgt im Übrigen auch schon aus dem Wortlaut des § 10 Absatz 2 MBO-Ä.<sup>55</sup> Daneben ist sie aber natürlich auch notwendig für etwaige spätere Behandlungen des Patienten, für die Abrechnung erbrachter Leistungen, für die ärztliche Qualitätssicherung – und eben auch für juristische Zwecke. Neben der Bedeutung in sozialgerichtlichen Verfahren und in zivilrechtlichen Arzthaftungsprozessen kommt der klinischen Dokumentation insbesondere im Strafverfahren eine immer bedeutender werdende Rolle zu. Dort werden regelmäßig die relevanteren Teile der klinischen Dokumentation, die auch in dieser Arbeit im Mittelpunkt stehenden *Anamnesebögen* der Krankenhäuser und *ärztlichen Atteste* zum

---

<sup>54</sup> So schon: Leiner, Florian / Gaus, Wilhelm / Haux, Reinhold / Knaup-Gregori, Petra / Pfeiffer, Karl-Peter / Wagner, Judith: Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung, S. 3ff.

<sup>55</sup> § 10 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main, so wie er grundsätzlich auch von den jeweiligen Landesärztekammern als Satzung beschlossen wurde:

**§ 10 MBO-Ä: Dokumentationspflicht**

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

(4) Nach Aufgabe der Praxis haben Ärztinnen und Ärzte ihre ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Ärztinnen und Ärzte, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten in Obhut gegeben werden, müssen diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten einsehen oder weitergeben.

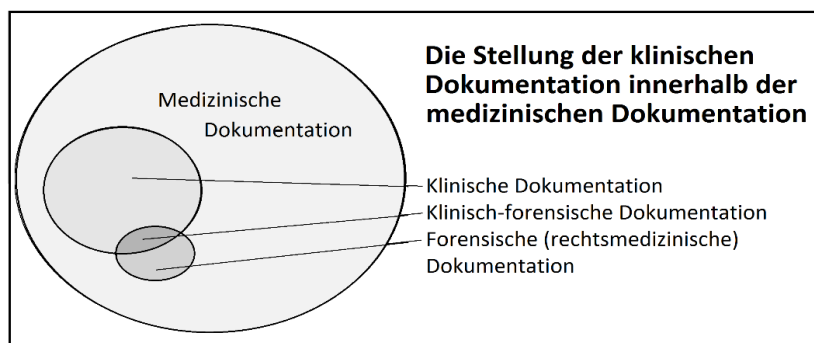
(5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen [...]

Nachweis erlittener Verletzungen herangezogen.<sup>56</sup> Beide gehören regelmäßig zur klinischen *Erstdokumentation* der Verletzungen und geben somit Informationen zum ursprünglichen Verletzungsbild wieder, d.h. so, wie es noch vor der therapeutischen Behandlung vorlag.

Abzugrenzen ist die klinische Dokumentation dabei vom *klinischen* bzw. *klinisch-forensischen Gutachten*, bei dem der Arzt nicht therapeutisch, sondern gutachterlich tätig wird. In der Praxis handelt er dann regelmäßig als neutraler Sachverständiger auf Veranlassung von Behörden, Gerichten oder Versicherungsträgern. Es ist also vor allem die Rechtsstellung zum Patienten, die sich beim externen Gutachenauftrag ändert. Dem gutachterlich tätig werdenden Arzt obliegt die Erhebung und Dokumentation von Befundtatsachenfeststellungen von vornherein und allein zum Zwecke der Sammlung aussagekräftiger Beweismittel, ohne dass er zusätzliche therapeutische Maßnahmen durchzuführen hätte.<sup>57</sup>

Überschneidungen gibt es hingegen zur *klinisch-forensischen Dokumentation* (zum lebenden Patienten) und zur *forensischen* (rechtsmedizinischen) Dokumentation zum Toten. Bei diesen wechselt der Fokus der gesamten Tätigkeit, weg von der reinen Patientenversorgung hin zu rein strafrechtlich relevanten Fragestellungen, insbesondere zur Entstehungsweise und zum Verletzungshergang.<sup>58</sup>

Wie die folgende **Abbildung 1** veranschaulicht, gibt es bei der medizinischen Dokumentation seitens der verschiedenen Disziplinen durchaus Überschneidungen, und natürlich wird auch beispielsweise der Rechtsmediziner sehr viele Informationen erfassen, die schon der klinische Mediziner dokumentiert hatte, wenn auch zu einem anderen Zweck. Besonders deutlich wird dies bei der *klinisch-forensischen Dokumentation*, also bei der rechtsmedizinischen Datenerfassung am lebenden Patienten, bei der Untersuchungsergebnisse, Befunderhebung, Versorgung und sachverständige Dokumentation zur Entstehungsweise und zum Verletzungshergang miteinander verschmelzen.<sup>59</sup>



**Abb. 1: Die Stellung der klinischen Dokumentation innerhalb der medizinischen Dokumentation** (eigene Darstellung)

<sup>56</sup> Die Anamnesebögen (auch: Aufnahmebögen) der Krankenhäuser dienen dabei eher der internen klinischen Dokumentation, werden aber schon zwecks Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt regelmäßig an die Patienten herausgegeben; *Atteste* dienen hingegen oftmals von vornherein nichttherapeutischen Zwecken und werden als Bescheinigung über den Untersuchungsbefund dem Patienten mitgegeben, vgl. hierzu auch Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: *Klinisches Wörterbuch*, Stichwort *Attest*.

<sup>57</sup> Eschelbach, Ralf / Geipel, Andreas: *Beweis- und Zurechnungsfragen bei der Verletzung des Körpers*, S. 483.

<sup>58</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: *Klinisch-forensische Medizin*, S. 6f.

<sup>59</sup> Zu den Aufgaben der klinisch-forensischen Medizin: Vgl. Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: *Klinisch-forensische Medizin*, a.a.O.

Eigentumsrechtlich sind die gesamten Krankenunterlagen als Eigentum des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses zu betrachten. Schon die „Rohstoffe“ der Dokumentation (Papier, Karteikarten, Datenträger, Software etc.) stehen gewöhnlich im Eigentum des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses. Aber auch die Dokumentation selbst erfolgt in aller Regel primär zu eigenen Zwecken, sei es zu wissenschaftlichen Zwecken, sei es zur Erinnerungs- und Behandlungsunterstützung.<sup>60</sup>

Ärzte und Krankenhäuser können vor diesem Hintergrund grundsätzlich frei über „ihre“ Unterlagen verfügen, solange sie ihre ärztliche Verschwiegenheitspflicht einhalten.<sup>61</sup> Gesetzlich besteht allerdings sowohl die generelle Pflicht, überhaupt eine Behandlungsdokumentation zu führen, als auch die Pflicht, dem Patienten auf dessen Wunsch hin Einsicht in „seine“ Unterlagen zu gewähren und sie ihm gegebenenfalls zur Verfügung zu stellen.<sup>62</sup> In der Praxis erfolgt dies – gegen entsprechende Vergütung – durch geeignete Kopien, unter Umständen aber auch durch das Herausgeben von Originalaufzeichnungen wie Röntgenaufnahmen oder Ähnlichem.

Gerade mit Blick auf die Dokumentationspflicht, vor allem aber natürlich mit Blick auf die Verwendung der eigenen Dokumentation in möglichen Arzthaftungsprozessen gegen einen selbst, herrscht bei vielen Ärzten Unsicherheit, wie sinnvoll eine allzu umfangreiche Dokumentation sein kann. Ob das verbreitete Motto „*strafrechtlich* so viel wie möglich, *zivilrechtlich* so wenig wie nötig“ von der ärztlichen Dokumentationspflicht gedeckt ist, soll der folgende Abschnitt zeigen.

---

<sup>60</sup> Zwar dienen medizinische Dokumentationen heutzutage auch Zwecken des Patienten, weshalb ein Eigentumserwerb nach § 950 BGB diskutiert wird, wenn die Herstellung der Unterlagen *im Namen und im wirtschaftlichen Interesse des Patienten* erfolgen sollte. Dies ist aber bei Unterlagen, die erkennbar nicht zum Zwecke der wirtschaftlichen Verwertung erstellt werden, sondern zu therapeutischen, allenfalls noch Informationszwecken gegenüber dem Patienten, offensichtlich nicht der Fall. Etwas anderes ergibt sich in aller Regel auch nicht aus der vertraglichen Beziehung des Patienten zum Arzt bzw. zum Krankenhaus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Dachorganisation der deutschen Krankenhausträger regelt in ihren Mustervertragsbedingungen (AVB) sogar explizit, dass „Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen über Untersuchungen und Behandlungen (Patientenunterlagen) [...] Eigentum“ des jeweiligen Krankenhauses bleiben (§ 13 AVB). Zu den Eigentumsverhältnissen an der klinischen Dokumentation insgesamt: Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 175ff.

<sup>61</sup> Zur ärztlichen Schweigepflicht und einer möglichen Strafbarkeit wegen Geheimnisverrats (§ 203 StGB bzw. § 223 uStGB) vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.2.1. des dritten Kapitels (S. 87ff).

<sup>62</sup> Da die Unterlagen im Eigentum der behandelnden Mediziner stehen, kann der Patient – mit Ausnahme von Röntgenbildern und bestimmten Proben, die nach § 28 Absatz 8 Röntgenverordnung herausgegeben werden müssen, wenn der Patient zu einem anderen Arzt gehen möchte – nur die Einsicht in die Krankenunterlagen bzw. die Herausgabe von Kopien verlangen, wenn er die Kosten hierfür übernimmt. Da solche Kosten in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht geregelt sind, werden für Kopien die gleichen Sätze angenommen, die beispielsweise für Rechtsanwälte und Steuerberater gelten. Danach werden bei Ablichtungen die ersten 50 Seiten mit 0,50 Euro berechnet, jede weitere Seite mit 0,15 Euro. Hierzu: Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht für Ärzte, S. 129f.

## 1 Die (allgemeine) ärztliche Pflicht zur Dokumentation

Während (auch) Rechtsprechung und Literatur früher davon ausgingen, dass die klinische Dokumentation von Erkrankungen vielmehr der wirkungsvollen medizinischen Versorgung dienen solle als rechtlichen Ansprüchen des Patienten oder des Staates<sup>63</sup>, ist heute allgemein anerkannt, dass Ärzte und Krankenhausträger eine Rechtspflicht trifft, die Patientenbehandlung einschließlich aller pflegerischen Maßnahmen umfassend zu dokumentieren.<sup>64</sup>

Besonders die höchstrichterliche Rechtsprechung hatte seit Ende der 1970er Jahre weitere Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts, aber auch zur Dokumentierungspflicht entwickelt. Diese beruhten zum einen auf einer vertraglichen Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag und zum anderen aus der deliktischen Haftung für die tatsächliche Übernahme der Behandlung.<sup>65</sup> Mit der Abkehr des Bundesgerichtshofs von der Einordnung der klinischen Dokumentation als reine „Gedächtnisstütze“, machte er zudem klar, dass den Arzt hinsichtlich Umfang und Inhalt der Dokumentierung die Pflicht zu einer „ordnungsmäßige[n] Dokumentation“ treffe, so wie sie „gutem ärztlichen Brauch“ entspreche.<sup>66</sup>

Der daraufhin aufkommende Meinungsstreit, was eine „ordnungsmäßige Dokumentation“ für den Umfang und Inhalt der ärztlichen Dokumentierung konkret bedeute, ob weitgehend unbestimmte Rechtsausdrücke wie „hinreichende Aufzeichnungen“, „verlässliche Unterlagen“, „richtig[e], angemessen[e] und umfassend[e]“<sup>67</sup> Dokumentation überhaupt einen rechtlichen Maßstab setzen könnten und ob es den Ärzten selbst überlassen sein könne, den Inhalt ihrer vertraglichen Nebenpflichten selbst festzulegen<sup>68</sup>, wurde in Deutschland erst mit der Verabschiedung des neuen Patientenrechtegesetzes im Jahre 2013 beendet.

Mit diesem wurde nicht nur erstmals der *Behandlungsvertrag* zur Durchführung medizinischer Behandlungen als eigener, besonderer Typ des Dienstvertrags als neuer § 630a ins Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen, sondern zugleich auch der Umfang von Informations-,

---

<sup>63</sup> Zu allem: Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 49ff mit weiteren Nachweisen. Insbesondere der BGH hält im zweiten Leitsatz seines Urteils vom 4. Dezember 1962 Folgendes fest: „Das Krankenblatt ist eine Gedächtnisstütze des Arztes, ein von ihm oder für ihn gefertigtes Hilfsmittel, das ihm den jederzeitigen, raschen Überblick über den Verlauf der Krankheit und ihre Behandlung ermöglichen und ihn damit bei der Durchführung der Therapie entlasten soll, dagegen keine schriftliche Festlegung der Krankengeschichte, die sorgfältig und vollständig zu führen der Arzt im Verhältnis zum Kranken verpflichtet wäre.“ Vgl. hierzu nur BGH, VersR 1963, S. 168, ähnlich auch OLG Stuttgart, NJW 1958, S. 2118 (S. 2119); OLG Hamburg, MDR 1960, S. 501 (S. 502); BVerfG, BVerfGE 32, S. 373 (S. 380).

<sup>64</sup> Insgesamt: Beyerle, Beatrix: Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle, S. 197ff.

<sup>65</sup> Ständige Rechtsprechung seit BGHZ 72, S. 132 (S.137); vgl. nur Laufs, Adolf / Uhlenbruck, Wilhelm / Schlund, Gerhard H.: Handbuch des Arztrechts, § 59 Rdnr. 1 mit umfangreichen Nachweisen. Für den deutschen Rechtsraum ergab sich die Dokumentationspflicht vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahre 2013 somit nur als Nebenpflicht aus den §§ 611ff 635ff BGB (vertraglich) bzw. § 823 BGB (deliktisch).

<sup>66</sup> BGH NJW 1978, S. 1681 (S. 1682).

<sup>67</sup> Zum Meinungsstreit: Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 81ff.

<sup>68</sup> Hierzu: Beyerle, Beatrix: Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle, S. 197ff.

Aufklärungs- und Dokumentationspflichten festgelegt.<sup>69</sup> Erklärtes Ziel des Gesetzgebers war es dabei, sich „am Leitbild [...] des mündigen Patienten“ zu orientieren, der auch als medizinischer Laie verständlich und umfassend über konkrete Maßnahmen aufzuklären sei, denn nur dann könne seine Einwilligung in den Eingriff wirksam sein.<sup>70</sup>

Vor diesem Hintergrund war für den Gesetzgeber die Pflicht zu einer umfangreichen Dokumentation und das Recht zu einer jederzeitigen Akteneinsicht von besonderer Bedeutung, denn „was dokumentiert ist, lässt sich auch später noch nachvollziehen, [...] die beste Dokumentation nütz[e] nichts, wenn die Akten für die [...] Patienten verschlossen“ blieben.<sup>71</sup> Entsprechend den früheren Ausführungen der Bundesärztekammer und deren Muster-BO soll daher das neue Gesetz dazu beitragen, Informationen und Ergebnisse von Untersuchungen vor Verlust zu schützen, die Konsultation von anderen Ärzten zu ermöglichen und dabei Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Darüber hinaus soll es insbesondere auch die Persönlichkeitsrechte des Patienten dadurch wahren, dass der Arzt Rechenschaft über den Gang

---

<sup>69</sup> Durch das Patientenrechtegesetz traten insbesondere die vorliegend relevanten §§ 630f, 630g und 630h BGB in Kraft, welche die Dokumentation bzw. die Haftung für fehlende Dokumentation regeln:

**§ 630f BGB: Dokumentation der Behandlung**

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. [...]

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen. [...]

**§ 630g BGB: Einsichtnahme in die Patientenakte**

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. [...]

**§ 630h BGB: Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler**

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. [...]

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat. [...]

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

<sup>70</sup> Vgl. nur die Begründung des Gesetzentwurfs: BT-Drucks. 17/10488, S. 9, S. 11ff.

<sup>71</sup> BT-Drucks. 17/10488, S. 11.

der Behandlung ablegen muss durch eine Dokumentation, die faktisch zugleich die Beweissicherung zu etwaigen Behandlungsfehlern bildet.<sup>72</sup> Die Mangelhaftigkeit einer Dokumentation führt damit in erster Linie zu beweisrechtlichen Folgen, etwa zu einer Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten (vgl. § 630h Absatz 3 BGB), falls eine Behandlung nicht ausreichend dokumentiert wurde. Die Dokumentationspflicht gestaltet sich demnach als eine vertragliche Nebenpflicht, die vielmehr auf die weitere Behandlung durch den Arzt abzielt als auf die Befunderhebung zur zugrundeliegenden Erkrankung.

Im ungarischen Zivilgesetzbuch (Gesetz V/2013, im Weiteren *uBGB*<sup>73</sup>) gibt es hingegen kein mit dem deutschen Behandlungsvertrag vergleichbares Äquivalent. Das Arzt-Patienten-Verhältnis entspringt vielmehr (wie im deutschen Schuldrecht vor 2013) einem nicht konkret zuordenbaren zivilrechtlichen Schuldverhältnis. Ein in der Literatur vielfach geforderter, gesetzlich besonders geregelter Vertragstyp für medizinische Behandlungen steht (noch) aus.<sup>74</sup> Mit der Reform des ungarischen Zivilgesetzbuches im Jahr 2013 gingen allerdings auch weitreichende Änderungen im gesonderten Gesetz über das ungarische Gesundheitswesen einher, das in seinem § 136 Gesetz CLIV/1997<sup>75</sup> ausdrücklich die Pflicht zur ärztlichen Dokumentation und darüber hinaus auch deren konkreten Umfang regelt.

## 2 Umfang und Inhalt der klinischen Dokumentation

Vor dem Hintergrund einer allgemeinrechtlichen und standesrechtlichen Pflicht zur klinischen Dokumentation kann davon ausgegangen werden, dass der Arzt nicht einfach in beliebiger Weise dokumentieren darf, sondern dass er zur Erfüllung dieser Pflicht nach klaren Kriterien geordnete und gegliederte Krankenunterlagen erstellen muss. Der grundsätzliche Zweck von Krankenunterlagen ist zunächst einmal, sämtliche Informationen zum behandelten Patienten zusammenzufassen. Deshalb werden in der Praxis sowohl beim niedergelassenen Arzt als auch im Krankenhaus die Daten möglichst in einer einzigen Krankenakte gebündelt. Dies geschieht schon, um einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsabschnitte behalten zu können.

Teilweise wird auch die Akte weiter aufgeteilt, etwa in eine ambulante und eine stationäre Akte oder in eine chirurgische und eine anästhesiologische Akte, auch wenn dies den Zugriff auf

---

<sup>72</sup> BT-Drucks. 17/10488, S. 26f. In diesem Zusammenhang steht auch § 630f Absatz 1 Satz 2 BGB, der die Dokumentation als Beweissicherung absichern soll und § 630h BGB, der eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten postuliert.

<sup>73</sup> Das ungarische Bürgerliche Gesetzbuch [2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről = Gesetz V/2013] wird in dieser Arbeit einer einfacheren Verständlichkeit wegen nicht mit dem ungarischen Kürzel *Ptk*, sondern mit dem Kürzel *uBGB* abgekürzt.

<sup>74</sup> Vgl. Jobbágyi, Gábor: Az orvosi kezelési szersződés a magyar jogban – s az állam felelőssége [Der medizinische Behandlungsvertrag im ungarischen Recht – und die Verantwortung des Staates], S. 3f; insgesamt auch: Lomnici, Zoltán: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai történeti és összehasonlító jogi elemzés [Die Grundlagen des Medizinrechts und der medizinrechtlichen Beziehungen. Historische und vergleichende Analyse], S. 108ff.

<sup>75</sup> 1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről [Gesetz über das Gesundheitswesen].

bestimmte Informationen unnötig erschweren kann.<sup>76</sup> Daher ist es eher üblich, neben der Hauptakte etwaige Sonderakten, beispielsweise zur Aufbewahrung von Röntgenbildern, Datenträgern etc. zu erstellen, auf die dann entsprechend verwiesen werden kann. Dabei werden in kleineren ambulanten Institutionen wie den niedergelassenen Arztpraxen, in Form und Umfang eher überschaubare Dokumentationsmedien eingesetzt (beispielsweise speziell entworfene Karteikarten, auf denen die Patienteninformationen und durchgeführten Maßnahmen sehr bedarfsgerecht zugeschnitten wiedergegeben werden). In großen Einrichtungen, in denen die Behandlung des Patienten eher arbeitsteilig erbracht wird und Behandlung und Dokumentation entsprechend komplexer ausfallen und durch unterschiedliche Leistungserbringer erfolgen, wird die Krankenakte hingegen umfangreicher sein und oft die Form von dicken Hängeregistratormappen haben, die eine ausgefeilte interne Organisation aufweisen.<sup>77</sup>

Zumindest in Deutschland gibt es kaum detaillierte, rechtlich verbindliche Kriterien hinsichtlich Umfang, Form und Inhalt einer Krankenakte. In der Literatur wird vielmehr darauf abgestellt, dass jedenfalls alle solchen Informationen festgehalten werden müssen, die gegenüber dem Patienten relevant werden können und nicht nur für den Arzt oder die Abrechnung von Bedeutung sind.<sup>78</sup> Strafrechtliche Aspekte spielen dabei zunächst keine Rolle. Rechtlich vorgeschriebener Inhalt einer Krankenakte ist damit zunächst alles, was der ärztlichen Dokumentationspflicht, also therapeutischen und zivilrechtlichen Anforderungen, unterfällt. Schon der deutsche Bundesgerichtshof (BGH) bemühte sich mit dem Abstellen auf eine „ordnungsgemäße[...] ärztliche[...] Dokumentation“ entsprechend „gutem ärztlichen Brauch“ nur sehr halbherzig um eine präzise Eingrenzung.<sup>79</sup>

Auch in der Praxis stellt sich nicht die Frage, *ob* überhaupt dokumentiert wird. Vielmehr dokumentiert letztendlich jeder, der mit dem verletzten Patienten in Berührung kommt, wenn auch in unterschiedlicher Form. Die Besatzung eines Rettungswagens wird dem Patienten einen Durchschlag eines – je nach Landkreis und Bundesland – eher einfach gehaltenen „RTW-Blattes“ oder Notarztprotokolls mitgeben, auf dem unter Umständen nur stichwortartige Angaben zur akuten Anamnese und zum Erstbefund zu finden sind. Bei ihnen werden vor allem die Vitalparameter, d.h. Angaben zum Blutdruck, zur Herzfrequenz/Puls, zum Herzrhythmus (EKG-Rhythmus) und Atemfrequenz festgehalten, darüber hinaus auch Angaben zum Blutsauerstoffspiegel (SpO<sub>2</sub>) und zur Bewusstseinsfunktion (GCS).<sup>80</sup>

Die Notaufnahmen von Krankenhäusern werden hingegen regelmäßig mit einem mehrseitigen Anamnesebogen arbeiten, auf dem auch Ganzkörperschemata zur genaueren Lokalisierung von Verletzungen bereitgestellt werden und in dem detaillierte Angaben u.a. zu den verschiedenen

---

<sup>76</sup> Vgl. Leiner, Florian / Gaus, Wilhelm / Haux, Reinhold / Knaup-Gregori, Petra / Pfeiffer, Karl-Peter: Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung, S. 78.

<sup>77</sup> Vgl. Haas, Peter: Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakten, S. 116.

<sup>78</sup> Vgl. etwa Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 80f.

<sup>79</sup> BGH, NJW 1978, S. 2337 (S. 2339) bzw. BGH, NJW 1978, S. 1681 (S. 1682).

<sup>80</sup> Vgl. nur die Muster-Notarztprotokolle (Abb. 15-17) im Anhang zu dieser Arbeit (S. 224ff).

Körperregionen, zu den Organen, zum Bewegungsapparat und zum neurologischen Zustand des Patienten abgefragt werden.<sup>81</sup> Die Fachabteilungen, zu denen die Notfälle mit schwereren Verletzungen eingeliefert werden, arbeiten wiederum häufig mit eigenen Anamnesebögen, die speziell auf ihre speziellen Bedürfnisse, beispielsweise die Bedürfnisse einer Unfallchirurgie, zugeschnitten sind. Große Krankenhausgesellschaften und medizinische Verbände verfügen dabei über eigene, an die Mitglieder abgegebene Dokumentationsformate.

Es mangelt vor diesem Hintergrund nicht an Dokumentationsformaten oder tatsächlich durchgeführten Dokumentationen.<sup>82</sup> Es gibt vielmehr das Problem, dass es nur wenige verbindliche Standards zur Ausgestaltung und zum Ausfüllen dieser vorhandenen Formate gibt.

## 2.1 Die internationale Standardisierung von Krankenakten nach ICD

Auf internationaler Ebene hervorzuheben ist das in der medizinischen Dokumentation wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD oder auch ICD-10). Es reicht schon zurück auf die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts und wird seit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1948 zentral von dieser herausgegeben. Die ICD-Verschlüsselung hat den großen Vorteil, dass – weltweit – einzelne Krankheiten und ihre Varianten nach einheitlichen Kriterien bezeichnet und kodiert werden können.<sup>83</sup>

Die Verschlüsselung dient zwar in erster Linie einer einfacheren (auch länderübergreifenden) Abrechnung mit den Krankenkassen und statistischen Zwecken, sie soll in dieser Arbeit aber auch vor dem Hintergrund behandelt werden, dass den Kodierungen nach ICD-10 im Dokumentierungsalltag eine weitaus wichtigere Rolle zukommt, als ihnen ursprünglich zugedacht wurde. Der große Vorteil der von der WHO regelmäßig revidierten ICD-Ausgaben liegt nämlich daran, dass sie das gesamte Spektrum an bekannten Krankheiten enthalten. Da die Verschlüsselungen allgemeine Formulierungen liefern, die sich auch bei der Erstellung von Befunden und Diagnosen gut verwenden lassen, kommt es in der Praxis häufig dazu, dass die – sehr allgemein gehaltenen – Angaben zur Verschlüsselung (beispielsweise S41.1: „Offene Wunde des Oberarmes“) nicht nur für die Kodierung zu Abrechnungszwecken verwendet werden, sondern eins zu eins auch Einzug in die Beschreibungen, insbesondere aber auch die Diagnosen von Anamnesebögen und Attesten finden.<sup>84</sup>

---

<sup>81</sup> Vgl. beispielsweise den Muster-Anamnesebogen (Abb. 18) im Anhang zu dieser Arbeit, (S. 227ff).

<sup>82</sup> In der Praxis ist mitunter sogar das Phänomen einer Überdokumentation beobachtbar, etwa dann, wenn es um die Rechtfertigung von Rechnungen geht, vgl. Nerlich, Michael / Berger, Alfred (Hrsg.): *Tscherne. Unfallchirurgie. Weichteilverletzungen und –infektionen*, S. 370.

<sup>83</sup> Vollständiger Überblick bei: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, S. 3ff ; dort auch ein Überblick zur historischen Entwicklung der medizinischen Verschlüsselung, mit Blick auf die Erfassung von Todesursachen weltweit zunehmend internationaler handelnd, S. 1338ff.

<sup>84</sup> Vgl. hierzu nur die Fallbeispiele im Abschnitt 1 des vierten in Kapitels 4 (S. 153ff).



Nach der englischsprachigen Originalausgabe von 1992 wurde eine deutschsprachige Ausgabe (*German Modification*) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angefertigt (ICD-10 GM), die sich eng an der englischen Originalfassung orientiert. Dazu wird eine alphanumerische Klassifikation nach 22 Kapiteln mit jeweils dreistelliger allgemeiner Systematik (beispielsweise Kapitel I: A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten) aufgestellt, die um gelegentliche vier- und fünfstellige Spezifizierungen ergänzt werden kann.<sup>85</sup> Bei der ambulanten Behandlung folgen der Schlüsselnummer zudem zwei weitere Kennzeichen: ein Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit ist zwingend vorgeschrieben, eines zur Spezifizierung der Seitenlokalisation wird zumindest empfohlen.<sup>86</sup> In Ungarn hat wiederum der zentrale Nationale Gesundheitsfonds [Országos Egészségbiztosítási Pénztár] die Betreuung der Verschlüsselung nach ICD-10 in ungarischer Sprache („BNO-10“) übernommen, welche regelmäßig vom ungarischen Ministerium für Arbeit und Soziales [Népjóléti Minisztérium] herausgegeben wird.<sup>87</sup>

Aus den Kodierungen nach ICD-10 ergibt sich demnach eine international lesbare Diagnoseverschlüsselung, die seit dem Jahr 2000 in Deutschland (und auch in Ungarn zumindest teilweise<sup>88</sup>) verpflichtend ist, wenn auch die Zuordnung nicht immer ganz einfach ist. So ist bei den in der vorliegenden Arbeit im besonderen Fokus stehenden Körperverletzungsdelikten beispielsweise eine Kombination mehrerer Verschlüsselungen angezeigt, wenn man den Sachverhalt einigermaßen genau erfassen möchte. Im Rahmen des XIX. Kapitels der ICD-10 (S00-T98: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) listen beispielsweise die S61.0ff eine Reihe von körperteilbezogenen offenen Wunden mit

---

<sup>85</sup> So gibt es innerhalb des 1. Kapitels A00-B99 (Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten) den Unterabschnitt A92-A99 (Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber), der wiederum unter A95 (Gelbfieber) die Spezifizierungen A95.0 (Buschgelbfieber), A95.1 (Urbanes Gelbfieber) und A95.9 (Gelbfieber, nicht näher bezeichnet) aufführt, vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, S. 3ff.

<sup>86</sup> Bei der Diagnosesicherheit gibt es insgesamt vier Zusatzkennzeichen (A=ausgeschlossene Diagnose; V=Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose; Z=Zustand nach der betreffenden Diagnose und G=gesicherte Diagnose), von denen nach § 295 Abs. 1 SGB V schon im Rahmen der ärztlichen Abrechnung eines ausgewählt werden muss; bei der Spezifizierung der Seitenlokalisation beschränken sich die Zusatzkennzeichen auf die allgemeinen Angaben R=rechts, L=links und B=beidseitig; vgl. nur Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, S. 1.

<sup>87</sup> Zur aktuellen Ausgabe vgl.: BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió) [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. revidierte Auflage)], hrsg. vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Budapest, 1995. Die neueste Auflage findet sich auch online unter: [https://hu.wikipedia.org/wiki/BNO-10\\_k%C3%B3d\\_list%C3%A1ja](https://hu.wikipedia.org/wiki/BNO-10_k%C3%B3d_list%C3%A1ja).

<sup>88</sup> In Ungarn sah die Verordnung 38/2006. (IX. 27.) EüM rendelet bis zu ihrer Aufhebung durch das Verfassungsgericht zum 31. Dezember 2009 vor, dass die Verschreibung und Ausgabe von Arzneimitteln nur unter Verwendung der BNO-10-Kodierung erfolgen durfte. Zumindest für die Kostenübernahme einer stationären Behandlung ist auch heute noch die Kodierung verpflichtend.

Weichteilschäden unterschiedlicher Intensität auf, während die zusätzlichen Verschlüsselungen nach T00-T07 eine Darstellung von Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen erlaubt. Aussagen zu typischen Verletzungsbildern, wie sie aus Risswunden, Schnittwunden und Stichwunden herrühren, sind wiederum unter dem Abschnitt T14.1 („Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion“) festgehalten.<sup>89</sup>

Bei der Standardisierung nach ICD-10 besteht zudem die Möglichkeit, auf die (äußeren) Ursachen der Verletzungen einzugehen. Im Kapitel XX („Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“) wird unter den Abschnitten V01 bis Y84 insbesondere eine Reihe unterschiedlicher Unfallhergänge, Selbstschädigungs- und tätlichen Angriffsverhaltensweisen aufgeführt, die mit in die Verschlüsselung einbezogen werden sollten.<sup>90</sup> Wie die **Abbildung 2** verdeutlicht, ergibt sich dadurch beispielsweise bei einer Stichverletzung durch Fremdeinwirkung an der rechten Hand mit Fraktur eines Handwurzelknochens eine kombinierte Verschlüsselung, die möglichst viele Informationen abdecken soll:

**Beispiel einer ICD-10-Verschlüsselung  
bei Stichverletzung durch fremde Gewalt** - Theorie -

**Hauptdiagnose:**  
S62.11 G R Fraktur des Os lunatum

**Nebendiagnose(n):**  
S61.8 Offene Wunde sonstige Teile des Handgelenkes und der Hand  
S61.88 Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur  
T14.1 Offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion  
[Offene Wunde, Risswunde, Schnittwunde, Stichwunde mit penetrierendem Fremdkörper, Tierbiss]  
Y09.9! Tätlicher Angriff [u.a. Verletzung durch eine andere Person in Verletzungs- oder Tötungsabsicht auf jede Art und Weise]

**Abb. 2: Ausführliche Kodierung einer Körperverletzung anhand von ICD-10** (German Modification, eigene Darstellung)<sup>91</sup>

Die Hauptdiagnose gibt hierbei lediglich Auskunft darüber, dass eine (gesicherte) Fraktur am rechten Handwurzelknochen vorliegt. Sämtliche Informationen zur Weichgewebeverletzung, zu den Entstehungsmerkmalen und vor allem zur Entstehungsgeschichte lassen sich allein aus den darunter stehenden Nebendiagnosen ablesen. Bei einer näheren Beschäftigung mit ICD-10 wird deutlich, dass die Verschlüsselung von komplexen, möglicherweise auch noch multiplen

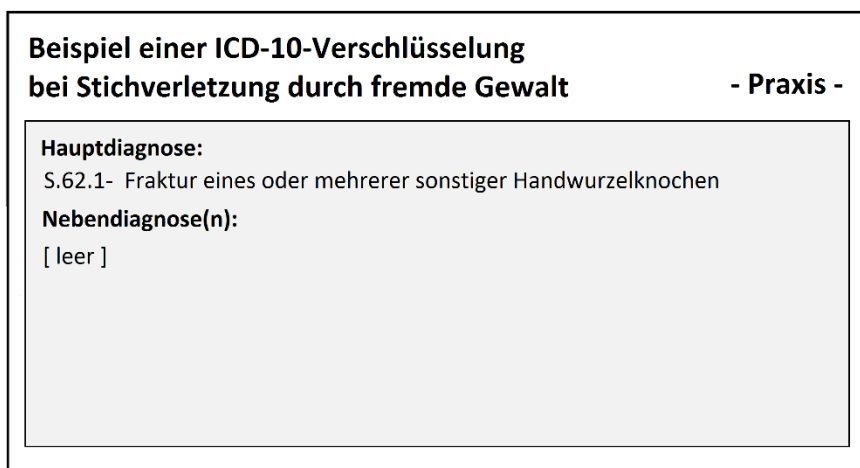
<sup>89</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, SS. 683f, 701, 709f.

<sup>90</sup> Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme S. 759ff.

<sup>91</sup> Zu den einzelnen Verschlüsselungen: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, S. 683ff.

Verletzungsbildern sehr viel Sorgfalt und Zeit in Anspruch nimmt und zudem umfangreiches Fachwissen erfordert, das idealerweise durch besonders geschultes Personal angewendet werden sollte.<sup>92</sup>

In der Praxis erfolgt die Kodierung hingegen sehr häufig allein durch den behandelnden Arzt, nur in größeren Praxen und Krankenhäusern auch durch das Pflegepersonal. Dass dabei insbesondere bei der Verschlüsselung von komplexen Verletzungsbildern unter Zeitdruck folgenschwere Fehler unterlaufen können, liegt wohl auf der Hand. Noch weitaus verbreiteter ist allerdings die Beschränkung auf eine einzige, eher allgemein gehaltene Kodierung im Rahmen der Hauptdiagnose, ohne dabei jegliche Nebendiagnosen zu den – strafrechtlich relevanten – Fragestellungen zu machen (dazu später<sup>93</sup>):



**Abb. 3: Kodierung der gleichen Verletzung wie in Abb. 2, wie sie häufig in der Praxis vorgenommen wird (eigene Darstellung)<sup>94</sup>**

Aus ärztlicher Sicht ist dies sogar nachvollziehbar, da die ICD-Verschlüsselung schließlich nicht zum Zwecke der Beweissicherung im Strafverfahren eingeführt wurde. Für die adressierten Krankenkassen wäre es hingegen sehr hilfreich, wenn aus der Abrechnung deutlich hervorginge, ob eine Verletzung unfall- oder fremdverursacht ist. Denn nur dann hat sie entsprechende Anhaltspunkte, eventuelle Regressansprüche gegenüber dem Verantwortlichen zu prüfen.

<sup>92</sup> Allerdings wird nur in sehr großen Einrichtungen die Verschlüsselung von Diagnosen ausschließlich von Medizinischen Kodierern übernommen, die eine spezielle Ausbildung zur Kodierung von medizinischen Informationen abgeschlossen haben. Probleme sind vor diesem Hintergrund vor allem bei kleineren Krankenhäusern und Praxen zu erwarten, in denen allein der Arzt oder das besonders weitergeschulte Pflegepersonal die Verschlüsselung neben der eigentlichen Pfl egetätigkeit übernimmt. Denn dann bleibt für eine umfassende Kodierung faktisch nur sehr wenig Zeit, was wiederum zu Qualitätsproblemen bei der fehlerfreien Ermittlung der Diagnosekodierungen führt. Hierzu auch: Gaus, Wilhelm: Dokumentations- und Ordnungslehre, S. 90ff.

<sup>93</sup> Vgl. hierzu die Fallbeispiele im vierten Kapitel, insbesondere in dessen Abschnitt 1 (S. 152ff).

<sup>94</sup> Vgl. nur das *Fallbeispiel* 8 im Abschnitt 2.3 des vierten Kapitels (S. 170).

## 2.2 Nationale Standards von Krankenakten in Ungarn und Deutschland

Auch auf nationaler Ebene hat es einige Bemühungen gegeben, einheitliche Regelungen zur klinischen Dokumentation aufzustellen. In Ungarn gibt das Gesetz über das Gesundheitswesen in seinem § 136 Gesetz CLIV/1997 zumindest vor, welche Kategorien von Informationen bei der klinischen Dokumentation zu erfassen sind.

Zu diesen gehören a) die persönlichen Patientendaten; b) die Daten der vertretungsberechtigten Angehörigen; c) die Anamnese und pathologischen Befunde; d) die Ergebnisse der ersten Untersuchung; e) Testergebnisse, Diagnosen und Behandlungsplan nebst des jeweiligen Datums; f) Nennung der zu ergreifenden therapeutischen Maßnahmen, anderer Krankheitsbilder, Komplikationen oder Risikofaktoren, die mit der Erkrankung oder der Therapie einhergehen können; h) Daten zu den durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse; i) die Ergebnisse der durchgeführten Medikationen und anderen Therapien; j) Angaben zur Medikamentenunverträglichkeit des Patienten; k) Angaben zur Person und zum Datum der durchgeführten Dokumentation; l) Angaben zum Umfang der Informationen, die an den Patienten und andere Berechtigte weitergegeben wurden; m) die Einwilligungs- bzw. Ablehnungserklärungen zur Behandlung nebst Datum und n) alle weiteren Informationen und Fakten, die den Heilungsprozess des Patienten beeinflussen können.

Auf deutscher Seite wurde wiederum versucht, durch die Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) – exemplarisch sei nur der § 10 der MBO-Ä genannt – ein Minimum an Einheitlichkeit aufzustellen, auch wenn das deutsche Gesundheitssystem und der föderative Charakter der Bundesrepublik dies grundsätzlich erschweren.<sup>95</sup> Heraus kam gerade einmal ein recht allgemeines Bekenntnis zu einer Dokumentation, die „nicht nur [als] Gedächtnisstütze[...] für die Ärztin oder den Arzt, [sondern] auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation“ dienen solle, ohne auf jegliche konkreten Vorgaben einzugehen.

Immerhin hat das neue Patientenrechtgesetz in seinem § 630f Absatz 2 BGB aufgestellt, welche Kategorien von medizinischen Daten der Arzt im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung in der Dokumentation festzuhalten hat. Zu den zu dokumentierenden Daten gehören danach alle aus fachlicher Sicht relevanten Maßnahmen und Ergebnisse, insbesondere aber die „Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen, [...] Aufklärungen [und] Arztbriefe.“

---

<sup>95</sup> Das deutsche Gesundheitssystem ist im Vergleich zu den meisten anderen Ländern historisch dadurch gekennzeichnet, dass der Staat die Gestaltung des Gesundheitswesens im Wesentlichen den selbstverwalteten Körperschaften und Verbänden überlässt. Dazu zählen vor allem die gesetzlichen Krankenkassen, die kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenhausträger. Deswegen gibt es in Deutschland beispielsweise 17 Landesärztekammern mit teilweise eigenem Standesrecht und mit unterschiedlich streng ausgeprägter Übernahme der MBO-Ä in das jeweils eigene Satzungsrecht.

Da es in Deutschland gerade keine standardisierte Dokumentation für Bereitschaftsärzte, Rettungsdienste und Notfallaufnahmen gibt, hat sich die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) im Jahr 2010 daran gemacht, einen 77 Seiten langen „Kerndatensatz Notfallmedizin“ herauszuarbeiten, der zumindest die in der Notfallmedizin relevanten Daten einheitlich auflisten soll. Auf der Grundlage des Datensatzes sollten die Krankenhäuser darüber hinaus dazu befähigt werden, ihre manuelle, vor allem aber auch ihre elektronische Datenerfassung zwischen den einzelnen Abteilungen aufeinander abzustimmen und damit die interne Informationsweitergabe zu verbessern.<sup>96</sup>

Insgesamt arbeiteten die großen Rettungsdienste (beispielsweise die Johanniter, die Malteser, das Deutsche Rote Kreuz) auch weiterhin mit den jeweils eigenen organisationsinternen, teilweise auch landesrechtlich abgestimmten (präklinischen) Ambulanzbögen. Die Krankenhäuser arbeiten wiederum sehr häufig mit den Musterdokumenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder aber mit gesellschaftseigener Software.<sup>97</sup> Immerhin: der Kerndatensatz der DIVI folgt der groben Einteilung, der auch die organisationsinternen Musterbögen folgen: „Basisdaten des Patienten“, „Anamnese“, „Vitalparameter“, „Befunde“ je nach Körperteil und Organ, „Neurologische Untersuchung“, „Verdachtsdiagnose(n)“ und „Behandlungsmaßnahmen“.<sup>98</sup> Die jeweils zugehörige Datenerfassung erfolgt hierbei nach therapeutischen, nicht nach strafrechtlichen Gesichtspunkten.

### **2.2.1 Die klinische Dokumentation aus therapeutischer Sicht**

Die Anforderungen an eine „zufriedenstellende“ klinische Dokumentation messen sich natürlich auch daran, ob die Dokumentation im konkreten Fall (allein) klinisch-therapeutischen oder aber (auch) rechtsmedizinischen oder strafrechtlichen Zwecken dienen soll. Je nachdem, welcher Zweck bei der jeweiligen Dokumentierung im Vordergrund steht, ändern sich naturgemäß die durch die Dokumentation zu beantworten geltenden Fragen.

Auch heute verfolgt die Klinische Dokumentation in erster Linie therapeutische Zwecke. In einer zunehmend arbeitsteilig praktizierenden Medizin geht es aber zusätzlich auch darum, dem Patienten oder dem Kollegen alle wesentlichen Informationen an die Hand zu geben, die er zu einer Weiterbehandlung in einer anderen Praxis benötigt. Dies ist auch der Hauptgrund, warum die behandelnden Ärzte dazu übergegangen sind, umfassende analoge oder elektronische Krankenakten anzulegen, in denen alle vorhandenen relevanten Daten und Dokumente

---

<sup>96</sup> Die DIVI stellt den Kerndatensatz auf ihrer Homepage auch als Download zur Verfügung unter: <http://www.notaufnahmeprotokoll.de/site/>.

<sup>97</sup> Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V. ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden aller Krankenhausträger in Deutschland und nimmt für ihre Mitglieder die Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wahr. übertragen. Sie gehört neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, vgl. nur <http://www.dkgev.de/>.

<sup>98</sup> Vgl. auch den Muster-Anamnesebogen (Abb. 18) im Anhang zu dieser Arbeit (S. 227).

zusammengeführt werden. Diese beinhalten zunächst einmal die sichere Identifikation des Patienten durch Angaben zur Person, zum Familienstand, zum Hausarzt und zum Kostenträger, die wichtigsten Angaben zur bisherigen Leidensgeschichte (Anamnese), zu den akuten Beschwerden und zum Anlass der Behandlung. Den Schwerpunkt bilden die anschließenden Angaben zu den durchgeführten Untersuchungen, deren Befundung und den daraus abgeleiteten Diagnosen und den etwaig durchgeführten Therapien. Dazu gehört beispielsweise die Datenerfassung darüber, welche Medikationen, welche operativen oder physikalischen Eingriffe vorgenommen wurden.<sup>99</sup>

Darüber hinaus enthält eine typische Krankenakte auch Darstellungen zum weiteren Krankheitsverlauf, Angaben, inwieweit der Patient auf die Therapien angesprochen hat, inwieweit es Komplikationen gab und diesen begegnet wurde, wie der Therapieerfolg insgesamt eingeschätzt wird und wie der Zustand des Patienten bei der Entlassung zu bewerten ist, welche weiteren Therapien beispielsweise zu empfehlen sind. Abschließend finden sich häufig beigelegte Epikrisen, also rückblickende und interpretierende Darstellungen zu den einzelnen Behandlungsabschnitten, die in Form eines Arztbriefes an den weiterbehandelnden Arzt mitgegeben werden können.<sup>100</sup>

Ein Hauptanliegen der klinischen Dokumentation ist es, alle vorhandenen Informationen zu einem Patienten möglichst in einer einzigen Akte zu bündeln.<sup>101</sup> Die Krankenakte dient damit in allererster Linie der Therapiesicherung.<sup>102</sup> Sie dient als typisches Hilfsmittel des Arztes, das ihm und seinen Kollegen einen „jederzeitigen, raschen Überblick über den Verlauf der Krankheit und ihre Behandlung ermöglichen und ihn damit bei der Durchführung der Therapie entlasten soll.“<sup>103</sup>

Hinsichtlich des Umfangs ist die Dokumentation nicht auf die genannten – typischen – Unterlagen beschränkt. Jeder weitere beliebige Gegenstand kann Inhalt der Dokumentation werden, soweit er durch einen Willensakt des Arztes oder des Pflegepersonals der Dokumentation zugeordnet wird.<sup>104</sup> Auch dabei wird sich in der Praxis der Arzt vor allem auf diejenigen Aufzeichnungen beschränken, die für die (weitere) Therapie und sein eigenes Beweisinteresse im Rahmen der §§ 630f und 630h Absatz 3 BGB erheblich sind, also solche Informationen, die sich primär auf die *Behandlung* der Krankheit insgesamt und die *Korrektheit* der einzelnen konkreten Maßnahmen beziehen, die seitens des Arztes oder des Pflegepersonals durchgeführt wurden.

Das liegt natürlich daran, dass die rechtliche Pflicht zur Dokumentation dem Zivilrecht entspringt und der Arzt sich gegen *zivilrechtliche*, in der Regel haftungsrechtliche Auseinandersetzungen

---

<sup>99</sup> Zu allem: Leiner, Florian / Gaus, Wilhelm / Haux, Reinhold / Knaup-Gregori, Petra / Pfeiffer, Karl-Peter: Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung, S. 78ff.

<sup>100</sup> Leiner, Florian / Gaus, Wilhelm / Haux, Reinhold / Knaup-Gregori, Petra / Pfeiffer, Karl-Peter, a.a.O.

<sup>101</sup> Auf Sonderakten, etwa mit großformatigen Röntgenbildern wird in der Regel gesondert hingewiesen, damit alle notwendigen Informationen schnell und zuverlässig auffindbar bleiben.

<sup>102</sup> Vgl. Beyerle, Beatrix: Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle, S. 198.

<sup>103</sup> So auch noch der BGH in seiner Entscheidung vom 04.12.1962 (VI ZR 101/62, Entscheidungsgründe).

<sup>104</sup> Der Willensakt manifestiert sich in der räumlichen Zuordnung zur Krankenakte. Vgl. Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht in Krankenunterlagen, S. 80.

absichern möchte. Eine *strafrechtliche* Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Dokumentation existiert nicht, sie wäre mit dem Sinn und Zweck einer klinischen Dokumentation auch gar nicht vereinbar. Daher stehen die *Ursachen* einer Krankheit, insbesondere die Ursachen einer Körperverletzung durch fremde Hand, zwangsläufig nicht im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses. Entsprechende Aufzeichnungen hierzu, etwa die genaue Beschreibung der Verletzung, der konkreten Verletzungsmerkmale, Angaben zum Alter oder zu den den Verletzungen zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen, genießen daher in der Praxis keine hohe ärztliche Aufmerksamkeit.

Bei den im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehenden Dokumentationen wird dies insbesondere bei den klinischen *Anamnesebögen* von Notaufnahmen deutlich. Die ärztlichen *Atteste* erfolgen hingegen regelmäßig von vornherein zu nichttherapeutischen Zwecken und nehmen daher teilweise auch zu rechtsmedizinischen und strafrechtlichen Aspekten Bezug.

### 2.2.2 Die klinische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten

Die klinische Behandlung und Dokumentation von Körperverletzungsdelikten erfordert aus mehreren Gründen ein besonderes Fingerspitzengefühl. Zum einen befinden sich die Opfer von Straftaten in einer körperlich, aber auch psychisch-emotional sehr angespannten Lage. Sie suchen daher oft aus Scham, persönlicher Demütigung und Ängsten vor familiären oder sozialen Auswirkungen nur eingeschränkt die Kooperation mit den Ermittlungsbehörden und den Ärzten, um über das Erlebte zu berichten.<sup>105</sup> Für die Ärzte gilt es daher, die hohe Vertrauensposition, die sie allgemein hin genießen, unbedingt zu wahren. Denn der Gang zum Arzt ist für die meisten Menschen, anders als der Gang zur Polizei, eine mehr oder weniger vertraute Situation und eröffnet ihnen damit die Möglichkeit, das Erlebte in ruhiger Atmosphäre und zusammenhängender Form wiederzugeben.

Zum anderen liegt die klinische (Erst-)Behandlung und (Erst-)Dokumentation natürlich am zeitnahesten an der zugrundeliegenden Straftat. Der behandelnde Arzt ist damit die erste Kontaktperson, die aus professioneller medizinischer Sicht Aussagen zu den Verletzungen machen kann, die für ein späteres Strafverfahren ausschlaggebend sein könnten. Ihm muss deswegen bewusst sein, dass er für einen Großteil möglicher relevanter Informationen nicht nur die erste, sondern möglicherweise auch die einzige auskunftgebende Person ist. Denn nach Versorgung und Einsetzen des Heilungsprozesses sind Aussagen zum ursprünglichen Verletzungsbild kaum noch möglich, wichtiges Beweismaterial für immer verloren.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> Zur sehr hohen Dunkelziffer von Gewaltdelikten insbesondere im familiären und sozialen Nahraum vgl. Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 2 Rdnr. 53b ff; zu den (wirtschaftlichen und psychologischen) Gründen einer Nichtanzeige vgl. Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Schmid, Gabriella: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 39ff.

<sup>106</sup> Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters, S. 267; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 114.



In der Praxis macht es dabei vor allem einen Unterschied, ob eine Körperverletzung mehr oder weniger „spontan“ aus einer singulären Situation heraus begangen wurde oder ob sie auf einer längeren Vorgeschichte mit regelmäßig wiederkehrenden – *alltäglichen* – Gewalthandlungen beruht. In die erstere Kategorie fallen Gewaltdelikte, wie sie etwa typischerweise von jugendlichen, heranwachsenden und jungen Männern – gegenüber anderen Männern – begangen werden, sei es in der Schule, im Straßenverkehr, im Fußballstadion, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder anderen öffentlichen Orten; sei es anlässlich der Begehung anderer Straftaten, aus gruppenspezifischen Prozessen heraus, aus männlichem Imponiergehabe, aus Fremdenfeindlichkeit oder schlichtweg aufgrund alkoholbedingter Selbstüberschätzung.<sup>107</sup>

Die Bandbreite der in dieser Kategorie vorliegenden *Gewaltdelikte*<sup>108</sup> umfasst das gesamte Spektrum der vorsätzlichen Körperverletzungs- und Tötungsdelikte: *einfachere Körperverletzungen* (§ 223 StGB bzw. § 164 Absatz 2 uStGB<sup>109</sup>), die Hämatome, offene Wunden, Quetsch-Riss-Wunden und Frakturen verursachen; *gefährliche Körperverletzungen* (§ 224 StGB) wie Stich-, Schnitt- und Schussverletzungen, die mittels einer Waffe oder eines gefährlichen Gegenstands beigebracht wurden; *schwere Körperverletzungen* (§ 226 StGB,

---

<sup>107</sup> Zum Gewaltphänomen von Jugendlichen und Heranwachsenden im Alltag insgesamt: Skepenat, Marcus: Jugendliche und Heranwachsende als Tatverdächtige und Opfer von Gewalt, S. 11ff. Zur Viktimologie von konkreten Einzelstraftaten, insbesondere gravierenden Gewaltstraftaten: Killias, Martin: Grundriss der Kriminologie. Eine Europäische Perspektive, Rdnr. 555.

<sup>108</sup> Eine strafrechtliche Definition des *Gewaltdelikts* existiert an sich nicht, weder in Deutschland, noch in Ungarn. Bereits der strafrechtliche *Gewaltbegriff* ist umstritten: Er umfasst nach herrschender Lehre jeden „*physisch* vermittelten Zwang zur Überwindung eines geleisteten oder erwarteten Widerstands“ (Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 240 Rdnr. 5 ff m.w.N.). Auch *psychisch* wirkende Zwänge können unter dem Gewaltbegriff subsumiert werden, wenn sie vom Opfer als „unmittelbar körperlich wirkender Zwang“ empfunden werden (Fischer, Thomas: a.a.O., Rdnr. 11b). Somit können als *Gewaltdelikte* prinzipiell alle jene Straftaten bezeichnet werden, in denen der eine oder der andere Gewaltbegriff Tatbestandsmerkmal ist: das sind neben den vorsätzlichen Körperverletzungs- und Tötungsdelikten auch die Nötigung (§ 240 StGB), die Bedrohung (§ 241 StGB), die Raubdelikte (§§ 249ff StGB), die Erpressungsdelikte (§§ 253ff StGB), die Widerstandsdelikte (§ 113f StGB) und Delikte des Sexualstrafrechts (§§ 174-174c, 176, 176b StGB). Daneben kann man auch die Delikte mitzählen, bei denen Gewalt gegen *Sachen* ausgeübt wird, beispielsweise die Sachbeschädigung (§ 303 StGB) oder die Brandstiftungsdelikte (§§ 306ff StGB). Während „das Gewaltdelikt“ so im deutschen Strafrecht nicht existiert, verwendet zumindest die PKS den Begriff der *Gewalkriminalität*: Hierunter subsumiert sie allein die besonders gravierenden Delikte gegen Personen wie Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 StGB) und Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), Vergewaltigung und sexuelle Nötigung (§ 177f StGB), Raub (§ 249 StGB), räuberische Erpressung (§ 255 StGB), räuberischer Angriff auf Kraftfahrer (§ 316a StGB), Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB), gefährliche und schwere Körperverletzung (§§ 224, 226 StGB), erpresserischer Menschenraub (§ 239a StGB), Geiselnahme (§ 239b StGB) und Angriffe auf den Luft- und Seeverkehr (§ 316c StGB), vgl. PKS 2015, S. 82ff und S. 114. Zur Differenzierung der verschiedenen Gewaltbegriffe: Albrecht, Günter: Soziologische Erklärungsansätze individueller Gewalt und ihre empirische Bewährung, S. 763ff. Zu den daneben noch relevanten Handlungen, die *emotionales Leid* hervorrufen (Liebesentzug, Einschüchterung, Bedrohung, finanzielle Ausbeutung) vgl. nur Walentich, Gabriele: Alter – ein Risiko? Ältere Menschen als Opfer von häuslicher und institutioneller Gewalt, S. 16f.

<sup>109</sup> Das ungarische Strafgesetzbuch [2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről = Gesetz C/2012] wird in dieser Arbeit einer einfacheren Verständlichkeit wegen nicht mit dem ungarischen Kürzel *Btk*, sondern mit dem Kürzel *uStGB* abgekürzt. Das ungarische Strafrecht unterscheidet nur zwischen der einfachen und der schweren Körperverletzung. Dabei stellt es auf die Länge des Heilungsprozesses, den Vorsatz des Täters und die Person des Opfers ab (dazu später im vierten Kapitel).



ähnlich auch § 164 Absätze 3 bis 8 uStGB), bei denen wichtige Körperteile amputiert oder dauerhaft beeinträchtigt werden bis hin zur Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB bzw. § 164 Absatz 9 uStGB).<sup>110</sup>

Diesen Einzeltaten mit Körperverletzungen sämtlicher Eskalationsstufen und gravierendsten Folgen stehen solche – alltäglichen – Wiederholungstaten gegenüber, bei denen sich Täter und Opfer regelmäßig begegnen. Bei ihnen bewegen sich sowohl die Begehungsweisen an sich als auch die gesundheitlichen Folgen in einem gewissen abschätzbaren Rahmen. Dafür wiegen die psychischen und sozialen Folgen umso schwerer.<sup>111</sup> Und auch für die Arbeit der Ermittlungsbehörden und der Ärzte gibt es einen wesentlichen Unterschied: das Kooperationsverhalten des Opfers ist anders motiviert, häufig sogar sehr eingeschränkt. Aus den typischerweise vorliegenden Verletzungsbildern lässt sich nicht immer gleich auf eine Straftat schließen. Das bedeutet wiederum, dass auch die weiteren – therapeutischen sowie rechtlichen – Schritte schnell in eine andere, mitunter falsche Richtung gehen können.

Während bei den Einzeldelikten der Erstkontakt zumeist in einer Notaufnahme stattfinden wird, häufig sogar auf Veranlassung der Polizei, werden Opfer alltäglicher Gewalt nur bei eskalierenden Gewaltausbrüchen den Weg zum Arzt wählen. Das macht es von vornherein schwerer, die Straftaten als solche zu erkennen. Die Opfer und Täter von konkreten Einzeldelikten kennen sich vor der Tat häufig gar nicht, deswegen haben die Opfer auch keine Auswirkungen auf ihre sozialen Beziehungen zu befürchten. Sie sind grundsätzlich auskunftsbereit oder wollen sogar aktiv die Aufklärung einer möglichen Straftat voranbringen.

Für die Opfer regelmäßiger Gewalt, vornehmlich Frauen und Kinder, aber auch ältere und/oder pflegebedürftige Menschen, gibt es hingegen durchaus nachvollziehbare Gründe, sich zurückhaltender über die erfahrene Gewalt zu äußern, etwa aufgrund einer sozialen, emotionalen oder finanziellen Abhängigkeit zum Täter.<sup>112</sup> Bei ihnen wird häufig erst der (in der Praxis oftmals niedergelassene) Arzt von sich aus die Anzeichen von körperlicher Gewalt erkennen und richtig einordnen müssen. Die Ärzte müssen folglich auch in der Lage sein, ihre Patienten in angemessener Weise und vertrauensvoll, aber eben auch offen anzusprechen.<sup>113</sup> Dies gilt insbesondere für Opfer von *alltäglicher* und *häuslicher Gewalt*.

---

<sup>110</sup> In Betracht kommen darüber hinaus (versuchter) Totschlag (§ 212 StGB, ähnlich auch der Tötungsstraftatbestand des § 160 uStGB) und Mord (§ 211 StGB) soweit der Täter bei der Begehung der Tat mit Tötungsvorsatz handelte. Für strafrechtliche Zwecke sind aber auch die *fahrlässigen* Körperverletzungs- und Tötungsdelikte von Bedeutung, auch wenn die medizinische Literatur hier teilweise Schwierigkeiten hat, den Gewaltbegriff anzuwenden, vgl. Grassberger, Martin/Türk, Elisabeth/Yen, Kathrin, a.a.O., S. 19.

<sup>111</sup> Hierzu nur: Schneider, Hans-Joachim: Kriminologie für das 21. Jahrhundert, S. 203ff.

<sup>112</sup> Zu den Folgen von Gewalteinwirkung im sozialen Nahraum: Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 72f; zu den erschwerenden Gründen, keine geeigneten Maßnahmen zu ergreifen vgl. Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Schmid, Gabriella: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 39ff.

<sup>113</sup> Insbesondere die Opfer häuslicher oder sexueller Gewalt möchten empirischen Studien zufolge lieber auf die erlebten Gewalterfahrungen angesprochen werden. Zum Umgang mit häuslicher Gewalt im professionellen Medizinsystem: Mark, Heike: Häusliche Gewalt gegen Frauen, S. 21ff.

### 2.2.2.1 Erkennen von alltäglicher und häuslicher Gewalt

Opfer von alltäglicher und von häuslicher Gewalt haben gemein, dass sie *regelmäßig* Ziel von körperlichen Misshandlungen und Gesundheitsbeschädigungen werden.<sup>114</sup> Während sich die *alltägliche Gewalt* vornehmlich gegen bestimmte, sozial besonders abhängige Opfergruppen richtet, die sogenannten „Schwachen der Gesellschaft“ (Kinder, Pflegebedürftige oder Senioren), spielt bei der *häuslichen Gewalt* („*Partnergewalt*“) allein der soziale Nahraum von Täter und Opfer eine Rolle: hier geht es um physische und psychische Traumatisierungen von zumeist erwachsenen Personen, die in einer sehr engen Beziehung zueinander standen oder stehen, in der Regel in einer intimen Partnerbeziehung.<sup>115</sup>

Für beide Opfergruppen gilt zudem, dass sie wiederholt von den *gleichen*, ihnen bekannten Tätern misshandelt werden. Bei der alltäglichen Gewalt gegen Kinder, Pflegebedürftige oder Senioren sind es zumeist Täter beiderlei Geschlechts, sehr häufig gerade die eigenen Eltern bzw. die eigenen Kinder, die mit einer bestehenden Fürsorgesituation psychisch wie auch physisch überfordert sind.<sup>116</sup> Handlungen, die über den emotionalen Liebesentzug, über Drohen mit Heimabschiebung oder Wegsperrern hinausgehen, können dabei oft auch unter dem der (einfachen) Körperverletzung gegenüber spezielleren Tatbestand der *Misshandlung von Schutzbefohlenen* (§ 225 StGB, in Ungarn sind wiederum – von der Tätergruppe abhängig – die §§ 165, 167 und 208 uStGB einschlägig) subsumiert werden.<sup>117</sup>

Alltägliche Gewalt ist keine Ausnahmeerscheinung. In Deutschland geben bei entsprechenden Studien immerhin mehr als ein Drittel der Befragten an, während ihrer Kindheit regelmäßig eine „züchtigende“ Ohrfeige erhalten zu haben.<sup>118</sup> Empirische Dunkelfeldstudien gehen

---

<sup>114</sup> Hier sei allein auf die *physischen* Handlungen abgestellt. Zu den Folgen von Vernachlässigung, psychischer Gewalt, Nötigung und Beleidigung vgl. Lamnek, Siegfried / Luedtke, Jens / Ottermann, Ralf / Vogl, Susanne: *Tatort Familie*, S. 113ff.

<sup>115</sup> Schwind spricht konsequent von *Partnergewalt* (Schwind, Hans-Dieter, a.a.O., § 2 Rdnr. 53c). Die *häusliche Gewalt* wird unterschiedlich definiert. Im allgemeinen Sprachgebrauch umfasst der Begriff alle Gewalttaten zwischen Menschen, die im Haushalt zusammenleben, also neben Gewalt zwischen den Beziehungspartnern auch die Gewalt zwischen Eltern und Kindern, Kindern untereinander und Gewalt gegen ältere Menschen, die im Haushalt leben (vgl. etwa: Lamnek, Siegfried / Luedtke, Jens / Ottermann, Ralf / Vogl, Susanne: *Tatort Familie*, S. 114ff). Strafverfolgungsbehörden und Rechtsmedizin stellen hingegen traditionell eher auf die Gewalthandlungen zwischen erwachsenen (auch: ehemaligen) Lebenspartnern ab, bei denen ein – zumeist männlicher – Missbraucher versucht, „physische, sexualisierte oder psychologische Gewalt anzuwenden, um einer Frau die Macht und Kontrolle über ihr Leben zu entreißen“ (Hoffmann, Jens / Küken-Beckmann, Heike / Voß, Hans-Georg W.: *Stalking und häusliche Gewalt aus psychologischer Sicht*, S. 211 m.w.N.).

<sup>116</sup> Als Gründe, die Gewalt im sozialen Nahraum begünstigen, werden insbesondere auch der soziale und Bildungshintergrund des Täters, dessen persönliche Jobsituation und etwaige Abhängigkeiten zu Drogen und Alkohol diskutiert, vgl. Windt, Szandra: *A rokonok sérelmére elkövetett bűncselekmények jellemzői* [Die Kennzeichen von Straftaten gegen Verwandte], S. 264ff; vgl. auch Hörl, Josef / Spanning, Reingard: *Gewalt gegen alte Menschen*, S. 335; Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): *Gewalt gegen Kinder*, S. 8f.

<sup>117</sup> Der Straftatbestand des § 225 StGB umfasst allerdings nur Handlungen von Personen, die eine Sorgspflicht gegenüber besonders schützenswerten Personengruppen haben. Dies sind zum einen Minderjährige im Alter unter 18 Jahren und zum anderen Personen, die wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlos sind.

<sup>118</sup> Unter *Kindesmisshandlung* versteht man die „nicht zufällige, gewaltsame psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das

weiterhin davon aus, dass 10 bis 15 Prozent aller Eltern ihre Kinder häufig und schwerwiegend körperlich bestrafen.<sup>119</sup> Bei Senioren liegt der Anteil derer, die eindeutige Gewalterfahrungen erleiden, sogar noch deutlich höher, auch wenn die Zahlen hier weit auseinandergehen und generell mit einem sehr hohen Dunkelfeld zu rechnen ist.<sup>120</sup> Da sich die sozialen Außenkontakte älterer Menschen zunehmend verringern, gibt es nur wenige Außenstehende, die etwaige Misshandlungen aufdecken und melden könnten. Zugleich sind auch die Opfer oftmals körperlich nicht mehr in der Lage, in geeigneter Weise auf sich aufmerksam zu machen oder sie trauen sich schlichtweg nicht, die wenigen sozialen Kontakte, die sie noch haben, darunter auch jene zu ihren Peinigern, zu gefährden.<sup>121</sup>

Das liegt natürlich auch daran, dass sich bei der Gewalt gegen alte Menschen Täter und Opfer regelmäßig in einer sozialen Abhängigkeit befinden, insbesondere wenn die Opfer *ältere alte Menschen* sind, d.h. das Alter von 85 Jahren bereits überschritten haben und dementsprechend besonders pflegebedürftig sind. Auch hier stammen die Täter in der Mehrheit aus dem allerengsten Familienumfeld (häufig sind es die eigenen Lebenspartner, Kinder, Schwiegerkinder) oder aus dem Kreis eines überforderten Pflegepersonals, dem es oft an körperlicher Kraft, Wissen und Erfahrung zu angemessener Pflege oder aber an ausreichenden eigenen Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten fehlt.<sup>122</sup> Und auch bei *häuslicher Gewalt* (Partnergewalt) geht es nicht um Einzelfälle: immerhin geben fast 25 Prozent der deutschen Frauen quer durch alle sozialen Schichten an, in ihrem Leben schon Partnergewalt erlebt zu haben.<sup>123</sup>

Bedenkt man, dass fast Zweidrittel aller Gewaltstraftaten im sozialen Nahraum stattfinden, wo eine erhöhte soziale, finanzielle oder aber auch emotionale Abhängigkeit der Beteiligten

---

Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt“ (Blum-Maurice, Renate: Die Kinderschutz-Zentren – Konzept und Praxis hilfeorientierten Kinderschutzes, S. 661). Dabei wird zumeist unterschieden zwischen *Vernachlässigung*, *seelischer Gewalt*, *körperlicher Misshandlung* und *sexuellem Missbrauch*. Hinsichtlich der *körperlichen Misshandlung* durch die eigenen Eltern gaben 36,5 Prozent der im Jahr 1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen Befragten im Alter zwischen 16 und 59 Jahren an, während ihrer Kindheit „mehr als selten“ eine Ohrfeige erhalten zu haben, insgesamt 10,8 der Befragten gaben an, schon geprügelt, zusammengeschlagen, gewürgt, absichtlich verbrannt oder mit einer Waffe verletzt worden zu sein, davon fast die Hälfte „mehr als selten“. Davon unberücksichtigt blieben Gewalthandlungen seitens Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen. Zu allem: Deegener, Günther: Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung, S. 37ff.

<sup>119</sup> So auch der Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: BMFSFJ (Hrsg.): Elfter Kinder- und Jugendbericht, S. 220ff.

<sup>120</sup> Es gibt keine einheitliche Definition des „älteren Menschen“. Teilweise wird pauschal auf das Lebensalter abgestellt, beispielsweise auf 60 Jahre (so die UN) oder 65 Jahre (so die WHO), teilweise auf das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und andere wesentlichen (individuellen) Veränderungen im sozialen Leben. Die deutsche PKS weist hingegen Opfer ab dem 60. Lebensjahr gesondert aus. Gewalt gegen Ältere zieht sich durch alle Sozial- und Bildungsschichten, zumeist innerhalb der Familie oder in einer Pflegeeinrichtung; vgl. zu allem: Madea, Burkhard/Tsokos, Michael: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 532ff.

<sup>121</sup> Vgl. nur: Schneider, Hans-Joachim: Kriminologie für das 21. Jahrhundert, S. 211ff.

<sup>122</sup> Zur Tätergruppe: Schneider, Hans-Joachim: Kriminologie für das 21. Jahrhundert, S. 211f. Zu bereits bestehenden Konflikten und Abhängigkeiten, die aus der Persönlichkeit und Biografie der Beteiligten herrühren: Kreuzer, Arthur: Prävention von Gewalt gegen Senioren, S. 3ff.

<sup>123</sup> Vgl. insgesamt: Dlugosch, Sandra: Mittendrin oder nur dabei? Miterleben häuslicher Gewalt in der Kindheit und seine Folgen für die Identitätsentwicklung, S. 27ff.

voneinander besteht, wird nachvollziehbar, warum hier der Mangel an Anzeigebereitschaft der Beteiligten und damit die Dunkelziffer bei den Gewaltdelikten insgesamt besonders hoch ist. Zum einen neigen Opfer und soziales Umfeld nach wie vor dazu, dass Thema Gewalt in der Familie zu tabuisieren, bewusst wegzuschauen, Verletzungen zu verstecken oder mit Unfällen zu erklären.<sup>124</sup> Zum anderen gibt es *de facto* wenig belastbare Informationen zum genauen Umfang und zur Entwicklung der häuslichen Gewalt, die zu weitergehenden Präventionsmaßnahmen führen könnten.

In der Kriminologie spricht man hier auch von einem *doppelten* oder *absoluten Dunkelfeld*: die begangenen Straftaten werden mangels Anzeige weder den offiziellen Stellen bekannt, noch werden sie anonym im Rahmen der Dunkelfeldforschung erfasst. Die Opfer haben letztendlich aus persönlicher Furcht vor dem Täter oder aus Angst um das soziale Ansehen ihrer Familie derart große Hemmungen, dass sie unter keinen Umständen, d.h. weder gegenüber der Polizei, noch gegenüber anonymen Interviewern Angaben zu den von ihnen erlittenen Gewalterfahrungen machen möchten.<sup>125</sup>

In der Praxis kommt es insbesondere zu dem Phänomen, dass sich Opfer mit einer engen Beziehung zum Täter zwar die Mobilisierung staatlicher Institutionen, die dem Treiben des Täters Einhalt gebieten könnten, herbeiwünschen, selbst aber nicht die Verantwortung für dessen Bestrafung tragen wollen.<sup>126</sup> Die Opfer scheuen dabei nicht nur den Weg zur polizeilichen Anzeige. Häufig suchen sie die Schuld für den Gewaltausbruch ihres Peinigers bei sich selbst und nehmen dann auch nach außen hin die Schuld auf sich. Viele Opfer verzichten zudem aus Angst vor weiteren Gewalthandlungen auf den Gang zu den Ermittlungsbehörden, zumal wenn sie grundsätzliche Zweifel haben, ob dieser Schritt überhaupt von Nutzen und der Staat tatsächlich in der Lage ist, im konkreten Fall effektive Hilfe zu bieten.<sup>127</sup>

Umso höher liegt dann die Verantwortung der Ärzteschaft und des Pflegepersonals bei der Vorbeugung und Intervention von Vernachlässigung und Misshandlung von Opfern täglicher und häuslicher Gewalt. Aufgrund ihrer Kompetenz, Symptome der Misshandlung zu erkennen und zugleich ein besonderes, durch die ärztliche Schweigepflicht auch rechtlich abgesichertes Vertrauensverhältnis zu den Patienten zu haben, genießen sie einen Zugang zu den Opfern strafrechtlicher Handlungen, den die Strafermittlungsbehörden *per se* nicht haben. Zugleich sind sie unabhängig von den Angehörigen und den Pflegeeinrichtungen und können dadurch notwendige Maßnahmen einfacher anordnen oder anderweitig in die Wege leiten.<sup>128</sup>

---

<sup>124</sup> Vgl. etwa: Lamnek, Siegfried / Luedtke, Jens / Ottermann, Ralf / Vogl, Susanne: Tatort Familie, S. 120ff.

<sup>125</sup> Zum sogenannten „doppelten“ oder „absolutem“ Dunkelfeld vgl. nur Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 2 Rdnr. 53c.

<sup>126</sup> Hierzu: Frommel, Monika: Feministische Kriminologie, S. 120f.

<sup>127</sup> Zu den Gründen einer Nichtanzeige wiederum Dlugosch, Sandra: Mittendrin oder nur dabei? Miterleben häuslicher Gewalt in der Kindheit und seine Folgen für die Identitätsentwicklung, S. 27.

<sup>128</sup> Hierzu: Kreuzer, Arthur: Prävention von Gewalt gegen Senioren, S. 10f.

Die Ärztekammern sind sich dieser Verantwortung durchaus bewusst und raten ihren Mitgliedern dazu, noch mehr auf Warnzeichen für Gewalterfahrungen zu achten, gegebenenfalls verstärkt Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und sich aktiver einzubringen.<sup>129</sup> Sie stellen den Ärzten zudem konkrete Leitfäden und Musterdokumentationen zur Erkennung und zum Umgang mit Gewalt-handlungen zur Verfügung. Und Warnzeichen für alltägliche und häusliche Gewalt gibt es schließlich genügend: Hinsichtlich der Misshandlung von Kindern sprechen beispielsweise Hämatome und Striemen an nicht exponierten Stellen (d.h. insbesondere auch an Stellen, die nicht typischerweise bei Stürzen betroffen sind) und sogenannte *geformte* Hämatome, die den Abdruck von Gürtelschnallen oder Ähnlichem wiedergeben, regelmäßig für Gewalt.

### Symptome bei Kindesmisshandlung

- Frakturen beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene
- Nicht erklärbare Hämatome und Wunden auf der Haut
- Verbrühungen, Doppelstriemen an bestimmten Körperpartien
- Auffälliges Verhalten des Kindes, Schulleistungsknick, sozialer Rückzug
- Stresssymptome, überängstliches Verhalten bei der Untersuchung
- Anamnestische Auffälligkeiten: unvollständige Vorsorge, Impfungen oder gehäufte Unfälle
- Gestörte familiäre Interaktion
- Mangelnde Zuwendung der Eltern, feindseliges Verhalten gegen Kind

Abb. 4: Symptome bei Kindesmisshandlung<sup>130</sup>

Aber auch Verletzungsbilder, die nicht mit der geschilderten Entstehungsgeschichte in Einklang zu bringen sind, unterschiedliche Verheilungsstadien und Verfärbungen multipler Verletzungen oder aber auch schlichtweg soziale Verhaltensauffälligkeiten des Kindes während der Untersuchung sind typische Anzeichen für eine Misshandlung. Strafrechtlich kommt hier neben der *gefährlichen Körperverletzung* vor allem die *Misshandlung von Schutzbefohlenen* in Betracht.

Ähnlich sehen die Warnzeichen bei der Misshandlung von Pflegebedürftigen und älteren Menschen aus.<sup>131</sup> Bei dieser Opfergruppe kommt erschwerend hinzu, dass mit zunehmendem körperlichen Abbau im Alter die Anzahl solcher Symptome ansteigt, die vielfältige Ursachen haben können. Beispielsweise können Hämatome und andere Hautläsionen ohne Weiteres durch eine kleine Unachtsamkeit des Opfers, aber eben auch durch Fremdeinwirkung verursacht werden. Zudem wird in der Praxis die Senilität der häufig verwirrten und ohnehin verängstigten Opfer dazu missbraucht, die wahre Entstehungsgeschichte von an sich auffälligen körperlichen Symptomen zu verschleiern.

<sup>129</sup> So geht es insbesondere bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen oftmals nur darum, überhaupt in Erwägung zu ziehen, dass die festgestellten Symptome Folge einer Misshandlung sein könnten; zudem stellen manche Ärzte falsche Diagnosen aus Angst Fehler zu machen, Patienten oder den eigenen guten Ruf zu verlieren oder schlichtweg aus Unkenntnis der medizinischen oder rechtlichen Lage, vgl. Herrmann, Bernd: Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlungen, S. 454f.

<sup>130</sup> Nach: Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder, S. 28ff.

<sup>131</sup> Vgl insgesamt Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Dohner, Yvonne: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 115ff.

Mit dem geistigen Abbau einhergehend fällt es älteren Opfern darüber hinaus zunehmend schwerer, sich überhaupt noch adäquat zu äußern. Die Landesärztekammern empfehlen ihren Mitgliedern daher, nicht nur auf körperliche Symptome, sondern insbesondere auch auf äußerliche Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung zu achten. Hierzu gehören beispielsweise die allgemeine Reaktion des Patienten auf Berührungen und der Umgang mit dem Pflegepersonal. Gezeigte Aggression der Pfleger im Umgangston mit Patienten und das Verhindern von Situationen, in denen Senioren mit dem Arzt unter vier Augen sprechen könnten, sind ebenso deutliche Warnzeichen wie das äußere Erscheinungsbild des Patienten, insbesondere der allgemeine Kleidungs- und Pflegezustand.<sup>132</sup>

Wie die **Abbildung 6** deutlich macht, können auch bei der häuslichen Gewalt Warnzeichen insbesondere solche Verletzungen sein, die nicht mit einer geschilderten Entstehungsgeschichte erklärbar sind. Aber auch geformte Verletzungsbilder oder Verletzungen, die ohne plausiblen Grund sich in unterschiedlichen Heilungsstadien befinden, sind typische Anzeichen für häusliche Gewalt. Weiterhin können wiederum das allgemeine Verhalten der Patientin, verzögertes oder sehr häufiges Arztaufsuchen (ggf. bei unterschiedlichen Ärzten), eine auffällige, von Furcht geprägte Interaktion mit dem Partner oder etwa geschilderte Suizidgedanken starke Warnhinweise für regelmäßig vorliegende körperliche Misshandlungen sein.<sup>134</sup>

### Anzeichen für Gewalt gegen Alte

- Anzeichen von Flüssigkeitsmangel
- Hämatome unterschiedlichen Alters an untypischen Stellen
- Geformte Hämatome
- Knöcherner Verletzungen
- Ausgerissene Haare
- Rötungen/Schwellungen an Hand- und Fußgelenken
- Häufige Arztwechsel, Terminabsagen
- Patient wird vom Pflegepersonal nicht aus den Augen gelassen
- Gleichgültiges/aggressives Verhalten des Pflegepersonals
- Emotionaler und Kleidungsstatus des Patienten

**Abb. 5: Anzeichen für Gewalt gegen Alte**<sup>133</sup>

### Warnzeichen für häusliche Gewalt

- Chronische Beschwerden ohne offensichtliche Ursachen
- Verletzungen, die nicht mit der Ursachenerklärung übereinstimmen
- Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien
- Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weicht
- Physische Verletzungen während der Schwangerschaft
- Fehlgeburten
- Suizidversuche und -gedanken
- Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Arztaufsuchen
- Chronische, reizbare Darmstörungen
- Chronische Beckenschmerzen
- Häufige Praxisbesuche

**Abb. 6: Warnzeichen für häusliche Gewalt**<sup>135</sup>

<sup>132</sup> Auch hierzu: Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Alte, S. 9.

<sup>133</sup> Nach: Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Alte, S. 8f.

<sup>134</sup> Ausführlich hierzu: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Greber, Franziska: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 165ff.

<sup>135</sup> Nach: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Hrsg.): Diagnose: Häusliche Gewalt, S. 3.

### 2.2.2.2 Anforderungen an eine idealtypische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten

Es liegt auf der Hand, dass bei Verletzungen, die auf möglicherweise strafbaren Handlungen beruhen, neben dem therapeutischen Zweck auch noch andere, rechtsmedizinische und rechtliche Aspekte eine Rolle spielen. Und es liegt nahe, dass solche Verletzungen anders, im besten Fall besonders gründlich dokumentiert werden. Sowohl das öffentliche Interesse an der Aufklärung von Straftaten, als auch das strafrechtliche, möglicherweise auch sozial- oder zivilrechtliche Interesse des Opfers und seiner Versicherungsgeber gebieten es, besondere Maßnahmen zur Beweissicherung für eine rechtliche Aufarbeitung des Sachverhalts zu ergreifen. Vor diesem Hintergrund sollte so früh wie möglich eine Dokumentation erfolgen, die – mit Blick auf einen hohen gerichtlichen Beweiswert – möglichst präzise und objektiv alle jeweils relevanten Merkmale der Verletzungen erfasst.

Während es in Ungarn zu diesem Zweck einen durch das Nationale Institut für Rechtsmedizin standardisierten „Schaubefund“ [*látlelet*] gibt, der landesweit nach einheitlichen Kriterien auszufüllen ist (vgl. hierzu den unteren Abschnitt 4), gibt es in Deutschland auch für die Dokumentierung von Körperverletzungsdelikten keine einheitlichen Dokumentationsbögen. Vielmehr gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Leitfäden (beispielsweise zu Gewaltdelikten gegenüber Kindern, Partnern und Senioren) seitens der 17 Landesärztekammern und der jeweiligen Fachministerien auf Landesebene. Diese stellen zumindest Musterdokumentationsbögen für typische Verletzungen durch (*stumpfe*) Gewalt im sozialen Nahraum zur Verfügung. Hinzu kommen zahlreiche hausinterne erweiterte Verletzungsdokumentationen der Krankenhäuser und Klinisch-Forensischen Institute und Gewaltschutzambulanzen.<sup>136</sup>

In der Praxis kommen die Opfer von – nicht regelmäßig wiederkehrender – körperlicher Gewalt in den meisten Fällen selbstständig oder mittels Rettungswagen in die Notaufnahmen und Unfallchirurgien von Krankenhäusern, wo die Unfallanamnese und der Untersuchungsbefund durch den primär betreuenden Aufnahmearzt vorgenommen werden.<sup>137</sup> Eine gesonderte Dokumentation erfolgt aber auch durch den Rettungsdienst und jeden anderen involvierten Arzt. Anders als die niedergelassenen Ärzte arbeiten die Notaufnahmen dabei mit standardisierten Anamnesebögen (Aufnahmebögen), auf denen die Anamnese zumeist nach Unfallhergang und Unfallmechanismus aufgeteilt dokumentiert werden kann.<sup>138</sup>

---

<sup>136</sup> Vgl. hierzu nur die Muster zum Schaubefund [*látlelet*] und zu den Verletzungsdokumentationsbögen, Abb. 23. im Anhang zu dieser Arbeit S. 238ff).

<sup>137</sup> Opfer täglicher Gewalt werden in der Praxis hingegen oft auch wechselnde niedergelassene Ärzte aufsuchen, vgl. Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Greber, Franziska: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 165ff.

<sup>138</sup> Zu allem: Tscherne, Harald / Regel, Gerd / Wippermann, Burkhard / Hüfner, Tobias: Tscherne Unfallchirurgie. Trauma-Management, S. 35ff.



Die zur Verfügung stehenden Notarztprotokolle, Anamnesebögen und Schwerverletzten-erhebungsbögen von Rettungsdiensten und Krankenhäusern müssen für eine Vielzahl von unterschiedlichen Verletzungstypen und Entstehungsmechanismen geeignet sein. Daher fallen sie meistens sehr komplex aus. Oft bleibt auf den zur Verfügung stehenden Bögen für eine detaillierte Beschreibung von Verletzungen bestimmter Körperteile (beispielsweise Verletzungen an Kopf, Thorax, Abdomen, Wirbelsäule/Becken, Extremitäten oder an den Weichteilen) nur Raum von einigen wenigen Quadratzentimetern.<sup>139</sup> Bei computergestützten Dokumentationen und Untersuchungsbögen für eine erweiterte Verletzungsdokumentation (nur wenige Häuser verfügen allerdings über einen gesonderten Untersuchungsbogen für Körperverletzungsdelikte) sieht es hingegen besser aus.<sup>140</sup>

Eine möglichst präzise Dokumentation fängt bereits bei der Kodierung nach ICD-10 an, denn diese stellt, wenn auch ursprünglich nur für statistische und abrechnungsbezogene Zwecke gedacht, in der Praxis manchmal die einzige Informationsgrundlage dar. Insbesondere im Korpus der untersuchten ungarischen Dokumentationen beschränkte sich häufig die klinische Diagnose allein auf die Nennung der ICD-Verschlüsselung zur Hauptdiagnose und die zugehörige ICD-Beschreibung.<sup>141</sup> Dass aber eine Diagnose des Umfangs „S41.1: Offene Wunde, Oberarm“ keine Rückschlüsse auf Art oder Entstehung der Wunde zulässt, liegt wohl auf der Hand. Dies gilt umso mehr, wenn auch die Ausführungen zum Befund unzureichend sind.

Idealerweise sollen die Befunde beschrieben, fotografiert und in ein Körperschema eingezeichnet werden. Dabei soll die *Art* der Verletzung interpretationsneutral ausgedrückt werden (beispielsweise durch die Bezeichnung „Blutunterlaufung“ statt „Prellmarke“, „Schürfung“ statt „Bisswunde“, „tiefe Fleischwunde“ statt „Stichverletzung“) und die *Lokalisation* der Verletzung so genau wie möglich, unter Angabe von Bezugspunkten, erfolgen (z.B. „rechte Halsseite, 3 cm unterhalb des Ohrläppchens“).<sup>142</sup> Neben der genauen *Anzahl* sind weiterhin *Größe*, *Ausdehnung* und ungefähres *Alter* der Verletzung zu beschreiben (insbesondere Länge, Breite und Tiefe der Wunde, die Wundränder, Wundwinkel und der Wundgrund sowie die Farbgebung).<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> Vgl. nur den Musterbogen bei Tscherne, Harald / Regel, Gerd / Wippermann, Burkhard / Hüfner, Tobias: Tscherne Unfallchirurgie: Trauma-Management, S. 40, im Anhang zu dieser Arbeit (S. 227). *Thorax* bezeichnet in der Medizin den Brustraum, insbesondere den Brustkorb; *Abdomen* den Bauch, inkl. der Bauchhöhle, vgl. zu beidem nur Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: Klinisches Wörterbuch, Stichworte *Thorax*, *Abdomen*.

<sup>140</sup> Vgl. beispielsweise den Untersuchungsbogen bei Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 593ff; im Anhang dieser Arbeit als Abb. 21 (S. 233ff).

<sup>141</sup> Zu den Auswirkungen einer unzureichenden Dokumentation und ICD-10-Kodierung vgl. die Ausführungen im Abschnitt 1 des vierten Kapitels.

<sup>142</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 115; zu den verfahrensrechtlichen Konsequenzen, beispielsweise der Nichtverlesbarkeit von Bezeichnungen, die Rückschlüsse über den Hergang der Verletzung und deren Ursache zulassen vgl. die Ausführungen im Abschnitt 3.4.1.1 des dritten Kapitels und im Abschnitt 4.2 des vierten Kapitels.

<sup>143</sup> Vgl. Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 58f.



Für die Erfassung des korrekten Maßstabes soll dabei mit rechtwinkligen Messhilfen gearbeitet werden. Zur orientierenden Altersbestimmung von Hämatomen bietet es sich an, Farbtafeln zu verwenden, mit deren Hilfe die Beschreibung der Farbe weiter abgestuft werden kann.<sup>144</sup> Bei mehreren Verletzungen soll auch die *Beziehung* der Verletzungen zueinander beschrieben werden (es sollte angegeben werden, ob die Verletzungen *gleichförmig, gruppiert, parallel zueinander* oder *in verschiedene Richtungen verlaufend* vorliegen).<sup>145</sup>

Insgesamt ist darauf zu achten, dass zu einer – möglichst objektiven – Beschreibung von Verletzungen auch eine adäquate Verwendung von Wörtern gehört. Die Verletzungen sollten demnach weder wertend/interpretierend beschrieben werden (z.B. „Platzwunde durch Fausthieb“), noch sollten bei der Beschreibung der Größe – die in der Praxis weit verbreiteten – Vergleiche mit Lebensmitteln gezogen werden (beispielsweise sollten Angaben wie „kirsch“- oder „pflaumengroß“ durch metrische Angaben ersetzt werden.<sup>146</sup> Soweit ein Strafverfahren absehbar ist, ist es weiterhin auch sinnvoll, Negativbefunde (beispielsweise im Sinne von „Hals unverletzt“) zu dokumentieren, um für das spätere Verfahren nachvollziehbar zu machen, dass bestimmte Körperpartien besonders sorgfältig untersucht wurden und etwaige, behauptete oder nachträglich beigebrachte Verletzungen nicht lediglich übersehen wurden.<sup>147</sup>

### **Inhaltliche Anforderungen an die klinische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten**

#### **Eine umfassende klinische Dokumentation sollte eingehen auf:**

- genaue Art der Verletzung(en)
- genaue Anzahl der Verletzungen
- genaue Lokalisation der Verletzung(en)
- Größe, Ausdehnung und Tiefe der einzelnen Verletzungen
- ungefähres Alter der Verletzungen (beispielsweise Verfärbung)
- eventuelle Negativbefunde
- gegebenenfalls Fotodokumentation

**Abb. 7: Inhalt der klinischen Dokumentation**  
(eigene Darstellung)

Darüber hinaus ist noch auf diejenigen Besonderheiten zu achten, die der jeweilige Verletzungstyp mit sich bringen kann. Aus strafrechtlicher und rechtsmedizinischer Sicht sind dies bei Weichgewebeverletzungen insbesondere Verletzungsmerkmale, die Rückschlüsse auf die Entstehung und die gesundheitlichen Folgen zulassen. Aus klinisch-medizinischer Sicht sind es wiederum Verletzungsmerkmale, die akute Behandlungsmaßnahmen indizieren.

<sup>144</sup> Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, S. 25.

<sup>145</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 116. Zur Verletzungsdokumentation insgesamt, insbesondere mit Musterfragebögen zum Screening von möglichen Gewaltopfern: Hammer, Rita M. / Moynihan, Barbara / Pagliaro, Elaine M.: Forensic Nursing - A Handbook for Practice, S. 258ff und S. 494ff.

<sup>146</sup> Hierzu: Madea, Burkhard / Kernbach-Wighton, Gerhard: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 482.

<sup>147</sup> Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 368f; zum praktischen Vorgehen bei der Dokumentation insgesamt: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 115ff.

### 2.2.2.2.1 Rechtliche und (rechts-)medizinische Unterscheidung von Verletzungstypen

Gewaltstraftaten können in einem sehr unterschiedlichen Gewand daherkommen, strafrechtlich insbesondere auch als vorsätzliches Körperverletzungsdelikt, wobei sowohl in Deutschland als auch in Ungarn auf *körperliche Misshandlungen* einerseits und *Gesundheitsschädigungen* andererseits abgestellt wird.<sup>148</sup> Je nachdem, wie gravierend die Tat ist, unterscheidet man im Strafrecht weiterhin zwischen *einfacher*, *gefährlicher* und *schwerer Körperverletzung* bzw. der *Körperverletzung mit Todesfolge*.<sup>149</sup>

Während in Ungarn bei der Unterscheidung zwischen *einfacher* und *schwerer Körperverletzung* in erster Linie auf die Folgen der Tat, insbesondere aber auf den Zeitraum der gewöhnlichen Heilungsdauer der Verletzungen abgestellt wird (vgl. § 164 Absatz 2 und Absatz 3 uStGB), werden in Deutschland von vornherein nur erhebliche und vor allem dauerhafte Gesundheitsfolgen von der *schweren Körperverletzung* (§ 226 StGB) umfasst. Dafür gibt es in Deutschland zusätzlich noch den selbstständigen Straftatbestand der *gefährlichen Körperverletzung* (§ 224 StGB), bei dem allein auf die (gefährliche) Art und Weise der Begehung abgestellt wird (dazu später).<sup>150</sup>

Im (rechts-)medizinischen Zusammenhang spricht man wiederum von einer *Körperverletzung*, wenn eine „Zusammenhangstrennung oder Störung der Struktur bzw. Funktion von Organen oder Geweben durch mechanische (physische) Gewalteinwirkung“ besteht.<sup>151</sup> Dabei wird einerseits auf das äußere primäre Erscheinungsbild abgestellt, beispielsweise auf die *äußerlich sichtbaren Verletzungen und Wunden*<sup>152</sup> sowie die *inneren* (von außen schwer oder nicht erkennbaren) *Verletzungen*.

In der klinischen Medizin findet man in der Verletzungsdokumentation insbesondere Einteilungen zum äußeren Erscheinungsbild. So ist beispielsweise bei Hämatomen, Schwellungen und lokalen Schmerzen in der Regel von *geschlossenen Verletzungen (Laesio)* die Rede, da die Hautoberfläche selbst intakt ist und die Schäden allein darunter liegende Gewebe, Gefäße und

---

<sup>148</sup> Eine *körperliche Misshandlung* ist nach der ständigen Rechtsprechung und Literatur jedes üble, unangemessene Behandeln, welches das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit mehr als unerheblich beeinträchtigt. Eine *Gesundheitsschädigung* ist hingegen das Hervorrufen oder Steigern eines (auch: nur) vorübergehenden pathologischen Zustands, unabhängig davon, ob das Opfer vor der Tathandlung gesund oder vorbeschädigt war. Zu beidem: Fischer, Thomas, Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 223 Rdnr. 3a ff.

<sup>149</sup> Zum strafrechtlichen Gewaltbegriff und zu den Gewaltdelikten vgl. bereits Fußnote 108 (S. 33).

<sup>150</sup> Die besondere – gefährliche – Begehungsweise bei Körperverletzungsdelikten wird in Ungarn als *schwere Körperverletzung* gemäß § 164 Absätze 4, 6 und 8 uStGB geregelt.

<sup>151</sup> So der Verletzungsbegriff in: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 181.

<sup>152</sup> Als *Wunde [Vulnus]* wird in der Medizin jegliche Gewebeerstörung bzw. –beschädigung mit oder ohne Substanzverlust durch Unterbrechung der Hautkontinuität umschrieben; ohne Verletzung der Haut spricht man daher eher von „geschlossener Verletzung“ oder „innerer Wunde“; vgl. insgesamt Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: Klinisches Wörterbuch, Stichwort *Wunde*.

Nerven betreffen.<sup>153</sup> Den zweiten großen Block bilden die *offenen Verletzungen*, die *Wunden* (*Vulnus*), zu denen sämtliche Verletzungen zählen, bei denen die Haut *mechanisch* geschädigt wurde, entweder rein oberflächlich (beispielsweise bei Schürfwunden) oder aber auch tiefreichend (beispielsweise bei tiefen *Schnittverletzungen* und weniger tiefen *Hieb-* und *Stichverletzungen*). Je nachdem, ob Körperhöhlen eröffnet wurden, spricht man hier auch von *penetrierenden Verletzungen*, etwa bei tiefen Stich- und Schussverletzungen.<sup>154</sup> Neben *geschlossenen* und *offenen Verletzungen* kann man bei der rein äußerlichen Beschreibung von Verletzungen darüber hinaus auch auf die sogenannten *Ablederungen* (*Avulsio*) und *Abtrennungen* (*Amputatio*) abstellen.<sup>155</sup>

Die Unfallchirurgie beispielsweise stellt bei der klinisch-medizinischen Unterscheidung vor allem auf die indizierte Therapiemaßnahme ab. Dafür ist es nicht immer relevant, *wie* die Verletzung aussieht, es kommt insbesondere auch darauf an, *wo* sie auftritt. Entsprechend wird auf den jeweils verletzten Körperteil abgestellt, der verschiedenen Gruppen oder Körperregionen zugeordnet werden kann. Die Zuordnung erfolgt in der deutschen sowie in der ungarischen Literatur zunächst eher grob nach „oberen Extremitäten“, „unteren Extremitäten“, „Wirbelsäule“ und „Rumpf“, kann aber auch weiter aufgeschlüsselt werden.<sup>156</sup>

Inhaltlich erfolgt die Unterscheidung von Verletzungen zwar teilweise auch anhand ihrer *Genese*, was bedeutet, dass die Chirurgen bei der Verletzungsbeschreibung auf deren Entstehungsmerkmale Bezug nehmen: Sie unterscheiden beispielsweise zwischen „mechanischen Wunden“ (zu denen auch die im Fokus dieser Arbeit stehenden Schürf-, Schnitt-, Riss-Quetsch- und Stichwunden zählen), „thermischen“, „chemischen Verletzungen“ und „Strahlenschäden“.<sup>157</sup>

---

<sup>153</sup> Zu allem: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: *Klinisch-forensische Medizin*, S. 181f.

<sup>154</sup> Als *Körperhöhlen* im weiteren Sinne werden in der Anatomie jede natürlichen, mit Gewebe ausgekleideten, in sich geschlossenen oder mit anderen Räumen bzw. mit der Außenwelt verbundenen Körperhöhlen bezeichnet: die Bauch-, Brust-, Schädel-, Nasen- und Mundhöhle sowie der Rachenraum, die Liquorräume und die Gelenkhöhlen. Vgl. Schmitz, Frank: *Grundlagen zur Anatomie der Körperhöhlen*, S. 521ff.

<sup>155</sup> *Ablederungen* sind Abhebungen von Hautlappen durch eine tangentielle Gewalteinwirkung, beispielsweise durch eine schneidende Kraft. *Abtrennungen* von Körperteilen können vollständig (total) oder unvollständig (subtotal) vorliegen, wenn der abgetrennte Körperteil noch über Gewebe mit dem Körper lose verbunden ist. Zu beidem: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: *Klinisch-forensische Medizin*, S. 181.

<sup>156</sup> Vgl. nur Hirner, Andreas / Weise, Kuno: *Chirurgie*, S. 276ff; für eine detaillierte Aufteilung in „Polytrauma“ [lebensgefährliche Mehrfachverletzung mehrerer Körperregionen oder Organsysteme]; „Frakturen, Gelenkverletzung und Luxationen des Halte- und Bewegungsapparates“, „Verletzung der Schulter“, „Verletzung des Humerus“ [Oberarmknochens], „Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms“, „Verletzungen der Hand“, „Verletzungen des Beckens“, „Verletzungen der Oberschenkel, Knie, Unterschenkel“, „Bandverletzungen“, „Fußverletzungen“, „Verletzungen der Wirbelsäule“, „Verletzungen des Zentralen Nervensystems“ vgl. Siewert, Jörg Rüdiger / Stein, Hubert J. / Raschke, Michael / Haas, Norbert: *Chirurgie*, S. 865ff. Auch in Ungarn besteht die gleiche Einteilung, vgl. nur Gaál, Csaba: *Sebészet [Chirurgie]*, S. 533ff und S. 628f; Kiss, Lajos: *Sebészet és traumatológia [Chirurgie und Traumatologie]*, S. 185ff.

<sup>157</sup> Vgl. nur Hirner, Andreas / Weise, Kuno: *Chirurgie*, S. 32.

Im klinischen Alltag stellen die Chirurgen, die es in erster Linie mit mechanischen Verletzungen zu tun haben, allerdings bei Befunden und Diagnosen vor allem auf die Art der Verletzung/Wunde ab. Eine Wunde wird daher in der Praxis als „offen“, „innerlich“ bzw. „geschlossene Verletzung“, „abledernd“ oder „amputierend“ bezeichnet. Das mag auch daran liegen, dass die Fokussierung auf die Verletzungsart zweckmäßiger für die einzuschlagenden therapeutischen Maßnahmen ist als die Verletzungsentstehung.<sup>158</sup>

Das Abstellen auf *geschlossene* und *offene* Wunden weist zugleich auch eine gewisse Konsistenz mit der ICD-Kodierung auf, die der behandelnde Arzt ohnehin im zeitlichen Zusammenhang mit der Befundung und Diagnostizierung vornehmen muss. Auch diese stellt (allein) auf das Vorliegen von „offenen Verletzungen“ und „geschlossenen Verletzungen“ ab. Der Arzt bleibt damit also in ein und demselben Klassifizierungssystem. Die Fokussierung hat darüber hinaus aber auch einen praktischen Nutzen vor dem Hintergrund, dass offene Wunden kontaminiert sein können und daher unter Umständen auch hygienisch anders behandelt werden müssen.<sup>159</sup>

In der Rechtsmedizin werden die Verletzungen allerdings – aufgrund des zugrundeliegenden strafrechtlichen, gerade nicht therapeutischen Zwecks – allein nach Maßgabe der unterschiedlichen Entstehungsmechanismen unterteilt. Für den Rechtsmediziner ist es zunächst irrelevant, wie die Wunde behandelt oder desinfiziert wird, ihn interessiert es vielmehr, von wem und auf welche Weise sie verursacht wurde.<sup>160</sup> Deswegen achtet er insbesondere auf die Lokalisation, die Anordnung, die besondere Form und das Alter der Verletzungen, um daraus die nötigen Schlüsse hinsichtlich der Entstehungsgeschichte ziehen zu können. Aus den Wundmerkmalen (*Wundränder*, *Wundwinkel*, *Wundgrund*) kann er wiederum die konkrete Verletzungsursache ableiten.

### Die verschiedenen Unterscheidungsmerkmale in der...

- 1) **...Strafrechtswissenschaft:**
  - Art und Weise der Begehung
    - *gefährliche KV*
  - Folgen
    - *leichte* bzw. *schwere KV*
- 2) **...(Unfall-)Medizin:**
  - v.a. nach dem Erscheinungsbild
    - Körperregion
    - Art der Wunde
      - *offene* Verletzung (Wunde)
      - *geschlossene* Verletzung
- 3) **...Rechtsmedizin:**
  - nach Entstehungsmechanismen
    - insbes. *stumpfe* Gewalt
    - insbes. *scharfe* Gewalt
    - Schuss, Kälte, Hitze etc.

Abb. 8: Die verschiedenen Unterscheidungsmerkmale in der Strafrechtswissenschaft und (Rechts-)Medizin (eigene Darstellung)

<sup>158</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen zu den Grenzen der Dokumentationspflicht weiter unten im Abschnitt 3 dieses Kapitels (S. 63ff).

<sup>159</sup> Statistisch gibt es in Deutschland jährlich mehr als 2 Millionen Patienten, die sich eine behandlungsbedürftige akute Oberflächenwunde zuziehen, die unterschiedlich kontaminiert sein kann. Die Chirurgie hat daher eigene Klassifizierungen von Wunden nach ihrem Kontaminationsgrad; vgl. Hirner, Andreas / Weise, Kuno, a.a.O.

<sup>160</sup> Zu den forensischen Untersuchungs- und Ermittlungskriterien von Körperverletzungen vgl. insgesamt: Payne-James, Jason / Busuttill, Anthony / Smock, William / Betz, Peter: Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects, S. 79ff.

Mit Blick auf die Beschreibung typischer Wundmerkmale unterscheidet die Rechtsmedizin insbesondere zwischen *stumpfer* und *scharfer* (bzw. *halbscharfer*) Gewalt:<sup>161</sup>

- Unter *stumpfer Gewalt* versteht die Rechtsmedizin die mechanische Einwirkung einer begrenzten Fläche gegen den menschlichen Körper, wobei die Fläche gegen den Körper oder der Körper gegen die Fläche gewirkt werden kann, unabhängig davon welches Körperteil (Kopf, Rumpf, Gliedmaßen) betroffen ist.
- Unter *scharfer Gewalt* versteht man hingegen die Einwirkung durch spitz zulaufende oder schneidende Werkzeuge (Messer, Scheren, Nadeln, Glasscherben, Wurfsterne, Eispickel, Schraubenzieher etc.) auf den Körper, bei denen Weichgewebeschichten in unterschiedlicher Tiefe durchtrennt (*penetriert*) werden.
- *Halbscharfe Gewalt* beschreibt wiederum die körperliche Einwirkung von Gegenständen, die neben den scharfen auch stumpfe (flächige) Partien aufweisen (beispielsweise Äxte, Hacken, Spaten) und dadurch Verletzungen (sog. *Hiebwunden*) verursachen, die sowohl Schnitt-, als auch Quetsch- und Schürfwunden ähnlich sind.

Neben den Verletzungen, die durch stumpfkantige oder scharfkantige Werkzeuge<sup>162</sup> verursacht wurden, differenziert die Rechtsmedizin weiterhin noch nach – vom Thema der vorliegenden Arbeit allerdings nicht mitumfasst – Verletzungen, die durch die allgemeine Verwendung von Schusswaffen, durch Säure, Strom, Hitze oder Kälte verursacht wurden.<sup>163</sup>

Die unterschiedlichen Unterscheidungsmerkmale von Verletzungen in der Chirurgie, in der Rechtsmedizin und im Strafrecht erklären auch, weshalb die Dokumentation von Klinikern bei den Rechtsmedizinern und Juristen häufig auf Unzufriedenheit stößt. Besonders deutlich wird dies, wenn man sich die – in der Chirurgie völlig unüblichen – forensischen Dokumentationsaspekte von Verletzungen durch *stumpfe*, *scharfe* oder *halbscharfe* Gewalt etwas genauer anschaut.

---

<sup>161</sup> Vgl. zu allem nur Madea, Burkhard / Bratzke, Hansjürgen / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 210ff. und S. 228ff. Einen prägnanten Überblick mit allen relevanten Definitionen und anschaulichen Beispielen in englischer Terminologie bietet zudem Biswas, Gautam: Review of Forensic Medicine and Toxicology, S. 165ff.

<sup>162</sup> Der *Werkzeugbegriff* ist hierbei sehr weit zu fassen und geht über den strafrechtlichen Werkzeugbegriff hinaus: Er umfasst neben den Gegenständen des täglichen Gebrauchs (beispielsweise Gürteln, Stöcken, Stangen, Flaschen) auch menschliche Extremitäten (Hände, Fäuste, Füße bzw. Schuhe), Anstoßen durch Kraftfahrzeuge, aber auch etwa den festen Untergrund bei Stürzen oder nicht-bewegliche Gegenstände (Wände, Möbel etc.), bei denen also das Werkzeug nicht auf den Körper einwirkt, sondern der Körper letztendlich auf das „ruhende Werkzeug“ stürzt, fällt oder gestoßen wird. Hierzu: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 182. Zum – auf die beweglichen Gegenstände beschränkten – strafrechtlichen Werkzeugbegriff: Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 224 Rdnr. 8ff.

<sup>163</sup> Wiederum Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 179ff.

## 2.2.2.2 Die Dokumentierung von Verletzungen durch stumpfe Gewalt

Verletzungen durch stumpfe Gewalt zeichnen sich durch eine flächige oder kantige Einwirkung auf den menschlichen Körper aus, die auf drei verschiedene Weisen erfolgen kann: der sich bewegende Mensch trifft auf ein ruhendes Widerlager (beispielsweise beim Sturz oder Stoß auf bzw. gegen eine Standfläche oder einen unbeweglichen Gegenstand mit Flächen und Kanten); ein bewegter Gegenstand trifft auf den menschlichen Körper (durch Tritte, Schläge oder durch Werfen bzw. das Einwirken mit Gegenständen wie Knüppeln, Hölzern, Schlagstöcken, Schlagringen, Plastersteinen etc); oder ein Mensch stößt mit einem bewegten Gegenstand aufeinander (beispielsweise im Rahmen eines Verkehrsunfalls).<sup>164</sup>

Stumpfe Gewalt, häufig in der Form der körperlichen Auseinandersetzung, ist die mit Abstand häufigste Form der Gewalteinwirkung. Insbesondere in Fällen wiederholter Gewalt im sozialen Nahraum.<sup>166</sup>

### Die (rechts-)medizinische Unterteilung von Verletzungen...

#### 1) ...nach ihrem Erscheinungsbild:

- innere Verletzungen
- äußerlich sichtbare Verletzungen
  - geschlossene Verletzungen
  - offene Verletzungen
  - Ablederungen
  - Abtrennungen

#### 2) ...nach ihrer Entstehung:

- Verletzungen durch stumpfe Gewalt
- Wunden durch scharfe Gewalt
- Wunden durch halbscharfe Gewalt
- Schusswunden
- Brandwunden
- Wunden durch Verätzungen
- Wunden durch elektr. Strom
- Wunden durch Kälteeinwirkung

Abb. 9: Verletzungstypen in der Medizin<sup>165</sup>

Die Verletzungsbilder von stumpfer Gewalt können ausgesprochen vielfältig sein.<sup>167</sup> Sie entstehen durch jede Form von Gewalt, die flächenhaft auf den Körper einwirkt. Die dabei erlittenen Verletzungen fallen abhängig von der Stärke des Drucks und der Form und Beschaffenheit des wirkenden Gegenstandes sowie der getroffenen Körperstelle des Opfers unterschiedlich aus. Gerade Schläge und Tritte weisen oft keine allzu hohe Intensität auf und werden in der Praxis oft vom sozialen Umfeld oder den behandelnden Ärzten bagatellisiert. Dabei ist gerade bei einfacheren Verletzungen wie beispielsweise sichtbaren Hämatomen, die nicht unbedingt therapiebedürftig sind, die aber schon nach einigen wenigen Tagen wieder verschwinden, aus rechtsmedizinischer Sicht eine möglichst zeitnahe und genaue Dokumentation besonders wichtig.<sup>168</sup>

<sup>164</sup> Zu allem: Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 72ff.

<sup>165</sup> Aufstellung in Anlehnung an Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 181f.

<sup>166</sup> Zu den typischen Verletzungsbildern von Gewalt im sozialen Nahraum vgl. die Übersichten bei: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Gloor, Daniela / Meier, Hanna / Specht, Heidrun / Ingenberg, Barbara / Hagner, Matthias / Dohner, Yvonne: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 29ff, S. 77ff, S. 109ff und S. 116ff.

<sup>167</sup> Insgesamt: Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 120.

<sup>168</sup> Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, a.a.O.

Bei mäßiger Krafteinwirkung auf das Weichgewebe kann es zunächst zu eher oberflächlichen Hautabschürfungen, kleinen Hauteinblutungen und größeren Blutunterlaufungen (zu den sogenannten Blutergüssen oder Hämatomen) kommen.<sup>169</sup>

Insbesondere die Blutunterlaufungen durchlaufen – beim lebenden Opfer – einen gut nachvollziehbaren Heilungsprozess. Sie zeigen sich zunächst als rot-violette Verfärbung auf der Haut, häufig mit einer Schwellung einhergehend. Der Fleck vollzieht innerhalb von zwei Wochen durch den Abbau der Blutkörperchen typische Farbveränderungen:

- er ist in den ersten Tagen blau-violett bis dunkelblau-schwärzlich,
- in den Tagen 6 bis 8 eher grünlich bis grün-gelblich und
- danach gelb bis gelb-bräunlich.<sup>170</sup>

Eine ganz exakte Altersbestimmung ist wegen der Vielfalt von individuellen Faktoren zwar nicht möglich, aber es lässt sich zumindest festhalten, dass sehr dunkle Hämatome relativ frisch und solche mit grünlich-gelblichen Anteilen bereits mehrere Tage alt sein müssen. Da Blutunterlaufungen in ihrer Ausdehnung weitgehend dem geschädigten Bereich entsprechen, können Forensiker häufig auch Rückschlüsse zum Zustandekommen der Verletzung ziehen. Bei geformten Hämatomen kann oftmals sogar der einwirkende Gegenstand auf der Haut abgelesen werden (beispielsweise eine Gürtelschnalle, das Profil einer Schuhsohle oder eines Fahrzeugreifens).<sup>171</sup>

Auch die Anzahl und Anordnung von (mehreren) Hämatomen kann Aufschluss darüber geben, wie die Verletzungen zustande gekommen sind. So sind beispielsweise Gruppierungen von rundlichen Blutergüssen an Ober- und Unterarmen Anzeichen für festes Zupacken, parallel verlaufende, streifige Hautblutungen (sogenannte Doppelstriemen) links und rechts eines länglichen (blutleeren) Auftreffstreifens typische Zeichen für Schläge mit Stöcken und anderen länglichen Gegenständen.<sup>172</sup> Eine möglichst detaillierte Beschreibung und Verortung dieser

---

<sup>169</sup> *Hautabschürfungen* entstehen durch eine streifende oder schräge Einwirkung auf die Hautoberfläche (Schürfen, Kratzen, Rutschen, Schleifen), wobei die oberflächlichen Hautschichten oft nur geringfügig verletzt werden. Zu *Hautblutungen* kommt es, wenn die Unterhaut oder das Muskelgewebe durch Stoß- oder Scherkräfte zerquetscht wird: Die Blutgefäße zerreißen und das Blut sammelt sich außerhalb des Gefäßes. Es kommt zu kleineren *Hauteinblutungen* in Form von roten Punkten, wenn sich die Einblutung in der Oberhaut befindet und sich wegen der dort dichteren Gewebestruktur nicht wesentlich ausbreiten kann. Es kommt zu *Blutunterlaufungen* (Blutergüssen, Hämatomen) wenn Gefäße in tieferen Schichten zerreißen und die Einblutung im Gewebe oder in einen vorgebildeten Hohlraum (z.B. Gelenk) erfolgt, oft auch einhergehend mit einer Schwellung. Vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 73f; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: a.a.O., S. 185f.

<sup>170</sup> Vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 75; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 188.

<sup>171</sup> Vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 74f.

<sup>172</sup> Madea Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 122f.



Verletzungen liegt daher äußerst nahe, selbst wenn sich der Patient zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht zu einer etwaigen Gewalteinwirkung geäußert hat.

Mit zunehmend stärkerer Einwirkung durch stumpfe Gewalt wird die Elastizitätsgrenze der Haut überschritten und es kommt zu Hautdurchtrennungen (Wunden). Dabei kann es zunächst zur Zerquetschung und flächigen Ablösung einzelner Hautschichten kommen (*Ablederungen*). Wird die Haut wiederum als Ganzes penetriert, kommt es zu Risswunden, Quetschwunden und Riss-Quetsch-Wunden (sog. *Platzwunden*).<sup>173</sup> Diese Verletzungen treten insbesondere an Körperstellen auf, an denen die Haut ohne größeres Weichteilpolster auskommen muss und straff über dem Knochen gespannt ist, also beispielsweise am Schädeldach, am Kinn, am Schienbein und an den Fingerknöcheln.<sup>174</sup>

Gerade mit Quetschwunden und Riss-Quetsch-Wunden haben die Ärzte im klinischen Alltag sehr häufig zu tun, oft auch in mehrfacher und unterschiedlicher Ausführung bei ein und demselben Opfer. Auch dies mag ein Grund dafür sein, dass die behandelnden Ärzte oft auf eine nähere Wundbeschreibung verzichten bzw. sich auf die Beschreibung nur einer – der wichtigsten – Verletzung beschränken.<sup>175</sup> Aus therapeutischer Sicht wird allenfalls festgehalten, wie sich die *Wundränder* und der *Wundgrund* darstellen, um die Wunde besser versorgen zu können. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Infektionsanzeichen bzw. der zunächst erfolgenden Reinigung und Desinfektion der Wunde und dem anschließenden Vernähen und Verbinden.<sup>176</sup> Darüber hinaus dokumentieren Kliniker in der Praxis häufig auch die Blutungsneigung und Schmerzhaftigkeit der Wunde.<sup>177</sup>

Eine sorgfältig durchgeführte Wundbeurteilung könnte dabei aber auch sehr viele Informationen darüber liefern, wie ein Tathergang stattgefunden oder eben nicht stattgefunden haben kann. Neben der allgemeinen Beschreibung der Lage, Größe und Form der Wunde lassen sich insbesondere auch die wichtigsten Charakteristika von Quetsch- und Platzwunden im Detail beschreiben:<sup>178</sup>

---

<sup>173</sup> *Risswunden* sind Verletzungen, bei denen die Haut durch starken Zug und/oder Überdehnung reißt. Von *Quetschwunden* spricht man hingegen, wenn die Haut zwischen dem einwirkenden Werkzeug und dem darunter liegenden Knochen gequetscht wird. *Platzwunden* sind wiederum Quetsch-Riss-Wunden bzw. Riss-Quetsch-Wunden, bei denen in der Regel zunächst die Haut zwischen Werkzeug und Knochen gequetscht wird und dann durch das Auseinanderweichen des Gewebes weiterhin einreißt. In der Praxis liegen, anders als es der allgemeine Sprachgebrauch vermuten lässt, fast immer Quetsch-Riss-Wunden und keine Riss-Quetsch-Wunden vor. Zu allem: Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 124f.

<sup>174</sup> Vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 76.

<sup>175</sup> Vgl. hierzu die Fallbeispiele aus der Praxis im vierten Kapitel dieser Arbeit (S. 168ff).

<sup>176</sup> Vgl. nur: Voggenreiter, Gregor / Dold, Chiara: Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln, S. 75f.

<sup>177</sup> Die klinische Chirurgie empfiehlt die Dokumentation der Beschaffenheit von sich absondernden Wundsekreten bzw. Trockenheit der Wunde, das Ausmaß der Sekretion, den Grad der Blutungsneigung, die Schmerzhaftigkeit der Wunde und eventuelle Anzeichen für eine Infektion (Schwellungen, Rötungen, farbliche Beläge, Geruch), vgl. Andreae, Susanne: Chirurgie und Orthopädie, S. 145f.

<sup>178</sup> Insgesamt: Madea, Burkhard / Pollak, Stefan / Thierauf, Annette: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 526ff.



- Die *Wundränder* (Wundumgebung) können Aufschluss darüber geben, wie die Beschaffenheit des aufprallenden Gegenstandes war. Sie sind bei stumpfer Gewalt in der Regel nicht glatt, sondern – je nach Gegenstand – mehr oder weniger unregelmäßig (gezähnt, fetzig, zipfelig) und können gezackt, gequetscht, geschürft und blutunterlaufen ausfallen.<sup>179</sup>
- Auch die *Wundwinkel* am Anfang und am Ende einer Verletzung sagen etwas darüber aus, welche Art von Gegenstand die Haut penetriert hat. Gerade bei Platzwunden haben die Wunden häufig ein größeres Ausmaß, sie haben dann einen linearen oder einen mehrstrahligen Verlauf mit mehr als zwei Wundwinkeln und sind in der Regel nicht spitz wie bei schneidenden Gegenständen, sondern kantigen Gegenständen entsprechend stumpf.<sup>180</sup>
- Der *Wundgrund* kann wiederum Informationen darüber liefern, aus welcher Art von Material der einwirkende Gegenstand ist, gerade wenn Verunreinigungen durch den Gegenstand in der Wunde vorhanden sind. Durch einen stumpfen Aufprall werden auch die unten liegenden Gewebeschichten auseinandergerissen, es gibt aber regelhaft auch intakte Nerven, Gefäße oder Bindegewebsstränge (sogenannte *Gewebebrücken*), die sich beschreiben lassen.<sup>181</sup>

Bei massiver Gewalteinwirkung kommt es zu Verrenkungen (*Luxationen*), bei denen gelenkbildene Knochenteile gegeneinander verschoben werden, und Knochenbrüchen (*Frakturen*). Das Verletzungsbild ist hier ungleich schwerwiegender; neben dem Zerreißen von Gelenkkapseln, Bändern und Muskeln lassen sich insbesondere die Frakturen aufgrund des Schmerzempfindens, einer sichtbaren Fehlstellung, einer abnormen Beweglichkeit, Knochenreibens oder aufgrund eines offenen Bruchs erkennen und beschreiben.<sup>182</sup> Da vor allem die Frakturen nicht zeitnah verheilen und darüber hinaus zeitlebens nachweisbar bleiben, hält sich der Schaden bei einer nicht umfangreichen Dokumentation von Frakturen in Grenzen. Hier gilt es aber insbesondere, die genaue Lokalisation der Frakturen zu dokumentieren, da Luxationen und Frakturen an bestimmten Körperstellen für oder gegen einen Unfallhergang sprechen und somit in vielen Fällen erst einen Anfangsverdacht für ein Körperverletzungsdelikt begründen.<sup>183</sup>

Fehlt es wiederum an einem Anfangsverdacht, kommt ein Strafverfahren von vornherein nicht in Betracht, das heißt der Sachverhalt wird erst gar nicht genauer ermittelt.<sup>184</sup>

---

<sup>179</sup> Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 77.

<sup>180</sup> Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, a.a.O.

<sup>181</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 191.

<sup>182</sup> Zu allem: Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 77ff.

<sup>183</sup> Vgl. etwa Dettmeyer, Reinhard B. / Schütz, Harald F. / Verhoff, Marcel A.: Rechtsmedizin, S. 56.

<sup>184</sup> Vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 152, Rdnr. 4.

### 2.2.2.2.3 Die Dokumentierung von Verletzungen durch scharfe Gewalt

Verletzungen durch *scharfe Gewalt* spielen bei den Körperverletzungsdelikten – anders als bei den Tötungsdelikten – eine untergeordnete Rolle, was auch daran liegt, dass körperliche Auseinandersetzungen oft aus der spontanen Situation heraus entstehen, in der dem Täter eher die Fäuste oder stumpfkantige Gegenstände zur Verfügung stehen.<sup>185</sup> Bei der scharfen Gewalt bedarf es hingegen der Einwirkung durch einen schneidenden oder spitz zulaufenden Gegenstand, typischerweise eines Messers, einer Schere, eines Schraubendrehers, einer Nadel, eines Glassplitters oder eines Wurfsterns.<sup>186</sup>

Gegenstände, die sowohl eine schneidende als auch eine zertrümmernde Wirkung haben, verursachen wiederum Verletzungen, die sowohl Merkmale von stumpfer als auch von scharfer Gewalt aufweisen. Sie werden daher auch *halbscharf* bezeichnet. Typisch hierfür sind Hiebwerkzeuge mit einer mehr oder weniger ausgeprägten scharfen Schneide, etwa Beile, Äxte, Hacken und Spaten.<sup>187</sup> Während die scharfe Gewalt *Schnitt-* und *Stichverletzungen* verursacht, kommt es bei der halbscharfen Gewalt zu sogenannten *Hiebverletzungen*.

#### ▪ Stichverletzungen

Zu Stichverletzungen kommt es durch das senkrechte oder schräge Eindringen schmaler, spitzer Gegenstände in Richtung ihrer Längsachse, daher sind die Verletzungen in der Regel tiefer als breit. Eigentlich ist die menschliche Haut gegen das Eindringen einer Klinge außerordentlich gut geschützt, es bedarf also in der Regel einer recht erheblichen Kraft, um beispielsweise ein Messer durch die Haut zu stoßen, insbesondere, wenn die Körperstelle bekleidet ist. Es spielen daher sowohl Kraft und Geschwindigkeit als auch die jeweiligen Eigenschaften des Werkzeugs eine Rolle bei der Verursachung von Stichverletzungen.<sup>188</sup> Beschreiben und dokumentieren lassen sich die *Stichwunde* (Eintrittsstelle), der *Stichkanal* (die Gewebedurchtrennung zwischen Eintrittsstelle und Wundgrund) und – bei Durchstichen – gegebenenfalls die *Ausstichwunde*.<sup>189</sup> Die Verletzungen sind typischerweise gekennzeichnet durch eine glattrandige schlitzförmige Hautdurchtrennung mit zu beiden Seiten spitz zulaufenden Enden. Von besonderer Bedeutung bei der Dokumentierung sind hierbei vor allem:

---

<sup>185</sup> In den meisten europäischen Ländern ist wegen des eingeschränkten Zugangs zu Schusswaffen die Tötung durch scharfe Gewalt die häufigste Todesursache bei den Tötungsdelikten: gut ein Drittel der Tötungsdelikte erfolgen durch Schnitt- und Hiebverletzungen, insbesondere aber auch durch Stichverletzungen. Vgl. insgesamt: Houck, Max M. / Schmidt, Ulrike: *Forensic Pathology*, S. 165ff. Zur relativen Häufigkeit von stumpfer und scharfer Gewalt vgl. auch Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: *Basiswissen Rechtsmedizin*, S. 131.

<sup>186</sup> Vgl. etwa Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: *Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis*, S. 105.

<sup>187</sup> Zu allem: Clages, Horst: *Der rote Faden. Grundsätze der Kriminalpraxis*, S. 412. Teilweise wird in der Rechtsmedizin aber auch nur schlicht zwischen *stumpfer* und *scharfer* Gewalt differenziert.

<sup>188</sup> Mätzler, Armin: *Todesermittlung. Polizeiliche Aufklärungsarbeit*, S. 115.

<sup>189</sup> Ausführlich hierzu: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: *Klinisch-forensische Medizin*, S. 199ff.

- Die *Wundränder* (Wundumgebung), die Aufschluss darüber geben können, wie die Beschaffenheit des Werkzeugs war. Sie sind bei scharfer Gewalt, insbesondere bei der Verwendung von Messern, fast immer glatt. Die Wundränder zeigen demnach in der Regel weder Quetschungen, noch Schürfungen oder Blutunterlaufungen auf, allenfalls bei weniger scharfen Werkzeugen können sie diskret geschürft sein.<sup>190</sup>
- Die *Wundwinkel*, also die Form der beiden Enden einer geradlinigen Stichverletzung haben typische Formen, die für bestimmte Werkzeug-eigenschaften sprechen: bei schlitzförmigen Wunden mit *spitzen* Wundwinkeln an beiden Enden handelt es sich in der Regel um glatte Einstiche mit zweischneidigen Werkzeugen, insbesondere auch um Messerklingen. *Abgerundete* oder *kantige* Wundwinkel liegen hingegen eher bei runden bzw. kantigen Klingenrücken vor. Bei den sogenannten Schwalbenschwänzen wirkt eine *schneidende Kante* des Klingenrückens mit Druck auf die Haut. Wenn die Klinge zum Griff hin kantig ausläuft und bis zum Anschlag in den Körper sticht, kommt es zum *doppelten Schwalbenschwanz*, beim zusätzlichen Drehen der Klinge in der Wunde beim Herausziehen zum sogenannten *großen Schwalbenschwanz*.<sup>192</sup>

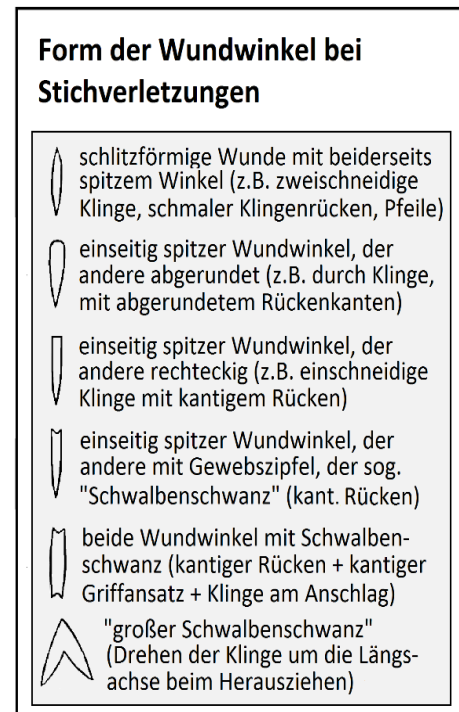


Abb. 10: Wundwinkel bei Stichwunden<sup>191</sup>

- Die Länge des *Stichkanals* kann sowohl Informationen darüber liefern, mit wieviel Kraft der Täter auf das Opfer eingewirkt hat, als auch, welche Art von Klinge benutzt wurde bzw. wie lang die Klinge ist. Zwar können insbesondere beim Einstechen bis ans Messerheft durch die Kompression von dickeren Weichgewebeschichten Stiche vorliegen, die deutlich tiefer sind als die eigentliche Klinge, gerade bei gleicher Stichtiefe bei mehreren ähnlichen Wunden lassen sich aber tragfähige Aussagen zur Beschaffenheit und Länge der Klinge bzw. des Werkzeugs treffen.<sup>193</sup>

<sup>190</sup> Zu den Wundmerkmalen von Stichverletzungen insgesamt: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 199ff; Houck, Max M. / Schmidt, Ulrike: Forensic Pathology, S. 164f.

<sup>191</sup> Abbildung in Anlehnung an: Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen, S. 106.

<sup>192</sup> Zu allem: Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 105f

<sup>193</sup> Insgesamt: Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 229ff.

- Bei mehreren Stichverletzungen kann auch die *Lokalisation* und die *Anordnung* der Stiche zueinander Aufschluss darüber geben, ob die Stiche gezielt beigebracht wurden, mehr oder weniger unkoordiniert im Rahmen von Abwehrhandlungen erfolgten oder sogar in Selbstschädigungsabsicht. Hier lässt sich insbesondere beschreiben, ob die einzelnen Einstiche gruppiert, parallel verlaufend oder verstreut vorliegen. So sprechen etwa dicht nebeneinander liegende, parallel verlaufende Einstiche an gut erreichbaren Körperstellen (etwa dem Herzen, den Unterarmen oder Oberschenkeln) eher für Selbstschädigung, wild verteilte Stiche unterschiedlicher Tiefe eher für Abwehrverletzungen an einem sich bewegenden Körper und einzelne tiefe Stiche an schwer erreichbaren Stellen (etwa dem Rücken) für Fremdeinwirkung.<sup>194</sup>

Da bei Stichverletzungen, insbesondere in den Oberkörper, immer auch ein Tötungsvorsatz in Betracht kommt, ist es besonders wichtig, Wundbeschreibungen zu machen, die auf die Art und Weise der Verletzungsbeibringung rückschließen lassen. Dazu gehört vor allem auch der Verletzungsverlauf, beispielsweise ob die Verletzung eher oberflächlich, tangential, senkrecht in die Tiefe oder schräg von oben nach unten, seicht auslaufend oder unterminierend zugefügt wurde.<sup>195</sup>

## ▪ **Schnittverletzungen**

Grundsätzlich werden Schnittverletzungen durch ähnliche Werkzeuge verursacht wie Stichverletzungen und sie können von dezenten Oberhautanritzungen bis zu tiefen Weichteilwunden reichen.<sup>196</sup> Es kommt bei Schnittverletzungen ebenfalls zu glatten Rändern und spitzen Wundwinkeln, die Wunden sind jedoch in der Regel breiter als tief und klaffen häufig in Richtung der Spaltbarkeitslinien. Aus diesem Grund enden Schnittverletzungen meistens nicht tödlich, sondern werden „nur“ klinisch behandelt.<sup>197</sup> Bei der klinischen Dokumentation kann man insbesondere erfassen:

- Die *Wundränder* sind auch bei Schnittverletzungen geradlinig glattrandig, es gibt keinen Vertrocknungs-, Schürf- oder Quetschungssaum. Die Form der Wunde (beispielsweise bei einem keilförmigen Querschnitt) kann Aufschluss darüber geben, ob der Schnitt senkrecht zur Körperoberfläche geführt wurde.<sup>198</sup>

---

<sup>194</sup> Ausführlich: Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 235ff.

<sup>195</sup> Zur Dokumentation von forensische relevanten Stichverletzungen vgl. insbes.: Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 228ff;

<sup>196</sup> Zu allem: Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 240f.

<sup>197</sup> Madea Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, a.a.O.

<sup>198</sup> Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 111.

- Die Wundwinkel laufen beiderseits spitz zu, wegen des glatten Schnitts gibt es hier keine Gewebebrücken. Bei Schnittverletzungen laufen die Wundwinkel allerdings zumeist kratzerartig aus. Bei Verletzungen durch Glasscherben haben die Wundwinkel häufig zwei strichförmige, parallel angeordnete oberflächliche Wundausläufer.<sup>199</sup>
- Auch im *Wundgrund* gibt es mangels Quetschung keine Gewebebrücken. Gerade bei Schnittverletzungen geben die Lokalisation der Verletzungen, der Wundverlauf und die Wundtiefe nähere Informationen über den Tathergang wieder: hier kann man beispielsweise festhalten, wie die Wunden zueinander liegen, ob die Verletzungen(en) unterschiedlich tief sind, denn die Verletzungsbilder fallen typischerweise sehr unterschiedlich aus, je nachdem ob sie einem sich bewegenden Körper oder einem ruhenden (widerstandlosen) Körper beigebracht werden.

## ▪ Hiebverletzungen

Hiebverletzungen entstehen durch Werkzeuge mit einem relativ großen Eigengewicht und zumindest einer schneidenden Seite (beispielsweise durch Äxte, Beile, Säbel, Macheten, Propeller und Schiffsschrauben), wodurch es neben der glatten Gewebetrennung durch die Wucht des Aufpralls zusätzlich auch zu Quetschungen und Schürfungen kommt.<sup>200</sup> Die aus Hieben resultierenden Verletzungen sind daher bei genauer Betrachtung häufig von den an sich ähnlichen Schnittverletzungen unterscheidbar. Je nach Wucht können sogar tiefer gelegene Strukturen Verletzungen aufweisen, insbesondere können auch Knochenfrakturen vorliegen. In der Praxis kommen Hiebverletzungen heutzutage relativ selten vor, morphologisch lassen sie sich wie folgt beschreiben:

- Die Wunden sind bei senkrecht auf den Körper treffenden Schneiden geradelinig mit glatten oder (abhängig von der Art des Werkzeugs) geschürften *Wundrändern* und keilförmigen, sich in die Tiefe hin verjüngenden Wundquerschnitten. Bei schräger Einwirkung auf den Körper weisen die Wunden hingegen eine lappenförmige Abhebung auf.<sup>201</sup> Da Hiebwerkzeuge häufig Scharten (Kerben am Rand der Klinge) aufweisen, wird es eher auch zu Abschürfungen am Wundrand kommen.<sup>202</sup>

---

<sup>199</sup> Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 131; Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 115.

<sup>200</sup> vgl. nur: Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 134.

<sup>201</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan: Klinisch-forensische Medizin, S. 202.

<sup>202</sup> Vgl. vor allem Houck, Max M. / Schmidt, Ulrike: Forensic Pathology, S. 166.

#### 2.2.2.2.4 Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von Kindesmisshandlung

Gerade bei der Dokumentierung von Kindesmisshandlung ist zu bedenken, dass im Zentrum der Aufmerksamkeit nicht nur die körperliche Unversehrtheit des Kindes steht, sondern dass das *Kindeswohl* als Ganzes auch durch Vernachlässigung und durch seelische oder emotionale Misshandlung gefährdet wird. Bei der Dokumentierung sind daher auch solche Informationen von Bedeutung, die etwas über den seelischen bzw. den Pflegezustand des Patienten aussagen. Dabei kommt der Dokumentation über die therapeutische und strafrechtliche Bedeutung hinaus auch noch eine besondere Funktion im sozial- und familienrechtlichen Verfahren zu. In Deutschland muss beispielsweise das Jugendamt nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz bzw. dem Sozialgesetzbuch VIII bei Anhaltspunkten für die Gefährdung des Kindeswohls die sogenannte *Gefährdungseinschätzung* (§ 8a SGB VIII) vornehmen und notfalls auch gegen den Willen der Beteiligten eine familiengerichtliche Entscheidung zur elterlichen Sorge, zum Umgangsrecht, zur Kindesherausgabe oder zur Vormundschaft (§ 151 FamFG) bzw. zur teilweisen oder vollständigen Entziehung der Personensorge (§§ 1666, 1666a BGB) anstreben.

An die Dokumentation sind vor diesem Hintergrund besondere Anforderungen bezüglich des erweiterten Adressatenkreises sowie zur Ausweitung der Beweismittelsicherung zu sozial- und familienrechtlichen Zwecken zu stellen. Die behandelnden Mediziner trifft hierbei eine besonders hohe Verantwortung: zum einen haben sie es bei Fällen von Gewalt gegen Kinder mit einem Täterkreis zu tun, der regelmäßig zum absoluten Nahraum des Opfers gehört, was die Kooperation mit den Erziehungsberechtigten und auch dem Kind selbst erheblich erschweren dürfte.<sup>203</sup> Zum anderen stehen sie – zumindest in Deutschland – mitten im Konflikt zwischen der Einhaltung ihrer ärztlichen Schweigepflicht und ihrer vertraglich oder tatsächlich übernommenen Garantenstellung bezüglich des Wohlbefindens ihres Patienten.<sup>204</sup>

Hinsichtlich der Anzeige- und Meldepflicht bei Körperverletzungsdelikten an Minderjährigen gilt in Deutschland, dass die behandelnden Mediziner je nach Einsichtsfähigkeit des Opfers in

---

<sup>203</sup> Die deutschen Strafermittlungsbehörden gehen von bis zu 100.000 Fällen von Kindesmisshandlung pro Jahr aus, dabei gelten Kleinkinder bis zum 4. Lebensjahr, ungewünschte oder entwicklungsgestörte Kinder als besonders gefährdet. Gerade bei der körperlichen Gewalt gehören insbesondere junge Männer, Väter oder Lebensgefährten der Kindsmutter zum Täterkreis, während Frauen eher passiv misshandeln. Zu allem: Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 49f.

<sup>204</sup> Grundsätzlich bedarf es für die Offenbarung von innerhalb der ärztlichen Tätigkeit erlangten Informationen der ausdrücklichen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, andernfalls macht sich der Arzt wegen Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB bzw. § 223 uStGB) strafbar. Der Arzt kann aber – auch bei volljährigen Patienten – bei Misshandlungen oder drohender Gesundheitsgefahr von sich aus tätig werden, ohne dass ein Einverständnis des Betroffenen vorliegt, wenn eine Offenbarung nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) gerechtfertigt ist (vgl. Kapitel 3, Abschnitt 2.2.2). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine ernsthafte Gesundheitsgefahr für den Patienten durch weitere körperliche Gewalteinwirkungen oder eine verschwiegene gefährliche Infektion (beispielsweise HIV) unmittelbar bevorsteht. Hierzu: Kaiser, Günther: Genügen die deutschen Regelungen zur Rolle des Arztes bei der Vorbeugung von Misshandlungen durch Polizei und Strafvollzugspersonal den europäischen Anforderungen, S. 108f. Vgl. insgesamt auch Herzog, Felix: Hände weg von der ärztlichen Schweigepflicht, S. 121ff.

das Tatgeschehen, das Ausmaß der Verletzungen und die Gefahr der Wiederholung zuerst mit den Opfern, deren Erziehungsberechtigten, anonymisiert auch mit den Jugendämtern reden sollen und dürfen. § 4 Absatz 3 des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) stellt aber klar, dass die behandelnden Ärzte sich gegebenenfalls auch gegen den Willen des Opfers und dessen Erziehungsberechtigten an das Jugendamt wenden *dürfen* und – in diesem Rahmen folglich auch – entsprechende Informationen weiterreichen dürfen. Diese Vorschrift statuiert zwar keine Meldepflicht, wie sie in vielen anderen Ländern Europas längst üblich ist, wohl aber eine Meldebefugnis als gesetzliche Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, wenn Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls vorliegen.<sup>205</sup>

In Ungarn besteht hingegen eine Meldepflicht beim Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung von Minderjährigen. Nach § 24 Absatz 3 des Gesetzes XLVII/1997<sup>206</sup> muss der behandelnde Arzt im Rahmen seiner bestehenden gesetzlichen Pflichten beim Minderjährigenschutz<sup>207</sup> den nationalen Kinderfürsorgedienst [gyermekjóléti szolgálat] unverzüglich informieren, wenn er davon ausgeht, dass eine behandelte Verletzung oder

---

<sup>205</sup> Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (BKSchG) statuiert, anders als in den meisten anderen Staaten der Europäischen Union, keine Meldepflicht gegenüber den Behörden, wohl aber eine Meldebefugnis in seiner Regelung des § 4:

**§ 4 BKSchG: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung**

(1) Werden [...] Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

<sup>206</sup> 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről [Gesetz XLVII aus dem Jahr 1997 über den Schutz von personenbezogenen Daten im Gesundheitswesen].

<sup>207</sup> In Ungarn regelt das Gesetz 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [Gesetz XXXI aus dem Jahr 1997 zum Schutz des Kindes und zur Kinderfürsorge] in seinem § 17 die Hauptaufgaben von Gesundheitsdienstleistern im Rahmen des Kinderschutzes. Danach müssen die Ärzte den Kinderfürsorgedienst informieren, wenn Anzeichen für Misshandlungen oder Vernachlässigung vorliegen. Ferner müssen sie unter Androhung von Disziplinarmaßnahmen und Strafverfolgung weitere juristische Schritte einleiten, wenn der konkrete Verdacht auf Missbrauch oder Gesundheitsgefahr besteht.



Krankheit eines Kindes die Folge von Misshandlungen oder Vernachlässigung ist oder sich entsprechende Verdachtsmomente im Rahmen der weiteren Untersuchung ergeben (§ 24 Absatz 3 Gesetz XLVII/1997). In der Systematik der ungarischen Regelung muss der Arzt – auch gegen den Willen des Patienten – zumindest die personenbezogenen Daten des Opfers melden. Im weiteren Verlauf können dann die Ermittlungsbehörden vom Arzt auch die Herausgabe der medizinischen Unterlagen (notfalls auch zwangsweise) verlangen.<sup>208</sup> Vor diesem Hintergrund wird der Arzt schon zur Einhaltung seiner gesetzlichen Mitwirkungspflichten in einem gewissen Umfang auch nach forensischen Aspekten dokumentieren müssen.

Und auch in Deutschland sollte gerade in den Fällen möglicher Kindesmisshandlung die Dokumentierung von Verletzungen besonders sorgfältig erfolgen. Dies gilt selbst dann, wenn eine Meldepflicht an sich nicht besteht und der Minderjährige aus seiner psychologischen Zwangslage heraus zunächst keine Weitergabe von Informationen an das Jugendamt wünscht und auch sonst nicht den Eindruck erwecken mag, er werde vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt ein Strafverfahren anstrengen.

Denn zum einen können immer noch die Strafermittlungsbehörden von Amts wegen ein Ermittlungsverfahren einleiten, insbesondere bei der *Misshandlung von Schutzbefohlenen* (§ 225 StGB bzw. §§ 165 und 208 uStGB). In den Fällen von Kindesmisshandlung ist darüber hinaus von einem besonderen öffentlichen Interesse an der Strafverfolgung auszugehen (vgl. nur die ausdrückliche Regelung hierzu in Nr. 235 RiStBV), weshalb die Staatsanwaltschaft – zumindest in Deutschland – subsidiär auch selbst die einfache Körperverletzung ohne einen Strafantrag des Opfers (§ 230 StGB) prüfen dürfte. Gerade bei einem Ermittlungsverfahren, bei dem das Opfer mangels Verfolgungsinteresse unter Umständen nur wenig beitragen wird, wären die Behörden umso mehr auf eine umfassende klinische Dokumentation angewiesen.<sup>209</sup>

Zum anderen hat der Gesetzgeber mit der jüngsten Ausdehnung des Ruhens der Verjährung bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (vgl. § 78b Absatz 1 Nr. 1 StGB) die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen<sup>210</sup>, dass minderjährige

---

<sup>208</sup> In Strafsachen können die Polizei, die Staatsanwaltschaft und der forensische Sachverständige vom Arzt die Herausgabe sämtlicher Krankenunterlagen verlangen (§ 23 Gesetz XLVII/1997). In der Folge entfällt auch die Strafbarkeit wegen Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 223 uStGB), das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes (§ 82 Absatz 1 c) uStPO) und dadurch auch ein etwaiger Beschlagnahmeschutz (§ 152 Absatz 4 uStPO).

<sup>209</sup> Zum (besonderen) öffentlichen Interesse an der Verfolgung von Kindesmisshandlungen vgl. Graf, Jürgen-Peter / Kreiner, Sebastian: Beck'scher Online-Kommentar zur Strafprozessordnung, RiStBV, Nr. 235.

<sup>210</sup> Der Gesetzgeber hatte mit der Verlängerung des Ruhens der Verjährung ursprünglich insbesondere auf die Aufdeckung zahlreicher Fälle von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen in den 1960er, 1970er und 1980er Jahren in kirchlichen Einrichtungen und privaten Schulen reagieren wollen. In diesem Rahmen wurde von den Fraktionen hervorgehoben, dass die Opfer sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlung oft so schwer traumatisiert seien, dass sie als Erwachsene erst nach Jahrzehnten in der Lage seien, ihr Schweigen zu brechen und zivil- und strafrechtliche Schritte einzuleiten. Mit der Verlängerung des Ruhens sollte demnach den Opfern auch der Handlungsdruck genommen werden, aus Angst vor der drohenden Verjährung Schritte gegen die Täter einzuleiten, ohne die Taten ausreichend verarbeitet zu haben, vgl. BT-Drucks. 17/12735, S. 2ff. Mit einer weiteren Neuregelung des § 78b StGB wurde schließlich im Jahr 2015 das Ruhen der Verjährung nochmals verlängert, nunmehr bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres.



Opfer auch noch viele Jahre nach der eigentlichen Tathandlung ein Strafverfahren betreiben können. Gerade dann aber, wenn sich die Opfer zu einem späteren Zeitpunkt doch noch zu einem Strafantrag entschließen, wird das Einbringen von Beweismitteln naturgemäß schwierig sein: Augenscheinsobjekte (beispielsweise Tatmittel) werden teilweise gar nicht mehr zur Verfügung stehen, Zeugenaussagen nur noch einen eingeschränkten Beweiswert genießen.<sup>211</sup> Der klinischen Dokumentation kommt dann eine umso höhere Bedeutung zu: zum einen als direktes Beweismittel (§§ 249, 256 Nr. 2 StPO bzw. §§ 116, 301 uStPO), zum anderen auch als konfrontativer oder erinnerungsstützender *Vorhalt*. Zu diesem kommt es insbesondere dann, wenn die Einlassungen des Beschuldigten oder des Zeugen Lücken oder Widersprüche aufweisen.<sup>212</sup>

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben vor diesem Hintergrund detaillierte Leitfäden „Gewalt gegen Kinder“ erstellt, die inzwischen für alle Bundesländer vorliegen und in denen neben Musterdokumentationsbögen auch rechtliche Hinweise zur Schweigepflicht und Handlungsanweisungen gegenüber dem Jugendamt zu finden sind.<sup>213</sup> In ihnen wird bereits ein besonderes Augenmerk auf eine umfassende Anamnese gerichtet, die es „möglichst früh, präzise und ausführlich [zu] erheben und [zu] dokumentieren“ gelte.<sup>214</sup>

In diesem Zusammenhang sollte beim Verdacht auf Kindesmisshandlung nicht nur auf eventuelle Vorerkrankungen eingegangen werden, sondern insbesondere auch auf die aktuellen Geschehensumstände. Dazu gehören insbesondere die Verletzungsumstände, die Plausibilität des geschilderten Geschehensablaufs, die räumlichen Gegebenheiten eines geschilderten Unfalls, die zum Verletzungszeitpunkt anwesenden Personen, insbesondere Aufsichtspersonen, die Reaktion der Eltern auf die Verletzung, der Zeitablauf zwischen Verletzung und Arztaufsuchen, die Interaktion zwischen Kind und Eltern während des Arztbesuchs und etwaige generelle Frustrationssymptome bei den Elternteilen. Auch das generelle Sozialverhalten und die allgemeine Entwicklung des Kindes können von Bedeutung sein, etwa das altersgerechte (Untersuchungs-)Verhalten des Kindes, der Pflegezustand sowie Beobachtungen zur Eltern-Kind-Beziehung, zum Nikotin- und Drogenkonsum der Eltern und weitere Symptome, die auf Überforderung oder Erschöpfung hindeuten.

---

<sup>211</sup> Zu den Problemen hinsichtlich Wahrnehmung, Erinnerung und sinnzusammenhängende Ergänzung von Zeugenaussagen insgesamt: Kühne, Hans-Heiner: Der Beweiswert von Zeugenaussagen, S. 252ff.

<sup>212</sup> Die Benutzung des Inhalts des ärztlichen Attests lediglich im Rahmen eines Vorhalts ist dann sogar zulässig, wenn das ärztliche Attest selbst nicht (mehr) verwertbar sein sollte, vgl. Meyer-Goßner, Lutz: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 18ff.

<sup>213</sup> Die Leitfäden sind u.a. über die Internetpräsenz der Bundesärztekammer online abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kinde-smisshandlung/>.

<sup>214</sup> So schon: Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, S. 23.

Auch die Musterdokumentationsbögen der Landesärztekammern bzw. Bundesländer orientieren sich sehr stark und ausführlich an der psychologischen Situation des Kindes, der Interaktion mit den Eltern und der konkreten Familiensituation.<sup>215</sup>

Hinsichtlich der klinischen Untersuchung, Diagnostik, Befunderhebung und deren Dokumentation wird darauf abgestellt, dass das Kind auf schonende Weise, aber am gesamten, unbedeckten Körper zu untersuchen sei, da Symptome von Kindesmisshandlung nicht immer leicht auszumachen sind und insbesondere ältere Verletzungen, die von den Eltern nicht angegeben wurden, zur Erstellung eines – im strafrechtlichen Kontext relevanten – Gesamtbildes beitragen können. Bei Kindesmisshandlungen basieren die Verletzungen zumeist auf Gewalteinwirkung durch stumpfe Gewalt, es handelt sich mithin sehr oft um Hämatome, Prellungen, Verdrehungen und Platzwunden durch das Schlagen, Stoßen, Treten, Zerren und Verdrehen von Körperteilen.<sup>216</sup>

In den Musterdokumentationsbögen der Bundesländer werden hierzu Blanko-Ganzkörperschemata bereitgestellt, in welche die Ärzte grob einzeichnen können, wo die einzelnen Verletzungen lokalisiert sind. Erklärend geben die Leitfäden zudem gesondert an, an welchen Körperpartien typischerweise Unfallverletzungen vorliegen und an welchen Stellen der Verdacht auf körperliche Misshandlung sehr nahe liegt. Da Kindesmisshandlung ein typisches Wiederholungsdelikt ist, lassen sich häufig frischere, ältere und ganz alte Verletzungen nebeneinander ausmachen.<sup>217</sup> Und auch bei Mehrfachverletzungen des gleichen Alters bietet es sich an, sämtliche Verletzungen zu dokumentieren, auch solche, die medizinisch gesehen eine geringe oder gar keine Relevanz haben (beispielsweise kleinere Schürfwunden, Kratzer und Hämatome), die aber später für die Rekonstruktion eines Tatgeschehens entscheidend sein können.

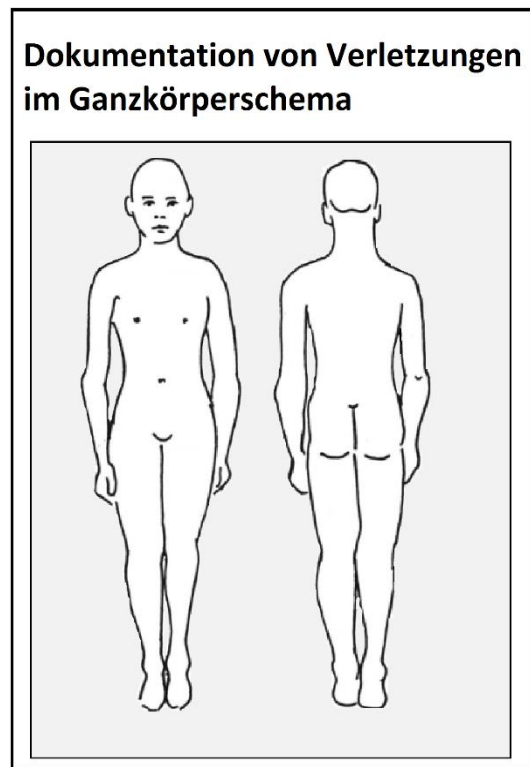


Abb. 11: Schema Ganzkörperdokumentation<sup>218</sup>

<sup>215</sup> Vgl. beispielsweise Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder, SS. 28f, 49ff; vgl. auch Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, a.a.O.

<sup>216</sup> Vgl. nur Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 378ff.

<sup>217</sup> Vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 380.

<sup>218</sup> Abbildung nach Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder, S. 51.

Zu einer ausführlichen klinischen Dokumentation von Misshandlungsfällen gehören vor diesem Hintergrund neben der Messung der Wachstumsparameter (Körperlänge, Körpergewicht, Kopfumfang, Perzentilenverlauf) auch eine umfassende Erfassung des Status (körperlich, neurologisch und anogenital) mit genauer Befundbeschreibung (Lokalisation, Art, Farbe, Form und Formung, Wundheilung) und die Dokumentation von Verhalten und Aussagen des Patienten während der Untersuchung (möglichst wörtlich und wertneutral, entsprechend sollten keine Suggestivfragen gestellt werden). Daneben sollten auch – aufgrund einer erhöhten Missbrauchsgefahr – auf eventuelle Geschwisterkinder eingegangen und diese untersucht werden.<sup>219</sup>

Bei Fällen von sexuellem *Kindesmissbrauch* muss wiederum schon zur Vermeidung einer weiteren (sekundären) Traumatisierung sehr behutsam mit den Patienten umgegangen werden.<sup>220</sup> Bei der Untersuchung der Genital- und Analregion, insbesondere bei der Beschreibung des Jungfernhäutchens (Hymen), sollte auf die Form, die Beschaffenheit, die Lage der Hymenalöffnung, Breite und Aussehen des Hymenalsaums sowie die genaue Lokalisation von Einrissen und Unterblutungen eingegangen werden.<sup>221</sup> Die Musterdokumentationsbögen der Landesärztekammern beinhalten zu diesem Zweck spezielle Blanko-Schemata der Intimbereiche.

#### **2.2.2.2.5 Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von Misshandlung von Pflegebedürftigen und Senioren**

Auch bei der Dokumentation von Misshandlungen gegenüber Pflegebedürftigen und älteren Menschen kommt es nicht nur auf die Beschreibung von körperlichen Verletzungen im engeren Sinne, sondern auch auf die Beschreibung des Allgemeinzustands des Opfers an. Anders als bei den Opfern von Kindesmisshandlung liegt dies weniger an der Beweiserhebung für etwaige

---

<sup>219</sup> Vgl. Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, S. 24.

<sup>220</sup> Unter *sexuellem Kindesmissbrauch* versteht man sexuelle Handlungen an Kindern unter 14 Jahren durch wesentliche ältere Jugendliche oder Erwachsene, bei denen es zum Körperkontakt, insbesondere im Brust- und Genitalbereich kommt. Daneben fällt auch das Zeigen pornografischen Materials oder exhibitionistische Handlungen gegenüber dem Kind bzw. das Herstellen von pornografischen Fotos oder Videos vom Kind darunter, vgl. Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 53f. Strafrechtlich fallen die Handlungen insbesondere unter die Straftatbestände des sexuellen Missbrauchs von Kindern (§ 176 StGB) und der sexuellen Nötigung (§ 177 StGB). Die Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs sind gemäß der polizeilichen Kriminalstatistik in über 90 Prozent der Fälle im Alter zwischen 6 und 14 Jahren. Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland jährlich etwa 300.000 Missbrauchsfälle stattfinden, wobei die Täter in über 90 Prozent der Fälle den Kindern zuvor bereits bekannt waren, in zwei Drittel der Fälle aus der eigenen Familie oder dem nahen Umfeld. Neben der sehr hohen Dunkelziffer (das Bundeskriminalamt geht von einer Dunkelziffer von 1:15 aus) spricht insbesondere die sehr geringe Anzeigebereitschaft von gerade einmal 5 Prozent der Fälle für eine unzureichende Beachtung in der Gesellschaft, die sich mitunter in der Tabuisierung des Themas, aber auch dem Nichterkennen bzw. Nichtmelden der Fälle seitens der Ärzte ausdrückt. Zu allem: Wirtz, Ursula: Seelenmord – Inzest und Therapie, S. 22ff.

<sup>221</sup> Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 54.

zivil- und sozialrechtliche Schritte (zum Schutz des Kindeswohls), als vielmehr an der komplexen Ausgestaltung des in der Regel einschlägigen Straftatbestands der *Misshandlung von Schutzbefohlenen* (§ 225 StGB bzw. §§ 165, 208 uStGB) an sich: zur Verwirklichung des Straftatbestands kommt es neben den beiden aktiven Handlungsalternativen des „Quälens“ und der „rohen Misshandlung“ auch durch die Unterlassungsalternative des „böswilligen Vernachlässigens“. Dabei kommt es letztendlich nicht einmal notwendigerweise auf eine Gesundheitsschädigung im Sinne einer akuten Erkrankung an, denn die höchstrichterliche Rechtsprechung lässt auch schon eine (bereits eingetretene) langfristige Schädigung durch *Vernachlässigung*, etwa durch Mangelernährung, genügen.<sup>222</sup>

Während es sich bei den Tatbestandsalternativen des *Quälens* und des *rohen Misshandelns* regelmäßig um klassische Weichgewebeverletzungen handeln wird, wie sie auch der einfachen oder gefährlichen Körperverletzung zugrundeliegen (beispielsweise Schläge, Tritte, Bisse, Haareziehen etc. mit den entsprechenden typischen Verletzungsmerkmalen), wird es bei *Vernachlässigungen* naturgemäß schwieriger sein, den Zeitpunkt der beginnenden Strafbarkeit einer Unterlassung zu bestimmen sowie eine klare Abgrenzung zu treffen zwischen den Folgen alterstypischer Pflegedefizite und derer, die (allein) auf einem pflichtwidrigen Unterlassen beruhen.<sup>223</sup>

Bei der Beschreibung von Weichgewebeverletzungen durch Quälen und Misshandeln ist daher vor allem auf die üblichen Verletzungsmerkmale zu achten, insbesondere auch auf geformte Hämatome und deren Altersbeschreibung. Da auch natürliche Altersflecken wie Hämatome imponieren können, ist ein besonderes Augenmerk auf die Hauteigenschaften zu richten.<sup>224</sup> Bei Weichteilquetschungen an Unterarmen, Händen und um die Hüfte ist auch an Fixierungen zu denken, die symptomatisch häufig mit seelischen Auffälligkeiten (selbstverletzendes Verhalten, aggressives Verhalten oder motorische Unruhe) einhergehen.<sup>225</sup>

Bei der pflichtwidrigen Vernachlässigung von Pflegebedürftigen kann es wiederum zu körperlichen Folgen sehr unterschiedlichen Ausmaßes kommen. So werden beim Vorenthalten körperlicher Hygiene, beispielsweise durch Liegenlassen immobiler, inkontinenter Betroffener in ihrem eigenen Urin und ihren Fäkalien, vor allem Hautentzündungen, Dekubiti

---

<sup>222</sup> Vgl. BGH, Beschluss vom 13.03.2007, NStZ 2007, S. 402 (S. 404).

<sup>223</sup> Beim *Quälen* im Sinne des § 225 StGB handelt es sich um das Verursachen länger anhaltender oder sich wiederholender Schmerzen oder Leiden, wobei das Zufügen seelischen Leidens mit erheblichen Folgen, beispielsweise Verängstigung, ausreichend ist. *Rohes Misshandeln* setzt hingegen eine „gefühllose, fremdes Leiden missachtende Gesinnung“ voraus, wobei auf die innere Haltung des Täters sowie die Ausführung der Handlung abgestellt wird. Eine *böswillige Vernachlässigung* liegt wiederum vor, wenn die Vernachlässigung der Sorgepflicht aus verwerflichen, insbesondere eigensüchtigen Beweggründen erfolgt und zu einer Gesundheitsschädigung führt. Zu allem: Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 225 Rdnr. 8aff.

<sup>224</sup> *Altersflecken* sind scharf begrenzte Hautveränderungen mit bräunlicher bis dunkelrot-violetter Farbe, die im Alter durch abnehmende Bindegewebselastizität bzw. erhöhte Kapillarfragilität entstehen, vgl. Madea, Burkhard / Tsokos, Michael: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 537.

<sup>225</sup> Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen als fester Bestandteil im Pflegealltag und dessen Reformierung: Kreuzer, Arthur: Missstände in der Heimpflege – Reform der Pflege und Pflegekontrolle, S. 175.

(Wundliegegeschwüren) oder gar Wundinfektionen mit Sepsis zu dokumentieren sein, während es bei der Unterversorgung mit Lebensmitteln typischerweise um die Beschreibung der Folgen von Dehydratation und Unterernährung (die Haut wird pergamentartig, faltig und schlaff, das Unterhautfettgewebe bildet sich zurück) gehen wird.<sup>226</sup>

#### **2.2.2.2.6 Besondere Anforderungen an die Dokumentierung von häuslicher Gewalt (Partnergewalt)**

Bei der Dokumentation von Partnergewalt, in der Regel stumpfe Gewalt gegen Frauen, werden insbesondere die klassischen Körperverletzungsdelikte (in Deutschland die einfache Körperverletzung nach § 223 StGB und die gefährliche Körperverletzung nach § 224 StGB, in Ungarn wiederum die einfache Körperverletzung nach § 164 Absatz 2 und die Qualifizierungen nach § 164 Absätze 3 bis 8 uStGB) die einschlägigen Straftaten sein. Allerdings könnten die anzufertigenden Dokumentationen auch für familienrechtliche Verfahren bedeutend werden, etwa im Rahmen von Trennungs- und Fürsorgerechtsverfahren oder präventiven Maßnahmen zum Schutz des Opfers. Deswegen wird der „bloße“ Nachweis einer einzelnen, besonders relevanten Verletzung häufig nicht genügen.

Ärzten wird vor diesem Hintergrund empfohlen, auch den Hergang der Misshandlung in den Worten des Opfers festzuhalten, d.h. neben Angaben zum Zeitpunkt und der Dauer der Gewalttat, auch die eingesetzten Tatwerkzeuge und mögliche Tatzeugen (Kinder, Nachbarn) zu protokollieren.<sup>227</sup> Zu den typischen Verletzungsbefunden nach häuslicher Gewalt gehören zudem auch solche Verletzungen, die zunächst nicht „erheblich“ erscheinen mögen, aber im Gesamtbild Rückschlüsse auf ein schwerer wiegendes Tatgeschehen zulassen können. Hierzu gehören neben kleineren Hämatomen unterschiedlichen Alters auch Weichteilschwellungen, Kratzer, Bissspuren, flächige oder kratzerartige Schürfungen, Abbrüche der Nagelränder oder Spuren unter den Fingernägeln.<sup>228</sup>

Da häusliche Gewalt insbesondere auch mit psychosomatischen Erkrankungen oder psychischen Störungen einhergeht, sollte eine besonders sorgfältige Dokumentation auch auf Befindlichkeitsstörungen (Nervosität, Gereiztheit, Apathie, Niedergeschlagenheit), funktionelle Störungen (Herzklopfen, Herzstechen, Reizdarmsyndrom, Übelkeit, Essstörungen) oder Psychosomatosen (Magengeschwüre, Asthma, Bluthochdruck, Neurodermitis etc.) eingehen.<sup>229</sup>

---

<sup>226</sup> Ausführlich: Madea, Burkhard / Tsokos, Michael: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 534f.

<sup>227</sup> Insgesamt: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Fausch, Sandra / Wechlin, Andrea: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 225ff.

<sup>228</sup> Zu den typischen Verletzungslokalisationen und –befunden nach häuslicher Gewalt vgl. Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Gerlach, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 237.

<sup>229</sup> Vgl. wiederum Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Gerlach, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 238.

### 3 Die Grenzen der (klinischen) Dokumentationspflicht

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die klinischen Mediziner im Arbeitsalltag weder die Zeit haben, noch über das erforderliche Spezialwissen verfügen, jegliche (Weichgewebe-) Verletzung, die Resultat einer Körperverletzung sein könnte, in einer mustergültigen, auch strafrechtlichen Gesichtspunkten gerecht werdenden Weise zu dokumentieren. Es ist darüber hinaus fraglich, ob sie überhaupt rechtlich verpflichtet sind, in einem ähnlich detaillierten Umfang zu dokumentieren, wie er in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt wurde und wie es zumindest die Leitfäden gegen Gewalt im sozialen Nahraum nahelegen.<sup>230</sup>

Zur Beantwortung dieser Frage muss man sich erneut vor Augen führen, dass die rechtliche Pflicht zur Dokumentation dem Zivilrecht entspringt und der Behandlungsvertrag den Patienten gegenüber dem Arzt und den Arzt wiederum gegenüber zivilrechtlichen Ansprüchen aus der Behandlung absichern soll.<sup>231</sup> Zwar gehört eine ordnungsgemäße Befunderhebung und Diagnose im Rahmen der Behandlung grundsätzlich zu den Hauptleistungspflichten des Behandlungsvertrags (vgl. nur § 630f Absatz 2 BGB, ähnlich auch die ungarische Regelung in § 136 Gesetz CLIV/1997).<sup>232</sup> Mit Blick auf den therapeutischen Zweck des Behandlungsverhältnisses kann die geschuldete Befunderhebung allerdings nur solchen Dokumentationskriterien unterliegen, die für spätere Therapiemaßnahmen, etwa den Vergleich zwischen Heilungsprozess und ursprünglichem Verletzungsbild sowie gegebenenfalls die Sorgfalt des behandelnden Arztes selbst maßgeblich sind. Zu den aus therapeutischen Gründen zu erhebenden Verletzungsmerkmalen gehören daher beispielsweise die genaue Lokalisation einer Verletzung zur späteren Identifizierung und die Beschreibung von Farbe und gegebenenfalls Wundsekretbildung zur Überprüfung des Heilungsprozesses.

Die für strafrechtliche Zwecke, insbesondere für die Bestimmung des Tathergangs ausschlaggebenden Entstehungsmerkmale (beispielsweise Feststellungen zu Wundrändern, zu Wundwinkeln und zum Wundgrund) gehören hingegen gerade nicht zu einer therapiebezogenen Befunderhebung. Sie werden aus therapeutischer Sicht allenfalls dann relevant, wenn sie für die weitere Behandlung oder den Heilungsverlauf relevant werden könnten, etwa, wenn sie Aufschluss über eine mögliche Kontaminierung geben und damit die weitere hygienische Behandlung vorgeben.<sup>233</sup> Und auch die Schilderungen des Patienten zum Tathergang, die Dokumentation vom Kleidungszustand oder kleinsten Nebenverletzungen, die für die eigentliche Behandlung irrelevant sind, gehören grundsätzlich nicht zu der von den Krankenkassen getragenen Gesundheitsfürsorge.

---

<sup>230</sup> Zu beidem vgl. die vorangegangenen Abschnitte 2.2.2.2 bis 2.2.2.6 dieses Kapitels (S. 47ff).

<sup>231</sup> Vgl. nur die Ausführungen zum Abschnitt 1 dieses Kapitels (S. 21ff).

<sup>232</sup> Vgl. nur Säcker, Franz Jürgen / Rixecker, Roland / Oetker, Hartmut / Limperg, Bettina / Wagner, Gerhard: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 630a, Rdnr. 68.

<sup>233</sup> Zu den Erkennungsmerkmalen zum Heilungsverlauf von Wunden vgl. Sussmann, Carrie / Bates-Jensen, Barbara: Wound Care – A Collaborative Practice Manual for Health Professionals, S. 105ff.

Eine strafrechtliche Bedeutung hat die nach § 630f BGB bzw. nach § 136 Gesetz CLIV/1997 geschuldete Dokumentation zunächst nur dann, wenn der Patient gegen eine Körperverletzung vorgehen möchte, die durch den Arzt begangen wurde. Hierfür käme es dann aber vor allem auf die eingeleiteten, korrekt durchgeführten ärztlichen Behandlungsmaßnahmen (also potenzielle Behandlungsfehler) an. Auch hierfür ist eine korrekt getroffene Diagnose eine Grundvoraussetzung, allerdings nur im Sinne einer *aktuellen Krankheitsbestimmung*. Eine primär strafrechtlichen Gesichtspunkten gerecht werdende Beschreibung der *ursprünglichen* Befunde und der den Verletzungen zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen wäre auch für die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes gerade nicht erforderlich.

Am Umfang der Dokumentationspflichten aus dem eigentlichen Behandlungsvertrag ändert sich auch dann nichts, wenn der Patient Opfer einer Körperverletzung wurde und damit ein nachvollziehbares Interesse an einer Dokumentation entwickelt, die es ihm erlaubt, seine zivil- und strafrechtlichen Interessen gegen den Verursacher durchzusetzen. Zwar kommt hier grundsätzlich eine vertragliche Nebenpflicht in Betracht, die – soweit Arzt und Patient nichts Ausdrückliches vereinbart haben – durch ergänzende Vertragsauslegung im konkreten Fall zu ermitteln wäre. Hierbei mag man dem Patienten noch unterstellen, dass er den Arzt (auch) zu dem Zwecke aufsucht, eine rechtlichen Gesichtspunkten genügende „gerichts-feste“ Dokumentation seiner Verletzungen in die Hände zu bekommen. Allerdings werden die Interessen des Arztes regelmäßig offenkundig diametral zu denen des Patienten liegen. Dies gilt selbst dann, wenn beiden Parteien bewusst sein sollte, dass die klinische (Erst-)Behandlung und (Erst-) Dokumentation am zeitnahesten an der Verletzungshandlung liegt und Feststellungen zu den Verletzungsmerkmalen und Entstehungsmechanismen liefern kann, die nach Versorgung und einsetzendem Heilungsprozesses kaum noch getroffen werden können.<sup>234</sup>

Zum einen wird der – in der Praxis – aufgesuchte Arzt einer klinischen Notfallversorgung erkennbar nicht die Zeit dafür haben, jede möglicherweise auf einer Straftat beruhende Körperverletzung einer ausführlichen Untersuchung zu den Wundmerkmalen zu unterziehen. Zum anderen fällt eine forensischen Aspekten folgende Untersuchung und Dokumentation gerade nicht in seinen originären Zuständigkeitsbereich, sondern vielmehr in den der klinisch-forensischen Medizin, die es ja – zumindest in Deutschland – gibt, wenn auch nicht in räumlicher Nähe zu den Notfallaufnahmen und Bereitschaftspraxen. Auch das an sich bestehende ärztliche Interesse an einer langfristigen Aufrechterhaltung der Gesundheit eines potenziellen Gewaltopfers, darf dieser daher an die entsprechenden Gewaltschutzeinrichtungen übertragen. Anders als der klinische Forensiker verfügt ein Arzt in der Notfallmedizin regelmäßig auch nicht über das notwendige Fachwissen.<sup>235</sup> Allenfalls die *Durchgangsarzte*

---

<sup>234</sup> Hierzu nur Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters, S. 267; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 114.

<sup>235</sup> In Ungarn und in Deutschland ist das Fach Rechtsmedizin Pflichtfach im 4. bzw. 5. Studienjahr der medizinischen Ausbildung. Allerdings werden in dem einsemestrigen Pflichtseminar fast ausschließlich die häufigsten



werden es im Berufsalltag gewohnt sein, auch zur Verletzungsgenese schriftlich Stellung zu nehmen.<sup>236</sup> Für den Arzt in der Notfallversorgung wird es daher regelmäßig eine nicht zumutbare Mehrbelastung sein, wenn ein Patient im Rahmen des allgemeinen Behandlungsverhältnisses mit dem Wunsch einer strafrechtlich nutzbaren Dokumentation zur Verletzungsgenese an ihn herantritt, für die er weder die Zeit, noch eine spezielle Ausbildung hat. Weiterhin kommt eine solche Dokumentation – auch haftungsrechtlich – sehr nah an das Sachverständigengutachten heran, obgleich sie im Rahmen eines allgemeinen Behandlungsvertrags zunächst nicht gesondert abgerechnet werden kann.<sup>237</sup>

Auch die Struktur der Notfallmedizin spricht nicht dafür, dass jegliche Behandlung von Körperverletzungen mit – oder sogar allein zur – Attestierung von Verletzungsmerkmalen vom mutmaßlichen Behandlungswillen des Arztes gedeckt sein könnte. Dafür sprechen schon die regelmäßigen Beschwerden der Ärzteverbände über die Verstopfung der Notfallversorgung durch Patienten, die nicht zwangsläufig einer *therapeutischen* Versorgung bedürften. Zum anderen verweisen auch die Krankenhäuser immer wieder darauf, dass die kostenintensive Notfallmedizin ohnehin schon deutlich überlastet und zudem hoch defizitär sei: bei rund 341.000 ambulanten Notfällen in Deutschland pro Jahr müsse die Notfallversorgung durchschnittlich mit einem Fehlbetrag von 88 Euro pro Patient auskommen, was ein jährliches Minus von schätzungsweise 1 Milliarde Euro ausmache.<sup>238</sup> Der mutmaßliche Wille eines Arztes müsste vor diesem Hintergrund gerade gegen jegliche therapeutisch unnötige Behandlungsmaßnahme gerichtet sein.

Vor dem Gesagten bleibt der von den Landesärztekammern und Rechtsmedizinern an die Notfallmediziner gerichtete Appell, offensichtliche Körperverletzungsdelikte noch gründlicher zu untersuchen und gerichtsfest zu dokumentieren zwar dem Grundsatz nach richtig und wichtig, eine zivilrechtliche Verpflichtung hierzu lässt sich aber schwerlich herleiten. Dies führt zu dem unbefriedigenden Zustand, dass die Opfer von Körperverletzungsdelikten in der Praxis darauf angewiesen sind, dass die behandelnden Ärzte freiwillig und gegebenenfalls rein

---

Todesursachen bzw. die sicheren Todeszeichen und Verhaltensmaßnahmen bei der Ausstellung von Todesscheinen behandelt. Die strafrechtlich relevanten Aspekte zur Beschreibung von Weichgewebeerletzungen haben in diesem Zeitrahmen kaum Raum.

<sup>236</sup> *Durchgangsärzte* sind in Deutschland Fachärzte für Orthopädie und/oder Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie, der von den gesetzlichen Unfallversicherungen und Berufsgenossenschaften finanziert werden und speziell mit der Durchführung der Behandlung nach Arbeitsunfällen und Wegeunfällen betraut sind. Da es in diesem Rahmen auch zu Regressansprüchen der Versicherungen kommen kann, werden die Durchgangsärzte auch in Hinblick auf die Dokumentation von Fremdverschulden fortgebildet. Vgl. insgesamt den Abschnitt 5.3 des fünften Kapitels (S. 195ff).

<sup>237</sup> Im Rahmen der ärztlichen Gebührenordnung kommt hier die ärztliche Begutachtung und Bewertung der erhobenen Befunde auf Wunsch des Patienten oder einer Behörde nach GOÄ-Nr. 80 in Betracht, die in der Praxis regelmäßig eines gesonderten schriftlichen Auftrags bedarf, vgl. hierzu nur Pieritz, Anja: GOÄ-Ratgeber: Abgrenzung 70 – 75 – 80, S. A-1909 m.w.N.

<sup>238</sup> Vgl. hierzu nur die Ausführungen der DKG in: DKG: Stellungnahme zum neuen Krankenhausstrukturgesetz (S. 94f), wonach für jeden Notfallpatienten durchschnittlich Fallkosten i.H.v. 120 Euro anfallen, hingegen nur 32 Euro erlost werden.



vorsorglich Zusatzleistungen erbringen, deren Vergütung nicht abschließend geklärt ist. Oft können die Ärzte nur „hoffen“, dass im Nachhinein noch ein Auftrag durch die Ermittlungsbehörden erfolgen werde. In der Praxis wird sich teilweise auch damit beholfen, dass dem Patienten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (der sogenannte „gelbe Schein“) mitgegeben wird, die eigentlich nur zur Vorlage bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber gedacht ist, zumindest aber die genaue Krankheitsbezeichnung „attestiert“. Ein echtes Attest zum Nachweis einer bestimmten Körperverletzung ist für die Gesundheit eines Patienten hingegen nicht erforderlich und wird daher von den Krankenkassen folgerichtig auch nicht übernommen.

Sachgerechter – und in der Praxis nicht ganz unüblich – wäre es, den Patienten darauf hinzuweisen, dass es ihm natürlich freisteht, zusätzlich zur eigentlichen Behandlung attestierende Zusatzleistungen auf eigene Kosten in Auftrag zu geben. In Betracht kommt hierfür insbesondere das sogenannte „kleine Attest“ (Nr. 70 GOÄ), das allerdings nur die ohnehin im Rahmen der Behandlung (aus therapeutischer Sicht) erhobenen Befunde bescheinigt.<sup>239</sup> Die strafrechtlich relevanten Wundmerkmale wären daher auch vom kleinen Attest nicht erfasst.

Insofern geht auch die gleich zu Beginn dieser Arbeit (Seite 01) zitierte Kritik an einem klinischen Attest, welches die „Farbe der Hämatome und die Würgemale nicht näher beschr[eibt] und auch keine Fotos der Verletzungen“ enthält, teilweise ins Leere. Denn während der aktuelle Farbverlauf des Hämatoms noch zur therapeutischen Beobachtung des Heilungsprozesses dienlich sein mag, wären die Angaben zur Entstehungsgenese gerade nicht vom – im Mittelpunkt der Kritik stehenden – kleinen Attest mitumfasst. Auch hier hätte das Opfer gegebenenfalls auf eigene Kosten eine gesonderte Bescheinigung, die sogenannte „Schriftliche gutachterliche Äußerung“ (Nr. 80 GOÄ) in Auftrag geben müssen. Nur in dieser hätte der Arzt aufgrund der von ihm erhobenen Befunde zusätzliche Fragen, etwa zur Genese, ausführlich beantworten müssen.<sup>240</sup>

Alternativ kann der Patient auch versuchen, die klinisch-gutachterliche Äußerung durch die Staatsanwaltschaft anfordern zu lassen, wodurch die Kosten durch die Staatskasse übernommen würden. Dem steht aber entgegen, dass viele Städte über eigene forensische (Gewalt-) Ambulanzen verfügen, weshalb die Ermittlungsbehörden bei schwereren Fällen auch gleich einen Rechtsmediziner schicken können, um ein gerichtliches Sachverständigengutachten

---

<sup>239</sup> Vgl. hierzu nur das Musterattest eines niedergelassenen Arztes, Abb. 22, im Anhang zu dieser Arbeit, (S. 237). Nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) werden hier lediglich die Nummern 5 (symptomatische Untersuchung), 1 (Beratung) und 70 (kleines Attest) fällig. Die Kosten liegen damit insgesamt bei knapp 27 Euro.

<sup>240</sup> Vgl. nur Pieritz, Anja: GOÄ-Ratgeber: Abgrenzung 70 – 75 – 80, S. A-1909. Für die symptomatische Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ (zum Regelsatz von derzeit 10,73 Euro) käme dann allerdings mindestens noch der Regelsatz nach Nr. 80 GOÄ (40,22 Euro) hinzu, den der Patient im Rahmen einer Individuellen Gesundheitsleistung selbst vorzustrecken hätte und in einem Adhäsionsverfahren gegenüber dem Beschuldigten geltend machen könnte.

anzufertigen.<sup>241</sup> Bei dessen Eintreffen wird eine behandlungsbedürftige Wunde dann allerdings schon versorgt sein und unter Umständen nur noch eingeschränkt Rückschlüsse auf die Entstehungsgeschichte zulassen..

Im Ergebnis bleibt es fraglich, ob die einfachste Lösung, bei welcher der erstbehandelnde Arzt eine umfassende Beschreibung der Verletzungsmerkmale der noch unversorgten Wunde vornimmt, nach den derzeit herrschenden Bedingungen tatsächlich praktikabel ist. Denn ein Patient, der Opfer einer Körperverletzung wurde, müsste bereit sein, die 50 Euro für eine gerichtsverwertbare Dokumentation aus eigener Tasche zu bezahlen, obwohl er sich nicht sicher sein kann, diese Kosten (z.B. im Rahmen eines Adhäsionsverfahren) am Ende ersetzt zu bekommen.

Daher besteht bei der Abstimmung, wer und zu welchen Kosten eine notwendig werdende ausführliche Verletzungsbeschreibung vornehmen sollte, noch erheblicher Handlungsbedarf.<sup>242</sup> Und eine Partei wurde dabei noch gar nicht berücksichtigt, obwohl auch sie ein hohes Interesse daran haben dürfte, einem Verletzungsursacher eine Körperverletzung nachzuweisen. Da Vertragsärzte und Krankenhäuser nach den §§ 108 und 294a SGB V dazu verpflichtet sind, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden auch die Krankenkassen zu informieren, liegt es nahe, dass diese ihre eigenen Regressansprüche gegen den Täter nach § 116 SGB X prüfen werden. Für die Geltendmachung dieser Ansprüche sind daher auch die Kassen auf eine aussagekräftige Dokumentation angewiesen.

#### 4 Der „Schaubefund“ (látlelet) im ungarischen Recht

Anders als in Deutschland, wo den Opfern von Körperverletzungsdelikten sowohl die Möglichkeit einer gerichtsfesten Dokumentation in Klinisch-forensischen Ambulanzen als auch die im Ermittlungsverfahren angeordnete persönliche Begutachtung durch den Rechtsmediziner zur Verfügung steht, wird in Ungarn in aller Regel die rechtsmedizinische Begutachtung von – nicht tödlichen – Verletzungen allein anhand der klinischen Befunde vorgenommen. Der Rechtsmediziner kommt mit dem (überlebenden) Opfer, sofern dieses es nicht ausdrücklich wünscht, regelmäßig nicht in Berührung.<sup>243</sup> Stattdessen kann die Statsanwaltschaft im Rahmen von Ermittlungen einen sogenannten „Schaubefund“ (*látlelet*) in Auftrag geben, auf dessen Grundlage der als Sachverständiger fungierende Rechtsmediziner dem Gericht seine Expertise erstellen kann (§ 99 uStPO).

---

<sup>241</sup> Die Kosten für ein gerichtliches Sachverständigengutachten richten sich wiederum nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG), wonach für eine gewöhnliche beschreibende Zustandsbegutachtung mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad ein Honorar der Honorargruppe M2 (60 Euro pro Stunde) veranschlagt wird, die den Verfahrenskosten zugerechnet werden.

<sup>242</sup> Zu den diesbezüglichen Lösungsvorschlägen vgl. Kapitel 5 dieser Arbeit.

<sup>243</sup> Zu allem: Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren], S. 79f.

Zu diesem Zweck wird der seinerzeit erstversorgende – klinische – Mediziner nachträglich dazu aufgefordert, einen Schaubefund zu erstellen, der die wichtigsten rechtsmedizinisch relevanten Aspekte umfassen soll:<sup>244</sup>

- Angaben zur Person des Verletzten
- Datum der Behandlung
- Verletzungsumstände bei der Ankunft in der Notversorgung
- Beschwerden im Zusammenhang mit der Verletzung
- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Neurologischer Gesundheitszustand (insbesondere Bewusstsein und Reflexe)
- Anzeichen zum (übermäßigen) Alkoholkonsum
- Konkrete äußerliche Verletzungsmerkmale [*külsérelminyomok*] mit detaillierten Angaben zur Länge, Breite, Tiefe, genauen Lokalisation und den Wundmerkmalen wie Wundwinkel, Ränder, Verlauf, Wundumgebung
- Zusammenfassende Diagnosen in ungarischer und in lateinischer Sprache

In der Praxis werden die seinerzeit behandelnden Mediziner naturgemäß leider erst mit einiger Zeitverzögerung (oftmals erst Wochen oder Monate nach dem Vorfall) durch die Staatsanwaltschaft aufgefordert, rückblickend einen Schaubefund zu erstellen. Die Ärzte können dann regelmäßig keine zusätzlichen Informationen zum Verletzungsbild mehr aus der persönlichen Erinnerung abrufen, die sie nicht schon im klinischen Anamnesebogen des Krankenhauses zum Zeitpunkt der Behandlung vermerkt hätten. Aus diesem Grund sind die für das Sachverständigengutachten so wichtigen Informationen zum ursprünglich bestehenden Verletzungsbild, so wie es sich noch vor der therapeutischen Versorgung und der anschließenden Verheilung dargestellt hatte, häufig inhaltlich identisch mit den Befundbögen des Krankenhauses bzw. des niedergelassenen Arztes.<sup>245</sup> Kleinere, nicht behandelte Verletzungen, die auf ein Gesamtverletzungsbild schließen lassen könnten, und insbesondere Feststellungen zur Verfärbung (zum Alter) und den möglichen Entstehungsmechanismen tauchen in diesen – zu therapeutischen Zwecken angelegten – Bögen nur selten auf.

Vor diesem Hintergrund haben Schaubefunde, die nicht sehr zeitnah angefordert wurden oder von weitsichtigen Ärzten vorsorglich erstellt wurden, häufig keinen großen Mehrwert gegenüber den ursprünglichen klinischen Befunden, aus denen sie in der Praxis häufig einfach in das neue Formular hineinkopiert werden.

---

<sup>244</sup> Zum Inhalt: Fogarasi, Katalin: Limited Forensic Assessability of Soft Tissue Injuries, Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnostic Reports, S. 10; Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Kóhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 2ff; zur konkreten Ausgestaltung vgl. beispielsweise den Schaubefund im Anhang zu dieser Arbeit, Abb. 23 (S. 238f) und den Musterschaubefund der Rechtsmedizin der Semmelweis-Universität unter: <http://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2014/11/latlelet.pdf>.

<sup>245</sup> Vgl. nur die Ausführungen im Abschnitt 1.1 des vierten Kapitels (S. 154).

Bei einer linguistischen Untersuchung von klinischen Erst- und Schaubefunden aus den Jahren 1995 bis 2011 fiel aber noch ein weiterer, linguistischer Aspekt auf: Bei der Übertragung von medizinischen Informationen aus der klinischen Erstdokumentation in den (forensischen Zwecken dienenden) Schaubefund übernahmen die Ärzte häufig die in der klinischen Medizin gebräuchlichen Termini, ohne ihre Perspektive (nunmehr die Sicht des Forensikers) zu wechseln. Dies führt in der Praxis dazu, dass bestimmte Termini, die in der *klinischen Medizin* adäquat sind oder zumindest zur Beschreibung von Verletzungen im klinischen Kontext ausreichend sein mögen, in der *forensischen Medizin* mit einem abweichenden oder gänzlich anderen Inhalt belegt sind.<sup>246</sup> Dieser Umstand kann in der Praxis zu einer erheblichen Fehleinschätzung des Sachverständigen beitragen.<sup>247</sup>

## 5 Rechtliche Folgen einer mangelhaften Dokumentation für den Arzt

Das Ausstellen einer unzureichenden oder objektiv unrichtigen klinischen Dokumentation kann in mehrerer Hinsicht auch rechtliche Konsequenzen für den dokumentierenden Arzt haben.<sup>248</sup>

Zivilrechtlich können zunächst Fehler bei der *Befunderhebung* und bei der *Diagnose* auftreten. Eine fachgerechte medizinische Behandlung setzt voraus, dass eine vorliegende Gesundheitsbeeinträchtigung richtig diagnostiziert wird. Der Arzt ist deshalb gehalten, den Patienten mit der gebotenen Sorgfalt zu untersuchen, vorhandene Krankheitssymptome durch Erhebung weiterer Befunde näher einzuordnen und die erhobenen Befunde sorgfältig zu interpretieren.<sup>249</sup>

Tut er dies nicht, können Fehler auch schon im Stadium der Befunderhebung und Diagnose als *grobe Behandlungsfehler* zu werten sein. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sie aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheinen, weil sie gegen gesicherte und bewährte Erfahrungen verstoßen und daher schlichtweg nicht unterlaufen dürften. Vor allem wenn elementar gebotene Befunde aus unverständlichem Grund erst gar nicht erhoben bzw. relevante Diagnosen nicht gestellt werden und dadurch weitere notwendige Maßnahmen unterbleiben, kann es zu *vertraglichen* Schadensersatzansprüchen kommen. In Deutschland richten sich diese nach den §§ 630a, 280 Absatz 1 BGB.<sup>250</sup> Zudem greifen dann die Regelungen zur Beweislastumkehr (§ 630h BGB). In Ungarn wiederum kommt in Ermangelung eines besonders geregelten Behandlungsvertrags allein die allgemeine Haftungsnorm des § 142 des 6. Buches des uBGB zur Anwendung.

---

<sup>246</sup> Insgesamt: Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntetethőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 7f.

<sup>247</sup> Vgl. die Ausführungen in Abschnitt 2.5 des vierten Kapitels dieser Arbeit (S. 175ff).

<sup>248</sup> Zu den verschiedenen Arten von Unzulänglichkeiten bis hin zur Manipulation von Krankenakten vgl. Iyer, Patricia / Levin, Barbara / Shea, Mary Ann / Konray, Roy: Medical Legal Aspects of Medical Records, S. 751ff.

<sup>249</sup> Vgl. BGH, Urteil vom 23.03.1993 - VI ZR 26/92 (in NJW 1993, S. 2375 (S. 2377)); insgesamt: Säcker, Franz Jürgen / Rixecker, Roland / Oetker, Hartmut / Limperg, Bettina / Wagner, Gerhard: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, § 630a, Rdnr. 120ff m.w.N.

<sup>250</sup> Vgl. nur Ramm, Martin: Der ärztliche Befunderhebungsfehler, S. 513f.

Der Patient kann den Arzt darüber hinaus auch *deliktsrechtlich* nach § 823 Absatz 1 BGB (so auch die Generalklausel des § 519 des 6. Buches des uBGB) in Haftung nehmen, soweit er am Körper oder seiner Gesundheit geschädigt wurde. Wenn der Diagnosefehler zu einer *fahrlässigen Körperverletzung* geführt hat, kann er – in Deutschland – darüber hinaus auch Ansprüche nach § 823 Absatz 2 BGB i.V.m. § 229 StGB geltend machen. In Ungarn fehlt hingegen eine ähnliche Verknüpfung von zivilrechtlichem Deliktsrecht mit dem Strafrecht auf der Ebene des Haftungstatbestands.

Strafrechtlich relevant wird vor allem das vorsätzliche Ausstellen inkorrekt dokumentierter Dokumentationen. In Ungarn knüpft der Straftatbestand des *Gebrauchens einer falschen Privaturkunde* (§ 345 uStGB) hierbei nicht – wie in Deutschland – an die Täuschung über die Identität des Ausstellers an, sondern allein an den unwahren Inhalt und die Täuschung des Rechtsverkehrs. Daher fällt auch das Gebrauchen einer bewussten schriftlichen Lüge seitens des (an sich echten) Arztes grundsätzlich unter diese Strafnorm. Der Arzt kann bei der Verwirklichung sowohl als Mittäter als auch als Teilnehmer handeln.

Nach dem deutschen Strafrecht berührt hingegen der (bewusst) unwahre Inhalt die *Echtheit* einer Urkunde nicht, denn der Straftatbestand der Urkundenfälschung (§ 267 StGB) soll gerade nicht das Vertrauen in die *Wahrheit* von Urkundeninhalten, sondern das Vertrauen in die *Urheberschaft* der Urkunden schützen.<sup>251</sup> Wenn eine bewusst inkorrekte Dokumentation daher tatsächlich auch vom ersichtlichen Aussteller vorgenommen wurde, kommt eine Urkundenfälschung nach deutschem Strafrecht grundsätzlich nicht in Betracht.

Das bewusste Anfertigen einer inhaltlich inkorrekten ärztlichen Dokumentation ist dort allerdings als *Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse* (§ 278 StGB) strafbewehrt. Dieses Sonderdelikt für Ärzte<sup>252</sup> wurde gerade mit Blick auf die zunehmende Bedeutung von ärztlichen Attesten und Bescheinigungen im Rechtsverkehr geschaffen. Unter Gesundheitszeugnissen versteht man Urkunden, in denen der Gesundheitszustand eines Menschen beschrieben wird.<sup>253</sup> Zur Tatbestandsverwirklichung muss die schriftliche Bescheinigung daher nicht nur Feststellungen enthalten, die in einem maßgeblichen Punkt von medizinischen Erkenntnissen oder Erfahrungen abweichen<sup>254</sup>, sie muss auch erkennbar für den Gebrauch im Rechtsverkehr bestimmt sein. Für ärztliche Atteste wird das in der Regel der Fall sein, für Anamnesebögen dann, wenn sie offensichtlich auch Gegenstand eines Verfahrens werden sollen.

Wenn der Arzt (vorsätzlich oder sorgfaltswidrig) Befunderhebungen unterlassen oder falsche Diagnosen erstellt hat und in der Folge falsche oder unzureichende Maßnahmen durchgeführt wurden, kommen zudem auch Körperverletzungsdelikte gegenüber dem Patienten in Betracht.

---

<sup>251</sup> Vgl. nur Fischer, Thomas, Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 267, Rdnr. 29 m.w.N.

<sup>252</sup> Wenn der Aussteller nicht approbierter Arzt ist, kommt die *Fälschung von Gesundheitszeugnissen* (§ 277 StGB) in Betracht, die *lex specialis* gegenüber der *Urkundenfälschung* (§ 267 StGB) ist.

<sup>253</sup> Vgl. Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus / Erb, Volker: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 277, Rdnr. 2 m.w.N.

<sup>254</sup> Insgesamt: Eisenmenger, Wolfgang / Betz, Peter: Das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, S. 127.

### Kapitel 3: Die Stellung der klinisch-medizinischen Dokumentation im Strafverfahren

Während die klinische Dokumentation von den Zivilgerichten lange Zeit abwertend als bloßes „Schreibwerk“ abgetan wurde<sup>255</sup>, kommt ihr im Strafverfahren seit jeher eine erhebliche Bedeutung zu, sei es als *konkreter Anhaltspunkt* bei der Einleitung des Ermittlungsverfahrens oder sei es als *Beweismittel* bei der Erhebung der Anklage, im Zwischen- und im Hauptverfahren. Insbesondere bei den klinisch-medizinischen (Erst-)Dokumentationen von *einfachen* und *gefährlichen* Körperverletzungsdelikten stellt sich im Strafverfahren nicht die Frage, *ob* sie einen Beweiswert haben, sondern vielmehr *welcher* Beweiswert von ihnen ausgeht.

Um sich der genauen Bedeutung der klinischen Dokumentation im Strafverfahren bewusst zu werden, lohnt es sich, noch einmal einen Blick auf den eigentlichen Zweck der Dokumentation zu werfen. Dieser liegt zunächst einmal in der effizienten und wirkungsvollen Versorgung des zu behandelnden Patienten. Die Dokumentation erwächst also auch aus der speziellen Beziehung zwischen Arzt und Patienten heraus, die von Vertrauen bis hin zur (strafbewehrten) ärztlichen Verschwiegenheit geprägt ist und bei der sämtliche ärztlichen Untersuchungen, therapeutischen Maßnahmen und Dokumentationen an die eigenen Schilderungen des Patienten anknüpfen, die dieser im Rahmen der Anamnese macht.

Die klinische Dokumentation ist daher in zweifacher Weise *subjektiv* geprägt. Zum einen durch die Niederschrift einer bis zu einem gewissen Grad gestellten Verdachtsdiagnose, die auf den subjektiven Schilderungen des Patienten beruht, zum anderen durch die nicht-neutrale Nähe des Arztes zu „seinem Patienten“. Diese Nähe manifestiert sich sogar ausdrücklich in der vertraglichen (bei Unfällen gegebenenfalls *tatsächlichen*) Übernahme einer Garantenstellung für dessen Wohlbefinden.<sup>256</sup> Vor diesem Hintergrund genießen die klinischen Erst-dokumentationen und Atteste von Körperverletzungen zwar einen hohen Informationsgehalt hinsichtlich Tatzeitnähe und Originalzustand der ursprünglichen, noch nicht behandelten Verletzungen. Für das Gericht respektive den medizinischen Sachverständigen, die allein der objektiven Wahrheitsfindung verpflichtet sind, können sie in der Praxis aber auch nicht von *ausschlaggebender* Bedeutung sein.<sup>257</sup>

Das folgende Kapitel soll sich der Bedeutung der klinischen Dokumentation in allen Stadien des Strafverfahrens widmen. Dazu soll einerseits untersucht werden, wie sie jeweils in das Vor-, Zwischen- und Hauptverfahren eingebracht wird und welche Anforderungen andererseits jeweils an die Beweiserhebung und Beweisverwertung zu stellen sind.

---

<sup>255</sup> Nachweise bei Bender, Albrecht W.: Das postmortale Einsichtsrecht bei Krankenunterlagen, S. 50

<sup>256</sup> Zu diesem Dilemma auch: Eschelbach, Ralf / Geipel, Andreas: Beweis- und Zurechnungsfragen bei der Verletzung des Körpers, S. 483ff

<sup>257</sup> Vgl hierzu: BGH, Urteil vom 03.06.2008 – Az. VI ZR 235/07, Rdnr. 16f m.w.N.

## 1 Beweiserhebungs- und Beweisverwertungskriterien

Medizinische Unterlagen enthalten eine Fülle von sehr persönlichen Daten des Patienten. In der Praxis fordern die – deutschen – Ermittlungsbehörden die Opfer von Gewaltdelikten daher auf, die behandelnden Ärzte ganz oder teilweise von deren Schweigepflicht zu entbinden, damit diese die relevanten klinischen Dokumentationen an die Behörden weiterreichen und darüber hinaus auch im späteren Strafverfahren als Zeuge Aussagen zu den festgestellten Verletzungen machen „dürfen“.<sup>258</sup> In Ungarn bedarf es dieser Schweigepflichtentbindung nicht zwangsläufig, denn hier können die Ermittlungsbehörden ohnehin zur Ermittlung von Straftaten auch gegen den Willen des Patienten vom Arzt die Herausgabe von medizinischen Daten verlangen. In der Folge verliert der ursprünglich schweigepflichtige Arzt auch sein Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht (§ 23 Gesetz XLVII/1997, § 82 Absatz 1 c) uStPO).<sup>259</sup>

Insbesondere wenn die klinische Dokumentation ohne oder gegen den Willen des Patienten Eingang in das Strafverfahren finden soll, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob und wie sich der Patient hiergegen verteidigen kann und ob und unter welchen Bedingungen die Unterlagen im weiteren Verfahren überhaupt genutzt werden dürfen. In Deutschland gibt es hierzu eine Fülle von Entscheidungen der obersten Gerichte. Insbesondere auch das Bundesverfassungsgericht hat immer wieder klare Kriterien formuliert, die an die Verhältnismäßigkeit von strafprozessrechtlichen Maßnahmen im konkreten Einzelfall zu stellen sind. Dabei wird nicht nur auf die Schwere der im Raum stehenden Straftat und das Ausmaß des potenziellen Schuldvorwurfs des Maßnahmeadressaten abgestellt, sondern insbesondere auch auf die Bedeutung des möglichen Beweismittels für das Strafverfahren.<sup>260</sup> Die Strafgerichte sind daher gewohnt, nicht nur im Rahmen von förmlichen Rechtsmitteln (Berufung, Revision), sondern auch schon im Rahmen von Rechtsbehelfen gegen richterliche oder nichtrichterliche Maßnahmen im Ermittlungsverfahren (Beschwerde nach § 304 StPO, Antrag auf gerichtliche Entscheidung nach § 98 Absatz 2 StPO) hohe verfassungsrechtliche Maßstäbe an strafprozessrechtliche Maßnahmen anzulegen.<sup>261</sup>

---

<sup>258</sup> Vgl. beispielsweise die polizeilichen Leitlinien der Berliner Polizei in: Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.): Polizeiliches Handeln in Fällen häuslicher Gewalt, S. 13; mit der Entbindung von der Schweigepflicht entfällt das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO, so dass er grundsätzlich zur Aussage verpflichtet ist. Mit dem möglichen Widerruf der Entbindung lebt die Zeugnisverweigerungsberechtigung zwar wieder auf, der Patient kann den Arzt allerdings nicht zwingen, von seinem Verweigerungsrecht Gebrauch zu machen. Vgl. zu allem nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 53, Rdnr. 45ff.

<sup>259</sup> Vgl. insgesamt die Ausführungen im unteren Abschnitt 2.2.2 dieses Kapitels (S. 91f).

<sup>260</sup> Vgl. beispielhaft: BVerfG, Beschluss vom 11.02.2015 – 2 BvR 1694/14; Maßnahmen müssen dabei insbesondere in angemessenem Verhältnis zur Schwere der Straftat und der Stärke eines Tatverdachts stehen, vgl. BVerfGE 20, S. 162 (S. 187); BVerfGE 59, S. 95 (S. 97); BVerfGE 96, S. 44 (S. 51); BVerfGE 115, S. 166 (S. 197), BVerfGE 115, S. 166 (S. 197).

<sup>261</sup> Artikel 19 Absatz 4 GG schreibt zunächst vor, dass es gegen jede staatliche Maßnahme Rechtsmittel geben muss. Artikel 20 Absatz 3 GG schreibt wiederum vor, dass sich staatliches Handeln am Rechtsstaatsprinzip messen lassen muss.



Ein ähnlich „verfassungsrechtliches“ Denken hat sich im ungarischen Strafprozessrecht noch nicht durchgesetzt, was auch daran liegen mag, dass es in Ungarn keine umfassende inzidente Prüfung verfassungsrechtlicher Aspekte im Rahmen der ordentlichen Gerichtsbarkeit gibt. Insbesondere auch die „echte“ Individualverfassungsbeschwerde gegen „jegliches“ staatliche Handeln existiert nur eingeschränkt und zudem erst seit jüngerer Zeit. Das ungarische Verfassungsgericht hat erst mit dem Inkrafttreten des neuen ungarischen Grundgesetzes [Alaptörvény] zum Jahre 2012 die Kompetenz erhalten, neben Gesetzen auch *richterliche Entscheidungen* im Rahmen einer Verfassungsbeschwerde zu überprüfen.<sup>262</sup>

Dementsprechend gibt es bei den Ermittlungsbehörden noch nicht die Praxis, bei einzelnen Ermittlungsmaßnahmen eine Verhältnismäßigkeitsprüfung voranzustellen oder diese im Nachhinein im Rahmen einer gerichtlichen Prüfung nachzuholen, auch wenn es auch in Ungarn formal ein Beschwerdeverfahren gegen Entscheidungen und Maßnahmen der Ermittlungsbeamten und Staatsanwälte gibt (§ 195ff uStPO), das ähnlich einem Widerspruchsverfahren eine behördeninterne Überprüfung vorsieht. Diese eröffnet in bestimmten Fällen einen weiteren Antrag auf eine gerichtliche Überprüfung (§ 196 Absatz 6 uStPO), insbesondere von Durchsuchungs- und Beschlagnahmemaßnahmen, die nicht zwingend durch den Richter angeordnet werden müssen.<sup>263</sup>

Es bleibt abzuwarten, wie sehr sich Staatsanwaltschaft und Ermittlungsrichter bei der internen Überprüfung an den zu erwartenden Vorgaben des ungarischen Verfassungsgerichts orientieren werden. In Betracht hierfür kommt nicht nur die nationale verfassungsgerichtliche Rechtsprechung, sondern insbesondere auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, der auch in Deutschland den Schutz von Beschuldigtenrechten wesentlich mitbestimmt hat.<sup>264</sup>

Strafprozessrechtlich unterscheidet man in der Dogmatik der Beweisverbote zwischen dem *Erheben*, dem *Verwenden* und dem *Verwerten* eines Beweismittels, wobei die Begriffe in der Rechtsprechung und im Schrifttum nicht immer einheitlich aufgefasst werden.<sup>265</sup>

Während es sich bei der *Beweiserhebung* um grundrechtsrelevante hoheitliche Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden und Strafgerichte handelt, bei denen es um die Kenntniserlangung

---

<sup>262</sup> Zur Ausweitung der Kompetenzen des ungarischen Verfassungsgerichts, insbesondere im Verfassungsbeschwerdeverfahren vgl. Csink, Lóránt / Schanda, Balázs / Varga, András Zsolt: The Basic Law of Hungary – A First Commentary, S. 164ff.

<sup>263</sup> Vgl. insgesamt auch Hautzinger, Zoltán / Herke, Csongor / Mészáros, Bence / Nagy, Mariann: Einführung in das ungarische Strafverfahrensrecht, S. 97f.

<sup>264</sup> Vgl. nur die Urteile zur Akteneinsicht des Beschuldigten, EGMR, Beschluss vom 11.05.2008 - 41077/04 m.w.N.

<sup>265</sup> Unterscheiden lassen sich insbesondere Zweck und konkrete Verwertung hoheitlicher Maßnahmen im Umgang mit Beweismitteln, je nachdem ob sie im Rahmen von Vorermittlungen, im Ermittlungsverfahren, im Hauptverfahren oder im Rechtsmittelverfahren stattfinden. In der Literatur wird vor allem auf die Beweiserhebung und die Beweisverwertung abgestellt. Zur detaillierten Unterscheidung dieser vgl. Löffelmann, Markus: Die normativen Grenzen der Wahrheitserforschung im Strafverfahren, S. 155ff.



von verfahrensrelevanten Informationen geht, die den Behörden eben noch nicht bekannt sind, liegen bei der *Beweisverwendung* die entsprechenden Beweisgegenstände bereits vor. Es dreht sich deswegen vielmehr um die Fernwirkung von möglichen Beweiserhebungsfehlern, d.h. um die Frage, ob die bereits vorhandenen Kenntnisse auch in weiteren hoheitlichen Maßnahmen gebraucht werden dürfen. Insbesondere stellt sich die Frage, ob die Kenntnisse an andere Behörden weitergegeben werden oder als Grundlage für weitere Ermittlungen, Durchsuchungen oder Befragungen im Rahmen des Ermittlungsverfahren herangezogen werden dürfen und damit unter Umständen den Weg zu neuen Kenntnissen weisen.<sup>266</sup> Die *Beweisverwertung* ist demgegenüber ein kognitiver Akt, bei dem die Ermittlungsbehörden oder das Gericht in bestimmten Verfahrensstationen die (unter Umständen fehlerhaft erlangten) Beweismittel heranziehen und rechtlich würdigen. Bei der Beweisverwertung stellt sich daher vor allem die Frage, ob der handelnde Hoheitsträger das Beweismittel auch bei einer konkret anstehenden Entscheidung heranziehen und gegebenenfalls sogar ein Strafurteil darauf stützen darf.<sup>267</sup>

In der Praxis sind Beweisverwendungs- und Beweisverwertungsverbote zwar regelmäßig die Folge einer rechtswidrigen Beweiserhebung, das heißt allerdings nicht, dass eine rechtswidrige Beweiserhebung zwangsläufig zu einer Unverwend- oder Unverwertbarkeit führt.

In Deutschland wie auch in Ungarn hat die Staatsanwaltschaft von Gesetzes wegen sowohl die belastenden als auch die *entlastenden* Umstände der Tat und des Täters zu ermitteln (§ 160 Absatz 2 StPO bzw. § 28 Absatz 1 uStPO). Anders als in den USA ist das Strafverfahren demnach nicht *adversarial* angelegt, es findet demnach eben kein *Parteienprozess* statt, in dem die Staatsanwaltschaft und die Verteidigung eigenverantwortlich die jeweils ihrigen Beweise und Zeugen einbringen.<sup>268</sup> Da in Deutschland und Ungarn beide Parteien vielmehr – als „unabhängige Organe der Rechtspflege“ – der objektiven Wahrheitserforschung durch den Staat verpflichtet sind, besteht weniger die Gefahr, dass die Ermittlungsbehörden allzu einseitig ermitteln und dabei auch einmal über das Ziel hinaus schießen. Für ein generelles Fernwirkungsverbot rechtswidrig erlangter Beweismittel im Sinne der *fruit of the poisonous tree*-Doktrin zur Disziplinierung der Ermittlungsbehörden zu (mehr) rechtsstaatlichem Handeln besteht daher dogmatisch kein Anlass.<sup>269</sup> Entsprechend gilt in Deutschland und in Ungarn nur bei besonders schwerwiegenden Verletzungen ein Verwendungs- und Verwertungsverbot.

---

<sup>266</sup> Von *Verwertungsverboten* sollte daher gesprochen werden, wenn eine Fernwirkung nicht impliziert wird, von *Verwendungsverboten*, wenn dem Verwertungsverbot eben jene Fernwirkung innewohnt, vgl. hierzu Schwaben, Sylvia: Die personelle Reichweite von Beweisverwertungsverboten, S. 8f.

<sup>267</sup> Zu den Definitionen vgl. Löffelmann, Markus, Die normativen Grenzen der Wahrheitserforschung im Strafverfahren, S. 155ff; insbesondere zur Unterscheidung von der Beweisverwendung und der Beweisverwertung im Strafprozess vgl. Dencker, Friedrich: Verwertungsverbote und Verwendungsverbote im Strafprozess, S. 243ff (vgl. hierzu auch den Abschnitt 1.2 dieses Kapitels, S. 79ff).

<sup>268</sup> Zu den Unterschieden zwischen den Anklagebehörden in den USA und Deutschland vgl. insgesamt Gilliéron, Gwladys: Public Prosecutors in the United States and Europe, S. 16ff.

<sup>269</sup> Vgl. hierzu nur Schwaben, Sylvia: Die personelle Reichweite von Beweisverwertungsverboten, S. 8f.

Anders als die deutsche Strafprozessordnung weist die ungarische Strafprozessordnung mit § 78 uStPO eine allgemein geltende ausdrückliche Regelung darüber auf, unter welchen Umständen rechtswidrig erlangte Beweismittel im Rahmen des Strafverfahrens keinesfalls „verwertet“ werden dürfen. Nach dieser Vorschrift dürfen Beweismittel, die durch Straftaten oder unzulässige Methoden seitens der Strafverfolgungsorgane erlangt wurden, sowie Beweismittel, deren Verwendung zu schwerwiegenden Verletzungen von Verfahrensrechten führen (§ 78 Absatz 4 uStPO), nicht für das Strafverfahren herangezogen werden. Mit Ausnahme der genannten Fälle dürfen die in der Strafprozessordnung aufgezählten Beweismittel hingegen im Strafverfahren grundsätzlich *uneingeschränkt* genutzt werden (§ 78 Absatz 1 uStPO).<sup>270</sup>

In der deutschen Strafprozessordnung findet sich hingegen keine allgemeine Regelung darüber, ob ein durch Rechtsverstoß erlangtes Beweismittel zur Eröffnung eines Ermittlungsverfahrens *verwendet* bzw. im späteren Verfahren *verwendet* und *verwertet* werden darf. Nur an vereinzelten Stellen gibt es explizit geregelte (*selbstständige*) Beweisverwertungsverbote, beispielsweise für Maßnahmen, die die Grundrechte des Betroffenen besonders schwerwiegend zu beeinträchtigen drohen.<sup>271</sup> Sowohl die Rechtsprechung als auch die herrschende Lehre gehen vor diesem Hintergrund von einer grundsätzlichen Verwend- und Verwertbarkeit aus. Letzten Endes ist in der Praxis die Unverwertbarkeit von Beweismitteln – anders als in Staaten wie den USA – eher die Ausnahme.<sup>272</sup>

Wie auch im ungarischen Recht, kann eine solche Ausnahme zunächst einmal bei schweren Verstößen gegen das Rechtsstaatsprinzip angenommen werden.<sup>273</sup> Dies ist insbesondere bei schwerwiegenden, bewussten oder objektiv willkürlichen Rechtsverstößen der Fall, bei denen die Ermittlungsbehörden strafprozessuale Grundprinzipien bewusst oder systematisch außer Acht lassen.<sup>274</sup>

---

<sup>270</sup> Zum Verwertungsverbot des § 78 Absatz 4 uStPO vgl. Belovics, Ervin / Tóth, Mihály: Büntető Eljárásjog [Strafprozessrecht], § 78, S. 129ff; zu den fünf Arten von Beweismitteln (Urkunden-, Augenscheins-, Sachverständigen-, Zeugenbeweis und die Einlassung des Beschuldigten) im ungarischen Strafprozessrecht vgl. die Ausführungen im unteren Abschnitt 3.1 dieses Kapitels (S. 118).

<sup>271</sup> Verwendungs- und Verwertungsverbote, die auf einer nicht explizit geregelten, aber im konkreten Fall rechtswidrigen Beweiserhebung beruhen, werden als *unselbstständig* bezeichnet, während sich die *selbstständigen* Beweisverwertungsverbote auf explizit geregelte Fälle beziehen, bei denen besonders schwerwiegende Grundrechtseingriffe drohen. Hierzu gehören beispielsweise Erkenntnisse aus verbotenen Vernehmungsmethoden (§ 136a StPO), aus körperlichen Untersuchungen am Nichtbeschuldigten (§ 81c Abs. 3 StPO) oder der spätere Gebrauch des Zeugnisverweigerungsrechts (§ 252 StPO). Weitere selbstständige Beweisverwertungsverbote finden sich in § 100c StPO, § 100d StPO, § 108 StPO, § 136a StPO, § 160a StPO, § 252 StPO.

<sup>272</sup> Vgl. nur BGH, Urteil vom 12.01.1956 – 3 StR 195/55; BVerfGE 130, S. 1 (S. 28); zur Verwendung von durch Dritte eingebrachte Beweismittel: Werner, Olaf: Verwertung rechtswidrig erlangter Beweismittel, S. 994ff.

<sup>273</sup> Zur ungarischen Ausgestaltung des *Rechtsstaatsprinzips* (Artikel B Abs. 1 der ungarischen Verfassung) vgl. Deszö, Márta / Somody, Bernadette / Bodnár, Eszter: Constitutional Law in Hungary, S. 34f.

<sup>274</sup> Vgl. BGH, Urteil vom 20.12.2012 – 3 StR 117/12, BGHSt 58, 84 Rdnr. 31 m.w.N.; BGH, Urteil v. 14.08.2009 – 3 StR 552/08; BGHSt 54, S. 70 Rdnr. 47 m.w.N.; BGH, Urteil v. 11.11.1998 – 3 StR 181/98, BGHSt 44, S. 243 (S. 248f m.w.N.); kritisch hierzu: Werner, Olaf: Verwertung rechtswidrig erlangter Beweismittel, S. 993ff; vgl. auch Schünemann, Bernd: Die Liechtensteiner Steueraffäre als Menetekel des Rechtsstaats, S. 309f.

Solche Rechtsverstöße, beispielsweise Täuschungshandlungen gegenüber dem Beschuldigten oder gegenüber möglichen Zeugen in Vernehmungssituationen, tauchen typischerweise in der Phase der *Beweiserhebung* auf.

Ob ein Beweiserhebungsfehler in der Folge tatsächlich zu einer Unverwertbarkeit des Beweismittels führt, hängt von einer umfassenden Gesamtschau im konkreten Einzelfall ab. Diese Gesamtschau erfolgt in mehreren Schritten: Für den in der Praxis häufigeren Fall, dass das Gesetz nicht explizit regelt, ob aus einem Beweiserhebungsverbot ein Beweisverwertungsverbot folgt, wird zunächst geprüft, ob die Vorschrift, gegen die verstoßen wurde, überhaupt den *Rechtskreis* des Beschuldigten schützen soll. Nur wenn dies zu bejahen ist, findet im Anschluss eine Gesamtabwägung zwischen den Rechten des Beschuldigten und dem Strafverfolgungsinteresse des Staates statt. Bei dieser wird u.a. die Schwere der Tat, die Intensität des Verstoßes (insbesondere die Frage; ob Verfahrensvorschriften fahrlässig, bewusst oder gar willkürlich umgangen wurden) und die Funktionstüchtigkeit der Rechtspflege zugrunde gelegt. Abschließend erfolgt eine hypothetische Prüfung hinsichtlich der Frage, ob das fehlerhaft erlangte Beweismittel alternativ auch auf rechtmäßigem Wege hätte gewonnen werden können.<sup>275</sup>

Die Rechtsprechung hat weiterhin in der Vergangenheit immer wieder betont, dass der Rechtsstaat angesichts des hohen Wertes der Freiheitsrechte und der Menschenwürde nicht um jeden Preis die Aufklärung von Straftaten betreiben muss.<sup>276</sup> Vor diesem Hintergrund ist anerkannt, dass dort, wo Strafverfolgungsinteressen des Staates mit individuellen Grundrechtsbeschränkungen der Bürger einhergehen, eine Abwägung im konkreten Einzelfall stattfinden muss, selbst wenn dem Staat an sich kein Fehlverhalten vorzuwerfen ist.<sup>277</sup>

Auch bei dieser Abwägung werden die Interessen an einer funktionstüchtigen Strafrechtspflege den verfassungsrechtlichen Individualinteressen des Bürgers gegenübergestellt, wobei nur ein eindeutiges Überwiegen der Strafverfolgungsinteressen die Verwertung auf Kosten des Betroffenen rechtfertigen vermag.

Hinsichtlich der Verwendung und Verwertung von personenbezogenen medizinischen Daten aus klinischen Dokumentationen kommen für diese Abwägung insbesondere die Persönlichkeitsrechte des Patienten in Betracht.

---

<sup>275</sup> Zur vorzunehmenden Gesamtschau, insbesondere auch zur sog. *Rechtskreistheorie*: BGH, Beschluss vom 27.02.1992 – 5 StR 190/91 m.w.N.; insgesamt dazu: Paul, Tobias: Unselbständige Beweisverwertungsverbote in der Rechtsprechung, S. 489ff.

<sup>276</sup> Vgl. BGH, Urteil vom 17.03.1983 - 4 StR 640/82; zuletzt auch heftig diskutiert beim Kauf der sog. Steuer-CDs aus Liechtenstein, vgl. Schünemann, Bernd: Die Liechtensteiner Steueraffäre als Menetekel des Rechtsstaats, S. 305ff.

<sup>277</sup> Ausführlich zur Problematik, dass die Strafverfolgungsinteressen des Staates auch unbeteiligte Dritte treffen können: Mohammadi, Ehsan / Hampe, Dennis: Besonderheiten des ärztlichen Abrechnungsbetruges im Strafverfahren, S. 421 m.w.N.

## 1.1 Schutz von Persönlichkeitsrechten

Die Verwendung und Verwertung medizinischer Unterlagen ohne oder gegen den Willen des behandelten Patienten sind in diesem Zusammenhang zumindest heikel, da die Unterlagen eine Fülle von sehr persönlichen Daten des Patienten beinhalten. Es ist daher fraglich, ob überhaupt höchstpersönliche Informationen über den Gesundheitszustand eines Menschen gegen dessen Willen verwendet bzw. später verwertet werden dürfen. Dem Schutz persönlicher Privatsphäre, die neben einfachgesetzlichen nationalen Regelungen<sup>278</sup> auch verfassungsrechtlich über Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG (ähnlich auch die Regelung in Artikel VI des ungarischen Grundgesetzes uGG)<sup>279</sup> abgesichert ist, steht hierbei die Funktionstüchtigkeit der Strafrechtspflege gegenüber. Die Effizienz der Strafrechtspflege leitet sich wiederum aus dem Rechtsstaatsprinzip und dem Gewaltmonopol des Staates (Artikel 20 Absatz 3 GG bzw. Artikel B uGG) ab.

Rechtsstaatsprinzip und Gewaltmonopol des Staates sind hierbei nicht irgendwelche Verfassungsprinzipien, sie determinieren die *Innere Sicherheit* und die *Funktionsfähigkeit der Rechtspflege* als die Universalrechtsgüter schlechthin. Der Schutz seiner Bürger nach außen, aber auch innerhalb des eigenen Hoheitsgebietes, gehört zu den Kernaufgaben des Staates. Und die Sicherheit der Bürger vor drohenden Gefahren zu gewährleisten, insbesondere auch vor Straftaten, ist nicht nur alleinige Aufgabe des Staates, er darf diese notfalls natürlich auch zwangsweise durchsetzen.<sup>280</sup>

Das Bundeverfassungsgericht hat vor diesem Hintergrund mehrfach betont, dass man als „gemeinschaftsbezogener und gemeinschaftsgebundener Bürger“ der Gesellschaft gegenüber verpflichtet sei und daher zuweilen staatliche Maßnahmen zumindest passiv hinnehmen müsse, wenn diese im „überwiegenden Interesse der Allgemeinheit unter strikter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgebots getroffen werden [und nicht den] unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung“ berührten.<sup>281</sup>

---

<sup>278</sup> Vgl. beispielsweise die Regelungen zum Schutz medizinischer Daten in § 25 Gesetz CLIV/1997 (Ungarn) und in den §§ 3 Absatz 9 und 28 Absatz 7 des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

<sup>279</sup> Die neue ungarische Verfassung, *Magyarország Alaptörvénye* [Grundgesetz von Ungarn] aus dem Jahr 2011 wird in dieser Arbeit einer einfacheren Verständlichkeit wegen nicht mit dem ungarischen Kürzel *Alaptv*, sondern mit dem Kürzel *uGG* abgekürzt. Sie besteht aus drei Hauptteilen: die Staatsstruktur wird in den ersten 21 Artikeln in lateinischen Großbuchstaben (Artikel A bis Artikel U) geregelt, danach folgen die Grundrechte in 31 Artikeln römischer Zahlschrift (Artikel I bis Artikel XXXI). Im Anschluss folgen 54 Artikel in arabischer Zahlschrift (Artikel 1 bis Artikel 54) zur Funktionsweise des Staats- und Rechtssystems und die Abschlussbestimmungen zur Verfassung. Eine englische Version der Verfassung findet sich im Internet unter: [https://www.constituteproject.org/constitution/Hungary\\_2011.pdf](https://www.constituteproject.org/constitution/Hungary_2011.pdf).

<sup>280</sup> Zum Spannungsfeld zwischen staatlicher Sicherheit und Grundrechten vgl. Rudolf, Walter: Sicherheit und Grundrechte, S. 463ff.

<sup>281</sup> So das Bundeverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 08.03.1972 – 2 BvR 28/71; vgl. hierzu auch die Entscheidungen BVerfGE 4, S. 7 (S. 15f); BVerfGE 27, S. 1 (S. 7) = NJW 1969, S. 1707 (S. 1707ff) mit weiteren Nachweisen.

Zum Zwecke zu definieren, was diesen *unantastbaren Bereich privater Lebensgestaltung* konkret ausmacht, hat sich in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts das Institut des *Kernbereichs privater Lebensgestaltung* herausgebildet. Dieser ist der schützenswerteste von drei unterschiedlich ausgeprägten Teilstufen der Privat- und Intimsphäre, die auch bei der Beweiserhebung und -verwertung Berücksichtigung finden.<sup>282</sup>

- Beweise aus der *Sozial- oder Öffentlichkeitssphäre*, d.h. aus dem Bereich der öffentlichen sozialen Kommunikation, genießen nur einen geringen Schutz und sind in der Regel voll verwertbar, zumal sich der Betroffene bewusst an die Öffentlichkeit wendet und äußert;
- Beweise durch Eingriffe in die *Privatsphäre* (den engeren Sozialbereich), genießen einen höheren Schutz, die Güterabwägung zwischen dem Persönlichkeitsschutz des Betroffenen und den Belangen einer funktionsfähigen Strafrechtspflege muss aber eindeutig zu Gunsten des Interesses der Allgemeinheit ausfallen. Dabei wird u.a. auch danach unterschieden, ob die Geheimhaltungsbelange einen Bezug zum engeren Familien-, zum Freundes-, zum Bekannten- oder zum Berufsumfeld haben;
- Beweise, die aus dem Kernbereich privater Lebensgestaltung (der *Intimsphäre*) herrühren, etwa dem Gedanken-, Glaubens- und Sexualbereich, sind dem staatlichen Zugriff hingegen *per se* entzogen, sowohl bei der Gewinnung, als auch bei der Verwertung von Beweismitteln.<sup>283</sup>

Ärztliche Krankenunterlagen beinhalten typischerweise Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen. Sie berühren damit gerade nicht die unantastbare Intimsphäre, wohl aber den privaten Bereich des Patienten.<sup>284</sup> Dies gilt unabhängig davon, ob die ärztlichen Aufzeichnungen Krankheiten, Leiden oder Beschwerden wiedergeben, die den Patienten strafrechtlich belasten könnten oder ihm einfach nur peinlich oder sozial abträglich sind. Vielmehr ist der Wille des Einzelnen schützenswert, „so höchstpersönliche Dinge wie die Beurteilung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt vor fremdem Einblick zu bewahren“, schon weil der Patient darauf vertrauen darf, dass alles, was der Arzt über seinen

---

<sup>282</sup> Zur „Sphärentheorie“ bei den Rechtfertigungsanforderungen an staatliche Eingriffe in die Privatsphäre vgl. insgesamt Maunz, Theodor / Dürig, Gunter / Di Fabio, Udo: Kommentar zum Grundgesetz, Artikel 2, Rdnr. 158 mit weiteren Nachweisen.

<sup>283</sup> Die Intimsphäre soll den sozialen Rückzugsraum eines jeden schützen. Kennzeichnend für die Intimsphäre ist neben dem höchstpersönlichen Charakter der Umstand, dass es keinen, oder jedenfalls nur einen geringen Sozialbezug gibt. Vgl. hierzu: Jarass, Hans / Pieroth, Bodo: Kommentar zum Grundgesetz, Art. 2, Rdnr. 62 mit weiteren Nachweisen.

<sup>284</sup> Vgl. hierzu nur die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts BVerfGE 32, S. 373 (S. 378) und BVerfGE 44, S. 353 (S. 372). Das Bundesverfassungsgericht verzichtet in seinen Entscheidungen auf eine Definition des Intimbereichs im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen, sondern nimmt vielmehr eine pauschale Zuordnung zur Privatsphäre vor, bei der allerdings der Wille des Patienten regelmäßig dahin auszulegen ist, dass Informationen über seinen Gesundheitszustand geheim bleiben sollen.

Gesundheitszustand erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Dritter gelangt. Nur so könne zwischen dem Patienten und dem Arzt „jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit – im ganzen gesehen – der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.“<sup>285</sup> Für die Verwendung und Verwertung medizinischer Unterlagen kommt es daher neben der Einhaltung rechtsstaatlicher Grundprinzipien im besonderen Maße auch auf die Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Maßnahme an.

## 1.2 Beweisverbot bei Unverhältnismäßigkeit

Verhältnismäßig ist im Allgemeinen jede grundrechtseinschränkende Maßnahme, wenn sie geeignet, erforderlich und angemessen ist.<sup>286</sup> Für die Verwendung und Verwertung von medizinischen Unterlagen bedeutet dies zunächst, dass diese überhaupt *geeignet* sind, bei den (Vor-)Ermittlungen tatsächliche Anhaltspunkte für eine – verfolgbare – Straftat auszumachen und belastbare Informationen enthalten, die die Durchführung von Ermittlungsmaßnahmen, insbesondere aber auch die Entscheidungen zur *Einleitung eines Ermittlungsverfahrens* (§§ 152 Absatz 2 und 160 Absatz 1 StPO bzw. § 170 uStPO), zur *Anklageerhebung* (§ 170 Absatz 1 StPO bzw. § 207 Absatz 2 uStPO), zur *Eröffnung des Hauptverfahrens* (§ 199 Absatz 1 StPO bzw. § 214 Absatz 1 uStPO) und gegebenenfalls auch zur *Verurteilung* (§ 261 StPO bzw. § 330 Absatz 1 uStPO) unterstützen.<sup>287</sup>

An der *Geeignetheit* von einigermaßen aussagekräftigen medizinischen Unterlagen als Grundlage für weitere Ermittlungsmaßnahmen und zu treffende Entscheidungen wird es in der Praxis selten scheitern, da dokumentierte Verletzungen, die auch aus einem Körperverletzungsdelikt herrühren könnten, regelmäßig zumindest Anhaltspunkte für eine Straftat liefern werden und damit selten *irrelevant* sind. Insbesondere in den früheren Verfahrensstadien sind die Anforderungen an die Bedeutung als Beweismittel und der Grad der Wahrscheinlichkeit der letztendlichen Verurteilung einer Straftat eher gering. Allerdings werden die Anforderungen an die Unterlagen im Laufe des Strafverfahrens mit zunehmender Verdachtsstufe naturgemäß steigen. In bestimmten Kombinationen kann es auch zu Fällen kommen, in denen die Unterlagen von vornherein nicht geeignet sind, eine *verfolgbare* Straftat zu belegen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Unterlagen absolut keine Aussagekraft haben oder „nur“

---

<sup>285</sup> Vgl. BVerfG, Beschluss vom 08.03.1972 – 2 BvR 28/71 in: NJW 1972, S. 1123 (S. 1124); ähnlich schon BGHZ 24, S. 72 (S. 81).

<sup>286</sup> Vgl. hierzu nur Jarass, Hans / Pieroth, Bodo: Kommentar zum Grundgesetz, Art. 20, Rdnr. 80ff.

<sup>287</sup> Für die Einleitung des Ermittlungsverfahrens bedarf es hierfür tatsächlicher Anhaltspunkte für eine Straftat (sog. *Anfangsverdacht*), für die Anklageerhebung einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Verurteilung (sog. *hinreichender Tatverdacht*) und für die Verurteilung eines so hohen Grades der Wahrscheinlichkeit, dass vernünftige Zweifel gerade nicht bestehen (sog. richterliche Überzeugung); zu den verschiedenen Stufen des Tatverdachts vgl. nur Clages, Horst: Der rote Faden. Grundsätze der Kriminalpraxis, S. 54ff.

*einfache* oder *fahrlässige* Körperverletzungen dokumentieren, bei denen kein nach § 230 Absatz 1 StGB bzw. § 164 Absatz 10 uStGB erforderlicher Strafantrag gestellt wurde und jegliches öffentliches Interesse an Strafverfolgung von vornherein ausgeschlossen ist.<sup>288</sup>

Etwas höhere Anforderungen stellen sich auf der Ebene der *Erforderlichkeit* ein, auf der geprüft wird, ob es im Einzelfall nicht nahe liegende, alternative und vor allem grundrechtsschonendere Maßnahmen als das Nutzen medizinischer Unterlagen ohne oder gegen den Willen des Patienten gibt, die zu vergleichbaren Ergebnissen führten.<sup>289</sup> In diesem Zusammenhang kommen je nach Verfahrensstadium und Öffentlichkeitswirksamkeit der jeweiligen Maßnahme insbesondere auch die eigene Befragung des Opfers, des Beschuldigten oder Dritter in Betracht. In der Praxis kann das diskrete Herantreten an den Patienten häufig sogar die freiwillige Herausgabe von Unterlagen und die Entbindung des Arztes von dessen Schweigepflicht ermöglichen, wodurch sich weitere Verwertungsfragen erübrigen.

Auf der Ebene der *Angemessenheit* einer anstehenden Maßnahme oder Entscheidung ist jeweils abzuwägen, ob das staatliche Verfolgungsinteresse den Schutz der Grundrechte des Betroffenen auch in der Praxis tatsächlich überwiegt und die Bedeutung des vorhandenen und potenziell zu findenden Beweismittels für das Strafverfahren hoch genug ist, um eine weitere Verwendung der Unterlagen ohne oder gegen den Willen des Patienten zu rechtfertigen. Im konkreten Einzelfall können hier insbesondere schon die Geringfügigkeit der auszumittelnden Straftat oder der offensichtlich geringe Nutzen einer betriebenen Maßnahme von vornherein gegen eine Verwendung oder Verwertung im Rahmen von Entscheidungen sprechen. Dabei muss in der Praxis gerade auch berücksichtigt werden, dass sowohl die ermittlungstechnischen Maßnahmen als auch die darauf beruhenden Entscheidungen letztendlich öffentlich wahrgenommen werden können und den Patienten womöglich ungewollt in das Licht der Öffentlichkeit rücken.

Bei der individuellen Abwägung der Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme im engeren Sinne muss daher einerseits berücksichtigt werden, dass medizinische Unterlagen oft eine Fülle von sehr persönlichen Informationen über die gesundheitliche Verfassung des Patienten enthalten. Dies können unter Umständen auch ausführliche Informationen zu schweren Verletzungen im Intimbereich des Opfers sein, von denen es nicht möchte, dass sie im Rahmen von Ermittlungen,

---

<sup>288</sup> In Deutschland betrifft dies letztendlich nur die Fälle der fahrlässigen Körperverletzungen (§ 229 StGB) und der einfachen Körperverletzungen (§ 223 StGB), bei denen ein öffentliches Interesse nach den Abschnitten 234, 235 RiStBV von vornherein auszuschließen ist, weshalb schon ein Ermittlungsverfahren unzulässig wäre (vgl. hierzu die Ausführungen im folgenden Abschnitt 2 dieses Kapitels, S. 83f). Nach ungarischem Recht gilt das Strafantragserfordernis bei der einfachen Körperverletzung absolut, d.h. eine Ermessensprüfung zur Einschreitung wegen eines besonderen öffentlichen Interesses findet gerade nicht statt. Allerdings kann die Staatsanwaltschaft hier ggf. auf die spezielleren Straftatbestände zu berufsbezogenen Pflichtverletzungen (§ 165f uStGB) und Misshandlung von Minderjährigen (§ 208 uStGB) ausweichen, bei denen gerade kein Strafantragserfordernis besteht.

<sup>289</sup> Zum Begriff der *Erforderlichkeit* bei Ermittlungsmaßnahmen: Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Hauschild, Jörn: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 102, Rdnr. 31.

geschweige denn in einer öffentlichen Hauptverhandlung zur Kenntnis des Beschuldigten, Angehöriger oder Dritter gelangen. Handelt es sich bei den Unterlagen wiederum um medizinische Informationen zum Beschuldigten, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob über die Persönlichkeitsrechte hinaus auch noch Beschuldigtenrechte verletzt werden.<sup>290</sup>

Auf der anderen Seite kommt bei der Gesamtabwägung der bereits erwähnten inneren Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Rechtspflege ein überragend hohes Gewicht zu, geht es hierbei ja nicht nur um die Aufklärung schwerer Straftaten, sondern auch derer Verhinderung für die Zukunft, unter Umständen sogar für den Grundrechtsbetroffenen selbst. Bei der konkreten Abwägung wird darüber hinaus auch berücksichtigt werden müssen, dass die Einschnitte in die Persönlichkeitsrechte in den verschiedenen Verfahrensstadien unterschiedlich schwer ausfallen. So werden je nach Verfahrensstadium die medizinischen Unterlagen nur einem bestimmten, zu Beginn noch sehr überschaubaren Kreis von Ermittlungsbeamten bekannt werden, die ihrerseits zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet sind.

Unter Umständen werden die (anfänglich heimlichen) Ermittlungen auf der Basis von nur schriftlichen Beweismitteln für den Betroffenen sogar weniger einschneidend sein als ein zu frühes Herantreten an das Opfer mit der einhergehenden Gefahr einer sekundären Viktimisierung. Weiterhin wird zu bedenken sein, dass beispielsweise Opfer häuslicher Gewalt häufig nicht mit den Behörden kooperieren werden. Das Recht sieht aber gerade in diesem Fall ausdrücklich auch eine Strafverfolgung gegen den Willen des Opfers vor.<sup>291</sup>

Zuletzt wird zu prüfen sein, ob Unterlagen je nach Situation auch anonymisiert oder anderweitig auf die relevantesten Teile beschränkt werden können, um den Persönlichkeitsrechten des Betroffenen weitestgehend Geltung zu verschaffen. Hierzu gehört unter anderem die Prüfung, ob die Unterlagen zwangsläufig auch Teil der Ermittlungsakte bzw. Gegenstand einer öffentlichen Hauptverhandlung werden müssen.<sup>292</sup>

---

<sup>290</sup> In Betracht kommen hier beispielsweise Verstöße gegen den Grundsatz „*Nemo tenetur se ipsum accusare*“ und Beschlagnahmeverbote bei Berufsheimlichkeitsgeheimnisträgern (§ 97 StPO bzw. § 152 Abs. 4 uStPO), vgl. hierzu die Abschnitte 2.3.3 und 3.1.1.1.2 in diesem Kapitel (S. 105ff bzw. S. 122ff).

<sup>291</sup> In Ungarn gilt dies zumindest für *schwere* Verletzungen, die eine längere Verheilungszeit als 8 Tage haben (§ 264 Abs. 3 uStGB) und für die Misshandlung von Minderjährigen nach § 208 uStGB. In Deutschland gelten wiederum die einschlägigen Vorschriften zur Bejahung eines öffentlichen Interesses bei häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung (Abschnitte 234 und 235 RiStBV).

<sup>292</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen im folgenden Abschnitt 2.1 (S. 86) und insbesondere auch im Abschnitt 4.2 dieses Kapitels (S. 142).



## 2 Medizinische Unterlagen im Vorfeld des Ermittlungsverfahrens

Die absolute Mehrheit der Ermittlungsverfahren wird durch Privatpersonen veranlasst, das ist auch bei den vorsätzlichen Körperverletzungsdelikten nicht anders.<sup>293</sup> Nur dort, wo eine Bereitschaft zur Anzeige besteht, haben die Strafverfolgungsorgane überhaupt eine Chance, Kriminalität im realistischen Ausmaß wahrzunehmen und entsprechend einzuschreiten.<sup>294</sup> Zumindest in Deutschland besteht allerdings – anders als beispielsweise in den USA – weder für Normalbürger noch für die allermeisten Ärzte eine Meldepflicht für Fälle von Gewaltanwendung, selbst nicht bei tödlichen Schuss- oder Stichverletzungen.<sup>295</sup> Die Ermittlungsbehörden sind insoweit auf die freiwillige Mitarbeit seitens der Bürger angewiesen.<sup>296</sup>

Bei den vorsätzlichen Körperverletzungsdelikten, die mehr oder weniger „spontan“ aus einer singulären Situation heraus entstanden sind, geschieht dies in der Regel durch einen *Strafantrag* des Opfers. In der Praxis erfolgt dieser häufig schon direkt im Anschluss an die erste Sachverhaltserforschung seitens der zu einem „Code 096“ („Haus- oder Familienstreit“), „Code 103“ („Körperverletzung“) oder „Code 119“ („Schägerei“) herbeigerufenen Polizei vor Ort.<sup>297</sup> Insbesondere wenn die Verletzungen ärztlich behandelt werden mussten, kann der Strafantrag aber auch – mit einiger Zeitverzögerung – bei einer Polizeidienststelle, seltener auch bei der Staatsanwaltschaft oder beim Amtsgericht (vgl. § 158 Absatz 1 StPO) erfolgen.

In den Fällen regelmäßig wiederholter körperlicher Gewalt im sozialen Nahraum erfährt die Polizei hingegen oftmals erst durch eine *Strafanzeige* seitens Dritter, beispielsweise Zeugen von Gewalthandlungen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn), aufmerksam gewordenen Behörden (Schulen, Jugendämter, Familiengerichte) oder eben auch den mit dem Opfer befassten Ärzten von den möglicherweise vorliegenden Straftaten.<sup>298</sup> Dass in diesen Fällen nicht

---

<sup>293</sup> Im Bereich der allgemeinen Kriminalität wird in fast 95 Prozent der Fälle das Eingreifen durch Strafverfolgungsbehörden durch private Anzeigen angestoßen, für einen detaillierten Überblick vgl. Eisenberg, Ulrich: Kriminologie, § 26, Rdnr. 19ff.

<sup>294</sup> Zur Funktionsfähigkeit der Strafrechtspflege durch das Anzeigeverhalten der Gesellschaft: Koch, Arnd: Die „fahrlässige Falschanzeige“ - oder: Strafrechtliche Risiken der Anzeigeerstattung, S. 943ff.

<sup>295</sup> Vgl. nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 158, Rdnr. 6a. Die Verpflichtung zur Informierung der Ermittlungsbehörden besteht in Deutschland nur dann, wenn ein Kapitalverbrechen „noch abgewendet werden kann“, also noch gar nicht passiert ist (§ 138 Absatz 1 StGB). Lediglich bei vertretungsberechtigten Gemeindekrankenhäusern ist die Krankenhausleitung nach § 159 Absatz 1 StPO zur Meldung unnatürlicher Todesfälle verpflichtet.

<sup>296</sup> Das Ermittlungsverfahren wird erst aufgrund vorliegender tatsächlicher Anhaltspunkte für eine Straftat eingeleitet (§ 160 StPO, ähnlich auch die Regelung in § 170 uStPO), wobei der Anfangsverdacht in konkreten Tatsachen bestehen muss. In der Praxis sind zu diesem Zweck aber auch Vorermittlungen zulässig, etwa zur Klärung, ob die Anhaltspunkte für die Einleitung des Ermittlungsverfahrens ausreichen, vgl. hierzu Soiné, Michael: Ermittlungsverfahren und Polizeipraxis, S. 36f.

<sup>297</sup> Zu den polizeiinternen Zahlen- und Buchstabencodes vgl. Wecker, Sven-Erik: Polizeiliche Abkürzungen.

<sup>298</sup> Das Gesetz unterscheidet in § 158 StGB zwischen einer *Strafanzeige*, mit der der Anzeigeerstatter die Polizei, die Staatsanwaltschaft oder das Gericht lediglich über einen Sachverhalt in Kenntnis setzt und dadurch anregt, die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens zu prüfen, und einem *Strafantrag*, mit dem über eine bloße Wissensmitteilung hinaus das eigene Begehren nach Strafverfolgung deutlich wird, vgl. nur Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 39.

die Opfer, sondern Dritte tätig werden (müssen), liegt vor allem daran, dass die Opfer von Körperverletzungsdelikten aus dem sozialen Nahraum sehr häufig in einem sozialen und wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zum Täter stehen. Sie sind oftmals hin- und hergerissen zwischen der Angst vor erneuter Gewalt und dem Bedürfnis nach einer intakten Beziehung zu ihrem Peiniger und ziehen daher den Gang zur Polizei oft erst als allerletzten Ausweg in Betracht.<sup>299</sup>

Neben der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens aufgrund eines *Strafantrags* oder einer *Strafanzeige* können die Ermittlungsbehörden aber auch von sich aus, also *von Amts wegen* tätig werden, soweit sie Kenntnis von einer möglichen Straftat erlangen. Bei der Mehrzahl der Straftatbestände *müssen* die Staatsanwaltschaften bzw. die Behörden und Beamten des Polizeidienstes sogar tätig werden, da das *Legalitätsprinzip* (§§ 152 Absatz 2, 160, 163 StPO bzw. § 6 Absatz 1 uStPO) vorsieht, dass die Strafverfolgungsbehörden grundsätzlich schon beim bloßen Verdacht auf Straftaten einzuschreiten haben. Allenfalls bei einigen Bagatellstrafsachen – darunter aber auch die einfache Körperverletzung gemäß § 223 StGB – *können* die (deutschen) Strafverfolgungsbehörden auf die eigene Initiative verzichten und das Opfer auf den Strafantrag verweisen (sog. *Opportunitätsprinzip*).<sup>300</sup>

Bei *absoluten* Antragsdelikten ist der Strafantrag des Opfers sogar zwingende Voraussetzung für die Eröffnung eines Ermittlungsverfahrens. Allerdings gehören selbst die leichteren Körperverletzungsdelikte, die einfache Körperverletzung (§ 223 StGB) und die fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB) – zumindest in Deutschland – nicht hierzu.<sup>301</sup> In Ungarn ist hingegen zumindest die einfache Körperverletzung (§ 164 Abs. 2 uStGB) als absolutes Antragsdelikt ausgestaltet (§ 164 Abs. 10 uStGB). Die Ermittlungsbehörden können daher im Falle eines ausbleibenden Strafantrags allenfalls mit Blick auf eventuell einschlägige Sonderdelikte wie die sogenannte *Körperverletzung im Rahmen der Berufsausübung* (§ 165 uStGB) oder die *Misshandlung von schutzbefohlenen Minderjährigen* (§ 208 uStGB) tätig werden.<sup>302</sup>

---

<sup>299</sup> Zum Anzeigeverhalten bei Körperverletzungsdelikten im sozialen Nahraum und zur späteren Rücknahme bereits getätigter Strafanzeigen vgl. Müller, Katja: Aufgaben der Polizei bei Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, S. 563; Habschick, Klaus: Erfolgreich Vernehmen. Kompetenz in der Kommunikations-, Gesprächs- und Vernehmungspraxis, SS. 286ff, 293f.

<sup>300</sup> Das *Legalitätsprinzip* soll insbesondere den verfassungsrechtlichen Grundsatz der „Gleichheit vor dem Gesetz“ (Artikel 3 Abs. 1 GG bzw. Artikel XV uGG) absichern, das *Opportunitätsprinzip* beruht wiederum auf Zweckmäßigkeitgesichtspunkten, insbesondere auch der Konzentration der Strafverfolgungsorgane auf schwere Straftaten, an deren Aufklärung ein allgemein gesteigertes Interesse seitens der Gesellschaft besteht. Leichtere Kriminalität soll daher nur verfolgt werden, wenn das Opfer auch tatsächlich ein Interesse an der Strafverfolgung bekundet. Vgl. insgesamt Schulenburg, Johanna: Legalitäts- und Opportunitätsprinzip im Strafverfahren, S. 765ff.

<sup>301</sup> Die einfache Körperverletzung nach § 223 StGB und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB sind sog. *relative* Antragsdelikte, bei denen die Staatsanwaltschaft ihr Einschreiten nach Ermessen, nämlich nach den Grundsätzen eines *besonderen öffentlichen Interesses* entscheidet (vgl. Abschnitte 234 und 235 RiStBV).

<sup>302</sup> Vgl. insgesamt Bodor, Tibor / Csák, Zsolt / Máziné Szepesi, Erzsébet / Somogyi, Gábor / Szokolai, Gábor / Varga, Zoltán: Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. Évi XIX. törvényhez [Großkommentar zum Gesetz XIX/1998 über das Strafverfahren, § 173 Stichwort *magánindítvány* [Strafantrag].

## 2.1 Strafantrag und Strafanzeige durch Privatpersonen

In der Praxis erfolgt der Großteil der Strafanzeigen durch das Opfer selbst bzw. durch dessen Angehörige. Dass bei Körperverletzungen regelmäßig das Opfer die Initiative bei der Strafanzeige hat, ist gesetzlich gewollt und spiegelt sich nicht nur im Antragserfordernis des § 230 Absatz 1 StGB bzw. § 164 Absatz 10 uStGB wider. Gerade bei erwachsenen Opfern von Gewalt gebietet es das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, dass dieser grundsätzlich allein die Entscheidung trifft, ob er zu den Strafermittlungsbehörden geht, um ein Strafverfahren in Gang zu setzen und ob und in welchem Umfang er hierzu Krankenunterlagen einreichen bzw. die Ärzte von deren Schweigepflicht entbinden möchte.

Erfolgt ein Strafantrag seitens des Opfers, wird die Polizei gleich zu Beginn auch nach einer ärztlichen Dokumentation über die behaupteten Verletzungen fragen, oftmals unter dem Hinweis, dass andernfalls eventuell „später niemand mehr dem Opfer glauben“ würde.<sup>303</sup> In der Praxis suchen viele Opfer von Körperverletzungsdelikten überhaupt nur aus diesem Grund erst die Rettungsstelle oder einen niedergelassenen Arzt auf. Die klinische Erstdokumentation der erlittenen Verletzungen gelangt in diesen Fällen durch freiwillige Übergabe seitens des Opfers in die anzulegende Ermittlungsakte, zugleich entbindet das Opfer in der Regel die Ärzte und das medizinische Pflegepersonal von deren Schweigepflicht.

Auch private Dritte können medizinische Unterlagen über das Opfer, sofern sie überhaupt Zugriff auf diese haben sollten, grundsätzlich straffrei bei den Ermittlungsbehörden einreichen. Eine Strafbarkeit wegen der Verletzung von Privatgeheimnissen (§ 203 StGB, ähnlich auch § 223 uStGB) ergibt sich nur dann, wenn der Dritte in einer besonderen Rechtsbeziehung als *Berufsgeheimnisträger* (beispielsweise als Arzt, Rechtsanwalt oder Berater) zum Verletzten steht.<sup>304</sup> Die Straffreiheit der Weitergabe medizinischer Unterlagen ohne oder gegen den Willen des Patienten bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass diese im weiteren Strafverfahren auch uneingeschränkt verwendet und verwertet werden dürfen.

Ein Beweiserhebungsfehler kommt zwar von vornherein nicht in Betracht, wenn eine Privatperson unaufgefordert an die Ermittlungsbehörden herantritt und zum Zwecke einer Strafverfolgung (fremde) medizinische Unterlagen überreicht. Dies gilt unabhängig davon, ob die Unterlagen befugt oder unbefugt weitergegeben werden. Denn an einem rechtsstaatswidrigen Handeln seitens der Behörden fehlt es hier schon mangels hoheitlicher Maßnahme.

---

<sup>303</sup> Kritisch zu den möglichen Folgen einer Beschränkung auf rein formale Verfahrensabläufe: Behr, Rafael: Fremdsein und Vertrautwerden. Anmerkungen zur Beziehungsarbeit in der qualitativen Sozialforschung, S. 54.

<sup>304</sup> Eine abschließende Aufzählung der schweigeverpflichteten Berufsgruppen findet sich in § 203 Abs. 1 StGB. Die Entbindung von der Schweigepflicht, sei es ausdrücklich, konkludent oder dem mutmaßlichen Willen folgend, steht auch in diesen Fällen freilich allein dem Opfer, hier also dem Patienten selbst, zu, gegebenenfalls dessen gesetzlichem Vertreter. Dieses Recht ist grundsätzlich höchstpersönlich und unvererblich, vgl. schon RGSt. 71, S. 21 (S. 21); OLG Düsseldorf, NJW 55, S. 821; BayLSG München, Beschluss vom 06.04.1962 – L 7/S 13/60; zu den Anforderungen an eine Entbindung von der Schweigepflicht in der Praxis vgl. auch Fußnote 314 (S. 88).

Allerdings ist angesichts der Erheblichkeit der möglichen Grundrechtseinwirkungen für den Patienten, der vielleicht aus sehr guten Gründen nicht selbst zur Polizei gegangen ist und dessen Unterlagen nun ohne oder gegen seinen Willen weitergegeben wurden, die durchzuführende Verhältnismäßigkeitsprüfung sehr sorgfältig vorzunehmen. Dabei wird zunächst zu berücksichtigen sein, dass insbesondere im Vorermittlungsstadium die Anforderungen an die *Geeignetheit* eines Beweismittels noch nicht sehr hoch liegen. Da den Ermittlungsbehörden bewusst die Möglichkeit an die Hand gegeben werden soll, bei auffälligen Situationen etwas genauer hinzuschauen und weitere Beweise zu sammeln, genügt es hier grundsätzlich, wenn konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die eine verfolgbare Straftat „nach kriminalistischen Erfahrungen als möglich erscheinen lassen.“<sup>305</sup>

Bei der Abwägung der Persönlichkeitsrechte des Patienten gegen das Strafverfolgungsinteresse des Staates ist zwar grundsätzlich auch auf die Schwere der Straftat abzustellen. Zugleich machen aber die *Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren* (RiStBV) in ihren Abschnitten 234 und 235 sehr deutlich, dass selbst an der Strafverfolgung einer einfachen Körperverletzung (§ 223 StGB) ein hohes öffentliches Interesse bestehen kann, wenn Kindesmisshandlung, wiederholte, fremdenfeindliche oder häusliche Gewalt im Raume stehen.<sup>306</sup> Gerade um dies bestätigen oder ausschließen zu können, müssen die Ermittlungsbehörden aber in der Praxis auch einen zweiten und dritten Blick auf die Umstände werfen können dürfen, da aus kriminalistischer Erfahrung ein „einmaliges Ausrutschen der Hand“ im sozialen Nahraum selten vorkommt. Hinter leichteren Körperverletzungsdelikten verbirgt sich zudem häufig ein Kreislauf sich steigernder Gewaltintensität, weshalb bei Anhaltspunkten für wiederholte Gewalt regelmäßig auch eine gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB, explizit auch § 164 Absätze 4 und 6 uStGB) im Raum steht. Die Schwere der konkret zu ermittelnden Körperverletzung kann daher nicht ausschlaggebend sein.<sup>307</sup>

Auf der anderen Seite muss bei der Verwendung und Verwertung medizinischer Unterlagen im Vorfeld eines offiziellen Ermittlungsverfahrens besonders berücksichtigt werden, dass die Unterlagen für sich allein genommen häufig nicht allzu belastbar sind, sondern eben „nur“ Anhaltspunkte für weitere Ermittlungen bieten. Um die persönlichen Beziehungen und das soziale Ansehen der Betroffenen, sowohl des möglichen Opfers als auch des möglichen Täters, nicht unangemessen zu belasten, müssen weitere Ermittlungsmaßnahmen unter Umständen sehr diskret und behutsam erfolgen. In der Praxis wird diesem Umstand auch dadurch Rechnung

---

<sup>305</sup> Vgl. nur Meyer-Goßner, Lutz: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 152, Rdnr. 4 m.w.N.

<sup>306</sup> Nach den Abschnitten 234 und 235 RiStBV indizieren besonders rohe, leichtfertige, rassistische, fremdenfeindliche oder sonst menschenverachtende Handlungen ein besonderes öffentliches Interesse; darüber hinaus auch Kindesmisshandlungen und Handlungen gegenüber Opfern, denen aufgrund der persönlichen Nähe zum Täter ein Strafantrag nicht zugemutet werden kann.

<sup>307</sup> Zur Spirale der Gewaltintensität im Nahraum: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Mayer, Klaus: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 55f.

getragen, dass das Vorermittlungsstadium weitestgehend geheim ist, weshalb die medizinischen Informationen des Patienten nur einem sehr überschaubaren, verschwiegenheitspflichtigen Kreis zugänglich sind. Darüber hinaus können auch die Akteneinsichtsrechte des Verteidigers oder des nicht vertretenden Beschuldigten eingeschränkt werden, soweit schutzwürdige Interessen des Patienten entgegenstehen (§ 147 Absatz 7 StPO, so auch § 166 uStPO).

Medizinische Unterlagen, die durch Übergabe durch Privatpersonen ohne oder gegen den Willen des Patienten zum Gegenstand von Vorermittlungen bzw. bei der Entscheidung zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens herangezogen werden sollen, unterliegen vor diesem Hintergrund regelmäßig keinen Einschränkungen hinsichtlich Verwend- und Verwertbarkeit. Ein Beweisverbot – mangels verfolgbarer Straftat – besteht allenfalls dann, wenn die klinische Dokumentation objektiv keinerlei Aussagekraft hat oder wenn die aus den Unterlagen hervorgehenden Verletzungen offensichtlich selbst beigebracht oder fahrlässig verursacht wurden, ein entsprechender Strafantrag aber nicht vorliegt. Darüber hinaus ist von einem Beweisverbot im Vorermittlungsstadium auch dann auszugehen, wenn von vornherein offensichtlich ist, dass die in Frage stehenden Verletzungen das Resultat einer „nur“ einfachen Körperverletzung darstellen, ein Strafantrag nicht gestellt wurde und eine rohe, menschenverachtende oder wiederholte Gewalteinwirkung, insbesondere im sozialen Nahraum oder gegen Minderjährige, auszuschließen ist. An den mehrfachen Einschränkungen lässt sich schon erkennen, dass ein Beweisverbot für eingereichte Unterlagen im Stadium der Vorermittlungen in der Praxis quasi ausgeschlossen ist, zumindest aber eine sehr begründungsbedürftige Ausnahme darstellt.<sup>308</sup>

## **2.2 Strafanzeige und Weitergabe von Krankenunterlagen durch Berufsheimnisträger und Behörden**

In vielen Fällen werden die Strafverfolgungsbehörden auch von Behörden, Ärzten und anderen Berufsheimnisträgern eingeschaltet, d.h. von Personengruppen, die berufsbedingt mit dem Verletzten in Kontakt stehen und auf diese Weise Kenntnis von möglicherweise strafbarem Verhalten erlangt haben. Bei Fällen von Kindesmisshandlung sind dies neben den Ärzten typischerweise Erzieher und Lehrer, bei entsprechender Vorgeschichte auch die Jugendämter und Familiengerichte. Bei erwachsenen und älteren Opfern mischen sich in der Praxis wiederum Sozialämter und Pflegeeinrichtungen vermehrt ein. Den Aufgezählten ist gemein, dass sie hinsichtlich der ihnen berufsbedingt anvertrauten Sachverhalte grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Da die Opfer, egal ob minderjährig, erwachsen oder betagt, grundsätzlich auch selbst den Gang zu den Ermittlungsbehörden beschreiten könnten, ist fraglich, inwieweit die an sich Schweigeverpflichteten ihr Schweigen brechen dürfen sollen.

---

<sup>308</sup> So auch die Rechtsprechung, vgl. nur RhPfVerfGH, Urteil vom 24.02.2014 – VGH B 26/13 m.w.N.

## 2.2.1 Insbesondere: Ärztliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht spiegelt die Idee des modernen selbstbestimmten Patienten wider, der über die Ausübung seiner verfassungsrechtlich geschützten Persönlichkeitsrechte (insbesondere natürlich das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wie es in Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG oder in den Artikeln II und VI der ungarischen Verfassung niedergelegt ist) selbst entscheiden soll.<sup>309</sup> Sie reicht zeitlich schon auf den Eid des Hippokrates zurück und soll nicht weniger als das besondere Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und „seinem“ Patienten effektiv gewährleisten. Denn dieser wird nur im Vertrauen auf die absolute Verschwiegenheit des Arztes offen über sämtliche gesundheitlichen Beschwerden, selbst die intimsten, reden können.<sup>310</sup>

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber nahen Angehörigen des (volljährigen) Patienten und sie besteht auch nach dessen Tode fort.<sup>311</sup> In Deutschland ist sie sowohl standesrechtlich in den Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern entsprechend der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Musterberufsordnung satzungsrechtlich geregelt (dort: § 9 MBO-Ä) als auch strafrechtlich über die *Verletzung von Privatgeheimnissen* (§ 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB) geschützt.<sup>312</sup> Danach wird derjenige mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft, der unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm als Angehöriger eines bestimmten Heilberufes, unter anderem als Arzt oder Zahnarzt, anvertraut worden oder sonstwie bekanntgeworden ist. Unter den Geheimnisverrat fallen letztendlich sämtliche mit der Behandlung verbundenen Informationen und Angaben, die der Patient dem Arzt in Hinblick auf das bestehende Sonderverhältnis offenbart, einschließlich des Patientennamens selbst und der Tatsache, dass überhaupt ein Behandlungsverhältnis besteht.<sup>313</sup>

Straf- und Ermittlungsverfahren wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht kommen allerdings nur selten vor, denn in der Praxis werden die Ärzte regelmäßig durch eine ausdrückliche Einverständniserklärung (möglich ist aber auch eine konkludente oder

---

<sup>309</sup> Das ungarische Verfassungsgericht verweist bei der Auslegung des selbstständigen Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung im Wesentlichen auf das Volkszählungsurteil des BVerfG, vgl. nur die Entscheidungen des ungarischen Verfassungsgerichts ABH 1990, S. 42ff und ABH 1990, S. 88f; zum Grundrecht insgesamt vgl. Deszö, Márta / Somody, Bernadette: *Constitutional Law in Hungary*, S. 282f.

<sup>310</sup> So heißt es im 7. Abschnitt des Eides des Hippokrates: „Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.“ Nachweis bei Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: *Klinisches Wörterbuch*, Stichwort *Hippokratischer Eid*. Vgl. zum strafrechtlichen Bezug auch Herzog, Felix: *Hände weg von der ärztlichen Schweigepflicht*, S. 12.

<sup>311</sup> BGH, Urteil vom 31.05.1983 – VI ZR 259/81, vgl. auch § 203 Abs. 4 StGB.

<sup>312</sup> Sie macht sich weiterhin bemerkbar im Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nach den §§ 53, 53a StPO bzw. § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO, im Gutachtenverweigerungsrecht (§ 76 StPO) und im Beschlagnahmeverbot des § 97 StPO für ärztliche Unterlagen, die den Patienten als Beschuldigten eines Strafverfahrens betreffen.

<sup>313</sup> Insgesamt: Widmaier, Gunter / Erlinger, Rainer / Warntjen, Maximilian / Bock, Rolf-Werner: *Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung*, § 50, Rdnr. 129ff.

wenigstens mutmaßliche Einwilligung) des Patienten von der Schweigepflicht entbunden.<sup>314</sup> Aber auch in Fällen, in denen keine Einverständniserklärung des Betroffenen vorliegt, kann die Weitergabe von Patienteninformationen respektive von Krankenunterlagen im Rahmen von gesetzlichen Anzeigepflichten und -befugnissen sowie unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstands (strafrechtlich über § 34 StGB, standesrechtlich über § 9 Absatz 2 MBO-Ä) gerechtfertigt sein, wenn es etwa um die Abwendung ernster Gefahren für Leib oder Leben geht.

In Ungarn, das in seinem Gesetz LXXXIV/2003<sup>315</sup> zunächst sehr detailliert das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt und den Umgang mit personenbezogenen Daten für die im Gesundheitswesen Beschäftigten regelt (vgl. die §§ 5 Absatz 2, 24 Absatz 8 und § 25 Gesetz LXXXIV/2003) und darüber hinaus grundsätzlich die Strafbarkeit für die Offenbarung von Geheimnissen vorsieht, die im Rahmen der Berufsausübung bestehen (§ 223 uStGB), gibt es hingegen umfangreiche Meldepflichten für das medizinische Personal. So besteht in Fällen potenzieller Kindesmisshandlung eine Meldepflicht gegenüber den Jugendämtern, in Fällen von schweren Körperverletzungen gegenüber der Polizei.<sup>316</sup>

Insbesondere wenn die Entscheidungsfähigkeit des unmittelbaren Opfers eingeschränkt ist, etwa aufgrund des Alters, des geistigen Zustands oder der sozialen Abhängigkeit zum Täter, kann es gute Gründe geben, nicht allein dem Opfer oder dessen gesetzlichem Vertreter das Zepter des weiteren Handelns zu überlassen. Denn zum einen trägt der Aspekt der Selbstbestimmung dann nicht, wenn das Opfer nur bedingt einsichtsfähig ist, zum anderen möchte man die rechtliche Verantwortung für das weitere Schicksal von beispielsweise Misshandlungsfällen an Minderjährigen oder Alten nicht immer denjenigen Personen überlassen, die statistisch gesehen sehr häufig dem Täterkreis zuzurechnen sind. Vor diesem Hintergrund dürfen bestimmte Behörden und Privatpersonen, die an sich der Schweigepflicht unterliegen, auch ohne (oder gegen den) Willen des Opfers Anzeigen gegenüber den Ermittlungsbehörden erstatten und in diesem Rahmen auch Krankenunterlagen weitergeben. Besonders deutlich wird dies, wenn es eben um Gewalt gegen Minderjährige geht, die regelmäßig nicht nur aufgrund ihres Alters, sondern auch wegen ihrer sozialen Abhängigkeit zu ihren Peinigern besonders der Hilfe von außen bedürfen.

---

<sup>314</sup> Das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht ist grundsätzlich höchstpersönlich und unvererblich, vgl. schon RGSt. 71, S. 21 (S. 21); OLG Düsseldorf, NJW 55, S. 821; BayLSG München, Beschluss vom 06.04.1962 - L 7/S 13/60. Fehlt den Patienten hingegen die natürliche Einsichtsfähigkeit, muss nach der hier vertretenen Ansicht grundsätzlich der gesetzliche Vertreter einwilligen. Bei Notfällen, fehlender Einsichtsfähigkeit oder Bewusstlosigkeit des Patienten kann der Arzt zudem auch nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten handeln. Bei länger anhaltender Einwilligungsunfähigkeit muss wiederum ein Verfahren zur Bestellung eines Betreuers eingeleitet werden. Vgl. nur Kaiser, Günther: Genügen die deutschen Regelungen zur Rolle des Arztes bei der Vorbeugung von Mißhandlungen durch Polizei und Strafvollzugspersonal den europäischen Anforderungen, S. 107; Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Trück, Thomas, Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 81c, Rdnr. 62.

<sup>315</sup> 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről [Gesetz LXXXIV aus dem Jahr 2003 über die Beschäftigung im Gesundheitswesen]

<sup>316</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen im sich anschließenden Abschnitt 2.2.2. (S. 89ff).



## 2.2.2 Anzeige- und Meldebefugnisse bei Kindesmisshandlung

Zum Schutz von Minderjährigen haben auch in Deutschland der Bund und die Länder auf mehreren Ebenen Anzeige- und Meldepflichten bzw. Meldebefugnisse gesetzlich verankert. Diese fangen an bei speziellen, landesrechtlich geregelten Meldepflichten für Erzieher und Lehrer und enden bei den bundesweit geltenden Regelungen nach dem Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) für Angehörige von Heilberufen.<sup>317</sup> Die Regelungen kollidieren regelmäßig mit den jeweils geltenden beruflichen Verschwiegenheitspflichten, die auch strafrechtlich, nämlich durch den Straftatbestand der *Verletzung von Privatgeheimnissen* (§ 203 StGB) strafbewehrt sind. Für Lehrer und Erzieher können sich diese Verschwiegenheitspflichten aus dienstrechtlichen Vorschriften über den Umgang mit den im Rahmen ihrer Amtsausübung erlangten Informationen ergeben (§ 203 Absatz 2 Nr. 1 StGB, in Ungarn sogar mit einem eigenen Zeugnisverweigerungsrecht einhergehend, vgl. § 82 Abs. 1 c) uStPO i.V.m. § 42 des Gesetzes CXC/2011<sup>318</sup>). Informationen dürfen danach grundsätzlich nur gegenüber den betroffenen Schülern, deren Eltern oder der Schulleitung weitergegeben werden.<sup>319</sup> Bei Ärzten ergibt sich die Schweigepflicht hingegen direkt aus § 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB (bzw. § 223 uStGB).

*De facto* wird das geschützte (medizinisch und körperlich intimere) Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten höher gewertet als das (in erster Linie „nur“ soziale) Verhältnis zwischen dem Pädagogen und seinem Schüler. Dieser kann zwar soziale Auffälligkeiten und Veränderungen sehr zeitnah mitbekommen und seine Schützlinge vertrauensvoll ansprechen. Fachwissen zum Erkennen von Kindesmisshandlung, geschweige denn den konkreten Gesundheitszustand des Kindes kennt er aber nur begrenzt. In der Praxis besteht daher das Dilemma, dass Pädagogen, die „nah am Opfer“ sind (und je nach Bundesland zur Meldung von Verdachtsfällen ausdrücklich verpflichtet sind) häufig über zu wenig medizinische Expertise verfügen, um einen auffälligen Sachverhalt richtig einschätzen zu können. Die Ärzte hingegen, die sowohl über die notwendige Expertise als auch über den konkreten Gesundheitszustand eines möglicherweise zum Opfer gewordenen Kindes wissen, unterliegen wiederum – zumindest in Deutschland – keiner gesetzlichen Meldepflicht.<sup>320</sup>

---

<sup>317</sup> Vgl. beispielsweise die Landesschulgesetze von Brandenburg (§ 4 Absatz 3 BrbSchulG), in Bayern (Art. 31 Absatz 1 BayEUG) und Nordrhein-Westfalen (§ 42 Absatz 6 NRWSchulG), die sehr weitgehende Informationspflichten, etwa durch die „rechtzeitigen Einbeziehung des Jugendamtes“ (Brandenburg) statuieren, „wenn Tatsachen bekannt werden, die darauf schließen lassen, dass das Wohl einer Schülerin oder eines Schülers ernsthaft gefährdet oder beeinträchtigt ist“ (Bayern).

<sup>318</sup> 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről [Nationales Bildungsgesetz CXC aus dem Jahr 2011].

<sup>319</sup> Lehrern obliegt es in ihrer Funktion als Beamte bzw. Tarifbeschäftigte, über die ihnen im Rahmen ihrer amtlichen Tätigkeit bekannt gewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit zu bewahren; entsprechende Privat-, Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse sind ihnen damit als *Amtsträger* i.S.v. § 203 Absatz 2 Nr. 1 i.V.m. § 11 Absatz 1 Nr. 2 StGB anvertraut.

<sup>320</sup> Für Angehörige von Heilberufen besteht zumindest eine Meldebefugnis gegenüber den Jugendämtern (§ 4 Absatz 2 und Absatz 3 BKSchG) soweit sie in Ausübung ihrer Tätigkeit Hinweise auf die Gesundheitsgefährdung von Kindern oder Jugendlichen erhalten, vgl. nur Fußnote 205 (S. 56). Der höhere Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses in Deutschland zeigt sich auch im Zeugnisverweigerungsrecht und im Beschlagnahmeverbot der §§ 53, 97 StPO.



Ein praktischer Aspekt verschlimmert diese Ausgangslage sogar noch: Während sich Pädagogen ihrer Verschwiegenheitspflicht oftmals gar nicht bewusst sind, besteht bei Ärzten aus Sorge vor straf- oder berufsrechtlichen Konsequenzen für Verletzungen der ihnen sehr gut vertrauten Schweigepflicht häufig ein erhebliches Maß an Rechtsunsicherheit, was mit dazu beitragen mag, dass bei vorhandenen Symptomen nicht genug hingeschaut oder sich nicht aktiv genug eingeschaltet wird.<sup>321</sup>

Dabei gilt für beide Berufsgruppen, dass sie letztendlich zumindest eine *Meldebefugnis* gegenüber den Jugendämtern haben (sei es über die landesrechtlichen Schulgesetze, sei es über die bereits in Abschnitt 2.2.2.2.4 des zweiten Kapitels behandelte Regelung des § 4 BKiSchG), in deren Rahmen sie auch vorhandene Krankenunterlagen weiterreichen dürfen. Die Jugendämter sind grundsätzlich auch die richtige Adresse, wenn es darum geht, mit den erforderlichen Experten ein Gefährdungsrisiko für den Minderjährigen einzuschätzen, gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten Hilfsangebote zu entwickeln oder gegebenenfalls über die Familiengerichte auch juristische, insbesondere auch strafrechtliche Schritte einzuleiten.<sup>322</sup>

Die Rechtsgrundlage hierfür bietet wiederum § 8a SGB VIII, der den Jugendämtern weitreichende Befugnisse einräumt, wenn es etwa um die Unterstützung der Erziehungsberechtigten geht, der zugleich aber auch deutlich macht, dass die Jugendämter gegebenenfalls auf die Mithilfe der Erziehungsberechtigten nicht zwingend angewiesen sind. So können sie das Familiengericht bei mangelnder Kooperation der Erziehungsberechtigten notfalls auch ohne diese einschalten und bei bestehender Gefahr im Verzug alternativ auch unter Zuhilfenahme von Polizei- und weiteren Ordnungsbehörden zum Schutze des Minderjährigen tätig werden.<sup>323</sup>

Die Meldebefugnis respektive Meldepflicht umfasst dabei eine hinreichende Informierung des

---

<sup>321</sup> Auf diesen Umstand verweist Herrmann, Bernd: Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlungen, S. 454f.

<sup>322</sup> Der Weg erfolgt auch hier über die Landesschulgesetze (Lehrer, Erzieher) bzw. das Bundeskinderschutzgesetz (Ärzte, Heilberufe), wonach sich die Beteiligten zunächst an die zuständigen Jugendämter wenden müssen, die wiederum Kontakt mit dem Familiengericht aufnehmen können, das die notwendigen juristischen Kenntnisse zur strafrechtlichen Einordnung des Sachverhalts aufweist.

<sup>323</sup> Die Kompetenzen des Jugendamtes ergeben sich im Wesentlichen aus

**§ 8a SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung**

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. [...] Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen [...] Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

Jugendamtes, zumindest in pseudonymisierter Form dürfen Ärzte dabei auch relevante Krankenunterlagen weitergeben.<sup>324</sup>

Auch in Ungarn gibt es eine nationale Regelung zur Weitergabe von Patientendaten an den nationalen Kinderfürsorgedienst [*gyermekjóléti szolgálat*], wenn der Verdacht einer Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung besteht (§ 24 Absatz 3 Gesetz XLVII/1997). Nach dieser Regelung sind Gesundheitsdienstleister, vor allem auch Pflegedienste, Haus- und Kinderärzte sogar ausdrücklich verpflichtet, eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls zu melden (§ 17 Absätze 1 und 2 Gesetz XXXI/1997 i.V.m. § 24 Absatz 2 Gesetz XLVII/1997).<sup>325</sup> Die Folgen sind – im Dienste eines effektiven Minderjährigenschutzes – sehr weitreichend. Im weiteren Verfahren können die Behörden vom Arzt zunächst die Herausgabe aller relevanten Krankenunterlagen auch gegen den Willen des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters verlangen (§ 23 Gesetz XLVII/1997). Dieses Herausgabeverlangen durchbricht die ärztliche Schweigepflicht aus den §§ 24 und 25 Gesetz LXXXIV/2003 und stellt zugleich eine tatbestandsausschließende Rechtfertigung im Rahmen der *Verletzung von Privatgeheimnissen* (§ 223 uStGB) dar.<sup>326</sup> Es hebt zudem das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes aus § 82 Absatz 1 c) uStPO auf, wodurch mittelbar auch der Beschlagnahmeschutz im Rahmen von etwaigen Durchsuchungsmaßnahmen (§ 152 Absatz 4 uStPO) entfällt.<sup>327</sup>

Die gleichen Folgen werden auch von der allgemein bestehenden Meldepflicht bezüglich schwerer Körperverletzungen (§ 164 Absatz 3 uStGB) ausgelöst, die nach dem ungarischen Recht (lediglich) eine Verletzung voraussetzt, die eine Verheilungsdauer von mehr als 8 Tagen indiziert.<sup>328</sup> Hat ein – nicht notwendigerweise *minderjähriger* – Patient eine solche Verletzung (typischerweise Frakturen, tiefere Fleischwunden etc.) erlitten, muss der Arzt die Personendaten der Polizei melden (§ 24 Absatz 1 Gesetz XLVII/1997), die dann über das weitere Vorgehen entscheidet. Auch hier wird der Arzt in der Praxis zur Herausgabe der Krankenunterlagen nach § 23 Gesetz XLVII/1997 verpflichtet werden. Die mittelbaren Folgen hinsichtlich der Verletzung von Privatgeheimnissen, dem Zeugnisverweigerungsrecht und dem Beschlagnahmeschutz von Krankenunterlagen ergeben sich dann wiederum aus dem Gesetz.

---

<sup>324</sup> So schon § 4 Absatz 3 BKiSchG, aber auch die Handlungsanweisungen der Bundesärztekammer, vgl. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.v. (Hrsg.): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, S. 9

<sup>325</sup> Vgl. auch die Ausführungen im obigen Abschnitt 2.2.2.4 des zweiten Kapitels (S. 55ff). Insgesamt: Hanti, Péter: Kommentár az egészségügyi adatvédelmi törvényhez törvényhez [Kommentar zum Gesetz über den Datenschutz im Gesundheitswesen], § 23, Abschnitt 3ff.

<sup>326</sup> § 223 uStGB stellt ausdrücklich nur die Offenbarung „ohne rechtfertigenden Grund“ unter Strafe.

<sup>327</sup> Das Zeugnisverweigerungsrecht entfällt, soweit der Verschwiegenheitsverpflichtete nach Maßgabe eines anderen Gesetzes (hier: § 23 Gesetz XLVII/1997) zur Offenbarung verpflichtet wurde; der Beschlagnahmeschutz richtet sich wiederum nach der Zeugnisverweigerungsberechtigung.

<sup>328</sup> Zur Unterscheidung der Qualifikationstatbestände von Körperverletzungsdelikten in Ungarn vgl. Belovics, Ervin / Busch, Béla / Molnár, Gábor Miklós: Büntetőjog II, különös rész [Strafrecht II, Besonderer Teil], § 164, Abschnitt 3, (S. 109ff).

Durch die rechtliche Verpflichtung zur Meldung kann das medizinische Pflegepersonal naturgemäß zu einem besseren Problembewusstsein für Kindesmisshandlung herangezogen werden. Auch in Deutschland gibt es Fälle, in denen ein weiteres Zuwarten oder der Umweg über das Jugendamt und das Familiengericht nicht angebracht ist. Dies gilt insbesondere bei schweren und schwersten Verletzungen des Minderjährigen, bei denen die vorgetragenen Angaben zur Verletzungsentstehung nicht nachvollziehbar sind, bei klaren Hinweisen auf wiederholte Misshandlung oder bei einer akuten möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung von Eltern und Geschwistern. Mit Blick auf die Kindeswohlgefährdung, aber auch aus (präventiven) Strafermittlungszwecken kann es hier geboten sein, schon frühzeitig die Polizei direkt einzuschalten, um letztendlich weitere Misshandlungen zu verhindern.

Als Rechtsgrundlage kommt hierfür der *rechtfertigende Notstand* (§ 34 StGB) in Betracht, der auch in der einschlägigen medizinischen Literatur regelmäßig herangezogen wird, wenn auch unter verkürzter Darstellung. Anders als es etwa die Leitfäden der Bundes- und Ärztekammern nahelegen, enthält diese Vorschrift keinen pauschalen Rechtfertigungstatbestand soweit das geschützte Rechtsgut (in diesem Fall das Kindeswohl) höher als das beeinträchtigte Rechtsgut (der persönliche Lebens- und Geheimbereich des Patienten) zu werten ist.<sup>329</sup> In der Praxis greift die Rechtsfolge aber zumindest dann, wenn es sich bei den gefährdeten Personen um minderjährige oder hilflose (*nicht einsichtsfähige*) Personen handelt.

Anders als das ungarische Pendant zum rechtfertigenden Notstand (§ 23 Absatz 1 uStGB) ist die Regelung des § 34 StGB komplex<sup>330</sup>, was mit dazu beitragen mag, dass bei den Ärzten eine erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Datenweitergabe besteht. In der Praxis führt dies nicht selten zu einem überlangen Abwarten, Verschieben der Verantwortung oder gar Unterlassen möglicher Hilfeleistung.<sup>331</sup> Tatsächlich kann der rechtfertigende Notstand die Verletzung der Schweigepflicht (d.h. die *Verletzung von Privatgeheimnissen* im Sinne des § 203 StGB) gegenüber der Polizei nur dann rechtfertigen, wenn die Verletzung zur Rettung des anderen begangen wird, die (gegenwärtige) Gefahr nicht anders abwendbar ist und „das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.“<sup>332</sup>

---

<sup>329</sup> Vgl. die pauschale Annahme „Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung das höhere Rechtsgut“ bei den Handlungsanweisungen der Bundesärztekammer, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Hrsg.): *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken* (S. 9) oder bei Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: *Basiswissen Rechtsmedizin*, S. 19.

<sup>330</sup> Das Gesetz statuiert in § 34 StGB: **Rechtfertigender Notstand**

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

<sup>331</sup> Dies gilt insbesondere in Fällen von sexuellem Missbrauch, vgl. Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg M.: *Informationsweitergabe im Kinderschutz*, S. 110 m.w.N.

<sup>332</sup> Ausführlich zu den konkreten Voraussetzungen des § 34 StGB: Fischer, Thomas: *Kommentar zum Strafgesetzbuch*, § 34 Rdnr. 3ff. Die entsprechende ungarische Regelung in § 23 Absatz 1 uStGB setzt anders

Es bedarf dabei gerade keiner pauschalen Abwägung der betroffenen *Rechtsgüter* (vorliegend zwischen der körperlichen Unversehrtheit und Gesundheit des Kindes und dem persönlichen Lebens- und Geheimbereich desselbigen, mittelbar auch dem allgemeinen Vertrauen in bestimmte Berufsgruppen<sup>333</sup>), sondern einer sorgfältigen Abwägung der *Interessen* im konkreten Einzelfall sowie wiederum der *Geeignetheit, Erforderlichkeit* und *Angemessenheit* der konkreten Maßnahme. Mit dem Abstellen auf eine *Interessenabwägung* muss allerdings insbesondere auch der konkrete Grad der den Rechtsgütern drohenden Gefahren und die konkrete Situation der Beteiligten berücksichtigt werden.<sup>334</sup>

Natürlich wird auch bei einer solchen *Interessenabwägung*, vor allem bei Fällen erheblicher körperlicher Misshandlung, regelmäßig das gefährdete Kindeswohl (letztendlich Leib und Leben) ganz wesentlich überwiegen. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein Minderjähriger nur bedingt einsichtsfähig ist und der Interessenlage eines eventuell zustimmungspflichtigen gesetzlichen Vertreters vor dem Gesagten keine überragende Rolle zukommen kann. Zudem werden die Daten zunächst nur einem überschaubaren Kreis von Amtspersonen bekannt, die ihrerseits der Geheimhaltungspflicht unterliegen. Bei Kindesmisshandlung besteht letztendlich auch wegen der nicht ausschließbaren Gefahr der Wiederholung ein gewisses Interesse, schnell und effektiv zu handeln, so dass sich der direkte Gang zur Polizei schnell als *geeignete* Maßnahme herausstellt.

Probleme stellen sich eher auf der Ebene der *Erforderlichkeit* und *Angemessenheit* der Maßnahme, d.h. bei der Frage, ob die Einschaltung der Polizei auch gegen den Willen des Opfers wirklich *alternativlos* ist. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass gerade minderjährige Opfer oft nicht in der Lage sind, selbst rechtzeitig Abhilfe zu schaffen und der Bruch der Schweigepflicht gegenüber den Strafverfolgungsbehörden oft *de facto* ein vergleichsweise mildes Mittel ist, um die Gefahr effektiv abzuwenden, zumindest dann, wenn Gespräche mit den Erziehungsberechtigten nicht erfolversprechend sind.<sup>335</sup>

Das gilt insbesondere dann, wenn durch ein weiteres Zuwarten, etwa durch die vorgelagerte Rücksprache mit dem Jugendamt, eine konkrete Gesundheitsgefahr für den Minderjährigen nicht (mehr) rechtzeitig ausgeschlossen werden kann. Zwar können die Maßnahmen seitens der Strafverfolgungsbehörden, wenn das Verfahren einmal in Gang gesetzt wurde, mitunter sehr einschneidend sein. Auf der Waagschale liegt aber das Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit von Minderjährigen, das in unserer Gesellschaft einen besonders hohen Schutz genießt.

---

als die deutsche eine Unmittelbarkeit zwischen Notstandslage und Notstandshandlung voraus, weshalb sie in der Praxis nicht greift, vgl. Magyar Büntetőjog – Kommentár a gyakorlat számára [Ungarisches Strafrecht – Kommentar für die Praxis], § 23, S. 130.

<sup>333</sup> Zum Rechtsgüterschutz des § 203 StGB, insbesondere zum Allgemeininteresse des allgemeinen Vertrauens und der Funktionsfähigkeit von Berufen vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 203, Rdnr. 2 m.w.N.

<sup>334</sup> Vgl. insgesamt Zieschang, Frank: Der rechtfertigende und der entschuldigende Notstand, S. 682.

<sup>335</sup> Vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 34 Rdnr. 9.

Wenn man berücksichtigt, dass Fälle von Kindesmisshandlung regelmäßig mit einer Wiederholungs- bzw. Dauergefahr einhergehen, häufig sogar verbunden mit einer sich steigernden Gewaltintensität, wird die Abwägung in der Praxis regelmäßig zu Gunsten des Kindeswohls ausfallen müssen.<sup>336</sup>

Auch wenn die Rechtsprechung bisher keine konkreten Abstufungskriterien entwickelt hat, ab welcher Verdachtsstufe, welchem Grad der Gesundheitsgefahr innerhalb welchen Zeitraums eine Meldung angebracht sein könnte, was die Rechtsunsicherheit gerade bei Ärzten zusätzlich erhöht<sup>337</sup>, kann man zumindest festhalten, dass im Zweifel der Kinderschutz überwiegt und der Rechtfertigungstatbestand des § 34 StGB greift. Ohnehin befinden sich die Betroffenen strafrechtlich auf einer relativ sicheren Seite. Denn selbst wenn die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstands im konkreten Fall tatsächlich nicht vorliegen sollten, Amtsträger und Ärzte also voreilig und unbegründet ihre Schweigepflicht gebrochen haben sollten, blieben sie nach den Grundsätzen des Erlaubnistatbestandsirrtums (§ 16 Absatz 1 StGB analog) respektive des Verbotsirrtums (§ 17 StGB) grundsätzlich straffrei.<sup>338</sup>

Die Diskussion um die Verletzung der amtlichen oder ärztlichen Schweigepflicht in der Praxis ist demnach ein Stück weit auch rein akademischer Natur. Aufmerksamkeit verdienen in diesem Zusammenhang aber auch die teilweise seitens der Ärzteschaft vorgetragenen Bedenken: die Ärzte sollten sich nicht als Hilfslinger der Staatsanwaltschaft betätigen und dadurch die professionellen Aufgabengebiete *Hilfebeziehung* und *Ermittlungstätigkeit* nicht unnötig vermischen, insbesondere, wenn dadurch berufsethische Prinzipien wie der Vertrauensschutz und die ärztliche Schweigepflicht grundsätzlich in Frage gestellt würden.<sup>339</sup> Zum einen würde hierdurch das auch Kindern und Jugendlichen zustehende Recht auf Geheimhaltung vertraulicher Informationen untergraben, zum anderen könne die „Aushöhlung des besonders schutzwürdigen Vertrauensverhältnisses“ unter Umständen dem Kinderschutz einen Bärendienst erweisen: nämlich dann, wenn Eltern aus mangelndem Vertrauen oder Furcht vor ärztlichem Handeln ihre Kinder erst gar nicht mehr zum Arzt bringen.<sup>340</sup>

Zumindest das Beispiel Ungarns zeigt wiederum, dass eine umfassende Meldepflicht und Meldepraxis grundsätzlich funktionieren kann.

---

<sup>336</sup> Zur Dauergefahr von Kindesmisshandlung vgl. Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, S. 234.

<sup>337</sup> Hierzu auch: Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg M.: Informationsweitergabe im Kinderschutz, S. 110ff.

<sup>338</sup> Beim *Nichtvorliegen* einer gegenwärtigen Gefahr für das Kindeswohl entfielen nach der eingeschränkten Schuldtheorie letztendlich der Schuldvorwurf analog § 16 Absatz 1 StGB, die fahrlässige Begehung des § 203 StGB gibt es wiederum nicht. Bei der *falschen Bewertung* bzgl. der Erforderlichkeit der Offenbarung griffe mit Blick auf die unklare Rechtslage wiederum der Schluß nach § 17 StGB. Zu beidem: Schöнке, Adolf / Schröder, Horst / Eser, Albin: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 16 Rdnr. 16ff und § 17, Rdnr. 23ff.

<sup>339</sup> Insgesamt: Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg M.: Informationsweitergabe im Kinderschutz, S. 112f.

<sup>340</sup> Vgl. Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg M.: a.a.O., die darauf verweisen, dass nur durch den prinzipiellen und effektiven Schutz des Vertrauensverhältnisses letztendlich gewährleistet werden kann, „dass Helfern Informationen anvertraut werden, die den Schutz von Kindern überhaupt erst ermöglichen“; vgl. auch Hadert-hauer, Christine / Duttge, Gunnar: Befreiung von der Schweigepflicht zu Gunsten des Kinderschutzes?, S. 159.

Eine Meldung von Kindesmisshandlung gegenüber den Ermittlungsbehörden erfolgt dabei entgegen vieler unglücklich formulierter Handlungsleitfäden gerade nicht in *repressiver* Absicht, also primär zu Zwecken der Strafverfolgung, sondern allein aus *präventiven* Gründen, nämlich zur Verhinderung weiterer, zu einem gewissen Maße auch wahrscheinlicher Miss-handlungen.<sup>341</sup> Somit lassen sich die meldewilligen Mediziner gerade nicht vor den Karren der Ermittlungsbehörden spannen. Es ist zudem fragwürdig, ob in der Praxis tatsächlich ein besonders schutzwürdiges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht, wenn sich diese unter Umständen nur wenige Minuten im Rahmen einer Routinebehandlung begegnen.

Was in Deutschland zweifelsfrei besteht, ist das grundsätzliche Vertrauen des Patienten darin, dass seine Daten insgesamt vertraulich bleiben und dass er ohne Bedenken einen Arzt aufsuchen kann, ohne gleich an die Behörden gemeldet zu werden. Die aktuelle Diskussion um eine von ärztlichen Berufsverbänden geforderte – ausdrücklich geregelte – straffreie Offenbarung auf bloßen Verdacht hin (wortwörtlich aufgrund eines sogenannten „Bauchgefühls“<sup>342</sup>) hätte es in Deutschland damit ungleich schwerer. Schon die derzeitige Praxis mit der erforderlichen Abwägung ist eine sehr sensible und im Einzelfall zu entscheidende Herausforderung, bei der eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle spielt: die Schutzbedürftigkeit des Minderjährigen (neben Alter und Einsichtsfähigkeit insbesondere auch dessen soziale Abhängigkeit); die Garantens-tellung des Arztes gegenüber „seinem“ Patienten, ihr besonderes Vertrauensverhältnis; die Kooperationsbereitschaft der Eltern; die Wahrscheinlichkeit, Schwere und akute Gefahr für weitere Misshandlungen und die Alternativlosigkeit zum sofortigen Offenbaren.

Anders als die anonyme Hinzuziehung der Jugendämter auf Grundlage der Landesschulgesetze oder des relativ neuen BKiSchG wird die direkte Anzeige bei den Strafermittlungsbehörden auf Grundlage des § 34 StGB daher wohl auch weiterhin in einem juristischen Graubereich bleiben, was die Rechtsunsicherheit gerade unter den Ärzten bestehen lassen dürfte. Immerhin: für eine *strafrechtliche* Bewertung eröffnet gerade die uneindeutige Rechtslage bei der Verletzung von Schweigepflichten, die allein zur Schützung des Kindeswohls erfolgt, den Ausweg über den Erlaubnistatbestands- bzw. den Verbotsirrtum. *De facto* hat dies den zu begrüßenden Effekt, dass bei Fällen von Kindesmisshandlung im Zweifel schon aufgrund einer nicht ausschließbaren Wiederholungsgefahr eine Durchbrechung der beruflichen Schweigepflicht gegeben ist.<sup>343</sup> In diesem Rahmen können die Handelnden, in der Praxis natürlich vor allem die Angehörigen medizinischer Berufe, auch relevante Krankenunterlagen weiterreichen.

---

<sup>341</sup> Die von der Bundesärztekammer veröffentlichten Empfehlungen für Kinderschutz verweisen beispielsweise in diesem Zusammenhang etwas undifferenziert darauf, die „Polizei frühzeitig einzuschalten, um eine kriminalistische Ermittlung nicht zu verzögern“. Ein Einschalten der Polizei sei auch dann „immer notwendig, wenn [...] geboten scheint, sofort eine Spurensicherung im häuslichen Umfeld zur Verhinderung weiterer Straftaten durchzuführen, zur Sicherstellung von Suchtmitteln, Wäschestücken oder Waffen, Überprüfung unmittelbarer Tatbestände [...]“, vgl. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Hrsg.): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, S. 6.

<sup>342</sup> Mit dem Aufruf „Der Arzt soll sich straffrei zum Anwalt der Kinder machen“ wird u.a. eine Änderung des § 203 StGB gefordert; vgl. Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg: Informationsweitergabe im Kinderschutz, S. 112.

<sup>343</sup> *Standesrechtlich* gilt entsprechend die jeweilige Regelung zum insoweit weiter reichenden § 9 Absatz 2 MBO.

### 2.2.3 Anzeige- und Meldebefugnisse bei Körperverletzungsdelikten an Erwachsenen

Es liegt in der Natur der Sache, dass es behördliche oder ärztliche Meldebefugnisse, wie sie in den deutschen Landesschulgesetzen oder im BKiSchG statuiert sind, bei erwachsenen Gewaltopfern, die sich beispielsweise Pflegekräften anvertrauen, den Gang zu den Ermittlungsbehörden aber scheuen, gerade nicht gibt. Und auch die Interessenabwägung im Rahmen einer möglichen Rechtfertigung einer Meldung nach § 34 StGB unterliegt ungleich höheren Anforderungen, wenn die Opfer volljährig sind und damit grundsätzlich als einsichtsfähig und sozial unabhängig genug anzusehen sind, Entscheidungen über das strafrechtliche Schicksal erlittener Verletzungen selbst zu treffen.<sup>344</sup>

Mangels besonderer Schutzbedürftigkeit sind folgerichtig auch die im Rahmen von § 34 StGB zu bekämpfenden gegenwärtigen Gefahren letztendlich „anders“, nämlich durch das Opfer selbst, abwendbar. Dies führt in der Praxis zu der paradoxen Situation, dass ausgerechnet jene Opfergruppen, die ohnehin nur noch wenige Sozialkontakte haben (Opfer von Partnergewalt und hochbetagte Menschen), geschweige denn professionelle Unterstützung von staatlichen Institutionen wie den Jugendämtern erwarten dürfen, mit dem Verweis auf ihr Selbstbestimmungsrecht weitgehend allein gelassen werden.<sup>345</sup>

Natürlich wird mit abnehmender Einsichtsfähigkeit des Opfers, etwa mit zunehmender Senilität, auch die Anwendbarkeit des § 34 StGB als Rechtfertigungstatbestand für eine – dann unter Umständen wieder – gebotene Notstandshandlung wieder in den Bereich des Möglichen rücken. Insgesamt halten sich allerdings die Fälle direkter Einschaltung der Ermittlungsbehörden durch Altenpfleger und andere Berufsgeheimnisträger eher in einem überschaubaren Rahmen. Und auch die Anzahl der in der Rechtsprechung anerkannten Fälle von ärztlichen Offenbarungsbefugnissen gegen den Willen eines volljährigen (einsichtsfähigen) Patienten ist gering. Die wenigen anerkannten Fälle, in denen Behörden und Ärzte auf Grundlage des § 34 StGB ihre Schweigepflicht als gebotene Notstandshandlung verletzen durften, beziehen sich zumeist auf Situationen, in denen die Gefahr einer Körperverletzung nicht *gegenüber* dem

---

<sup>344</sup> Was natürlich nicht heißt, dass die Entscheidung über die Strafverfolgung von Körperverletzungsdelikten tatsächlich allein beim Opfer liegt: die *gefährliche* und die *schwere Körperverletzung* (§§ 224, 226 StGB, aber auch § 164 Absätze 3ff uStGB) werden – soweit bekannt geworden – als *Offizialdelikte* auch gegen den Willen des Opfers von Amts wegen verfolgt, die *einfache* und die *fahrlässige Körperverletzung* (§§ 223, 229 StGB) können als *Antragsdelikte* – in Deutschland – zumindest beim Vorliegen eines öffentlichen Interesses verfolgt werden, vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 2.4 des dritten Kapitels (S. 115f).

<sup>345</sup> Zwar gibt es für Gewaltdelikte gegenüber Erwachsenen – zumeist nichtstaatliche – Hilfsorganisationen wie den Weissen Ring oder lokale Frauenhäuser, Seniorenschutzeinrichtungen und Krisentelefone, bei denen ehrenamtliche Helfer grundsätzlich Rat und konkrete Hilfe geben können. Die überproportional hohe Dunkelziffer bei Fällen von häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Senioren zeigt aber auch, dass diese Hilfsangebote in der Praxis nicht ausreichen. Zur finanziellen und personalstrukturellen Situation besagter Einrichtungen vgl. Görjen, Thomas / Kreuzer, Arthur / Nägele, Barbara / Krause, Sabine: Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum, S. 504ff; zum hohen Dunkelfeld von Gewaltdelikten im sozialen Nahraum: Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 2 Rdnr. 53c.

geheimnisgeschützten Patienten, sondern *von diesem* ausgeht, beispielsweise gegenüber dessen Partner oder dem sozialen Umfeld. Dabei geht häufig durch den beim Patienten festgestellten Befund eine konkrete Gefahr für die Gesundheit anderer aus, etwa die Gefahr einer sehr gefährlichen oder hochansteckenden Infektion, bei der der Patient nicht den Willen zeigt, diese selbst abzuwenden.<sup>346</sup> Bei diesen Fällen ist also auch mitzuberücksichtigen, dass der Patient die Weitergabe der Informationen durch die eigene Nichtoffenbarung mit veranlasst hat.<sup>347</sup>

Auch eine Anzeigebefugnis nach den Grundsätzen der allgemeinen Anzeigepflicht von schweren Straftaten (§ 138 StGB i.V.m. § 139 Absatz 3 Satz 2 StGB), wonach jedermann verpflichtet ist, bestimmte Berufsgruppen zumindest befugt sind, die Kenntnis von geplanten, also zukünftigen schweren Straftaten an die zuständigen Behörden weiterzuleiten, kann in diesem Zusammenhang nicht als Rechtsgrundlage für die Weitergabe von medizinischen Informationen dienen. Die Nichtanzeige von geplanten Straftaten im Rahmen des § 138 StGB bezieht sich ausdrücklich nur auf eine abschließende Auswahl von Katalogstraftaten, zu denen die Körperverletzungsdelikte gerade nicht gehören. Der Arzt müsste daher schon glaubhaft von einem bevorstehenden Tötungsdelikt durch oder an seinem Patienten ausgehen müssen, um sich auf Grundlage des § 138 StGB gegenüber den Ermittlungsbehörden zu offenbaren.<sup>348</sup> Auch der Rechtsgedanke hinter § 138 StGB, nur bei schwersten Gefahren für Leib und Leben ein Tätigwerden des unbeteiligten Bürgers zu verlangen, bestätigt damit im Ergebnis, dass die Verletzung von beruflichen Schweigepflichten gegenüber erwachsenen einsichtsfähigen Patienten nur in äußerst wenigen Ausnahmefällen gestattet sein soll.

In Ungarn gilt hingegen die bestehende Meldepflicht zu *schweren Körperverletzungen*, also zu Verletzungen, die eine Ausheilung von mehr als 8 Tagen erfordern (§ 164 Absatz 3 uStGB), auch für erwachsene Patienten (§ 24 Absatz 1 Gesetz XLVII/1997). Die Polizei kann daher im weiteren Verfahren die Herausgabe der Krankenunterlagen verlangen, wodurch auch die Strafbarkeit wegen Geheimnisverrats und das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes entfallen.

---

<sup>346</sup> Beispiele aus der Praxis wären hier die hartnäckige Nichtanzeige von Seuchen oder gefährlichen Infektionen (z.B. HIV) gegenüber dem engen Umfeld bzw. dem eigenen Sexualpartner, insbesondere dann, wenn den Arzt gegenüber weiteren vermeintlichen Opfern eine selbstständige Garantenstellung trifft, vgl. nur OLG Frankfurt am Main, Beschluss vom 08.07.1999 – 8 U 67/99.

<sup>347</sup> Weitere praxisrelevante Fälle sind beispielsweise die Übermittlung von Patientendaten durch Ärzte, die ihre offenen Forderungen mit Hilfe eingeschalteter Inkassounternehmen oder Rechtsanwälte eintreiben müssen. Auch hier trifft den Geheimnisgeschützten eine erhebliche Mitverantwortung, zumal die Ärzte rechtlos gestellt würden, wenn sie nicht einmal die zur gerichtlichen Durchsetzung notwendigen Informationen weitergeben dürften, vgl. Schmuck, Markus / Schmidt, Janina: Ärztliche Schweigepflicht versus Durchsetzung der Honorarforderung, S. 1594f. Weitere Fälle bei Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus / Cierniak, Jürgen / Pohlitz, Jochen: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 203, Rdnr. 85ff.

<sup>348</sup> Die in den §§ 138f StGB geregelte Offenbarungspflicht besteht grundsätzlich auch für Ärzte gegenüber ihren eigenen Patienten. Insoweit endet der Schutz des Privatgeheimnisses dort, wo die Gefahr für die Öffentlichkeit beginnt. Die Offenbarungspflicht gilt unabhängig von der beruflichen Stellung und betrifft den Arzt als Staatsbürger. Mediziner sind hiervon nur in wenigen Fällen ausgenommen und auch nur dann, wenn sie sich ernsthaft bemüht haben, den Täter von der geplanten Straftat abzuhalten (vgl. § 139 Abs. 3 StGB). Darüber hinaus gelten auch Meldepflichten bei vorliegender Kenntnis von Ausbruch und Ausbreitung gefährlicher und ansteckender Krankheiten, beispielsweise nach § 6 Infektionsschutzgesetz.



## 2.2.4 Ungerechtfertigter Verstoß gegen Verschwiegenheitspflichten

Selbst eine eigentlich geltende Pflicht zur Verschwiegenheit bedeutet nicht, dass es in der Praxis nicht auch Fälle gäbe, in denen sich Berufsheimnisträger über ihre Schweigepflicht hinwegsetzen würden und ihr Wissen respektive medizinische Befunde an die Ermittlungsbehörden weitergeben. Das kann insbesondere bei Pädagogen, die in ihrem Berufsalltag weniger mit ihrer Schweigepflicht konfrontiert werden, auch unbewusst (nicht vorsätzlich) erfolgen.<sup>349</sup> Bei Ärzten liegt es hingegen nahe, dass sie sich in solchen Fällen ganz bewusst über ihre Verschwiegenheitspflicht hinwegsetzen, sei es zum Schutz der Allgemeinheit, eines einzelnen Betroffenen oder aus einer empfundenen Bürgerpflicht heraus. Soweit keine ausdrückliche, konkludente oder mutmaßliche Schweigepflichtentbindung seitens des Patienten vorliegt, macht sich der Arzt in diesen Fällen zwar regelmäßig wegen der *Verletzung von Privatheimnissen* nach § 203 StGB (§ 223 uStGB) strafbar.<sup>350</sup> Das heißt aber nicht, dass die Ermittlungsbehörden deswegen automatisch auf die erlangten Informationen verzichten würden.

Denn ob sich der Arzt mit der Offenbarung von Informationen, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, strafbar macht, fällt grundsätzlich nur in seine eigene Risikosphäre. Auf die verfahrensmäßige Behandlung oder die Verwertbarkeit als Beweismittel hat die Schweigepflichtverletzung zunächst keinen Einfluss, soweit ihr kein Pflichtverstoß seitens des Staates vorausgeht. In Ungarn ergibt sich dies unmittelbar aus dem Gesetzestext (§ 78 Absatz 4 uStPO), in Deutschland wiederum aus einer gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung.<sup>351</sup>

Wenn die Behörden von sich aus an den Geheimnisverpflichteten herantreten, haben sie vor diesem Hintergrund gegebenenfalls den Arzt über dessen Zeugnisverweigerungsrecht und die Folgen einer Aussage zu belehren. Darüber hinaus haben sie auch im Rahmen der allgemeinen Verwertbarkeitsprüfung das Geheimhaltungsinteresse des Patienten gegen das öffentliche Interesse an einer effektiven Strafaufklärung abzuwägen.

---

<sup>349</sup> Der Straftatbestand der *Verletzung von Privatheimnissen* nach § 203 Absatz 2 StGB bzw. § 223 uStGB wäre daher regelmäßig mangels Vorsatz nicht erfüllt, eine fahrlässige Begehung des Geheimnisverrats erfüllt wiederum keinen Straftatbestand.

<sup>350</sup> Der Straftatbestand des Geheimnisverrats nach § 203 StGB (so auch § 223 uStGB) ist allerdings als absolutes Antragsdelikt gestaltet, weshalb er ohne Strafantrag des Heimnisträgers nicht verfolgt werden kann. In der Praxis wird dieser regelmäßig aus verteidigungstaktischen Gründen auf einen Strafantrag verzichten, wenn durch den Geheimnisverrat sein eigenes sozialschädliches Fehlverhalten ans Tageslicht gebracht wurde. In Ungarn ist die Verwirklichung des Straftatbestands durch Ärzte ohnehin nur eingeschränkt möglich, da gerade eine allgemeine Meldepflicht von schweren Körperverletzungen und eine Herausgabe- bzw. Aussagepflicht auf Anordnung der Ermittlungsbehörden bestehen. Hier werden in der Praxis vor allem diejenigen Fälle relevant werden, in denen Mediziner unaufgefordert medizinische Daten an die Ermittlungsbehörden übermitteln, die über den Namen des Patienten hinausgehen.

<sup>351</sup> Vgl. die Ausführungen zu den Beweiserhebungs- und Beweisverwertungskriterien im Abschnitt 1 des dritten Kapitels (S. 72ff) m.w.N.

### 2.3 Zufallskennnisse seitens der Ermittlungsbehörden

Die Strafverfolgungsbehörden müssen bei Kenntniserlangung möglicher Straftaten tätig werden (§ 152 Absatz 2 StPO bzw. § 6 i.V.m. § 164 uStPO), vor diesem Hintergrund werden die Mitarbeiter bei Informationen, die sie im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit erlangen, ermitteln müssen und in diesem Zusammenhang auch medizinische Unterlagen verwerten und in die Akten aufnehmen. Dass solche Unterlagen unter Umständen, wie bereits dargestellt, *unbefugt* (also gerade nicht durch Rechtfertigungstatbestände wie den des § 34 StGB gedeckt) an die Ermittlungsbeamten weitergegeben sein könnten, spielt dabei zunächst keine Rolle. Denn eine (strafbare) Beweisverschaffung durch *Privatpersonen* kann nur ausnahmsweise zur Unverwendbarkeit bzw. Unverwertbarkeit der erlangten Beweise führen, etwa, wenn ihr eine erhebliche staatliche Pflichtverletzung zugrundeliegt.<sup>352</sup>

Anders kann es aussehen, wenn die Strafverfolgungsbehörden selbst die Beweismittel, hier die medizinischen Unterlagen, in ein zu eröffnendes Ermittlungsverfahren einbringen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Ermittlungsbehörden durch Zufallsfunde im Rahmen einer Durchsuchung auf Unterlagen stoßen, die eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung nahelegen, mit dem ursprünglichen Durchsuchungsziel an sich aber nicht in Verbindung stehen.

Typische Beispielfälle für solche Zufallsfunde bei Privatpersonen sind etwa Fälle „im Milieu“, bei denen anlässlich der Durchsuchung bei langfristig beobachteten Kriminellen eines bestimmten Milieus Krankenunterlagen auftauchen, aus denen der Durchsuchte als Opfer anderer Krimineller desselben Milieus hervorgeht. Da die – an sich untereinander oft verfeindeten – Milieukriminellen in der Regel nicht gegeneinander aussagen und die ursprünglich zu ermittelnden Straftaten oft genug mangels Zeugen und anderweitiger Beweismittel eingestellt werden müssen, begnügt sich die Staatsanwaltschaft in der Praxis zum Teil damit, die Betroffenen mit Hilfe der aufgefundenen klinischen Dokumentationen „wenigstens“ wegen der nachweisbaren Körperverletzungsdelikte anzuklagen. Auf diese Weise können manche Schwerkriminelle zumindest vorübergehend aus dem Verkehr gezogen werden, sei es auch „nur“ wegen eines vergleichsweise harmlosen Körperverletzungsdelikts.<sup>353</sup>

Auch bei Fällen von Gewalt im sozialen Nahraum, bei denen die Opfer (Partner, Kinder, Eltern) im gleichen Haushalt des Durchsuchten leben, können medizinische Zufallsfunde mit dazu beitragen, dass die Behörden aufgrund der neuen Kenntnisse weitere Verfahren gegen den Durchsuchten einleiten.

---

<sup>352</sup> Vgl. nur die Fußnote zuvor.

<sup>353</sup> Schon der Strafrahmen der einfachen Körperverletzung (§ 223 StGB bzw. § 164 Absatz 2 uStGB) lässt eine Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren (Deutschland) bzw. bis zu zwei Jahren (Ungarn) zu. Da die entsprechende Klientel oft einschlägig vorbestraft ist, sind Freiheitsstrafen von ein, zwei Jahren auch in der Praxis nicht ungewöhnlich. Oftmals geht es den Staatsanwaltschaften aber schlichtweg auch darum, eine laufende Bewährung widerrufen zu können.

Am praxisrelevantesten sind wohl aber die Durchsuchungen bei Berufsheimnisträgern wie Rechtsanwälten, Wirtschaftsprüfern und eben Ärzten.<sup>354</sup> Gerade bei Ermittlungen gegen die letzteren können die Strafverfolgungsbehörden, etwa beim Verdacht auf Steuer- oder Abrechnungsbetrug, häufig nicht auf nähere Informationen über den Behandlungsverlauf einzelner Patienten verzichten. Sie müssen dann ganze Patientenakte und Abrechnungunterlagen sicherstellen und als Beweismittel verwerten, wodurch sie einen detaillierten Einblick in den Gesundheitszustand einzelner Patienten erhalten.<sup>355</sup> Kommt es in diesem Zusammenhang auch zu Funden, die auf weitere Straftaten hindeuten, insbesondere auf Straftaten des Berufsheimnisträgers oder eines Dritten, haben die Ermittlungsbeamten grundsätzlich die Unterlagen gemäß § 108 StPO (§ 151 Absatz 3 i.V.m. § 153 Absatz 2 uStPO) einstweilen in Beschlag zu nehmen und für weitere Ermittlungsschritte auszuwerten.<sup>356</sup>

Insbesondere in Ungarn kommt es in der Praxis nur äußerst selten zu gerichtlichen Verfahren, die das Vorgehen der Ermittlungsbehörden überprüfen würden. Daher gibt es auch kaum Rechtsprechung zur Verhältnismäßigkeit konkreter Ermittlungsmaßnahmen. Anzugreifen wären eine fragwürdige Durchsuchung und Beschlagnahme zunächst im Wege des innerbehördlichen Beschwerdeverfahrens (§ 195 uStPO) und danach gegebenenfalls im Rahmen eines Antrags auf richterliche Überprüfung (§ 196 Absatz 6 uStPO).

Vor dem Hintergrund, dass die ursprüngliche Durchsuchungsanordnung in allen drei möglichen Konstellationen (Durchsuchung beim Täter einer Körperverletzung, Durchsuchung beim Opfer einer Körperverletzung und Durchsuchung bei deren Arzt) gerade nicht wegen der in Frage stehenden Unterlagen erfolgte, kommt es für die Rechtmäßigkeit von Durchsuchung und Beschlagnahme und die weitere Verwend- und Verwertbarkeit der Unterlagen auf die konkreten Umstände des Einzelfalls an:

### 2.3.1 Gezielte Durchsuchung zum Zwecke von „Zufallsfunden“

Wenn die Durchsuchung gezielt zum Anlass genommen wurde, „sich mal etwas genauer“ beim Verdächtigten umzuschauen, also entgegen der im Durchsuchungsbeschluss aufzuzählenden Angaben zum Tatvorwurf und der zu findenden Beweismittel bewusst nur nach anderen, neuen Anhaltspunkten für (weitere) Straftaten gesucht wird, gilt nach allgemeiner Auffassung ein

---

<sup>354</sup> Eine umfangreiche Aufzählung der verpflichteten Berufsheimnisträger findet sich in der Strafvorschrift zur Verletzung von Privatheimnissen (§ 203 StGB) selbst. In Ungarn bezieht sich der entsprechende Straftatbestand des § 223 uStGB allgemein auf alle im Rahmen des Berufs oder des Amtes erfahrenen Geheimnisse.

<sup>355</sup> Zum Vorgehen in der Praxis, insbesondere bei der Auswahl und Beschränkung auf möglichst nur relevante Unterlagen und zur Verwertbarkeit dieser gegen den beschuldigten Arzt vgl. Mohammadi, Ehsan / Hampe, Dennis: Besonderheiten des ärztlichen Abrechnungsbetruges im Strafverfahren, S. 419ff.

<sup>356</sup> Insgesamt: Schroeder, Friedrich-Christian: Die Durchsuchung im Strafprozess, S. 862. In Ungarn erfordern Durchsuchung und Beschlagnahme bei einem Gesundheitsdienstleister zwingend den Beschluss durch einen Richter. Bei Zufallsfunden wäre daher regelmäßig zunächst eine gesonderte Sicherstellung in einem versiegelten Behälter (§ 153 Absatz 2 uStPO) erforderlich, im Weiteren dann die formelle Beschlagnahme durch den Richter.

Verwertungsverbot für die aufgefundenen Unterlagen.<sup>357</sup> Zwar begründet – in Deutschland – auch hier die rechtswidrige Beweiserhebung nicht *per se* ein Verwertungsverbot, Rechtsprechung und Lehre nehmen vielmehr wieder eine Einzelfallabwägung zwischen öffentlichem Verfolgungsinteresse des Staates und verfassungsrechtlich geschützten Rechtsgütern des Betroffenen vor.<sup>358</sup> Diese geht aber regelmäßig zu Lasten des Staates aus, wenn dieser willkürlich oder unter grober Verkennung der in der Strafprozessordnung festgelegten Grenzen handelt.

Die Verwertbarkeit eines durch bewussten Rechtsbruch erlangten Beweismittels verstößt gegen den Grundsatz des fairen Verfahrens, welches wiederum über das Rechtsstaatsprinzip des Artikel 20 Absatz 3 GG (Artikel B Absatz 1 uGG) und Artikel 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) gesetzlich abgesichert wird.<sup>359</sup> Deswegen muss bei Nichtbeachtung rechtsstaatlicher Prinzipien zur effektiven Sicherung der Grundrechte des Betroffenen ein Beweisverwertungsverbot folgen.<sup>360</sup> Allenfalls in Fällen schwerster Kriminalität, in der Praxis bei Straftaten seitens der Organisierten Kriminalität, bei denen es besonderer – teilweise auch verdeckter – Methoden bedarf, kann die Abwägung dann noch ausnahmsweise zu Gunsten des staatlichen Verfolgungsinteresses ausfallen.<sup>361</sup>

In Ungarn ist für diesen Fall wiederum § 78 Absatz 4 uStPO die einschlägige Norm.

### 2.3.2 Zufallsfunde bei einfachen Privatpersonen

Von rechtsstaatswidrigen Maßnahmen wie der gezielten Durchsuchung nach „Zufallsfunden“ mal abgesehen, spricht zunächst nichts dagegen, dass auch solche Krankenunterlagen im Rahmen von Durchsuchungen von den Ermittlungsbeamten sichergestellt bzw. dann auch gegen den Willen des Durchsuchten beschlagnahmt werden, die mit dem ursprünglichen Durchsuchungszweck nicht in Verbindung stehen. Sie mögen zwar eine Reihe von persönlichen Daten enthalten, das tun aber andere Beweismittel auch. Dass medizinische Unterlagen bei der Durchsuchung einer normalen Privatperson grundsätzlich keinen höheren Schutz als andere sehr persönliche Gegenstände, Computerdateien, Briefe oder gar Tagebücher haben sollen, hat

---

<sup>357</sup> Zu diesen – tatsächlich nicht seltenen, allenfalls schwer nachweisbaren – Fällen in der Praxis vgl. Schroeder, Friedrich-Christian: Die Durchsuchung im Strafprozess, S. 862. Zu den inhaltlichen Anforderungen an die Untersuchungsanordnung siehe nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 105, Rdnr. 5f.

<sup>358</sup> Vgl. nur BGHSt 25, S. 325, (S. 331); BGHSt 27 S. 355 (S. 357); BGHSt 31, S. 304 (S. 307) ; zum Verwertungsverbot insoweit willkürlich erlangter Gegenstände siehe auch Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 108, Rdnr. 1; Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 108 Rdnr. 1 m.w.N; in Ungarn gilt wiederum § 78 Absatz 4 uStPO.

<sup>359</sup> Zum nationalen Rang der EMRK als einfaches Gesetz vgl. BGBl. 2002, Teil II, S. 1054.

<sup>360</sup> So auch Krekeler, Wilhelm: Beweisverwertungsverbote bei fehlerhaften Durchsuchungen, S. 268.

<sup>361</sup> Das Problem stellt sich insbesondere bei den Fällen legendierter Polizeikontrollen und Durchsuchungen bei schweren Straftaten der Organisierten Kriminalität. Dazu: Müller, Wolfgang / Römer, Sebastian: Legendierte Kontrollen - Die gezielte Suche nach dem Zufallsfund, S. 543ff.

der Gesetzgeber schon dadurch deutlich gemacht, dass er dem Beschlagnahmeverbot beim zeugnisverweigerungsberechtigten Arzt (§ 97 Absatz 1 StPO bzw. § 152 Absatz 4 uStPO) bewusst kein Äquivalent in Bezug auf Privatpersonen gegenübergestellt hat.<sup>362</sup>

Anders als bei der Durchsuchung beim Arzt, geht es bei den Fällen, bei denen im *Privathaushalt* einer Person Patientenunterlagen auftauchen, die darauf hindeuten, dass die Person Opfer oder Täter einer Körperverletzung wurde, gerade nicht um das strafrechtlich geschützte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, sondern allein um die Persönlichkeitsrechte des Patienten. In der Praxis werden zufällig aufgefundene Krankenunterlagen, soweit sie auf weitere Straftaten hindeuten, daher in der gleichen Weise wie andere Datenträger behandelt, d.h. sichergestellt und abtransportiert. Da die Unterlagen in diesen Fällen nicht vom ursprünglichen Durchsuchungsbeschluss umfasst sind, müssen sie zunächst nach § 108 Absatz 1 StPO „einstweilen“, also vorläufig gesondert in Beschlag genommen werden. Erst wenn im weiteren Verlauf ein weiteres Ermittlungsverfahren eingeleitet wird, in dem die Unterlagen verwendet werden sollen, muss die Staatsanwaltschaft eine endgültige Beschlagnahme gemäß den §§ 94, 98 StPO beantragen.<sup>363</sup>

In Ungarn ist wiederum, anders als in Deutschland, ausschließlich der Richter zur Anordnung der Durchsuchung und Beschlagnahme von medizinischen Daten befugt (§ 149 Absatz 6 und § 151 Absatz 3 uStPO), daher müssen auch hier die Unterlagen zunächst anderweitig in Verwahrung genommen werden (§ 151 Absatz 6 uStPO), bevor sie ihrer endgültigen Bestimmung zugeführt werden.<sup>364</sup> Bezüglich der grundsätzlichen Verwertbarkeit gibt es jedoch auch hier keine rechtlichen Einschränkungen. Mangels spezieller Regelungen findet vielmehr die allgemeine Regelung des § 78 Absatz 1 uStPO Anwendung, wonach Beweismittel grundsätzlich „uneingeschränkt“ genutzt werden können.

Für die Rechtmäßigkeit von Sicherstellung und (einstweiliger) Beschlagnahme kommt es vor diesem Hintergrund neben der Einhaltung rechtsstaatlicher Grundprinzipien allein auf die Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Maßnahme im konkreten Fall an. In der Praxis findet also insbesondere wieder eine Abwägung zwischen den individuellen Persönlichkeitsinteressen der

---

<sup>362</sup> Zur Beschlagnahme und Verwertbarkeit höchstpersönlicher Aufzeichnungen bei Privatpersonen vgl. insgesamt Amelung, Knut: Die zweite Tagebuchentscheidung des BVerfG, S. 1753ff.

<sup>363</sup> Die einstweilen beschlagnahmten Gegenstände müssen folglich der Staatsanwaltschaft zur weiteren Prüfung zur Verfügung gestellt werden. Da aufgrund der Sicherstellung keine Gefahr in Verzug mehr besteht, muss die Staatsanwaltschaft, soweit sie die Gegenstände nicht wieder freigeben möchte, in angemessener Frist beim Ermittlungsrichter des neuen Verfahrens die endgültige Beschlagnahme nach § 94 StPO beantragen. Unterlässt sie dies, müssen die Gegenstände freigegeben werden. Zu allem: Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 108, Rdnr. 7 m.w.N.

<sup>364</sup> Zur Hausdurchsuchung und Beschlagnahme bei Zeugnisverweigerungsberechtigten in Ungarn vgl. Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényhez [Kommentar zum Gesetz XIX/1998 zum Strafverfahren], § 149ff.

betroffenen Beteiligten und dem allgemeinen Interesse des Staates an der Verfolgung von (schweren) Straftaten statt.<sup>365</sup>

Für die einstweilige Beschlagnahme von zufällig gefundenen Krankenunterlagen bedeutet dies, dass diese im konkreten Fall nicht von vornherein für die Ermittlungen irrelevant sein dürfen und dass es nicht zu einer pauschalen Mitnahme aller, sondern mit Blick auf weniger einschneidende Folgen „nur“ zu einer wie auch immer gearteten beschränkten Auswahl einiger, für das Verfahren wichtiger Unterlagen kommt.<sup>366</sup> Des Weiteren ist abzuwägen, ob das staatliche Verfolgungsinteresse den Schutz der Grundrechte des Betroffenen tatsächlich überwiegt und die Bedeutung des potenziellen Beweismittels für das Strafverfahren hoch genug ist, um eine spätere Beschlagnahme zu rechtfertigen. Im konkreten Einzelfall können insbesondere die Geringfügigkeit der auszumittelnden Straftat oder des zu beschlagnahmenden Gegenstands von vornherein gegen eine Beschlagnahme sprechen.<sup>367</sup> Ist aus diesen Gründen die (endgültige) Beschlagnahme nach § 94 StPO (§ 151 Absatz 6 i.V.m. § 151 Absatz 2 i.V.m. § 158 uStPO) von Beginn an aussichtslos, kann auch für eine einstweilige Beschlagnahme, die nur der vorläufigen Sicherung der endgültigen Zwangsmaßnahme dienen soll, von vornherein kein Raum sein.

Auch in allen anderen Fällen muss eine individuelle Abwägung der Verhältnismäßigkeit vorgenommen werden. Dabei kann einerseits berücksichtigt werden, dass es bei Zufallsfunden naturgemäß an einem ausdrücklichen Bezug zur Durchsuchung und zur Beschlagnahme bestimmter Unterlagen im Durchsuchungsbeschluss fehlt, weshalb eine richterliche Kontrolle nur eingeschränkt stattfindet. Andererseits wiegen aber auch die Einschnitte in die Persönlichkeitsrechte im Stadium der Vorermittlungen noch nicht ganz so schwer, denn die Unterlagen werden nur einem überschaubaren Kreis von Ermittlungsbeamten bekannt, die ihrerseits zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet sind. Zudem werden die Unterlagen zunächst nur *einstweilen* beschlagnahmt, das heißt gesondert und versiegelt verwahrt (§ 109 StPO, ähnlich auch § 151 Absatz 6 uStPO), um im Anschluss gesondert geprüft zu werden und dann gegebenenfalls durch einen weiteren Beschlagnahmebeschluss (§ 94 StPO) endgültig, aber eben auch richterlich überwacht, sichergestellt zu werden.

---

<sup>365</sup> Zur Bedeutung von Krankenunterlagen als Beweismittel und den allgemeinen Anforderungen an eine Beschlagnahme vgl. auch Wasmuth, Johannes: Beschlagnahme von Patientenakte und Krankenscheinen im Strafverfahren, S. 2297 ff; Zu den besonderen Anforderungen an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei Maßnahmen im Rahmen von Durchsuchungen vgl. wiederum Graf, Jürgen-Peter / Hegmann, Sigrid: Beck'scher Online-Kommentar zur Strafprozessordnung, § 102, Rdnr. 18ff.

<sup>366</sup> In der Praxis stellt sich in diesem Zusammenhang vor allem das Problem, dass die Durchsuchung durch Polizeibeamte erfolgt, die unter Zeitdruck eine große Menge an Unterlagen zu sichten und (juristisch) zu bewerten haben. Deswegen ist es nur schwer möglich, die Unterlagen angemessen zu differenzieren, insbesondere wenn Gefahr in Verzug vorliegt. Dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz kann in diesen Fällen Genüge getan werden, wenn einer umfangreichen einstweiligen Beschlagnahme zunächst eine gesonderte Durchsicht des sichergestellten Datenmaterials nach § 110 StPO zur Feststellung der Beweiserheblichkeit und -verwertbarkeit folgt und anschließend eine endgültige Entscheidung über den erforderlichen und zulässigen Umfang der Beschlagnahme getroffen wird, vgl. Graf, Jürgen-Peter / Hegmann, Sigrid: Beck'scher Online-Kommentar zur Strafprozessordnung, § 102, Rdnr. 24; hierzu auch Bammann, Kai: Beschlagnahme und Beschlagnahmeschutz von Patientenakten, S. 21ff.

<sup>367</sup> In diesem Sinne auch Graf, Jürgen-Peter / Hegmann, Sigrid: Beck'scher Online-Kommentar zur Strafprozessordnung, § 102, Rdnr. 18a m.w.N.

Die gesetzliche Regelung des § 108 StPO zeichnet sich also gerade dadurch aus, dass den Ermittlungsbeamten ein erweiterter Handlungsspielraum zugestanden werden soll, innerhalb dessen sie sich möglichst effektiv, zugleich aber auch schonend neuer Beweismittel bedienen können. In der Praxis wird die Auswertung von Krankenunterlagen durch anonyme Ermittlungsbeamte in vielen Fällen sogar als schonender wahrgenommen werden als eine direkte Befragung im Rahmen einer polizeilichen oder staatsanwaltschaftlichen Vernehmung.

Die Abwägung wird zwar für jeden konkreten Einzelfall individuell vorgenommen werden müssen, vor dem Gesagten lässt sich aber festhalten, dass es bei der absoluten Mehrzahl von Fällen keine rechtlichen Bedenken gegen die Beweiserhebung und Beweisverwertung geben wird, wenn es sich um die einstweilige und endgültige Beschlagnahme von Krankenunterlagen anlässlich von Zufallsfunden bei Privatpersonen handelt.

Für die Fälle von *gefährlichen* und *schweren* Körperverletzungen spricht hierfür schon das Legalitätsprinzip.<sup>368</sup> Bei den Fällen von *einfachen* (und *fahrlässigen*) Körperverletzungsdelikten werden – in Deutschland – regelmäßig die gleichen Kriterien ausschlaggebend sein, die auch für die Bejahung eines *besonderen öffentlichen Interesses* bei leichten Körperverletzungsdelikten im Rahmen des § 230 StGB herangezogen werden.<sup>369</sup> Diese Kriterien, die in den Abschnitten 234 und 235 RiStBV niedergelegt sind, spiegeln zugleich wider, welche praktischen Erfahrungen die Strafermittlungsbehörden bei der Bejahung der Verfolgungswürdigkeit einer Straftat haben. Es handelt sich dabei insbesondere um Fälle, bei denen der Täter „einschlägig vorbestraft ist, roh oder besonders leichtfertig oder aus rassistischen, fremdenfeindlichen oder sonstigen menschenverachtenden Beweggründen gehandelt hat, durch die Tat eine erhebliche Verletzung verursacht wurde oder dem Opfer wegen seiner persönlichen Beziehung zum Täter nicht zugemutet werden kann, Strafantrag zu stellen“ (Abschnitt 234 RiStBV) sowie um Fälle der Kindesmisshandlung (Abschnitt 235 Absatz 2 RiStBV).

Zusammenfassend wird die einstweilige Beschlagnahme von zufällig aufgefundenen Krankenunterlagen zur möglichen Einleitung von Ermittlungen zu Körperverletzungsdelikten nur dann unverhältnismäßig sein, wenn die Unterlagen von vornherein offensichtlich ungeeignet sind, verwertbare Informationen zu liefern oder absolut auszuschließen wäre, dass die Verfolgung der im Raum stehenden Körperverletzungsdelikte im besonderen öffentlichen Interesse wäre. Nach dem Gesagten kann dies letztendlich nur dann der Fall sein, wenn die Unterlagen lediglich die Annahme einer einfachen oder unfallbedingten Körperverletzung zulassen, die weder Wiederholungstat, noch menschenverachtend, noch dem sozialen Nahraum zuzuordnen ist.

---

<sup>368</sup> Gefährliche und schwere Körperverletzungen sind nach dem deutschem und ungarischem Recht Offizialdelikte, vgl. §§ 224 und 226 i.V.m. § 230 StGB bzw. § 164 Absätze 3 bis 9 uStGB.

<sup>369</sup> In Ungarn ist die „einfache“ Körperverletzung (§ 164 Abs. 2 i.V.m. § 164 Abs. 10 uStGB, § 52 Abs. 1 uStPO) als absolutes Antragsdelikt gestaltet. Sie wäre folglich ohne entsprechenden Strafantrag nicht (mehr) verfolgbar. Zur einfachen Körperverletzung im ungarischen Recht vgl. Abschnitt 1.2 des vierten Kapitels (S. 156).



### 2.3.3 Zufallsfunde bei Berufsheimnisträgern

Eine andere prozessrechtliche Situation ergibt sich, wenn die Ermittlungsbehörden Zufallsfunde anlässlich von Durchsuchungen bei Berufsheimnisträgern machen, bei denen vertrauliche Daten derer Auftraggeber sichergestellt werden sollen.<sup>370</sup> In der Praxis geht es hierbei fast ausnahmslos um Aufzeichnungen von Ärzten, Psychotherapeuten, Rechtsanwälten und Wirtschaftsprüfern zu geschäftlichen Vorgängen mit ihren Kunden. Diese Berufsgruppen leben typischerweise davon, dass ihr Vertrauensverhältnis zu den Auftraggebern besonders geschützt ist und bestimmte Informationen keinesfalls zur Kenntnis Dritter, insbesondere auch nicht zu jener von Strafverfolgungsbehörden und Gerichten gelangen. Sie werden daher genauso wie nahe Angehörige (§ 52 StPO) mit einem umfassenden Zeugnisverweigerungsrecht ausgestattet (§ 53 StPO, in Ungarn über § 82 Absatz 1 c) uStPO). Für eine sorgfältige Berufsausübung, Dokumentation und Abrechnung müssen diese Berufsgruppen wiederum häufig umfassende Unterlagen erstellen, die genau jene Informationen enthalten, die durch das Zeugnisverweigerungsrecht eigentlich geschützt werden sollen.

An dieser Stelle kommt die bereits weiter oben erwähnte Vorschrift des § 97 StPO ins Spiel, die korrespondierend zum § 53 StPO weitere Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden verhindern soll, die dem Sinn des Zeugnisverweigerungsrechts zuwiderlaufen könnten. Dazu gehört auch die Beschlagnahme von schriftlichen Mitteilungen, Aufzeichnungen und anderen Gegenständen, einschließlich ärztlicher Untersuchungsbefunde (§ 97 Absatz 1 Nr. 1-3 StPO), soweit sich diese im – auch mittelbaren – Gewahrsam des Zeugnisverweigerungsberechtigten befinden (§ 97 Absatz 2 StPO) und dem Beschuldigten zugeordnet werden können.<sup>371</sup>

Die entsprechende Regelung in § 152 Absatz 4 uStPO geht sogar noch weiter, indem sie grundsätzlich die Beschlagnahme bei bestimmten Berufsheimnisträgern verbietet und dabei nicht (nur) an die Rechte des Beschuldigten (so § 97 StPO), sondern allein an die Pflichten des Berufsheimnisträgers anknüpft. Zumindest Ärzte genießen gleichwohl keinen höheren Schutz als in Deutschland, da sie zugleich verpflichtet sind, anfragenden Behörden Krankenunterlagen herauszugeben. Dadurch entfallen mittelbar auch das Zeugnisverweigerungsrecht und der Beschlagnahmeschutz wieder.<sup>372</sup>

---

<sup>370</sup> Zum Umgang mit Zufallsfunden bei Berufsheimnisträgern insgesamt: Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 199ff.

<sup>371</sup> Über den Wortlaut des § 97 Absatz 1 StPO hinaus sind allerdings nicht nur „schriftliche Mitteilungen“ und jegliche „Aufzeichnungen“ sachlich geschützt; bereits die Regelung in § 97 Absatz 1 Nr. 2 StPO lässt erkennen, dass u.a. auch Datenträger i.S.v. § 11 Absatz 3 StGB von der Vorschrift mitumfasst sein sollen. Näher zum Schutzzumfang des § 97 StPO: Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 97, Rdnr. 29 m.w.N.

<sup>372</sup> Durchsuchung und Beschlagnahme bei den genannten Berufsheimnisträgern dürfen nur aufgrund eines richterlichen Beschlusses erfolgen und erfordern die Anwesenheit eines Staatsanwalts (§§ 149 Abs. 6 und 151 Abs. 3 uStPO). Medizinische Gesundheitseinrichtungen [*egészségügyi intézmény*] sind hierbei nach § 3 g) des Gesetzes CLIV/1997 über das ungarische Gesundheitswesen [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről] alle mit der Gesundheitsversorgung beschäftigten Einzelunternehmen, Juristischen Personen und nicht eingetragenen Vereine, unabhängig von ihrer Form oder einer etwaigen Lizenzvereinbarung.



Der Beschlagnahmeschutz<sup>373</sup> in beiden Ländern macht deutlich, dass es nicht allein auf das abstrakte Zeugnisverweigerungsrecht des Berufsheimnisträgers ankommt, sondern auch auf dessen tatsächlichen *Gewahrsam* an den aufzufindenden Dokumenten.<sup>374</sup> Das liegt daran, dass der Beschlagnahmeschutz in erster Linie das durch das Zeugnisverweigerungsrecht geschützte Vertrauensverhältnis zwischen dem Berufsheimnisträger und dem Auftraggeber absichern soll, und zwar aus der Sicht des Auftraggebers, hier des sich an den Arzt wendenden Patienten.<sup>375</sup> Dieser darf damit rechnen, dass etwas, das er einem Berufsheimnisträger anvertraut oder überlässt, von diesem gegenüber Dritten, insbesondere auch den Strafverfolgungsbehörden gegenüber geschützt wird. Er soll gerade auf die berufsrechtlich geregelte Verschwiegenheitspflicht (§ 9 MBO-Ä), auf die strafbewährte Verletzung der Schweigepflicht (§ 203 StGB), auf das Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO) und das Beschlagnahmeverbot für Beweisgegenstände (§ 97 StPO) vertrauen dürfen.<sup>376</sup> Ein Arzt soll folglich auch nicht mittelbar zur Informationspreisgabe gezwungen werden können, indem er „seine“ Unterlagen im Strafverfahren gegen seinen Patienten vorlegen muss. Ein uneingeschränkter Vertrauensschutz, der Arzt werde sich jedenfalls nicht gegen den Patienten wenden, endet aber naturgemäß dann, wenn sich die Unterlagen ohnehin nicht mehr im unmittel- oder mittelbaren Besitz des Arztes befinden (*ergo* von diesem nicht geschützt werden können) oder wenn sich

---

<sup>373</sup> Der relevante Teil des **§ 97 StPO: Beschlagnahmeverbot**

(1) Der Beschlagnahme unterliegen nicht

1. schriftliche Mitteilungen zwischen dem Beschuldigten und den Personen, die nach § 52 oder § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3b das Zeugnis verweigern dürfen;
2. Aufzeichnungen, welche die in § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3b Genannten über die ihnen vom Beschuldigten anvertrauten Mitteilungen oder über andere Umstände gemacht haben, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt;
3. andere Gegenstände einschließlich der ärztlichen Untersuchungsbefunde, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der in § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3b Genannten erstreckt.

(2) Diese Beschränkungen gelten nur, wenn die Gegenstände im *Gewahrsam* der zur Verweigerung des Zeugnisses Berechtigten sind [...] Der Beschlagnahme unterliegen auch nicht Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Apotheker und Hebammen erstreckt, wenn sie im *Gewahrsam* einer Krankenanstalt oder eines Dienstleisters [...] sind. [...] Die Beschränkungen der Beschlagnahme gelten nicht, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass die zeugnisverweigerungsberechtigte Person an der Tat oder an einer Datenhehlerei, Begünstigung, Strafvereitelung oder Hehlerei beteiligt ist.[...]

<sup>374</sup> Die beschlagnahmefreien Gegenstände müssen sich aber nicht zwangsläufig im unmittelbaren *Gewahrsam* des Berufsheimnisträgers befinden. Ausweislich der Vorschrift können sie sich, insbesondere bei Ärzten ist das in der Praxis auch üblich, auch durch diese vermittelt vorübergehend bei Dritten, beispielsweise Kollegen, Krankenhäusern, Beratungs- und Verrechnungsstellen befinden. In verfassungskonformer Auslegung wird analog § 97 StPO darüber hinaus auch ein Beschlagnahmeverbot angenommen, wenn sich die Unterlagen zwischenzeitlich im *Gewahrsam* eines Praxismachfolgers befinden, vgl.hierzu Hannich, Rolf / Greven, Michael: Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung, § 97, Rdnr. 22f m.w.N.

<sup>375</sup> Krekeler, Wilhelm: Zufallfunde bei Berufsheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 200 m.w.N.

<sup>376</sup> In Ungarn ist die Schweigepflicht für medizinisches Personal hingegen gesetzlich geregelt (§ 138 Gesetz CLIV/1998) und über § 223 uStGB strafbewehrt. Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot für ärztliche „Urkunden“ ergeben sich wiederum aus den §§ 82 Abs. 1 c) und 152 Absatz 4 uStPO.

die vertrauensbeeinträchtigende Maßnahme von vornherein gar nicht gegen den Patienten selbst richtet (so jedenfalls in Deutschland).

Es kommt also auch beim geschützten Arzt-Patienten-Verhältnis jeweils auf die konkreten Umstände an, inwieweit bestimmte medizinische Unterlagen in der Praxis tatsächlich (nicht) der Beschlagnahme unterliegen, etwa weil die Beschlagnahme die Interessen des Patienten nur wenig oder kaum berührt. Bei der zu treffenden Entscheidung wird in der Regel darauf abgestellt, in welcher strafrechtlichen Beziehung der Arzt zu dem Patienten und zu der zu ermittelnden Straftat steht.<sup>377</sup>

### 2.3.3.1 Straftaten des Arztes

Erfolgen Durchsuchung und Zufallsfunde im Rahmen von Ermittlungen gegen den Arzt selbst bzw. betreffen die weiteren Ermittlungen ausschließlich Straftaten des Arztes (hier werden insbesondere Steuer- und Abrechnungsbetrug und die fahrlässige Körperverletzung in Betracht kommen), so unterliegt die Beschlagnahme von Patientenunterlagen schon nach dem Gesetzeswortlaut des § 97 Absatz 2 Satz 3 StPO (so auch § 152 Absatz 5 uStPO) keinem grundsätzlichen Beschlagnahmeverbot. Die Vorschrift soll allein das Vertrauen des Patienten, nicht aber die individuellen Interessen des Arztes schützen.<sup>378</sup> Sie berührt folglich schon dessen Rechtskreis nicht wesentlich.<sup>379</sup> Allerdings sind auch hier der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und insbesondere die Geheimschutzinteressen des völlig unbeteiligten Patienten zu berücksichtigen.

Die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit im konkreten Fall können in der Praxis nicht allzu hoch ausfallen, da gerade bei einschlägigen Straftaten wie dem Abrechnungsbetrug gegenüber der Krankenkasse bestimmte Informationen zur Anamnese, Befundung, Diagnose und angegebenen therapeutischen Behandlung der betroffenen Patienten in der Regel unerlässlich für weitere Ermittlungen sind und damit das Strafverfolgungsinteresse des Staates nachhaltig stützen. Zum anderen unterliegt die einstweilige Beschlagnahme von Patientenunterlagen (in der Praxis ganzer Patientenakte) auch hier einer ausdrücklich

---

<sup>377</sup> Vgl. etwa Wasmuth, Johannes: Beschlagnahme von Patientenakte und Krankenscheine im Strafverfahren, S. 2302 f; Bammann, Kai: Beschlagnahme und Beschlagnahmeschutz von Patientenakten insbesondere im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen, S. 20 ff; Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsgeheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 200f.

<sup>378</sup> Der Bezug zu § 53 Absatz 1 Nr.1 bis Nr.3a StPO setzt voraus, dass dem Geheimnisträger eine verfahrensrechtliche Stellung als Zeuge, nicht aber als Beschuldigter, zukommt. Zum einseitigen Schutzzweck des § 97 StPO hinsichtlich der Patientenbelange: Wasmuth, Johannes: Beschlagnahme von Patientenakte und Krankenscheine im Strafverfahren, S. 2302.

<sup>379</sup> Zur umstrittenen, aus der BGH-Rechtsprechung entwickelten Rechtskreistheorie, wonach ein Verstoß gegen eine Verfahrensvorschrift gerade die mit der Verfahrensvorschrift bezweckten Schutzinteressen des Beschuldigten wesentlich berühren muss: Paul, Tobias: Unselbständige Beweisverwertungsverbote in der Rechtsprechung, S. 490. In Ungarn ist das Beschlagnahmeverbot von *Urkunden* eines Zeugnisverweigerungsberechtigten (§ 152 Abs. 4 uStPO) zwar nicht als reines Beschuldigtenrecht konzipiert, auch hier gibt es aber eine ausdrückliche Ausnahme vom Beschlagnahmeverbot für Straftaten des Arztes (§ 152 Abs. 5 a) uStPO).

vorgesehenen gesonderten Sichtung und Bewertung durch die Staatsanwaltschaft.<sup>380</sup> Gerade zum Zwecke der Verhältnismäßigkeit gibt es deshalb eine Prüfung, ob die Unterlagen im Einzelfall überhaupt geeignet und erforderlich sind, einen Tatverdacht zu begründen, bevor sie endgültig – und richterlich – nach § 94 Absatz 1 und Absatz 2 StPO (bzw. § 151 Absatz 6 uStPO) sichergestellt werden können.<sup>381</sup>

Vor diesem Hintergrund unterliegt die einstweilige Beschlagnahme nach § 108 StPO damit im Wesentlichen nur dem Grundsatz der Subsidiarität, das heißt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt zumindest solange geschützt, solange nicht sämtliche Alternativmöglichkeiten zur Heranschaffung anderer Beweismittel ausgeschöpft wurden. Gerade bei den oben genannten praxisrelevanten Straftaten wie dem Abrechnungsbetrug oder der fahrlässigen Körperverletzung sind allerdings alternative Beweismittel schwer vorstellbar, bilden doch die Untersuchungsaufzeichnungen typischerweise die wesentliche Behandlungs- und Rechnungsgrundlage. Ihnen kommt daher zwangsläufig eine besonders hohe Beweisbedeutung zu.<sup>382</sup>

### 2.3.3.2 Straftaten des Patienten

Werden anlässlich von Durchsuchungen bei Ärzten Unterlagen gefunden, die auf Straftaten des Patienten schließen lassen (etwa zu Verletzungen, die sich der Patient anlässlich eines eigenen Körperverletzungsdelikts selbst zugezogen hat), liegen hingegen genau die vom Gesetzgeber intendierten Voraussetzungen des § 97 StPO (§ 152 Absatz 4 uStPO) vor. Dieser hat aus guten Gründen festgelegt, dass auch ein einer Straftat beschuldigter Patient darauf vertrauen darf, dass zumindest „sein“ Arzt des Vertrauens keine medizinischen Unterlagen gegen ihn vorlegen werde. Dafür ist ausweislich der Vorschrift ausreichend, dass der Beschuldigte zum Zeitpunkt der Durchsuchung oder zum Zeitpunkt, als die Unterlagen entstanden, Patient des Arztes war.<sup>383</sup>

---

<sup>380</sup> Auch in Ungarn beschlagnahmt in der Praxis die Polizei zunächst nur *einstweilen* den umfassenden Datenbestand und legt diesen gesondert und versiegelt der Staatsanwaltschaft vor, die ggf. eine endgültige Beschlagnahme beantragt. Vgl. hierzu Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: *Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényhez* [Kommentar zum Gesetz XIX/1998 zum Strafverfahren], § 152.

<sup>381</sup> Auch hier wird es der Patient in der Praxis regelmäßig als weniger belastend empfinden, die bloße Durchsicht seiner medizinischen Unterlagen zu dulden, als persönlich im Rahmen einer Zeugenvernehmung detaillierte Angaben zu seiner Krankengeschichte machen zu müssen. Ausführlich zum Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, insbesondere zu den erforderlichen Vorkehrungen seitens der Staatsanwaltschaft und des Gerichts, die Offenbarung persönlicher Patientendaten auf einen kleinstmöglichen Kreis von Beteiligten zu beschränken und die Hauptverhandlung gegebenenfalls unter Ausschluss der Öffentlichkeit durchzuführen: Wasmuth, Johannes: *Beschlagnahme von Patientenkarteen und Krankenscheinen im Strafverfahren*, S. 2298ff.

<sup>382</sup> Vgl. auch Mohammadi, Ehsan / Hampe, Dennis: *Besonderheiten des ärztlichen Abrechnungsbetruges im Strafverfahren*, S. 421 m.w.N.; Die Ausschöpfung alternativer Möglichkeiten hat darüber hinaus zurückstehen, wenn dem Arzt auf diese Weise die Beseitigung belastenden Materials ermöglicht würde, so zutreffend: Wasmuth, Johannes: *Beschlagnahme von Patientenkarteen und Krankenscheinen im Strafverfahren*, a.a.O.

<sup>383</sup> Dass gerade bei der Notversorgung von Körperverletzungen dieser Kontakt in der Praxis eher kurz und wenig vertrauensbildend ausfällt (vgl. Abschnitt 2.2.2 des dritten Kapitels, S. 95) spielt in Bezug auf den *Beschuldigten* keine Rolle, da der Wortlaut des § 97 Absatz 1 StPO insoweit eindeutig ist.

Da die einstweilige Beschlagnahme nach § 108 StPO zu allererst der Sicherung der endgültigen Zwangsmaßnahme (§ 94 StPO) dient, können Unterlagen, die von vornherein beschlagnahmefrei im Sinne des § 97 StPO wären, auch nicht *einstweilen* in Beschlag genommen werden.<sup>384</sup> In der Praxis ergibt sich hier allerdings das Problem, dass die Ermittlungsbehörden, selbst wenn sie die eigentlichen Unterlagen nicht verwenden dürfen, sehr wohl die darin enthaltenen Informationen indirekt für eigene und neue Ermittlungen nutzen können, um so andere Beweismittel zu erhalten. Dies gilt selbst dann, wenn die Behörden vor Auffinden der – nicht verwendbaren – Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte für eine Straftat des geschützten Patienten hatten.<sup>385</sup>

### 2.3.3.3 Gemeinsame Straftaten des Arztes und des Patienten

Wenn der an sich nach § 53 StPO (§ 82 Absatz 1 c) uStPO) zeugnisverweigerungsberechtigte Arzt im weitesten Sinne der Mitwirkung an einer Straftat des geschützten Patienten verdächtig wird, sei es als Mittäter, sei es als Beteiligter, oder wenn ihm eine Begünstigung (§ 257 StGB), Strafvereitelung (§ 258 StGB) oder Hehlerei (§ 259 StGB) bezüglich einer vom Patienten begangenen Straftat vorgeworfen wird, gilt hingegen die Ausnahmeregelung des § 97 Absatz 2 Satz 3 StPO. Danach entfällt jeglicher Beschlagnahmeschutz, was heißt, dass aufgefundene medizinische Unterlagen sowohl gegen den in Verdacht stehenden Arzt als auch gegen den an sich geschützten Patienten vollumfänglich verwendet und somit auch einstweilen beschlagnahmt werden können. In der ungarischen Strafprozessordnung findet sich eine fast identische Regelung hinsichtlich der Mittäterschaft, Beteiligung, Begünstigung oder Hehlerei des Zeugnisverweigerungsberechtigten in § 152 Abs. 5 a) uStPO.

Ausschlaggebend für die Aufweichung des Beschlagnahmeschutzes ist der Umstand, dass die Beziehung zwischen dem potenziellen Zeugen (Arzt) und dem Beschuldigten (Patienten) nicht (mehr) originär auf dem schützenswerten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beruht, sondern vielmehr auf der kriminellen Absprache, sich in die Straftat des Patienten einzubringen.<sup>386</sup> Für die bloße Rolle eines Komplizen sollen die Beteiligten jedoch keine Privilegien in Anspruch nehmen können dürfen.

Die Anforderungen an den Anfangsverdacht gegenüber dem Arzt sind dabei nicht allzu hoch: es müssen „bestimmte Tatsachen vorliegen, die einen hinreichenden Verdacht begründen“ – zu einer Anklageerhebung gegen den Arzt muss es hingegen nicht kommen.<sup>387</sup> Das Risiko, dass

---

<sup>384</sup> Vgl. schon Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 200.

<sup>385</sup> Zu den Folgen vgl. Bammann, Kai: Beschlagnahme und Beschlagnahmeschutz von Patientenakten insbesondere im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen, S. 23.

<sup>386</sup> Vgl. etwa die Begründung des OLG Celle in: Beschlagnahme ärztlicher Krankenblätter, Beschluss vom 23.11.1962 – 3 Ws 280/62, veröffentlicht in: NJW 1963, S. 406 (S. 407).

<sup>387</sup> Vgl. Bammann, Kai: Beschlagnahme und Beschlagnahmeschutz von Patientenakten insbesondere im Rahmen strafrechtlicher Ermittlungen, S. 21 m.w.N. Auch in Ungarn verlangt die Regelung des § 152 Absatz 5 a) uStPO lediglich nachvollziehbare Gründe [*megalapozottan gyanúsítható*] zur Annahme eines Verdachts.

der behandelnde Arzt durch seine Verstrickung in die Straftat für die Behörden nicht mehr „außen vor“ ist und seine neutrale Vertrauensposition innerhalb des Strafverfahrens verliert, hat sich der verdächtige Patient damit *de facto* selbst zuzuschreiben, selbst wenn der Teilnahmeverdacht des Arztes später wieder wegfallen sollte.<sup>388</sup>

#### 2.3.3.4 Straftaten eines Dritten

In Deutschland müssen einstweilige Beschlagnahme und spätere Verwertung weiterhin auch dann zulässig sein, wenn bei der Durchsuchung Unterlagen aufgefunden werden, die lediglich die Straftatbegehung eines Dritten, nicht aber des Arztes oder des Patienten, nahelegen. Zwar lässt der ausdrückliche Wortlaut des § 97 StPO lediglich darauf schließen, dass eine Einschränkung des Beschlagnahmeverbots nur bei einer Verstrickung des Berufsgeheimnisträgers gegeben sein soll.<sup>389</sup> Ausschlaggebend muss aber auch hier der Schutzzweck des § 97 StPO sein, der ausschließlich das Vertrauensverhältnis zwischen den in der Vorschrift ausdrücklich genannten Beteiligten (Berufsgeheimnisträger und Geheimnisgeschützter als *Beschuldigter*) absichern soll.<sup>390</sup> Erklärer Antrieb des Gesetzgebers war schließlich gerade die „Überlegung, daß das Recht eines Geheimnisträgers, über sein Wissen das Zeugnis zu verweigern, nicht dadurch umgangen werden darf, daß sein schriftlich niedergelegtes Wissen beschlagnahmt werden kann.“<sup>391</sup> Ein solches Verhältnis liegt jedoch gerade nicht vor, wenn der Tatverdächtige außerhalb dieser Arzt-Patienten-Beziehung steht.

Der – deutsche – Gesetzgeber hat damit bewusst in Kauf genommen, dass es im Rahmen von § 97 StPO durchaus zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen kann, beispielsweise wenn der Arzt nach § 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB die Geheimnisse seines Patienten zu wahren hat und nach § 53 Absatz 1 Nr. 3 StPO das Zeugnis über die ihm anvertrauten Umstände seines Patienten (auch in einem Verfahren gegenüber einem Dritten) umfassend verweigern *darf*, nach § 97 Absatz 1 StPO zugleich aber die Beschlagnahme entsprechender schriftlicher Informationen dulden *muss*, wenn der Beschuldigte eben Dritter ist. Hier kommt es letztendlich darauf an, dass der Arzt nicht aktiv an der Preisgabe von ihm anvertrauten Informationen mitzuwirken hat, sondern lediglich die Beschlagnahme über sich ergehen lassen muss. Ihm wird damit nicht das Risiko einer eigenen Straftatbegehung zugemutet.

---

<sup>388</sup> Die beschlagnahmten Unterlagen bleiben auch dann nach der Rechtsprechung dem Grunde nach verwertbar, vgl. nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 97, Rdnr. 47 m.w.N.

<sup>389</sup> In der Folge wird teilweise eine Beschlagnahmefähigkeit zu Lasten Dritter abgelehnt, vgl. etwa Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsgeheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 202 m.w.N.

<sup>390</sup> Die einschlägige Regelung zu ärztlichen Untersuchungsbefunden in § 97 Abs. 1 Nr. 3 StPO stellt – anders als die vorangehenden Abschnitte Nr. 1 und Nr. 2 derselben Vorschrift – nicht explizit auf die Verknüpfung des Beschlagnahmeverbots mit dem Beschuldigtenstatus der Bezugsperson ab. Allerdings funktioniert § 97 Abs. 1 Nr. 3 StPO insoweit nur als Auffangtatbestand zu Nr. 1 und Nr. 2 um auch solche Gegenstände zu erfassen, die nicht schriftliche Mitteilungen oder Aufzeichnungen im engeren Sinne sind, vgl. hierzu Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsgeheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit, S. 201 m.w.N.

<sup>391</sup> Vgl. nur die amtliche Begründung zur Neufassung des § 97 StPO in BT-Drucks. Nr. 01/3713, S. 49.

Darüber hinaus muss auch bei der einstweiligen Beschlagnahme von Unterlagen zur Strafermittlung gegenüber Dritten der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit eingehalten werden.<sup>392</sup> Die bewusste Beschränkung des Beschlagnahmeschutzes auf das Patienten-Arzt-Verhältnis zeigt aber schon, dass der deutsche Gesetzgeber auch hier einer effektiven Strafrechtspflege von vornherein eine sehr hohe Bedeutung beimessen wollte.

Die ungarische Regelung zum Beschlagnahmeverbot schützt hingegen dem Gesetzeswortlaut nach auch den Dritten vor jeglicher Beschlagnahme von „Unterlagen“ [íratok], die Gegenstand eines Zeugnisverweigerungsrechts sind, soweit sie sich im Gewahrsam des Zeugnisverweigerungsberechtigten befinden (§ 152 Absatz 4 uStPO).<sup>393</sup> In dieser Regelung könnten sich schließlich die Auswirkungen eines konsequenten strafprozessrechtlichen Schutzes von Berufsgeheimnissen zeigen, wie es im ungarischen Recht theoretisch stipuliert ist, gegenüber der „bloßen“ Absicherung von Beschuldigtenrechten, wie sie in Deutschland vorgenommen wurde.

Der Vorteil der ungarischen Regelung liegt dabei sicherlich darin, dass das einheitliche Schicksal von Geheimhaltungspflicht, Zeugnisverweigerung und Beschlagnahmeschutz zu in sich widerspruchsfreien Ergebnissen führt.<sup>394</sup> Allerdings täuschen die ungarischen Regelungen darüber hinweg, dass in Ungarn in der Praxis die ärztliche Meldepflicht regelmäßig eine Herausgabeanordnung seitens der Ermittlungsbehörden auslöst, welche eine ebenso konsequente Durchbrechung des Zeugnisverweigerungsrechts und des Beschlagnahmeverbots beim Arzt zur Folge hat.<sup>395</sup>

---

<sup>392</sup> Zur Vermeidung von Wiederholungen sei hier auf die Ausführungen zum Abschnitt 1.2 dieses Kapitels, „Beweiserhebungsverbot bei Unverhältnismäßigkeit“ (S. 79ff) verwiesen.

<sup>393</sup> Während die Absätze 2 und 3 des § 152 uStPO ausdrücklich an das Verhältnis des *Beschuldigten* zum Zeugnisverweigerungsberechtigten anknüpfen, stellt der Absatz 4 allein auf das Zeugnisverweigerungsrecht der Person und die zugehörigen Unterlagen ab, soweit sie sich in deren Gewahrsam befinden. Die Kommentierungen zu § 152 uStPO geben zwar keine eindeutige Auskunft darüber, was unter den Begriff der „Unterlagen“ fällt, mit Blick auf § 3 a) des Gesetzes XLVII/1997 [1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről = Gesetz zum Schutz und zum Umgang mit medizinischen und anderen höchstpersönlichen Daten] ist der Begriff allerdings weit auszulegen und umfasst neben der Behandlungsdokumentation und den Daten zu physischen, mentalen und psychischen Umständen des Patienten auch sämtliche Daten zum sozialen und beruflichen Hintergrund des Patienten. Unter dem Schutz des § 152 Absatz 4 uStPO stehen sämtliche Unterlagen, die sich in den Behandlungsräumen des Arztes befinden sowie auch solche Unterlagen, die sich in den Privaträumen des Arztes befinden, wenn sie medizinische Geheimnisse beinhalten, vgl. Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: *Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. Évi XIX. törvényhez* [Kommentar zum Gesetz XIX/1998 zum Strafverfahren], § 152; zum Begriff des medizinischen Geheimnisses vgl. wiederum Hanti, Péter: *Kommentár az egészségügyi adatvédelmi törvényhez törvényhez* [Kommentar zum Gesetz über den Datenschutz im Gesundheitswesen], § 13.

<sup>394</sup> Widersprüchlich hierzu ist allerdings die gleichzeitige Meldepflicht von nicht-einfachen Verletzungen nach § 24 XLVII/1997 und § 17 XXXI/1997, vgl. die Abschnitte 2.2.1 und 2.2.2 dieses Kapitels (S. 87ff), die das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wiederum nachhaltig belastet.

<sup>395</sup> Zu den Folgen der behördlichen Herausgabeanordnung vgl. nur die Ausführungen in Abschnitt 2.2.2 dieses Kapitels (S. 89).

### 2.3.3.5 Freiwillige Herausgabe der Unterlagen

Auch im Zusammenhang mit Zufallsfunden bleibt es dem durchsuchten Arzt natürlich weiterhin unbenommen, die Unterlagen, die an sich einem Beschlagnahmeschutz nach § 97 StPO unterliegen, freiwillig an die Ermittlungsbehörden herauszugeben, selbst wenn er sich damit unter Umständen nach § 203 StGB (§ 223 uStGB) strafbar macht. Denn ob sich der Arzt mit der Offenbarung von Informationen, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, strafbar macht, fällt allein in seine eigene Risikosphäre. Das Risiko hingegen, dass die ausgesuchte „Person des Vertrauens“ am Ende nicht das hält, was man sich anfangs von ihr versprochen hatte, fällt – wie immer im täglichen Leben – allein in die Risikosphäre des Vertrauenden, sprich des Patienten. Begründet werden kann dies damit, dass neben dem Geheimgeschützten selbst auch der Zeugnisverweigerungsberechtigte auf das Beschlagnahme- und Verwertungsverbot verzichten kann.<sup>396</sup> Auf die verfahrensmäßige Behandlung oder die Verwertbarkeit als Beweismittel hat die Schweigepflichtverletzung zunächst keinen Einfluss, soweit ihr kein Pflichtverstoß seitens des Staates vorausgegangen ist.<sup>397</sup>

Da allerdings auch von erfahrenen Berufsheimlichträgern nicht erwartet werden kann, dass sie die Rechtslage zu ihren (Nicht-)Mitwirkungspflichten im Detail kennen, muss sie der Staat, will er sich auf eine *freiwillige, irrtumsfreie* Herausgabe berufen können, über den an sich geltenden Beschlagnahmeschutz entsprechend aufklären. In der Praxis kommt es daher darauf an, dass die Ermittlungsbehörden ein etwaiges Herausgabeverlangen mit der Belehrung versehen, dass die Unterlagen gerade nicht zwangsweise, sondern nur mit der entsprechenden, freiwilligen Einwilligung des Arztes in amtliche Verwahrung genommen werden dürften.<sup>398</sup> Ist dies der Fall, können auch hier die Unterlagen ausgewertet und gegen den Willen des Patienten verwendet werden. In der ungarischen Strafprozessordnung findet sich hierzu sogar eine ausdrückliche gesetzliche Regelung in § 152 Absatz 5 c) uStPO.

Im Rahmen der Vorermittlungen erfüllen die medizinischen Unterlagen dann eine erste wichtige Aufgabe: die in ihr enthaltenen Informationen entscheiden nämlich mit darüber, ob ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird oder nicht.

---

<sup>396</sup> So: BGH 18, S. 227 (S. 230); vgl. auch Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 97, Rdnr. 5 m.w.N.

<sup>397</sup> Eine Mindermeinung nimmt allerdings auch für diesen Fall einen umfassenden Beschlagnahmeschutz an mit der konsequenten Folge, dass die erlangten Unterlagen nicht verwendet werden dürfen, vgl. Eisenberg, Ulrich: Beweisrecht der StPO, Rdnr. 2348.

<sup>398</sup> Die Belehrungspflicht muss auch dann gelten, wenn der Arzt die Unterlagen spontan und ohne Aufforderung zur Verfügung stellt, da hier die Folgeschwere eines Irrtums besonders offensichtlich wird; zum hierzu herrschenden Meinungsstreit insgesamt: Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 97, Rdnr. 6. In Ungarn ist neben der Möglichkeit der freiwilligen Herausgabe in § 152 Absatz 5 c) uStPO überdies auch die qualifizierte Belehrungspflicht ausdrücklich im Gesetz geregelt.



## 2.4 Bedeutung der Unterlagen für die Einleitung des Ermittlungsverfahrens

Für die Einleitung eines Strafverfahrens – formell ist hierfür eigentlich allein die Staatsanwaltschaft berufen (vergleiche § 152 Absatz 1 StPO bzw. § 164 Absatz 1 i.V.m. § 165 Absatz 1 uStPO) – kommt es zunächst auf das Vorliegen „zureichende[r] tatsächliche[r] Anhaltspunkte“ für eine Straftat an (§ 152 Absatz 2, § 160 Absatz 1 StPO)<sup>399</sup>, wobei die Anforderungen an diese Anhaltspunkte nicht allzu hoch liegen: es bedarf lediglich konkreter Tatsachen, die es nach kriminalistischer Erfahrung als möglich erscheinen lassen, dass eine verfolgbare Straftat vorliegt (sog. *Anfangsverdacht*).<sup>400</sup>

In der Praxis bearbeitet zumindest im Bereich der kleinen und mittleren Kriminalität, also genau in dem Bereich, wo typischerweise auch Körperverletzungsdelikte anzusiedeln sind, die Polizei auf Grundlage des § 161 Absatz 1 StPO (§ 35 Abs. 2 uStPO) selbstständig die Ermittlungen.<sup>401</sup> Und sowohl Staatsanwaltschaft als auch Polizei haben bei der Prüfung eines Anfangsverdachts einen gewissen Beurteilungsspielraum, etwa bei der Frage, ob die angezeigten Anhaltspunkte so zutreffen können bzw. ob sie überhaupt für einen bestimmten Tathergang sprechen.<sup>402</sup>

Der Staatsanwaltschaft obliegt darüber hinaus auch die rechtliche Prüfung, ob durch die Handlung überhaupt ein *verfolgbarer* Straftatbestand erfüllt wird. Dies ist immer dann nicht der Fall, wenn beispielsweise die Tat bereits verjährt ist (§ 78 Absatz 1 StGB), ein erforderlicher Strafantrag fehlt (so in § 230 Absatz 1 StGB), ein Rechtfertigungsgrund – etwa die Notwehr oder die Nothilfe (§ 32 StGB) – vorliegt, der offensichtlich die Handlung rechtfertigt oder jedenfalls der Täter als schuldunfähig im Sinne der §§ 19, 20 StGB anzusehen wäre.<sup>403</sup> Stehen einem

---

<sup>399</sup> Ähnlich auch die Regelung in § 170 uStPO, die allerdings weniger auf die inhaltlichen Anforderungen an einen Anfangsverdacht, als vielmehr auf die formalen Anforderungen, insbesondere auf die Entscheidungsfristen zur Eröffnung des Ermittlungsverfahrens abstellt.

<sup>400</sup> Vgl. insgesamt: Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 152, Rdnr. 4. Der Anfangs(tat)verdacht ist dabei die niedrigste von den drei im Ermittlungsverfahren relevanten Verdachtsstufen, gefolgt vom *hinreichenden Tatverdacht* und dem *dringenden Tatverdacht*. Im Vergleich zu den letzteren beiden dürfen an die Annahme des Anfangsverdachts noch keine allzu hohen Forderungen gestellt werden, denn das Ermittlungsverfahren hat ja gerade zum Zweck, den vorgefallenen Sachverhalt auszuforschen. Zu den verschiedenen Verdachtsstufen im Strafverfahren vgl. Solbach, Günter: Die Verdachtsstufen der Strafprozessordnung, S. 964ff. Kritisch zu der in der Praxis sich abzeichnenden Tendenz, den Anfangsverdacht bei der Anzeigenerstattung voreilig zu bejahen und damit entsprechende Auswirkungen für den Beschuldigten herbeizuführen: Eisenberg, Ulrich / Conen, Stefan: Legalitätsprinzip im gerichtsfreien Raum?, S. 2249.

<sup>401</sup> Vgl. hierzu: Eisenberg, Ulrich / Conen, Stefan: Legalitätsprinzip im gerichtsfreien Raum?, S. 2245; in Ungarn finden sich die Regelungen zur Zuständigkeit von Staatsanwaltschaft und Polizei in den §§ 165, 35f uStPO.

<sup>402</sup> Vgl. Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 61. Wegen des in § 152 Absatz 2 StPO verankerten Legalitätsprinzips müssen die Strafverfolgungsbehörden grundsätzlich das Ermittlungsverfahren bei Vorliegen eines Tatverdachts einleiten, dem ihnen verbleibenden Beurteilungsspielraum sind daher enge Grenzen gesetzt. Kritisch wiederum Eisenberg, Ulrich / Conen, Stefan: Legalitätsprinzip im gerichtsfreien Raum?, S. 2249.

<sup>403</sup> Vgl. hierzu etwa die Richtlinien für die Prüfung eines Anfangsverdachts wegen einer Straftat des Generalstaatsanwalts von Brandenburg vom 21. August 1998, JMBL Brandenburg 98, S. 106; in Ungarn finden sich ähnliche Regelungen zur Verjährung wiederum in den §§ 26ff uStGB, zum Privatklagedelikt in § 52 uStGB und zu weiteren Strafausschließungsgründen im Sinne einer Schuldunfähigkeit und verschiedenen Arten von Notstandssituationen in den §§ 15f und 22ff uStGB.



Verfahren keine rechtlichen Verfolgungshindernisse entgegen, genügt den Behörden in der Regel ein mehr oder weniger schlüssiger Tatsachenvortrag des Anzeigerstatters, der über das Behaupten von allgemeinen Vermutungen und vagen Hinweisen hinausgeht, auch ohne dass es – in diesem Stadium – an sich schon eines ärztlichen Nachweises bedürfte.<sup>404</sup>

Allerdings besteht in der Praxis oft eine gewisse Tendenz seitens der Polizei, bei kleineren und mittelschweren Delikten, die sich nicht gegen das Eigentum, sondern „nur“ gegen die Person richten, den Sachverhalt – etwa mit dem Hinweis, dass eine „Rauferei unter jungen Männern völlig üblich“ sei – zu bagatellisieren und die Anzeigerstatter auf den Zivilklageweg zu verweisen. Dies gilt umso mehr, wenn die auf der Polizeiwache erscheinende Person einer sozial eher niedrigeren Schicht angehört, in der allgemeinen sozialen Interaktion Defizite aufweist oder unter dem Eindruck der konkreten Situation nervös und zusammenhangslos redet.<sup>405</sup> Auch die internen Geschäftsanweisungen der Landeskriminalämter zur Entgegennahme von Strafanzeigen haben ihren eigenen Anteil daran, dass sich in der Praxis Anzeigerstatter, insbesondere „bekannte Querulanten“, als unglaubwürdig eingestufte oder anonym bleibend wollende Personen aufgrund ihres persönlichen Auftretens oder Erscheinungsbildes mit ihrer Anzeige *de facto* nicht durchsetzen können, wenn sie nicht zugleich auch einigermaßen belastbares Beweismaterial vorlegen können.<sup>406</sup>

Attesten über erlittene Verletzungen kann in diesem Zusammenhang eine gewisse Bedeutung zukommen, unterm Strich müssen und werden die Polizeidienststellen aber auch ohne Attest die Strafanzeige entgegnehmen – und zumindest *vorermitteln* müssen – zumindest soweit der Anzeigerstatter hierauf besteht.<sup>407</sup> Ganz anders sieht es allerdings aus, wenn das Opfer in der Praxis eben keinen Strafantrag gestellt hat und auch sonst nicht unbedingt bei der Aufklärung einer möglichen Straftat mitwirkt. In diesen Fällen sind die ärztlichen Bescheinigungen mit ausschlaggebend dafür, ob überhaupt eine verfolgbare Form der Körperverletzung vorliegt.

Das deutsche Strafrecht unterscheidet bei den – vorsätzlichen – Körperverletzungsdelikten zwischen der *einfachen* Körperverletzung (§ 223 StGB), der *gefährlichen* Körperverletzung (§ 224 StGB), der *schweren* Körperverletzung (§ 226 StGB) und der Körperverletzung *mit*

---

<sup>404</sup> Vgl. auch Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 57f.

<sup>405</sup> Ausführlich zur Protokollierungs- und Aufnahmebereitschaft von Strafanzeigen bei den einzelnen zur Anzeige gebrachten Deliktsarten bereits: Kürzinger, Josef: Private Strafanzeige und polizeiliche Reaktion, S. 162ff

<sup>406</sup> Kritisch zum teilweise Auseinanderfallen vom theoretischen Abstellen auf „objektive Anhaltspunkte“ und der praktischen Bewertung des „subjektiven Auftretens des Anzeigerstatters“ um – letztendlich – eine Konzentration auf ausermittelbare Fälle zu gewährleisten und Bürger nicht voreilig in die Rolle des Beschuldigten in einem Ermittlungsverfahrens zu drängen: Eisenberg, Ulrich / Conen, Stefan: Legalitätsprinzip im gerichtsfreien Raum?, S. 2244; zu den tat- und opferbezogenen Kriterien: a.a.O., S. 2246f.

<sup>407</sup> So die absolut h.L. selbst für den Fall, dass die Anzeige erkennbar haltlos ist bzw. das angezeigte Verhalten offenbar nicht strafbar ist. Die Polizei ist in diesen Fällen lediglich befugt, die Anzeigerstatter auf die Aussichtslosigkeit des Strafverfahrens oder die Option eines Zivilverfahrens hinzuweisen. Ausführlich zur Pflicht zur Entgegennahme von Strafanzeigen: Löwe, Ewald / Dünnebier, Hanns / Riess, Peter / Wendisch, Günter: Löwe-Rosenberg Großkommentar zur Strafprozessordnung und zum Gerichtsverfassungsgesetz, § 158, Rdnr. 18.

*Todesfolge* (§ 227 StGB), von denen die *einfache* Körperverletzung den Grundtatbestand bildet.<sup>408</sup>

Im ungarischen Strafgesetzbuch wird zunächst nur zwischen der *einfachen* (§ 164 Absatz 2 uStGB) und der *schweren* Körperverletzung (§ 164 Absatz 3 uStGB) unterschieden, je nachdem, ob eine erlittene Verletzung typischerweise weniger oder mehr als acht Tage zur Heilung benötigt. Darüber hinaus gibt es in den Absätzen 4 bis 9 der Vorschrift allerdings noch zahlreiche weitere Qualifikationstatbestände, die abhängig von der Art der Begehung und den Folgen der Tat sind.<sup>409</sup> Die eigentlichen Anforderungen an die Erfüllung des Straftatbestands der *einfachen* Körperverletzung, nämlich eine Person *körperlich zu misshandeln* oder *an der Gesundheit zu schädigen* sind in beiden Ländern – unabhängig von der Verheilungsdauer – nicht sehr hoch. Deswegen haben beide Gesetzgeber, um nicht bei jeder Ohrfeige schon mit der Keule des Strafrechts eingreifen zu müssen, mit der Schaffung eines Antragserfordernisses bei der *einfachen* (in Deutschland auch bei der *fahrlässigen*) Körperverletzung (§ 230 Absatz 1 StGB, in Ungarn wiederum § 164 Absatz 10 uStGB i.V.m. § 52 Absatz 1 uStPO) bewusst eine Durchbrechung des an sich geltenden Officialprinzips aus § 152 Absatz 2 StPO (§ 6 uStPO) vorgenommen.<sup>410</sup>

In der Praxis bedeutet dies, dass die Strafermittlungsbehörden – grundsätzlich – bei den Fällen von *gefährlicher*, *schwerer* und *tödlicher* Körperverletzung von Amts wegen ein Ermittlungsverfahren einleiten, während sie in den Fällen der *einfachen* Körperverletzung es von der Erstattung eines persönlichen Strafantrags abhängig machen werden, ob sie die Strafverfolgung aufnehmen. In Ungarn gilt dieses Antragserfordernis absolut, d.h. ohne Ausnahme.<sup>411</sup> Die

---

<sup>408</sup> Zur Unterscheidung vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.3 des vierten Kapitels (S. 167ff) .

<sup>409</sup> Vgl. insgesamt: Karsai, Krisztina: Kommentár a Büntető Törvénykönyvhöz [Kommentar zum Strafgesetzbuch], S. 324ff.

<sup>410</sup> Nach dem *Officialprinzip* obliegt es eigentlich allein dem Staat, *von Amts wegen* die vorgefallenen Straftaten zu verfolgen. Dem Bürger sollen gerade die Entscheidungen oder die Kontrolle über das Strafverfahren abgenommen werden, sein persönlicher Racheimpuls soll in einem objektiven, nach rechtsstaatlichen Kriterien vorgenommenen Strafverfahren aufgehen, vgl. Kühne, Hans-Heiner: Strafprozessrecht, Rdnr. 297. Bei der *einfachen* Körperverletzung liegt es hingegen im Wesentlichen in der Hand des privaten Antragstellers, ob die Tat überhaupt verfolgt wird. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Neben den praktischen Aspekten für eine effiziente Kriminalitätsbekämpfung seitens der Ermittlungsbehörden sprechen insbesondere drei rechtstheoretische Sachziele für die Beschränkung der Strafverfolgung auf diejenigen Fälle des § 223 StGB, bei denen das Opfer einen Strafantrag auch gewollt und tatsächlich gestellt hat: zum einen wegen der geringen Bedeutung des Delikts (Bagatellprinzip), zum anderen wegen der persönlichen Bindung zwischen Opfer und Täter, die einen Ausgleich außerhalb des Gerichts sinnvoll(er) erscheinen lässt (Versöhnungsgedanke) und nicht zuletzt zum Schutz der opferlichen Privatsphäre vor den sekundär belastenden Folgen durch das Ermittlungsverfahren und die – öffentliche – Hauptverhandlung selbst (Intimitäts- und Geheimschutz). Vgl. hierzu: Kindhäuser, Urs / Neumann, Ulfried / Paeffgen, Hans-Ullrich: NOMOS Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 230 Rdnr. 3. Diese Gedanken haben natürlich auch Eingang in das ungarische Strafrecht gefunden, wo sich das Officialprinzip in § 6 uStPO wiederfindet.

<sup>411</sup> Dies ergibt sich bereits aus dem Gesetzeswortlaut des § 173 Absatz 1 uStPO i.V.m. §§ 31, 164 Absatz 10 uStGB. Vgl. hierzu aber auch Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényhez [Kommentar zum Gesetz XIX/1998 zum Strafverfahren], § 173. Zur Praxis im Rahmen der Anklageerhebung vgl. Belovics, Ervin: Initiation of criminal court procedure in the Hungarian Jurisdiction, S. 6f.

deutschen Staatsanwaltschaften können hingegen auch in diesen Fällen noch – ausnahmsweise – einschreiten, wenn sie ein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung bejahen (§ 230 Absatz 1 StGB). Das ist insbesondere immer dann der Fall, wenn der Täter besonders roh handelt, eine erhebliche Misshandlung oder Verletzung hervorruft; wenn der Täter einschlägig vorbestraft ist, aus fremdenfeindlichen oder sonstigen menschenverachtenden Gründen heraus handelt oder wenn die Körperverletzung gegenüber engen Lebenspartnern oder Kindern begangen wurde.<sup>412</sup>

Die Strafermittlungsbehörden müssen vor diesem Hintergrund schon bei der Entscheidung über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens regelmäßig zwei Dinge prüfen: zum einen, ob (ausschließlich) die Voraussetzungen einer „nur“ *einfachen* Körperverletzung vorliegen und somit ein mögliches Verfolgungshindernis besteht, zum anderen, ob nicht wenigstens die Voraussetzungen eines *besonderen öffentlichen Interesses* vorliegen, um das Strafverfahren doch noch weiter aufrechtzuerhalten. Für beide Aspekte kommt es wesentlich auf jene Informationen an, die auch in der klinischen Dokumentation festgehalten sind.

Sowohl bei der Unterscheidung zwischen *einfacher* und *schwerer* bzw. *gefährlicher* Körperverletzung, als auch bei der Beurteilung, ob eine an sich *einfache* Körperverletzung „roh“ oder unter „erheblicher Misshandlung“ erfolgte, kommt es dann maßgeblich auf die im klinischen Anamnesebogen oder ärztlichen Attest gemachten Feststellungen zum Ausmaß und zur Entstehungsweise der Verletzungen an. So wird beispielsweise eine Platzwunde durch einen Faustschlag (nach dem deutschen Strafrechtssystem typischerweise eine *einfache* Körperverletzung) durch die Verwendung eines Schlagwerkzeugs oder eines anderen körperfremden Gegenstands sehr leicht zu einer *gefährlichen* oder zumindest „rohen“ Körperverletzung.<sup>413</sup> Bei der in Ungarn erforderlichen Unterscheidung, ob die (*einfache*) Verletzung typischerweise innerhalb von 8 Tagen verheilt oder eben nicht, spielen wiederum Angaben zur Art und zum Ausmaß der Verletzung eine Rolle, gegebenenfalls auch eine Gesamtschau zu mehreren an sich einfachen Verletzungen.<sup>414</sup>

Gerade in den Fällen, in denen das Opfer von vornherein keinen Strafantrag stellt, diesen später wieder zurückzieht und auch sonst nicht gerade zur Aufklärung der Straftat beiträgt, kann eine gründliche klinische Dokumentation von Verletzungen schon in einem sehr frühen Verfahrensstadium eine sehr wichtige Bedeutung bekommen.<sup>415</sup>

---

<sup>412</sup> Die Fälle, in denen ein besonderes öffentliches Interesse vorliegt, sind ausdrücklich, aber nicht abschließend in den einschlägigen Verwaltungsvorschriften geregelt, vgl. die Abschnitte 233, 234 und 235 der RiStBV.

<sup>413</sup> Ein Schlag mit der Faust würde eine Platzwunde mit normalen, gequetschten Wundrändern und Erhebungen verursachen, während es bei der Verwendung eines Gegenstandes mit festen Kanten je nach Wucht und Aufprallwinkel zu glatten Wundrändern kommt. Zur genauen Unterscheidung zwischen *einfacher*, *gefährlicher* und *schwerer* Körperverletzung vgl. wiederum Abschnitt 2.3 des vierten Kapitels (S. 167ff).

<sup>414</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 2.4 des vierten Kapitels (S. 171ff).

<sup>415</sup> Vor dem Hintergrund, dass in Ungarn die einfache Körperverletzung ein absolutes Antragsdelikt ist, kommt der klinischen Dokumentation in Ungarn eine weitaus geringere Rolle zu, zumindest wenn kein Strafantrag vorliegt. Andererseits wird hier das Strafverfahren auch dann noch weiterbetrieben, wenn der einmal gestellte Strafantrag zu einem späteren Zeitpunkt wieder zurückgenommen werden soll (§ 31 Absatz 6 uStGB).

### 3 Die klinische Dokumentation im Rahmen des Ermittlungsverfahrens

Hat sich die Staatsanwaltschaft aufgrund konkreter Anhaltspunkte für eine strafbare Körperverletzung zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens entschlossen (§ 160 Absatz 1 StPO), wird sie gezielt nach belastenden und entlastenden Beweismitteln zur Aufklärung der Straftat suchen, um Anklage gegen den Beschuldigten zu erheben (§ 170 Absatz 1 StPO bzw. § 216 Absatz 1 uStGB) oder das Verfahren wieder einzustellen (§§ 153ff, 170 Absatz 2 StPO bzw. wiederum § 216 Absatz 1 uStGB). Für beide Alternativen ist ausschlaggebend, ob ein *hinreichender Tatverdacht*, d.h. eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der späteren Verurteilung besteht oder eben nicht.<sup>416</sup> Zur Erforschungspflicht der Staatsanwaltschaft gehört es insbesondere, alle hierzu erforderlichen Beweismittel zu sichern, insbesondere auch die aussagefähigen klinischen Dokumentationen.

An dieser Stelle lohnt es, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, dass nicht jeder klinischen Dokumentation in der Krankenakte die gleiche Bedeutung zukommt, denn dokumentieren muss letztendlich jeder Arzt, der mit dem Patienten in Berührung kommt. Vor allem der klinischen Erstdokumentation zur Erstversorgung der – noch ursprünglichen – Verletzung kommt in diesem Rahmen eine besondere Bedeutung als Beweismittel zu. Diese kann bei Krankenhäusern (seltener) als Notarztprotokoll zur präklinischen Versorgung, (typischerweise) als Anamnesebogen der Rettungsstelle oder – bei schwereren Verletzungen – als Anamnesebogen der dann zuständigen erstversorgenden Fachabteilung (in der Praxis vor allem die Unfallchirurgie) in die Krankenakte gelangen. Beim niedergelassenen Arzt gibt es hingegen in der Regel nur einen einzigen Anamnesebogen oder das gesondert in Auftrag gegebene ärztliche Attest.

Da in Deutschland und in Ungarn – anders als in den USA – das Sammeln von Beweisen einseitig den Ermittlungsbehörden obliegt, gibt es regelmäßig keine von Verteidigung oder Nebenklage in Auftrag gegebenen Zweitgutachten zu erlittenen Verletzungen, sondern nur jene Erstdokumentation.<sup>417</sup> Daher kommt es in der Praxis auch nur selten vor, dass einer der Beteiligten noch andere medizinische Unterlagen in das Verfahren einbringen würde, die die Beweiskraft einer klinischen Erstdokumentation an sich übertreffen könnten.<sup>418</sup> Lediglich die vom Gericht in Auftrag gegebenen Sachverständigengutachten können die Aussagekraft der klinischen Dokumentation deutlich übertreffen, wenn sie denn zeitnah erfolgen.

---

<sup>416</sup> Zur Definition des zur Anklageerhebung erforderlichen *hinreichenden Tatverdachts* vgl. nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 170, Rdnr. 1.

<sup>417</sup> Anders als in den USA sind die Staatsanwaltschaften in Ungarn und in Deutschland nach dem jeweiligen nationalen Recht nicht einseitige Partei („Ankläger“), sondern verpflichtet, sowohl die belastenden, als auch die entlastenden Umstände zu ermitteln und zu würdigen (vgl. nur § 160 Abs. 2 StPO bzw. § 28 Abs. 1 uStPO). Die deutsche Staatsanwaltschaft wird daher auch gerne die „objektivste Behörde der Welt“ genannt.

<sup>418</sup> Die Verteidiger des Beschuldigten und die Nebenklagevertreter geben in Deutschland in der Regel – schon aus Kostengründen – keine eigenen Gutachten in Auftrag.

### 3.1 Einordnung von medizinischen Unterlagen als Beweismittel

Die (deutsche) Strafprozessordnung kennt insgesamt vier Beweismittel: den Zeugen und den Sachverständigen als persönliche Beweismittel und den Augenscheins- und Urkundenbeweis als sachliche Beweismittel. Hinzu kommt die Einlassung des Beschuldigten (Angeklagten), die streng genommen kein Beweismittel im eigentlichen Sinne ist, aber als Beweismittel im weiteren Sinne anerkannt wird.<sup>419</sup> Die ungarische Strafprozessordnung erkennt hingegen in § 76 uStPO auch die Einlassung des Beschuldigten ausdrücklich neben dem Zeugen-, Sachverständigen-, Augenscheins- und Urkundenbeweis als fünftes echtes Beweismittel an.

Krankenunterlagen, insbesondere auch die klinisch-medizinische Erstdokumentation der Verletzungen, können auf zwei Weisen als Beweismittel Einzug in das Strafverfahren finden: zum einen werden sie regelmäßig in Gestalt von Anamnesebögen (Befunderhebungsbögen) oder Attesten direkt als *Urkundenbeweis* eingeführt.<sup>420</sup> Zum anderen können sie – schon wegen ihrer zeitlichen Nähe zur ursprünglichen Verletzungshandlung – als Informationsgrundlage im Rahmen eines *Sachverständigen Gutachtens* herangezogen werden. Dem sachverständigen Rechtsmediziner werden zu diesem Zweck dann sämtliche Dokumentationsbögen der Krankenakte zur Verfügung gestellt. Das sind neben dem Ambulanzblatt oder Notarztprotokoll des Rettungsdienstes insbesondere die Anamnesebögen (Befunderhebungsbögen) der klinischen Rettungsstelle und der versorgenden Fachabteilungen. Auch für den Rechtsmediziner sind hierbei die Dokumentationen des erstversorgenden Arztes von ausschlaggebender Bedeutung.

Weitere medizinische Dokumentationen können aber auch erst im Rahmen des Ermittlungsverfahrens in Auftrag gegeben und mit speziellen strafrechtlichen Fragestellungen verbunden werden. Auch diese *klinisch-forensischen* oder rein *forensischen* Dokumentationen werden dann in der Regel in Form eines Gutachtens als *Sachverständigenbeweis* ins Strafverfahren eingeführt.

#### 3.1.1 Die klinische Dokumentation als Urkundenbeweis

Anders als in Ungarn, wo der Urkundenbeweis ausdrücklich im Gesetz als ein Beweismittel geregelt ist, welches „die Wahrheit von Tatsachen und Daten, das Geschehen von Ereignissen und die Abgabe von Erklärungen“ nachweisen soll (§§ 76, 116 uStPO), bestimmt die deutsche Strafprozessordnung in den §§ 249 bis 256 StPO lediglich Art und Umfang der Beweisführung mittels Urkunden. Weil es an allgemeinen Regelungen zur strafprozessrechtlichen Zulässigkeit

---

<sup>419</sup> Vgl. nur Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 709ff.

<sup>420</sup> Ein *Attest* im eigentlichen Sinne ist eine ärztliche Bescheinigung über den Gesundheitszustand eines Patienten (Gesundheitszeugnis), bei der der behandelnde Arzt gemäß § 25 MBO besondere Sorgfaltspflichten hinsichtlich Gründlichkeit der Untersuchung und Richtigkeit der Angaben zu erfüllen hat, vgl. Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: Klinisches Wörterbuch, Stichwort *Attest*; im Strafverfahren werden aber auch zu anderen Zwecken erstellte medizinische Unterlagen, die medizinische Befunde enthalten, beispielsweise die Befunderhebungsbögen von Krankenhäusern kurzerhand als *Atteste* bezeichnet.

des Urkundenbeweises fehlt, wird gefolgert, dass dieser immer dann zulässig ist, wenn ihn das Gesetz nicht ausdrücklich untersagt.<sup>421</sup> Nach der Rechtsprechung kommen hierfür „alle Schriftstücke, deren gedanklicher Inhalt von dem Gericht und den Verfahrensbeteiligten durch Lesen unmittelbar erschlossen werden kann,“ in Betracht.<sup>422</sup> Klinische Dokumentationen, insbesondere die im Strafverfahren relevanten Anamnesebögen und Atteste, sind in der Regel zumindest im Kern auch dem erfahrenen Juristen als Laienmediziner erschließbar, so dass sie sich in aller Regel als unmittelbarer Urkundenbeweis eignen. Nur wenn das Gericht in relevanten Punkten in seinem Beurteilungsvermögen an seine Grenzen stoßen würde, muss es zusätzlich auch den behandelnden Arzt als Zeugen hören oder aber ganz zum Sachverständigenbeweis übergehen.<sup>423</sup>

In das Ermittlungsverfahren gelangen Dokumentationsbögen und Atteste in der Regel durch die freiwillige Übergabe seitens des Opfers. Bei Fällen von Gewalt im sozialen Nahraum werden sie häufig auch durch Dritte (nahe Angehörige, Freunde, Mitbewohner) eingereicht, seltener finden sie von Amts wegen, etwa anlässlich von Zufallsfunden, Eingang in die Ermittlungsakte.<sup>424</sup> Die Ermittlungsbehörden können aber darüber hinaus auch im Rahmen ihrer eigenen Erforschungspflicht Besitz an Unterlagen erlangen, etwa von öffentlichen Behörden Auskünfte verlangen oder eigene Ermittlungen jeder Art vornehmen (§ 161 Absatz 1 StPO, ähnlich auch die Generalklausel des § 164 Absatz 2 uStPO). In der Praxis läuft dies insbesondere über die Durchsuchung und Beschlagnahme der Unterlagen. In Ungarn besteht zudem die bereits erwähnte Herausgabepflicht nach Maßgabe des § 23 Gesetz XLVII/1997.

### 3.1.1.1 Durchsuchung und Beschlagnahme von Krankenunterlagen

Die Durchsuchung von Sachen und Räumlichkeiten und die anschließende Sicherstellung von Gegenständen als Beweismittel gehen in der Praxis häufig miteinander einher. Das Gesetz unterscheidet diesbezüglich zwischen dem Oberbegriff der *Sicherstellung* von Beweismitteln als jegliche staatliche Gewahrsamnahme des Beweisgegenstands und der *Beschlagnahme* der Gegenstände *gegen den Willen* des Betroffenen, für die es einer richterlichen Anordnung bedarf.<sup>425</sup> Auch die Durchsuchungs- und Beschlagnahmeanordnung werden in aller Regel miteinander verbunden. In beiden Ländern, in Ungarn und in Deutschland, bedarf es hierzu grundsätzlich eines richterlichen Beschlusses, der die aufzufindenden und zu beschlagnehmenden Beweismittel mehr oder weniger konkret benennt (vgl. §§ 102ff StPO, ebenso auch

---

<sup>421</sup> Vgl. BGHSt 39, S. 305 (S. 306).

<sup>422</sup> BGHSt 27, S. 135 (S. 136); weitere Nachweise bei Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 754. Der *Urkundenbegriff* der Strafprozessordnung weicht damit vom *Urkundenbegriff* des § 267 StGB ab.

<sup>423</sup> Zu den Voraussetzungen für die bloße Verlesung ärztlicher Atteste im Sinne eines echten Urkundenbeweises vgl. Meyer-Goßner, Lutz: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 18ff; zur zunehmenden Prägung des Strafverfahrens durch Sachverständige vgl. Dölp, Michael: Der Sachverständige im Strafprozess, S. 235ff

<sup>424</sup> Vgl. insgesamt die Ausführungen zum oberen Abschnitt 2.3 dieses Kapitels (S. 99ff).

<sup>425</sup> Vgl. nur den Gesetzeswortlaut der §§ 94, 98 StPO.

§ 149 uStPO).<sup>426</sup> Die weiteren Voraussetzungen hängen dann jeweils davon ab, in welchem Verhältnis die Person, bei der durchsucht wird, zu der auszumittelnden Straftat steht.

### 3.1.1.1 Durchsuchung und Beschlagnahme beim Verdächtigen

Findet die Durchsuchung bei dem als Täter oder Teilnehmer Verdächtigen statt, genügt es für den richterlichen Durchsuchungsbeschluss bereits, wenn allgemein „zu vermuten“ ist, dass im Rahmen der Durchführung Beweismittel aufgefunden werden. Es müssen demnach (nur) tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine bestimmte Straftat begangen wurde, die Zielperson der Durchsuchung an der Tat beteiligt ist und (weitere) Beweismittel aufgefunden werden könnten (§ 102 StPO, ähnlich auch § 149 Absatz 2 uStPO).

Weiterhin kommt bei Durchsuchungen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz eine besonders hohe Bedeutung zu, da sie naturgemäß besonders tief in die Persönlichkeitsrechte des Betroffenen eingreifen. Bei Durchsuchungen beim Verdächtigen kommt hinzu, dass klassische Beschuldigtenrechte, allen voran der Zwang zur Selbstbelastung, berührt werden.<sup>427</sup> Die durchzuführenden Maßnahmen müssen daher nicht nur geeignet, sondern in besonderem Maße auch erforderlich und angemessen, im Grunde genommen *alternativlos* sein.

Werden klinisch-medizinische Unterlagen wie Atteste und Anamnesebögen im Rahmen von Hausdurchsuchungen beim Verdächtigen (strafprozessrechtlich: *Beschuldigter*) sichergestellt (§ 94 StPO bzw. § 151 uStPO), handelt es sich naturgemäß regelmäßig nicht um Unterlagen, die die Verletzungen des *eigentlichen vermeintlichen Opfers* einer Körperverletzung dokumentieren. In den meisten Fällen wird es vielmehr um die Dokumentation von Verletzungen gehen, die sich der Verdächtige bei der Tat selbst zugezogen hat bzw. um Abwehrverletzungen, die ihm durch das Opfer beigebracht wurden und die nun einer ärztlichen Behandlung bedurften. In beiden Fällen werden die Unterlagen sichergestellt werden, um im Wege des Urkundenbeweises etwa ein geschildertes Tatgeschehen belegen oder aber auch widerlegen zu können.

Ein gesetzlich geregelter genereller Beschlagnahmeschutz von Krankenunterlagen besteht dabei gerade nicht, was schon der Umkehrschluss zu den Regelungen zur Beschlagnahmefreiheit (§ 97 StPO bzw. § 152 Absatz 4 uStPO) deutlich macht, die sich ausschließlich auf Aufzeichnungen durch *Berufsgeheimnisträger* beziehen, die sich *in deren Gewahrsam*

---

<sup>426</sup> In der Praxis ist es nicht immer möglich, konkrete Angaben zu Beweismitteln zu machen, etwa wenn es sich um unbestimmtes Diebesgut handelt. Auch in Bezug auf Krankenunterlagen wird zumeist nur allgemein auf unbestimmte Befunde, Atteste oder die gesamte Krankenakte abgestellt. Zu allem: Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: *Nagykommentár a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényhez* [Kommentar zum Gesetz XIX/1998 zum Strafverfahren], § 149.

<sup>427</sup> Vgl. BVerfGE 20, S. 162 (S. 187); ausführlich auch Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: *Kommentar zur Strafprozessordnung*, § 102, Rdnr. 15 m.w.N.; zum Verhältnis von Durchsuchungsmaßnahmen zu Beschuldigtenrechten siehe Schroeder, Friedrich-Christian: *Die Durchsuchung im Strafprozess*, S. 861f.

befinden.<sup>428</sup> Für diejenigen Fälle, bei denen im *Privathaushalt* einer Person Patientenunterlagen auftauchen, die darauf hindeuten, dass die Person Opfer oder Täter einer Körperverletzung wurde, können daher nur allgemeine verfassungsrechtliche Anforderungen gelten. In der Praxis findet insbesondere wieder eine Abwägung zwischen den individuellen Persönlichkeitsinteressen der betroffenen Beteiligten und dem allgemeinen Interesse des Staates an der Verfolgung von (schweren) Straftaten statt.<sup>429</sup>

Bei dieser Abwägung muss berücksichtigt werden, dass die Unterlagen einen verhältnismäßig objektiven Beweiswert innehaben, der durch den alternativen Zeugenbeweis allenfalls ergänzt, nicht aber ersetzt werden könnte. Zudem gibt es regelmäßig keine anderen – vergleichbaren – Beweismittel, die den Verzicht auf eine Durchsuchung respektive Sicherstellung der Unterlagen gebieten würden.

Insbesondere können in der Ermittlungspraxis auch nicht vergleichbare Unterlagen von anderen Behörden oder dem behandelnden Arzt selbst herangezogen werden. Letzteres würde in der Praxis schon am Beschlagnahmeverbot des § 97 Absatz 1 StPO bzw. des § 152 Absatz 4 uStPO scheitern. Ein Herantreten an den Beschuldigten in anderer Weise als die der unangekündigten Durchsuchung und Sicherstellung wäre wiederum in der Praxis nicht zweckdienlich, weil es in sich das Risiko einer Vernichtung von Beweismitteln bergen würde.<sup>430</sup>

Für die inhaltliche Auswahl der zu beschlagnahmenden Unterlagen ist wiederum maßgeblich, dass die Krankenunterlagen nicht von vornherein für die Ermittlungen irrelevant sein dürfen und dass es nicht zu einer pauschalen Mitnahme aller, sondern mit Blick auf weniger einschneidende Folgen „nur“ zu einer wie auch immer gearteten beschränkten Auswahl einiger, wichtiger Unterlagen kommt. Darüber hinaus, muss auch hier das staatliche Verfolgungsinteresse den Schutz der Grundrechte des Betroffenen überwiegen und die Bedeutung des potenziellen Beweismittels für das Strafverfahren hoch genug sein, um eine Beschlagnahme zu rechtfertigen.<sup>431</sup>

Dem Schutz vor dem Zwang zur Selbstbezeichnung (*nemo tenetur se ipsum accusare*) wird in der Praxis hingegen keine größere Rolle zukommen – bei der Beschlagnahme von Krankenunterlagen handelt es sich einerseits lediglich um passive Duldungspflichten, die hinzunehmen sind und gerade nicht in die Freiheit der Willensentschließung des Beschuldigten eingreifen. Zum anderen geben medizinische Unterlagen – anders als etwa die berühmte

---

<sup>428</sup> Vgl. hierzu nur die Ausführungen in Abschnitt 2.3.3 des dritten Kapitels (S. 105ff).

<sup>429</sup> Zur Bedeutung von Krankenunterlagen als Beweismittel und den allgemeinen Anforderungen an eine Beschlagnahme vgl. auch Wasmuth, Johannes: Beschlagnahme von Patientenkarteien und Krankenscheinen im Strafverfahren, S. 2297ff.

<sup>430</sup> Gesetzlich lässt sich dies auch aus § 33 Absatz 3 und Absatz 4 StPO herleiten.

<sup>431</sup> Vgl. zu allem nur die Ausführungen in Abschnitt 2.3.3 des dritten Kapitels (S. 105ff).



Korrespondenz mit dem Verteidiger – in der Regel keine eigenen Äußerungen zu strafbaren Handlungen wieder.<sup>432</sup>

Zusammenfassend werden Durchsuchungen und Beschlagnahmen beim Verdächtigen in der Praxis noch am wenigsten Bedenken bereiten.

### 3.1.1.1.2 Beschlagnahme beim Arzt oder Krankenhaus

Findet die Durchsuchung wiederum bei einem Nichtverdächtigen statt, beispielsweise dem Opfer, einem bloßen Zeugen oder dem Arzt respektive Krankenhaus, liegen die Voraussetzungen zur Durchsuchung und Beschlagnahme ungleich höher. Zwar sind nach § 103 StPO (in Ungarn wiederum § 149 Absatz 2 uStPO) Durchsuchungen auch bei Unbeteiligten grundsätzlich zulässig. Bei Nichtverdächtigen trägt aber der Umstand, dass nicht ihr Verhalten den Anlass zu Ermittlungsmaßnahmen gegeben hat, dazu bei, dass insgesamt höhere Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme zu stellen sind.<sup>433</sup> Im Gesetz kommt dies dadurch zum Ausdruck, dass die Durchsuchung beim Nichtverdächtigen unter anderem nur „zur Beschlagnahme *bestimmter* Gegenstände und nur dann zulässig [ist], wenn Tatsachen vorliegen, aus denen zu schließen ist, daß die gesuchte Person, Spur oder Sache sich in den zu durchsuchenden Räumen befindet“ (§ 103 Absatz 1 StPO).

Die aufzufindenden Beweismittel müssen demzufolge bereits im Durchsuchungsbeschluss so weit konkretisiert werden, dass weder der Betroffene, noch die durchsuchenden Beamten Zweifel daran haben, welche Unterlagen genau es aufzufinden und zu beschlagnahmen gilt. Für die Praxis bedeutet dies weiterhin, dass Krankenunterlagen nicht pauschal, sondern auf einen individuellen Gegenstand, zumindest aber der Gattung nach einzugrenzen sind und dass der Durchsuchungsbeschluss auch Ausführungen dazu enthält, *warum* im konkreten Durchsuchungsobjekt des Nichtverdächtigen mit Beweismitteln in der konkreten Strafsache zu rechnen ist.<sup>434</sup>

Für die Beschlagnahme von Krankenunterlagen beim Arzt oder beim Krankenhaus bedarf es regelmäßig keiner Durchsuchung, denn die Mitarbeiter werden die Unterlagen in der Praxis den Ermittlungsbeamten aushändigen. Soweit das medizinische Personal nicht selbst in die Tat verstrickt sein sollte, dürfen – in Deutschland – aber keine Unterlagen beschlagnahmt werden, die (auch) dem Beschuldigten zuzuordnen wären.<sup>435</sup> Sollte dies der Fall sein, scheidet eine Beschlagnahme in der Regel von vornherein aus.

---

<sup>432</sup> Zur Bedeutung von Nemo tenetur im Rahmen von Beschlagnahmen vgl. Widmaier, Gunter / Eschelbach, Ralf: Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung, § 30, Rdnr. 162ff.

<sup>433</sup> So schon das BVerfG in seinem Beschluss vom 03.07.2006 – 2 BvR 299/06.

<sup>434</sup> Vgl. nur BGH, Beschluss vom 21.11.2001 – 3 BJs 22/04-4 (9) – StB 20/01.

<sup>435</sup> Besteht hingegen der Verdacht, dass der Berufsgeheimnisträger in die Tat des Beschuldigten verstrickt sein könnte, entfällt wiederum der Beschlagnahmeschutz gemäß § 97 Absatz 2 Satz 3 StPO (ähnlich auch § 152 Absatz 5 a) uStPO). Vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt 2.3.3.1 dieses Kapitels (S. 107).

In Ungarn kommt der Beschlagnahme bei bestimmten Berufsheimnisträgern (namentlich bei Notaren, Rechtsanwälten und Gesundheitseinrichtungen) zunächst auch dadurch eine besondere Stellung zu, dass die zugrundeliegende Anordnung grundsätzlich nur durch den Richter erfolgen kann, deren Vollzug wiederum durch einen anwesenden Staatsanwalt überwacht werden muss.<sup>436</sup> Ein vermeintlich höherer Schutz des Berufsheimnisträgers im ungarischen Strafverfahrensrecht kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass für Unterlagen – gleich welcher Art – jedenfalls dann ein Beschlagnahmeschutz besteht, wenn sie sich im Gewahrsam eines zeugnisverweigerungsberechtigten Berufsheimnisträgers befinden (§ 152 Absatz 4 i.V.m. § 82 Absatz 1 c) uStPO). Diese Regelung knüpft, anders als in Deutschland, nicht (nur) an die Beziehung zum geheimnisgeschützten *Beschuldigten*, sondern allein an das zugrundeliegende *Berufsheimnis* an. Dieses wird in Ungarn – dem Grunde nach – einheitlich geschützt, weshalb der Verschwiegenheitspflicht aus § 223 uStGB ein umfassendes Zeugnisverweigerungsrecht (§ 82 Absatz 1 c) uStPO) sowie Beschlagnahmeverbot (§ 152 Absatz 4 uStPO) folgt. In der Praxis wird das Beschlagnahmeverbot allerdings faktisch umgangen, indem Ärzte und andere medizinische Einrichtungen andererseits verpflichtet werden können, in Strafsachen mit den Ermittlungsbehörden zusammenzuarbeiten und in diesem Rahmen auch Krankenunterlagen herauszugeben haben (vgl. nur § 23 Gesetz XLVII/1997).<sup>437</sup>

Auch in Deutschland müssen Ärzte zumindest passiv dulden, dass Krankenunterlagen zu ihren Patienten beschlagnahmt werden, wenn diese nicht Beschuldigte im jeweiligen Verfahren sind. Die Regelungen der §§ 53 Absatz 1 Nr. 3, 97 Absatz 1 Nr. 1-3 StPO beziehen sich nach allgemeiner Auffassung lediglich auf das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem *Beschuldigten*. Dem Wortlaut des Gesetzes nach ist es daher grundsätzlich möglich, die medizinischen Unterlagen *nicht verdächtiger* Patienten, beispielsweise auch des Opfers, ohne oder sogar gegen dessen Willen zu beschlagnahmen.<sup>438</sup>

Es stellt sich daher nicht die Frage, *ob*, sondern nur *unter welchen konkreten Voraussetzungen* eine Beschlagnahme auch gegen den Willen eines geheimnisgeschützten Patienten zulässig ist. Letztendlich geht es auch hier wieder darum, unter welchen Bedingungen eine zwangsweise Beschlagnahme von Krankenunterlagen bei Ärzten und Krankenhäusern (noch) *verhältnismäßig* sein kann, wenn die Unterlagen allein die Krankengeschichte des *Opfers* enthalten, dieses aber letztendlich gar keine Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden will. Dieser – gesetzlich nicht explizit geregelte – Fall wird in der Praxis immer wieder dann relevant, wenn das Opfer eines Körperverletzungsdelikts, aus welchen

---

<sup>436</sup> Vgl. nur die Regelung des § 149 Absatz 6 uStPO; in der Praxis hat bei Gefahr in Verzug allein der Staatsanwalt eine Eilkompetenz (§ 149 Absatz 7 uStPO).

<sup>437</sup> Zu den Folgen der behördlichen Herausgabeanordnung vgl. nur die Ausführungen in Abschnitt 2.2.2 dieses Kapitels (S. 91f).

<sup>438</sup> Die Rechtslage in Deutschland führt damit zu der widersprüchlichen Situation, dass Ärzte keine medizinischen Informationen offenbaren dürfen (§ 203 StGB), das Zeugnis entsprechend verweigern dürfen/müssen (§ 53 Absatz 1 StPO), zugleich aber die Beschlagnahme von Unterlagen dulden müssen; vgl. hierzu auch die Ausführungen in Abschnitt 2.3.3.4 dieses Kapitels (S. 110).

Gründen auch immer, die Herausgabe von medizinischen Unterlagen über die erlittenen Verletzungen und die Entbindung seiner Ärzte von deren ärztlicher Schweigepflicht entschieden ablehnt.

Bei der hier anzustellenden Verhältnismäßigkeitsprüfung ist zunächst zu berücksichtigen, dass eine Beschlagnahme beim Arzt oder Krankenhaus vergleichsweise gut *geeignet* ist, die Dokumentation von Verletzungen aus einem Gewaltdelikt zu sichern. Vergleichbare Informationen zum Verletzungsbild wird nur der Patient selbst besitzen. Die klinischen Dokumentationen der medizinischen Einrichtung, insbesondere die Anamnesebögen und Nebenbefunde werden aber regelmäßig umfangreicher und vollständiger sein als die Durchschläge, die dem Patienten mitgegeben wurden.

Zudem würde eine – alternativ vorstellbare – Bitte an den Patienten, seine eigenen Unterlagen freiwillig herauszugeben, gerade an dessen fehlendem Kooperationswillen scheitern. Das Gleiche gilt für eine mögliche Entbindung der behandelnden Mediziner von deren Schweigepflicht. Von den Mediziner wiederum kann eine freiwillige Herausgabe ihrer Krankenakten regelmäßig nicht erwartet werden: diese wären nach § 53 Absatz 1 Nr. 3 StPO nicht nur zeugnisverweigerungsberechtigt, sie sind – in Deutschland – vielmehr nach § 203 StGB ausdrücklich zur Verschwiegenheit verpflichtet.<sup>439</sup> Die Bitte um eine freiwillige Herausgabe ist damit faktisch aussichtslos.

Die Beschlagnahme beim Arzt oder Krankenhaus wird schließlich auch vergleichsweise weniger grundrechtseinschränkend sein als die alternativ vorstellbare Beschlagnahme beim Patienten selbst. Insbesondere wird sie in aller Regel nicht im gleichen Maße öffentlich wahrgenommen werden wie eine Zwangsmaßnahme, die unter den Augen der eigenen Familie und Nachbarn stattfindet.

Bei der Abwägung, ob das Opfer einer Straftat, das schon durch die zugrundeliegende Straftat massiv verletzt wurde, im überwiegenden Allgemeininteresse weitere Einschränkungen in seinen Persönlichkeitsrechten hinzunehmen hat, müssen wiederum andere Aspekte eine Rolle spielen. Zum einen muss hier berücksichtigt werden, dass das Verhalten des Opfers erkennbar nicht den Anlass zu den nun stattfindenden Zwangsmaßnahmen gegeben hat, zum anderen aber auch, dass die Durchführung von Zwangsmaßnahmen und Offenlegung von medizinischen Daten zu einer erneuten Viktimisierung des Opfers führen kann.

---

<sup>439</sup> In Ungarn funktioniert hingegen die Anordnung der Ermittlungsbehörden zur Herausgabe der Krankenunterlagen (§ 23 des Gesetzes XLVII/1997) als tatbestandsausschließender Rechtfertigungsgrund. Dieser ist explizit geregelt im Straftatbestand des Geheimnisverrats (§ 223 uStGB verlangt, dass der Täter das Geheimnis „ohne triftigen Grund offenbart“ [„*alapos ok nélkül felfedi*“]) und des strafprozessrechtlichen Zeugnisverweigerungsrechts (§ 82 Absatz 1 c) uStPO räumt ein Zeugnisverweigerungsrecht ein, „es sei denn, dass die Person nach einer anderen Vorschrift auf Ersuchen des Gerichts, der Staatsanwaltschafts oder der Ermittlungsbehörden verpflichtet ist, die Daten weiterzugeben...“ [„*külön jogszabály szerint a bíróság, az ügyész, illetőleg a nyomozó hatóság megkeresésére a titoktartási kötelezettség alá eső adat továbbítása*“]).

Auf der anderen Seite gilt natürlich, dass auch hier das dem Rechtsstaatsprinzip entspringende Interesse der Allgemeinheit an einer funktionstüchtigen und effektiven Strafrechtspflege ein überragendes Gemeinschaftsgut bleibt, zu dessen Gunsten die Interessen des Einzelnen, und sei es eben auch des Opfer, je nach Einzelfall zurückzutreten haben. Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach die Bedürfnisse einer wirksamen Strafverfolgung und Verbrechensbekämpfung betont und das Interesse der Öffentlichkeit an einer möglichst vollständigen Wahrheitsermittlung im Strafverfahren hervorgehoben. Dabei hat es immer wieder auch die wirksame Aufklärung insbesondere schwerer Straftaten als einen „wesentliche[n] Auftrag eines rechtsstaatlichen Gemeinwesens“ bezeichnet.<sup>440</sup>

So wünschenswert es auch aus opferschutzrechtlicher Perspektive sein mag: die Ermittlungsbehörden werden bei der Verfolgung dieses Allgemeininteresses im konkreten Einzelfall nicht immer Rücksicht auf die Belange des Straftatopfers nehmen können. Dies gilt umso mehr, wenn die bestehende Beweislage an sich noch nicht für eine Anklage reicht, zugleich aber die Aussicht auf eine relativ objektive Befundbeschreibung der Verletzungen durch einen an sich neutralen Arzt besteht.

Bei der Abwägung, sich notfalls vertrauliche Informationen auch gegen den Willen des Opfers zu verschaffen, wird in der Praxis auch regelmäßig zu berücksichtigen sein, dass der ursprüngliche Schutzzweck einer Geheimhaltungspflicht (§ 203 StGB bzw. § 223 uStGB) und eines Zeugnisverweigerungsrechts (§ 53 Absatz 1 Nr. 3 StPO bzw. § 82 Absatz 1 c) uStPO), nämlich der Aspekt des schutzwürdigen Patienten-Arzt-Verhältnisses, bei schwereren Körperverletzungsdelikten regelmäßig schon rein tatsächlich nicht voll zum Tragen kommt. Denn gerade bei Verletzungen, die in einer arbeitsteilig behandelnden Rettungsstelle oder Unfallchirurgie versorgt werden, wird es in der Praxis häufig nur kurzzeitige Kontakte zu den behandelnden Medizinern geben, ohne dass es zu einem besonders schutzwürdigen, längerfristigen Vertrauensaufbau käme.<sup>441</sup>

Zum anderen handelt es sich in der Praxis bei Fällen, die einer medizinischen Versorgung bedürfen, sehr häufig um schwere und schwerste Fälle von Gewaltdelikten, bei denen die Ermittlungsbehörden schon aufgrund des Legalitätsprinzips grundsätzlich dazu angehalten sind, auch gegen den Willen des Opfers die Ermittlungsmöglichkeiten bestmöglich auszuschöpfen.<sup>442</sup> Bei der gefährlichen Körperverletzung (§ 224 StGB) beginnt der Strafraum immerhin bei einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten, die schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) ist wiederum ein *Verbrechen*, das mit bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe geahndet wird. In Ungarn ziehen selbst

---

<sup>440</sup> Vgl. nur BVerfG, Beschluss vom 13.10.1970 – 1 BvR 226/70, Rdnr. 28.

<sup>441</sup> Zur Argumentation des nur eingeschränkten Vertrauensaufbaus bei kurzzeitigen Behandlungsmaßnahmen: LG Fulda in seinem Beschluss vom 28.06.1990 – 105 Js 6731/0/89Ks (NJW 1990, S. 2946ff).

<sup>442</sup> Zum Begriff des Gewaltdelikts vgl. Fußnote 108 (S. 33), zu den Verpflichtungen, die sich aus dem Legalitätsprinzip ergeben siehe Fußnote 410.

einfachere Körperverletzungsdelikte in der Regel sogar noch weitaus härtere Strafen nach sich.<sup>443</sup> Denn auch die Öffentlichkeit hat regelmäßig ein erhebliches Interesse daran, dass der Täter aus general- sowie spezialpräventiven Gründen heraus seiner gerechten Strafe zugeführt und von weiteren Straftaten abgehalten wird. Der Staat hat diesbezüglich sogar eine explizite Pflicht, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter *Leben* und *körperliche Unversehrtheit* aller Bürger zu stellen.<sup>444</sup>

Nicht zuletzt hat auch das Opfer selbst ein – zumindest mutmaßliches – hohes eigenes Interesse daran, dass der Täter für die Zukunft davor abgeschreckt wird, sich weiter gewaltsam zu zeigen. Dessen persönliche Integrität gegenüber dem Umfeld und dem Beschuldigten kann sogar dadurch gestärkt werden, dass die Unterlagen nach außen gerade nicht freiwillig herausgegeben wurden, sondern einer zwangsweisen Beschlagnahme durch Dritte bedurften.<sup>445</sup> Die Persönlichkeitsrechte des Opfers können zudem dadurch größtmögliche Schonung erfahren, dass der Kreis der einsichtsberechtigten Ermittlungsbeamten möglichst klein gehalten wird und Teile der Dokumentation möglicherweise nur dem Sachverständigen als Grundlage zur Verfügung gestellt werden, ohne aber Teil der Ermittlungsakte zu werden. Zeugenvernehmungen zu den Unterlagen müssten besonders behutsam durchgeführt werden, in der späteren Hauptverhandlung möglicherweise sogar unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden.

Vor dem Gesagten kommt eine Beschlagnahme von Krankenunterlagen beim Arzt oder Krankenhaus auch gegen den Willen eines Opfers grundsätzlich in Betracht. Die Anforderungen hieran liegen allerdings vergleichsweise hoch: der zu ermittelnden Straftat muss erhebliches Gewicht zukommen (für eine *fahrlässige* oder „nur“ *einfache* Körperverletzung kann letztendlich nur noch unter dem Aspekt der Kindesmisshandlung Raum bleiben), auch die der Beschlagnahme folgenden grundrechtseinschränkenden Maßnahmen müssen besonders schonend durchgeführt werden. Jenseits dieser Kriterien wird eine Beschlagnahme gegen den Willen des Opfers regelmäßig unverhältnismäßig und damit unzulässig sein.<sup>446</sup> Dies muss

---

<sup>443</sup> In Ungarn sind die Körperverletzungstatbestände sogar noch weiter gefasst: eines schwere Körperverletzung nach § 164 Absatz 3 uStGB knüpft hier lediglich an eine Heilungsdauer von mehr als 8 Tagen an, wird aber als Verbrechen mit einer Mindestfreiheitsstrafe von 2 Jahren (§ 5 uStGB) bedroht. Im Ergebnis führen hier auch einfache Knochenbrüche, die in Deutschland als einfache Körperverletzung zu werten wären, in aller Regel zu Freiheitsstrafen, vgl. Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 175.

<sup>444</sup> Zur Drittwirkung von Grundrechten und zur Schutzpflicht des Staates zum positiven Tätigwerden zum Schutze seiner Bürger insgesamt: BVerfGE 39, S. 1 (S. 41f).

<sup>445</sup> Zum Phänomen des heimlichen Opferwunsches nach Bestrafung des Täters vgl. wiederum Frommel, Monika: Feministische Kriminologie, S. 120f.

<sup>446</sup> Angesichts der drohenden erneuten Viktimisierung wiegt das Selbstbestimmungsrecht von einsichtsfähigen Opfern letztendlich schwerer. Bei Fällen von häuslicher Gewalt kann daher erst ab der Schwelle der gefährlichen Körperverletzung gegen den Willen der Opfer beschlagnahmt werden. Bei Fällen von Kindesmisshandlung und Körperverletzungsdelikten gegenüber noch nicht einsichtsfähigen Jugendlichen ergeben sich hingegen andere Schutzpflichten des Staates, so dass hier letztendlich auch bei einfacheren Körperverletzungsdelikten eine Zwangsmaßnahme gegen den Willen, aber zum Wohle des Opfers angezeigt sein kann.

unabhängig davon gelten, ob die Staatsanwaltschaft ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung an sich bejahen würde. Die Behörden wären in diesen Fällen daher darauf beschränkt, das Opfer zur Kooperation und freiwilligen Herausgabe zu ermutigen.<sup>447</sup>

### 3.1.1.1.3 Durchsuchung und Beschlagnahme beim Opfer

Schon die Durchsuchung beim Arzt oder Krankenhaus gegen den Willen des Opfers hat gezeigt, dass Zwangsmaßnahmen gegen einen Nichtverdächtigen, der zudem schon durch die Tat viktimisiert wurde, nur im eingeschränkten Umfang verhältnismäßig sein können. Die Kooperation mit den Ermittlungsbehörden ist gerade keine allgemeine Rechtspflicht und oftmals gibt es nachvollziehbare Gründe für eine zumindest nach außen demonstrativ verweigerte Mithilfe bei der Strafverfolgung.<sup>448</sup> Dabei spielt häufig Angst eine Rolle, sei es vor einem angsteinflößenden nicht bekannten Täter, sei es vor einem nur allzu gut bekannten, womöglich sogar nahverwandten Täter.<sup>449</sup>

Da ein Beschlagnahmeverbot nach § 97 StPO (§ 152 Absatz 4 uStPO) schon mangels Gewahrsams durch einen *Berufsgeheimnisträger* nicht greift, wären die Patientenunterlagen des *Opfers* grundsätzlich wie jedes andere Beweismittel im Interesse der Aufklärung der Straftat zu beschlagnahmen, notfalls auch gegen dessen Willen und eben auch bei ihm zuhause. In der Praxis wird dies aber in vielen Fällen keine sachgerechte Lösung sein, denn es gibt häufig gute Gründe, das Opfer einer Straftat, das erkennbar keine Strafverfolgung wünscht, nicht durch weitere Zwangsmaßnahmen erneut „zu bestrafen“.

Vor diesem Hintergrund ist die – in der Praxis auch übliche – Beschlagnahme von Krankenakten beim Krankenhaus bzw. beim niedergelassenen Arzt in der Regel bereits besser *geeignet* als die Durchsuchung und Beschlagnahme beim Opfer daheim. Dies gilt zunächst in Hinblick auf den Umfang und die Vollständigkeit der Unterlagen, die einem Patienten als Durchschlag mitgegeben werden. Dies gilt insbesondere aber auch mit Blick auf die weitaus

---

<sup>447</sup> Zu bedenken wäre hierbei, dass die Einwilligung zur Herausgabe der Unterlagen bzw. zur Entbindung von der Schweigepflicht wieder von der persönlichen Einsichtsfähigkeit des Betroffenen abhängt. Fehlt es bei Minderjährigen oder Senioren an dieser Einsichtsfähigkeit, muss nach der hier vertretenen Ansicht grundsätzlich der gesetzliche Vertreter, bei Interessenkonflikten i.S.v. §§ 1629, 1796 BGB oder Kindeswohlgefährdung aber auch ein Ergänzungspfleger einwilligen, vgl. auch Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Trück, Thomas: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 81c, Rdnr. 62.

<sup>448</sup> Insbesondere die Opfer von Gewalt im häuslichen Nahraum hoffen in der Praxis oft eher passiv auf eine „Rettung von außen“. Zum Anzeigeverhalten der Opfer von Nahraum-Gewalt und zur späteren Rücknahme bereits getätigter Strafanzeigen vgl. den Abschnitt 2.2.2.1 des zweiten Kapitels (S. 35ff) und Abschnitt 2.1 des dritten Kapitels (S. 84ff).

<sup>449</sup> Zu den Gründen von Nichtanzeige, Verharmlosung und Vertuschung von häuslicher Gewalt siehe Lamnek, Siegfried / Luedtke, Jens / Ottermann, Ralf / Vogl, Susanne: Tatort Familie, S. 114ff; an einer möglichen (höchspersonlichen) Entbindung der Schweigepflicht fehlt es auch dann, wenn das Opfer zwischenzeitlich verstirbt, die Geheimhaltungsinteressen aber über den Tod hinaus weiterbestehen und entsprechend schutzwürdig sind, vgl. hierzu nur die *Mephisto*-Entscheidung BVerfGE 30, S. 173 (S. 176ff).

einschneidenderen Grundrechtsbeeinträchtigungen von Zwangsmaßnahmen beim Opfer daheim, die weitaus öffentlicher wahrgenommen werden, zumindest aber unter den Blicken der Nachbarn, der engsten Familie, möglicherweise sogar des Täters stattfinden.

Nichtsdestotrotz sind Situationen denkbar, in denen die Ermittlungsbehörden gerade auf die ärztlichen Dokumente des Opfers angewiesen sein werden, etwa, wenn sie keinen Zugriff auf die Ärzte oder gar deren Kontaktdaten haben. In diesen Fällen wird eine Hausdurchsuchung durch die Polizei und die etwaige Beschlagnahme von Aufzeichnungen zu Verletzungen zwar *erforderlich* sein, allerdings sehr hohen *Angemessenheitsanforderungen* unterliegen.

Denn die zwangsweise Suche respektive Beschlagnahme von Daten, die womöglich sehr intime Körperverletzungen wiedergeben, wiegen naturgemäß besonders schwer. Beim Opfer können sie Scham und das Gefühl, irgendwie Mitschuld am Geschehenen zu tragen, vermitteln oder weiter verstärken.<sup>450</sup> Dies gilt umso mehr, wenn die Beschlagnahme durch uniformierte Polizeibeamte erfolgt und unter den Augen der Familie und der Nachbarn stattfindet. Erhält dann auch noch der Täter von den Ermittlungsmaßnahmen beim Opfer Kenntnis, kann schnell eine ganz neue Angstspirale in Gang gesetzt werden, die das Opfer weiter traumatisiert.<sup>451</sup> Bei der Angemessenheitsprüfung von Durchsuchung und Beschlagnahme muss daher – wie schon bei der körperlichen Untersuchung gegen den Willen des Opfers – nicht nur der verfassungsrechtliche Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, sondern insbesondere auch die individuelle Privatsphäre des Opfers hinreichend berücksichtigt werden.

Die erneute, zwangsweise Konfrontation mit der Straftat kann erhebliche psychologische Auswirkungen auf das Opfer haben. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer *Sekundärviktimisierung*, nämlich wenn durch (Fehl-)Reaktionen des sozialen Umfelds (Eltern, Freunde, aber eben auch die Strafverfolgungsbehörden und nicht zuletzt die Öffentlichkeit und die Medien) die Stresssituation des Opfers noch weiter verschärft wird.<sup>452</sup> Diese kann bereits bei der nachdrücklichen Aufforderung zur Strafanzeige, zur Zeugenaussage oder zur (freiwilligen) Herausgabe der Atteste eintreten.<sup>453</sup> Bei der zwangsweisen Durchsetzung von Ermittlungsmaßnahmen gegen das Opfer wiegen diese aber noch ungleich schwerer. Das liegt sowohl in der Natur einer Zwangsmaßnahme, als auch in der zeitlichen Dimension von

---

<sup>450</sup> Gerade Opfer häuslicher Gewalt entwickeln häufig (Mit-)Schuldgefühle bzgl. der Gewalttaten des Partners, teilweise aus Scham darüber, was ihnen passiert, teilweise auch aus Angst um die Beziehung verbunden mit einer Hoffnung für die Zukunft, vgl. Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Truninger, Annina: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 188ff.

<sup>451</sup> In der Praxis, insbesondere bei Fällen häuslicher Gewalt, drohen einige Täter ganz offen ihren Opfern mit weiterer Gewalt, sollten diese die bisher erlittene Gewalt öffentlich machen oder sich Hilfe holen, vgl. nur Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich u.a. / Truninger, Annina: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, S. 189.

<sup>452</sup> Vgl. hierzu nur Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 11 Rdnr. 27.

<sup>453</sup> Zur Vermeidung einer Sekundärviktimisierung bei der Durchführung eines „humanen und sachgerechten“ Ermittlungsverfahrens insgesamt: Nöthen-Schürmann, Ute: Der Umgang mit Verletzten im polizeilichen Ermittlungsverfahren, S. 45ff.

Ermittlungsmaßnahmen, die wenig Rücksicht nehmen können auf die körperliche und mentale Verarbeitung einer konkreten Straftat.

Vor diesem Hintergrund werden je nach Opfergruppe nur die Aufklärung sehr schwerer und schwerster Straftaten überhaupt einen weiteren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Opfers rechtfertigen können. Hinsichtlich der Schwere einer Straftat wird deshalb nicht allein an das Vorliegen eines bestimmten Straftatbestands angeknüpft werden können, sondern vielmehr am konkret zu erwartenden Strafmaß. Letztendlich werden nur bei Straftaten, bei denen eine Freiheitsstrafe von deutlich mehr als 6 Monaten zu erwarten ist, erneute Eingriffe in die Grundrechte des Opfers gerechtfertigt sein. In der Praxis wird es folglich – in Deutschland – auf bestimmte Fälle der *gefährlichen Körperverletzung* und sämtliche Fälle von *schwerer Körperverletzung* hinauslaufen, darüber hinaus aber auch auf andere besonders schwere Gewaltdelikte, insbesondere schwere *Sexualstraftaten* und sämtliche *Raubdelikte*.<sup>454</sup> Dem Opfer bleibt dann nur der schwache Trost, dass es durch eine Einwilligung zur Kooperation jederzeit noch die „freiwillige“ Herausgabe herbeiführen und somit die schwerwiegenderen Zwangsmaßnahmen abwenden kann.

Unterhalb der genannten Erheblichkeitsschwelle, namentlich für Fälle der *einfachen Körperverletzung* (§ 223 StGB), der *fahrlässigen Körperverletzung* (§ 229 StGB) und einfach gelagerten Fällen der *gefährlichen Körperverletzung* (§ 224 StGB), die in der Rechtspraxis selten mit einer höheren Freiheitsstrafe geahndet werden, kommen Durchsuchung und Beschlagnahme gegen den Willen des Opfers hingegen regelmäßig nicht mehr in Betracht. Hier werden wiederum die Ermittlungsbehörden darauf angewiesen sein, das Opfer zu einer freiwilligen Kooperation, zur Herausgabe von Unterlagen oder Entbindung der Ärzte von der Schweigepflicht zu überzeugen.

### 3.1.1.2 Beweiswert der Unterlagen im Ermittlungsverfahren

Wenn der Sachverhalt ausermittelt ist, legt die Polizei die Akte der federführenden Staatsanwaltschaft vor, die nunmehr zu entscheiden hat, ob sie das Verfahren (wegen Geringfügigkeit, dann gegebenenfalls auch gegen Auflagen) *einstellt* oder ob sie einen Strafbefehl oder sogar die Erhebung der *Anklage vor Gericht beantragt* (vgl. §§ 153 ff und § 170 StPO bzw. § 192 uStPO). Für jede dieser Alternativen bedarf es eines *hinreichenden Tatverdachts*, anderenfalls hat die Staatsanwaltschaft das Verfahren einzustellen (§ 170 StPO, ähnlich auch § 190 uStPO). Ein *hinreichender* Tatverdacht liegt bereits vor, wenn nach dem Inhalt der Ermittlungsakte bei vorläufiger Tatbewertung die Verurteilung des Beschuldigten in der Hauptverhandlung

---

<sup>454</sup> Die schwere Körperverletzung und die Raubdelikte sind im deutschen wie auch im ungarischen Strafrecht als *Verbrechen* ausgestaltet (vgl. §§ 226, 249ff i.V.m. § 12 Abs. 1 StGB und § 365 uStGB i.V.m. § 5 uStGB), die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens 1 Jahr (Deutschland) bzw. 2 Jahren (Ungarn) bestraft werden. Auch bei den Sexualstraftaten werden (schwere) Missbrauchsfälle an Minderjährigen und die sexuelle Nötigung bzw. Vergewaltigung (§§ 174ff StGB, §§ 197ff uStGB) mit Freiheitsstrafen nicht unter einem Jahr bestraft.



„wahrscheinlich“ ist. In der Praxis gilt für diesen Maßstab daher die Wahrscheinlichkeit einer späteren Verurteilung von 50 Prozent und mehr.<sup>455</sup>

Egal zu welcher Entscheidung die Staatsanwaltschaft am Ende kommt, die Anforderungen an die Beweismittel sind für die Anklageerhebung gerade noch nicht übermäßig hoch. Nichtsdestotrotz wird die Staatsanwaltschaft die vorhandenen Beweismittel sorgfältig bewerten und dabei auch die klinische Dokumentation der beigebrachten Verletzungen berücksichtigen müssen. Dabei kommt ihr zugute, dass Urkundenbeweise – anders als die Angaben von Zeugen und Beschuldigten – über das gesamte Strafverfahren hinweg relativ konstante Informationen vermitteln. Auch wenn das deutsche Strafverfahren aufgrund des Grundsatzes der *Unmittelbarkeit* dem Zeugenbeweis eine sehr hohe Bedeutung zumisst, kommt man an der Beweiskraft eines – in vielerlei Hinsicht relativ objektiven – Arztbefundes nicht ohne Weiteres vorbei.<sup>456</sup> Dies gilt im Stadium des Ermittlungsverfahrens sogar umso mehr, da hier – anders als im späteren Hauptverfahren, wo bei weiterführenden Feststellungen der Arzt als Zeuge geladen werden muss – für die Verurteilungsprognose sämtliche gemachten Feststellungen gewertet werden können.

Ärztliche Bescheinigungen genießen zwar keine grenzenlose Überzeugungskraft, denn es gehört gerade nicht zu den therapeutischen Aufgaben eines behandelnden Arztes, beispielsweise eine Kausalität zwischen begangener Tathandlung und eingetretenem Taterfolg herzustellen und damit „die“ zentrale Fragestellung, die für den Ausgang des Strafverfahrens ausschlaggebend wäre, zu beantworten. Es ist auch nicht die Aufgabe des klinischen Mediziners, die subjektiven Angaben seines Patienten über den Tathergang oder die bei ihm eingetretenen Beschwerden kritisch zu hinterfragen. Diagnosen, die allein auf den Angaben des verletzten Patienten beruhen, haben daher allenfalls einen geringen Beweiswert und sollten auch schon von der Staatsanwaltschaft sorgfältig überprüft werden.<sup>457</sup>

Gerade bei den klinischen Dokumentationen von *Weichgewebeverletzungen* genießen die Feststellungen allerdings eine sehr objektive Aussagekraft. Das liegt schon daran, dass die in der Praxis am häufigsten auftretenden Weichgewebeverletzungen durch stumpfe und scharfe Gewalt, vor allem Quetschungen mit Hämatomen und Wunden, naturgemäß relativ leicht optisch erfasst und beschrieben werden können. In der Praxis stellt sich daher weniger die Frage, ob die Verletzungsbeschreibungen *objektiv* genug sind, als vielmehr die Frage, ob sie

---

<sup>455</sup> Vgl. hierzu nur Meyer-Goßner, Lutz: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 170, Rdnr. 1ff.

<sup>456</sup> Der Unmittelbarkeitsgrundsatz im deutschen Strafprozess besagt zunächst, dass sich das Gericht einen möglichst direkten, unvermittelten Eindruck vom Tatgeschehen machen muss (§ 261 StPO). Dies gilt insbesondere auch für die Durchführung einer unmittelbaren Beweisaufnahme. Bei der Rekonstruktion des Tatablaufs soll das Gericht möglichst das tatnächste Beweismittel heranziehen. § 250 StPO legt sogar ausdrücklich fest, dass sobald der Beweis einer Tatsache – und damit auch der Nachweis von Verletzungen – auf der Wahrnehmung einer Person beruht, diese im Rahmen der Hauptverhandlung vernommen werden muss. Für ärztliche Atteste gilt dies allerdings ausweislich § 256 StPO gerade nicht, vgl. hierzu auch die Ausführungen im unteren Abschnitt 4.1 dieses Kapitels (S. 136ff). Zum Unmittelbarkeitsgrundsatz in der Beweisaufnahme vgl. Beulke, Werner: Die Unmittelbarkeit der Beweisaufnahme in der Hauptverhandlung, S. 758f.

<sup>457</sup> Vgl. hierzu auch OLG Hamm, Urteil vom 02.07.2001 – 13 U 224/00, in: NZV 2001, S. 468 (S. 469).

auch *inhaltlich aussagekräftig* genug sind, um ein Gericht bei dessen Urteilsfindung überzeugen zu können.<sup>458</sup> Die Beantwortung gerade dieser Frage, nämlich ob die Feststellungen des Arztes auch ausführlich genug sind, um den Tathergang *zweifelsfrei* nachzeichnen zu können, darf aber bis zu einem gewissen Grad auch noch einer Klärung im Hauptverfahren überlassen bleiben.<sup>459</sup> Dort besteht zudem die Möglichkeit, einen Sachverständigen zur Beurteilung der Unterlagen aus rechtsmedizinischer Sicht zu hören.

Ein (rechtsmedizinisches) Sachverständigengutachten kann allerdings auch schon im Ermittlungsverfahren in Auftrag gegeben werden.

### 3.2 Das klinisch-forensische Gutachten als Sachverständigenbeweis

Von der Fragestellung der vorliegenden Arbeit nicht erfasst, der Praxisrelevanz halber aber zumindest erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch die *klinisch-forensische Begutachtung* von Verletzungen (strafprozessrechtlich auch als medizinisches Sachverständigengutachten bekannt), die in der Regel im Auftrag der Ermittlungsbehörden erfolgt.<sup>460</sup> Sie dient einem gänzlich anderen Zweck als die klinische Erstdokumentation, sie verfolgt nämlich von vornherein nur (straf-)rechtliche Ziele. Deswegen ist sie schon im Ansatz her anders einzuordnen. Im Mittelpunkt der rechtsmedizinischen Begutachtung stehen gerade keine therapeutischen Zwecke, sondern neben einer ausführlichen („gerichtsfesten“) Befunderhebung und Dokumentation insbesondere Fragen nach der *Entstehungsweise* der Verletzungen.

Auch zum Zweck des medizinischen Sachverständigengutachtens können körperliche Untersuchungen vorgenommen und entsprechend dokumentiert werden. Dies geschieht allerdings in der Regel durch speziell geschulte Rechtsmediziner und folgt einem anderen Procedere. Wenn ein betroffenes Opfer selbstständig den Arzt aufsucht, wird der Untersuchungsumfang in der Praxis individuell abgesprochen, was bedeutet, dass Teile der Untersuchung durchaus verweigert werden können. Erfolgt die klinisch-forensische Untersuchung hingegen im Auftrag der Ermittlungsbehörden, können die Betroffenen – in der Regel als Opfer (*Zeuge*) oder Täter (*Beschuldigte*) – auch zwangsweise nach Maßgabe der §§ 81a und 81c StPO (ähnlich auch die §§ 105ff uStGB) untersucht werden.<sup>461</sup>

---

<sup>458</sup> Vgl. insgesamt: Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren], S. 79f.

<sup>459</sup> Insgesamt kommt es dabei allein auf die eigene Prognose der Staatsanwaltschaft an. Der Beurteilungsspielraum ist hierbei relativ weit, zumal für die Aufklärung unterschiedlicher Beweisergebnisse nicht zuletzt auch das Hauptverfahren da ist. Insgesamt hierzu: Meyer-Goßner, Lutz: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 170, Rdnr. 1f.

<sup>460</sup> Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens erfolgt sie regelmäßig im Auftrag der Staatsanwaltschaft, darüber hinaus kann sie aber auch durch weitere Beteiligte, beispielsweise Jugendämter, Versicherungsträger oder das Opfer selbst veranlasst werden. Vgl. insgesamt ; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 34ff.

<sup>461</sup> Zur körperlichen Untersuchung auf Grundlage des § 81a StPO in der Praxis vgl. Madea Burkhard / Kernbach-Wighton, Gerhard: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 480ff.

Bei Untersuchungen gegen den Willen der Beteiligten werden insbesondere die Rechte des Beschuldigten zu prüfen sein, zumindest nicht *aktiv* an der Untersuchung teilnehmen zu müssen, sondern lediglich bestimmte Eingriffe *dulden* zu müssen.<sup>462</sup> Bei körperlichen Untersuchungen am Opfer, insbesondere wenn es unverschuldet in die Ermittlungen „hereingezogen“ wurde, werden wiederum sehr hohe Anforderungen an die Einhaltung dessen Persönlichkeitsrechte zu stellen sein, nicht in unangemessener Weise erneut mit den Folgen der Tat konfrontiert zu werden.<sup>463</sup> Da im Ermittlungsverfahren die Staatsanwaltschaft die „Herrin des Verfahrens“ ist, wird sie regelmäßig auch die Auftraggeberin einer solchen – letztendlich richterlichen – Anordnung sein und die Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Maßnahme zu prüfen haben. Im Hauptverfahren wird der Gutachtenauftrag hingegen vom Gericht geprüft und ausgesprochen.

In Ungarn gibt es zum Zweck einer sorgfältigen Sachverständigenexpertise ein eigenes Expertenregister, in dem alle Experten und Institutionen geführt werden, die im Rahmen des Strafverfahrens hinzugezogen werden können. Diese sollen nach § 6 der Verordnung 31/2008<sup>464</sup> grundsätzlich den Betroffenen persönlich untersuchen, in der Praxis treffen sie ihre Gutachten aber fast immer ferndiagnostisch (vgl. § 7 der Verordnung 31/2008), d.h. ausschließlich auf Grundlage des von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Schaubefundes [*láttelelet*], welcher allerdings faktisch nur die klinische Dokumentation wiederholt.<sup>465</sup> Und auch in Deutschland ziehen die Sachverständigen – gerade bei Weichgewebeverletzungen, bei denen nach Versorgung und einsetzendem Heilungsprozess keine Aussagen mehr zu machen wären – gerne die Krankenunterlagen der klinischen Kollegen heran und treffen ihre Feststellungen aufgrund der darin enthaltenen Befunde.

Das (rechts)medizinische Gutachten wird, wie eingangs bereits erwähnt, vergütungstechnisch und haftungsrechtlich anders als die klinischen Anamnesebögen und Atteste behandelt. Es wird vom staatlichen Träger (der Justiz) vergütet und unterliegt anderen, stundenweise abzurechnenden Sätzen nach den §§ 8ff des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG). In das Hauptverfahren wird es gerade nicht als Urkunden-, sondern als Sachverständigenbeweis eingeführt, wobei der Verfasser als Sachverständiger für weitere Erläuterungen grundsätzlich anwesend sein muss.<sup>466</sup>

---

<sup>462</sup> Zu den Duldungspflichten des *Täters* unter Einhaltung des *nemo tenetur*-Prinzips vgl. Rogall, Klaus: Der Beschuldigte als Beweismittel gegen sich selbst, S. 56ff.

<sup>463</sup> Bei *Opfern* werden mit Blick auf eine etwaige Retraumatisierung in der Praxis trotz der vorhandenen gesetzlichen Möglichkeit nur sehr selten medizinische Untersuchungen gegen deren Willen durchgeführt, vgl. wiederum Madea, Burkhard / Kernbach-Wighton, Gerhard: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 480.

<sup>464</sup> 31/2008. (XII. 31.) IRM rendelet az igazságügyi szakértői működéséről [Verordnung zur Tätigkeit des rechtsmedizinischen Sachverständigen].

<sup>465</sup> Zum Dilemma der faktischen Beschränkung auf die klinische Dokumentation im ungarischen Sachverständigenverfahren vgl. Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látteletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren], S. 79f.

<sup>466</sup> Bei eigener Sachkunde des Gerichts kommt allerdings auch hier eine Verlesbarkeit des Gutachtens nach § 256 StPO in Betracht.

### 3.3 Relevanz bei der staatsanwaltlichen Abschlussverfügung

Für den Abschluss des Ermittlungsverfahren relevant sind die klinischen Feststellungen zunächst hinsichtlich der Frage, ob die erlittenen Verletzungen unbedeutend genug sind, als dass die Staatsanwaltschaft – in Deutschland – das Verfahren noch wegen *Geringfügigkeit der Schuld* einstellen könnte, gegebenenfalls auch unter Auflagen (§§ 153, 153a ff StPO). Dies wird in der Praxis lediglich bei einigen Bagatellfällen der *einfachen* und *fahrlässigen* Körperverletzung, in minder schweren Fällen auch der *gefährlichen* Körperverletzung der Fall sein, bei denen sich der Täter einsichtig zeigt und auch kein besonderes öffentliches Interesse an einer weiteren Strafverfolgung besteht.<sup>467</sup>

Zum anderen werden die klinischen Dokumentation immer dann herangezogen werden, wenn es zu bestimmen gilt, vor welchem konkreten Gericht Anklage erhoben bzw. der Erlass eines Strafbefehls beantragt werden soll. Während Strafbefehle jeglicher Art und Körperverletzungsvergehen mit einer Straferwartung von weniger als 2 Jahren Freiheitsstrafe beim Strafrichter (§ 25 GVG) verhandelt werden, müssten Anklagen wegen schwererer Gewaltverbrechen mit einer Straferwartung von bis zu 4 Jahren Freiheitsstrafe beim amtsgerichtlichen Schöffengericht (§§ 28ff GVG), mit einer Straferwartung von mehr als 4 Jahren Freiheitsstrafe vor einer Strafkammer des Landgerichts (§ 74 Absatz 1 GVG) erhoben werden. Die Schwurgerichtskammer beim Landgericht wäre wiederum für Körperverletzungs- und andere Gewaltdelikte mit Todesfolge erstinstanzlich zuständig (§ 74 Absatz 2 GVG).

In Ungarn wiederum fallen einfache und schwere Körperverletzungsdelikte grundsätzlich in die Zuständigkeit der *Bezirksgerichte* [*járásbíróság*] (vgl. § 15 i.V.m. § 16 uStPO), während Körperverletzungsdelikte mit konkreter Lebensgefahr oder eingetretener Todesfolge (den Straftatbeständen aus § 164 Absätze 8 und 9c) uStGB) gemäß § 16 Absatz 1 d) uStPO vor den *Komitatsgerichten* [*törvényszék*] verhandelt werden. Hier kommt es demnach weniger auf die Straferwartung, als vielmehr auf den angeklagten Straftatbestand an.

Von der erstinstanzlichen Zuständigkeit im Hauptverfahren hängt es (in Deutschland) auch ab, bei wem die Staatsanwaltschaft ihre Anklage erhebt und damit das *Zwischenverfahren* (§§ 199ff StPO) einleitet. In diesem wird der Spruchkörper der anstehenden Hauptverhandlung

---

<sup>467</sup> Eine *Geringfügigkeit* der Schuld liegt vor, wenn die Schuld im Vergleich mit Vergehen gleicher Art deutlich unter dem Durchschnitt liegt; die zu erwartende Strafe müsste demnach im absolut untersten Bereich des in Betracht kommenden Strafrahmens liegen, vgl. Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 153, Rdnr. 2f; vorausgesetzt, dass kein öffentliches Interesse aus general- oder spezialpräventiven Gründen vorliegt, kommt eine Einstellung damit eigentlich nur bei fahrlässigen Körperverletzungen (§ 229 StGB) und bei einfachen Körperverletzungen (§ 223 StGB) in Betracht, in denen nur leichte, oberflächliche Hautverletzungen und Hämatome davongetragen wurden. Zu der Anwendung der Einstellungsvorschriften in der Praxis vgl. Schäfer, Gerhard / Sander, Günther M. / v. Gemmeren, Gerhard: Praxis der Strafzumessung, Rdnr. 29ff.

auf Grundlage der vorgelegten Beweismittel zu überprüfen haben, ob die Voraussetzungen für die Annahme eines hinreichenden Tatverdachts tatsächlich vorliegen und die Eröffnung einer öffentlichen Hauptverhandlung – mit allen ihren diskriminierenden Folgen für den nunmehr *Angeschuldigten* – rechtfertigen.<sup>468</sup>

In Ungarn erfolgt das Zwischenverfahren zum gleichen Zweck beim Ermittlungsrichter des örtlichen Komitatsgerichts (§§ 207ff uStPO), ist aber der förmlichen Anklageerhebung vorgelagert bzw. gerade jener Verfahrensabschnitt, in dem die Anklage erfolgt. Daher kann es hier noch insbesondere zu Änderungen der Anklage, zu Teileinstellungen oder zum Verweis auf den Privatklageweg kommen, der in Ungarn sehr viel differenzierter ausgestaltet ist als in Deutschland.<sup>469</sup> Zugleich beginnen – anders als in Deutschland – (erst) mit dem Ende der Ermittlungen umfassende Einsichtsrechte in die Ermittlungsakten (§ 193 uStPO), weshalb der Angeschuldigte sich ab diesem Zeitpunkt mit den gegen ihn vorliegenden Beweismitteln auseinandersetzen sowie gegebenenfalls neue Beweismittel einbringen kann.<sup>470</sup>

Trotz der Unterschiede bei der konkreten Durchführung des Zwischenverfahrens: In beiden Ländern, in Deutschland wie auch in Ungarn, werden in diesem Stadium die klinischen Anamnesebögen und ärztlichen Atteste (bzw. der ungarische *Schaubefund*) herangezogen werden, um die Zuständigkeit des im Hauptverfahren verhandelnden Gerichts zu ermitteln. Zudem werden sie in diesem Zusammenhang regelmäßig auch in der Anklageschrift ausdrücklich aufgeführt: als Urkundenbeweis stehen sie in der Aufzählung der zu nennenden Beweismittel hinter der etwaigen Einlassung des Angeschuldigten und den Namen der zu vernehmenden Zeugen gewöhnlich an dritter Stelle.

---

<sup>468</sup> Das Zwischenverfahren hat damit die *negative Kontrollfunktion*, zu überprüfen, ob die einschneidenden Folgen einer öffentlichen Verhandlung, die mitunter unter den Augen der Familie, Kollegen, Nachbarn oder lokalen Medien stattfindet, angesichts der Schwere der Tat und deren Nachweisbarkeit überhaupt gerechtfertigt sind. In diesem Zusammenhang werden dem Angeschuldigten auch die vorhandenen Beweismittel und die wesentlichen Ergebnisse der Ermittlungen mitgeteilt (§ 200 StPO), zugleich wird ihm Gelegenheit gegeben, sich zum Vorwurf zu äußern und ggf. Eigene Beweiserhebungen zu beantragen (§ 201 StPO); vgl. hierzu insgesamt Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 578ff.

<sup>469</sup> Vgl. insgesamt Hautzinger, Zoltán / Herke, Csongor / Mészáros, Bence / Nagy, Mariann: Einführung in das ungarische Strafverfahrensrecht, S. 103ff.

<sup>470</sup> Vgl. hierzu nur Karsai, Krisztina / Szomora, Zsolt: Criminal law in Hungary, S. 157f.

## 4 Die klinische Dokumentation im Rahmen des Hauptverfahrens

Das strafgerichtliche Hauptverfahren in Deutschland (und auch in Ungarn) ist – anders als etwa in den USA – *inquisitorisch* ausgestaltet. Das bedeutet in der Praxis, dass der Verfahrensablauf allein durch den Richter bestimmt wird (vgl. §§ 155 Absatz 2, 244 Absatz 2 StPO bzw. § 244 Absatz 1 uStPO). Ihm obliegt es, die Verhandlung und damit auch die Beweisaufnahme zu führen, um die materielle Wahrheit zu erforschen. Ein *adversatorisches* Streitverfahren wie in den USA, in dem Verteidigung und Anklage als Gegenspieler jeweils eigenständige Ermittlungen anstellen und ihre jeweiligen Beweismittel in das Verfahren einbringen, ist hier gerade nicht vorgesehen.<sup>471</sup> Schon vor diesem Hintergrund sind die klinische Erstdokumentation und gegebenenfalls das vom Gericht angeforderte Sachverständigengutachten in der Regel die einzigen medizinischen Unterlagen in der Beweisaufnahme.

Der Amtsermittlungsgrundsatz (*Instruktionsmaxime*) bringt weiterhin mit sich, dass das zuständige Gericht des Hauptverfahrens verpflichtet ist, zur Ermittlung des wahren Sachverhalts von Amts wegen die Beweisaufnahme auf „alle Tatsachen und alle tauglichen und erlaubten Beweismittel [zu] erstreck[en], die für die Entscheidung von Bedeutung“ werden könnten.<sup>472</sup> Das Gericht muss demzufolge von sich aus allen relevanten Beweismitteln zur Aufklärung des Sachverhalts nachgehen. Das entzieht der Staatsanwaltschaft, dem Angeklagten, dessen Verteidiger und dem Nebenkläger natürlich nicht das Recht, eigenen Einfluss auf den Umfang der Beweisaufnahme zu nehmen.<sup>473</sup>

In der Praxis kommt es allerdings verhältnismäßig selten vor, dass die Erwähnten noch im laufenden Hauptverfahren neue, überraschende Beweismittel, etwa ärztliche Dokumentationen oder Bescheinigungen, zur Untermauerung ihrer jeweiligen Position vorlegen würden. Da die Staatsanwaltschaften in Deutschland und in Ungarn ohnehin für und gegen den Beschuldigten ermitteln, werden ihr alle relevanten Beweismittel zumeist schon im Ermittlungsverfahren eingereicht, weshalb sie dann auch als Beweismittel Gegenstand der Anklageschrift werden. In das zu eröffnende Hauptverfahren kann der Inhalt von Befundbögen und Attesten dann auf zwei Wegen eingeführt werden: als förmlicher Urkundenbeweis oder (vergleichsweise eher selten) auch als bloßer formloser Vorhalt gegenüber dem Angeklagten, dem Zeugen oder auch dem Sachverständigen.<sup>474</sup>

---

<sup>471</sup> Zur Instruktionsmaxime und Verhandlungsleitung im deutschen Strafverfahren vgl. nur Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 684ff.

<sup>472</sup> Vgl. BGH I, S. 94 (S. 96), Nachweis bei Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 170, Rdnr. 2ff und § 244, Rdnr. 12.

<sup>473</sup> Zu alledem: Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 762ff.

<sup>474</sup> Ausführlich zur förmlichen und formlosen Einführung von Urkundenbeweisen in das Hauptverfahren: Haller, Klaus / Conzen, Klaus: Das Strafverfahren. Eine systematische Darstellung mit Originalakte und Fallbeispielen, Rdnr. 530ff.

## 4.1 Die Verlesung ärztlicher Atteste und Anamnesebögen

Die sich ergänzenden Grundsätze der *Unmittelbarkeit* und *Mündlichkeit* des Strafverfahrens sind im – deutschen – Strafprozess vergleichsweise stark ausgeprägt, was dazu führt, dass das Gericht seine Entscheidungen grundsätzlich nur auf solche Tatsachen stützen darf, die es in der Hauptverhandlung selbst festgestellt und mündlich erörtert hat. Insbesondere muss es sich das Urteil über Schuld und Strafe auf Grund des unmittelbaren persönlichen Eindrucks bilden, den es vom Angeklagten und den Beweismitteln in der Hauptverhandlung gewinnt.<sup>475</sup>

Dies führt dazu, dass im Strafverfahren sowohl hinsichtlich des Zeugen- als auch des Sachverständigenbeweises dem sachnäheren Beweismittel der Vorzug zu geben ist. So hat gemäß § 250 StPO der Zeugenbeweis grundsätzlich Vorrang gegenüber der Verlesung von Protokollen und sonstigen Aufzeichnungen. Beispielsweise genügt es nicht, dass ein Zeuge sein Wissen allein vor der Polizei bekundet, er muss seine Aussage vielmehr nochmals persönlich vor Gericht wiederholen.

Allerdings gibt es auch in Deutschland Ausnahmen von diesem Grundsatz. Insbesondere Atteste und Anamnesebögen eines – approbierten – Arztes über eigene Wahrnehmungen genießen einen hohen objektiven Beweiswert und dürfen daher ausdrücklich auch ohne die Anwesenheit oder Vernehmung des Arztes als Zeugen verlesen werden, sofern sie Körperverletzungen beinhalten, „die nicht zu den schweren gehören“ (§ 256 Absatz 1 Nr. 2 StPO).<sup>476</sup> Der Grund hierfür liegt auf der Hand: schon der historische Gesetzgeber wollte auf die steigende Zahl von Strafverfahren wegen leichter Körperverletzungsdelikte reagieren und eine „allzu große[ ] Belästigung der Ärzte“ in ihrer beruflichen Ausübung sowie die Entschädigungen für Anfahrts-, Zeugenaussage- und Verdienstausschlag möglichst gering halten.<sup>477</sup>

Einer bloßen Verlesung ärztlicher Befunde – unter Verzicht der persönlichen Zeugenaussage des behandelnden Arztes – steht damit ersteinmal grundsätzlich nichts im Wege. Beschränkt sich deren Einführung in das Hauptverfahren allerdings nicht auf die Verlesung einzelner Passagen, sondern soll die Urkunde als Ganzes eingebracht werden, gelten die förmlichen Anforderungen an den *Strengbeweis*.<sup>478</sup>

---

<sup>475</sup> Unmittelbarkeits- und Mündlichkeitsprinzip sollen sicherstellen, dass ein gerichtliches Urteil frei von Vorwissen und Vorurteilen seitens der Richter bleibt und dass alle Verfahrensbeteiligten inklusive der Öffentlichkeit über einen einheitlichen Kenntnisstand verfügen; vgl. nur Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht, Rdnr. 658ff. Während in Ungarn Aussagen des Angeklagten oder eines Zeugen, die in einem Protokoll über eine frühere – auch nichtrichterliche – Vernehmung enthalten sind, durch Verlesen zum Gegenstand der Beweisaufnahme gemacht werden können (vgl. § 296 uStPO, für Sachverständige gilt sogar ein regelmäßiges Abwesenheitsgebot nach den §§ 108 Absatz 6, 109 uStPO), darf in Deutschland die Vernehmung eines Zeugen nur in absoluten Ausnahmefällen und nur durch Verlesen eines richterlichen Protokolls ersetzt werden, anderenfalls gilt ein Beweisverbot, vgl. auch Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 150, Rdnr. 1ff.

<sup>476</sup> Zu den Voraussetzungen an den Aussteller und den Inhalt der verlesbaren Atteste insgesamt Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 18f.

<sup>477</sup> Nachweis bei Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 262.

<sup>478</sup> Das Verfahrensrecht unterscheidet zwischen *Streng-* und *Freibeweis*, je nachdem ob das Gericht bei der Einführung des Beweismittels an bestimmte Formbestimmungen gebunden ist oder diese frei gestalten kann.



### 4.1.1 Die Verlesung als förmlicher Urkundenbeweis

Urkunden und andere als Beweismittel dienende Schriftstücke werden grundsätzlich gemäß § 249 Absatz 1 Satz 1 StPO (ähnlich auch § 301 Absatz 1 uStPO) durch förmliche Verlesung in das Hauptverfahren eingeführt und in der Sitzungsniederschrift dokumentiert.<sup>479</sup> Dies gilt auch für ärztliche Atteste und Anamnesebögen, die im Rahmen des § 256 Absatz 1 Nr. 2 StPO in das Hauptverfahren eingeführt werden.

Allerdings unterliegt die Verlesung – in Deutschland – zweier Beschränkungen: zum einen darf es sich bei der konkret dokumentierten Verletzung ausschließlich nur um eine als *einfach*, *gefährlich* oder *fahrlässig* einzustufende Verletzung handeln (so schon der Umkehrschluss aus § 256 StPO). Zum anderen muss es sich mit dem Willen des Gesetzgebers, insbesondere aber auch mit der Rechtsprechung des BGH, auch bei der angeklagten Straftat an sich um ein „einfacheres“ Körperverletzungsdelikt mit relativem Bagatelldelikt handeln.<sup>480</sup>

Auch hierfür gibt es zumindest eine Begründung: bei der Verurteilung wegen *einfacher*, *gefährlicher* oder *fahrlässiger* Körperverletzung komme es regelmäßig nur auf das bloße Vorhandensein einer bescheinigten Körperverletzung an, nicht so sehr auf weiterführende Feststellungen zu Art, Umfang und Schwere der Folgen.<sup>481</sup> Ein Arzt, der als sachverständiger Zeuge zu laden wäre, könne daher regelmäßig keine zusätzlich erforderlichen Informationen liefern, die über das Vorhandensein der dokumentierten Verletzung hinausgingen, zumal es sich regelmäßig um Verletzungen handeln dürfte, die auch dem Richter als Laienmediziner aus eigener Sachkunde erschließbar sind. Sollte dies nicht der Fall sein, etwa weil die medizinischen Feststellungen unverständlich, lückenhaft, in sich widersprüchlich oder im Widerspruch zu den Aussagen der Verfahrensbeteiligten sind, müsste das Gericht ohnehin im Rahmen seiner richterlichen Aufklärungspflicht des § 244 Absatz 2 StPO den Arzt heranziehen.<sup>482</sup>

Die Situation stellt sich demnach regelmäßig als der idealtypische Fall dar, bei dem man trotz des an sich geltenden Unmittelbarkeitsprinzips ausnahmsweise auf den unmittelbaren Zeugen verzichten kann: der Sachverhalt ist in der Regel nicht allzu komplex, die Aufzeichnungen eines Arztes zeichnen sich allgemein durch besondere Fachkunde und hohe Objektivität aus und angesichts der Berufsroutine bei Fällen alltäglicher, typischer Gewaltdelikte ist ohnehin nur selten mit zusätzlichen persönlichen Wahrnehmungen des Arztes zu rechnen, die dieser im

---

<sup>479</sup> Entgegen dem Wortlaut des § 249 Absatz 1 StPO ist jedoch nur die Verlesung bestimmter Vernehmungsniederschriften (§§ 253, 254 StPO) zwingend vorgeschrieben. Andere Urkunden, insbesondere wenn sie einen längeren oder sprachlich oder inhaltlich schwer zu verstehenden Inhalt haben, können auch im Wege des Selbstleseverfahrens (§ 249 Absatz 2 StPO) in das Hauptverfahren eingeführt werden. Zum konkreten Verfahrensablauf vgl. Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus / Neuheuser, Stephan: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 261, Rdnr. 43.

<sup>480</sup> Zur Doppelnatur des Tatbestandsmerkmals einer „nicht schweren“ Körperverletzung vgl. Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 263.

<sup>481</sup> So der BGH in seiner Entscheidung 4 StR 667/52 vom 23.04.1953 (NJW 1953, S. 1234-1235).

<sup>482</sup> Zu allem: Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 264f.



Rahmen einer Zeugenvernehmung (noch) erinnern könnte. Zur Ursachenforschung und zur Aufklärung des Tathergangs kann er damit in der Regel sowieso nichts beitragen.<sup>483</sup> In der Gesamtschau führt die „bloße“ Verlesung des ärztlichen Befundes damit auch nicht zu einer Einschränkung der Qualität der Aufklärung.

Freilich wird es in der Praxis immer wieder zu Sachverhalten kommen, in denen die persönliche Anwesenheit und Vernehmung des Arztes als Zeuge auch bei vermeintlich einfacheren Körperverletzungsdelikten noch erforderlich sein wird. Dies gilt einerseits bei Unklarheiten und Widersprüchen, die sich aus der klinischen Dokumentation ergeben oder bei der weitergehenden Frage, welche Schlüsse nun aus den Verletzungen gezogen werden können. Dies gilt aber auch für den Fall, dass Feststellungen verlesen werden sollen, die sich nicht auf die bloße physische Verletzungsbeschreibung beschränken. In der Praxis dürfen beispielsweise persönliche Mutmaßungen oder Schlussfolgerungen über die Verletzungsursache, die Wiedergabe indirekter, subjektiver Angaben des Patienten zum Tathergang oder die Aufzeichnung nicht-medizinischer Feststellungen, etwa zum Zustand der Kleidung, nicht verlesen werden, sondern erfordern gegebenenfalls die Anwesenheit des Arztes als sachverständigen Zeugen.<sup>484</sup>

So geht auch die – an späterer Stelle noch eingehend zu behandelnde – Klassifizierung, ob eine zugefügte Verletzung beispielsweise durch einen *Schnitt* oder durch einen *Stich* oder eben doch mittels eines *Hiebes* verursacht wurde, nach der hergebrachten BGH-Rechtsprechung über die Feststellung des „bloße[n] Vorhandensein[s] der bescheinigten Körperverletzung“ hinaus und darf entsprechend nicht verlesen werden.<sup>485</sup> Denn auch wenn es im Verfahren auf die *Art* der Verletzungen ankommt, aus der wiederum Rückschlüsse auf die Stärke des Angriffs respektive auf den Verletzungs- oder Tötungsvorsatz des Angeklagten gezogen werden können, ist die Vernehmung des Arztes zur Erlangung eines unmittelbaren Eindrucks erforderlich.<sup>486</sup>

Der Grund hierfür liegt auf der Hand: gerade bei Mutmaßungen und Schlussfolgerungen zur Verletzungsursache und zur Intensität des körperlichen Einwirkens wird die Nähe der *klinischen* Dokumentation zum *klinisch-forensischen* Sachverständigengutachten mitsamt seiner

---

<sup>483</sup> So auch Löwe, Ewald / Dünnebier, Hanns / Riess, Peter / Gollwitzer, Walter: Löwe-Rosenberg Großkommentar zur Strafprozessordnung und zum Gerichtsverfassungsgesetz, § 256, Rdnr. 3.

<sup>484</sup> Vgl. Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 19f.

<sup>485</sup> Vgl. hierzu Pfeiffer, Gerd / Miebach, Klaus: Aus der (vom BGH nicht veröffentlichten) Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen zum Verfahrensrecht, S. 211 mit Bezug auf die Beschlüsse des BGH vom 20.09.1983 – 5 StR 620/83 und vom 30.11.1983 – 3 StR 370/83. Die objektive Beschreibung „3 cm tiefe Fleischwunde“ wäre demnach verlesbar, die Diagnose „Stichverletzung“ hingegen nicht, vgl. hierzu Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 262.

<sup>486</sup> BGH, Beschluss vom 07.11.1979 – 3 StR 16/79 in: Pfeiffer, Gerd / Miebach, Klaus: Aus der (vom BGH nicht veröffentlichten) Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen zum Verfahrensrecht, S. 211. Nach der Rechtsprechung sei es gerade nicht mit § 256 Absatz 1 Nr. 2 StPO vereinbar, dass das Gericht „seine Überzeugung vom Vorliegen eines zumindest bedingten Tötungsvorsatzes aus den in den Arztberichten mitgeteilten schweren inneren Verletzungen einschließlich des in Richtung Herz verlaufenen Stichkanals“ gewinnt; Nachweis bei Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Krüger, Matthias: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 33.

aufwändigen Begutachtung sehr deutlich. Letzteres beruht aber, im Gegensatz zu den Feststellungen des *therapeutisch* vorgehenden Mediziners, auf vorgegebenen, detaillierten Fragestellungen des Gerichts und folgt einer systematischen *forensischen* Vorgehensweise. Daher liegt es nahe (und soll im folgenden Kapitel 4 aufgezeigt werden), dass sich in die klinische Dokumentation, soweit sie sich mit forensischen Aspekten beschäftigt, Fehler einschleichen können, die nur in Anwesenheit des dokumentierenden Arztes aufgeklärt und ausgeräumt werden können.<sup>487</sup>

Auch bei schweren Körperverletzungsdelikten, namentlich der schweren Körperverletzung nach § 226 StGB und der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) sowie bei der Aufklärung gänzlich anderer Straftaten, die gerade nicht den Körperverletzungsdelikten zuzurechnen sind, tut sich die Rechtsprechung mit der bloßen Verlesung von ärztlichen Befunden hingegen schwer. Begründet wird dies mit dem Wortlaut des § 256 StPO und dem Umstand, dass schwerste Verletzungen mit dauerhaften Folgen, so wie sie dem Katalog des § 226 StGB zu entnehmen sind, nicht nur komplexer als einfache Körperverletzungen sind, sondern insbesondere auch nicht alltäglich vorkommen. Daher trifft für sie das Argument der Routinebehandlung und Routinedokumentation gerade nicht zu. Zudem kommt es bei schweren Körperverletzungsdelikten auch im Rahmen der Strafzumessung häufig auf detaillierte Angaben dazu an, welche medizinischen Maßnahmen erforderlich waren und wie deren Ergebnisse sich auf das Leben des Patienten auswirken werden. Diese Fragen können regelmäßig nur mit einem Sachverständigen – oder eben dem behandelnden Arzt als sachverständigen Zeugen – erörtert werden.<sup>488</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich zur Verlesung des Inhalts ärztlicher Atteste und Anamnesebögen eine mehr als umfangreiche Kasuistik entwickelt hat. Nach dieser sind unproblematisch verlesbar zunächst die objektiven Befunde zu (strafatbestandlich angeklagten) *einfachen* und *gefährlichen* Körperverletzungen des Opfers (Zeugen), des Täters (Angeklagten) sowie die jeweils zugehörige Krankengeschichte. Gleiches gilt auch für gutachtliche Äußerungen des Arztes, soweit sie die Schwere und die *unmittelbaren* Folgen der

---

<sup>487</sup> Zu den Ursachen von Dokumentationsfehlern zu forensischen Aspekten vgl. die Ausführungen im vierten Kapitel (S. 150ff).

<sup>488</sup> Kritisch hierzu Trendelenburg, der zu Recht darauf verweist, dass das in der Rechtspraxis übliche Abstellen auf die Schwere des Straftatbestands des § 226 StGB in mehrerer Hinsicht inkonsequent ist: zum einen könne man Fälle von der gefährlichen Körperverletzung nicht *per se* als Bagatelldelikte behandeln, zumal das Strafmaß bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe reicht. Zum anderen sind auch Fälle der *schweren* Körperverletzung nicht zwangsläufig kompliziertere Verletzungen als die der *einfachen* oder *gefährlichen* Körperverletzung. Zuletzt dürfe die Beweisaufnahme von als Massendelikte eingestuft Fällen nicht pauschal mit einem anderen Aufwand betrieben werden als jene zu besonders schweren Fällen. Trendelenburg schlägt vor diesem Hintergrund vor, bei der Anwendung des § 256 StPO die „schwere Körperverletzung“ nicht im Sinne des juristischen Straftatbestands, sondern allein im Sinne eines juristisch bewerteten *physischen* Zustands zu verstehen und allenfalls bei Fällen, bei denen eine Verlesung des Attests ungeeignet bleibt, im Wege der richterlichen Aufklärungspflicht des § 244 Abs. 2 StPO auf die Ladung des Arztes als Zeugen zurückzugreifen; vgl. zu allem Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 264f.

Verletzung beinhalten. Hingegen nicht verlesen werden dürfen Mutmaßungen und Schlussfolgerungen zur Verletzungsursache, zur Intensität der körperlichen Einwirkung und Angaben zu *mittelbaren*, beispielsweise psychischen Folgen der Körperverletzung. Nicht verlesen werden dürfen ferner *subjektive* Angaben zur Tat, die der Arzt vom Patienten erfahren hat sowie Feststellungen, die der Arzt ohne besondere medizinische Sachkunde festgehalten hat, beispielsweise zum Zustand der Kleidung des Verletzten.<sup>489</sup>

#### 4.1.2 Die Verlesung als freier Vorhalt

Ärztliche Atteste und Anamnesebögen können auch im Rahmen des Freibeweisverfahrens in die Hauptverhandlung eingeführt werden. Als *Vorhalt* können sie im Zusammenhang mit der Befragung des Angeklagten, des Zeugen oder des Sachverständigen verlesen werden, wenn es darum geht, Erinnerungslücken oder Widersprüche auszuräumen oder schlichtweg die Bewertung von Feststellungen einzuholen. Beweisrechtlich geht es hierbei gerade nicht um einen Urkundenbeweis, sondern lediglich um die Einlassung des Befragten. Daher wird gerade nicht die klinische Dokumentation zum Beweismittel (der Vorhalt muss nicht einmal protokolliert werden), sondern nur das, was der Befragte auf den Vorhalt hin erklärt. Allein das Erklärte darf dann im weiteren Verlauf auch zur Grundlage der Urteilsfindung gemacht werden.<sup>490</sup>

Insbesondere wenn es nicht auf den genauen Wortlaut der Urkunde ankommt, sondern allein auf einzelne – beispielsweise medizinische – Feststellungen zur beigebrachten Verletzung, wird das Gericht daher die der staatsanwaltlichen Ermittlungsakte beigelegten Atteste oder Anamnesebögen hervorholen und dem Befragten vorhalten. Das hat zum einen den Vorteil, dass der Aussteller des Befunds nicht anwesend sein muss, zum anderen können die in der Dokumentation gemachten Feststellungen – anders als beim Urkundenbeweis – *uneingeschränkt* verlesen werden, weil sie gerade nicht zum Beweiszwecke verwertet werden.<sup>491</sup>

Auch dem Vorhalt sind allerdings Grenzen gesetzt. Wenn es sich um längere oder sehr komplexe Feststellungen handelt, muss sichergestellt sein, dass die befragte Person den Sinn der Dokumentation vollständig und inhaltlich korrekt versteht. Dies kann mitunter bei – längeren – medizinischen Ausführungen relevant werden. Für die in der vorliegenden Bearbeitung im Fokus stehenden Weichgewebeverletzungen, bei denen im Strafverfahren zumeist nur die Verlesung der Diagnosen zu den erlittenen Hämatomen und Wunden im Fokus steht, gilt die Einschränkung hingegen regelmäßig nicht, da diese verhältnismäßig einfach zu erfassen sind und in den Bereich der eigenen Sachkunde eines erfahrenen Strafrichters fallen.

---

<sup>489</sup> Zur zulässigen Verlesbarkeit in der Praxis vgl. insgesamt Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Krüger, Matthias: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 31ff.

<sup>490</sup> Zum Vorhalt insgesamt Haller, Klaus / Conzen, Klaus: Das Strafverfahren. Eine systematische Darstellung mit Originalakte und Fallbeispielen, Rdnr. 530f.

<sup>491</sup> Zur uneingeschränkten Verlesbarkeit im Rahmen eines Vorhalts vgl. Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Krüger, Matthias: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 25; zur Verwertbarkeit des Vorhalts bzw. der daraufhin gemachten Angaben Hannich, Rolf / Diemer, Herbert: Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 8 m.w.N.

## 4.2 Die Dokumentation als Grundlage für den Sachverständigenbeweis

Ohne jede Einschränkung verlesbar sind ärztliche Befunde weiterhin, wenn sie in Zeugnissen und Gutachten öffentlicher Behörden enthalten sind.<sup>492</sup> Zu den verlesbaren Gutachten gehören in diesem Zusammenhang auch die Sachverständigengutachten der vom Gericht beauftragten Rechtsmediziner zu einzelnen Aspekten körperlicher Zustände, die das Gericht nicht durch eigene Sachkunde zu beurteilen vermag. Da der zu verhandelnde Sachverhalt grundsätzlich allein vom Gericht festzustellen und zu beurteilen ist, fungiert der Sachverständige hier quasi als „Gehilfe“ des Richters, um diesem besondere Erfahrungssätze und Fachkenntnisse zu vermitteln.<sup>493</sup> In der Praxis werden zu diesem Zweck während des gesamten Strafverfahrens, insbesondere aber auch während des Hauptverfahrens, sachverständige Experten herangezogen, soweit es „spezieller Kenntnisse zum Nachweis einer Tatsache“ bedarf (so auch ausdrücklich die ungarische Regelung in § 99 Absatz 1 uStPO).

Bei einem Gutachtauftrag zu Weichgewebeverletzungen, die infolge eines Körperverletzungsdelikts aufgetreten sind, handelt es sich in der Regel um ein rechtsmedizinisches Sachverständigengutachten. Dem Sachverständigen werden zu diesem Zwecke alle erforderlichen Entscheidungsgrundlagen bereitgestellt, neben den Ergebnissen aus der Ermittlungsakte, den Tatschilderungen und Laborergebnissen insbesondere auch die Krankenunterlagen mit sämtlichen Behandlungsdokumentationen.<sup>494</sup> Natürlich spielen auch hier die Verletzungsbefunde und Diagnosen aus der klinischen Erstdokumentation eine besondere Rolle, denn Rückschlüsse zu den Entstehungsmechanismen der Gewalteinwirkung lassen sich nur aus einer Verletzungsbeschreibung ziehen, die noch vor Behandlung und einsetzendem Heilungsprozess vorgenommen wurde.

Für die Abfassung eines klinisch-forensischen Sachverständigengutachtens gibt es in Deutschland – anders als in Ungarn – keine ausdrücklichen Vorschriften.<sup>495</sup> In der Praxis wird hier häufig auf die allgemein anerkannten Regeln abgestellt, die zur Begutachtung anderer medizinisch relevanter Fälle herangezogen werden. Für die klinisch-forensische Begutachtung wird in diesem Zusammenhang insbesondere auch auf die Kriterien zur Begutachtung der Fahrerlaubnisfähigkeit verwiesen, so wie sie auch in der Anlage 4a der deutschen Fahrerlaubnisverordnung (FeV) zu § 11 Absatz 5 FeV normiert sind. Danach dürfen ärztliche

---

<sup>492</sup> Vgl. Hannich, Rolf / Diemer, Herbert: Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 8 m.w.N. zur Rechtsprechung.

<sup>493</sup> Zur Rolle des Sachverständigen vor Gericht, die in der Praxis weit über die gesetzlich vorgesehene Funktion des „Gehilfen des Gerichts“ hinausgeht vgl. nur Dölp, Michael: Der Sachverständige im Strafprozess, S. 235ff m.w.N.

<sup>494</sup> Entsprechende Regelungen hierzu finden sich in § 80 Absatz 2 StPO und in § 101 Absatz 1 b) uStPO.

<sup>495</sup> In Ungarn vgl. wiederum die allgemeine Vorschrift zum Sachverständigengutachten in § 108 Absatz 2 uStPO und die detaillierten Regelungen zum (rechts-)medizinischen Gutachten im 16. Methodenbrief des Nationalen Instituts für Rechtsmedizin (vgl. Fußnote 244 m.w.N.).

Befunde nur dann verwertet werden, wenn sie im Original vorliegen und vom Aussteller unterzeichnet sind (Punkt 6a) zu Anlage 4a FeV), zudem muss ihre Heranziehung ausdrücklich genannt werden (Punkt 1e) zu Anlage 4a FeV).<sup>496</sup>

Da die herangezogenen Befunde inhaltlich nicht wortwörtlich wiedergegeben werden müssen, besteht bei der Erstellung eines Sachverständigengutachtens ein Ansatzpunkt, auch solche Befunde – indirekt – in das Strafverfahren einzuführen, die aus Opferschutzgründen oder schlichtweg wegen drohender Unverhältnismäßigkeit nicht als Beweismittel in die Ermittlungsakte aufgenommen wurden, um das Opfer nicht durch einen weiteren Eingriff in dessen Persönlichkeitsrechte ein weiteres Mal zu viktimisieren.

Verfahrenstechnisch gestattet der Patient dann allein dem Gutachter die Einsichtnahme in die Krankenakte, ohne dass die Unterlagen Bestandteil der Ermittlungsakte würden. Dadurch kann im Weiteren verhindert werden, dass die Anwälte des Beschuldigten, des Neben- und des Privatklägers Einsicht in die Unterlagen bekommen, zugleich fallen die Befunde als in der Hauptverhandlung verlesbare Beweismittel weg. Der Sachverständige muss dann zwar über die von ihm benutzten Unterlagen Auskunft geben, zum Beweismittel selbst würden aber grundsätzlich nur seine eigenen Feststellungen werden.<sup>497</sup>

Die Einführung des Sachverständigenbeweises selbst erfolgt in der Praxis auf die gleiche Weise wie die Vernehmung von Zeugen (§ 72 StPO, ähnlich aber auch § 298 Abs. 1 uStPO), d.h. der Sachverständige wird im Rahmen der Beweisaufnahme zu seinen Feststellungen mündlich vernommen. Weiterhin kann das Gericht auch auf die persönliche Anwesenheit des Sachverständigen verzichten und sein Gutachten nach § 256 Absatz 1 Nr. 1 b) StPO (so auch § 299 uStPO) als erweiterten Urkundenbeweis verlesen (dem Gesetzeswortlaut nach geht dies – anders als bei ärztlichen Attesten und Anamnesebögen – sogar uneingeschränkt, also auch bei Strafverfahren wegen schwerer Körperverletzungsdelikte).

---

<sup>496</sup> Vgl. nur Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Bratzke, Hansjürgen: Klinisch-forensische Medizin, S. 29; in der Anlage 4a FeV zu § 11 Abs. 5 FeV heißt es auszugsweise:

*„Die Untersuchung ist anlassbezogen und unter Verwendung der [...] zugesandten Unterlagen über den Betroffenen vorzunehmen. Der Gutachter hat sich an die [...] vorgegebene Fragestellung zu halten. Gegenstand der Untersuchung sind nicht die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen, sondern nur solche Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die [für die Fragestellung] von Bedeutung sind. [...] Die Untersuchung darf nur nach anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommen werden. [...] Vor der Untersuchung hat der Gutachter den Betroffenen über Gegenstand und Zweck der Untersuchung aufzuklären. [...] Über die Untersuchung sind Aufzeichnungen anzufertigen. [...] Das Gutachten muss in allen wesentlichen Punkten insbesondere im Hinblick auf die gestellten Fragen [...] vollständig sein. Der Umfang eines Gutachtens richtet sich nach der Befundlage. Bei eindeutiger Befundlage wird das Gutachten knapper, bei komplizierter Befundlage ausführlicher erstattet. [...] Im Gutachten muss dargestellt und unterschieden werden zwischen der Vorgeschichte und dem gegenwärtigen Befund. [...] Beigestellte Befunde müssen im Original vorliegen und vom Aussteller unterzeichnet sein. [...]“*

<sup>497</sup> Hierzu schon OLG Hamburg, Beschluss vom 29.12.1961 – Ws 756/61, in: NJW 1962, S. 689 (S. 691).

Im Gerichtsalltag wird auch hier die Verlesbarkeit regelmäßig durch die richterliche Aufklärungspflicht begrenzt sein, sobald sich eine Erläuterung des Gutachtens durch den Sachverständigen gebietet. Gerade bei schwereren Körperverletzungsdelikten wird dies sehr häufig der Fall sein. Denn immer dann, wenn es bei der Aufklärung eines Tatgeschehens nicht nur um das bloße Vorhandensein eines Verletzungserfolgs geht (so bei der *einfachen*, bei der *gefährlichen* und bei der *fahrlässigen* Körperverletzung), sondern auch um die konkrete Beurteilung, welche medizinischen Folgen die Verletzungen für das Opfer haben werden und inwieweit Folgen medizinisch wahrscheinlich und vorhersehbar sind, wird es letztendlich immer auf den sachkundigen Experten ankommen.

In der Praxis wird es vor diesem Hintergrund sowohl in Deutschland als auch in Ungarn nur bei den leichteren Körperverletzungsdelikten zu einer bloßen Gutachtenverlesung nach § 256 Absatz 1 Nr. 1b) StPO bzw. § 299 uStPO kommen. Und selbst dann bleibt sie – zumindest in Deutschland – aufgrund des Unmittelbarkeitsprinzips eher die Ausnahme.<sup>498</sup> Bei den schwereren Straftatbeständen der §§ 226 und 227 StGB wird es ohnehin regelmäßig auf die persönliche Vernehmung des Sachverständigen ankommen. Dies hängt allerdings nicht wenig davon ab, wie viel die gutachterliche Stellungnahme überhaupt zur Aufklärung des angeklagten Sachverhalts beitragen kann. In der Praxis geht es hierbei insbesondere um die Frage, ob beispielsweise die dem Gutachten zugrundeliegenden ärztlichen Befunde überhaupt geeignet sind, eine eindeutige sachkundige Stellungnahme abgeben zu können und wie hoch deren Beweiswert gegebenenfalls einzuschätzen ist.<sup>499</sup>

---

<sup>498</sup> Zur mündlichen Gutachtenerstattung und deren Kosten in der deutschen Praxis vgl. Dölp, Michael: Der Sachverständige im Strafprozess, S. 235f; zur Situation in Ungarn, wo der rechtsmedizinische Sachverständige in der Praxis eher selten zur mündlichen Stellungnahme im Hauptverfahren herangezogen wird vgl. Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Kóhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntetethőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 2.

<sup>499</sup> Zu den Mängeln von klinischen (Erst-)Dokumentationen und den hieraus erwachsenen juristischen Folgen im Strafverfahren vgl. die Ausführungen im sich anschließenden vierten Kapitel 4 (S. 150ff).

### 4.3 Beweiswert im Hauptverfahren

Die Beweiswürdigung im Hauptverfahren ist gemäß § 261 StPO ausschließlich Sache der beteiligten Tatrichter. Sie haben die Bedeutung der vorgebrachten Beweistatsachen zu beurteilen, gegeneinander abzuwägen und am Ende eine Entscheidung nach dem Maßstab der *richterlichen Überzeugung*, d.h. jenseits von begründeten Zweifeln, zu treffen (vgl. § 261 StPO, ausdrücklich so auch in § 330 Absatz 1 i.V.m. § 4 uStPO geregelt). Dafür genügt es, wenn nach der Lebenserfahrung ein ausreichendes Maß an Sicherheit des Zutreffens von Tatsachen besteht, bei dem „vernünftige und nicht bloß auf denktheoretische Möglichkeiten gegründete Zweifel nicht mehr aufkommen.“<sup>500</sup>

In der Praxis kommt es daher darauf an, dass der Sachverhalt mithilfe der Beweismittel so gründlich aufgeklärt und gewürdigt werden kann, dass er möglichst frei von unklaren, widersprüchlichen oder ersichtlich unvollständigen Informationen zum Tatgeschehen bleibt und beim Gericht eine zur Verurteilung erforderliche Gewissheit begründet. Da es auch hinsichtlich medizinischer Aspekte insoweit allein auf das Gericht ankommt, die entscheidungserheblichen Fragen durch *eigene* Sachkunde zu beurteilen, bleibt diesem gar nichts anderes übrig, als sich persönlich und intensiv mit der klinischen Dokumentation auseinanderzusetzen. Gegebenenfalls muss es sich hierzu die medizinische Situation durch einen Sachverständigen erklären lassen.

Die durch einen öffentlich bestellten Sachverständigen angefertigten, einem festgelegten Gutachtenauftrag folgenden Sachverständigengutachten genießen hierbei naturgemäß einen besonders hohen Beweiswert. Dies gilt sogar umso mehr, wenn die Gutachten nicht durch „eigene“, den kriminaltechnischen Instituten oder Landeskriminalämtern zuzuordnenden Sachverständige gefertigt wurden, sondern durch Rechtsmedizinische Institute, die weitgehend unabhängig von den Ermittlungsbehörden organisiert sind.

Anders als der klinische, therapeutisch handelnde Mediziner ist der klinisch-forensische Mediziner darüber hinaus auch nicht zivilrechtlich durch ein Vertragsverhältnis an den behandelten Patienten gebunden, es bestehen daher keine vergütungsrechtlichen oder haftungsrechtlichen Primäransprüche. Es besteht hier auch weder ein klassisches Arzt-Patienten-Verhältnis, noch ein besonderes, schützenswertes Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten. Dieses ist auch gar nicht gewollt. Der Gutachtenauftrag erfordert es gerade, sich nicht auf die Erstellung einer Verdachtsdiagnose zu beschränken, die ein Stück weit auch auf den subjektiven Berichten des Patienten beruht, sondern vielmehr, genaue – objektive – Befundtatsachenfeststellungen sowie die zugehörigen medizinischen Schlussfolgerungen zu

---

<sup>500</sup> Ständige Rechtsprechung des BGH, Nachweise bei Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 261, Rdnr. 2.

liefern.<sup>501</sup> Es verwundert daher nicht, dass sich die Spruchkörper sehr gerne auf die objektiven Gutachten von (rechts-)medizinischen Sachverständigen verlassen.<sup>502</sup>

Das erkennende Gericht hat die wesentlichen Gründe und Gesichtspunkte für seine eigene Überzeugungsbildung nachvollziehbar darzulegen. Im Strafurteil kommt dies durch ein feststehendes Vokabular zum Ausdruck, das sich exemplarisch auch im folgenden Urteilspruch finden lässt:

*„Die Ausführungen des rechtsmedizinischen Sachverständigen waren in sich schlüssig, basierten auf zutreffenden Tatsachengrundlagen und waren ohne weiteres nachzuvollziehen. Insbesondere vermochte es der Sachverständige auch auf Nachfragen hin komplizierte und komplexe medizinische Zusammenhänge [...] anschaulich zu machen. Daher besteht keine Veranlassung an der Richtigkeit der Angaben des Sachverständigen, der dem Gericht aus einer Vielzahl gleichgelagerter Verfahren als erfahrener und sachlicher gerichtlicher Sachverständiger bekannt und darüber hinaus als Fachmann geschätzt ist, zu zweifeln, zumal der Sachverständige ersichtlich Angaben von Zeugen in der Hauptverhandlung sowie das Ergebnis der polizeilichen Leichenschau berücksichtigt [...] hat.“*

*[...] „Die Ausführungen des Sachverständigen waren in sich widerspruchsfrei und enthielten keine Verstöße gegen die Denkgesetze. Sie waren von allen Mitgliedern der Kammer mühelos nachvollziehbar. Anhaltspunkte dafür, dass der Sachverständige von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgegangen wäre, sind nicht ersichtlich, zumal er sich [...] auf die gewonnenen Erkenntnisse des rechtsmedizinischen Sachverständigen [...] bezogen hat.“<sup>503</sup>*

Die im Sachverständigengutachten getroffenen Feststellungen können „schlüssig“, „in sich widerspruchsfrei“ und „überzeugend“ sein, ein zugrundeliegender Sachverhalt „umfassend berücksichtigt“ und „sorgfältig gewürdigt“ werden. Bei weniger überzeugenden Gutachten sind zumindest „keine Gegengründe ersichtlich, die das Gutachten unverwertbar machten.“<sup>504</sup>

Natürlich reicht ein pauschaler, leerformelhafter Verweis auf die Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens oder die Zuverlässigkeit des Gutachters nicht für eine nach § 261 i.V.m. § 78 StPO erforderliche – eigene – richterliche Überzeugungsbildung aus. Vielmehr muss sich das Gericht intensiv mit einem medizinischen Gutachten auseinandersetzen und es „denkgesetzlich“ überprüfen.<sup>505</sup> Medizinische Feststellungen folgen zu einem erheblichen Teil medizinischem

---

<sup>501</sup> Dies ergibt sich im Übrigen schon aus § 79 StPO bzw. § 102f uStPO.

<sup>502</sup> Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise bei der Begutachtung der Schuldfähigkeit in rund 97 Prozent der Fälle die gerichtliche Entscheidung mit der gutachterlichen übereinstimmt, Nachweis bei Engelhardt, Karin: Schuldfähigkeitsbegutachtung und Strafurteil, S. 206.

<sup>503</sup> Zu beiden Zitaten vgl. LG Kassel, Urteil vom 29.04.2008 – 3600 Js EGMR Aktenzeichen 12219/06.

<sup>504</sup> Vgl. insgesamt Kater, Horst: Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren, S. 45.

<sup>505</sup> Kritisch zur in der Praxis häufig anzutreffenden pauschalen Übernahme von Gutachtenfeststellungen: Oehler, Klaus: Zur Problematik der Sachverständigenauswahl, S. 287.



Erfahrungswissen: Befund- und Tatsachenmaterial wird dem persönlichen Erfahrungswissen zugeordnet und daraus werden wiederum Schlussfolgerungen abgeleitet, die einem bestimmten Gewissheitsgrad unterliegen.<sup>506</sup> Eine Beurteilung durch das Gericht unterliegt demnach einem zweifachen Bewertungsmaßstab, zum einen, ob die Feststellungen in sich schlüssig und widerspruchsfrei sind, zum anderen, ob die Schlussfolgerungen auch einen bestimmten Grad an – bei strafrechtlichen Entscheidungen erforderlicher – *Gewissheit* (genauer: „richterlicher Überzeugung“) zulassen. Diese kann sich notfalls auch in der Gesamtschau mit anderen Beweismitteln ergeben.

Auch dabei hängt die juristische Einordnung durch das Gericht zu einem gewissen Grad von den grundlegenden medizinischen Sachverhalten und deren Bewertung mit Blick auf das Zutreffen/ Nichtzutreffen der medizinischen Folgen durch den Sachverständigen ab. Wenngleich medizinische Erfahrungssätze immer auch die Möglichkeit von Ausnahmen oder von neuen, zukünftigen Erkenntnissen implizieren, ist eine richterliche Überzeugung – auch bei etwaigen Restzweifeln – grundsätzlich erreichbar: der Richter darf sich mit einem „nach der Lebenserfahrung ausreichendem Maß an Sicherheit [begnügen], demgegenüber vernünftige und nicht bloß auf denktheoretische Möglichkeiten gegründete Zweifel nicht mehr aufkommen“ – eine „mathematische Gewissheit“ wird gerade nicht verlangt.<sup>507</sup>

Gerichtliche Sachverständigengutachten treffen zu diesem Zweck, abhängig vom konkreten Gutachtauftrag, auch Aussagen zur Wahrscheinlichkeit ihrer Schlussfolgerungen. In der Regel geschieht dies entlang einer Abfolge von Beweisgraden, die im Gutachten als „gesichert“ oder „gewiss“, „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“, „hochwahrscheinlich“, „sehr wahrscheinlich“, „wahrscheinlich“, „unwahrscheinlich“, „höchst unwahrscheinlich“ etc. bezeichnet werden.

Einheitliche, geschweige denn gesetzlich festgelegte Kriterien zur Bestimmung dieser unterschiedlichen Wahrscheinlichkeitsgrade gibt es auch hier nicht, die obergerichtliche Rechtsprechung hat aber im Laufe der Jahre eine Reihe von Wahrscheinlichkeitsgraden definiert. So spricht man von der „Wahrscheinlichkeit“ des Zutreffens einer Aussage, wenn deren Richtigkeitserwartung bei mehr als 50 Prozent liegt, wohingegen ein Zusammenhang als „unwahrscheinlich“ gilt, wenn der Prozentgehalt bei weniger als 50 Prozent liegt. Der höchste Wahrscheinlichkeitsgrad („mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“) wird bei einem Prozentgehalt von 99,97 Prozent angenommen, während darunter liegende Abstufungen wie „sehr wahrscheinlich“ oder „äußerst wahrscheinlich“ nicht mit konkreten Prozentangaben belegt sind, sondern vielmehr einer ungefähren Größenordnung (von etwa 90 Prozent) zugeordnet werden.<sup>508</sup>

---

<sup>506</sup> Ausführlich: Kater, Horst: Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren, S. 47.

<sup>507</sup> Vgl. nur Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 261, Rdnr. 2f m.w.N.

<sup>508</sup> Vgl. hierzu Dörfler, Hans / Eisenmenger, Wolfgang / Lippert, Hans-Dieter / Wandl, Ursula: Medizinische Gutachten, S. 44. Bereits die gutachterliche Aussage einer lediglich „hohen Wahrscheinlichkeit“ impliziert allerdings schon, dass noch „vernünftige“ Zweifel bestehen, die nicht nur „rein theoretisch“ sind, vgl. nur BGH,

An die Aussagekraft eines Sachverständigengutachtens, insbesondere auch zu Entstehungsmerkmalen von Verletzungen und zur Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit getroffener Feststellungen, kommen ärztliche Atteste und Anamnesebögen naturgemäß nicht heran – in der Praxis bedarf es schon deswegen häufig einer zusätzlichen Erläuterung durch einen hinzuzuziehenden Rechtsmediziner und einer gesamtschaulichen Einordnung in den Kontext zu anderen vorhanden Beweismitteln.

Nichtsdestotrotz genießen auch die Feststellungen des therapeutisch mit der Verletzung befassten Arztes ein erhebliches Gewicht bei der gerichtlichen Beweiswürdigung. Schon rein formell stellen Anamnesebögen und Atteste – wie alle Urkundenbeweise – relativ zuverlässige Beweismittel dar. Das liegt auch daran, dass ihr Inhalt relativ klar und unveränderlich ist und eine Fälschung nur in seltenen Fällen zu befürchten ist.<sup>509</sup> Gerade weil ärztliche Zeugnisse im Rechtsverkehr prozessual und außerprozessual eine hohe Beweiskraft besitzen, werden sie nicht nur berufsrechtlich, sondern auch strafrechtlich über den Straftatbestand des „Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse“ (§ 278 StGB) besonders abgesichert. Deswegen verwundert es auch nicht, dass Verfahren nach § 278 StGB in der Praxis nur relativ selten vorkommen.<sup>510</sup>

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Einführung von Anamnesebögen und Attesten in die Hauptverhandlung – egal zu welchem Zweck – voraussetzt, dass der Aussteller approbierter Arzt ist und (nur) über seine eigenen Wahrnehmungen berichtet.<sup>511</sup> Insbesondere ist das ärztliche Attest ein personengebundenes Zeugnis, für das die Stellvertretungsregeln der Rechtsgeschäftslehre nicht anwendbar sind. Was es für die (Un-)Verwertbarkeit eines ärztlichen Attests bedeutet, wenn offizieller Aussteller und Unterzeichner eines Attests auseinanderfallen, konnte man jüngst sehr anschaulich im Justizskandal „Mollath“ verfolgen. Dort waren die attestierten Verletzungen – anders als Briefkopf und Praxisstempel vermuten ließen – nicht von der erfahrenen Praxisinhaberin, sondern „in Vertretung“ durch deren vor der Facharztprüfung stehenden Sohn dokumentiert worden.<sup>512</sup>

---

Urteil vom 05.12.1950 – 3 STR 27/50 (NJW 1951, S. 83f); schon deshalb sind selbst an die darüber liegenden Wahrscheinlichkeitsgrade der „sehr hohen Wahrscheinlichkeit“ und der „äußerst hohen Wahrscheinlichkeit“ besondere Anforderungen zu stellen.

<sup>509</sup> Insgesamt: Haller, Klaus / Conzen, Klaus: Das Strafverfahren. Eine systematische Darstellung mit Originalakte und Fallbeispielen, Rdnr. 570.

<sup>510</sup> Vgl. Widmaier, Gunter / Erlinger, Rainer / Warntjen, Maximilian / Bock, Rolf-Werner: Münchener Anwalts-handbuch Strafverteidigung, § 50 Rdnr. 134; der Straftatbestand des § 278 StGB umfasst das Ausstellen formal echter, aber inhaltlich unrichtiger Gesundheitszeugnisse, also – anders als § 277 StGB – auch die „schriftliche Lüge“. „Gesundheitszeugnisse“ im Sinne des § 278 StGB sind „Erklärungen über die jetzige, frühere oder voraussichtliche künftige Gesundheit eines Menschen“, also insbesondere auch Krankenscheine, gutachtliche Äußerungen und sonstige ärztliche Bescheinigungen.

<sup>511</sup> Statt aller Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 18f.

<sup>512</sup> Das verurteilende Gericht war seinerzeit davon ausgegangen, das Attest stamme von einer erfahrenen Ärztin und nicht von deren Sohn. Bei der Anordnung der Wiederaufnahme erklärte das Oberlandesgericht Nürnberg daraufhin die Stellvertretung bei ärztlichen Attesten für unzulässig. Im Wiederaufnahmeverfahren befand das Landgericht Regensburg darüber hinaus die attestierten Feststellungen zu den erlittenen Weichgewebeverletzungen (vor allem Hämatomen) für unzureichend und sprach Mollath frei; vgl. LG Regensburg, Urteil vom 14.08.2014 – 6 KLS 151 Js 4111/13 WA.

Auch inhaltlich genießen Anamnesebögen und Atteste einen sehr hohen Beweiswert, denn bei aller Nähe zum Patienten gelten die Feststellungen eines professionell und routiniert handelnden Arztes natürlich als sehr verlässlich. Gerade wenn der Arzt bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt nach der Körperverletzung Kontakt mit dem Patienten und der noch frischen, unbehandelten Verletzung hat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass seine Feststellungen nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv der Wahrheit entsprechen, aufgrund der Verknüpfung zwischen Wahrnehmungsobjekt und Erfahrungswissen des Arztes sehr viel höher als bei anderen Beweismitteln. Für das ursprüngliche Verletzungsbild noch vor Behandlung und einsetzendem Heilungsprozess ist die klinische Dokumentation sogar regelmäßig der einzige Anknüpfungspunkt.<sup>513</sup>

Der therapeutisch handelnde Arzt nimmt zwar verfahrensrechtlich die Rolle eines (sachverständigen) Zeugen – und damit die Rolle des grundsätzlich wichtigsten, zugleich aber auch unzuverlässigsten Beweismittels – ein.<sup>514</sup> Sein Irrtums- und Interpretationspotenzial ist allerdings vergleichsweise gering, im Grunde genommen ist er „der perfekte neutrale Beobachter“: seine Ausbildung erlaubt ihm in der Regel, die wesentlichen Verletzungsarten auseinanderhalten und – theoretisch – adäquat beschreiben zu können. Zudem ist er frei von Ermittlungsdruck und doch berufsrechtlich zur sorgfältigen Berufsausübung verpflichtet.<sup>515</sup>

Wie allen Zeugenaussagen haftet allerdings auch sachkundigen, ärztlichen Zeugenaussagen respektive ärztlichen Aufzeichnungen ein gewisses Maß an Unsicherheit an, insbesondere dann, wenn es nicht um die medizinischen Kernaussagen, sondern um die in der Schnelle und im Alltagsstress gemachten Nebenbefunde geht.

Das sich anschließende Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit wird aufzeigen, dass die klinischen Dokumentationen im Strafverfahren nicht immer so von Nutzen sind wie es theoretisch möglich wäre. Die von Ärzten gemachten klinischen Dokumentationen zu therapeutischen Zwecken kommen zwar in mancher Hinsicht an die Aussagekraft eines Sachverständigengutachtens heran, bleiben aber in vielerlei Hinsicht – gerade wenn sie keine ausführlichen Wundbeschreibungen enthalten – nur eine einfache Verdachtsdiagnose. Im Schrifttum und in der Rechtsprechung besteht daher Übereinstimmung, dass die Dokumentationen im Zweifelsfall einer ergänzenden Befragung des ursprünglich behandelnden Mediziners oder aber des gerichtlichen Sachverständigen bedürfen. Zumindest in komplexen Fällen kommt man daher in der Praxis um das ausführliche Sachverständigengutachten nicht herum.<sup>516</sup>

---

<sup>513</sup> Bei einer bereits versorgten Wunde lassen sich kaum noch Aussagen zu den Entstehungsmechanismen treffen, vgl. nur die Ausführungen im vierten Kapitel (S. 150ff).

<sup>514</sup> Zur Problematik der generellen (Un-)Zuverlässigkeit von Zeugenaussagen vgl. Miebach, Klaus: Die freie Beweiswürdigung der Zeugenaussage, S. 223ff.

<sup>515</sup> Vgl. insgesamt Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 265f.

<sup>516</sup> Vgl. hierzu auch Eschelbach, Ralf / Geipel, Andreas: Beweis- und Zurechnungsfragen bei der Verletzung des Körpers, S. 484f m.w.N.

#### 4.4 Die klinische Dokumentation bei der Strafzumessung

Bei der Aburteilung von Körperverletzungsdelikten steht dem Gericht ein relativ weiter Strafraum zur Verfügung. Bei leichten Körperverletzungen muss es eine angemessene Strafe wählen, die von Geldstrafe bis Freiheitsstrafe von 5 Jahren (Deutschland) bzw. gemeinnützige Arbeit, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren (Ungarn) reichen kann. Bei gefährlicher, schwerer oder tödlicher Körperverletzung sieht das Gesetz wiederum Freiheitsstrafen von bis zu 8 Jahren (Ungarn) bzw. 15 Jahren (Deutschland) vor.<sup>517</sup> Der Maßstab für die Strafzumessung im Falle einer Verurteilung ist nach § 46 Absatz 1 StGB (so ausdrücklich auch die Regelung in § 80 Absatz 1 uStGB) die *Schuld*, die der Täter mit der Tat auf sich geladen hat. Mit dem Terminus *Schuld* ist in diesem Kontext nicht die strafbegründende „Schuld“ gemeint, wie sie beispielsweise dem § 20 StGB zugrundeliegt, welche allein die Frage betrifft, ob die rechtswidrige Verwirklichung eines Straftatbestands dem Täter auch subjektiv vorgeworfen werden kann. Die im Rahmen der Strafzumessung zu berücksichtigende *Schuld* soll vielmehr das Maß des begangenen Unrechts widerspiegeln, das dem Täter vorgeworfen wird.<sup>518</sup>

Bei der Strafzumessungsschuld sind nach § 46 Absatz 2 StGB insbesondere die persönlichen Beweggründe und Motive des Täters, das Maß der Pflichtwidrigkeit, die Art der Tatausführung und das Verhalten nach der Tat zu berücksichtigen. Aber auch dem *Erfolgsunrecht* kommt bei der Strafzumessung Gewicht zu. § 46 Absatz 2 Satz 2 StGB spricht in diesem Zusammenhang von den „verschuldeten Auswirkungen der Tat“, § 80 Absatz 1 uStGB wiederum vom „Schweregrad der Straftat“ [*bűncselekmény tárgyi súlyá*]. Maßgeblich ist dabei sowohl die Größe des eingetretenen Schadens als auch der Grad der Rechtsgutverletzung. Bei Körperverletzungsdelikten geht es vor allem um die Art und die Schwere der erlittenen Verletzungen.<sup>519</sup>

Während es zumeist sehr viele Ursachen für Gewalt gibt, lässt sich das konkrete Ausmaß einer Körperverletzung und deren Folgen – auch durch einen medizinischen Laien – verhältnismäßig leicht bestimmen, zumindest wenn die dem Gericht vorliegenden klinischen Dokumentationen aussagekräftig sind. Beim Plädoyer der Staatsanwaltschaft, aber auch in der Verkündung des Strafurteils wird hierzu häufig auch auf die Anzahl mehrerer an sich kleinerer Verletzungen in der Gesamtschau, insbesondere aber natürlich auf das konkrete Ausmaß der schwerwiegendsten Verletzung, deren Verheilungsverlauf und der mit ihr verbundenen Einschränkung für das Opfer abgestellt. Wie das folgende Kapitel 4 aufzeigen wird, ist es hierfür unerlässlich, dass die klinische (Erst-)Dokumentation das Verletzungsbild nicht nur möglichst vollständig, d.h. auch zu kleineren Verletzungen wiedergibt, sondern auch Wundbeschreibungen beinhaltet, die Rückschlüsse auf die Entstehungsmechanismen zulassen.

---

<sup>517</sup> Vgl. nur die §§ 223, 224, 226 und 227 i.V.m. § 38 Absatz 2 StGB sowie § 164 i.V.m. §§ 33ff uStGB. Zu den ungarischen Sanktionsmöglichkeiten vgl. Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 98f.

<sup>518</sup> Vgl. insgesamt Brögelmann, Jens: Methodik der Strafzumessung, S. 904.

<sup>519</sup> Brögelmann, Jens: Methodik der Strafzumessung, S. 906, dort auch eine ausführliche Unterscheidung zwischen Erfolgsunrecht und Handlungsunrecht im Rahmen der Strafzumessung.

## Kapitel 4: Die juristischen Folgen einer unzureichenden oder inkorrekten klinischen Dokumentation für das Strafverfahren

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln vor allem auf die theoretischen Aspekte einer – im besten Falle sehr ausführlichen und inhaltlich korrekten – klinischen Dokumentation von Körperverletzungen eingegangen wurde und die Anknüpfungspunkte für das einhergehende Strafverfahren in der Praxis aufgezeigt wurden, ist es Anliegen des folgenden Kapitels, zu zeigen, welche mitunter gravierenden Folgen es für das Strafverfahren haben kann, wenn klinische Atteste, insbesondere aber auch die in der Praxis verbreiteteren Anamnesebögen eben nicht den zuvor beschriebenen Anforderungen entsprechen.

Auf die Folgen einer unzureichenden Beschreibung bei der Dokumentation von Verletzungen und ihrer Merkmale im Bereich der Körperverletzungs- und (versuchten) Tötungsdelikte ist schon mehrfach hingewiesen worden.<sup>520</sup> In der Praxis kommt es trotz der teilweise sehr komplexen Vorgaben in den zur Verfügung stehenden methodischen Briefen (Ungarn) und Leitfäden (Deutschland) immer wieder zu „Mängeln“ in der medizinischen Dokumentation.<sup>521</sup>

Dabei muss noch einmal deutlich darauf hingewiesen werden, dass nach der hier vertretenen Auffassung gerade keine ärztliche Pflicht besteht, die klinische Dokumentation nach Maßgabe der sehr umfangreichen Kriterien anzufertigen, wie sie etwa den Leitfäden zu Gewalt gegen Kinder, Partner oder ältere Menschen zugrundeliegen. Auch der Alltagsstress in der klinischen Notfallversorgung, die mit Stoßzeiten, Personalknappheit und der Konzentration auf die Versorgung, nicht Dokumentierung schwerer Verletzungen ausgerichtet ist, trägt dazu bei, dass ausführliche Beschreibungen der Verletzungsbilder im – klinischen – Alltag eher zu kurz kommen. Dies wird umso mehr gelten, wenn das medizinische Personal den Eindruck gewinnen muss, dass ein Teil der Patienten von vornherein nur zum Zwecke der Beweissicherung in die Rettungsstellen geschickt wird und damit dem Personal in der Notfallversorgung noch zusätzlich die Arbeit erschwert. Aus strafrechtlicher Sicht muss wiederum angemerkt werden, dass die Strafermittlungsbehörden auf eine gerichtsfeste Dokumentation angewiesen sind.

Unzulänglichkeiten in der Erstdokumentation von *Weichgewebeverletzungen* sind dabei besonders bedauerlich, wie schon die linguistische Studie aus dem Jahre 2012 aufzeigt.<sup>522</sup> Denn

---

<sup>520</sup> Vgl. nur Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: *Klinisch-forensische Medizin*, S. 114; Madea, Burkhard / Kernbach-Wighton, Gerhard: *Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, S. 482f; Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: *Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters*, S. 265ff; Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: *Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters]*, S. 2ff; Szabó, Árpád: *a látteletről*, S. 13f.

<sup>521</sup> Zu den Leitfäden vgl. Abschnitt 2.2.2.1 des zweiten Kapitels (S. 38ff), zum Schaubefund Abschnitt 4 (S. 67f).

<sup>522</sup> Fogarasi, Katalin: *Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnosis Reports*, PhD Dissertation an der Universität Pécs (Ungarn), Pécs, 2012.

Weichgewebeverletzungen (vor allem Hämatome und eher oberflächliche Riss-Quetsch- oder Schnittwunden) sind, wenn sie nicht operiert und damit gesondert protokolliert wurden, im Nachhinein so gut wie nicht mehr rekonstruierbar. Anders als beispielsweise Knochenbrüche, lassen sie sich nach Versorgung und einsetzendem Heilungsprozess auch zeitlich kaum noch gerichtsfest einordnen.

Da in Strafverfahren, die keine Schwerstverletzungen zum Gegenstand haben, häufig allein auf die Verletzungsdokumentationen des erstbehandelnden Arztes in Form eines Schaubefundes (Ungarn) oder des Attests bzw. Anamnesebogens (Deutschland) zurückgegriffen werden kann, haben Mängel bei der Dokumentation zwangsläufig auch Auswirkungen auf die Arbeit der Strafverfolgungsbehörden.<sup>523</sup>

Dies gilt sowohl für die *Be-*, als auch für die *Entlastung* eines Beschuldigten. Die Studie zu insgesamt 343 klinischen Dokumentationen der Universitätskliniken und Rechtsmedizinischen Institute in Pécs, Debrecen, Kaposvár, Veszprém, Győr sowie Szekszárd (Ungarn) und weiteren 106 Arztbriefen aus Freiburg und Mainz (Deutschland), die im Rahmen eines Sachverständigengutachtens ausgewertet wurden, zeigte, dass die Rechtsmediziner in fast 14 Prozent der Fälle (Ungarn<sup>524</sup>) bzw. knapp 20 Prozent der Fälle (Deutschland) darauf hinweisen mussten, dass auf Grund einer unzureichenden klinischen Dokumentation das ursprüngliche Verletzungsbild für strafprozessrechtliche Zwecke nur noch eingeschränkt bzw. gar nicht mehr rekonstruierbar war.<sup>525</sup>

Ansatzpunkte für unzureichende Dokumentierungen gibt es zahlreiche. Das vorliegende Kapitel soll sich im Folgenden aber zum Zwecke einer möglichst anschaulichen Darstellung nur den typischen Unzulänglichkeiten widmen, wie sie bei den klinischen Anamnesebögen bei der Erstaufnahme bzw. Erstversorgung auftreten. Hierzu gehören neben der inkorrekten Kodierung nach ICD-10 insbesondere die unzureichende Beschreibung von komplexen Verletzungsbildern und einzelnen Verletzungsmerkmalen sowie der unpräzise oder schlichtweg falsche Gebrauch von Terminologie. Im jeweiligen Zusammenhang sollen auch die möglichen strafrechtlichen Auswirkungen aufgezeigt werden.

---

<sup>523</sup> Vgl. insgesamt: Insgesamt: Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 2ff.

<sup>524</sup> Dort war allerdings der Anteil der Gutachten signifikant höher, bei denen dem Rechtsmediziner letztendlich nichts anderes übrig blieb, als die Diagnosen einer offensichtlich unzureichenden Erstbegutachtung als Grundlage zu nehmen, vgl. Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren], S. 79.

<sup>525</sup> Vgl. Fogarasi, Katalin, Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, S. 33.

## 1 Ledigliche bzw. unzureichende Verschlüsselung nach ICD-10

Schon die Kodierung nach ICD-10 in den klinischen Anamnesebögen zu Körperverletzungsdelikten kann sehr viel häufiger zu Missverständnissen im Strafverfahren führen als man zunächst meinen möchte. Denn eigentlich dient die Verschlüsselung von Diagnosen und erbrachter Leistungen weder therapeutischen, noch strafrechtlichen, sondern allein abrechnungsbezogenen Zwecken.<sup>526</sup> Vor allem die Diagnosen, die gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) nach ICD-10 zu kodieren sind, sollten eigentlich nur als kleines Kürzel am oberen Rande der klinischen Dokumentation auftauchen, um die Abrechnung mit den Krankenkassen zu erleichtern, insbesondere dann, wenn es einen Auslandsbezug gibt.

In der Praxis spielen die ICD-Kodierungen allerdings eine wichtigere Rolle als ihnen ursprünglich zugeordnet war. Denn die Textbausteine, die den einzelnen Verschlüsselungen zugeordnet sind, eignen sich – wenn auch nur im geringen Maße – auch zur Beschreibung und Diagnostizierung der behandelten Verletzungen. Deswegen verwundert es nicht, dass einige der erstbehandelnden Ärzte, die für die Abrechnung mit der Krankenkasse ohnehin eine Verschlüsselung nach ICD-10 herausuchen und angeben müssen, die Verschlüsselungen auch gleich für die Erstellung der Diagnosen mit heranziehen.

Das faktische Sichverlassen auf die lediglich für Abrechnungszwecke geschaffenen Verschlüsselungen hat allerdings einen großen Nachteil: die in den Kodierungen enthaltenen, sehr allgemeinen Informationen sind sowohl für therapeutische als auch für strafrechtliche Zwecke wenig brauchbar. Das Vorliegen beispielsweise einer „offene[n] Wunde des Oberarmes“ (S.41.1 ICD-10) sagt rein gar nichts über die Verletzung selbst aus und lässt damit naturgemäß auch für den Rechtsmediziner weder einen Schluss auf die Art, noch auf die Entstehung der Verletzung zu. Allenfalls das bloße Bestehen einer *Gesundheitsschädigung* im Sinne einer einfachen Körperverletzung (§ 223 StGB, ähnlich aber auch die ungarische Regelung in § 164 Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 uStGB) lässt sich damit nachweisen.

Da den Ärzten in der Praxis oftmals gar nicht bewusst ist, dass ihre klinische Dokumentation direkt oder indirekt (als einzige Grundlage des Sachverständigengutachtens) Eingang in das Strafverfahren findet, mögen sie sich keine größeren Gedanken darum machen, welche Auswirkungen es haben kann, wenn die Diagnose zu den Befunden genauso allgemein bleibt wie die Klassifizierung zu rein statistischen Zwecken. So finden sich im Korpus der linguistischen Studie – insbesondere im ungarischen Teilkorpus – Anamnesebögen der Notaufnahmen, die lediglich folgende Informationen enthalten:

---

<sup>526</sup> Zur Bedeutung der ICD-10 (bzw. BNO-10) innerhalb der medizinischen Dokumentation vgl. nur die Ausführungen in Abschnitt 2.1 des zweiten Kapitels (S. 25ff).

**1) (Klinischer) Befund:**

„Jobb kéz II. ujj körme a körömágyból részlegesen luxált, körömágyon 1 cm-es seb. III. ujjon haránt irányú sebzés.“ [Nagel des II. Fingers der rechten Hand aus dem Nagelbett teilweise luxiert, auf dem Nagelbett eine Wunde von 1 cm. Auf dem III. Finger eine transversal verlaufende Wunde.]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„S.62.6-: A kéz egyéb ujjának törése“ [Fraktur eines sonstigen Fingers].

„S.61.1: A kéz ujj(ak) nyílt sebe a köröm sérülésével“ [Offene Wunde eines oder mehrerer Finger mit Schädigung des Nagels].

„S.00.8: A fej felületes, k.m.n. részének sérülése“ [Sonstige oberflächliche Verletzung eines nicht näher bezeichneten Teiles des Kopfes].

„Y.04: Testi erővel elkövetett testi sértés“ [Körperverletzung durch körperliche Kraft]\*

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„A jobb kéz mutatóujj körömágyának sérülését, a köröm részleges helyhagyásával kísértén, továbbá a körömágy bőre 1 cm-es hámfosztásával kísértén, illetve a középső ujj meg nem nevezett anatómiai területén haránt irányú sebzést, (ennek jellege sem lett megjelölve) illetve a homlok bal oldalának 2 cm-es kiterjedésű hámfosztását szenvedte el.“ [...hat die Verletzung des Nagelbettes des Zeigefingers der rechten Hand, begleitet von einer teilweisen Luxation des Nagels, weiterhin von einem Hautdefekt von 1 cm des Nagelbettes, außerdem eine transversal verlaufende Wunde an einer nicht näher bezeichneten anatomischen Region des Mittelfingers (deren Art auch nicht dokumentiert wurde) bzw. einen Hautdefekt an der linken Seite der Stirn von 2 cm erlitten...]

\* Die Kodierung Y.04 existiert in der deutschen ICD-10 nicht. Hier wäre Y.09! („Tätlicher Angriff“) die einzig mögliche Verschlüsselung.

Während die allgemein gehaltene Verschlüsselung S62.6 [Fraktur eines sonstigen Fingers] in Verbindung mit dem Befund noch zu eingeschränkten rechtsmedizinischen Rückschlüssen dienlich sein mag, ist die ledigliche Diagnose S.00.8 [Sonstige oberflächliche Verletzung eines nicht näher bezeichneten Teiles des Kopfes] selbst bei Angabe der Lokalisation [„linke Seite der Stirn“] in keinsten Weise geeignet, Aussagen zu der Art der Verletzung (Schürfung, Ablederung, Quetsch-Riss-Wunde, Riss-Quetsch-Wunde, Schnitt-, Stich- oder Hiebverletzung) zu treffen. Ohne Beschreibung der Wundränder kann auch weder eine Aussage dazu getroffen werden, ob die Verletzung durch stumpfe oder durch scharfe Gewalt verursacht wurde (und damit möglicherweise ein strafverschärfender Gebrauch eines Werkzeugs vorliegt), noch eine Aussage über die zu erwartende Heilungsdauer. Gerade diese wäre aber in Ungarn ausschlaggebend für die Unterscheidung zwischen leichter und schwerer Körperverletzung (vgl. § 164 Absätze 2 und 3 uStGB).

<sup>527</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnosis Reports, PhD Dissertation an der Universität Pécs (Ungarn), Pécs, 2012. Die hierzu verwendeten rechtsmedizinischen Akten enthalten jeweils die klinischen Befunde und Diagnosen aus dem Schaubefund [*láttelel*] und die gutachterliche Stellungnahme des Rechtsmediziners.



## 1.1 Ursachen für einen inadäquaten Gebrauch von Kodierungen

Im *Fallbeispiel 2* wird zunächst deutlich, dass die Hoffnung, die das ungarische Nationale Institut für Rechtsmedizin in die verbindlichen Regelungen zur Beschreibung von Verletzungen im Wege des „Schaubefundes“ [*láttelel*] gesetzt hat, nicht immer aufgeht. Das liegt zum einen daran, dass die Anforderung durch die Staatsanwaltschaft, einen Schaubefund zu einer Behandlung zu erstellen, in der Praxis erst Wochen nach der Behandlung erfolgt. Zum anderen haben auch in Ungarn die Ärzte in der Notversorgung sehr viel zu tun, so dass sie nicht immer die Zeit haben, bei jedem potenziellen Gewaltdelikt rein vorsorglich die im Schaubefund geforderten Beschreibungen der Verletzungsmerkmale (insbesondere der Wundwinkel, Wundränder, Wundumgebung und des Farbverlaufs) vorzunehmen, selbst wenn sie natürlich damit rechnen könnten, dass die Staatsanwaltschaft zu einem späteren Zeitpunkt einen Schaubefund anfordern wird. In der Praxis wird es häufig schlichtweg einfacher sein, den Satzbaustein zu den einzelnen Verschlüsselungen, die sie ohnehin für die spätere Abrechnung herausuchen müssen, in das freie Feld zur Diagnose hinüber zu kopieren.

Da die Ärzte nach einem gewissen Zeitablauf die konkreten Behandlungsfälle auch nicht mehr aus der Erinnerung abrufen können, verwundert es nicht, dass sie in den Schaubefund wiederum nur die seinerzeit gemachten Befunde und Diagnosen aus der klinischen Dokumentation übertragen. Dem Sachverständigen im Strafverfahren (der in Ungarn in aller Regel sein Gutachten allein auf Grundlage des Schaubefundes verfasst) bleibt dann oft nichts anderes übrig, als zu vermerken, dass konkrete Aussagen „mangels Beschreibung nicht möglich“ sind.<sup>528</sup>

Eine bloße Beschränkung auf die ICD-10-Verschlüsselung oder den dazugehörigen Textbaustein birgt allerdings auch noch eine andere Gefahr, denn die Kodierungen in Anamnesebögen müssen nicht immer mit dem tatsächlich vorliegenden Krankheitsbild übereinstimmen. Zum einen kann es schnell zu Fehlern kommen, wenn ein abstrakter Zahlencode herausgesucht und niedergeschrieben wird, die Verletzung aber nicht gesondert genannt wird. Zum anderen kann auch ganz bewusst eine falsche Kodierung vorgenommen werden.<sup>529</sup>

So wird man, wenn man mit Ärzten an ungarischen Universitätskliniken spricht, auch vernehmen, dass die kostendeckende Finanzierung des Klinikbetriebs nicht möglich wäre, wenn nicht hin und wieder zur eigentlich vorliegenden Diagnose noch eine weitere ICD-Diagnose gestellt würde, um dadurch letztendlich die allgemeine Versorgung finanzieren zu können. Das Krankheitsbild des Patienten kann dann in der Dokumentation möglicherweise sehr viel komplexer erscheinen. In Deutschland berichten die Mediziner wiederum von Fällen, in denen sie bewusst auch einmal eine harmlosere Verschlüsselung wählen, beispielsweise um den

---

<sup>528</sup> In der Praxis werden dann teilweise auch unzureichende oder uneindeutige Diagnosen in das rechtsmedizinische Gutachten übernommen, wie das Fallbeispiel 4 (S. 159) zeigen wird.

<sup>529</sup> Zur bewussten Vagheit von Befunden und Diagnosen vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.1 dieses Kapitels.

Patienten gegenüber dem Arbeitgeber oder dem Versicherungsträger nicht voreilig bloßzustellen.<sup>530</sup> Dann wird in der Praxis statt R.11 („Übelkeit und Erbrechen“) und F.10.1 („Schädlicher Gebrauch von Alkohol“) eher die Kodierung R.42 („Schwindel und Taumel“) attestiert und aus einer leichten bis schweren depressiven Episode (F.32.0 bis F.32.3) kann auch eine harmlosere „Undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (F.45.1) oder eine „Psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung“ (F.06.0 bis F.06.7) werden.

Dass auch die Krankenkassen als Adressaten der ICD-10-Verschlüsselung durchaus ein Interesse an einer inadäquaten Kodierung haben können, zeigt der Abrechnungsskandal der sich zurzeit in Deutschland abspielt. Dort haben die Krankenkassen die Ärzte beispielsweise aufgefordert, ihre Patienten vermehrt als chronische Schmerzfälle einzuordnen, da hierfür Extrazuwisungen aus dem Gesundheitsfond bereitstünden.<sup>531</sup> Dass dadurch die Patienten auf dem Papier kranker aussehen als sie es in Wirklichkeit sind, trägt nicht gerade dazu bei, dass das Vertrauen in die Richtigkeit bloßer ICD-Verschlüsselungen steigt.

## 1.2 Juristische Folgen des inadäquaten Gebrauchs

Die bloße Verwendung von ICD-Textbausteinen ohne konkrete Beschreibungen von Verletzungen erfüllt zunächst einmal nicht die zivilrechtlich geschuldeten Dokumentationspflichten aus dem Behandlungsvertrag. Denn der Patient wird bei einer bloßen – zu allgemeinen und für ihn nicht einmal nachvollziehbaren – Verschlüsselung seines Krankheitsbildes um die Möglichkeit gebracht, selbstbestimmt an seiner Therapie Anteil zu nehmen und die Dokumentation für weitere Zwecke zu benutzen.<sup>532</sup> Daneben kann der inadäquate Gebrauch von ICD-Verschlüsselungen insbesondere auch strafrechtliche Konsequenzen haben.

Neben der Strafbarkeit des Arztes im Falle einer bewusst falschen oder unzulässigen Höherkodierung („Upcoding“) zu Zwecken der Falschabrechnung<sup>533</sup> können inadäquate Verschlüsselungen auch strafrechtliche Folgen für den Patienten haben. Denn falsche oder zu allgemein gehaltene Diagnosen auf Basis von ICD-Kodierungen können die zugrundeliegende Straftat falsch widerspiegeln. In der Folge können in allen Abschnitten des Strafverfahrens falsche Entscheidungen und damit auch falsche Maßnahmen getroffen werden.

So bedarf es beispielsweise schon für die Eröffnung des Strafverfahrens eines sogenannten *Anfangverdachts* für das Vorliegen einer *verfolgbaren* Straftat (§§ 152, 160 Absatz 1 StGB, ähnlich auch der § 170 uStPO). Die inhaltlichen Voraussetzungen an die Verdachtsstufe selbst

---

<sup>530</sup> Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Unfallversicherungen sich vor Vertragsabschluss regelmäßig die Erlaubnis einräumen lassen, entsprechende Daten bei den Krankenversicherungen abzufragen.

<sup>531</sup> Vgl. nur den aktuellen Spiegel-Artikel von Schmergal, Cornelia: Lukrative Patienten, S. 71.

<sup>532</sup> Vgl. nur die Ausführungen im Abschnitt 3 des zweiten Kapitels (S. 63).

<sup>533</sup> Zu den einzelnen Voraussetzungen der Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetrugs nach § 263 StGB bzw. § 373 uStGB vgl. Kölberl, Ralf: Abrechnungsbetrug im Krankenhaus. Erste wirtschaftsstrafrechtliche und -kriminologische Überlegungen, S. 312ff.

sind dabei zwar nicht sehr hoch (es genügen „tatsächliche Anhaltspunkte“ für eine Straftat), allerdings ist die Straftat nur dann *verfolgbar*, wenn sie die Schwelle zur Bagatellkriminalität überschritten hat.<sup>534</sup> Bei den Körperverletzungsdelikten gilt in Ungarn wie auch in Deutschland die *einfache Körperverletzung* (§ 223 StGB bzw. § 164 Absatz 2 uStGB) gerade nicht als Offizialdelikt, weswegen eine Strafverfolgung ohne ausdrücklichen Strafantrag des Opfers *nicht* (so in Ungarn) bzw. *nur eingeschränkt* (so in Deutschland) erfolgen darf.<sup>535</sup>

Die im *Fallbeispiel 2* diagnostizierte Fraktur des Fingers („S.62.6 BNO-10“) erfüllt nach dem ungarischen Strafrecht den Straftatbestand einer *schweren Körperverletzung* nach § 164 Absatz 3 uStGB, da die Verheilung der Fraktur regelmäßig mehr als 8 Tage in Anspruch nimmt.<sup>536</sup> Die Tat würde daher von Amts wegen verfolgt werden. Im deutschen Strafrecht, das bei der Qualifikation nicht auf die Verheilungszeit, sondern auf die *Art und Weise* der Begehung (*gefährliche Körperverletzung* nach § 224 StGB) und die *dauerhaften* Folgen der Tat (*schwere Körperverletzung* nach § 226 StGB) abstellt, wäre eine Fraktur dagegen typischerweise als *einfache Körperverletzung* zu behandeln, sofern sie nicht die Folge eines besonders gefährlichen Angriffs ist.<sup>537</sup> Während ein Angriff mit der (körpereigenen) Faust dieses Kriterium (mangels „Werkzeugs“) regelmäßig nicht erfüllen würde, wäre bei der Einwirkung mit einem (körperfremden) Gegenstand die Verwirklichung der gefährlichen Begehungsweise regelmäßig zu bejahen.<sup>538</sup> Für die Unterscheidung kommt es zwangsläufig auf nähere Informationen zur konkret erlittenen Verletzung an.

Eine (rechts-)medizinische Aussage aber, ob beispielsweise ein Gegenstand mit stumpfen oder scharfen Kanten bei der Verletzung verwendet wurde, kann nicht getroffen werden, wenn eine Verletzung lediglich als „Fraktur eines sonstigen Fingers“ (S.62.6 ICD-10) oder als „Sonstige oberflächliche Verletzung eines nicht näher bezeichneten Teiles des Kopfes“ (S.00.8 ICD-10) beschrieben und diagnostiziert wird, ohne zugleich auch auf die vorhandenen Wundmerkmale einzugehen.<sup>539</sup> In der Folge wäre das Verletzungsdelikt, das sich aus dem Verletzungsbild der klinischen Dokumentation ergibt, in Deutschland – ohne ausdrücklichen Strafantrag – zunächst einmal nicht weiter verfolgbar.<sup>540</sup>

---

<sup>534</sup> Vgl. insgesamt die Ausführungen in Abschnitt 2.4 des dritten Kapitels (S. 113ff).

<sup>535</sup> Vgl. § 173 Abs. 1 uStPO i.V.m. §§ 31, 164 Abs. 10 uStGB und § 230 Abs. 1 StGB; zur Vermeidung von Wiederholungen sei auf die Ausführungen zum *besonderen öffentlichen Interesse* im Abschnitt 2.4 des dritten Kapitels (S. 113ff) verwiesen.

<sup>536</sup> In Ungarn ist es allgemeine Praxis, dass Verletzungen im Zusammenhang mit Frakturen als schwere Körperverletzung gewertet werden, vgl. Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 175.

<sup>537</sup> Eine besonders gefährliche Begehungsweise liegt ausweislich der Norm vor, wenn eine (jegliche) Körperverletzung mittels eines gesundheitsschädlichen Stoffes, mittels eines gefährlichen Werkzeugs oder mittels eines gemeinschaftlichen, hinterlistigen oder lebensgefährlichen Angriffs verübt wurde; zu den einzelnen Tatbestandsmerkmalen vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 224, Rdnr. 6ff.

<sup>538</sup> Zum Werkzeugbegriff des § 224 StGB vgl. Fischer, Thomas, a.a.O., Rdnr. 8ff.

<sup>539</sup> Glatte Wundränder sprächen hier beispielsweise für eine Verwendung eines Werkzeugs, ausgefrante Wundränder eher für einen Faustschlag; vgl. hierzu die Ausführungen zur Riss-Quetsch-Wunde im unten stehenden *Fallbeispiel 7* (S. 168).

<sup>540</sup> Vgl. aber die Verwaltungsvorschriften-Abschnitte 233, 234 und 235 der RiStBV insbesondere zur Bejahung des besonderen öffentlichen Interesses bei Kindesmisshandlung und wiederholter Gewalt im sozialen Nahraum.

Im Laufe des Strafverfahrens wird die richtige Einordnung der Straftat wiederum die Entscheidungsgrundlage für sämtliche Zwangsmaßnahmen, insbesondere bei der Prüfung derer Verhältnismäßigkeit, bilden und Einfluss darauf haben, vor welchem Spruchkörper die Körperverletzung angeklagt wird.<sup>541</sup>

Und auch in Ungarn ist die ledigliche Beschränkung auf die Kodierung „Fraktur eines Fingers“ spätestens im Hauptverfahren riskant. Denn Frakturen an Fingern können typischerweise auch als (sich selbst zugezogene) Abwehrverletzungen gewertet werden, die – *in dubio pro reo* – gerade nicht auf ein Fremdverschulden zurückzuführen respektive strafbar sind. In diesem Falle käme eine schwere Körperverletzung dann allenfalls noch im Wege einer Gesamtschau von anderen möglichen Verletzungen in Betracht, die aber bei einer nur allgemein bleibenden Kodierung ohne nähere Angaben nicht mehr rekonstruierbar sind.<sup>542</sup>

Inhaltliche Angaben zu Verletzungen sind darüber hinaus auch bei der konkreten Strafzumessung von erheblicher Bedeutung. Hier wird das Gericht innerhalb eines vorgegebenen Strafrahmens (bei der einfachen Körperverletzung fängt dieser bei einer Geldstrafe an und geht in Ungarn bis zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren, in Deutschland sogar bis zu 5 Jahren) zu entscheiden haben, welche Strafe im Einzelfall schuld- und tatangemessen ist. Bei der hierbei vorzunehmenden Abwägung der strafmildernden und strafverschärfenden Umstände nehmen die Auswirkungen der Tat, also auch das Ausmaß der vom Opfer erlittenen Verletzungen, eine besonders wichtige Rolle ein (vgl. § 46 Absatz 2 StGB).<sup>543</sup>

## 2 Unzureichende Dokumentation von Weichgewebeerletzungen

Bei Notfällen, bei denen eine sofortige Versorgung notwendig wird und ein weiteres Zuwarten auf den Rechtsmediziner aus der klinisch-forensischen Ambulanz nicht angezeigt ist, gehen rechtsmedizinisch relevante Informationen in der Praxis besonders häufig verloren. Gerade wenn eine Weichgewebeerletzung durch *scharfe Gewalt* versorgt und verbunden wurde, können die ursprünglichen Merkmale der Verletzung kaum noch rekonstruiert werden. Der Rechtsmediziner kann dann regelmäßig nur noch auf die Beschreibungen des erstbehandelnden Arztes zurückgreifen.<sup>544</sup>

---

<sup>541</sup> Vgl. hierzu wiederum die Ausführungen in den Abschnitten 1 und 3 des dritten Kapitels.

<sup>542</sup> Vgl. zur strafrechtlichen Bewertung eines Verletzungsgesamtbildes die Ausführungen zum unteren *Fallbeispiel 9* dieses Kapitels (S. 172).

<sup>543</sup> Gesetzlich sind die strafmildernden und strafverschärfenden Umstände nicht im Detail geregelt, das Gericht hat die Strafzumessung aber nach klaren, von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien vorzunehmen. Zu diesem Zweck werden die strafmildernden und die strafverschärfenden Umstände in einer Gesamtschau abgewogen, zu denen neben der kriminellen Energie und dem Verhalten vor und nach der Tat vor allem auch das Ausmaß der Rechtsgutverletzung ausschlaggebend ist; vgl. hierzu Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 136; zur (gleichen) Situation in Deutschland vgl. wiederum Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 46 Rdnr. 34f.

<sup>544</sup> Vgl. insgesamt Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters, S. 265ff.

Umso wichtiger wäre es dann, aussagekräftige Beschreibungen und Fotodokumentationen beizufügen, kleinere Nebenbefunde zu berücksichtigen und gegebenenfalls auch Skizzen zur Lokalisation und Anordnung des Verletzungsbildes anzufertigen.<sup>545</sup>

Bei Verletzungen durch *stumpfe Gewalt* bleibt immerhin noch zu hoffen, dass das Opfer, die behandelnden Ärzte oder eine zuständige Behörde eine weitere Untersuchung nach forensischen Gesichtspunkten veranlasst. In Deutschland gibt es zu diesem Zwecke die Gewaltschutzambulanzen, die an die Rechtsmedizinischen Institute von größeren Universitätskliniken angeschlossen sind und den Patienten – für diesen kostenneutral – einer gerichtsfesten Untersuchung unterziehen. Eine in diesem Wege noch „gerettete Dokumentation“, wie sie im folgenden *Fallbeispiel 3* dargestellt wird, setzt allerdings in der Regel voraus, dass das Opfer nach der ärztlichen Behandlung freiwillig den Rechtsmediziner aufsucht.

*Fallbeispiel 3: Rechtsmedizinische Akte Nr. 30 (Rechtsmedizin Freiburg)*<sup>546</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„**Multiple Läsionen** (Kratz- bzw. Druckstellen als auch Schmutzantragung im Bereich des Gesichts, der Beine, des Oberkörpers als auch im Bereich der Fingernägel. Im Bereich der hinteren vaginalen Kommissur eine ca. stecknadelkopfgroße, **bläuliche Läsion im Sinne eines Hämatoms** mit zusätzlichen Zeichen diskreter Abschürfung.“

**2) (Klinische) Diagnose:** [leer]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„Am rechten Ohr in der Umschlagsfalte der sog. Helix im mittleren Drittel **eine rundliche, 0,4 cm durchmessende, krustig rotbraun** belegte Hautverletzung im Bereich einer älteren Durchstechung [...]. An der linken **Wange einzelne teils rundliche, teils bandförmige, bräunliche, bis 0,5 cm** messende Hautabschürfungen mit umgebenden rötlichen, bis 0,2 cm [...] längs ausgerichteten, 1,5 x 1 cm messenden Areal einzelne teils längs ausgerichtete, bandförmige, teils **rundliche, bräunliche Hautabschürfungen** mit bis 0,2 cm messendem umgebendem rötlichem Hof. Außen- und rückseitig am rechten Oberarm ellenbogennahe ein **rundliche, rotbräunliche, 0,8 cm durchmessende Hautverfärbung**. Auf dem rechten Handrücken über dem 2. Strahl eine **rundliche, gering erhabene, grauweiße Hautveränderung**. Streckseitig am Grundglied des 4. Fingers der rechten Hand eine **quer gestellte, kratzerartige, 1 cm messende Hautverletzung** mit bis 0,2 cm messendem, rötlichem Hof. Daumen- und Streckseitig am linken Unterarm, am Übergang vom mittleren zum handnahen Drittel, eine **längsovale, rotbräunliche, 1 x 0,6 cm messende Hautverfärbung**. [...] Die Haut über [...] Hautrötungen, rechts 2,5 cm messend, links 2 x 1,5 cm messend. Die Brusthaut rechtsseitig mit einzelnen teils rundlichen, teils streichförmigen, **bis 1 cm messenden Hautrötungen**. Die Haut der unteren Anteile des Rückens auf einem 15 x 15 cm messenden, mittig gelegenen, bis zur Analfalte reichenden Areal mit einzelnen flächigen, **landkartenartig konfigurierten Hautrötungen**. Beginnend im oberen äußeren Quadranten der linken Gesäßhälfte und bis an die Außenseite des linken Oberschenkels ziehend zwei frisch erscheinende, sich einmal in den fußwärts gelegenen Abschnitten kreuzende Hautkratzer mit zentraler **krustig belegter, bräunlicher Hautverletzung und bis 0,3 cm** messendem, rötlichem Hof: der eine bogenförmig nach außen konvex verlaufend, 31 cm messend, der andere s-förmig verlaufend, 30 cm messend. Die linke Gesäßhälfte darüber hinaus mit einzelnen kratzerartigen, mehrfach unterbrochenen, **bis 7 cm messenden Hautverletzungen und Hautrötungen**. An der Außen- und Rückseite des linken Oberschenkels in Umgebung der beiden beschriebenen Hautkratzer mehrere überwiegend quer ausgerichtete, **bis 10 cm messende, kratzerartige Hautverletzungen** mit umgebendem rötlichem Hof. Außenseitig an der rechten Hüfte eine ungleichmäßig intensive, **bläuliche, 2,5 cm durchmessende Hauteinblutung**.“

<sup>545</sup> Vgl. Betz, Peter / Eisenmenger, Wolfgang: Zur Dokumentation von Verletzungen, S. 494.

<sup>546</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Freiburg.

Der bloße Hinweis auf „multiple Läsionen“ (mit dem Begriff *Läsion* werden letztendlich sämtliche Verletzungen bzw. Schädigungen des Körpers bezeichnet) im Originalbefund der Akte ließe im zugrundeliegenden Fall, einem Strafverfahren wegen Partnergewalt, nicht einmal annähernd Rückschlüsse auf ein konkretes Tatgeschehen, das Ausmaß der Verletzungen, geschweige denn eine ungefähre Tatzeit oder die Täterschaft des Beschuldigten zu.<sup>547</sup> Umso schwerer wiegen die Folgen einer nicht aussagekräftigen Dokumentation, wenn es – wie in Ungarn – in der Praxis kaum die Möglichkeit gibt, das Opfer noch einer weiteren, rechtsmedizinischen Untersuchung zu unterziehen. Dem sachverständigen Rechtsmediziner bleibt dann häufig nichts anderes übrig, als eine offensichtlich unzureichende Erstbegutachtung unverändert zu übernehmen. Das folgende Fallbeispiel einer potenziellen Kindesmisshandlung soll eine solche Situation veranschaulichen:

*Fallbeispiel 4:* Rechtsmedizinische Akte Nr. 127 (Rechtsmedizin Debrecen)<sup>548</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Jobb lábszáron felületes horzsolás, bevérzés. A bal lágyékhajlatban kis duzzanat.”

[Oberflächliche Abschürfungen am rechten Bein, Prellungen. Eine kleine Schwellung an der linken Leiste.]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„A külső nemi szervek zúzódása. A lábszár zúzódása.” [Äußere Leiste gequetscht. Prellungen am Bein.]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„Jobb lábszára, felületesként jellemzett, pontosan le nem írt kiterjedésű és számú horzsolásos sérülését, valamint a bal lágyékhajlata duzzanatként jellemzett sérülését szenvedte el.”

[Als oberflächlich beschriebene, **in Umfang und Anzahl nicht näher beschriebene** Schürfwunden und Prellungen am rechten Bein, **eine als Schwellung beschriebene** Verletzung an der linken Leiste]

Gerade bei Fällen von Kindesmisshandlung ist die Praxis, beispielsweise bei der Durchsetzung von familiengerichtlichen Maßnahmen, darauf angewiesen, dass über einen längeren Zeitraum gerichts feste Dokumentationen zu Übergriffen vorliegen. Die potenziellen Wahrnehmer von Misshandlungen, insbesondere Verwandte, Lehrer oder eben Kinderärzte, haben aber aus verschiedensten Gründen nicht immer das Bewusstsein dafür, dass nicht jede Verletzung zwangsläufig auf einen Unfall zurückzuführen ist. Der ärztliche Vertrauensvorschuss, der den Sorgeberechtigten entgegengebracht wird, blockiert häufig den Denkansatz für eine mögliche Kindesmisshandlung. Deswegen geht es manchmal nur darum, überhaupt in Erwägung zu ziehen, dass festgestellte Symptome auch Folge einer Misshandlung sein könnten.<sup>549</sup>

Dabei gibt es – zumindest für einen erfahrenen Rechtsmediziner – klare Anzeichen dafür, ob eine Verletzung mit einer geschilderten Ursachengeschichte erklärt werden können oder nicht. Um beurteilen zu können, ob beispielsweise ein geschilderter „Unfallhergang“ mit dem

<sup>547</sup> Zur Definition vgl. nur Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto: Klinisches Wörterbuch, Stichwort *Läsion*.

<sup>548</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Debrecen.

<sup>549</sup> Zu den Symptomen vgl. Weinberg, Annelie-Martina / Tscherne, Harald / Engert, Jürgen: Unfallchirurgie im Kindesalter, S. 129f.



dokumentierten Verletzungsbild übereinstimmen kann, muss er aber insbesondere auch über Angaben verfügen, die die möglichst genauen Lokalisationen, Positionen zueinander, die Formungen und Farbgebungen der einzelnen Verletzungen wiedergeben.

## 2.1 Ursachen für eine unzureichende Dokumentation

Neben dem klinischen Zeitdruck, der in einer Notaufnahme noch höher ausfallen wird als bei einem niedergelassenen (Kinder-)Arzt, werden in der Literatur und im persönlichen Gespräch mit Ärzten eine Reihe von Gründen genannt, weshalb Befundbeschreibungen und Diagnosen zu Körperverletzungsdelikten in der Praxis häufig zu wünschen übrig lassen. So sind gerade Weichgewebeverletzungen durch *stumpfe* Gewalteinwirkung (vor allem Schwellungen, Prellungen, Hämatome und Platzwunden) durch sehr viele Entstehungsmöglichkeiten erklärbar und haben in der Regel keine allzu schweren gesundheitlichen Folgen. Die Motivation, eine vermeintlich harmlose Verletzung, die auch auf einen bloßen „Unfall“ zurückgeführt werden könnte, ausführlich bzw. auch nach – zivilrechtlich gerade nicht geschuldeten – forensischen Gesichtspunkten zu dokumentieren ist daher schon von den Grundvoraussetzungen her nicht sehr hoch.

Hinzu kommt, dass bestimmte Untersuchungen, Beschreibungen und Diagnosen (beispielsweise die in der Praxis einschlägige Diagnose „Verdacht auf *battered child syndrome*“) zwangsläufig stigmatisierend wirken und damit das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten bzw. dessen anwesenden Sorgeberechtigten auch dann belasten, wenn eine Misshandlung lediglich im Raum steht, aber nicht gesichert vorliegt. Weiterhin können ärztliche Sorgen hinzukommen, welche rechtlichen und tatsächlichen Folgen die Diagnose „Misshandlung“ für den Patienten, dessen Sorgeberechtigten oder auch den Arzt selbst haben könnten. Dies gilt umso mehr, wenn sich der Verdacht später als völlig unbegründet herausstellen sollte.<sup>550</sup>

In der Praxis wird zudem berichtet, dass es den klinischen Medizinern häufig am (forensischen) Fachwissen fehlt, Verletzungsbeschreibungen auch nach forensischen Gesichtspunkten vorzunehmen. So wird das Fach Rechtsmedizin zwar im Rahmen des Medizinstudiums behandelt, allerdings werden dort eher die rechtsmedizinischen Aspekte der *Leichenschau* behandelt und weniger die Entstehungsmechanismen und Verletzungsmerkmale von Körperverletzungsdelikten. Entsprechende Weiterbildungen finden auch im späteren klinischen Alltag nicht oder in der Regel nur für die sogenannten *Durchgangsarzte* statt.<sup>551</sup>

---

<sup>550</sup> Vgl. Weinberg, Annelie-Martina / Tscherne, Harald / Engert, Jürgen: Unfallchirurgie im Kindesalter, S. 129.

<sup>551</sup> Ein *Durchgangsarzt* ist in der Regel ein Facharzt für Orthopädie und/oder Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie, der von den gesetzlichen Unfallversicherungen und Berufsgenossenschaften finanziert wird und speziell mit der Durchführung der Behandlung nach Arbeitsunfällen und Wegeunfällen betraut ist. Da es in diesem Rahmen auch zu Regressansprüchen der Versicherungen kommen kann, werden die Durchgangsarzte teilweise auch in Hinblick auf die Dokumentation von *Fremdverschulden* fortgebildet.

Abschließend soll auch noch ein weiterer Aspekt genannt werden, der zumindest in der Sekundärliteratur diskutiert wird. Danach erfüllen möglichst allgemein formulierte bishin zu sehr vage gefasste Befunde und Diagnosen noch einen weiteren Zweck: In einer arbeitsteiligen Welt, in der Patientendaten im Wege des Arztbriefes an den Fachkollegen weitergereicht werden, helfen teilweise vage Diagnosen mitunter der Gesichtswahrung gegenüber dem möglicherweise spezialisierteren Fachkollegen. Denn sie stellen zumindest sicher, dass der Kollege nicht über eine „unzutreffende“, „falsche“ oder gar „abwegige“ Diagnose des Nichtspezialisten herziehen kann. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass Ärzte und Diagnostiker heutzutage einem höheren zivil- und strafrechtlichen Prozessrisiko ausgesetzt sind als jemals zuvor, weshalb sich manche Ärzte bei unsicherer Wissenslage in die Vagheit flüchten mögen.<sup>552</sup>

## 2.2 Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung von Lokalisation, Position und Farbgebung

Insbesondere die Gewalt im sozialen Nahraum zeichnet sich zum einen durch *stumpfe* Gewalteinwirkung mit typischen Verletzungsbildern (Schwellungen, Prellungen, Hämatomen, Platzwunden), zum anderen durch einen sehr überschaubaren Täterkreis aus, der regelmäßig der engsten Familie zuzurechnen ist. Objektive Zeugenaussagen durch Dritte zum direkten Tatgeschehen sind dann leider nicht zu erwarten. Umso wichtiger wird zwangsläufig die Funktion, die der klinischen Dokumentation als gerichtliches Beweismittel zukommt.

Die klinische Dokumentation bzw. das darauf beruhende Sachverständigengutachten muss dann zum Nachweis geeignet sein, dass eine ganz konkrete *Tathandlung* eines bestimmten Täters zu einer nachvollziehbaren *Tatzeit* zu einem konkreten *Taterfolg* geführt oder eben auch nicht geführt hat.

Der Rechtsmediziner als Sachverständiger im Strafverfahren wird sein Gutachten dabei auf Grundlage der klinischen (Erst-)Dokumentation (in Ungarn in Gestalt des Schaubefundes, in Deutschland mitunter auch auf Grundlagen einer zusätzlichen persönlichen Untersuchung des Opfers) erstellen. Darin wird er sich zumindest auf eine von drei Wahrscheinlichkeitsstufen unterschiedlicher Wahrscheinlichkeitsgrade festlegen müssen. Diese reichen von „mit Sicherheit“ („gewiss“ oder eben „ausgeschlossen“) über „mit Wahrscheinlichkeit“ („höchst unwahrscheinlich“, „unwahrscheinlich“, „wahrscheinlich“, „sehr wahrscheinlich“, „hochwahrscheinlich“, „höchstwahrscheinlich“, „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“) bis hin zu der am wenigsten aussagekräftigen Feststellung „nicht auszuschließen“.<sup>553</sup>

---

<sup>552</sup> Vgl. hierzu die linguistische Studie zu Arztbriefen bei Jakob, André: So kommt der Patient auf's Papier – Fachtextanalyse klinischer Arztbriefe, S. 167f.

<sup>553</sup> Zu den konkreten Voraussetzungen der verschiedenen Verdachtsgrade vgl. nur die Ausführungen im Abschnitt 4.3 des dritten Kapitels (S. 144ff).



Da es für eine spätere Verurteilung allerdings der *richterlichen Überzeugung* bedarf, die beim Richter nach Würdigung aller Beweismittel persönlich keine vernünftigen Zweifel mehr an der Schuld des Täters bestehen lässt, reichen selbst verhältnismäßig hohe Verdachtsgrade wie „sehr wahrscheinlich“, „oder hochwahrscheinlich“ für sich allein genommen für eine Verurteilung noch nicht aus.

Schon wegen des Umstands, dass ein Wahrscheinlichkeitsgrad wie „sehr wahrscheinlich“ denklogisch unter dem höheren Wahrscheinlichkeitsgrad „mit größter Wahrscheinlichkeit“ oder „mit höchster Wahrscheinlichkeit“ bleibt, kann – so die Rechtsprechung des BGH – eine solche Feststellung ohne weitere, hinzutretende Beweisanzeichen nicht Grundlage für eine Verurteilung sein. Die gutachterliche Aussage der „hohen Wahrscheinlichkeit“ besagt nämlich „gleichzeitig, daß insofern noch ‚vernünftige‘ Zweifel bestehen, die nicht nur rein theoretisch[er]“ Natur sind.<sup>554</sup> Vielmehr bleiben auch noch andere Möglichkeiten offen, die nicht nur gedanklicher Art sind.

Gelingt es dem Gericht nicht, die Restzweifel, etwa mit der Hilfe anderer Beweismittel, restlos auszuräumen, muss es den Angeklagten *in dubio pro reo* freisprechen. Ist dabei auch die klinische Erstdokumentation nicht aussagekräftig, fällt sie, und in Folge dann auch ein Sachverständiger, der das Opfer nicht persönlich untersuchen konnte, als Beweismittel regelmäßig aus.

Bei der unzureichenden Beschreibung von Lokalisation, Position und Farbgebung einer Verletzung geht es in der Regel weniger darum, *welches Ausmaß* die erlittenen Verletzungen angenommen haben, als vielmehr darum, *ob überhaupt* ein *konkretes* Tatgeschehen nachgewiesen werden kann oder ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit die gemachten Feststellungen auch die Möglichkeit eines zeitlich oder inhaltlich anderen Geschehensablaufs zulassen.

Um einen verwertbaren Wahrscheinlichkeitsgrad seiner Aussagen erreichen zu können, muss der Rechtsmediziner auf medizinische Erfahrungsgrundsätze zurückgreifen, die er im Kontext zu den konkreten Umständen des Falls, insbesondere zu den Schilderungen zur Genese und dem tatsächlich vorliegenden, dokumentierten Verletzungsbild betrachtet. Dabei kann ihm zuhelfe kommen, dass es bei Gewaltdelikten eine ganze Reihe von Erfahrungsgrundsätzen bezüglich typischer Verletzungslokalisationen und Positionen von Verletzungen zueinander gibt, die auch wissenschaftlich hinreichend evaluiert sind. So lassen sich beispielsweise bei 90 Prozent von (minderjährigen) Misshandlungsopfern Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachten.<sup>555</sup>

---

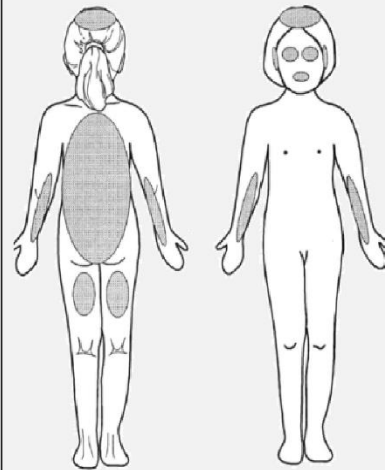
<sup>554</sup> Vgl. BGH, Urteil vom 05.12.1950 – 3 StR 27/50 (in: NJW 1951, S. 83).

<sup>555</sup> Vgl. Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder, S. 30.

Zum Nachweis – oder aber auch Ausschluss – einer Verletzungsverursachung durch *Fremdeinwirkung* kommt es daher im besonderen Maße auch auf die Körperregion an, in der die Verletzungen festgestellt wurden. Denn während vorstehende Körperareale mit wenig Unterhautfettgewebe (Kinn, Ellenbogen oder Knie) auch durch einen Sturz sehr leicht verletzt werden können, sprechen Verletzungen an gut geschützten Stellen wie Augenhöhlen, Hals, den Innenseiten von Ober-/ Unterarmen und Oberschenkeln eher für eine Misshandlung; zumindest bedürfen sie dann einer besonders genauen Erklärung.<sup>557</sup> Misshandlungsbedingte Verletzungen finden sich weiterhin häufig am behaarten Kopf (oberhalb der sogenannten *Hutkrempe*<sup>558</sup>), an den Ohrmuscheln, in der Augen- und Mundregion, ferner am Rücken und am Gesäß.<sup>559</sup>

### Lokalisation von typischen Misshandlungsverletzungen

Oberkopf, Gesicht, Unterarme, Rücken, Gesäß, Oberschenkel



**Abb. 12: Lokalisation von typischen Misshandlungsverletzungen<sup>556</sup>**

Ohne rekonstruierbare Angaben zur genauen Lokalisation einer Verletzung wird es daher bereits bei der Begründung eines *Anfangsverdachts* schwierig, spätestens aber vor Gericht, wenn es nämlich darum geht, einen – objektiven – Nachweis einer Körperverletzung zu erbringen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die von den Beteiligten gemachten Aussagen in sich oder zueinander widersprüchlich sind.

Für den Nachweis oder Ausschluss einer Körperverletzung durch fremde Hand ist es darüber hinaus häufig unerlässlich, neben der genauen Lokalisation auch die Position von Verletzungen zueinander nachvollziehen zu können. Hier gilt wiederum, dass bestimmte Verletzungsmuster deutlich für Fremdverschulden sprechen (insbesondere Verletzungen an schwer erreichbaren Stellen oder wild durcheinander angeordnete Wunden), andere geradezu lehrbuchartig für eine Selbstschädigung sprechen. So konnte zum Beispiel im folgenden *Fallbeispiel 5* offensichtlich erst die zusätzlich durchgeführte rechtsmedizinische Untersuchung (noch) klären, dass das

<sup>556</sup> In Anlehnung an die Dokumentationsanweisungen im Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“, vgl. Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder, S. 29.

<sup>557</sup> Vgl. Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Gerlach, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 239f; Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 380f.

<sup>558</sup> Die *Hutkrempe*regel besagt, dass Verletzungen oberhalb der *Hutkrempe* (dem bandförmigen Bereich des Kopfes, an dem eine Hutkrempe anliegen würde) durch einen Sturz zu ebener Erde nicht erklärbar sind. Verletzungen unterhalb der Linie, insbesondere an den prominenten Stellen wie Jochbein, Nase und Kinn, können hingegen sowohl durch Stürze, als auch durch Faustschläge verursacht sein; vgl. Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis, S. 84.

<sup>559</sup> Vgl. Böhm, Ulrike / Hirsch, Wolfgang / Wutz, Simone / Kleemann, Werner Johann: Kindesmisshandlung. Untersuchung, Dokumentation und Bewertung, S. 108.

zugrundeliegende Verletzungsbild einer angezeigten Vergewaltigung gerade nicht durch Fremdverschulden zugefügt wurde.<sup>560</sup>

*Fallbeispiel 5: Rechtsmedizinische Akte Nr. 44 (Rechtsmedizin Mainz)*<sup>561</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Etwa 10 cm lange Schnittwunde am Hals, etwa 2 cm tief im Subkutangewebe mit Abschrägung nach unten.“

**2) (Klinische) Diagnose:** [leer]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„1. An der Halsvorderseite ein großflächiger Pflasterschnellverband. Darunter eine quere, mit zahlreichen chirurgischen Einzelknopfnähten versorgte Hautdurchtrennung, [...] Die Wundränder teils auch noch klaffend und blutend. Diese Durchtrennung läuft ca. 4,5 cm links der Mittellinie und ca. 3 cm unterhalb des linken Unterkieferastes aus. Angeschlossen eine knapp 2 cm lange, ganz **oberflächliche Hautanritzung**. Unmittelbar darüber, bis 5 mm nach oben versetzt, eine quere, ebenfalls 2 cm messende, oberflächliche Hautanritzung.

3. 2 cm rechts der Mittellinie und 1 cm oberhalb der beschriebenen Durchtrennung eine quere, 0,5 cm **messende, oberflächliche, geradlinige Durchtrennung** mit Abklappbarkeit einer oberflächlichen Hautareals von 0,5 cm Breite und 2 bis 3 mm Höhe nach unten. [...]

5. Unmittelbar oberhalb dieser Hautdurchtrennung, ca. 0,5 bis 1 cm darüber, etwas rechts der Mittellinie beginnend und nach links oben/außen ansteigend, ein insgesamt ca. 1,5 x 0,8 cm messendes Areal, auf dem sich mindestens fünf parallele, schräg zwischen rechts/oben und links/unten angeordnete, ca. 2 bis 5 mm lange, oberflächliche Oberhautanritzungen befinden. Der lichte Abstand zwischen den einzelnen **Durchtrennungen sehr regelmäßig, ca. 2 bis 3 mm. Etwa 0,5 cm seitlich dieses Areals eine in gleicher Richtung angeordnete, schräg nach links außen absteigende, ca. 1,5 cm messende, oberflächliche Oberhautanritzung**, die seitlich der zuvor beschriebenen kurzen Durchtrennung an der linken Halsseite endet.

[...] Die Verletzungen an der Halsvorderseite sind typisch für eine Eigenbeibringung. Dafür sprechen die zahlreichen parallel angeordneten Probieranritzungen bzw. Probierschnitte. Einem Fremdtäter würde es nicht gelingen, Schnitte in dieser Form zu setzen. Im behaarten Hinterkopfbereich links, 6 cm hinter dem Ohrmuschelansatz links, wird Druckschmerzhaftigkeit angegeben.“

Aus rechtsmedizinischer Sicht hätte hier die klinische Dokumentation nicht nur die Hauptverletzung („etwa 10 cm lange Schnittwunde am Hals“) feststellen und im Verlauf beschreiben müssen, sondern auch noch Aussagen zu den zahlreichen anderen Schnittverletzungen, insbesondere zu deren Position zueinander treffen müssen. Hier wäre es beispielsweise ausschlaggebend gewesen zu dokumentieren, dass die Schnittverletzungen allesamt an einer leicht zugänglichen, weniger schmerzempfindlichen Stelle lagen und parallel zueinander verliefen. Ein Verletzungsbild durch *fremde Hand*, wie es sich bei (in Abwehr) bewegenden Personen ergibt, hätte zwangsläufig sehr verschiedene Verletzungen mit unterschiedlichen Schnittrichtungen, Wundwinkeln und Wundtiefen aufweisen müssen. Die Feststellungen, die letztendlich im *Fallbeispiel 5* getroffen wurden, wären mit einem solchen Szenario schlichtweg nicht erklärbar.<sup>562</sup>

<sup>560</sup> Zu den Motiven und Charakteristika von Selbstschädigungen, insbesondere auch zur Vortäuschung von Straftaten: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 328ff, S. 404ff; Madea, Burkhard / Banaschak, Sibylle: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 539ff.

<sup>561</sup> Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Mainz.

<sup>562</sup> Hinzu kommt, dass eine ausführliche Dokumentation der Schnittwundentiefen ergeben hätte, dass die vorliegenden oberflächlichen Ritzungen und Schnitte der gleichen Tiefe geradezu idealtypisch für

Da es gerade bei Sexualstraftaten in der Vergangenheit häufig zu – in den Medien breit diskutierten – Fehltritten kam, sind die Strafverfolgungsorgane bei der Beweiswürdigung im Zusammenhang mit Sexualstraftaten überaus kritisch.<sup>563</sup> Dies liegt insbesondere auch an dem Umstand, dass für Sexualstraftaten in aller Regel keine weiteren Zeugen existieren, letztendlich also Aussage gegen Aussage steht. Ein späteres Urteil kann sich vor diesem Hintergrund meist nur auf die Glaubwürdigkeit des Opfers stützen, die wiederum von der Kongruenz zwischen dem behaupteten Tatgeschehen und den erhobenen Befunden in der medizinischen Dokumentation abhängt.<sup>564</sup>

Die genaue Anordnung der Verletzungen kann darüber hinaus auch Rückschlüsse darauf ermöglichen, ob beigebrachte Verletzungen eher auf ein angreiferisches oder auf ein verteidigungsbedingtes Verhalten zurückzuführen sind. Sowohl durch stumpfe als auch durch scharfe Gewalt können beispielsweise Abwehr- und Parierverletzungen entstehen, wenn das Opfer versucht, sich gegen den einwirkenden Gegenstand zu schützen, indem es seine Arme vor den Körper hält. Dadurch entstehen insbesondere Verletzungen an den Ellenseiten der Unterarme, vor allem aber sind Schnitte und Stiche ungleichmäßig verteilt und weisen unterschiedliche Längen und Tiefen auf.<sup>565</sup> Die Anordnung der erlittenen Verletzungen kann daher die Einlassungen der Beteiligten stützen oder widerlegen.

Auch die Farbgebung einer Verletzung, insbesondere der Farbverlauf eines Hämatomes als typische Folge der Gewalteinwirkung durch *stumpfe Gewalt*, lässt Aussagen darüber zu, ob eine bestimmte Verletzung mit einem geschilderten Tatgeschehen und einer bestimmten Tatzeit vereinbar ist oder eben auch nicht. So lässt sich beispielsweise ein bereits gelb-bräunlich verfärbtes Hämatom schwerlich als Folge einer gerade erst erlittenen Körperverletzung ausgeben, umgekehrt sprechen viele unterschiedliche Verletzungen mit unterschiedlicher

---

Selbstverletzungen sind. In der Praxis stehen sie häufig im Zusammenhang mit dem Wunsch, Zuwendung und Aufmerksamkeit zu erfahren, dienen als Rechtfertigung für eine unerlaubte Abwesenheit oder sichtbare Spuren autoerotisch zugezogener Verletzungen oder sie dienen schlichtweg der Rache an bestimmten Personen und Institutionen; vgl. hierzu Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin / Pollak, Stefan bzw. Püschel, Klaus: Klinisch-forensische Medizin, S. 11 bzw. S. 404f. Für die wichtigsten Charakteristika zur Unterscheidung von tatsächlichen und fingierten Überfallverletzungen durch scharfe Gewalt vgl. nur Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 48.

<sup>563</sup> Die strafrechtliche Aufklärung von sexuellen Gewaltdelikten unterlag trotz des geringen Anteils von circa 0,1 Prozent an der Gesamtkriminalität schon immer erheblichen Schwierigkeiten. Die Dunkelziffer liegt bei Sexualstraftaten bei geschätzten 85-90 Prozent, Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie, § 19, Rdnr. 23; bei den angezeigten Delikten bewegt sich wiederum der Anteil nur vorgetäuschter Taten zwischen 10 und 30 Prozent, weshalb es letztendlich in der Mehrheit der Fälle zur Einstellung des Verfahrens kommt, vgl. hierzu Burgheim, Joachin / Friese, Hermann: Merkmale vorgetäuschter Sexualdelikte, a.a.O.; Rückert, Sabine: Lügen, die man gerne glaubt, a.a.O.; zu den sich hieraus ergebenden Beweisfragen vgl. Widmaier, Gunter / Eisenmenger, Wolfgang: Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung, § 57, Rdnr. 373ff.

<sup>564</sup> Zur Beweiswürdigung bei Aussage gegen Aussage in Verfahren wegen Sexualdelikten vgl. BGH, Beschluss vom 19.10.2000 – 1 StR 439/00, in: NStZ 2001, S. 161 (S. 162).

<sup>565</sup> Ahne, Thomas / Ahne, Sieglinde / Bohnert, Michael: Rechtsmedizinische Aspekte der Notfallmedizin, S. 66f.

Farbgebung deutlich für eine wiederkehrende Gewalteinwirkung.<sup>566</sup> Gerade bei Gewaltdelikten im sozialen Nahraum kann eine genaue Dokumentation der Farbgebung damit erst das *besondere öffentliche Interesse* einer Strafverfolgung begründen und damit – in Deutschland – beispielsweise die Strafverfolgung einer an sich „nur“ einfachen Körperverletzung auch ohne Strafantrag des Opfers ermöglichen.<sup>567</sup>

Da misshandelte Personen in der Regel körperliche Gewalt über einen längeren Zeitraum erfahren, weisen sie fast immer Verletzungen verschiedenen Alters auf. Und auch wenn es für eine zeitlich exakte und forensisch abgesicherte Zuordnung des Hämatomalters allein aufgrund der Farbe nicht immer eine absolute wissenschaftliche Evidenz gibt, können Rechtsmediziner in der Gesamtschau zumindest Feststellungen zum relativen Zeitpunkt einer Verursachung machen, insbesondere ob eine Verletzung *zur gleichen Zeit* entstanden ist oder aber zum Zeitpunkt eines (anderen) schädigenden Ereignisses schon vorlag. Besonders deutlich wird dies, wenn man sich die wenig aussagekräftige Akte im *Fallbeispiel Nr. 6* ansieht:

*Fallbeispiel 6: Rechtsmedizinische Akte 257 (Rechtsmedizin Pécs)*<sup>568</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Közepesen táplált közepkorú férfi. Kültakaró közepesen vértelt, száraz. Mellkas ép. Szív ritmusos, P: 82/perc, RR: 130/80 Hgmm. Tüdő szabályos, 16/perc. Has puha. Térben, időben tájékozott.“

[Durchschnittlich ernährter Mann mittleren Alters. Integument normal durchblutet, trocken. Brust und Herzrhythmus normal, P: 82/min, RR 130/80 mmHg. Normale Lungenfunktion, 16/min. Bauch weich. Raum- und Zeitorientierung.]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Haematoma faciei.“ [Hämatom im Gesicht]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„arcánközelebbről meg nemhatározott vérömlenyt írtak le.“

[Es wird ein **nicht spezifiziertes Hämatom** im Gesicht berichtet.]

Im *Fallbeispiel 6* wird in der Beschreibung der äußerlichen Verletzungsbildes das Gesicht gar nicht erwähnt, vielmehr taucht erst in der späteren Diagnose ein „Hämatom im Gesicht“ auf, ohne dass dieses näher beschrieben würde. Bei dem festgestellten Hämatom (medizinisch auch *Blutunterlaufung*) wären allerdings Angaben zur Farbe oder zum Alter unerlässlich für den Rechtsmediziner gewesen, um einschätzen zu können, ob die Verletzung zeitlich mit der behaupteten Straftat zusammenhängt oder eben zum Tatzeitpunkt bereits vorlag.

Beim Nachweis des Entstehungszeitpunktes einer Verletzung geht es demzufolge nicht immer nur darum, *ob* überhaupt eine Fremdeinwirkung vorliegt, sondern vielmehr auch darum, ob eine – mitunter unstrittig vorliegende – Verletzung tatsächlich auch zweifelsfrei auf ein bestimmtes

<sup>566</sup> Zu den typischen Farbveränderungen von Verletzungen durch stumpfe Gewalt vgl. die Ausführungen in Abschnitt 2.2.2.2.2 des dritten Kapitels (S. 48).

<sup>567</sup> Vgl. zur deutschen und ungarischen Rechtslage die Ausführungen im Abschnitt 2.4 des dritten Kapitels (S. 111).

<sup>568</sup> Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Pécs.

schädigendes Ereignis *zurückgeführt* werden kann. Es geht also letztendlich um die Frage, ob eine behauptete Tathandlung *conditio sine qua non* für eine Gesundheitsschädigung wurde.

Allein der jüngste spektakuläre Justizskandal um den Fall „Gustl Mollath“ zeigte sehr anschaulich, wie sehr die – aus forensischer und therapeutischer Sicht unzureichenden – Beschreibungen von Hämatomen und Würgemalen letztendlich ausschlaggebend sein können für die Verurteilung respektive den Freispruch des ursprünglich Beschuldigten.<sup>569</sup> Auch in Mollaths Fall bestand an sich kein Zweifel, „dass das Opfer erheblicher stumpfer Gewalt ausgesetzt war.“<sup>570</sup> Ein direkter zeitlicher Zusammenhang mit den behaupteten Misshandlungen ließ sich allerdings nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachweisen, da das attestierte Verletzungsbild (Hämatome und Würgemale) keinen Rückschluss darauf zuließ, ob es zum Zeitpunkt der Dokumentation frisch war oder auf einer zurückliegenden Auseinandersetzung beruhte. Dem Gutachter blieb daher nichts anderes übrig als festzustellen: "Es kann so gewesen sein, beweisen lässt es sich aber nicht."<sup>571</sup> Die von ihm zugleich bemängelten „Defizite [ärztlicher] Standards, die man von einem Attest erwartet“ bestanden hingegen mit Blick auf die zivilrechtlich geschuldete Dokumentation nach Maßgabe eines bloßen „kleinen Attests“ (Kurzbescheinigung zu Befund und Diagnose) nur teilweise.<sup>572</sup>

### 2.3 Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung von Wundrändern und Wundwinkeln

Vielen Ärzten ist nicht bewusst, dass es auch für die strafrechtliche Bewertung ein- und derselben Verletzung nicht allein auf das Verletzungsbild ankommt, sondern insbesondere auch auf die *Art und Weise*, also *wie* die Verletzung zugefügt wurde. Die einer Verletzung zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen lassen sich dabei typischerweise anhand der beschriebenen Wundränder, Wundwinkel und des Wundgrundes herleiten. Die Folgen einer unzureichenden Beschreibung dieser Merkmale sollen exemplarisch am *Fallbeispiel 7* veranschaulicht werden:

---

<sup>569</sup> So der Sachverständige Wolfgang Eisenmenger im Rahmen des Wiederaufnahmeverfahrens gegen Gustl Mollath, vgl. Fuchs, Ingrid: Gutachter sieht keinen Beweis für Misshandlungen, a.a.O.; Gustl Mollath war 2006 wegen zweier Körperverletzungsdelikte gegenüber seiner Ehefrau verurteilt worden und wegen festgestellter Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) zum Zeitpunkt der ersten Tat (2001) in den psychiatrischen Maßregelvollzug eingewiesen worden. Im Wiederaufnahmeverfahren von 2014 waren insbesondere die ärztlichen Atteste der späteren (zweiten) Tat im Jahr 2002 als defizitär und den Standards nicht entsprechend gerügt worden. So war beispielsweise die Farbe der Hämatome und der Würgemale nicht dokumentiert worden, ferner waren von den Verletzungen keine Fotos gemacht worden. Weiterhin hatten sich Widersprüche in der Intensität und Beschreibung der Verletzungen ergeben. Letztendlich seien daher für die Tatvorwürfe aus dem Jahr 2002 „keine hinreichenden Beweise dargebracht worden“, vgl. LG Regensburg, Urteil vom 14.08.2014 – 6 KLS 151Js 4111/2013 WA.

<sup>570</sup> Der Sachverständige Wolfgang Eisenmenger am 10. Verhandlungstag, vgl. Fuchs, Ingrid: Gutachter sieht keinen Beweis für Misshandlungen, a.a.O.

<sup>571</sup> Der Sachverständige Wolfgang Eisenmenger am 10. Verhandlungstag, vgl. Fuchs, Ingrid: Gutachter sieht keinen Beweis für Misshandlungen, a.a.O.

<sup>572</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 3 des zweiten Kapitels (S. 66). Aus therapeutischer Sicht hätte mit Blick auf eine spätere Überprüfung des Heilungsverlaufs zumindest die Farbe festgehalten werden müssen.



Fallbeispiel 7: Rechtsmedizinische Akte Nr. 46 (Rechtsmedizin Mainz)<sup>573</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Ca. 4 cm Platzwunde temporal rechts. Patient wach, antwortet adäquat, alkoholisiert, Abdomen ok.“

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Kopfplatzwunde“

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„Im behaarten Hinterkopfbereich links, 6 cm hinter dem Ohrmuschelansatz links, wird Druckschmerzhaftigkeit angegeben.

In der rechten Geheimratsecke, 6 cm rechts der Mittellinie und 8 cm oberhalb der rechten Augenbraue, eine etwa in Pfeilrichtung angeordnete, leicht bogenförmige und nach unten konvexe, ca. 3 cm messende, mit zahlreichen Einzelkopfnähten gut adaptierte Verletzung im Sinne einer ursprünglichen Durchtrennung. Die Wundränder wirken mit Blutschorf bedeckt und leicht unregelmäßig, **eine genauere Beurteilung der Ränder und Winkel ist aufgrund der chirurgischen Versorgung nicht möglich**. Die umgebende Kopfschwarte nicht wesentlich geschwollen oder verfärbt. Unmittelbar vor der chirurgisch versorgten Kopfschwartenverletzung einzelne punktförmige und strichförmige Schorfkrusten sowie in Richtung des rechten Auges nach unten verlaufende, bis 1,2 cm lange, strichförmige Wundschorfkrusten.

Auch am Rand der behaarten Kopfhaut mittig, also innenseitig der zuvor beschriebenen Verletzung, einzelne quere, bis 0,3 cm lange, strichförmige Oberhautanritzungen und +Schorfkrusten.

Am linken Handrücken im Bereich des 3. bis 4. Strahles, nahe der Grundgelenke, auf einem Areal von 2,5 x 1,5 cm mehrere punktförmige Schorfkrusten. **Aufgrund der erfolgten ärztlichen Maßnahmen war die rechtmedizinische Beurteilbarkeit eingeschränkt**. Es existierten jedoch keine Merkmale, die der klinisch getroffenen Diagnose einer „Platzwunde“ entgegenstehen würden.“

Da das Opfer im späteren Strafverfahren angab, dass es mit einem scharfen Gegenstand am Kopf getroffen wurde, stand eine Anklage wegen *gefährlicher Körperverletzung* gemäß § 224 Absatz 1 Nr. 2 StGB (gefährliche Verwendung eines *Werkzeugs*) im Raum. Der Beschuldigte ließ sich hingegen dahingehend ein, mit der (bloßen) Faust gegen den Kopf des Opfers eingewirkt zu haben. Der hinzugezogene Rechtsmediziner konnte bei seiner Untersuchung zwar die für eine Quetsch-Riss-Wunde durch *stumpfe Gewalt* (Variante Faust) typischen Schürfungen diagnostizieren, eine „genauere Beurteilung der Ränder und Winkel“ zur Überprüfung der behaupteten Schnittwunde durch (*halb*)*scharfe Gewalt* (Variante eines flächig-schneidenden Gegenstands) „[war] aufgrund der chirurgischen Versorgung [allerdings] nicht [mehr] möglich.“<sup>574</sup>

Vor diesem Hintergrund kann bei der im *Fallbeispiel 6* beschriebenen Körperverletzung im Falle des (behaupteten) Fausthiebes in der Regel nur noch eine *einfache Körperverletzung* (§ 223 StGB) angeklagt werden, die in der deutschen Praxis – gerne auch unter dem Aspekt der Wirtshausschlägerei unter jungen Männern – eher als Bagatellkriminalität eingestuft und in der

<sup>573</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Mainz.

<sup>574</sup> In der Rechtsmedizin werden *Platzwunden* in der Regel als *Quetsch-Riss-Wunden* bzw. *Riss-Quetsch-Wunden* bezeichnet, da zunächst die Haut zwischen Faust bzw. Werkzeug und Knochen gequetscht wird und dann durch das Auseinanderweichen des Gewebes weiterhin einreißt, vgl. Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 124f.

Praxis entsprechend oft auch „nur“ mit einer Geldstrafe belegt wird.<sup>575</sup> Die Einwirkung eines körperfremden Gegenstandes gegen den Kopf würde hingegen regelmäßig als geeignet gewertet werden, *erhebliche Verletzungen* hervorzurufen.<sup>576</sup> Hier käme eine – in Deutschland tätige – Staatsanwaltschaft in der Praxis kaum darum herum, den Qualifikationstatbestand der *gefährlichen Körperverletzung* (§ 224 Absatz 1 Nr. 2 StGB) anzuklagen. Bei diesem wäre eine Geldstrafe grundsätzlich nicht mehr möglich, vielmehr bewegte sich der Strafraum bereits bei einer Freiheitsstrafe zwischen 6 Monaten und 10 Jahren.

Lässt sich im Rahmen des Strafverfahrens nicht mehr „zur Überzeugung des Gerichts“ klären, ob bei der Verletzung tatsächlich ein körperfremder Gegenstand verwendet wurde, muss das Tatgericht im Zweifel zugunsten des Angeklagten von der harmloseren Begehungsweise ausgehen und wegen einfacher Körperverletzung verurteilen. Der Unterschied im Strafmaß kann dann immerhin bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe ausmachen.

Dabei lässt sich die Feststellung, ob eine Verletzung durch einen Faustschlag (*stumpfe Gewalt*) oder durch einen schneidenden Gegenstand (*scharfe* oder *halbscharfe Gewalt*) verursacht wurde, anhand der Beschreibung der Wundränder, Wundwinkel und des Wundgrundes relativ gut vornehmen: Eine Platzwunde durch einen Faustschlag würde normale gequetschte, unregelmäßig gezackte Wundränder mit Schürfungssäumen verursachen, zumindest Erhebungen in der Wundumgebung. Jedenfalls käme es nicht zu den gleichen glatten Wundrändern wie durch Gegenstände mit glatten Kanten. Zudem wäre bei einem Faustschlag das Gewebe zerrissen, es gäbe also noch zumindest feinste Reste von Gewebsbrücken am Wundgrund, insbesondere aber auch den Wundwinkeln. Fehlen diese vollständig, käme nur eine schneidende Gewalteinwirkung durch einen Gegenstand in Betracht.<sup>577</sup>

Für eine treffsichere Diagnose käme man daher – selbst wenn man lediglich therapeutische Zwecke verfolgt – nicht umher, sich intensiver mit den Wundmerkmalen zu beschäftigen. In der Praxis kommt erschwerend hinzu, dass eine Platzwunde (rechtsmedizinisch *Riss-Quetsch-Wunde*) in Einzelfällen zunächst auch als Schnittwunde imponieren kann, da das Verletzungsbild, gerade am Schädel, oberflächlich betrachtet sehr ähnliche Merkmale aufweist.<sup>578</sup>

Dies kann dazu führen, dass sich der Rechtsmediziner – wenn er nicht auf entsprechende Wundbeschreibungen zurückgreifen kann – im Einzelfall dazu gezwungen fühlt, rein auf

---

<sup>575</sup> Vgl. hierzu nur Kindhäuser, Urs / Neumann, Ulfried / Paeffgen, Hans-Ullrich / Villmow, Bernhard: NOMOS Kommentar zum Strafgesetzbuch, Vorbemerkungen zu den §§ 38ff, Rdnr. 31 m.w.N., wobei der Strafraum des § 223 StGB grundsätzlich auch eine Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren zulässt.

<sup>576</sup> Zum Tatbestandsmerkmal des Verwendens eines gefährlichen Werkzeugs vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 224 Rdnr. 8f.

<sup>577</sup> Zur Unterscheidung der in Einzelfällen ähnlich imponierenden Verletzungstypen vgl. Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, S. 59; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 192.

<sup>578</sup> Vgl. nur Mätzler, Armin: Todesermittlung. Polizeiliche Aufklärungsarbeit, S. 113; Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 192.



Verdacht hin einzugreifen und sich über die Diagnose des klinischen Mediziners hinwegzusetzen, wenn sein Erfahrungswissen gegen die gemachten Feststellungen in der klinischen Dokumentation spricht:

*Fallbeispiel 8:* Rechtsmedizinische Akte Nr. 40 (Rechtsmedizin Debrecen)<sup>579</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Fejtetőn elágazó, felületes, roncsolt szélű sebzés, ill. a homlokon 0.5 cm-es metszett seb.“

[Eine oberflächliche verzweigte **Riss-Quetsch-Wunde** am Hinterkopf, zusätzlich eine 0,5 cm lange **Schnittwunde** an der Stirn]

**2) (Klinische) Diagnose:**

[BNO-10: S.00.8]: „A fej egyéb részének felületes sebe. – Contusio capitis“

[„Offene Wunde sonstiger Teile des Kopfes“ entsprechend der deutschen ICD-10 S01.8; **Schädelprellung**]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„A fejtető-terület felületes, roncsolt sebzését, valamint a homlok-terület zúzott sebzését szenvedte el.“

[Im Gebiet des Hinterkopfes eine oberflächliche **Riss-Quetsch-Wunde**, eine weitere **Kopfquetschung** auf der Stirnseite]

Im *Fallbeispiel 8* kann man nur mutmaßen, warum der Sachverständige aus einer beschriebenen *Platz-* sowie einer weiteren *Schnittwunde* im Ergebnis zwei *Platzwunden* gemacht hat. Und da das Verletzungsbild einer Platzwunde an der Stirn einer Schnittverletzung sehr ähneln kann, mag es schlichtweg denklogischer sein, dass ein Täter nicht beim ersten Mal zuschlägt und dann schneidet, sondern dass in der Praxis wohl eher zwei Faustschläge vorliegen mögen. Die Beschreibungen in der klinischen Dokumentation geben hingegen keinerlei Anhaltspunkte hierzu. Immerhin: nach ungarischem Strafrecht käme bei der Verwendung eines Messers im Bereich des Gesichts immer auch eine Strafbarkeit nach *schwerer Körperverletzung* mittels einer lebensgefährlichen Begehungsweise (§ 164 Absatz 8 uStGB) in Betracht, bei der eine Mindestfreiheitsstrafe von 2 Jahren vorgesehen ist. In Deutschland wiederum hätte der Gebrauch des Messers zwangsläufig eine Anklage wegen des Qualifikationstatbestands der *gefährlichen Körperverletzung* (§ 224 Absatz 1 Nr. 2 StGB sieht eine Mindestfreiheitsstrafe von 6 Monaten vor) nach sich gezogen. Ohne Einsatz eines gefährlichen Gegenstands wäre hingegen nur von einer *einfachen Körperverletzung* nach § 223 StGB auszugehen.

Eine zur Überzeugung des Gerichts getroffene Unterscheidung, ob eine Verletzung durch einen Faustschlag oder einen gefährlichen Gegenstand verursacht wurde, hat aber nicht nur Bedeutung für den angeklagten Straftatbestand. Sie spielt darüber hinaus auch im Rahmen der konkreten Strafzumessung eine wichtige Rolle. So gilt in Ungarn die Verwendung eines gefährlichen Werkzeugs auch schon innerhalb der einfachen Körperverletzung (§ 164 Absatz 2 uStGB) als strafverschärfend.<sup>580</sup> Und auch in Deutschland kann die Intensität

<sup>579</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Debrecen.

<sup>580</sup> Vgl. Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 136.

eines Angriffs im Strafmaß (erneut) berücksichtigt werden, wenn diese über das typische „mit der Begehung einer Körperverletzung verbundenes Tatunrecht hinausgeh[t].“<sup>581</sup>

Abschließend sei in diesem Zusammenhang noch erwähnt, dass erst mit der Feststellung des tatsächlichen Verletzungsbildes ein relativ genaues Bild zum Tatgeschehen gezeichnet werden kann. Nur auf dieser Grundlage lassen sich die Aussagen der Beteiligten beurteilen und bestimmte Geschehensabläufe bestätigen – oder aber auch ausschließen. Dies gilt umso mehr, als dass sich die Gerichte in der Praxis nur allzu gern auf die vermeintlich zuverlässigen Feststellungen – damit aber auch Feststellungen wie die im vorangegangenen *Fallbeispiel 7* – der klinischen Ärzte verlassen.<sup>582</sup>

## 2.4 Juristische Folgen einer unzureichenden Beschreibung des Gesamtverletzungsbildes

Insbesondere in Fällen, in denen Aussage gegen Aussage steht, ist das Gericht auf eine möglichst umfangreiche klinische Dokumentation angewiesen. Wenn der Belastungszeuge in der Hauptverhandlung in einem wesentlichen Punkt von seiner früheren Aussage abweicht, muss der Tatrichter sogar darlegen, dass „insoweit keine bewusst falschen Angaben vorgelegen haben“<sup>583</sup> Darüber hinaus muss er gewichtige Gründe außerhalb der Zeugenaussage anführen, die es ihm ermöglichen, dem Zeugen im Übrigen dennoch zu glauben. In diesen Fällen kann es demnach auf jede kleinste nachweisbare Verletzung ankommen, um den Geschehensablauf, wie er von den Beteiligten vorgetragen wurde, bestätigen oder aber widerlegen zu können.<sup>584</sup>

Dieser Umstand erklärt zugleich, warum forensische Dokumentationen gegenüber klinischen Dokumentationen in der Praxis ein Vielfaches an vorhandenen Verletzungen dokumentieren. So stellte beispielsweise das Rechtsmedizinische Forschungsinstitut Debrecen jüngst zwei Mitarbeiter ab, die in der klinischen Nachtversorgung die Verletzungen der dort unfallchirurgisch behandelten Patienten auch nach forensischen Gesichtspunkten dokumentieren sollten.<sup>585</sup> Im Ergebnis dokumentierten die Rechtsmediziner rund 54 Prozent mehr Verletzungen als die Kliniker. Von den forensisch dokumentierten Verletzungen waren 93 Prozent Verletzungen durch *stumpfe Gewalt* (kleinere Platzwunden, Hämatome und Prellungen), die nicht weiter hatten versorgt werden müssen.<sup>586</sup> Wohl auch deswegen waren sie nicht näher „therapeutisch“ dokumentiert worden.

---

<sup>581</sup> Vgl. nur BGH, Beschluss vom 15.09.2015 – 2 StR 21/15 (in: NStZ-RR 2016, S. 40).

<sup>582</sup> Zu den Gründen eines sehr hohen gerichtlichen Vertrauens nicht nur in das Sachverständigengutachten, sondern insbesondere auch in die klinische Dokumentation des erstbehandelnden Arztes vgl. schon Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste, S. 265.

<sup>583</sup> Vgl. BGH 44, S. 256 (in: NJW 1999, S. 802, S. 804); BGH 44, S. 153 (in: NJW 1998, S. 3788ff).

<sup>584</sup> Ingesamt: Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung, § 261, Rdnr. 8ff.

<sup>585</sup> Zur Studie: Tisza, Katalin: Bűncselekményekből származó sérülések traumatológiai és igazságügyi orvosszakértői szempontú összehasonlítása [Traumatische Verletzungen aus strafrechtlicher und forensischer Sicht], S. 5ff.

<sup>586</sup> Vgl. Gergely, Péter: Egy csokor látélet [Eine Palette von Schaubefunden], S. 11ff.

Auch hier ist zunächst festzuhalten, dass die klinischen Ärzte weder aus dem Behandlungsvertrag, noch zu therapeutischen Zwecken angehalten wären, eine Dokumentation vorzunehmen, die am Ende mehr an das Sachverständigengutachten herankommt als an eine geschuldete Behandlungsdokumentation. Sie bekämen eine solche Dokumentation regelmäßig auch nicht vergütet. Für das Strafverfahren kann es aber wiederum Auswirkungen haben, wenn ein Gesamtverletzungsbild in der klinischen Dokumentation harmloser erscheint als es sich tatsächlich dargestellt hat. Die strafrechtlichen Folgen lassen sich exemplarisch auch am folgenden *Fallbeispiel 9* aufzeigen:

*Fallbeispiel 9: Rechtsmedizinische Akte Nr. 12 (Rechtsmedizin Mainz)*<sup>587</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Links: kleine Schürfe im Gesichtsbereich, TF intakt, reizlos, Hämatotympanon.

Rechts: TF matt, reizlos, intakt, Pauke belüftet. Kieferklemme, Schwellung der linken Gesichtshälfte.“

**2) (Klinische) Diagnose:** [leer]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„Patient nach tätlichem Angriff (verschlagen worden). Ausgedehntes Weichteilhämatom im Gesicht, ausgedehntes Galeahämatom. Schneidezahn links abgebrochen:

Im Gesicht fallen neben flächigen Blutantragungen **zahlreiche, unterschiedlich lange, kratzer- bis strichartige, bis 3 cm lange, teilweise flächige Hautabschürfungen** auf, die insbesondere im Bereich der Oberlippe, der rechten Wange, der Kinnregion und beider Wangen anzutreffen sind, ebenso auf dem Nasenrücken. Ferner findet sich **eine deutliche blau-livide Unterblutung des linken Augenunterlides**. Am **Gebiss fällt ein frischer Abbruch des vorderen oberen linken Schneidezahnes** (Zahn 21) auf. Der linke **Unterkieferast ist deutlich diffus geschwollen** und dezent bläulich unterblutet. **Flächige Abschürfungen an beiden Stirnhälften** + mit rötlichem Grund. Am behaarten Kopf mehrere glattrandige, bis 2 cm lange, **schnittförmige Hautdurchtrennungen an der linken Schläfe** im Bereich der Haaransatzgrenze sowie an der linken Schläfe am Übergang zur Scheitelregion. Hier ist das Haar blutverkrustet. Am Hals findet sich eine 2cmx2 mm messende längliche, **quergestellte dezente Hautrötung**, dicht oberhalb der Drosselgrube. Dicht unterhalb der Drosselgrube findet sich eine bis 1,5 cm **große diskrete Abschürfung** der Oberhaut auf rötlichem Grund. An der linken Hand und am linken Unterarm ein Gipsverband, welcher entfernt wird. Man erkennt eine **massive Schwellung des linksseitigen Handrückens** mit deutlicher **blau- livider Unterblutung**, die sich auf das Mittelfingergrundglied und das Mittelfingergelenk fortsetzt. Auch der Zeigefinger kräftig unterblutet. Auf dem Handrücken **punkt- bis fleckförmige Hautabschürfungen**. Eine strickförmige quer gestellte, 2 cm lange **Hautabschürfung mit dezenter + schwärzlicher Verschorfung** befindet sich an der Kleinfingerseite des linken Handgelenkes streckseitig. An der rechten Hand, an korrespondierender Stelle, eher seitlich gelegen, dicht neben Griffelfortsatz der Elle, **eine strichförmige bis schnittkantige, 1 cm lange Hautdurchtrennung** mit bläulich-schwärzlichem Wundschorf. An der Vorderseite des Oberschenkels eine 1 cm große, dezente, **blau-violette Unterblutung**, im Zentrum eine punktförmige winzige Hautrötung. An der Innenseite der linken Kniescheibe eine 15 cm lange Operationsnarbe, reizlos.“

Im *Fallbeispiel 9* imponiert die klinisch dokumentierte „Kleine Schürfe im Gesichtsbereich“ in der im Anschluss durchgeführten rechtsmedizinischen Untersuchung als erheblich schwerer wiegende Verletzung, die bereits bei der Prüfung eines Anfangsverdachts kaum mehr als

<sup>587</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Mainz.

Bagatelldelinquenz abgetan werden, sondern regelmäßig ein *besonderes öffentliches Interesse* an der Strafverfolgung begründen dürfte.<sup>588</sup>

Wenn man – wie in Ungarn – bei der Unterscheidung zwischen *einfacher* und *schwerer* Körperverletzung (Grund- und Qualifikationstatbestände der Körperverletzung werden in Ungarn in einer einzigen Vorschrift, § 164 uStGB, geregelt) allein auf die Heilungsdauer der Verletzung abstellt, kommt man nicht umhin, die Beurteilung des Heilungsprozesses auf eine möglichst genaue Diagnose zu gründen. Dies geschieht in der Praxis fast ausschließlich durch den (rechts-)medizinischen Sachverständigen.<sup>589</sup> Dieser geht bei der Unterscheidung zwischen leichter Körperverletzung (§ 164 Absatz 2 uStGB) und schwerer Körperverletzung (§ 164 Absätze 3 bis 9 uStGB) vor allem danach, ob der reguläre Heilungsprozess der verursachten Verletzung weniger oder mehr als 8 Tage in Anspruch nimmt. Dazu muss er im konkreten Fall auch das Gesamtbild der erlittenen Verletzungen betrachten.<sup>590</sup> Denn auch mehrere nebeneinander bestehende, an sich *einfache* Verletzungen können in der Gesamtschau ohne Weiteres ein Verletzungsbild ergeben, das einer *schweren* Körperverletzung entspricht.<sup>591</sup> Insbesondere für Qualifikationstatbestände wie die der *grausamen schweren Körperverletzung* gemäß § 164 Absatz 6 e) uStGB ist es sogar unerlässlich, sämtliche festzustellenden Verletzungen des Opfers einzubeziehen, um von vorneherein wegen der richtigen Straftat ermitteln, anklagen und verurteilen zu können.

So wäre im obigen *Fallbeispiel 9* allein schon beim in der klinischen Dokumentation nicht erwähnten abgebrochenen Schneidezahn nach ungarischem Recht eine schwere Körperverletzung andenkbar, was umso bedauerlicher ist, als dass in Ungarn dem Sachverständigen in der Praxis inhaltlich häufig nur die klinische Dokumentation (äußerlich in Form des Schaubefundes), nicht aber eine eigene Nachuntersuchung als Grundlage seines Gutachtens zur Verfügung steht.<sup>592</sup> Und auch in Deutschland hätte – nach früherer Rechtsprechung – der Teilverlust eines Schneidezahnes ohne Weiteres auch zur Anklage wegen schwerer Körperverletzung (§ 226 Absatz 1 Nr. 3 StGB in der Tatvariante der dauerhaften Entstellung) führen können.<sup>593</sup>

Ein unzureichendes Gesamtbild kann nicht nur zu einer falschen strafrechtlichen Bewertung der Tat führen. Auch beim zu verhängenden Strafmaß kann einer möglichst genauen Beschreibung

---

<sup>588</sup> Vgl. insgesamt die Ausführungen in Abschnitt 2.4 des dritten Kapitels (S. 113ff).

<sup>589</sup> Vgl. Tóth, Mihály: Einführung in das ungarische Strafrecht, S. 175.

<sup>590</sup> Insgesamt: Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 6f.

<sup>591</sup> Vgl. Karsai, Krisztina: Kommentár a Büntető Törvénykönyvhöz [Kommentar zum Strafgesetzbuch], S. 323f.

<sup>592</sup> Der Verlust von mindestens zwei Zähnen wird nach der ungarischen Rechtsprechung hingegen als dauerhafter Gesundheitsschaden i.S.v. § 164 Abs. 5 bzw. 6 uStGB gewertet.

<sup>593</sup> Soweit es dem Opfer zumutbar ist, kommt heutzutage regelmäßig eine Zahnprothese in Betracht, die das Kriterium der Dauerhaftigkeit entfallen ließe, vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 226, Rdnr. 9a.

der Verletzungen eine eigene Bedeutung zukommen. Denn hier steht dem Tatrichter schon bei der einfachen Körperverletzung ein Strafraum von immerhin bis zu 2 Jahren (Ungarn) bzw. 5 Jahren (Deutschland) Freiheitsstrafe zur Verfügung. Bei einer vernünftigen Strafabwägung wird er neben dem sozialen Hintergrund der Tat und des Täters vor allem auf die kriminelle Energie des Täters, die Intensität seines Handelns und eben auch der verursachten Verletzungen abstellen. Die einschlägigen Strafbemessungsvorschriften sprechen in diesem Zusammenhang ausdrücklich von den „Auswirkungen der Tat“ (§ 46 Absatz 2 StGB) bzw. etwas allgemeiner von der „Schwere der Tat“ [*bűncselekmény tárgyi súlyá*] (§ 80 Absatz 1 uStGB).

Es liegt nahe, dass der Tatrichter beim Vorliegen weniger Verletzungen sich eher am unteren Strafraum orientieren wird, während er beim Vorliegen mehrerer nachweisbarer Verletzungen eher geneigt sein wird, auch den oberen Strafraum voll auszuschöpfen. Im Ergebnis kann eine umfassende Dokumentation des Gesamtverletzungsbildes daher nicht nur ausschlaggebend dafür sein, welche Straftat angeklagt wird, sondern auch, welche Strafe (Geld- oder Freiheitsstrafe) zu verhängen und welche Höhe schuld- und tatangemessen ist. Daran schließt sich auch die Prüfung, ob gegebenenfalls eine Aussetzung zur Bewährung (noch) angebracht ist.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die in einem Gesamtverletzungsbild zu dokumentierenden Verletzungen nicht einmal offensichtlich das Ergebnis einer Gewaltwirkung sein müssen. Insbesondere bei der Vernachlässigung älterer Menschen, zumal in den Fällen der Misshandlung von *Schutzbefohlenen*, gilt es beispielsweise zu berücksichtigen, dass sich die Täter allein schon durch die rechtliche, vertragliche oder tatsächliche Übernahme einer Garantenstellung dazu verpflichtet haben, bestimmte Fürsorgepflichten gegenüber gebrechlichen oder wegen Krankheit wehrlosen Personen zu erfüllen.<sup>594</sup>

Daher können sie ein Körperverletzungsdelikt – in der Variante des *Unterlassens* – schon dadurch begehen, dass sie ihren Pflegepflichten nicht genügend nachkommen. In der Folge kann es zu körperlichen Folgen unterschiedlichen Ausmaßes kommen. Beim Vorenthalten körperlicher Hygiene, beispielsweise durch Liegenlassen immobiler, inkontinenter Betroffener in ihrem eigenen Urin und ihren Fäkalien, kann es zu Hautentzündungen, Dekubiti (Wundliegeneschwüren) bishin zu Wundinfektionen mit Sepsis kommen, die unproblematisch als Gesundheitsschädigungen im Sinne des § 223 StGB (§ 164 Absatz 2 uStGB) bzw. des spezielleren § 225 StGB (ähnlich auch die ungarische Bestimmung zur Misshandlung von Schutzbefohlenen in § 165 uStGB) gewertet werden können.<sup>595</sup>

---

<sup>594</sup> *Gebrechlich* sind in diesem Zusammenhang Personen, die infolge ihres hohen Alters, wegen Krankheit oder Behinderung in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind; wegen Krankheit *wehrlos* sind Personen, die sich aufgrund des körperlichen Zustands nicht (mehr) zur Wehr setzen können, vgl. zu beidem: Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 225, Rdnr. 3.

<sup>595</sup> Zu den Symptomen der Körperverletzung durch Vernachlässigung von Schutzbefohlenen vgl. Madea, Burkhard / Tsokos, Michael: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 534f.

## 2.5 Juristische Folgen einer unpräzisen Verwendung von Termini

Ein weiteres Problem, das bei der genaueren Untersuchung von klinischen Dokumentationen zu Körperverletzungen zutage trat, ist die unzureichende oder unpräzise Verwendung von Termini während der Erstversorgung.<sup>596</sup> Als typisches Beispiel kann hier wohl die synonyme Verwendung von *Schnitt*- und *Stich*verletzung erhalten. Beide Verletzungstypen werden – auch in der deutschen Praxis – normalerweise auf Grund ihrer morphologischen Merkmale unterschieden: die Stichwunde ist danach tiefer als lang bzw. breit; die Schnittwunde ist hingegen länger bzw. breiter als tief.<sup>597</sup>

In der Praxis gibt es allerdings auch Fälle von Schnittwunden, die durch eine Stichführung verursacht werden, beispielsweise wenn die Schneide tangential auf die Körperoberfläche trifft, und es kann natürlich auch zu schneidenden Komponenten bei Messerstichverletzungen kommen, die zu einer Verbreiterung des Stichkanales führen (sogenannte „Stich-Schnitt-Verletzungen“).<sup>598</sup> Schon die verwirrende Unterscheidung der Verletzungstypen auf Grund ihrer Morphologie mag ein Grund dafür sein, dass die klinischen Ärzte in ihren Dokumentationen nicht immer korrekt die Diagnose *Schnitt* oder *Stich* treffen.<sup>599</sup> Der allgemeine Sprachgebrauch tut sein Übriges, denn Formulierungen wie „Schnitt am Oberkörper“, „Stich in die Pulsader“ oder gar „Messerschnitzerei“ wären im natürlichen Sprachgebrauch mehr als ungewöhnlich.

Als Folge wird im Korpus der linguistischen Studie aus dem Jahr 2012, das auch der vorliegenden zugrundeliegt, in 22 Prozent aller relevanten Diagnosen die inkorrekte Diagnose „Stichwunde“ getroffen, obwohl die Verletzung selbst als Schnittwunde beschrieben wurde.<sup>600</sup> In den Fällen dokumentierten die behandelnden Ärzte entweder konsequent *Stich*, meinten aber *Schnitt* (oder umgekehrt) oder sie verwendeten die Termini *Schnitt* und *Stich* innerhalb eines Befundes synonym, meinten aber eigentlich nur einen von beiden. Im folgenden Beispiel war

---

<sup>596</sup> Vgl. insgesamt: Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters, S. 265ff; Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp: Sérülések terminológiájának tridiszplináris oktatása egy terminológiai kutatás eredményeinek közvetlen alkalmazásával [Tridiszziplinärer Ansatz bei der Anwendung von terminologischen Forschungsergebnissen bei der Vermittlung der Terminologie von Verletzungen], S. 107ff.

<sup>597</sup> Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, S. 132; Payne-James, Jason / Busuttill, Anthony / Smock, William / Vanezis, Peter: Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects, S. 310.

<sup>598</sup> Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 200.

<sup>599</sup> Denkbar wäre daher, die Definitionen zu Schnitt- und Stichverletzungen nicht an derer Morphologie (Länge und Tiefe) auszurichten, sondern von den zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen auszugehen. Eine *Stichwunde* wäre danach eine Verletzung, die durch stechende Kraft eines meist länglichen, dünnen und spitzen, in seiner Längsachse bewegten Gegenstandes verursacht wird. Bei *Schnittwunden* könnte man wiederum auf die Einwirkung schneidender Gegenstände abstellen, die parallel zu ihrer Schneidekante bewegt werden und dadurch meist eine tangentielle Kraft auf das Gewebe ausüben, vgl. Maresch, Wolfgang / Spann, Wolfgang: Angewandte Gerichtsmedizin, S. 41 und S. 44. Diese – in Österreich, teilweise auch in Ungarn – gebräuchlichen Definitionen führen dazu, dass die Verwechslung von Stich und Schnitt in der Dokumentation deutlich seltener auftritt, vgl. Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 88.

<sup>600</sup> Vgl. Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 88.

es dem Rechtsmediziner dabei möglich, durch eine eigene Untersuchung der bereits behandelten Wunden letztendlich doch noch die Differenzialdiagnose *Schnittverletzungen* zu bestätigen:

*Fallbeispiel 10: Rechtsmedizinische Akte Nr. 10 (Rechtsmedizin Freiburg)*<sup>601</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„**Schnittwunde** am Kinn ca. 4 cm Länge, 3 **Schnittwunden** am Bauch, 1 **Schnittwunde** rechte Schulter, 1 **Schnittwunde** linke Ellenbeuge“

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Multiple **Messerstichverletzungen**:

- 2x am Unterbauch mit Läsion der Rectusscheide sowie ausgedehnter Muskelläsion M. Obliquus internus et externus links
- 1x **Messerstichverletzung** linke Flanke
- 1x **Messerstichverletzung** Kinn
- 2x **Messerstichverletzungen** rechte Schulter mit Läsion der V. cephalica und Vd. A. Humeroglenoidale Gelenkeröffnung sowie ausgedehnter Läsion der Thoraxwandmuskulatur
- 1x linker proximaler Unterarm links mit querer Durchtrennung und langstreckiger **Längsschlitzung** der A. brachialis sowie Läsion der anterolateralen Streckermuskulatur.“

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„An der Bauchwand, etwa 5 cm unterhalb des Bauchnabels, eine quere, mit Einzelkopfnähten versorgte, ca. **25 cm lange Hautwunde**. Diese setzt sich nach einem unverletzten, etwa 5 cm langen Intervall fort in eine weitere **Hautwunde** über dem linken Beckenkamm, **ca. 10 cm lang** und ebenfalls mit Einzelkopfnähten versorgt. Am Oberrand letztbeschriebener Wunde ist eine im Durchmesser etwa 30 mm große intensive Hämatomverfärbung erkennbar.

In der linken Flanke, etwa 20 cm oberhalb letzt beschriebener Wunde, eine quergestellte, **etwa 7 cm lange** und mit Einzelkopfnähten versorgte **Hautwunde**. Diese Verletzungen **haben nicht zur Eröffnung der Bauch-Brusthöhle geführt, sondern sind in der Tiefe auf das Unterhautfettgewebe bzw. die Bauchmuskulatur begrenzt.** [...]

In Ungarn wiederum kann wohl als typisches Beispiel für die Verwechslung von Termini die synonyme Verwendung der Ausdrücke *vágottsérülés* [wortwörtlich *geschnittene* Verletzung] und *metszetsérülés* [wortwörtlich *ingeschnittene* Verletzung] innerhalb eines Schaubefundes für die Bezeichnung der gleichen Verletzung erhalten.<sup>602</sup> Dieser terminologische Fehler kam in immerhin 30 Prozent der Dokumentationen vor, die Verletzungen durch einen schneidenden Gegenstand behandelten.<sup>603</sup>

Der Ausdruck *vágás* beinhaltet im allgemeinen Sprachgebrauch das (An-)Schneiden von Gegenständen und *vágottsérülés* [wortwörtlich *geschnittene* Verletzung] indiziert daher eher oberflächliche Verletzungen.<sup>604</sup> Das Wort *vágás* mit einer Axt oder einem schweren Messer in

<sup>601</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Freiburg.

<sup>602</sup> Vgl. insgesamt: Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 7ff.

<sup>603</sup> Vgl. wiederum Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 87.

<sup>604</sup> In der ungarischen Alltagssprache bezeichnet der Ausdruck *vágás* allgemein den Schnitt von Lebensmitteln wie Brot und Wurst und darüber und in diesem Sinne eben auch den Schnitt in den Finger.



Verbindung zu bringen, wäre im Alltagssprachgebrauch völlig undenkbar. Der Unfallchirurg wird neben *vágás* darüber hinaus auch den Begriff *metzés* als *Schnitt* auffassen, allerdings eher im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen wie dem *császármetszés* [Kaiserschnitt]. Auch er würde daher bei *Schnittverletzungen*, die er nicht selbst mit dem Skalpell verursacht hat, eher auf den Ausdruck *vágás* bzw. *vágottsérülés* zurückgreifen.

In der rechtsmedizinischen Terminologie werden Schnittverletzungen hingegen ausschließlich als *métszés* bzw. *metzettetsérülés* [vulnus scissum] bezeichnet, d.h. als *Schnittwunden*, bei denen ein schneidender Gegenstand (Rasierklinge, scharfes Messer, Glasscherbe, dünne oder scharfe Metallkante) parallel zu seiner Schneidekante durch das Gewebe geführt wird.<sup>605</sup>

Während also der Alltagssprachgebrauch die Ausdrücke *vágás* und *metzés* mehr oder weniger synonym für *Schnitt* verwendet, benutzt der Rechtsmediziner den Terminus *vágottsérülés* [vulnus caesum] hingegen ausschließlich für tiefe und schwere *Hieb*wunden, d.h. für Gewebeerkrankungen durch schneidende sowie kantige Gegenstände (beispielsweise Äxte, Spaten, Hämmer), die senkrecht zu seiner Schneidekante bewegt werden.<sup>606</sup> Solche Verletzungen sind in der Regel sehr schwer und können ohne Weiteres bis auf den Knochen reichen. Sie können daher auch lebensbedrohlich oder gar tödlich sein. Auch wenn es für den Unfallchirurgen letztendlich egal ist, ob er eine *Schnitt*- oder eine *Hieb*wunde versorgt oder dokumentiert, da die Versorgung an sich gleich ist<sup>607</sup>, so können die unterschiedlichen der

---

<sup>605</sup> Buris, László: Az igazságügyi orvostan kézikönyve [Handbuch der Rechtsmedizin], S. 64; Sótonyi, Péter: Igazságügyi orvostan [Rechtsmedizin], S. 123.

<sup>606</sup> Zur Definition der *Hieb*wunde vgl. wiederum Buris, László: Az igazságügyi orvostan kézikönyve [Handbuch der Rechtsmedizin], S. 75; Sótonyi, Péter: Igazságügyi orvostan [Rechtsmedizin], S. 132. Die Entstehungsmechanismen von Hiebverletzungen können unterschiedlich beschrieben werden. Im deutschen Sprachraum wird bei der Definition des *Hiebes* sowohl auf das Gewicht des verwendeten Werkzeugs mit zumindest einer schneidenden Seite (Axt, Beil, Säbel, Propeller, Schiffsschraube) als auch auf die Kraftentfaltung bei der Ausführung abgestellt, vgl. Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, S. 242f. Gerade wegen des Abstellens auf die Kraftentfaltung kommt es in der Praxis in Deutschland und in Österreich nur äußerst selten zu der Diagnose *Hiebverletzung*. In der durchgeführten Studie wurde in keinem einzigen Arztbrief eine Hiebverletzung festgestellt, vgl. Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 88. Schon nach dem natürlichen Sprachgebrauch würde man dort selbst beim Herumfuchteln mit einer Hiebwaaffe nicht auf die Idee kommen, hieraus auf einen Hieb zu schließen. In Ungarn wird hingegen beim *Hieb* statt auf den Grad der Krafteinwirkung auf die Bewegungsrichtung des Gegenstandes abgestellt, genauer genommen auf die Richtung der Ausführung der Schneidekraft („parallel oder senkrecht zur Schneidekante“), vgl. Sótonyi, Péter: Igazságügyi orvostan [Rechtsmedizin], S. 132. Das verlangt vom handelnden Mediziner ein nicht unerhebliches Maß an abstrakter Vorstellungskraft. Wohl auch deshalb tauchten bei den untersuchten ungarischen Arztbriefen immer wieder missverständliche Verletzungsbeschreibungen und Diagnosen auf.

<sup>607</sup> Letztendlich ist jeder schneidende Gegenstand geeignet, *Schnitt*verletzungen hervorzurufen: auch eine Axt, ein Beil, ein Schwert o.Ä. kann parallel zur Schneidekante bewegt werden und dann „nur“ Schnittverletzungen verursachen. Eine Unterscheidung der beiden Verletzungstypen *Schnitt* und *Hieb* ist im Ergebnis nur aufgrund der Bewegungsrichtung des Gegenstandes im Vergleich zu seiner Schneidekante möglich. Der Unfallchirurg, der die Termini verwechselt, betrachtet die beiden Verletzungstypen als eine einzige, weil er aus therapeutischer Sicht zwischen diesen (sehr unterschiedlichen) Entstehungsmechanismen – im Wesentlichen – keinen Unterschied sieht. Daher werden in der ungarischen Chirurgie die Verletzungsarten Schnitt [*metzett*] und Hieb [*vágott*] als eine einheitliche Kategorie geführt, vgl. Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 88; Flautner, Lajos / Sárváry, András / Nagy, Lajos: A sebzészet és traumatológia tankönyve [Lehrbuch der Chirurgie und Traumatologie], S. 11.



Verletzung zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen doch für eine strafrechtlich gänzlich anders einzuordnende Straftat sprechen.<sup>608</sup>

Davon abgesehen, dass die Diagnostizierung der *Art* der Verletzung (*Stich, Schnitt, Hieb*) an sich zu Einschränkungen bei der Verwendbarkeit der klinischen Dokumentation im Strafverfahren führen kann<sup>609</sup>, sind die Folgen einer bloßen Falschbezeichnung in der Praxis nicht allzu gravierend, wenn der Rechtsmediziner im Rahmen des Strafverfahrens anhand der dokumentierten Wundmerkmale die bei der Erstversorgung fälschlich verwendeten Termini noch richtigstellen kann. Gerade bei schweren Verletzungen, die (not-)operiert werden mussten, stehen ihm hierfür ausführliche Operationsprotokolle mit Angaben zur Wundtiefe, zum Stichkanal oder Ähnlichem zur Verfügung.

Ärgerlich ist die Verwechslung dann allenfalls für die Strafverfolgungsorgane, denn ein Strafverteidiger kann sich immer auf die Expertise des Erstversorgers berufen und – *in dubio pro reo* – auf das Vorliegen der leichteren Verletzung (*Schnitt* statt *Hieb* bzw. *Schnitt* statt *Stich*) bestehen. Dabei kann er sich zu Recht darauf berufen, dass „der Arzt [...] in der Regel verschiedene Verletzungsarten auseinanderzuhalten und zutreffend zu beschreiben [weiß].“<sup>610</sup> Die Ermittlungsbehörden werden vor diesem Hintergrund ihre Entscheidungen, etwa zu bestimmten Zwangsmaßnahmen oder zur Erhebung der Anklage besonders sorgfältig abwägen müssen. Das Gericht wird gegebenenfalls seine richterliche Überzeugung zum Vorliegen der schwereren Verletzung umso ausführlicher und revisionssicherer begründen müssen – oder aber entsprechend des leichteren Taterfolgs verurteilen.<sup>611</sup> Für den Beschuldigten bedeutet es wiederum, dass er bis zur Richtigstellung oder Beschränkung auf die leichtere Tatvariante (bei *Hieben* und *Stichen* in lebenswichtige Körperteile kommen immerhin auch versuchte Tötungsdelikte in Betracht) unter Umständen intensivere und seine Persönlichkeitsrechte stärker einschränkende Ermittlungsmaßnahmen erdulden muss.

Deutlich schwerer wiegend sind die Konsequenzen, wenn zu der Verwechslung von Termini eine unzureichende Dokumentation hinzukommt, so dass aufgrund fehlender Wundbeschreibungen eine Richtigstellung im Wege einer Differenzialdiagnose nicht mehr möglich ist. Man denke dabei nur an den exemplarisch herausgewählten Fall einer „Messerstecherei“, wie sie dem *Fallbeispiel 11* zugrundeliegt:

---

<sup>608</sup> Zu den Risiken einer unpräzisen Differenzierung zwischen *cut* [Schnitt], *incised wound* [Schnittwunde], *stab wound* [Stichwunde], *slice* [Schlitz] und *slash* [Hieb] in der englischsprachigen Dokumentation vgl. Riviello, Ralph J.: *Manual of Forensic Emergency Medicine – A Guide for Clinicians*, S. 60f.

<sup>609</sup> Zur Verlesbarkeit von Attesten, die nicht nur das bloße Vorhandensein, sondern auch Aussagen zur Art der Verletzung machen vgl. die späteren Ausführungen in diesem Abschnitt.

<sup>610</sup> Vgl. schon Trendelenburg, Cornelius: *Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste*, S. 265, der sich zugleich gegen die übliche „bloße“ Verlesung von Attesten in Fällen, die der gefährlichen Körperverletzung zuzurechnen wären, wendet.

<sup>611</sup> Vgl. hierzu Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: *Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters*, S. 269f.

**1) (Klinischer) Befund:**

„Am linken Oberbauch etwa 4 cm lange **Schnittwunde** mit herausquellenden Netzanteilen. Am linken Unterarm 6 cm lange **Schnittwunde** mit Faziendurchtrennung und Muskelverletzung. Am rechten Oberarm distal weitere, oberflächliche **Schnittwunde**.“

**2) (Klinische) Diagnose:**

- „- **Messerstichverletzung** linker Oberbauch mit freiliegenden Netzanteilen
- **Stichverletzung** linker Unterarm mit Faziendurchtrennung und Muskelverletzung
- **Schnittwunde** rechter distaler Oberarm beugeseitig
- Alkoholintoxikation“

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„- Im linken Oberbauch, mit Zentrum 13,5 cm oberhalb der vorderen oberen Beckenkammspitze und 11 cm links der Mittellinie, findet sich eine annähernd quer verlaufende, **mit 4 Kopfnähten versorgte Hautdurchtrennung**. Die Hautdurchtrennung ist glattrandig, ohne Schürfsaum und erstreckt sich auf einer Länge von 3,5 cm. Es besteht eine umgebende Schwellung ohne Hautverfärbung. **Die Wundwinkel und der Wundkanal sind nicht beurteilbar.**

- Im Oberbauch, in der vorderen Mittellinie ist **eine senkrecht gestellte, chirurgische Hautdurchtrennung mit einer Länge von 13 cm** (Laparotomie).

- Am unteren Drittel des rechten Oberarms beugeseitig, findet sich eine nahezu quergestellte, glattrandige **Hautdurchtrennung von 2,5 cm Länge**. Sie ist mit 3 Kopfnähten adaptiert, **die Wundwinkel sind nicht beurteilbar**. Die Umgebung ist geschwollen und in einer Ausdehnung von 6 x 3 cm violett, im Randbereich grün-gelblich verfärbt.

- Am körpernahen Drittel des linken Unterarms, außen – und ellenseitig, in Nachbarschaft zum Ellenbogen, sind mehrere bräunliche Verkrustungen und oberflächliche Schürfungen der Haut in einem Gebiet von 5 x 6 cm erkennbar. Diese sind teils streifig quergestellt, teils rundlich konfiguriert.

- Am Übergang vom mittleren zum körperfernen Drittel des linken Unterarms, ellenseitig, befindet sich eine **glattrandige Hautdurchtrennung mit einer Länge von 8 cm**. Sie ist mit 7 Stichen medizinische versorgt, **die Wundwinkel sind nicht beurteilbar**.

An beiden Händen, im Bereich der Fingerglieder, streck- und beugeseitig, sind multiple oberflächliche, schwärzlich verkrustete Kratzer erkennbar, die bis zu 1 cm lang sind.“

Es ist offensichtlich, dass der Rechtsmediziner die Verletzungen aus dem *Fallbeispiel 11* nicht mehr rekonstruieren kann, denn sowohl durch die unzureichende Dokumentation der Erstversorgung, als auch durch die zwischenzeitlich erfolgte Behandlung ist eine eindeutige Beurteilung unmöglich geworden. Wenn dann im Weiteren die Termini *Schnitt* und *Stich* nebeneinander verwendet werden, kann im späteren Strafverfahren nicht mehr geklärt werden, ob eben die eine oder die andere Verletzung vorlag. Es bleibt dann nur noch die „Hoffnung“, dass die schwereren Verletzungen einer Operation bedurften und dadurch ein entsprechendes Operationsprotokoll vorhanden ist.

Und auch in Ungarn kommt es zu höchst unbefriedigenden Ergebnissen, wenn der Rechtsmediziner die vom klinischen Mediziner nach klinischer Terminologie diagnostizierte Verletzung nicht selbst überprüfen kann. Da es in Ungarn üblich ist, die Diagnose in ungarischer

<sup>612</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Freiburg.

und in lateinischer Sprache zu stellen, kann der Rechtsmediziner allerdings in den meisten Fällen noch aus der lateinischen Diagnose *vulnus scissum* [Schnittwunde] darauf schließen, dass der Kliniker mit der mehrdeutigen Bezeichnung *vágott sérülés* [klinisch-medizinisch: *Schnitt-* oder *Hieb*wunde, rechtsmedizinisch: *Hieb*wunde] eigentlich eine *Schnittwunde* meinte. Komplikationen gibt es hier in erster Linie, wenn auch die lateinische Diagnose nicht eindeutig ist, wie etwa im folgenden Fallbeispiel:

*Fallbeispiel 12: Rechtsmedizinische Akte Nr. 131 (Rechtsmedizin Győr)*<sup>613</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Bal kar dorsalis oldalán csukló felett kb. 10 cm-rel ferde lefutású kb. 2-6 cm széles, vágott mély, vérző sebzés. Bal alkar distalis harmadában a dorsalulnaris részen ferde 2 cm vágott-szúrt seb, körülötte haematoma kb. 2 cm sugarú részen. [...]“

[Oberhalb der dorsalen Seite des linken Armes, circa 10 cm vom Handgelenk verlaufend eine circa 2-6 cm breite, **tief und eingeschnittene Wunde** mit umgebender Blutunterlaufung von 2 cm Durchmesser.]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Vulnus scissum antebrachii l.s.- A bal alkar vágott sebe. Rupt.tend.ext.poll.long l.s.-A bal l. ujj feszítő inának szakadása.“

[lateinische Diagnose: „**Schnittwunde** am linken Unterarm“, ungarisch: „**Hieb**wunde“ am linken Unterarm]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„A bal alkar tesztávoli harmadában a feszítő oldalon az orsócsont felől ferde 2 cm-es szúrva-metszett folytonosság megszakítással járó sérülését, körülötte kb. 2 cm-es sugarú részen bevérzéssel. [...]“

[Im unteren Drittel der Innenseite des linken Unterarms eine schräg zum Knochen verlaufende circa 2 cm lange **Stich-Schnitt-Verletzung**, eine Blutunterlaufung von circa 2 cm Durchmesser]

Im schlimmsten Fall kopiert der klinische Mediziner seine nach klinischer Terminologie gemachten Befunde und Diagnosen aus seiner (klinischen) Erstdokumentation ungeprüft in den angeforderten (forensischen) Schaubefund, ohne dabei den Blickwinkel oder die Terminologie des Forensikers einzunehmen. Wenn dieser nun im Anschluss die Befunde und Diagnosen aus dem Schaubefund in sein Sachverständigengutachten überträgt, ohne diese zu hinterfragen, können aus oberflächlichen Hautverletzungen vermeintlich schwere „Hieb

*Fallbeispiel 13: Rechtsmedizinische Akte Nr. 102 (Rechtsmedizin Szekszárd)*<sup>614</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Az áll bal oldalán 2 cm hosszú felületes seb.“

[Auf der linken Seite des Kinns eine 2 cm lange **oberflächliche Verletzung**]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Az áll vágott sebe Vuln.caesum menti.“

[ungarisch: „**Hieb**wunde“ am Kinn, lateinisch: **Hieb**wunde am Kinn]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„Az áll vágott sérülését szenvedte el.“

[Am Kinn eine **Hieb**wunde erlitten]

<sup>613</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Győr.

<sup>614</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Szekszárd.

Da in der Praxis die Wundmerkmale, die die Entstehungsmechanismen der Verletzung erklären könnten, insbesondere die *Wundwinkel*, die *Wundränder* und die *Wundtiefe*, nur selten dokumentiert werden<sup>615</sup>, bleibt dem Rechtsmediziner häufig nichts anderes übrig, als in allen Zweifelsfällen vorsorglich aus der zweideutigen Diagnose *vágott sérülés* eine (bloße) *Schnittverletzung* zu machen oder aber bei seiner eigenen Diagnose bewusst uneindeutig zu bleiben:

*Fallbeispiel 14: Rechtsmedizinische Akte Nr. 52 (Rechtsmedizin Debrecen)*<sup>616</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„Jobb alkar prox. Harmadában radio dorsalis kb. csecsemő tenyéryni suff. nyom. érz. fájd. jo. csukló foveola rad. Felett kb. 4 cm-es haránt irányú éles sélű, falú folyt. megszak.“ [Am rechten Unterarm Prellungen im oberen Drittel und zum Radio dorsalis; darüber eine circa **4 cm lange, scharf verlaufende Verletzung**.]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Vuln. caes. reg. carpi. l.d. – Jobb csuklótájék vágott sebe.“ [lateinische Diagnose: „**Hiebwunde** im Bereich des Handgelenks“, ungarisch: „**Hiebwunde**“ im Bereich des rechten Handgelenks]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„A jobb alkar felső harmadának orsócsont és kézháti oldalán a bőr zúzódását és bőralatti bevézését, a jobb csukló területének metszett sebzését szenvedte el.“ [Im oberen Drittel des rechten Unterarms und des Handrückens Prellungen der Unterhaut, erlittene **Schnittverletzung** im Bereich des rechten Handgelenks].

*Fallbeispiel 15: Rechtsmedizinische Akte Nr. 48 (Rechtsmedizin Debrecen)*<sup>617</sup>

**1) (Klinischer) Befund:**

„A homlok jobboldalán, a szemöldök felett haránt irányú, kb. 3-4 cm-es éles szélű és falú folyt. megszakítás látható, nem vérzik.“ [Auf der rechten Stirnseite eine quer verlaufende, circa 3-4 cm scharfkantig verlaufende **Hautunterbrechung** sichtbar, nicht blutend.“]

**2) (Klinische) Diagnose:**

„Vulnus caesum capiti reg. frontis l.d. – Vágott seb a homlok jobboldalán.“

[lateinische Diagnose: „**Hiebwunde** an der Stirnseite“, ungarisch: „**Hiebwunde** an rechter Stirnseite“]

**3) (Forensisches) Gutachten:**

„A homlok jobboldalának zúzott sebzését szenvedte el. A rendelkezésre álló Mentőállomás esetlap ugyanezen sérülést vágott sérülésként írja le.“ [An der rechten Stirnseite eine klaffende Wunde erlitten. **Ausweislich des Ambulanzblattes wird dieselbe Verletzung als Hiebwunde beschrieben.**“]

Dabei könnte die Klärung, ob eine *Schnitt-* oder eine *Stichverletzung* bzw. eine *Schnitt-* oder *Hiebverletzung* im Mittelpunkt eines Strafverfahrens steht, erheblichen Einfluss auf den Ausgang des Verfahrens, allem voran das zu verhängende Strafmaß, haben. Eine ausführliche klinische Dokumentation lässt aber nicht nur Rückschlüsse auf die *Art (Schnitt, Stich, Hieb)* und das *Gewicht* der Verletzung, sondern darüber hinaus auch „Rückschlüsse auf die *Stärke* des

<sup>615</sup> Bei den in der Studie untersuchten *Hiebwunden* wurden in keinem einzigen Fall die Wundwinkel beschrieben, die Wundränder nur in einem von neun Fällen, die Wundtiefe in zwei von neun Fällen; vgl. Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., S. 62-65.

<sup>616</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Debrecen.

<sup>617</sup> Aus dem Korpus der Studie von Fogarasi, Katalin: Limited Assessability of Soft Tissue Injuries, a.a.O., Teilkorpus Debrecen.

Angriffs und damit den Tötungs- oder nur Verletzungsvorsatz des Angeklagten“ zu.<sup>618</sup> In bestimmten Konstellationen entscheidet sie damit erst über die Strafbarkeit des Täters.

Man denke nur daran, dass die Ermittlungsbehörden und das Tatgericht ihre jeweiligen Entscheidungen daran auszurichten haben, ob der Beschuldigte mit Tötungsvorsatz handelte oder nicht. Dann kann aus einer *gefährlichen Körperverletzung* (im *Fallbeispiel 11* wohl unter Verwirklichung der Tatbestandsalternativen § 224 Absatz 1 Nr. 2 und Nr. 5 StGB, ähnlich aber auch die lebensgefährliche Variante nach § 164 Absatz 8 uStGB) sehr schnell auch ein *versuchtes Tötungsdelikt* werden.<sup>619</sup> Bei lebensgefährlichen Gewalthandlungen ist es in der Praxis allerdings sehr schwierig, einen entsprechenden Tötungsvorsatz nachzuweisen.<sup>620</sup> Zwar

---

<sup>618</sup> BGH, Urteil vom 07.11.1979 – 3 StR 16/79; vgl. Ingesamt auch Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Krüger, Matthias: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 33.

<sup>619</sup> Vgl hierzu die beiden relevanten Vorschriften im StGB und im uStGB:

**§ 224 StGB: Gefährliche Körperverletzung**

(1) Wer die Körperverletzung

1. durch Beibringung von Gift oder anderen gesundheitsschädlichen Stoffen,
2. mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs,
3. mittels eines hinterlistigen Überfalls,
4. mit einem anderen Beteiligten gemeinschaftlich oder
5. mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung

begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

**§ 164 uStGB: Battery**

(1) Any person who causes bodily harm to or injures the health of another person is guilty of battery.

(2) If the injury or illness caused by battery takes less than eight days to heal, the perpetrator is guilty of the misdemeanor of simple battery punishable by imprisonment not exceeding two years.

(3) If the injury or illness caused by battery takes more than eight days to heal, the perpetrator is guilty of the felony of aggravated battery punishable by imprisonment not exceeding three years.

(4) The penalty for a felony shall be imprisonment not exceeding three years if the simple battery is committed:

a) with malice aforethought or with malicious motive;

b) against a person incapable of self-defense or unable to express his will; or

c) against a person whose ability to defend himself is diminished due to his old age or disability.

(5) The penalty shall be imprisonment between one to five years if the simple battery results in permanent disability or serious health impairment.

(6) The penalty shall be imprisonment between one to five years, if the aggravated battery is committed:

a) with malice aforethought or with malicious motive;

b) against a person incapable of self-defense or unable to express his will;

c) against a person whose ability to defend himself is diminished due to his old age or disability;

d) causing permanent disability or serious health impairment;

e) with particular cruelty.

(7) Any person who engages in preparations for the criminal act referred to in Subsection (3) or (6) is guilty of a misdemeanor punishable by imprisonment not exceeding one year.

(8) The penalty shall be imprisonment between two to eight years if the battery is life-threatening or results in death.

(9) Any person who commits aggravated battery by negligence shall be punishable for misdemeanor by imprisonment:

a) not exceeding one year in the case defined in Subsection (3);

b) not exceeding three years in the cases defined in Paragraphs b)-c) of Subsection (6);

c) not exceeding five years in the case of causing a life-threatening injury.

(10) The perpetrator of the criminal offense defined in Subsection (2) shall [...] be prosecuted upon private motion.

<sup>620</sup> Ingesamt: Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus / Schneider, Hartmut: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 212 Rdnr. 6 ff

genügt es bei *Mord* und *Totschlag* für die Annahme eines Tötungsvorsatzes grundsätzlich, wenn der Täter den Tod des Opfers „billigend in Kauf nimmt“. <sup>621</sup> Deswegen muss er nach ständiger Rechtsprechung lediglich den Erfolgseintritt als grundsätzlich „möglich und nicht ganz fern liegend“ erkennen und sich mit diesem abfinden, um ein dahinterliegendes, eigentlich erstrebtes Ziel zu erreichen. <sup>622</sup>

Angesichts einer allgemein angenommenen sehr hohen Hemmschwelle gegenüber der Vernichtung fremden Lebens und des relativ hohen Strafrahmens (Mindestfreiheitsstrafe von fünf Jahren), hat die Rechtsprechung allerdings die Anforderungen an einen Tötungsvorsatz immer wieder angehoben. Es genügt danach eben nicht *per se*, dass der Täter die Tat in besonders gefährlicher Weise ausführt, etwa durch das Herumfuchteln einer Hieb- oder Stichwaffe. Vielmehr muss das Tatgericht „alle nach Sachlage in Betracht kommenden Tatumstände“ in seine Erwägungen einbeziehen. <sup>623</sup> Dazu gehört insbesondere auch die Frage, ob der Täter die konkrete Gefahr der Tötung erkennen konnte oder aber – *in dubio pro reo* – noch darauf vertrauen durfte, dass jedenfalls der Tod schon nicht eintreten werde. <sup>624</sup> Im letzteren Fall wäre er nur wegen gefährlicher Körperverletzung (§ 224 Absatz 1 StGB) mit Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und zehn Jahren zu verurteilen. <sup>625</sup> Dass die Strafverfolgungsbehörden es sich mit der Bejahung eines Tötungsvorsatzes eher schwer tun, macht schon der Umstand deutlich, dass auf 154.082 registrierter Fälle gefährlicher und schwerer Körperverletzung lediglich 1.859 Fälle des versuchten Mordes oder Totschlags kommen. <sup>626</sup>

Hinter *Hieben* und *Stichen* steckt – anders als bei *Schnitten* – eine erhebliche Kraftaufwendung, die zu sehr viel schwereren Verletzungen führen kann. Insbesondere *Hiebe* und *Messerstiche* in den Hals-, Brust- und Bauchbereich werden daher immer wieder als so extrem lebensgefährlich gewertet, dass die Rechtsprechung hier regelmäßig die Erkennbarkeit für den Täter, das Opfer könne den Verletzungen erliegen, bejaht. Ein Tötungsvorsatz liegt in diesen Fällen daher überaus nahe. <sup>627</sup> In der Folge wird der Täter dann regelmäßig wegen versuchten *Totschlags*

---

<sup>621</sup> Zum sogenannten bedingten Tötungsvorsatz (*dolus eventualis*) bei Tötungsdelikten vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 212, Rdnr. 6f; Belovics, Ervin / Busch, Béla / Molnár, Gábor Miklós: Büntetőjog II, különös rész [Strafrecht II, Besonderer Teil], § 160, Abschnitt 7 (S. 82f).

<sup>622</sup> Vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 15, Rdnr. 9 mit weiteren Nachweisen.

<sup>623</sup> Vgl. nur BGH, Beschluss vom 22.4.2009 – 5 StR 88/09 (LG Berlin), Leitsatz; BGH, Urteil vom 16.8.2012 – 3 StR 237/12, in: NStZ-RR 2012, S. 369 (S. 370).

<sup>624</sup> Rechtsdogmatisch handelt es sich hierbei um die Abgrenzung der eng beieinander liegenden Schuldformen des bedingten Vorsatzes (*dolus eventualis*) und der bewussten Fahrlässigkeit (*luxuria*), bei der im Rahmen der inneren Tatseite neben dem Wissenselement insbesondere das Willenselement des Täters bezüglich des Taterfolgs ausschlaggebend ist; vgl. hierzu nur BGH, Urteil vom 16.8.2012 - 3 StR 237/12, in: NStZ-RR 2012, S. 369 (S. 370). Zu den Abgrenzungskriterien zwischen *dolus eventualis* und *luxuria* im ungarischen Recht vgl. Kónya, István: Magyar Büntetőjog – Kommentár a gyakorlat számára [Ungarisches Strafrecht – Kommentar für die Praxis], § 8, S. 56.

<sup>625</sup> In Ungarn wiederum läge das Strafmaß für eine lebensgefährliche Körperverletzung (§ 164 Abs. 8 uStGB bei einer Freiheitsstrafe zwischen 2 und 8 Jahren.

<sup>626</sup> Vgl. Bundesministerium des Innern (Hrsg.): PKS 2015, S. 32.

<sup>627</sup> Vgl. Nur BGH, Urteil vom 15.06.2000 – 4 StR 172/00; BGH, Urteil vom 10.11.2005 – 4 StR 337/05; BGH, Urteil vom 17.09.2008 – 5 StR 377/08.

(§ 212 StGB) bzw. *Mordes* (§ 211 StGB, in Ungarn beides in § 160 uStGB geregelt) grundsätzlich zu einer Freiheitsstrafe zwischen fünf Jahren und lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilt.<sup>628</sup> Eine Einwirkung auf das Opfer durch bloße *Schnittverletzungen* kann diese Anforderungen an einen Tötungsvorsatz hingegen in der Regel nicht erfüllen.

Die Abgrenzung zwischen bedingtem Vorsatz (*dolus eventualis*) und bewusster Fahrlässigkeit (*luxuria*) wird darüber hinaus auch in den Fällen relevant, in denen der Täter zur Abschreckung oder Einschüchterung mit schneidenden Werkzeugen vor dem Körper des Opfers herumfuchelt und dabei nicht unbedingt eine Verletzung intendiert. Auch hier würden sehr oberflächliche *Schnitte* eher für eine gerade noch zufällige Verwirklichung sprechen als tiefere *Hieb-* oder *Stichwunden*.<sup>629</sup>

In Hinblick auf die *Gefährlichkeit* der Tatausführung, insbesondere bei der lebensgefährlichen Körperverletzung nach § 224 Absatz 1 Nr. 5 StGB (§ 164 Abs. 8 uStGB) ist die Unterscheidung zwischen *Schnitt* einerseits und *Stich* oder *Hieb* andererseits wiederum ausschlaggebend bei der Bewertung, ob eine durch erhebliche Kraft ausgeübte Hieb- oder Stichverletzung oder eben nur eine – *in dubio pro reo* – nicht lebensbedrohliche *schneidende* Kraftentfaltung gegen lebenswichtige Körperteile vorliegt

Mit Blick auf die *Folgen der Tat*, insbesondere die Schwere der Verletzungen, würde ein *Schnitt* wiederum eher eine relativ schnell heilende Verletzung indizieren, während bei *Hieben* und *Stichen* ohne Weiteres auch tiefer liegende Faszien (insbesondere auch Bänder und Sehnen) durchtrennt werden, die einen relativ langen Heilungsprozess erfordern. Hier wäre folglich nach ungarischem Strafrecht in der Regel der Straftatbestand der *schweren Körperverletzung* (§ 164 Absatz 3ff uStGB) erfüllt. Nach deutschem Strafrecht wäre das Verletzungsausmaß zumindest bei der Strafzumessung zu berücksichtigen (§ 46 Absatz 2 Satz 2 StGB).

Zudem wird bei bloßen Schnittverletzungen durch Hieb Waffen in der Regel „nur“ eine Droh- oder Abwehrhandlung des „Angreifers“ vorliegen, während man bei echten Hiebverletzungen ohne Weiteres auch von einem gezielten Angriff ausgehen kann. Insbesondere beim bloßen Herumfucheln mit einem Stich- oder Hiebwerkzeug wird es eher *schneidende* Verletzungen unterschiedlicher Ausrichtung, Länge und Tiefe geben, die die Einlassungen der Beteiligten zum Tathergang stützen oder widerlegen können.

---

<sup>628</sup> Zur verfassungsgemäßen Auslegung der „lebenslangen“ Freiheitsstrafe vgl. nur Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 211, Rdnr. 99 m.w.N.; zur Strafmilderung des Versuchs vgl. § 23 Absatz 2 und § 49 Absatz 1 StGB.

<sup>629</sup> Wenn das Tatwerkzeug ein Messer ist, verursacht beispielsweise das nicht gezielte Herumfucheln ähnliche Schnittverletzungen wie sie auch bei gezielten Schnittverletzungen. Bei einer zweihändig geführten Axt oder dem etwas kleineren, meist einhändig geführtem Beil wird durch Herumfucheln eine Schnittverletzung verursacht, beim gesteuerten Schlag hingegen eine Hiebverletzung, vgl. Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 14.

Die Verletzungsarten *Schnitt*, *Stich* und *Hieb* lassen sich nicht nur rechtsmedizinisch voneinander abgrenzen. Auch der klinische Mediziner könnte einer falschen Verwendung von Termini ohne Weiteres vorbeugen. Er müsste hierzu bei der Dokumentation der Verletzung vor allem den Wundwinkeln Aufmerksamkeit schenken. Während sich die Wundränder und Wundwände bei *Schnitt*- und *Hieb*verletzungen stark ähneln können, fallen die *Wundwinkel* bei den beiden Verletzungstypen sehr unterschiedlich aus. Bei der *Schnitt*verletzung sind beide Wundwinkel spitzwinkelig, wobei die Wundwinkel in der Regel seicht auslaufen.<sup>630</sup>

Bei *Stich*- und *Stich-Schnitt*verletzungen haben nur senkrechte Stiche durch zweiseitige oder runde Werkzeuge zwei spitzwinkelige, den Schneiden entsprechend nah zueinander stehende Wundränder. Ansonsten fallen die Wundwinkel zumindest an einem Wundrand kantig, rund oder klein-schwalbenschwanzförmig aus, teilweise mit hineinragenden Gewebszipfeln.<sup>631</sup> Aufgrund der höheren kinetischen Energie laufen die Wundränder nur selten seicht aus, die Verletzungen erstrecken sich aber nicht übermäßig über den Stichkanal hinaus.<sup>632</sup> Auch bei echten Hiebverletzungen fällt mindestens einer der Wundwinkel nicht spitzwinkelig aus. Wenn der Hiebgegenstand mit vollständiger Kantenlänge – abhängig vom Winkel und der Stärke der Schneidekante – mit großer Wucht das Gewebe durchdringt, werden die Wundwinkel abgestumpft und laufen weit über den Stichkanal hinaus in Quetsch-Riss-Wunden aus.<sup>633</sup>

Die Unterscheidung zwischen den Verletzungsarten ist vor diesem Hintergrund möglich, allerdings wurden gerade die Wundwinkel bei keiner der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten *Schnitt*-, *Stich*- und *Hieb*verletzungen klinisch dokumentiert. In der Praxis blieb hier dem Rechtsmediziner daher nichts anderes übrig, als sich auf die Diagnose des erstbehandelnden Arztes zu verlassen. Im Ergebnis kann die Verwendung einer falschen Terminologie dazu führen, dass schon bei der Einleitung des Strafverfahrens die Zuschreibung, wer eigentlich Opfer und wer Täter ist, falsch erfolgt. Und auch im weiteren Verlauf des Strafverfahrens kann eine falsche Terminologie zumindest subjektiv das Tatgeschehen und das Ausmaß des Taterfolgs im falschen Licht dastehen lassen.

Eine falsche Bezeichnung bzw. eine terminologisch nicht korrekte Abbildung des Tatgeschehens kann aber noch eine weitere, eher psychologisch wirkende Beeinflussung auf das Strafverfahren haben. So gehen Juristen und Soziologen schon seit langem davon aus, dass Polizei, Staatsanwaltschaft und Strafrichter nicht ausschließlich rechtlichen Prinzipien folgen, wenn sie Ermittlungen führen, Fakten feststellen und zur Urteilsfindung kommen.<sup>634</sup> Wie jeder

---

<sup>630</sup> Vgl. Sótonyi, Péter: *Igazságügyi orvstan [Rechtsmedizin]*, S. 100; Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: *Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, S. 240.

<sup>631</sup> Vgl. hierzu nur Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: *Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, S. 229; Dettmeyer, Reinhard B. / Schütz, Harald F. / Verhoff, Marcel A.: *Rechtsmedizin*, S. 66.

<sup>632</sup> Cottier, Hans: *Pathogenese. Ein Handbuch für die ärztliche Fortbildung*, S. 1390.

<sup>633</sup> Sótonyi, Péter: *Igazságügyi orvstan [Rechtsmedizin]*, S. 108; Madea, Burkhard / Oehmichen, Manfred: *Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*, S. 242.

<sup>634</sup> Insgesamt: Leiter, Brian: *American Legal Realism*, S. 3



Studierende der Rechtswissenschaften im Laufe seines Studiums von den Theoretikern erfährt, ist bei fast allen Rechtsstreitigkeiten – mit der richtigen Argumentation – „selbstverständlich“ auch ein anderes Ergebnis vertretbar. Oft ist sogar ein genau gegenteiliges Ergebnis auf juristisch „korrekte“ Weise begründbar. Daraus lässt sich wiederum schließen, dass juristische Entscheidungen trotz aller juristischen Bemühungen und Hilfsmittel in erheblichem Umfang von nichtjuristischen Erwägungen abhängen müssen.<sup>635</sup>

Dieser Umstand führte beispielsweise die Anhänger des Amerikanischen Rechtsrealismus dazu, genau zu untersuchen, ob auch die Praktiker bei der Ausübung ihrer Arbeit solchen außerjuristischen Erwägungen unterliegen.<sup>636</sup> In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts begannen amerikanische Juristen wiederum, unter dem Forschungstitel „Behavioral Law and Economics“ den Einfluss von Urteilsheuristiken auf richterliche Entscheidungen genauer zu untersuchen. Dabei geht es letztendlich um vereinfachende kognitive Entscheidungsstrategien zur Lösung von unsicheren Sachverhalten, die zumeist unbewusst erfolgen, etwa die Gewichtung von Sachverhalts Umständen, mit denen man auch selbst schon einmal konfrontiert war.<sup>637</sup> Die psychologische Forschung beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit zehn als typisch herausgearbeiteten kognitiven Täuschungen, die Einfluss auf Entscheidungen von Ermittlungsbehörden und Strafrichtern haben können.<sup>638</sup> Dazu gehört u.a. auch die sogenannte Bestätigungstendenz (*confirmation bias*), nach der Informationen, die eine in Betracht gezogene Hypothese bestätigen würden, eher gesucht, wahrgenommen und stärker berücksichtigt werden als Informationen, die gegen diese Hypothese sprechen.<sup>639</sup>

Im Rahmen von kognitiven Wahrnehmungsverzerrungen kann auch der verwendeten Sprache, insbesondere auch der vermeintlich einschlägigen Fachterminologie eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung zukommen.<sup>640</sup> Sprache ist sowohl kognitionsleitend als auch

---

<sup>635</sup> Singer, Joseph W.: Legal Realism Now, S. 499ff.

<sup>636</sup> Insgesamt: Elberling, Björn: Critical Approaches to the law, S. 40 mit weiteren Nachweisen. Der Rechtstheoretiker Jerome Frank machte in den 1940er Jahren unter den außerjuristischen Einflüssen insbesondere die persönliche politische Einstellung der Beteiligten, vor allem der Strafrichter, aus, vgl. Frank, Jerome: Courts on Trial: Myth and Reality in American Justice, a.a.O. Andere betonten hingegen gesellschaftliche Aspekte, etwa Geschlecht, soziale und nicht zuletzt auch kulturelle Herkunft der Strafverfolger wie auch der Strafverfolgten (vgl. Leiter, Brian: American Legal Realism, S. 11). Auch die Rücksichtnahme auf bestehende Macht- und Gewohnheitsstrukturen (in Berlin liebevoll als „Moabiter Landrecht“ bezeichnet) oder schlichtweg die Förderung der eigenen Karriere (Posner, Richard A.: What Do Justices Maximize, S. 1-28) werden regelmäßig als Gründe genannt, warum an sich ähnlich gelagerte Sachverhalte je nach Gerichtsbezirk oder handelnder Abteilung anders abgeurteilt werden.

<sup>637</sup> Vgl. Nur Jolls, Christine / Sunstein, Cass R. / Thaler, Richard: A Behavioral Approach to Law and Economics, S.1477 ff.

<sup>638</sup> Insgesamt Schweizer, Mark: Kognitive Täuschungen vor Gericht. Eine empirische Studie. Dissertation an der Universität Zürich, 2005.

<sup>639</sup> Vgl. Schweizer, Mark: Kognitive Täuschungen vor Gericht, S. 178ff.

<sup>640</sup> Vgl. insgesamt Gerson, Oliver Harry: Das Recht auf Beschuldigung – Strafprozessuale Verfahrensbalance durch kommunikative Autonomie, S. 184ff

kulturprägend, ein Umstand der gerade in den so eng mit der Sprache verknüpften Rechtswissenschaften eher unterschätzt wird. Dazu gehört auch, dass schon die Verwendung bestimmter Termini im Kommunikationsgefüge Auswirkungen darauf hat, wie vorgeprägt die Kommunikationsteilnehmer in ihrem jeweiligen weiteren Vorgehen handeln werden. Beispielsweise werden negativ belegte, klar mit Gewaltverbrechen in Verbindung gebrachte Termini wie *Stich* und *Hieb* auch die Gesamtbewertung des Beschuldigten und dessen Tathandlung nachhaltig zu beeinflussen vermögen. Ein aus dem alltäglichen Leben bekannter *Schnitt* ist dagegen eher neutral konnotiert, ähnlich auch eine rein metrische medizinische Beschreibung wie „2 cm tiefe Hautdurchtrennung“ (*Schnitt*) oder „6 cm tiefe Fleischwunde“ (*Stich*).

Dieses Phänomen des *Primacy Effects* kann in der Praxis dazu führen, dass die im Strafverfahren Beteiligten nicht mehr distanziert und neutral genug an ihre jeweiligen Aufgaben herangehen.<sup>641</sup> Und eine mögliche „Manipulation“ durch Worte wiegt sogar noch schwerer, wenn medizinische oder juristische Laien (beispielsweise Laienrichter) an der Entscheidungsfindung beteiligt werden sollen, die es in ihrem persönlichen Alltag nicht gewohnt sind, zwischen rechtlich erheblichen Umständen und terminologischen Ausschmückungen zu unterscheiden.<sup>642</sup>

Vor diesem Hintergrund kann selbst eine an sich korrekte Verwendung von Termini wie *Stich*, *Schnitt* oder *Hieb* bedenklich sein, denn sie birgt zumindest die Gefahr, dass zu beschreibende Verletzungen nicht medizinisch-neutral, sondern wertend aufgefasst werden. Sie ist zudem auch aus strafprozessrechtlicher Sicht nicht angebracht. Denn gerade wenn es um die – in der Praxis am häufigsten vorkommende – bloße Verlesung von klinischen Dokumentationen geht, beschränkt sich diese allein auf die darin gemachten medizinischen Feststellungen. Angaben, die nicht-medizinische Schlussfolgerungen über die Verletzungsursache haben, sind in diesem Zusammenhang ohnehin nicht verlesbar. Sie sollen bewusst dem Sachverständigen vorbehalten bleiben.<sup>643</sup>

Letzten Endes sind die klinischen Mediziner – wenn sie sichergehen wollen, dass ihre Dokumentation verlesbar ist und sich etwaige Nachfragen durch persönliche Zeugenbefragung erübrigen – daher gut beraten, sich bei ihrer Beschreibung von Verletzungen auf neutrale Begriffe wie „Hautdurchtrennung“ oder „Fleischwunde“ zu beschränken und die weitere forensische Zuordnung (auch wenn diese offensichtlich sein sollte) allein dem gerichtlichen Sachverständigen zu überlassen.

---

<sup>641</sup> Zum *Primacy Effect* im Strafverfahren vgl. Abbott, Walter F. / Hall, Flora / Linville, Elizabeth: *Jury Research: a review and bibliography*, S. 183f.

<sup>642</sup> Vgl. Gerson, Oliver Harry: *Das Recht auf Beschuldigung – Strafprozessuale Verfahrensbalance durch kommunikative Autonomie*, S. 186f m.w.N.

<sup>643</sup> Vgl. nur Trendelenburg, Cornelius: *Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste*, S. 262 m.w.N.

## Kapitel 5: Ergebnisse, Lösungsansätze und Ausblick

Im abschließenden Kapitel sollen die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit noch einmal kurz zusammengefasst und Lösungsansätze aufgezeigt werden, mit denen man den in der Praxis auftauchenden Herausforderungen im Umgang mit – aus *forensischer* Sicht häufig unzureichenden - *klinischen* Dokumentationen begegnen könnte. Die Begriffswahl *Herausforderung* zeigt dabei bereits, dass die durch klinisch tätige Ärzte gemachten Dokumentationen keine *unlösbaren Probleme* darstellen und dass erst recht keine Schuldzuweisung gegenüber den Klinikern vorgenommen werden soll.

Im Gegenteil. Die Arbeit hat zwar aufgezeigt, dass die durch klinische Ärzte gefertigte Dokumentation zu Recht bei den Rechtsmedizinern und Juristen häufig auf Unverständnis und Unzufriedenheit stößt. Denn die in der klinischen Befunderhebung und Diagnose verwendeten Verletzungsmerkmale richten sich mit Blick auf die anstehende Behandlung vor allem nach der in der klinischen Medizin üblichen (bloßen) Unterscheidung zwischen *offenen* und *geschlossenen Verletzungen*, während Rechtsmediziner und Juristen naturgemäß auf Informationen zur Genese und zu den gesundheitlichen Folgen angewiesen sind. Die unterschiedliche Herangehensweise und die jeweils damit verbundene Einteilung von Verletzungen nach „*offen/geschlossen*“ (klinische Medizin), „*stumpf/scharf*“ (Rechtsmedizin) und „*leicht/gefährlich/schwer*“ (Strafrechtswissenschaften) führt zwangsläufig zu einer inkonsistenten Befunderhebung und mangelndem Problembewusstsein der unterschiedlichen Beteiligten für die jeweils anderen Zwecke.

### 1 Zum Umfang der Dokumentationspflicht

Den klinischen Medizinern ist hierbei aber, anders als es die Literatur zuweilen nahelegen mag, grundsätzlich kein Vorwurf zu machen. Sie werden nicht nur aus tatsächlichen Gründen im Arbeitsalltag nicht dazu kommen, eine auch noch strafrechtlichen Zwecken gerecht werdende – mustergültige – Dokumentation anzufertigen. Die vorliegende Arbeit hat aufgezeigt, dass sie auch rechtlich nicht zu einer solchen verpflichtet sind. Die ärztliche Dokumentationspflicht im Rahmen des schuldrechtlichen Behandlungsvertrags umfasst zwar eine „den Interessen des Patienten gerecht werdende [...] ordnungsgemäße Dokumentation.“<sup>644</sup> Diese erstreckt sich allerdings dem Wortlaut des § 630 Absatz 2 BGB nach nur auf die für eine derzeitige und künftige *therapeutische* Behandlung relevanten Informationen. Befunderhebungen und Diagnosen müssen vor diesem Hintergrund das vorhandene Krankheitsbild zutreffend beschreiben und haftungsrechtliche oder strafrechtliche Schritte – gegenüber dem Arzt – ermöglichen. Sie müssen gerade nicht dem (an sich verständlichen) Interesse des Patienten an einer „gerichtsfesten“ Dokumentation seiner erlittenen Körperverletzungen nach forensischen Gesichtspunkten dienen. Für eine solche – nah an das Sachverständigengutachten

---

<sup>644</sup> Vgl. § 10 MBO-Ä.

herankommende – Tätigkeit haben die klinischen Ärzte regelmäßig weder die erforderliche Fachausbildung, noch den zeitlichen Rahmen, noch würde ihnen dieser Zusatzaufwand im Rahmen des einfachen Behandlungsvertrags angemessen vergütet.<sup>645</sup>

Gleichwohl bedeutet eine zivilrechtliche Dokumentationspflicht, dass der Arzt nicht nach Belieben dokumentieren kann, sondern dass er zur Erfüllung dieser Pflicht nach klaren Kriterien geordnete Unterlagen erstellen muss. Dies gilt insbesondere für die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehende Befunderhebung und Diagnose zu Weichgewebeverletzungen:

- Im Rahmen der *Befunderhebung* müssen alle relevanten Verletzungen, die Verletzungen, die einer therapeutischen Behandlung bedürfen, festgehalten werden. Im Rahmen der Beschreibung müssen zumindest diejenigen Verletzungsmerkmale wiedergegeben werden, die für eine spätere Nachuntersuchung und den Vergleich zwischen vorher und nachher erforderlich sind. Hierzu gehören die genaue Lokalisation der Verletzung(en) und Aussagen zum Heilungsverlauf der Verletzungen (beispielsweise Farbverlauf eines Hämatoms, Sekretkontrolle einer offenen Wunde in Hinblick auf Menge, Aussehen und Geruch).<sup>646</sup>
- Die *Diagnose* muss zur Nachvollziehbarkeit der eingeschlagenen Therapie zumindest so genau gestellt werden, dass der Patient oder ein weiterbehandelnder Kollege eindeutig auf ein bestimmtes Verletzungsbild schließen und gegebenenfalls weitere Untersuchungen durchführen kann. Insbesondere der Rückgriff auf eine allgemein gehaltene Formulierung, wie sie die ICD-10-Verschlüsselungen liefern, erfüllt diese Anforderungen nicht. Allerdings ist auch die strafrechtlichen Kriterien dienende Diagnose nicht geschuldet.

In Ungarn gibt es aus diesen Gründen die Möglichkeit einer *Schaubefundung* [látlelet], im Rahmen derer der Kliniker – Wochen später – im Auftrag und auf Kosten der Ermittlungsbehörden die Verletzungsmerkmale zur Entstehungsgeschichte beschreiben soll. In Deutschland bleibt es dem Opfer wiederum unbenommen, seine Verletzung kostenlos in einer der – an die Rechtsmedizinischen Institute angebotenen – klinisch-forensischen Ambulanzen begutachten zu lassen oder aber auf eigene Kosten eine weitergehende Begutachtung (das „große Attest“) durch den behandelnden Arzt zu vereinbaren.

## 2 Zur Einführung in das Strafverfahren

In das Strafverfahren gelangen klinische Dokumentationen in der Regel durch freiwillige Übergabe seitens des Opfers, einhergehend mit einer Schweigepflichtentbindung des behandelnden Arztes. Die Unterlagen können im Einzelfall aber auch gegen den Willen des Patienten Eingang in das Strafverfahren finden. In Ungarn besteht sogar eine explizite

---

<sup>645</sup> Vgl. zu allem die Ausführungen im Abschnitt 2 des zweiten Kapitels (S. 23ff).

<sup>646</sup> Zu den verschiedenen Charakteristika von Wundsekreten vgl. Altman, Gaylene Bouska / Kerestzes, Patricia / Wcisel, Mary A.: *Fundamental & Advanced Nursing Skills*, S. 973, S. 1240ff.

*Meldepflicht* für schwere Körperverletzungsdelikte, die eine Heilungsdauer von mehr als 8 Tagen indizieren (§ 24 Gesetz XLVII/1997), die regelmäßig eine behördliche Anordnung zur Herausgabe der Krankenunterlagen nach § 23 Gesetz XLVII/1997 nach sich zieht. In Deutschland hingegen gibt es grundsätzlich nur eine *Meldebefugnis*, und dies nur dann, wenn die Misshandlung von Minderjährigen im Raume steht (§ 4 BKiSchG). Eine Meldung von Körperverletzungsdelikten kann unter Umständen auch nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) gerechtfertigt sein, wenn das Opfer selbst nicht (mehr) in der Lage sein sollte, sich selbst zu helfen.

Sowohl bei der Erlangung als auch bei der Verwertung von medizinischen Daten ohne oder gegen den Willen des Patienten sind dessen Persönlichkeitsrechte, insbesondere das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren. Bei der Abwägung zwischen dem Schutz der persönlichen Privatsphäre (Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG bzw. Artikel VI i.V.m. Artikel II uGG) und der vom Rechtsstaatsprinzip umfassten Funktionstüchtigkeit der Strafrechtspflege hängt die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen gegen den Grundrechtsträger von dessen Stellung als mutmaßlicher Täter (*Beschuldigter*), als Opfer (*Zeuge*), als Berufsheimnisträger (*sachverständiger Zeuge*) oder als unbeteiligter Dritter (*Zeuge*) ab.<sup>647</sup>

- Durchsuchung und/oder Beschlagnahme von Krankenunterlagen beim *Beschuldigten* sind vor diesem Hintergrund in der Regel zulässig, es sei denn die Unterlagen sind von vornherein nicht geeignet eine verfolgbare Straftat zu beweisen. Dies wäre der Fall, wenn Gegenstand des Ermittlungsverfahrens (lediglich) eine einfache Körperverletzung gemäß § 223 StGB (§ 164 Absatz 2 uStGB) ist, der erforderliche Strafantrag aber nicht vorliegt und keine Hinweise für Gewalt im sozialen Nahraum oder besonders verwerfliche Gründe vorliegen;
- Die Durchsuchung und/oder Beschlagnahme von Krankenunterlagen beim *Opfer* unterliegt ungleich höheren Kriterien, da das Opfer regelmäßig unverschuldet zum Adressaten strafrechtlicher Ermittlungen wird und durch eine – öffentlich wahrnehmbare – Maßnahme weiter viktimisiert wird. Das Interesse einer effektiven Strafverfolgung überwiegt daher die Persönlichkeitsrechte des Opfers allenfalls dann, wenn es sich um schwerste Straftaten handelt, bei denen eine nicht unwesentliche Freiheitsstrafe zu erwarten ist. Konkret kommen hierfür bestimmte Formen der gefährlichen Körperverletzung (Deutschland), der schweren Körperverletzung (Deutschland und Ungarn) bzw. Raub- und Sexualdelikte in Betracht.
- Beim *Arzt* werden – in Deutschland wie auch in Ungarn – Durchsuchung und/oder Beschlagnahme von Krankenunterlagen nur dann in Betracht kommen, wenn der Arzt in eine zu ermittelnde, nicht unerhebliche Straftat verstrickt ist bzw. sich das Verfahren allein gegen ihn richtet. In Ungarn entfällt der Beschlagnahmeschutz darüber hinaus auch dann, wenn die Behörden ohnehin schon die Herausgabe von Krankenunterlagen nach § 23 Gesetz XLVII/1997 angeordnet haben.

---

<sup>647</sup> Vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 2.3.1 (S. 98ff) und 3.1.1.1 (S. 117ff) des 3. Kapitels.

### 3 Zur Bedeutung als Beweismittel

Klinische Unterlagen genießen beim Gericht aufgrund ihrer professionellen Natur und ihrer relativ hohen Objektivität ein sehr hohes Ansehen. Gleichwohl haben sie keine grenzenlose Überzeugungskraft, denn es gehört gerade nicht zu den therapeutischen Aufgaben des Arztes, auch zu Aspekten des Tatgeschehens und zur Genese der Verletzung Stellung zu beziehen. Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens und der späteren Beweisaufnahme werden sie als Urkundenbeweis oder als Basis für das Sachverständigengutachten herangezogen.<sup>648</sup> Als Urkundenbeweis dürfen sie trotz des (in Deutschland) geltenden Unmittelbarkeitsprinzips auch im Wege der Verlesung eingeführt werden, soweit es sich um bloße Befunderhebungen handelt. Die Verlesung von Feststellungen zur Verletzungsgenese, insbesondere auch die Klassifizierung als *Schnitt*, *Stich* oder *Hieb*, bedarf hingegen der zeugenschaftlichen Anwesenheit des Arztes oder eines Sachverständigen. Darüber hinaus darf die Dokumentation – grundsätzlich uneingeschränkt – als Vorhalt oder Erinnerungsstütze gegenüber dem Beschuldigten, den Zeugen oder dem Sachverständigen eingesetzt werden, um Erinnerungslücken oder Widersprüche auszuräumen. Des Weiteren dient die klinische Dokumentation in der Praxis sehr häufig als Grundlage für das Sachverständigengutachten. Zu diesem Zweck muss sie nicht zwangsläufig in die Ermittlungsakte aufgenommen werden.

### 4 Zu den typischen Unzulänglichkeiten der klinischen Dokumentation

Die Folgen einer nur therapeutischen Gesichtspunkten, aber nicht auch forensischen Gesichtspunkten nachkommenden klinischen Dokumentation sind nicht immer zufriedenstellend. Denn ein Attest oder Anamnesebogen, der keine Ausführungen zum *Gesamtbild aller* erlittenen Verletzungen, zur genauen *Art*, zur *Position*, zum *Alter* oder zu den *Entstehungsmechanismen* der Verletzung oder schlichtweg inadäquate Termini enthält, kann in jedem Stadium des Strafverfahrens juristische Konsequenzen haben:<sup>649</sup>

- Die ledigliche Verwendung von Satzbausteinen, wie sie den *ICD-10-Verschlüsselungen* zugrundeliegen, lässt in der Regel keine Rückschlüsse auf die Art, Lokalisation oder Ausmaß der Verletzung zu. Sie erfüllt darüber hinaus schon nicht die Anforderungen, die aus therapeutischen Gesichtspunkten an eine zivilrechtlich geschuldete Dokumentation zu stellen sind.
- Eine *unzureichende Befunderhebung* birgt in mehrerer Hinsicht Risiken für das anschließende Strafverfahren. Nicht adäquat *festgehaltene Lokalisation, Position, Richtung und Farbgebung* einer Verletzung schränken die Rekonstruierbarkeit der Verletzungsgenese, ein. Zum einen lassen sich unter Umständen keine konkreten Rückschlüsse mehr darauf ziehen, ob die Verletzungen durch eigene oder durch fremde Hand beigebracht wurden. Zum

---

<sup>648</sup> Vgl. die Ausführungen in den Abschnitten 4.1ff des dritten Kapitels (S. 136ff).

<sup>649</sup> Vgl. insgesamt die Ausführungen im vierten Kapitel 4 (S. 150ff).

anderen kann das Alter der Verletzung, und damit die Kausalität zur Tathandlung, nur noch eingeschränkt bestätigt oder ausgeschlossen werden. Bei einer unzureichenden *Beschreibung von speziellen Wundmerkmalen* wie den Wundwinkeln, Wundrändern, dem Wundgrund und der Wundumgebung kann in der Praxis oftmals nicht mehr geklärt werden, ob stumpfe oder scharfe Gewalt vorliegt, beispielsweise durch die Verwendung der Faust oder eines körperfremden Werkzeugs. Im letzteren Fall käme typischerweise (in Deutschland) eine Strafbarkeit wegen gefährlicher Körperverletzung in Betracht, *in dubio pro reo* wird aber häufig von der harmloseren Begehungsweise, der einfachen Körperverletzung ausgegangen werden müssen. Bei einer nicht treffsicher machbaren Unterscheidung zwischen *Schnitt*, *Stich* und *Hieb* werden wiederum keine Rückschlüsse auf den Vorsatz, die Intensität und die objektive Gefährlichkeit des Angriffs gemacht werden können. Dann geht unter Umständen das gesamte Strafverfahren in eine falsche Richtung. Auch bei der Nichterhebung sämtlicher relevanten Befunde kann ein falsches Gesamtverletzungsbild entstehen, das nicht das eigentliche Tatgeschehen wiedergibt. Hier kann es spätestens auf der Strafzumessungsebene zu falschen Entscheidungsgrundlagen kommen.

- Auch durch die *Verwendung unpräziser oder schlichtweg inkorrekt Terminologie* kann von vornherein ein falsches Bild vom eigentlichen Tatgeschehen erzeugt werden. Insbesondere bei der Verwechslung von *Schnitt* und *Stich* (Deutschland) oder *Schnitt* und *Hieb* (Ungarn) besteht die Gefahr, dass die Beteiligten eine falsche Vorstellung über den Vorsatz des Täters, die Intensität und das mögliche Ausmaß des Angriffs bekommen. Ist eine Klärung nicht mehr möglich, wird der Richter auch in diesen Fällen im Zweifel nur wegen des leichteren Delikts verurteilen können.

## 5 Forensic nurses zur Gewährleistung einer gerichtsfesten Dokumentation

In den USA hat sich seit Ende der 1980er Jahre, vor dem Hintergrund von jährlich über 6 Millionen Gewaltdelikten, einer nicht zufriedenstellenden Dokumentationspraxis und einigen spektakulären Fällen von Manipulationen von Krankenakten, eine neue Berufsgruppe von *forensic nurses* [Forensische Pflegekräfte] entwickelt.<sup>650</sup> Diese sollen insbesondere in den Krankenhäusern neben ihrer eigentlichen Aufgabe, der therapeutischen Versorgung, auch Opferbetreuung leisten und Beweismaterial nach forensischen Gesichtspunkten sammeln. In der Praxis arbeiten diese speziell ausgebildeten Pfleger an allen großen Kliniken und sichern noch während der ambulanten Behandlung Spuren am Körper und der Kleidung sowie die genaue Dokumentation der Verletzungen nach forensischen Gesichtspunkten.

---

<sup>650</sup> Insgesamt: Constantino, Rose E. / Crane, Patricia A. / Young, Susan E.: *Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice*, S. 3ff. Zu Beispielen inadäquater Dokumentation und strafbarer Manipulation von Krankenakten in den USA vgl. Iyer, Patricia / Levin, Barbara J. / Shea, Mary Ann / Konray, Roy: *Medical Legal Aspects of Medical Records*, S. 752ff.

Sicherlich haben die USA *in puncto* Gewaltkriminalität mit anderen Grundbedingungen zu kämpfen als die meisten westeuropäischen Staaten.<sup>651</sup> Und auch die steigende Anzahl von (Jugend-)Banden, die Kriminalität zur Beschaffung harter Drogen und der einfachere Zugang zu Waffen werden ihren Anteil daran haben, dass die Gewaltkriminalität in den USA zumindest bei den Körperverletzungs- und den Tötungsdelikten deutlich höher ausfällt als in vergleichbaren Staaten.<sup>652</sup>

Die – nicht allerorten vorhandene, aber doch flächendeckende – Etablierung von *forensic nurses* kann man jedoch nicht allein auf die höhere Gewaltrate in den USA zurückzuführen. Vielmehr kann die Beschäftigung speziell ausgebildeter Pflegekräfte und deren regelmäßige Weiterbildung für besondere Verletzungsfälle, insbesondere für Fälle häuslicher Gewalt oder Sexualdelikte, in den USA auf eine lange Tradition zurückblicken.<sup>653</sup> Und auch finanziell ist *forensic nursing* – im mit Abstand teuersten Gesundheitssystem der Welt – aufgrund der besonderen Situation des traditionell stark arbeitsteiligen US-Gesundheitssystems vergleichsweise gut abgesichert.<sup>654</sup> Nicht zuletzt wird auch der Umstand, dass in den USA die Strafverfahren – anders als in Kontinentaleuropa – *adversarial* angelegt sind, seinen Anteil daran haben, dass sich *forensic nursing* im wahrsten Sinne des Wortes lohnen kann. Denn Staatsanwaltschaft, Verteidigung und Nebenklage sind in den USA jeweils selbst dafür verantwortlich, alle relevanten Beweismittel dem eher als *Schiedsrichter* fungierenden Richter vorzulegen.<sup>655</sup> Daher gibt es gleich drei potenzielle Parteien, die unabhängig voneinander ein

---

<sup>651</sup> Das amerikanische *Federal Bureau of Investigation* (FBI) fasst in seiner Polizeistatistik *Uniform Crime Reporting* (UCR) unter *Gewaltkriminalität* 4 Straftat kategorien zusammen: Mord und jedes andere nicht-fahrlässige Töten, Vergewaltigung unter Anwendung von körperlicher Gewalt oder Drohung körperlicher Gewalt, Raub und schwere Körperverletzung. Vgl. zu den Definitionen und zur Tätertypologie: McKee, Geoffrey R. / Dwyer, Gregg R.: *Physically and Sexually Violent Females*, S. 151f. Zu den Fallzahlen und zur Verteilung über die USA: Hertz Hattis, Shana: *Crime in the United States 2016*, S. 11ff; zu den Gründen vgl. McClain, Paula: *Urban Crime in the USA and Western Europe: A Comparison*, S. 222.

<sup>652</sup> Zu den Gründen von Gewaltkriminalität in den USA vgl. McClain, Paula: *Urban Crime in the USA and Western Europe*, S. 222. Raub- und Sexualdelikte fallen im internationalen Vergleich nicht signifikant höher aus als in anderen westlichen Industriestaaten, allerdings liegt die Anzahl von Tötungsdelikten in den USA, trotz einer Halbierung der Fälle zwischen 1991 bis 2010 mit circa 15.000 Fällen pro Jahr (4,7 Fälle auf 100.000 Einwohner) deutlich höher als bei vergleichbaren Staaten wie Australien (1,1 Fälle auf 100.000 Einwohner), Kanada (1,6 Fälle auf 100.000 Einwohner) oder gar Ungarn (1,3 Fälle auf 100.000 Einwohner) und Deutschland (0,8 Fälle auf 100.000 Einwohner). Insgesamt: Krumholz, Susan T. / Rich-Shea, Aviva M.: *Crime & Justice*, S. 112ff; zu den Fallzahlen vgl. *United Nations Office on Drugs and Crimes* (UNODC): *Global Study on Homicide 2013*, S. 24ff.

<sup>653</sup> Porta, Carolyn M. / Johnson, Emily Ruth: *Sexual Violence*, S. 167ff. m.w.N.

<sup>654</sup> Zum einen haben in den USA auch nach der Einführung der staatlichen Krankenversicherung unter Barack Obama noch knapp 85 Prozent der Bürger eine private Krankenversicherung. Diese unterliegen keinem *vollkommenen Markt*, grundsätzlich stellen die Kassen die Patienten von sämtlichen Gesundheitskosten frei. Zu den *managed-care*-Modellen, mit denen die Krankenkassen beispielsweise durch Anreiz- und Zuzahlungssystemen versuchen, die fortschreitende Kostenexplosion des Systems zu verhindern, vgl. Williams, Stephen J. / Torrens, Paul R.: *Introduction to Health Services*, S. 110.

<sup>655</sup> Staatsanwaltschaft und Polizei müssen zwar die vorhandenen entlastenden Beweismittel der Verteidigung zur Verfügung stellen, sie müssen aber gerade nicht nach potenziell entlastenden Beweisen suchen, vgl. insgesamt Acker, James R. / Brody, David C.: *Criminal Procedure. A Contemporary Perspective*, S. 404ff, S. 425.



berechtigtes Interesse an einer möglichst aussagekräftigen be- oder entlastenden Verletzungsdokumentation haben. Da es in den USA eine Meldepflicht von bestimmten Gewaltdelikten gibt, müssen sich wiederum auch die Krankenhäuser auf irgendeine Form der Gewaltdokumentation einlassen, um ihrer Meldepflicht adäquat nachkommen zu können. Zudem unterstützt auch die amerikanische Bundesregierung die flächendeckende Beschäftigung von *forensic nurses* mit Nachdruck.<sup>656</sup>

Die *forensic nurses* liefern beweistechnisch gesehen nahezu ideale Beweismittel. Bei den von ihnen erstellten Dokumentationen kann man regelmäßig von einer zugrundeliegenden hohen Expertise und einem breiten Erfahrungswissen ausgehen, insbesondere wenn sich die Pflegekraft auf die Tätigkeit in einer Notaufnahme oder Unfallchirurgie spezialisiert hat. Auch als (sachverständige) Zeugen bieten die Aussagen forensische Pflegekräfte eine für den Zeugenbeweis ungewöhnlich hohe Zuverlässigkeit. Denn die Pflegekräfte eines Krankenhauses sind naturgemäß der Idealtyp eines neutralen Beobachters. Zum anderen haben sie die zu bezeugende Situation professionell und ganz bewusst wahrgenommen und mit Hilfe eines tieferen Fachwissens einschätzen können.<sup>657</sup>

Zu diesem Zweck haben sie in aller Regel eine spezielle Zusatzausbildung durchlaufen. Da das Pflegepersonal im „Serviceparadies USA“ ein vergleichsweise hohes Ansehen und Vertrauen bei den Patienten genießt und insbesondere *forensic nurses* – in den USA – seit vielen Jahren zum festen Bestandteil des klinischen Personals gehören, kann der Kontakt zu möglichen Opfern und Tätern von Körperverletzungsdelikten vergleichsweise unaufdringlich und routiniert stattfinden.<sup>658</sup> Durch seine Omnipräsenz ist *forensic nursing* in den USA teilweise sogar spezialisierter und weiter entwickelt als die klinische Forensik. In der Praxis sind die forensischen Pflegekräfte häufig die einzigen Anwesenden in der Notaufnahme, die überhaupt nach forensischen Gesichtspunkten dokumentieren können.<sup>659</sup>

## 5.1 Übertragung des Konzepts auf Deutschland und Ungarn

Außerhalb der USA, Kanadas und Großbritanniens hat sich dieser praxisrelevante, vergleichsweise aber auch teure Berufszweig noch nicht durchsetzen können. Trotz einiger Bemühungen in der Wissenschaft und seitens der *International Association of Forensic Nurses* hat es auch in Deutschland und in Ungarn bisher keine nennenswerten Fortschritte bei der Einführung einer

---

<sup>656</sup> Vgl. Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany, S. 118f.

<sup>657</sup> Zur Rolle und zum Beweiswert forensischer Pflegekräfte im US-Strafverfahren vgl. Bentley Cewe, Bonnie R.: Overview of the American Justice System, S. 175ff.

<sup>658</sup> Auch Pflegekräfte, die keine forensische Ausbildung haben, sind in den USA traditionell dazu angehalten, die Patienten routinemäßig auf Gewaltfolgen hin zu befragen bzw. zu untersuchen, vgl. Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany, S. 117f.

<sup>659</sup> Zu allem: Constantino, Rose E. / Crane, Patricia A. / Young, Susan E.: Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice, S. 5ff.

vergleichbaren Berufsgruppe – und sei es nur in den Krankenhäusern – gegeben.<sup>660</sup> Das wird auch daran liegen, dass es – in Deutschland – mangels einer Meldepflicht zu Gewaltdelikten kein ureigenes Interesse der Krankenhäuser gibt, gezielt auf meldepflichtige Körperverletzungsdelikte hin zu untersuchen. Eine verbindliche flächendeckende Einführung müsste – zumindest in Deutschland – neben der ungeklärten Finanzierung insbesondere auch Lösungen für die uneinheitlichen Grundvoraussetzungen in der Gesundheits- und Ausbildungsstruktur von 16 mitzuständigen deutschen Bundesländern finden. Es ginge letzten Endes um eine Reform, in die nicht weniger als 3 Bundesministerien (Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales), 32 Landesgesundheits- bzw. Landesbildungsministerien, Krankenversicherungen, Ärzteverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eingebunden werden müssten.

Dass dies grundsätzlich möglich ist, zeigt schon die Praxis in den – föderalistischen – Vereinigten Staaten. Und auch in Deutschland gibt es Beispiele, etwa in Gestalt der Rechtsmedizinischen Institute und der *Durchgangsärzte* („D-Ärzte“), die zeigen, dass die Einführung, Ausbildung und Finanzierung von bundesweiten Spezialisten an sich möglich ist. Im zentralistisch ausgestalteten Ungarn wäre die Einführung forensischer Pflegekräfte hingegen rechtlich weitaus einfacher – aus rein wirtschaftlicher Sicht aber unwahrscheinlich.

## 5.2 Übernahme der Aufgaben durch die Gewaltschutzambulanzen

Auch die klinisch-forensischen Ambulanzen, die in allen größeren deutschen und ungarischen Universitätsstädten eingerichtet wurden, können nicht die Aufgaben abdecken, die *forensic nurses* im klinischen Alltag übernehmen. Die Finanzierung und Ausstattung wird zwar (in Deutschland von den jeweiligen Bundesländern im Rahmen ihrer Gewaltpräventionsprogramme) übernommen, sie kommen aber in der Praxis nur für einen eingeschränkten Bereich von Gewaltkriminalität in Betracht. Durch ihre Anbindung an die Rechtsmedizin und nicht an die einzelnen Krankenhäuser sind die Forensiker faktisch nur selten vor Ort, wenn Patienten mit dringend behandlungsbedürftigen Verletzungen die Notaufnahmen aufsuchen. Zudem übernehmen die Gewaltschutzambulanzen allein die Gewaltdokumentation, aber eben – anders als *forensic nurses* – keine therapeutischen Maßnahmen. Auch deshalb sparen sich viele Opfer von Gewaltdelikten – nach der klinischen Behandlung – den zusätzlichen Weg zur Forensik, zumal diese nicht zwangsläufig rund um die Uhr und am Wochenende besetzt ist.<sup>661</sup> Im Unterschied zu forensischen Pflegekräften in den USA sollen sie auch keine umfassende Pflege und psychologische Betreuung von Opfern übernehmen. Ihr Schwerpunkt und ihre Stärke liegen in der Praxis bei der Beratung und Beweissicherung in Fällen von (zumeist nicht lebensbedrohlicher, stumpfer) Gewalt im sozialen Nahraum.

---

<sup>660</sup> Vgl. insbesondere die Ansätze von Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany, S. 117ff. Für die Situation in Ungarn vgl. wiederum Fenyvesi, Csaba: Development tendencies and perspectives of forensic science, S. 12ff.

<sup>661</sup> Vgl. nur Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 100f.

### 5.3 Übertragung der Kompetenz auf die Durchgangsärzte

Vorstellbar wäre es, die Aufgaben, die traditionell von forensischen Pflegekräften übernommen werden, auf die Durchgangsärzte (D-Ärzte) zu übertragen. Diese arbeiten eigentlich im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung und sollen für diese insbesondere die Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen begleiten.<sup>662</sup> Hierzu gehört u.a. auch die Prüfung, ob eine Verletzung tatsächlich *unfallbedingt* erfolgt ist und die Unfallversicherung damit für die weitere (möglicherweise umfangreichere) Behandlung zuständig ist oder aber doch auf eine *andere Entstehungsgeschichte* zurückzuführen ist. Dann wären die Behandlungskosten gerade nicht von der Unfallversicherung, sondern von der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse zu übernehmen, möglicherweise im Rahmen eines anderen Leistungsumfanges.

Auf jeden Fall geht es also für die gesetzliche Unfallversicherung um etwas, wenn es sich um die Entscheidung dreht, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht. Und dies gilt umso mehr, als dass der Leistungsumfang im Falle eines „Berufsunfalls“ in der Regel deutlich höher ausfällt als bei den Krankenkassen und somit auch Patienten auf den Plan ruft, die sich ihre Verletzungen eigentlich andersweitig zugezogen haben.<sup>663</sup>

Vor diesem Hintergrund sind es die D-Ärzte durchaus gewohnt, bei der Behandlung „ihrer“ Fälle auf die Verletzungsgenese zu achten und dabei auch forensische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Denn Zweck der gesetzlichen Unfallversicherung ist es gerade, Arbeitnehmer zu schützen, die auf dem Weg zu ihrer Arbeit „unverschuldet“ Opfer eines Unfalls oder Überfalls werden.<sup>664</sup> Daher ist es für den Versicherungseintritt ausschlaggebend, ob eine Verletzung selbst beigebracht wurde oder beispielsweise, ob das Opfer einer vorsätzlichen Körperverletzung einen eigenen persönlichen Tatbeitrag geleistet hat, etwa durch Provokation oder eine relevante Vorgeschichte mit dem Täter.<sup>665</sup>

---

<sup>662</sup> D-Ärzte sind besonders zugelassene, von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) getragene und speziell weitergebildete Unfallchirurgen und Orthopäden, die im Klinikalltag insbesondere die Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen durch Arbeitnehmer (beispielsweise aber auch Schüler, Auszubildene, freiwillig versicherte Selbständige) durchführen und überwachen sollen, vgl. nur Hermanns, Peter M. / Schwartz, Enrico / Tiling, Thomas / Hoffmann, Karl-Heinz: UV-GOÄ 2015 Kommentar, § 27, S. 50f. Die in Ungarn tätigen Versicherungsärzte arbeiten dagegen nicht vor Ort.

<sup>663</sup> Hinter der gesetzlichen Unfallversicherung stehen gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften sowie die gesetzliche Unfallkasse, die im Fall des Versicherungseintritts neben der eigentlichen Heilbehandlung teilweise sehr viel weiterreichende Rehabilitationsmaßnahmen und Geldleistungen (Verletztengelder, Übergangsgelder, Verletztenrente, Abfindungen, Pflegegelder und Sterbegeld gemäß §§ 45ff SGB VII) übernehmen als die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen. Nicht zuletzt aus diesem Grund versuchen viele Verletzte, ihre Verletzungen gerade noch als Arbeits- oder Wegeunfall darzustellen. Zu allem: Schwede, Joachim: Praxisleitfaden Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), S. 87ff, S. 175ff.

<sup>664</sup> Bei Wegeunfällen gilt der Versicherungsschutz in der Regel aber auch bei grober Fahrlässigkeit.

<sup>665</sup> Vgl. nur BSG, Urteil vom 18.06.2013 – B2 U 10/12 R m.w.N. In der Praxis geht es letztendlich darum, ob die versicherte Tätigkeit tatsächlich die *wesentliche* Wirkursache der erlittenen Verletzung war und nicht nur als (bloß im Einzelfall nicht wegdenkbare) zufällige Randbedingung anzusehen ist. Das ist nach der Rechtsprechung der Fall, wenn die unversicherten, beispielsweise persönlichen Wirkursachen des Verletzten das Unfallgeschehen derart geprägt haben, dass sie die versicherte Wirkursache verdrängen, „so dass der Schaden "im Wesentlichen" rechtlich nicht mehr dem Schutzbereich des jeweiligen Versicherungstatbestandes unterfällt“ (BSG, Urteil vom 16.06.2013, a.a.O.

Wenn nun aber die D-Ärzte, von denen circa 3.000 flächendeckend an deutschen Krankenhäusern arbeiten, ohnehin schon nach teilweise forensischen Gesichtspunkten die Arbeits- und Wegeunfallfälle beurteilen, liegt es natürlich nahe, diese Kompetenz auch auf Fälle von vorsätzlicher Körperverletzung zu erweitern.

Die D-Ärzte werden bisher aus einem ureigenen, wirtschaftlichen Interesse der gesetzlichen Unfallversicherer heraus finanziert. Diese möchten vor allem sicherstellen, dass die – vergleichbar höheren – Leistungen, die sie im Versicherungsfall übernehmen, auch tatsächlich auf einen Berufs- oder Wegeunfall zurückzuführen sind. Andernfalls könnten sie die Leistungsübernahme verweigern und den Versicherungsnehmer an die alternativ zur Verfügung stehende Krankenversicherung verweisen. Nur diese sich finanziell durchaus lohnende Überprüfung von behaupteten *Unfallverletzungen* auf ihre Richtigkeit spricht für sie dafür, hierfür speziell zugelassene Ärzte auszubilden und zu finanzieren.

Ein ähnlich gelagertes, finanziell bestimmtes Interesse besteht bei *Körperverletzungsdelikten* nur bedingt, nämlich nur für bestimmte Konstellationen von Arbeitswegeunfällen, bei denen die Versicherten zufällig das Opfer von Gewalt werden. Daher wäre die eine Ausweitung des Tätigkeitsfeldes von D-Ärzten zu forensischen Zwecken vor Ort kaum den gesetzlichen Unfallversicherungen allein zuzumuten. Eine Finanzierung des – deutlich auszubauenden – Tätigkeitsbereichs von D-Ärzten müsste vielmehr auf mehrere Schultern verteilt werden. Die Strafjustiz hat allerdings naturgemäß mit den Behandlungskosten des Opfers nichts zu tun und die Krankenkassen, die an sich für die Heilbehandlung des Opfers aufkommen, verfolgen in erster Linie therapeutische, nicht aber strafrechtliche Zwecke. Zwar könnten sie im Rahmen eines strafrechtlichen Adhäsionsverfahrens ihre Kosten über § 116 SGB X gegen den Täter geltend machen. In der Praxis verweisen die Regressabteilungen aber nicht nur auf eine sehr schlechte Erfolgsquote (u.a. aufgrund der schlechten Beweislage), sondern auch auf den Umstand, dass Titel gegen typische Regressschuldner mangels Solvenz häufig ohnehin nicht eintreibbar seien. Eine signifikante Investition in eine bessere Nachweisbarkeit lohnt sich für die an sich interessierten Krankenkassen daher in der Praxis eher nicht.<sup>666</sup> Kostenintensive Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation zu strafrechtlichen Zwecken sind daher eher von Seiten und aus dem Budget der *Gewaltprävention* zu erwarten.

Die Übertragung von weiteren forensischen Tätigkeiten auf die D-Ärzte käme sicherlich nicht an das Grundkonzept von *forensic nursing* heran, frühzeitig und umfassend das Opfer zu versorgen und psychologisch zu betreuen. Sie löst auch nicht das Ziel, forensische Tätigkeiten von den teuren Ärzten auf die vergleichsweise günstigeren Pflegekräfte übertragen zu können. Sie wäre aber ein gangbarer Schritt, eine flächendeckende forensische Kapazität in den Krankenhäusern vor Ort aufzubauen. Finanziert werden müsste dies durch ein breites Bündnis aus Politik, Krankenhaus-, Ärzte- und Krankenkassenverbänden. Dass dies grundsätzlich möglich ist, zeigen schon die erfolgreichen Bemühungen beim jüngsten Krankenhausstrukturgesetz.

---

<sup>666</sup> Zur Praxisarbeit und Stellungnahmen der Krankenkassen vgl. die Danksagung am Ende dieses Kapitels.

## 6 Interne Fortbildungen und Schulungen

Realistischer als eine – zeitnahe – flächendeckende Einführung von forensischen Pflegekräften mögen auch haus- oder verbandsinterne Fortbildungen einzelner engagierter Einrichtungen oder Berufsgruppen sein.<sup>667</sup> Dabei würde es sich nicht mehr um eine generelle Qualifizierung, nach einheitlichen Standards handeln, sondern um eine Ausbildung von individuellen Experten, die sich von der Fortbildung einen persönlichen Vorteil hinsichtlich Arbeitsqualität, Bezahlung, Karriere oder gesellschaftlicher Anerkennung versprechen.<sup>668</sup>

Zumindest in Deutschland haben die Bundesländer in den vergangenen Jahren einiges in den Aufbau von klinisch-forensischen Gewaltschutzambulanzen investiert, so dass grundsätzlich öffentliche Gelder für die Gewaltprävention und damit auch für eine mögliche (Teil-) Finanzierung sowie die nötige Expertise für die Durchführung von Fortbildungen vorhanden wären. Und auch auf internationaler Ebene haben die Verbände forensischer Pflegekräfte sich offen für „train the trainer“-Programme gezeigt, bei denen beispielsweise anglo-amerikanische Praktiker ihre Praxiserfahrungen in der Dokumentation und Prävention von Gewalt an ihre deutschen und ungarischen Kollegen weitergeben könnten.<sup>669</sup>

### 6.1 Fortbildungen für Pflegekräfte

Der Inhalt dieser Fortbildungen könnte sich zunächst an den Gewaltleitfäden der Landesärztekammern orientieren, in denen es nicht nur um typische Verletzungsbilder durch Gewalt gegen Kinder, Frauen und Senioren geht, sondern auch um auffällige Verhaltensmuster von Opfern und möglicherweise anwesenden Tätern sowie konkrete Handlungsanweisungen.<sup>670</sup> Die Pflegekräfte würden daher, ähnlich dem Konzept in den USA, über das bloße Dokumentieren hinaus eine proaktive Rolle einnehmen können und zum vertrauensvollen Ansprechpartner des Verletzten, auch für weitere rechtliche Schritte, befähigt werden. Da sich die vorhandenen Leitfäden fast ausschließlich mit *stumpfer* Gewalt im sozialen Nahraum beschäftigen, würden die Fortzubildenden in diesem Zusammenhang vor allem lernen, welche Verletzungsarten, welche genauen *Lokalisationen*, welche *Farbgebung* und welche *Formungen* für Unfälle oder Fremdeinwirkung sprechen und wie sie gerichtsfest zu dokumentieren, gegebenenfalls auch zu fotografieren wären.<sup>671</sup>

---

<sup>667</sup> Zu den pflegebezogenen Berufen, die potenziell Zeugen körperlicher Gewalt werden können, gehören neben dem Pflegepersonal im Krankenhaus und beim niedergelassenen Arzt insbesondere auch die Berufsgruppen aus der Kinder-, Alten-, Behinderten-, Betreuten- und Psychiatrischen Pflege.

<sup>668</sup> Vgl. insgesamt: Blättner, Beate / Georgy, Sascha: Qualifizierungsbedarf der Gesundheitsfachberufe, S. 171f.

<sup>669</sup> Zu dem Konzept selbst: Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany, S. 117ff.

<sup>670</sup> Vgl. nur die Gewaltleitfäden der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, online unter: [http://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013\\_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf) und Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Alte. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit älteren Patienten, online unter: [https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/arztberuf\\_familie/gewalte/broschuere.pdf](https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/arztberuf_familie/gewalte/broschuere.pdf).

<sup>671</sup> Vgl. insgesamt den Abschnitt 2.2.2.1 im zweiten Kapitel (S. 35ff).

Darüber hinaus müssten die Fortbildungen aber insbesondere auch die Folgen von *scharfer* Gewalt behandeln, die in der Regel allein in der forensischen Literatur behandelt werden. In diesem Zusammenhang müssten die Fortzubildenen befähigt werden, die verschiedenen Verletzungen anhand ihrer Wundmerkmale (*Wundränder, Wundwinkel, Wundtiefe* und *Wundgrund*) zu beschreiben. Denn nur aus diesen Informationen wäre es dem Sachverständigen im Weiteren möglich, Rückschlüsse auf die Entstehungsmechanismen und somit auf die *Art* der Verletzung sowie die Stärke des Angriffs zu ziehen.

Mit Blick auf die umstrittene (Nicht-)Verlesbarkeit der Verletzungsart (beispielsweise „Stich“, „Schnitt“ oder „Hieb“) im Rahmen der Verlesung von *ärztlichen Attesten* (§ 256 StPO bzw. § 301 uStPO) wäre es den Fortzubildenen zu vermitteln, sich eher auf eine „bloße“ Verletzungsbeschreibung auf Basis der äußeren Beschaffenheit der Wunde zu beschränken. Denn während eine rein beschreibende Feststellung „4 cm tiefe schlitzförmige Fleischwunde mit beiderseits spitzförmigen Wundwinkeln“ problemlos zu verlesen wäre, würde die Bezeichnung „Stichwunde“ (vom Gutachter zu treffende) mittelbare Aussagen zum Ursprung der Verletzung machen, die an einen senkrechten Stich durch ein Messer denken lassen. Sie wären daher nach der BGH-Rechtsprechung unter Umständen nicht verlesbar. In der Folge müssten die forensischen Pflegekräfte dann persönlich vor Gericht erscheinen, um ihre Dokumentationen zu erläutern, ein Umstand, den der Gesetzgeber mit der Schaffung des § 256 StPO gerade vermeiden wollte.

## 6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Verlesung nach § 256 StPO

In diesem Zusammenhang müsste grundsätzlich geklärt werden, wie Verletzungsdokumentationen durch forensische Pflegekräfte beweisrechtlich einzuordnen wären. Denn während sie – bei entsprechender Schulung und Zertifizierung der Pflegekräfte – inhaltlich wohl ausführlicher und exakter einzustufen wären als die von nicht forensisch tätigen Ärzten, so sind sie doch keine „ärztlichen“ Zeugnisse im Sinne des § 256 Absatz 1 Nr. 2 StGB. Sie wären gerade keine „schriftliche[n] Erklärungen eines [approbierten] Arztes [...], der darin über eigene Wahrnehmungen aus Anlass einer körperlichen Untersuchung oder Behandlung“ Tatsachen feststellt.<sup>672</sup> Sie wären daher – in Deutschland – grundsätzlich nicht als erweiterter Urkundenbeweis in das Verfahren einbringbar.<sup>673</sup> Vielmehr müsste nach dem Vorrang des unmittelbaren Beweismittels (§ 250 Satz 1 StPO) die jeweilige Pflegekraft persönlich vor Gericht erscheinen und eine Zeugenaussage machen.

---

<sup>672</sup> Vgl. Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut / Krüger, Matthias: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung, § 256, Rdnr. 30 m.w.N. Zur Definition des Arztes i.S.v. § 256 StPO vgl. §§ 2, 2a Bundesärzteordnung (BÄO).

<sup>673</sup> In Ungarn gibt es hingegen keine äquivalente Regelung zu den §§ 250, 256 StPO. Daher könnten dort durch Pflegekräfte verfasste Dokumentationen ohne Weiteres als normaler Urkundenbeweis in das Verfahren eingeführt werden.



Genau dies aber hatte der Gesetzgeber mit seinem Justizmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003 verhindern wollen, als er die Regelung des § 256 StPO deutlich ausweitete, um „gerichtliche Verfahren [...] schneller und kostengünstiger“ durchführen zu können, ohne dass hierdurch „rechtsstaatliche Garantien angetastet“ würden.<sup>674</sup> Aus diesem Grund hatte er die bestehende Regelung zum erweiterten Urkundenbeweis durch behördliche und ärztliche Zeugnisse und Gutachten auch um solche Gutachten erweitert, die durch private Sachverständige erstellt würden (§ 256 Absatz 1 Nr. 1b StPO). Damit wollte er dem Umstand Rechnung tragen, dass sich das Sachverständigenwesen im Laufe der letzten Jahrzehnte wesentlich fortentwickelt hat und die „Anzahl zuverlässiger, allgemein vereidigter Sachverständiger [...] mit Sachautorität“ in einem Ausmaß zugenommen hat, das es rechtfertigt, sie den Behördengutachten gleichzustellen.<sup>675</sup>

Wenn man eine aufwändige und kontraproduktive Praxis vermeiden möchte, in der die gut ausgebildeten, zertifizierten Pflegekräfte am Ende ihre Zeit doch eher in den Gerichtsgängen verbringen als in den Notaufnahmen und Bereitschaftspraxen, kommt man nicht umhin, sie faktisch mit den Ärzten gleichzustellen. Denn was den Ärzten aufgrund ihrer allgemein guten Ausbildung und ihrer Berufserfahrung an hohem Vertrauensvorschuss entgegengebracht wird, könnten die Pflegekräfte durch eine spezielle, anerkannte Zertifizierung ausgleichen. Dann müsste man konsequenterweise zumindest eine – auf welchen Zertifizierungskriterien auch immer beruhende – allgemeine Vereidigung als Sachverständiger andenken.

### 6.3 Fortbildungen für Ärzte

Fortbildungen zur genaueren Dokumentation von Verletzungsbildern nach forensischen Gesichtspunkten könnte es auch für Ärzte geben. In der Praxis verweisen die Landesärztekammern hier (lediglich) auf die zahlreichen Gewaltleitfäden, die es insbesondere zur Gewalt gegen Kinder, Frauen und Senioren gibt. Diese Leitfäden werden von den Landesgesundheitsministerien, den Landesärztekammern und einzelnen Gewaltschutzeinrichtungen als kostenloses Download, also zum Selbststudium, angeboten. Nur vereinzelt gibt es auch (online) zertifizierte Fortbildungen zu Verletzungsdokumentationen von beispielsweise Kleinkindern.<sup>676</sup>

Da die Ärzte aufgrund ihrer Privilegierung in § 256 StPO keine bestimmte Zertifizierung oder allgemeine Vereidigung als Sachverständiger benötigen, könnte man sie grundsätzlich anstelle einer Fortbildung auch auf das Selbststudium der Leitfäden ihrer Landesärztekammern verweisen. Allerdings käme auch hier die Vermittlung der Verletzungsmerkmale durch *scharfe Gewalt* zu kurz. Letztendlich bleibt den Ärzten daher nichts anderes übrig, als sich neben der

---

<sup>674</sup> Vgl. BT-Drucks. 15/1508 „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Justiz“, S. 12.

<sup>675</sup> BT-Drucks. 15/1508, S. 26.

<sup>676</sup> Vgl. z.B. das Angebot der Landesärztekammer Nordrhein: <https://www.aekno.de/cme/testarchiv.asp#start>.

Bereitstellung von nutzbaren Musterdokumentationsbögen in den Leitfäden auch noch der forensischen Fachliteratur zu widmen.<sup>677</sup> Das – von Ärzten in der Praxis erwartbare – Selbststudium der relevanten Inhalte löst aber noch nicht die Frage der offenen Finanzierung einer Dokumentation, die neben therapeutischen Gesichtspunkten auch forensische Aspekte beinhaltet.

Selbst wenn die öffentlichen Mittel zur Gewaltprävention eine flächendeckende Fortbildung von Pflegekräften und Ärzten zulassen sollten, wäre damit noch nicht der zusätzliche Leistungsaufwand im klinischen Alltag finanziert. Es ginge also letztendlich wieder darum, neben der öffentlichen Hand auch die Krankenhäuser, die Ärzteverbände und die Krankenkassen mit ins Boot zu nehmen und von einem gemeinsamen Engagement gegen Gewalt zu überzeugen. Vor dem Hintergrund, dass diese darauf verweisen können, dass es grundsätzlich bereits die Institution der *Gewaltschutzambulanz* gibt, dürfte sich dieser Weg als eher schwierig erweisen.

## 7 Verbesserte Dokumentationsbögen

Deutlich günstiger, wenn auch nicht an die persönliche Expertise der jeweils handelnden Beteiligten anknüpfend, wäre eine Verbesserung der Arbeitsmittel, mit denen das klinische Gesundheitswesen Körperverletzungsdelikten begegnet. Hierzu müssten die Krankenhäuser, Bereitschaftsärzte und relevanten Praxen beispielsweise mit Dokumentationsbögen ausgestattet werden, die über standardisierte Atteste, insbesondere aber auch die zahlreichen hauseigenen Anamnesebögen hinausgehen.

Auch hierfür bieten sich beispielsweise die Musterdokumentationsbögen, wie sie den Leitfäden für Gewalt gegen Kinder, Partner oder Senioren beiliegen an. Diese beinhalten zumindest mit Blick auf die für sie relevantere *stumpfe Gewalt* ausführliche Körperschemata zur Eintragung von Lokalisation und Position erlittener Verletzungen. Ein Nachteil liegt sicherlich darin, dass sie nicht auf mögliche Verletzungsmerkmale durch *scharfe Gewalt* eingehen, also gerade keine Schemata zu Wundrändern, Wundwinkeln und Wundgründen von Schnitt-, Stich- und Hiebverletzungen bieten.

Einige Einrichtungen arbeiten auch mit eigenen, sogenannten erweiterten Verletzungsdokumentationsbögen, die sie beim Verdacht auf Körperverletzungsdelikte anstelle bzw. zusätzlich zum Anamnesebogen verwenden. Diese können im Einzelfall sehr detailliert sein, wengleich auch sie auf bestimmte Wundmerkmale, insbesondere die Wundwinkel, nicht eingehen.<sup>678</sup> Die Landeskriminalämter arbeiten wiederum – bei bestimmten Deliktsarten – mit eigenen speziellen Dokumentationsbögen. So gibt es im Zuständigkeitsbereich des Landeskriminalamts Berlin beispielsweise einen allgemein gehaltenen Dokumentationsbogen

---

<sup>677</sup> Teilweise arbeiten auch die Krankenhäuser mit eigenen „erweiterten Verletzungsdokumentationsbögen“, vgl. beispielsweise das Muster im Anhang zu dieser Arbeit, Abb. 19 (S. 231). Zum Teil stellt wiederum die Forensische Fachliteratur entsprechende Bögen zur Verfügung, vgl. nur Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, vgl. wiederum das Muster im Anhang, Abb. 21 (S. 233).

<sup>678</sup> Vgl. wiederum die erweiterte Verletzungsdokumentation, Abb. 21, im Anhang zu dieser Arbeit, (S. 233).



„Antrag auf ärztliche Untersuchung“, der den Opfern von Sexualdelikten mit auf den Weg in die Notaufnahme gegeben wird.<sup>679</sup>

Die Entwicklung und Zurverfügungstellung von auf konkrete Delikte angepasste Dokumentationsbögen ist eine verhältnismäßig kostengünstige und wenig aufwändige Maßnahme. Dies gilt umso mehr, als dass die Beteiligten hierzu auf eine Reihe von Mustermaterialien in der forensischen Fachliteratur zurückgreifen können. Auch sie lösen aber nicht das Grundproblem, nämlich dass die klinischen Mediziner grundsätzlich zu einer Dokumentation nach forensischen Gesichtspunkten – nach dem oben herausgearbeiteten Umfang der Dokumentationspflicht – grundsätzlich nicht verpflichtet sind und daher ohne entsprechende Vergütung für die erbrachte Zusatzleistung nur schwer zu gewinnen wären. Zudem stellt die Benutzung von kopierten Dokumentationsbögen in Papierform, auf denen per Hand Daten und Positionen einzutragen wären, die Lesbarkeit, Archivierung und Verknüpfung mit der jeweiligen elektronischen Akte vor weitere Herausforderungen.

Allerdings gibt es es hier vielversprechende Anstrengungen auf staatlicher Seite, die Qualität von klassischen papiergestützten Dokumentationsformaten deutlich zu verbessern, ohne dabei die Praxistauglichkeit zu berühren. In der Praxis zeigt sich nämlich insbesondere das Problem, dass handschriftlich ausgefüllte Papierdokumentationsbögen mitunter schwer lesbar und einscanbar sind, aber sehr viel zeitnaher und EDV-unabhängig erstellt und daher vergleichsweise schnell an den weiterbehandelnden Arzt weitergegeben werden können. Die Bundeswehr

entwickelt vor diesem Hintergrund beispielsweise Dokumentationsformate, die vorteilhafte analoge und digitale Aspekte miteinander verknüpfen sollen. Bei der papiergestützten *Digitalen Notarzteinsatzdokumentation* (DINO) sollen die Umstände bei der Dateneingabe und Informationsweitergabe sowie die fehlende technische Infrastruktur von einigen Krankenhäusern dadurch überwunden werden, dass die Dokumentation mit einem „digitalen Stift“ auf einem „digitalen Papier“ mit kodierter Formularfläche erstellt werden und mittels eines Infrarotstrahls und einer speziellen Anwendungssoftware auch digital gelesen, schriffterkannt und an das lokale EDV-System, das Internet oder das Intranet weitergegeben werden kann.<sup>681</sup>

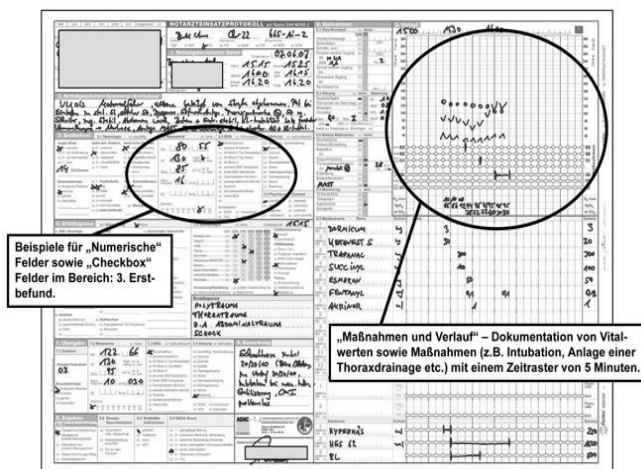


Abb. 13: Beispiel des papiergestützten digitalen Dokumentationsformats DINO<sup>680</sup>

<sup>679</sup> Vgl. beispielsweise den speziellen Dokumentationsbogen des LKA Berlin bei Verdacht auf ein Sexualdelikt, Abbildung 15, im Anhang zu dieser Arbeit, S. 221.

<sup>680</sup> Vgl. Helm, Matthias / Hauke, Jens / Schlechtriemen, Thomas / Lampl, Lorenz, a.a.O.

<sup>681</sup> Vgl. insgesamt Helm, Matthias / Hauke, Jens / Schlechtriemen, Thomas / Lampl, Lorenz: „Zurück in die Zukunft“ – die papiergestützte digitale Notarzt-Einsatzdokumentation mit Pen, S. 503ff.

In der Praxis können mit Hilfe eines solchen „digitalen Dokumentationsbogens“ sowohl die analogen, handschriftlich ausgefüllten Dokumentationsbögen als auch die vom „digitalen Stift“ eingelesenen digitalen Daten weitergegeben werden.<sup>682</sup> Wenn man den „digitalen Dokumentationsbogen“, der bei DINO immerhin über ein digitales Punkteraster von 0,3 mm Genauigkeit verfügt, auch mit Körperschemata und Musterbeispielen von speziellen Wundmerkmalen verknüpft, könnte eine entsprechende Applikation problemlos Verletzungsbeschreibungen generieren, die auch forensischen Informationsansprüchen nachkommen.<sup>683</sup> Für den dokumentierenden Arzt wären die wenigen zusätzlichen Eingaben nur mit einem minimalen Mehraufwand verbunden.

## 8 Dokumentationssoftware zur Erfassung von auch forensischen Aspekten

Bei einer zeitgerechten klinischen Dokumentation ist eine umfassende EDV-gestützte Erfassung heutzutage ohnehin unabdingbar, die nach Abschluss der Eingabe alle Diagnosen klassifiziert und alle Befunde dokumentiert bzw. mit entsprechenden Bildaufnahmen und Nebenbefunden verknüpft und in einer Datenbank speichert. Entsprechende – eigene – interne oder online-Computerfassungen gibt es bei allen größeren Krankenhausträgern.

Die Vorteile der gängigen Dokumentationsprogramme liegen neben einer besseren Lesbarkeit und Archivierbarkeit darin, dass es – durch mehrfaches Durchklicken – möglich ist, einzelne Körperregionen im Großformat aufzurufen. Dadurch lässt sich die die Lokalisation von Verletzungen noch enger eingrenzen und die Verletzungen noch detaillierter beschreiben. Auch die Diagnosen sind durch ihre Standardisierung leichter zu dokumentieren, wengleich die meisten Programme eher allgemein bleiben (beispielsweise durch die einfache Diagnose „Beckenfraktur“, ohne eine genaue Beschreibung der Art der Fraktur – etwa „Spiralbruch“ oder „Trümmerbruch“ zu liefern oder aber weitere Verletzungsmerkmale wie die Lokalisation, die Bruchstelle, oder Wundmerkmale festzuhalten, obwohl

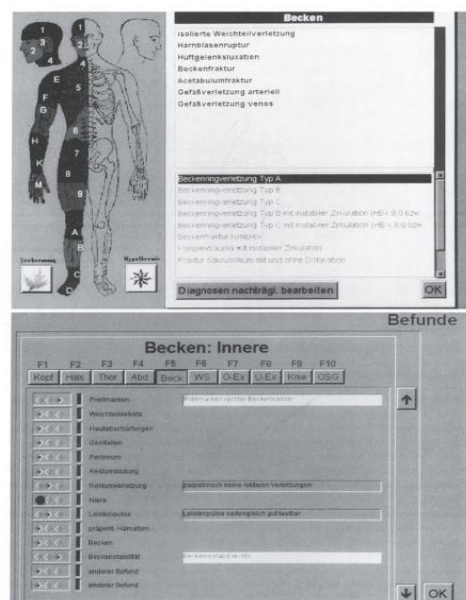


Abb. 14: Beispiel einer klinischen Dokumentationssoftware<sup>684</sup>

<sup>682</sup> Das Dokumentationsformat DINO wurde vor allem bei der präklinischen Notfallmedizin der Bundeswehr-Luftrettung erfolgreich getestet.

<sup>683</sup> Zum technischen Aufbau von DINO vgl. Hauke, Jens / Holz, Joachim / Helm, Matthias / Renner, Dominik Alexander / Schlechtriemen, Thomas / Beckmann, Marcus: Die papiergestützte digitale Notarztsatzdokumentation, Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 01/2009, a.a.O.

<sup>684</sup> Beispiel mit Beschreibung bei Tscherne, Harald / Regel, Gerd / Wipperman, Burkhard / Hüfner, Tobias: Tscherne Unfallchirurgie. Trauma-Management, S. 43.

dies für die Rekonstruktion der Krafteinwirkung notwendig wäre). Im Ergebnis bieten daher auch die gängigen klinischen Softwareprogramme keine ausführliche Beschreibung nach forensischen Gesichtspunkten. Insbesondere bietet eine klinische Dokumentationssoftware keinen Raum für die Beschreibung von Wundrändern, Wundwinkeln, Wundumgebung sowie der Tiefe, Breite und Farbe der Verletzungen oder die Verknüpfung mit Position und Richtung von einzelnen Verletzungen.

Zum Zwecke einer möglichst kostengünstigen Lösung für die – digitale – Erfassung beider, klinischer und forensischer Verletzungsdaten bei Unfällen und Körperverletzungsdelikten, wird zurzeit auch an der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs geforscht. Hier wird eine spezielle Software entwickelt, die eine möglichst effektive und gründliche Dokumentation erstellen soll, die unverändert und damit anstelle des Schaubefundes in das Strafverfahren eingeführt werden könnte.<sup>685</sup> Damit der forensische Mehraufwand für die behandelnden Ärzte so gering wie möglich ausfällt, liegt auch hier ein Schwerpunkt der Software bei deren Benutzerfreundlichkeit.

Während es in Ungarn vor allem darum geht, eine Software zu entwickeln, die auf verschiedenste Betriebssysteme unterschiedlicher Versionen ausgerichtet ist, liegen die Herausforderungen bei der möglichen Einführung im deutschsprachigen Raum vor allem bei der online-Bereitstellung unter Beachtung hoher datenschutzrechtlicher Anforderungen und der Verknüpfung mit größeren Dateien, beispielsweise hochauflösenden Bilddateien.

Für den Anwender, den Arzt im klinischen Alltag, soll die Nutzung der Software in erster Linie die Befunderhebung, Diagnose und ICD-Verschlüsselung zu therapeutischen Zwecken erleichtern. Die forensischen Gesichtspunkten folgende Nebendokumentation soll ihm mit einem minimalen Mehraufwand ermöglicht werden und quasi „im Hintergrund“ ablaufen. Für die erfolgreiche Umsetzung einer solchen Software, müssten sich wiederum die Kosten für die Entwicklung und den zu vergütenden Mehraufwand der Ärzte in einem Rahmen bewegen, der es für die beteiligten Krankenhäuser, Arztpraxen, Krankenkassen und Gewaltschutzprojekte (noch) attraktiv macht, sich auch finanziell einzubringen.

Vor diesem Hintergrund werden neben klinischen Ärzten und Forensikern auch die Krankenkassen und Gewaltschutzambulanzen bei der Entwicklung der Software mit einbezogen.

---

<sup>685</sup> Vgl. insgesamt Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters], S. 14.

## 9 Ausblick und Danksagung

Eine möglichst ausführliche klinische Dokumentation von Körperverletzungsdelikten erleichtert dem Rechtsmediziner und den Strafermittlungsbehörden nicht nur die Arbeit bei der Ermittlung für und gegen den Beschuldigten. In bestimmten Konstellationen entscheidet sie überhaupt erst über die Strafbarkeit, regelmäßig auch über das Strafmaß des Täters.

Das Hauptaugenmerk bei der Verbesserung von Dokumentationsformaten zu Verletzungsdelikten ist auf eine möglichst genaue Beschreibung der Verletzungsmerkmale und Nebenbefunde, insbesondere die Lokalisation und Position der Verletzungen, Angaben zu den Wundmerkmalen, zur Wucht und Tiefe von Hieb- Stich- und Schnittverletzungen sowie auf die unzweideutige Verwendung der relevanten Termini zu richten. Gerade nach Versorgung und Ausheilung der Verletzungen können Sachverständige und Tatgericht einen zweifelsfreien Tathergang häufig nur noch auf Grundlage der Dokumentation des erstversorgenden Arztes rekonstruieren.

Man kommt daher gar nicht umhin, dem Thema auch in der Praxis mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Im Idealfall gäbe es auch in Deutschland und Ungarn in naher Zukunft eine Berufsgruppe ähnlich den *forensic nurses*, die flächendeckend in den Notaufnahmen der Krankenhäuser eingesetzt würden. Naheliegender mögen die Kompetenzerweiterung von Durchgangsärzten oder einrichtungsinterne Fortbildungen besonders engagierter Einrichtungen sein. Aber auch mit einfacheren, insgesamt effizienteren analogen oder digitalen Dokumentationsformaten wäre schon ein Stück weit Abhilfe geschaffen.

Die Bemühungen, die sich unfraglich in den zahlreichen Gewaltleitfäden der Landesgesundheitsministerien und Landesärztekammern zeigen, machen deutlich, dass diese Aufgabe letztendlich vom Staat dirigiert werden muss, beispielsweise aus den Töpfen für Gewaltprävention. Da aber auch die anderen Beteiligten, etwa die regressberechtigten Krankenkassen und die einschlägig betroffenen Ärztenverbände ein nicht zu vernachlässigendes Interesse an einer „gerichtsfechteren“ Dokumentation haben sollten, wäre es wohl interessengerecht, sie alle gemeinsam an den Tisch zu holen und an einer gemeinsamen Lösungsfindung inhaltlich und finanziell teilhaben zu lassen. Dass dies in der Praxis möglich ist, zeigt beispielsweise die gemeinsame Kraftanstrengung von Politik, Krankenhaus-, Ärzte- und Krankenkassenverbänden beim jüngsten Krankenhausstrukturgesetz

An der möglichen Behebung von Dokumentationsfehlern wird aber auch in der Forschung intensiv gearbeitet, insbesondere auch an der Medizinischen Fakultät meiner Heimuniversität Pécs. Auch die vorliegende Arbeit soll vor diesem Hintergrund ihren wissenschaftlichen Beitrag zu diesem Vorhaben leisten.

Ich habe im Laufe der vergangenen zwei Jahre viel Unterstützung, Hilfe und Verständnis seitens meiner Familie, meiner Freunde und nicht zuletzt auch meiner Kollegen erfahren, ohne die ich die Dissertation weder anfangen noch beenden hätte können. Ihnen und Euch allen möchte ich vom ganzen Herzen meinen Dank aussprechen!

Danken möchte ich insbesondere meiner sehr lieben und engagierten Freundin und Kollegin von der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs, Frau Dr. Katalin Fogarasi, von der ich neben einer umfassenden fachlichen Beratung auch das viele Forschungsmaterial aus der Praxis zur Verfügung gestellt bekommen habe. Meinen beiden Betreuern, Herrn Prof. Dr. László Korinek und Herrn Dr. habil. László Köhalmi, danke ich herzlich für die fachliche Betreuung und die Möglichkeit, am Lehrstuhl zu forschen und zu publizieren.

Für das große freiwillige Engagement außerhalb ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit hinaus möchte ich den vielen Praktikern danken, die mich in unzähligen Emails und Gesprächen über die Herausforderungen und Handhabungen in der Praxis informiert haben. Hierzu gehören insbesondere Prof. Dr. István Bajnóczky, Prof. Dr. Thomas Riepert und Dr. Péter Gergely von den Rechtsmedizinischen Instituten Pécs, Mainz und Debrecen; Dr. Philipp Hoffmann und Dr. Johann Ahn vom Sankt Gertrauden-Krankenhaus und der Charité Berlin sowie Dr. Melinda Becker und Dr. Dalma Hubay von den Staatsanwaltschaften Szigetvár und Pécs. Frau Rechtsanwältin Manuela Stiewe von der Regressabteilung der BARMER Ersatzkasse und Herrn Kriminalhauptkommissar Frank Gabriel vom Landeskriminalamt Berlin danke ich für den informativen Einblick in die Praxisprobleme und -lösungen bei der Beschaffung von gerichtsverwertbaren Dokumentationen.

Meiner lieben Freundin und Kollegin Dr. habil. Tímea Drinóczi danke ich herzlich dafür, dass sie mich sicher durch das ungarische System der Doktorandenschulen gelotst hat. Beim Lektorenprogramm des DAAD möchte ich mich dafür bedanken, dass es mir finanziell den Lebensunterhalt für die letzten Jahre gesichert und den Zugang zu umfangreichen Datensammlungen ermöglicht hat.

Last but not least möchte ich mich bei meinem Partner Can für seine überstrapazierte Geduld bedanken.

Pécs, im Januar 2017

*Philipp Matthias Schneider*

## **Goal of the dissertation**

The dissertation analyses the general importance of clinical documentation on bodily harm in the context of German and Hungarian criminal proceedings. The author intends to raise awareness of possible legal consequences occurring due to – from a forensic point of view – insufficient or even erroneous Medical Diagnostic Reports on Injuries (MDRI). In general, MDRI provide „the basis“ for the forensic assessment of the degree and type of injuries as well as the weapon involved in the case of a criminal procedure. As there is no autopsy if the victim survives, the forensic experts and the prosecution would be dependent on the findings and the diagnosis made by the physicians, as the wounds suffered could regularly not be used as evidence anymore. Lacks or errors in the original documentation can hardly be corrected a posteriori, if the injuries have been treated and the healing process has begun. As a result, if the expert cannot make an unambiguous statement due to poor documentation, he fails to provide evidence at all and it can only be hoped that there is still other evidence such as witnesses or visual objects available to examine the case. To avoid this risk, the author finally elaborates the challenges and possible solutions for the existing problems with insufficient documentation.

## **Material and Method**

The dissertation begins with a general study on the legislative situation in Germany and Hungary together with a comparative analysis of legal differences and possible shortcomings. It presents detailed criteria for the application of reporting rights / duties and the enforcement of coercive measures in the context of assessment, utilisation and admissibility of evidence. For the practical part, the author analyses authentic case files based on a large-scale corpus analysis of 449 Hungarian and German MDRI and their related forensic expert opinions which were provided by the University Departments and Institutes of Forensic Medicine of Pécs, Debrecen, Győr, Kaposvár, Veszprém (Hungary) and Freiburg and Mainz (Germany), from the period between 1995 and 2011. The corpus belongs to a linguistic study made at the Medical School of the University of Pécs in 2012. The forensic files deal with soft tissue injuries stemming from physical violence in the context of bodily harm. The files were anonymized and processed in txt file format and examined using the function Key Word in Context (KWIC) of the concordance software WordSmith 5.0. For any statistical analysis, SPSS statistical software as well as the method of manual contrastive analysis were used. Furthermore, interviews with experts from this field (physicians, forensic experts, prosecutors) have found their way into this work.

## **Summary and results**

The first chapter deals with a general introduction into the topic and, in particular, the relevance of documentation on soft tissue injuries caused by blunt and sharp violence. The said injuries can heal up or change quickly once they have been nursed. Therefore, as a forensic expert would not be able anymore to make own specific findings on the wounds, an original - sufficient - clinical description becomes essential for the further criminal proceeding.

The second chapter first intends to provide details on the physician's documentation obligations, in particular which medical information is essential from a legal, thus therapeutic point of view and which concrete information would be desirable from a forensic point of view. As there are extensive reporting obligations for (serious) bodily harm in Hungary, Hungarian physicians would need more precise guidelines to meet their reporting requirements. Therefore, unlike in Germany, the Hungarian National Forensic Institute provides a special form of forensic finding (the so-called *látlelet*), which shall help to describe a wound according to forensic aspects. In Germany, on the other hand, due to an absence of reporting obligations, there is not yet adequate awareness of the importance of detailed wound descriptions for legal matters. However, as they have certain voluntary reporting rights in Germany for doctors dealing with child abuse or emergency situations, which can not be avoided otherwise, the German Medical Associations provide specific forms for the documentation of domestic violence caused by blunt violence. Beyond these cases, in which the doctor has a duty / right to report, in both countries, in Germany as well as in Hungary, the doctor-patient relationship is protected by a comprehensive duty of secrecy, which is also reflected in the right to refuse to give evidence and in the prohibition of seizure at the physician's place.

The third chapter of the thesis attends to the introduction and utilization of the documentation in criminal proceedings and to its importance as legal evidence at the various stages of the proceeding: during the preliminary police investigation, during the formal investigation procedure and in the scope of the intermediate and the main court proceedings. Due to the fact, that physicians generally are subject to the principle of confidentiality, MDRIs are usually included in the case files by means of a voluntary surrender by the victim, who in the same time releases the physician from his obligation of secrecy. The documents (in form of a doctor's note or a copy of the medical findings) will then serve as evidence for the further proceeding: they can be used immediately as a documentary evidence or they can build the basis for the expert's opinion. In Hungary, the authorities may even oblige the doctors to provide all relevant documents concerning (grievous) bodily injuries to them.

On the basis of the criminal procedure codes, the authorities in both countries, in Germany and in Hungary, can also obtain the documents against the patient's will by (house) search and seizure. Even though the requirements for such coercive measures, according to the law, are not excessively high, it is obvious, that in a rule-of-law state, in practice, they cannot be initiated without certain restrictions. This is all the more true if the measures are directed against an uninvolved third party or even against the victim himself. In balancing the question of whether coercive measures are proportionate, the interests of the state and the person concerned are diametrically opposed. In particular, the state's interest in an efficient prosecution and the personality rights of the person concerned have to be carefully weighed against each other in each individual case. For this reason the chapter also covers concrete criteria to determine the extent to which coercive measures against (a) the perpetrator (accused), (b) the victim (witness), and (c) the physician (expert witness) are still appropriate and proportionate.

The chapter closes with a description, how the clinical documentation would be used in the main court proceeding's hearing of evidence, either as documentary evidence, as basis for the expert's opinion or as a mean to confront a witness / the accused with various inconsistencies in his preliminary statements. In this context, the thesis also discusses the evidential value of the clinical documentation, in comparison to the other existing means of evidence, especially statements of witnesses.

In the fourth chapter practical examples of actual cases are used to illustrate how the use of insufficient description of injury characteristics or inconsistent terminology might impair the work of the investigation authorities as well as jurisdiction. For this purpose a corpus of 449 actual case files was examined. It turned out that the clinical documentation of numerous injuries was insufficient and the use of terms was often not precise enough to facilitate an exact forensic assessment. In particular, in almost 14 per cent of cases (Hungary) and almost 20 per cent of cases (Germany), the forensic expert had to point out that due to insufficient clinical documentation, the original injury could not – or only to a certain degree – be reconstructed. Three typical mistakes were revealed as causes of limited forensic assessability: the absence of essential characteristics of the injuries (width, length, depth, colour, direction and in connection with wounds also their base, edges, side-walls, margins and surroundings), an inadequate use of ICD-codes and the inconsistent use of terms (deriving from the different use of terminology in the common parlance, in the surgery, and in the forensic medicine).

The lack of information has several legal consequences. In particular, the Hungarian Criminal Code (§ 164) distinguishes between slight bodily harm and grievous bodily harm on the basis of whether the injury suffered needs less or more than eight days to heal. If the clinical documentation does not allow any conclusions to be drawn to the comprehensive injury picture it is obvious that judgment biases are inevitable. The same is true for the German distinction between slight bodily harm (§ 223 German Criminal Code) and bodily harm by dangerous means (§ 224 German Criminal Code), often based on the nature of the used tool. For this distinction it is essential to consider the edges, the side-walls and the margins of the wound. Furthermore, an exactly described localisation, direction and depth could help to clear, if the facts portrayed in the patient's statement are true or not, thus if an injury was really caused by someone else or by the patient himself. In addition, they help to determine if the offender acted with intent to hurt or even intent to kill. E.g. a deep wound in the upper body caused by a sharp tool rather suggests that the offender used fierce violence and therefore presumably intended to kill, meanwhile several wildly arranged, less deep wounds rather indicate a fighting with – in dubio pro reo – no intent to kill.

Last but not least, the practical examples deal with the erroneous or inconsistent use of terms for injury patterns such as chop, stab and incision in the studied documentations. A confusion of the terms chop [vágás] and incision [metszés] in Hungarian MDRI's or stab [Stich] and incision [Schnitt] in German MDRI's will regularly present a false picture of the offense in



question. As a result, the criminal investigation authorities might regularly be led in the wrong direction, regarding both the question which crime was committed and which punishment could be an adequate answer to the crime. E.g., in the Hungarian official assessment tables, slight incisions are typically classified as slight bodily harm while chops, which are typically caused by a forceful impact, lead to deeper injuries which would usually not heal within eight days. Furthermore, a chop or a stab into the upper body suggest that the offender acted with conditional intent to kill or at least accepted serious injuries.

The fifth chapter summarises the results and then addresses and elaborates the challenges for the criminal prosecution and possible solutions for the existing problems with inadequate MDRI's.

## **Conclusion**

As there is no obligation for – German – physicians to report cases of bodily harm to the authorities, the state can not force, but only convince the doctors to voluntarily make a documentation, that also takes forensic aspects into account. While the well established and successful Anglo-American institution of forensic nursing is a very expensive and thus rather improbable solution for the near future, there are several other means to increase the quality of clinical documentation in a relatively short period of time. In bigger university cities in both countries, in Germany and in Hungary, they have the institution of a Forensic Outpatient Clinic [*Forensische Ambulanz*] that facilitates direct examination of the injured by a forensic expert. Unfortunately, these clinics usually do not provide medical care and they are not located close to the first-aid station, but to the Forensic Departments. This is why they are rather an appropriate solution for victims of regular domestic violence than for victims which need immediate medical care (by the time a forensic expert would get to the hospital in order to make an adequate documentation the suffered wound would have been sutured, concealing important signs and features about the assault). In Germany, the existing specialised accident insurance doctors [*Durchgangärzte*] could be trained in extended documentation for forensic purposes and involved in such cases that obviously will lead to criminal investigation. That would require a broad discussion about the question, if doctors doing clinical work should serve law enforcement purposes and on which basis they would be compensated for their work.

A relatively cheap, feasible and workable solutions in the short term is the supply of more detailed documentation forms, as is provided for cases of child abuse and other domestic violence by blunt violence. Such forms would require the implementation of further additional essential characteristics for the documentation of injuries caused by sharp violence (in particular the description of the base, edges, side-walls, margins and surroundings of wounds). Furthermore, as clinical doctors are not legally obliged to make a documentation that also takes forensic aspects into account, a system would have to be elaborated, that regulates the financial compensation for the extra work. In practice, this could be done by an agreement between the



- Bentley Cewe, Bonnie R.: Overview of the American Justice System. In: Hammer, Rita M. / Moynihan, Barbara / Pagliaro, Elaine M. (Hrsg.): Nursing. A Handbook for Practice. Jones and Bartlett Publishers, Boston/Toronto/London/Singapore, 2006, S. 175-216.
- Betz, Peter / Eisenmenger, Wolfgang: Zur Dokumentation von Verletzungen. In: Der Unfallchirurg, Heft 09/1993, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1993, S. 493-496.
- Beulke, Werner: Die Unmittelbarkeit der Beweisaufnahme in der Hauptverhandlung. In: JA (Juristische Arbeitsblätter), Heft 11/2008, Verlag Vahlen, München, 2008, S. 758-763.
- Beyerle, Beatrix: Rechtsfragen medizinischer Qualitätskontrolle. Eine rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Untersuchung zu Haftung, Datenschutz, Sektionen und prozessualer Verwertbarkeit. C.F.Müller Verlag, Heidelberg, 2004.
- Biswas, Gautam: Review of Forensic Medicine and Toxicology. Including Clinical & Pathological Aspects. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi/Panama City/London, 2012.
- Blättner, Beate / Georgy, Sascha: Qualifizierungsbedarf der Gesundheitsfachberufe: Verantwortung für eigene Entscheidungen übernehmen können. In: Matzick, Sigrid (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Juventa Verlag, Weinheim/München, 2008, S. 159-178.
- Blum-Maurice, Renate: Die Kinderschutz-Zentren – Konzept und Praxis hilfeorientierten Kinderschutzes. In: Deegener, Günther / Körner, Wilhelm (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Verlag Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag, 2005, S. 658-680.
- Bodor, Tibor / Csák Zsolt / Máziné Szepesi Erzsébet / Somogyi Gábor / Varga Zoltán: Nagykomentár a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényhez [Online Großkommentar zum ungarischen Strafverfahrensrecht, dem Gesetz XIX aus dem Jahr 1998], Complex Jogtár, Budapest, Stand Januar 2016.
- Böcker, Werner / Denk, Helmut / Heitz, Philipp U. / Moch, Holger: Pathologie. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München/Jena, 2008.
- Böhm, Ulrike / Hirsch, Wolfgang / Wutz, Simone / Kleemann, Werner Johann: Kindesmisshandlung. Untersuchung, Dokumentation und Bewertung. In: Kinder- und Jugendmedizin, Heft 02/2006, Schattauer Verlag, Stuttgart, 2006, S. 107-113.
- Brögelmann, Jens: Methodik der Strafzumessung. In: Juristische Schulung (JuS), Heft 09/2002, Verlag C.H.Beck, München, 2002, S. 903-908.
- Bünte, Hermann / Bünte, Klaus: Das Spektrum der Medizin. Illustriertes Handbuch von den Grundlagen bis zur Klinik. Schattauer Verlag, Stuttgart/New York, 2004.
- Bundesministerium des Innern (BMI): Polizeiliche Kriminalstatistik 2015. Berlin, 2016. Online unter: [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2016/pks-2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2016/pks-2015.pdf?__blob=publicationFile) [31.12.2016].
- Bundeministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin, 2002. Online unter: [http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/kjb/data/download/11\\_Jugendbericht\\_gesamt.pdf](http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/kjb/data/download/11_Jugendbericht_gesamt.pdf) [31.12.2016].
- Burgheim, Joachin / Friese, Hermann: Merkmale vorgetäuschter Sexualdelikte. In: Die Kriminalpolizei. Zeitschrift der Gewerkschaft der Polizei. Internet-Ausgabe 03/2009, Verlag Deutsche Polizeiliteratur, Berlin, 2009. Online unter: <http://www.kriminalpolizei.de/ausgaben/2009/maerz/detailansicht-maerz/artikel/merkmalevorgetaueschter-sexualdelikte.html> [31.12.2016].
- Buris, László: Az igazságügyi orvostan kézikönyve [Handbuch der Rechtsmedizin], Verlag Medicina, Budapest, 1991.
- Clages, Horst (Hrsg.) und Bearbeiter: Der rote Faden. Grundsätze der Kriminalpraxis. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 2004.

Constantino, Rose E. / Crane, Patricia A. / Young, Susan E.: Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice. F.A. Davis Company, Philadelphia, 2013.

Cottier, Hans (Hrsg.) und Mitarbeiter: Pathogenese. Ein Handbuch für die ärztliche Fortbildung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 1980.

Csink, Lóránt / Schanda, Balázs / Varga, András Zsolt: The Basic Law of Hungary – A First Commentary. Clarus Press, Dublin, 2012.

Daniels, Jürgen: Die Ansprüche des Patienten hinsichtlich der Krankenunterlagen des Arztes. In: Neue Juristische Wochenzeitung (NJW), Heft 09/1976, Verlag C.H.Beck, München, 1976, S.345-349.

Deegener, Günther: Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In: Deegener, Günther / Körner, Wilhelm (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Verlag Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag, 2005, S. 37-58.

Dencker, Friedrich: Verwertungsverbote und Verwendungsverbote im Strafprozess. In: Eser, Albin / Goydke, Jürgen / Maatz, Kurt Rüdiger u.a. (Hrsg.): Strafverfahrensrecht in Theorie und Praxis, Festschrift für Lutz Meyer-Gößner zum 65. Geburtstag. Verlag C.H.Beck, München, 2001, S. 237-256.

Der Polizeipräsident in Berlin und Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (Hrsg.): Polizeiliches Handeln in Fällen häuslicher Gewalt. Leitlinien. Berlin, 2001. Online unter: [http://www.big-berlin.info/sites/default/files/medien/polizeiliche\\_leitlinien.pdf](http://www.big-berlin.info/sites/default/files/medien/polizeiliche_leitlinien.pdf) [31.12.2016].

Dettmeyer, Reinhard: Medizin und Recht für Ärzte. Grundlagen – Fallbeispiele – Medizinrechtliche Fragen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2001.

Dettmeyer, Reinhard B. / Schütz, Harald F. / Verhoff, Marcel A.: Rechtsmedizin. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2014.

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.v. (Hrsg.): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und – vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. Version 2013, Berlin/Kassel/Bonn, 2013. Online unter: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/KSGLeitfaden1420130923.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/KSGLeitfaden1420130923.pdf) [31.12.2016].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) und Bearbeiter: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Version 2014, bearbeitet von Bernd Graubner. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2014.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung, Ausschussdrucksache 18(14)0125(6) des Deutschen Bundestags vom 25.08.2015. Online unter: [https://www.bundestag.de/blob/386082/220058e9cadd9468\\_dda062fc69178\\_fdb/deutsche-krankenhausesellschaft-e-v-dkg-data.pdf](https://www.bundestag.de/blob/386082/220058e9cadd9468_dda062fc69178_fdb/deutsche-krankenhausesellschaft-e-v-dkg-data.pdf) [31.12.2016].

Deszö, Márta / Somody, Bernadette (Hrsg.) und Mitarbeiter: Constitutional Law in Hungary. Kluwer Law International, Austin/Boston/Chicago/New York/Alphen aan den Rijn, 2010.

Dlugosch, Sandra: Mittendrin oder nur dabei? Miterleben häuslicher Gewalt in der Kindheit und seine Folgen für die Identitätsentwicklung. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010.

Dölp, Michael: Der Sachverständige im Strafprozess. Gedanken über eine nachhaltige strukturelle Veränderung im Verfahrensrecht. In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 07/2004, Verlag C.H.Beck, München, 2004, S. 235-237.

Dörfler, Hans / Eisenmenger, Wolfgang / Lippert, Hans-Dieter / Wandl, Ursula (Hrsg.) und Bearbeiter: Medizinische Gutachten. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2015.

Eisenberg, Ulrich: Kriminologie. Verlag C.H.Beck, München, 2005.

Eisenberg, Ulrich: Beweisrecht der StPO. Spezialkommentar. Verlag C.H.Beck, München, 2008.

Eisenberg, Ulrich / Conen, Stefan: Legalitätsprinzip im gerichtsfreien Raum? In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Heft 31/1998, Verlag C.H.Beck, München, 1998, S. 2241-2249.

- Eisenmenger, Wolfgang / Betz, Peter: Das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse – Ärztliche Atteste auf dem Prüfstand. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 03/1993, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1993, S. 126-129.
- Elberling, Björn: Critical Approaches to the law. Eine Schatzkarte. In: Forum Recht, Online-Zeitschrift, Heft 02/2005, Berlin/Marburg 2005, S. 40-44.
- Engelhardt, Karin: Schuldfähigkeitsbegutachtung und Strafurteil. Shaker Verlag, Aachen, 1995.
- Eschelbach, Ralf / Geipel, Andreas: Beweis- und Zurechnungsfragen bei der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit durch Verkehrsunfälle mit Blick auf HWS-Distorsionen. In: Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht (NZV), Heft 10/2010, Verlag C.H.Beck, München, 2010, S. 481-489.
- Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich / Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich / Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.) und Bearbeiter: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Verlag Hans Huber, Bern, 2010.
- Fenyvesi, Csaba: Development tendencies and perspectives of forensic science. In: Jurisprudencija, Heft 65/57, Mykolas Romeris University, Vilnius/Kauna, 2005, S. 7-15.
- Finger, Thorsten: Prozessuale Beweisverbote – Eine Darstellung ausgewählter Fallgruppen. In: Juristische Arbeitsblätter (JA), Heft 07/2006, Verlag Vahlen, München, 2006, S. 529-539.
- Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch und zu den Nebengesetzen. Verlag C.H.Beck, München, 2012.
- Flautner, Lajos / Sárváry, András (Hrsg.) und Bearbeiter: A sebészet és traumatológia tankönyve [Lehrbuch der Chirurgie und Traumatologie]. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2003.
- Fogarasi, Katalin: Limited Forensic Assessability of Soft Tissue Injuries, Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnostic Reports. Dissertation an der Universität Pécs, Pécs, 2012.
- Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp: Sérülések terminológiájának tridiszziplináris oktatása egy terminológiai kutatás eredményeinek közvetlen alkalmazásával [Tridiszziplinärer Ansatz bei der Anwendung von terminologischen Forschungsergebnissen bei der Vermittlung der Terminologie von Verletzungen]. In: Bocz, Zsuzsanna (Hrsg.): Porta Lingua 2015. Szaknyelvoktatók és –Kutatók Országos Egyesülete, Budapest, 2015, S. 107-118.
- Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren]. In: Magyar Orvosi Nyelv, Heft 02/2014, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2014, S. 78-81.
- Frank, Jerome: Courts on Trial: Myth and Reality in American Justice. Princeton, 1949.
- Frommel, Monika: Feministische Kriminologie. In: Liebl, Karlhans (Hrsg.): Kriminologie im 21. Jahrhundert. Studien zur Inneren Sicherheit. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2007, S. 107-123.
- Fuchs, Ingrid: Gutachter sieht keinen Beweis für Misshandlungen. Online-Artikel in: Süddeutsche Zeitung (SZ) vom 18.07.2014, Süddeutscher Verlag, München, 2014. Online unter: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/prozess-gegen-gustl-mollath-gutachter-sieht-keinen-beweis-fuer-misshandlungen-1.2052518> [31.12.2016].
- Gaál, Csaba (Hrsg.) und Bearbeiter: Sebészet [Chirurgie]. MEDICINA könyvkiadó, Budapest, 2012.
- Gamble, Emily: Emergency Department Screening for Domestic Violence. In: Popular Government back issue: Volume 66, Nr. 3, UNC School of Government, Chapel Hill, 2001, S. 39-43.
- Gaus, Wilhelm: Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information Retrieval. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2000.
- Gergely, Péter: Egy csokor látlelet [Eine Palette von Schaubefunden]: „Constats – or what can we do with medical documents?“ im Rahmen des Forums für Nachwuchswissenschaftler in der Rechtsmedizin (FIOF) 2016 in Szeged, in Veröffentlichung.
- Gerson, Oliver Harry: Das Recht auf Beschuldigung – Strafprozessuale Verfahrensbalance durchkommunikative Autonomie. Walter de Gruyter, Berlin/Boston, 2016.

Gilliéron, Gwladys: Public Prosecutors in the United States and Europe. A Comparative Analysis with Special Focus on Switzerland, France, and Germany. Springer-Verlag, Cham/Heidelberg/New York/Dordrecht/London, 2014.

Gönczöl, Katalin / Kerszi, Klára / Korinek, László / Lévy, Miklos: Kriminológia-Szakkriminológia [Kriminologie-Fachkriminologie]. CompLex Kiadó / Wolters Kluwer, Budapest, 2006.

Görgen, Thomas / Kreuzer, Arthur / Nägele, Barbara / Krause, Sabine: Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenreihe, Band 217. Hohlhammer Verlag, Stuttgart/Berlin/Köln, 2002.

Graf, Jürgen-Peter (Hrsg.) und Bearbeiter: Beck'scher Online-Kommentar zur Strafprozessordnung, mit RiStBV und MiStra. Verlag C.H.Beck, München, 2015.

Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin (Hrsg.) und Bearbeiter: Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Springer-Verlag, Wien/New York, 2013.

Haas, Peter: Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakten. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2005.

Habschick, Klaus: Erfolgreich Vernehmen. Kompetenz in der Kommunikations-, Gesprächs- und Vernehmungspraxis. Kriminalistik Verlag, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2012.

Haderthauer, Christine / Duttge, Gunnar: Befreiung von der Schweigepflicht zu Gunsten des Kinderschutzes? In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 05/2009, Verlag C.H.Beck, München, 2009, S. 159-160.

Haller, Klaus / Conzen, Klaus: Das Strafverfahren. Eine systematische Darstellung mit Originalakte und Fallbeispielen. Verlag C.F.Müller, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2014.

Hammer, Rita M. / Moynihan, Barbara / Pagliaro, Elaine M. (Hrsg.) und Bearbeiter: Forensic Nursing - A Handbook for Practice. Jones and Bartlett Publishers, Boston/Toronto/London/Singapore, 2006.

Hanti, Péter: Kommentár az egészségügyi adatvédelmi törvényhez [Kommentar zum Gesetz über den Datenschutz im Gesundheitswesen]. Wolters Kluwer CompLex Kiadó, Budapest, 2013.

Hannich, Rolf (Hrsg.) und Bearbeiter: Karlsruher Kommentar zur Strafprozessordnung. Verlag C.H.Beck, München, 2013.

Hauke, Jens / Holz, Joachim / Helm, Matthias / Renner, Dominik Alexander / Schlechtriemen, Thomas / Beckmann, Marcus: Die papiergestützte digitale Notarzteinsatzdokumentation. Ein Konzept auch für die Bundeswehr. In: Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 01/2009, online unter: <http://www.wehrmed.de/article/1250-die-papiergestuetzte-digitale-notarzteinsatzdokumentation.html>.

Hautzinger, Zoltán / Herke, Csongor / Mészáros, Bence / Nagy, Mariann: Studia Hungarica – Einführung in das ungarische Strafverfahrensrecht. Schenk Verlag, Passau, 2008.

Hellmann, Uwe: Strafprozessrecht. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2006.

Helm, Matthias / Hauke, Jens / Schlechtriemen, Thomas / Lampl, Lorenz: „Zurück in die Zukunft“ – die papiergestützte digitale Notarzt-Einsatzdokumentation mit Pen. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin, Heft 46/2009, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2009, S. 503-509.

Hermanns, Peter M. / Schwartz, Enrico (Hrsg.) und Tiling, Thomas / Hoffmann, Karl-Heinz: UV-GOÄ 2015 Kommentar. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Kommentierter Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung und Abrechnung der Ärzte. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2015.

Herrmann, Bernd: Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlungen. In: Deegener, Günther / Körner, Wilhelm (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Verlag Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag, 2005, S. 446-465.



Herrmann, Bernd / Banaschak Sybille / Thyen, Ute / Dettmeyer, Reinhard: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2016

Hertz Hattis, Shana (Hrsg.): Crime in the United States 2016. Bernan Press, Lanham/Boulder/New York/London, 2016.

Herzog, Felix: Hände weg von der ärztlichen Schweigepflicht. In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 04/2015, Verlag C.H.Beck, München, 2015, S. 121-122.

Hirner, Andreas / Weise, Kuno: Chirurgie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2008.

Hönicke, Ellen: Erschließung von Krankenakten. In Gaus, Wilhelm (Hrsg.): Ausbildung in Medizinischer Dokumentation, Statistik und Datenverarbeitung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 1980, S. 74-77.

Hörl, Josef / Spannring, Reingard: Gewalt gegen alte Menschen. In: Österreichisches Institut für Familienforschung / Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser / Kinderschutzzentrum Wien (Hrsg.): Gewalt in der Familie. Gewaltbericht 2001, Wien, 2001, S. 305-344. Online unter: [http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere\\_Publikationen/Langfassung\\_Gewaltbericht\\_2001.pdf](http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/Langfassung_Gewaltbericht_2001.pdf) [31.12.2016].

Hoffmann, Jens / Küken-Beckmann, Heike / Voß, Hans-Georg W.: Stalking und häusliche Gewalt aus psychologischer Sicht. In: Familie, Partnerschaft, Recht (FPR), Heft 05/2011. Verlag C.H.Beck, München, 2011, S. 211-213.

Houck, Max M. (Hrsg.) und Bearbeiter: Forensic Pathology. Academic Press, London/San Diego/Cambridge/Oxford, 2017.

Iyer, Patricia / Levin, Barbara J. / Shea, Mary Ann (Hrsg.) und Mitarbeiter: Medical Legal Aspects of Medical Records. Lawyers & Judges Publishing Company, Tucson, 2006.

Jähnke, Burkhard / Laufhütte, Heinrich Wilhelm / Odersky, Walter (Hrsg.) und Bearbeiter: Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar, Band 6 (§§ 223-263a). De Gruyter Recht, Berlin, 2005.

Jakob, André: So kommt der Patient auf's Papier – Fachtextanalyse klinischer Arztbriefe. In: Fachsprache. International Journal of LSP, Heft 03-04/2005, Verlag Braumüller, Wien, 2005, S. 159-172.

Jarass, Hans / Pieroth, Bodo: Kommentar zum Grundgesetz. Verlag C.H.Beck, München 2009.

Jobbágyi, Gábor: Az orvosi kezelési szerszödés a magyar jogban – s az állam felelőssége [Der medizinische Behandlungsvertrag im ungarischen Recht – und die Verantwortung des Staates]. TAMOP-Beitrag, Budapest, 2011. Artikel online: <https://jak.ppke.hu/uploads/articles/12417/file/Orvosi%20kezel%C3%A9si%20szerz%C3%A9s%20-%20Jobb%C3%A1gyi%20G%C3%A1bor%20cikk.pdf> [30.11.2016].

Joecks, Wolfgang / Miebach, Klaus (Hrsg.) und Bearbeiter: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 4 (§§ 185-262 StGB), hrsg. von Günther M. Sander und Band 5 (§§ 263. 358 StGB) hrsg. von Roland Hefendehl / Olaf Hohmann, Verlag C.H.Beck, München, 2012 (Band 4) und 2014 (Band 5).

Jolls, Christine / Sunstein, Cass R. / Thaler, Richard: A Behavioral Approach to Law and Economics, in: Stanford Law Review, Volume 50. S.1471-1547.

Kaiser, Günther: Genügen die deutschen Regelungen zur Rolle des Arztes bei der Vorbeugung von Mißhandlungen durch Polizei und Strafvollzugspersonal den europäischen Anforderungen? In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSTZ), Heft 03/1998, Verlag C.H.Beck, München, 1998, S. 105-111.

Karsai, Krisztina (Hrsg.) und Bearbeiter: Kommentár a Büntető Törvénykönyvhöz – Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C törvényhez [Kommentar zum Strafgesetzbuch – Kommentar zum Strafgesetzbuch C aus dem Jahre 2012], Complex Kiadó, Budapest, 2013.

Karsai, Krisztina / Szomora, Zsolt: Criminal law in Hungary. Kluwer Law International, Austin/Boston/Chicago/New York/The Netherlands, 2010.

Kater, Horst: Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2008.

Killias, Martin: Grundriss der Kriminologie. Eine Europäische Perspektive. Stämpfli Verlag, Bern, 2002.

- Kindhäuser, Urs / Neumann, Ulfried / Paeffgen, Hans-Ullrich (Hrsg.) und Bearbeiter: Strafgesetzbuch. Kommentar, Band 1 (§§1-241) und Band 2 (§§ 80-241a StGB). NOMOS Verlag, Baden-Baden, 2013.
- Kiss, Lajos: Sebészeti és traumatológia [Chirurgie und Traumatologie]. MEDICINA könyvkiadó, Budapest, 2006.
- Kliemann, Andrea / Fegert, Jörg M.: Informationsweitergabe im Kinderschutz. Endlich eine klare Mitteilungsbefugnis durch das neue Bundeskinderschutzgesetz? In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 04/2011, Verlag C.H.Beck, München, 2011, S. 110-113.
- Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut (Hrsg.) und Bearbeiter: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung. Band 1 (§§1-150 StPO), hrsg. von Klaus Kudlich. Verlag C.H.Beck, München, 2014.
- Knauer, Wolfgang / Kudlich, Klaus / Schneider, Hartmut (Hrsg.) und Bearbeiter: Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung. Band 2 (§§151-332 StPO), hrsg. von Hartmut Schneider. Verlag C.H.Beck, München, 2016.
- Koch, Arnd: Die „fahrlässige Falschanzeige“ - oder: Strafrechtliche Risiken der Anzeigerstattung. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Heft 14/2005, Verlag C.H.Beck, München, 2005, S. 943-945.
- Kölberl, Ralf: Abrechnungsbetrug im Krankenhaus. Erste wirtschaftsstrafrechtliche und -kriminologische Überlegungen. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 06/2009, Verlag C.H.Beck, München, 2009, S. 312-318.
- Köster, Christina / Wrede, Stephanie / Herrmann, Tobias / Meyer, Sven / Willms, Gerald / Broge, Björn / Szecsenyi, Joachin: Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. In: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.), Göttingen, 2016.
- Kónya, István (Hrsg.) und Bearbeiter: Magyar Büntetőjog – Kommentár a gyakorlat számára [Ungarisches Strafrecht – Kommentar für die Praxis]. Verlag HVG-ORAC, Budapest, 2013.
- Krekeler, Wilhelm: Zufallsfunde bei Berufsheimnisträgern und ihre Verwertbarkeit. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 05/1987, Verlag C.H.Beck, München, 1987, S. 199-203
- Krekeler, Wilhelm: Beweisverwertungsverbote bei fehlerhaften Durchsuchungen. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 06/1993, Verlag C.H.Beck, München, 1993, S. 263-268.
- Kreuzer, Arthur: Prävention von Gewalt gegen Senioren. Bemerkungen zu rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen. In: Kerner, Hans-Jürgen / Marks, Erich (Hrsg.): Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages, Hannover, 2009. Online unter: [www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/761](http://www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/761)
- Kreuzer, Arthur: Missstände in der Heimpflege – Reform der Pflege und Pflegekontrolle. In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 06/2014, Verlag C.H.Beck, München, 2014, S. 174-176.
- Krumholz, Susan T. / Rich-Shea, Aviva M.: Crime & Justice. Learning through Cases. Rowman & Littlefield, Plymouth, 2014.
- Kühne, Hans-Heiner: Der Beweiswert von Zeugenaussagen. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 06/1985, Verlag C.H.Beck, München, 1985, S. 252-255.
- Kühne, Hans-Heiner: Strafprozessrecht. Eine systematische Darstellung des deutschen und europäischen Strafverfahrensrechts. Verlag C.F.Müller, Heidelberg, 2015.
- Kürzinger, Josef: Private Strafanzeige und polizeiliche Reaktion. Verlag Duncker & Humblot, Berlin, 1978.
- Kuhlen, Rainer / Seeger, Thomas / Strauch, Dietmar: Grundlagen der praktischen Information und Dokumentation. Band 1: Handbuch zur Einführung in die Informationswissenschaft und -praxis. K.G. Saur, München, 2004.
- Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany. In: Journal of Forensic Nursing, Heft 03/2007, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn, 2007, S. 117-125.
- Lamnek, Siegfried / Luedtke, Jens / Ottermann, Ralf / Vogl, Susanne: Tatort Familie. Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext. Springer VS Fachmedien, Wiesbaden, 2013.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. Stuttgart, 2013. Online unter: [http://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013\\_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf) [31.12.2016].



Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Gewalt gegen Alte. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit älteren Patienten in Heimen und in der häuslichen Pflege, die von Gewalt betroffen sind. Stuttgart, 2010. Online unter: [https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/arztberuf\\_familie/gew\\_alte/broschuere.pdf](https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/arztberuf_familie/gew_alte/broschuere.pdf) [31.12.2016].

Laufs, Adolf / Uhlenbruck, Wilhelm (Hrsg.) und Bearbeiter: Handbuch des Arztrechts. Zivilrecht - Öffentliches Recht - Vertragsarztrecht - Krankenhausrecht - Strafrecht. Verlag C.H. Beck, München, 2002.

Leiner, Florian / Gaus, Wilhelm / Haux, Reinhold / Knaup-Gregori, Petra / Pfeiffer, Karl-Peter: Medizinische Dokumentation. Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung. Schattauer Verlag, Stuttgart/New York, 2012.

Leiter, Brian: American Legal Realism. In: Edmundson, William / Golding, Martin (Hrg.): The Blackwell Guide to Philosophy of Law and Legal Theory. Wiley-Blackwell Publishers, Hoboken/Oxford, 2003. Online unter: <http://ssrn.com/abstract=339562> [31.12.2016]

Löffelmann, Markus: Die normativen Grenzen der Wahrheitserforschung im Strafverfahren. Ideen zu einer Kritik der Funktionsfähigkeit der Strafrechtspflege. De Gruyter Recht, Berlin, 2008.

Löwe, Ewald / Dünnebier, Hanns / Riess, Peter (Hrsg.) und Bearbeiter: Löwe-Rosenberg Großkommentar. Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz. Band 2 (§§ 112-197), Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1989.

Lomnici, Zoltán: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai történeti és összehasonlító jogi elemzés [Die Grundlagen des Medizinischen Rechts und medizinrechtlichen Beziehungen. Historische und vergleichende Analyse]; Dissertation an der Universität Pécs, Budapest, 2013. Online unter: <http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/lomnici-zoltan/lomnici-zoltan-muhelyvita-ertekezes.pdf> [30.11.2016]

Madea, Burkhard (Hrsg.) und Bearbeiter: Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2007.

Madea, Burkhard (Hrsg.) und Bearbeiter: Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2015.

Madea, Burkhard / Dettmeyer, Reinhard: Basiswissen Rechtsmedizin, Springer-Verlag, Heidelberg, 2007.

McKee, Geoffrey R. / Dwyer, Gregg R.: Physically and Sexually Violent Females. In: Pietz, Christina A. / Mattson, Curtis A. (Hrsg.): Violent Offenders. Understanding and Assessment. Oxford University Press, Oxford, 2015, S. 151-171.

McClain, Paula: Urban Crime in the USA and Western Europe: A Comparison. In: Paddison, Ronan (Hrsg.): Handbook of Urban Studies. SAGE Publications, London/Thousand Oaks/New Delhi, 2001, S. 220-240.

Mätzler, Armin: Todesermittlung. Polizeiliche Aufklärungsarbeit. Grundlagen und Fälle. Kriminalistik Verlag, Heidelberg, 2009.

Maresch, Wolfgang / Spann, Wolfgang: Angewandte Gerichtsmedizin. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien/München/Baltimore, 1987.

Mark, Heike: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Tectum Verlag, Marburg, 2001.

Maunz, Theodor / Dürig, Gunter (Begr.) und Bearbeiter: Kommentar zum Grundgesetz. Band 1 (Art. 1-5). Verlag C.H.Beck, München, 2015.

Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Strafprozessordnung. Gerichtsverfassungsgesetz, Nebengesetze und ergänzende Bestimmungen. Kommentar. Verlag C.H. Beck, München, 2012.

Miebach, Klaus: Die freie Beweiswürdigung der Zeugenaussage in der neueren Rechtsprechung des BGH. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht – Rechtsprechungs-Report (NStZ-RR), Heft 08/2014, Verlag C.H.Beck, München, 2014, S. 233-238.

Mohammadi, Ehsan / Hampe, Dennis: Besonderheiten des ärztlichen Abrechnungsbetruges im Strafverfahren. In: Neue Zeitschrift für Wirtschafts-, Steuer- und Unternehmensstrafrecht (NZWiSt), Heft 11/2012, Verlag C.H.Beck, München, 2012, S. 417-423.

Müller, Katja: Aufgaben der Polizei bei Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. In: Familie, Partnerschaft, Recht (FPR), Heft 12/2009, Verlag C.H.Beck, München, 2009, S. 561-564.

Müller, Wolfgang / Römer, Sebastian: Legendierte Kontrollen - Die gezielte Suche nach dem Zufallsfund. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 10/2012, Verlag C.H.Beck, München, 2012, S. 543-547.

Népjóléti Minisztérium [Ungarisches Ministerium für Arbeit und Soziales] (Hrsg.): BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió) [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. revidierte Auflage), Budapest, 1995. Online unter: [https://hu.wikipedia.org/wiki/BNO-10\\_k%C3%B3dlist%C3%A1ja](https://hu.wikipedia.org/wiki/BNO-10_k%C3%B3dlist%C3%A1ja). [31.12.2016].

Nerlich, Michael / Berger, Alfred (Hrsg.) und Bearbeiter: Tscherne – Unfallchirurgie. Weichteilverletzungen und –infektionen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2003.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Hrsg.): Diagnose: Häusliche Gewalt gegen Frauen. Unterstützungseinrichtungen in Niedersachsen. Informationen für Notfallambulanzen, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte und weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Hannover, 2010. Online unter: <https://www.aekn.de/assets/downloadcenter/files/Infos-fr-Klinik--Praxis/Unter-stuetzungs-einrichtungen.pdf> [31.12.2016].

Nöthen-Schürmann, Ute: Der Umgang mit Verletzten im polizeilichen Ermittlungsverfahren. In: Fastie, Friesa (Hrsg.): Opferschutz im Strafverfahren. Sozialpädagogische Prozessbegleitung bei Sexualdelikten. Ein interdisziplinäres Handbuch. Verlag Leske und Budrich, Opladen, 2002, S. 45-64.

Nolte, Karen: Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert. In: Brändli, Sibylle / Lüthi, Barbara / Spuhler, Gregor (Hrsg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts. Campus Verlag, Frankfurt am Main, 2009, S. 33-61.

Oehler, Klaus: Zur Problematik der Sachverständigenauswahl. In: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP), Heft 07/1999, Verlag C.H.Beck, München, 1999, S. 285-288.

Paul, Tobias: Unselbständige Beweisverwertungsverbote in der Rechtsprechung. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 09/2013, Verlag C.H.Beck, München, 2013, S. 489-497.

Payne-James, Jason / Busuttill, Anthony / Smock, William (Hrsg.) und Bearbeiter: Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects. Greenwich Medical Media, London/San Francisco, 2003.

Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung. Verlag C.H. Beck, München, 2005.

Pfeiffer, Gerd / Miebach, Klaus: Aus der (vom BGH nicht veröffentlichten) Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen zum Verfahrensrecht: Juli bis Dezember 1983. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 05/1984, Verlag C.H.Beck, München, 1984, S. 209-213.

Pieritz, Anja: Abgrenzung 70 – 75 – 80. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 26/2005, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2005, S. 1909.

Porta, Carolyn M. / Johnson, Emily Ruth: Sexual Violence. In: Amar, Angela F. / Sekula, L. Kathleen: A practical guide to forensic nursing. Incorporating forensic principles into nursing practice. Sigma Theta Tau International, Indianapolis, 2016, S. 167-188.

Posner, Richard A.: What Do Justices Maximize? (The Same Thing As Everybody Else Does), Supreme Court Economic Review, 1993, S. 1-28.

Pschyrembel, Willibald / Dornblüth, Otto (Hrsg.) und Bearbeiter: Klinisches Wörterbuch. Walter De Gruyter, Berlin/Boston, 2014.

Ramm, Martin: Der ärztliche Befunderhebungsfehler. In: GesundheitsRecht (GesR), Heft 09/2011, Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln, 2011, S. 513-518.

Reichertz, Jo (Hrsg.) und Bearbeiter: Die Wirklichkeit des Rechts. Rechts- und sozialwissenschaftliche Studien. Westdeutscher Verlag, Opladen/Wiesbaden, 1998.

Riviello, Ralph J. (Hrsg.) und Bearbeiter: Manual of Forensic Emergency Medicine – A Guide for Clinicians. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, 2010.

Rogall, Klaus: Der Beschuldigte als Beweismittel gegen sich selbst: ein Beitrag zur Geltung des Satzes "Nemo tenetur seipsum prodere" im Strafprozess. Verlag Duncker & Humblot, Berlin, 1977.

Rudolf, Walter: Sicherheit und Grundrechte. In: Brenner, Michael / Huber, Peter M. / Möstl, Markus (Hrsg.): Der Staat des Grundgesetzes – Kontinuität und Wandel. Festschrift für Peter Badura zum siebzigsten Geburtstag. Verlag Mohr Siebeck, Tübingen, 2004, S. 463-476.

Rückert, Sabine: Lügen, die man gerne glaubt. Artikel in der Online-Ausgabe von: DIE ZEIT, Heft 28/2011, ZEIT ONLINE, Hamburg, 2011. Online unter: <http://www.zeit.de/2011/28/DOS-Justiz/komplettansicht>.

Säcker, Franz Jürgen / Rixecker, Roland / Oetker, Hartmut / Limperg, Bettina (Hrsg.) und Bearbeiter: Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 4 (§§ 536d-630h BGB), hrsg. von Martin Hennsler und Wolfgang Krüger. Verlag C.H.Beck, München, 2016.

Schäfer, Gerhard / Sander, Günther M. / v. Gemmeren, Gerhard: Praxis der Strafzumessung. Verlag C.H.Beck, München, 2012.

Schmergal, Cornelia: Lukrative Patienten. In: Der Spiegel, Heft 33/2016, Spiegel-Verlag, Hamburg, 2016, S. 71.

Schmitz, Daniel: Notarzt-Einsatz! Neue Szenarien für Lebensretter, Band 2. Huber Verlag, Bern, 2011.

Schmitz, Frank: Grundlagen zur Anatomie der Körperhöhlen. In: Aumüller, Gerhard / Aust, Gabriela / Engele, Jürgen / Kirsch, Joachim / Maio, Giovanni, Mayerhofer, Artur / Mense, Siegfried / Reißig, Dieter / Salvetter, Jürgen / Schmidt, Wolfgang / Schmitz, Frank / Schulte, Erik / Spanel-Borowski, Katharina / Wennemuth, Gunther, Wolff, Werner / Wurzinger, Laurenz J. / Zilch, Hans-Gerhard: Duale Reihe: Anatomie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2014, S. 521-527.

Schmuck, Markus / Schmidt, Janina: Ärztliche Schweigepflicht versus Durchsetzung der Honorarforderung. Weitergabe ärztlicher Rechnungsunterlagen ohne Verstoß gegen § 203 StGB? In: Neue Juristische Online-Zeitschrift (NJOZ), Heft 42/2015 Verlag C.H.Beck, München, 2015, S. 1593-1595.

Schneider, Hans-Joachim: Kriminologie für das 21. Jahrhundert. Schwerpunkte und Fortschritte der internationalen Kriminologie. Überblick und Diskussion. Lit-Verlag, Münster, 2001.

Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Gefährliche Körperverletzung oder versuchter Totschlag? Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters. In: Riepert, Thomas (Hrsg.): Klinische Rechtsmedizin. Festschrift für Prof. Dr. Dr. Reinhard Urban. Schmidt Römhild, Lübeck, 2014, S. 264-272.

Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Könnyű testi sértés vagy emberölési kísérlet? Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Einfache Körperverletzung oder versuchter Totschlag? Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters]. In Veröffentlichung.

Schneider, Philipp: New Approaches to Teaching Genre-Specific German Legal Terminology. In: Nacházíte se Centrum jazykového vzdělávání MU (Hrsg.): CASALC Review 2015-2016, Volume 5, Brno, 2016, S. 74-83.

Schönke, Adolf / Schröder, Horst / Eser, Albin (Hrsg.) und Bearbeiter: Kommentar zum Strafgesetzbuch. Verlag C.H.Beck, München, 2014.

Schroeder, Friedrich-Christian: Die Durchsuchung im Strafprozess. In: Juristische Schulung (JuS), Heft 10/2004, Verlag C.H.Beck, München, 2004, S. 858-862.

Schünemann, Bernd: Die Liechtensteiner Steueraffäre als Menetekel des Rechtsstaats. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), Heft 06/2008, Verlag C.H.Beck, München, 2008, S. 305-310.

Schulenburg, Johanna: Legalitäts- und Opportunitätsprinzip im Strafverfahren. In: Juristische Schulung (JuS), Heft 09/2004, Verlag C.H.Beck, München, 2004, S. 765-770.

- Schwaben, Sylvia: Die personelle Reichweite von Beweisverwertungsverböten. Cuvillier Verlag, Göttingen, 2005.
- Schwede, Joachim: Praxisleitfaden Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII). Arbeitsschutz – Arbeitsunfall – Berufskrankheit. Ecomed SICHERHEIT, Landsberg am Lech, 2015.
- Schweizer, Mark: Kognitive Täuschungen vor Gericht. Eine empirische Studie. Dissertation an der Universität Zürich, 2005. Creative Commons Attribution, 2010.
- Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. Kriminalistik Verlag, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2011.
- Siewert, Jörg Rüdiger / Stein, Hubert J. (Hrsg.) und Bearbeiter: Chirurgie. Springer-Medizin, Berlin/Heidelberg, 2012.
- Singer, Joseph W.: Legal Realism Now. In: California Law Review, Heft 76/1988. Berkeley, 1988, S. 465-544.
- Skepenat, Marcus: Jugendliche und Heranwachsende als Tatverdächtige und Opfer von Gewalt. Eine vergleichende Analyse jugendlicher Gewaltkriminalität in Mecklenburg-Vorpommern anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik unter besonderer Berücksichtigung tatsituativer Aspekte. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach, 2000.
- Soiné, Michael: Ermittlungsverfahren und Polizei Praxis. Einführung in das Strafverfahrensrecht. Kriminalistik Verlag, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2013.
- Solbach, Günter: Die Verdachtsstufen der Strafprozeßordnung. In: Juristische Arbeitsblätter (JA), Heft 27/1995, Verlag C.H.Beck, München, 1995, S. 964-972.
- Sótonyi, Péter (Hrsg.) und Bearbeiter: Igazságügyi orvstan [Rechtsmedizin]. Verlag Semmelweis, Budapest, 2011.
- Strauch, Dietmar / Rehm, Margarete: Lexikon Buch – Bibliothek – Neue Medien. De Gruyter, Sauer Verlag, München, 2007.
- Sussmann, Carrie / Bates-Jensen, Barbara: Wound Care – A Collaborative Practice Manual for Health Professionals. Lippincott & Wilkins, Baltimore, 2007.
- Swales, John: "The Concept of Discourse Community." Genre Analysis: English in Academic and Research Settings. Boston: Cambridge UP, 1990.21-32.
- Szabó, Árpád: Látletet a látleletről [Medizinischer Bericht über den Schaubefund]. In: Házi Jogorvos [Recht und Medizin], Heft 04/2008, Budapest 2008, S. 13-18.
- Tisza, Katalin: Bűncselekményekből származó sérülések traumatológiai és igazságügyi orvosszakértői szempontú összehasonlítása [Traumatische Verletzungen aus strafrechtlicher und forensischer Sicht]. February, Debrecen, on the Student's Research Society local congress. Debrecen, 2016, in Veröffentlichung.
- Tóth, Mihály: Studia Hungarica – Einführung in das ungarische Strafrecht. Schenk Verlag, Passau, 2006.
- Trendelenburg, Cornelius: Zu den Grenzen der Verlesung ärztlicher Atteste. Entscheidungsbesprechung zu: BGH, Beschluss vom. 21.09.2011 – 1 StR 367/11, in: Zeitschrift für das Juristische Studium (ZJS), Online-Ausgabe 02/2012, S. 261-267.
- Tscherne, Harald / Regel, Gerd (Hrsg.) und Bearbeiter: Tscherne Unfallchirurgie. Trauma-Management. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 1997.
- United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC): Global Study on Homicide 2013. Trends / Contexts / Data. United Nations publication, Sales No. 14.IV.1, Wien, 2013. Online unter: [https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf) [31.12.2016].
- Verhoff, Marcel / Kettner, Matthias / Lászik, András / Ramsthaler, Frank: Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung: Forensisch relevante Verletzungsbefunde. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 39/2012, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2012, S. 638-642.
- Voggenreiter, Gregor / Dold, Chiara: Wundtherapie. Wunden professionell beurteilen und erfolgreich behandeln. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York, 2004.

Wagner, Sara-Teresa: Analyse unfallchirurgischer Protokolle von Opfern häuslicher Gewalt bezüglich medizinischer Dokumentation und juristischer Aussagekraft. Inauguraldissertation. Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2010.

Walentich, Gabriele: Alter – ein Risiko? Ältere Menschen als Opfer von häuslicher und institutioneller Gewalt. In: Walter, Michael (Hrsg.): Kölner Schriften zur Kriminologie und Kriminalpolitik, Band 9. Lit-Verlag, Münster, 2005.

Wasmuth, Johannes: Beschlagnahme von Patientenkarteien und Krankenscheinen im Strafverfahren wegen Abrechnungsbetruges des Arztes. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Heft 37/1989, Verlag C.H.Beck, München, 1989, S. 2297-2303.

Wecker, Sven-Erik. Polizeiliche Abkürzungen. Boorberg Verlag, Stuttgart, 2009.

Weinberg, Annelie-Martina / Tscherne, Harald (Hrsg.) und Bearbeiter: Unfallchirurgie. Unfallchirurgie im Kindesalter. Band 1: Allgemeiner Teil: Kopf, Obere Extremität, Wirbelsäule. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2006.

Weise, Kuno / Schiltenswolf, Marcus (Hrsg.) und Bearbeiter: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg, 2014.

Werner, Olaf: Verwertung rechtswidrig erlangter Beweismittel. In: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), Heft 16/1988, Verlag C.H.Beck, München, 1988, S. 993-1002.

Westendorf, Wolfhart (Hrsg.): Handbuch der altägyptischen Medizin. Handbuch der Orientalistik, Band 1: Der Nahe und Mittlere Osten. Koninklijke Brill, Leiden/Boston/Köln, 1998.

Williams, Stephen J. / Torrens, Paul R.: Introduction to Health Services. Thomson Delmar Learning, New York, 2008.

Widmaier, Gunter (Begr.) und Bearbeiter: Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung. Verlag C.H. Beck, München, 2014.

Windt, Szandra: A rokonok sérelmére elkövetett bűncselekmények jellemzői [Die Kennzeichen von Straftaten gegen Verwandte]. In: Virág, György (Hrsg.): Családi iszonyok – A családi erőszak kriminológiai vizsgálata [Familienterror – Kriminologische Untersuchung zur Gewalt in der Familie], KJK-KERSZÖV, Budapest, 2005, S. 254-265.

Wirth, Ingo / Schmeling, Andreas: Rechtsmedizin. Grundwissen für die Ermittlungspraxis. Kriminalistik Verlag, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2012.

Wirtz, Ursula: Seelenmord: Inzest und Therapie. Kreuz-Verlag, Freiburg, 2001.

World Health Organization (Hrsg.): Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. WHO Press, Genf, 2013. Online unter: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1) [31.12.2016].

World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime / United Nations Development Programme (Hrsg.): Global Status Report on Violence Prevention 2014. WHO Press, Genft, 2014. Online unter: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf> [31.12.2016].

Zieschang, Frank: Der rechtfertigende und der entschuldigende Notstand. In: Juristische Arbeitsblätter (JA), Heft 10/2007, Verlag C.H.Beck, München, 2007, S. 679-685.

Zimmerman, Leo M. / Veith, Ilza: Great Ideas in the History of Surgery. Norman Publishing, San Francisco, 1993.

## Themenbezogene eigene Publikationen

Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Patonai, Zoltán / Köhalmi, László: Könnyű testi sértés vagy emberölési kísérlet? Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a tettes büntethetőségének megállapítására [Einfache Körperverletzung oder versuchter Totschlag? Die Folgen der Verwendung unpräziser medizinischer Terminologie für die Strafbarkeit des Täters]. In Veröffentlichung.

Schneider, Philipp: New Approaches to Teaching Genre-Specific German Legal Terminology. In: Nacházíte se Centrum jazykového vzdělávání MU (Hrsg.): CASALC Review 2015-2016, Vol. 5, Brno, 2016, S. 74-83.

Fogarasi Katalin<sup>1</sup>, Philipp Schneider<sup>2</sup>: How the Incorrect Use of a Medical Genre and Terminology can result in Erroneous Legal Judgements. In: Nacházíte se Centrum jazykového vzdělávání MU (Hrsg.): CASALC Review, 2015-2016, Vol. 5, No. 1, Brno, 2015, S. 121-133.

Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp: Sérülések terminológiájának tridiszciplináris oktatása egy terminológiai kutatás eredményeinek közvetlen alkalmazásával [Tridiszcipliner Ansatz bei der Anwendung von terminologischen Forschungsergebnissen bei der Vermittlung der Terminologie von Verletzungen]. In: Bocz, Zsuzsanna (Hrsg.): Porta Lingua 2015. Szaknyelvoktatók és –Kutatók Országos Egyesülete, Budapest, 2015, S. 107-118.

Fogarasi, Katalin / Schneider, Philipp / Bajnóczky, István: Helyes szakkifejezéseket tartalmazó látleletek jelentősége a büntetőeljárásban [Die Bedeutung korrekter Terminologie in Schaubefunden für das Strafverfahren]. In: Magyar Orvosi Nyelv, Heft 02/2014, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2014, S. 78-81.

(=) Nagy-Rébek Gábor doktor 60. születésnapja tiszteletére [Festschrift zum 60. Geburtstag von Dr. Gábor Nagy], PTE, POTE, 2014.

Schneider, Philipp / Fogarasi, Katalin / Riepert, Thomas: Gefährliche Körperverletzung oder versuchter Totschlag? Die Konsequenzen nicht eindeutig dokumentierter Erstversorgung für die Strafbarkeit des Täters. In: Riepert, Thomas (Hrsg.): Klinische Rechtsmedizin. Festschrift für Prof. Dr. Dr. Reinhard Urban. Schmidt Römhild, Lübeck, 2014, S. 264-272.

## Weitere eigene Publikationen

Drinóczi Tímea<sup>1</sup>, Philipp Schneider<sup>2</sup>: Re-enacting former law and temporal effect of judgments in constitutional democracies – a reflection to the decision of the Croatia’s Constitutional Court’s decision of 12 January 2015. In Veröffentlichung.

Philipp Schneider: Die Einbettung von elektronischen Methoden und Fachtextsorten im juristischen Fachsprachenunterricht. In: Satal Lehel (Hrsg.): Jahrbuch der ungarischen Germanistik. Gondolat Kiadói Kör, Budapest, 2016.

Philipp Schneider: Frustration, Rache und Vergeltung am Arbeitsplatz. Der Umgang mit extremen Widerständen im Zeitalter von Compliance und HRM. Tectum Verlag, Marburg, 2016.

Drinóczi Tímea<sup>1</sup>, Philipp Schneider<sup>2</sup>: The legitimation of a re-enactment of former law and temporal effect of judgments in a constitutional democracy. Comparative study in the light of recent jurisprudence of Croatia’s Constitutional Court. In: Pravni Vjesnik God, Osijek 2016.

Philipp Schneider: Die Juristenausbildung in Ungarn. In: GATE - Schriftenreihe Hochschulmarketing, Band 10: Die Bildungsmärkte in Ungarn und Rumänien. Bielefeld, 2015, pp. 53-57.

Philipp Schneider, Hőnig Klára, Herr Judit: Willkommen im Straf- und Prozessrecht. Deutsche Juristische Fachsprache III, TAMOP Blended Learning, Pécs, ÁJK-PTE, 2015.

Philipp Schneider: „Bin Laden ist tot und General Motors lebt“ – der schleichende Wiedereinzug von Rache und Vergeltung in den Mittelpunkt von Organisationen und dessen unabsehbare Folgen. In: Kóhalmi László (Hrsg.): Bognár Imre professzor emlékére [Gedenkschrift für Professor Imre Bognár], Budapest, 2014.

Philipp Schneider: Mennyire lehet eredményes egy compliance program, ha a dolgozókat frusztráció vagy bosszú - és megtorlásvágy vezérli? In: Belügyi szemle, Heft 06/2014, Budapest, 2014, S. 107-125.

Philipp Schneider, Klára Hőnig, Judit Herr: Willkommen im Handels- und Gesellschaftsrecht. Deutsche Juristische Fachsprache II, TAMOP Blended Learning, Pécs, ÁJK-PTE, 2014.

Philipp Schneider: Compliance und Unternehmenskultur – herkömmliche Compliance Programme aus organisationssoziologischer Sicht. In: JURA, Heft 01/2013, Budapest-Pécs, 2013, S. 86-94.

Philipp Schneider, Klára Hőnig, Judit Herr: Willkommen im Zivilrecht. Deutsche Juristische Fachsprache I, TAMOP Blended Learning, Pécs, ÁJK-PTE, 2013.

## Anhang zur Arbeit

Einsatznummer <input type="text"/>		
Vorerkrankungen/Dauermedikation <input type="text"/>		
Akute Anamnese <input type="text"/>		
Erstbefund <input type="text"/>		
Herzfrequenz <input type="text"/>	Blutdruck <input type="text"/>	SpO2 <input type="text"/>
GCS <input type="text"/>	EKG-Rhythmus <input type="text"/>	Atemfrequenz <input type="text"/>
Applizierte Medikamente <input type="text"/>	Sonstige Maßnahmen <input type="text"/>	
	Kompetenzpunkte <input type="text"/>	

**Abb. 15:** Beispiel eines einfachen RTW-Blattes bzw. Notarztprotokolls; aus: Schmitz, Daniel: Notarzt-Einsatz! Neue Szenarien für Lebensretter, S. 262.









# ANAMNESEBOGEN

Name:

---

Alter:

Geschlecht:

Art der Erweisung:

Hausarzt:

**Aktuelle Anamnese**  
 aktuelle Beschwerden (z. B. Schmerzen mit Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Ausstrahlung, Begleitsymptome, Intensität, Dauer, endemisch oder verschleppende Faktoren)

**Eigenanamnese**  
 Vorerkrankungen & Operationen: mit Zeitpunkt der Erstdiagnose (ED) bzw. der OP, ggf. behandelnder Facharzt

Allergien / Unverträglichkeiten: + Reaktionen  
 Impfstatus / Reiseanamnese:

**Medikamente + Nahrungsergänzungsmittel**

Wirkstoff	Dosis	x - x - x	Darreichung	seit

**Vegetative Anamnese**

Durst:	Körpergröße:	cm	Fieber:	<b>Herz / Kreislauf</b>
Appetit:	Gewicht:	kg	Nachtschweiß:	Belastbarkeit:
Ernährung:	Gewichtsverlauf:		Schlaf:	Thoraxschmerzen:
Körperl. Aktivität:				HRST:

<b>Magen / Darm</b>	<b>Stuhlgang</b>	<b>Miktion</b>	<b>Atmung</b>
Übelkeit / Erbrechen:	Frequenz:	Frequenz:	Husten:
Sodbrennen:	Beschaffenheit:	Beschwerden:	Auswurf:
Bauchschmerzen:	Aussehen:	<b>Kontinenz:</b>	Dyspnoe:

**Sexuelanamnese:**  
 z.B. Libido, sexuelle Dysfunktion

**Gynäkologische Anamnese**

Menstruation: Beginn / Dauer / Stärke letzter Monatsblutung, Beschwerden, Zwischenblutungen	Verhütung: seit	Menarche/Menopause:
	Schwangerschaften/Geburten:	

**Genuss- & Suchtmittel**

Nikotin Frequenz & Menge: = Pack-years:  
Packung / Tag x Raucherjahre

Alkohol Frequenz & Menge:

Weitere Drogen:

**Familienanamnese**  
 Erkrankungen bei Eltern, Großeltern, Geschwister etc.; ggf. Todesursache

**Sozialanamnese**

Ausbildung, aktuelle Tätigkeit:

Häusliche Versorgung:  
ggf. Pflegekräfte, Hilfsmittel

Patientenverfügung:

**Familiäre Situation:**  
 z.B. Wohnsituation, Familienstand

**Besondere Belastungsfaktoren:**  
 beruflich / privat, körperlich / seelisch

**Kontaktperson:**  
 Name, Verhältnis zum Pat. (Partner, Ehepartner o.ä.), Telefon

Zur Verfügung gestellt von [www.MIAMED.de](http://www.MIAMED.de) – von Medizinern für Mediziner

**Abb. 18a:** Beispiel eines gängigen klinischen Anamnesebogens, Teil 01, online unter: <https://www.miamed.de/untersuchungsbogen>.

## BEFUNDE DER KÖRPERLICHEN UNTERSUCHUNG



### Allgemeiner Eindruck

**AZ:** gut | leicht reduziert | deutlich reduziert

**Pflegezustand:** gepflegt | reduziert | verwahrlost

**EZ:** normal | adipöse | kachektisch

**Vigilanz:** wach | somnolent | soporös | komatös

**Stimmung/Psychie:**

*z.B. euphorisch / depressiv / ängstlich / feindsich / zugewandt*

### Vitalparameter & Körpermaße

**Blutdruck:** mmHg

**Puls:** /min

**Temperatur:** °C rektal | axillär | aurikulär

**Atemfrequenz:** /min

**Gewicht:** kg (gemessen)

**Größe:** m (gemessen)

**BMI:** kg/m<sup>2</sup>

**Bauchumfang:** cm

### Haut

**Turgor & Kolorit:**

normal / reduziert  
stehende Hautfalten

rosig, blass etc.

**Narben/Wunden/Dekubitus:**

**Hauterscheinungen:**  
Ektosikarizen (Art, Lokalisation,  
Größe), Hautläsion (Pergamenthaut),  
Leberhautzeichen

**Haare:**

### Hände

**Haut:**

Temperatur, Palmarrythm,  
Ekzeme, periphere Zyanose

**Nägel:**  
Ultraschnel, Tüpfelnägel

**Weitere Auffälligkeiten:**  
Fingerstümmeln, Dupuytren-Kontraktur,  
Prominenzkleinfinger, Schwannenhals-/  
Knochenfortsätze, Gelenkschwellungen

### Kopf / Hals

**Nase & Nasennebenhöhlen:**

Staus frontale und maxillare  
frei / nicht klopfschmerzhaft

**Augen:**

Konjunktiven rosig / blass,  
Sklerenikterus, Lidschluss

**Ohren:**

Gehör, Hörgestül / ra.

**Lymphknoten:**

nuchal, retroaurikulär,  
präaurikulär, submandibulär,  
submentale, prästernale,  
supra- / infraclaviculär,  
axillär, Götter,  
Verschieblichkeit,  
Druckschmerz

### Mund & Rachen

**Schleimhaut:**

rosig / blass, feucht / trocken, Übelkeit

**Rachenring / Tonsillen:**

Appetit (z.B. anorektisch, gerötet),  
Beläge, Größe

**Zunge:**

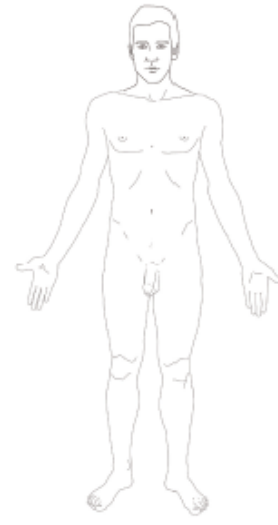
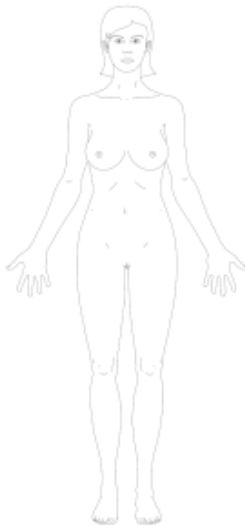
trocken, belegt

**Zahnstatus:**

sanft / ungesund,  
Pfriese oben / unten


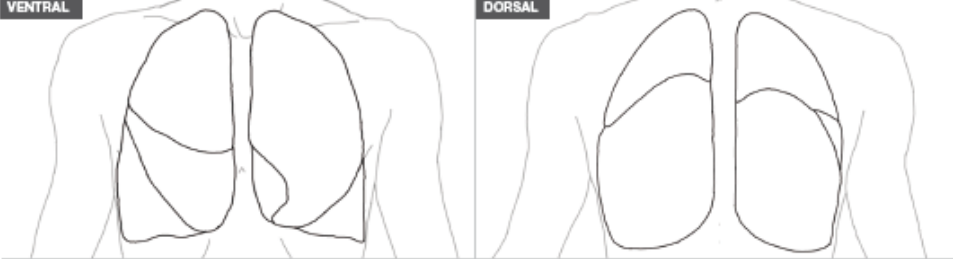
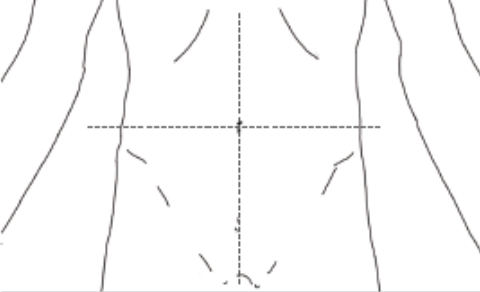
**Foetor:**

**Schilddrüse:**  
nicht vergrößert, tastbar, schluckverschieblich,  
kein Schwirren tastbar / auskultierbar




Zur Verfügung gestellt von [www.MIAMED.de](http://www.MIAMED.de) - von Medizinern für Mediziner

**Abb. 18b:** Beispiel eines gängigen klinischen Anamnesebogens, Teil 02,  
online unter: <https://www.miamed.de/untersuchungsbogen>.

	
<b>Herz</b>	
<b>Herzfrequenz:</b> /min <60/min: bradikard; >100/min: tachykard <b>Rhythmus:</b> rhythmisch, arrhythmisch, Pulsdefizit <b>Herztöne:</b> rein, bellend, gespalten <b>Herzgeräusche:</b> systolisch / diastolisch, punctum maximum, Charakter, Fortleitung (Axilla, Karotiden)	<b>Füllung der Halsvenen:</b> Halsvenen nicht gestaut  <b>Palpation:</b> Herzspitzenstoß
<b>Thorax/Lunge</b>	
<b>Thoraxform:</b> unauffällig, Klotterbrust, Fassthorax  <b>Thoraxexkursion:</b> symmetrisch, Nachziehen einer Seite  <b>Hinweise auf Dyspnoe:</b> interkostale Einziehungen, Lippenbremse <b>Stimmfremitus:</b>	<b>Perkussion:</b> sonor / hypersonor / gedämpfter Klopfschall <b>Lungengrenzen:</b> regelrecht   nach kranial / kaudal verlagert <b>Atemverschieblichkeit:</b> re. _____ li. _____ Querfinger (QF) <b>Auskultation:</b> vesikuläres / bronchiales Atemgeräusch, Giemen, Strömgeräusche, Stridor über K/ra, Ober-/Unten-/Mittellappen, Bronchophonie
<b>VENTRAL</b>	<b>DORSAL</b>
	
Hier kannst Du Befunde (z.B. Klopfschalldämpfung oder Atemgeräusche) einzeichnen.	
<b>Abdomen</b>	
<b>Inspektion:</b> schling / schlüp / ausladend / aufgetrieben, Lebermuttrichen, QF-Narben  <b>Auskultation:</b> Darmgeräusche plötzl. / lebhaft / vermindert über allen vier Quadranten / "Toleranztie"  <b>Perkussion:</b> tympanitisch / gedämpfter Klopfschall über allen vier Quadranten	
<b>Palpation</b> <b>Bauchdecken:</b> weich / gespannt / Hart <b>Abwehrspannung:</b> diffus / lokal <b>Druck- / Loslassschmerz:</b> Lokalisation / Appendix-Zeichen <b>Resistenzen:</b> Beschaffenheit, Größe, Lokalisation  <b>Leber:</b> Anstoßen des unteren Leberendes (z.B. 10F unter dem Rippenbogen tastbar, Oberfläche und Konsistenz) Größe: _____ cm kratzauskultatorisch   perkutorisch  <b>Milz:</b> nicht tastbar; x QF unter dem Rippenbogen tastbar	
Hier kannst Du Befunde (z.B. Reiztendenzen) in den jeweiligen Quadranten einzeichnen	
<b>Klopfschmerz der Nierenlager:</b>	
<b>Leistenregion</b>	
<b>Lymphknoten:</b> Größe, Verschieblichkeit, Druckschmerz	
<b>Hernien:</b> Lokalisation, Reponierbarkeit	
<b>Digital-rektale Untersuchung:</b> Druckschmerzhaftigkeit, Resistenzen, Prostata, Blut / (Farb-)Stuhl am Fingerring	
<b>Genitale:</b>	
Zur Verfügung gestellt von <a href="http://www.MIAMED.de">www.MIAMED.de</a> – von Medizinern für Mediziner	

**Abb. 18c:** Beispiel eines gängigen klinischen Anamnesebogens, Teil 03, online unter: <https://www.miamed.de/untersuchungsbogen>.



### Gefäßstatus

<b>Palpation</b>	<b>re.</b>	<b>li.</b>	
A. carotis			<b>Strömungsgeräusche:</b> A. carotis l. / re., Aorta abdominalis, A. renalis l. / re., A. femoralis l. / re.
A. radialis			
A. ulnaris			
Aorta abdominalis			
A. femoralis			
A. poplitea			
A. tibialis posterior			
A. dorsalis pedis			
- nicht tastbar    + schwach tastbar    ++ gut tastbar			

**Weitere Befunde:**  
Temperatur der Extremitäten,  
Sensibilitätsuntersuchung, Hautkolorit,  
Vaskulit., trophische Störungen  
(Likus, Gangrän) Ödeme,  
Behinderungsförderung

### Bewegungsapparat

<b>Obere / untere Extremität:</b> Schwächen, Deformitäten, Fehlstellungen Beweglichkeit, Schmerzen, Atmung	<b>Wirbelsäule:</b> Achsabweichungen (Skoliose), Krümm. / Bewegungsschmerz, Bewegungseinschränkung
--	--

### Orientierende neurologische Untersuchung

<b>Orientierung:</b> zu Zeit / Ort / Person / Situation	<b>Muskeltonus:</b> normal / erhöht / erniedrigt																								
<b>Sprache:</b> flüssig / verwaschen / verlangsam	<b>Kraft:</b> grobe Kraftprüfung																								
<b>Pupillen:</b> Pupillengröße und -form (rund, bikonv., elliptisch und konzentrisch Lichtreaktion (prompt, verzögert)	<b>Koordination:</b> Finger-Nase-Verzuch und Knie-Hacke-Verzuch unauffällig / asymmetrisch, Eu- / Dysidiachokinese																								
<b>Augenmotilität:</b> Fingerfolgungsbewegungen (glat, sakkadert) Doppelbilder	<b>Tremor:</b> ruh- / grobschlägig																								
<b>Gesichtsfeld:</b> re. / l., fingerpolymetrisch kontr.	<b>Reflexstatus:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;">Muskeleigenreflexe</td> <td style="width: 10%;"><b>re.</b></td> <td style="width: 10%;"><b>li.</b></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Bizepssehnenreflex (C5-C6)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trizepssehnenreflex (C7-C8)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radialisperiorreflex (C5-C6)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Patellarsehnenreflex (L2-L4)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Achillessehnenreflex (S1-S2)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">+ schwach    ++ mittel lebhaft    +++ lebhaft    ++++ gesteigert*    - nicht auslösbar  (*neurologisch z.B. bei unerschöpflichem Klonus)</p>	Muskeleigenreflexe	<b>re.</b>	<b>li.</b>		Bizepssehnenreflex (C5-C6)				Trizepssehnenreflex (C7-C8)				Radialisperiorreflex (C5-C6)				Patellarsehnenreflex (L2-L4)				Achillessehnenreflex (S1-S2)			
Muskeleigenreflexe	<b>re.</b>	<b>li.</b>																							
Bizepssehnenreflex (C5-C6)																									
Trizepssehnenreflex (C7-C8)																									
Radialisperiorreflex (C5-C6)																									
Patellarsehnenreflex (L2-L4)																									
Achillessehnenreflex (S1-S2)																									
<b>Gesicht:</b> Mimik (Symmetrie, Volvitätigkeit des Lidoculusspalt), Sensibilität seitengleich intakt, trigeminale Nervenschnittpunkte ohne Druckschmerz	<b>Babinski-Zeichen:</b> vorhanden / nicht vorhanden																								
<b>Meningismus &amp; Nervenverlängerungszeichen:</b> kein Meningismus / andgradige Nackensteifigkeit, Lasègue-Zeichen	<b>Gangbild:</b> flüssig / absteinend / trüblich / nilkand																								
<b>Sensibilität:</b> Sensibilität beidseits orientierend unauffällig Par- / Hypästhesie																									

**Verdachtsdiagnose und weiteres Prozedere:**  
vermutete Erkrankung, geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Datum	Uhrzeit	Untersucher	Funktion	Unterschrift

Zur Verfügung gestellt von [www.MIAMED.de](http://www.MIAMED.de) – von Medizinern für Mediziner

**Abb. 18d:** Beispiel eines gängigen klinischen Anamnesebogens, Teil 04, online unter: <https://www.miamed.de/untersuchungsbogen>.



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE

## Schwerverletzten-Erhebungsbogen

© DGU 10/93

### Zeitpunkt B: Befund bei Klinikaufnahme

**Eintreffen** Datum |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|  
Uhrzeit |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|

**Verlegung**  
ja  nein

Geburtsdatum |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|  
Index |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|  
♂   
♀

**Vitalparameter**

RR<sub>sys</sub> |\_|\_| mmHg Atemfrequenz/min  
1-5  10-29   
Puls |\_|\_| /min 6-9  >29   
Apnoe

**Diagnostik** bis zur Aufnahme auf die Intensivstation:

Rö-Thorax |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Rö-Becken |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Uhr  
Sono-Abd |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Angio |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Uhr  
CCT |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| CT sonst. |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Uhr  
Rö-Schädel |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Abbruch wg. |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Uhr  
Rö-WS |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_| Not-OP

**Glasgow Coma Scale**

Augenöffnung	Verbale Antwort	Motorische Antwort
spontan 4	orientiert 5	Aufforderung 6
Aufforderung 3	verwirrt 4	Gezielt (Schmerz) 5
Schmerz 2	inadäquat 3	Ungezielt (Schmerz) 4
keine 1	unverständlich 2	Beugekrämpfe 3
	keine 1	Streckkrämpfe 2
		keine 1

Summe aus |\_| + |\_| + |\_| = |\_|

**Labor** bei Aufnahme

Hb |\_|\_|. |\_|\_| g/l Glucose |\_|\_| mg/dl  
Leukozyten |\_|\_|. |\_|\_| /µl Kreatinin |\_|\_| mg/dl  
Thrombozyten |\_|\_|. |\_|\_| /ml Fi O<sub>2</sub> |\_|\_|  
PTT |\_|\_| s Pa O<sub>2</sub> |\_|\_| mm Hg  
TPZ (Quick) |\_|\_| % BE |\_|\_| mmol/l  
Fibrinogen |\_|\_| g/l SBic |\_|\_| mmol/l  
AT<sub>3</sub> |\_|\_| % CK |\_|\_| u/l  
Na |\_|\_| mmol/l Laktat |\_|\_| mmol/l  
K |\_|\_| mmol/l PMN-Elastase |\_|\_| ng/ml

**Pupillenreaktion**

rechts	links
eng <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lichtreaktion**

rechts	links
prompt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
träge <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verletzungen	geschlossen	offen	I*	II*	III*	AO	AIS
<b>Kopf:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
<b>Thorax:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
<b>Abdomen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					_
<b>Wirbelsäule, Becken:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
<b>Extremitäten:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
<b>Weichteile:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _	_

**Therapie** bis zur Aufnahme auf die Intensivstation

Blut |\_|\_| Ek's Intubation ja  nein  Analgosedierung ja  nein   
Kolloide |\_|\_|\_|\_|\_| ml Beatmung ja  nein  Reanimation ja  nein   
Kristalline |\_|\_|\_|\_|\_| ml Urin |\_|\_|\_|\_|\_| ml Thoraxdrainage ja  nein  Katecholamine ja  nein

Abb. 19: Beispiel eines Schwerverletzten-Anamnesebogens (Unfallchirurgie);  
aus: Tscherne, Harald / Regel, Gerd: Tscherne Unfallchirurgie. Trauma-Management, a.a.O.



# DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE Schwerverletzten-Erhebungsbogen

© DGU 10/93

## Zeitpunkt C: Befund bei Aufnahme Intensivstation

<b>Eintreffen</b>	Datum	_ _ .  _ _ .  _ _
	Uhrzeit	_ : _ .  _ _ .  _ _

<b>Verlegung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>Geburtsdatum</b>	_ _ .  _ _ .  _ _	♂ <input type="checkbox"/>
<b>Index</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	♀ <input type="checkbox"/>

Labor bei Aufnahme			
Hb	_ _ .  _ _  g/l	Glucose	_ _ _  mg/dl
Leukozyten	_ _ .  _ _  /µl	Kreatinin	_ _ .  _ _  mg/dl
Thrombozyten	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fi O <sub>2</sub>	_ .  _ _
PTT	_ _ .  _ _  s	Pa O <sub>2</sub>	_ _ _ .  _ _  mm Hg
TPZ (Quick)	_ _ _  %	BE	_ _ _ .  _ _  mmol/l
Fibrinogen	_ _ _ _  g/l	SBic	_ _ .  _ _  mmol/l
AT <sub>3</sub>	_ _ _  %	CK	_ _ _ _ .  _ _  u/l
Na	_ _ _  mmol/l	Laktat	_ _ .  _ _  mmol/l
K	_ _ .  _ _  mmol/l	PMN-Elastase	_ _ _ _ .  _ _ _  ng/ml

Vitalparameter					
RR <sub>sys</sub>	_ _  mmHg	Atemfrequenz/min			
		1-5	<input type="checkbox"/>	10-29	<input type="checkbox"/>
Puls	_ _  /min	6-9	<input type="checkbox"/>	>29	<input type="checkbox"/>
		Apnoe <input type="checkbox"/>			

Glasgow Coma Scale		
<b>Augenöffnung</b>	<b>Verbale Antwort</b>	<b>Motorische Antwort</b>
spontan 4	orientiert 5	Aufforderung 6
Aufforderung 3	verwirrt 4	Gezielt (Schmerz) 5
Schmerz 2	inadäquat 3	Ungezielt (Schmerz) 4
keine 1	unverständlich 2	Beugekrämpfe 3
	keine 1	Streckkrämpfe 2
		keine 1
Summe aus  _  +  _  +  _  =  _		

Pupillenreaktion		Lichtreaktion	
	rechts links		rechts links
eng	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	prompt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	träge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
weit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Zeitpunkt D: Befund bei Entlassung

Vitalparameter					
RR <sub>sys</sub>	_ _  mmHg	Atemfrequenz/min			
		1-5	<input type="checkbox"/>	10-29	<input type="checkbox"/>
Puls	_ _  /min	6-9	<input type="checkbox"/>	>29	<input type="checkbox"/>
		Apnoe <input type="checkbox"/>			

Glasgow Coma Scale		
<b>Augenöffnung</b>	<b>Verbale Antwort</b>	<b>Motorische Antwort</b>
spontan 4	orientiert 5	Aufforderung 6
Aufforderung 3	verwirrt 4	Gezielt (Schmerz) 5
Schmerz 2	inadäquat 3	Ungezielt (Schmerz) 4
keine 1	unverständlich 2	Beugekrämpfe 3
	keine 1	Streckkrämpfe 2
		keine 1
Summe aus  _  +  _  +  _  =  _		

Pupillenreaktion		Lichtreaktion	
	rechts links		rechts links
eng	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	prompt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	träge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
weit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zeiten	
Tage Intensiv	_ _
Tage gesamt	_ _
Tage intub./beatmet	_ _

<b>Datum Entlassung:</b>	_ _ .  _ _ .  _ _
--------------------------	-------------------

<b>Komplikationen:</b>					
Tod	ja <input type="checkbox"/>				
am	_ _ .  _ _ .  _ _  um  _ : _  Uhr				
<b>Sepsis</b>					
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Tage	_ _

Organversagen			
Lunge	_ _	Kreislauf	_ _
Niere	_ _	Blut	_ _
Leber	_ _	ZNS	_ _
GI	_ _		

<b>Vorerkrankungen:</b>	_ _  Punkte
-------------------------	-------------

Therapie	
Blut	_ _  Ek's
Kolloide	_ _ _ _ _  ml

Entlassung	
nach Hause	<input type="checkbox"/>
Rehaklinik	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
sonst.	<input type="checkbox"/>

Abb. 20: Beispiel eines Schwerverletztenbogens (Intensivstation);  
aus: Tscherne, Harald / Regel, Gerd: Tscherne Unfallchirurgie. Trauma-Management, a.a.O.



# Anhang A

Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation				Seite 1
Ort der Untersuchung:	Patient/in:		ggf. Kniebohrer!	
Ärztin / Arzt:	Tel.:	Geb.-Datum:	Tel.:	
Zugewiesen von:	Adresse:			
Beginn der Untersuchung:	:	Im Besein von:		
(Datum)	(Uhrzeit)			
PATIENTEN BASISDOKUMENTATION				
Körpergröße:	Gewicht:	Patient/in ist:	<input type="checkbox"/> Rechtshänder/in	<input type="checkbox"/> Linkshänder/in
Psychische Verfassung bei Untersuchung:	Bewusstsein:	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> bewusstlos beeinträchtigt
	Verdacht auf:	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen- bzw. Med.-Konsum	
Sprachliche Verständigung:	<input type="checkbox"/> fließend	<input type="checkbox"/> gebrochen	<input type="checkbox"/> Übersetzung notwendig ↳ durch wen?	
Besondere Gefahrenmomente für medizinisches Personal:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
ANGABEN ZUM EREIGNIS				
Ort:	<input type="checkbox"/> Verursacher bekannt			
Zeit:	(Datum)	:	(Uhrzeit)	<input type="checkbox"/> Verursacher unbekannt Anzahl:
(ungefähre) Dauer des Vorfalls: _____				
Möglichst genaue <b>Darstellung des Sachverhaltes</b> . Art der Gewaltausübung/Gewalteinwirkung, subjektive <b>Beschwerden</b> (Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung, <u>Keine Suggestivbefragung!</u> ):				
Gibt es <b>Zeugen</b> des Vorfalls (z.B. Kinder, Nachbarn)?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
↳ Falls ja, sind diese ebenfalls betroffen/verletzt?				
Wurden <b>Tatmittel</b> (Werkzeug, Waffe) benutzt?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Wurde seitens des/der Geschädigten <b>Widerstand geleistet</b> ?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Hat die Patient/in den Verursacher <b>gekratz</b> t?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
↳ Falls ja, Unterseite der Fingernägel der rechten und linken Hand mit je einem feuchten Wattetücher abreiben (DNA!).				
Fand eine <b>Gewalteinwirkung gegen den Hals</b> statt (Würgen, Drosseln)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
↳ <input type="checkbox"/> Stauungszeichen (siehe nächste Seite) <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Urin- und/oder Stuhlabgang <input type="checkbox"/> Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden				
Wurde vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja wann, was, wieviel:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Handelt es sich um einen Wiederholungsfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> k. A.	

**Abb. 21a:** Beispiel eines erweiterten forensischen Dokumentationsbogens, Teil 1, aus: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 605ff.

**SPURENSICHERUNG**

Beschädigungen an der Kleidung (Fotol)?  ja  nein  
 Verunreinigungen der Kleidung (Blut, Erde etc.)?  ja  nein  
 Andere Spuren vorhanden?  ja  nein

Kleidung sichergestellt

ja  nein

↳ welche:

→ einzeln in **Papiersäcke** verpacken u. Beschriften!

**KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG**

**Kopf** Behaarte Kopfhaut (absuchen und abtasten, kahle Stellen?):  o.B.  
 Stirn-/Schläfenregion:  o.B.  
 Augen (inkl. Bindehäute!):  o.B.  
 Ohren (Rückseite!):  o.B.  
 Nase (Nasenöffnungen!):  o.B.  
 Wangen:  o.B.  
 Mund (Lippenrot, Zähne, Mundvorhofschleimhaut!):  o.B.  
 Kinn:  o.B.

Liegen punktförmige Einblutungen (**Stauungszeichen**) vor?  ja  nein

- ↳  Haut der Augenlider
- Augenbindehäute
- Haut hinter den Ohren
- Gesichtshaut
- Mundvorhofschleimhaut

**Hals** Vorderseite:  o.B.  
 Nacken:  o.B.

**Thorax** Mammae:  o.B.  
 Brustkorbvorderseite:  o.B.  
 Rücken:  o.B.

**Arme** Schultern:  o.B.  
 Oberarme (auch Innenseite!):  o.B.  
 Unterarme (Handgelenke):  o.B.  
 Hände:  o.B.

Abdomen  o.B.

Gesäß  o.B.

Genitalbereich  o.B.

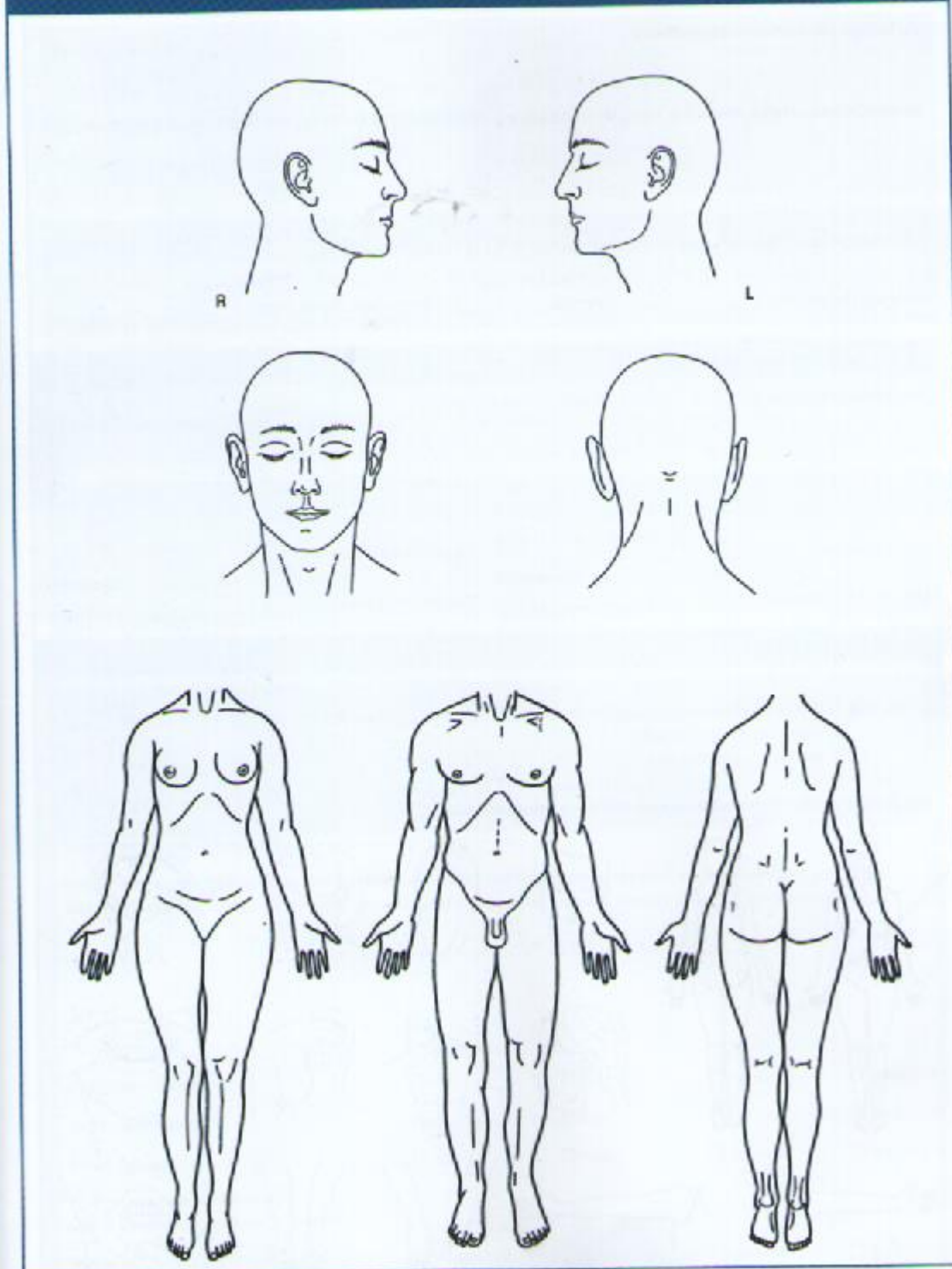
**Beine** Oberschenkel (Innenseite!):  o.B.  
 Unterschenkel:  o.B.  
 Füße:  o.B.

☞ Ist ein **auffälliges Verletzungsmuster** erkennbar?  ja  nein  
 (gruppierte oder geformte Verletzungen, Abdrücke, z.B. Schuhsohlenprofil, Reifenprofil, Doppelstriemen):

☞ **Schussverletzungen** exzidieren, markiert aufspannen und sicherstellen (siehe Beiblatt Erläuterungen!)

**Abb. 21b:** Beispiel eines erweiterten forensischen Dokumentationsbogens, Teil 2, aus: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 605ff.





**Abb. 21c:** Beispiel eines erweiterten forensischen Dokumentationsbogens, Teil 3, aus: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 605ff.

Vorläufige medizinische Beurteilung:

Weiterführende Maßnahmen (z.B. Konsiliaruntersuchung, psychologische Beratung, Verständigung der Exekutive etc.):

Information über Opferschutzeinrichtungen erfolgt?  ja  nein Bemerkungen:

Ende der Untersuchung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Unterschrift Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_

**WEITERGABE DER BEWEISMITTEL**

Asservate (Abstriche, Kleidung, Tatmittel, Projektile, Exzidate etc.):

Übergeben von: \_\_\_\_\_  
(Blockschrift)

Übernommen von: \_\_\_\_\_  
(Blockschrift)

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

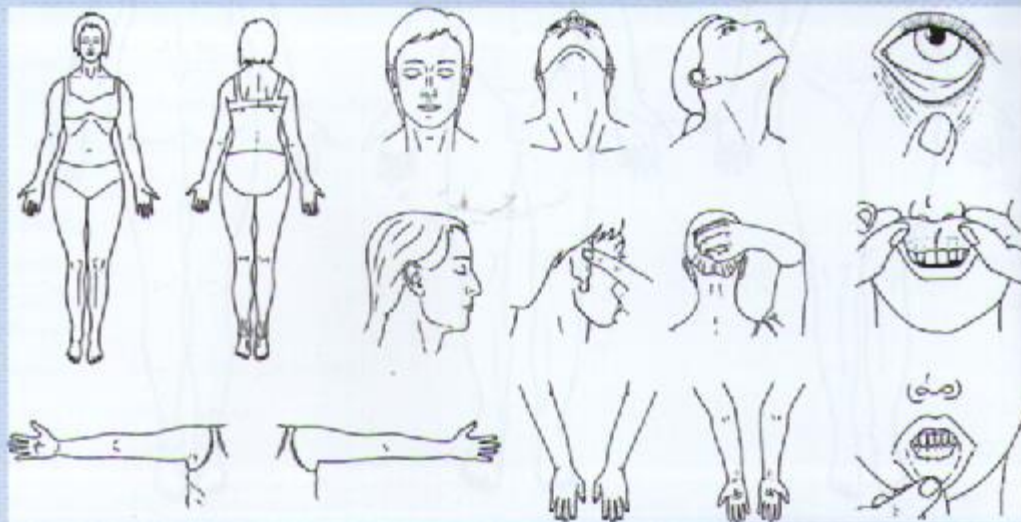
**FOTODOKUMENTATION**

Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt?  ja  nein Anzahl der angefertigten Aufnahmen: \_\_\_\_\_

↳ wenn „nein“, warum nicht:

↳ wenn „ja“, wo archiviert:

Empfehlungen zur Untersuchung und Fotobasisdokumentation:



**Abb. 21d:** Beispiel eines erweiterten forensischen Dokumentationsbogens, Teil 4, aus: Grassberger, Martin / Türk, Elisabeth E. / Yen, Kathrin: Klinisch-forensische Medizin, S. 605ff.

**Ärztliches Attest  
über die Feststellung einer Körperverletzung**

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Straße:		PLZ/Ort:		Unt.-Datum:	

Angaben des Geschädigten (Wer-Wann-Wo-Wie?):

Feststellbare Verletzungen (welche-wie groß-schätzungsweise Alter-genaue Diagnose). Bei mehreren Feststellungen bitte Nummerierung!

Zusätzliche Angaben:

Arbeitsunfähigkeit:  besteht seit: \_\_\_\_\_  bestand von/bis: \_\_\_\_\_

Klinikeinweisung:  erfolgte am: \_\_\_\_\_  dauerte von/bis: \_\_\_\_\_

Verletzung war:  lebensgefährlich,  stark/mittel/gering schmerzhaft,  entstellend

Verletzung wird:  dauerhaft  zeitweilig Folgen hinterlassen

Hier nähere Angaben: Auf welche der o.g. Feststellungen trifft dies zu? Welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Röntgen/Labor/andere Verfahren/Transporte etc.) mußten eingeleitet werden?

**Ort und Datum der Ausfertigung:**

**Unterschrift und Stempel des Arztes:**

Dieses Attest ist gebührenpflichtig nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] vom 12.5.1986 in der Fassung vom 1.5.2001. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem erforderliche Umfang und dem Schwierigkeitsgrad der erforderlichen Untersuchungen und sind aus der beigefügten Arztrechnung ersichtlich.

**Abb. 22:** Beispiel eines kleinen ärztlichen Attests (Nr. 70 GOÄ);  
online unter: <http://www.fwiegleb.de/v-attest.htm#Muster1>.

Kemenesaljai Egyesített Kórház

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
Tel.: [REDACTED]

**AMBULÁNS KEZELŐ LAP**

Beteg neve.....: [REDACTED] KBA.....: 0000027409  
Leánykori név.....: [REDACTED] Esetszám.: 1695196  
Születési dátum...: [REDACTED] TAJ.....: 082-576-983  
Anyja neve.....: [REDACTED] Naplósám.: 10001526  
Lakcím.....: [REDACTED]  
Felvételi dátum...: 2014.09.30 13:07 Térítési kategória: 1  
Beküldő.....: 1805S0200

**Anamnézis**

Egy hölgy bántalmazta 11 óra körül egy zárt helyiségben.  
Könyökökkel orrba ütötte, folytogatta nyakát.

**Státusz**

Az ornyereg nyom. érz.  
A nyak bal oldalán 3 db.1-2-3 cm-es hámorzsolás.

**Epikrízis**

Pihentetés ,borogatás jav.  
Panasz esetén kontroll.

**Diagnózis**

DIAGNÓZISOK megnevezése	Kód	Dátum	Év	K	V	T
A nyak k.m.n. részének felületes sérülése	S1090	2014.09.30				3
Az arc zúzódása	S0700	2014.09.30				5
Testi erővel elkövetett testi sértés	Y04H0	2014.09.30				E

**Beavatkozások**

Kód	Megnevezés	Menny.	Pont
11041	Vizsgálat	1	750
81929	Szennyezett, fertőzött seb ellátása, kötözése	1	464

2014.09.30

**KEMENESALJAI EGYESÍTETT KÓRHÁZ**  
**CHELIK**  
**Székesévi Ambulancia**

[REDACTED]  
Kezelőorvos

Kijelentem és aláírással tanúsítom, hogy az "Ambuláns Kezelőlapot"  
átvettem, betegségemről kellő mértékben felvilágosítottam,  
a számomra felírt gyógyszer recepteket átvettem.  
A gyógyszerek várható hatásait, esetleges mellékhatásait ismertették,  
a további vizsgálatokról, ellenőrzésekről tájékoztattak.

MedSolution

[REDACTED] 1695196

Oldal: 0001/0

Ny.: dom02 2014.09.30 13

**Abb. 23a:** Beispiel eines ungarischen Schaubefunds [látélet], klinische Erstdokumentation (Ambulanzblatt) zum Schaubefund. Online unter: [http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunpjp.com%2Fimages%2Fnews%2Fmegvert\\_anya%2Flatélet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunpjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item\\_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=HgGhyLUm2\\_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIWKQD4e\\_pBkTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHaSjBvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354](http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunpjp.com%2Fimages%2Fnews%2Fmegvert_anya%2Flatélet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunpjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=HgGhyLUm2_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIWKQD4e_pBkTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHaSjBvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354)



Beteg neve : ██████████ Születési idő: 1975-12-21  
Esetszám : ██████████ Neme : N  
TAJ : ██████████ Módosítva : csi01 2014.09.30 13:41  
Szövegblokk : ██████████

ORVOSI LÁTLELET ÉS VÉLEMÉNY

A sérült neve: ██████████  
Születési helye és ideje: ██████████  
Anyja leánykori neve: ██████████  
Foglalkozása: \*  
Szem.ig.sz.: \*  
Lakáscíme: ██████████  
Munkáltatója neve és címe: \*

Az orvosi ellátásra jelentkezés ideje: 2014.09.30.13:07

Módja: \* (1. saját lábán - 2. mentőkocsival - 3. egyéb): saját lábán

A kísérő neve és lakáscíme: \*  
Az előzményi adatok (a sérült vagy kísérő közlése alapján a sérülés elszenvedésének ideje, helye és körülményei, az eszméletlen állapot időtartam a fogyasztott szeszes ital megjelölése és mennyisége): Egy hölgy bántalmazta őra körül egy zárt helyiségben. Könyökkel orrba ütötte, folytogatta.

A sérüléssel összefüggő adatok: \*

Jelen állapot (általános fizikális, belgyógyászati állapot): neg.

RR: \* Hgmm P: \* /min.

Az idegrendszeri állapot (reflexek, romberg tünet, pupillák, stb.), valamint agyrázkódásra utaló tünetek (eszméletvesztés, emlékezetkiesés, vegetatív tünetek): neg.

Az alkoholos állapot fizikális jelei (alkoholos lehelet, arcbőr, kötőhártyák állapota, stb.) és a psychés tünetek (beszéd, magatartás, tájékozódás, emlékezőképesség, stb.): nincs

A külsérelmi nyomok (sebek) helye, alakja, hossza, szélessége, mélysége (a lehetőséghez képest mm, cm pontossággal), a sebszélek, sebzugok, sebfal, sebalap, sebkörnyezet (szennyeződések leírása: lövési, szúrási sérülés esetében a sérülés be- és kimeneteli nyílásának talpsíktól mért távolsága (több külsérelmi nyom esetében azokat testtájanként vagy fix anatómiai ponthoz viszonyítva folytatódólagosan sorszámozva kell felsorolni)): Az ornyereg nyomá érzékeny. A nyak bal oldalán 3 db 1-2-3 cm-es hámhorzsolás.

A szakorvosi leletek (rtg. stb.) részletes feltüntetése: -

A sérült ellátása (gyógykezelés, kötés, műtét, rendelőintézetbe,

**Abb. 23b:** Beispiel eines ungarischen Schaubefunds [látletet], Befunderhebungsteil des Schaubefundes  
Online unter: [http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fimages\\_%2Fnews%2Fmegvert\\_anyuka%2Flatlet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item\\_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=hgGhyLUM2\\_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIKWQD4e\\_pBKTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHaSjBvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354](http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fimages_%2Fnews%2Fmegvert_anyuka%2Flatlet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=hgGhyLUM2_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIKWQD4e_pBKTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHaSjBvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354).



fekvőbeteg-gyógyintézetbe irányítása stb.): sebtoliette

A kórisme (magyarul és latinul): Az orr zúzódása.

Vélemény: A gyógytartam szövödménymentes gyógyulás esetén előreláthatólag 8 napon belüli - (A nem kívánt szöveget törölni kell.), kb.4 nap.

Megjegyzés (pl. várható-e maradandó testi fogyatékoság vagy súlyos egészségromlás): nem

Dátum: Celldömölk , 2014.09.30.

~~Dr. Bomba István~~



**Abb. 23c:** Beispiel eines ungarischen Schaubefunds [látélet], Diagnosteteil des Schaubefundes

Online unter: [http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fimages\\_%2Fnews%2Fmegvert\\_anyuka%2Flatlelet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item\\_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=hgGhyLUM2\\_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIWKOD4e\\_pBKTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHsJbvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354](http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fimages_%2Fnews%2Fmegvert_anyuka%2Flatlelet2.png&imgrefurl=http%3A%2F%2Fhunjp.com%2Fprint.php%3Ftype%3DN%26item_id%3D397&h=2477&w=1805&tbnid=hgGhyLUM2_NIHM%3A&vet=1&docid=a0a81BazTjWOFM&ei=HfOIWKOD4e_pBKTHmrgP&tbn=isch&iact=rc&uact=3&dur=726&page=0&start=0&ndsp=23&ved=0ahUKEwjkhfX8-t3RAhXhd5oKHsJbvcQMwgpKA4wDg&bih=635&biw=1354).