

**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**

Thesenheft

Betreuer

Prof. Dr. László Korinek

Dr. habil. László Köhalmi

Pécs

2017

1 Einführung, Problemstellung und Gang der Arbeit

Körperliche Gewalt gehört nach den Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach wie vor zu den größten Gesundheitsrisiken weltweit. 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. 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) in das Strafverfahren eingeführt und dient zudem als Informationsgrundlage für den als Sachverständigen geladenen Rechtsmediziner.

Die vorliegende Arbeit untersucht 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 aus forensischer Sicht unzureichenden oder terminologisch inadäquaten Dokumentation Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Nach der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) wurden allein in Deutschland im Jahr 2015 658.594 Personen Opfer eines Körperverletzungs-, Raub- oder Sexualdelikts. Und auch im deutlich kleineren Ungarn registrierte die Polizei im gleichen Zeitraum 12.620 Fälle von Körperverletzung. 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. 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.

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. 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.

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 rettungsdienstlichen *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. 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.

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.

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 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. Dies gilt umso mehr, wenn die Dokumentation 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.

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 *Weichgewebeverletzungen* durch *stumpfe* und *scharfe Gewalt*, die schon aufgrund eines vergleichsweise schnellen Heilungsprozesses nachträglich nur schwer rekonstruiert werden können.

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

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 Strafverfolgungsbehörden 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 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, 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 Morgenstunden von Wochenenden auftreten und zu einer Zeit, in der auch „Wochenendpatienten“ mit Bagatellerkrankungen die Notfallversorgung „verstopfen“.

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. 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)

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 Schürfungen** 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 Schürfungen** 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 Schürfungen** 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 Schürfungen** [...].

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 die zwischem 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. 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. 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. 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. 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.

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.

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. Und auch in Deutschland ist die Rechtsmedizin jedenfalls dann auf die klinische (Erst-)Dokumentation angewiesen, wenn ein operativer Eingriff eben nicht notwendig wurde und daher ein ausführliches Operationsprotokoll fehlt: bei Weichgewebeverletzungen sind dann, anders als bei Knochenverletzungen, nach Versorgung der Verletzung und einsetzendem Heilungsprozess nachträgliche Aussagen zur Tiefe der Wunden, zu den Wundwinkeln und Wundrändern kaum noch möglich.

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 Verletzungsbild – ankommt, sondern insbesondere auch auf die zugrundeliegende *Tathandlung*: Bei einer Platzwunde am Kopf wird beispielsweise – nach dem 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. 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.

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. 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. Da insbesondere bei Weichgewebeverletzungen nach erfolgter medizinischer Versorgung die ursprünglichen Verletzungsmerkmale kaum noch rekonstruiert werden können, wird zusätzlich eine aussagekräftige Fotodokumentation der Verletzungen empfohlen.

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 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.

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. 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. 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.

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 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. 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. 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. In der Praxis kommt es trotz all diesem regelmäßig vor, dass 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 Eingrenzung des Themas

In der Praxis spielen die Aufzeichnungen, wie sie vom Rettungsdienst, d.h. von den Rettungssanitätern und Notärzten vorgenommen werden, nur eine untergeordnete Rolle. In ihnen werden außer den wesentlichen Vitalparametern (Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur und Atemfrequenz) nur wenige Informationen zum Verletzungsbild selbst festgehalten. 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.

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 im Sinne von 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 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 bzw. eines (bedingten) Tötungsvorsatzes nachzuweisen. Vor diesem Hintergrund kann eine ausführliche klinische Dokumentation auch für die Wahrnehmung, Ausermittlung, Verurteilung und Strafzumessung von Gewaltdelikten maßgeblich sein. 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).

3 Thesen

Die vorliegende Dissertation ist eine Abhandlung zur klinischen Dokumentation im Allgemeinen. Sie ist daher 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 werden sowohl neue zivil- als auch verfassungsrechtliche, insbesondere aber natürlich strafrechtliche Erkenntnisse herausgearbeitet:

- 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.

4 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 linguistischen Studie, die die sprachlichen Fehler in Dokumentationen von Weichgewebeerletzungen und ihre Auswirkungen auf die rechtsmedizinische Rekonstruierbarkeit untersuchte, aus juristischer Sicht analysiert. Die insgesamt 449 zugrundeliegenden rechtsmedizinischen Akten beinhalten jeweils die klinische Befunderhebung und Diagnose und eine rechtsmedizinische gutachterliche Stellungnahme. Die rechtsmedizinischen Akten behandeln ausschließlich Weichgewebeerletzungen, 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.

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 sind und inwieweit eine ärztliche Rechtspflicht zur Dokumentierung dieser Verletzungen besteht.

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.

5 Zusammenfassende Ergebnisse

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 für die jeweils anderen Zwecke.

a) Zum Umfang der Dokumentationspflicht

Den klinischen Mediziner 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.“ Diese erstreckt sich allerdings schon dem ausdrücklichen 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 aber 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 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.

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).
- 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 schriftliche Begutachtung (das „große Attest“) durch den behandelnden Arzt zu vereinbaren.

b) Zur Bedeutung als Beweismittel

Klinische Unterlagen genießen beim Gericht aufgrund ihrer professionellen Natur und ihrer verhältnismäßig hohen Objektivität ein sehr hohes Ansehen. Gleichwohl haben sie keine grenzenlose Überzeugungskraft, denn sie können auch ein Stück weit vom persönlichen Verhältnis des Arztes zu „seinem“ Patienten geprägt sein. Zudem gehört es 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 die Unterlagen als Urkundenbeweis oder als Basis für das Sachverständigengutachten herangezogen. Als Urkundenbeweis dürfen sie trotz des (in Deutschland) geltenden Unmittelbarkeitsprinzips auch im Wege der Verlesung eingeführt werden, soweit es sich um bloße Befunderhebungen durch einen approbierten Arzt handelt.

Die Verlesung von Feststellungen zur Verletzungsgenese, insbesondere auch die Klassifizierung als *Schnitt*, *Stich* oder *Hieb*, bedarf hingegen (in Deutschland) 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.

c) 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 *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:

- 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 werden kann. 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.

d) 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:

- 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. Sie verstößt somit gegen die Dokumentationspflicht.
- 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 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 Lösungsansätze und Ausblick

Im letzten Abschnitt sollen Lösungswege aufgezeigt werden, wie den Praxisproblemen bei einer forensisch betrachtet unzureichenden klinischen Dokumentation begegnet werden könnte. Dabei muss zum einen bedacht werden, dass die klinischen Ärzte – zumindest in Deutschland – gerade nicht verpflichtet sind, nach rechtsmedizinischen Gesichtspunkten zu dokumentieren.

Daher stellt sich für jeden einzelnen Verbesserungsvorschlag die Frage, wer den etwaigen Zusatzaufwand leisten und wer ihn zu finanzieren hätte. Zudem geht es darum, für die Beteiligten möglichst attraktive Lösungen bereitzustellen, um sie zu motivieren, einen höheren Zeit- und Arbeitsaufwand in die Dokumentation zu investieren.

a) *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. 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.

Sicherlich haben die USA *in puncto* Gewaltkriminalität mit anderen Grundbedingungen zu kämpfen als die meisten westeuropäischen Staaten. 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.

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.

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. 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

lohnem kann. Denn Staatsanwaltschaft, Verteidigung und Nebenklage sind in den USA jeweils selbst dafür verantwortlich, alle relevanten Beweismittel dem eher als *Schiedsrichter* fungierenden Richter vorzulegen. Daher gibt es gleich drei potenzielle Parteien, die unabhängig voneinander ein 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 nachzukommen. Zudem unterstützt auch die amerikanische Bundesregierung die flächendeckende Beschäftigung von *forensic nurses* mit Nachdruck.

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.

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. 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.

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 vergleichbaren Berufsgruppe – und sei es nur in den Krankenhäusern – gegeben. Das wird auch daran liegen, dass es – in Deutschland – mangels einer Meldepflicht zu Gewaltdelikten kein ureigenes Interesse der Krankenhäuser geben mag, 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 *Durchgangsarzte* („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.

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 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. Im Unterschied zu forensischen Pflegekräften in den USA sollen sie eben keine umfassende Pflege und psychologische Betreuung von Opfern übernehmen. Ihr Schwerpunkt und ihre Stärke liegen hingegen in der Beratung und Beweissicherung bei Fällen von (zumeist nicht lebensbedrohlicher, stumpfer) Gewalt im sozialen Nahraum.

Vorstellbar wäre es, die Aufgaben, die traditionell von forensischen Pflegekräften übernommen werden, auf die *Durchgangsarzte* (D-Ärzte) zu übertragen. Diese arbeiten eigentlich im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung und sollen für diese insbesondere die Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen begleiten. 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.

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. 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.

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 Arbeitsweegeunfällen, 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. 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 allerdings schon die erfolgreichen Bemühungen beim jüngsten Krankenhausstrukturgesetz.

b) Interne Fortbildungen und Schulungen

Realistischer als eine – zeitnahe – flächendeckende Einführung von forensischen Pflegekräften mögen haus- oder verbandsinterne Fortbildungen einzelner engagierter Einrichtungen oder Berufsgruppen sein. 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.

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.

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. 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.

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 müsste das medizinische Personal dann persönlich vor Gericht erscheinen, um seine Dokumentationen zu erläutern, ein Umstand, den der Gesetzgeber mit der Schaffung des § 256 StPO gerade vermeiden wollte.

In diesem Zusammenhang müsste grundsätzlich geklärt werden, wie Verletzungsdokumentationen durch speziell geschulte 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. Sie wären daher – in Deutschland – grundsätzlich nicht als erweiterter Urkundenbeweis in das Verfahren einbringbar. Vielmehr müsste nach dem Vorrang des unmittelbaren Beweismittels (§ 250 Satz 1 StPO) die jeweilige Pflegekraft persönlich vor Gericht erscheinen und eine Zeugenaussage machen.

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. 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.

Wenn man eine aufwendige 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.

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.

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 Bereitstellung von nutzbaren Musterdokumentationsbögen in den Leitfäden auch noch der forensischen Fachliteratur zu widmen. Das – von Ärzten in der Praxis erwartete – 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 noch 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.

c) 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. Die Landeskriminalämter arbeiten wiederum – bei bestimmten Deliktsarten – mit eigenen speziellen Dokumentationsbögen. So gibt es im Zuständigkeitsbereich des Landeskriminalamts Berlin beispielsweise einen allgemein gehaltenen Dokumentationsbogen „Antrag auf ärztliche Untersuchung“, der den Opfern von Sexualdelikten mit auf den Weg in die Notaufnahme gegeben wird.

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.

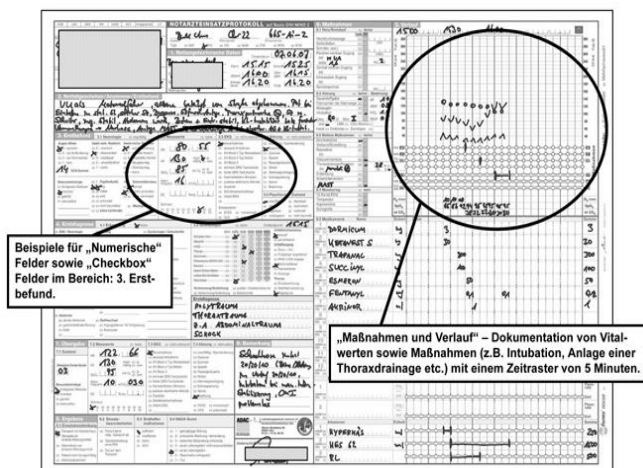


Abb. 13: Beispiel des papiergestützten digitalen Dokumentationsformats DINO

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. 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. Für den dokumentierenden Arzt wären die wenigen zusätzlichen Eingaben nur mit einem minimalen Mehraufwand verbunden.

d) 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, wenngleich 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 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.

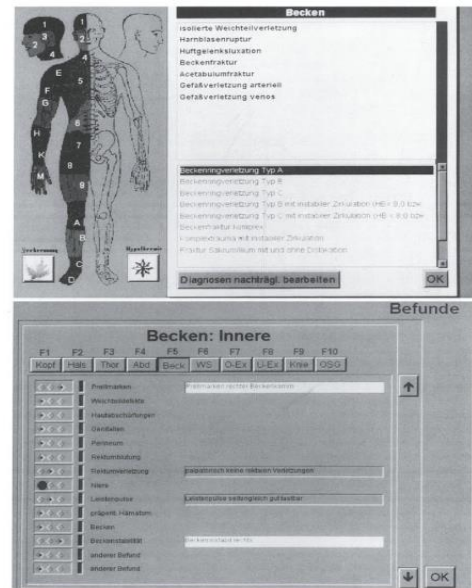


Abb. 14: Beispiel einer klinischen Dokumentationssoftware (Tscherne, S. 43)

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 anstelle des Schaubefundes in das Strafverfahren eingeführt werden könnte. 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.

6 Ausblick

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 Durchgangsarzten 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 „gerichtsfesteren“ 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.

1 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 basics“ 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.

2 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 documentary 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.

3 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 *látylelet*), 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 Hungarian case files and almost 20 per cent of German case files, the forensic expert had to point out that due to insufficient clinical documentation, the original injury could not be reconstructed at all or at least only to a certain degree. As causes of limited forensic assessability three typical mistakes were revealed: 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 intend 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 intend 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 or stab [*Stich*] and incision [*Schnitt*] in German MDRI 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 intend 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.

4 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 Emergency Departments, 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 [*Durchgangsarzte*] 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 health insurance funds, the hospitals and the medical associations or the Forensic Outpatient Clinics, thus the different ministries responsible for the prevention of violence.

In Hungary, an extended documentation for therapeutical and forensic aspects of injuries caused by bodily harm in the form of computer software is under way. In co-operation with the Department of Forensic Medicine at the University of Pécs a software is being developed that provides both, a detailed description of wound-related relevant characteristics and a standardisation of the terminology of MDRIs. For economic reasons, the application of the software shall primarily serve therapeutic purposes, whilst additionally recording forensic data.

Literaturverzeichnis

Acker, James R. / Brody, David C.: Criminal Procedure. A Contemporary Perspective. Jones and Bartlett Publishers, Boston/Toronto/London/Singapore, 2004.

Altman, Gaylene Bouska / Kerestzes, Patricia / Wcisel, Mary A.: Fundamental & Advanced Nursing Skills. Cengage Learning, Delmar, 2009.

Belügyminisztérium Koordinációs és Statisztikai Osztály [Ungarisches Innenministerium, Abteilung Koordinierung und Statistik] (Hrsg.): Bűnügyi Statisztikai Rendszer [Straftaten-Statistik], tagesaktuelle Erfassung, Budapest, 2016. Online unter: <https://bsr.bm.hu/SitePages/ExcelMegtékinto.aspx?ExcelName=https%3a%2f%2fbsr.bm.hu%2fBuncselekmenyiAdatok%2fRegisztr%c3%a1lt+b%c5%b1ncselekm%c3%a9nyek+sz%c3%a1ma+az+elk%c3%b6vet%c3%a9s+helye+szerint.xlsx>. [31.12.2016].

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.

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.

Böcker, Werner / Denk, Helmut / Heitz, Philipp U. / Moch, Holger: Pathologie. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München/Jena, 2008.

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 [31.12.2016].

Constantino, Rose E. / Crane, Patricia A. / Young, Susan E.: Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice. F.A. Davis Company, Philadelphia, 2013.

Fenyvesi, Csaba: Development tendencies and perspectives of forensic science. In: Jurisprudencija, Heft 65/57, Mykolas Romeris University, Vilnius/Kauna, 2005, S. 7-15.

Fischer, Thomas: Kommentar zum Strafgesetzbuch und zu den Nebengesetzen. Verlag C.H.Beck, München, 2012.

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 / 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.

Fogarasi Katalin¹, Philipp Schneider²: 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.

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.

Gönczöl, Katalin / Kerszi, Klára / Korinek, László / Lévay, Miklos: Kriminológia-Szakkriminológia [Kriminologie-Fachkriminologie]. CompLex Kiadó / Wolters Kluwer, Budapest, 2006.

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.

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>. [31.12.2016]

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.

Hertz Hattis, Shana (Hrsg.): Crime in the United States 2016. Bernan Press, Lanham/Boulder/New York/London, 2016.

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.

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).

Kater, Horst: Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2008.

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.

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.

Krumholz, Susan T. / Rich-Shea, Aviva M.: Crime & Justice. Learning through Cases. Rowman & Littlefield, Plymouth, 2014.

Lambe, Andrea / Gage-Lindner, Nancy: Pushing the limit: Forensic nursing in Germany. In: Journal of Forensic Nursing, Heft 03/2007, Wolters Kluwe, Alphen aan den Rijn, 2007, S. 117-125.

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 [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 [31.12.2016].

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.

Meyer-Goßner, Lutz / Schmitt, Bertram: Strafprozessordnung. Gerichtsverfassungsgesetz, Nebengesetze und ergänzende Bestimmungen. Kommentar. Verlag C.H. Beck, München, 2012.

Pfeiffer, Gerd: Kommentar zur Strafprozessordnung. Verlag C.H. Beck, München, 2005.

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.

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.

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.

Schwede, Joachim: Praxisleitfaden Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII). Arbeitsschutz – Arbeitsunfall – Berufskrankheit. Ecomed SICHERHEIT, Landsberg am Lech, 2015.

Schwind, Hans-Dieter: Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. Kriminalistik Verlag, Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, 2011.

Swales, John: "The Concept of Discourse Community." Genre Analysis: English in Academic and Research Settings. Boston: Cambridge UP, 1990.21-32.

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 [31.12.2016].

Wagner, Sara-Teresa: Analyse unfallchirurgischer Protokolle von Opfern häuslicher Gewalt bezüglich medizinischer Dokumentation und juristischer Aussagekraft. Inauguraldissertation. Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2010.

Weise, Kuno / Schiltewolf, Marcus (Hrsg.) und Bearbeiter: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg, 2014.

Widmaier, Gunter (Begr.) und Bearbeiter: Münchener Anwaltshandbuch Strafverteidigung. Verlag C.H. Beck, München, 2014.

Williams, Stephen J. / Torrens, Paul R.: Introduction to Health Services. Thomson Delmar Learning, New York, 2008.

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: 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, Genf, 2014. Online: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf> [31.12.2016].

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 Katalin¹, Philipp Schneider²: 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 [Tridiszciplinärer 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 Tímea¹, Philipp Schneider²: 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 Tímea¹, Philipp Schneider²: 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: Právni 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: Kőhalmi 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.