

Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland

Fischer, Lisa

Veröffentlichungsversion / Published Version

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Deutsches Institut für Menschenrechte

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Fischer, L. (2020). *Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt: Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland*. (Analyse / Deutsches Institut für Menschenrechte). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-71279-0>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Analyse

Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt

Zur Umsetzung von Artikel 25 der
Istanbul-Konvention in Deutschland

Lisa Fischer

GEWALT
AMBULANZ

Das Institut

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands. Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Kinderrechtskonvention betraut worden und hat hierfür entsprechende Monitoring-Stellen eingerichtet.

Die Autorin

Lisa Fischer (LL.M.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Deutschen Instituts für Menschenrechte, sie arbeitet zu den Themen Flucht, Gewalt gegen Frauen, Menschenhandel. Sie studierte Sozialwissenschaften sowie Migrations- und Flüchtlingsrecht in Maastricht und Amsterdam. Anschließend war sie in der Forschung und Interessenvertretung im Themenbereich Migration und Flucht in Brüssel tätig.

Die vorliegende Analyse gibt die Auffassung des Deutschen Instituts für Menschenrechte wieder.



Analyse

Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt

Zur Umsetzung von Artikel 25 der
Istanbul-Konvention in Deutschland

Lisa Fischer

Vorwort

Gewalt gegen Frauen ist auch in Deutschland eines der zentralen menschenrechtlichen Probleme. Die Betroffenen haben ein Recht auf Schutz, auf umfassende medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung und auf Strafverfolgung der Täter_innen. Der Staat ist verpflichtet, dies sicherzustellen. Das für Deutschland am 1. Februar 2018 in Kraft getretene Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) konkretisiert die Rechte der Betroffenen und die Pflichten von Bund und Ländern.

Gerade bei sexualisierter Gewalt ist Akutversorgung von besonderer Wichtigkeit. Nach Artikel 25 Istanbul-Konvention müssen umfassende Versorgungsangebote für alle Betroffenen leicht zugänglich und in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Ein wichtiger Schritt ist die Einführung des § 27 Absatz 1 Satz 6 Sozialgesetzbuch V (SGB V), der seit März 2020 die vertrauliche Spurensicherung zur Leistung der gesetzlichen Krankenkassen macht. Zugleich sind Krankenkassen und Länder durch § 132k SGB V verpflichtet, Verträge über die Erbringung dieser Leistung zu schließen. Insgesamt wird damit die Aufgabe begründet und die Möglichkeit eröffnet, bestehende Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung auch vor dem Hintergrund der Verpflichtungen nach Artikel 25 der Istanbul-Konvention neu zu gestalten und auszubauen.

Mit der vorliegenden Studie, die zwischen Februar 2019 und Juli 2020 durchgeführt wurde, sollte ein Einblick in die bestehenden Versorgungsstrukturen und die Herausforderungen bei der Umsetzung des Artikels 25 Istanbul-Konvention gewonnen werden. Auf der Basis von Recherchen und Gesprächen mit mehr als 100 Expert_innen aus den verschiedenen an der Akutversorgung beteiligten Bereichen hat das Institut Handlungsempfehlungen entwickelt, die die verschiedenen Aspekte der Gewährleistung qualifizierter und flächendeckender Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt umfassen.

Die Studie wäre ohne die Mitwirkung vieler Expert_innen nicht möglich gewesen. Ihnen allen danken wir sehr herzlich für Ihre Bereitschaft, ihre Erfahrungen und ihr Wissen mit uns zu teilen. Ganz besonderen Dank schulden wir denjenigen, die auf der folgenden Seite namentlich aufgeführt sind, sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) für die Finanzierung der Studie.

Wir hoffen, dass die Handlungsempfehlungen die fachpolitische Diskussion bereichern und dazu beitragen, dass Lösungen entwickelt werden, die eine umfassende medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung für alle Betroffenen sicherstellt.

Professorin Dr. Beate Rudolf

Direktorin des Deutschen Instituts für
Menschenrechte

Danksagung

Wir bedanken uns insbesondere bei:

Dem Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff), der als Kooperationspartner seine Expertise zu den Bedarfen der Betroffenen eingebracht und den Zugang zu Expert_innen mit Erfahrung in der Versorgung von Betroffenen ermöglicht hat.

Sarah Kesselberg (Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche und sexualisierte Gewalt in Mecklenburg-Vorpommern (CORA)), Conny Schulte (Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn/Arbeitskreis Opferschutz Bonn/Rhein-Sieg), Dr. Maria Mensching (Arbeitskreis Opferschutz Bonn/Rhein-Sieg), Sibylle Ruschmeier (Fachberatungsstelle Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen Hamburg), Andrea Bocian, Dr. Lilly Graß, Dr. Sonja Pilz und Angela Wagner (Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt am Main) für die fachliche und organisatorische Begleitung und Unterstützung der regionalen Datenerhebung sowie für die Bereitstellung von Fallbeispielen für die Veranschaulichung der Versorgungssituation vor Ort.

Allen Interviewpartner_innen und Teilnehmer_innen der Fokusgruppen.

Nicole Jesche (LL.M.) und Dr. Maximilian Warntjen (D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB) für das vom Institut in Auftrag gegebene Gutachten zu den rechtlichen Rahmenbedingungen in der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt. Auszüge aus diesem Gutachten dienen als Grundlage für die rechtlichen Ausführungen in die

ser Analyse und werden in gekürzter Form wiedergegeben.

Maik Pochert, M. Sc., für die vom Institut in Auftrag gegebene wissenschaftliche Bewertung des Begriffs „in ausreichender Zahl“ aus Artikel 25 der Istanbul-Konvention aus der Perspektive der Versorgungsforschung. Ergebnisse dieser Bewertung sind in die Ausführungen in Kapitel 5 „Ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk“ eingeflossen.

Dr. med. Klaus-Henning Kraft, der die Aufbereitung der Projektergebnisse durch seine medizinische Expertise unterstützt hat.

Angela Wagner (Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt am Main), die über ihre Berichte über die Versorgungssituation den Anstoß zu diesem Projekt gegeben hat.

Heike Rabe, für die Konzeptionierung und inhaltliche Begleitung der Studie während ihrer Zeit als stellvertretende Leiterin der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa des Deutschen Instituts für Menschenrechte.

Inhalte und Handlungsempfehlungen in dieser Analyse verantwortet allein das Deutsche Institut für Menschenrechte.

Inhalt

1	Einleitung	12
<hr/>		
2	Zielsetzung und Vorgehensweise	15
<hr/>		
3	Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt in Deutschland – ein Überblick	18
<hr/>		
3.1	Menschenrechtliche Vorgaben	18
3.2	Medizinische Standards	19
3.3	Versorgungsstrukturen in Deutschland	20
	3.3.1 Akutversorgung unter Beteiligung der Strafverfolgungsbehörden	22
	3.3.2 Akutversorgung ohne Anzeigeerstattung	22
	3.3.3 Flickenteppich Akutversorgung	25
4	Ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk	29
<hr/>		
4.1	Problembeschreibung	30
4.2	Anforderungen an eine flächendeckende Akutversorgung	32
	4.2.1 Zeitliche Erreichbarkeit	32
	4.2.2 24-Stunden-Verfügbarkeit	34
	4.2.3 Keine unbegleiteten Weiterverweisungen	35
	4.2.4 Kurze oder begleitete Wartezeiten in der Untersuchungsstelle	36
	4.2.5 Informiertes und sensibilisiertes Empfangs- und Pflegepersonal	38
	4.2.6 Sprachmittler_innen und Dolmetscher_innen	39
	4.2.7 Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit	40

4.3	Erreichbarkeit und Qualität	40
4.4	Handlungsbedarf	42

5 Qualitätsstandards **43**

5.1	Problembeschreibung	43
5.2	Qualitätssicherung im Versorgungsalltag – Berichte aus der Praxis	45
5.2.1	Fachübergreifende Arbeit	45
5.2.2	Arbeit unter Zeitdruck	46
5.2.3	Akutversorgung im Klinikalltag	47
5.2.4	Mangelnde Qualität – eine Herausforderung in der verfahrensunabhängigen Arbeit?	47
5.3	Ein Werkzeugkoffer für die Qualitätssicherung – Ansätze aus den Regionen	48
5.3.1	Struktur und Standardisierung	48
5.3.2	Qualifizierung	50
5.3.3	Interdisziplinäre Kooperation und Austausch	52
5.4	Handlungsbedarf	54

6 Notwendige Rahmenbedingungen **55**

6.1	Koordinierungsstellen	55
6.2	Vernetzung	56
6.3	Öffentlichkeitsarbeit	58

7 Regressverfahren **60**

7.1	Problembeschreibung	60
7.2	Regressprüfung – theoretische Möglichkeit oder reale Gefährdung?	61
7.2.1	Einschätzungen der Krankenkassen	61
7.2.2	Einschätzung vonseiten der Ärzt_innen und Fachberatungsstellen	63
7.3	Handlungsbedarf	64

8 Finanzierung der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt 66

8.1	Problembeschreibung	66
8.2	Notwendige Leistungen in der Akutversorgung	67
8.3	Strukturelle Auswirkungen lückenhafter Finanzierung	69
8.4	Seit März 2020 geltende Neuregelungen im SGB V	69
	8.4.1 Die „vertrauliche“ Spurensicherung als Kassenleistung	69
	8.4.2 Umsetzungsauftrag an die Länder	70
	8.4.3 Art und Umfang der Leistungen	71
	8.4.4 „Anonymisierte“ Abrechnungsverfahren	74
8.5	Fortbestehende Finanzierungslücken	75
	8.5.1 Gesundheitsversorgung im Krankenhaus	75
	8.5.2 Kostenpflichtige Notfallverhütung: die „Pille danach“	78

9 Zusammenfassung der Ergebnisse 80

9.1	Lückenhafte Versorgungsstrukturen	81
9.2	Kaum verbindliche Qualitätsstandards	83
9.3	Schutzlücken bei der Abrechnung medizinischer Leistungen	84
9.4	Fortbestehende Finanzierungslücken trotz der Neuregelungen im SGB V	84
9.5	Notwendige Rahmenbedingungen	85

10 Handlungsempfehlungen 86

10.1	Von Goodwill zur Vertragsbeziehung: Verbindliche Qualitätsstandards	86
10.2	Flächendeckende Versorgungsnetzwerke schaffen	88
10.3	Notwendige Rahmenbedingungen schaffen und fördern	89

10.4 Finanzierung der Akutversorgung sicherstellen	91
10.5 Geschützte Abrechnungswege	93
10.6 Diskriminierungsfreien Zugang sicherstellen	94
10.7 Datenerfassung	95

11 Literatur und Dokumente **96**

Anhang **101**

1 Begriffserklärung	101
2 Tabelle 3: mögliche Vergütung ärztlicher Leistungen	102
3 Tabellen: Regionale Versorgungsansätze	103
3.1 Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (Region Bonn/Rhein-Sieg)	103
3.2 Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt (Hamburg)	106
3.3 Verfahrensunabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt (VSS, Saarland)	109
3.4 Netzwerk ProBeweis (Niedersachsen)	114
3.5 Rechtsmedizinische Ambulanz für Betroffene von Gewalt (Mecklenburg-Vorpommern)	118
3.6 Modell: „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ (überregional)	122

Zusammenfassung

Etwa 35 bis 40 Prozent aller Frauen in Deutschland erleben im Laufe ihres Lebens körperliche oder sexualisierte Gewalt. Ein hohes Maß an Scham und Angst erschwert den Betroffenen den Weg zu Gesundheitsversorgung, Fachberatungsstellen und insbesondere Strafverfolgungsbehörden. Wenn die Strafverfolgungsbehörden von einer Vergewaltigung erfahren, müssen sie ein Ermittlungsverfahren einleiten. Ärzt_innen oder andere im Gesundheitsbereich tätige Personen sind daher häufig erste Ansprechpartner_innen für gewaltbetroffene Frauen, die medizinischen Rat suchen oder auch eine Dokumentation ihrer Verletzungen und von Spuren wünschen. Viele haben Bedarf nach Unterstützung und Beratung durch Fachberatungsstellen. Eine umfassende und zugängliche Versorgung unmittelbar nach der erlebten Gewalt kann gesundheitlichen Folgen der Gewalt vorbeugen, einen Zugang zu Beratung und sonstiger Unterstützung schaffen und den Betroffenen durch Verletzungsdokumentation und Spurensicherung rechtlichen Rückhalt geben.

Deutschland ist nach Artikel 25 des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) verpflichtet, medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung nach sexualisierter Gewalt diskriminierungsfrei vorzuhalten. Die Angebote müssen „leicht zugänglich“ und „in ausreichender Zahl“ vorhanden sein sowie fachlichen Standards entsprechen. Der Zugang zu dieser Versorgung ist für Betroffene in Deutschland keine Selbstverständlichkeit, die Qualität zudem von Region zu Region unterschiedlich und von den jeweiligen behandelnden Ärzt_innen abhängig. Besonders große Unterschiede bestehen je nachdem, ob die Betroffene Strafanzeige erstattet oder eine Versorgung unabhängig von einem Ermittlungsverfahren wünscht. Trotz Modellprojekten aus jüngerer Zeit bleibt in der Gesundheitsversorgung Gewalt ein Fremdkörper, und in manchen Regionen entwickelt sich das Versorgungsangebot sogar rückläufig. In vielen Regionen sind lange Anfahrtswege, mehrfache Weiterverweisungen und lange Wartezeiten in überfüllten Notaufnahmen für die Betroffenen die Regel.

Mit der im März 2020 in Kraft getretenen Einführung des § 27 Absatz 1 Satz 6 Sozialgesetzbuch V (SGB V) wird die vertrauliche Spurensicherung zur Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und damit ein zentrales Defizit der Versorgungsstrukturen angegangen. Der neue § 132k SGB V schafft die Möglichkeit und begründet die Aufgabe, bestehende Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung auch vor dem Hintergrund der Verpflichtungen nach § 25 der Istanbul-Konvention neu zu gestalten und auszubauen. Hierbei sollten die bestehenden Erfahrungen in der Ausgestaltung und Aufrechterhaltung von Strukturen für die Akutversorgung gewaltbetroffener Frauen berücksichtigt werden. Auf der Basis von Recherchen und Gesprächen mit mehr als 100 Expert_innen aus den verschiedenen an der Akutversorgung beteiligten Bereichen entwickelt die vorliegende Analyse hierfür Handlungsempfehlungen. Sie betreffen die verbindliche Festlegung von interdisziplinären Qualitätsstandards für die verfahrensunabhängige Spurensicherung, die Schaffung flächendeckender Versorgungsnetzwerke sowie die Einbettung der Akutversorgung in Strukturen, die die Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit leisten. Zu den zu schaffenden notwendigen Rahmenbedingungen gehören auch Regelungen für die einheitliche Lagerungsdauer der Spuren und für vertrauliche Laboruntersuchungen. Die Vergütung für Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt muss sich an den realen Kosten einschließlich der Laborleistungen orientieren und die Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung und privat Versicherten erfassen. Es braucht geschützte Abrechnungswege durch anonymisierte Abrechnungsverfahren für die vertrauliche Spurensicherung und für die medizinische Erstversorgung sowie diskriminierungsfreien Zugang zur Akutversorgung, der durch barrierefreie Informationsmaterialien und Öffentlichkeitsarbeit sowie Begleitdienste für Menschen mit Behinderungen und Sprachmittlung/Dolmetschen sichergestellt wird. Eine einheitliche und systematische Datenerfassung zur Akutversorgung, wie sie die Istanbul-Konvention insgesamt fordert, würde sicherstellen, dass künftige Maßnahmen faktenbasiert sind und so wirkungsvoll zur Sicherung qualifizierter und flächendeckender Akutversorgung beitragen.

1 Einleitung

Laut verschiedener repräsentativer Studien erleben etwa 35¹ bis 40² Prozent der Frauen in Deutschland im Laufe ihres Lebens körperliche oder sexualisierte Gewalt. Im Rahmen einer deutschlandweiten repräsentativen Studie aus dem Jahr 2004 gaben 13 Prozent der Frauen an, strafrechtlich relevante Formen sexualisierter Gewalt erfahren zu haben.³ 25 Prozent der befragten Frauen berichteten, Formen körperlicher oder sexualisierter Gewalt (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner_innen erfahren zu haben.⁴ Täter_innen bei sexualisierter Gewalt sind selten völlig fremde Personen,⁵ in den meisten Fällen handelt es sich um ehemalige Partner_innen.⁶ Sexualisierte Gewalt ist daher auch entsprechend häufig Teil häuslicher Gewalt.

Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt verbindet ein hohes Maß an Scham und Angst vor den Täter_innen, was den Weg zu Gesundheitsversorgung, Fachberatungsstellen und insbesondere Strafverfolgungsbehörden erschwert.⁷ Bei verschiedenen Formen der Gewalt, so zum Beispiel auch bei einer Vergewaltigung, sind die Strafverfolgungsbehörden von Amts wegen verpflichtet, zu ermitteln, weil es sich um ein Offizialdelikt handelt. Eine Strafanzeige vonseiten der Betroffenen setzt damit unwiderruflich ein Ermittlungsverfahren in Gang. Die Dunkelziffer wird vor diesem Hintergrund bei sexualisierter und häuslicher Gewalt

als besonders hoch eingeschätzt. So stellte beispielsweise eine der oben genannten Studien fest, dass nur 15 Prozent der Frauen, die Opfer körperlicher Übergriffe geworden waren, die Polizei eingeschaltet oder Anzeige erstattet hatten. Bei den Frauen, die sexuelle Übergriffe erlebt hatten, waren es nur 8 Prozent.⁸

Verschiedenen Untersuchungen zufolge sind Ärzt_innen oder andere im Gesundheitsbereich tätige Personen häufig erste Ansprechpartner_innen für gewaltbetroffene Frauen.⁹ Die Anliegen der Betroffenen, die sich an Gesundheitseinrichtungen wenden, sind dabei unterschiedlich. In vielen Fällen geht es ihnen um das Abklären von Schmerzen und möglichen Verletzungen, den Schutz vor Infektionen oder eine Schwangerschaftsberatung. Neben dieser medizinischen Versorgung möchten manche Frauen auch, dass ihre Verletzungen dokumentiert und mögliche Spuren gesichert werden, sodass sie im Rahmen möglicher rechtlicher Schritte verwendet werden können. Bei vielen besteht ein Bedarf nach Unterstützung und Beratung durch Fachberatungsstellen. Eine umfassende und zugängliche Versorgung unmittelbar nach der erlebten Gewalt kann somit gesundheitlichen Folgen der Gewalt vorbeugen, einen Zugang zu Beratung und sonstiger Unterstützung schaffen und den Betroffenen durch Verletzungsdokumentation und Spurensicherung rechtlichen Rückhalt geben.¹⁰

1 EU, Fundamental Rights Agency (2014), S. 28 (gefragt wurde nach Gewalterfahrungen seit dem 15. Lebensjahr).

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2004), S. 7 (gefragt wurde nach Erfahrungen von körperlicher oder sexueller Gewalt oder beidem seit dem 16. Lebensjahr).

3 Ebd., S. 9: Die Studie verwendet einen „engeren Gewaltbegriff, der ausschließlich strafrechtlich relevante Formen der Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und unterschiedliche Formen von sexueller Nötigung unter Anwendung von körperlichem Zwang oder Drohungen umfasste“.

4 Ebd., S. 9.

5 Ebd., S. 78.

6 Ebd.

7 Rönnberg/Hammarström (2000), S. 226.

8 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2004), S. 19.

9 So zum Beispiel in: EU, Fundamental Rights Agency (2014), S. 28.

10 In der vorliegenden Analyse wird unter Akutversorgung die medizinische Untersuchung und Behandlung zum Zwecke der Gesundheitsversorgung und Vorsorge, eine rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung zum Zwecke einer möglichen Strafverfolgung sowie eine Anamnese der psychischen Verfassung der Betroffenen und ein erster Anschluss an psychosoziale Angebote von Fachberatungsstellen gefasst.

Seit Inkrafttreten des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention)¹¹ am 1. Februar 2018 besteht auch eine menschenrechtliche Verpflichtung Deutschlands, medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung nach sexualisierter Gewalt diskriminierungsfrei vorzuhalten (Artikel 25). Die Angebote müssen „leicht zugänglich“ und „in ausreichender Zahl“ vorhanden sein sowie fachlichen Standards entsprechen. Die Staaten, die die Istanbul-Konvention ratifiziert haben („Vertragsstaaten“), sind frei darin, auf welche Art und Weise sie diesen Anforderungen nachkommen wollen, die Einhaltung des Zieles ist verpflichtend. Die Istanbul-Konvention gilt, wie alle Menschenrechtsverträge, gemäß Artikel 59 Absatz 2 Grundgesetz in Deutschland im Rang eines Bundesgesetzes und ist für Bund und Länder in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen rechtsverbindlich.

Berichte aus der Praxis sowie die Ergebnisse aktueller Forschung machen deutlich, dass der Zugang zu diesen Aspekten der Versorgung in Deutschland für Betroffene sexualisierter und auch körperlicher häuslicher Gewalt keine Selbstverständlichkeit ist. So fehlt beispielsweise bereits ein Überblick darüber, wie viele Untersuchungsstellen es in Deutschland gibt oder welche Art der Versorgung dort angeboten wird.¹² Die Qualität der Versorgung ist zudem stark von der jeweiligen Region und von den jeweiligen behandelnden Ärzt_innen abhängig.¹³ Besonders starke Unterschiede bestehen laut Expert_innen je nachdem, ob die Betroffene sich vor oder während der Versorgung zu einer Anzeige entscheidet oder ob keine Beteiligung der Strafverfolgungsbehörden, also eine verfahrensunabhängige Versorgung, gewünscht ist.

Die Bedarfe letzterer Zielgruppe wurden in den letzten Jahren vermehrt in Projekten und Modellansätzen in verschiedenen Regionen in Deutschland angesprochen. Durch diese Initiativen wurden Versorgungsstrukturen aufgebaut, die Frauen

auch unabhängig von einer Anzeigenerstattung die notwendige Versorgung, einschließlich der Dokumentation von Verletzungen und einer Spurensicherung, anbieten. Trotz dieser Bemühungen bleibt das Thema Gewalt in der Gesundheitsversorgung laut Berichten aus der Praxis ein Fremdkörper; nur wenige Kliniken oder Praxen bieten die Versorgung aktiv an. Zudem fallen aktuell durch einen zunehmenden Abbau von Geburtskliniken, eine fortlaufende Belastung des Gesundheitssystems sowie eine lückenhafte Finanzierung teils Kliniken aus den Versorgungsstrukturen weg, weshalb das Versorgungsangebot sich in manchen Regionen rückläufig entwickelt.

Lange Anfahrtswege, mehrfache Weiterverweisungen, lange Wartezeiten in überfüllten Notaufnahmen und eine Selbstbeteiligung an den Kosten der Versorgung sind für die Betroffenen in vielen Regionen die Regel. Dies führt nicht selten dazu, dass diese den Versuch abbrechen, Zugang zu einer Akutversorgung zu bekommen.¹⁴

Vor dem Hintergrund der genannten menschenrechtlichen Vorgaben und den beschriebenen Defiziten bestehender Versorgungsstrukturen sind am 1. März 2020 bundesweite Regelungen zur Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung in Kraft getreten. Diese Regelungen wurden durch einen sogenannten fachfremden Änderungsantrag dem Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)¹⁵ angefügt und mit dessen Inkrafttreten verbindlich. Die vertrauliche Spurensicherung wird durch diese Gesetzesänderung zur Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen (im Weiteren auch „Kassenleistung“), wodurch ein zentrales Defizit der Versorgungsstrukturen angesprochen wird. Die Neuregelungen übertragen Bund und Ländern Möglichkeit und Aufgabe, bestehende Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung auch vor dem Hintergrund der Verpflichtungen nach § 25 der Istanbul-Konvention neu zu gestalten und auszubauen. In verschiedenen Regionen

11 Europarat (2011a): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. In Deutschland im Februar 2018 in Kraft getreten.

12 Siehe hierzu: Blättner/Grewe (2019).

13 Siehe hierzu: Blättner/Grewe (2019) sowie Fryszer u. a. (2019).

14 Bundesverband Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen (bff) (2014), S. 4.

15 Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) (10.02.2020), S. 148.

in Deutschland bestehen teils jahrelange Erfahrungen in der Ausgestaltung und Aufrechterhaltung von Strukturen für die Akutversorgung gewaltbetroffener Frauen, die hierbei Beachtung finden sollten.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts „Gewährleistung einer qualifizierten und flächendeckenden Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt – Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul Konvention in Deutschland“

die Herausforderungen in der Bereitstellung einer zugänglichen und umfassenden Akutversorgung mit Mediziner_innen, Fachberatungsstellen, Strafverfolgungsbehörden und weiteren relevanten Berufsgruppen diskutiert, die aus verschiedenen Regionen stammen und über Erfahrungen mit unterschiedlichen Versorgungsansätzen verfügen. Basierend auf den Erfahrungen und Einschätzungen dieser Akteure und den eigenen Recherchen des Instituts werden in dieser Analyse konkrete Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention vorgestellt.

2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Projekt „Gewährleistung einer qualifizierten und flächendeckenden Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt – Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland“ wurde in Kooperation mit dem Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe als Praxispartner, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Zeitraum zwischen Februar 2019 und Juni 2020 umgesetzt. Ziel war es, bestehende Versorgungsansätze in Deutschland kennenzulernen und vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Meinungen von Expert_innen aus der Praxis konkrete Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland zu formulieren.

Der Schwerpunkt der Datenerhebung lag auf der Versorgung betroffener Frauen ab einem Alter von 16 Jahren. Die Versorgung minderjähriger Betroffener wird aktuell bereits im Rahmen einer Expertise und einer hierauf aufbauenden Studie behandelt (siehe Kasten: Akutversorgung für minderjährige Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt).¹⁶ Anders als im Projekttitle angegeben, wird neben der sexualisierten Gewalt durch Fremdtäter_innen und im Nahbereich der Betroffenen auch die häusliche körperliche Gewalt mitbehandelt. Damit schließt das Projekt an die inhaltliche Ausrichtung der Istanbul-Konvention an und berücksichtigt zudem die für das Themenfeld relevanten Parallelen in der Versorgungssituation der Betroffenen von sexualisierter und häuslicher körperlicher Gewalt.

- Mitarbeiter_innen von Frauenberatungsstellen, Frauennotrufen und Frauenhäusern sowie weiteren Einrichtungen mit psychosozialen Angebot (so etwa Trauma-Ambulanzen)
- Angehörige medizinischer Berufe (darunter Gynäkolog_innen und Pflegepersonal aus Frauenkliniken sowie niedergelassene Gynäkolog_innen und Rechtsmediziner_innen)
- Mitarbeiter_innen von Leistungsabrechnungsstellen in Krankenhäusern
- Mitarbeiter_innen von gesetzlichen Krankenversicherungen
- Vertreter_innen der Interessen und des Schutzes der unter Artikel 4 Absatz 3 der Istanbul-Konvention aufgeführten Gruppen (Migration, Behinderung)
- Rechtsanwält_innen
- Mitarbeiter_innen von Polizei und Staatsanwaltschaft
- Vertreter_innen aus der Regional- und Landespolitik.¹⁷

Neben einer Desktoprecherche wurden insgesamt 40 strukturierte Einzelinterviews sowie sieben semi-strukturierte Fokusgruppen und Hintergrundgespräche mit insgesamt 100 Expert_innen durchgeführt, darunter:

Eine erste Phase der Datenerhebung (Juni bis November 2019) fand in ausgewählten Regionen und

¹⁶ Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2018); Blättner/Grewe (2019).

¹⁷ Im weiteren Verlauf werden Interviewpartner_innen und Teilnehmer_innen von Fokusgruppen nach ihren Berufsgruppen codiert. Folgende Abkürzungen werden hierzu verwendet: GynK (in einer Klinik tätige Gynäkolog_in), GynN (niedergelassene Gynäkolog_in), LAS (Mitarbeiter_in von Leistungsabrechnungsstellen), FB (Mitarbeiter_in einer Fachberatungsstelle/eines Frauenhauses), KK (Krankenkassenmitarbeiter_in), P (Vertreter_in aus Regional- und Landespolitik), POL (Mitarbeiter_in der Polizei), R (Rechtsanwält_in), RM (Rechtsmediziner_in), STA (Staatsanwält_in).

den dort ansässigen Versorgungsstrukturen statt. Bei diesen hier als Regionen bezeichneten Einheiten handelt es sich um Stadtstaaten, Großstädte sowie gesamte Bundesländer, je nach Einzugsgebiet des dort ansässigen Versorgungsansatzes. Die Tabellen im Anhang geben eine Übersicht über den Aufbau der dort ansässigen Versorgungsansätze und Strukturen. Eine detaillierte Darstellung der Teilaspekte dieser Modelle erfolgt je nach Relevanz in den Ergebniskapiteln dieser Analyse.

Grundlage für die Auswahl der Regionen waren eine Desktoprecherche sowie Hintergrundgespräche mit Expert_innen aus der Praxis. Ausschlaggebend war dabei nicht die Einschätzung der Qualität des jeweiligen Versorgungsansatzes; vielmehr sollten die ausgewählten Regionen möglichst unterschiedlich sein und die Vielfalt der in Deutschland vertretenen Versorgungsansätze widerspiegeln. Vertreten sind Flächenländer mit ausgedehntem ländlichem Raum, Stadtstaaten und Großstädte. Die in den Regionen angewandten Versorgungsansätze variieren zudem insbesondere hinsichtlich der Art der Erstanlaufstellen für Betroffene (rechtsmedizinische Institute, Kliniken, niedergelassene Ärzt_innen), des Umfangs und der Finanzierung des Versorgungsangebots, im Grad der Vernetzung unter beteiligten Akteuren sowie hinsichtlich der Form der Koordinierung des Versorgungsansatzes (so etwa Landesministerium, Frauennotruf/Beratungsstellen, rechtsmedizinische Institute).

In fünf regionalen Fokusgruppen wurde ein Schwerpunkt auf den Aufbau der dortigen Versorgungsstrukturen und deren Wirkungsweisen aus Sicht der oben genannten Akteure gelegt. Zudem wurden je nach regionalen Strukturen und Voraussetzungen weitere Schwerpunktthemen gesetzt. Ziel der Datenerhebung in diesen Regionen war ausdrücklich nicht eine vollständige Evaluation der dortigen Versorgungsstrukturen. Es wurde angestrebt, die Versorgungsansätze darzustellen und beispielhaft Herausforderungen und vielversprechende Ansätze aus der Sicht von Expert_innen herauszuarbeiten. Bewertende Beiträge von Expert_innen werden in dieser Analyse daher keiner bestimmten Region zugeordnet. Zur Veranschaulichung des Sachverhalts wurden von in den Regionen ansässigen Fachberatungsstellen und Frauennotrufen Fallbeispiele zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurden noch in weiteren Regionen Gespräche geführt, da die dort vorhandenen Versorgungsansätze verschiedene Aspekte beinhalten, die sich von denjenigen der Schwerpunktregionen abheben. Hierzu zählen zum Beispiel Berlin, Freiburg, Heidelberg und das Land Brandenburg.

Die Ergebnisse aus der Datenerhebung in den Regionen dienten als Grundlage für die zweite Phase der Datenerhebung (September 2019 bis Februar 2020), in der bundesweit zwei thematische Fokusgruppen und 20 strukturierte Einzelinterviews zu den Themen „Qualitätssicherung in der Fläche“, „Diskriminierungsfreier Zugang“ und „Finanzierung der Akutversorgung“ durchgeführt wurden.

Ergänzt wurden diese Informationen durch eine extern in Auftrag gegebene Darstellung und Analyse der rechtlichen Grundlagen der Akutversorgung nach Gewalt, darunter insbesondere medizinrechtliche, strafrechtliche und sozialrechtliche Aspekte sowie eine wissenschaftliche Bewertung des Begriffs „in ausreichender Zahl“ aus Artikel 25 der Istanbul-Konvention, deren Ergebnisse in die Analyse in Kapitel 5 eingeflossen sind.

Die vorliegende Publikation stellt die Ergebnisse dieser Recherchen und Analysen dar und formuliert konkrete Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland.

Akutversorgung für minderjährige Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt

Bei minderjährigen Betroffenen spielen die Themen Vertraulichkeit, Schutz und verfahrensunabhängige Spurensicherung eine besonders große Rolle, denn häufig sind die Täter_innen aus dem Nahbereich der Betroffenen oder die Betroffenen entscheiden sich erst Jahre später als Erwachsene zu einer Anzeige.

Das Public Health Zentrum Fulda betont in einem Bericht, basierend auf einer Befragung von insgesamt 59 Untersuchungsstellen mit Erfahrung bei der Untersuchung minderjähriger Betroffener sexualisierter Gewalt, dass eine faktisch erreichbare vollständige Versorgung von minderjährigen Jugendlichen nach sexualisierter Gewalt nicht wohnortunabhängig gewährleistet ist. Die Autor_innen fordern den Aufbau einer faktisch erreichbaren Versorgung auch für minderjährige Betroffene sowie verbesserte Transparenz der Strukturen zum weitergehenden Schutz Jugendlicher für Einrichtungen, die eine Spurensicherung anbieten.¹⁸

Wenden sich die Betroffenen an Akteure aus dem Gesundheitswesen, ergeben sich hier besondere Herausforderungen, da aufseiten der Ärzt_innen Unsicherheiten bestehen, ob sie dazu befugt sind, diese Patient_innen zu behandeln. Das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF) hat im Auftrag von S.I.G.N.A.L. e. V. eine Expertise zu der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern erarbeitet.¹⁹

¹⁸ Blättner/Grewe (2019), S. 3–4.

¹⁹ Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (2018).

3 Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt in Deutschland – ein Überblick

3.1 Menschenrechtliche Vorgaben

Nach Artikel 25 der Istanbul-Konvention ist der Staat verpflichtet, medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung nach sexualisierter Gewalt diskriminierungsfrei vorzuhalten. Die Angebote müssen „leicht zugänglich“ und „in ausreichender Zahl“ vorhanden sein sowie fachlichen Standards entsprechen. Die Vertragsstaaten sind frei darin, auf welche Art und Weise sie diesen Anforderungen nachkommen wollen, die Einhaltung des Zieles ist bindend.

Der Europarat beschreibt im Erläuternden Bericht zu der Konvention „Notfallhilfezentren“ („sexual violence referral centres“), die sich auf die medizinische Versorgung, eine qualitativ hochwertige rechtsmedizinische Arbeit sowie Krisenintervention spezialisieren sollten.²⁰ Diese Versorgung kann vor Ort in den Zentren stattfinden oder die Zentren können an entsprechende Einrichtungen vermitteln. Laut der Expert_innengruppe für die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence, GREVIO²¹) sind wiederholte Weiterverweisungen zu vermeiden, um einer Re-Traumatisierung so weit wie möglich vorzubeugen.²² Als Richtwert wird

empfohlen, dass pro 200.000 Einwohner_innen eine Einrichtung, die diese Leistungen erbringt, bereitgestellt wird und dass die Angebote räumlich so verteilt sind, dass sie für alle Betroffenen zugänglich sind, unabhängig davon, ob sie auf dem Land oder in der Stadt leben.²³

GREVIO betont zudem, dass das mit der Versorgung betraute Personal „ausgebildet“ (trained) und „spezialisiert“ sein sollte und über ausreichend Erfahrung im Umgang mit Krisensituationen und der Vermittlung an Fachberatungsstellen verfügen sollte, da die rechtsmedizinische Untersuchung andernfalls möglicherweise traumatisierende Auswirkungen haben kann.²⁴

Sowohl der Europarat als auch GREVIO empfehlen zudem, die benannte Versorgung unabhängig davon sicherzustellen, ob die Betroffenen Anzeige erstattet haben oder erstatten wollen.²⁵ Insbesondere die forensische Untersuchung soll für die Betroffenen kostenlos sein,²⁶ denn Versorgungsangebote, die für die Betroffenen nicht kostenfrei zur Verfügung gestellt werden, können die Betroffenen davon abhalten, die Versorgung in Anspruch zu nehmen,²⁷ oder den Zugang für Angehörige bestimmter Gruppen erschweren.²⁸

20 Europarat (2011b), Ziff. 141. Zum englischen Originaltext siehe Council of Europe (2011).

21 GREVIO ist eine 10- bis 15-köpfige unabhängige Expert_innengruppe, die für die Überwachung der Umsetzung der Istanbul-Konvention zuständig ist. GREVIO fasst regelmäßig Berichte über den Stand der Umsetzung der Konvention in den Vertragsstaaten.

22 Europarat – GREVIO (2019a), Ziff. 125.

23 Europarat (2011b), Ziff. 142.

24 Europarat – GREVIO (2019b), Ziff. 143.; Europarat – GREVIO (2020a), Ziff. 143.

25 Europarat (2011b), Ziff. 141; Europarat – GREVIO (2018). Baseline Evaluation Report Turkey, para. 186; Europarat – GREVIO (2019c), Ziff. 164.

26 Europarat – GREVIO (2020a), Ziff. 143.

27 Europarat – GREVIO (2020b), Ziff. 171.

28 Europarat – GREVIO (2020a), Ziff. 140.

Zusammengefasst ist die Akutversorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt nach der Istanbul-Konvention an Orten durchzuführen, die ohne wiederholte Weiterverweisung und mit ausreichend Schulung und Spezialisierung kostenfreie medizinische, rechtsmedizinische und psychosoziale Versorgung leisten können.

3.2 Medizinische Standards

Die in Artikel 25 der Istanbul-Konvention angesprochenen Komponenten der Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen finden sich in der „medizinisch-forensischen Untersuchung“ wieder. Diese beinhaltet „die Erhebung des psychischen Status, die umfassende körperliche sowie die gynäkologische Untersuchung und die Spurensicherung“.²⁹ Sie dient also zum einen der medizinischen Versorgung der Betroffenen und zum anderen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Spurensicherung für ein mögliches straf- oder zivilrechtliches Verfahren. Standards für Inhalte und Durchführung einer solchen Untersuchung wurden von verschiedenen Seiten erarbeitet. Richtungsweisend sind dabei insbesondere umfassende Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen.³⁰ Mediziner_innen in Deutschland stehen zudem die S-1-Leitlinie der AG Medizinrecht im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)³¹ und die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)³² zur Verfügung. Wie Artikel 25 Istanbul-Konvention betonen auch diese internationalen wie nationalen Leitlinien neben den (rechts-)medizinischen Komponenten der Untersuchung auch die klinische Erhebung des psychischen Status sowie die Anbindung beziehungsweise Weiterverweisung an Fachberatung.

Forensische Untersuchung

Ziel der forensischen Aspekte der Untersuchung ist die gerichtsfeste Erhebung und Aufbewahrung von Informationen und Spurenmaterial für eine mögliche Strafverfolgung. Dazu gehören die Anamnese bezüglich des Ereignisses, die schriftliche oder fotografische Dokumentation von Verletzungen (wie Blutergüsse, Abschürfungen), die Sicherung und das Asservieren von Spurenmaterial (wie DNA-Proben, Kleidung) sowie die Aufbewahrung von Material für chemisch-toxikologische Untersuchungen (etwa Alkohol, K.-o.-Mittel).³³ Kommt es zu einem Strafverfahren, kann eine forensische Interpretation dieser Spuren in Auftrag gegeben werden.

Forensische Untersuchungen sind Teil der Facharztausbildung und Expertise von Rechtsmediziner_innen. In Fällen sexualisierter Gewalt arbeiten Rechtsmediziner_innen meist mit Gynäkolog_innen zusammen. Letztere verfügen über die für gynäkologische Untersuchungsaspekte erforderliche Ausstattung und können fachgerecht auch auf innere Verletzungen und Spuren untersuchen. Die Untersuchung durch Rechtsmediziner_innen konzentriert sich auf äußerliche Verletzungen. Eine gemeinsame Untersuchung wird aus fachlicher Sicht generell empfohlen, denn sie sichert eine möglichst hohe Qualität der Untersuchung und erspart Betroffenen mehrfache Untersuchungen und Befragungen.³⁴ In Deutschland führen teils auch Gynäkolog_innen (sexualisierte Gewalt), Unfallchirurg_innen und Hausärzt_innen (körperliche häusliche Gewalt) in Kliniken und im niedergelassenen Bereich Verletzungsdokumentation und Spurensicherung auch ohne Beisein von Rechtsmediziner_innen durch. Die forensische Untersuchung ist nicht Teil der Facharztausbildung der Ärzt_innen an diesen Untersuchungsstellen. An manchen Stellen wird jedoch speziell hierzu geschult oder fortgebildet (siehe Kapitel 6).

29 Fryszer u. a. (2019), S. 940.

30 World Health Organisation (2013a).

31 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009).

32 Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2014).

33 Schön/Wolf (2019), S. 28.

34 Ebd., S. 31.

Gesundheitsversorgung

Ein weiterer Bestandteil der Untersuchung ist die Gesundheitsversorgung für die Patient_innen. Hier geht es in erster Linie um das Abklären von Schmerzen und die Wundversorgung. Bei sexualisierter Gewalt umfasst eine vollständige medizinische Versorgung nach den Vorgaben der WHO neben Diagnostik und Therapie von Verletzungen insbesondere auch die Diagnostik, Prophylaxe und Therapie von sexuell übertragbaren Erkrankungen (Chlamydien/Gonokokken, Trichomoniasis, HIV/Hepatitis B/Syphilis [Lues]) nach nationalen Richtlinien, sowie einen Schwangerschaftstest, Schwangerschaftsprophylaxe beziehungsweise Beratung bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs.³⁵ Bei den einzelnen Behandlungsschritten handelt es sich um allgemein in der Gynäkologie übliche Vorgehensweisen, die Teil der regulären Facharztausbildung von Gynäkolog_innen sind. Je nach Bedarf können infektiologische Fachstellen hinzugezogen werden. Bei körperlicher häuslicher Gewalt verfügen auch Hausärzt_innen oder, bei schwereren Verletzungsmustern, auch Kliniken mit unfallchirurgischer Ambulanz über die erforderliche Expertise.

3.3 Versorgungsstrukturen in Deutschland

Fallbeispiel I³⁶

Frau O. lebt in einer kleinen Gemeinde im ländlichen Raum. Im Jahr 2018 wurde sie in einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle in der nächstgelegenen größeren Stadt gemeinsam mit einer Bekannten vorgestellt. Sie berichtete, dass sie einen sexuellen Übergriff erlebt habe. Ein Bekannter, den sie seit der Schulzeit kenne, habe sie gewürgt, sie ungewollt berührt und versucht, in sie einzudringen. Darüber hinaus habe er sie an Handgelenken und Oberschenkeln verletzt. Frau O. konnte sich während des Übergriffes aus der Tatwohnung befreien. Etwa acht Stunden später suchte sie mit Unterstützung der Bekannten die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle auf.

Frau O. wurde in der rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle äußerlich untersucht und ihre Verletzungen wurden dokumentiert. Die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle kann ohne eine Gynäkolog_in und ohne Untersuchungsstuhl keine Untersuchung auf innere Verletzungen durchführen. Gynäkolog_innen in der Nähe setzen eine Strafanzeige voraus, wenn sie sich an einer umfassenden Untersuchung mit Spurensicherung beteiligen sollen. Auch eine medizinische Versorgung, zum Beispiel nötige Prophylaxen, kann an der Untersuchungsstelle nicht geleistet werden.

Die diensthabende Rechtsmedizinerin erklärte Frau O. die optionalen weiteren Schritte. Eine Strafanzeige lehnte Frau O. ab. Sie wohne in einem kleinen Ort (unter 1.000 Einwohner_innen) und habe Angst vor den Folgen. Sie müsse ihr Kind schützen und traue dem Täter „alles zu“. „Der rastet aus, wenn ich ihn anzeige.“ Man kenne sich doch im Dorf. Die Rechtsmedizinerin informierte Frau O. über das Hilfsangebot der Trauma-Ambulanzen. Informationsmaterialien über die Angebote der örtlichen Fachberatungsstelle waren ausgegangen, sodass die Rechtsmedizinerin vergaß, hierüber aufzuklären.

Nach dem Übergriff versuchte Frau O., ihren Alltag ohne weitere Unterstützungsangebote zu gestalten. Sie stellte keine Anzeige und nahm keine weiteren Hilfen in Anspruch. Im darauffolgenden Jahr zog sich Frau O. zunehmend zurück. Sie distanzierte sich von Freund_innen und Bekannten, die mit dem Täter in Kontakt standen. Sie konzentrierte sich auf ihre Tochter und hatte zunehmend Sorge um deren Sicherheit. Frau O. hatte oft erdrückende Brustschmerzen und war schreckhaft.

Als Frau O. den Täter eines Tages auf der Straße traf, erlitt sie eine Panikattacke. Aufgrund der Verhaltensweisen, die Frau O. zeigte, suchte ihre Bekannte die nächstgelegene Fachberatungsstelle auf. Der sexuelle Übergriff lag zu diesem Zeitpunkt etwa ein Jahr zurück. Frau O. nimmt seit einigen Monaten regelmäßig

35 World Health Organisation (2013a), S. 5.

36 Die Fallbeispiele in diesem Bericht wurden von Fachberatungsstellen und Frauennotrufen zur Verfügung gestellt. Der Text wurde teilweise gekürzt oder sprachlich dem Gesamttext angepasst.

Beratungen in der Fachberatungsstelle in Anspruch. Sie gibt im Rahmen der Beratungen an, dass sie sich erschöpft fühle und unter Schlafstörungen leide. Die Aufnahme in eine Trauma-Ambulanz wird derzeit geprüft.

Interdisziplinäre Versorgungszentren, wie sie die Istanbul-Konvention vorsieht, sind in Deutschland die Ausnahme. Die Akutversorgung ist meist in die Regelversorgung in Krankenhäusern, rechtsmedizinischen Instituten und teilweise auch bei niedergelassenen Ärzt_innen integriert. Ein vollständiges deutschlandweites Register oder Übersichten gibt es nicht. Das Public Health Zentrum Fulda hat über eine Desktoprecherche sowie eine Umfrage nach dem Schneeball-Prinzip deutschlandweit insgesamt 137 Einrichtungen identifiziert, die die medizinische Erstversorgung, ärztliche Dokumentation und (vertrauliche) Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt vornehmen. Darunter fielen Kliniken, rechtsmedizinische Institute und eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.³⁷

Vereinzelt sind diese Untersuchungsstellen auf die Untersuchung gewaltbetroffener Personen spezialisiert. Dies trifft insbesondere auf die insgesamt 34 rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen (angegliedert an rechtsmedizinische Institute) zu, von denen mindestens eine in jedem Bundesland angesiedelt ist.³⁸ Das Angebot der einzelnen Stellen ist je nach personellen und finanziellen Ressourcen unterschiedlich.³⁹ So variieren beispielsweise Zielgruppen (Betroffene sexualisierter/körperlicher häuslicher Gewalt, Erwachsene/Kinder), Umfang der Angebote (kostenfrei oder kostenpflichtig, Lagerungszeiten) und Öffnungszeiten. Eine gesundheitliche Behandlung findet an diesen Untersuchungsstellen grundsätzlich nicht statt. Allerdings arbeiten einige Untersuchungsstellen bei Fällen sexualisierter Gewalt mit Gynäkolog_innen in Kliniken oder mit niedergelassenen Ärzt_innen

zusammen. Dies ist insbesondere dann möglich, wenn die Untersuchungsstellen an universitäre Kliniken angegliedert sind, teils wird aber auch über mobile Dienste der rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen eine Untersuchung im klinischen Umfeld ermöglicht (siehe Kapitel 5).

Insbesondere bei Fällen sexualisierter Gewalt erfolgt die Versorgung oft auch im Regelbetrieb von Krankenhäusern mit Fachabteilung in der Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe oder bei niedergelassenen Ärzt_innen. Wie viele der insgesamt 801 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung in der Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe⁴⁰ und wie viele der 11.843 ambulant tätigen Frauenärzt_innen⁴¹ konkret das Angebot der Akutversorgung vorhalten oder hierzu speziell fortgebildet sind, ist unklar. Nur vereinzelt bestehen landesweite Übersichten beziehungsweise Erhebungen, wie beispielsweise in Baden-Württemberg.⁴² An vielen Stellen werden Versorgungsangebote vonseiten der Untersuchungsstellen aufgrund fehlender Finanzierung und Kapazitäten weder aktiv sichtbar gemacht noch beworben, um eine befürchtete intensive Inanspruchnahme zu vermeiden (siehe Kapitel 7.3).

Welche Stellen im Einzelfall tatsächlich an der Versorgung der Betroffenen beteiligt sind, ist stark von Region und Einzelfall abhängig. Insbesondere bestehen Unterschiede je nachdem, ob die Versorgung nach oder im Rahmen einer Anzeigeerstattung bei der Polizei oder verfahrensunabhängig, also ohne Wissen oder Beisein der Strafverfolgungsbehörden, stattfindet.

37 Blättner/Grewe (2019), S. 20 ff.

38 Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: <https://www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften/klinische-rechtsmedizin/untersuchungsstellen/> (abgerufen am 04.07.2020).

39 Ebd.

40 Statistisches Bundesamt (2019), S. 1

41 Bundesärztekammer (2019a).

42 Landtag von Baden-Württemberg (28.01.2020), S. 11.

3.3.1 Akutversorgung unter Beteiligung der Strafverfolgungsbehörden

Meldet die Betroffene die Tat noch vor der Akutversorgung bei der Polizei oder werden die Strafverfolgungsbehörden auf andere Weise bereits in diesem Stadium auf die Gewalttat aufmerksam, so fallen verschiedene Entscheidungen und Schritte in der Akutversorgung in den Aufgabenbereich der Strafverfolgungsbehörden. Kommt es zu einer forensischen Untersuchung durch Rechtsmediziner_innen, in einer Klinik oder bei niedergelassenen Ärzt_innen, sind die Strafverfolgungsbehörden Auftraggeber. Die Leistung der Mediziner_innen wird in diesem Fall nach dem Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz (JVEG) vergütet. Ob Rechtsmediziner_innen, Gynäkolog_innen oder andere medizinische Fachrichtungen hinzugezogen werden, variiert je nach der Form der Gewalt, der Art der Verletzung und der Region. So berichtet eine Polizistin, sie und ihre Kolleg_innen seien angehalten, bei sexualisierter Gewalt präferiert eine Klinik mit „strukturierten Verfahren“ anzufahren, während bei häuslicher körperlicher Gewalt „keine bestimmten Empfehlungen“ ausgesprochen worden seien (POL3). Weiterhin schildert sie, dass die Polizei von „kleineren Verletzungen“ auch selbst oder in Zusammenarbeit mit kriminologischem Fachpersonal „Fotos mit Maßstab“ anfertigt oder es den Betroffenen nahelegt, „die Verletzungen von einem Hausarzt dokumentieren zu lassen“ (ebd.). Ob Rechtsmediziner_innen für die Untersuchung kontaktiert werden, ist laut einer Rechtsmedizinerin aus einer anderen Region auch stark davon abhängig, „wer den Fall bearbeitet“ (RM 11).

Aus der Praxis wird beschrieben, dass Polizist_innen die Betroffenen zum Zwecke der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung begleiten und für die Dauer der Wartezeit und Untersuchung mit Betroffenen vor Ort bleiben (POL 1; POL 2; POL 3; GynK 1; GynK 3). Bei der medizinischen Versorgung ist die Polizei nicht Auftraggeber. Ob Polizei oder Rechtsmediziner_innen Betroffene auf die Möglichkeit der medizinischen Versorgung hinweisen und ob die Polizei sie dorthin begleitet, hängt laut Expert_innen vom Einzelfall und von der Region ab. Dasselbe gilt für den Hinweis auf beziehungsweise die Kontaktvermittlung zu Fachberatungsstellen.

3.3.2 Akutversorgung ohne Anzeigeerstattung

Vergewaltigung ist ein Officialdelikt und auch bei körperlicher Gewalt kann eine Ermittlung für die Polizei unter Umständen von Amts wegen verpflichtend sein (§ 152 StPO). Um Betroffenen, die sich nicht unmittelbar für eine Anzeige entscheiden, den Raum zu geben, die Entscheidung für oder gegen eine Anzeige ohne Zeitdruck zu treffen, und ihnen eine Möglichkeit der Versorgung anzubieten, die ohne Sorge vor rechtlichen Konsequenzen wahrgenommen werden kann, haben sich in den letzten Jahren vermehrt Angebote der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung entwickelt, die verfahrensunabhängig, also ohne Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden, durchgeführt werden. An verschiedenen Untersuchungsstellen werden hierfür Verletzungen dokumentiert und Spuren gesichert und dann für einen vordefinierten Zeitraum an einem neutralen Ort (meist einem rechtsmedizinischen Institut) gelagert. Während die schriftliche und/oder fotografische Dokumentation für gewöhnlich länger aufbewahrt wird, liegt die Lagerungsdauer des Spurenmaterials zwischen einem Jahr (zum Beispiel im Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“) und zehn Jahren (zum Beispiel „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten“ im Kreis Bonn/Rhein-Sieg). Der Entscheidung über die Lagerungsdauer liegen je nach Versorgungsansatz unterschiedliche Abwägungen zugrunde, darunter insbesondere psychosoziale Aspekte (FB15), aber auch Lagerungskapazitäten und Kosten (RM3) (siehe Kapitel 9.4.3). Entscheiden sich Betroffene innerhalb dieses vordefinierten Zeitraums zu einer Anzeige, können sie selbst die gesicherten Spuren für die Strafverfolgungsbehörden freigeben, so dass diese gegebenenfalls im Rahmen eines Strafverfahrens verwendet werden können.

Auch für Personen, die ausschließlich eine medizinische Versorgung benötigen und weder Anzeige erstatten möchten noch eine verfahrensunabhängige Spurensicherung wünschen, kann die Angst vor möglichen rechtlichen oder finanziellen Konsequenzen den Zugang erschweren. Ein „verfahrensunabhängiges“ Angebot ist hier grundsätzlich gegeben, denn bei volljährigen Patient_innen (und auch darüber hinaus) unterliegen Ärzt_innen und Kliniken der Schweigepflicht, auch gegenüber

Strafverfolgungsbehörden.⁴³ Im Versorgungsalltag entstehen für Kliniken jedoch im Hinblick auf die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Krankenversicherungen teils erhebliche Probleme, auch weil dies auf vertraulichem Wege nur bedingt möglich ist (siehe Kapitel 8).⁴⁴

Ob und in welchem Umfang verfahrensunabhängige Versorgungsangebote bestehen, ist stark von regionalen und/oder kommunalen Regelungen, Projekten und Netzwerken abhängig. Einige Bundesländer haben landesweite Versorgungsansätze eingerichtet, so zum Beispiel Niedersachsen, das Saarland, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Teilweise ist die Versorgung hier über eigens dazu beauftragte rechtsmedizinische Untersuchungsstellen geregelt, zum Beispiel in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, in anderen Bundesländern werden wiederum dezentralisierte Anlaufstellen an Kliniken und/oder niedergelassenen Praxen (zum Beispiel in Niedersachsen, im Saarland) und/oder rechtsmedizinischen Instituten (zum Beispiel in Niedersachsen) gefördert. Andere Ansätze, wie das Modell: „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS)“ im Raum Bonn/Rhein-Sieg und das Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, sind hingegen im Ursprung regional und basieren auch weiterhin auf regionalen Kooperationen, die das Versorgungsangebot gestalten und aufrechterhalten. Das Land Nordrhein-Westfalen fördert seit 2015 landesweit regional gewachsene Kooperationen.⁴⁵ In wieder anderen Bundesländern befinden sich die Versorgungsstrukturen im Aufbau oder in der Umstrukturierung (zum Beispiel in Thüringen⁴⁶).

Bei vielen der Versorgungsansätze bildet die verfahrensunabhängige Spurensicherung, die den

Betroffenen unter anderem „Handlungsoptionen ohne Druck zur Verfügung stellen“⁴⁷ und „eine Verbesserung der Strafverfolgung“⁴⁸ bewirken soll, den Kern des Angebots. Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sind jedoch nicht einziges, häufig auch nicht zentrales Ziel der Versorgungsansätze.

Weitere genannte Ziele sind die Verbesserung der bestehenden Hilfsangebote für gewaltbetroffene Frauen (zum Beispiel Saarland), das Setzen eines Signals, dass die Betroffenen einen Anspruch auf Hilfe haben, auch ohne Anzeige zu erstatten (zum Beispiel Region Bonn/Rhein-Sieg), die Sensibilisierung von Öffentlichkeit und Fachkräften (zum Beispiel Saarland) und insbesondere auch ein niedrigschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung (beispielsweise Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“).

⁴³ Siehe hierzu auch: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2018).

⁴⁴ Aufgrund des Umfangs der hier dargestellten Sachverhalte und da die aktuellen Gesetzesänderungen zunächst die gesetzlichen Krankenversicherungen betreffen, sieht dieser Bericht davon ab, auf die Situation privat versicherter Patient_innen näher einzugehen. Wie auch in den Handlungsempfehlungen deutlich gemacht wird, ist es jedoch unerlässlich, entsprechende Leistungen auch auf private Krankenversicherungen auszuweiten, um so flächendeckenden Zugang für Betroffene, unabhängig von der Art ihrer Versicherung, sicherzustellen. Ebenso konnte die Situation von Menschen ohne Krankenversicherung nicht umfassend behandelt werden, stellt jedoch – wie in den Handlungsempfehlungen verdeutlicht – eine bedeutende Versorgungslücke dar.

⁴⁵ Die Grundsätze zur Förderung örtlicher/regionaler Kooperationen zur anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt an Frauen und Mädchen im Haushaltsjahr 2020 ist online abrufbar: <https://www.mhkgb.nrw/themen/gleichstellung/schutz-unterstuetzung/unterstuetzung-fuer-frauen/anonyme-spurensicherung> (abgerufen am 05.07.2020).

⁴⁶ Siehe hierzu: Thüringer Landtag (2019): Entwicklung eines Modells der vertraulichen Spurensicherung nach Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt für Thüringen (Drucksache 6/5768).

⁴⁷ Schulte u. a. (o.J.), S. 4.

⁴⁸ Ebd.

Fallbeispiel II⁴⁹

Frau P. (30 Jahre) wird im Jahr 2018, als sie sich nach einer Grillparty in einem Park von einer Gruppe Bekannter entfernt, von einem ihr fremden Mann vergewaltigt. Eine Freundin fährt Frau P. nach Hause und versucht sie zu überzeugen, zur Polizei zu gehen. Das lehnt Frau P. ab, sie möchte weder, dass die Öffentlichkeit auf ihre Situation aufmerksam wird, noch ein Strafverfahren. Am liebsten möchte sie alles vergessen. Es ist Samstagfrüh, 7 Uhr. Sie will duschen und schlafen. Die Freundin sucht im Internet nach Informationen und ruft eine befreundete Hausärztin an, da die Praxis ihrer Frauenärztin am Wochenende geschlossen hat. Die Hausärztin hat in einem Informationsblatt an ihre Praxis von den Versorgungsstrukturen gelesen, die es Frauen ermöglichen, auch verfahrensunabhängig medizinische Soforthilfe und eine vertrauliche Spurensicherung in Anspruch zu nehmen. Sie recherchiert die Vorgehensweise auf der zentralen Webseite des Angebots und erläutert Frau P., wie wichtig eine medizinische Versorgung, wie etwa das Abklären von Infektionskrankheiten, gegebenenfalls entsprechende Prophylaxen und Impfungen, sowie die „Pille danach“ in ihrer Situation ist.⁵⁰

Frau P. kann sich zunächst nur eine Versorgung durch ihre Frauenärztin vorstellen, aber auch diese Gynäkologin ist samstags nicht erreichbar. Die Freundin fühlt sich hilflos, online entdeckt sie unter dem Suchbegriff „Hilfe nach Vergewaltigung“ die Beratungsstelle Frauennotruf. Sie ruft an und erhält einen Rückruf.⁵¹

Die Beraterin kann ihr und Frau P. genau erläutern, wie die Versorgung abläuft.

Frau P. will sich das Angebot überlegen. Am nächsten Tag entscheidet sie sich für eine der versorgenden Kliniken in ihrem Stadtteil. Dort erhält die Freundin jedoch telefonisch die Auskunft, dass aktuell viele Geburten erfolgen und es bis nachmittags dauern kann, bis eine Ärztin Zeit für Frau P. hat. Bei der zweiten Klinik heißt es, dass sie kommen kann, sie erhält eine genaue Beschreibung, wohin sie gehen soll. Frau P. kommt gegen Mittag gemeinsam mit ihrer Freundin im Krankenhaus an. Dort wird ihre Krankenkassenkarte eingelesen.⁵²

Da die zuständige Ärztin in den Operationssaal gerufen wird, muss Frau P. rund eine Stunde gemeinsam ihrer Freundin in einem separaten Raum warten. Von einer Pflegekraft erhält sie ein Getränk und wird über den Hintergrund der entstandenen Wartezeit informiert.⁵³

Vor der Untersuchung erläutert die Ärztin ihr Vorgehen im Detail, auch, dass die Untersuchung jederzeit abgebrochen werden kann. Die Freundin wartet, auf Bitten der Ärztin und mit Zustimmung von Frau P., draußen. Die Ärztin wird von einer Pflegekraft unterstützt, die die Beschriftung der Laborröhrchen und das Ausfüllen des Befundbogens übernimmt.

Als die Ärztin auf die Möglichkeit hinweist, vertraulich Spuren zu sichern, und erklärt, dass Frau P. sich in Ruhe und mit Unterstützung überlegen kann, ob sie im Nachhinein anzeigen möchte, fasst Frau P. Vertrauen und stimmt einer Sicherung von Spuren zu. Frau P. hat in der Zwischenzeit lange geduscht. Im Rahmen der

49 Die Fallbeispiele in diesem Bericht wurden von Fachberatungsstellen und Frauennotrufen zur Verfügung gestellt. Der Text wurde teilweise gekürzt oder sprachlich dem Gesamttext angepasst.

50 Die Koordinierung der Versorgungsstrukturen vor Ort legt Wert darauf, auch Akteur_innen im Gesundheitssystem, die nicht direkt an der Akutversorgung für Betroffene beteiligt sind, über Angebot und Abläufe zu informieren, sodass diese als Multiplikator_innen fungieren können.

51 Die Frauenberatungsstelle vor Ort hört ihren Anrufbeantworter am Wochenende gegen Mittag ab und ruft in akuten Notfällen zurück.

52 Um die Betroffenen vor Rückfragen vonseiten der Krankenversicherung zu schützen, gibt die behandelnde Ärztin ausschließlich die Diagnose „Unterbauchbeschwerden“ an. Für eine bis zu 2-stündige Untersuchung erhält das Krankenhaus damit eine Vergütung von unter 25 Euro. Diese ist nicht kostendeckend, der Schutz der Patientin steht jedoch im Vordergrund.

53 Das Angebot der medizinischen Soforthilfe und vertraulichen Spurensicherung ist in diesem Modell in gynäkologischen Kliniken mit 24-Stunden-Erreichbarkeit angesiedelt. Die Akutversorgung findet hier zeitgleich mit dem Tagesgeschäft der Kliniken statt. Es wird großer Wert darauf gelegt, die Betroffenen so zeitnah, wie es der Klinikalltag zulässt, zu behandeln.

körperlichen und gynäkologischen Untersuchung werden ihre Verletzungen genau dokumentiert und alle erforderlichen Schritte der Spurensicherung durchgeführt.⁵⁴

Nach 90 Minuten ist die Untersuchung beendet. Die Ärztin holt in Abstimmung mit der Patientin die Freundin wieder mit ins Zimmer, um beiden den weiteren Ablauf zu erläutern. Frau P. wird darüber informiert, dass sie in ihrem Fall (als Ergebnis der Risikoabschätzung) die Einnahme einer HIV-PEP dringend überlegen soll. Da diese in der Klinik nicht vorrätig sind, wird Frau P. angeboten, dass die Ärztin den Kontakt zu einer entsprechenden HIV-Ambulanz (i. d. R. an Unikliniken) herstellt. Sie muss mit der ersten Dosis beginnen, bevor 72 Stunden abgelaufen sind. Am kommenden Werktag soll sie dann mit einer spezialisierten Praxis klären, ob die Einnahme weiterhin erforderlich ist.

Zudem erhält Frau P. ein Rezept über die „Pille danach“, das sie in einer Apotheke einlösen kann.⁵⁵

Die Ärztin selbst will Frau P. anrufen, wenn die Ergebnisse der Laboruntersuchungen da sind. Zusätzlich erhält Frau P. einen Arztbrief für die Nachsorge bei ihrer Gynäkologin, da diese in der Klinik nicht möglich ist. Auch einen Flyer über das Hilfesystem erhält Frau P. (Vorgehensweisen, Adressen Kripo bis Beratungsstellen). Am späten Sonntagnachmittag, etwa 36 Stunden nach dem Übergriff, sind die ersten Schritte der medizinischen Versorgung sowie die Dokumentation und Spurensicherung für Frau P. abgeschlossen. Frau P. hat in den Tagen darauf das Beratungsangebot und die Nachsorge bei ihrer Gynäkologin genutzt. Anzeige hat sie (noch) nicht erstattet.

3.3.3 Flickenteppich Akutversorgung

Das Fallbeispiel von Frau P. stellt beispielhaft dar, dass der Weg durch die Versorgungsstrukturen für die betroffenen Frauen auch dann von Hürden geprägt ist, wenn speziell hierauf ausgerichtete Projekte diese Erfahrung so niedrigschwellig wie möglich gestalten. Hilfsstellen zu kontaktieren kostet große Überwindung, in Untersuchungsstellen entstehen aufgrund fehlender Kapazitäten lange Wartezeiten und bis die Akutversorgung abgeschlossen ist, beziehungsweise alle notwendigen Stellen aufgesucht wurden, können Stunden oder Tage vergehen. Das Fallbeispiel verdeutlicht zugleich aber auch, wie etablierte Versorgungskonzepte oder Projekte die Erfahrung der Betroffenen positiv beeinflussen können. Sie vernetzen beispielsweise lokale Akteur_innen, sodass diese wissen, wohin sie weiterverweisen können, leisten Öffentlichkeitsarbeit, sodass die Betroffenen von den Versorgungsangeboten wissen, oder schulen Pflegepersonal, sodass diese längere Wartezeiten erklären und in einer ruhigen Atmosphäre ermöglichen können. Die Projekte leisten zudem einen zentralen Beitrag dazu, die für die Akutversorgung so wichtige Qualität der Arbeit von Ärzt_innen zum Beispiel durch Schulungen zu sichern, sodass gerichtsfest untersucht wird und langfristige gesundheitliche Folgen verhindert werden.

In Deutschland sind diese zentralen Aspekte der Versorgungsstrukturen nicht selbstverständlich. Ob über allgemeine Strukturen der Gesundheitsversorgung überhaupt ein Konzept, Projekt oder Netzwerk speziell zur verfahrensunabhängigen Akutversorgung für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt besteht und ob dieses eine vollständige, zugängliche und gut erreichbare Versorgung sicherstellt, ist von Bundesland zu Bundesland oder auch von Region zu Region unterschiedlich. Versorgungskonzepte beruhen teils auf dem persönlichen Engagement einzelner Ärzt_innen, Kliniken, Fachberatungsstellen und anderer Akteur_innen aus den Versorgungsstrukturen.

54 Das dort ansässige Modell schult Gynäkolog_innen mithilfe eines entsprechenden Dokumentationsbogens, eines Untersuchungskits und regelmäßigen Schulungen darin, gerichts feste Dokumentationen und Spurensicherungen durchzuführen. Die gesicherten Spuren werden für einen begrenzten Zeitraum in einem rechtsmedizinischen Institut gelagert. Erst wenn Anzeige erstattet wird, werden die Spuren ausgewertet.

55 Frauen bis einschließlich 21 Jahre erhalten gegen Vorlage eines ärztlichen Rezepts (ab 18 Jahren wird eine Rezeptgebühr von 5 Euro berechnet) die „Pille danach“ kostenfrei.

Insbesondere im ländlichen Raum, aber teils auch in größeren Städten, sind für die Betroffenen oft lange Anfahrtswege mit teilweise beschwerlichen Hürdenläufen durch unübersichtliche Strukturen die Realität. Am Beginn des Weges der Betroffenen steht häufig eine lange Internetrecherche und/oder die telefonische Kontaktaufnahme mit einer Fachberatung oder Notfalltelefonen. Manche Frauen suchen die nächstgelegene Klinik oder Ärzt_in des Vertrauens auf und müssen dort weiterverwiesen werden, da diese keine Akutversorgung anbieten.

Um eine vollständige Akutversorgung zu erhalten, müssen die Betroffenen häufig mehrere Stellen aufsuchen, so zum Beispiel eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, eine gynäkologische Praxis für die medizinische Versorgung und eine Apotheke, um eine Notfallkontrazeption zu ermöglichen. An jeder dieser Stellen müssen die Betroffenen über die erlebte Gewalt berichten. Aus der Praxis wird berichtet, dass die Betroffenen an Kliniken, bei niedergelassenen Ärzt_innen und an rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen teils mehrfach ab- oder weiterverwiesen werden, da die Behandlung „nicht vollständig von den Krankenkassen finanziert“ (FB2), „nicht im Aufgabebereich der Klinik“ (FB6) oder nur „in Begleitung der Polizei“ (FB12) möglich sei. In manchen Fällen scheidet der Weg der Betroffenen an Details wie uninformatem Empfangspersonal (FB5).

Laut internen Erhebungen verschiedener Untersuchungsstellen suchen die Betroffenen diese meist am späten Abend, in der Nacht oder am Wochenende, also außerhalb der regulären Öffnungszeiten oder im Hintergrunddienst, auf.⁵⁶ Die Versorgungsangebote sind zu diesen Zeiten zusätzlich begrenzt. Daher entstehen oft lange Wartezeiten in hektischen Notaufnahmen oder in überfüllten Wartezimmern. Es kann laut Ärzt_innen auch vorkommen, dass Verletzungsdokumentation und Spurensicherung von Ärzt_innen durchgeführt werden, die hierfür nicht geschult sind oder kaum Erfahrung darin haben. Bis die Betroffenen alle für ihre Gesundheit und rechtlichen Rückhalt notwendigen Maßnahmen getroffen haben, können so mehrere

Stunden oder teils Tage vergehen. Viele brechen den Versuch ab, sich Hilfe zu holen. Einige finden, wenn überhaupt, erst Jahre später (wieder) den Weg zu Fachberatungsstellen.

Die verfahrensunabhängige Versorgung stellt in vielerlei Hinsicht eine zusätzliche Herausforderung für die Betroffenen dar. Weder die Polizei noch andere übernehmen in diesen Fällen die Steuerung des Ablaufs oder begleiten die Betroffenen. Zudem ist die Finanzierung der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in solchen Fällen bisher nicht einheitlich geregelt, sodass nur wenige Untersuchungsstellen dies anbieten. Die Kosten werden vielerorts von den Untersuchungsstellen selbst getragen oder den Betroffenen selbst in Rechnung gestellt (so zum Beispiel eine Untersuchung auf K.-o.-Mittel).

Trotzdem sind weder die praktischen Hürden für die Betroffenen noch strukturelle Herausforderungen für Mediziner_innen und Fachberatungsstellen auf die verfahrensunabhängige Versorgung beschränkt. Auch in Begleitung der Polizei kann die Akutversorgung für Betroffene ein langwieriger und belastender Schritt sein. So beschreibt eine Polizistin:

„Wenn es um die Strafverfolgung geht, erwarten wir oftmals viel von den Opfern und muten ihnen viel zu. Insbesondere wenn wir in die Klinik fahren müssen, um die entsprechenden Untersuchungen durchführen zu lassen. Vorweggegangen ist dann eine Vernehmung, dann die Untersuchung, die Spurendokumentation. Das nimmt viel Zeit in Anspruch und ist für die Opfer sehr anstrengend. [...] Unsere Aufgabe ist, zu ermutigen, diese Schritte anzugehen und sie dort durchzuleiten. [...] Wir haben aber nicht die Kapazitäten, an die Hand zu nehmen [...]. Deshalb sind wir auf unsere Netzwerkpartner [Fachberatungsstellen] dringend angewiesen.“ (POL3)

Ebenso sind strukturelle Mängel nicht auf die verfahrensunabhängige Arbeit beschränkt. Zum Beispiel ergeben sich in den Kliniken, unabhängig davon, ob die Betroffenen mit oder ohne Begleitung der Polizei dort vorstellig werden, Hürden bei der Abrechnung der Gesundheitsversorgung mit den

⁵⁶ Siehe hierzu etwa Fryszter (2019), S. 39; Rebell (2016), S. 42.

Krankenversicherungen, weshalb diese Kosten teils von den Kliniken getragen werden. Wieder andere Aspekte der Versorgung sind grundsätzlich nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen vorgesehen, so insbesondere die Notfallkontrazeption (zum Beispiel „Pille danach“), die nur bis zur Vollendung des 22. Lebensjahr als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen wird. Auch in Begleitung der Polizei ist zudem nicht immer gewährleistet, dass in den Kliniken speziell für die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung geschultes Personal zur Verfügung steht. Dies betont auch das folgende Zitat einer Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle:

„Viele Probleme, die dann angesprochen werden, werden immer nur mit [der verfahrensunabhängigen Spurensicherung] in Verbindung gebracht. Aber die Grundsatzprobleme sind in einem Strafverfahren und bei der Befundung und Aus und Fortbildung von Ärzt_innen, daher muss es globaler gesehen werden.“ (FB7)

Wo Projekte und Netzwerke die verfahrensunabhängige Versorgung ausbauen, beispielsweise durch Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzt_innen, Erstellung und Weiterentwicklung von Untersuchungsmaterialien und Vernetzung beteiligter Akteur_innen, bietet dies häufig auch einen Mehrwert oder wertvolle Erkenntnisse für die Versorgung unter Einbezug der Strafverfolgungsbehörden. Die Ergebniskapitel dieser Analyse beziehen sich daher auf beide Versorgungswege.

Diese Berichte aus der Praxis veranschaulichen deutlich, dass bestehende Versorgungsstrukturen den Anforderungen der Istanbul-Konvention nicht gerecht werden. Dies ist umso bedenklicher, als Studien und Auswertungen einzelner rechtsmedizinischer Untersuchungsstellen (zum Beispiel in Berlin⁵⁷, Freiburg⁵⁸) sowie Daten aus einzelnen Projekt- und Regionen⁵⁹ darauf hindeuten, dass die Fallzahlen über die letzten Jahre deutlich zugenommen haben. So verzeichnete die Gewaltambulanz am Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin

Heidelberg im Jahr 2011 noch insgesamt 50 Untersuchungen (mit und ohne Einbezug der Strafverfolgungsbehörden), während diese Zahl sich im Jahr 2019 verzehnfacht hatte – insgesamt wurden dort im Jahr 2019 über 500 Fälle untersucht, etwas mehr als 70 Prozent davon niedrigschwellig, also ohne Einbezug der Strafverfolgungsbehörden. 161 dieser Fälle waren Frauen, die von sexualisierter oder körperlicher Gewalt betroffen waren.⁶⁰ Ebenso berichteten verschiedene Projekte davon, dass bei vermehrter Öffentlichkeitsarbeit auch die Fallzahlen deutlich ansteigen (so zum Beispiel FB2, FB10). Beide Entwicklungen zeigen, dass deutlicher Bedarf nach Versorgungsangeboten besteht.

Diskriminierungsfreier Zugang

Artikel 25 sieht in Verbindung mit Artikel 4 Absatz 3 Istanbul-Konvention vor, einen diskriminierungsfreien, niedrigschwelligen Zugang für alle Frauen und Mädchen vorzuhalten. In Deutschland stellen sich jedoch für verschiedenen Gruppen besondere Herausforderungen darin, Angebote der Akutversorgung in Anspruch zu nehmen. Ärzt_innen und Fachberatungsstellen nennen in diesem Zusammenhang besonders häufig Migrant_innen und Menschen mit Behinderungen. Fehlender Zugang zur Gesundheitsversorgung bleibt sowohl für Migrant_innen als auch für Frauen mit Behinderungen eine fortwährende Herausforderung, die sich teils im verstärkten Maße beim Zugang zu Angeboten der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt auswirken.

Für Migrant_innen werden in der Fachliteratur und in den Interviews insbesondere Sprachbarrieren, fehlendes Informationsmaterial und Vertrautheit mit den Strukturen der Gesundheitsversorgung sowie kulturelle Barrieren genannt. Zudem sind verschiedene Gruppen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus nicht krankenversichert oder wollen sich aus Sorge um aufenthaltsrechtliche Konsequenzen nicht an Versorgungsangebote wenden.⁶¹

Auch für Menschen mit Behinderungen bestehen besondere Barrieren und Herausforderungen im

57 Fryszer (2019), S. 66.

58 Rebell (2016), S. 72.

59 Siehe Projekttabellen im Anhang.

60 Siehe Projekttabellen im Anhang.

61 Siehe etwa Wimmer-Puchinger/Wolf/Engleder (2006); Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2008).

Zugang zur Gesundheitsversorgung. Nach wie vor ist ein barrierefreier Zugang nur in einem Bruchteil deutscher Arztpraxen gegeben: So sind beispielsweise nur 21 Prozent deutscher Arztpraxen mit dem Rollstuhl zugänglich und unter gynäkologischen Praxen sind nur 2 Prozent mit dem nötigen Mobiliar ausgestattet, um Frauen zu behandeln, die einen Rollstuhl nutzen. Auch diverse andere Barrieren für Menschen mit Behinderungen sind im Gesundheitssystem nach wie vor kaum angesprochen. Bundesweit erfüllen 11 Prozent der Arztpraxen mindestens drei Kriterien der Barrierefreiheit.⁶²

Eine Übersicht zu Stellen, die speziell auch die Akutversorgung nach Gewalt für Frauen mit

Behinderungen anbieten, gibt es nicht. Jedoch ist zu erwarten, dass dieses Angebot verschwindend gering ist, da zum einen das Angebot der Akutversorgung grundsätzlich nicht flächendeckend vertreten ist und zum anderen barrierefreie Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung allgemein rar sind. Ärzt_innen verweisen in den Interviews durchgängig auf eher begrenzte Erfahrung im Umgang mit Patient_innen mit Behinderungen. Die vergleichbar kleinen Zahlen in den Untersuchungsstellen sind gegenläufig zu einem in der Literatur belegten erhöhten Risiko für Frauen mit Behinderungen, von Gewalt betroffen zu sein,⁶³ und machen daher die begrenzten Zugangsmöglichkeiten deutlich.

62 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2016), S. 306.

63 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2014); Maschke/Stecker (2018).

4 Ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk

Fallbeispiel III⁶⁴

Frau M. ist 18 Jahre alt, als sie mit Freund_innen einen Abend in einer Disco im ländlichen Raum verbringt. Irgendwann wird ihr übel und schwindelig, ein neuer Bekannter bietet an, sie an die frische Luft zu bringen. Dort zwingt er sie zum Geschlechtsverkehr. Ihre Freunde wollen die Polizei oder einen Krankenwagen rufen, aber sie lehnt beides ab, dafür hat sie zu viel Angst. Da sie Alkohol getrunken hat, denkt sie, dass ihr sowieso niemand glaubt. Sie möchte nur noch nach Hause und duschen.

Die Mutter von Frau M. hat schon einmal davon gehört, dass Spuren einer Tat auch anonym gesichert werden können. Sie überredet die Tochter, mit ihr gemeinsam wenigstens eine Klinik aufzusuchen. Da sie in einem ländlichen Gebiet wohnen, fahren sie die ihnen bekannte nächstgelegene Klinik an, die 25 Kilometer entfernt ist. Frau M. meldet sich an der Pforte zur Untersuchung in der Gynäkologie an und wird in ein Wartezimmer gesetzt. Die diensthabende Ärztin ist bei einem Kaiserschnitt, es wird eine längere Wartezeit angekündigt. Nach einer Wartezeit von einer Stunde kommt die Ärztin und bietet medizinische Hilfe an. Sie informiert aber darüber, dass das Angebot der Klinik zur verfahrensunabhängigen Spurensicherung nicht mehr besteht, weil die gynäkologische Abteilung vor einem halben Jahr geschlossen wurde. Sie verweist auf eine andere, ebenfalls im ländlichen Raum gelegene Klinik. Frau M. entscheidet sich dafür, medizinische Hilfe erst dort in Anspruch nehmen, wo gleichzeitig die Spurensicherung erfolgen kann. Nach einer

dreiviertel Stunde Fahrt in die 30 Kilometer entfernte Klinik erfahren Frau M. und ihre Mutter, dass es auch in dieser Klinik kein Angebot der vertraulichen Spurensicherung mehr gibt; auch seien keine erfahrenen Ärzt_innen im Dienst. Informationsmaterial weist auf zuständige Kliniken in der nahegelegenen Großstadt hin. Nachdem die Mutter ihre Tochter überreden konnte, auch noch diese 43 Kilometer entfernte Klinik anzufahren, kommen sie nach einer weiteren Stunde dort an. In dieser dritten Anlaufstelle besteht das Angebot der verfahrensunabhängigen Spurensicherung tatsächlich, das medizinische Personal der Klinik erweist sich als sehr nett und informiert über das Verfahren. Mittlerweile sind durch Fahrt und Wartezeiten sowie durch die Gespräche zwischen Mutter und Tochter über sechs Stunden vergangen. Frau M. möchte nicht mehr aus dem Auto steigen, sie will nur noch schlafen. Weder Mutter noch Ärzt_innen können sie überzeugen, sich untersuchen zu lassen.

Zuhause duscht Frau M. ausgiebig, zieht sich zurück und ist in der Folgezeit kaum noch ansprechbar. Zwei Tage nach dem Geschehen ist Frau M. zu einer Untersuchung bei einer bekannten niedergelassenen Gynäkologin bereit, dort stehen jedoch keine Sets für die gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation zur Verfügung und die Ärztin ist auch nicht diesbezüglich geschult. In eine Klinik will Frau M. nicht mehr gehen. Aufgrund des langen Zeitraums zwischen Tat und Untersuchung können Substanzen (wie zum Beispiel sogenannte K.-o.-Tropfen) in Blut- und Urinproben nicht mehr nachgewiesen werden. Die Mutter sucht in den nächsten Wochen Hilfe bei einer Bera

64 Die Fallbeispiele in diesem Bericht wurden von Fachberatungsstellen und Frauennotrufen zur Verfügung gestellt. Der Text wurde teilweise gekürzt oder sprachlich dem Gesamttext angepasst.

tungsstelle, um ihre psychisch sehr instabile Tochter zu unterstützen. Die Beratungsstelle bietet Mutter und Tochter Hilfe und regelmäßige Beratungsgespräche an.

Erst nach längerer Zeit ist die junge Frau so weit, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Anzeige kommt für sie immer noch nicht infrage, weil keine objektiven Beweismittel sichergestellt wurden, Erinnerungslücken bestehen und sie Panikattacken bekommt, wenn sie über die Tat reden soll.

4.1 Problembeschreibung

Das Fallbeispiel von Frau M. macht die zentrale Bedeutung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur für gewaltbetroffene Frauen deutlich. Sind Angebote der Akutversorgung räumlich so verteilt, dass die Betroffenen lange Strecken zurücklegen müssen, um diese aufzusuchen, sind diese nicht ausreichend ausgewiesen oder Informationen veraltet, bricht der Weg in die Versorgung ab. Der Verlauf des Wegs von Frau M. ist zwar besonders schwer, ihre Erfahrung ist jedoch kein Einzelfall. Betroffene bleiben in solchen Situationen unverorgt und entwickeln gegebenenfalls längerfristige Erkrankungen. Trotz jahrelanger Bemühungen verschiedener regionaler Ansätze ist in Deutschland nach wie vor kein flächendeckendes Netzwerk von Versorgungsstellen, die die Akutversorgung für gewaltbetroffene Frauen ermöglichen, gegeben. Nach wie vor sind die Versorgungsstrukturen lückenhaft, Anfahrtswege lang und Versorgungsstellen teils kaum zugänglich.

In Deutschland ist weder ein Richtwert dafür definiert, wie viele Untersuchungsstellen gebraucht werden, um eine flächendeckende Versorgung zu leisten, noch ist eine Maximalzeit für die Anfahrtswege der Betroffenen definiert. Mit dem Inkrafttreten der Istanbul-Konvention ist es jedoch für Deutschland verpflichtend geworden, ein Versorgungsnetzwerk auszugestalten, das Versorgungsstellen „in ausreichender Zahl“ zur Verfügung stellt. Als Richtwert nennt der Erläuternde Bericht

zur Istanbul-Konvention eine Verhältniszahl zwischen Untersuchungsstellen und Einwohner_innen (1:200.000).⁶⁵ Die Untersuchungsstellen sollten sowohl auf dem Land als auch in der Stadt erreichbar und „zugänglich“ sein. Diese menschenrechtliche Verpflichtung soll jetzt für den Bereich der Spurensicherung durch die seit März 2020 geltenden Regelungen umgesetzt werden. Denn hierin werden Länder und Krankenkassen aufgefordert, Verträge mit einer „hinreichenden Zahl“ von Einrichtungen/Ärzt_innen zu schließen, die eine vertrauliche Spurensicherung unter anderem auch nach sexualisierter und häuslicher Gewalt anbieten.

Die Erfahrungen aus den Regionen veranschaulichen sehr deutlich, dass die Frage, wie vieler Untersuchungsstellen es bedarf, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, nicht eindimensional über eine Verhältniszahl zwischen Einwohner_innen und Untersuchungsstellen zu beantworten ist. Denn diese trifft keine Aussage über die räumliche Verteilung der Untersuchungsstellen und damit über deren Erreichbarkeit für die Betroffenen. Zudem zeichnet sich eine flächendeckende Versorgung nicht allein über die Erreichbarkeit der Untersuchungsstellen aus, wie auch das Fallbeispiel von Frau M. verdeutlicht. Sind die Untersuchungsstellen nicht als solche ausgewiesen, nicht zu jeder Tageszeit verfügbar, nur zu einem Teil der Versorgung befugt oder entstehen vor Ort lange Wartezeiten, so bildet auch ein Netzwerk aus gleichmäßig erreichbaren Untersuchungsstellen keine flächendeckende Versorgung.

Die Berichte der Expert_innen über ihre Erfahrungen in den Regionen unterscheiden zwischen zwei Phasen – dem Anfahrtsweg und den Begebenheiten vor Ort, in einer Klinik, rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle oder ambulanten Praxis. Wie sich diese Aspekte auf die Situation der Betroffenen auswirken können, zeigt das folgende Zitat der Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle:

„Wenn ich mir vorstelle, ich bin eine Frau, ich bin von sexualisierter Gewalt betroffen, [...] natürlich, ich würde mich am liebsten waschen, das ist in der Regel so, umkleiden, [...] das soll ich aber

⁶⁵ Europarat (2011b), Ziff. 142. Der Erläuternde Bericht nimmt insoweit Bezug auf eine Empfehlung im Abschlussbericht der Task Force des Europarats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (EG-TFV [2008]6).

nicht. [...] Auf dem Weg dahin [zur Untersuchungsstelle], man fährt eine dreiviertel Stunde, Stunde, da kommen immer mehr Bedenken, warum man das tun sollte. Man beschäftigt sich eine Stunde damit [...]. Da ist es eine Herausforderung für uns, die Frau (auf dem Weg) immer wieder zu stabilisieren, und ihr Sicherheit und Halt zu geben. [...] Fahr ich dann mit ihr zu einem Krankenhaus, wo ich dann noch nicht mal mehr erwartet werde, wo ich dann noch zwei Stunden in der Notaufnahme sitze, auch noch hin und her renne, oder wo man sagt: ‚Wir wissen nicht wohin.‘, und dann wird telefoniert und telefoniert, [...], da fange ich an auszu steigen. (FB 14)

Dieses Zitat steht beispielhaft für die Schilderungen von Mitarbeiter_innen von Fachberatungsstellen und auch der Polizei, die Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt auf ihrem Weg zu einem Angebot der Akutversorgung begleitet haben oder denen die Frauen im Nachhinein von ihren Erfahrungen berichteten.

Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Versorgung zu steigern, ist in vielen der regionalen Versorgungsansätzen zentrale Zielsetzung. Das Netzwerk Pro-Beweis in Niedersachsen, das Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, das Projekt „Verfahrensunabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt“ (VSS) im Saarland und das Modell „Anonyme Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (ASS)“ im Kreis Bonn/Rhein-Sieg bieten verschiedene Aspekte der Akutversorgung an möglichst vielen, in den jeweiligen Regionen verstreuten Untersuchungsstellen an. Aufgrund ihrer zentralen Lage und räumlichen Verteilung, und da sie von den Betroffenen häufig aufgesucht werden, ist die Versorgung häufig an Kliniken und vereinzelt (im Saarland) auch bei niedergelassene Ärzt_innen angesiedelt. So kann auch die medizinische Versorgung vor Ort ohne Weiterverweisung gewährleistet werden.

Andere Regionen setzen eher auf einen zentralen Ansatz und siedeln die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung bei rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen an (etwa in Mecklenburg-Vor-

pommern, Heidelberg). Auch hier ist die Erreichbarkeit der Versorgung ein Thema. So erreichen die rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen beispielsweise die Betroffenen, indem Rechtsmediziner_innen die Kliniken und Praxen in der Region anfahren, an die die Betroffenen sich wenden.

Beide Versorgungsansätze stehen vor Herausforderungen, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Für diejenigen Regionen, die die Versorgung dezentral ausrichten, bleibt es auch vor dem Hintergrund zunehmend überlasteter Notfallversorgungsstrukturen⁶⁶ und schließender Geburtsstationen⁶⁷ in Deutschland schwierig, eine ausreichende Anzahl von Kliniken für die Teilnahme an einem Versorgungsnetzwerk zu gewinnen und die Kooperation langfristig aufrechtzuerhalten. Zum anderen ergeben sich immer wieder Zweifel, ob ein breites Netzwerk an Untersuchungsstellen auch längerfristig eine angemessene Qualität der Versorgung gewährleisten kann. Mobile Dienste, die von zentralen Standorten aus agieren, stoßen wiederum in der Versorgung größerer Flächen an ihre Grenzen, da dies einen erheblichen Zeit- und Kostenaufwand bedeutet.

Vor diesem Hintergrund ist in Deutschland weder flächendeckend eine gleichmäßige Erreichbarkeit der Untersuchungsstellen gegeben, noch sind die für das Erlebnis der Betroffenen so zentralen Aspekte der Zugänglichkeit, darunter zum Beispiel eine 24-Stunden-Verfügbarkeit, eine möglichst geringe Zahl an Weiterverweisungen, möglichst kurze Wartezeiten und geschultes Empfangs- und Pflegepersonal flächendeckend Realität. Auch vor dem Hintergrund der seit März 2020 geltenden Neuregelungen besteht daher dringender Bedarf, das Konzept einer flächendeckenden Versorgung neu zu denken.

⁶⁶ Siehe etwa Bundesärztekammer (2017).

⁶⁷ Siehe etwa Arzteblatt.de (20.02.2017).

4.2 Anforderungen an eine flächendeckende Akutversorgung

Aus Erkenntnissen der Versorgungsforschung sowie aufgrund jahrelanger Erfahrungen aus den Regionen lassen sich die folgenden fünf Kriterien für ein flächendeckendes Angebot der Akutversorgung für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt identifizieren:

4.2.1 Zeitliche Erreichbarkeit

„Flächendeckend sollte bedeuten, dass jedes Gewaltopfer, auch wenn man sich im hintersten Dorf befindet, eine Möglichkeit hat, in realistischer Entfernung eine geeignete Untersuchungsstelle zu finden.“ (RM6)

Erreichbarkeit der Untersuchungsstellen ist ein zentraler Indikator für die Zugänglichkeit der Versorgungsstrukturen. Kurze und möglichst vertraute Wege, eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sowie eine gewisse Wahlmöglichkeit sind auf der Basis der Erfahrungen der befragten Expert_innen Grundvoraussetzung dafür, dass die Betroffenen den Weg in die Versorgung finden.

In der Versorgungsforschung sind durchschnittlich zurückgelegte Wegzeiten in Minuten ein gängiger Indikator, der eine präzise Darstellung der Gegebenheiten in den Versorgungsstrukturen ermöglicht.⁶⁸ Wird anhand von Wegzeiten eine Versorgungsstruktur bewertet oder geplant, ist entscheidend, dass diese Werte auf einen hohen Anteil der Bevölkerung zutreffen. So kann sichergestellt werden, dass bei einer Bewertung nicht vernachlässigt wird, dass beispielsweise eine Unterversorgung im ländlichen Raum nicht durch eine besonders gute Versorgung im Stadtzentrum ausgeglichen und damit im Gesamtwert nicht ersichtlich wird.⁶⁹ In den Planungsinstrumenten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁷⁰ ist beispielsweise festgeschrieben, dass die dort angegebenen Richtwerte für die Er-

reichbarkeit der gynäkologischen Versorgung für einen Bevölkerungsanteil von 95 Prozent gelten sollten (§ 35 BPL-RL Absatz 5).

Die Situation gewaltbetroffener Frauen wird in der Versorgungsforschung insgesamt wenig berücksichtigt, ein Wert speziell für Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten für gewaltbetroffenen Frauen wurde bisher nicht definiert. Zeitwerte aus verschiedenen Quellen, darunter Leitlinien und Vorgaben für den Zeitrahmen für eine medizinische Versorgung der Betroffenen und auch Ergebnisse aus der Versorgungsforschung, die sich mit der Versorgung nach traumatischen Ereignissen und der gynäkologischen Versorgung im Allgemeinen befassen, lassen jedoch eine Annäherung an einen solchen Richtwert zu.

Insbesondere bei Fällen sexualisierter Gewalt muss die medizinisch-forensische Untersuchung rasch erfolgen. Erfahrungswerte aus der Praxis resultieren in der Empfehlung, den rechtsmedizinischen Teil der Untersuchung möglichst innerhalb von 72 Stunden nach der Tat durchzuführen.⁷¹ Ein besonders enges Zeitfenster gibt es für den Test auf sogenannte K.-o.-Mittel, die sich je nach Substanz nur circa 6 bis 8 Stunden im Blut und circa 12 Stunden im Urin nachweisen lassen (siehe hierzu Kasten: Herausforderung Test auf K.-o.-Mittel).⁷² Auch was die medizinische Versorgung angeht, ist schnelles Handeln geboten. So sollte etwa eine Postexpositionsprophylaxe HIV (HIV-PEP) bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden, besser noch innerhalb von 2 Stunden begonnen werden.⁷³ Die Notfallkontrazeption ist je nach Mittel zwischen 72 und 120 Stunden nach der Tat möglich.⁷⁴ In einer Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung wird empfohlen, dass nach traumatischen Ereignissen, insbesondere nach körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt, innerhalb der ersten Stunden bis Tage Maßnahmen angeboten werden sollten.⁷⁵

68 Vgl. für vertiefende Literatur zum Indikator zum Beispiel Fülöp/Kopetsch/Schöpe (2011).

69 Siehe etwa Sundmacher u. a. (2018).

70 Gemeinsamer Bundesausschuss (2019).

71 Schön/Wolf (2019), S. 31.

72 Ebd., S. 35.

73 Deutsche AIDS-Gesellschaft (2018).

74 Schön/Wolf (2019), S. 77.

75 Flatten u. a. (2011), S. 214.

Diese Werte sollten vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass laut Expert_innen die Entscheidung, Hilfe aufzusuchen, nicht immer zeitnah nach der erlebten Gewalt getroffen wird und die Betroffenen die passende Anlaufstelle zunächst identifizieren müssen. Die beschriebenen Zeitfenster sind daher häufig schon deutlich verkürzt, wenn die Betroffenen den Weg zu einer Untersuchungsstelle antreten. Außerdem können lange Wartezeiten und Weiterverweisungen zwischen unterschiedlichen Aspekten der Versorgung die Wege stark verlängern.

Auch Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung machen deutlich, dass der Zeitraum für die Bedarfe gewaltbetroffener Frauen, basierend auf den medizinischen Bedarfen, in der Gesamtschau deutlich zu weit angesetzt wäre. Zum einen gibt die internationale Literatur für die fachärztliche Versorgung zeitliche Schwellen von 24 Minuten oder einer Distanz von 16 bis 50 Kilometern (21 bis 67 Minuten) an, ab denen sich der Gesundheitszustand von Patient_innen signifikant verschlechtert.⁷⁶ Weiterführend konnte in Befragungen von Patient_innen zur frauenärztlichen Versorgung eine für die Patient_innen „inakzeptable Schwelle“⁷⁷ ab einer Distanz von 32 Kilometern beziehungsweise 43 Minuten Fahrtzeit festgestellt werden.⁷⁸ Zudem empfiehlt ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (BPL-RL) einen Erreichbarkeitswert zum nächstgelegenen Frauenarzt von maximal 20 Minuten für 99 Prozent der Bevölkerung.⁷⁹ Aufgenommen in die BPL-RL wurde ein Wert von unter 40 Minuten für 95 Prozent der Bevölkerung (§ 35 BPL-RL Absatz 5). Die nachfolgende Tabelle 1 fasst die sehr unterschiedlichen Angaben aus der Literatur zusammen und gewährt einen Überblick in absteigender Reihenfolge der Zeitwerte.

Es zeigt sich, dass die Definition eines exakten Minutenwerts aufgrund vielfältiger Angaben und des Fehlens wissenschaftlicher Studien mit exaktem Bezug zu der zu betrachtenden Patient_innengruppe schwierig ist.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird kein exakter Minutenwert definiert. Stattdessen soll die folgende Annäherung mittels eines Korridors einen Richtwert als Diskussionsgrundlage darstellen. Auf der Grundlage der oben geschilderten Erkenntnisse kann festgehalten werden, dass die Erreichbarkeit der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt

- innerhalb von **20 Minuten** die Anforderungen zur Behandlung der zu betrachtenden Patient_innengruppe **in besonderem Maße** erfüllt (Note: 1)⁸⁰
- zwischen **21 bis 30 Minuten** die Anforderungen zur Behandlung der zu betrachtenden Patient_innengruppe voll erfüllt (Note: 2)⁸¹
- zwischen **31 bis 45 Minuten** die Anforderungen zur Behandlung der zu betrachtenden Patient_innengruppe **im Allgemeinen** erfüllt (Note: 3)⁸²
- zwischen **46 bis 60 Minuten** die Anforderungen zur Behandlung der zu betrachtenden Patient_innengruppe **im Ganzen noch erfüllt, aber bereits mit ersten Mängeln** (Note: 4)⁸³

76 Sundmacher u. a. (2018), S. 34 f. (Die Fahrtzeit in Minuten wurde mit einer durchschnittlichen Geschwindigkeit von 45 km/h berechnet.).

77 Definiert als ein Wert, ab dem die Befragten mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit die Fahrtzeit nicht mehr als „voll und ganz akzeptabel“ bewerten.

78 Schang u. a. (2019), S. 230–271., S. 241.

79 Sundmacher u. a. (2018), S. 6.

80 Begründung: Es werden alle Zeitwerte von Punkt 1 bis 10 vollständig erfüllt.

81 Begründung: Es werden die Zeitwerte von Punkt 1 bis 8 vollständig und der Zeitwert in Punkt 9 zum Teil erfüllt.

82 Begründung: Es werden die Zeitwerte von Punkt 1 bis 7 fast vollständig erfüllt.

83 Begründung: Es werden zumindest noch die Zeitwerte von 1 bis 6 erfüllt.

Tabelle 1: Aufschlüsselung von Zeitwerten aus der Literatur

Definition des Merkmals	Zeitwert
1. Nachgewiesene Wirksamkeit Notfallkontrazeption je nach Wirkstoff	72–120 Std.
2. Empfohlener Zeitraum für die Durchführung der Verletzungsdocumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt	72 Std.
3. Optimaler Behandlungsbeginn für die seelische Versorgung nach traumatischen Erlebnissen	in den ersten Stunden
4. Nachweisbarkeit von K.-o.-Mitteln	6–8 Stunden
5. Optimaler Beginn Postexpositionsprophylaxe HIV (HIV-PEP)	innerhalb von 120 Min. bis zu 48 Stunden
6. Höchster Wert zur signifikanten Verschlechterung des Patient_innenoutcomes in der fachärztlichen Versorgung	ab 67 Min.
7. Inakzeptable Schwelle für Anfahrtszeiten aus einer Patient_innenbefragung zur frauenärztlichen Versorgung	ab 43 Min
8. Festlegung der BPL-RL für die Erreichbarkeit nächstgelegener frauenärztlicher Versorgung für 95 Prozent der Bevölkerung	unter 40 Min
9. Niedrigster Wert zur signifikanten Verschlechterung des Patient_innenzustands in der fachärztlichen Versorgung	21 bis 24 Min.
10. Empfehlung zur Erreichbarkeit einer nächstgelegenen frauenärztlichen Versorgung	bis 20 Min.

Quellen: Vgl.: zu Punkt 3: Flatten u. a. (2011), S. 214; zu Punkt 4: DGGG (2009), S. 624; zu Punkt 5: Deutsche AIDS-Gesellschaft (2018), S. 28; zu Punkt 6: Sundmacher u. a. (2018), S. 34–35.; zu Punkt 7: Schang u. a. (2019), S. 241.; zu Punkt 8: § 35 Bedarfsplanrichtlinie, Abs. 5; zu Punkt 9: Sundmacher u. a. (2018), S. 34-35.; zu Punkt 10: Sundmacher u. a. (2018), S. 6.

4.2.2 24-Stunden-Verfügbarkeit

Laut verschiedener Studien werden bestehende Versorgungsangebote für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt größtenteils auch wegen korrespondierender Tatzeiten außerhalb der dort üblichen Kerndienstzeiten wahrgenommen. Beispielsweise wurden von insgesamt 530 behandelten Fällen sexualisierter Gewalt mit und ohne vorangegangene Anzeige im Universitätsklinikum Freiburg 65,1 Prozent im Hintergrunddienst, also außerhalb der Kerndienstzeiten (Montag–Freitag,

7:30–16:30 Uhr) vorstellig.⁸⁴ In fast allen in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigten Regionen ist daher eine 24-Stunden-Verfügbarkeit der Untersuchungsstellen zwingende Voraussetzung für eine Teilnahme in den Versorgungsstrukturen. Fraglich ist, ob dies Leistungserbringer, die keine 24-Stunden-Verfügbarkeit gewährleisten können, automatisch ausschließen sollte. Diese Frage trifft insbesondere auf niedergelassene Ärzt_innen zu.

84 Rebell, I. (2016): Verfahrens unabhängige Spurensicherung nach akuter, sexueller Gewalterfahrung – Inanspruchnahme eines speziellen Untersuchungsangebotes im Raum Freiburg im Breisgau. Inaugural-Dissertation aus dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg, S.42.

Niedergelassene Gynäkolog_innen bilden in Deutschland ein Versorgungsnetzwerk, das großflächig wohnortnah zur Verfügung steht.⁸⁵ Sie werden in den Regionen bisher jedoch meist ausschließlich für die Nachsorge und nur vereinzelt in Netzwerke der Akutversorgung integriert. Die angegebene Begründung hierfür ist, dass die Praxen nicht 24 Stunden zur Verfügung stehen und die langwierige Untersuchung nur schwer in den dortigen Behandlungsrhythmus zu integrieren ist (zum Beispiel GynK7). In den hier dargestellten Regionen führen nur im Saarland auch niedergelassene Ärzt_innen die verfahrensunabhängige Spurensicherung durch. Dieser Ansatz wird positiv bewertet. Während in Kliniken hohe Fluktuation im medizinischen Personal herrscht und dadurch ein hoher Schulungsaufwand gefragt ist, um Expertise aufrechtzuerhalten, ist dies in den Praxen deutlich geringer gegeben, sodass kontinuierlich Expertise und Routine aufgebaut werden kann. Zudem kann insbesondere in Gemeinschaftspraxen ein ungestörtes Behandlungsumfeld geschaffen werden, das in der Hektik der Notfallversorgung in Krankenhäusern kaum möglich ist. Niedergelassene Gynäkolog_innen haben zudem im Durchschnitt einen Arzt-Patienten-Kontakt von knapp anderthalb Stunden pro Jahr, wodurch häufig ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen besteht.⁸⁶ Umgekehrt kann eine anonyme Notaufnahme auch Vorteile gegenüber dem Wartezimmer einer Praxis aufweisen, insbesondere dann, wenn in einer ländlichen Ortschaft eine Einwohnerin vorstellig wird und von einer Vergewaltigung berichtet, während im Wartezimmer gegebenenfalls bekannte Frauen auf ihre Behandlung warten. Grundsätzlich weist der Einbezug niedergelassener Ärzt_innen viele Vorteile auf und sollte daher nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Vielmehr sollte außerhalb der regulären Öffnungszeiten eine erreichbare Alternative an Kliniken zur Verfügung stehen.

4.2.3 Keine unbegleiteten Weiterverweisungen

„Die Frauen brauchen eine Eingangspforte, und dahinter muss es strukturiert mit möglichst wenig Zwischentappen weitergehen.“ (FB15)

Der Weg in die Versorgungsstrukturen kostet die Betroffenen Überwindung. Sie müssen über die Tat sprechen und Scham und Sorge vor möglichen Konsequenzen überwinden. Vermehrte Weiterverweisungen, zum Beispiel weil das gefragte Angebot vor Ort nicht verfügbar ist oder weil die medizinische Versorgung und rechtsmedizinische Untersuchung an unterschiedlichen Orten angeboten werden, sind in der Erfahrung von Expert_innen regelmäßig Grund dafür, dass die Betroffenen ihren Weg durch die Versorgungsstrukturen abbrechen. Das gilt auch für Regionen, in denen eine Weiterverweisung keine weiteren langen Anfahrtswege bedeutet, also beispielsweise Städte mit einer zentralen Anlaufstelle. So berichtet die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle aus einer Region, in der eine rechtsmedizinische Untersuchungsstelle zentraler Anlaufpunkt für Verletzungsdokumentation und Spurensicherung ist, dass sie es häufiger hört, dass Frauen von Krankenhäusern oder Ärzt_innen an die ansässige rechtsmedizinische Untersuchungsstelle verwiesen werden, dort aber nicht hingehen wollen, da diese „zu weit entfernt ist“ oder weil sie „mit der Ablehnung“ in ihrer ersten Anlaufstelle „zu kämpfen haben“ (FB2).

Solche Weiterverweisungen sind laut den Interviews aktuell gang und gäbe, sowohl bei der polizeilich beauftragten Versorgung als auch verfahrensunabhängig. So wird beispielsweise im Anschluss an eine Untersuchung in einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle für die medizinische Versorgung an Gynäkolog_innen weiterverwiesen. Oder Frauen werden wie im Eingangsbeispiel von einer Klinik zur nächsten geschickt.

85 In Studien zu realisierten Wegzeiten lag die Fahrzeit in 87 Prozent der frauenärztlichen Fälle bei unter 30 Min. und in 6 Prozent über 60 Min. Der Durchschnitt lag bei knapp 18 Min., die regionalen Durchschnittswerte schwanken bis zu 22 Min. und für 99,9 Prozent gilt ein Maximalwert von weniger als 60 Min. (Sundmacher u. a. (2018), S. 43.).

86 Vgl. Brzank (2012) sowie Feder u. a. (2006).

Wichtig für die Zugänglichkeit der Akutversorgung ist es, dass die Betroffenen möglichst viele der Behandlungsschritte und -formen an einem Ort vorfinden. Lassen die Versorgungsstrukturen eine Behandlung ohne Weiterverweisung nicht zu, so ist eine Begleitung durch hierfür ausgebildetes Fachpersonal notwendig, um die Betroffenen auf ihrem Weg zu begleiten und so die Chancen zu erhöhen, dass diese ihren Weg nicht frühzeitig abbrechen. Ein solches Modell wird aktuell beispielsweise in der Stadt Heidelberg erprobt (siehe Kasten: Guide4You).

Guide4You – Begleitung durch die Versorgungsstrukturen

Das Modellprojekt Guide4You wird seit November 2019 in der Stadt Heidelberg umgesetzt. Kooperationspartner im Projekt sind die Gewaltambulanz des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg, die SRH Hochschule Heidelberg, die Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg, die Interventionsstelle für Frauen und Kinder, der Frauen helfen Frauen e.V. sowie das Polizeipräsidium Mannheim. Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, den Weg der Betroffenen von häuslicher Gewalt in und durch die Versorgung nachzuverfolgen und diesen so den Zugang perspektivisch zu erleichtern. Persönliche Ansprechpartner_innen in einem örtlichen „Lotsensystem“ sollen hier für betroffene Frauen niedrigschwellig erreichbar sein und diese durch die Schritte des Versorgungssystems, darunter auch die in Heidelberg ansässige Gewaltambulanz des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin, begleiten.⁸⁷ In einer Online-Umfrage sollen zudem „individuelle Bedürfnisse und Wünsche nach Unterstützung“ erfragt werden.

4.2.4 Kurze oder begleitete Wartezeiten in der Untersuchungsstelle

„Wir warten in der Regel mindestens eine Stunde, bis hin zu fünf Stunden [in der Klinik...] da denken die Frauen: Soll ich das? Schaff ich das jetzt noch?

Die ein oder andere hat auch schon abgebrochen.“ (POL1)

Interviewpartner_innen berichten, dass Patient_innen mit oft weniger schwerwiegenden körperlichen Verletzungen bei der Priorisierung medizinischer Leistungen in Kliniken häufig als nachrangig eingestuft werden, was lange Wartezeiten zur Folge hat. Dies gilt insbesondere in der Nacht und am Wochenende, wenn die Kliniken mit deutlich weniger Personal arbeiten.

Lange Wartezeiten bedeuten für die Betroffenen eine zusätzliche emotionale Belastung und können auch zu einem Abbruch des Versuchs führen, Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen. Daher sollten Wartezeiten grundsätzlich möglichst kurz gehalten werden. Im Idealfall sollten die Betroffenen nicht in Konkurrenz mit anderen medizinischen Notfällen geraten und die zuständigen Ärzt_innen hierfür freigestellt werden.⁸⁸ Allerdings ist dies insbesondere dann, wenn die Versorgung in Kliniken stattfinden soll, ein sehr hochgestecktes Ziel, gerade dann, wenn die Betroffenen hier zu Nachtzeiten und am Wochenende versorgt werden. Von Mediziner_innen wird darauf verwiesen, dass die Strukturen des Gesundheitssystems eine solche Priorisierung in der Gesamtschau nicht leisten können. Wartezeiten bleiben damit eine Herausforderung, die insbesondere im klinischen Bereich nur schwer überwindbar ist.

Alternativ bietet es sich an, sicherzustellen, dass für längere Wartezeiten eine Begleitung für die Betroffenen hinzugezogen werden kann, sodass diese nicht, wie momentan laut medizinischem Personal und Fachberatungsstellen üblich, „alleinsitzengelassen werden müssen“ (GynK3).

Eine standardisierte Möglichkeit der Betreuung vor Ort ergibt sich in den Regionen nur vereinzelt. Es wird darauf verwiesen, dass aus „strukturellen und finanziellen Fragen“ nicht „rund um die Uhr oder nachts“ in die Klinik begleitet oder in der Klinik aufgesucht werden kann (FB16). Insbesondere im ländlichen Raum kann die Begleitung mit An- und Abreise zur Untersuchungsstelle, Wartezeiten,

⁸⁷ Stadt Heidelberg (2019).

⁸⁸ So auch gefordert in Blättner/Grewe (2019), S. 62–63.

Anwesenheit bei der Untersuchung und eventueller Nachbetreuung für Mitarbeitende der Fachberatungsstellen ganze Arbeitstage in Anspruch nehmen. Mitarbeiter_innen von Fachberatungsstellen und Frauenhäusern in Krankenhäusern sehen einen Bedarf, Möglichkeiten zu erweitern, um vor Ort „an die Hand zu nehmen“, „durchzulotsen“, zu „erklären, was passiert“, und „einen weiteren Schutz für die Frau [zu] geben“ (FB15, FB16, FB12). So betont die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle:

„Im Grunde genommen gehört das Angebot von Begleitung durch geschulte Berater_innen dazu. [...] Jemanden zur Seite zu haben, die bestärkt und sagt: ‚Es muss keine Anzeige sein, aber es war Unrecht.‘, und im Ablauf zu begleiten, das finde ich wichtig.“ (FB16)

Hervorzuheben ist der Ansatz im Rahmen des verfahrensunabhängigen Versorgungsangebots an der Universitätsklinik in Freiburg. Hier besteht eine Kooperation zwischen Uniklinik und „Frauenhorizonte – Gegen sexuelle Gewalt e.V.“, die schon während der Wartezeit und Untersuchung in der Klinik auf Wunsch der Betroffenen eine Begleitung durch die Fachberatungsstelle ermöglicht. Die Beratungsstelle ist über ein Notfalltelefon 24 Stunden erreichbar und kann so direkt von Betroffenen oder (mit Einwilligung der Betroffenen) durch behandelnde Ärzt_innen kontaktiert werden. In einer Evaluierung des Modellprojekts wird betont, dass die Begleitung durch die Beraterinnen eine „wertvolle Unterstützung“ ist, sowohl für die Betroffenen als auch für untersuchende Ärzt_innen, deren Zeitaufwand dadurch verringert wird.⁸⁹ Auch Fachberatungsstellen und Ärzt_innen aus anderen Regionen heben die Kooperation in Freiburg positiv hervor und betonen, dass eine solche Unterstützung als „klarer Vorteil“ zu sehen ist, der „nicht zu unterschätzen“ ist (RM8). Die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle hebt besonders hervor, dass dieses Modell ermöglicht, dass jemand „mit einer gewissen Gelassenheit durchcoacht“, der „den Umgang mit Ärzt_innen und der Polizei bereits ge-

wöhnt ist“. Der Mehrwert eines solchen Ansatzes wird insbesondere für Frauen mit Behinderungen betont (DIS4). Laut der Einschätzung von Ärzt_innen und Fachberatungsstellen erreichen vor allem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Versorgung selten und fast ausschließlich in Begleitung einer Vertrauensperson oder Betreuung. Wie die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle betont, braucht es in solchen Situationen „eine Person, die mitkämpft“ (DIS5).

Verschiedene Ärzt_innen betonen zudem in den Interviews eine Herausforderung bei der Kommunikation mit Patient_innen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Zum einen wird die Sorge zum Ausdruck gebracht, dass nicht „gerichtsfest“ dokumentiert werden kann (GynK10). Zum anderen wird es als schwierig geschildert, die einzelnen Schritte der Untersuchung zu erläutern und dabei ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln (GynK7).⁹⁰ Die Möglichkeit einer Kommunikation in leichter Sprache wird von vielen Interviewpartner_innen verneint; eine Ärztin verweist darauf, man bemühe sich „grundsätzlich verständlich zu kommunizieren“ (GynK6). Auch für diese Schwierigkeiten in der Kommunikation könnte eine Begleitung durch externes Fachpersonal hilfreich sein, wie auch von Interviewpartner_innen bestätigt wird (DIS4). Der zweite Teilhabebericht der Bundesregierung verweist zudem auf den Bedarf nach zielgruppenspezifischen Aus- und Fortbildungen, um in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen je nach Kommunikationsbedarf effektive Verständigung sicherzustellen. Es ist nicht bekannt, wie weitflächig bestehende Angebote hierfür von verschiedenen gesundheitlichen Professionen in Anspruch genommen werden.⁹¹

89 Rebell (2016), S. 76.

90 Vergleichbare Erfahrungen werden auch in dieser Studie geschildert, die sich unter anderem mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Behinderungen befasst: Blättner/Grewe (2019), S. 46.

91 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016), S. 324.

Akutversorgung bei Frauen mit gesetzlicher Betreuung

Immer wieder gibt es aufseiten behandelnder Ärzt_innen Unsicherheiten darüber, inwieweit Menschen mit Behinderungen auch ohne ihre gesetzliche Betreuung (rechts-)medizinisch untersucht werden dürfen. Hiermit wird regelmäßig auch die Selbstbestimmtheit der Frauen in Frage gestellt, was umso schwieriger sein kann, wenn die betreuenden Personen wie auch die Täter_innen bei sexualisierter Gewalt aus dem sozialen Nahraum kommen – was häufig der Fall ist.⁹² Wenn Täter_innen und Betreuer_innen personenidentisch sind oder sich sozial nahestehen, hält das Betroffene ab, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Eine aktuelle Studie verweist darauf, dass sich Untersuchungsstellen dann, wenn Frauen mit einer gesetzlichen Betreuung sich ohne Betreuung an sie wenden, „nicht immer der Rechtslage entsprechend verhalten“. Die Studie empfiehlt eine Klarstellung der grundsätzlichen Einwilligungsfähigkeit kognitiv Beeinträchtigter, eine Klarstellung der eingeschränkten Entscheidungsmacht gesetzlicher Betreuer_innen sowie eine Klarstellung darüber, in welchen Situationen konkret eine Einwilligung der Betreuer_innen zu einer medizinischen Versorgung, Verletzungsdokumentation und Spurensicherung vorliegen muss.⁹³ In den Gesprächen im Rahmen des vorliegenden Projekts wird zum einen bestätigt, dass Ärzt_innen sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich ihres Handlungsspielraums in Situationen haben, wenn Menschen mit einer rechtlichen Betreuung eine Untersuchungsstelle aufsuchen. Zum anderen wird auch die oben genannte Forderung nach einer Klarstellung über die bestehende Rechtslage in den Interviews unterstützt.

4.2.5 Informiertes und sensibilisiertes Empfangs- und Pflegepersonal

„Wir hatten (im Krankenhaus) auch schon die Situation, dass die Kollegin mit der betroffenen Frau unten an der Information stand und sich anmelden wollte und es hieß: ‚Nee, es gibt gar keine vertrauliche Spurensicherung.‘, bis hin, dass sofort gesagt worden ist: ‚Ja, Sie kommen sofort dran.‘ (MF3)

In den Interviews wird häufig betont, wie wichtig es ist, dass nicht nur die Ärzt_innen wissen, was zu tun ist, sondern dass auch das gesamte Klinikpersonal über verfahrensunabhängige Angebote der Spurensicherung informiert ist.

Wenn das nicht der Fall ist, werden Frauen auch in Krankenhäusern, die Kooperationspartner_innen in Projekten sind, teils bereits an der Pforte abgewiesen. Sie müssen an mehreren Stellen erläutern, weshalb sie medizinische Hilfe suchen oder im Empfangsbereich in Gegenwart anderer erklären, warum sie da sind (FB17; FB18; FH5). Innerhalb der Krankenhäuser müssen sich Patient_innen laut der Erfahrung der Ärzt_innen häufig zu der richtigen Station beziehungsweise zur zuständigen Ärzt_in durchfragen, werden „durchgereicht“ (GynK1). Fachberatungsstellen und Rechtsanwält_innen, die Frauen in Kliniken begleiten, beschreiben den Weg durch die Kliniken als „Selbstbehauptungstraining“ (FB1) für die Betroffenen. Sie berichten, dass „über die Flure gerufen wird“ (GynK7) oder „20 andere mithören“ (FB16).

Vor dem Hintergrund der dargestellten Schilderungen der Empfangssituation der Betroffenen wird eine zentrale Rolle des Empfangs- und Pflegepersonals beim Zugang der Betroffenen zur Versorgung ersichtlich. Uninformiertes oder ungeübtes Empfangspersonal kann dazu führen, dass die Betroffenen abgewiesen oder an falsche Stellen weitergeleitet werden und gegebenenfalls ihren Weg durch die Versorgung abbrechen. Um auch hier zu sensibilisieren, werden in den Regionen auch Pflegekräfte geschult. Teils werden hierauf zugeschnit-

92 Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld u. a. (2013), S. 8. Siehe auch: Weibernetz e. V. (2012). Zu den Hindernissen beim Zugang zum Recht bei Gewalterfahrungen von Frauen und Mädchen mit Behinderungen siehe auch die Projekte „Suse – sicher und selbstbestimmt. Im Recht“ und „Suse – sicher und selbstbestimmt. Frauen und Mädchen mit Behinderung stärken“ des Bundesverbandes Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe, Frauen gegen Gewalt e. V. bff.

93 Blättner/Grewe (2019), S. 68.

tene Schulungen abgehalten.⁹⁴ Zusätzlich wurden in manchen Regionen „Schlüsselsätze“ entwickelt, die es den Betroffenen ermöglichen sollen, in den Kliniken nach Angeboten der Akutversorgung zu fragen, ohne konkret zum Ausdruck zu bringen, dass sie von Gewalt betroffen sind. Im Brandenburger Modell ist dieser Schlüsselsatz beispielsweise: „Ich brauche dringend ein Gespräch mit einer Gynäkologin.“⁹⁵

Unabhängig davon, ob die Erstanlaufstelle eine umfassende Versorgung leisten kann, sind Erstanlaufstellen von großer Bedeutung für die Betroffenen. Um auch dort einen geübten und der Situation angemessenen Umgang zu ermöglichen, wo kein konkretes Angebot der Akutversorgung besteht, reicht eine punktuelle Schulung oder Sensibilisierung nicht aus. Bereits seit Jahren arbeiten daher verschiedene Initiativen, Netzwerke und Projekte daran, im Gesundheitswesen für Gewaltthemen zu sensibilisieren und zu schulen. So setzt sich beispielsweise das GESINE Netzwerk Gesundheit. EN bereits seit Jahren für eine Sensibilisierung im Gesundheitswesen, die Etablierung gezielter Vermittlung in spezialisierte Hilfen und die Umsetzung grundlegender Standards der „gewaltinformierten Versorgung“ ein.⁹⁶

4.2.6 Sprachmittler_innen und Dolmetscher_innen

Migrant_innen

„Wir sagen immer, die Gesundheitsversorgung ist nicht gewährleistet, wenn die Frau nicht richtig Deutsch spricht.“ (DIS1)

Eine sprachliche Verständigung ist, wie im Eingangszitat betont wird, zentral für die Gesundheitsversorgung von Betroffenen sexualisierter und häuslicher Gewalt. Sie ermöglicht es Ärzt_innen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, über die Behandlungsschritte zu informieren und gibt den Betroffenen die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse

zum Ausdruck zu bringen. In den Interviews wirken die Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung mit Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse größtenteils improvisiert: Ärzt_innen berichten, dass solche Patient_innen teilweise mit Familienangehörigen oder Bekannten die Versorgung aufsuchen, die dann für Ärzt_innen und Patient_innen übersetzen. In wieder anderen Fällen wird in den Kliniken „jemand gefunden, der die Sprache spricht“. Teils wird sich auch „mit Händen und Füßen“ verständigt. Fachberatungsstellen schätzen dies als sehr problematisch ein, wie das folgende Zitat beispielhaft darstellt:

„Bei solch wichtigen, sensiblen, teils lebensentscheidenden Terminen kommen die Frauen mit Begleitungen, die qualitativ nicht gut sind, die vielleicht keine Privatsphäre ermöglichen, zu jung für das Thema sind und, und, und.“ (DIS2)

Herausforderungen in der sprachlichen Verständigung im Gesundheitsbereich sind nicht auf die Versorgung gewaltbetroffener Personen beschränkt. Trotz jahrelanger Forderungen von verschiedenen Seiten besteht derzeit keine umfassende, niedrigschwellige Möglichkeit, Sprachmittler_innen oder Dolmetscher_innen auch kurzfristig und für die Patient_innen kostenfrei zu einer Behandlung hinzuzuziehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Verständigung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten mit den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringern auch in ihrer jeweiligen Muttersprache nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Im Rahmen einer Krankenhausbildung gegebenenfalls erforderliche Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers dürfen daher nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Laut Gesetz muss die Aufklärung der Ärzt_innen zwar verständlich sein (§ 630e Absatz 2 Nummer 3 BGB) und Dolmetscher_innen müssen hinzugerufen werden, wenn dies nicht möglich ist; dafür reichen

94 So etwa in der Region Bonn/Rhein-Sieg. Neben den Fortbildungen für Ärzt_innen werden hier jährlich Fortbildungen für Pflegekräfte zum Thema „Opferschutz und anonyme Spurensicherung“ abgehalten. Zum Fortbildungsprogramm gehörten die Themen „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten – ein Praxismodell“, „Zwischen Zeitdruck und effektiver Opferhilfe, Erstgespräch und Umgang mit Opfern im Pflege- und Klinikalltag“, „Das polizeiliche Strafverfahren“ sowie „Befunderhebung und Dokumentation nach Gewalttaten, Hintergrundwissen für das Vorgehen im Pflegealltag“. Zudem wird die Arbeit des Jugendamts zum Thema Kinderschutz vorgestellt.

95 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2020):

96 Frauen helfen Frauen EN e. V. (2020).

aber nach Auffassung der Gerichte beispielsweise die Begleitpersonen der Patient_innen oder eine Pflegekraft mit Sprachkenntnissen aus. Auch für diese Leistung ist eine Kostenübernahme nicht vorgesehen. Ausnahmen wie beispielsweise die Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen nach dem AsylBLG bringen bürokratische Abläufe mit sich, die in der Akutsituation nicht angemessen sind. Der Deutsche Ärztetag forderte daher im Mai 2019, Finanzierung und Ausbildung von Dolmetscher_innen für die ärztliche Versorgung zu ermöglichen. Begründet wurde diese Forderung damit, dass ohne Dolmetscher_innen die Patient_innen ihre Rechte nur eingeschränkt wahrnehmen könnten und die medizinische Versorgung darunter leide.⁹⁷

Diese Forderung ergibt sich auch aus den Gesprächen. Dolmetscher_innen oder Sprachmittler_innen sollten vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Expert_innen sowohl für die Arbeit im Gesundheitsbereich geschult als auch mit gewaltbetroffenen Menschen vertraut sein. Dolmetscher_innen sollten zudem kurzfristig zur Verfügung stehen und gegebenenfalls auch längere Wartezeiten gemeinsam mit den Betroffenen überbrücken können. Wie im folgenden Zitat beispielhaft dargestellt, wird besonders betont, dass die Verantwortung für die sprachliche Verständigung nicht bei den Betroffenen liegen sollte:

„Es ist auch eine Frage der Verantwortung [...] Wir stellen immer fest, dass sich niemand zuständig fühlt, es wird so aufgefasst, dass es das Problem der Patientin ist, dass sie kein Deutsch spricht, also ist es auch ihre Verantwortung, sich um die Dolmetscher_in zu kümmern.“ (DIS2)

In den Interviews wird daher die Forderung der „Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen“ hervorgehoben, die Leistung der Sprachmittlung in die Leistungskataloge der Krankenkassen mit aufzunehmen.⁹⁸ Dieser Weg würde auch vermeiden, dass die Betroffenen zusätzliche formelle Hürden wie einen Antrag auf Kostenerstattung überwinden müssen.

Menschen mit Behinderungen

Auch bei der Behandlung von Menschen mit Behinderungen besteht nach der Erfahrung der Ärzt_innen und Fachberatungsstellen häufig ein Bedarf an Dolmetscher_innen und Übersetzer_innen, der je nach Form der Behinderung sehr unterschiedlich sein kann. Bei Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung bestehen beispielsweise unterschiedliche Bedarfe, zum einen nach Gebärdendolmetscher_innen, zum anderen nach schriftlicher Kommunikation in Leichter Sprache, wenn keine Kenntnisse in der Gebärdensprache bestehen.⁹⁹ Zwar sollen die Kosten für die Beauftragung von Gebärdendolmetscher_innen sowohl für stationäre Behandlungen als auch für ambulante Behandlungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden: Die Herausforderung besteht jedoch laut Interviewpartner_innen darin, dass ausgebildete Dolmetscher_innen rar und in einer Akutsituation und kurzfristig nur selten verfügbar sind.

4.2.7 Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit

Wie der Fall von Frau M. verdeutlicht, ist es für die betroffenen Frauen auch wichtig, dass sie erkennen oder sich niedrigschwellig darüber informieren können, wo Angebote der Akutversorgung zur Verfügung stehen. Diese Themen werden in Kapitel 7 behandelt.

4.3 Erreichbarkeit und Qualität

„Und dann ist natürlich die Frage: Kürzere Wege für Betroffene, ist das sinnvoller, oder eine Anlaufstelle, die es häufig macht und darin Routine hat? Ja, das sind Fragen, die wir uns auch immer wieder neu stellen. Ob nicht der längere Weg in Kauf zu nehmen ist, und dann habe ich aber ein Zentrum, wo so etwas regelmäßig abläuft, und die Sicherheiten größer sind.“ (FB7)

Als zentrales Thema in den Interviews in den Regionen kristallisiert sich die Herausforderung her

⁹⁷ Bundesärztekammer (2019b).

⁹⁸ Siehe Initiative „Sprachmittlung im Gesundheitswesen“. Gründungsdokument 2015: https://www.gesundheit-adhoc.de/files/1436799673_cd6106dd.pdf (abgerufen am 02.10.2020).

⁹⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016), S. 329.

aus, Versorgungsstrukturen aufzubauen, die zum einen für die Betroffenen über kurze Wege erreichbar sind und zum anderen eine hochwertige Versorgung leisten können. Das betrifft insbesondere die rechtsmedizinische Expertise. Zwar besteht in Deutschland mit insgesamt 801 Krankenhäusern mit einer Fachabteilung in der Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe ein Netzwerk aus Gynäkolog_innen, die eine flächendeckende Versorgung leisten könnten. Krankenhäuser mit einer Fachabteilung in der Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe sind für 99,5 Prozent der Frauen im Alter zwischen 16 und 49 Jahren bundesweit innerhalb von 45 Minuten erreichbar. Auch wenn hier ein deutliches Stadt-Land-Gefälle zu verzeichnen ist, sind auch im ländlichen Raum Anfahrtswege über 60 Minuten selten.¹⁰⁰ Hinzu kommen aktuell 11.348 ambulant tätige Gynäkolog_innen mit einer ähnlich vorteilhaften räumlichen Verteilung.¹⁰¹ Mit bundesweit insgesamt knapp 40 rechtsmedizinischen Instituten ist die rechtsmedizinische Expertise hingegen weniger verbreitet. Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen ist vor diesem Hintergrund in den Versorgungsstrukturen in Deutschland nicht selbstverständlich. Deutlich verbreiteter ist der oben geschilderte unbegleitete Weg der Betroffenen zwischen verschiedenen Stellen, wie einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle, gynäkologischer Praxis oder Krankenhaus, Infektiolog_innen und Fachberatungsstellen.

Dieser Herausforderung stellen sich viele Regionen, indem die rechtsmedizinische Expertise über Schulungen und andere Qualifizierungsmaßnahmen (siehe Kapitel 6) an Gynäkolog_innen, Unfallchirurg_innen oder Hausärzt_innen vermittelt wird, die dann die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung ohne das Beisein von Rechtsmediziner_innen durchführen. Damit kann die Versorgung zwar räumlich deutlich verbreiteter angeboten werden und den Betroffenen werden lange Wege erspart, die Versorgung ist jedoch an Orten ansiedelt, an denen der Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen für Ärzt_innen und Pflegepersonal

nicht alltäglich und die hierfür notwendige Expertise nur begrenzt verfügbar ist. Wie in Kapitel 6 beschrieben wird, stellen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung für Gynäkolog_innen, Unfallchirurg_innen und Hausärzt_innen eine in Teilen fachfremde Aufgabe dar, die umso schwerer zu bewältigen ist, wenn keine Möglichkeit besteht, rechtsmedizinische Expertise zu Rate zu ziehen, und wenn Routine fehlt. Laut Angabe der befragten Ärzt_innen führen sie eine solche Untersuchung zwischen einem Mal (GynN5) und fünf Mal (GynK1) jährlich durch. Eine Befragung aus dem Jahr 2018 ergab, dass nur 24,7 Prozent der dort befragten Kliniken mehrmals pro Quartal Betroffene sexualisierter Gewalt versorgen. Bei über der Hälfte der Kliniken waren es weniger Fälle.¹⁰²

Trotz jahrelanger Bemühungen in den Regionen, auch in dezentralisierten Ansätzen der Versorgung durch Schulungen, Standardisierung der Vorgänge und Vernetzung der Akteur_innen eine Versorgung sicherzustellen, die den Bedarfen der Betroffenen gerecht werden, konnte dieses Grunddilemma zwischen Erreichbarkeit und Qualität der Versorgung nicht abschließend gelöst werden. Es bleiben erhebliche Zweifel aufseiten verschiedener Berufsgruppen, darunter insbesondere der Gynäkolog_innen, die die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung durchführen. Sie äußern in den Interviews starke Bedenken, ob die Schulungen ausreichen, um außerhalb von zentralisierten Einrichtungen mit ausgeprägten Fachkenntnissen und weitreichender Routine hochwertige Versorgung leisten zu können (siehe Kapitel 6). Zudem machen die Anforderungen an umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen und der damit verbundene Zeitaufwand es in den Regionen schwer, Kliniken zu einer Teilnahme an Versorgungsnetzwerken zu motivieren. Immer wieder wird daher vonseiten der behandelnden Ärzt_innen der Wunsch geäußert, die Aufgabe der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung an routinierte Stellen zurückzuspielen. So beispielhaft im folgenden Zitat dargestellt:

100 Diese Daten sind dem Krankenhausatlas, bereitgestellt auf der Website des Statistischen Bundesamtes, entnommen. Der Krankenhausatlas berechnet für die weibliche Bevölkerung zwischen 16 und 49 Jahren eine Erreichbarkeit zu einem Krankenhaus mit einer Klinikabteilung für Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe. Siehe Statistisches Bundesamt (2019).

101 Bundesärztekammer (2019a).

102 Blättner/Grewe (2019), S. 21. Rechtsmedizinische Institute gaben deutlich höhere Zahlen an. 40 Prozent der Institute gaben an, mehrmals pro Woche Fälle sexualisierter Gewalt zu versorgen, alle Institute versorgten mindestens mehrere Fälle im Quartal.

„Ich frage mich, ob es nicht auch die Möglichkeit gäbe, dass man sie [betroffene Frauen] tatsächlich gezielt weiterleitet, irgendwohin, wo jemand sitzt, der das [Spurensicherung] einfach immer macht, der einfach viel mehr Routine hat. Also ob man so eine Art Notfallsprechstunde implementieren kann, wo es dann die nötige Ruhe gibt, wo es vielleicht auch Kontakt zur Rechtsmedizin gibt, [...] es ist und bleibt unzulänglich, was wir machen, das ist nur ein Versuch, hab ich immer den Eindruck.“ (GynK11)

Alternativ werden in verschiedenen Regionen, so zum Beispiel in Heidelberg und Mecklenburg-Vorpommern, mobile Dienste angeboten. Rechtsmediziner_innen suchen die Betroffenen also in Kliniken oder in Praxen auf, an die diese sich gewandt haben. Rechtsmediziner_innen sprechen dieser Möglichkeit eine wichtige Rolle zu. Mobile Dienste erfordern jedoch, je nach abgedeckter Fläche, einen erheblichen Zeit- und Arbeitsaufwand. In den Opferambulanzen der rechtsmedizinischen Institute an der Universität Greifswald und der Universität Rostock wurden im Jahr 2017 für die dezentrale Untersuchung beispielsweise zusammen insgesamt 16.673 km zurückgelegt.¹⁰³ Die Betroffenen müssen in solchen Konzepten gegebenenfalls längere Wartezeiten überbrücken, da Rechtsmediziner_innen teils mehrere Stunden Anfahrtsweg zurücklegen müssen. Beide Versorgungsansätze stehen daher vor grundlegenden Herausforderungen.

4.4 Handlungsbedarf

Trotz jahrelanger Bemühungen verschiedener regionaler Ansätze ist in Deutschland nach wie vor kein flächendeckendes Netzwerk von Versorgungsstellen gegeben, die die Akutversorgung für gewaltbetroffene Frauen ermöglichen. Versorgungsstrukturen sind lückenhaft, Anfahrtswege sind lang und Versorgungsstellen sind teils kaum zugänglich für die Betroffenen. Die Gespräche im Rahmen des vorliegenden Projekts zeigen deutlichen Bedarf dafür, die Anforderung an eine flächendeckende Versorgungsstruktur sowie Vereinbarkeit von Erreichbarkeit und Qualität in der Akutversorgung neu zu denken. In den Regionen wurden hierzu über Jahre weitreichende Erfahrung und diverse gute Ansätze entwickelt. Die mit § 132k SGB V eingeführte Verpflichtung der Länder und Krankenkassen, Verträge mit einer „ausreichenden Zahl“ an Leistungserbringern zu schließen, bietet den rechtlichen Rahmen, diese Ansätze vor dem Hintergrund neuer finanzieller Möglichkeiten und einer vertraglichen Bindung von Leistungserbringern fortzuführen und zu ergänzen.

¹⁰³ Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2018), S. 2.

5 Qualitätsstandards

5.1 Problembeschreibung

In der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt ist Qualität in vielerlei Hinsicht von großer Bedeutung. Aus rechtsmedizinischer Perspektive kann nur eine hochwertige Versorgung sicherstellen, dass die Dokumentation und die gesicherten Spuren gerichtsverwertbar sind, also im Rahmen eines möglichen Strafverfahrens vor Gericht verwendet werden können. Auch aus gesundheitlicher Sicht ist ein hoher Qualitätsstandard gefragt – versäumte Wundversorgung, Prophylaxen oder Schwangerschaftsberatung können für die Betroffenen weitreichende gesundheitliche und psychische Folgen haben. Ebenso relevant ist der psychosoziale Rahmen der Versorgung. Wie schon die Bezeichnung Akutversorgung zum Ausdruck bringt, findet sie in einer für die Betroffenen akuten Situation statt, meist Stunden oder Tage nach einem Gewalterlebnis. Lange Wartezeiten, fehlende Begleitung durch hierfür geschultes Personal oder mangelnde Sensibilität des Fachpersonals bergen das Risiko einer Re-Traumatisierung und können sich negativ auf den Verarbeitungsprozess der Betroffenen auswirken. Fehlende Anschlussmöglichkeiten an Fachberatung sind zudem eine ungenutzte Chance, die Betroffenen in weiterführende Strukturen zu integrieren (FB13). Wie im vorherigen Kapitel bereits erläutert, besteht in den Versorgungsstrukturen in Deutschland ein Dilemma – während die Erreichbarkeit der Versorgung ausschlaggebend dafür ist, dass die Betroffenen den Weg in die Versorgungsstrukturen finden, bedeutet verbesserte Erreichbarkeit meist eine Auskopplung der Versorgung von hierfür spezialisierten Stellen an Kliniken, die zum einen wenig

Erfahrung in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen vorweisen können und zum anderen selten über rechtsmedizinische Expertise und Erfahrung verfügen.

Von verschiedenen Seiten werden seit Jahren verbindliche Standards für die Akutversorgung nach Gewalt gefordert.¹⁰⁴ Auch Konzepte für solche Standards wurden von verschiedenen Seiten entwickelt. Im Rahmen einer Studie der Charité Berlin wurden Vorgaben verschiedener internationaler Richtlinien wie beispielsweise umfassende Leitlinien der WHO¹⁰⁵ sowie Leitlinien deutscher Fachgesellschaften wie die S1-Leitlinie der AG Medizinrecht im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.¹⁰⁶ und die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin¹⁰⁷ operationalisiert, um festzustellen, inwieweit die Versorgungsstrukturen an universitären Frauenkliniken den internationalen und nationalen Leitlinien und Empfehlungen entsprechen. Zusammengefasst ergeben sich hieraus fünf zentrale Bestandteile der Erstversorgung nach mutmaßlichem Stuprum (Vergewaltigung).¹⁰⁸ Hierzu gehören: Vorhandener Leitfaden oder vorhandene Richtlinie zur Erstversorgung nach mutmaßlicher Vergewaltigung, Verwendung eines standardisierten Untersuchungskits (enthält in der Regel einen Untersuchungsbogen), Regelung zum infektiologischen Postexpositionsprophylaxe (PEP)-Beratungsgespräch, Fortbildungen zur Beweismittelsicherung und die Vermittlung an Beratungsstellen. Detaillierte Standards für die Umsetzung verschiedener Aspekte der Akutversorgung wurden auch von verschiedenen weiteren Organisationen und Institutionen entwickelt, darunter zum Beispiel

104 Siehe etwa Gahr/Ritz-Timme (2017); Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (2014); Blättner/Grewe (2019).

105 World Health Organisation (2003); World Health Organisation (2013b).

106 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2009).

107 Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2014).

108 Fryszer u. a. (2019), S. 940.

das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf,¹⁰⁹ die damalige Landeskoordinierungsstelle ASS NRW,¹¹⁰ S.I.G.N.A.L. e.V.,¹¹¹ und die Arbeitsgruppe „Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern“¹¹².

Während in der Theorie also Standards erarbeitet wurden, finden sich diese in der Praxis nicht flächendeckend wieder. Eine Befragung aller Universitätsfrauenkliniken im Jahr 2018 ergab, dass an zwölf der 16 teilnehmenden Kliniken keine Richtlinien zur Versorgung der Betroffenen existierten; deshalb sei der Ablauf dort nicht einheitlich, sondern „abhängig vom individuellen Vorgehen der diensthabenden Ärzte“.¹¹³ In über einem Drittel der teilnehmenden Kliniken gab es den Autor_innen zufolge keine „ausreichende bzw. befriedigende Organisation der infektiologischen PEP-Beratung“.¹¹⁴ Auch stellte sich heraus, dass die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung trotz direkter universitärer Anbindung nur in fünf der 16 teilnehmenden universitären Kliniken von Rechtsmediziner_innen durchgeführt wurde.¹¹⁵ Insgesamt wurden bei zwei Dritteln der teilnehmenden Kliniken mindestens vier der fünf oben genannten Kriterien umgesetzt, sodass dort laut Autor_innen von einer guten Versorgungssituation ausgegangen werden kann. Trotzdem sehen die Autor_innen vor dem Hintergrund der aufgezeigten uneinheitlichen Vorgehensweise an den Kliniken einen „Verbesserungsbedarf“ im Hinblick auf die Versorgungssituation von vergewaltigten Frauen an Universitätskliniken. Es wurde zudem angemerkt, dass die Ergebnisse der Universitätsfrauenkliniken „Pars pro Toto für die Frauenkliniken der anderen Versorgungsstufen stehen“.¹¹⁶

Diese Annahme wurde in einer Umfrage des Public Health Zentrums Fulda bestätigt. Zwischen D

ezenber 2018 und März 2019 befragte das Zentrum 63 Einrichtungen (darunter 47 Kliniken und 15 rechtsmedizinische Institute), die angaben, medizinische Erstversorgung, ärztliche Dokumentation und (vertrauliche) Spurensicherung nach sexueller Gewalt vorzunehmen.¹¹⁷ Von 48 Untersuchungsstellen, die medizinische Erstversorgung leisten, führen eigenen Angaben zufolge nur etwas mehr als 50 Prozent eine HIV-Postexpositionsprophylaxe oder eine Tetanus-Impfung durch, bei anderen Postexpositionsprophylaxen (hauptsächlich Chlamydien und Gonokokken) waren es nur 27,1 Prozent. Ebenso divers ist das Bild hinsichtlich der Vermittlung an psychosoziale Beratung. 36,1 Prozent der befragten Einrichtungen berichten, eine Vermittlung „sicherzustellen“, also einzelfallbezogene individuelle Absprachen mit entsprechenden Einrichtungen zu treffen. 16,4 Prozent geben an, Informationen auszuhändigen, und bei weiteren 16,4 Prozent erfolgt keine spezifische Weitervermittlung.¹¹⁸

Insgesamt zeichnen beide Befragungen ein ähnliches Bild der aktuellen Versorgungssituation: Die Versorgung ist nicht standardisiert und die Qualität häufig von der Einrichtung oder sogar den konkret behandelnden Ärzt_innen abhängig. Die Studie des Public Health Zentrums Fulda fordert daher „verbindliche Vorgaben“ für die Versorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt.¹¹⁹ Die Studie der Charité hebt die Notwendigkeit hervor, kontinuierlich die Qualität der Versorgung zu erheben und Best Practices zu ermitteln, die auf andere Versorgungsstrukturen übertragen werden können.¹²⁰

Auch in ausgebauten Versorgungsnetzwerken bleibt es eine Herausforderung, verbindliche und strukturierte Konzepte der Qualitätssicherung in Kliniken und Gemeinschaftspraxen zu etablieren.

109 Gahr/Ritz-Timme. (2017).

110 Landeskoordinierungsstelle ASS NRW (2018).

111 S.I.G.N.A.L. e.V. (2018).

112 Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (2019).

113 Fryszer u. a. (2019), S. 942.

114 Ebd.

115 Ebd.

116 Ebd.

117 Blättner/Grewe (2019), S. 9.

118 Ebd., S. 23–24.

119 Ebd., S. 62–63.

120 Fryszer u. a. (2019), S. 942.

Die Teilnahme an verfahrensunabhängigen Projekten erfolgt vonseiten der Kliniken und Ärzt_innen meist freiwillig, ist in vielen Ansätzen in Kooperationsvereinbarungen festgehalten (so zum Beispiel Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS)“) und nur in Ausnahmefällen vertraglich geregelt (so zum Beispiel im Netzwerk ProBeweis). Nur in vereinzelt Strukturen werden Verletzungsdokumentation und Spurensicherung vergütet (so zum Beispiel im Saarland). Weitreichendere Maßnahmen zur Qualitätssicherung erfordern ein hohes Maß an zeitlicher Einbindung auch vonseiten der Kliniken und Ärzt_innen und beruhen vielerorts unter den geschilderten Voraussetzungen auf dem Engagement einzelner Ärzt_innen und den Stellen, die das Angebot koordinieren.

5.2 Qualitätssicherung im Versorgungsalltag – Berichte aus der Praxis

5.2.1 Fachübergreifende Arbeit

„In meinen Augen gehören solche Patienten tatsächlich in Profihände [...] wir [Gynäkolog_innen] sind zwar Ärzte, aber wir können weder fotografieren, noch sind wir Spurensicherer. Wir haben es nie gelernt, adäquat Spuren zu sichern. Wir kriegen das theoretisch beigebracht, aber wir sehen nicht, wie es in der Realität geht.“ (GynK10)

Führen Gynäkolog_innen eine klinisch-forensische Untersuchung ohne Beisein von Rechtsmediziner_innen durch, bedarf es forensischen Fachwissens, das in der Facharztausbildung der Gynäkolog_innen nicht vermittelt wird. Den Ärzt_innen wird der „Standard eines erfahrenen Facharztes“ (Facharztstandard) abverlangt, was bedeutet, dass sie diejenigen Maßnahmen ergreifen, die ausreichend weitergebildete und gewissenhaft arbeitende Ärzt_innen des Fachgebiets ergreifen würden.¹²¹ Um eine aus rechtsmedizinischer Sicht kompetente Untersuchung durchzuführen, müssen die behandelnden Ärzt_innen also keine rechtsmedizinische Facharztausbildung vorweisen können, sie müssen jedoch die Behandlung „theoretisch und

praktisch so beherrschen, wie das von einem Facharzt dieses Fachs erwartet werden muss“.¹²²

Dieser sogenannte Facharztstandard ist für Gynäkolog_innen bei geringen Fallzahlen und begrenzten Möglichkeiten der Weiterbildung nur schwer zu erreichen. Schulungen zur Durchführung der rechtsmedizinischen Aspekte der Untersuchung werden hauptsächlich in Projekten zur Bereitstellung verfahrensunabhängiger Angebote zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel 6). Wechselnde Präsenzzeiten der Ärzt_innen und eine hohe Fluktuation beim Klinikpersonal führen zudem dazu, dass die Kliniken keine 24-Stunden-Präsenz qualifizierter Ärzt_innen gewährleisten können. Den befragten Mediziner_innen zufolge kommt es daher nicht selten vor, dass Ärzt_innen, die keine auf die Akutversorgung zugeschnittene Schulung durchlaufen haben, die Untersuchung durchführen (GynK7; GynK8; GynK10). Demnach kann es auch bei polizeilich beauftragten Untersuchungen passieren, dass Ärzt_innen eine Spurensicherung durchführen, die im Extremfall „noch nie mit einem Rechtsmediziner über eine Vergewaltigung gesprochen haben“ (GynK8).

Auch bei Ärzt_innen, die eine Schulung absolviert haben, bleiben insbesondere aufgrund fehlender Routine Unsicherheiten. Einzelne Ärzt_innen sprechen davon, dass sie das Gefühl haben, „immer wieder von vorne anzufangen“ (GynK2), oder „so [zu] tun, als ob man Rechtsmedizinerin ist“ (GynK10). Auch das Eingangszitat stellt beispielhaft dar, dass Gynäkolog_innen sich häufig nicht als „Profis“ sehen. Sie haben „Sorge, etwas zu vergessen“, und „Angst, etwas falsch zu machen“ (FB12). Vereinzelt lehnen die interviewten Gynäkolog_innen eine solche Rolle im Rahmen der Versorgung generell ab. Gleichzeitig wird jedoch betont, dass die Teilnahme an der Versorgung gewaltbetroffener Frauen, auch in Form von Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, als „gut und wichtig“ (GynK9) erachtet wird, insbesondere auch da dies ermögliche, dass „jemand Zugewandtes professionell Hilfe anbietet“ (GynK9).

¹²¹ Siehe hierzu: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2009), S. 622.

¹²² Ebd.

Rechtsmediziner_innen äußern sich zwiegespalten: Eine befragte Person meint, bei geringen Fallzahlen und wechselndem Personal werde es „automatisch unprofessionell“ (RM2), eine weitere betont, man müsse damit rechnen, dass andere Disziplinen „die wünschenswerten Standards nicht erfüllen“ (RM8). Gleichzeitig findet sich in den Gesprächen aber die Forderung des Berufsverbands Deutscher Rechtsmediziner nicht wieder, wonach im Interesse einer „möglichst weitgehend gerichtsverwertbaren Beweissicherung“ über die Äußerung des Verdachts auf eine Misshandlung beziehungsweise Sexualstraftat hinaus „das weitere Procedere [...] Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern anvertraut werden [...]“ soll.¹²³ Vielmehr sehen auch Rechtsmediziner_innen den Bedarf, Gynäkolog_innen, Unfallchirurg_innen und Hausärzt_innen in die Versorgung gewaltbetroffener Frauen miteinzubeziehen. Aufgrund fehlender Kapazitäten in der Rechtsmedizin könne „es in der Breite nur über klinische Kooperationen gehen“ (RM6). Die befragten Rechtsmediziner_innen sind sich daher darüber einig, dass die Ärzt_innen der oben genannten Fachrichtungen jedenfalls dann mit der Durchführung von Dokumentation und Spurensicherung einen wichtigen Beitrag zu den Versorgungsstrukturen leisten können und sollten, wenn gleichzeitig angemessene Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen werden.

5.2.2 Arbeit unter Zeitdruck

„Dauernd geht der Funke, weil im Kreißaal etwas los ist – der Alltag geht weiter.“ (GynK8)

Die Erstversorgung ist nicht nur eine fachliche Herausforderung, sondern auch eine zeitintensive Aufgabe, die in den Hauptanlaufzeiten „in der Nacht oder am Wochenende“ (GynK8), in denen die Kliniken mit minimaler Besetzung arbeiten, einen gravierenden Einschnitt in die Abläufe und Routinen der Mitarbeitenden bedeutet. Die Erstversorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt wird von Gynäkolog_innen als „wahnsinniger Zeitfaktor“ (GynK1) und „sehr aufwendig“ (GynK10) beschrieben. Die Untersuchung dauert laut Expert_innen im Schnitt ein bis zwei Stunden und wird möglichst in Zweier-Teams durchgeführt, also zum Beispiel von einer Ärztin und einer Pflegekraft

oder einem Assistenzarzt und einer Fachärztin. Je nach Auslastung der Kapazitäten muss der Hintergrunddienst hinzugezogen werden. Dies „sprengt den Rahmen“ (GynK3), „stört die Sprechstunde enorm“ (GynK8), „auch tagsüber“ (GynK2). Für das Klinikpersonal bedeutet die Untersuchung damit eine außergewöhnliche zeitliche Belastung, wie eine Gynäkologin berichtet:

„Eigentlich ist es so, dass bei jedem das rote Lämpchen angeht [wenn Betroffene sexualisierter Gewalt in die Klinik kommen], weil er denkt, er schafft es nicht. Er hat nicht die Zeit und hoffentlich ist jetzt nicht parallel irgendwie was anderes.“ (GynK2)

Während der Untersuchung geht für die behandelnden Ärzt_innen „die Routine weiter“ (GynK8), was bedeutet, dass sie dazu verpflichtet sind, für andere dringende Notfälle auf Abruf bereitzustehen. Ärzt_innen berichten davon, dass während der Untersuchung „dauernd der Funke geht“ (GynK8), dass sie „auf verschiedenen Hochzeiten tanzen“, „ans Telefon gehen“ (GynK2) oder mehrfach die Untersuchung unterbrechen und beispielsweise „rausstürzen“ (GynK2) müssen, um andere Patient_innen zu betreuen. Dadurch kann, den befragten Ärzt_innen zufolge, auch die fachliche Qualität der Versorgung beeinträchtigt werden, insbesondere im Hinblick auf die rechtsmedizinischen Aspekte:

„Wenn man die Dokumentationsbögen einmal durchblättert, dann kann man nichts vergessen, [...] einfacher kann man es nicht machen, aber es funktioniert trotzdem nicht. Das ist, glaube ich, bei uns manchmal dem geschuldet, dass man dann sich schnell um die Frau kümmert und der Rest bleibt dann irgendwie liegen: Mach ich später, und dann sind 25 andere Sachen, und dann wird es halt doch vergessen. Der Wille ist da, die Umsetzung ist nicht immer so, wie man sich das wünschen würde.“ (GynK2)

Auch bei niedergelassenen Ärzt_innen ist der Zeitfaktor ein Thema. In den Praxen ist der Tagesablauf fest strukturiert, spontane Notfallpatient_innen sind zwar gängig, nehmen jedoch im

¹²³ Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e. V. & Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2020).

Normalfall deutlich weniger als 1,5–2 Stunden in Anspruch. Ein Vorteil gegenüber den Kliniken ist, dass das Tagesgeschäft in Gemeinschaftspraxen an Kolleg_innen übergeben werden kann, während der Untersuchung werden die Ärzt_innen also nicht wie in den Kliniken unterbrochen. Trotz allem bringen Ärzt_innen in Kliniken und im niedergelassenen Bereich ihre Sorge zum Ausdruck, eine vollständige Akutversorgung sei unabhängig von Vergütung und fachlichen Herausforderungen allein aufgrund mangelnder Kapazitäten nur unter großem Aufwand leistbar.

5.2.3 Akutversorgung im Klinikalltag

„Letztendlich ist die Patientin psychisch gesehen bei uns auch damit nicht gut betreut, weil wir einfach auf ganz verschiedenen Hochzeiten tanzen müssen [...].“ (GynK5)

Der Alltag in der Notfallversorgung und fehlendes Wissen über Möglichkeiten der Beratung respektive Weitervermittlung machen es behandelnden Ärzt_innen und Pflegepersonal schwer, den Betroffenen das Gefühl eines „geschützten Raums“ (GynK1) zu vermitteln. Auch Fachberatungsstellen äußern Bedenken, wenn „das System Krankenhaus“ (FB7) als erste Anlaufstelle fungiere. Dort seien „die Kapazitäten für Begleitung und Information nicht vorhanden“ (FB15). Dies sei jedoch wichtig, um zu verhindern, dass sich die Frauen im Laufe des Wegs durch die Klinik und während der Wartezeit „doch dagegen [gegen eine Untersuchung] entscheiden“ (FB15).

Kommt es nach meist langen Wartezeiten und einer Vielzahl von Weiterverweisungen von Station zu Station zu einer Untersuchung, findet diese meist wie beschrieben unter Zeitdruck und mit Unterbrechungen statt. Nur vereinzelt geben Kliniken an, dass die Kapazität der Pflegekräfte ausreicht, im Laufe der Zeit in der Klinik „kontinuierlich da zu sein“, „eine Art Bezugsperson“ darzustellen und „menschlich tröstend“ für die Betroffenen da zu sein (GynK9).

Ärzt_innen äußern den Wunsch, sich für die Untersuchung „ungestört abkapseln zu können“ (GynK1), der Patientin „vom Stationsalltag ausgelöst“ (GynK10) einen „geschützten Raum“ (GynK1) bieten und sie auch „emotional auffangen“ zu können. Ist die Untersuchung abgeschlossen, bleibt

oft ein schlechtes Gefühl bei den Gynäkolog_innen, die die Betroffenen „aufgrund des Klinikalltags stehenlassen“ (GynK4) oder je nach Situation auch ohne Begleitung nach Hause schicken müssen. Entsprechende Bedenken der Ärzt_innen werden im folgenden Zitat beispielhaft verdeutlicht:

„Wir wünschen uns, dass dann eine psychologische Betreuung gleich vor Ort ist. Wir müssen die Leute ja dann letztendlich auch wieder aufgrund des Klinikalltags stehenlassen. Natürlich verweist man dann, man gibt Flyer mit, aber eigentlich denkt man sich: ‚Hoffentlich geht das gut!‘, Oder [man] ist froh, wenn dann irgendein Bekannter dabei ist.“ (GynK4)

Der Wunsch dieser Gynäkologin nach Unterstützung in der psychologischen Betreuung der Betroffenen wird von verschiedenen Gynäkolog_innen aus Kliniken betont. Auch rechtsmedizinische Untersuchungsstellen halten es bei der Akutversorgung für entscheidend, dass die Betroffenen auf „jemand, der sie an die Hand nimmt“ und „dranbleibt“, treffen, da sie erfahrungsgemäß andernfalls „im Hilffssystem nicht auftauchen“ (RM2, RM6, RM8). Fehlende Möglichkeiten einer Betreuung über die medizinischen Notwendigkeiten hinaus und minimale Zeit, entsprechend an weitere Unterstützungsstrukturen anzubinden, stellen laut Expert_innen ein zusätzliches Risiko einer Re-Traumatisierung sowie eine „vertane Chance“ dar, den Betroffenen über den medizinischen Bereich „die Tür zu weiterführender Unterstützung zu öffnen“ (FB13).

5.2.4 Mangelnde Qualität – eine Herausforderung in der verfahrensunabhängigen Arbeit?

Die hier dargestellten strukturellen Probleme wie der Mangel an Fachwissen, Kapazitäten und Routine sind sowohl in der verfahrensunabhängigen als auch in der polizeilich beauftragten Arbeit gängig.

Bedenken hinsichtlich der Versorgung im polizeilichen Auftrag bestehen insbesondere dann, wenn auf Versorgungsangebote ausgewichen wird, wo deutlich geringere Fallzahlen und entsprechend wenig Routine die Realität sind. Dies gilt sowohl für die Kliniken als auch für Mitarbeitende der Polizei, die in diesem Fall als Auftraggeber_innen fungieren. So berichten einzelne Gynäkolog_innen,

die Beamt_innen kämen, „ohne ausreichend Material dabei zu haben“ oder ohne „spezielle Schulung“, und würden sich „einfach auf die Expertise der Ärzt_innen verlassen“ (so zum Beispiel GynK10). Vereinzelt wird vonseiten der Ärzt_innen darauf hingewiesen, dass die projektbasierte verfahrensunabhängige Spurensicherung in der Qualität der polizeilich beauftragten Untersuchung voraus sei, da das „Material umfangreicher“ und die „Anweisungen klarer“ seien (GynK9).

Trotz alledem treten bei der verfahrensunabhängigen Arbeit viele der hier angesprochenen Herausforderungen verstärkt auf. Verfahrensunabhängige Versorgung findet häufiger ohne Beisein von Rechtsmediziner_innen statt und ist zudem oft in Einrichtungen angesiedelt, die an der polizeilich beauftragten Versorgung nicht beteiligt sind. Daher sind Fallzahlen und Routine begrenzt. Hinzu kommt, dass die Begleitung der Frauen durch Beamt_innen wegfällt. Für lange Wartezeiten und den Weg durch die Klinik ist nur in Ausnahmefällen für kontinuierliche Begleitung gesorgt.

Zudem sind Mediziner_innen, die im Rahmen der verfahrensunabhängigen Versorgung arbeiten, oft allein wegen des Finanzierungsumfangs der entsprechenden Projekte in ihren Möglichkeiten beschränkt, eine mit der polizeilich beauftragten Versorgung gleichwertige Versorgung sicherzustellen. So ist die vergleichsweise kostenintensive und zudem organisatorisch herausfordernde Untersuchung zum Nachweis von K.-o.-Mitteln beispielsweise fast ausschließlich auf Kosten der Betroffenen möglich (siehe Tabellen im Anhang). Vor diesem Hintergrund geben vereinzelte Gynäkolog_innen an, Betroffenen zu einer Strafanzeige zu raten, um so beispielsweise eine Untersuchung durch Rechtsmediziner_innen oder den vollen Umfang labortechnischer Leistungen in Anspruch nehmen zu können (so zum Beispiel GynK4).

5.3 Ein Werkzeugkoffer für die Qualitätssicherung – Ansätze aus den Regionen

5.3.1 Struktur und Standardisierung

„Es war immer so ein bisschen ‚do it yourself‘. Jetzt haben wir eine gewisse Professionalität, sind gerüstet, besser ausgestattet [...] die Vorgänge sind strukturierter und geregelter.“ (GynK9)

Um die geschilderten Herausforderungen zu bewältigen, werden in den Modellregionen verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung ergriffen. Zentrale Bestandteile sind dabei Strukturierung und Standardisierung der Abläufe. In den Projekten werden Kliniken und Ärzt_innen festgelegte Abläufe an die Hand gegeben. Zudem werden der Transport und die Lagerung der Spuren standardisiert geplant und durchgeführt. Das Eingangszitat stellt beispielhaft dar, dass auch Mediziner_innen diese Aspekte als klaren Vorteil der Mitgliedschaft ihrer Praxen und Kliniken in den Versorgungsmodellen sehen.

Insbesondere zeichnen sich Struktur und Standardisierung in der Bereitstellung von Dokumentationsbögen und Spurensicherungskits ab. Die Verwendung dieser Materialien wird in der Fachliteratur wie auch von damit befassten Institutionen und Organisationen empfohlen, darunter zum Beispiel auch die oben genannten Leitlinien und Standards der WHO. Nach eigenem Bekunden werden Dokumentationsbögen (in Verbindung mit Spurensicherungskits) momentan an fast allen universitären Frauenkliniken verwendet.¹²⁴

Aufgebaut wie ein Fragebogen und mit detaillierten Ausfüllhilfen versehen, leiten Dokumentationsbögen die behandelnden Ärzt_innen Schritt für Schritt durch die Untersuchung, vom Aufklärungsgespräch mit den Betroffenen bis zum Versenden der gesicherten Spuren an einen Lagerungsort. So können Untersuchungsschritte und Befunde standardisiert dokumentiert werden. Zusätzlich stellen Formulierungshilfen sicher, dass die Ausdrucksweise der Ärzt_innen bei der schriftlichen Dokumentation den Anforderungen der Gerichtsverwertbarkeit entspricht. Neben den rechtsmedi-

¹²⁴ Fryszer u. a. (2019), S. 942.

zistischen Aspekten der Untersuchung geben ausgewählte Bögen auch Hinweise zur gynäkologischen Versorgung oder zu regionalen Angeboten von Fachberatungsstellen (siehe hierzu das weiter unten angeführte Beispiel des in Hessen verwendeten Dokumentationsbogens). Auch rechtliche Hinweise, etwa im Hinblick darauf, was bei der Behandlung von Minderjährigen zu beachten ist, können hier vermittelt werden. Um sicherzustellen, dass die Dokumentationsbögen sowohl rechtsmedizinische als auch gynäkologische und psychosoziale Aspekte zutreffend vermitteln, werden sie häufig in interdisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt.

In Ergänzung zu den Dokumentationsbögen wird in den Regionen mit sogenannten Spurensicherungskits oder -sets gearbeitet. Darin werden alle notwendigen Materialien wie Tupfer, Behälter und Lineale für die Vermessung von Verletzungen oder Farbkarten, die bei Fotoaufnahmen angelegt werden, zusammengestellt. Für jeden Fall wird jeweils eines dieser Kits benötigt. Zum Abschluss der Untersuchung wird das Spurenmaterial darin verwahrt und an das Rechtsmedizinische Institut versendet, in dem die Spuren für einen festgelegten Zeitraum gelagert werden.

Vor dem Hintergrund der Arbeit unter Zeitdruck und fehlender Routine sind Dokumentationsbögen und Spurensicherungskits für Ärzt_innen unerlässlich, um ein Mindestmaß an Qualität in der Arbeit zu gewährleisten. Laut den Gynäkolog_innen aus den Regionen stellen diese Instrumente sicher, dass man „nichts vergisst“ und „strukturiert“ durch die Untersuchung geleitet wird (GynN1). Zudem merken Gynäkolog_innen an, dass die Verwendung der Kits den Ärzt_innen Sicherheit vermittele, was auf Patient_innen wiederum „vertrauenseinflößend“ (GynK1) wirke und ihnen eine „beruhigende Professionalität“ (GynK9) signalisiere. Auch den behandelnden Ärzt_innen selbst können Dokumentationsbögen „die Angst nehmen, etwas falsch zu machen“ (FB12) und so die Gerichtsverwertbarkeit von Dokumentation und gesicherten Spuren zu gefährden.

Ein möglichst hohes Maß an Routine entsteht dann, wenn Materialien und Abläufe für die verfahrensunabhängige und polizeilich beauftragte Versorgung aneinander angeglichen werden (wie es zum Beispiel im Saarland und in Hessen bereits der Fall ist). In anderen Regionen wird die Angleichung der Bögen vonseiten der ansässigen Koordinierungsstellen gefordert (FB5, FB7). Eine Ärztin betont, bei zwei getrennten Bögen könne man „sicher sein, dass man immer den falschen greift“ (GynK1).

Besonders häufig wird in den Gesprächen der in Hessen verwendete Dokumentationsbogen für Befunderhebung, Spurensicherung und Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt als positives Beispiel hervorgehoben. Dieser wurde bereits 2007 unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums unter Einbezug der Expertise von über 40 Sachverständigen aus der Fachberatung, der Rechtsmedizin, den Strafverfolgungsbehörden, der Anwaltschaft sowie aus psychotherapeutischen, medizinischen und pflegerischen Berufen erarbeitet.¹²⁵ Der Bogen ist online erhältlich¹²⁶ und wird teilweise auch von Mediziner_innen aus anderen Regionen verwendet. Hinsichtlich dieses Bogens wurden folgende Aspekte als besonders positiv hervorgehoben, die teils auch in den Materialien anderer Regionen zu finden sind:

- Der Bogen wurde in interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelt und spiegelt damit die Bedarfe unterschiedlicher beteiligter Institutionen und Fachrichtungen, darunter insbesondere Strafverfolgungsbehörden und Rechtsmedizin, Krankenhäuser sowie Beratungsstellen.
- Enthalten ist eine besonders klare und detaillierte Schritt-für-Schritt-Anleitung durch die Untersuchung (vom Aufklärungsgespräch bis zum Versand des Spurenmaterials).
- Der Bogen verfolgt unter anderem das Ziel, den Betroffenen eine „gute gesundheitliche Versorgung“ zu bieten, und bezieht daher auch die gesundheitlichen Aspekte der Versorgung (zum Beispiel HIV-PEP) mit ein. Der Bogen kann also

¹²⁵ Der Befundbogen wurde 2007 erarbeitet und 2016 erneut überarbeitet.

¹²⁶ Der Dokumentationsbogen ist online abrufbar unter: <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf> (abgerufen am 05.07.2020).

auch eine hilfreiche Stütze bei der Versorgung sein, wenn keine Dokumentation und Spurensicherung gewünscht wird.

- In Hessen wird dieser Bogen bei der Akutversorgung sowohl im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden als auch verfahrensunabhängig genutzt. Ärzt_innen können somit einem einheitlichen Schema folgen und Routine entwickeln.

Darüber hinaus wird für Fälle häuslicher Gewalt besonders häufig auf den Dokumentationsbogen des Projekts SIGNAL verwiesen.¹²⁷ In der Region Bonn/Rhein-Sieg und Niedersachsen unterscheiden Dokumentationsbögen zwischen minderjährigen und volljährigen Betroffenen und bieten so Arbeitsleitfäden, die auf die besonderen Anforderungen der Versorgung dieser Altersgruppen eingehen.¹²⁸ Das Projekt iGobis bietet einen Dokumentationsbogen in digitalisierter Form (siehe Kasten: Innovative Ansätze der Qualitätssicherung).

Sowohl Dokumentationsbögen als auch Untersuchungskits werden laut Ärzt_innen auch in Kliniken verwendet, die keinem konkreten Projekt angehören, und können so auch als „Notlösung“ für Ärzt_innen dienen, die keine Erfahrung in der Spurensicherung haben. Die Kits alleine sind allerdings kein Garant für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

5.3.2 Qualifizierung

Alle Regionen, in denen die Dokumentation und Spurensicherung an Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen angesiedelt sind, arbeiten mit Schulungen beziehungsweise Fortbildungen. Diese vermitteln Ärzt_innen ein grundlegendes Fachwissen über Anforderungen und Abläufe einer Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sowie der medizinischen Versorgung der Betroffenen. Sie dienen zudem auch der Sensibilisierung für die Situation der Betroffenen und geben einen Ein-

blick in die rechtlichen Rahmenbedingungen der Erstversorgung. Darüber hinaus können Fachberatungsstellen und andere Akteur_innen aus den Versorgungsstrukturen vorgestellt werden, um eine Vermittlung der Patient_innen in diese Strukturen zu fördern und die Ärzt_innen mit Ansprechpartner_innen in Kontakt zu bringen. Fortbildungen sind damit ein besonders wichtiger Aspekt eines Konzepts zur Qualitätssicherung. Sie richten sich an Ärzt_innen und Pflegekräfte sowie weiteres Klinikpersonal.

In den Regionen handelt es sich bei Schulungen und Fortbildungen meist um ein eintägiges Curriculum. Konzipiert werden die Fortbildungen meist in einem interdisziplinär zusammengesetzten Gremium, an dem im Kern Fachberatungsstellen, Rechtsmediziner_innen, Ärztekammern oder andere Akteur_innen aus dem Gesundheitswesen beteiligt sind.

Der Qualifizierungsansatz, der im Rahmen des Modells „Verfahrensunabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt (VSS)“ des Saarlands entwickelt wurde, setzt sich insbesondere durch ein System der Zertifizierung von anderen Ansätzen ab. Ärzt_innen, die erfolgreich an einer Fortbildung teilgenommen haben, erhalten ein Zertifikat, das im Rahmen der Qualitätssicherung verschiedene Funktionen erfüllt. Zum einen ist die Zertifizierung mindestens eines Arztes/einer Ärztin je Einrichtung Voraussetzung für die Teilnahme an dem Projekt und somit auch für die Vergütung der Leistungen. Zum anderen erkennt die saarländische Staatsanwaltschaft das Zertifikat an, so dass zertifizierte Ärzt_innen im Fall einer Aussage vor Gericht denselben Status haben wie Fachärzt_innen.¹²⁹

Vereinzelt werden die Fortbildungen in den Regionen auch auf die Bedarfe der Akteur_innen (also zum Beispiel. Ärzt_innen, Pflegepersonal) zugeschnitten (siehe Kapitel 5.2.5).

127 Der Dokumentationsbogen ist online abrufbar unter <https://www.signal-intervention.de/materialien-fuer-fachkraefte> (abgerufen am 05.07.2020).

128 Der Dokumentationsbogen aus dem Modell „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten ist abrufbar unter: http://www.beratung-bonn.de/anonyme_spurensicherung_nach_sexualstraften/leitfaeden_und_musterdokumentationen_/index.html (abgerufen am 09.07.2020).

129 Kraft (2019a), S. 585–586; Kraft (2019b), S. 682–683.

Eine Balance zwischen (Zeit) Investition und Anwendbarkeit

„Einmal im Jahr gibt es eine Schulung, wenn es gut läuft. Da nehmen aber nicht so viele Leute dran teil, weil das einfach bei uns Schichtdienst ist. Teilzeitkräfte sind nicht immer alle da und eine Schulung, die einmal im Jahr stattfindet, bei einer Patientenzahl, die auch sehr, sehr überschaubar ist, ist die Motivation [an Schulungen teilzunehmen] einfach sehr gering.“ (GynK10)

Eine besondere Herausforderung in allen Modellansätzen ist es, mit den Fortbildungen eine kontinuierliche Expertise in den Anlaufstellen für die Versorgung sicherzustellen. Fortbildungen werden häufig in der Freizeit der Ärzt_innen absolviert, teilweise im Rahmen der Regelfortbildung der Ärzt_innen, nur vereinzelt bei In-House-Schulungen (so zum Beispiel bei ProBeweis sowie im Saarland). Ärzt_innen berichten, dass Schulungen von Mediziner_innen und Pflegepersonal folglich eher sporadisch von denen, die „abkömmlich“ sind, „vereinzelt“ (GynK10), oder von „Engagierten, stellvertretend für alle“ (GynK9) wahrgenommen werden. Sie sprechen daher „von einer großen Herausforderung, alle [Ärzt_innen] auf dem gleichen Niveau zu halten“ (GynK10). Aus einer weiteren Klinik wird berichtet, man versuche „halbwegs eine Balance zu halten zwischen Investition in so eine Fortbildung und dem, was dann halt bei rauspringt, also an Anwendbarkeit“ (GynK9). Hohe Fluktuation im medizinischen Personal und geringe Teilnahmequoten an Fortbildungen haben zur Folge, dass in größeren Kliniken nur selten zugesichert werden kann, dass jederzeit geschulte Ärzt_innen anwesend sind. Zu diesem Schluss kommt auch eine Evaluation des ASS-Modells in Köln und Umgebung. Basierend auf einer Auswertung des in der Rechtsmedizin gelagerten Spurenmaterials betonen die Autor_innen die Notwendigkeit „eine[r] ständige[n] Schulung insbesondere der neuen Mitarbeiter in den Kliniken, da sich Mängel in der Dokumentation und eine Unwissenheit über Ablauf und Umfang der Spurensicherung als eines der Hauptprobleme in den letzten Jahren erwiesen haben“. Gleichzeitig wird betont, dass Schulungsangebote trotz regelmäßiger Anmeldung

von Bedarf vonseiten der Kliniken „nicht in zufriedenstellendem Maße genutzt“ werden.¹³⁰

Lernprozesse statt punktueller Wissensvermittlung

„Die Schulungen sind wichtig, aber sie sind nicht alles. Schulungen ohne Qualitätsüberprüfung sind wertlos.“ (RM6)

Was die Schulungsangebote angeht, so kritisieren Expert_innen nicht nur deren geringe Inanspruchnahme, sondern bezweifeln auch, dass sie das notwendige rechtsmedizinische Fachwissen vermitteln. Zwar bewerten Gynäkolog_innen die Schulungen und Fortbildungen in den Regionen als eine wichtige Möglichkeit, sich dem Thema Gewalt anzunähern und sich grundlegende Kompetenzen anzueignen (GynN4). Regelmäßig äußern die Befragten aber auch Unsicherheit darüber, ob das vermittelte Wissen den Anforderungen genügt, wie beispielsweise bei dieser Aussage:

„Letztendlich sind wir Gynäkolog_innen, keine Rechtsmediziner_innen, und man fragt sich bei allem, was man macht: Ist das überhaupt okay?“ (GynK2)

Rechtsmediziner_innen sowie Gynäkolog_innen fehlt in den Strukturen insbesondere ein „Lernprozess“, in dem Gynäkolog_innen unter Anleitung von Rechtsmediziner_innen Routine und Fachexpertise entwickeln können. Auch Gynäkolog_innen wünschen sich „mehr konkretes Feedback“ (GynK9, GynK10) und eine Rückmeldung darüber „ob es okay oder qualitativ gut war, was man da gemacht hat“ (GynK4).¹³¹ Auch in den Interviews des vorliegenden Projekts äußerten Gynäkolog_innen, dass eine Rückmeldung fehle, die „für Leute aus der Praxis sehr motivierend“ wäre (GynK4). Eine Rechtsmedizinerin bringt zudem den Wunsch zum Ausdruck, „den Blick der Gynäkolog_innen zu schulen“ und „die Leute enger [an die Rechtsmedizin] anzubinden“ (RM4):

„Es funktioniert dann gut, wenn jemand wirklich viele Untersuchungen mitgemacht hat, bei denen ein Rechtsmediziner danebenstand [...] dann ler

¹³⁰ Feld u. a. (2019), S. 484–490, S. 489.

¹³¹ So auch in Blättner/Hintz (2011).

nen sie es und dann klappt das auch, aber das ist ein Weg dahin.“ (RM4)

Die gesicherten Spuren sowie die zugehörige Verletzungsdokumentation werden in den verfahrens-unabhängigen Angeboten erst dann ausgewertet beziehungsweise interpretiert, wenn es tatsächlich zu einer Anzeige kommt. Deshalb existieren kaum objektive Daten darüber, ob die Arbeit ohne Anwesenheit von Rechtsmediziner_innen tatsächlich gravierende Fehler aufweist, die die Gerichtsverwertbarkeit der gesammelten Spuren gefährden könnte. Eine Studie, die das gesamte Spurenmaterial von sechseinhalb Jahren verfahrens-unabhängiger Dokumentation und Spurensicherung in Kliniken einer Region auswertete, fand in 16 Prozent der Fälle formale Abweichungen wie unzureichende Beschriftung, fehlende Begleitschreiben oder eine fehlende Versiegelung des Probenumschlags.¹³² Darüber hinaus schildern verschiedene Rechtsmediziner_innen Erlebnisse, die weiteren Schulungsbedarf nahelegen. So wird beispielsweise berichtet, dass „falsche“ Behandlungsschritte nur durch das Einschreiten von Rechtsmediziner_innen verhindert werden konnten (RM4) oder eine nachträgliche Prüfung durch Rechtsmediziner_innen offenlegte, dass das klinische Personal zentrale Aspekte übersehen hatte (RM1, RM4). Ein besonders häufig genanntes Beispiel sind Verletzungen am Hals. So betont eine Rechtsmedizinerin:

„Ich würde als Standard setzen, dass zum Beispiel immer bei Gewalt gegen den Hals Fotos gemacht werden müssen, egal ob der Arzt etwas sieht oder nicht, dann hat man als Rechtsmediziner die Chance, die Stauungsblutungen zu sehen, die wird der klinische Arzt nicht sehen.“ (RM4)

5.3.3 Interdisziplinäre Kooperation und Austausch

„Es braucht verbindliche Standardisierung zwischen Fachkompetenz A und B.“ (RM1) Vor dem Hintergrund der geschilderten Bedenken von Expert_innen verschiedener Fachrichtungen stellt

sich die Frage, ob Rechtsmediziner_innen standardmäßig in die Akutversorgung einbezogen werden sollten, wie es auch die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) in einer aktuellen Stellungnahme fordert.¹³³ Aus medizinischer Sicht gilt eine Zusammenarbeit zwischen Rechtsmediziner_innen und klinischen Fachrichtungen als besonders geeignete Vorgehensweise.¹³⁴ Dies ist zum Beispiel theoretisch an universitären Einrichtungen möglich, bei denen meist beide Fachrichtungen auf einem Gelände vertreten sind (so etwa in Hamburg). Zusätzlich bieten einzelne rechtsmedizinische Institute mobile Dienste an, fahren also innerhalb größerer Gebiete gynäkologische Kliniken auf Anfrage an, um die Untersuchung dort in Zusammenarbeit mit Gynäkolog_innen durchzuführen (so zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern, Heidelberg). Dieser Ansatz wird von Rechtsmediziner_innen als „gutes Modell“ beschrieben, da es „den Betroffenen eine extra Untersuchung erspart“ und zudem aus fachlicher Sicht „nichts versäumt wird“ (RM4). Interdisziplinäre Untersuchungen flächendeckend zu ermöglichen, ist in der Praxis jedoch kaum realisierbar. Schon im Rahmen der Versorgung an universitären Einrichtungen (meist mit direkter Anbindung an rechtsmedizinische Institute) ist diese Art der Untersuchung eher die Ausnahme. Grund dafür sind die zumeist stark begrenzten Kapazitäten wie auch die räumliche Verteilung rechtsmedizinischer Institute.¹³⁵

Auch in den Modellregionen ist eine interdisziplinäre Akutversorgung die Ausnahme. Aufgrund fehlender finanzieller Mittel beziehungsweise Kapazitäten aufseiten der Rechtsmedizin ist eine aktive Einbindung beziehungsweise Konsultation nur in Einzelfällen und lediglich bei manchen Projekten gewährleistet (siehe Tabellen im Anhang). Rechtsmedizinische Institute sind jedoch in allen Modellregionen zentrale Akteure in der Qualitätssicherung, sei es durch ihre Beteiligung an der Erstellung von Dokumentationsbögen, durch die Bereitstellung von Referent_innen für Schulungen oder in einer koordinierenden Funktion.

¹³² Feld u. a. (2019), S. 484–490.

¹³³ Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e. V./Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2020), S. 3.

¹³⁴ Siehe etwa Schön/Wolf (2019), S. 31.

¹³⁵ Fryszer u. a. (2019).

Perspektivisch wird von verschiedenen Rechtsmediziner_innen betont, dass, unabhängig von dem Umfang der Qualifizierung behandelnder Ärzt_innen, Zuständigkeiten und Grenzen der jeweiligen Fachdisziplinen klar anerkannt und geregelt sein sollten (RM1, RM6, RM7). Um ein Mindestmaß an Qualität sicherzustellen, sollte ihrer Ansicht nach jedenfalls die Möglichkeit bestehen, kurzfristig Rechtsmediziner_innen zu konsultieren. So können in einzelnen Projekten Rechtsmediziner_innen telefonisch erreicht und hinzugezogen werden. Auch digitale Ansätze, darunter auch die Telemedizin, werden in verschiedenen Regionen angewandt und erprobt. Im Online-Portal iGobsis können Ärzt_innen beispielsweise ihre Befunde hochladen und bei Rückfragen an Rechtsmediziner_innen weiterleiten. Zurzeit in Entwicklung ist zudem die Möglichkeit, Rechtsmediziner_innen live zu der Untersuchung hinzuschalten (siehe Kasten: Innovative Versorgungsansätze).

Zusätzlich wünschen sich Rechtsmediziner_innen klare Regelungen dazu, in welchen Fällen unabhängig von der individuellen Einschätzung durch Gynäkolog_innen verbindlich Rechtsmediziner_innen hinzugezogen werden sollten (RM4, RM1, RM7). Ein Leitfaden für die medizinische Praxis bei sexualisierter und häuslicher Gewalt an erwachsenen Personen sieht eine verpflichtende Zusammenarbeit mit Rechtsmediziner_innen beispielsweise für folgende Situationen vor: (1) Verdacht auf Tötungsversuch, (2) wenn akute Lebensgefahr bestand beziehungsweise dies nicht ausgeschlossen werden kann, (3) generell bei Verdacht auf ein Sexualdelikt mit Hinweisen auf Gewalt gegen den Hals (Würgen, Drosseln oder Ähnlichem), (4) Fragestellungen, die einer Rekonstruktion bedürfen (Sturz versus Schlag, Anfahrriechung bei PKW gegen Fußgänger), (5) wenn relevante bleibende Folgen zu erwarten sind.¹³⁶ Die Meinungen in den Interviews hierzu sind jedoch divers; ein entsprechendes Konzept setzt eine weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema voraus.

Innovative Ansätze der Qualitätssicherung – Telemedizin als Stütze für die interdisziplinäre Zusammenarbeit

iGOBSIS – Informationssystem für Ärzt_innen zur Versorgung von Gewaltopfern

Die Online-Plattform iGOBSIS bietet IT-gestützte Dokumentation, Organisation, Information und Fortbildung für die Untersuchung von Gewaltopfern. In einem geschützten Online-Tool werden Ärzt_innen wie in einem Dokumentationsbogen durch die Untersuchung geleitet. Das Programm formuliert dabei für die Ärzt_innen Antworten so, dass die Befunde „gerichtsfest“ dokumentiert werden. Auch der Transport des gesicherten Spurenmaterials in die Rechtsmedizin kann über iGOBSIS über einen Klick geordert werden. Bestehen Unsicherheiten, können Ärzt_innen die Befunde digital mit Rechtsmediziner_innen teilen und von diesen zeitnah in einem Gespräch Rückmeldung bekommen. Auch Möglichkeiten des Kontakts mit Fachberatungsstellen sind in dem Programm angegeben. iGOBSIS wird von Kliniken und auch von niedergelassenen Ärzt_innen genutzt und ist für die Einrichtungen kostenfrei. iGOBSIS wurde entwickelt und gesteuert von den Projektpartnern Universitätsklinikum Düsseldorf und der Fachhochschule Dortmund, beraten durch die Frauenberatungsstelle Düsseldorf e. V., das Gesine Netzwerk Gesundheit e. V. sowie das Kompetenzzentrum NRW Frauen und Gesundheit.¹³⁷

ARMED – Augmented Reality assisted, forensic Medical Evidence Collection and Documentation

In diesem Ansatz wird Augmented-Reality-Technologie verwendet, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Versorgung von Gewaltopfern zu fördern. Ärzt_innen in Kliniken tragen im Rahmen des Projekts Datenbrillen, über die Rechtsmediziner_innen die Untersuchung in Echtzeit mitverfolgen und eine Anleitung zur fachgerechten Durchführung der Untersuchung geben.¹³⁸

¹³⁶ Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (2019), S. 29.

¹³⁷ Weitere Informationen sind online unter www.gobsis.de verfügbar (abgerufen am 05.07.2020).

¹³⁸ Telemedizin BW (2020): ARMED – Augmented Reality assisted, forensic medical evidence collection and documentation (URL: <https://www.telemedbw.de/projekte/armed-augmented-reality-assisted-forensic-medical-evidence-collection-and-documentation> (abgerufen am 05.07.2020)).

Das vom Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin Heidelberg geleitete Projekt erprobt diese Form der Zusammenarbeit momentan bei der Untersuchung von gewaltbetroffenen Kindern.

5.4 Handlungsbedarf

„Wenn wir über einen Qualitätsstandard sprechen, dann über ein Muss, sonst ist es kein Qualitätsstandard.“ (FB13)

Trotz diverser Ansätze, Standardisierung und Qualifizierung auch in einem dezentralisierten Versorgungsmodell zu gewährleisten, bleiben unter Expert_innen in den Regionen Zweifel an der Qualität der geleisteten Versorgung, die auch in aktuellen bundesweiten Forschungen zum Ausdruck gebracht werden.¹³⁹ Daher fordern verschiedenen Studien ebenso wie im vorliegenden Projekt befragte Expert_innen „Verbindlichkeit“ und „klare Kriterien“ (RM4) für die Teilnahme der Untersuchungsstellen an Versorgungsangeboten.

Gleichzeitig machen Gynäkolog_innen (zum Beispiel GynK6, GynK7), Rechtsmediziner_innen (RM7; RM8) sowie Koordinierungsstellen (zum Beispiel FB7, FB15) mit Erfahrung in der Akquise von Kliniken und Gemeinschaftspraxen deutlich, dass sich mögliche Vertragspartner insbesondere aufgrund fehlender Kapazitäten nicht in der Lage sehen, hohe Standards bei der Qualitätssicherung zu gewährleisten. Die Akquise und fortlaufende Motivation von Kliniken und Gemeinschaftspraxen ist den Koordinierungsstellen zufolge eine mühsame Aufgabe, und Kooperationen sind häufig eine „wackelige Angelegenheit“ (FB4). Setzt man den Standard zu hoch, besteht die Sorge, dass Kliniken hiervon „verschreckt werden“ (GynK7), selbst wenn eine angemessene Vergütung erfolgt. Aufgrund der Kombination aus „herausfordernden Patient_innen“, „aufwendigen Verfahren“, „anstrengender Standardisierung“ und „Akkreditierung“ würden insbesondere kleinere Häuser „sich nicht trauen“, an der Versorgung teilzunehmen (RM7). Hoch angesetzte Anforderungen an die Qualitätssicherung erschweren also die Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung. Bei-

spielhaft zeigt dies die Reaktion einer Gynäkologin auf die Überlegung, als Voraussetzung für die Durchführung verfahrensunabhängiger Akutversorgung von den an der Versorgung teilnehmenden Kliniken zu fordern, dass spezifisch geschulte Ärzt_innen rund um die Uhr zur Verfügung stehen:

„Da finden Sie niemanden mehr. [...] Wir müssten mindestens vier Leute schulen, um eine Rufbereitschaft sicherzustellen, die muss extra vergütet werden [...] wir sind eins der größten Häuser mit einem extrem guten Personalschlüssel, wenn wir das nicht leisten können, wer dann? Man muss die Kliniken auch dort abholen, wo sie stehen.“ (GynK7)

Eine Konzentration der Angebote auf solche Kliniken, die einen Katalog interdisziplinärer und hochangesehener Standards leisten können, birgt damit das Risiko, dass das Versorgungsnetz ausgedünnt wird, was wiederum den Zugang zu dieser Versorgung deutlich reduzieren würde. Niedrigere Standards riskieren wiederum, dass die Qualität der Versorgung reduziert wird, was gesundheitliche Folgen und im Falle eines Strafverfahrens auch rechtliche Konsequenzen bedeuten kann. Die Beantwortung von Fragen der Qualitätssicherung wird daher einen Spagat zwischen Machbarkeit aufseiten der Kliniken auf der einen und fachlichen Ansprüchen auf der anderen Seite erfordern. Um auch mit verbindlichen Qualitätsstandards noch ein flächendeckendes Angebot zu gewährleisten, sollten Standards „praxisnah“ (RM1) und „lebbar“ (GynK7) formuliert sein. Ein fachübergreifender Austausch ist hierfür unverzichtbar. Die Umsetzung von § 132k SGB V bietet hierfür einen Rahmen, denn es bleibt zu erörtern, was die im Gesetzestext als „geeignet“ bezeichneten Einrichtungen mitbringen und leisten können sollten. Im Abschlusskapitel werden hierzu konkrete Handlungsempfehlungen formuliert.

¹³⁹ Blättner/Grewe (2019), S. 62–63.; Fryszler u. a. (2019); Feld u. a. (2019).

6 Notwendige Rahmenbedingungen

Ein zugängliches, stabiles Angebot der Akutversorgung lebt von entsprechenden Rahmenbedingungen. So schafft Öffentlichkeitsarbeit Zugang und Sensibilisierung, die Vernetzung der Akteur_innen schafft kurze Wege innerhalb der Strukturen und gibt Raum für regelmäßigen Austausch. Effektiv ausgestaltete Rahmenbedingungen verbessern damit den Zugang wie auch die Versorgung und erleichtern zudem die tägliche Arbeit der beteiligten Akteur_innen. In eben jenem Alltag der Akutversorgung ist es jedoch meist schlicht aufgrund fehlender Kapazitäten nicht möglich, die erforderliche Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit zu leisten. In den Regionen sind insbesondere dort, wo ein dezentrales Angebot der Versorgung besteht, Koordinierungsstellen mit dieser Aufgabe betraut.

6.1 Koordinierungsstellen

Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit sowie umfangreiche Formen der Qualitätssicherung sind zeitintensive, kontinuierliche und dauerhafte Aufgaben. In den Regionen wird eine Koordinierung der Versorgung insbesondere dann übernommen, wenn das Versorgungsangebot dezentral angesiedelt ist. Verantwortlich für die Koordinierung sind Fachberatungsstellen (zum Beispiel „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten“ (ASS)“, Region Bonn/Rhein-Sieg, Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“), Rechtsmedizinische Institute (Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen) und ein Landesministerium in Kooperation mit einer Fachberatungsstelle (Saarland).

Die Aufgaben einer Koordinierungsstelle variieren dabei je nach Region. Gängige Aufgabenfelder beinhalten:

- Akquise von Untersuchungsstellen (insbesondere Krankenhäuser und Gemeinschaftspraxen)
- Konzeption und Durchführungen von Schulungen
- Konzeption und Bereitstellen der Materialien (zum Beispiel Dokumentationsbögen/Spurensicherungskits)
- Organisation und Aufrechterhaltung von Austausch und Vernetzung
- Sammeln und Kommunikation von Rückmeldung über Einzelfälle von verschiedenen Akteur_innen in den Versorgungsstrukturen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Verwaltung möglicher Projektbudgets.

Insbesondere überregionale Koordinierungen (wie zum Beispiel die Koordinierung des Modells „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ durch den Frauennotruf Frankfurt, die zeitweilige Landeskoordinierungsstelle ASS NRW und die Arbeit des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover als Koordinierungsstelle des Netzwerks ProBeweis) können zudem dabei unterstützen, Angebote der Versorgung regional neu zu etablieren oder aufzubauen, in diesem Prozess begleiten und beraten und dabei die Erfahrungen anderer Regionen weitertragen und einbringen. Zudem ermöglicht eine überregionale Koordinierung die Standardisierung der Versorgungsabläufe¹⁴⁰ und einen Überblick über die räumliche Verteilung

¹⁴⁰ Feld u. a. (2019).

der Versorgungsangebote. Eine regionale Koordination hingegen bringt Detailwissen über bestehende Versorgungsstrukturen vor Ort mit und kann zudem eine enge Vernetzung lokaler Akteur_innen und direktes Feedback über Einzelfälle ermöglichen.

Einige der hier genannten Aufgaben einer Koordinierungsstelle fallen in Regionen, in denen das Angebot der Akutversorgung zentralisiert ist, zwar weg, bestehen bleibt jedoch auch hier insbesondere der Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit und die Organisation des Austauschs und der Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteur_innen. Gibt es keine Koordination, hängt es vom Engagement der Einzelnen ab, ob überhaupt Vernetzungsarbeit stattfindet. So berichtet eine Rechtsmedizinerin:

„Wir fahren vielfach im Jahr in unserer Freizeit verschiedene Kreise, Stammtische, Gremien, Kliniken, Jugendämter und Beratungsstellen an und erklären, was wir machen, lassen Werbematerial da. Wir machen im Jahr 20, 25, 30 Informationsveranstaltungen.“ (RM10)

Schulungen müssen regelmäßig abgehalten werden, Öffentlichkeitsarbeit muss ebenfalls kontinuierlich geleistet werden. Zudem ist auch die Akquise von Kliniken laut Erfahrung aus den Regionen keine einmalige Aufgabe. Die Koordination der Angebote der Akutversorgung ist damit eine kontinuierliche und zeitaufwendige Aktivität. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass alle hier involvierten Berufsgruppen unter oft extremen Zeitdruck arbeiten, besteht bei fehlender Vergütung und Aufgabenzuweisung das Risiko, dass die für das Fortbestehen des Angebots zentralen Aufgaben nicht geleistet werden. Eine entsprechende Finanzierung beziehungsweise Vergütung dieser Arbeit ist unerlässlich.

6.2 Vernetzung

„Sie vermitteln einfach besser, wenn Sie wissen, an wen Sie vermitteln. [...] Nicht zu vermitteln, wäre eine ungenutzte Chance.“ (FB13)

Die Versorgung nach Gewalt ist für viele der involvierten Akteur_innen keine alltägliche Aufgabe, zudem wird häufig unter hohem Zeitdruck gearbeitet, sodass kaum Zeit für Kooperation und Austausch bleibt. Häufig sind nur solche Akteur_innen bereits miteinander vernetzt, die ohnehin in regelmäßigem Kontakt stehen. So berichtet die Mitarbeiterin eines Frauennotrufs:

„Ich habe das Gefühl, es sind immer so Teilaspekte vernetzt, zum Beispiel Polizei und Rechtsmedizin [...] aber an Gesamtvernetzung fehlt es noch [...] dass man miteinander arbeitet, eine klare Handlungsstruktur und Kette hat, das ist nicht gegeben.“ (FB2)

Eine Vernetzung der Akteure speziell zum Thema Gewalt ist damit nicht selbstverständlich, sondern das Ergebnis einer konkreten Initiative einzelner Akteur_innen. Sie ist zugleich entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung und Instandhaltung eines Angebots der Akutversorgung.

Zum einen kann Vernetzung die unterschiedlichen Fachrichtungen für die Anforderungen der jeweiligen Fachbereiche sensibilisieren. Beteiligte Akteur_innen können für die Bedarfe der anderen Beteiligten Verständnis entwickeln und diese, so weit wie möglich, in der eigenen Arbeit berücksichtigen. So ist es im Gesundheitssystem nicht selbstverständlich, bei der Versorgung Betroffener ein mögliches Strafverfahren mitzudenken, wie es auch nicht zu den Kernaufgaben von Rechtsmediziner_innen gehört, Betroffene psychosozial aufzufangen. Geben Fachberatungsstellen jedoch regelmäßig Feedback zu missglückten Vermittlungen von der Untersuchungsstelle zur Beratung oder einem gescheiterten Weg durch das Labyrinth Krankenhaus und können Rechtsmediziner_innen Ärzt_innen wissen lassen, wie sie in ihrer Beratung auch die Möglichkeiten einer gerichtsverwertbaren Verletzungsdokumentation berücksichtigen können, so entsteht ein Gesamtansatz der Versorgung, der das Erlebnis und Er-

gebnis für die Betroffenen deutlich verbessern kann. (GynK7).

Ein Verständnis der beteiligten Berufsgruppen für die jeweils andere hat sich in den Regionen in den Aufbauphasen als besonders hilfreich erwiesen. Dokumentationsbögen, Schulungsinhalte und Handlungsabläufe sind meist das Ergebnis intensiven Austauschs zwischen verschiedenen Akteur_innen, darunter Gynäkolog_innen, Hausärzt_innen, Rechtsmediziner_innen, Strafverfolgungsbehörden und Fachberatungsstellen, teilweise auch Nebenklagevertreter_innen und Richter_innen. Nicht immer sind Interessen und Ansprüche auf den ersten Blick vereinbar. So berichtet eine Rechtsmedizinerin:

„Eine weitgehende, nachhaltige Vernetzung erfordert viel Kraft [...], weil man auch eine gemeinsame Zielvorstellung bekommen muss, und das ist nicht einfach, denn Interessen und Aufgaben sind ja doch sehr unterschiedlich.“ (RM2)

Eine regelmäßige Vernetzung bietet vor diesem Hintergrund auch die Möglichkeit, sich „über die gegenseitige Wahrnehmung auszutauschen“, „die Grenzen des Machbaren aufzuzeigen“ (FB10), „direkt Bescheid zu sagen, wo es hakt und hapert“ (FB15), „die Stolpersteine zu identifizieren“ (FB2) und gemeinsam „Entscheidungen zu treffen, was der gangbarste Weg ist“ (FB10). Es entsteht Raum für „konzeptionelle Zusammenarbeit“ (FB12).

Ein weiterer Effekt erfolgreicher Vernetzung ist der verbesserte Zugang der Betroffenen zu den verschiedenen Aspekten der Versorgung. Fachberatungsstellen zufolge ermöglicht eine gute Vernetzung mit den Kliniken „schnelle Termine“ und „gute Erreichbarkeit“ (FB15, FB16). Umgekehrt wird die Vermittlung in weniger verknüpften Strukturen zu einer Herausforderung. So berichtet eine Rechtsmedizinerin:

„Wir hätten natürlich gerne eine Situation, wo wir sagen können, okay, nach Polizei, Rechtsmedizin gibt es eine Struktur, wo es sofort weitergeht [...] wenn wir untersucht haben, gelingt uns das in der Regel nicht.“ (RM1)

In verschiedenen Regionen ist diese Art von Vernetzung fester Bestandteil des Versorgungsansatzes, so zum Beispiel in Form von Auftakt-

veranstaltungen bei der Einführung neuer Versorgungsangebote, Vorstellungsbesuchen einzelner Akteur_innen bei anderen Einrichtungen oder regelmäßigen Austauschtreffen. Koordinierende Stellen investieren Zeit und Wissen in den Aufbau eines regelmäßigen Austauschs, in gegenseitige Rückmeldung zu Einzelfällen und gemeinsame konzeptionelle Arbeit für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen. Insbesondere Beratungsstellen begleiten die Betroffenen oft auch noch lange nach dem Vorfall und haben so häufig wertvolle Einblicke in den Gesamtverlauf von Einzelfällen, die anderen Akteur_innen verwehrt bleiben. Wo es eine regelmäßige Vernetzung gibt, wird sie durchgehend als großer Vorteil und notwendige Bedingung für den Fortbestand der existierenden Strukturen gewertet. Wo wenig Vernetzung vorhanden ist, wird dies als „erhebliche Schwäche“ bezeichnet (RM2, FB2).

Insbesondere für eine Verbesserung des Zugangs für Menschen mit Behinderungen ist die Vernetzung mit Multiplikator_innen von großer Bedeutung. In der Erfahrung von Expert_innen erreichen Menschen mit Behinderungen die Versorgung meist nur „in Begleitung“. Bei Menschen, die in Wohneinrichtungen leben, ist dies häufig das dort ansässige Personal. Eine Mitarbeiterin einer spezialisierten Fachberatungsstelle berichtet zum Beispiel von dem Fall einer Betroffenen, die sich erst nach mehreren Tagen an eine Untersuchungsstelle wandte, da sie darauf gewartet hatte, „dass die Sozialarbeiterin da ist, der sie am meisten vertraut.“ (DIS4) Verstärkte Sensibilisierung von Fachpersonal wird daher in vielen Interviews und Fokusgruppen gefordert.

6.3 Öffentlichkeitsarbeit

„Inzwischen haben wir verstanden: Ohne intensive, regelmäßige, kontinuierliche Werbung geht es nicht.“ (FB15)

Sexualisierte und häusliche Gewalt werden trotz vermehrter Sensibilisierungsarbeit in den letzten Jahren nach wie vor als „Tabuthema“ (FB2) wahrgenommen, ihnen wird nach wie vor häufig ein „Seltenheitsfaktor“ (FB10) zugeschrieben. Umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung sind damit grundlegende Voraussetzung für effektiven Zugang zu Versorgungsstrukturen. Vielen gewaltbetroffenen Frauen ist es laut Gynäkolog_innen, Fachberatungsstellen und Rechtsanwält_innen „neu“, dass zum Beispiel das Angebot einer verfahrensunabhängigen Spurensicherung zur Verfügung steht; oft wird das Angebot eher „zufällig“ gefunden (FB1, FB10, RA1).

Vonseiten verschiedener Stellen ist die Öffentlichkeitsarbeit lediglich rudimentär vorhanden und meist wenig zielgruppenorientiert. Sucht man beispielsweise die Webseiten einzelner Kliniken auf, so wird nur selten auf das Angebot einer Akutversorgung hingewiesen. Auch verschiedene rechtsmedizinische Institute führen auf ihrer Webseite als Angebot nur die „Untersuchung bei Lebenden“ oder die „Begutachtung Lebender“ auf, auf einer der Webseiten wird neben diesem Angebot eine Obduktionsbahre abgebildet. In den Gesprächen gaben Mitarbeiter_innen von Kliniken an, die begrenzte Öffentlichkeitsarbeit hänge auch damit zusammen, dass keine Kapazitäten vorhanden seien, um die dann zu erwartenden zusätzlichen Fälle aufzufangen (GynK8, GynK1). Auch eine Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle weist diesbezüglich auf die Sorge der Stellen hin, zugewandte und intensive Öffentlichkeitsarbeit könne die Kapazitäten der Untersuchungsstellen sprengen:

„Wenn ich für so ein Riesengebiet alleine zuständig wäre, würde ich persönlich auch möglichst wenig Öffentlichkeitsarbeit betreiben, weil ich es gar nicht auffangen könnte. Ich brauche nicht in allen möglichen Dörfern in die Arztpraxen Flyer [zu] legen und in die Begegnungszentren oder was weiß ich was, Flyer von mir [zu] legen, wenn ich weiß, ich kann das gar nicht abfangen, wenn die mich anrufen. Ich brauche mich auch nicht mit Kitas

[zu] vernetzen oder mit anderen Beratungsstellen oder so und mich da vorstellen, wenn ich denke: Oh Gott, schickt mir niemanden, ich habe keine Zeit.“ (FB11)

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Voraussetzung für eine intensive und effektive Öffentlichkeitsarbeit eine umfassende Finanzierung der Angebote als Grundstein für eine realistische Versorgungssituation vor Ort ist.

In vielen der hier abgebildeten Regionen wird hingegen breit aufgestellte Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Typische Instrumente sind dabei Flyer, Poster und Kurzvideos. In einigen Regionen ist der Ansatz der Öffentlichkeitsarbeit auf „gängige Anlaufstellen“ (RM9) der Betroffenen, also insbesondere Arztpraxen, Kindertagesstätten und Beratungsbüros konzentriert. Kernstück der Öffentlichkeitsarbeit sind häufig auf das Angebot zugeschnittene Webseiten, über die Betroffene sowie Fachkräfte die nötigen Informationen beziehen können. Als Beispiel sind hier die Webseiten des Netzwerks ProBeweis (www.probeweis.de) und des Modells „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ (soforthilfe-nach-vergewaltigung.de) zu nennen. Vereinzelt haben Regionen bereits umfangreiche Öffentlichkeitskampagnen entwickelt und an öffentlichen Plätzen wie in öffentlichen Verkehrsmitteln, an Schulen, Kindertagesstätten und in Bars Informationsmaterial hinterlegt. Der Ansatz ist hier, „überall sichtbar zu sein“ (RM9), „möglichst weit zu streuen“ (FB5) und so die Gesellschaft nachhaltig für das Angebot zu sensibilisieren.

Unterschiede finden sich in der Öffentlichkeitsarbeit hauptsächlich in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung. In vielen Regionen konzentrieren sich entsprechende Kampagnen auf das Angebot der verfahrensunabhängigen Spurensicherung, was sich häufig allein aus der Art des Angebots ergibt. Bei rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen und auch dem Projekt ProBeweis liegt der Schwerpunkt in der Öffentlichkeitsarbeit klar auf dem Aspekt der Beweissicherung. So wird das Projekt ProBeweis mit dem Slogan beworben: „Beweise verfallen: Spuren sichern – bevor sie nicht mehr sichtbar sind.“ Einen Kontrast hierzu bildet die Kampagne „Vergewaltigung ist ein medizinischer Notfall“ des Modells „Medizinische Akut

versorgung nach Vergewaltigung“. Hier liegt der Schwerpunkt auch in der Zielsetzung des Modells klar auf dem gesundheitlichen Aspekt der Akutversorgung.

Öffentlichkeitsarbeit, abgestimmt auf die speziellen Bedarfe von Betroffenen mit Behinderung, einschließlich der Bereitstellung von entsprechendem Informationsmaterial (also etwa in Leichter Sprache), ist eine gängige Forderung in Fachkreisen und hat sich auch in verschiedenen Regionen als hilfreich bewiesen.¹⁴¹ Beispiele für Informationsmaterial in Leichter Sprache gibt es zum Beispiel aus dem Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“¹⁴² sowie vom gesineNetzwerk-Gesundheit.EN.¹⁴³

Auch für nicht deutschsprachige Personen wird stärkere Öffentlichkeitsarbeit und diverseres Informationsmaterial gefordert. Wie die Tabellen im Anhang zeigen, stehen hier aus verschiedenen Regionen bereits Beispiele zur Verfügung.

Verschiedene Koordinierungsstellen in den Regionen bringen einen Anstieg der Fallzahlen mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit in Verbindung (FB1, FB12). Wie die Vernetzung „lebt“ auch die Öffentlichkeitsarbeit „von der Kontinuität“ (FB12). Insbesondere setzen Expert_innen auf eine Sensibilisierung der Bevölkerung, um die Inanspruchnahme der Angebote zu erhöhen.

141 So etwa auch gefordert in: Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (2019).

142 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2018).

143 GESINE Netzwerk Gesundheit.EN (o.J.).

7 Regressverfahren

7.1 Problembeschreibung

Suchen die Betroffenen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt eine Klinik oder niedergelassene Ärzt_innen auf, um dort Verletzungen behandeln zu lassen oder Infektionskrankheiten vorzubeugen, ist ihnen Vertraulichkeit häufig besonders wichtig. Viele befürchten, dass rechtliche Schritte eingeleitet werden könnten, ohne dass sie das wollen, oder sie haben Angst vor der Reaktion der Täter_innen, die nicht selten aus dem sozialen Nahbereich kommen.

Für Ärzt_innen besteht gegenüber den Strafverfolgungsbehörden in solchen Fällen eine Schweigepflicht. Um die Schweigepflicht zu stärken und die Betroffenen umfassender zu schützen, ist 2017¹⁴⁴ zusätzlich die Meldepflicht von Ärzt_innen gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen eingeschränkt worden. Sie müssen seitdem drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Abrechnung ihrer Behandlung nicht mehr den gesetzlichen Krankenversicherungen mitteilen (§ 294a Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Trotzdem kommt es nach wie vor dazu, dass gesetzliche Krankenversicherungen Kenntnis von diesen Gewalttaten erlangen und Betroffene damit konfrontiert werden. Das liegt zum einen daran, dass Behandler_innen für die Abrechnung ihrer Kosten die persönlichen Daten der Patient_innen an die Krankenkassen weitergeben müssen. Dazu kommt, dass gesetzliche Krankenversicherungen rechtlich verpflichtet sind, Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben (§ 76 SGB IV). Darunter fallen auch Schadensersatzansprüche, die die

gesetzlichen Krankenversicherungen im Falle von drittverschuldetem Behandlungsbedarf gegen die Verursacher_innen geltend machen müssen (§ 116 SGB X). Ob die gesetzlichen Krankenversicherungen ihrer Regresspflicht auch nachkommen, wird von deren Aufsichtsbehörden detailliert geprüft.

Wird also ein Gewaltopfer behandelt, übermittelt das Krankenhaus oder die Arztpraxis in der Abrechnung eine Diagnose, die nach den sogenannten ICD-10-Codes verschlüsselt wird. Daraus können sich Anhaltspunkte in Bezug auf Gewalt für die gesetzlichen Krankenversicherungen ergeben, deren Computerprogramme bei der Abrechnung automatisch „alle Diagnosen, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Versicherung gegen Drittverursacher oder andere Versicherungen einen Ersatzanspruch erheben kann“ (KK2). Hierunter fallen solche Diagnosen, die auf einen „Unfall“-Hergang als Ursache, also beispielsweise auf einen Autounfall, einen Arbeitsunfall oder einen Angriff durch ein Tier hindeuten, aber auch die sogenannten Gewaltdiagnosen (auch T-Diagnosen genannt).

Findet der Computer derartige Diagnosen, werden automatisch sogenannte Unfallbögen generiert, die den Patient_innen per Post zugestellt werden. In den Unfallbögen wird zum einen abgefragt, wie genau und durch wen die Verletzung entstanden ist. Zudem wird abgefragt, ob die Polizei eingeschaltet oder andere rechtliche Schritte eingeleitet wurden. Auf der Grundlage dieser Informationen prüft die gesetzliche Krankenversicherung dann, ob ein Schadensersatzanspruch gegenüber einer dritten Person bestehen könnte und ob dieser im Rahmen eines Regressverfahrens weiterverfolgt wird.

144 Vgl. Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung vom 04.04.2017, BGBl. 2017 I Nr. 19, S. 778.

Rechtlich ungeklärt ist bisher, inwieweit die Einschränkung der Meldepflicht nach § 294a Absatz 1 Satz 3 SGB V der Pflicht der Krankenkassen zur gerichtlichen Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen Grenzen setzt. Dies führt bei den Krankenkassen zu Rechtsunsicherheit und einer uneinheitlichen, zum Teil für die Betroffenen nachteiligen Praxis.

Auf der einen Seite wird die Auffassung vertreten, dass die Regresspflicht uneingeschränkt bestehen bleibt. Die andere Auffassung geht von einer faktischen Beschränkung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit aus. Letztere argumentiert, dass die gesetzliche Krankenkasse bei der Prüfung eines Regressanspruchs in der Regel auf zusätzliche Informationen der behandelnden Ärzt_innen beziehungsweise der Versicherten angewiesen ist. Scheidet jedoch eine Mitteilungspflicht der Ärzt_innen gemäß § 294a Absatz 1 Satz 3 SGB V beziehungsweise ein – nach der Rechtsprechung¹⁴⁵ damit korrespondierender – Anspruch der Krankenkasse auf Mitteilung der für die Prüfung eines Ersatzanspruchs erforderlichen Daten gegenüber den Ärzt_innen einerseits und eine Auskunftspflicht der betroffenen Patient_innen andererseits aus, ist die Krankenkasse rein faktisch daran gehindert, etwaige Schadensersatzansprüche gerichtlich geltend zu machen. Sie trägt in einem Gerichtsverfahren gemäß § 116 Absatz 1 Satz 1 SGB X die Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen. Bekommt sie die dafür erforderlichen Informationen nicht, führt das zur Klageabweisung mit der Folge, dass die Krankenkasse die Gerichtskosten zu tragen hat. Dies ist mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht vereinbar.

Unabhängig davon, ob es letztlich tatsächlich zu einer Regressforderung an den/die Täter_in kommt, kann aber bereits der Versand von Unfallbögen für Betroffene eine zusätzliche psychische Belastung bedeuten. Da die Post an den Wohnsitz der Betroffenen verschickt wird, entsteht in Fällen häuslicher Gewalt zudem das Risiko einer weiteren Gewalteskalation.

7.2 Regressprüfung – theoretische Möglichkeit oder reale Gefährdung?

7.2.1 Einschätzungen der Krankenkassen

Dass Regressforderungen gegen Täter_innen sexualisierter und häuslicher Gewalt problematisch sein können, ist bei den befragten Krankenkassen bekannt. In den Interviews verwiesen verschiedene Kassen darauf, dass sie in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten bereits über die Risiken informiert wurden. Im Vordergrund der Erzählungen steht klar das Risiko, dass mit dem Versand eines Unfallbogens verbunden ist. Ob die Krankenkasse dann tatsächlich ein Regressverfahren einleitet, ist insbesondere von der Höhe der aufgewendeten Behandlungskosten (also auch der Komplexität der Behandlung) und zum anderen von den Erfolgsaussichten eines solchen Verfahrens abhängig. Vor diesem Hintergrund wird den hier relevanten Fällen ein geringes Risiko zugeordnet (wobei im Risiko klar zwischen sexualisierter und körperlicher häuslicher Gewalt unterschieden wird). Demgegenüber besteht jedoch ein vergleichsweise hohes Risiko, dass Unfallbögen an die Betroffenen versendet werden, denn der Versand der Bögen ist der Entscheidung, ob ein Regressverfahren angestrebt wird, vorgeordnet und der betreffende Vorgang grundsätzlich automatisiert.

Risiko Regressverfahren

Bei der Frage nach dem Risiko eines Regressverfahrens bei Fällen sexualisierter und/oder körperlicher Gewalt wird vonseiten der Krankenkassen zunächst auf ihre gesetzliche Verpflichtung nach § 76 SGB IV, „Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben“, verwiesen. Weil keine Ausnahmen vorgesehen sind, sehen viele der befragten Mitarbeiter_innen von Krankenkassen kaum Möglichkeiten, in Fällen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt grundsätzlich von Regressverfahren abzusehen. Werden aus Rücksicht gegenüber Betroffenen keine Regressverfahren angestrebt, so ist dies bei verschiedenen Krankenkassen „nur bis auf Weiteres“ (KK3) der Fall, um „eine Abwägungsentscheidung treffen zu können“ (KK3). Zudem sind solche Maßnahmen nach Einschätzung der Kassen „aus rechtlicher Sicht eher wackelig“

¹⁴⁵ Bundesgerichtshof, Urteil vom 23.03.2010, VI 2R 249/08, juris Rn.20.

(KK4). Gefordert wird „eine Klarstellung des BVA [Bundesversicherungsamt], dass wir [die Kassen] nicht verpflichtet sind, in solchen Fällen zu regressieren“ (KK2).

Selbst wenn von einer grundsätzlichen rechtlichen Verpflichtung ausgegangen werden muss, schätzen die Krankenkassenvertreter_innen das Risiko als gering ein, dass es in Fällen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt zu einem Regressverfahren kommt, in denen weder Betroffene noch Behörden Anzeige erstattet oder sonstige rechtliche Schritte unternommen haben.¹⁴⁶ Denn bei der Frage, ob eine Krankenkasse einen möglichen Schadensersatzanspruch im Rahmen eines Regressverfahrens verfolgt, sind insbesondere auch die Erfolgchancen in einem solchen Verfahren ausschlaggebend. Die Mitarbeitenden der Krankenkassen erklären hierzu, dass es zur Erfüllung der Pflicht nach § 76 SGB IV nicht notwendig ist, dass alle möglichen Schadensersatzansprüche gegen Dritte erhoben werden. Vielmehr ist abzuwägen, ob eine Ermittlung im Einzelfall wirtschaftlich ist, ob es sich also finanziell lohnt, Ressourcen in diese Ermittlung zu investieren. Ist vorhersehbar, dass der Zeitaufwand und damit die Personalkosten höher sind als die Kosten der Behandlung, oder sind die Chancen auf Erfolg gering, so ist laut Aussage verschiedener Kassen auch die Wahrscheinlichkeit gering, dass die Kasse den Anspruch weiterverfolgt. So berichtet ein Mitarbeiter einer Krankenkasse, dass ein Regressverfahren „nicht auf Verdacht“ (KK3) angestrebt wird. Ohne konkrete „Unterlagen der Staatsanwaltschaft“ (KK3), „Aussagen der Patientin oder der Ärzt_innen“ habe man als Krankenkasse „keine Chance“ (KK2). Auch in einem weiteren Interview wird diese Einschätzung bestätigt:

„Wenn der Arzt uns mitteilt: ‚Ich gebe die Auskunft nicht im Hinblick auf [§] 294a [SGB V].‘, dann ist die Sache für uns erledigt, wenn keine Anzeige erstattet wird, lassen wir die Finger davon [...] dann können wir ja auch nichts weiter ermitteln und ohne Ermittlung können wir auch keinen Ersatzanspruch stellen. [...] wir brauchen ja dann Beweise

[...] gehen vor Gericht leer aus und haben dann Kosten verursacht [...] das sind dann verschiedene Überlegungen, Fragen der Wirtschaftlichkeit der Weiterverfolgung der Forderung.“ (KK1)

Folglich sehen die Krankenkassen bei der Abrechnung von in der Gesamtschau eher geringfügigen Kosten wie der Notfallpauschale oder auch der für die Behandlung nach sexualisierter Gewalt gängigen Kosten für Laboruntersuchungen ein eher geringes Risiko eines Regressverfahrens. Ein erhöhtes Risiko sehen sie eher bei der häufig deutlich teureren Behandlung von körperlicher Gewalt mit schweren gesundheitlichen Folgen. Auch hier wird jedoch bei fehlenden rechtlichen Schritten vonseiten der Betroffenen oder den Behörden ein Weiterverfolgen des Falls durch die Krankenkasse als unwahrscheinlich eingeschätzt.

Belastbare Zahlen über mögliche Kostenhöhen liegen den Krankenkassen nicht vor. Dies liegt insbesondere daran, dass sexualisierte und häusliche Gewalt unter Regressforderungen statistisch eher unauffällig sind und daher nur bei vereinzelt Krankenkassen als einzelne Kategorie erhoben werden. In vielen der befragten Krankenkassen werden Fälle sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt unter „sonstige Unfälle“ mit vielen anderen Formen der drittverursachten Gesundheitsschäden eingeordnet (KK1, KK3, KK4). Die Mitarbeiterin einer Krankenkasse gibt an, derzeit über die Dokumentation der Einzelfälle eben jene finanziellen Auswirkungen zu ermitteln:

„Wir haben erstmal alle Fälle notiert, die hier reinkommen, damit wir eine Abwägungsentscheidung treffen können, um wie viel Fälle handelt es sich denn eigentlich, sind es jetzt wirklich viele, dann müssen wir tatsächlich irgendwo in die Aktion gehen, weil es ist natürlich die Kasse auch Geld kostet. Oder sind es relativ wenig, wo man sagen kann, okay, wir können gerne drauf verzichten. Das ist noch nicht entschieden, aber zumindest ist es mal dokumentiert.“ (KK2)

¹⁴⁶ Eine konkrete Bezifferung der Fallzahlen war vonseiten der Krankenkassen nicht möglich. Begründet wurde dies damit, dass Fälle sexualisierter und häuslicher Gewalt unter Regressverfahren selten, statistisch damit eher unauffällig, und in der Datenerhebung der Krankenkassen daher nicht als eigene Kategorie abgebildet sind (KK1/KK3).

Risiko Unfallbogen

Im Gegensatz zu dem eher geringen Risiko der Einleitung eines Regressverfahrens gehen die befragten Krankenkassen insbesondere in solchen Fällen, in denen es um die Kosten für die Behandlung von schwerer körperlicher Gewalt geht, davon aus, dass der automatisierte Versand von Unfallbögen durch die angegebenen Diagnosen in Gang gesetzt wird. Hierbei ist zwischen zwei Fällen zu unterscheiden: Wenn gravierendere Verletzungen behandelt wurden, können die hinterlegten Diagnosen, wie beispielsweise ein Armbruch, auch ohne die Angabe einer konkreten Gewaltdiagnose durch Ärzt_innen den Versand eines Unfallbogens auslösen. Denn solche Diagnosen werden von den Computerprogrammen automatisiert als „Unfall“ und damit als potenzieller Fall für die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs markiert. Bei den für sexualisierte Gewalt üblichen Untersuchungsschritten, Laboruntersuchungen und Prophylaxen wird das Risiko einer Erfassung als „unfallbedingt“ als eher gering eingeschätzt. Auch hier können jedoch „Nebendiagnosen“ wie ein Armbruch das Risiko erhöhen.

Im Umgang mit Fällen, in denen die sogenannten T-Diagnosen (also Gewaltdiagnosen) von Ärzt_innen übermittelt werden, vermitteln die Befragten der Krankenkassen ein uneinheitliches Bild: Verschiedene Krankenkassen geben an, aufgrund der eingeschränkten Meldepflicht der Ärzt_innen und darüber hinaus auch aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken bei der Diagnose T74 (Zustand nach Vergewaltigung) „grundsätzlich keinen Unfallbogen zu versenden“ (KK2, KK3, KK6), um sich so am Schutz der Betroffenen zu beteiligen. Eine weitere Kasse gibt an, Einzelfallprüfungen vorzunehmen. So berichtet beispielsweise eine Mitarbeitende:

„Wir versuchen nochmal zu hinterfragen und festzustellen: Kennen die [Ärzt_innen] sich jetzt aus in dieser Rechtsvorschrift? Haben sie eine Einwilligungserklärung eingeholt oder nicht? Wenn wir zu der Überzeugung gelangen, der Verletzte/Versicherte wünscht, dass die Daten nicht übermittelt werden, dann hören wir auch auf, dann ist das unser Stopp.“ (KK4)

Im Kontrast dazu geht eine andere befragte Kasse aufgrund der aktuellen Gesetzeslage davon aus, dass die behandelnden Ärzt_innen vor der Über-

mittlung einer T-Diagnose stets die Einwilligung der Patient_innen eingeholt haben. Entsprechend verschickt diese Krankenkasse bei T-Diagnosen standardmäßig einen Unfallbogen. Dieses uneinheitliche Vorgehen wird von den Krankenkassen als bedenklich eingestuft, deckt aber lediglich die derzeit bestehenden Unklarheiten auf und macht deutlich, dass Kliniken und Ärzt_innen eine besonders hohe Verantwortung zukommt.

7.2.2 Einschätzung vonseiten der Ärzt_innen und Fachberatungsstellen

„Opferschutz sollte nicht im Ermessen von Sachbearbeitern der Krankenkasse liegen.“ (RM1).

Die Sorge vor Belastungen und Gefährdungen von Betroffenen im Zusammenhang mit dem Versand von Unfallbögen und möglichen Regressverfahren ist in den Gesprächen mit Ärzt_innen, Kliniken und Fachberatungsstellen ein gewichtiges Thema. Einige Krankenhäuser rechnen vor diesem Hintergrund in Fällen sexualisierter und häuslicher Gewalt gar nicht mit den Krankenkassen ab, wie auch die Mitarbeiterin einer Leistungsabrechnungsstelle erklärt:

„Da sind wir in einem Konflikt, selbst die kleine Notfallpauschale rechnen wir da nicht ab. Wir haben [die Rechtslage] lange recherchiert, aber das ist auch nicht unser täglich Brot und so ein direkter Passus, wo drinsteht: das dürft ihr und das dürft ihr nicht, den gibt es nicht. Ich glaube auch nicht, dass unsere Klinik da ein Einzelfall ist.“ (LAS1)

Andere Kliniken wiederum berichten, dass sie die Notfallpauschale zwar abrechnen, dabei aber die Gewaltdiagnosen auslassen und durch Diagnosen ersetzen, die im Hinblick auf ein mögliches Regressverfahren als „unproblematisch“ erachtet werden (GynK1, GynK2, GynK3, GynK4). Diese Methode wird von den betreffenden Ärzt_innen zwar als „kreativ“ (GynK2), „inkorrekt“ (GynK4) und teilweise auch als „nicht legal“ (GynK1) beschrieben, jedoch teils von Expert_innen als „im Sinne des Opferschutzes nicht anders umsetzbar“ (FB4) bezeichnet.

Auch Fachberatungsstellen, insbesondere solche, die Versorgungsmodelle oder Netzwerke koordinieren, sehen in der aus ihrer Sicht nicht eindeuti-

gen Rechtslage ein bedeutendes Risiko und klären behandelnde Einrichtungen regelmäßig hierzu auf (so zum Beispiel FB4, FB5, FB10). Die Unklarheiten bei der Kostenübernahme, die damit begründete Zurückhaltung bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen und die daraus resultierenden Finanzierungslücken wirken sich negativ auf die Bereitschaft der Krankenhäuser aus, an der Versorgung teilzunehmen, was wiederum eine flächendeckende Versorgung erschwert. So betont die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle:

„Solange ich nichts anbieten kann, kann ich nicht sagen: ‚Klinik, mach die Abrechnung bitte so.‘ Das ist wirklich, das ist ein Riesenproblem. Das ändert sich dann teilweise auch, dass Kliniken sagen: ‚Na gut, jetzt müssen wir halt doch irgendwie mit der Krankenkasse abrechnen, es geht nicht mehr anders, weil die Verwaltung sich querstellt.‘ Ja, und da stehen wir da immer mit leeren Händen, und können nur sagen: ‚Ja, okay, wir können leider keine andere Lösung anbieten.‘“ (FB13)

Alle Interviewpartner_innen fordern mehr Rechtssicherheit. Insbesondere wird das teils automatisierte Vorgehen der Krankenkassen problematisiert. Zudem wird kritisiert, dass Ärzt_innen mit der Einschränkung der ärztlichen Meldepflicht allein schützen müssen und Krankenkassen nicht gleichermaßen zum Schutz verpflichtet sind. Dieser Aspekt des Opferschutzes wird damit in die Hände der Ärzt_innen gelegt, deren Möglichkeiten jedoch begrenzt sind, eine Belastung oder Gefährdung der Betroffenen zu verhindern, die mit den Abrechnungsvorgängen bei den Krankenkassen verbunden sein können.

7.3 Handlungsbedarf

„Wenn wir die Regresspflicht nicht aussetzen unter der Maßgabe, dass Gewalt eine Rolle spielt, haben wir keinen Opferschutz.“ (RM1)

Die Interviews mit Ärzt_innen, Kliniken und Krankenkassen veranschaulichen einen bedenklich uneinheitlichen Umgang bei der Abrechnung der medizinischen Behandlung in Fällen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt. Sie zeigen, dass die aktuelle Gesetzeslage und Praxis gewaltbetroffene Frauen bestenfalls in zwei Szenarien vor dem Versand von Unfallbögen und gegebenenfalls Regressverfahren schützt:

- Ärzt_innen übermitteln eine Gewaltdiagnose an die Krankenkassen, diese versenden im Sinne des Opferschutzes aber (freiwillig) keine Unfallbögen.
- Ärzt_innen übermitteln keine Gewaltdiagnose und die übermittelte Diagnose fällt auch nicht in das automatisierte Raster der „Unfalldiagnosen“ der Krankenkassen.

Zwei weitere Fälle sind hingegen nicht geschützt:

- Ärzt_innen übermitteln zum Schutz der Patient_innen keine Gewaltdiagnose an Krankenkassen, die eingegebene Diagnose fällt aber in das automatisierte „Unfallraster“ der Krankenkassen.
- Ärzt_innen übermitteln die Gewaltdiagnose aufgrund fehlenden Wissens über mögliche Folgen der Übermittlung der Daten oder weil Patient_innen sich der Reichweite ihrer Einwilligung nicht bewusst waren und Krankenkassen haben keine (freiwilligen) Schutzmaßnahmen etabliert.

Es besteht also Bedarf, in einem ersten Schritt Klarheit über die bestehende Rechtslage und ihre Auswirkungen auf die Regresspflicht der Krankenkassen zu erzielen. In einem zweiten Schritt müsste jedoch auch dazu beigetragen werden, dass der Schutz der Patient_innen in der Praxis nicht durch automatisierte Vorgänge übergangen wird.

Ein gängiger Vorschlag in den Interviews und Fokusgruppen in den Regionen ist, dass die automatisierten Vorgänge aufseiten der Krankenkassen in Fällen sexualisierter und häuslicher Gewalt durch die Prüfung des Einzelfalls ersetzt werden sollten (RM1, FB3). Da der Versand von Unfallbögen jedoch nicht auf Gewaltdelikte beschränkt ist und Ärzt_innen Fälle sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt nach aktuellem Gesetzesstand nur dann melden, wenn Patient_innen dem zustimmen, müssten die Krankenkassen sämtliche Unfallhergänge prüfen, um festzustellen, ob sich darunter auch solche befinden, die bisher nicht als Fälle sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt gekennzeichnet wurden. Dies würde aufseiten der Krankenkassen einen enormen Arbeitsaufwand bedeuten und wurde von diesen als nicht praktikabel bewertet (KK1, KK2).

Alternativ steht der Vorschlag einer gesonderten Abrechnungsziffer für die Behandlung von Betroffenen sexualisierter Gewalt im Raum. Diese würde sich beispielsweise als Pauschale für die zentralen Leistungen nach sexualisierter Gewalt (insbesondere Laborleistungen) anbieten und könnte ohne die Angabe patient_innenbezogener Daten vonseiten der Kliniken abgerechnet werden.

Im Saarland ist eine solche Abrechnungsziffer bereits für die Leistung der verfahrensunabhängigen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung vorgesehen. Diese Abrechnungsziffer hat den Vorteil, dass die Ärzt_innen diese nutzen können, um eine Pauschalzahlung für die Durchführung der Untersuchung bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen, ohne dabei personenbezogene Daten der Betroffenen anzugeben. Die entstehenden Kosten werden der kassenärztlichen Vereinigung vom Landesministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie erstattet.

Würde ein solches System auf die medizinische Versorgung angewandt, wäre aber zu bedenken, dass dieses die Gruppe mit dem höchsten Risiko, dass ein Unfallbogen versendet wird, nicht erreicht: Bei körperlicher Gewalt sind Verletzungsmuster und damit Behandlungskosten divers und damit nicht über eine separate Abrechnungsziffer beziehungsweise Pauschale zusammenzufassen.

Als naheliegend, aber deutlich hochschwelliger wurde die Option bewertet, dass Ärzt_innen und Krankenkassen gemeinsam auf den Schutz der Patient_innen hinwirken. Hierzu müssten auf beiden Seiten zeitgleich Änderungen vorgenommen werden. Ärzt_innen müssten gegenüber den Krankenkassen kennzeichnen, wenn ein Fall abgerechnet wird, bei dem Patient_innen vor Rückfragen zu schützen sind. Zeitgleich müsste gesetzlich geregelt werden, dass den Krankenkassen Regressprüfung untersagt sind, wenn Ärzt_innen eine solche Meldung machen. Denn nur wenn sichergestellt ist, dass Regressverfahren oder damit verbundene Kontaktaufnahmen mit Patient_innen vonseiten der Krankenkassen unterbleiben, können Ärzt_innen Fälle von sexualisierter und körperlicher Gewalt als solche kennzeichnen und behandeln, ohne sich sorgen zu müssen, dass sich daraus für die Betroffenen schädliche Konsequenzen ergeben könnten.

8 Finanzierung der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt

8.1 Problembeschreibung

Eine klar geregelte und ausreichende Finanzierung ist Dreh- und Angelpunkt funktionierender Versorgungsstrukturen und war in allen Interviews und Fokusgruppen ein Hauptthema. Fachkreise weisen seit Jahren auf Finanzierungslücken in den Versorgungsstrukturen hin.¹⁴⁷ Diese Lücken betreffen verschiedene Aspekte der Versorgungsstrukturen, sowohl hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung als auch der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung.

Kosten in Verbindung mit einer verfahrensunabhängigen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung waren bisher weder Kassenleistung noch über das Justizvergütungsgesetz (JVEG) finanzierbar. Auch in den Regionen, in denen Projekte oder Modellansätze umgesetzt werden, wurden bisher zwar Materialkosten (in Form von Spurensicherungskits), häufig auch Transport- und Lagerungskosten finanziert. Die ärztliche Leistung und der damit verbundene Zeitaufwand wurden jedoch nicht vergütet (siehe Tabellen im Anhang). Einzige Ausnahme bilden ausgewählte rechtsmedizinische Institute, wie zum Beispiel in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, die aus Landesmitteln Gelder erhalten, um im Rahmen einer rechtsmedizinischen Untersuchungsstelle auch verfahrensunabhängige Spurensicherungen durchführen zu können. Zudem wurden in Regionen, in denen die verfahrensunabhängige Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in

Krankenhäusern oder bei niedergelassenen Ärzt_innen durchgeführt wurde, diesen Einrichtungen vereinzelt eine Aufwandsentschädigung (so zum Beispiel im Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen in Höhe von 50 Euro) gezahlt. Einzig im Saarland erhalten Ärzt_innen in Kliniken und niedergelassenen Praxen eine größere Pauschalzahlung in Höhe von 200 Euro für die Durchführung von Verletzungsdokumentation und Spurensicherung.¹⁴⁸ Die bisher gezahlten Pauschalen haben laut Aussage von Mediziner_innen, Beratungsstellen und auch vereinzelt Landesministerien mehr den „symbolischen“ (FB18) Charakter einer „Anerkennung“ (LM1) oder „Aufwandsentschädigung“ (LM1) für die Arbeit der Mediziner_innen und decken die realen Kosten nicht ab.

Auch bei der medizinischen Versorgung bestehen Finanzierungslücken. Finanzielle Belastungen werden insbesondere für die Betroffenen und die Kliniken beschrieben: Die Betroffenen müssen manche der von der WHO vorgesehenen Leistungen nach sexualisierter Gewalt selbst bezahlen. Kliniken leisten viele der erbrachten Leistungen ohne zusätzliche Vergütung. Die Akquise von Kliniken, die das Angebot der Akutversorgung vorhalten, wird hierdurch maßgeblich erschwert; nicht selten steigen Kliniken aus den Versorgungsstrukturen aus, so dass das Versorgungsnetz ausgedünnt wird. So berichtet die Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle:

147 So etwa Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (2014).

148 Diese Pauschalzahlung basiert auf einer Schätzung der Kosten, die in einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis für solche Leistungen anfallen. Insbesondere ist hierin eine Arbeitszeit der Ärzt_innen von 45 bis 60 Minuten berücksichtigt. Zudem sind auch Lagerungs- und Transportkosten mit einbezogen. Laborkosten werden bei niedergelassenen Ärzt_innen über die Krankenkasse abgerechnet, ein Test auf K.-o.-Tropfen ist jedoch nur dann möglich, wenn die Betroffenen selbst zahlen. Für Krankenhäuser bietet jedoch auch diese Vergütung laut verschiedener Ärzt_innen „keine umfassende Vergütung“ und reicht den Einrichtungen nicht aus, „um kostendeckend zu arbeiten“ (LM1, GynN1).

„Grade bei der Frage, wie wir Kliniken gewinnen, das Hauptthema ist immer: Wer bezahlt das? Das bezahlt keiner. Das sind Minimum eineinhalb Stunden Arbeitszeit, wenn ich routiniert bin [...] und vielleicht auch noch das, was an Laborleistungen [anfällt] [...] da [in Kliniken] herrscht so ein Kostendruck, dass es nicht möglich ist, diese Untersuchung zu leisten.“ (FB5)

Die im März 2020 in Kraft getretenen Regelungen zur „vertraulichen Spurensicherung“ (§ 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V) adressieren einen bedeutenden Aspekt der Finanzierungslücken und geben Anlass zu einer umfassenden Auseinandersetzung mit den Finanzierungsbedarfen und Möglichkeiten für die Akutversorgung. Werden durch die Umsetzung in den Ländern die ärztliche Leistung, Labor-, Lagerungs- und Transportkosten hinreichend vergütet, so kann dies einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, Versorgungsstrukturen langfristig zu stabilisieren und auszubauen. Andere Aspekte der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, so beispielsweise Materialkosten sowie Schulungskosten, werden im Gesetz nicht vorgesehen, sind jedoch gleichwertig zentral für die Strukturen. Zudem bleiben weitere Finanzierungslücken, wie beispielsweise die Notfallkontrazeption, von den Neuregelungen unberührt.

8.2 Notwendige Leistungen in der Akutversorgung

Die Dokumentation und Spurensicherung nach Gewalt ist eine zeit- und kostenintensive Aufgabe. Im direkten Zusammenhang mit der Untersuchung fallen je nach Gewaltform und Ausmaß, Art der Untersuchungsstelle und Bedarfen der Betroffenen neben der Vergütung der ausführenden Einrichtungen (Personal- und Strukturkosten) auch Kosten für Untersuchungsmaterial, für Laboruntersuchungen sowie für den gerichtsfesten Transport und die Lagerung des Spurenmaterials an. Auch bei der medizinischen Akutversorgung fallen verschiedene Leistungen und Kosten an, darunter die Vergütung der ärztlichen Untersuchung, Labor- und Therapiekosten. Diagnostik und Therapie von Verletzungen sind sowohl bei sexualisierter als auch bei körperlicher häuslicher Gewalt notwendig. Nach sexualisierter Gewalt gehören laut WHO zusätzlich Diagnostik, Prophylaxe und Therapie von sexuell übertragbaren Erkrankungen, eine Auffrischung der Tetanusimpfung sowie Schwangerschaftstest, Schwangerschaftsprophylaxe beziehungsweise Beratung bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs. Bisher ergaben sich bei verschiedenen Leistungen Finanzierungslücken. Während einige davon durch den neu eingeführten § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V angesprochen werden, bleiben andere davon unberührt. Tabelle 2 gibt einen einleitenden Überblick über notwendige Leistungen der Akutversorgung sowie den Stand der Finanzierung vor und nach der Umsetzung der Neuregelung.

Tabelle 2: Übersicht notwendiger Leistungen in der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt

Kostenpunkt	Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen auch vor der Einführung von § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V	Bei Anzeige über Justizvergütungsgesetz (JVEG) vergütet	Durch § 27 SGB Absatz 1 Satz 6 SGB V abgedeckt (Ja/Nein)
Ärztliche (gynäkologische) Untersuchung/Wunderversorgung, unabhängig von Verletzungsdokumentation und Spurensicherung	Im nicht-ambulanten Bereich ausschließlich über eine Notfallpauschale finanzierbar. Weitestgehend unvergütet bleibt die außergewöhnlich hohe zeitliche Bindung, die benötigt wird, um den Betroffenen ein ruhiges, geschütztes Umfeld zu vermitteln	Nein	Nein
„Pille danach“	Wenn ärztlich verordnet, Kassenleistung bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs	Nein	Nein
Laborkosten für Test auf HIV-Infektion	Ja, jedoch außerhalb der ambulanten Versorgung (in Krankenhäusern) nicht abrechenbar	Je nach regionaler Auslegung unterschiedlich. Wird laut Berichten aus der Praxis vonseiten der Strafverfolgungsbehörden aus ermittlungsrelevanten Leistungen ausgeschlossen	Unklar
Laborkosten für Tests auf sonstige Infektionskrankheiten	Ja, jedoch außerhalb der ambulanten Versorgung (in Krankenhäusern) nicht abrechenbar	Nein	Unklar
Ärztliche Leistung der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung	Nein	Ja	Ja
Materialkosten (Spurensicherungskits)	Nein	Material soll von Polizei zur Verfügung gestellt werden, dies ist laut Interviewpartner_innen nicht immer der Fall	Nein
Toxikologische Untersuchungen (insbesondere Test auf K.-o.-Mittel)	Nein	Ja	Ja
Transportkosten	Nein	nicht zutreffend	Ja
Lagerungskosten	Nein	nicht zutreffend	Ja

8.3 Strukturelle Auswirkungen lückenhafter Finanzierung

Die bisherige Finanzierungssituation der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt hat auch strukturelle Auswirkungen und stellt sowohl für Mediziner_innen als auch für koordinierende Stellen in den Regionen eine Herausforderung dar.

Da bisher weder die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung noch die medizinische Versorgung vollständig vergütet wurden, kommt es für Krankenhäuser, die vertrauliche Spurensicherung anbieten, zu einer Doppelbelastung. Die Akutversorgung wird unter diesen Voraussetzungen zu einem zeitaufwendigen und kostspieligen Gesamtpaket. Vereinzelt Häuser nehmen daher „nur halbherzig“ (FB12) an den Projekten teil oder bewerben das Angebot aus Angst vor steigenden Zahlen nicht (Psych1, GynK3, GynK5).

Auch die Akquise von Krankenhäusern, die sich dazu bereit erklären, die Akutversorgung anzubieten, wird durch die Finanzierungssituation gehemmt. Beratungsstellen und Ärzt_innen machen deutlich, dass eine angemessene Finanzierung auch benötigt wird, um Kliniken und Ärzt_innen zu „motivieren“ (RM1). Druck kommt laut Ärzt_innen und Fachberatungsstellen insbesondere auch von den Leistungsabrechnungsstellen der Krankenhäuser. So betont eine Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle, auf Dauer gesehen bestehe die Gefahr, dass „irgendwann jemand in der Klinik sagt: ‚Das machen wir nicht mehr.‘“ (FB17). Aktuell brechen bereits vereinzelt Häuser nach Jahren der Zusammenarbeit aufgrund der nach wie vor ausbleibenden Finanzierung aus den Projekten weg.

Vereinzelt wird auch aus rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen berichtet, dass die mit der rechtsmedizinischen Versorgung verbundenen Kosten über die zur Verfügung gestellten Mittel nicht finanziert werden können (RM3, RM4). Insbesondere trifft dies auf mobile Dienste zu, denn das damit verbundene Zurücklegen von teilweise

enormen Strecken nimmt viel Arbeitszeit der Rechtsmediziner_innen in Anspruch (siehe hierzu auch Kapitel 5). Dadurch entstehen für die Betroffenen teils längere Wartezeiten, wenn sie eine verfahrensunabhängige Untersuchung wünschen, denn die polizeilich beauftragte Untersuchung wird bei begrenzten Kapazitäten priorisiert (RM4). Auch 24-Stunden-Verfügbarkeit ist mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht immer zu gewährleisten.

Zudem kommt es aufgrund der mangelnden Finanzierung auch zu Kürzungen beim Untersuchungsumfang. Insbesondere der Test zum Nachweis von K.-o.-Tropfen ist kostenaufwendig und wird in den Regionen bei einer verfahrensunabhängigen Untersuchung fast ausschließlich nur dann durchgeführt, wenn die Betroffenen für die entstehenden Kosten selbst aufkommen (siehe Kasten: Herausforderung Test auf K.-o.-Mittel).

Teilweise legen Ärzt_innen ihren Patient_innen daher nahe, die Polizei einzuschalten, um eine vollständige Spurensicherung zu erhalten (siehe Kapitel 6), so auch in diesem Interview:

„Grade jungen Frauen, die sagen, sie hätten K.-o.-Tropfen bekommen, empfehle ich nie die vertrauliche Spurensicherung, die wollen ja auch eine toxikologische Untersuchung haben, das machen wir mit der anonymen Spurensicherung nicht.“ (GynK5)

8.4 Seit März 2020 geltende Neuregelungen im SGB V

8.4.1 Die „vertrauliche“ Spurensicherung als Kassenleistung

Aufgrund eines fachfremden Änderungsantrags der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz von Masern und zur Stärkung der Impfprävention¹⁴⁹ wurden auch Neuregelungen zur vertraulichen Spurensicherung in das Gesetz aufgenommen, die zum 1. März 2020 in Kraft getreten sind.¹⁵⁰ Gemäß

149 Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (2019).

150 Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020, BGBl. 2020 I Nr. 6, S. 148.

dem durch Artikel 2 Nr. 4a des Maserschutzes ergänzten § 27 SGB V gehören zur Krankenbehandlung nun auch „Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können“ (§ 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V). Umfasst ist damit die Kostenübernahme auch bei Fällen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt.

Das Gesetz sieht die Finanzierung der Kosten für erbrachte Leistungen der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sowie für Laboruntersuchungen (einschließlich der Untersuchung auf K.-o.-Tropfen und Alkohol), Transport und die „vor dem Hintergrund straf- und zivilrechtlicher Verjährungsfristen gegebenenfalls langfristige Lagerung“ von Spuren vor.¹⁵¹ Explizit ausgenommen sind hingegen Materialkosten sowie Schulungskosten. Die Gesetzesbegründung verweist hier auf die Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden.¹⁵² Außerdem ist das Abrechnungsverfahren laut Gesetz so zu gestalten, „dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist“ (§ 132k Satz 4 SGB V). Die Leistungen sollen hierzu unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet werden und können pauschaliert werden.

8.4.2 Umsetzungsauftrag an die Länder

Zwar schafft das Gesetz bundesweit neue Regelungen zur Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung, die Ausgestaltung liegt jedoch in der Verantwortung der Länder und steht zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Analyse noch aus. Nach § 132k SGB V sollen Krankenkassen oder ihre Landesverbände gemeinsam und einheitlich mit dem jeweiligen Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzt_innen Verträge über die Erbringung der im Gesetz genannten Leistung schließen. Gemäß Satz 2 sollen „Einzelheiten zu Art und Umfang der

Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie für die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens“ Gegenstand der Verhandlungen und Verträge in den Ländern sein. Zudem ist laut Gesetzesbegründung sicherzustellen, dass für die Betroffenen ein bedarfsgerechtes Angebot zur Verfügung steht und Einrichtungen/Ärzt_innen in hinreichender Anzahl und angemessener Zeit erreichbar sind.¹⁵³ Ausschlaggebend für den Zeitrahmen der Verhandlungen dieser Verträge ist die Initiative der Länder. Beantragen diese den Beginn der Verhandlungen, so läuft eine Frist von sechs Monaten an. Werden in dieser Zeit keine Verträge geschlossen, wird ein Schiedsverfahren eingeleitet (§ 132k Satz 5 SGB V).

Diese Vorgaben für die Ausgestaltung in den Ländern machen deutlich, dass sich die Verhandlungen über die Frage einer Vergütung der vertraulichen Spurensicherung und der Ausgestaltung von entsprechenden Abrechnungsverfahren hinaus auch mit anderen zentralen Aspekten der Versorgungsstrukturen beschäftigen müssen. Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

- Eine „hinreichende Zahl“ von Einrichtungen/Ärzt_innen: Wie muss eine Versorgungsstruktur ausgestaltet sein, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten?
- Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung: Welche Voraussetzungen müssen Einrichtungen/Ärzt_innen erfüllen, um die vertrauliche Spurensicherung anbieten und ausführen zu können und entsprechend mit den Krankenkassen abzurechnen?
- Art und Umfang der Leistungen: Welche Leistungen beinhaltet eine umfassende vertrauliche Spurensicherung nach Gewalt und welche Kosten entstehen hierdurch?
- Wie können Abrechnungsverfahren so gestaltet werden, dass die Betroffenen dabei anonym bleiben?

¹⁵¹ Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (2019), Begründung Nr. 1.

¹⁵² Ebd.

¹⁵³ Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (2019), Begründung 2.

Wie aus den vorausgegangenen Kapiteln hervorgeht, wurden die oben genannten Fragen in verschiedenen Regionen in Deutschland, sei es im Rahmen von landesweiten Versorgungsansätzen, der Entwicklung von Modellansätzen oder in regionalen Versorgungsstrukturen, bereits behandelt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse sollten in den anstehenden Verhandlungen Raum und Beachtung finden. Entsprechende Erkenntnisse sind in der vorliegenden Analyse in den zugehörigen Kapiteln (siehe insbesondere Kapitel 5 und 6), und die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen im Abschlusskapitel dargestellt.

Jede Entscheidungsfindung in diesem Zusammenhang setzt einen interdisziplinären und ressortübergreifenden Ansatz voraus. Neben den im Gesetz genannten Verhandlungspartnern sollten daher auch weitere Akteure beziehungsweise deren Expertise mit einbezogen werden, darunter insbesondere Fachberatungsstellen, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsmediziner_innen und Gynäkolog_innen mit Erfahrung in der Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen.

8.4.3 Art und Umfang der Leistungen

Die Erfahrungen aus den Modellregionen verdeutlichen die zentrale Bedeutung einer angemessenen Vergütung beziehungsweise Finanzierung verfahrensunabhängiger Angebote der Spurensicherung. Nur eine angemessene Finanzierung kann sicherstellen, dass sie mit einer polizeilich beauftragten Versorgung gleichwertig ist. Weder die ausführenden Einrichtungen noch die Betroffenen selbst sollten Finanzierungslücken schließen müssen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass zentrale finanzielle Aspekte, einschließlich der ärztlichen Leistungen, Laborkosten, Transport- und Lagerungskosten, in der Neuregelung bereits mitbedacht werden. Explizit ausgenommen sind hingegen weitere zentrale Aspekte, darunter insbesondere Material- und Schulungskosten. Wie die Erfahrungen in den Regionen zeigen, trifft die in der Gesetzesbegründung zugrunde gelegte Annahme bisher nicht zu, dass die finanzielle Verantwortung hierfür von den Strafverfolgungsbehörden getragen wird.

Die tatsächlichen Kosten für die verfahrensunabhängige Spurensicherung können insbesondere je nach Gegebenheiten in den Versorgungsstrukturen, etwa nach Art der Einrichtungen, die die Spurensicherung durchführen, aber auch nach Gewaltform oder Einzelfall, variieren. So sind bei der Untersuchung nach sexualisierter Gewalt beispielsweise auch eine Ultraschalluntersuchung und verschiedene Laboruntersuchungen notwendig, die nach körperlicher häuslicher Gewalt seltener vorkommen. Nehmen rechtsmedizinische Institute an der Versorgung teil und sind diese nicht in den gängigen Finanzierungsstrukturen im Gesundheitssystem angegliedert, führt das zu einer besonderen Komplexität hinsichtlich der Höhe einer Vergütung. Diese Variationsbreite muss auch bei der Errechnung einer möglichen Pauschalzahlung berücksichtigt werden. Weil die Umsetzung der Neuregelungen zur Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung einen äußerst vielschichtigen Entscheidungsprozess voraussetzt, erscheint es nicht angemessen, in der vorliegenden Analyse die Höhe einer möglichen (Pauschal-)Zahlung abschließend zu beziffern. Bei den aufgeführten Kostenpunkten handelt es sich deshalb um Richtwerte beziehungsweise beispielhafte Kalkulationen, die in entsprechenden Verhandlungen als Orientierungshilfe dienen können.

Lagerungsdauer und Kosten

Welche Kosten für die Lagerung des Spurenmaterials anfallen, hängt insbesondere von der angestrebten Dauer der Lagerung ab. In den Regionen variiert diese bisher zwischen zwölf Monaten (zum Beispiel „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, etwa in Frankfurt am Main) und zehn Jahren (zum Beispiel „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten“, Kreis Bonn/Rhein-Sieg). Der Entscheidung über die Lagerungsdauer liegen unterschiedliche Abwägungen zugrunde, darunter insbesondere psychosoziale Aspekte (FB15), aber auch Lagerungskapazitäten und Kosten (RM3). Einschätzungen und Meinungen von Expert_innen deuten auf eine gewisse Uneinigkeit hin. So argumentieren vereinzelte Expert_innen, lange Lagerungszeiten würden die Betroffenen zusätzlich belasten, da die Entscheidung „nur verschoben“ würde. Andere wiederum plädieren dafür, den Betroffenen so viel Zeit wie möglich für diese Entscheidung zu geben. Eine Anlehnung an straf- und zivilrechtliche Verjährungsfristen, wie in der Gesetz

zesbegründung vorgesehen, entspricht der Zielsetzung der Spurensicherung, die Beweisführung in straf- oder zivilrechtlichen Verfahren zu stützen.¹⁵⁴

Die Kosten für die Lagerung des Spurenmaterials sind in gängigen Vergütungskatalogen nicht vorgesehen, lassen sich aber ermitteln: Eine Kostenkalkulation des Rechtsmedizinischen Instituts Düsseldorf ergab beispielsweise für die Verwaltung und Verwahrung der Asservate für einen Zeitraum von zehn Jahren Kosten von 245 Euro zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer pro Fall. Zusätzlich wurde für die fachgerechte Lagerung und Registrierung einer Blut- oder einer Urinprobe ohne bereits gestellten Untersuchungsauftrag beziehungsweise einer zusätzlich eingesendeten Blutentnahmevenüle zum Zwecke toxikologischer Untersuchungen (zehn Jahre Lagerung) je Asservat ein Betrag von 50 Euro zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer errechnet.¹⁵⁵

Wird die vorgesehene vertrauliche Dokumentation und Spurensicherung auch in Kliniken oder anderen medizinischen Einrichtungen angeboten, ist zu beachten, dass diese die Spuren in aller Regel nicht selbst lagern, sondern an rechtsmedizinische Institute weitergeben. In diesem Fall entstehen die im Gesetz vorgesehenen zusätzlichen Kosten für einen „gerichtsfesten“ Transport von der Untersuchungsstelle zum Lagerungsort. In den Regionen wird dies unterschiedliche gehandhabt, so zum Beispiel über Kurierdienste, die auch von der Staatsanwaltschaft genutzt werden (Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“), auf dem Postweg als nachverfolgtes Paket (Netzwerk ProBeweis, Niedersachsen), über Botendienste der Kliniken (Modell „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS)“ im Kreis Bonn/Rhein-Sieg) und durch zertifizierte Labordienste (Verfahrens-unabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt (VSS)). Auch die Kosten hierfür sind entsprechend divers, jedoch in der Gesamtschau eher niedrig (je nach Transportart und Weg

beispielsweise auch mit drei bis vier Euro zu begleichen (GynN1)).

Laboruntersuchungen

Bei der nach § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V vorgesehenen Finanzierung von Laborkosten ist zu berücksichtigen, dass viele der dort genannten Leistungen, insbesondere der Test auf K.-o.-Mittel, nur von hierfür ermächtigten forensischen Laboren erbracht werden können. Medizinische Labore führen üblicherweise Untersuchungen nur dann durch, wenn der Name der Patientin oder des Patienten genannt wird. Daher ist abzuklären, ob Laboren speziell für diese Fälle erlaubt werden kann, auch mit Pseudonymen oder Chiffrierungen zu arbeiten, oder ob die Namen gegenüber den ausführenden Laboren ohne Risiken für die Patient_innen genannt werden können.

Auch die Laboruntersuchungen werden in der Aufstellung des Instituts für Rechtsmedizin Düsseldorf berücksichtigt. Die anfallenden mikrobiologischen, virologischen und laborchemischen Untersuchungen werden auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzt_innen (GOÄ) mit 155 Euro (zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer) beziffert. Hinzu kommen die im Gesetz vorgesehenen toxikologischen Untersuchungen (zum Beispiel auf K.-o.-Mittel, Alkohol). Auf der Basis einer mit allen rechtsmedizinischen Instituten in Nordrhein-Westfalen abgestimmten Schätzung der aktuellen Kosten der Auftragsarbeit dieser Institute belaufen sich die Kosten hierfür auf mindestens 290 Euro (zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer), zu denen die oben genannten Lagerungskosten noch hinzuaddiert werden müssen.

Eine Besonderheit besteht bei den Tests auf K.-o.-Mittel, denn dabei stellen sich in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzt_innen, wie im Kasten „Herausforderung Test auf K.-o.-Mittel“ beschrieben, auch organisatorische Hürden. Wird die Untersuchung in Kliniken durchgeführt, kommen

¹⁵⁴ Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (2019), Begründung Nr. 1.

¹⁵⁵ Das Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf hat in Abstimmung mit allen nordrhein-westfälischen Instituten für Rechtsmedizin und dem Landesverband autonomer Frauennotrufe NRW e. V. eine Kostenschätzung vorgenommen. Diese beruht teils auf den in der Gebührenordnung für Ärzt_innen (GOÄ) abgebildeten Summen für entsprechende Behandlungsformen (ärztliche Untersuchung und klinische Leistungen), als auch einer Abfrage der genannten rechtsmedizinischen Institute zu aktuellen Preisen in der Auftragsarbeit (Asservierung von Asservaten für molekularbiologische Untersuchungen, toxikologische Untersuchungen, molekulargenetische Untersuchungen). Die Kostenkalkulation wurde dem Institut als Hintergrundinformation zur Verfügung gestellt.

zusätzlich Kosten für die Zwischenlagerung und den Transport der Asservate für einen Test auf K.-o.-Mittel hinzu.

Exkurs: Herausforderung Test auf K.-o.-Mittel

Als Knock-out-Mittel (K.-o.-Mittel) werden psychoaktive Substanzen bezeichnet, die verwendet werden, um Personen zu betäuben und Anschlussstraftaten zu ermöglichen. Darunter fallen verschiedene Substanzen, wie zum Beispiel Psychopharmaka, Hypnotika oder GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure oder Gamma-Hydroxybutyrat).¹⁵⁶ Eine Untersuchung auf K.-o.-Mittel stellt Mediziner_innen im klinischen Kontext regelmäßig vor eine Herausforderung. Zum einen kann eine solche Untersuchung nur von Laboren mit Akkreditierung für forensisch-toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden, mit denen Kliniken und niedergelassene Ärzt_innen selten kooperieren. Soll die Untersuchung stattfinden, muss das sichergestellte Material in der Zwischenzeit professionell gekühlt und gelagert werden, auch beim Transport. Hinzu kommen die Kosten für die Laboruntersuchung. Je nach Umfang der Untersuchung werden die Kosten auf zwischen 90 und 300 Euro geschätzt.¹⁵⁷ In der großen Mehrheit der Regionen war der Test auf K.-o.-Mittel im Rahmen der verfahrensunabhängigen Spurensicherung bisher ausgeschlossen oder nur dann möglich, wenn die Betroffenen im Anschluss an die Untersuchung ein rechtsmedizinisches Institut aufsuchen und die Kosten für die Untersuchung selbst tragen. Im Rahmen des Netzwerks ProBeweis in Niedersachsen werden den teilnehmenden Kliniken eigens hierfür vorgesehene Kühlbehälter aus Projektmitteln zur Verfügung gestellt, in denen die Asservate an das zuständige Rechtsmedizinische Institut versendet werden können.¹⁵⁸ Die Untersuchung erfolgt jedoch auch hier kostenpflichtig.

Materialkosten

Anders als in der Gesetzesbegründung angenommen, werden die Materialkosten (so zum Beispiel Tupfer, Behälter, Lineale für die Vermessung von Verletzungen) nicht flächendeckend von den Strafverfolgungsbehörden getragen. Sie werden derzeit nicht deutschlandweit, sondern nur in den Regionen aufgebracht, wo es eine Projektfinanzierung für die anonyme Spurensicherung gibt. Dort stehen sie in Form von sogenannten Spurensicherungskits zur Verfügung, die zurzeit circa 65 Euro kosten. Die Übernahme der Materialkosten muss dringend sichergestellt werden, denn zum einen entstehen sonst zusätzliche Kosten für Einrichtungen, zum anderen tragen Spurensicherungskits zu einem strukturierten Ablauf der Untersuchung und somit zur Qualitätssicherung bei. Zu den Materialien zählen über die Kits hinaus auch eigens für die Spurensicherung vorgesehene Fotokameras und Speichersticks sowie gegebenenfalls Transportbehälter für Asservate, vorgesehen für einen Test auf K.-o.-Mittel.

Ärztliche Leistungen

Die Kalkulation der ärztlichen Leistungen bei der vertraulichen Spurensicherung könnte in Anlehnung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgen, denn dieser bildet, wie bereits beschrieben, die Grundlage für die Vergütung von ambulanten Leistungen durch die Krankenkassen. Im EBM ist zurzeit keine eigene Gebührenordnungsposition (GOP) für die Leistung der vertraulichen Spurensicherung vorgesehen. Jedoch bilden verschiedene Abrechnungsstellen die Inhalte und Zwecke verschiedener Untersuchungsschritte der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung ab. Sie geben daher einen Anhaltspunkt für den Umfang einer Vergütung. Tabelle 3 (siehe Anhang) zeigt nicht abschließend, sondern lediglich beispielhaft, welche Abrechnungsstellen hierbei in Frage kämen. Besonders hervorzuheben ist dabei der außergewöhnliche Zeitaufwand einer Dokumentation und Spurensicherung (in der Tabelle ersatzweise in Form der Ziffer „Biographische Anamnese“ abgebildet). Die genannten Abrechnungs-

¹⁵⁶ Netzwerk Pro Beweis (o.J.), S. 1.

¹⁵⁷ Das Institut für Rechtsmedizin Hannover gibt beispielsweise an, dass mit Kosten zwischen 90 und 300 Euro (zuzüglich Mehrwertsteuer) zu rechnen ist (Netzwerk Pro Beweis (o.J.).

¹⁵⁸ Netzwerk Pro Beweis (o.J.).

stellen ergeben in der Summe einen Gesamtbeitrag von aufgerundet 180 Euro¹⁵⁹ allein für die ärztlichen Leistungen. Hinzu kommen die bereits aufgelisteten Laborleistungen, Materialkosten sowie Schulungskosten.

Weil der EBM speziell auf die Abrechnungs- und Finanzierungsmechanismen von niedergelassenen Ärzt_innen und Kliniken mit Ambulanz bezogen ist, kann eine Anlehnung der Vergütung an den EBM jedoch auch Probleme aufwerfen. Rechtsmedizinische Institute unterliegen beispielsweise anderen Finanzierungsmechanismen, sodass die dort anfallenden Kosten über den EBM gegebenenfalls nicht abgedeckt würden. Auch eine gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) und des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner (BDRM) verweist darauf, dass Kalkulationen sich „nicht einfach an klinischen Rahmenvorgaben orientieren können.“¹⁶⁰

Eine Alternative für die Errechnung der Höhe einer Vergütung der vertraulichen Spurensicherung außerhalb des Kassensystems bietet eine aktuelle Aufstellung des Instituts für Rechtsmedizin Düsseldorf. Diese beruht auf der Gebührenordnung für Ärzt_innen (GOÄ). Enthalten sind verschiedene Positionen, die in der Gesamtschau einen Eindruck von den Kosten einer vollständigen Dokumentation und Spurensicherung vermitteln. Allein die ärztliche Untersuchung (Anamnese, körperliche Untersuchung, gerichtsfeste Dokumentation, Beratung und Befundbericht) wird hier mit 195 Euro (zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer) angesetzt. Bei sexualisierter Gewalt fallen zusätzlich Kosten für eine gynäkologische Beratung, eine symptombezogene Untersuchung, den Ultraschall eines Organes sowie für einen Befundbericht an, die insgesamt mit 75 Euro (zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer) veranschlagt werden.

8.4.4 „Anonymisierte“ Abrechnungsverfahren

Das im Gesetz geforderte anonymisierte Abrechnungsverfahren der Spurensicherung verfolgt das wichtige Ziel, gewaltbetroffenen Frauen eine Versorgungsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen, die ohne Druck und ohne die Sorge vor rechtlichen Schritten wahrgenommen werden kann. Anonymisiert ist zu unterscheiden von vertraulich und bedeutet in diesem Fall, dass in den Abrechnungunterlagen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden darf. Im System der Krankenkassen bedeuten Abrechnungsverfahren zwar eine Abweichung von regulären Vorgängen, es wird jedoch durchaus vereinzelt praktiziert.

Aus den Gesprächen wird deutlich, dass anonymisierte Abrechnungswege in den Ländern so praxisnah wie möglich, also nah an der Arbeitsrealität der Leistungsabrechnungsstellen in Krankenhäusern, den administrativen Abläufen in Praxen gestaltet werden sollten. Ist dies nicht der Fall, entsteht für die jeweiligen Einrichtungen zusätzlicher Arbeitsaufwand, der wiederum die Wahrscheinlichkeit mindert, eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern zu akquirieren (FB12, GynN1). Auch mit der notwendigen Vergütung bleibt der hohe Zeitaufwand für diese Einrichtungen eine Herausforderung im Arbeitsalltag, der nicht unterschätzt werden sollte.

Bisher wurde zum Beispiel über die Abrechnung der Pauschalzahlung für Verletzungsdokumentation und Spurensicherung im Saarland ein „anonymisierter“ Weg geschaffen. Hier wurde eine Abrechnungsziffer eingerichtet, über die Ärzt_innen die Leistung der vertraulichen Spurensicherung mit der kassenärztlichen Vereinigung abrechnen können. Jeweils zum Ende des Quartals können Ärzt_innen ohne Angabe personenbezogener Daten ihrer Patient_innen angeben, wie häufig sie eine vertrauliche Spurensicherung durchgeführt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland stellt die erstatteten Kosten wiederum dem Lan

¹⁵⁹ Die Höhe der tatsächlichen Auszahlung an behandelnde Ärzt_innen ist neben der zugeteilten Punktzahl der einzelnen Behandlungen auch noch von anderen strukturbezogenen Faktoren abhängig, was bedeutet, dass die hier aufgeführten Summen nicht vollständig ausgezahlt werden. Es handelt sich hierbei daher um einen Richtwert, keine abschließende Berechnung einer möglichen Vergütung der ärztlichen Leistung.

¹⁶⁰ Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e. V./Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2020), S. 3–4.

desministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Rechnung.

Der Ansatz aus dem Saarland bietet eine praxisnahe Möglichkeit für behandelnde Ärzt_innen, auch ohne Angabe personenbezogener Daten eine Fallpauschale für die Durchführung der verfahrensunabhängigen Spurensicherung abzurechnen. Allerdings entspricht diese Lösung nicht den Vorgaben des seit März 2020 geltenden § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V, da dieser die vertrauliche Spurensicherung als Kassenleistung definiert und zudem voraussetzt, dass Ärzt_innen direkt mit den Krankenkassen abrechnen.

Für den GKV-Spitzenverband ergibt sich aus diesen gesetzlichen Vorgaben die Frage, wie ohne Übermittlung der personenbezogenen Daten geprüft werden kann, ob die betreffende Person bei der Krankenkasse versichert ist und damit die betreffende Krankenkasse zuständig ist.¹⁶¹ Diese Bedenken werden auch in den Gesprächen mit Krankenkassen geäußert (KK5, KK6). Ein Vorschlag aus Gesprächen darüber, wie diese administrative Hürde zu umgehen wäre, besteht darin, die Aufgabe der Prüfung einer Mitgliedschaft bei der Krankenkasse auf die Leistungserbringenden zu übertragen. In Kliniken oder bei niedergelassenen Ärzt_innen könnte die Krankenkassenskarte eingelesen werden, um darüber gegenüber den Krankenkassen „neutrale“ Leistungen wie eine Notfallpauschale abzurechnen. Hiermit hätten die Leistungserbringenden die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse geprüft. In einem zweiten Schritt könnten sie am Ende jedes Quartals wie beim Vorbild im Saarland eine Pauschale ohne Angabe personenbezogener Daten abrechnen. Im Rahmen der seit März 2020 gemäß § 132k SGB V zu schließenden Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden könnten letztere zusichern, dass eine Pauschale für die Spurensicherung nur dann abgerechnet wird, wenn die Mitgliedschaft der Betroffenen bei der entsprechenden Krankenkasse zuvor wie beschrieben geprüft wurde (P3).

8.5 Fortbestehende Finanzierungslücken

Zwar sprechen die seit März 2020 geltenden Regelungen durch § 27 Absatz 1 Satz 6 und § 132k SGB V einen wichtigen finanziellen Aspekt der Akutversorgung an, andere Finanzierungslücken bleiben jedoch bestehen. Zum einen erfordern Aufbau und Erhalt flächendeckender Versorgungsstrukturen auch strukturelle Finanzierung, darunter insbesondere für Qualifizierungsmaßnahmen, Sprachmittlung und Begleitdienste, Öffentlichkeitsarbeit und Koordinierungsaufgaben (siehe hierzu Handlungsempfehlungen). Zum anderen bleiben aber auch in der medizinischen Versorgung der Betroffenen ausschlaggebende Finanzierungslücken bestehen. Insbesondere betrifft dies die Versorgung der Betroffenen in Krankenhäusern sowie die Bereitstellung kostenfreier Notfallkontrazeption.

8.5.1 Gesundheitsversorgung im Krankenhaus

Notfallkontrazeption und der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten sind für die Betroffenen oft zentrales Anliegen und bedürfen zeitnaher ärztlicher Versorgung.

Die oben aufgeführten Leistungen sind grundsätzlich Kassenleistung. Suchen die Betroffenen also zur medizinischen Versorgung nach sexualisierter oder häuslicher Gewalt niedergelassene Ärzt_innen der entsprechenden Fachrichtung auf und halten diese eine Behandlung aus fachlicher Sicht für angemessen, so kann die Behandlung grundsätzlich über die Krankenkasse der versicherten Person abgerechnet werden.

Trotz des gesetzlichen Anspruchs der Patient_innen ergibt sich in der praktischen Versorgung immer dann ein Finanzierungsproblem, wenn die Betroffenen zur Versorgung eine Klinik aufsuchen. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist geprägt durch die sogenannte Sektorentrennung, die zwischen ambulanter vertragsärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung unterscheidet. An der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzt_innen und

161 GKV-Spitzenverband (2019), S. 5.

zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie speziell hierfür ermächtigte Einrichtungen teil (§ 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Bei Krankenhäusern handelt es sich hingegen um stationäre Einrichtungen, die in erster Linie Krankenhausbehandlungen im Sinne von § 39 SGB V durchführen. Hier besteht eine Versorgungsmöglichkeit nur in Notfällen (i.S.v. § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V), also dann, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann.¹⁶² Das bedeutet, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und es sich gleichzeitig um einen Behandlungsfall außerhalb der regulären Sprechzeiten von Vertragsärzten handelt. Nach der Rechtsprechung erfasst § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V auch den Fall, dass Versicherte aufgrund einer laienhaften Einschätzung objektiv unzutreffend einen (vermeintlichen) Notfall annehmen.¹⁶³ In jedem Fall ist die ambulante Notfallbehandlung jedoch auf die Erstversorgung beschränkt; demnach sind Behandlungen darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben und unzumutbaren Schmerzen der Patient_innen zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären.¹⁶⁴

Exkurs: Vergütung medizinischer Leistungen

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stellt das Leistungsverzeichnis für kassenärztliche Leistungen dar. Für jede abrechenbare ärztliche Leistung sieht der EBM eine Gebührenordnungsposition (GOP) sowie eine dieser GOP zugeordnete Punktzahl vor. So bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander (§ 87 Absatz 2 SGB V). Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nur solche ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig, für die eine GOP im EBM vorhanden ist (vgl. § 87 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Das rechnerische Honorar, das ein Vertragsarzt für die Erbringung einer ärztlichen

Leistung im Rahmen der quartalsweisen Sammelabrechnung gegenüber der Krankenversicherung geltend machen kann, ergibt sich grundsätzlich aus einer Multiplikation dieser Punktzahl mit einem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert, der jährlich neu festgelegt wird (2019: 0,108226 Euro).

Die Vergütung beruflicher Leistungen der Ärzt_innen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist (§ 1). Die GOÄ legt damit insbesondere das Honorar für privatärztliche Leistungen, aber beispielsweise auch für Wahlleistungen der Patient_innen fest. Sie wird gleichfalls zugrunde gelegt, wenn Ärzt_innen im Auftrag von Behörden arbeiten beziehungsweise wenn Behörden die Kosten für eine Behandlung übernehmen. Auch hier wird den jeweiligen Leistungen eine Punktzahl zugeordnet, die zur Berechnung der Gebühr mit dem „Punktwert“ (2020: 0,0582873 Euro) multipliziert wird.

Die Notfallpauschale

Die Notfallpauschale ist für Krankenhäuser bei einer Inanspruchnahme der Leistungen zwischen 19 Uhr und 7 Uhr des Folgetages sowie ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember abrechenbar. Das rechnerische (Grund-)Honorar für die Abrechnung der GOP 01212 EBM-Ä ergibt einen Betrag in Höhe von 21,10 Euro (= Multiplikation der im EBM enthaltenen Punktzahl 195 mit dem bundeseinheitlichen Punktwert von 0,108226 Euro). Dieser Betrag ist jedoch nicht festgelegt, sondern er unterliegt – nach den oben dargestellten Grundsätzen – Schwankungen.

¹⁶² Ständige Rechtsprechung, vgl. nur Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 01.02.1995, 6 RKA 9/94, juris Rn. 17; BSG, Urteil vom 11.09.2019, B 6 KA 6/18 R, juris Rn. 18 R, juris Rn.18).

¹⁶³ Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 01.02.1995, 6RKA 9/94, juris Rn. 18.

¹⁶⁴ Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 11.09.2019, B6KA 6/18 R, juris Rn.19.

Für die Kliniken bedeutet dies, dass sie für die Behandlung der Betroffenen zwar eine Notfallpauschale berechnen dürfen, diese jedoch nur einen Bruchteil der tatsächlichen Kosten abdeckt (siehe Kasten: Die Notfallpauschale). Darüber hinausgehende Behandlungen lösen grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch aus, können also nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.

In verschiedenen Regionen findet die medizinische Versorgung aufgrund der unzureichenden Kostenübernahme in den Kliniken „nicht standardmäßig statt“ (RM4), es wird stattdessen an niedergelassene Ärzt_innen weiterverwiesen. Ob in denjenigen Kliniken, die auch eine verfahrensunabhängige Spurensicherung anbieten, eine medizinische Versorgung durchgeführt wird, ist in diesen Regionen „nicht strukturiert“ und „vom Einzelfall abhängig“ (RM4). Wird an niedergelassene Praxen weiterverwiesen, kommen die Betroffenen nach Einschätzung von Beratungsstellen und Mediziner_innen dort häufig nicht an, da sie den Weg durch die Versorgungsstrukturen an diesem Punkt abbrechen.

„Nach der Anzeige und der Spurensicherung sollte ich noch in eine Frauenklinik gehen. Ich habe verstanden, dass das wichtig ist, aber es war mir einfach zu viel. Ich bin dann einige Tage später zu meiner Gynäkologin gegangen, diese hat eine Geschlechtskrankheit festgestellt. Wäre ich gleich versorgt worden, hätten sich die Symptome nicht gefestigt. Aber ich war damals nicht in der Lage, noch woandershin zu gehen.“ (Beratungsfall einer Fachberatungsstelle, 2017)

Andere Kliniken hingegen führen die vollständige medizinische Versorgung bei Bedarf zwar durch, rechnen die betreffenden Behandlungen jedoch meist nicht als solche mit den Kassen ab. Insbesondere die Abrechnung von kostspieligen Laboruntersuchungen ist problematisch. So berichtet eine Mitarbeiterin der Leistungsabrechnungsstelle eines Krankenhauses:

„Chlamydien, Gonokokken, HIV, Hepatitis, Syphilis: Wir machen das alles bei Bedarf, das ist aber hier bei uns im Krankenhaus im Notfall nicht abrechenbar, das gehört in den niedergelassenen Bereich. Da unterscheidet sich das Krankenhaus ganz eindeutig vom niedergelassenen Bereich.“ (LAS 1)

Viele der befragten Ärzt_innen geben an, vor dem Hintergrund der Finanzierungslücken „einen Teil der Kosten über eine Notfallpauschale abzudecken“ (GynK1). Mediziner_innen bezeichnen die Notfallpauschale als einen „Tropfen auf dem heißen Stein“ (GynK5). Ärzt_innen geben an, regelmäßig „in die Bredouille zu kommen“, wenn im Rahmen der Erstversorgung Laborkosten anfallen, da diese „irrsinnige Kosten verursachen“ (GynK12). Es gebe „Theater“ (GynK12), wenn Laboruntersuchungen durchgeführt werden müssen, in der Frühbesprechung berichte man „nur zähneknirschend“, wenn man eine vollständige Laboruntersuchung in Auftrag gegeben habe (GynK5). Bei der medizinischen Versorgung der Betroffenen bleibt damit eine Finanzierungslücke bestehen, die insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn die Betroffenen die vertrauliche Spurensicherung nicht in Anspruch nehmen möchten und die gesamte Versorgung für die Krankenhäuser damit nahezu unvergütet bleibt.

Handlungsbedarf

Kliniken mit gynäkologischer Ambulanz sind für die Betroffenen häufig die ersten Ansprechpartner_innen. In vielen Regionen sind sie zudem insbesondere wegen der 24-Stunden-Verfügbarkeit und ihrer interdisziplinären fachärztlichen Perspektive die bevorzugte Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung. In wiederum anderen Regionen werden die Kliniken von Rechtsmediziner_innen aufgesucht, um die erforderlichen Untersuchungen dort in Zusammenarbeit mit der Gynäkologie durchzuführen. Kliniken sind damit zentrale Akteure in der Akutversorgung.

Eine umfassende medizinische Versorgung muss vor dem Hintergrund der dargestellten Versorgungs- und Finanzierungssituation auch an Kliniken, die als erste Anlaufstelle für Betroffene vorgesehen sind, finanziert werden. Von besonderer Bedeutung sind notwendige Laborleistungen, die von den Kliniken bisher nicht in vollem Umfang als Kassenleistung abgerechnet werden können.

Unklar bleibt, ob die so zentralen Laborkosten nach dem seit März 2020 geltenden § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V auch als Teil der vorgesehenen (Pauschal-) Zahlungen mitbedacht werden (siehe hierzu Tabelle 1). Ob diese Teil der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sind, ist laut Aussage ver-

schiedener Ärzt_innen auch bei der Versorgung im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden immer wieder strittig (so zum Beispiel GynK1, GynK5). Dass diese Leistungen bei der Umsetzung des Gesetzes Beachtung finden, wird beispielsweise auch in einer gemeinsamen Stellungnahme des Dachverbands der autonomen Frauenberatungsstellen NRW e. V., des Landesverbands autonomer Frauennotrufe NRW e. V. sowie des Universitätsklinikums Düsseldorf betont.¹⁶⁵ Hiermit würde eine für die Kliniken ausschlaggebende Lücke in solchen Fällen geschlossen, in denen die Betroffenen eine vertrauliche Spurensicherung wünschen.

Wird die Vergütung allerdings im Rahmen einer Pauschale ausgezahlt, die eine Dokumentation und Spurensicherung voraussetzt, wäre die Kostenübernahme auch weiterhin für diejenigen Patient_innen nicht gesichert, die sich ausschließlich mit dem Anliegen einer medizinischen Versorgung an die Kliniken wenden. Vor dem Hintergrund, dass die medizinische Versorgung häufig ein Hauptanliegen der Betroffenen ist, sollte diese Leistung daher nicht ausschließlich an solche Einrichtungen gebunden sein, die auch eine vollständige Spurensicherung anbieten.

Denkbar wäre die Schaffung einer gesonderten Abrechnungsziffer für die Behandlung der Betroffenen. Da es um die für die Behandlung nach sexualisierter Gewalt gängigen Laboruntersuchungen geht, wären diese auch als Pauschale einfach zusammenzufassen. Bei sämtlichen Finanzierungsoptionen muss zudem sichergestellt werden, dass das Abrechnungsverfahren für die Betroffenen nicht mit zusätzlichen Belastungen oder Gefährdungen einhergeht, etwa durch Nachfragen der Krankenkassen (siehe hierzu Kapitel 8).

8.5.2 Kostenpflichtige Notfallverhütung: die „Pille danach“

Benötigen die betroffenen Frauen eine Notfallkontrazeption, stellt sich eine weitere finanzielle Herausforderung: Die „Pille danach“ ist in Deutschland in Apotheken zwar rezeptfrei erhältlich, sie ist jedoch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die folglich die Kosten dafür

nicht übernimmt. Eine Ausnahme besteht lediglich für Versicherte bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Zwar sind diese Kosten mit – je nach Präparat – zwischen 25 und 30 Euro vergleichsweise gering; Beratungsstellen und mehrere Ärzt_innen berichten jedoch, dass Betroffene in prekären Lebensverhältnissen häufig auch diese Beträge nicht aufbringen können. Zudem werden in den Apotheken Aufklärungsgespräche geführt, bei denen die Betroffenen gegebenenfalls erneut über ihre Gewalterfahrung sprechen müssen. In den Regionen wird vereinzelt in den betreffenden Kliniken ein begrenzter Vorrat des Präparats gelagert, das bei Bedarf an die Betroffenen vergeben wird. Andere Kliniken stellen ein Rezept aus, unter anderem auch um dem Personal in den Apotheken damit zu signalisieren, dass die Betroffenen bereits ein Gespräch mit medizinischem Fachpersonal geführt haben, um so zu verhindern, dass die Betroffenen dort erneut die Gründe für den Bezug der „Pille danach“ erläutern müssen. Einzig im Saarland ist der kostenfreie Bezug der „Pille danach“ flächendeckend geregelt. Dort erhalten die betroffenen Frauen im Bedarfsfall in der Klinik einen Bezugschein für die „Pille danach“. Dieser Bezugschein kann in jeder Apotheke im Saarland eingereicht werden, wo die „Pille danach“ für die Betroffenen kostenfrei ausgegeben wird. Die Apotheke rechnet die Kosten dann über ein Rechnungsscheinformular mit dem Landesministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie ab.

„Nach meiner Anzeige und der Versorgung im Krankenhaus konnte ich nach Hause. Vorher bin ich zur Apotheke und habe dort nach der „Pille danach“ gefragt. Die Ärztin hatte nach dem Schnelltest im Krankenhaus dazu geraten. Ich sollte dann fast 40 Euro zahlen. Ich hatte nicht genügend Geld bei mir und war so fertig nach Kripo und Krankenhaus, das hat insgesamt fast 6 Stunden gedauert ... Ich habe mich bestraft gefühlt. Jetzt muss ich auch noch so viel Geld bezahlen.“ (24-jährige Studentin, Fallbeispiel aus einer Fachberatungsstelle 2017)

¹⁶⁵ Umsetzung einer Neuregelung zur vertraulichen Spurensicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (gemäß § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 132k SGB V).

Handlungsbedarf

Eine Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung ist eine Folge der Gewalt. Dass die Betroffenen nach aktuellem Stand die Kosten dafür tragen sollen, das Eintreten dieser Gewaltfolge zu verhindern, ist inakzeptabel. Wurde die „Pille danach“ von behandelnden Ärzt_innen verordnet, so sollte sie für Betroffene von sexualisierter Gewalt kostenfrei und ohne weiteres Beratungsgespräch in Apotheken erhältlich sein. Hierfür kommt in Frage, Notfallkontrazeptiva in Fällen sexualisierter Gewalt über eine Änderung des § 24a Absatz 2 Satz 2 SGB V zur Kassenleistung zu machen. Erst kürzlich wurde die Altersgrenze für den kostenfreien Bezug der ärztlich verordneten Notfallkontrazeptiva über das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch angehoben.

Begründet wurde diese Änderung mit dem Ziel, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern und einen selbstbestimmten Umgang mit der Empfängnisverhütung zu ermöglichen.¹⁶⁶ Diese Begründung ist auch im Falle sexualisierter Gewalt von besonderer Relevanz. Ein Beispiel für eine alternative Operationalisierung der Forderung nach einer kostenfreien Ausgabe der „Pille danach“ sind Bezugsscheine, die im Saarland eine durch die Landesregierung finanzierte Ausgabe der „Pille danach“ in Apotheken ermöglichen.

166 Deutscher Bundestag (12.02.2019), S. 12.

9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Laut verschiedener repräsentativer Studien erleben etwa 35¹⁶⁷ bis 40¹⁶⁸ Prozent der Frauen in Deutschland im Laufe ihres Lebens körperliche oder sexualisierte Gewalt. Akteur_innen im Gesundheitsbereich sind in dieser Situation für betroffene Frauen wichtige Ansprechpartner_innen. Eine umfassende und zugängliche Versorgung unmittelbar nach der Tat kann gesundheitlichen Folgen der Gewalt vorbeugen, einen Zugang zu Beratung und Unterstützung schaffen und den Betroffenen durch Verletzungsdokumentation und Spurensicherung rechtlichen Rückhalt für den Fall eines späteren straf- oder zivilrechtlichen Verfahrens geben.¹⁶⁹

Seit Inkrafttreten des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention)¹⁷⁰ am 1. Februar 2018 besteht auch eine menschenrechtliche Verpflichtung Deutschlands, medizinische, forensische und psychosoziale Versorgung diskriminierungsfrei vorzuhalten (Artikel 25). Die Angebote müssen „leicht zugänglich“ und „in ausreichender Zahl“ vorhanden sein sowie fachlichen Standards entsprechen. Die Expert_innengruppe für die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Group of experts on action against violence against women and domestic violence, GREVIO) empfiehlt den Staaten eine für die Betroffenen kostenfreie Versorgung durch speziell hierfür ausgebildetes und routinisiertes Personal mit möglichst wenig Weiterverweisungen zwischen den verfügbaren Anlaufstellen,

unabhängig davon, ob die Betroffenen Anzeige erstattet haben oder nicht. Die Einhaltung dieses Zieles ist rechtlich verpflichtend. Die Vertragsstaaten sind frei darin, welchen Weg sie für die Umsetzung wählen.

Der Europarat sieht Versorgungszentren vor, die alle Aspekte einer umfassenden Akutversorgung nach Gewalt – medizinische und psychosoziale Versorgung sowie Spurensicherung – vorhalten.¹⁷¹ Diese Versorgung kann vor Ort in den Zentren stattfinden oder die Zentren können an entsprechende Einrichtungen vermitteln.

In Deutschland ist das Modell der Versorgungszentren eher selten. Überwiegend werden die drei Komponenten der Akutversorgung je nach Region oder Land an rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen, Kliniken mit gynäkologischer Fachabteilung oder bei niedergelassenen Ärzt_innen angeboten. Es gibt keinen vollständigen Überblick darüber, wie viele Untersuchungsstellen es in Deutschland gibt oder welche Art der Versorgung dort angeboten wird.¹⁷² Die Qualität der Versorgung ist stark von den Strukturen in der Region und von den jeweiligen behandelnden Ärzt_innen abhängig.¹⁷³

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat zwischen Februar 2019 und Juni 2020 im Rahmen des Projekts „Gewährleistung einer qualifizierten und flächendeckenden Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt – Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland“ mit circa 100 Ex

167 EU, Fundamental Rights Agency (2014), S. 28 (gefragt wurde nach Gewalterfahrungen seit dem 15. Lebensjahr).

168 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2004), S. 7 (gefragt wurde nach Erfahrungen körperliche oder sexuelle Gewalt oder beidem seit dem 16. Lebensjahr).

169 Im vorliegenden Bericht werden unter dem Begriff Akutversorgung folgende Aspekte zusammengefasst: Eine medizinische Untersuchung und Behandlung zum Zwecke der Gesundheitsversorgung, eine rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung zum Zwecke einer möglichen Strafverfolgung sowie eine Anamnese der psychischen Verfassung der Betroffenen und ein erster Anschluss an Beratungsangebote von Fachberatungsstellen.

170 Europarat (2011a).

171 Europarat (2011b), Ziff. 141.

172 Siehe hierzu: Blättner/Grewe (2019).

173 Siehe hierzu: Blättner/Grewe (2019); Fryszner u. a. (2019).

pert_innen aus verschiedenen Fachbereichen über Versorgungsstrukturen im Kreis Bonn/Rhein-Sieg, Frankfurt am Main, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, dem Saarland und weiteren Regionen gesprochen. Ziel war es, basierend auf den Erfahrungen und Einschätzungen der Expert_innen, konkrete Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von Artikel 25 in Deutschland zu entwickeln.

Aus den Interviews und Fokusgruppen ergibt sich ein diverses Bild an Erfahrungen, Fortschritten und guten Ansätzen, die in den letzten Jahren die Akutversorgung vor Ort weiterentwickelt und verbessert haben. Gleichzeitig wird deutlich, dass verschiedene Projekte und Ansätze durch unzureichende rechtliche Regulierung, eine lückenhafte Finanzierung sowie die zunehmend überlastete Notfallversorgung in Krankenhäusern bei der Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung an ihre Grenzen kommen. Vielerorts sind bestehende Versorgungsstrukturen für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt auf die Initiative und Arbeit einzelner Akteur_innen wie Fachberatungsstellen, Gynäkolog_innen oder Rechtsmediziner_innen zurückzuführen und basieren nach wie vor auf deren freiwilligem Engagement. In wiederum anderen Regionen bestehen keine Angebote der verfahrensunabhängigen Akutversorgung. Betroffene müssten dort theoretisch stundenlange Anfahrtswege in Kauf nehmen, um eine umfassende Akutversorgung zu erhalten. Strukturen für die Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt bleiben in Deutschland trotz regionalen Engagements in vielerlei Hinsicht lückenhaft, sind teils auch rückläufig, und entsprechen damit nicht den Vorgaben der Istanbul-Konvention.

Die im März 2020 in Kraft getretenen Neuregelungen zur Erbringung und Finanzierung der sogenannten vertraulichen Spurensicherung (§ 27 Absatz 1 Satz 6 und § 132k SGB V) sind für Länder und Krankenkassen Möglichkeit und Aufgabe, bestehende Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung nach den Vorgaben von Artikel 25 der Istanbul-Konvention neu zu gestalten. Auch auf Bundesebene bleibt bei der Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention Handlungsbedarf bestehen.

In der vorliegenden Analyse wurde hierfür Handlungsbedarf bei folgenden Schwerpunkten identifiziert:

9.1 Lückenhafte Versorgungsstrukturen

Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt sind darauf angewiesen, Versorgungsangebote zeitnah und ohne lange Anfahrtswege aufsuchen zu können. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung sowie jahrelange Erfahrungen aus den Regionen lassen die folgenden fünf Kriterien für ein flächendeckendes Angebot der Akutversorgung für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt identifizieren:

- Anfahrtszeiten von 20 bis maximal 60 Minuten, gewährleistet für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung
- 24-Stunden-Verfügbarkeit
- ausschließlich begleitete Weiterverweisungen
- kurze oder ausschließlich begleitete Wartezeiten
- geschulte und sensibilisierte Ärzt_innen, Pflege- und Empfangskräfte.

Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Versorgung zu steigern ist in vielen der regionalen Versorgungsansätzen die zentrale Zielsetzung. Das Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen, das Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ (in verschiedenen Regionen umgesetzt), das Projekt „Verfahrensunabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt“ (VSS) im Saarland und das Modell „Anonyme Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (ASS)“ im Kreis Bonn/Rhein-Sieg wählen einen dezentralisierten Ansatz, bei dem möglichst viele Untersuchungsstellen die verfahrensunabhängige Spurensicherung sowie medizinische Versorgung anbieten. Die Versorgung ist dort größtenteils in Krankenhäusern und vereinzelt auch bei niedergelassenen Ärzt_innen (im Saarland) angesiedelt. So kann auch die medizinische Versorgung vor Ort ohne Weiterverweisung gewährleistet werden.

Andere Regionen setzen eher auf einen zentralisierten Ansatz und siedeln die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung an rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen an (etwa in Mecklenburg-Vorpommern). So erreichen die rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen in Mecklenburg-Vorpommern und Heidelberg beispielsweise die Betroffenen, indem Rechtsmediziner_innen die Kliniken und Praxen in der Region anfahren, an die die Betroffenen sich wenden. In wieder anderen Regionen kommen telemedizinische Ansätze zum Einsatz, Rechtsmediziner_innen werden also zu der Untersuchung in einem Krankenhaus digital hinzugeschaltet (so zum Beispiel umgesetzt im Rahmen des Informationssystems iGOBSIS, siehe Kasten: Innovative Ansätze).

Beide Versorgungsansätze stehen gleichermaßen vor der Herausforderung, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Für diejenigen Regionen, die die Versorgung dezentral ausrichten, bleibt es auch vor dem Hintergrund von zunehmend überlasteten Notfallversorgungsstrukturen¹⁷⁴ und schließenden Geburtsstationen¹⁷⁵ in Deutschland schwierig, eine ausreichende Anzahl von Kliniken für die Teilnahme an einem Versorgungsnetzwerk zu gewinnen und die Kooperation langfristig aufrechtzuerhalten. Es ergeben sich immer wieder Zweifel, ob ein Netzwerk mit vielen Untersuchungsstellen aufgrund niedriger Fallzahlen eine routinierte und qualitative Versorgung gewährleisten kann.

„Ich bin ein großer Freund von Schwerpunktbildung [...]. Man muss die Waage halten zwischen Konzentrierung, damit man einfach auch Erfahrung hat bei den jeweiligen Behandlern und Untersuchern, und aber auch einer regionalen, lokalen Versorgung. Unmögliche Anfahrtswege sind einfach nicht zumutbar in so einer Situation.“ (RM8)

Wird das Angebot der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung weitreichend zentralisiert, wird die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen diese erreichen, erheblich verringert. Mobile Dienste, die von zentralen Standorten aus agieren, stoßen wiederum an ihre Grenzen dabei, größere

Flächen zu versorgen, da dies einen erheblichen Zeit- und Kostenaufwand bedeutet.

Aus Interviews und Fokusgruppen wird daher der Bedarf deutlich, Versorgungsstrukturen neu zu denken und Qualität und Erreichbarkeit vereinbar zu gestalten.

„Im Grunde genommen gehört das Angebot von Begleitung durch geschulte Beraterinnen dazu [...] jemanden zur Seite zu haben, die bestärkt und sagt: ‚Es muss keine Anzeige sein, aber es war Unrecht.‘, und im Ablauf zu begleiten, das finde ich wichtig.“ (FB16)

Vor dem Hintergrund fehlender Kapazitäten, unzureichender Vergütung und fachlicher Herausforderungen bleibt es in den Regionen schwierig, Kliniken zur Teilnahme an der Akutversorgung zu motivieren oder darüber hinaus auch verbindliche Standards für die Qualitätssicherung einzufordern. Auch mit einer angemessenen Vergütung der Spurensicherung durch den neuen § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V werden Akquise von und Schulungen an Kliniken und Praxen nur in begrenztem Maße erfolgreich sein, denn Verletzungsdokumentation und Spurensicherung bleiben ein Eingriff in den Regelbetrieb in der Notfallversorgung und Maßnahmen der Qualitätssicherung ein Mehraufwand. Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, eine flächendeckende Versorgung über eine Kombination der in den Regionen erprobten Ansätze, also (1) Versorgung in Kliniken, an denen alle hierfür notwendigen Fachrichtungen, insbesondere Gynäkologie und Rechtsmedizin, vertreten sind (nur an wenigen Standorten gegeben), (2) Rechtsmediziner_innen suchen Patient_innen in Kliniken und Praxen über mobile Dienste auf oder können auf digitalisiertem Weg beraten, (3) Qualifizierung von klinischem Personal in der Durchführung der Spurensicherung. Ergänzend wird von verschiedenen Seiten gefordert, die Möglichkeit zu bieten, dass in Krankenhäusern, Kliniken und rechtsmedizinischen Instituten Mitarbeiter_innen einer Fachberatungsstelle hinzugezogen werden können, die mit den Frauen gemeinsam Wartezeiten überbrücken, während der Akutversorgung beratend zur Seite

¹⁷⁴ Siehe etwa Bundesärztekammer (2017).

¹⁷⁵ Siehe etwa Ärzteblatt.de (20.02.2017).

stehen und gegebenenfalls bei einer Weiterverweisung an eine andere Untersuchungsstelle begleiten. Ein vergleichbares Modell wird in Freiburg bereits umgesetzt und hat im Rahmen dieses Projekts großen Zuspruch erhalten (siehe Kapitel 5.2).

9.2 Kaum verbindliche Qualitätsstandards

Ein Versorgungsangebot auf Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt_innen zu verteilen, wie dies bereits in vielen Regionen der Fall ist, bietet vielerlei Vorteile und hat sich in den Regionen bewährt. Die ambulante und stationäre medizinische Versorgung bleibt nicht zuletzt aufgrund ihrer räumlichen Verteilung und medizinischen Expertise zentraler Akteur in der Akutversorgung.

Trotz der möglicherweise gravierenden Folgen einer unzureichenden Versorgung arbeiten in Deutschland in der Akutversorgung nur wenige Kliniken nach bindenden Standards. Dies ergeben Befragungen von Universitätsfrauenkliniken sowie die Interviews und Fokusgruppen im vorliegenden Projekt. Die fachübergreifende Arbeit unter hohem Zeitdruck stellt Mediziner_innen zudem vor große Herausforderungen, insbesondere wenn keine rechtsmedizinische Expertise hinzugezogen werden kann. Laut Selbsteinschätzung der Mediziner_innen wie auch Erfahrungsberichten von Mitarbeiter_innen der Fachberatungsstellen, Polizist_innen und Rechtsanwält_innen können sich Unsicherheit und fehlende Routine auch auf die Qualität der geleisteten Versorgung auswirken. Zudem wird die Akutversorgung unter großem Zeitdruck „zwischen Tür und Angel“ durchgeführt, Ärzt_innen müssen die Untersuchungen mehrfach unterbrechen, weil ein weiterer medizinischer Notfall angemeldet wird, und auch das Pflege- und Empfangspersonal konnte bisher nicht flächendeckend zu einer Schulung im Umgang mit gewaltbetroffenen Patient_innen verpflichtet werden. Auch für Pflege- und Empfangspersonal ist die Zeit zudem knapp bemessen, sodass die Betroffenen im Klinikalltag häufig in überfüllten Wartezimmern alleine sitzen gelassen werden müssen. Unter diesen Bedingungen wird die Akutversorgung für die Betroffenen zu einer zusätzlichen Belastung.

In den Regionen wird zum Zwecke der Qualitätssicherung die Standardisierung der Untersuchungsabläufe, die Bereitstellung von Untersuchungsmaterial- und Leitfäden, ein Angebot an regelmäßigen Fortbildungen für Ärzt_innen und Pflegepersonal sowie Vernetzung und Austausch zwischen beteiligten Akteuren angestrebt. Jedoch stoßen auch diese Ansätze an ihre Grenzen, denn Schulungsmaßnahmen werden aufgrund einer Überlastung der Notfallversorgung nur vereinzelt und sporadisch besucht und statt bindender Verträge sind (auch vor dem Hintergrund, dass die Krankenhäuser und Praxen nicht für die Leistung der verfahrensunabhängigen Spurensicherung vergütet werden) meist nur Kooperationsvereinbarungen zwischen koordinierenden Stellen und Krankenhäusern möglich (siehe Tabellen im Anhang).

In den Interviews und Fokusgruppen wird gefordert, die Qualität der Versorgung durch verstärkte Schulungsmaßnahmen, einen Lernprozess statt punktueller Wissensvermittlung für Ärzt_innen sowie eine enge Anbindung an rechtsmedizinische Institute und Fachberatungsstellen zu stärken. Die in § 132k SGB V vorgesehene vertragliche Bindung von Einrichtungen und Ärzt_innen könnte dazu genutzt werden, entsprechende Qualitätsstandards zu definieren und zur Voraussetzung für die vorgesehene Vergütung zu machen. Gleichzeitig wird von den Expert_innen betont, dass die Finanzierung der Spurensicherung allein die Herausforderungen in den Kliniken und damit deren Bereitschaft und Kapazitäten an der Versorgung teilzunehmen, nicht automatisch löst: Eine circa 1,5-stündige Untersuchung bedeutet nach wie vor einen einschneidenden Eingriff in den Regelablauf der Notfallversorgung und der erhöhte Schulungsaufwand wird bei geringen Fallzahlen über die geplante Pauschale nicht abzudecken sein. Gefragt sind daher praxisnahe Standards, die die Qualität der Versorgung sicherstellen und auch in Krankenhäusern und Praxen realisierbar sind.

9.3 Schutzlücken bei der Abrechnung medizinischer Leistungen

Eine Möglichkeit, ärztliche Leistungen abzurechnen, ohne personenbezogene Daten an die Krankenkassen weiterzugeben, besteht bisher nicht. Grundsätzlich müssen neben personenbezogenen Daten auch Diagnosen angegeben werden, um die erbrachte Leistung zu rechtfertigen. Sorge besteht bei Ärzt_innen und Fachberatungsstellen dahingehend, dass Krankenkassen die Betroffenen dann mit Rückfragen in Form des Unfallbogens kontaktieren, um einen möglichen Regressanspruch gegenüber den Verursachern geltend zu machen. Hierzu sind sie grundsätzlich rechtlich verpflichtet. Dies setzt die Betroffenen einer zusätzlichen psychischen Belastung aus und, im Falle häuslicher Gewalt, gegebenenfalls auch einer erneuten Gefährdung. Interviews und Fokusgruppen im Rahmen dieses Projekts machen deutlich, dass auch die Einschränkung der ärztlichen Meldepflicht gegenüber den Krankenkassen nach § 294a SGB V keine ausreichende Rechtssicherheit bewirkt hat. In den Interviews wird ein bedenklich uneinheitlicher Umgang bei der Abrechnung der ärztlichen Behandlung gewaltbetroffener Frauen deutlich, sowohl aufseiten von Ärzt_innen als auch bei Krankenkassen. Zwar haben einige Krankenkassen „freiwillige“ Schutzmechanismen eingerichtet und unterlassen den Versand von Unfallbögen, wenn es sich erkennbar um Gesundheitsfolgen sexualisierter und häuslicher Gewalt handelt. Dieses Vorgehen schafft aber keinen rechtssicheren Schutz und verhindert auch nicht, dass Unfallbögen automatisiert versendet werden, wenn die angegebenen Diagnosen, insbesondere bei körperlicher Gewalt, nicht als Gewalt markiert werden, aber in das „Unfall-Raster“ der Krankenkassen fallen (so zum Beispiel ein Armbruch, der sowohl Folge von Gewalt als auch eines Verkehrsunfalls sein könnte). Diese Lücke betrifft die Fälle, in denen Ärzt_innen gerade zum Schutz der Patient_innen die Gewalt nicht an die Krankenkassen melden. Von Ärzt_innen, Fachberatungsstellen und Krankenkassen wird daher eine Klarstellung der Rechtslage gefordert. Fachberatung und Ärzt_innen fordern zudem, die Krankenkassen aktiver und verbindlich in den Schutz der Betroffenen miteinzubeziehen.

9.4 Fortbestehende Finanzierungslücken trotz der Neuregelungen im SGB V

Die Finanzierung der Akutversorgung ist lückenhaft und daher auch in Interviews und Fokusgruppen zentrales Thema. Verfahrens unabhängige Angebote der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung sind bisher weder Kassenleistung noch über das Justizvergütungsgesetz finanzierbar. Hinzu kommen Finanzierungslücken für verschiedene medizinische Leistungen, die für Krankenhäuser eine zusätzliche Belastung darstellen und teils dazu führten, dass diese aus Versorgungsnetzen wegbrachen. Vielerorts war der Umfang des Versorgungsangebots im Vergleich zu der polizeilich beauftragten Versorgung damit eingeschränkt. Wollten die Betroffenen beispielsweise auch ohne polizeilichen Auftrag auf K.-o.-Mittel getestet werden, geschah dies auf eigene Kosten, die sich je nach Untersuchungsstelle und Fall auf bis zu 300 Euro belaufen können.

Mit der anstehenden Umsetzung der seit März 2020 geltenden Regelungen des SGB V auf Länderebene wird sich das ändern. Die „vertrauliche Spurensicherung“ ist seit dem 1. März 2020 in § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V als Kassenleistung definiert. Die ärztliche Leistung der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, Laborkosten (zum Beispiel auch der Test auf K.-o.-Tropfen) sowie Lagerungs- und Transportkosten werden als Kassenleistung finanziert, sobald sich Länder, Krankenkassen und für die Umsetzung geeignete Einrichtungen/Ärzt_innen auf Vergütungshöhe, Abrechnungswege und verschiedene andere Aspekte vertraglich geeinigt haben. Wie Tabelle 1 darstellt, wird hiermit ein wichtiger Aspekt der Finanzierungslücken in der Akutversorgung angesprochen. Gleichzeitig zeigt die Tabelle auch, dass andere Aspekte, wie zum Beispiel Materialkosten oder die Kosten für die Schulung von Ärzt_innen, im Gesetz nicht mitberücksichtigt sind. Auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung bleiben verschiedene Finanzierungslücken bestehen.

Medizinische Versorgung in Krankenhäusern nicht vollständig finanzierbar

Finanzierungslücken bleiben bei der medizinischen Versorgung bestehen, und zwar unabhängig davon, ob die Betroffenen in Begleitung der Polizei

oder vertraulich und ohne Einbezug der Strafverfolgungsbehörde eine Behandlung wünschen. Zur medizinischen Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt gehören laut WHO bei Bedarf mindestens das Angebot einer Notfallkontrazeption, die Basisdiagnostik verschiedener Infektionskrankheiten sowie entsprechende Postexpositionsprophylaxen.

„Chlamydien, Gonokokken, HIV, Hepatitis, Syphilis: Wir machen das alles bei Bedarf, das ist aber hier bei uns im Krankenhaus im Notfall nicht abrechenbar, das gehört in den niedergelassenen Bereich. Da unterscheidet sich das Krankenhaus ganz eindeutig vom niedergelassenen Bereich.“ (LAS1)

Diese Leistungen sind in Deutschland, mit Ausnahme der Notfallkontrazeption, bereits Kassenleistung. Da diese jedoch der ambulanten Versorgung zugeordnet sind und zudem nicht den Anforderungen der Notfallversorgung entsprechen, können Krankenhäuser diese Leistungen nicht abrechnen. Teils werden die Betroffenen daher an niedergelassene Ärzt_innen weiterverwiesen, wo sie jedoch laut Beratungsstellen häufig nicht ankommen, da ein erneuter Anfahrtsweg in der Akutsituation überfordert. In wieder anderen Krankenhäusern werden die Leistungen aus eigenen Töpfen finanziert. Dies führt laut Berichten von Ärzt_innen intern zu Druck, solche Behandlungen möglichst zu vermeiden, und in manchen Fällen auf Dauer auch dazu, dass die Kliniken aus aufgebauten Netzwerken zur Akutversorgung nach Gewalt ausscheiden.

Kostenpflichtige Notfallkontrazeption

Die „Pille danach“ kann nur bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs als Kassenleistung bezogen werden. Nur vereinzelte Regionen stellen sicher, dass die „Pille danach“ für die Betroffenen kostenfrei zur Verfügung steht, so zum Beispiel das Saarland, wo die Betroffenen die „Pille danach“ über einen Bezugsschein kostenfrei in den Apotheken erstehen können. Für viele Betroffene bleibt die Notfallkontrazeption jedoch kostenpflichtig.

9.5 Notwendige Rahmenbedingungen

Die Bereitstellung eines flächendeckenden, zugänglichen Versorgungsnetzwerks für Betroffene von sexualisierter und häuslicher Gewalt ist mit ei-

ner einmaligen Identifizierung von Untersuchungsstellen und der Finanzierung der Versorgung selbst nicht getan. Die Erfahrungen in den Regionen zeigen deutlich, dass dies zum einen Mittel erfordert, die in strukturelle Aspekte der Versorgung einfließen, wie etwa in Qualifizierungsmaßnahmen und die Bereitstellung von Untersuchungsmaterialien. Zum anderen bedarf es kontinuierlicher Arbeit, Versorgungsstrukturen funktionsfähig zu halten: So müssen Schulungen für Ärzt_innen, Pflege- und Empfangspersonal regelmäßig durchgeführt werden. Spurensicherungskits, die in den Kliniken genutzt werden, um die Spurensicherung durchzuführen, haben Verfallsdaten und müssen regelmäßig neu gelieert werden und nur kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ermöglicht es, dass Frauen soweit wie möglich über bestehende Angebote informiert sind. Ebenso zentral ist ein regelmäßiger Austausch zwischen verschiedenen Akteuren wie Fachberatungsstellen, rechtsmedizinischen Instituten, Gynäkolog_innen und niedergelassenen Ärzt_innen. Diese Aspekte bedürfen kontinuierlicher und zeitaufwendiger Arbeit. In den Regionen haben verschiedene Stellen, darunter Fachberatungsstellen (so zum Beispiel im Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, im Modell „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS)“ im Kreis Bonn/Rhein-Sieg), rechtsmedizinische Institute (so zum Beispiel im Netzwerk ProBeweis in Niedersachsen) und eine zwischen Landesministerium und Fachberatungsstelle geteilte Stelle (Saarland), koordinierende Aufgaben übernommen, um dies zu gewährleisten. Zu deren Aufgaben gehören beispielsweise die Akquise von Untersuchungsstellen (insbesondere Krankenhäuser und Gemeinschaftspraxen), die Konzeption und Durchführung von Schulungen, die Konzeption und Bereitstellung der Materialien (zum Beispiel Dokumentationsbögen/Spurensicherungskits), Organisation und Aufrechterhaltung von Austausch und Vernetzung, das Sammeln und Kommunikation von Rückmeldungen über Einzelfälle von verschiedenen Akteuren in den Versorgungsstrukturen sowie Öffentlichkeitsarbeit. Sowohl koordinierende Tätigkeiten als auch die Finanzierung der Rahmenbedingungen der Versorgung sind zentral dafür, ein Angebot der Akutversorgung aufrechtzuerhalten und damit den Anforderungen der Istanbul-Konvention gerecht zu werden.

10 Handlungsempfehlungen

Die im März 2020 in Kraft getretenen bundesweiten Neuregelungen zur Erbringung und Finanzierung der vertraulichen Spurensicherung ermöglichen es, bestehende Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung nach den Vorgaben von Artikel 25 der Istanbul-Konvention neu zu gestalten. Gemäß dem durch Artikel 2 Nr. 4a des Maserenschutzgesetzes ergänzten § 27 SGB V gehören zur Krankenbehandlung nun auch „Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können“ (§ 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V). Nach § 132k SGB V sollen Krankenkassen oder ihre Landesverbände gemeinsam und einheitlich mit dem jeweiligen Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzt_innen Verträge über die Erbringung der im Gesetz genannten Leistung schließen. Das Gesetz spricht zentrale Aspekte der Versorgung an und lässt an anderen Stellen Handlungsbedarf offen. Für die Umsetzung der Neuregelungen des SGB V und darüber hinaus für einen weiteren Ausbau der Versorgungsstrukturen werden im Folgenden Handlungsempfehlungen für Bund und Länder vorgestellt, basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung.

10.1 Von Goodwill zur Vertragsbeziehung: Verbindliche Qualitätsstandards

Der neue § 132k SGB V setzt eine vertragliche Bindung zwischen Ländern, Krankenkassen sowie Einrichtungen und Ärzt_innen voraus. Damit entsteht ein vertraglicher Rahmen für die Umsetzung der Akutversorgung. Bisher war ein vergleichbarer Vertragsschluss in den Regionen nur vereinzelt möglich, unter anderem auch da Krankenhäuser und Ärzt_innen nicht für ihre Leistung vergütet wurden. Daher war es auch eine Ausnahme, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Schulungen, für die Untersuchungsstellen verpflichtend waren (siehe Kapitel 6). Hier bieten die Neuregelungen des SGB V eine Möglichkeit, Kooperationen weiterzuentwickeln: Um an der Versorgung teilzunehmen und die entsprechende Vergütung für die Leistungen der Spurensicherung gemäß § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V zu erhalten, sollten Untersuchungsstellen (darunter Krankenhäuser, niedergelassene Ärzt_innen und rechtsmedizinische Institute) vertraglich an Standards zur Qualitätssicherung gebunden werden. Unabhängig davon, dass das Gesetz grundsätzlich auf die Spurensicherung ausgerichtet ist, sollten diese Standards im Lichte der Pflicht aus Artikel 25 Istanbul-Konvention interdisziplinär angesetzt sein, also auch die medizinische Versorgung, psychosoziale Zuwendung und Anbindung an Fachberatung mitbedenken. Zu den Inhalten solcher Verträge ergeben sich aus Interviews und Fokusgruppen folgende Ergebnisse:

Mindeststandards für Kliniken und niedergelassene Ärzt_innen

In Deutschland und weiteren Staaten haben über die letzten Jahre verschiedene internationale Organisationen,¹⁷⁶ rechtsmedizinische Institute,¹⁷⁷ Fachberatungsstellen¹⁷⁸ und andere Nichtregierungsorganisationen¹⁷⁹ Standards für die Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt entwickelt. Auch die Qualifizierung von Ärzt_innen wurde in verschiedenen Regionen bereits weitreichend erprobt. Entsprechende Manuals, Schulungskonzepte und Materialien stehen bereits in breiter Auswahl zur Verfügung. Insbesondere hinsichtlich der rechtsmedizinischen Komponenten der Versorgung besteht jedoch von verschiedenen Seiten die Forderung, diese Konzepte von punktueller Wissensvermittlung auf einen kontinuierlichen Lernprozess auszuweiten. Gleichzeitig wird problematisiert, dass für Krankenhäuser und Ärzt_innen aufgrund einer ohnehin hohen zeitlichen Belastung schon die bereits bestehenden Qualifizierungsmöglichkeiten kaum wahrzunehmen sind. Es bedarf daher eines vertieften interdisziplinären Diskurses mit dem Ziel, Standards zu entwickeln, die auch vor dem Hintergrund der seit März 2020 verpflichtend vorgesehenen Finanzierung (§ 27 Absatz 1 Satz 6 und 132k SGB V) in der Praxis umzusetzen sind und gleichzeitig eine hochwertige Versorgung ermöglichen. Die folgenden Punkte wurden in den Interviews und Fokusgruppen im Rahmen des vorliegenden Projektes von verschiedenen Fachrichtungen besonders hervorgehoben und könnten als Grundlage für diesen Diskurs dienen.

- Eine geeignete Einrichtung sollte ein etabliertes Konzept zur Spurensicherung/Versorgung nach aktuellen forensischen/medizinischen Standards einführen beziehungsweise an ein entsprechendes bestehendes Konzept angebunden sein.
- In jeder Untersuchungsstelle sollte eine Person als Ansprechpartner_in für Rückfragen aus dem Kollegium und von anderen Akteuren aus den Versorgungsstrukturen fungieren und für

die Umsetzung der vertraglich geregelten Standards zuständig sein.

- Verbindliche Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für Ärzt_innen, entwickelt in Zusammenarbeit mit den und zertifiziert durch die Ärztekammern. Wünschenswert ist eine Bescheinigung über den Abschluss dieser Aus- und Fortbildungsmaßnahmen mit entsprechendem Zertifikat für Mediziner_innen.
- Vertraglich vereinbarte Kooperationen zwischen Kliniken und/oder niedergelassenen Ärzt_innen und rechtsmedizinischen Instituten, die ermöglichen, dass bei Bedarf Rücksprache mit Rechtsmediziner_innen gehalten werden kann.
- Eine abschließende Liste von Fällen und/oder Verletzungsmustern, bei denen vonseiten des klinischen Personals Rechtsmediziner_innen zu der Untersuchung hinzugezogen werden müssen.
- Verpflichtende Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen für Empfangs- und Pflegekräfte
- Die Qualität der Versorgung ohne Beisein von Rechtsmediziner_innen sollte stichprobenartig geprüft werden.¹⁸⁰
- Verpflichtende Anbindung an Fachberatungsstellen

Idealerweise sollte das Ergebnis dieses Diskurses in die Verträge zwischen Ländern, Krankenkassen und Einrichtungen und Ärzt_innen einfließen. Der entsprechende Mehraufwand aufseiten der Einrichtungen und Ärzt_innen muss sich zudem in einer entsprechenden Vergütung niederschlagen. (Weitere Informationen in Kapitel 5)

176 World Health Organisation (2013a).

177 Gahr/Ritz-Timme (2017).

178 Landeskoordinierungsstelle ASS NRW (2018).

179 S.I.G.N.A.L. e.V. (2018).

180 So auch gefordert in der Studie: Fryszer u. a. (2019), S. 942.

Verpflichtende Fortbildungs- und Vernetzungsaufgaben auch für rechtsmedizinische Institute

Auch in Verträge mit rechtsmedizinischen Instituten sollten verpflichtende Schulungen/Fortbildungen zum Thema sexualisierte und häusliche Gewalt sowie eine Anbindung an Fachberatungsstellen aufgenommen werden.

Einheitliche Untersuchungsmaterialien und Dokumentationsbögen

Dokumentationsbögen und Untersuchungsmaterialien schaffen Struktur in der Untersuchung, indem sie die behandelnden Ärzt_innen durch die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung leiten. Routine kann insbesondere dann entstehen, wenn diese Unterlagen für polizeilich beauftragte und verfahrensunabhängige Untersuchungen gleichermaßen genutzt werden. In einigen Regionen (etwa im Saarland und in Hessen) ist dies bereits der Fall. (Weitere Informationen in Kapitel 5.3.1)

10.2 Flächendeckende Versorgungsnetzwerke schaffen

Der neue § 132k SGB V sieht einen Vertragsschluss zwischen Ländern, Krankenkassen und einer „hinreichenden Zahl“ von Einrichtungen und Ärzt_innen vor. Es schließt damit an die Vorgaben der Istanbul-Konvention an, die Versorgungsangebote in „ausreichender Zahl“ fordert. Als Grundlage für die Verhandlungen zur Umsetzung des § 132k SGB V in den Ländern gilt es, diese Anforderungen zu konkretisieren. Eine Verhältniszahl zwischen Einwohner_innen und Untersuchungsstellen, wie zum Beispiel im Erläuternden Bericht zur Istanbul-Konvention vorgesehen, bietet sich hierfür nicht an. Denn diese trifft keine Aussage über die räumliche Verteilung der Angebote und damit deren Zugänglichkeit. Angebote der Akutversorgung müssen für die Betroffenen jedoch zeit- und ortsnah erreichbar sein. Aus den Erfahrungen in den Regionen ergeben sich daher folgende Vorgaben für eine flächendeckende Versorgung: Aus Sicht der Versorgungsforschung sollten Versorgungsangebote an sieben Tagen die Woche 24 Stunden täglich zur Verfügung stehen und für mindestens 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von maximal 45–60 Minuten erreichbar sein. Zudem muss gewährleistet sein, dass Weiterverweisungen ausschließlich in Begleitung stattfinden, nur kurze oder begleitete Warte

zeiten entstehen und dass die Betroffenen vor Ort auf geschultes und sensibilisiertes Pflege- und Empfangspersonal stoßen.

In den Regionen wurden verschiedene Ansätze für eine flächendeckende Versorgung erprobt, darunter insbesondere (1) Rechtsmediziner_innen, die Betroffene in ihrer Erstanlaufstelle (Klinik oder Praxis) aufsuchen, um dort gemeinsam mit Gynäkolog_innen oder Ärztinnen anderer Fachrichtungen die Untersuchung durchzuführen, (2) Qualifizierungsmaßnahmen, die Gynäkolog_innen und Ärzt_innen anderer klinischer Fachrichtungen dazu befähigen, die Versorgung nach dem geforderten Facharztstandard zu gewährleisten. Keine dieser Optionen kann eine flächendeckende Versorgung nach den oben genannten Vorgaben allein tragen. Daher wird empfohlen, diese Ansätze parallel auszubauen und zu fördern und mit der Möglichkeit für Betroffene, von geschultem Fachpersonal begleitet zu werden, zu ergänzen. So werden zwei grundlegende Schwachstellen bestehender Versorgungsstellen angesprochen: Gynäkolog_innen bekommen die gewünschte Möglichkeit, kurzfristig Rechtsmediziner_innen beratend heranzuziehen, und der Schutz der Betroffenen wird durch eine fachgerechte Begleitung erhöht. Hieraus ergibt sich an folgenden Punkten Handlungsbedarf:

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt_innen weiter in Versorgungsstrukturen integrieren

Sowohl Kliniken als auch niedergelassene Ärzt_innen weisen als Untersuchungsstellen für die Akutversorgung Vor- und Nachteile auf. Kliniken sind rund um die Uhr erreichbar und vertreten oft verschiedene Fachdisziplinen; lange Wartezeiten und unübersichtliche Strukturen sind hier jedoch kaum vermeidbar. Niedergelassene Ärzt_innen sind zeitlich nur begrenzt verfügbar, können jedoch eine ruhige Atmosphäre für die Untersuchung schaffen und haben häufig ein Vertrauensverhältnis zu ihren Patient_innen. Es sollte daher ein Versorgungsnetzwerk, das aus beiden Formen der Untersuchungsstellen besteht und den Betroffenen damit eine gewisse Auswahl anbietet, angestrebt werden. Für niedergelassene Ärzt_innen, die zeitlich nur begrenzt verfügbar sind, muss für Nacht- und Wochenendzeiten eine erreichbare Alternative an Kliniken gegeben sein. Diese Einrichtungen sind an die oben aufgeführten Qualitätsstandards zu binden.

Rechtsmedizinische Expertise für Ärzt_innen verfügbar machen

Rechtsmedizinische Institute haben nach aktuellem Stand weder die Kapazitäten noch die Mittel, ohne Einbezug von Ärzt_innen ein flächendeckendes Angebot von Verletzungsdokumentation und Spurensicherung zu leisten. Gleichzeitig wird insbesondere von Gynäkolog_innen deutlicher Bedarf angemeldet, während der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung im Zweifelsfall auch kurzfristig Beratung und Unterstützung durch Rechtsmediziner_innen bekommen zu können. Um eine flächendeckend hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen rechtsmedizinische Institute daher mit Kapazitäten und Mitteln ausgestattet werden, die es ermöglichen, vermehrt auch in der verfahrensunabhängigen Versorgung mitzuwirken. Aus der Erfahrung verschiedener Regionen ergeben sich hierfür insbesondere zwei Ansätze:

Mobile Dienste stärken und ausweiten: Rechtsmedizinische Institute sollten die Mittel zur Verfügung gestellt werden, auch unter Berücksichtigung von längeren Anfahrtswegen die Untersuchung der Betroffenen in Erstanlaufstellen (Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzt_innen) bei Bedarf zu unterstützen. Vergleichbare Ansätze gibt es bereits beispielsweise in Heidelberg und in Mecklenburg-Vorpommern.

Telemedizinische Ansätze ausbauen: Auch telemedizinische Ansätze können genutzt werden, um Rechtsmediziner_innen kurzfristig in Untersuchungen einzubeziehen oder deren Expertise anzufragen. So wird aktuell erprobt, Rechtsmediziner_innen digital zu der Untersuchung zuzuschalten (siehe etwa Projekt ARMED). Bereits erprobt ist die Möglichkeit, Untersuchungsunterlagen digital auf eine geschützte Plattform hochzuladen und Rechtsmediziner_innen so Einsicht zu gewähren (siehe etwa iGOBSIS).

Diese Maßnahmen schließen sich gegenseitig nicht aus und sind je nach regionalen Gegebenheiten auch zu kombinieren. (Weitere Informationen in Kapitel 5.3.3)

Patient_innenbegleitung durch geschultes Fachpersonal flächendeckend ermöglichen

Lange Wartezeiten und Weiterverweisungen lassen sich nicht gänzlich vermeiden. Sie bedeuten

für die Betroffenen jedoch eine zusätzliche Belastung und können dazu führen, dass diese ihren Versuch, Hilfe in Anspruch zu nehmen, abbrechen. Auch gut geschultes Pflegepersonal in Krankenhäusern kann nur selten die Zeit aufbringen, die Betroffenen durch Wartezeiten zu begleiten. Daher muss eine flächendeckende Möglichkeit geschaffen werden, dass die Betroffenen durch Lots_innen oder Begleitsdienste auf ihrem Weg begleitet werden können (so beispielsweise bereits umgesetzt in Freiburg und aktuell erprobt in Heidelberg). Idealerweise ist ein Begleitsdienst rund um die Uhr für alle Kliniken und Praxen im Einzugsgebiet erreichbar. So ist sichergestellt, dass dieser Dienst auch für Betroffene zur Verfügung steht, die sich an Kliniken oder Praxen wenden, die nicht explizit als Versorgungsangebot für Betroffene sexualisierter und häuslicher Gewalt ausgewiesen sind. Expertise und Erfahrung für ein solches Angebot liegt bei den Fachberatungsstellen und Frauennotrufen. Die Begleitung der Betroffenen kann je nach Anfahrtsweg und Wartezeiten ganze Arbeitstage in Anspruch nehmen. Ein 24 Stunden verfügbares Angebot bedarf entsprechender Finanzierung. (Weitere Informationen in Kapitel 4.2.3)

10.3 Notwendige Rahmenbedingungen schaffen und fördern

Landesweite und regionale Koordinierungsfunktionen

Die Bereitstellung flächendeckender Versorgungsnetzwerke ist mit dem in § 132k SGB V verpflichtend vorgesehenen Vertragsschluss zwischen Ländern, Krankenkassen und geeigneten Einrichtungen und Ärzt_innen nicht abschließend gewährleistet. Vielmehr zeigen die Erfahrungen aus den Regionen deutlich, dass das Angebot der Akutversorgung nur dann funktioniert, wenn es in entsprechende Strukturen eingebettet ist, die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung leisten und in denen zudem eine hierzu befugte Stelle verschiedene koordinierende Rollen übernimmt. In manchen Regionen in Deutschland füllen bereits verschiedene Akteure, darunter zum Beispiel Frauenberatungsstellen (etwa die Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt im Modell: „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“) und rechtsmedizinische Institute (etwa das Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover), eine koor-

dinierende Rolle aus. Teils agieren diese auf regionaler Ebene (etwa die Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn im Modell „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten [ASS]“), teils agieren sie auf Landesebene (etwa das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland in Zusammenarbeit mit dem Frauennotruf Saarland). Die zentrale Rolle dieser Akteure ist mit der Umsetzung des § 132k SGB V nicht aufgehoben, es ist vielmehr wichtig, diese weiter zu finanzieren und, wo noch keine vergleichbaren Ansätze bestehen, auszubauen. Idealerweise sollten regionale Koordinierungsaufgaben mit denen auf Landesebene verschränkt und gemeinsam angegangen werden. Vor dem Hintergrund der durch das Gesetz vorgesehenen Strukturen sollte eine koordinierende Rolle mit folgenden Aufgaben betraut sein:

Temporäre oder einmalige Aufgaben:

- Konzeption einer landesweit einheitlichen Öffentlichkeitskampagne, die für die Öffentlichkeitsarbeit in Regionen/Kommunen mit regionalen Ansprechpartner_innen und Kontakten ergänzt werden kann (so beispielhaft umgesetzt im Modell: „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, siehe Kapitel 7)
- Akquise von Untersuchungsstellen und Nachhalten, dass eine flächendeckende Versorgung damit gewährleistet ist
- Konzeption von Qualifizierungsmaßnahmen (so bereits in allen hier dargestellten Regionen mit dezentralisiertem Versorgungsansatz bereits entwickelt, siehe Tabellen im Anhang)
- Koordinierung der Konzeption einheitlicher Dokumentationsbögen

Kontinuierliche Aufgaben beinhalten:

- regelmäßigen Austausch mit Untersuchungsstellen, auch um sicherzustellen, dass die Angebote dort den Verträgen entsprechend ausgestaltet und umgesetzt werden,
- Vorbereitung und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen,

- Nachhalten stichprobenartiger Qualitätskontrollen durch rechtsmedizinische Institute,
- Bereitstellung und Aktualisierung einer landesweiten Übersicht von Versorgungsangeboten,
- regionale und landesweite Datenerhebung zur Nutzung der Versorgungsangebote,
- regionale und landesweite Öffentlichkeitsarbeit,
- Bereitstellung und regelmäßige Erneuerung von Untersuchungsmaterialien in Untersuchungsstellen (Spurensicherungskits),
- Organisation eines regelmäßigen Austauschs zwischen involvierten Akteuren vor Ort. Hierin sollten zumindest einbezogen werden: Fachberatungsstellen, Ärzt_innen, Strafverfolgungsbehörden (diese Aufgabe sollte regional ausgeführt werden).

Strukturelle Kosten der Akutversorgung

Auch wenn die Umsetzung von § 27 Absatz 1 Satz 6 und § 132k SGB V die Möglichkeit bietet, eine wichtige Finanzierungslücke in der Akutversorgung zu schließen, so bleiben andere Kosten nach wie vor bestehen: In vielen Regionen haben sich über viele Jahre hinweg Versorgungsstrukturen entwickelt, die nur über Vernetzung, kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und weitere Rahmenbedingungen der Versorgung funktionieren. Zusätzlich fallen im direkten Zusammenhang mit der Bereitstellung eines Versorgungsangebots weitere Kosten für Material und Qualifizierungsmaßnahmen an. Um eine flächendeckende Versorgung auch langfristig zu gewährleisten, müssen daher folgende Aspekte finanziert werden:

- Materialkosten (in Form von sogenannten Spurensicherungskits)
- Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit
- Finanzierung von Schulungen und anderen Qualifizierungsmaßnahmen
- Begleitdienste
- Koordinierungsaufgaben (Weitere Informationen in Kapitel 6)

Regelung für eine einheitliche Lagerungsdauer der Spuren

Die Lagerungsdauer für das Spurenmaterial, das im Rahmen einer verfahrensunabhängigen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung gesammelt wird, ist derzeit bundesweit uneinheitlich (ein Jahr im Modell „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, etwa in Frankfurt, und zehn Jahre im Modell „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten“, Kreis Bonn/Rhein-Sieg) und nicht geregelt. Hier bietet sich eine gesetzliche Regelung an, die an den straf- und zivilrechtlichen Verjährungsfristen orientiert ist. Das entspricht auch dem Zweck der Spurensicherung, Betroffene auch noch Jahre nach der Tat in einem Gerichtsverfahren bei der Beweisführung zu unterstützen.¹⁸¹ (Weitere Informationen in Kapitel 8.4.3)

Regelung für vertrauliche Laboruntersuchungen

Um eine vollständige, vertrauliche Akutversorgung der Betroffenen zu ermöglichen, müssen medizinische und forensische Labore Laboruntersuchungen wie beispielsweise einen Test auf K.-o.-Mittel oder Tests auf verschiedene Infektionskrankheiten auch ohne Angabe personenbezogener Daten durchführen können. Dies ist derzeit nicht der Fall, sodass Ärzt_innen die Vertraulichkeit der Untersuchung gefährdet sehen, wenn Laboruntersuchungen anfallen. Beispielsweise könnten, wie auch bei der Lagerung des Spurenmaterials, Chiffrierungen die personenbezogenen Daten der Betroffenen bei der Zuordnung der Ergebnisse ersetzen. (Weitere Informationen in Kapitel 8.4.3)

10.4 Finanzierung der Akutversorgung sicherstellen

Durch den neuen § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V werden verschiedene zentrale Aspekte der verfahrensunabhängigen (im Gesetz „vertraulichen“) Spurensicherung zur Kassenleistung. Damit kann eine bedeutende Finanzierungslücke geschlossen werden. Ob diese Neuregelungen jedoch die Versorgung der Betroffenen nachhaltig beeinflussen können, hängt entscheidend von der Umsetzung des Gesetzes in den Ländern und insbesondere von der Höhe der (Pauschal-)Zahlungen ab, die im

Rahmen der im Gesetz (§ 132k SGB V) vorgesehenen Verhandlungen zwischen Ländern, Krankenkassen und Einrichtungen/Ärzt_innen entwickelt werden. Gleichzeitig bleiben andere Finanzierungslücken in der Akutversorgung, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Versorgung, bestehen. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

Vergütung für die vertrauliche Spurensicherung an realen Kosten orientieren

Auch wenn die verfahrensunabhängige Spurensicherung bisher nur in wenigen Regionen vergütet wurde, lassen sich aus den Erfahrungen der Expert_innen wertvolle Anhaltspunkte für die vorgesehene Vergütung der Leistung der vertraulichen Spurensicherung entnehmen:

Zum einen wird deutlich, dass eine Kostenerstattung der Kliniken und Ärzt_innen für die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in Form von Aufwandsentschädigungen, wie sie derzeit gestaltet sind, nicht ausreichen. Die Akutversorgung nach Gewalt bleibt für Krankenhäuser und Praxen ungewöhnlich zeitaufwendig. Eine (Pauschal-)Zahlung sollte sich daher an den realen Kosten der Einrichtungen und Ärzt_innen orientieren, die diese Leistungen erbringen. Diese realen Kosten können sehr unterschiedlich sein, je nachdem, welche Akteure die Spurensicherung durchführen. Beispielsweise unterliegen rechtsmedizinische Institute, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt_innen unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen und Abläufen. Soll gewährleistet sein, dass möglichst viele Akteure ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk bieten, müssen die Verhandlungen zur Umsetzung der Neuregelungen des SGB V zur Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt und zur verfahrensunabhängigen Spurensicherung daher die Erfahrung und Einschätzung dieser Akteure einbeziehen.

Die im Gesetz vorgesehenen Leistungen der ärztlichen Untersuchung, Laborkosten sowie Transport- und Lagerungskosten werden im Einzelfall bei Fällen sexualisierter Gewalt mindestens drei verschiedene Akteure mit einbeziehen, darunter Rechtsmediziner_innen (rechtsmedizinische Insti

181 Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (16.10.2019), Begründung Nr. 1.

tute), Gynäkolog_innen (Krankenhäuser oder Praxen), die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung durchführen, sowie forensische Labore. Zwar könnte eine Pauschalzahlung an einen dieser Akteure ausgezahlt und dann anteilig auf die anderen Akteure verteilt werden, dieser Ansatz scheint jedoch sehr hochschwellig und schwer umsetzbar. Es erscheint naheliegender, unterschiedliche Leistungspakete zu definieren, beispielsweise die Lagerungskosten separat von den Behandlungskosten zu vergüten.

Gleichzeitig sollten Abrechnungswege möglichst praxisnah und niedrigschwellig gestaltet werden. Daher bietet es sich an, solche Leistungen, die bei einer Einrichtung gebündelt erbracht werden, auch gebündelt als eine Abrechnungsziffer einzurichten. In Kapitel 9.4.3 werden darauf basierend erste Ansätze einer Bezifferung der Kosten solcher Leistungspakete vorgestellt, die als Grundlage für einen interdisziplinären Verhandlungsprozess dienen können. (Weitere Informationen in Kapitel 8.4.3)

Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung ermöglichen

In Deutschland sind bestimmte Gruppen von Frauen, die von Gewalt betroffen sind, entweder aufgrund ihres aufenthaltsrechtlichen Status oder aus anderen Gründen nicht krankenversichert. In den Gesprächen wird in diesem Zusammenhang insbesondere auf Migrant_innen ohne Papiere und arbeitssuchende Migrant_innen aus den neuen EU-Ländern verwiesen. Frauen müssen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus oder anderen Lebensumständen, durch die kein Versicherungsschutz besteht, Zugang zu den verschiedenen Leistungen der Akutversorgung haben. Um dies zu gewährleisten, könnten auf Landesebene Töpfe eingerichtet werden, über die diese Behandlung gewährleistet wird. Deren Ausgestaltung könnte beispielsweise an den Finanzierungsansatz für die vertrauliche Spurensicherung im Saarland angelehnt werden. Hier wurde gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine separate Abrechnungsziffer eingerichtet, über die Ärzt_innen eine Pauschale für die Durchführung der Spurensicherung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ohne Angabe per

sonenbezogener Daten abrechnen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bekommen die anfallenden Kosten vom Landesministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland zurückerstattet. Dieser Ansatz ist nicht direkt auf die Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung ausgerichtet, bietet jedoch einen praxisnahen Ansatz, der auch für diese Thematik anwendbar erscheint. (Weitere Informationen in Kapitel 6)

Regelungen auch auf private Krankenversicherungen ausweiten

Die neue Regelung für die verfahrensunabhängige Spurensicherung (§ 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V) gilt nach aktuellem Stand für die gesetzlichen Krankenkassen. Dass auch die privaten Krankenversicherungen diese Leistungen einrichten, ist nicht automatisch gegeben. Um einen flächendeckenden Zugang zu gewährleisten, müssen die Ergebnisse der Verhandlungen auch auf private Krankenversicherungen ausgeweitet werden. Andernfalls bleiben verschiedene Aspekte der Versorgung (so zum Beispiel der Test auf K.-o.-Tropfen) für privatversicherte Frauen weiterhin kostenpflichtig und die Behandlung der Ärzt_innen unvergütet.

Finanzierung der medizinischen Versorgung auch in Krankenhäusern

Eine umfassende medizinische Versorgung muss auch in Krankenhäusern, die häufig erste Anlaufstelle der Betroffenen sind, finanziert werden. Von besonderer Bedeutung sind dabei Laborleistungen, die Krankenhäuser bisher aufgrund der Sektorentrennung in der Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär) nicht in vollem Umfang als Kassenleistung abrechnen können. Hier können je nach Fall und Bewertungsmaßstab Kosten von mindestens 50 Euro,¹⁸² je nach Fall auch deutlich höhere Kosten anfallen, die aktuell noch ungedeckt bleiben. Dies gilt sowohl dann, wenn Frauen in Begleitung der Polizei ein Krankenhaus aufsuchen, als auch wenn diese die Versorgung verfahrensunabhängig wünschen.

¹⁸² Errechnet auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), hier nicht eingeschlossen sind die Laborleistungen für Tests auf Chlamydien und Neisseria gonorrhoeae, da diese meist erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgewiesen werden können.

Der Einbezug dieser Laborleistungen in eine (Pauschal-)Zahlung für die vertrauliche Spurensicherung (im Rahmen der Umsetzung des § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V) ist ein wichtiger erster Schritt. Darüber hinaus muss die medizinische Versorgung aber auch für Frauen gewährleistet sein, die keine vertrauliche Spurensicherung in Anspruch nehmen. Idealerweise könnte hierfür eine gesonderte Abrechnungsziffer geschaffen werden. Diese könnte die für Fälle sexualisierter Gewalt gängigen Laborleistungen abdecken und auch im nicht ambulanten Bereich abgerechnet werden. Diese Forderung ist in Fachkreisen gängig und bietet eine niedrigschwellige Lösung. (Weitere Informationen in Kapitel 8.5.1)

Kostenfreie Notfallkontrazeption

Eine Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung ist eine Folge der Gewalt. Dass die Betroffenen, die über 22 Jahre alt sind, nach aktueller Gesetzeslage (§ 24a Absatz 2 Satz 2 SGB V) die Kosten dafür tragen sollen, das Eintreten dieser Gewaltfolge zu verhindern, ist inakzeptabel. Wird die „Pille danach“ von behandelnden Ärzt_innen verordnet, so sollte sie für Betroffene von sexualisierter Gewalt unabhängig von deren Alter kostenfrei und ohne weiteres Beratungsgespräch in Apotheken erhältlich sein. Im Saarland ist dies über Bezugs-scheine möglich, die den Betroffenen in Kliniken und Arztpraxen ausgehändigt werden und mit denen diese die „Pille danach“ kostenfrei in Apotheken bekommen. Eine bundesweit einheitliche und für die Betroffenen niedrigschwellige Lösung ist es, Notfallkontrazeptiva in Fällen sexualisierter Gewalt über eine Änderung des § 24a Absatz 2 Satz 2 SGB V zur Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Altersgrenze zu machen. (Weitere Informationen in Kapitel 8.5.2)

10.5 Geschützte Abrechnungswege

Vertraulichkeit ist den Betroffenen sexualisierter und häuslicher Gewalt häufig ein großes Anliegen, wenn sie sich an Akteure aus dem Gesundheitsbereich wenden. Die Kosten für die Behandlung mit Krankenkassen abzurechnen, kann für Krankenhäuser und Ärzt_innen vor diesem Hintergrund zu einer Herausforderung werden (siehe Kapitel 8). Die seit März 2020 geltende Neuregelung sieht daher vor, dass das Abrechnungsverfahren für die

neu geschaffene Leistung der vertraulichen Spurensicherung so zu gestalten ist, „dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist“ (§ 132k Satz 4 SGB V). Die Leistungen sollen hierzu unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Ausarbeitung entsprechender Abrechnungsverfahren soll Gegenstand der Verhandlungen zwischen Ländern, Krankenkassen und Einrichtungen/Ärzt_innen sein.

Anonymisierte Abrechnungsverfahren für die vertrauliche Spurensicherung schaffen

Das anonymisierte Abrechnungsverfahren der Spurensicherung verfolgt das wichtige Ziel, gewaltbetroffenen Frauen eine Versorgungsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen, ohne dass dies rechtliche Schritte nach sich zieht. Anonymisiert ist zu unterscheiden von vertraulich und bedeutet in diesem Fall, dass in den Abrechnungsunterlagen zwischen Kliniken und Krankenkassen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden darf. In den Modellregionen bestehen bisher keine vergleichbaren Ansätze im Zusammenhang mit der Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt. Einzig im Saarland kann eine Pauschale anonymisiert mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland abgerechnet werden. Anders als im neuen § 132k SGB V vorgesehen, ist jedoch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Kostenträger (siehe Kapitel 9.4.4). Da die Spurensicherung mit der Umsetzung des Gesetzes zur Kassenleistung wird, stellt sich die Frage, wie im Rahmen eines anonymisierten Verfahrens geprüft werden kann, ob die Patient_innen bei der jeweiligen Krankenkasse versichert sind. Hier wäre es naheliegend, die Einrichtungen und Ärzt_innen, die die verfahrensunabhängige Spurensicherung durchführen, damit zu beauftragen, die Mitgliedschaft der Patient_innen bei der jeweiligen Krankenkasse stellvertretend zu prüfen. Eine entsprechende vertragliche Verpflichtung von Einrichtungen und Ärzt_innen gegenüber den Krankenkassen könnte im Rahmen der Verhandlungen zur Umsetzung des § 132k SGB V festgelegt werden. Die Leistung der vertraulichen Spurensicherung könnte so ohne Angabe personenbezogener Daten mit den Krankenkassen abgerechnet werden. (Weitere Informationen in Kapitel 8.4.4)

Schutz bei der Abrechnung der medizinischen Erstversorgung nach Gewalt gewährleisten

Der Wunsch nach Vertraulichkeit der Betroffenen gilt auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung. Herausforderungen, die aus bestehenden Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Einrichtungen/Ärzt_innen resultieren, sind in vielen Versorgungsansätzen in Deutschland zentrales Thema. Bei Ärzt_innen und Fachberatungsstellen besteht die Sorge, dass Krankenkassen die Betroffenen mit Rückfragen einer zusätzlichen Belastung aussetzen oder bei Fällen häuslicher Gewalt gefährden. Die Einschränkung der ärztlichen Meldepflicht nach § 294a SGB V greift nicht weit genug, denn sie schafft weder für Ärzt_innen noch für Krankenkassen ausreichend Rechtssicherheit. Nach dem aktuellen Vorgehen von Ärzt_innen und Krankenkassen kann es beispielsweise dann automatisch zum Versand eines sogenannten Unfallbogens der Krankenkassen an die Patient_innen kommen, wenn Ärzt_innen bei ihrer Abrechnung zwar nicht angeben, dass es sich bei den behandelten Gesundheitsschäden um eine Folge von Gewalt handelt, die angegebene Diagnose (so zum Beispiel ein Armbruch) jedoch automatisch in das „Unfall-Raster“ der Computerprogramme der Krankenkassen fällt. Zudem bestand aufseiten der Krankenkassen Unsicherheit, ob das Unterlassen einer Regressprüfung in Fällen sexualisierter und häuslicher Gewalt mit ihrer Regresspflicht vereinbar ist.

In einem ersten Schritt sollte ein Gutachten klären, inwieweit die Einschränkung der ärztlichen Meldepflicht nach § 294a SGB V auch Rechte und Pflichten der Krankenkassen beeinflusst. Liegt eine Regresspflicht in Fällen nicht angezeigter sexualisierter und häuslicher Gewalt nicht vor, so muss dies klar vonseiten des Bundesversicherungsamts kommuniziert werden. Der Schutz der Patient_innen darf aufseiten der Krankenkassen zudem keine freiwillige Aufgabe sein: Regressverfahren (einschließlich des Versands von Unfallbögen) müssen in Fällen nicht angezeigter sexualisierter und häuslicher Gewalt klar untersagt werden.

Zusätzlich muss sichergestellt sein, dass der Schutz der Patient_innen in der Praxis nicht durch einen wie oben geschilderten automatisierten Vorgang im Zuge von Regressermittlungen gefährdet wird.

Bei Fällen sexualisierter Gewalt bietet es sich beispielsweise an, eine separate Abrechnungsziffer zu schaffen, die entsprechende Labor- und Behandlungskosten zusammenfasst. Diese könnten dann ohne Angabe personenbezogener Daten bei den Krankenkassen abgerechnet werden. Ein Vorbild hierfür ergibt sich aus dem im Saarland geschaffenen Abrechnungsweg für die Pauschalzahlung für Verletzungsdokumentation und Spurensicherung (siehe Kapitel 7.3).

Eine naheliegende, wenn auch hochschwellige Option für die vertrauliche Abrechnung anderer Behandlungsformen ist es, Ärzt_innen und Krankenkassen gemeinsam auf den Schutz der Patient_innen hinwirken zu lassen: Wird den Krankenkassen eine Regressprüfung in Fällen nicht angezeigter sexualisierter und häuslicher Gewalt untersagt und damit auch die Regresspflicht aufgehoben, besteht für Ärzt_innen die rechtliche Sicherheit, die Gewalt an die Krankenkassen zu melden und damit einen automatisierten Versand von Unfallbögen zu verhindern. (Weitere Informationen in Kapitel 7.)

10.6 Diskriminierungsfreien Zugang sicherstellen

Artikel 4 Absatz 3 der Istanbul-Konvention in Verbindung mit Artikel 25 setzt einen diskriminierungsfreien Zugang zur Akutversorgung voraus. Die Frage, welche besonderen Hürden verschiedene Gruppen beim Zugang zur Akutversorgung erfahren, wurde durch das vorliegende Projekt als Querschnittsthema durchgehend mitbehandelt. Aufgrund der Komplexität des Themas Akutversorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt konnte dieses sehr wichtige Thema jedoch nur oberflächlich behandelt werden, was diesem nicht gerecht wird. Es besteht daher weiterer Forschungsbedarf dazu, welche besonderen Zugangshürden insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Migrant_innen, Minderjährige und ältere Menschen sowie lesbische, schwule, bisexuelle, transgeschlechtliche und queere Menschen (LGBTQ) bestehen. Im Rahmen dieses Projekts wurden folgende Handlungsfelder identifiziert:

Informationsmaterial und Öffentlichkeitsarbeit barrierefrei gestalten

Informationsmaterial muss auch in Leichter Sprache sowie für Menschen mit Hör- und Sehbehinderung zur Verfügung stehen. Beispiele für Informationsmaterial in Leichter Sprache wurden von verschiedenen Seiten bereits entwickelt, so zum Beispiel im Rahmen des Modells: „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“.¹⁸³ (Weitere Informationen in Kapitel 6)

Begleitdienste auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich gestalten

Aufgrund der geringen Zahl von Versorgungsangeboten, die für Frauen mit Behinderungen zugänglich sind, entstehen für diese Gruppe besonders lange Wege. Gleichzeitig bestehen besondere Barrieren, diese Wege zu überbrücken. Vor Ort können, insbesondere bei kognitiven Behinderungen, Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient_innen und behandelnden Ärzt_innen entstehen. Vor diesem Hintergrund hat das Angebot von Lots_innen oder Begleitdiensten eine hohe Bedeutung für Frauen mit Behinderungen. Die Dienste sollten daher insbesondere auch für diese Gruppe zugänglich gestaltet werden. (Weitere Informationen in Kapitel 4.2.3)

Sprachmittlung/Dolmetscher_innen im Gesundheitswesen zur Kassenleistung machen

Eine sprachliche Verständigung ist zentral für die Gesundheitsversorgung von Betroffenen sexualisierter und häuslicher Gewalt. Sie ermöglicht es Ärzt_innen, über die Behandlungsschritte zu informieren, und gibt den Betroffenen die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen. Bisher gibt es jedoch nur vereinzelt Möglichkeiten für die Betroffenen, Sprachmittler_innen oder Dolmetscher_innen kostenfrei zu einer Spurensicherung hinzuzuziehen. Diese Herausforderungen bestehen im Gesundheitsbereich auch unabhängig von der Versorgung nach sexualisierter und häuslicher Gewalt. Sprachmittlung/Dolmetschen zu einer Leistung zu machen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung vergütet wird, ist eine verbreitete Forderung aus der Praxis und würde eine niedrig

schwellige und flächendeckende Lösung bieten. (Weitere Informationen in Kapitel 4.2.6)

10.7 Datenerfassung

Bislang gibt es keine umfassenden Daten dazu, wie viele Frauen (rechts-)medizinische Versorgung nach sexualisierter oder häuslicher Gewalt in Anspruch nehmen. Die Datenerfassung zur Akutversorgung gewaltbetroffener Frauen wird in Deutschland bisher nur vereinzelt und uneinheitlich an Untersuchungsstellen oder im Rahmen von Projekten und Modellansätzen durchgeführt. Die Istanbul-Konvention sieht Verpflichtungen zur umfassenden Datenerfassung vor. Daher sollten in den Bundesländern im Rahmen einer einheitlichen Erfassung zumindest Daten zu Merkmalen, Anzahl der Fälle, Gewaltformen, Alter und Geschlecht von Betroffenen und Täter_innen, Täter/Opfer-Verhältnis, Migrationshintergrund und Behinderung erhoben werden. Eine auf Landesebene mit der Aufgabe der Koordinierung betraute Stelle könnte die Daten aus den Regionen zusammenführen. Auf Bundesebene sollte diese dann mittelfristig von einer Monitoringstelle gesammelt und ausgewertet werden.

183 Abrufbar unter: <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/fileadmin/redaktion/soforthilfe/Sprache/FNR-SH-Leichte-Sprache-PatientInnen-Info.pdf> (abgerufen am 13.10.2020).

11 Literatur und Dokumente

Ärzteblatt.de (20.02.2017): Zahl der Geburtenstationen in Krankenhäusern zurückgegangen. www.aerzteblatt.de/nachrichten/73192/Zahl-der-Geburtsstationen-in-Krankenhaeusern-zurueckgegangen (abgerufen am 01.10.2020)

Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e. V./ Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

(2020): Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) und des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner e. V. (BDRM) – Umsetzung der Vorgaben im Masernschutzgesetz zur „Vertraulichen Spurensicherung“ und rechtsmedizinischen Konsiliartätigkeit: Einbeziehung der Rechtsmedizin. www.dgrm.de/fileadmin/PDF/PDF_Duesseldorf/Stellungnahme_Umsetzung_des_Masernschutzgesetzes_zur_Vertraulichen_Spurensicherung__Einbeziehung_der_Rechtsmedizin.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Blättner, Beate/Grewe, Henny Annette (2019): Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern – Bericht an den Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Hintergrundmaterialien/Verfahrensweise_bei_der_aerztlichen_Versorgung_Minderjaehriger_nach_sexueller_Gewalt_ohne_Einbezug_der_Eltern.pdf

Blättner, Beate/Hintz, Elisabeth (2011): Beweissicherung nach sexualisierter Gewalt. Standardisierte Dokumentation zur Unterstützung bei Strafverfolgung und fachärztlicher Befundung. In: Der Gynäkologe 2011(6), S. 487–94

Brzank Petra (2012): Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe. Wiesbaden, Springer-Verlag

Bundesärztekammer (2017): (Politische) Rahmenbedingungen einer sektorübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen – Argumentationspapier. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Politik/2017-05-09_Rahmenbedingungen_Versorgung_in_Notfallpraxen_und_Notaufnahmen-Anregungen_mit_Deckblatt.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Bundesärztekammer (2019a): Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2019. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Bundesärztekammer (2019b): 122. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Münster, 28.–31. Mai 2019. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/122DAETBeschlussprotokoll.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen am 01.10.2020)

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. www.bmfsfj.de/blob/84316/10574a0dff2039e15a9d3dd6f9eb2dff/kurzfassung-gewalt-frauen-data.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2008): Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse.

www.bmfsfj.de/blob/93962/47167b8687b3eefe472134388c534198/gesundheit-gewalt-migration-kurzfassung-studie-data.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2014): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin. 3. Auflage.

<https://www.bmfsfj.de/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf> (abgerufen am 15.10.2020)

Bundesverband Frauennotrufe und Frauenberatungsstellen (2014): Akutversorgung nach Sexualdelikten – Situationsbeschreibung und Handlungsbedarf.

www.frauen-gegen-gewalt.de/de/studien-und-positionspapiere/positionspapier-zu-akutversorgung-nach-sexualdelikten-situationsbeschreibung-und-handlungsbedarf.html (abgerufen am 01.10.2020)

Council of Europe (2011): Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence; CETS 210.

<https://rm.coe.int/16800d383a> (abgerufen am 01.10.2020)

Deutsche AIDS-Gesellschaft (2018): Deutsch-österreichische Leitlinien zur postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion (update 2018).

www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/leitlinien_zur_postexpositionellen_prophylaxe_der_hiv_infektion.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Deutscher Bundestag (12.02.2019): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch. Drucksache 19/7693

Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit (16.10.2019): Fachfremder Änderungsantrag 1 der Fraktion CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). Ausschussdrucksache 19(14)111.1

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) (2009): Leitlinie: Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. In: *Frauenarzt* 2009 (7), S. 622–625

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (2014): Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. In: *Rechtsmedizin* 24 (5), S. 405–411

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF) (2018): Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. Expertise im Auftrag von S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt. www.dgkim.de/dokumente/expertise_aerztliche_versorgung_minderjaehriger_nach_sexueller_gewalt_5_2018.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

EU, Fundamental Rights Agency (2014): Violence against women: an EU-wide survey – Main results. fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf (abgerufen am 01.10.2020)

Europarat (2011a): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, Bundesgesetzblatt 2017 Teil II, S. 1026–1064

Europarat (2011b): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Erläuternder Bericht.
<https://rm.coe.int/1680462535> (abgerufen am 13.10.2020)

Europarat – GREVIO (2018). Baseline Evaluation Report Turkey, GREVIO/Inf(2018)6

Europarat – GREVIO (2019a): Baseline Evaluation Report Finland, GREVIO/Inf(2019)9

Europarat – (GREVIO) (2019b). Baseline Evaluation Report Sweden, GREVIO/Inf(2018)15

Europarat – GREVIO (2019c). Baseline Evaluation Report France, GREVIO/Inf(2019)16

Europarat – GREVIO (2020a): Baseline Evaluation Report Serbia, GREVIO/Inf(2019)20

Europarat – GREVIO (2020b): Baseline Evaluation Report Netherlands, GREVIO/Inf(2019)19

Feder, Gene S. u. a. (2006): Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals; a meta-analysis of qualitative studies. In: Archives of Internal Medicine, 166 (1), S. 22–37.

Feld, Katharina u. a. (2019): Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten in Köln und Umgebung – Erfahrungen aus mehr als 7 Jahren aus rechtsmedizinischer Perspektive. In: Rechtsmedizin 29 (6), S. 484–490

Flatten Guido u. a. (2011): S2 – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. In: Trauma und Gewalt 5 (3), S.214–221

Frauen helfen Frauen EN e. V. (2020): GESINE Netzwerk Gesundheit.EN.
www.gesine-intervention.de/gesine-netzwerk-gesundheit-en-2/ (abgerufen am 01.10.2020)

Fryszter, Lina Ana (2019): Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation an deutschen Universitätsfrauenkliniken. Dissertation Charité-Universität

Fryszter, Lina Ana u. a. (2019): Versorgungssituation mutmaßlicher Stuprumbetroffener an Universitätsfrauenkliniken. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde 79 (09), S. 940–944

Fülöp, Gerhard/Kopetsch, Thomas/Schöpe, Pascal (2011): Catchment areas of medical practices and the role played by geographical distance in the patient's choice of doctor. In: The Annals of Regional Science 46 (3), S. 691–706

Gahr, Britta/Ritz-Timme, Stefanie (2017): Empfehlungen für Standards zur Gewaltopferuntersuchung, Verletzungsdokumentation, und Spurensicherung in Fällen sexualisierter Gewalt bei Frauen und jugendlichen Mädchen. www.mhkgb.nrw/sites/default/files/media/document/file/ASS-Standards-Spurensicherung.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. www.g-ba.de/downloads/62-492-2022/BPL-RL_2019-12-05_iK-2019-12-21.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

GKV-Spitzenverband (2019): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.10.2019 zu den fachfremden Änderungsanträgen 19(14) 111.1. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/Stn_GKV-SV_AeA_Paket_2_fachfremd_20191023.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

GESINE Netzwerk Gesundheit.EN (o.J.): Was tun nach Vergewaltigung? Infos in leichter Sprache. www.gesine-intervention.de/wp-content/uploads/Was_Tun_Leichte_Sprache_PDF.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2018): Was tun bei sexueller Gewalt? Informationen für Patientinnen und Patienten in leichter Sprache.

<https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/soforthilfe/Sprache/FNR-SH-Leichte-Sprache-PatientInnen-Info.pdf> (abgerufen am 02.10.2020)

iGOBSIS (intelligentes Gewaltopfer-Beweis-sicherungs- und -Informationssystem) (o.J.): Entwicklung der anonymen Spurensicherung (ASS): <https://gobsis.de/projekt/entwicklung-der-ass/> (abgerufen am 02.10.2020)

Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) und Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld u. a. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse einer quantitativen Befragung. Endbericht. www.bmfsfj.de/blob/94206/1d3b0c4c545bfb04e28c1378141db65a/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (2019): Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe – Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Faktenblatt. (abgerufen am 05.07.2020)

Kraft, Klaus-Henning (2019a): Hilfe für Frauen nach Gewalterfahrung: Projekt vertrauliche Spurensicherung – Projektbericht und Fortbildung im Saarland (1). In: *Frauenarzt* 60 (9), S. 585–586

Kraft, Klaus-Henning (2019b): Hilfe für Frauen nach Gewalterfahrung: Projekt vertrauliche Spurensicherung – Projektbericht und Fortbildung im Saarland (2). In: *Frauenarzt* 60 (10), S. 682–683

Landeskoordinierungsstelle ASS NRW (2018): Empfehlungen für Standards zur Umsetzung der Anonymen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt an Frauen und Mädchen (ASS) in Nordrhein-Westfalen – für Kliniken und Arztpraxen. www.beratung-bonn.de/_downloads/Standards_Umsetzung_ASS.pdf (Abgerufen am 02.10.2020)

Landtag Mecklenburg-Vorpommern (07.08.2018): Kleine Anfrage der Abgeordneten Jacqueline Bernhardt, Fraktion DIE LINKE und Antwort der Landesregierung: Opferambulanzen an den Rechtsmedizinischen Instituten des Landes 2016 und 2017. Drucksache 7/2458

Landtag von Baden-Württemberg (28.01.2020): Antrag der Fraktion der AfD und Stellungnahme des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration: Besorgniserregende Gruppenvergewaltigungen in Baden-Württemberg. Drucksache 16/7645

Maschke, Sabine/Stecher, Ludwig (2018): Sexuelle Gewalt: Erfahrungen Jugendlicher heute. Weinheim: Beltz

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (2020): Hilfe nach Vergewaltigung – Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung. <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/frauen/frauen-vor-gewalt-schuetzen/hilfe-nach-vergewaltigung/> (Abgerufen am 02.10.2020).

Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (2019): Gesundheitliche Versorgung erwachsener Betroffener von häuslicher und sexualisierter Gewalt in Mecklenburg-Vorpommern: Leitfaden für die medizinische Praxis. www.praxisleitfaden-gewalt.de/images/download/Leitfaden_med_Praxis_2019.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Netzwerk Pro Beweis (o.J.): Informationen zu K.-O.-Mitteln. www.probeweis.de/files/data/dokumente/ProBeweis_KO-Mittel_Hinweis_Web.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Rebell, Inna (2016): Verfahrens unabhängige Spurensicherung nach akuter, sexueller Gewalterfahrung – Inanspruchnahme eines speziellen Untersuchungsangebots im Raum Freiburg im Breisgau. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Rönning, Ann-Kristin/Hammarström, Anne (2000): Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 28 (3), S. 222–229

Schang, Laura u. a. (2019): Monitoring und Bewertung des regionalen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. In: *BARMER Gesundheitswesen aktuell* 2019, S. 230–271

Schön, Corinna/Wolf, Katja (Hg.) (2019): Medizinische Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt – Ein forensisch-klinischer Praxisleitfaden. Berlin: Springer.

Schulte, Conny u. a. (o.J.): Das Modell der anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS) im Raum Bonn/Rhein-Sieg. www.beratung-bonn.de/_downloads/Artikel_ASS_aktuell.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

S.I.G.N.A.L. e. V. (2018): Gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung nach häuslicher und sexueller Gewalt: Empfehlungen für Arztpraxen und Krankenhäuser in Berlin. http://signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Infothek_Empfehlungen_Doku_2018_1.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Stadt Heidelberg (2019): Pressemitteilung: Hilfe für Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Stadt startet EU-Modellprojekt „GUIDE4YOU“. www.heidelberg.de/hd/HD/service/07_11_2019+hilfe+fuer+frauen_+die+von+haeuslicher+gewalt+betroffen+sind_+stadt+startet+eu-modellprojekt+_guide4you_.html (abgerufen am 02.10.2020)

Statistisches Bundesamt (2019): Krankenhäuser nach Fachabteilungen. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html (abgerufen am 02.10.2020)

Sundmacher, Leonie u. a. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses.

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf, abgerufen am 02.10.2020).

Thüringer Landtag (2019): Beschluss des Thüringer Landtags: Entwicklung eines Modells der vertraulichen Spurensicherung nach Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt für Thüringen. Drucksache 6/5768.

Weibernetz e. V. (2012): Checkliste zum Erstellen eines Leitfadens zum Umgang mit (sexualisierter) Gewalt für Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie bei ambulanten und teilstationären Diensten und Einrichtungen. www.weibernetz.de/checkliste_Leitfaden_Gewaltschutz.pdf (abgerufen am 02.10.2020)

Wimmer-Puchinger, Beate/Wolf, Hilde/Engleder Andrea (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49 (9), S. 884–892

Weltgesundheitsorganisation (2003): Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/ (abgerufen am 02.10.2020)

Weltgesundheitsorganisation (2013a): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/ (abgerufen am 02.10.2020)

World Health Organisation (2013b). Global and regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of intimate Partner Violence and non-partner sexual Violence. www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/ (abgerufen am 02.10.2020)

Anhang

1 Begriffserklärung

Im Kontext der vorliegenden Analyse wird unter **Akutversorgung** die medizinische Untersuchung und Behandlung zum Zwecke der Gesundheitsversorgung und Vorsorge, eine rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Spurensicherung zum Zwecke einer möglichen Strafverfolgung sowie eine Anamnese der psychischen Verfassung der Betroffenen und ein erster Anschluss an psychosoziale Angebote von Fachberatungsstellen gefasst.

Der Begriff „**Untersuchungsstelle**“ beschreibt eine Einrichtung, die eine oder mehrere der medizinischen Komponenten der Akutversorgung anbietet. Dazu gehören insbesondere Krankenhäuser oder niedergelassene Arztpraxen.

Ist eine solche Untersuchungsstelle an einem rechtsmedizinischen Institut angesiedelt, wird der Begriff „**rechtsmedizinische Untersuchungsstelle**“ verwendet. Hier werden meist nur rechtsmedizinisch relevante Teile der Versorgung angeboten, die medizinische Versorgung im engeren Sinne erfolgt in Zusammenarbeit mit Kliniken oder niedergelassenen Ärzt_innen. Für diese rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen gibt es unterschiedliche Bezeichnungen wie Opferambulanz (etwa Rostock), Gewaltschutzambulanz (etwa Berlin) oder rechtsmedizinische Ambulanz (etwa Düsseldorf).

Der Begriff „**verfahrensunabhängig**“ wird in dieser Studie verwendet, um zu signalisieren, dass die Dokumentation und Spurensicherung nach Gewalt ohne Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden durchgeführt werden. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und Betitelung von Angeboten der verfahrensunabhängigen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in den Regionen werden häufig die Begriffe „vertraulich“ oder „anonym“ verwendet.

Die aktuell gängigste Differenzierung der Begriffe „anonym“ und „vertraulich“ aus der Fachliteratur bezieht sich auf die Art der Kennzeichnung bei der Lagerung der gesicherten Spuren. Der Begriff „**vertraulich**“ bedeutet nach dieser Definition grundsätzlich, „dass die Spuren unabhängig von einer Anzeige des Übergriffs gesichert werden, also außerhalb eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens und allein zur Kenntnis der/des Betroffenen“. Bei der vertraulichen Behandlung werden die persönlichen Daten der Patient_innen gespeichert, allerdings absolut vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei der anonymisierten Behandlung sind den gespeicherten Unterlagen keine persönlichen Daten der Patient_innen zu entnehmen. Stattdessen wird ein Pseudonym entwickelt, das nur auf Wunsch der Patient_innen entschlüsselt wird.¹⁸⁴

Die Verwendung des Begriffs „**anonym**“ wurde in Fokusgruppen regelmäßig kritisiert, denn der Begriff suggeriere, dass die Betroffenen zu keinem Zeitpunkt ihren Namen oder andere persönliche Daten nennen müssten (zum Beispiel FB3, FB11, FB14). Dies ist jedoch in keinem der Projekte der Fall. Gegenüber Ärzt_innen oder Kliniken müssen die Betroffenen ihre persönlichen Daten nennen. Dies ist zum einen dann unvermeidlich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt Spuren den Betroffenen zugeordnet werden sollen und zum anderen auch in der Abwicklung der medizinischen Versorgung, etwa bei der Durchführung von Laboruntersuchungen. Darüber hinaus wird die medizinische Versorgung der Betroffenen in vielen der Projekte zumindest teilweise über deren Krankenkasse abgerechnet, was ebenfalls die Verwendung personenbezogener Daten voraussetzt. Vor diesem Hintergrund wurde von verschiedenen Seiten der Begriff „vertraulich“ bevorzugt.

¹⁸⁴ Diese Definition wird in folgenden Studien beziehungsweise von folgenden Institutionen verwendet: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2018), S. 13; iGobis (o.J.); Blättner/Grewe (2019).

2 Tabelle 3

Tabelle 3: mögliche Vergütung ärztlicher Leistungen

Bezeichnung	GOP	Zugeordnete Punktzahl	Vergütung
Grundpauschale für Gynäkologen	08211	147 Punkte	16,15 €
<u>oder</u> Notfallpauschale (zwischen 19 Uhr und 7 Uhr des Folgetages sowie ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen)	01212	195 Punkte	21,42 €
Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212 (Schweregradzuschlag)	01224	195 Punkte	21,42 €
Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	01822	113 Punkte	12,42 €
Sonographische Untersuchung der weiblichen Genitalorgane ggf. einschließlich Harnblase	33044	130 Punkte	14,28 €
Biographische Anamnese	35140	707 Punkte	77,68 €
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration	35141	257 Punkte	28,24 €

Im EBM ist zurzeit keine eigene Gebührenordnungsposition (GOP) für die Leistung der vertraulichen Spurensicherung vorgesehen. Jedoch bilden verschiedene Abrechnungsstellen die Inhalte und Zwecke verschiedener Untersuchungsschritte der Verletzungsdokumentation und Spurensicherung ab. Sie geben daher einen Anhaltspunkt für den Umfang einer Vergütung. Die Tabelle zeigt nicht abschließend, sondern lediglich beispielhaft, welche Abrechnungsstellen hierbei in Frage kämen. Besonders hervorzuheben ist dabei der außergewöhnliche Zeitaufwand einer Dokumentation und Spurensicherung (in der Tabelle ersatzweise in

Form der Ziffer „Biographische Anamnese“ abgebildet). Die genannten Abrechnungsstellen ergeben in der Summe einen Gesamtbetrag von aufgerundet 180 Euro allein für die ärztlichen Leistungen. Hinzu kommen die Laborleistungen, Materialkosten und Schulungskosten.

3 Tabellen: Regionale Versorgungsansätze

3.1 Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (Region Bonn/Rhein-Sieg)

Die folgenden Informationen wurden von der Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn zur Verfügung gestellt.

Region	Kreis Bonn/Rhein-Sieg
Titel Modellansatz	Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS)
Aktiv seit	ASS: 2006, Arbeitskreis Opferschutz: 2001
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Signal setzen, dass die Betroffenen Anspruch auf Hilfe haben, auch ohne weitere rechtliche Schritte gehen zu müssen – Den Betroffenen Handlungsoptionen ohne Druck zur Verfügung zu stellen – Mit fachlicher Unterstützung Hilfe anbieten
Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	Arbeitskreis Opferschutz Bonn Rhein-Sieg (Netzwerk aus fünfzig Institutionen und Fachkräften, Organisationsteam: Gleichstellungsstellen aus Bonn und dem Rhein-Sieg-Kreis, Sankt-Marienhospital Bonn, Opferschutzbeauftragte der Polizeibehörden Bonn und Siegburg, Weißer Ring Bonn, Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn)
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	Jährliches Austauschtreffen zwischen beteiligten ASS-Kliniken, dem Institut für Rechtsmedizin und dem Organisationsteam des Arbeitskreises Opferschutz, regelmäßige Informationsbriefe
Koordinierung (Organisation/ Institution)	Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn, Organisationsteam
Koordinierungsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> – Öffentlichkeitsarbeit zum Verfahren – Herausgabe und Verteilung von Informationsmaterialien – Koordination und Überprüfung der Verfahrensabläufe, regelmäßige Gesprächskontakte mit den beteiligten Kliniken durch das Organisationsteam – Absicherung von Beratungs- und Betreuungsangeboten für Betroffene – Bearbeitung von regionalen und überregionalen Informationsanfragen zum Verfahren

Zielgruppen	Von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen und Kinder/Jugendliche
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Kliniken mit 24 Stunden gynäkologischer Versorgung
– Voraussetzung für Teilnahme	24 Stunden gynäkologische Versorgung
– Vertragliche Bindung der Anlaufstellen	Nein (stattdessen Kooperationsvereinbarung)
– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohner_inzahl	8 Kliniken auf 900.000 Einwohner_innen
Datenerhebung	Jährliche Erhebung der Fallzahlen durch die Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt Bonn anhand der Statistik des Institutes für Rechtsmedizin Bonn
Fallzahlen	ca. 25–30 Fälle pro Jahr zum Thema sexualisierte Gewalt, weitere Daten werden nicht erhoben
Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	Jährliche Informationskampagne mit Presseartikeln, Einblendern in Bus und Bahnen, Plakaten und variierenden anderen Medien
Zugehörige Webseite	www.beratung-bonn.de, ASS-Seite auf Facebook
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Deutsch
Finanzierung	
Art der Finanzierung	Seit 2015 können regionale Kooperationen zur ASS eine Förderung durch das Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung erhalten. Die Förderung beträgt in der Regel jährlich maximal 7.000 Euro. Je nachdem ob sich die geförderte Kooperation auf mehr als einen Kreis und/oder eine kreisfreie Stadt erstreckt, kann das Fördervolumen entsprechend erhöht werden.*
Finanzierungsumfang	14.000 Euro jährlich für die Region Bonn/Rhein-Sieg-Kreis
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	
– Vergütung der Spurensicherung	Nein
– Spurensicherungskits	Ja
– Transportkosten	Ja
– Lagerungskosten	Ja
– Schulungen	Ja
– Koordinierungsaufgaben	Ja

* https://www.mhkgb.nrw/sites/default/files/media/document/file/Foerdergrundsaeetze_ASS_Vernetzung_2019_ON.pdf.

– Öffentlichkeitsarbeit	Ja
– Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	Nein
– Sonstiges	Geschäftsbedarf (Material, Porto, etc.)
Versorgungsangebot	
Leistungen	Gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.)	Nein
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Keine einheitliche Regelung
Test auf K.-o.-Tropfen	Ja, im Bedarfsfall
Art des Transports des Spurenmaterials	Botendienste der Kliniken
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	10 Jahre, beteiligte Kliniken
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	10 Jahre am Institut für Rechtsmedizin
Standardmäßiger Verweis auf Beratung	Ja
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Ja, in Absprache
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Standardmäßige Verwendung von Dokumentationsbögen	Ja
– An Dokumentationsform der Strafverfolgungsbehörden angeglichen	Bisher noch nicht, ist in Planung für 2020
Standardmäßige Verwendung von Spurensicherungskits	Ja
Schulungen/Fortbildungen	Ja
– Zielgruppe (z. B. Gynäkolog_innen, Pflegepersonal)	– Ärztefortbildung (Klinikärzt_innen und niedergelassene Praxen, 120 – 180 Teilnehmer_innen) – Pflegefortbildungen für verschiedene Pflegeschulen
– Konzipiert/Ausgerichtet in Zusammenarbeit zwischen	Arbeitskreis Opferschutz, Institut für Rechtsmedizin, Ärztekammer Rheinland
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Ja
– Regelmäßigkeit	– Ärztefortbildung alle 1–2 Jahre – Pflegefortbildungen jährlich

– Möglichkeit der kurzfristigen Konsultation/Rücksprache mit Rechtsmediziner_innen im Einzelfall	Ja
Sonstiges	Regelmäßiger Austausch per Telefon und E-Mail, Schulungen von Klinikpersonal vor Ort auf Anfrage

3.2 Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt (Hamburg)

Die folgenden Informationen wurden vom Institut für Rechtsmedizin Hamburg zur Verfügung gestellt:

Region	Hamburg
Titel Modellansatz	Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Opfer von Gewalt
Aktiv seit	1999
Ziele	Betroffene eine Untersuchung und gerichtsverwertbare Dokumentation auch ohne Anzeige ermöglichen
Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Justizbehörde, Polizei, Kliniken Ärzt_innen, Hilfsorganisationen
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	Jährliche Treffen zwischen Rechtsmedizin und Behörden
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs mit anderen Akteur_innen, insbesondere Gynäkolog_innen, Strafverfolgungsbehörden, Fachberatungsstellen	Fortbildungen auf Nachfrage kostenlos
Koordinierung (Organisation/Institution)	Institut für Rechtsmedizin Hamburg
Zielgruppen	Erwachsene Opfer von Gewalt
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle am Institut für Rechtsmedizin Hamburg (bei sexualisierter Gewalt in Zusammenarbeit mit gynäkologischer Ambulanz des Klinikums)
– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohner_inzahl	1 zentrale Anlaufstelle am Rechtsmedizinischen Institut
– Zeitliche Verfügbarkeit	24 Stunden, täglich
Datenerhebung	Intern für die oben angegebenen Behörden
Fallzahlen	Ca. 1.200 Erwachsene im Jahr (ca. 2/3 davon weiblich)

Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	Informationsweitergabe über Polizei und andere Akteur_innen
Zugehörige Webseite	https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/rechtsmedizin/dienstleistungen/privatpersonen/uke-institut-f%C3%BCr-rechtsmedizin-beratung-und-begutachtung-f%C3%BCr-opfer-von-k%C3%B6rperlicher-gewalt.html
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Deutsch
Finanzierung	
Art der Finanzierung	Die rechtsmedizinische Untersuchungsstelle erhält eine Sockelfinanzierung des Hamburger Senats. Der entsprechende Topf wird zum Teil von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (niedrigschwellige Untersuchungen), zum Teil von der Justizbehörde (Untersuchung im Auftrag der Polizei) finanziert.
Finanzierungsumfang (Summe in Euro/Zeitraum)	Für die verfahrensunabhängig durchgeführten Untersuchungen werden 450.000 Euro jährlich zur Verfügung gestellt. Die Kostenkalkulation beruht auf einer Vereinbarung aus dem Jahr 2007; es gab seitdem jährliche Personal- und Sachkostenanpassungen.
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	
– Vergütung der Spurensicherung	Ja
– Spurensicherungskits bzw. Material	Ja
– Transportkosten	Spurenmaterial wird vor Ort gelagert
– Lagerungskosten	Ja
– Schulungen	Ja
– Koordinierungsaufgaben	Ja
– Öffentlichkeitsarbeit	Ja
– Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	Nein
– Sonstiges	/

Versorgungsangebot	
Leistungen	Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, bei Bedarf medizinische Versorgung am Uniklinikum
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.))	Ja (in Krankenhäusern)
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Im Ermessen der Frauenklinik
Test auf K.-o.-Tropfen	Ausschließlich für Selbstzahler_innen oder im Auftrag der Polizei
Art des Transports des Spurenmaterials	Spurenmaterial bleibt vor Ort
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	Gutachten wird 20 Jahre aufbewahrt
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	2 Jahre, am Rechtsmedizinischen Institut
Standardmäßiger Verweis auf Fachberatung	Ja
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Ja
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Verwendete Dokumentationsbögen und Spurensicherungsmaterial an Verfahren im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden angeglichen	Ja
Schulungen/Fortbildungen	
– Zielgruppe	Unter anderem Ärzt_innen und Polizeibeamt_innen
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Ja
– Regelmäßigkeit	Auf Anfrage
Möglichkeit der standardmäßigen Zusammenarbeit mit Gynäkolog_innen bei Fällen sexualisierter Gewalt vorgesehen	Ja
– Kooperationsvereinbarungen zu diesem Zweck	Ja
Sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung	DAkKS-akkreditiert

3.3 Verfahrensabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt (VSS, Saarland)

Die folgenden Informationen wurden vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland zur Verfügung gestellt:

Region	Saarland
Titel Modellansatz	Verfahrensabhängige, vertrauliche Spurensicherung nach sexueller Gewalt (VSS)
Aktiv seit	November 2014
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – die Verbesserung der bestehenden Hilfeangebote und der medizinischen Versorgung für die Opfer sexueller Gewalt – die Ermöglichung eines niedrigschwelligen Zugangs zu einer verfahrensabhängigen Beweissicherung – die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema sexuelle Gewalt – Verbesserung der Strafverfolgung, wenn die betroffene Person sich im Nachhinein für eine Anzeige bei der Polizei entscheidet
Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	Kooperationsprojekt der Landesregierung (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Federführung), Ministerium der Justiz, Ministerium für Inneres, Bauen und Sport, Landespolizeipräsidium, saarländische Ärzteschaft, (Ärztelkammer des Saarlandes, Berufsverband der Frauenärzte im Saarland, Kassenärztliche Vereinigung), Apothekerkammer des Saarlandes, Frauennotruf Saarland, Institut für Rechtsmedizin der Universität des Saarlands, Weißer Ring e. V., Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	Interministerielle Arbeitsgruppe, die bei Bedarf einberufen wird; Regelmäßiger Jour fixe des im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zuständigen Fachreferates (Frauen und Gleichstellung) mit dem Frauennotruf Saarland als spezialisierter Fachberatung
Koordinierung (Organisation/ Institution)	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland in Zusammenarbeit mit dem Frauennotruf Saarland

Koordinierungsaufgaben	<p>Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland: Projektsteuerung; Gewinnung der am Projekt teilnehmenden Kliniken und gynäkologischen Gemeinschaftspraxen, Umsetzung einer zielgruppensensiblen Öffentlichkeitsarbeit, Fortentwicklung Dokumentationsbogen</p> <p>Frauennotruf Saarland: Betreuung der am Projekt teilnehmenden Kliniken und gynäkologischen Gemeinschaftspraxen, Organisation und Durchführung von Ärzt_innenfortbildungen, Multiplikator_innenveranstaltungen, Produktion der erforderlichen Materialien (Bestellung und Verteilung der Spurensets an die teilnehmenden Einrichtungen, Verteilung der Informationsmaterialien)</p>
Zielgruppen	Von sexualisierter Gewalt betroffene Frauen und Mädchen ab 16 bzw. bestimmten Voraussetzungen ab 14 Jahren
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Kliniken mit 24 Stunden gynäkologischer Ambulanz sowie ausgewählte gynäkologische Gemeinschaftspraxen
– Voraussetzung für Teilnahme	Durchführung nur durch speziell geschulte Ärzt_innen in sechs ausgewählten Kliniken bzw. Gemeinschaftspraxen
– Vertragliche Bindung der Anlaufstellen	Nein; die Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ist für beide Seiten jederzeit „aufkündbar“
– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohner_inzahl	Aktuell 10 gynäkologische Gemeinschaftspraxen und 6 Kliniken
Datenerhebung (Regelmäßigkeit/Form/ausführende Organisation)	/
Fallzahlen (so detailliert wie möglich, z. B. nach Gewaltform, Geschlecht/Alter der Betroffenen)	Seit Projektstart (November 2014) wurden 53 vertrauliche Spurensicherungen durchgeführt. In fünf Fällen wurde die Spurensicherung in einer niedergelassenen Facharztpraxis durchgeführt. In zwei Fällen wurde im Nachhinein Anzeige erstattet (Stand: 25. November 2019); davon ausgenommen sind die Fälle, in denen auf ausdrücklichen Wunsch des Opfers noch während der Untersuchung die Polizei hinzugezogen wurde.
Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	Kampagne „Sexuelle Gewalt hinterlässt Spuren!“ (Flyer, Großflächenplakate, Poster, Kurzfilme in Bussen, Busaußenwerbung, Verteilung von Give-aways, Infostände und Vorträge)
Zugehörige Webseite	www.spuren-sichern.de
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Deutsch

Finanzierung	
Art der Finanzierung	Finanziert als Projekt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland
Finanzierungsumfang (Summe in Euro/Zeitraum)	Nach Bedarf
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	<ul style="list-style-type: none"> – Dokumentationsbögen – Spurensets – Werbemaßnahmen und Infomaterial – Kosten der Fortbildung – wenn erforderlich, Kostenübernahme für die „Pille danach“ (ohne Prüfung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit)
– Vergütung der Spurensicherung	Zum Projektstart (November 2014) wurde mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland eine entsprechende Abrechnungsvereinbarung geschlossen, die die Zahlung einer Aufwandsentschädigung als Fallpauschale in Höhe von 200 Euro regelt.
– Spurensicherungskits	Ja
– Transportkosten	In Untersuchungspauschale mit einbegriffen
– Lagerungskosten	Nein
– Schulungen	Ja
– Koordinierungsaufgaben	Ja
– Öffentlichkeitsarbeit	Ja
– Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	Ja
– Sonstiges	Im Zusammenhang mit der ersten Evaluierung des Projektes (Frühjahr 2017) wurde mit der Apothekerkammer des Saarlandes eine Kooperation bzgl. der Abgabe der „Pille danach“ vereinbart. Auf Basis einer Bescheinigung, die Betroffene im Rahmen der Spurensicherung von Ärzt_innen erhalten, kann – wenn medizinisch indiziert – die „Pille danach“ an die betroffenen Opfer in saarländischen Apotheken kostenfrei abgegeben werden. Die Abrechnung der Apotheke erfolgt in diesen Fällen im Wege eines pseudonymisierten Verfahrens unmittelbar mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Versorgungsangebot	
Leistungen	Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung (VSS)
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.)	Nein
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Ja (über Bezugsschein, finanziert durch das oben genannte Ministerium)
Test auf K.-o.-Tropfen	Standardisiert nicht Bestandteil der Spurensicherung; sofern dies im Einzelfall angezeigt ist, aber grundsätzlich möglich
Art des Transports des Spurenmaterials	Durch zertifizierte Labordienste
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	Zunächst 10 Jahre bei den die Spurensicherung bzw. die Untersuchung durchführenden Ärzt_innen
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	Zunächst 10 Jahre Institut für Rechtsmedizin der Universität des Saarlands, Verlängerung ist möglich
Standardmäßiger Verweis auf Beratung	Ja
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Ja
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Standardmäßige Verwendung von Dokumentationsbögen	Ja
– An Dokumentationsform der Strafverfolgungsbehörden angeglichen	Ja
Spurensicherungskits	Ja
Schulungen/Fortbildungen	Ja

– Zielgruppe (z. B. Gynäkolog_innen, Pflegepersonal)	Gynäkolog_innen, medizinisches Assistenzpersonal
– Konzipiert/Ausgerichtet in Zusammenarbeit zwischen	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen u. Familie (Federführung) – Ministerium d. Justiz und Staatsanwaltschaft Saarbrücken – Ministerium für Inneres, Bauen und Sport – Kriminaltechnik im Landespolizeipräsidium – Berufsverband der Frauenärzte im Saarland – Institut für Rechtsmedizin der Universität des Saarlands – Frauennotruf Saarland
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Ja
– Regelmäßigkeit	Ja
– Möglichkeit der kurzfristigen Konsultation/Rücksprache mit Rechtsmediziner_innen im Einzelfall	Ja
Sonstiges	

3.4 Netzwerk ProBeweis (Niedersachsen)

Die folgenden Informationen wurden vom Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover zur Verfügung gestellt:

Region	Niedersachsen
Titel Modellansatz	Netzwerk ProBeweis
Aktiv seit	2012
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – Flächendeckende Bereitstellung einer gerichtsverwertbaren, standardisierten, kostenlosen, vertraulichen Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in Niedersachsen bereits vor der Strafanzeige – Vernetzung mit Opferunterstützungseinrichtungen
Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Partnerkliniken
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	regelmäßig und nach Bedarf
Koordinierung (Organisation/ Institution)	Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover
Koordinierungsaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung von Dokumentationsbögen und Spurensicherungskits – Bereitstellung von Kameras, Praxisleitfäden, Versandboxen, etc. – Vorbereitung und Durchführung von Schulungen – Transfer rechtsmedizinischen Fachwissens und kriminaltechnisch notwendiger Spurensicherungsmaterialien – Öffentlichkeitsarbeit – Akquise von und Kontaktpflege mit teilnehmenden Kliniken – Fachgerechte Asservatenlagerung und -verwaltung
Zielgruppen	Betroffene sexueller und/oder häuslicher Gewalt
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Kliniken mit gynäkologischen und chirurgischen Abteilungen und rechtsmedizinische Institute

– Voraussetzung für Teilnahme	Partnerklinik muss über die Fachabteilungen Gynäkologie und Chirurgie und 24/7 Dienstbereitschaft verfügen Untersuchungen nur nach ProBeweis-Standards und mit vorgegebenen Spurensicherungsmaterialien
– Vertragliche Bindung der Anlaufstellen	Verpflichtende Kooperationsvereinbarungen
– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohner_inzahl	Insgesamt 40 Untersuchungsstellen (Stand 01.06.2020) – durchschnittlich ca. 18 km Anfahrtsweg
Datenerhebung (Regelmäßigkeit/ Form/ausführende Organisation)	Institut für Rechtsmedizin Regelmäßig
Fallzahlen (so detailliert wie möglich, z. B. nach Gewaltform, Geschlecht/ Alter der Betroffenen)	1099 Fälle (Stand 31.05.2020), selbstbestimmungsfähige Betroffene, davon: – Weiblich: 1047 – Männlich: 52 – Körperliche Gewalt: 478 – Sexuelle Gewalt: 535 – sexuelle & körperliche Gewalt: 58 – Sonstige: 28 Gesamt Fallzahlen 2012-2020: 1099 Fälle
Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	„Beweise verfallen – Spuren sichern, bevor sie nicht mehr sichtbar sind“
Zugehörige Webseite	www.probeweis.de
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Deutsch, Englisch, Türkisch, Französisch, Russisch, Arabisch

Finanzierung	
Art der Finanzierung	Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Finanzierungsumfang (Summe in Euro/Zeitraum)	Förderung seit 2012, aktuell 310.000 Euro pro Jahr – bis Ende 2020
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	
– Vergütung der Spurensicherung	Ja, 50 € Aufwandsentschädigung pro Untersuchung
– Spurensicherungskits	Ja
– Transportkosten	Ja
– Lagerungskosten	Ja
– Schulungen	Ja
– Koordinierungsaufgaben	Ja
– Öffentlichkeitsarbeit	Ja
– Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	Nein
– Sonstiges	Asservatenbearbeitung, wie zum Beispiel Abseren der Blutproben, Tiefrieren von Blut und Urin, Trocknen von DNA-Spuren
Versorgungsangebot	
Leistungen	Vertrauliche Verletzungsdokumentation und Spurensicherung, ärztliche Beratung, Verweis auf Beratungsstellen
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.))	Nein
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Nein
Test auf K.-o.-Tropfen	Urin- und Blut-Asservate können mit anderen Spuren im rechtsmedizinischen Institut gelagert werden. Tests erfolgen im Falle einer nachträglichen Anzeige auf Kosten der Strafverfolgungsbehörden oder auf explizite Beauftragung mit Kostenerstattung

Art des Transports des Spurenmaterials	Gemäß Vorgaben aus der Kooperationsvereinbarung auf dem Postweg (Deutsche Post oder DHL als nachverfolgbares Paket) mit ggf. entsprechend zur Verfügung gestellten Kühlbehältern
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	30 Jahre (Projektzentrale/Institut für Rechtsmedizin)
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	Mind. 3 Jahre in rechtsmedizinischen Instituten
Standardmäßiger Verweis auf Beratung	Ja
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Keine einheitliche Regelung
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Standardmäßige Verwendung von Dokumentationsbögen	Ja
– An Dokumentationsform der Strafverfolgungsbehörden angeglichen	Ja – gemeinsam mit dem Landeskriminalamt Niedersachsen entworfene Materialien
Spurensicherungskits	Ja
Schulungen/Fortbildungen	Ja
– Zielgruppe (z. B. Gynäkolog_innen, Pflegepersonal)	Ärzt_innen und Pflegepersonal
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Ja
– Regelmäßigkeit	Gemäß Kooperationsvereinbarungen und Bedarf
– Möglichkeit der kurzfristigen Konsultation/Rücksprache mit Rechtsmediziner_innen im Einzelfall	Ja – 24-stündige Erreichbarkeit zur Beratung und fachlichen Unterstützung bezüglich Verletzungsdokumentation und Spurensicherung
Sonstiges	Telemedizinische Beratung mit Videosprechstunde als ergänzendes Instrument zur Risikominimierung bei SARS-CoV-2-Pandemie seit April 2020

3.5 Rechtsmedizinische Ambulanz für Betroffene von Gewalt (Mecklenburg-Vorpommern)

Die folgenden Informationen wurden vom Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Rostock und vom Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald zur Verfügung gestellt:

Region	Mecklenburg-Vorpommern
Titel Modellansatz	Rechtsmedizinische Ambulanz für Betroffene von Gewalt
Aktiv seit	2011
Ziele	Niedrigschwellige Befunddokumentation, auch ohne Einschaltung der Ermittlungsbehörden und anonym möglich
Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Rostock & Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	Bei Bedarf
Regelmäßigkeit/Form des Austauschs mit anderen Akteur_innen, insbesondere Gynäkolog_innen, Strafverfolgungsbehörden, Fachberatungsstellen	Rostock: Regelmäßige Treffen inkl. Fortbildungen mit der interdisziplinären Kinderschutzgruppe der UMR (2x jährlich sowie bei konkreten Verdachtsfällen bei Bedarf), Teilnahme an Aktionswochen, Informationsveranstaltungen, Fachtagungen, etc. Greifswald: regelmäßiger Austausch mit Interventionsstellen, individuelle Rücksprache zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten_innen. Durchführung von Fortbildungen für Polizei, Ärzt_innen, Jugendämter, Interventionsstellen, etc.
Koordinierung (Organisation/ Institution)	Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Rostock und Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald
Koordinierungsaufgaben	Öffentlichkeitsarbeit, Kontakt zu politischen Entscheidungsträger_innen, Anfertigen von Statistiken, etc.
Zielgruppen	Betroffene von Gewalt (einschließlich sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt)
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle an den Rechtsmedizinischen Instituten in Rostock und Greifswald; Außenstelle in Schwerin Greifswald: zusätzlich mobile Untersuchungsstelle in Interventionsstellen, Frauenhäusern, Krankenhäusern, Arztpraxen, etc.

– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohnerzahl	3 Anlaufstellen auf 1,61 Mio. Einwohner
– Zeitliche Verfügbarkeit	Rostock/Schwerin: telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr Greifswald: telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr
Öffnungszeiten bzw. Zeiten der Verfügbarkeit der Untersuchung	Rostock/Schwerin: Untersuchungen innerhalb der Dienstzeiten (Mo-Do: 07:00– 16:00 Uhr, Fr: 07:00– 14:30 Uhr) Greifswald: Mo.-Fr.: 07:00– 16:00 Uhr, außerhalb der regulären Dienstzeiten und am Wochenende auf Anfrage
Datenerhebung (Regelmäßigkeit/Form/ausführende Organisation)	Ausführliche, vertrauliche Befunddokumentation jedes Falles anhand von Fotodokumentation, Anfertigen von Körperschemata, Mitschriften durch Untersuchende
Fallzahlen (so detailliert wie möglich, z. B. nach Gewaltform, Geschlecht/Alter der Betroffenen)	Rostock 2019: 239 Untersuchungen, davon 200 in der Untersuchungsstelle in Rostock, 39 in Schwerin Untersuchungen von 111 männlichen und 129 weiblichen Personen, davon 116 Minderjährige Untersuchungsanlässe: 73 Fälle häuslicher Gewalt, 33 Fälle sexualisierter Gewalt, 133 Fälle sonstige Gewaltformen Greifswald 2019: Insgesamt 185 Fälle (200 untersuchte Personen), davon 45% männliche Personen, 55% weibliche Personen. Von den 185 Fällen wurden in 80 Fällen (95 Personen) minderjährige Personen untersucht. Ort der Untersuchung: 35% in Kliniken des Einzugsgebietes, in 37% im Institut für Rechtsmedizin und in 28% in externen Einrichtungen (Interventionsstellen, Jugendämter, etc.)
Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	Flyer https://rechtsmedizin.med.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/rechtsmedizin/Opferambulanz/Flyer_zum_Download.pdf Flyer: http://www2.medizin.uni-greifswald.de/rechtsmed/fileadmin/user_upload/Gewaltopferambulanz/2019_GOA-Flyer_Druckdatei_JS.pdf
Zugehörige Webseite	https://rechtsmedizin.med.uni-rostock.de/opferambulanz http://www2.medizin.uni-greifswald.de/rechtsmed/forensische-medizin/gewaltopferambulanz/
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Deutsch

Finanzierung	
Art der Finanzierung	Jährliche Förderung des Ministeriums für Soziales, Gleichstellung und Integration MV
Finanzierungsumfang (Summe in Euro/Zeitraum)	Derzeit 190.400 Euro jährlich ab 2020 inkl. MwSt. Die beiden Institute erhalten je 80.000 Euro, die für Personal- und Sachkosten zur Verfügung stehen
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	
– Vergütung der Spurensicherung	Rostock: Nein Greifswald: Ja (jedoch nur in seltenen Fällen notwendig)
– Spurensicherungskits	Rostock: Nein Greifswald: wenn Spurensicherung erforderlich, wird auch entsprechendes Material vorgehalten
– Transportkosten	Nein
– Lagerungskosten	Nein
– Schulungen	Nein
– Koordinierungsaufgaben	Ja
– Öffentlichkeitsarbeit	Ja
– Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	Nein
– Sonstiges	
Versorgungsangebot	
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> – Gerichtsverwertbare Befund- und Verletzungsdokumentation – Ggf. Sicherung von Spuren – Zeitlich unbegrenzte Archivierung der erhobenen Befunde
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z.B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.))	Rostock: Ja, Möglichkeit von Untersuchungen in kooperierenden Kliniken, Arztpraxen und Jugendämtern Greifswald: Ja. Ein Großteil der Untersuchungen erfolgt außerhalb des Institutes
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Nein

Test auf K.-o.-Mittel	Nur nach gesondertem Auftrag kostenpflichtig möglich
Art des Transports des Spurenmaterials	Spurenmaterial verbleibt an den rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	Derzeit unbegrenzt an den rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	Derzeit unbegrenzt an den rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen
Standardmäßiger Verweis auf Beratung	Ja
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Ja
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Verwendete Dokumentationsbögen und Spurensicherungsmaterial an Verfahren im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden angeglichen (Ja/Nein)	Ja
Schulungen/Fortbildungen	
– Zielgruppe (z. B. Gynäkolog_innen, Pflegepersonal)	Mediziner_innen aller Fachbereiche, Pflegepersonal, Hebammen, Pädagog_innen, Lehrkräfte, Sozialarbeiter_innen, Polizeibeamt_innen, Mitarbeiter_innen der Jugendämter
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Teilweise
– Regelmäßigkeit	Auf Anfrage
Möglichkeit der standardmäßigen Zusammenarbeit mit Gynäkolog_innen bei Fällen sexualisierter Gewalt vorgesehen (jeweils im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden und verfahrensunabhängig)	Rostock: im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden: ja verfahrensunabhängig: nein Greifswald: Im Bedarfsfall auf Anfrage der Gynäkologen möglich
– Kooperationsvereinbarung zu diesem Zweck	Nein
Sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung:	Regelmäßige instituts- sowie klinikinterne Fallkonferenzen

3.6 Modell: „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ (überregional)

Die folgenden Informationen wurden von der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt zur Verfügung gestellt:

Region	<p>Überregionales Konzept Beginn in Frankfurt, Implementierung in Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg</p> <p>Fokusgruppengespräche und Einzelinterviews wurden im Raum Frankfurt unter Beteiligung hessischer Modellregionen durchgeführt. Die weiteren Angaben in dieser Tabelle beziehen sich auf den Raum Frankfurt und auf die überregionalen Angebote (Modellregionen)</p>
Titel Modellansatz	Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung
Aktiv seit	2011 (erste Modellregionen 2014)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> – niedrighschwelliger Zugang zu medizinischer Hilfe – primäre Ansprache der Betroffenen auf der Ebene der gesundheitlichen Sorgen und Nöte – regelhaft standardisierte Befunddokumentation – auf Wunsch Durchführung einer gerichtsfesten Spurensicherung mit sicherer Lagerung für 12 Monate in einem Institut für Rechtsmedizin – Zugang zu einer integrierten medizinischen Nachsorge – konkrete Vermittlung ins psychosoziale Hilfesystem – Verringerung von Sekundärtraumatisierung durch adäquate Ansprache in Verbindung mit einem spezifischen medizinischen Angebot. – Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen

Rahmenbedingungen	
Projektpartner_innen	<p>in Frankfurt: Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, acht Frauenkliniken (und somit alle dort in Betracht kommenden Kliniken), das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt, Stadtverordnetenversammlung, diverse Ämter, das Frauenreferat, das Gesundheitsamt, das Jugend- und Sozialamt, das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Landesärztekammer und die Werbeagentur Y & R, Schirmfrau Susanne Fröhlich</p> <p>Überregional: Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, Landesärztekammer, Rechtsmedizinische Institute, Werbeagentur Y & R und Schirmfrau Susanne Fröhlich</p>
Projektpartner_innen Hessen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz	<p>Sogenannte Modellregionen – Verantwortliche (Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte oder Beratungsstellen), die die Verantwortung für das Modell vor Ort übernehmen und die Struktur nach der Modellkonzeption implementieren. Kooperationspartner_innen in den Regionen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kliniken vor Ort (jeweils mit Chefärzt_in und verantwortlicher Ansprechperson) – Verwaltung, Politik, örtliches Hilfesystem – Zugewiesene rechtsmedizinische Institute in Gießen, Frankfurt, Heidelberg

Regelmäßigkeit/Form des Austauschs zwischen Projektpartner_innen	<p>Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt FFM ist Ansprechpartner für die Modellregionen: schriftliche Informationen, inhaltliche Unterstützung und gemeinsamer Austausch nach Bedarf</p> <p>Die kooperierenden rechtsmedizinischen Institute: schriftlich, telefonisch, persönlich, nach Bedarf</p> <p>Die kooperierenden Krankenhäuser: schriftlich, telefonisch und jährliche Angebote der Schulungen in den jeweiligen Häusern (Prinzip der kurzen Wege)</p> <p>Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt mit Modellregionen, rechtsmedizinische Institute, Krankenhäuser, Politik: jährlich eine große überregionale Fortbildungsveranstaltung, offen für alle</p> <p>Modellregionen vor Ort mit allen Partner_innen vor Ort: Medizinische und rechtsmedizinische Expert_innen per E-mail erreichbar für Fragen (jederzeit; Kontaktadresse auf der Homepage)</p>
Koordinierung	Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt überregional für alle Modellregionen. Jede Modellregion hat vor Ort eine eigene Projektkoordination
Koordinierungsaufgaben	Recherche, Aufbereitung von Inhalten und deren Vermittlung, Aktualisierung der Unterlagen bei Bedarf, Begleitung und Unterstützung neuer Modellregionen bei der Implementierung, Gewährleistung der Einhaltung der Vereinbarungen bezüglich der Corporate Identity und der Qualitätsstandards der Modell-Unterlagen; Durchführung oder Organisation von Schulungen, Lösung von konkreten Problemen
Zielgruppen	Betroffene sexualisierter Gewalt ab dem Alter von 14 Jahren, Frauen und Männer (sofern die kooperierenden Kliniken dafür ein Angebot mit bereitstellen können)
Art der Anlaufstelle für Dokumentation und Spurensicherung	Gynäkologische Kliniken
– Voraussetzung für Teilnahme der Krankenhäuser?	Frauenkliniken mit einer täglichen 24-Stunden-Erreichbarkeit
– Vertragliche Bindung der Anlaufstellen	Kooperationsvereinbarung, jedoch formaljuristisch nicht bindend – ärztliche Berufsausübung ist frei
– Anzahl der Anlaufstellen im Verhältnis zur Einwohner_inzahl	<p>29 Kliniken in 3 Bundesländern</p> <p>In jeder Modellregion sind alle Krankenhäuser beteiligt, die eine 24/7-Erreichbarkeit der Frauenklinik bieten</p>

Datenerhebung (Regelmäßigkeit/ Form/ausführende Organisation)	Regelmäßig durch die Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt (formal über Rückmeldebogen zu jedem betreuten Fall; der Meldebogen wird von der Klinik ausgefüllt und an die Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt übersandt. Es ist trotz knappem Format von einer Dunkelziffer fehlender Rückmeldungen auszugehen)
Fallzahlen (so detailliert wie möglich, z. B. nach Gewaltform, Geschlecht/ Alter der Betroffenen)	2019: Insgesamt 167 Frauen + 2 Männer = 169 Fälle Seit Start des Modells insgesamt 548 Mädchen und Frauen und 3 Männer
Zugehörige Öffentlichkeitskampagne	Vergewaltigung ist ein medizinischer Notfall! Mit Flyer, Plakat-Aktionen in Bus und Bahn, Kunst-Aktionen im öffentlichen Raum, Spots, Homepage
Zugehörige Webseite	www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de
Informationsmaterial für Betroffene in folgenden Sprachen verfügbar	Arabisch, Deutsch, Englisch, Leichte Sprache, Türkisch
Finanzierung	
Art der Finanzierung	Für die Modellregion Frankfurt: Förderung durch Stadt Frankfurt – u. a. für die Bewerbung des Versorgungskonzepts in Frankfurt Für Hessen: Förderung durch das Land Hessen für Implementierung und übergeordnete Koordination des Modells in Hessen Je nach Modellregion unterschiedliche eigene Finanzierungen
Finanzierungsumfang (Summe in Euro/Zeitraum)	Modellregion Frankfurt: 31.000 Euro/2019 Land Hessen 61.000 Euro/2019 Je nach Modellregion unterschiedliche Finanzierungen
Hierdurch werden folgende Aspekte der Versorgung finanziert:	
– Vergütung der Spurensicherung	Nein
– Spurensicherungskits	Ja. Alle Modellregionen haben hierfür eigene Förderungen. Kostenlose Bereitstellung von Kits für Krankenhäuser ist für die Übernahme des Modells verpflichtend

Transportkosten	Ja. Alle Modellregionen haben hierfür eigene Förderungen Kostenloser Transport für Krankenhäuser ist für die Übernahme des Modells verpflichtend
Lagerungskosten	z. T. Pauschalen, i. d. R. stellen die rechtsmedizinischen Institute die Kosten nicht in Rechnung (unentgeltliche Kooperationsleistung)
Schulungen	Ja, das Hessische Ministerium für Soziales und Integration zahlt für Hessen. Andere Modellregionen haben hierfür eigene Förderungen. Schulungen sind für die Modellregionen verpflichtend.
Koordinierungsaufgaben	Ja – das Hessische Ministerium für Soziales und Integration zahlt die übergeordnete Koordinierung für Hessen an Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, Modellregionen haben für Projektkoordinierung/Implementierung eigene Förderungen
Öffentlichkeitsarbeit	Ja. Alle Modellregionen haben hierfür eigene Förderungen. Öffentlichkeitsarbeit ist für die Übernahme des Modells verpflichtend.
Notfallkontrazeption (z. B. „Pille danach“)	nur z. T., häufig spendenbasiert.
Sonstiges	Ab 2020 Vergütung der medizinischen und spurensichernden Leistung in den Krankenhäusern durch eine Fallpauschale, für ganz Hessen geplant
Versorgungsangebot	
Leistungen	Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Dokumentation/ Spurensicherung
Mobile Dienste (Möglichkeit des Aufsuchens der Betroffenen außerhalb der Untersuchungsstelle (z. B. Kliniken, Arztpraxen, Jugendämter usw.)	Nein
„Pille danach“ bei Bedarf kostenfrei	Ja, in den meisten Modellregionen vorhanden (häufig spendenbasiert)
Test auf K.-o.- Mittel	Bei Bedarf wird im ärztlichen Kontakt eine Blut- und/ oder Urinprobe gesichert und zur adäquaten Lagerung an das kooperierende Institut für Rechtsmedizin überstellt. Eine Analyse erfolgt nur nach Auftrag und Kostenübernahme.

Art des Transports des Spurenmaterials	Kurierdienst, den auch die Staatsanwaltschaft nutzt, der Transportweg ist jeweils mit der Staatsanwaltschaft abgesprochen, damit bei Bedarf gesicherte Spuren später auch gerichtsverwertbar sind.
Dauer und Ort der Lagerung der Verletzungsdokumentation	Möglichst rasche Überstellung an das Institut für Rechtsmedizin. Lagerung max. 3 Tage (Freitagabend bis Montagfrüh) in den teilnehmenden Kliniken mit Sicherungskonzept
Dauer und Ort der Lagerung des Spurenmaterials	1 Jahr am Institut für Rechtsmedizin, bei Minderjährigen Lagerung entsprechend bis zur Volljährigkeit plus 12 Monate)
Standardmäßiger Verweis auf Beratung	Ja, alle Krankenhäuser sind mit entsprechenden Materialien ausgestattet.
Möglichkeit für Mediziner_innen, Fachberatungsstellen bei Bedarf für eine Begleitung vor Ort hinzuzuziehen	Nach Absprache, vor Ort unterschiedlich.
Qualitätssicherung in Kliniken und/oder Gemeinschaftspraxen	
Standardmäßige Verwendung von Dokumentationsbögen	Ja
– An Dokumentationsform der Strafverfolgungsbehörden angeglichen	Ja
Standardmäßige Verwendung Spurensicherungskits	Ja
Schulungen/Fortbildungen	Ja
– Zielgruppe (z. B. Gynäkolog_innen, Pflegepersonal)	Ärzt_innen, Pflegekräfte, Mitarbeiter_innen aus niedergelassenen Praxen, Modellverantwortliche aus Modellregionen, Kriminalpolizei, Studierende
– Konzipiert/Ausgerichtet in Zusammenarbeit zwischen	Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Berufsverband der Frauenärzte, Hessische Landesärztekammer, Institut für Rechtsmedizin Frankfurt, Staatsanwaltschaft Frankfurt
– Durch Ärztekammer zertifiziert	Ja
– Regelmäßigkeit	1 × jährlich
– Möglichkeit der kurzfristigen Konsultation/Rücksprache mit Rechtsmediziner_innen im Einzelfall	Ja. Die konkrete Ausgestaltung unterliegt der Bereitstellungskapazität der jeweiligen Rechtsmedizin

Sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung	<p>Schulungsordner für Ärzte und Ärztinnen</p> <p>per E-Mail oder Telefon (bei Bedarf);kollegiale Beratung durch Ärzt_in und Rechtsmediziner_in (Kontaktzugriff über die Website https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fachwissen/aerztliche-dokumentation/ möglich)</p> <p>Angebot von Schulungen in den kooperierenden Kliniken vor Ort</p> <p>Zukünftig wird angestrebt, das Konzept mit den Behandlungspfaden und zugehörigen Dokumentationsunterlagen in das Qualitätsmanagement-System der Krankenhäuser zu integrieren und ein kollegiales Feedback-Konzept zu gestalten.</p>
---	---

Impressum

HERAUSGEBER

Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27 | 10969 Berlin
Tel.: 030 259 359-0 | Fax: 030 259 359-59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de
Twitter: @DIMR_Berlin

Analyse I November 2020

ISBN 978-3-946499-79-4 (PDF)

LIZENZ



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

TITELBILD

picture alliance/Christoph Schmidt/dpa

SATZ

www.avitamin.de

Deutsches Institut für Menschenrechte

**Zimmerstraße 26/27
10969 Berlin**

www.institut-fuer-menschenrechte.de