

Fachliche Empfehlungen
der interdisziplinären Arbeitsgruppe
„Kassenfinanzierte vertrauliche
Dokumentation und
Spurensicherung“
zur Umsetzung der
gesetzlichen Vorgaben
nach §27/§132k SGB V
in Berlin

Inhalt

Vorbemerkung	1
I. Vorschläge zur Ausgestaltung der Kassenleistung	
1a. Vorschläge zur Angebotsstruktur: „Hinreichende Anzahl“, „Geeignete Einrichtungen“	2
1b. Vorschläge zur Leistungsbeschreibung: „Art und Umfang der Leistung“	4
1c. Vorschläge zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen	6
1d. Vorschläge zum Abrechnungsverfahren	8
2. Zur Leistungserbringung erforderliche Rahmenbedingungen – nicht kassenfinanziert	
2a. KITs zur Spurensicherung nach sexueller Gewalt	8
2b. Schulung der Mitarbeiter*innen der involvierten Kliniken	9
2c. Beratung und Begleitung Betroffener	9
2d. Controlling/Qualitätssicherung	10
3. Zur Leistungserbringung wünschenswerte Rahmenbedingungen – nicht kassenfinanziert	
3a. Umfassende, kassenfinanzierte medizinische Erstversorgung nach sexueller Gewalt	11
3b. Ausschluss von Regressprüfungen durch Krankenkassen	12
3c. Einrichtung eines Netzwerks „Ersthilfe nach sexueller Gewalt“ und Öffentlichkeitsarbeit	13
4. Erläuterungen zu Teil I – Ausgestaltung der Kassenleistungen	14
5. Quellenverzeichnis	16
6. Anlage: Schaubild mögliche Versorgungssituation	18

Impressum

Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –
Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
Karin Wieners, Rona Torenz, Marion Winterholler

S.I.G.N.A.L. e.V.

Sprengelstraße 15 · 13353 Berlin

Telefon: (030) 24 63 05 79

RunderTisch@signal-intervention.de

www.signal-intervention.de

Layout: Atelier 124 | Maria Kempster

Berlin, Januar 2021

Vorbemerkung

Seit Änderung des §27 SGB V gehört die vertrauliche, d.h. anzeigenunabhängige Spurensicherung und Dokumentation nach Misshandlung und sexueller Gewalt grundsätzlich zu den von Krankenkassen finanzierten gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Zur Umsetzung der am 01.03.2020 in Kraft getretenen Gesetzesänderung sind die Bundesländer gefordert, im jeweiligen Land für die Umsetzung zu sorgen und ein entsprechendes Verfahren anzustoßen.

Die vorliegenden fachlichen Vorschläge zur Umsetzung der kassenfinanzierten vertraulichen Dokumentation und Spurensicherung nach Misshandlung und sexueller Gewalt wurden in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Leitung der *Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB)* diskutiert und abgestimmt. Der RTB ist ein 2019 begründeter, freiwilliger Zusammenschluss von Organisationen. Die Mitglieder des RTB setzten sich für die Umsetzung der WHO Leitlinien *Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen* (2013) in Berlin ein. Angesiedelt ist der RTB bei der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung.

Am Prozess mitgewirkt haben: Frau Adler (Berliner Krankenhausgesellschaft), Frau Stein (DGINA LV Berlin), Herr Dr. Brockstedt (Ärztammer Berlin), Frau Dr. Quenzer (Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz), Frau Schönbach (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Frau Harlos (Frauenraum. Fachberatungs- und Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt), Frau Strack (LARA. Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*), Frau Freund (MUT-Stelle der Lebenshilfe e.V.), Frau Dr. Haag (DRK Kliniken Westend), Frau Dr. Etzold (Gewaltschutzambulanz Charité Universitätsmedizin Berlin), Frau Dr. Wolf (Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Friedrichshain-Kreuzberg, ÖGD), Herr Bendix-Kaden (LKA 2 Praev), Herr Hoffmann (LKA 13). Die Leitung der Arbeitsgruppe und die Verschriftlichung der Ergebnisse oblagen Frau Torenz und Frau Wieners (Geschäftsstelle des RTB).

Die Arbeitsgruppe betont, dass die hier im Zentrum stehende Leistung der vertraulichen Spurensicherung und Dokumentation nach Misshandlung und sexueller Gewalt nur ein Baustein in der gesundheitlichen Versorgung nach sexueller und häuslicher Gewalt ist. Dokumentation und Spurensicherung sollten nach Möglichkeit zusammen mit der medizinischen Versorgung und Nachsorge und mit der Vermittlung an psychosoziale und/oder psychologische Beratung erfolgen. Entsprechend geht die Arbeitsgruppe davon aus, dass die Fachkräfte in den leistungserbringenden Einrichtungen nicht nur über grundlegende rechtsmedizinische Kenntnisse verfügen müssen, sondern ebenso über Kenntnisse der Problematiken, möglicher Traumareaktionen, des Unterstützungssystems sowie der medizinischen Versorgung insbesondere nach sexueller Gewalt.

Für eine fachlich und qualitativ gute Umsetzung der kassenfinanzierten vertraulichen Spurensicherung und Dokumentation bedarf es aus Sicht der Arbeitsgruppe eines Rahmenkonzepts, in das die Leistung der vertraulichen Dokumentation und Spurensicherung eingebunden ist. In den vorliegenden Vorschlägen spiegelt sich dies wider. Kapitel I befasst sich mit der Ausgestaltung der kassenfinanzierten vertraulichen Dokumentation und Spurensicherung. Kapitel 2 und 3 widmen sich zentralen Aspekten des Rahmenkonzepts, wobei zwischen „erforderlichen“ und „wünschenswerten“ Rahmenbedingungen differenziert wird.

Die Arbeitsgruppe sieht hohen Bedarf, das Gesetz und seine Umsetzung bundesweit und systematisch zu evaluieren. Es gilt zu überprüfen, ob die in den Ländern jeweils getroffenen Regelungen zur Umsetzung der insgesamt eher rudimentären bundesgesetzlichen Vorgaben tragfähig und praktikabel sind, ob die Leistungen den fachlichen und qualitativen Standards und den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen. Ebenfalls sieht die Arbeitsgruppe hohen Bedarf nach einem bundesweiten Fachaus-tausch zur Ausgestaltung der kassenfinanzierten vertraulichen Dokumentation und Spurensicherung.

Die folgenden Vorschläge basieren auf rechtlichen Vorgaben und fachlichen Empfehlungen, insbesondere der „Istanbul-Konvention“, den „WHO Empfehlungen“ und auf bestehender, positiv erprobter Praxis:

- Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul Konvention). Council of Europe, 2011.
- Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. WHO, 2013.
- Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt. Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland. DIMR, 2020.
- Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Banaschak et al, 2014.
- Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. DIJuF, 2018.
- Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. Blättner & Grewe, 2019.

I. Vorschläge zur Ausgestaltung der Kassenleistung

§ 132k SGB V regelt: „Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen gemeinsam und einheitlich auf Antrag des jeweiligen Landes mit dem Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzten Verträge über die Erbringung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Satz 6. In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt der Abrechnungsverfahren zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet, die Vergütung kann pauschaliert werden. Das Abrechnungsverfahren ist so zu gestalten, dass die Anonymität der Versicherten gewährleistet ist. [...]“

1a. Vorschläge zur Angebotsstruktur – „Hinreichende Anzahl“ und „Geeignete Einrichtungen“

Siehe Anlage für ein Schaubild zur möglichen Versorgungssituation.

Gesetzliche Vorgaben	Vorschlag zur Umsetzung in Berlin
<p>Abschluss von Verträgen mit einer hinreichenden Anzahl (...) an Einrichtungen (§132k SGB V)</p> <p>Die Leistungserbringer sollen in angemessener Zeit erreichbar sein (Gesetzesbegründung)</p>	<p>Bezugnehmend auf Vorgaben der Istanbul-Konvention (1 Versorgungsangebot je 200.000 Personen) und auf fachliche Vorgaben des G-BA zur Erreichbarkeit gynäkologischer Versorgung (max. 45 Min.) schlägt die Arbeitsgruppe vor (s. auch Kapitel 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablierung dezentraler/regionaler Versorgungsangebote in bestehenden medizinischen Einrichtungen. Angestrebt werden sollten je eine Versorgungseinrichtung pro Bezirk (12), mindestens aber eine Versorgungseinrichtung je Region (5). • Fokussierung auf Kliniken mit einer ZNA zur Sicherstellung einer 24/7 Erreichbarkeit. Möglichkeiten des Einbezugs niedergelassener Praxen/medizinischer Versorgungszentren sollte zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden.

	<ul style="list-style-type: none"> Die Gewaltschutzambulanz der Charité bleibt unverändert zentrale Schwerpunkteinrichtung mit fachlich unterstützender Funktion für die an der Versorgung beteiligten Kliniken.
<p>Abschluss von Verträgen mit (...) geeigneten Einrichtungen oder Ärzten (132k SGB V)</p> <p>Es ist ein für die Betroffenen bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen (Gesetzesbegründung)</p>	<p>Vor dem Hintergrund der zu erbringenden Leistungen und vorliegender fachlicher Standards, sollten Einrichtungen/Kliniken als geeignet gelten, die (s. auch Kapitel 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> über die erforderlichen Abteilungen für die Versorgung nach Misshandlung und sexueller Gewalt verfügen. Dies sind insbesondere Chirurgie und Gynäkologie. Für die Versorgung nach Angriffen gegen den Hals ist eine HNO-Abteilung, alternativ ein Überweisungspfad zur nächstgelegenen Klinik mit HNO erforderlich. ein Interventionskonzept bei häuslicher und sexueller Gewalt etabliert haben oder bereit sind, ein solches zeitnah zu etablieren (s. Vorgabe im Landeskrankenhausplan 2016 – 2020). Erforderlich sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> festgelegte Abläufe/Verfahren und Zuständigkeiten (SOP) zur Dokumentation, zur Spurensicherung sowie zur medizinischen Versorgung nach sexueller Gewalt (incl. Regelung zur HIV-PEP; STI-PEP und Notfallverhütung). klare Regelung im Triage-System für die Versorgung nach sexueller und häuslicher Gewalt und im Aufnahmeverfahren zur Vermeidung langer Wartezeiten für Betroffene. Weiterverweisungspfade und Kontakte ins spezialisierte Hilfesystem. Bereitschaft zur regelmäßigen Schulung des Personals der involvierten Abteilungen sowie der Aufnahme (ca. 1/2-jährliche Schulungen). Bereitschaft zur Mitwirkung am Controlling und zur Teilnahme an einem Versorgungsnetz „Erstversorgung nach sexueller Gewalt“. Möglich wäre ebenfalls, dass die beteiligten Versorgungseinrichtungen eine*n Qualitätsbeauftragte*n für die Thematik benennen. <p>Die beteiligten Kliniken sollen bereit sein einen diskriminierungsfreien, zielgruppenadäquaten Zugang zum Versorgungsangebot zu gewährleisten (siehe auch Vorgaben der Istanbul-Konvention, der WHO Leitlinien und der Integrierten Maßnahmenplanung sexualisierte Gewalt). Der Prozess kann schrittweise erfolgen und sollte vor allem die Situation folgender Zielgruppen berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jugendliche nach sexueller Gewalt und Gewalt in der Partnerschaft, die eine Versorgung ohne Einbezug von Sorgeberechtigten wünschen. beeinträchtigte Personen, ggf. mit gesetzlicher Betreuung. Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse. <p>Nicht-versicherte Personen und privat versicherte Personen werden in der gesetzlichen Vorgabe nicht berücksichtigt. Ihr Zugang ist derzeit nicht gesichert. Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine möglichst zeitnahe gesundheitspolitische Klärung, um den Zugang für diese Zielgruppen zu gewährleisten.</p>

1b. Vorschläge zur Leistungsbeschreibung – „Art und Umfang der Leistung“

§ 27 Abs. 1 SGB V definiert: „Zur Krankenbehandlung gehören 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“.

Gesetzliche Vorgaben	Vorschlag zur Leistungsbeschreibung
<p>Zur Krankenbehandlung gehören (...) einschließlich der erforderlichen Dokumentation</p>	<p>Die Leistung erfolgt nach allen im Gesetz benannten Hinweisen auf Gewalttaten (sexuelle und körperliche Gewalt). Sie umfasst im Kern die detaillierte Beschreibung jeder ärztlich festgestellten körperlichen Verletzung und die Dokumentation aller Befunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistung erfolgt einheitlich unter Nutzung des S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogens, bei sexueller Gewalt unter Nutzung des Dokumentationsbogens bei sexueller Gewalt der Charité Universitätsmedizin Berlin. • Umfassende Aufklärung der Betroffenen zur Dokumentation, zum Untersuchungsablauf, zur Lagerungsart und Lagerungsdauer sowie zum Abruf der Dokumente. • Einholen des schriftlichen Einverständnisses zur schriftlichen und zur fotografischen Dokumentation. • Vertiefende Anamnese. • Schrittweise Ganzkörperuntersuchung mit ärztlicher Dokumentation aller Befunde in einer gerichtsverwertbaren Qualität. • Fotografische Verletzungsdokumentation in gerichtsverwertbarer Qualität. • Abschlussgespräch mind. mit Klärung der Sicherheitslage, mit Information über weiterführende Hilfen, Wiedervorstellung bei später sichtbaren Verletzungen (insb. Hämatome). • Je nach Möglichkeit schriftliche Vereinbarung zur Kontaktaufnahme vor Vernichtung der Dokumente nach Ablauf der festgelegten Lagerzeit. • Sichere, datenschutzrechtlich geprüfte Archivierung der schriftlichen/fotografischen Dokumente über den festgelegten Lagerzeitraum in der leistungserbringenden Einrichtung.
<p>Zur Krankenbehandlung gehören (...) Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper</p>	<p>Die Leistung erfolgt nach sexueller Gewalt. Ziel ist es mögliche DNA Spuren einer tatusübenden Person zu sichern. Zu berücksichtigende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leistung erfolgt ausschließlich unter Nutzung des positiv evaluierten KITs zur Spurensicherung der Charité Universitätsmedizin Berlin.

<p>Zur Krankenbehandlung gehören (...) Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sicherung von DNA-Spuren erfolgt innerhalb des fachlich empfohlenen Zeitfensters. Aktuell in der Regel bis zu 72 Stunden nach der Tat, in Einzelfällen bis 5 Tage nach der Tat. • Umfassende Aufklärung der Betroffenen zur Spurensicherung /zum Untersuchungsablauf, zum Lagerort und Lagerungszeitraum sowie zum Abruf der Spuren mit schriftlicher Vereinbarung zur Dauer der Archivierung. • Einholen des schriftlichen Einverständnisses zur Spurensicherung. • Sicherung gynäkologischer und oraler Abstriche, Hautabstriche, Bekleidung, Blut/Spermaspuren an Gegenständen, Sicherung von Kondomen, Tampons/Binden. • Bei Sexualdelikten unklaren Hergangs (z.B. Bewusstlosigkeit des Opfers) soll stets eine umfassende Spurensicherung erfolgen. • Sofern eine Untersuchung auf KO-Drogen/Alkohol o.a. erfolgen soll, sind Nativblut und Urin für eine Laboranalyse zu sichern (s.u.; eine Lagerung von Blut und Urin ist nicht vorgesehen). • Versiegelung und Beschriftung des Spurensicherungs-KITs. • Abschlussgespräch (s. Dokumentation) . • Ggf. Folgetermin zur Befundbesprechung bei erfolgter Laboruntersuchung. Je nach Möglichkeit ist eine weitergehende schriftliche Vereinbarung zur Kontaktaufnahme bei bevorstehender oder bei gewünschter Vernichtung der Daten wünschenswert. • Führen des Laufzettels zur Dokumentation des Asservatenwegs und eines Asservatenbuchs bei Lagerung vor Ort.
<p>Ordnungsgemäße Aufbewahrung der sichergestellten Befunde inkl. Spurentransport</p>	<p>Für die Aufbewahrung sichergestellter Spuren nach sexueller Gewalt (Spurensicherungs-KITs) wird eine zentrale Lagerung in einem Institut für Rechtsmedizin empfohlen, wie dies in anderen Bundesländern praktiziert und fachlich empfohlen wird. Das Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin schließt eine Lagerung für Berlin aus. Eine Alternative konnte bislang nicht gefunden werden.</p> <p>Vor diesem Hintergrund muss die Aufbewahrung der sichergestellten Befunde zunächst in der leistungserbringenden Einrichtung selbst erfolgen. Die Staatsanwaltschaft Berlin hat dieser Praxis grundsätzlich zugestimmt (Schreiben von 2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Zeitraum für die Spurenlagerung sollte grundsätzlich die jeweils gesetzlich gültige Verjährungsfrist zugrunde gelegt werden. Eine kürzere Lagerzeit bedarf der schriftlichen Zustimmung durch die untersuchte Person. An der Charité werden Spuren derzeit für 1 Jahr gelagert. Die untersuchten Personen stimmen dem im Rahmen der Aufklärung schriftlich zu.

Gesetzliche Vorgaben	Vorschlag zur Leistungsbeschreibung
Ordnungsgemäße Aufbewahrung der sichergestellten Befunde inkl. Spurenschutz	<ul style="list-style-type: none"> • Eine vorfristige Vernichtung sichergestellter Befunde bedarf eines schriftlichen Ersuchens durch die untersuchte Person. • Bei einer zentralen Lagerung sollte der Spurenschutz durch einen qualifizierten, d.h. im Transport forensisch relevanter Spuren erfahrenen, Kurierdienst erfolgen. • Es ist ein Spurenschutzprotokoll zu führen, das eine lückenlose Dokumentation des Asservatenwegs auch bei Lagerung in der leistungserbringenden Einrichtung gewährleistet. • Es ist sicherzustellen, dass nur berechtigte Personen Zugriff auf die Asservate haben. Zugriffe auf den Lagerort (Schrank/ Kühltisch) sind in Asservatenbüchern zu protokollieren. • Zuverlässige Vernichtung der sichergestellten Befunde/ Spuren nach Ablauf der Archivierungsfrist bzw. auf schriftlich dokumentierten Wunsch der untersuchten Person. Schriftliche Dokumentation der Vernichtung.
Zur Krankenbehandlung gehören (.) einschließlich der erforderlichen Laborleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Als erforderliche Laborleistungen empfiehlt die Arbeitsgruppe die Blut-/Urinanalyse auf KO-Mittel und auf Alkohol. Sofern dies fachlich als zweckmäßig eingestuft wird, sollte auch die Möglichkeit einer Haaranalyse bestehen. Bei einmaliger/seltener Substanzaufnahme wird eine Haaranalyse von Seiten des Labors der Charité Universitätsmedizin Berlin als nicht zweckmäßig beurteilt. • Die Leistung sollte in einem forensisch akkreditierten Labor erfolgen. In Berlin steht dafür derzeit nur das Labor des Instituts für Rechtsmedizin an der Charité zur Verfügung.

1c. Vorschläge zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen

Die Kosten für die zu erbringenden Leistungen konnten im verfügbaren Zeitrahmen nicht ermittelt werden. Erforderlich wären weitere Recherchen und ggf. Datenerhebungen. Für die unten formulierten Vorschläge zur Kostenermittlung lagen vor:

- Kostenabschätzung für durch Rechtsmediziner*innen erbrachte Leistungen (Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf 1/2020).
- Erkenntnisse zur Personalbindungszeit für die Bereiche „Dokumentation Misshandlung“ und „Dokumentation/Spurensicherung nach sexueller Gewalt“ an den Campi der Charité.
- Kostenerstattung bei polizeilich beauftragter Dokumentation/Spurensicherung (Vereinbarung zwischen LKA Berlin und Charité Universitätsmedizin Berlin).

Aspekte	Anregungen zur Vergütung und Abrechnung
Personalbindungszeit	<p>Die Personalbindungszeit sollte als pauschaler Zeitfaktor ermittelt werden. Die Zeitbindung differiert je nach Leistungsumfang (a) Dokumentation; (b) Dokumentation und Spurensicherung, (c) Dokumentation, Spurensicherung und Labor. Aus der Charité Universitätsmedizin liegen als Erfahrungswerte vor:</p> <p>Versorgung nach sexueller Gewalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Personalbindungszeit: 1,5 Std. • pflegerische Personalbindungszeit: 2,0 Std. <p>Versorgung nach Misshandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztlich Personalbindungszeit: 1,0 Std. • pflegerische Personalbindungszeit: 1,0 Std. <p>Personalkosten können in ihrer Höhe ermittelt werden nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebührenordnung für Ärzte/Facharztstandard für die ärztlichen Leistungen. • Pflegerische Leistungen (3-jährige Ausbildung) können nach dem jeweils gültigen Tarif bemessen werden.
Pauschalierung der Leistungen	<p>Eine pauschalierte Abrechnung der Leistungen „Dokumentation“ und „Spurensicherung“ erscheint in den folgenden drei miteinander kombinierbaren Kategorien sinnvoll und möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a) Dokumentation • b) Spurensicherung • c) Laborleistungen <p>Über den Einbezug der Leistungen „Transport“ und „Lagerung“ in die Pauschalen sollte zu einem späteren Zeitpunkt und abhängig vom konkreten Verfahren entschieden werden. Der Aufwand für die leistungserbringenden Kliniken sollte möglichst gering sein.</p>
Kosten Lagerung	<p>Umfasst Raumkosten entsprechend der Lagerdauer und Personalkosten entsprechend o.g. Leistungen.</p>
Transportkosten	<p>Anzusetzen sind reale Kosten, die vom Transportunternehmen und der konkreten Transportstrecke abhängig sind.</p>
Laborkosten	<p>Das Labor des Instituts für Rechtsmedizin informiert über aktuell folgende Kosten bei vollständigem Betäubungsmittel- und Medikamentenscreening sowie Alkoholbestimmung. (Mail vom 13.11.2020) Urinalyse: 310,00 € Blutanalyse: 380,00 € Haaranalyse (s.o.): etwa 300,00 €.</p>

1d. Vorschläge zum Abrechnungsverfahren

Gesetzliche Vorgaben	Hinweis der Arbeitsgruppe
<p>„Das Abrechnungsverfahren ist so zu gestalten, dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist.“ (§132k SGB V)</p> <p>In der Gesetzgebung heißt es weiter, dass „in den Abrechnungsunterlagen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden [darf].“</p>	<p>Für das anonym zu gestaltende Abrechnungsverfahren konnten im verfügbaren Zeitrahmen keine Vorschläge erarbeitet werden. Erforderlich erscheint eine Recherche zum Stand in anderen Bundesländern (ggf. bereits entwickelten Verfahren) und zu vergleichbaren Verfahren (z.B. bei vertraulicher Geburt und anonymer Krankenschein für Nicht-Versicherte).</p> <p>Weiter zu klären ist ebenfalls, ob und wenn ja wie Laborleistungen ohne Personendaten beauftragt werden können (Chiffrierung).</p>

2. Zur Leistungserbringung erforderliche Rahmenbedingungen – nicht kassenfinanziert

Die folgenden Leistungen sind für eine den Qualitäts- und Fachstandards entsprechende Umsetzung der kassenfinanzierten Leistungen unerlässlich. Sie gehören jedoch nicht zu den durch die Kassen finanzierten Leistungen. Die Arbeitsgruppe sieht darin besondere Herausforderungen und Risiken für die Umsetzung der Leistung. Sie betont an dieser Stelle nochmals, dass eine Evaluation der Umsetzung des Gesetzes dringend erforderlich scheint.

2a. KITs zur Spurensicherung nach sexueller Gewalt

Gesetzliche Vorgabe	Empfehlungen der Arbeitsgruppe
<p>„Nicht umfasst sein sollen die Kosten für das Material zur Spurensicherung (sog. Spurensicherungs-KITs) [...]“ (Gesetzesbegründung)</p> <p>„Diese Leistungen fallen weiter in die Finanzierungszuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden [...]“ (Gesetzesbegründung)</p>	<p>KITs zur Spurensicherung wurden entwickelt um die Qualität der Leistung auch durch nicht-rechtsmedizinisch ausgebildete Ärzt*innen in hoher Qualität zu gewährleisten. Der Einsatz dieser KITs ist aus Sicht der Arbeitsgruppe unabdingbar.</p> <p>Das Spurensicherungs-KIT der Charité wurde durch das LKA Berlin positiv evaluiert. Je KIT entstehen Kosten in Höhe von ca. 70 € (Kostenreduktion bei größerem Umfang der Bestellung). Die Finanzierung der KITs über die Strafverfolgungsbehörden ist noch ungeklärt und wird derzeit in den Senatsverwaltungen für Justiz und für Inneres geprüft.</p> <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine weitere Klärung. Insbesondere sollte der Bedarf abgeschätzt werden, eine Klärung der Kostenträger herbeigeführt und organisatorische Fragen bearbeitet werden (Bestellung, Lagerung, Verteilung der Spurensicherungs-KITs).</p>

2 b. Schulung der Mitarbeiter*innen der involvierten Kliniken

Gesetzliche Vorgabe	Empfehlungen der Arbeitsgruppe
<p>„Nicht umfasst sein sollen die Kosten für [...] notwendige Fortbildungen [...]. Diese Leistungen fallen weiter in die Finanzierungszuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden [...]“. (Gesetzesbegründung)</p>	<p>Die Arbeitsgruppe betont, dass regelmäßige Schulungen in den leistungserbringenden Kliniken unerlässlich sind. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppen: Ärztliches und pflegerisches Personal der ZNA, der Gynäkologie und der Chirurgie sowie Personen im Aufnahmebereich der Einrichtungen/Kliniken. • Erforderliche Schulungsinhalte: „Dokumentation/Spurensicherung“, „medizinische Versorgung nach sexueller Gewalt“, „Umgang mit traumatisierten Patient*innen“ sowie „Weiterführende Unterstützung/Hilfesystem“. • Dauer: Voraussichtlich 6-8 Stunden, in 3-4 Module aufteilbar, ggf. mit E-Learning-Anteilen. • Schulungen sind voraussichtlich ½-jährlich zu wiederholen, der zeitliche Umfang kann ggf. reduziert werden. • Eingesetzt werden sollten zudem kurze Erklärfilme (3-5 Min.), die Auffrischungen im Praxisalltag ermöglichen. • Rahmen: Arztöffentliche zertifizierte Veranstaltung in den teilnehmenden Kliniken (In-house-Schulungen). • Dozent*innen: Mitarbeiter*innen des Instituts für Rechtsmedizin/GSA und Mitarbeiter*innen von Fachberatungsstellen. • Finanzierung: Über die für Justiz zuständige Senatsverwaltung werden rechtsmedizinische Schulungsanteile sowie – in geringfügigem Umfang – psychosoziale Schulungsanteile finanziert. Überwiegend sollten psychosoziale Schulungsanteile durch spezialisierte Fachberatungsstellen realisiert werden – diese sind derzeit jedoch nicht finanziert. • Auch für die Erstellung von Erklärfilmen und von E-Learning Modulen sind Kostenträger noch zu ermitteln.

2 c. Beratung und Begleitung Betroffener

Aspekte	Empfehlungen der Arbeitsgruppe
<p>Beratungsangebote und Begleitdienste vor Ort</p>	<p>Die WHO und die Istanbul-Konvention betonen, dass gewaltbetroffenen und ggf. akuttraumatisierten Personen zeitnah im Rahmen der Ersthilfe eine „empowernde“ Beratung und/oder psychologische Beratung angeboten werden soll.</p> <p>Das Institut für Menschenrechte betont darüber hinaus mit Bezug auf die Istanbul-Konvention, dass bei unumgänglichen Wartezeiten in den leistungserbringenden Kliniken, bei erforderlichen Weiterverweisungen in andere Kliniken und zur Unterstützung bei spezifischen Versorgungsanforderungen (Jugendliche, Menschen mit Beeinträchtigungen u.a.) eine qualifizierte Begleitung bereitgestellt werden soll.</p>

Beratungsangebote und Begleitsdienste vor Ort	<p>Ein solches 24/7 abrufbares qualifiziertes Angebot ist in Berlin derzeit weder in den Kliniken noch über die Fachberatungsstellen bei häuslicher und sexualisierter Gewalt verfügbar.</p> <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine Prüfung und Ermittlung des Bedarfs, möglicher Organisationsformen (Klinik/Fachberatungsstellen/Hotline), der Kosten und möglicher Kostenträger. Einbezogen werden sollte auch die klinikinterne Sozialarbeit.</p>
--	--

2d. Controlling / Qualitätssicherung

Aspekte	Empfehlungen der Arbeitsgruppe
Controlling Qualitätssicherung	<p>Die AG erachtet ein systematisches Controlling bzw. gezielte Maßnahmen zur Qualitätssicherung für unerlässlich.</p> <p>Realisierbar erscheinen stichprobenartige Prüfungen schriftlicher Dokumentationen sowie Fallbesprechungen anhand anonymisierter Dokumentationsbögen durch Vertreter*innen der Gewaltschutzambulanz/des Instituts für Rechtsmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin. Besprechungen könnten im Rahmen von Fallsupervisionen oder eines Qualitätszirkels erfolgen. Darüber hinaus bietet die Gewaltschutzambulanz der Charité bei Bedarf und abhängig von den personellen Möglichkeiten telefonische kollegiale Beratung in der Zeit von Montag bis Freitag, 8:30–15:00 Uhr an.</p> <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt das Thema weiter zu konkretisieren und auch Verbindungen zur empfohlenen Evaluation zu prüfen.</p> <p>Einbezogen werden sollten Anregungen für ein Controlling bzw. eine systematische Qualitätssicherung aus bundesweit bestehenden Projekten der Vertraulichen Spurensicherung.</p> <p>So erfolgen z.B. im Projekt „ProBeweis“ in Niedersachsen regelmäßig Fallanalysen mit den involvierten Kliniken anhand spontan ausgewählter KITS und Dokumentationen. Ebenfalls werden in diesem Projekt die von Klinikseite zur Lagerung an das Rechtsmedizinische Institut der MH Hannover gesendeten Spurensicherung-KITs vor der endgültigen Lagerung gegengeprüft.</p>

3. Zur Leistungserbringung wünschenswerte Rahmenbedingungen – nicht kassenfinanziert

Im Folgenden sind bedeutsame Aspekte der Versorgung nach sexueller Gewalt und nach Misshandlung benannt, die gewährleistet sein sollten und aus Sicht der Arbeitsgruppe jedoch noch nicht oder nicht sicher bzw. umfänglich gewährleistet sind.

3 a. Umfassende, kassenfinanzierte medizinische Erstversorgung nach sexueller Gewalt

Aspekte	Empfehlungen der Arbeitsgruppe
<p>HIV – Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP)</p>	<p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt (s. auch Kapitel 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikoeinschätzung und ggf. Abgabe der Erstdosis HIV-PEP nach Möglichkeit vor Ort. Sinnvoll erscheint dies, da die Abgabe der Erstdosis spät, bis 72 Std. nach Exposition, optimalerweise innerhalb von 24 Std. Alternativ ist eine zeitnahe Überweisung (Überweisungspfad) an eine dafür qualifizierte Einrichtung zu gewährleisten (24/7 konsiliarische Rufbereitschaft in der Infektiologie des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum; 24/7 Dienst im St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof). • Informationen zur Risikoeinschätzung für eine HIV-PEP sollten in Schulungen integriert werden. • Im weiteren Verfahren ist ebenfalls zu klären, ob die Finanzierung der HIV-PEP durch die Krankenkassen gesichert ist bzw. unter welchen Bedingungen eine Finanzierung erfolgt.
<p>PSTI-Prophylaxe (sexuell übertragbare Erkrankungen)</p>	<p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung ob ein 0-Status im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Erkrankungen im Rahmen der Akutversorgung generell oder nur in speziellen Fallkonstellationen erhoben werden soll. • Klärung von Verfahrensweisen: Von Seiten der WHO wird bei einem bestehenden Risiko für eine STI (z.B. vaginale Vergewaltigung ohne Kondom) und fraglicher Wiedervorstellung der Patientin eine Prophylaxe gegen Chlamydien, Gonorrhoe, Trichomonis ohne vorherige Testung empfohlen (WHO 2014, Empf. 19). Auch die STI-Leitlinie empfiehlt dies in besonderen Fällen, vorrangig jedoch erst nach Laboruntersuchung. • Bei fehlender Hepatitis B Impfung sollte eine aktive HBV-Immunsierung erfolgen (STI-Leitlinie, S. 62). <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt weitere Bearbeitung des Themas: Unter anderem ist zu klären, ob in Kliniken, d.h. im Rahmen der Erstversorgung eine Blutanalyse (0-Status) gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Einer Information der KV-Berlin zufolge ist eine solche Blutanalyse nur im Rahmen der niedergelassenen Versorgung vorgesehen.</p>

<p>Notfallverhütung</p>	<p>Hormonelle Notfallkontrazeption („Pille“) Die Arbeitsgruppe empfiehlt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besteht das Risiko für eine Schwangerschaft ist eine umgehende Vergabe von Notfallverhütung zu gewährleisten (Leitlinie Empfängnisverhütung, S. 118). • Abgegeben werden sollte das jeweils aktuell durch Fachgesellschaften empfohlene Präparat. Derzeit Levonorgestrel bis zu 3 Tagen und Ulipristalacetat bis zu 120 Stunden nach potentieller Empfängnis. • Gewährleistung einer für die Betroffene kostenfreien Abgabe des Präparats vor Ort und unabhängig von Alter, Status o.ä. Derzeit erfolgt eine kostenfreie Vergabe mit Rezept nur bis zum 18. Lebensjahr, 18- bis 21-Jährige sind zu einer Zahlung in Höhe von 5,00 € verpflichtet und ab 22 Jahren müssen die Kosten vollständig selbst getragen werden (Levonorgestrel ab 18 EUR, Ulipristalacetat ab 35 EUR). Die Verordnung durch Krankenhäuser ist möglich (§24a SGB V). <p>Kupferhaltiges Intrauterinsystem („Spirale“)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativ zur hormonellen Notfallkontrazeption sollte die Einlage einer „Spirale“ kostenfrei angeboten werden. Die Einlage ist bis zu 120 Stunden nach potentieller Empfängnis möglich. Aktuell ist die Einlage der „Spirale“ für bis 21-Jährige kostenfrei möglich, ab 22 Jahren sind die Kosten selbst zu tragen (ca. 130–180 €). <p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine weitere Bearbeitung zur Klärung der Kostenübernahme der Notfallverhütung nach Vergewaltigung durch Krankenkassen oder durch das Land Berlin (Best Practice: Saarland über Verrechnungsschein mit Apotheken). Ebenfalls geklärt werden sollte die Abgabe von Notfallverhütung für Jugendliche ohne Einbezug von Sorgeberechtigten.</p>
--------------------------------	---

3 b. Ausschluss von Regressprüfungen durch Krankenkassen

Im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung zur vertraulichen Spurensicherung und Dokumentation ist ein anonymes Abrechnungsverfahren zwischen Kliniken und Krankenkassen vorgesehen. Damit ist auch der Versand von „Unfallbögen“ und einer ggf. anschließenden Regressprüfung durch die Krankenkassen ausgeschlossen. Allerdings wird es weiterhin zum Versand von Unfallbögen an Betroffene von Misshandlung und sexueller Gewalt und ggf. auch zu Regressprüfungen kommen, da die übrigen in der Versorgung nach sexueller Gewalt und Misshandlung anfallenden, kassenfinanzierten Leistungen weiterhin personengebunden an die Kassen vermittelt werden.

Das Institut für Menschenrechte hat diese Problematik in seiner Analyse „Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt – zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention“ beschrieben (DIMR 2020:60-65).

Konstatiert wird u. a. ein „bedenklich uneinheitlicher Umgang bei der Abrechnung der medizinischen Behandlung in Fällen sexualisierter und/oder häuslicher Gewalt“ (ebd. S. 64). Es wird Bedarf gesehen „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“ (a. a. O.).

Weitere Klärungen scheinen auf Bundesebene notwendig zu sein. Die Arbeitsgruppe bittet die Senatsverwaltung für Gesundheit sich diesbezüglich einzusetzen.

3 c. Einrichtung eines Netzwerks „Ersthilfe nach sexueller Gewalt“ und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit

Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Einrichtung eines Netzwerks „Medizinische Erstversorgung nach sexueller Gewalt/Misshandlung“. In dieses Netzwerk sollten die involvierten medizinischen Versorgungseinrichtungen sowie Vertreter*innen des bestehenden Unterstützungs- und Interventionsnetzes eingebunden sein.

Netzwerk	Aspekte
Aufgaben	<p>Die Arbeitsgruppe empfiehlt: Ein Konzept für ein „Netzwerk medizinische Ersthilfe“ wurde in der Fachgruppe „gerichtsfeste Dokumentation“ unter dem Dach der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. bereits 2019 erarbeitet und von S.I.G.N.A.L. e.V. zur Förderung eingereicht.</p> <p>Dem Netzwerk sollten mindestens folgende Aufgaben obliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akquise medizinischer Versorgungseinrichtungen (Schwerpunkt Ersthilfe nach sexueller Gewalt) • Abstimmung und Organisation von Schulungen für die beteiligten Versorgungseinrichtungen • Qualitätsentwicklung und –sicherung durch Fachaustausch, Fallanalysen, interdisziplinäre Kooperationen, Entwicklung von Versorgungspfaden, Sammlung und Bearbeitung von Problemanzeigen, Klärung von Dokumentations- und internen Evaluationsmöglichkeiten • Entwicklung und Verbreitung von Arbeitsmaterialien für die beteiligten Versorgungseinrichtungen • Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zum Thema, insbesondere Bekanntmachung des Angebots der vertraulichen Spurensicherung und Dokumentation
Ressourcen	<p>Für die Realisierung eines Netzwerks sind finanzielle Ressourcen erforderlich. Es bedarf insbesondere der Organisation und Koordination des Netzwerks (Personalressourcen) und ausreichender Mittel für kontinuierliche Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit (Plakatkampagnen, Spots in Kinos/BVG, u.a.).</p>

4. Erläuterungen zu Teil I – Ausgestaltung der Kassenleistungen

Anzahl und Erreichbarkeit von Einrichtungen

Sexuelle Gewaltstraftaten erfolgen überwiegend in der Nacht. Die meisten Opfer sexueller Gewalt werden außerhalb der Kerndienstzeiten der niedergelassenen medizinischen Versorgung in Rettungsstellen vorstellig. So wurden 65 % der Opfer sexueller Gewalt, die zwischen 2011 und 2016 in den drei Rettungsstellen der Charité versorgt wurden, zwischen 16 und 8 Uhr aufgenommen (Fryszner 2019, 45). 60 % der untersuchten Taten ereigneten sich zwischen 0 und 8 Uhr, 42 % ereigneten sich am Samstag oder Sonntag (Fryszner 2019, 39). Die Leitlinien der WHO empfehlen die 24/7-Verfügbarkeit einer qualifizierten Fachkraft (Empf. 36).

Laut Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA soll eine gynäkologische Versorgung für 95 % der Bevölkerung in weniger als 40 Autominuten erreichbar sein (§ 35 Abs. 5). Auf der Grundlage von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung zum höchsten und niedrigsten Zeitwert für eine signifikante Verschlechterung des Patient*innenzustands in der frauenärztlichen Versorgung ergibt sich laut der Studie des DIMR, dass eine Erreichbarkeit bis 30 Minuten die Anforderungen zur Behandlung voll erfüllt, bis 45 Minuten noch im Allgemeinen erfüllt, bei einer Erreichbarkeit von bis zu 60 Minuten diese bereits nur noch mit ersten Mängeln erfüllt werden (DIMR 2020, 33). In den Zeitwerten sind auch die Wartezeiten enthalten. Die Studie zur Versorgung von Opfern sexueller Gewalt an den Rettungsstellen der Charité kommt auf eine durchschnittliche Wartezeit von 48 Minuten (Fryszner 2019, 30). Für die Leistungserbringer ergibt sich die Notwendigkeit, geeignete Aufnahmeregelungen zu treffen, um die Wartezeiten gering zu halten (vgl. DIMR 2020, 36f.).

Das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (sog. Istanbul-Konvention) verpflichtet die Staaten, Opfern sexueller Gewalt leichten Zugang zu medizinischen und rechtsmedizinischen Untersuchungen zu gewähren (Art. 25). Es soll mindestens eine Einrichtung auf 200.000 Einwohner*innen zur Verfügung stehen und diese sollen angemessen geographisch verteilt sein (Kommentar 142). Um den Vorgaben der Istanbul-Konvention zu entsprechen, benötigt Berlin 19 regional verteilte Leistungserbringer, dies würde ungefähr einem Leistungserbringer pro Bezirk entsprechen.

Eignung von Einrichtungen

Um eine 24/7-Erreichbarkeit sicherzustellen ist eine Zentrale Notaufnahme Voraussetzung für die Teilnahme am Angebot der vertraulichen Spurensicherung. Dazu muss die Klinik aufgrund der Art der zu erwartenden Verletzungen über eine chirurgische sowie gynäkologische Abteilung verfügen. Bei Gewalt gegen den Hals sollte ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt hinzugezogen werden. Daher ist ebenfalls eine entsprechende Fachabteilung vor Ort wünschenswert oder ein geregelter Überweisungspfad notwendig. An den Rettungsstellen der Charité wurde zwischen 2011 und 2016 in 6,6 % der Fälle ein HNO-Konsil durchgeführt (Fryszner 2019, 49).

Sowohl die Leitlinien der WHO als auch die Istanbul-Konvention sehen vor, dass rechtsmedizinische sowie medizinische Versorgung möglichst unter einem Dach stattfinden sollen (IK 2011, Komm. 138; WHO 2013, Empf. 34). Vermehrte Weiterverweisungen führen immer wieder zum Abbruch der Inanspruchnahme von Hilfe und sind daher zu vermeiden (DIMR 2020, 35f.). Die eingebundenen Kliniken müssen die medizinische Versorgung (s.u.) der Betroffenen gewährleisten können und dazu geregelte Verfahren bereithalten.

Um eine fachgerechte und den Qualitätsstandards genügende Versorgung sicherzustellen, muss die Klinik bereit sein, dass mit den Betroffenen in Kontakt kommende Personal schulen zu lassen (vgl. WHO 2013, Empf. 31 und 32; IK 2011, Komm. 138).

Die medizinische Versorgung sowie rechtsmedizinische Dokumentation und Spurensicherung stellen nur eine Akutintervention dar. Um die Betroffenen in der weiteren Be- und Verarbeitung der Gewalterfahrungen zu unterstützen, bedarf es einer Weitervermittlung an spezialisierte Beratungsstellen bzw. in die Krisenintervention (DGRM 2014, Gahr/Ritz-Timme 2017). Dazu müssen klare Weiterweisungspfade bei den Leistungserbringern existieren (WHO 2013, Empf. 34).

Bedarfsgerechtes Angebot

Laut Istanbul-Konvention ist die Versorgung für alle Gruppen von Opfern sexueller Gewalt leicht zugänglich und diskriminierungsfrei zu gestalten (IK 2011, Komm. 132 sowie Komm. 142).

Der Zugang für einwilligungsfähige Minderjährige ohne Einbezug der Sorgeberechtigten sowie für Nicht- und Privatversicherte ist zu klären. Ebenso sind Finanzierungsmöglichkeiten für ggf. nötige Sprachmittlung zu prüfen.

Erläuterung HIV-PEP

Bei Opfern von Vergewaltigung sollte routinemäßig abgeklärt werden, ob ein erhöhtes Risiko einer Ansteckung mit HIV bestehen könnte. Idealerweise nimmt eine erfahrene Ärzt*in diese Einschätzung vor. Es besteht nach Vergewaltigung prinzipiell nicht automatisch eine Indikation für eine HIV-PEP, da die statistische Expositionswahrscheinlichkeit in Deutschland sehr gering ist (< 1:10.000). Eine HIV-PEP kommt daher nur dann in Betracht, wenn konkrete Hinweise auf ein erhöhtes Risiko bzw. ein begründeter Verdacht für eine HIV-Infektion des Täters bestehen. Bei unbekanntem HIV-Status empfiehlt die HIV-PEP-Leitlinie das Anbieten einer HIV-PEP in folgenden Fällen:

- ungeschützter Analverkehr zwischen Männern
- ungeschützter heterosexueller Vaginal- oder Analverkehr, wenn Täter aktiv intravenöser Drogenkonsument ist, MSM ist oder mutmaßlich aus einer HIV-Hochprävalenzregion kommt (vgl. laufend aktualisierte Liste auf der Seite des RKI).

Der Erfolg einer HIV-PEP ist wesentlich davon abhängig, dass möglichst schnell nach der potentiellen Exposition mit der PEP begonnen wird, im Idealfall sollten nicht mehr als 24 Stunden vergangen sein. Nach mehr als 72 Stunden ist eine HIV-PEP nicht mehr zu empfehlen. Die Behandlungsdauer sollte 28 -30 Tage betragen oder länger sein, wenn zwischen Expositionereignis und Beginn der HIV-PEP mehr als 36 Stunden lagen. Die Indikation einer längeren Behandlungsdauer sollte durch einen erfahrenen Arzt*in erfolgen. Nachteile einer PEP beziehen sich v.a. auf die Unverträglichkeit der Medikamente.

Voraussetzung für die Durchführung einer PEP ist ein HIV-Test zur Dokumentation des zum Zeitpunkt der Exposition negativen HIV-Status der Betroffenen sowie die ausdrückliche Zustimmung zur HIV-PEP.

5. Quellenverzeichnis

Sozialgesetzbuch V, § 27 und § 132k.

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>

Dokumente zur Änderung des SGB V.

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw46-de-masernschutzgesetz-667326>

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Bedarfsplanungs-Richtlinie.

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2022/BPL-RL_2019-12-05_iK-2019-12-21.pdf

Deutsche Aids-Gesellschaft (2018): Leitlinie „Medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition“.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/055-004I_S2k_Medikamentoese-Postexpositionsprophylaxe-PEP-nach-HIV-Exposition_2018-12.pdf

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2020): Stellungnahme zu Gewalt gegen Frauen.

https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2020/DGGG-DGPFG-Stellungnahme_Gewalt_gegen_Frauen_2020.pdf

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (2020): Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt. Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland.

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Akutversorgung_nach_sexualisierter_Gewalt.pdf

DIJuF – Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2018): Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. Expertise.

https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Infothek_Expertise_Aerztliche_Versorgung_Minderjaehriger_nach_sexueller_Gewalt_5_2018_0.pdf

Deutsche STI-Gesellschaft (2018): Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie“.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/059-006I_S2k_Sexuell-uebertragbare-Infektionen-Beratung-Diagnostik-Therapie-STI_2019-09.pdf

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

https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/25522/Dissertation_Fryszler.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf, Gahr B., Ritz-Timme S. (2017): Empfehlungen für Standards zur Gewaltopferuntersuchung. Verletzungsdokumentation und Spurensicherung in Fällen sexualisierter Gewalt bei Frauen und jugendlichen Mädchen.

www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-4864.pdf;jsessionid=82DB459F472A1E07E56E283EC0C5689F

Blättner, Beate; Grewe, Henny Annette (2019): Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern.

https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Hintergrundmaterialien/Verfahrensweise_bei_der_aerztlichen_Versorgung_Minderjaehriger_nach_sexueller_Gewalt_ohne_Einbezug_der_Eltern.pdf

Projekt ProBeweis, Niedersachsen.

<https://www.probeweis.de/de/>

Projekt „gobsis/i-gobsis“ Nordrhein-Westfalen.

<https://gobsis.de/projekt/>

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.

https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Infothek_Empfehlungen_Doku_2018_1.pdf

Universität Bielefeld, Prof. Dr. Hornberg (2016): Bestandsaufnahme regionaler Projekte der Anonymen Spurensicherung (ASS) in NRW und Darstellung von Entwicklungsmöglichkeiten für eine zielgerichtete Flächendeckung.

<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-3760.pdf>

WHO (2013): Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.

https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/WHO_Broschuere_4_9_18_web.pdf

Banaschak, S., Gerlach, K., Seifert, D. et al. (2014): Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Rechtsmedizin 24, 405–411 (2014).

<https://doi.org/10.1007/s00194-014-0976-z>

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. (Hrsg.) (2019): S3 Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015l_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhue-tung_2020-09.pdf

Council of Europe (2011): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht.

<https://rm.coe.int/1680462535>

6. Anlage: Schaubild mögliche Versorgungssituation

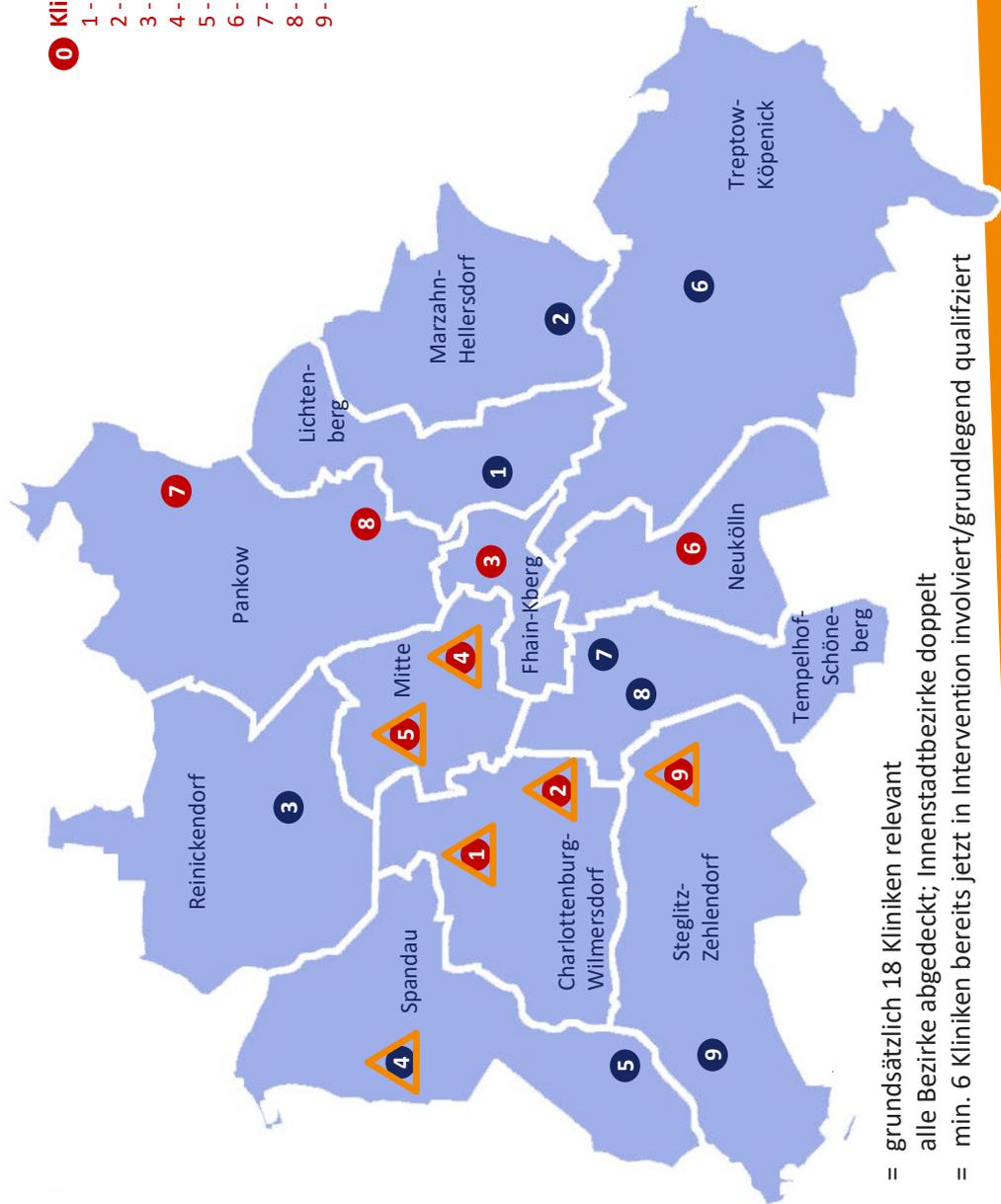
0 Kliniken mit ZNA, Gynäkologie und HNO

- 1 - DRK Kliniken Westend
- 2 - St. Gertrauden Krankenhaus
- 3 - Vivantes am Friedrichshain
- 4 - Charité Mitte
- 5 - Charité Virchow Klinikum
- 6 - Vivantes Neukölln
- 7 - Helios Klinik Buch
- 8 - Parkklinik Weißensee
- 9 - Charité Benjamin Franklin

0 Kliniken mit ZNA und Gynäkologie in Bezirken, die nicht abgedeckt sind

- 1 – SANA Klinikum Lichtenberg
- 2 – Vivantes Klinikum Kaulsdorf
- 3 – Vivantes Humboldt Klinikum
- 4 – Ev. Waldkrankenhaus Spandau
- 5 – Gem. Krankenhaus Havelhöhe
- 6 – DRK Kliniken Köpenick
- 7 – St. Joseph Krankenhaus
- 8 – Vivantes Auguste Viktoria
- 9 – Krankenhaus Waldfriede

Δ Darunter Kliniken, die bereits ein Interventionskonzept zu häuslicher und sexueller Gewalt haben



= grundsätzlich 18 Kliniken relevant
 = alle Bezirke abgedeckt; Innenstadtbezirke doppelt
 = min. 6 Kliniken bereits jetzt in Intervention involviert/grundlegend qualifiziert



**RUNDER
TISCH
BERLIN**

RTB

Gesundheitsversorgung
bei häuslicher und
sexualisierter Gewalt

**Kontakt für weitere Informationen:
Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –
Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
S.I.G.N.A.L. e.V.
Sprengelstraße 15 · 13353 Berlin
Tel.: 030 24 63 05 79
Email: RunderTisch@signal-intervention.de
www.signal-intervention.de/geschaeftsstelle-des-runden-tischs-berlin**

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
S.I.G.N.A.L. e.V. ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband

