

BETROFFENE VON GESCHLECHTSSPEZIFISCHER GEWALT WIRKSAM UNTERSTÜTZEN

Bestandsaufnahmen, Entwicklungen und Perspektiven eines Unterstützungsnetzes für Sachsen

Dokumentation des Fachtages am 13.12.2021



BELLIS
Opferschutz und
Gewaltprävention

Bornaische Straße 18
04277 Leipzig
Telefon: #49 (0) 341 39 28 55 60
kontakt@bellis-leipzig.de
www.bellis-leipzig.de

**MEDIZINISCHE
SOFORTHILFE**
NACH VERGEWALTIGUNG
UND HÄUSLICHER GEWALT





Bornaische Straße 18
04277 Leipzig
Telefon: #49 (0) 341 39 28 55 60
kontakt@bellis-leipzig.de
www.bellis-leipzig.de



Das Modellprojekt wird mitfinanziert
durch Steuermittel auf der
Grundlage des vom Sächsischen
Landtag beschlossenen Haushaltes.



STAATSMINISTERIUM DER JUSTIZ
UND FÜR DEMOKRATIE
EUROPA UND GLEICHSTELLUNG



Katja Meier	
Grußwort	4
	Vorwort
	5
Susanne Hampe	
Medizinische Soforthilfe	6
nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt	
Ziele und Inhalte des Modellprojektes	
Pia Rohr, Anja Weber	
Versorgungssituation Betroffener	9
von sexualisierter Gewalt in Sachsen	
Eine Bestandsaufnahme	
Elisabeth Andreas	
Strukturmerkmale eines adäquaten Unterstützungsnetzes	14
Vorstellung eines sächsischen Bedarfskonzeptes	
Svenja Fiedler	
Sexualisierte Gewalt	16
Bedarfe der Betroffenen	
Dr. Ulrike Böhm	
Medizinische Versorgung und Spurensicherung –	18
adäquate Versorgung von Betroffenen	
Interview mit Frau Dr. Jarvers	
Umsetzung des Modellprojektes –	20
ein Erfahrungsbericht aus der Praxis	
Marion Winterholler	
S.I.G.N.A.L. Berlin –	22
Einbindung des Gesundheitswesens	
Susanne Hampe	
Perspektiven –	24
Nutzbarmachung der erprobten Verfahren und Strukturen	
für den gesamten Freistaat Sachsen	



Auszüge aus dem Grußwort der Sächsischen Staatsministerin der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung Katja Meier anlässlich des Fachtags am 13. Dezember 2021

„Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt wirksam unterstützen“

In ihrem Grußwort äußerte sich die Staatsministerin froh darüber, dass der Fachtag trotz der Pandemiebedingungen in einem hybriden Format stattfinden konnte, da das Thema Hilfe für Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt keinen Aufschub duldet. Sie bezog sich dabei unter anderem auf die Istanbul-Konvention:

„Um Gewalt gegen Frauen effektiv zu bekämpfen, hat der Europarat 2011 die sogenannte Istanbul-Konvention ausgefertigt. Deren Vorgaben sind völkerrechtlich verpflichtend. Das ist kein Nice-to-have, sondern wir haben eine Verpflichtung in Deutschland und in Sachsen, die Istanbul-Konvention auf allen Ebenen umzusetzen. Deswegen ist es mir und uns als Haus nicht nur ein Anliegen, dass Betroffene Zugang erhalten zu medizinischer Untersuchung, Trauma-Hilfe und Beratung, sondern dass auch die vertrauliche Spurensicherung den Forderungen der Istanbul-Konvention entspricht. Das heißt, dass es ein flächendeckendes Angebot gibt, das in Wohnortnähe leicht erreichbar und zugänglich ist.“

Die Staatsministerin machte in ihrem Grußwort klar, dass es hier eine deutliche Veränderung gibt:

„Wir brauchen eine Sichtbarkeit des Themas. Dabei müssen wir dem Thema Vergewaltigung die gleiche Aufmerksamkeit geben wie dem Thema häusliche Gewalt. [...] Vergewaltigungen sind mit einem Tabu belegt und es existiert eine Kultur des „Victim Blamings“. Nicht einmal 20 Prozent der betroffenen Frauen erstatten Anzeige oder nehmen medizinische Hilfe in Anspruch. Hier besteht ganz klar Handlungsbedarf, nicht nur, was die Versorgung der Betroffenen, sondern auch die Aufklärung der Straftaten angeht.“

Die Staatsministerin hob die Ziele, die mit der Förderung des Modellprojektes „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt“ für den Freistaat verbunden sind, hervor:

„Die im Rahmen des Modellprojektes gesammelten Erfahrungen fließen nicht nur in die Schulungen ein. Sie werden uns auch helfen, im kommenden Jahr das Hilfenetzwerk sinnvoll zu erweitern. Wir reden hier von einem quantitativen Ausbau der Angebote im gesamten Freistaat, aber wir reden auch von spezialisierten Fachberatungsstellen, die sich am Bedarf der erwachsenen Betroffenen sexualisierter Gewalt orientieren.“



Im Jahr 2019 wurde Bellis e.V. – Opferschutz und Gewaltprävention mit der Durchführung des Modellprojektes „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt“ beauftragt. Das Konzept basiert auf umfangreichen Erfahrungen aus der psychosozialen Beratung und der rechtsmedizinischen Untersuchung Betroffener geschlechtsspezifischer Gewalt. Beim Aufbau wurde Bellis von den Schwesterprojekten in Frankfurt am Main und Berlin maßgeblich unterstützt. Begleitet wird das Modellprojekt durch einen Fachbeirat, der mit Fachleuten aus Medizin, Polizei, Justiz, Verwaltung und psychosozialem Unterstützungssystem besetzt ist.

Von Beginn an hatte die Corona-Pandemie massive Auswirkungen auf die Arbeit des Modellprojektes. Die Überlastung des Gesundheitssystems und der erschwerte physische Zugang zu Institutionen erforderten kreative und digitale Lösungen. Die notwendigen konzeptionellen Anpassungen wurden von den Mitarbeiter:innen des Fachreferates im SMJusDEG und des Kommunalen Sozialverbandes kritisch und konstruktiv begleitet.

Bei der Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt wurde in den vergangenen Jahren viel erreicht. Vor allem im Bereich der häuslichen Gewalt wurden mit viel Engagement und finanziellen Mitteln Strukturen geschaffen und Hilfen zugänglich gemacht. Gleiches muss nun bei der medizinischen Soforthilfe passieren. Zudem muss ein Unterstützungssystem für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt aufgebaut werden. Bellis verfolgt die Realisierung dieser notwendigen Aufgaben.

Im März 2023 endet die Modellphase des Projektes. Der Fachtag und die Dokumentation ziehen eine Bilanz des bisher Erreichten und wenden sich an eine breite Öffentlichkeit.

Das Sächsische Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung und das für uns zuständige Referat V.4 stehen als Partner an unserer Seite. Die strukturelle und inhaltliche Weitsicht und die finanzielle Unterstützung ermöglichen eine reale Chance auf eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation von Betroffenen von geschlechtsspezifischer Gewalt. Dafür danken wir sehr herzlich!

Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt

Ziele und Inhalte des Modellprojektes



Viele Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt wünschen sich eine medizinische Abklärung ihrer Verletzungen und – im Falle von Vergewaltigung – eventueller Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten. Dennoch scheuen viele den Weg in eine Notfallambulanz oder zu ihrem Arzt / ihrer Ärztin. Neben tatbedingten, sozialen und gesellschaftlichen Barrieren hindert sie die Befürchtung, während der Behandlung zu einer Strafanzeige gedrängt zu werden, zu der sie nicht oder noch nicht bereit sind. [siehe Svenja Fiedler, Sexualisierte Gewalt, S. 16ff]

Diese Ausgangslage ist für die Betroffenen, aber auch für Mediziner:innen und die Strafverfolgungsbehörden inakzeptabel. Um dies zu ändern, wurde das sächsische Modellprojekt Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt ins Leben gerufen.

Das Ziel des Projektes besteht im Aufbau von Strukturen, die vergewaltigten und von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen, Männern und nicht-binären Personen **die Zugangswege zu einer guten medizinischen Versorgung und auf Wunsch zu einer Befundsicherung erleichtern**. Durch eine enge Vernetzung von Kliniken, niedergelassenen Praxen, Rechtsmedizin, Verwaltung, Politik und Hilfesystem sollen Hürden der Inanspruchnahme abgebaut werden und eine **Vermittlung der Betroffenen in ein spezialisiertes psychosoziales Hilfesystem** gelingen.

Dieses Ziel soll durch 5 Aufgabenbereiche verwirklicht werden:

1. Implementierung der medizinischen Soforthilfe in die Notfallstrukturen und Qualifizierung des (medizinischen) Personals

Geschlechtsspezifische Gewalt wird von vielen medizinischen Fachkräften in erster Linie als Straftat wahrgenommen. Stattdessen bedarf es in medizinischen Einrichtungen und beim ärztlichen und pflegerischen Personal aber einer Haltung, die Vergewaltigung und häusliche Gewalt primär als medizinische Notfälle begreift.

Hierzu benötigen Mediziner:innen und Pflegekräfte rechtliche Sicherheit sowie Sicherheit in den Verfahrens- und Behandlungsabläufen. Bellis führt daher in kooperierenden Einrichtungen regelmäßige Schulungen für das medizinische, pflegerische und Service-Personal durch und unterstützt die Einrichtungen darin, im Sinne und zum Wohle der Patient:innen zu handeln und zu behandeln.

2. Etablierung der verfahrensunabhängigen Spurensicherung und Befunddokumentation

Betroffene von Gewalt benötigen eine medizinische Behandlung. Zusätzlich soll ihnen eine verfahrensunabhängige Spurensicherung angeboten, aber nicht aufgedrängt werden. Nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patient:in sollten für eine Strafanzeige Polizei und Rechtsmedizin hinzugezogen werden.

Die verfahrensunabhängige Spurensicherung sollte zusammen mit der medizinischen Versorgung und Nachsorge durchgeführt werden. Im Anschluss werden die Patient:innen an spezialisierte psychosoziale Beratungseinrichtungen vermittelt. [siehe Dr. Ulrike Böhm, Medizinische Versorgung und Spurensicherung, S. 18ff]

Die verfahrensunabhängige Spurensicherung ist mittlerweile durch die Istanbul-Konvention¹ und das sog. Masernschutzgesetz² gesetzlich verankert: Betroffene haben Anspruch auf eine kassenfinanzierte Sicherung der Spuren nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt. Die Umsetzung des Gesetzes muss in Verhandlungen auf Landesebene jedoch noch ausgestaltet werden. Dabei werden Gegensätze zwischen den Interessen von Krankenkassen, Ärzt:innen und Patient:innen deutlich.

Bellis beteiligt sich an den Verhandlungen mit einer eindeutigen Haltung:

1. Dezentrales Angebot: Die Zugangshürden zur Nutzung der verfahrensunabhängigen Spurensicherung müssen möglichst niedrig sein. Entsprechende Angebote in Kliniken und ggf. niedergelassenen Praxen müssen innerhalb einer Fahrtzeit von weniger als 40 Minuten erreichbar sein.³
2. Verfahrensabhängige Spurensicherung als Teil der medizinischen Soforthilfe: Die VSS darf im Sinne der Betroffenen nicht ohne die medizinische Soforthilfe gedacht und umgesetzt werden. Sie muss in Notfallambulanzen und niedergelassenen Praxen von geschultem Personal durchgeführt werden, damit Patient:innen Mehrfachuntersuchungen und lange Wartezeiten durch die Hinzuziehung von u.U. weit entfernten Rechtsmediziner:innen erspart bleiben.

3. Aufklärung der allgemeinen Öffentlichkeit, der Fachöffentlichkeit und der Betroffenen zu den Themen Vergewaltigung und medizinische Soforthilfe

Durch Plakatkampagnen, über Social Media, Broschüren, Flyer, Artikel und Interviews soll vor allem das Thema sexualisierte Gewalt in die sächsische Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit gebracht werden. Erfahrungen aus dem Hilfesystem bei häuslicher Gewalt zeigen, dass es eines langen Atems bedarf, bis Hemmschwellen zur Nutzung von Hilfeangeboten deutlich verringert sind. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, Mythen und Desinformationen entgegenzuwirken und Wissen als emanzipatorische Kraft zu begreifen.

Einige Broschüren und Flyer werden in großer Auflage produziert und psychosozialen Beratungseinrichtungen, Kliniken und ärztlichen Praxen sowie öffentlichen Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Einen weiteren Teil der Öffentlichkeitsarbeit bilden landesweite und regionale Tagungen mit dem Ziel, das Thema zu verankern und die Hilfestrukturen aufzubauen oder zu stärken. Regionale und überregionale Einrichtungen stellen dabei wichtige Kooperationspartner:innen dar.

¹ Das Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt wurde in Istanbul unterzeichnet und wird daher als Istanbul-Konvention bezeichnet.

² Am 01.03.2020 ist das „Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ (Masernschutzgesetz) in Kraft getreten. Das Gesetz beinhaltet neben den Regelungen zur Impfpflicht gegen Masern auch eine zur vertraulichen Spurensicherung nach sexualisierter und körperlicher Gewalt

³ Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Bedarfsplanungs-Richtlinie; https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2622/BPL-RL_2021-07-15_ik-2021-09-30.pdf (17.01.2022)

4. Ausbau der regionalen Netzwerke und der psychosozialen Beratungsangebote für Betroffene von Vergewaltigung

Ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes der medizinischen Soforthilfe sind Aufbau und Erweiterung von Gremien und Netzwerken. In vielen der bereits bestehenden Netzwerken zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt werden medizinische Fachkräfte nur sehr schleppend eingebunden. [siehe Beitrag von Marion Winterholler, S.I.G.N.A.L. Berlin, S. 22ff] Zudem liegt der Fokus auf dem Thema häusliche Gewalt oder sexuelle Gewalt in Kindheit / Jugend. Hier müssen Synergien genutzt und ggf. neue Strukturen geschaffen werden.

Ein weiteres Ziel des Modellprojektes ist der Aufbau neuer Beratungsangebote zum Thema sexualisierte Gewalt in den Landkreisen Nordsachsen und Leipzig. Auch hier arbeiten wir sehr gut mit den Interventionsstellen zusammen.

Es ist ein erklärtes Ziel des Freistaates, das Konzept der medizinischen Soforthilfe nach Ende der Modell-Laufzeit auf ganz Sachsen zu übertragen. Hierzu ist jedoch ein System von spezialisierten psychosozialen Beratungsstellen erforderlich, die Betroffene von Vergewaltigung gezielt ansprechen und beraten können. Ein solches System existiert bisher im Freistaat nicht. Mitte 2021 erhielt Bellis den Auftrag, den Aufbau eines Unterstützungsnetzes für Betroffene sexualisierter Gewalt in Sachsen voranzutreiben. [siehe Pia Rohr/ Anja Weber, Versorgungssituation Betroffener von sexualisierter Gewalt in Sachsen, S. 9ff, und Elisabeth Andreas, Strukturmerkmale eines adäquaten Unterstützungsnetzes, S. 14ff.]

5. Nutzbarmachung der erprobten Verfahren und Strukturen für den gesamten Freistaat Sachsen

Die Arbeit des Modellprojektes wurde von Beginn an durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie massiv beeinflusst und erschwert. Dennoch werden zum Ende der Modell-Laufzeit im März 2023 erprobte Vorgehensweisen vorgelegt werden können. Sie werden dann für ganz Sachsen nutzbar sein. [siehe Susanne Hampe, Perspektiven, S. 24f]



Pia Rohr, Anja Weber

Versorgungssituation Betroffener von sexualisierter Gewalt in Sachsen

Eine Bestandsaufnahme

Das Institut für regionale Innovation und Sozialforschung e.V. (IRIS e.V.) ist eine unabhängige, interdisziplinäre sozialwissenschaftliche Beratungs- und Forschungseinrichtung an der Nahtstelle zwischen Wissenschaft und Praxis. Für das Modellprojekt „Aufbau eines Unterstützungsnetzes für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt in Sachsen“ des Bellis e.V. wurde IRIS e.V. mit der sachsenweiten Bestandsaufnahme der Angebote in diesem Themenfeld beauftragt.

IRIS e.V. hat dafür hauptsächlich telefonische Interviews mit Akteur:innen des Unterstützungsnetzes in ganz Sachsen geführt. Die nach Regionen differenzierte Übersicht der Angebote zeigt deutlich, dass es keine verbindliche und überregional ‚einheitliche‘ Grundstruktur eines Schutz- und Unterstützungssystems für Betroffene von sexualisierter Gewalt gibt. Zwar lassen sich Versorgungsstrukturen finden, diese sind allerdings regional sehr unterschiedlich verteilt.

Nur an wenigen Orten finden sich spezialisierte Fachstellen für sexualisierte Gewalt, hauptsächlich in den Ballungsgebieten. Weitere professionelle Angebote sind die (Fach)Beratungen mit dem Schwerpunkt Gewalt (z.B. Opferhilfe Sachsen e.V., Trauma-Ambulanzen, Interventions- und Koordinierungsstellen). Für all diese Angebote gilt, dass es davon zu wenige in der Fläche gibt. Die Kolleg:innen sind mit ihrer Arbeit ausgelastet, die personellen Kapazitäten sind zu gering, um alle Nachfragen, geschweige denn alle Bedarfe angemessen decken zu können. Außerdem ist auf Grund des Angebotsmangels kaum möglich, schnell vermitteln zu können (z.B. zu therapeutischen oder psychiatrischen Angeboten). Vor allem im ländlichen Raum fehlen passende Anschlussmöglichkeiten.

Eine weitere Form von Angeboten sind die psychosozialen Beratungen allgemein, also Ehe- und Familienberatungen, Schwangerschaftsberatungen, Lebensberatung etc. Diese sind lebensweltlich verankert und die Gewalt-Themen tauchen dort häufig in Zusammenhang mit anderen, alltagsbezogenen Themen auf. Auch diese Einrichtungen stoßen fast alle an ihre Kapazitätsgrenzen und wollen gern an spezialisierte Fachberatungsstellen für sexualisierte Gewalt vermitteln, von denen es in den Regionen aber nicht hinreichend viele gibt bzw. die schon an ihrer Kapazitätsgrenze arbeiten.

Regionale Lösungen bestehen bisher im Zusammenspiel von eher spezialisierten und eher lebensweltbezogenen Angeboten, die thematisch breiter aufgestellt sind: Dort, wo relativ viel Infrastruktur ist, gibt es eine klare Abgrenzung in den Zuständigkeiten je nach Arbeitsaufgaben bzw. auch nach Kapazitäten, z.B. zwischen den Interventions- und Koordinierungsstellen, die dann ausschließlich für häusliche Gewalt zuständig sind, der spezialisierten Fachberatungsstelle für sexualisierte Gewalt und dem Opferhilfe Sachsen e.V., der dann vorwiegend Fälle mit psychosozialer Prozessbegleitung bearbeitet. Untereinander vermittelt wird auch, wenn die eigenen Kapazitäten erschöpft sind. Diese Arbeitsteilung bedeutet aber auch, dass die Betroffenen zum jeweiligen Angebot passen müssen, sonst abgewiesen werden und an anderer Stelle neu Zugang finden müssen.

Dort, wo es fast keine Angebote gibt, versuchen eher alle Akteur:innen alle Bereiche abzudecken bzw. im erweiterten regionalen Kontext Entlastung zu schaffen oder in (weiter weg liegende) spezialisierte Fachstellen zu verweisen. Gleichzeitig gibt es auch hier Arbeitsteilungen, z.B. im pragmatischen ‚Personaltausch‘ bei Bedarf zwischen der Opferhilfe in Bautzen, bei der nur Frauen beraten, und der in Görlitz, bei der nur Männer beraten.

Es zeigt sich außerdem, dass strukturelle Probleme in den Einrichtungen den Aufbau eines adäquaten Unterstützungsnetzes für Betroffene erschweren. So kann eine gelingende Öffentlichkeitsarbeit oft mangels personaler Kapazitäten nicht ausreichend umgesetzt werden. Andererseits würde dadurch eine Nachfrage geschaffen, die oft ohnehin nicht abgedeckt werden könnte. Auch die Finanzierung der Angebote ist sehr unübersichtlich und vielschichtig, oft zielgruppengebunden, kurzfristig und nicht verlässlich, was einen Ausbau und eine Erweiterung der Unterstützungsmöglichkeiten einschränkt.

Was in Sachsen bisher überhaupt nicht etabliert ist, sind für alle sichtbare Angebote einer verfahrensunabhängigen Spurensicherung, die sowohl in der Durchführung als auch hinsichtlich der Dokumentation und der Aufbewahrung vor Gericht Bestand hat.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen die prekäre Versorgungssituation für Betroffene von sexualisierter Gewalt in Sachsen auf. Zwar gibt es bereits Strukturen und es finden sich sehr engagierte und auch spezialisierte Akteur:innen, die oft private Ressourcen einsetzen, um Angebote bereitzustellen und abzustimmen, Aktionen zu planen, vieles zu organisieren, allerdings sind die vorhandenen Ressourcen besonders im ländlichen Raum aktuell viel zu gering, um von einem umfassenden Unterstützungssystem für Betroffene zu sprechen. Wichtig dafür wäre zunächst die Anerkennung auf allen Ebenen – nicht nur in der Praxis, sondern auch in den Verwaltungen und steuernden Fachgremien etc., dass sexualisierte Gewalt in einem hoch professionalisierten und spezialisierten Feld zu bearbeiten ist.

Es braucht zudem ausgewiesene Kapazitäten und eine Koordination durch eine spezialisierte Fachstelle oder spezialisierte Akteur:innen. Diese Koordination sollte aus den regionalen Strukturen heraus entstehen und kann in jedem Landkreis bzw. jeder Stadt anders angebunden und organisiert sein. Vorhandene Netzwerke und Kooperationen müssen unbedingt weiter gefestigt, institutionalisiert und vor allem verankert werden.

Nur wenn die bestehenden Strukturen weiter ausgebaut und auf allen Ebenen von Kommunen und Landesregierung unterstützt werden, kann die Versorgungssituation der Betroffenen von sexualisierter Gewalt in Sachsen gemäß den Forderungen der Istanbul-Konvention verbessert werden.



Elisabeth Andreas

Strukturmerkmale eines adäquaten Unterstützungsnetzes

Vorstellung eines sächsischen Bedarfskonzeptes

Betroffenengruppe

Von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sind überwiegend Frauen sowie Lesben, Inter*, nicht-binäre Personen, Trans* und agender Menschen (FLINTA) betroffen (vgl. Kruber et. al. 2021: 6). In 90 % der Fälle sind Männer die Täter (vgl. bff 2018: 46). Die hohe Gewaltbetroffenheit von Frauen ist „(...) Ausdruck historisch gewachsener ungleicher Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern.“ (Europarat 2011: 3). Betroffene von sexualisierter (sowie häuslicher) Gewalt haben Anspruch auf staatlichen Schutz und staatliche Unterstützung (vgl. djb 2019).

In den letzten 20 Jahren wurden auf Bundes- und Landesebene eine Reihe von Verbesserungen in der Gesetzeslage zu geschlechtsspezifischer Gewalt vorgenommen.¹ Nach Ansicht des Deutschen Instituts für Menschenrechte reichen diese gesetzlichen Neuerungen nicht aus, um Betroffene wirksam zu schützen (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2018: 17)

Zahlen und Fakten

Im Jahr 2019 wurden in Sachsen 3.546 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung erfasst. Dabei handelte es sich in 393 der Fälle um Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexuellen Übergriff (§ 177 StGB) (vgl. Polizei Sachsen 2020: 36).

Die Zahlen des sog. Helffeldes² bilden jedoch nur einen kleinen Teil der tatsächlich erlebten Gewalt ab. Es muss davon ausgegangen werden, dass nur 5 bis 8 % der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung polizeilich angezeigt werden (vgl. Kruber et al. 2021: 6). Das Dunkelfeld wird daher 15- bis 20-fach größer geschätzt (vgl. Seith et. al 2009). Das bedeutet, dass in einer Stadt mit 100.000 Einwohner:innen (z.B. Zwickau) pro Jahr 420 Personen schwere Formen sexualisierte Gewalt erleben (vgl. bff 2018: 30). Im gesamten Freistaat wurden 2019 jedoch nur 393 Fälle polizeilich erfasst (vgl. Polizei Sachsen 2020: 36).

Verpflichtungen aus der Istanbul-Konvention

Mit der Unterzeichnung der Istanbul-Konvention ist Deutschland die politische Verpflichtung eingegangen, verstärkt gegen sexualisierte und häusliche Gewalt vorzugehen. Betroffenen von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt müssen daher auch in Sachsen folgende Angebote zur Verfügung stehen:

- Spezialisierte Fachberatungsstelle sexualisierte Gewalt (Art. 22 IK)
- Hilfetelefone – 24h Erreichbarkeit (Art. 24 IK)
- Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt (Art. 25 IK)
- verfahrensunabhängige Spurensicherung (Art. 25 IK)
- Rechtsberatung (unentgeltlich) (Art. 57 IK)
- Psychosoziale Prozessbegleitung (unentgeltlich) (Art. 55 Abs. 2 IK)
- Geschulte Fachkräfte (Art. 15 IK)
- Traumaambulanzen / Psychologische Versorgung (Art. 25 IK)
- Informationen (Art. 19 IK)

Mit der Einrichtung des Bundesweiten Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen im Jahr 2013 realisierte die Bundesregierung eine Forderung der Istanbul-Konvention. Die gesetzlichen Regelungen zur verfahrensunab-

¹ z.B. 2002: Gewaltschutzgesetz (GewSchG), 2007: Stalkingparagraph (§ 238 StBG), 2016: Reform Sexualstrafrecht (§ 177 StGB)

² Als Helffeld werden die polizeilich bekannt gewordenen Delikte bezeichnet

hängigen Spurensicherung (Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention) sowie zur psychosozialen Prozessbegleitung (Gesetz über die psychosoziale Prozessbegleitung im Strafverfahren) sind ebenfalls als Umsetzungen der Forderungen der Konvention zu sehen. Bei der finanziellen Ausstattung und strategischen Implementierung dieser Angebote sowie bei allen anderen o.g. Verpflichtungen gibt es jedoch nach wie vor erheblichen Handlungsbedarf (djb 2019).

Problemstellung in Sachsen

Seit Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes wurden auch in Sachsen erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung des Unterstützungssystems für Betroffene häuslicher Gewalt unternommen. Interventionsstellen und Schutzeinrichtungen, die Einsetzung spezieller Ansprechpartner:innen in Polizei und Staatsanwaltschaften, Öffentlichkeitsarbeit sowie Schulungen bei Strafverfolgungsbehörden, Gesundheitswesen und psychosozialen Einrichtungen zeugen von einer staatlichen Verantwortungsübernahme. Dabei gerieten die Belange anderer Betroffenenengruppen jedoch weitgehend aus dem Blick von Landespolitik und -verwaltung.

Für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt hat sich die Unterstützungssituation in den letzten 10 Jahren nicht verbessert und verharrt auf einem inakzeptabel niedrigen Niveau.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zum Unterstützungssystem des Instituts IRIS (Pia Rohr/Anja Weber, Versorgungssituation Betroffener von sexualisierter Gewalt in Sachsen, S. 9ff) werden durch die Analysen der Landesarbeitsgemeinschaft Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt Sachsen (LAG) bestätigt:

- **Unterversorgung mit Fachberatungsstellen:** Es existieren vier spezialisierte Fachberatungsstellen für **erwachsene** Betroffene (Dresden, Chemnitz, Leipzig). Die Landkreise haben keine spezialisierten Angebote, im besten Fall engagierte Einzelpersonen.
- **Warten auf freie Beratungstermine:** Aus dieser Unterversorgung resultieren lange Wartezeiten und weite Fahrtwege. In deren Folge geben viele Betroffene die Hoffnung auf Hilfe auf und es besteht die Gefahr, dass die Gewaltfolgen chronifizieren.
- **Traumasaensible und vorurteilsfreie Befragung ist eine Seltenheit:** Es fehlt flächendeckend an Schulungen für Polizei und Strafverfolgungsbehörden sowie bei nicht spezialisierten Fachberatungsstellen.
- **Keine umfassende medizinische Versorgung in geschützter Atmosphäre:** Das medizinische und pflegerische Personal ist in vielen Einrichtungen nicht einschlägig geschult und sensibilisiert. Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt werden daher häufig nicht als solche erkannt, sensibel angesprochen und versorgt.
- **Angebot der vertraulichen Spurensicherung ist nicht der Standard:** In den meisten Landkreisen und kreisfreien Städten wird die verfahrensunabhängige Spurensicherung nicht angeboten. Nach wie vor werden Patient:innen gedrängt, eine Anzeige zu machen.

Die Analyse dieses Missstandes war Anlass zum Start des Modellprojektes „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt“ und dessen Erweiterung „Aufbau eines Unterstützungsnetzes für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt in Sachsen“.

Sechs Strukturmerkmale eines Unterstützungsnetzes

Das Konzept zum Aufbau eines Unterstützungsnetzes orientiert sich an den Bedarfen der von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen bzw. FLINTA sowie an den Bestimmungen der Istanbul-Konvention [siehe Svenja Fiedler, Sexualisierte Gewalt, S. 16ff]

Der Europarat erkennt mit der Istanbul-Konvention an, dass vergewaltigte Frauen eine gezielte Ansprache und spezifische Beratung benötigen. Sie müssen auf sensibilisierte Polizist:innen und Ärzt:innen treffen und brauchen eine Gesellschaft, die sowohl für die Taten als auch für die Betroffenen offensiv Verantwortung übernimmt. Das alles kann nur eine Einrichtung leisten, die darauf spezialisiert ist.

- **Spezialisierte Fachberatung sexualisierte Gewalt**

Im Gegensatz zu Einrichtungen der allgemeinen Opferhilfe, zu Erziehungs- oder Lebensberatungsstellen zeichnen sich spezialisierte Fachberatungsstellen durch einen starken Fokus auf sexualisierte Gewalt aus (vgl. Landesarbeitsgemeinschaft Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt in Sachsen (LAG) 2020):

- konkrete Ansprache der Betroffenen
- Öffentlichkeitsarbeit, Schulungen, Prävention, Netzwerk- und Gremienarbeit
- Lobbyarbeit: Einflussnahme auf politische Prozesse im Sinne der Betroffenen
- Problematik der sexualisierten Gewalt im öffentlichen Bewusstsein wahrnehmbar
- Gesellschaftliche Veränderungsprozesse werden angeregt und den Betroffenen der Zugang zu Hilfe und Unterstützung aufgezeigt

- **(Über-) Regionale Hilfestrukturen und Vernetzungen**

Zur Abstimmung von Interventionen und Maßnahmen zum Schutz von Betroffenen, zur Effektivierung der Hilfen und zur Inverantwortungnahme der Gewalttäter:innen braucht es eine nachhaltige Vernetzung der tangierten Einrichtungen, Institutionen und Ebenen (Medizin, Fachberatungsstellen, Polizei, Justiz, Verwaltung). Ziel dabei sind offene und kurze Wege zur Unterstützung Betroffener (vgl. bff 2018: 18). Vernetzte Unterstützungsstrukturen fördern den fachlichen Austausch sowie die Weiterentwicklung der Unterstützungsleistungen und der Lobbyarbeit.

In vielen sächsischen Kommunen existieren bereits regionale Netzwerke zu häuslicher Gewalt. Es ist jeweils zu prüfen, ob die vorhandenen Strukturen thematisch erweitert und zu „Netzwerken zur Umsetzung der Istanbul-Konvention“ erweitert werden können. Gleiches gilt für den Lenkungsausschuss häusliche Gewalt, angesiedelt beim Landespräventionsrat.

- **Regionale Strukturen zur medizinischen Soforthilfe**

Bundesweit gibt es kein einheitliches Konzept für die medizinische Versorgung nach einem sexuellen Übergriff, wenn keine polizeiliche Anzeige erstattet wird (vgl. bff 2014). Ausgehend von den Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt“ müssen in Sachsen regionale Strukturen der medizinischen Soforthilfe aufgebaut werden. [siehe Dr. Ulrike Böhm, Medizinische Versorgung und Spurensicherung, S. 18ff]

Neben einer sensiblen Gesundheitsversorgung und verfahrensunabhängigen Spurensicherung braucht es hierfür den niedrighschwelligigen Zugang zu psychosozialen Beratungsangeboten für Betroffene. Betroffene können damit ihr Recht auf medizinische Soforthilfe wahrnehmen. Zudem können sie sich Zeit verschaffen, um für sich die Frage zu klären, ob sie nach einem Übergriff Anzeige erstatten wollen oder nicht.

- **Öffentlichkeitsarbeit**

Zielgruppengerechte und strategisch geplante Öffentlichkeitsarbeit ist von zentraler Bedeutung für die Versorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt. Sie erhalten so einen effektiven Zugang zu den Versorgungsstrukturen (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2020: 63). Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem Anstieg von Fallzahlen und dem öffentlichen Bewerten von Hilfsangeboten (vgl. ebd.).

Voraussetzung für eine intensive und effektive Öffentlichkeitsarbeit ist die umfassende Finanzierung der Angebote als Grundstein für eine realistische Versorgungssituation vor Ort (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2020: 62)

- **Prävention**

Gewaltprävention meint das Nachdenken über Geschlechterrollen und die Verbreitung des Wissens über Gewalt gegen Frauen bzw. FLINTA (gemäß Artikel 14 IK). Prävention ist also Bildungsarbeit, die über Ursachen, Formen und Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen bzw. FLINTA informiert (vgl. Bündnis Istanbul Konvention 2021: 34). Zudem ermutigt sie Betroffene, sich Hilfe zu suchen, und informiert die Öffentlichkeit generell über das Thema.

- **Schulungen und Fortbildungen**

Mittels Fortbildungen und Schulungen muss über sexualisierte Gewalt aufgeklärt werden, über Entstehungsursachen, Formen und Dynamiken. Dieses Wissen erhöht die Handlungskompetenz der jeweiligen Fachleute und die Zahl erfolgreicher Interventionen. Auf diese Weise kann ein positives Narrativ entstehen, das es Hilfebedürftigen einfacher macht, Hilfe zu suchen und den Schritt in Hilfeeinrichtungen zu wagen.

Empfehlungen

Das Projekt „Aufbau eines Unterstützungsnetzes für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt in Sachsen“ startete im Juli 2021. Im Mai 2022 wird ein erster Zwischenbericht vorgelegt. Bereits jetzt können quantitative Merkmale zur Ausstattung der in der Istanbul-Konvention geforderten spezialisierten Fachberatungsstellen zu sexualisierter Gewalt (Art. 22 IK) benannt werden. Diese quantitativen Merkmale basieren auf Bedarfsbeschreibungen verschiedener Fachverbände und sind fernab dessen, was wir aktuell in Sachsen und in weiten Teilen der Bundesrepublik an Unterstützungsstrukturen vorfinden. Sie beschreiben den Optimalzustand, dem es sich mit einer weitsichtigen und zielgerichteten Politik anzunähern gilt.

- **Anzahl**

In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt bedarf es mindestens einer allgemeinen Fachberatungsstelle zu Gewalt, einer Fachberatungsstelle zu sexualisierter Gewalt sowie einer Koordinierungs- und Interventionsstelle zu häuslicher Gewalt. Aufgrund der oftmals schwierigen Erreichbarkeit sollte es in großen Landkreisen mehrere Beratungsstandorte geben. Aufgrund der Fläche des Freistaates und der großen Entfernung der Kreisstädte braucht es zusätzlich mobile und digitale Beratungskonzepte. (vgl. Herold 2014: 7)

- **Personalbedarf**

Diese Fachberatungsstellen müssen pro 100.000 Einwohner:innen mit mindestens 5 VzÄ ausgestattet sein (Anlehnung an bff: 2018: 36, Herold 2014:20). Aufgeschlüsselt sind die Personalstellen in mindestens 2 VzÄ für Beratung und mindestens 2 VzÄ für Prävention (Anlehnung an LAG 2020). Diese Personalstellen beinhalten Kapazitäten und Ressourcen für Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und fachpolitische Arbeit. Zudem wird 1 VzÄ für Verwaltung (Anlehnung an LAG 2020) benötigt.

- **Erreichbarkeit**

Auch ohne eigenen PKW müssen die Fachberatungsstellen innerhalb einer Stunde erreichbar sein (vgl. Bündnis Istanbul-Konvention 2021: 81). Das spricht für einen Radius von maximal 50 km, innerhalb dessen sich eine spezialisierte Einrichtung befinden muss (vgl. bff 2018: 42).

- **Zielgruppen**

Besonders schutzbedürftige und vulnerable Betroffenenengruppen müssen in den Angeboten berücksichtigt werden. Dazu gehören die Situationen und Bedürfnislagen von Frauen bzw. FLINTA mit Migrations- und/oder Fluchtgeschichte, mit Behinderung (vgl. Kruber et. al. 2021: 29), sowie wohnungslose, Sucht- und psychisch Erkrankte (vgl. djb 2020: 16).

Hierzu bedarf es ausreichend Ressourcen in Form von mobilen Beratungsangeboten, Sprachmittlung, Informationskampagnen und Maßnahmen zur Schaffung von Barrierefreiheit (vgl. bff 2018: 42).

Empfehlungen konkret

Unsere Empfehlungen stehen in deutlichem Kontrast zur aktuellen Unterstützungssituation in Sachsen. Sie bilden die Grundlage für die politische Forderung, die Unterstützung von Betroffenen zu verbessern und die gesetzliche Verpflichtung aus der Istanbul-Konvention in Sachsen umzusetzen.

Stadt Leipzig:

Für die Stadt Leipzig (ca. 600.000 EW) bedeuten diese Ausstattungsempfehlungen, dass im Bereich der spezialisierten Fachberatung zu sexualisierter Gewalt 30 VzÄ für Beratung, Prävention und Verwaltung benötigt werden. Diese Stellen sollten sich auf mehrere Fachberatungsstellen verteilen, um Betroffenen Wahlfreiheit und niedrigschwellige Zugang zu ermöglichen.

Landkreis Nordsachsen:

Für den Landkreis Nordsachsen (ca. 200.000 EW) werden 10 VzÄ für Beratung, Prävention und Verwaltung benötigt. Aufgrund der Besonderheiten der ländlichen Region und des großen Einzugsgebietes empfiehlt sich eine zusätzliche VzÄ für mobile Beratung.

Landkreis Leipzig:

Für den Landkreis mit seinen ca. 260.000 EW braucht es 11 VZÄ für Beratung, Prävention und Verwaltung. Aufgrund der großen Fläche wird mindestens eine zusätzliche VZÄ für die Abdeckung der mobilen Beratungsarbeit benötigt.

Literatur:

bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (2018): *Stark für die Gesellschaft – gegen Gewalt*.

BPTK (Bundes-Psychotherapeuten-Kammer 2020): *Übersicht Traumambulanzen*. Stand: 10. September 2020. Berlin.

Brensell, A./ Hartmann, A./ Schmitz-Weicht, C. (2020): *Kontextualisierte Traumaarbeit*. Berlin: Hinkelsteindruck.

Bündnis Istanbul-Konvention (2021): *Alternativbericht*. IN: <https://www.buendnis-istanbul-konvention.de/wp-content/uploads/2021/03/Alternativbericht-BIK-2021.pdf>, zugegriffen am 06.12.21.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): *Die Istanbul-Konvention*. IN: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Istanbul_Konvention.pdf, zugegriffen am 06.12.21.

Deutscher Juristinnenbund (djb) (2020): *Bericht des Deutschen Juristinnenbundes e.V. (djb) zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland*. IN: https://www.djb.de/fileadmin/user_upload/st20-31-IK-Bericht-201125.pdf, zugegriffen am 22.11.21.

Deutscher Juristinnenbund (djb) (2019): *Themenpapier: Unterstützung und Schutz der Betroffenen von sexualisierter Gewalt*. IN: <https://www.djb.de/presse/pressemitteilungen/detail/st19-31>, zugegriffen am 02.12.21.

Herold, H. (2014): *Qualitätsempfehlungen für das Hilfesystem bei Gewalt gegen Frauen*. IN: Folie 1 (niedersachsen.de), zugegriffen am 15.11.21.

Kavemann, B./ Nagel, B./ Hertlein, J. (2016): *Expertise „Fallbezogene Beratung und Beratung von Institutionen zu Schutzkonzepten bei sexuellem Missbrauch...“ im Auftrag des UBSKM*. IN: https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Hintergrundmaterialien/Expertise_Fachberatungsstellen.pdf, zugegriffen am 08.11.2021

Kruber, A./ Voß, H.-J. (2021): *Unabhängige Monitoring-Studie zur Umsetzung der Istanbul-Konvention im Hilfesystem für von Gewalt betroffene Frauen und Mädchen im Land Sachsen-Anhalt*. Merseburg: Hochschule Merseburg. IN: [monitoring_studie.pdf](https://www.monitoring_studie.pdf) (geschlechtergerechtejugendhilfe.de), zugegriffen am 15.11.21.

Kruber, A./ Weller, K./ Bathke, G.-W./ Voss, H.-J. (2021): *PARTNER 5 Erwachsene 2020. Primärbericht: Sexuelle Grenzverletzungen und sexualisierte Gewalt*. IN: [Bericht-Partner-5-Erwachsene-Dunkelfeld-FINAL.pdf](https://www.bericht-partner-5-erwachsene-dunkelfeld-final.pdf) (ifas-home.de), zugegriffen am 12.12.21.

Landesarbeitsgemeinschaft Prävention und Intervention sexualisierte Gewalt in Sachsen (LAG) (2020): *Forderungspapier zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt in Sachsen*.

Polizei Sachsen (2020): *Polizeiliche Kriminalstatistik im Freistaat Sachsen. Jahresüberblick 2020*. IN: <https://www.polizei.sachsen.de/de/dokumente/Landesportal/PKS-JahresXberblick2020.pdf>, zugegriffen am 12.12.21.

Sexualisierte Gewalt

Bedarfe der Betroffenen



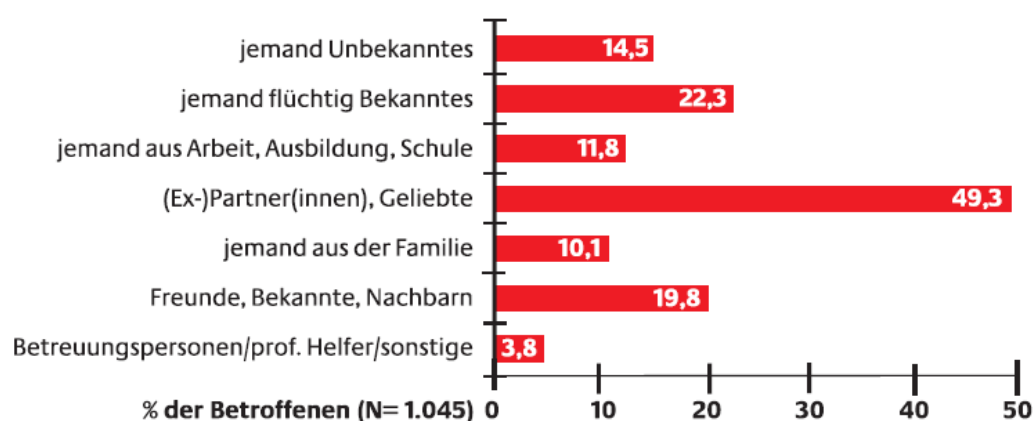
Wir sprechen von sexualisierter Gewalt, um deutlich zu machen, dass es bei sexuellen Übergriffen häufig um Machtmissbrauch oder das Ausnutzen einer Autoritätsposition geht. Täter:innen nutzen für diesen Machtmissbrauch Sexualität als Mittel. Strukturelle Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse, die hinter sexualisierter Gewalt stecken, werden an der Geschlechterverteilung von Tätern und Betroffenen deutlich – die Mehrzahl der Betroffenen ist weiblich. Deshalb wird im Folgenden von „Täter“ gesprochen, um diesen Umstand abzubilden.

Mythen & Fakten

Betroffene von sexualisierter Gewalt werden mit vielen Vorurteilen und verschiedenen negativen und potenziell destabilisierenden Reaktionen ihrer Umwelt konfrontiert. Die Grundlage hiervon sind sogenannte Vergewaltigungsmysen. Im Folgenden werden die gängigsten Mythen sowie ihnen gegenüberstehende Fakten dargestellt, die die Versorgungssituation und dementsprechend die Bedarfe von Betroffenen enorm beeinflussen.

1. Mythos: „Der Täter ist unbekannt.“

DIAGRAMM 6: TÄTER BEI SEXUELLER GEWALT. MHRFACHNENNUNGEN.
FALLBASIS: BEFRAGTE, DIE SEXUELLE GEWALT ERLEBT UND
ANGABEN ZU TÄTERN GEMACHT HABEN.

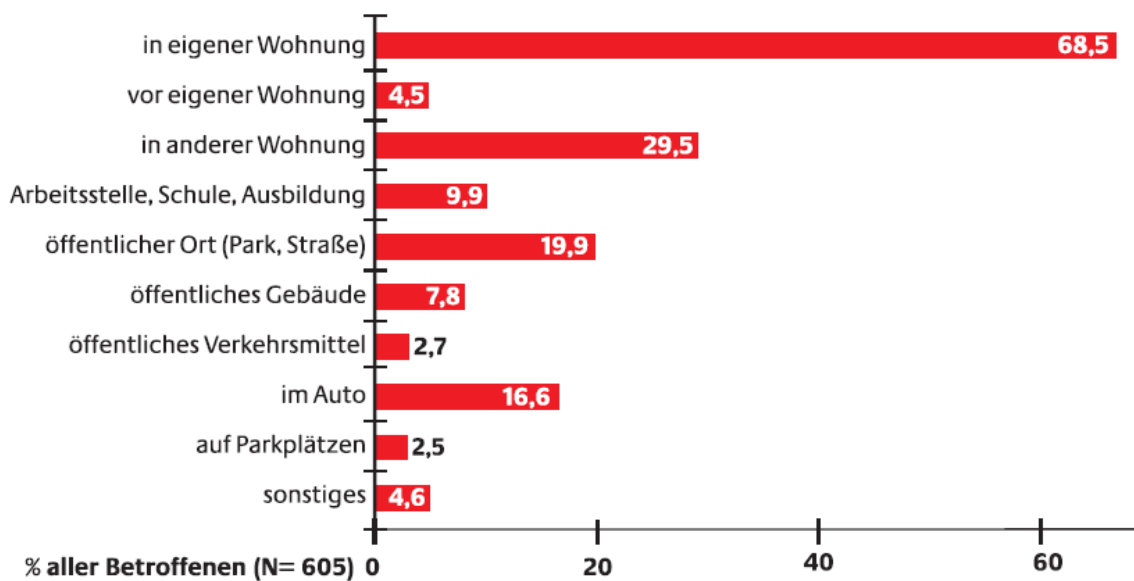


¹ Die Zahlen stammen aus einer großen repräsentativen Umfrage zu Gewalt gegen Frauen von Müller und Schröttle (2004), im Rahmen derer 10.000 Frauen zu ihren Gewalterfahrungen, ihrem Sicherheitsgefühl und ihrer psychosozialen wie medizinischen Situation interviewt wurden. Die Autor:innen der Studie haben sich für eine enge Definition von „sexueller Gewalt“, orientiert an strafrechtlich relevanten Kategorien, entschieden. „Sexuelle Gewalt“ wird hier als „erzwungene sexuelle Handlungen, zu denen die Befragte gegen ihren Willen durch körperlichen Zwang oder Drohung gezwungen wurde“ definiert.

Fast 50% der Täter sind (Ex)-Partner oder Geliebte, nur 14,5% der Übergriffe gehen auf unbekannte Täter zurück. Die meisten erwachsenen Betroffenen von sexueller Gewalt in diesem Definitionssinne kennen also den Täter – es besteht eine Form von Beziehung, innerhalb derer die Gewalttaten passieren.

2. Mythos: „Das Risiko für sexualisierte Gewalt ist an öffentlichen Orten höher als im Privatraum.“

DIAGRAMM 7: MEHRFACHNENNUNGEN. FALLBASIS: ALLE BEFRAGTEN, DIE SEXUELLE GEWALT ERLEBT UND ANGABEN ZUM TATORT GEMACHT HABEN.⁷⁶



Rund 70% der Gewalttaten passieren in der eigenen Wohnung, rund 30% in anderen Wohnungen. Hier zeigt sich deutlich, dass die Mehrzahl der Übergriffe im Privatraum erfolgt. Gleichzeitig wird sexualisierte Gewalt im sozialen Nahraum weniger erwartet (z.B. ist Vergewaltigung in der Ehe erst seit 1997 Straftatbestand). Gewalt im eigenen Nahraum zu erleben, kann das Sicherheitsgefühl nachhaltig erschüttern und komplexe Folgen für die Betroffenen haben. Die geringe Sichtbarkeit der Taten erschwert dabei die Aufarbeitung und Heilung.

3. Mythos: „Es gibt ein typisches Opfer.“

Sexualisierte Gewalt kommt in allen sozialen Schichten und in allen Altersgruppen vor. Marginalisierte Gruppen (Personen mit Behinderung, unsicherem Aufenthaltsstatus, Flucht- oder Migrationsgeschichte oder nicht-binäre, trans*, agender und intergeschlechtliche* Menschen) haben ein erhöhtes Risiko verschiedene Formen von Gewalt zu erfahren. Frauen und Mädchen mit Behinderung sind sehr viel häufiger auch von sexualisierter Gewalt betroffen als nichtbehinderte Frauen und Mädchen. Die Studie Partner 5 belegt zudem die deutlich höhere Betroffenheit von nicht-binären Personen. Hier gab fast die Hälfte der Befragten (45%) an, bereits eine Vergewaltigung erlebt zu haben, bei den Frauen waren es 30%, bei den Männern nur knapp jeder zehnte (9%). Diese Zahlen belegen eindrücklich, dass Abhängigkeitsverhältnisse sowie starke Machtgefälle sexualisierte Gewalt fördern.

⁷⁶ BMFSFJ (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Demnach haben rund 38% der in Einrichtungen lebenden Frauen bereits sexuelle Gewalt (wieder enge Definition) erlebt, bei den im eigenen Haushalt lebenden Frauen waren es rund 27%. Der Bundesdurchschnitt liegt im Vergleich bei ca. 13%.*

Es ist ein extrem hohes Dunkelfeld von nicht erfassten Taten anzunehmen. Nachweislich haben Faktoren wie die Beziehung zum Täter oder die (Nicht-)Reaktion des Umfeldes Einfluss auf das Anzeigeverhalten und dementsprechend auf das Hellfeld, das nicht so divers ist wie die tatsächlichen Gewalttaten.

4. Mythos: „Es gibt eine typische Opferreaktion.“

Ein weiteres Vorurteil besagt, dass die angegriffene Person bei einem Vergewaltigungsversuch alles einsetzt, was sie hat, um sich zu wehren. D.h. sie schreit, schlägt, beißt und tritt um sich. Wie anhand der Diagramme bereits gezeigt wurde, sind sexuelle Übergriffe nachts im Park durch einen Unbekannten vergleichsweise selten – und doch sind es diejenigen Fälle, über die am meisten gesprochen wird und vor denen schon junge Mädchen gewarnt werden.

Sexualisierte Übergriffe im privaten Nahfeld werden weniger erwartet und kommen häufig überraschend. Meist ist die betroffene Person im Moment des Übergriffs nicht in der Lage, das Ausmaß der Erfahrung zu erfassen, und gerät aufgrund dieser Überforderung in einen psychischen Ausnahmezustand. Eine bewusste Verhaltensentscheidung ist dann nicht mehr möglich, das System reagiert einfach – ein Überlebensmechanismus, eine sogenannte psychische Notfallreaktion. Diese kann, abhängig von biografischer Erfahrung und Tatumständen, bei jeder Person anders ausfallen. Gleichzeitig bewirkt diese Notfallreaktion, dass die Erfahrung im Gedächtnis anders verarbeitet wird als es bei alltäglichen Situationen der Fall ist. Das kann unter anderem dazu führen, dass die betroffene Person sich nicht chronologisch an alle Details der Gewalttat erinnern kann – aus psychologischer Sicht eine ganz gewöhnliche Reaktion, aus Sicht der Justiz- und Strafverfolgungsbehörden jedoch ein Problem und deshalb möglicherweise ein Grund für Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Aussage.

Die Erfahrung sexualisierter Gewalt bedeutet einen erschütternden Kontrollverlust über den eigenen Körper und den eigenen Willen und kann Gefühle wie Ekel, massive Ängste bis hin zu Todesangst auslösen. Darauf reagiert jede Person anders! Erstarren, Weinen, schreien, sich körperlich und/oder verbal wehren, sich scheinbar entgegenkommend verhalten ... Jede Verhaltensweise stellt einen Schutzmechanismus dar, der in einer extrem bedrohlichen Situation entwickelt wird, um das eigene Überleben zu sichern.

Schlussfolgerungen

Die beschriebenen Mythen erschweren es den Betroffenen, über das Erlebte zu sprechen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Viele schämen sich für das Erlebte, fühlen sich schuldig oder sind aufgrund der herrschenden stereotypen Bilder von sexualisierter Gewalt zunächst nicht in der Lage, die eigene Erfahrung als Gewalt zu definieren.

Außerdem führen die Mythen dazu, dass Gewalttaten nicht als solche erkannt werden, weil sie nicht den Erwartungen entsprechen. So passiert es häufig, dass den Betroffenen nicht geglaubt oder ihre Erfahrung anders eingeordnet wird – sei es von Fachpersonen im juristischen und medizinischen System oder von Personen aus dem sozialen Umfeld. Betroffene hören Aussagen wie:

„Wieso hast du dich denn nicht gewehrt?“

„Bist du dir sicher, dass es so schlimm war?“

„Beschreib doch mal, was passiert ist. Sonst kann ich mir keine Meinung bilden.“

„Bei dem kann ich mir nicht vorstellen, dass der sowas getan hat.“

„Das musst du unbedingt anzeigen!“

Solche Fragen oder Aussagen nehmen den Betroffenen die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wie sie mit der Situation umgehen wollen und wie sie ihre Erfahrung einordnen. Dadurch erleben die Betroffenen den Kontrollverlust der eigentlichen Gewaltsituation erneut, und die Verarbeitung wird weiter erschwert. Zusammengefasst führen die erläuterten Mythen dazu, dass zahlreiche Fälle von sexualisierter Grenzüberschreitung ungesehen bleiben, da sie nicht in das gängige Bild passen. Dies hat eine Unterversorgung der Betroffenen auf rechtlicher, medizinischer sowie psychosozialer Ebene zur Folge. Es braucht daher Aufklärung und Bildung über die Dynamiken und Hintergründe von sexualisierter Gewalt, Anerkennung der Betroffenenperspektiven, Ausbau der Versorgungsstrukturen und ein grundsätzliches Umdenken im öffentlichen Diskurs.

Literatur

BMFSFJ (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland.

FRA (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick.

Schweizerische Eidgenossenschaft eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020). Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren von Gewalt in Paarbeziehungen.

Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.

PARTNER 5 Erwachsenensexualität der Hochschule Merseburg (2021). Primärbericht zu sexuellen Grenzverletzungen und sexualisierter Gewalt.



Medizinische Versorgung und Spurensicherung – adäquate Versorgung von Betroffenen

Erst seit den 2010er Jahren wird reflektiert, dass Verletzungen, die Menschen im Rahmen häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt erlitten haben, primär Indikation für eine medizinische Behandlung sind. Im Zuge der Etablierung des Begriffes Häusliche Gewalt in Medizin und Gesellschaft wurden in den 1990er Jahren erste Befunddokumentationen bei Betroffenen erstellt, die zu dieser Zeit noch ausschließlich forensische Bedeutung hatten und auch ausschließlich von Rechtsmediziner:innen vorgenommen wurden. Dabei wurden Verletzungen dokumentiert und konnten so beurteilt und begutachtet werden hinsichtlich

- Umfang (eine oder mehrere Gewalteinwirkungen),
- (potentieller) Gefährlichkeit für Gesundheit und Leben der Betroffenen
- ungefährem Zeitraum der Gewalteinwirkung
- Art der Gewalteinwirkung (stumpf, scharf etc.).

Im Gerichtsverfahren konnte der geschilderte Tathergang von Rechtsmediziner:innen anhand der forensischen Befunde bestätigt bzw. widerlegt werden und als Sachbeweis in das Verfahren eingehen. Bei Vergewaltigungen wurde die DNA des:r Täter:in (am Körper der Betroffenen oder deren Kleidung oder an z.B. Bettwäsche) gesichert sowie Verletzungen der Betroffenen und eventuelle Beeinflussung der Betroffenen durch Drogen oder Alkohol festgestellt. Die Betroffenen waren in erster Linie Spureenträger. Die medizinische Befunderhebung erfolgte nicht selten als rein strafprozessualer Akt, die medizinische Untersuchung war Nebensache.

Durch Frauennotrufe und -beratungsstellen, Frauenhäuser und Interventionsstellen wurde früh die Forderung nach einer verfahrensunabhängigen Spurensicherung laut. Dagegen gab und gibt es viel Widerstand von Seiten der Ermittlungsbehörden, da Zweifel an der „Gerichtsverwertbarkeit“ dieser Spurensicherung bestehen, vor allem im Hinblick auf Erhebung, Transport und Lagerung.

Das Konzept der medizinischen Soforthilfe bei Vergewaltigung und häuslicher Gewalt trägt den Bedürfnissen der Betroffenen und den Bedenken der Ermittlungsbehörden mit folgenden Inhalten Rechnung:

- Entwicklung einer ärztlichen Haltung, die Verletzungen durch Vergewaltigung und häusliche Gewalt als medizinisches und nicht als ausschließlich forensisches Handlungsfeld begreift
- Entwicklung einer diagnostischen Sicherheit bei den Behandelnden: Ärzt:innen werden in die Lage versetzt, Spuren zu erheben und zu sichern, wenn das von der Patient:in gewünscht wird. Dabei erhalten Ärzt:innen fachliche Hilfe und die Möglichkeit zur Fallbesprechung.
- Etablierung eines Handlungsleitfadens, der medizinische Hilfe und Spurensicherung verbindet: Das Konzept der medizinischen Soforthilfe inkl. verfahrensunabhängiger Spurensicherung wird standardisiert und in das medizinische Curriculum integriert und frühzeitig etabliert.
- Vermittlung von Kenntnissen über und im besten Fall Integration in das psychosoziale Hilfenetzwerk, damit die zeitnahe Vermittlung der Patient:innen zu psychosozialer Beratung und Unterstützung gelingt.

„Spurensicherung“ ist also nicht (nur) die Sicherung von DNA- und mikrobiologischen Spuren mit Reagenzgläsern, Abstrichröhrchen und das Abschneiden von Fingernägeln, sondern die Auseinandersetzung mit den erlittenen Verletzungen (physisch und psychisch) der Betroffenen von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt. Die Patient:innen stehen im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen. Die Spurensicherung findet im Rahmen der ärztlichen Untersuchung statt.

Als Hilfsmittel/Tools stehen hierfür zur Verfügung:

1. Dokumentationsbögen

- können als Leitfäden für die Behandlung genutzt werden, da sie die Untersuchenden durch die Behandlung führen
- bei häuslicher Gewalt: „S.I.G.N.A.L.- Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt“ unter <https://www.signal-intervention.de/materialien-fuer-fachkraefte>
- bei sexualisierter Gewalt: „DOKUMENTATION UND UNTERSUCHUNG BEI SEXUALISierter GEWALT“ unter <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>

2. Spurensicherungssets (ForensiX-Set)

- Der Umgang mit den Sets muss vermittelt und eingeübt werden, damit Ärzt:innen sicher und angstfrei damit umgehen können. Sie sind dann in der Lage, Spuren professionell zu erheben sowie die Transport- und Lagerbedingungen einzuhalten.
- Die Sets müssen den Einrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung muss durch die Justiz erfolgen.
- Mittlerweile bedürfen die Sets einer Angleichung an die neue Haltung zur verfahrensunabhängigen Spurensicherung.

Das Vertrauen in die ärztliche Expertise ist bei Betroffenen von häuslicher und sexualisierter Gewalt sehr hoch. Von Ärzt:innen verlangt das die Haltung, dass Patient:innen hauptsächlich medizinischer Hilfe bedürfen. Die Patient:innen werden behandelt und beraten, und im Rahmen dieser medizinischen Untersuchung werden die Verletzungen dokumentiert. Bei sexualisierter Gewalt wird eine Spurensicherung nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patient:in durchgeführt.

Umsetzung des Modellprojektes – ein Erfahrungsbericht aus der Praxis



Interview mit Frau Dr. Daniela Jarvers, Fachärztin für Gynäkologie und Oberärztin im Kreiskrankenhaus Torgau „Johann Kentmann“

Das KKH Torgau ist die erste Kooperationseinrichtung für unser Modellprojekt, sowohl im Bereich der häuslichen Gewalt als auch im Bereich der sexualisierten Gewalt. Das ist vor allem Ihrer Initiative zu verdanken und dafür möchte ich mich sehr herzlich bei Ihnen bedanken.

Welche Aufgaben haben Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit?

Die Aufgaben sind sehr vielfältig. Wir begleiten Frauen von der Geburt bis zum Tod. Und dazu gehören zum Teil sehr emotionale Situationen. Zu unseren Aufgaben gehört auch die Begleitung von Frauen, die eine Vergewaltigung erlebt haben. Das ist für uns nichts Alltägliches, wir machen viele Dinge sehr viel häufiger als das. Deshalb stellt uns eine solche Untersuchung und Behandlung auch immer vor eine besondere Herausforderung.

Im Rahmen der Schulungen haben wir die Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Personal als sehr eng und auf Augenhöhe erlebt. Welchen Effekt hat das für die Arbeit?

Die Schwestern und Pfleger sind ganz wichtig. Sie sind diejenigen, die die Basisarbeit leisten und auf die wir uns als Ärzte verlassen müssen und können. Sie arbeiten mit uns und helfen uns bei der Behandlung. Bei uns sind die Schwestern sehr motiviert, auch Neues zu lernen und sich weiterzubilden. Das hilft uns vor allem, wenn es neue Verfahren und Abläufe einzuführen gibt.

Wie ist der Ablauf, wenn eine vergewaltigte Frau zu Ihnen ins Krankenhaus kommt? Meldet sie sich vorher an? Geht sie zunächst in die Notfallambulanz?

Die meisten Frauen kommen in Begleitung der Polizei. Sie werden dann vorher telefonisch angekündigt und kommen direkt zu uns auf die gynäkologische Station. Meistens kommt der Rechtsmediziner schon mit oder wird informiert und wir warten dann gemeinsam, bis er eintrifft. Sehr viel seltener ist die Situation, dass sich die Frauen ohne Polizei melden. Sie kommen dann zur Notaufnahme und werden zu uns auf die Station geschickt, melden sich bei den Schwestern und kommen dann zu den diensthabenden Ärzten. Falls eine Begleitperson mitgekommen ist, schicken wir diese bei der eigentlichen Untersuchung raus. Das machen wir immer, da wir den geschützten Untersuchungsraum teilweise für Gespräche nutzen können, die im Beisein einer anderen Person vielleicht nicht möglich wären.

Worin sehen Sie die Vorteile des Konzeptes der Medizinischen Soforthilfe für Ihr Krankenhaus?

Jedes Mal, wenn eine vergewaltigte Frau kommt und wir sie untersuchen und die Befunde dokumentieren, ist das eine besondere Situation. Das passiert in der Regel 4 bis 5 Mal pro Jahr. Bei 12 Dienstärzten, die wir haben, kann man davon ausgehen, dass jeder Einzelne diese Behandlung sehr selten durchführt. Daher fühlt man sich jedes Mal unsicher, fragt sich, ob man etwas vergessen hat. Man ist nicht routiniert in dieser Untersuchung. Von den regelmäßigen Schulungen erhoffe ich mir eine größere Sicherheit in den Abläufen und im Umgang mit den Patientinnen.

Durch die Öffentlichkeitsarbeit fühlen sich hoffentlich mehr Frauen angesprochen, sich zu melden und sich helfen zu lassen. Ich hoffe, dass mehr Frauen ihr Schweigen brechen, da ja sehr viel mehr Frauen betroffen sind als wir aktuell in unserer täglichen Arbeit sehen.

Und auch die psychologische Anbindung im Nachgang der Behandlung ist von großer Bedeutung. Bei uns in der Provinz ist das sehr schwierig. Wir wissen natürlich, wo wir die Patientinnen hinschicken können, wissen aber auch, dass sie da zeitnah keinen Termin bekommen. Wir wollen die Patientinnen auch im Nachgang gut versorgt wissen und da ist eine Adresse, ein Flyer, den wir weitergeben können, sehr wichtig.

Woher kommt es, dass Ärzte und Ärztinnen so überfordert sind mit der Behandlung von vergewaltigten Patientinnen?

Das ist überhaupt nicht Teil der Ausbildung. Das Thema ist nicht existent. Als ich angefangen habe mit meiner Ausbildung, war ich mir dessen überhaupt nicht bewusst. Ich dachte, dass die Betroffenen zum Institut für Rechtsmedizin gehen. Es war mir nicht klar, dass ich damit konfrontiert werde. Und auch im Klinikalltag ist in der Regel niemand da, der einem das beibringt. Das muss man sich selbst erarbeiten, quasi learning by doing, und das in einer Situation, die emotional sehr belastend ist und in der häufig auch noch andere Patientinnen warten. Und dann ist da noch ein weiterer Aspekt. Man denkt permanent: „Jetzt habe ich etwas vergessen, jetzt habe ich das Haar vergessen, habe vergessen das Hämatom zu dokumentieren. Jetzt wird der Täter nicht verurteilt wegen mir.“ Da helfen die Unterlagen und die Schulungen des Modellprojektes sehr weiter.

Mit dem Modellprojekt Medizinische Soforthilfe wollen wir eine Haltung erreichen, die Vergewaltigung und häusliche Gewalt in erster Linie als medizinischen Notfall einstuft. Wir erfahren regelmäßig, dass eine Untersuchung bei Vergewaltigung nicht stattfindet, teilweise nur die Pille danach verschrieben wird. Wie kommt es Ihrer Meinung nach zu solchen Situationen?

Ich glaube, dass das ganz normale menschliche Dinge sind, die sich da abspielen. Man hat ein Gerechtigkeitsempfinden. Man will helfen und denkt, dass der Täter verurteilt werden muss, damit das nicht nochmal passiert.

Außerdem werden Vergewaltigungen je nach Tathergang unterschiedlich eingestuft. Wenn es der Mann war oder der Ex-Partner, wenn sich Täter und Opfer also kannten, dann wird die Tat oft heruntergespielt. Eine „echte“ Vergewaltigung nachts im dunklen Park durch einen Fremden – da will man dann vor allem Gerechtigkeit herstellen. Da ist es leichter, eindeutiger. Als umso wichtiger empfinde ich hier die Schulungen, in denen ja auch über Täter und Tathergänge aufgeklärt wird.

Uns wird teilweise gesagt, dass das Vorgehen nach dem Konzept der medizinischen Soforthilfe aufwändiger und zeitintensiver ist. Wo sehen Sie trotzdem die Vorteile – für sich und die Patientin?

Wir sind Ärzte und wir wollen den Frauen helfen. Wenn wir das durch das Konzept besser und ruhiger können, ist das ein großer Vorteil. Einen zeitlichen Mehraufwand sehe ich nicht. Wenn die Frau eine Anzeige machen will und wir auf den Rechtsmediziner warten müssen – in der Zeit habe ich die Untersuchung auch selbst gemacht. Zudem können in der Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin auch Unsicherheiten entstehen, weil unklar ist, welche Untersuchungen jetzt schon gemacht wurden. Da mache ich das lieber selbst, arbeite anhand des Dokumentationsbogens alles ab und weiß, dass alles gemacht wurde. Und aufwändiger ist die Untersuchung auch nicht. Sie wird mit der Schulung und dem Leitfaden besser. Und das ist das Entscheidende. Am Ende möchten wir das gute Gefühl haben, den Frauen geholfen und eine gute Arbeit gemacht zu haben.

Welche Nachteile oder Schwierigkeiten sehen Sie?

Vor allem im Bereich der häuslichen Gewalt sehe ich großen Nachholbedarf. Die Fallzahlen sind dort wesentlich höher und ich könnte mir vorstellen, dass die Ärzte der Notaufnahme nicht bei jedem Fall so eine große Untersuchung machen. Zeitdruck und hohes Patientenaufkommen könnten die Motivation senken, eine Untersuchung nach dem Konzept durchzuführen. Eine Vergewaltigung ist nun einmal etwas anderes als ein blauer Fleck.

Haben Sie Wünsche oder Anregungen an das Modellprojekt?

Der Teil der rechtsmedizinischen Untersuchung und die Bearbeitung des Dokumentationsbogens im Rahmen der Schulungen waren etwas schnell. Da bräuchten wir weitere detaillierte Anleitungen, damit wir uns sicher fühlen. Auch wäre es gut zu wissen, welche Maßnahmen wirklich wichtig sind. Ist es notwendig, Nägel abzuschneiden und zu sichern? Oder machen wir uns viel zu viel Arbeit. Wir arbeiten mit den alten Spurensicherungskits, die auch die Polizei verwendet. Und ich frage mich, ob der gesamte Umfang der Spurensicherung wirklich notwendig ist. Da wünsche ich mir eine Neuerung.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Ausführungen!

Das Interview führte Susanne Hampe.



Marion Winterholler

S.I.G.N.A.L. Berlin – Einbindung des Gesundheitswesens

S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt

Seit Vereinsgründung 2002 engagiert sich S.I.G.N.A.L. e.V. für eine sensible und kompetente Beachtung von Gewalterfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung. Als interdisziplinärer Zusammenschluss von engagierten Frauen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, der Antigewaltarbeit und der Gesundheitsforschung möchte der Verein eine Schnittstelle zum Hilfesystem sein und konkrete Versorgungsangebote unterstützen. Seit 2010 ist S.I.G.N.A.L. e.V. Träger der Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung und Weiterentwicklung der Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt, seit 2018 Träger der Fachstelle Traumanetz Berlin. Kooperationspartner:innen und Zielgruppen des Vereins sind Mitarbeiter:innen in Kliniken, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in anderen gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen. Es sind ebenso Gesundheitspolitiker:innen, Vertreter:innen von Berufs- und Standesorganisationen, Krankenkassen, Lehrende, Auszubildende und Studierende der Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe.

Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB)

Ebenfalls seit 2018 ist S.I.G.N.A.L. e.V. Träger der Geschäftsstelle des RTB. Damit greift Berlin wichtige menschenrechtliche und gesundheitspolitische Entwicklungen der letzten Jahre auf. Die Geschäftsstelle begleitet, unterstützt und berät die Mitglieder und Fachgruppen des RTB bei der Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen. Sie organisiert und koordiniert Sitzungen, Fachgruppen und Fachgespräche und gestaltet gemeinsam mit den Mitgliedern die Öffentlichkeitsarbeit.

Am RTB engagieren sich vor allem Organisationen, die das Gesundheitswesen in Berlin maßgeblich vertreten und mitgestalten. Beteiligt sind zudem Vertreter:innen aus Gewaltprävention und Antigewaltarbeit, Kinderschutz, Polizei, Forschung, Wissenschaft und Gleichstellungspolitik. Den Vorsitz des RTB hat die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung.

Ziel ist es, niedrigschwellige und jederzeit erreichbare Ersthilfeangebote im Berliner Gesundheitswesen zu etablieren. Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen sollen gestärkt werden, sicher und kompetent mit Betroffenen und ihren Kindern umzugehen. Außerdem wollen die Organisationen des RTB Öffentlichkeit für Bedeutung und Rolle der Gesundheitsversorgung in Intervention und Prävention bei häuslicher und sexualisierter Gewalt herstellen sowie Wissen und Erkenntnisse über die Versorgung und die Wirkung von Unterstützungsangeboten gewinnen.

Der RTB tagt zweimal jährlich für einen umfassenden Austausch zum Sachstand und um Maßnahmen zur Umsetzung der WHO-Leitlinien zu beschließen und deren Realisierung zu prüfen. Die kontinuierliche Arbeit zwischen den Sitzungen erfolgt in Fachgruppen, die praxisbezogenen Handlungsbedarf und -möglichkeiten formulieren und an der Realisierung erforderlicher Maßnahmen arbeiten.

Einbindung des Gesundheitswesens

Von zentraler Bedeutung bei der Etablierung des Runden Tisches war die politische Unterstützung in Verbindung mit einer entsprechenden finanziellen Absicherung der Arbeit. Die 2013 erschienenen „Leitlinien der WHO für den Umgang von Gesundheitsversorgung und -politik mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt“ und die gesundheitsbezogenen Vorgaben der „Istanbul-Konvention“ bildeten die fachliche Grundlage des Prozesses.

Die Auswahl der Mitgliedsorganisationen leitete sich von der Frage ab, wer in Berlin Gesundheitsversorgung mitgestaltet. Bei der anschließenden Recherche und Gewinnung der Mitglieder wurden die obersten Ebenen der Institutionen angesprochen sowie bestehende Kontakte genutzt. Jedes Gespräch wurde intensiv vorbereitet mit dem Fokus: Was kann die Organisation beitragen? Welches Wissen / welche Kompetenz ist wichtig für den RTB?

In den Gesprächen wurden die Besonderheit des Vorhabens sowie die guten Voraussetzungen für ein effektives Arbeiten betont. Dabei wurden Bezüge zu den bestehenden Vorgaben hergestellt und somit der Handlungsbedarf für die jeweiligen Ansprechpartner:innen verdeutlicht, z.B. die Rolle der Ärztekammer bezüglich Vorgaben der Istanbul-Konvention zu Fort- und Weiterbildungen oder der Berufsverbände zur Entwicklung von Standards und Abläufen gemäß WHO. In den Mittelpunkt stellte die Geschäftsstelle dabei die Aspekte:

- Unterstützung bei der Umsetzung der Leitlinien (statt Forderung)
- Stärkung der Handlungssicherheit von Fachpersonen
- Ergebnisse bereits bewährter Modellprojekte können genutzt werden
- Praxisbezug und Unterstützung durch Koordinierungsstelle.

In der Zusammenarbeit mit den Institutionen und im Umgang mit Vertreter:innen des Gesundheitswesens nimmt die Geschäftsstelle / S.I.G.N.A.L. folgende Haltung ein:

- Wertschätzung (auch für kleine Schritte)
- Transparenz (auch über z.B. Sackgassen)
- ZUSAMMENarbeiten („gemeinsam“)
- Rahmen bieten für die Akteur:innen (Sitzungen, Aktivitäten)
- lösungs- und ergebnisorientiert (konkrete Ergebnisse)
- Lernfeld bieten (interdisziplinär)
- Rahmen & Basis schaffen (Sachstandserhebung, Erklärung)
- Lebendigkeit (Berichte aus den Organisationen)

Ein wichtiges Element sind regelmäßige Rückmeldungen aus der Praxis zur Bedeutung der Arbeit des RTB. So wurden bereits unterschiedliche Befragungen durchgeführt, z.B. in Berliner Zentralen Notaufnahmen und unter Gesundheitsfachpersonen. Regelmäßig werden Fortbildungen (auch in Zeiten der Pandemie) über die Koordinierungsstelle bzw. S.I.G.N.A.L. e. V. angeboten. Auch die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit ist von hoher Bedeutung, wie sich anlässlich des RTB-Aktionstags zum 25.11.2021 gezeigt hat.

Als Fazit stellt S.I.G.N.A.L. fest: Eine Aktivierung der Gesundheitsversorgung ist möglich. Es bedarf guter Fundamente (in Form politischer und finanzieller Unterstützung) und etwas Geduld, da Gewalt nur ein (wichtiges) Thema unter vielen für die Gesundheitsversorgung ist.

Weitere Informationen zur Arbeit des RTB sowie Kontaktdaten finden Sie unter <https://www.signal-intervention.de/der-runde-tisch>



Susanne Hampe

Perspektiven

Nutzbarmachung der erprobten Verfahren und Strukturen für den gesamten Freistaat Sachsen

Als Träger des Modellprojektes hat Bellis e.V. Leipzig die Aufgabe, die Erfahrungen und Strukturen nach Ende der Modellphase so aufzuarbeiten, dass sie für den ganzen Freistaat Sachsen nutzbar sind. Vor diesem Hintergrund werden die Inhalte erarbeitet und die vielfältigen Evaluationen durchgeführt. Folgende Ergebnisse werden vorliegen:

Implementierung der medizinischen Soforthilfe inkl. vertrauliche Spurensicherung

Die Schulungsunterlagen werden bereits jetzt in der Praxis angewandt und regelmäßig auf Grundlage der Anwendungserfahrungen überarbeitet. Best- und Bad-Practice-Beispiele werden einen Einblick in erprobte Vorgehensweisen geben.

Es ist absehbar, dass in der Modellregion Stadt Leipzig, Landkreis Leipzig und Landkreis Nordsachsen zum Ende der Modellphase jeweils mindestens zwei Krankenhäuser nach dem Konzept der medizinischen Soforthilfe arbeiten.

Etablierung der verfahrensunabhängigen Spurensicherung

Die verfahrensunabhängige Spurensicherung erhielt durch die bundesweite Gesetzgebung eine zum Zeitpunkt der Antragstellung unerwartete Dynamik. Die Finanzierbarkeit der Leistung bringt Verhandlungspartner:innen mit zum Teil konträren Zielen an einen Tisch. Bellis e.V. vertritt in den Verhandlungen mit Nachdruck die Perspektive der Betroffenen und setzt sich dafür ein, dass die zu erwartenden Regelungen den Vorgaben der Istanbul-Konvention und den Leitlinien der WHO entsprechen.

Öffentlichkeitsarbeit

Bellis entwickelt Kampagnen und Informationsmaterialien, die bereits jetzt und zum Teil am Ende der Modellphase direkt genutzt werden können. Die Erfahrungen mit den Formaten werden ausgewertet und ebenfalls verfügbar gemacht. Bereits jetzt lässt sich eine spürbare Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit durch eine verstärkte Nachfrage nach Angeboten der medizinischen Soforthilfe und Beratung feststellen.

Ausbau der regionalen Netzwerke und der psychosozialen Beratungsangebote für Betroffene von Vergewaltigung

Mit dem Aufbau von Beratungsstrukturen in der Modellregion, vor allem in den Landkreisen Leipzig und Nordsachsen, wurde mit der Schließung bzw. Verkleinerung erster Lücken im Hilfesystem für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt bereits begonnen. Das Teilprojekt „Aufbau eines Unterstützungssystems für Betroffene von Vergewaltigung und sexualisierter Gewalt in Sachsen“ wird zudem fundierte Handlungsempfehlungen für den Aufbau regionaler Unterstützungsnetze für ganz Sachsen vorlegen.

Kernaussagen und Dank

Die Istanbul-Konvention ist Orientierungspunkt und Messlatte, an der gesellschaftliche Verantwortungsübernahme sichtbar wird. Sie ist „kein Nice-to-have“, sondern geltendes Recht. Die Bekämpfung der geschlechtsspezifischen Gewalt „duldet keinen Aufschub“. Das Sächsische Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung sieht in den Erkenntnissen des Modellprojektes „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und häuslicher Gewalt“ die Grundlage für die Umsetzung der Istanbul-Konvention in Sachsen.

In der Istanbul-Konvention werden umfassende Prävention und Schulungen gefordert, mit deren Hilfe Machthierarchien und Mythen zu geschlechtsspezifischer Gewalt aufgebrochen werden können und müssen. Es muss ein Umdenken in den Köpfen passieren. Themen der geschlechtsspezifischen Gewalt dürfen nicht länger unsichtbar sein. Betroffene müssen Hilfe erhalten und ihre Rechte einfordern können. Nur mithilfe der regionalen Akteur:innen und lokalen Vernetzungen kann die Situation nachhaltig verbessert werden. Von bestehenden Strukturen zu lernen und lokales Engagement einzubeziehen verspricht Synergien und eine Stärkung des bestehenden Engagements.

Unser herzlicher Dank geht an

- die Sächsische Staatsministerin der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung Katja Meier für ihre Grußworte und den positiven Wind, der seit ihrem Amtsantritt in ihrem Haus weht,
- die Mitarbeiterin des Fachreferates im SMJusDEG für das Vertrauen in uns und die Offenheit in der Zusammenarbeit,
- alle Referent:innen, deren Vorträge einen Fundus an Fachwissen und Engagement bilden,
- unsere Regionalreferent:innen, die als lokale Fachkräfte daran mitarbeiten, dass das Unterstützungsnetz für Betroffene Gestalt annimmt,
- Martin Jehnichen und das Streamio-Team, die uns mit ihrem Technikverstand und ihrer Geduld gut durch diese Veranstaltung geleitet haben,
- die Kolleg:innen der LAG für ihren Pioniergeist und ihre konstruktive Energie,
- unsere Netzwerkpartner:innen, ohne die das Modellprojekt überhaupt nicht funktionieren würde,
- die Teilnehmer:innen und Zuhörer:innen des Fachtages für ihr Interesse und ihr Engagement
- und last but not least die Macher:innen der Istanbul-Konvention für die Erarbeitung dieses wichtigen Menschenrechtsinstrumentes.

Impressum:

© Bellis e.V., 2022

Bellis e.V.

Bornaische Straße 18

04277 Leipzig

Tel.: 0341/39285560

kontakt@bellis-leipzig.de

www.bellis-leipzig.de

Redaktion: Susanne Hampe, Susanne Dimmer

Lektorat: Julia Heinrich

Gestaltung: Susann Hesselbarth

Bilder:

Katja Meier – Marlén Mieth

Susanne Hampe – privat

Pia Rohr – privat

Anja Weber – privat

Elisabeth Andreas – privat

Svenja Fiedler – privat

Ulrike Böhm – Martin Jähnichen

Marion Winterholler – privat

Die Beiträge dieser Dokumentation dürfen, unter Nennung der Quelle, weiterverwendet und für eigene Zwecke genutzt werden.

