



Unabhängiger Beauftragter  
für Fragen des sexuellen  
Kindesmissbrauchs

Prof. Dr. Beate Blättner, Prof. Dr. med. Henny Annette Grewe

# Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern

EXPERTISE





## **Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern**

**Bericht an den Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten  
für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)**

**15.06.2019**

Eingereicht von Prof. Dr. Beate Blättner und Prof. Dr. med. Henny Annette Grewe,  
unter Mitarbeit von Bernhard Gfaller, Elisabeth Gärtner, Anja Kuhberger, Anna-Kristin Bludau, Kim  
Dedner und Allaa Ali Mostafa  
QGis-Karten: Caroline Wöhl

**Kontakt:**

Prof. Dr. Beate Blättner  
Public Health Zentrum Fulda  
Hochschule Fulda  
Leipziger Str. 123  
36037 Fulda  
Tel.: 0661-9640-600 (Skr.); 0661-9640-603  
E-Mail: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

Wir bedanken uns für die Unterstützung bei den Überlegungen zu Datenerhebung und Einordnung der Ergebnisse bei:

- Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs UBSKM, insbesondere Julia Hiller
- S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, Karin Wieners und Marion Winterholler
- Mutstelle Berlin – Ombudsstelle gegen sexualisierte Gewalt an Menschen mit Behinderungen, Pia Witthöft
- Deutsches Institut für Menschenrechte, Heike Rabe

sowie bei allen Interviewpartner\*innen und den Beweissicherungsanbietern, die uns telefonisch oder schriftlich Auskunft gegeben haben.

Beate Blättner und Henny Annette Grewe, Juni 2019

## Zusammenfassung

Artikel 25 der Istanbul-Konvention legt fest, dass Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, geeignete, leicht zugängliche Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt vorfinden sollen, die medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anbieten. Diese Übereinkunft ist in Deutschland am 1. Februar 2018 in Kraft getreten. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018 sieht entsprechend vor, die anonymisierte Beweissicherung bei Gewalt- und Missbrauchsfällen in ganz Deutschland zu ermöglichen (Zeile 1053 bis 1055). Einrichtungen, die solche medizinischen und gerichtsmedizinischen Untersuchungen durchführen, werden im Folgenden als Beweissicherungsanbieter bezeichnet.

Wenden sich betroffene Minderjährige ohne Sorgeberechtigte an Beweissicherungsanbieter, bestehen zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit der Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern Konflikte. Im Auftrag des UBSKM sollte aufbauend auf der von S.I.G.N.A.L. e. V. initiierten und im Mai 2018 herausgegebenen Expertise „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbeziehung der Eltern“ des DIJuF die konkrete Verfahrensweise bei der Versorgung von Minderjährigen und kognitiv Beeinträchtigten nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern oder der Betreuer\*innen in der Praxis untersucht werden und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Eine vom UBSKM sowie eine von S.I.G.N.A.L. e. V. bereitgestellte Adressliste wurden per Handsuche auf einschlägigen Internetseiten erweitert. 175 Einrichtungen an 186 Standorten in Deutschland wurden recherchiert, die ein Versorgungsangebot nach sexueller Gewalt vorhalten sollten. Bei 18 Einrichtungen an 20 Standorten war diese Information derzeit nicht korrekt. Weitere 19 Einrichtungen gaben an, keinerlei Fälle von sexueller Gewalt in den letzten 12 Monaten behandelt zu haben. Bei den verbleibenden 138 Beweissicherungsanbietern an 147 Standorten sollte eine telefonische, leitfadengestützte Vollerhebung durchgeführt werden. Alternativ bestand die Möglichkeit einer schriftlichen Teilnahme. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von Mitte Dezember 2018 bis Ende März 2019. Zur besseren Einordnung und Interpretation der Ergebnisse wurden ergänzend telefonische Gespräche mit vier Expertinnen und ein Werkstattgespräch durchgeführt.

58 Beweissicherungsanbieter gaben trotz mehrfacher Kontaktversuche keine Rückmeldung und 17 lehnten eine Teilnahme aktiv ab. Die Ergebnisse beruhen somit auf den Daten von 63 Einrichtungen an 67 Standorten, darunter 47 Kliniken, 15 Rechtsmedizinische Institute und eine Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zu einer Best Practice Versorgung nach sexueller Gewalt gehört eine vollständige medizinische Erstversorgung, die Dokumentation und vertrauliche Spurensicherung und die psychosoziale Versorgung. Den Ergebnissen zufolge ist eine solche Versorgung, unabhängig von Geschlecht, Alter oder Vorliegen einer Beeinträchtigung, entgegen Artikel 25 der Istanbul-Konvention derzeit nicht wohnortunabhängig gewährleistet.

## **Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern**

Die Abwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht Jugendlicher nach sexueller Gewalt und dem Sorgerecht der Eltern erfolgt in der Praxis der Beweissicherungsanbieter sehr heterogen. Insbesondere scheint es kein einheitliches und der Rechtslage entsprechendes Vorgehen bei den Fragen zu geben, inwieweit die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen über die weitere Vorgehensweise entscheidet – wenn diese ohne Begleitung Sorgeberechtigter sind –, wie die Einwilligungsfähigkeit festzustellen und zu dokumentieren ist und wie dann genau zu verfahren ist, wenn Minderjährige nicht als einwilligungsfähig gelten, aber ein Beisein der Sorgeberechtigten ablehnen.

Beweissicherungsanbieter scheinen sich in der Versorgung von Personen, die kognitive Beeinträchtigungen haben, unsicher zu fühlen. Weder sind solche Fälle bei den Beweissicherungsanbietern häufig, noch scheint das Selbstbestimmungsrecht kognitiv eingeschränkter Menschen adäquat gegen das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung abgewogen zu werden.

Aus dieser Situation der Praxis ergeben sich Herausforderungen für die Jugendlichen und die kognitiv beeinträchtigten Erwachsenen, denen Gewalt widerfahren ist, einerseits und für die Beweissicherungsanbieter andererseits. Betroffene müssen wissen, ob und wo sie welche Hilfe finden können und warum diese Hilfe für sie relevant ist. Sie wissen nicht, inwieweit ihre Selbstbestimmungsfähigkeit akzeptiert wird, und müssen bis zu drei unterschiedliche Institutionen kontaktieren, um umfassende Hilfe zu erhalten. Beweissicherungsanbieter müssen in der Interpretation einer rechtlich und ethisch komplexen Lage rechtssichere Entscheidungen über die Einwilligungsfähigkeit treffen und daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen ziehen. Nicht immer scheinen sie dabei hinreichend die Expertise der regionalen Netzwerke zu nutzen, in die sie eingebunden sind. Aus den Ergebnissen werden primär folgende Handlungsempfehlungen an die Politik abgeleitet:

1. Für eine faktisch erreichbare Versorgung für Personen, insbesondere Minderjährige und kognitiv Beeinträchtigte, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, bedarf es einer verbindlichen Regelung, wie medizinische Erstversorgung, (vertrauliche) Spurensicherung und eine psychologische Unterstützung der Personen, denen Gewalt widerfahren ist, sichergestellt werden kann. Die Umsetzung ist Sache der Länder. Im Sinne der Herstellung gleicher Lebensverhältnisse kann der Bund mit in die Verantwortung einbezogen werden.
2. Eine Klarstellung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Jugendlichen erfordert eine Einschränkung des Sorgerechts der Eltern und insofern eine explizite rechtliche Regelung durch den Gesetzgeber, die aus Gründen der Konsistenz rechtlicher Regelungen nur für die Altersgruppe von 14 Jahren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begründbar sein dürfte.
3. Strukturen zum weitergehenden Schutz Jugendlicher müssen für Beweissicherungseinrichtungen transparenter gemacht werden; über die Selbstbestimmungsrechte kognitiv Beeinträchtigter muss besser informiert werden.

## Inhalt

Zusammenfassung .....	3
1. Hintergrund und Fragestellung .....	7
1.1 Sexuelle Gewalt und die Rolle der Gesundheitsversorgung.....	7
1.2 Vertrauliche Spurensicherung.....	8
1.3 Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt.....	10
1.4 Ärztliche Versorgung von kognitiv Beeinträchtigten nach sexueller Gewalt .....	13
1.5 Projektbeschreibung .....	14
2. Vorgehen.....	16
2.1 Literaturrecherche .....	16
2.2 Recherche nach und Kontaktaufnahme zu Beweissicherungsanbietern .....	16
2.3 Datenerhebung .....	17
2.4 Datenaufbereitung und Auswertung .....	18
2.5 Expertendiskussionen .....	19
3. Ergebnisse .....	20
3.1 Realisierte Stichprobe .....	20
3.2 Das Versorgungsangebot bei sexueller Gewalt.....	23
3.2.1 Unterschiede in den Versorgungserfahrungen .....	23
3.2.2 Unterschiede im Leistungsspektrum.....	23
3.2.3 Finanzierung der Versorgung .....	27
3.2.4 Einbindung von Fachärzt*innen .....	27
3.3 Ärztliche Versorgung von hilfesuchenden Jugendlichen nach sexueller Gewalt .....	29
3.3.1 Erfahrungen in der Versorgung Minderjähriger.....	30
3.3.2 Begleitung in die Versorgung und deren Auswirkungen .....	30
3.3.3 Besonderheiten im Umgang mit Jugendlichen .....	32
3.3.4 Einwilligungsfähigkeit.....	33
3.3.5 Kinderschutzauftrag .....	36
3.3.6 Unterschiede zwischen Spurensicherung und medizinischer Erstversorgung .....	37

## Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern

3.3.7	Aufbewahrungsdauer der Spuren .....	38
3.3.8	Abrechnung der Erstversorgung bei privat versicherten Jugendlichen.....	38
3.3.9	Besondere Herausforderungen bei der Versorgung Minderjähriger .....	39
3.4	Ärztliche Versorgung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.....	41
3.4.1	Erfahrungen in der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter .....	42
3.4.2	Begleitung in die Versorgung .....	42
3.4.3	Einwilligungsfähigkeit.....	44
3.4.4	Besondere Herausforderungen bei der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter .....	46
3.5	Herausforderungen in der Versorgung .....	47
4.	Antworten auf die Forschungsfragen und Diskussion.....	49
4.1	Versorgungsangebot .....	49
4.1.1	Faktische Erreichbarkeit .....	49
4.1.2	Routinen und potenzielle Versorgungsbrüche.....	52
4.1.3	Versorgung Minderjähriger und kognitiv Beeinträchtigter .....	55
4.2	Selbstbestimmungsfähigkeit versus Sorgerecht .....	57
4.2.1	Sorgerecht der Eltern .....	57
4.2.2	Feststellung der Einwilligungsfähigkeit .....	58
4.2.3	Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes .....	60
4.3	Kognitiv Beeinträchtigte.....	62
4.4	Herausforderungen .....	64
4.5	Handlungsempfehlungen .....	65
4.5.1	Rechtlicher Rahmen für eine Versorgung ohne Versorgungsbrüche .....	65
4.5.2	Klarstellung der Regelungen zur Einwilligungsfähigkeit.....	67
4.5.3	Schutz der Jugendlichen .....	68
Literatur	.....	70
Abbildungsverzeichnis.....		73
Tabellenverzeichnis.....		73
Anhang .....		74

## 1. Hintergrund und Fragestellung

### 1.1 Sexuelle Gewalt und die Rolle der Gesundheitsversorgung

Sexuelle Gewalterfahrungen sind Bestandteil des Lebens vieler Menschen, insbesondere von Frauen und Kindern. Repräsentative Dunkelfeldbefragungen zeigen, dass 11 bis 13 % der Frauen in Deutschland mindestens einmal im Lebensverlauf von körperlichen Formen sexueller Gewalt<sup>1</sup> betroffen sind (FRA 2014: 41; Müller, Schöttle 2004: 28 ff.). Diese Gewaltwiderfahrnisse stellen einen Angriff auf die psychische und körperliche Integrität einer Person dar, der mit kurz-, mittel- und langfristigen Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit und mit gesundheitlich riskanten Bewältigungsstrategien einhergehen kann, und sind gleichzeitig eine schwerwiegende Menschenrechtsverletzung (WHO 2017).

Erfolgsversprechende Präventionsstrategien sind genauso wichtig wie angemessene Versorgungsstrukturen für Personen, denen Gewalt widerfahren ist<sup>2</sup>. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nehmen eine wichtige Rolle in der Intervention bei sexueller Gewalt ein. Sie können Betroffene frühzeitig erreichen, Gewaltwiderfahrnisse in einem vertraulichen Rahmen ansprechen und Versorgungsangebote im Hilfesystem unterbreiten. Praxisberichte, Studien sowie nationale und internationale Organisationen haben dies in den vergangenen Jahren immer wieder bestätigt. Evidenzbasierte Leitlinien der WHO zum Umgang der Gesundheitsversorgung und Politik mit Partnerschaftsgewalt und sexueller Gewalt (WHO 2013) und spezifizierte Leitlinien für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen nach sexueller Gewalt (WHO 2017) liegen bereits vor und fordern dazu auf, diese in nationale oder regionale Leitlinien umzusetzen (S.I.G.N.A.L. e. V. 2017).

Neben der medizinischen Erstversorgung, die nicht als Behandlung schwerwiegender Verletzungen missverstanden werden darf, und der Schnittstellenfunktion zum psychosozialen Hilfesystem können im besonderen Maße Angebote zur vertraulichen Spurensicherung nach sexueller Gewalt einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Integrität Betroffener zu stärken oder wiederherzustellen und somit auch Spätfolgen zu begrenzen. Nach Artikel 25 der Istanbul-Konvention<sup>3</sup>, die am 1. Februar 2018 in Kraft getreten ist, sollten auch in Deutschland „die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen

---

<sup>1</sup> Im Folgenden ist mit sexueller Gewalt immer eine körperliche Form sexueller Gewalt gemeint.

<sup>2</sup> Der Begriff des Opfers wird in der Literatur zu Gewaltforschung inzwischen kritisch diskutiert, da er Hilflosigkeit und Wehrlosigkeit suggeriert und damit ein bestimmtes Bild vulnerabler Gruppen zementiert. Wir benutzen im Folgenden deshalb die Formulierung „Personen, denen Gewalt widerfahren ist“ oder „Betroffene“.

<sup>3</sup> Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 11.05.2011.

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535>, Abruf 03.04.2019.



Maßnahmen“ getroffen sein, „um die Einrichtung von geeigneten, leicht zugänglichen Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt in ausreichender Zahl zu ermöglichen, um Opfern medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anzubieten“. Dies muss nach Artikel 3 des Grundgesetzes für alle betroffenen Personen gelten, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrem Alter oder möglichen Beeinträchtigungen. Die Istanbul-Konvention hat verbindlichen Charakter. Die Bundesregierung hat sich entsprechend der Istanbul-Konvention mit dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018 u. a. das Ziel gesetzt, die anonymisierte Beweissicherung bei Gewalt- und Missbrauchsfällen in ganz Deutschland zu ermöglichen.<sup>4</sup>

## **1.2 Vertrauliche Spurensicherung**

Die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen sowie die Sicherung und Lagerung von Täterspuren nach sexueller Gewalt erfolgten in früheren Jahrzehnten nur im Rahmen polizeilicher Ermittlungsverfahren. Sexuelle Gewalt ist ein Officialdelikt, das von den Ermittlungsbehörden, also der Polizei und der Staatsanwaltschaft, unabhängig von einer Anzeige verfolgt werden muss. Im Ermessen der einzelnen handelnden Personen der Ermittlungsbehörden steht nach Auffassung einer Expertin lediglich, inwieweit eine abstrakt anonyme Beratung nach sexueller Gewalt erfolgen kann. Sobald Fakten bekannt werden, mit denen der Fall identifizierbar sein könnte, sind die Grenzen dieses Ermessens bei den Ermittlungsbehörden erreicht. Sind Ermittlungsbehörden konkret informiert, werden Spurensicherung und Asservierung der Spuren Teil der Ermittlung. Dies hat den Nachteil, dass die Personen, denen die Gewalt widerfahren ist, nicht mehr Herr\*innen des weiteren Verfahrens sind, also nicht entscheiden können, inwieweit sie sich den Belastungen und möglichen Konsequenzen eines Strafverfahrens aussetzen möchten.

Eine erfolgreiche Spurensicherung ist nur innerhalb weniger Tage nach dem Geschehen möglich, auch wenn die in der Literatur genannte Frist von 72 Stunden (u. a. Tsokos et al. 2018: 541 f.) zu streng interpretiert wird und nicht absolut gesetzt werden darf.<sup>5</sup> In dieser Zeit sind Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, in einer psychischen Verfassung, die es erschwert, klare Entscheidungen zu

---

<sup>4</sup> „Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.“ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin, 07.02.2018, Zeile 153–155, <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/inland/download-koalitionsvertrag-quelle-spd-100-downloadFile.pdf> Abruf 18.04.2019.

<sup>5</sup> Die Koordinierungsstelle von S.I.G.N.A.L. e. V. hat in der Fachgruppe „Gerichtsfeste Dokumentation“ dazu Empfehlungen erarbeitet. [http://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2019-02/Infothek\\_Empfehlungen\\_Doku\\_2018\\_0.pdf](http://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2019-02/Infothek_Empfehlungen_Doku_2018_0.pdf), vgl. Tabelle S. 18, Abruf 14.06.2010.

treffen. Die vertrauliche Spurensicherung<sup>6</sup> ermöglicht eine Sicherung der Beweislage unabhängig von der Ermittlung. Personen, denen Gewalt widerfahren ist, wird dadurch Zeit eingeräumt, in Ruhe zu überlegen, ob und wann sie die Ermittlungsbehörden in Kenntnis setzen möchten und sich den mit der Strafverfolgung verbundenen Belastungen gewachsen fühlen (Tsokos et al. 2018: 540 f.). Erfolgt eine Mitteilung des Geschehens an die Polizei, kann die betroffene Person dann veranlassen, dass die gesicherten Spuren an die Strafverfolgungsbehörden weitergegeben werden.

Demnach nehmen Kliniken, Rechtsmedizinische Institute bzw. spezielle Beweissicherungsanbieter, die neben medizinischer Erstversorgung auch vertrauliche Spurensicherung anbieten, eine zentrale Rolle in der Versorgung ein. Das Angebot vertraulicher Spurensicherung stellt zum einen eine unmittelbare Entlastung für Betroffene dar, eine Entscheidung zur Strafverfolgung nicht sofort treffen zu müssen. Zum anderen können hierin auch Chancen gesehen werden, die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Strafverfolgung nach sexueller Gewalt zu verbessern. In einer 2004 veröffentlichten repräsentativen Befragung von Frauen in Deutschland entschieden sich lediglich 7 % der Frauen für eine Strafverfolgung nach sexueller Gewalt (Müller, Schöttle 2004: 208). Untersuchungen, ob sich dies inzwischen verändert und durch das Angebot der vertraulichen Spurensicherung verbessert hat, liegen nicht vor.

Weder das Angebot noch die Finanzierung dieser Leistungen der Gesundheitsversorgung sind bislang allerdings einheitlich geregelt. So sind es primär Modellprojekte, die die Durchführung der medizinischen Erstversorgung, die ärztliche Dokumentation möglicher körperlicher Folgen, die vertrauliche Spurensicherung und Asservierung der Spuren bis zu einer Strafverfolgung oder Verjährung sicherstellen. Grundsätzlich könnten solche Leistungen von Rechtsmedizinischen Instituten, Kliniken, ambulanten Praxen oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden, wobei nach sexueller Gewalt bei Frauen eine fachärztliche gynäkologische Untersuchung erforderlich ist.

Grenzen der Möglichkeit einer vertraulichen Spurensicherung sind unter Umständen dann erreicht, wenn es um schwerwiegende Straftaten geht, d. h. um solche rechtswidrigen Taten, die im Mindestmaß mit einer Freiheitsstrafe von einem Jahr oder darüber bedroht sind, also nach § 12 StGB ein Verbrechen darstellen. Ist die Gefahr einer Wiederholung dieses Verbrechens gegeben, besteht dem Grunde nach Anzeigepflicht, es sei denn, die Wiederholung kann auf anderem Wege verhindert werden. Im Kontext von sexueller Gewalt, insbesondere gegen Minderjährige, ist es nicht immer leicht, vorab zu entscheiden, wie schwerwiegend die Tat war und ob von einem Verbrechen und einer

---

<sup>6</sup> Neben der vertraulichen Spurensicherung besteht mancherorts das Angebot einer anonymen Spurensicherung. In diesem Fall wird der Name der geschädigten Person für die Sicherung und Lagerung pseudonymisiert (Lohse et al. 2018: 13). In Anlehnung an Lohse et al. (2018) wird der Begriff der vertraulichen Spurensicherung im Folgenden als Oberbegriff für beide Verfahren verwendet.

Wiederholungsgefahr auszugehen ist. Allerdings kann z. B. das Einschalten des Jugendamtes als Abwehr einer Wiederholung verstanden werden und damit eine Anzeige bei der Polizei überflüssig machen. Jugendämter haben sogar unter Umständen bessere Möglichkeiten und andere Instrumente der Prävention.

Da medizinische Einrichtungen, die die Erstversorgung und Spurensicherung durchführen, nicht zugleich Expert\*innen in der Einschätzung sein können, wie eine Wiederholung verhindert werden kann und wie die Lage rechtlich zu beurteilen ist, ist es wichtig, dass sie in interdisziplinäre regionale Netzwerke eingebunden sind und sich von geeigneten Fachkräften Rat holen können. Eine solche Fachkraft ist die „Insofern erfahrene Fachkraft“ (Isolak)<sup>7</sup>, die mit dem § 8a SGB VIII eingeführt wurde. Die §§ 8a und 8b SGB VIII sowie das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) schaffen dafür die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Einrichtungen, die die medizinische Erstversorgung, ärztliche Dokumentation und (vertrauliche) Spurensicherung nach sexueller Gewalt vornehmen, werden im Folgenden als „Beweissicherungsanbieter“ bezeichnet, unabhängig von der Art ihrer institutionellen Anbindung und der tatsächlichen Bezeichnung.

### **1.3 Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt**

Minderjährige Jugendliche, in dieser Studie ist damit die Altersgruppe zwischen 12 und 18 Jahren gemeint<sup>8</sup>, befinden sich in einer Entwicklungsphase, die typischerweise davon gekennzeichnet ist, dass die Jugendlichen erste Schritte der Ablösung vom Elternhaus vollziehen, während sie in anderen Situationen in kindliche Verhaltensmuster zurückfallen können. Zeitgleich machen sie auf individuelle Art und Weise und zugleich oft gedrängt von den Erfahrungen Gleichaltriger erste intime Erfahrungen mit anderen mehr oder weniger Gleichaltrigen. Ihre Gefühle, Wünsche und Erfahrungen mit Intimität teilen sie nicht zwingend immer mit Sorgeberechtigten. Die Bedeutung der Peergroup steigt gegenüber dem Einfluss Erwachsener. Dies macht Jugendliche auf eine andere Art vulnerabel gegenüber sexueller Gewalt, als dies bei Kindern und Erwachsenen der Fall ist. Fast einem Viertel der Jugendlichen im Alter von 14 bis 16 Jahren ist nach einer Studie an deutschen Schulen mindestens einmal im Leben eine Form sexueller Gewalt<sup>9</sup> widerfahren (Maschke, Stecher 2017: 8). In der Optimus-Studie in der Schweiz betrifft die Viktimisierung mit Körperkontakt 14,6 % der Jugendlichen (Averdijk, Eisner 2015).

---

<sup>7</sup> Insofern erfahrene Fachkräfte werden auch als Kinderschutzfachkraft, IeF, Isef oder Insofa bezeichnet. Im Folgenden wird die Abkürzung Isolak benutzt.

<sup>8</sup> Im rechtlichen Sinn sind Jugendliche Personen ab 14 bis unter 18 Jahren (§ 7 SGB VIII). In der Pädagogik und der Jugendsoziologie wird nicht von festen Altersgrenzen ausgegangen, die Shell Jugendstudie beispielsweise setzt die untere Altersgrenze bei 12 Jahren.

<sup>9</sup> In dieser Studie werden Berührungen von Brust und Gesäß in die Definition einbezogen. Dies erklärt die hohen Prävalenzen.

Averdijk und Eisner (2015) stellen in ihren Studien fest, dass sich bei Jugendlichen die meisten Vorfälle sexueller Gewalt in Kontakt mit Gleichaltrigen, oft im Zusammenhang mit ersten Intimbeziehungen oder Dates, aber auch mit anderen bekannten Kolleg\*innen ereignen, während bei Kindern meistens Familienmitglieder die Täter\*innen sind. Die Autor\*innen kommen zu dem Schluss, dass bei Jugendlichen ab etwa 12 Jahren die Prävention von sexueller Gewalt einen anderen Fokus haben muss als die bei Kindern. Zwar beziehen sich die von ihnen genannten Zahlen auf sexuelle Gewalt mit und ohne Körpergewalt, dennoch ist die Gültigkeit der Kernaussagen auch für sexuelle Gewalt im hier gemeinten Sinn wahrscheinlich.

Sexuelle Gewalt gegenüber Jugendlichen kann also a) von Personen ausgehen oder geduldet werden, die das Sorgerecht oder die Aufsichtspflicht gegenüber den Jugendlichen haben oder mit ihnen mehr oder weniger verwandt sind, oder aber b) von mehr oder weniger Gleichaltrigen in persönlichen Freiräumen der Jugendlichen – durch Unbekannte, Bekannte oder Intimpartner\*innen. Diese beiden kontrastiv beschriebenen Gewaltkonstellationen erfordern gegebenenfalls im Detail unterschiedliche Umgangsweisen in der Versorgung nach sexueller Gewalt, wobei es für die Beweissicherungsanbieter einerseits nicht einfach sein dürfte, beide Varianten sicher voneinander zu unterscheiden, und andererseits die Unterscheidung weniger stark die medizinische Erstversorgung und Spurensicherung als die Vermeidung einer Wiederholung der Gewaltereignisse betrifft. Für die Versorgung von Jugendlichen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, ist es unabhängig von der Frage einer möglichen Täterschaft von Sorgeberechtigten besonders wichtig, ihnen so viel Selbstbestimmungsrecht zuzugestehen, wie dies rechtlich und ethisch vertretbar ist.

Im Idealfall werden Kinder und Jugendliche nach sexuellen Gewalterfahrungen von ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten aufgefangen und gegebenenfalls zu einem Beweissicherungsanbieter begleitet. Aus verschiedenen Gründen kann nicht immer vom Idealfall ausgegangen werden. Aus Scham oder Angst vor negativen Reaktionen und Konsequenzen vertrauen sich viele Jugendlichen eher Gleichaltrigen als Erwachsenen an (Kindler, Derr 2017). Ein weiterer triftiger Grund kann sein, dass der bzw. die Täter\*in aus dem familiären Umfeld stammt. Bringen Minderjährige dann die Bereitschaft und den Mut auf, sich ohne die Sorgeberechtigten vertrauensvoll an einen Beweissicherungsanbieter zu wenden, kann eine Hinzuziehung der Sorgeberechtigten bei ihnen Bedenken hervorrufen oder von ihnen ganz abgelehnt werden, auch dann, wenn die Sorgeberechtigten nicht am Übergriff beteiligt waren. In Akutsituationen bleibt häufig keine Zeit, die Beziehung zwischen der hilfeschuchenden Person und den Sorgeberechtigten bzw. deren Beteiligung am Übergriff abzuklären. Das Hinwegsetzen über die Selbstbestimmung der bzw. des Minderjährigen kann kontraindiziert sein und einen weiteren Übergriff darstellen. Im schlimmsten Fall würde der oder die Betroffene sich aus dem Versorgungssystem herausziehen (Lohse et al. 2018: 10).

Um die Versorgung insbesondere für Minderjährige zu ermöglichen, sollte ein niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem geschaffen werden. Mögliche Hürden und Hemmschwellen, die das Disclosure-Verhalten negativ beeinflussen könnten, sollten herabgesetzt und abgebaut werden. Jedoch scheinen Unsicherheiten aufseiten der Beweissicherungsanbieter im Umgang mit minderjährigen Patient\*innen den Zugang zu ärztlichen Versorgungen nach sexueller Gewalt zu erschweren. Zurückzuführen ist dies auf ein unklares Rechtsverhältnis zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit der Jugendlichen einerseits und dem elterlichen Sorgerecht andererseits (Lohse et al. 2018).

„S.I.G.N.A.L. e. V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt“ hat sich dieser besonderen Situation angenommen. Neben einem Fallbericht über eine Jugendliche, die ohne Einbezug ihrer Eltern zunächst erfolglos medizinische Versorgung und anonyme Spurensicherung nach sexueller Gewalt verlangte, zeigen weitere Recherchen, „dass es in der ärztlichen Praxis viele offene Fragen und sehr unterschiedliche Einschätzungen und Umgangsweisen mit dem Thema bzw. den betroffenen Jugendlichen gibt“ (Lohse et al. 2018: 8), die weder durch Fachliteratur noch durch Empfehlungen von Fachgesellschaften abschließend geklärt werden können.

Vor diesem Hintergrund entstand die von S.I.G.N.A.L. e. V. initiierte und im Mai 2018 veröffentlichte Expertise „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbeziehung der Eltern“ des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF). Ziel der Expertise war es, die Frage zu beantworten, „ob bzw. unter welchen Voraussetzungen von sexueller Gewalt betroffene Minderjährige eine medizinische Versorgung und Spurensicherung auch ohne Einbezug von Sorgeberechtigten erhalten können“ (Lohse et al. 2018: 8).

Das Spannungsfeld zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit der Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern wird durch eine unklare Rechtslage befördert und führt aus Gründen der Rechtssicherheit und insbesondere zur Vermeidung möglicher Haftungsrisiken zu einer starken Elternorientierung der Ärzt\*innen. Die Autor\*innen der Expertise kommen zu dem Ergebnis, dass der rechtliche Konflikt zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit der Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern nicht eindeutig aufgelöst werden kann. Bei einwilligungsfähigen Jugendlichen ist jedoch eine Einwilligung der Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Betreuer\*innen in die ärztliche Versorgung und vertrauliche Spurensicherung nicht nötig. Weiter bestätigen die Autor\*innen, dass es Situationen gibt, in denen es sinnvoll ist, eine Versorgung ohne Einwilligung der Eltern zu gewährleisten. Einwilligungsfähigkeit ist dabei individuell einzuschätzen und nicht von einer starren Altersgrenze abhängig. Aus Sicht der Autor\*innen sind Fragestellungen um den rechtlichen Konflikt zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern rechtlich bisher nicht ausdrücklich geklärt (Lohse et al. 2018).

## 1.4 Ärztliche Versorgung von kognitiv Beeinträchtigten nach sexueller Gewalt

Studien zeigen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einem erhöhten Risiko sexueller Gewalt unterliegen (Schrötte et al. 2012; Klein et al. 1999; Maschke, Stecher 2018). Die Gründe hierfür werden in einer Kombination bestimmter Risikofaktoren und multifaktorieller Ursachen gesehen. Kognitive und sprachliche Beeinträchtigungen und ein damit verbundener geringerer sozialer Austausch werden als Risikofaktoren diskutiert. Ebenso erhöhen eine oftmals fehlende Aufklärung über sexuelle Gewalt und ein fehlendes Wissen über Sexualität im Allgemeinen das Risiko, sexuelle Gewalt zu erfahren. Aufseiten der Mitarbeiter\*innen in Einrichtungen der Behindertenhilfe führen fehlendes Fachwissen und falsche Annahmen gegenüber der Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigung zur Mythensbildung eines ‚übersexualisierten‘ Verhaltens dieser Personengruppe einerseits oder eines ‚asexuellen‘ Verhaltens andererseits. Solcher Mythen können sich Täter\*innen missbrauchsbegünstigend bedienen. Weiter können medizinische Untersuchungen oder pflegerische Tätigkeiten, die häufig zum Alltag von Menschen mit Beeinträchtigungen zählen, zur Desensibilisierung gegenüber Grenzverletzungen beitragen. Ebenso begünstigen Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse das Aufkommen sexueller Gewalt (Verlinden 2018). Sozialisationsbedingte Umstände führen ebenso wie der häufig sehr unterschiedliche Entwicklungsstand von Partner\*innen mit Beeinträchtigung zu asymmetrischen Beziehungskonstellationen, die Übergriffe begünstigen.

Erwachsene kognitiv Beeinträchtigte sind grundsätzlich volljährig und geschäftsfähig. Sie dürfen über sich selbst entscheiden. Bei erwachsenen Menschen, die aufgrund einer psychischen Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder zum Teil nicht selbst regeln können, bestellt das zuständige Gericht eine rechtliche Betreuer\*in, die sich aber nicht über das Selbstbestimmungsrecht der betreuten Person hinwegsetzen darf. Dafür prüft das Gericht nicht nur allgemein, ob eine Betreuung angeordnet werden muss, sondern stellt im Einzelfall fest, für welche Aufgabenbereiche konkret eine Betreuungsbedürftigkeit besteht. Eine solche wird nur für die Bereiche angenommen, in denen die Angelegenheiten der\*des Betroffenen nicht durch andere Hilfen ebenso gut besorgt werden können. Die Gesundheitsorge kann einer der Bereiche sein, der unter rechtliche Betreuung gestellt wird, aber nicht jede Betreuung umfasst dies. Der Bereich, für den eine gesetzliche Betreuung besteht, ist jeweils genau beschrieben und eng zu interpretieren. Die Gesundheitsorge umfasst grundsätzlich alle medizinisch indizierten Behandlungen und Beratungen. Eine gerichtsmedizinische Spurensicherung ist im Regelfall nicht als medizinisch indiziert anzusehen; das kann im Einzelfall dennoch anders beurteilt werden. Eine andere Grenze bilden höchstpersönliche Angelegenheiten, da für solche keine Betreuung bestellt werden darf, soweit gesetzlich nichts anderes angeordnet ist. Die gerichtsmedizinische Spurensicherung ist bisher nicht als höchstpersönliche Angelegenheit definiert worden, denkbar wäre eine solche Kategorisierung aber durchaus. Zum Vergleich wird z. B. ein Schwangerschaftsabbruch teilweise als höchstpersönliche Angelegenheit

verstanden, für die aber eine Ausnahme der Betreuungsfähigkeit besteht, andere sehen darin keine höchstpersönliche Angelegenheit.

Auch wenn es sich unstreitig um einen Vorgang handelt, für den abstrakt eine Betreuung bestellt ist, kann dies die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit im Einzelfall nicht ersetzen. Für eine ärztliche Behandlung bedeutet dies: Besteht keine gesetzliche Betreuung konkret für die Gesundheitsorge, entscheidet die betroffene Person selbst über medizinische Maßnahmen. Besteht eine gesetzliche Betreuung für die Gesundheitsorge, muss die behandelnde Ärzt\*in zunächst feststellen, ob die betreute Person selbst dazu fähig ist, in die jeweils konkrete Behandlung einzuwilligen.

§ 1901 BGB regelt zudem, dass die Betreuung zum Wohl und – soweit dies dem Wohl nicht zuwiderläuft und der/dem Betreuer\*in zuzumuten ist – nach den Wünschen der betreuten Person zu erfolgen hat. Wie dies in der Praxis jedoch konkret umgesetzt wird, ist eine offene Frage. Bei der Personengruppe der kognitiv Beeinträchtigten können sich ähnliche Fragen im Umgang mit einer nicht eindeutigen Rechtslage stellen, wie dies bei Minderjährigen der Fall ist. Gesetzliche Betreuer\*innen, so vorhanden und auch für die Gesundheitsorge bestellt, können Personen sein, denen sich die beeinträchtigte bzw. behinderte Person nicht anvertrauen will oder die der oder die Täter\*innen sein können.

## **1.5 Projektbeschreibung**

Wenden sich Minderjährige oder Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ohne Einbeziehung der Sorgeberechtigten bzw. der rechtlichen Betreuung an Beweissicherungsanbieter, scheint die Handhabung in der ärztlichen Praxis unterschiedlich zu sein. Es ist bislang aber nicht bekannt, ob einzelne Institutionen abweichende Vorgehensweisen zeigen oder ob allgemein Unsicherheiten bei den Beweissicherungsanbietern bestehen.

Aufbauend auf der von S.I.G.N.A.L. e.V. initiierten und herausgegebenen Expertise „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“ (Lohse et al. 2018) soll im Auftrag des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) die konkrete Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger und von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nach sexueller Gewalt untersucht werden. Ziel ist es, Wissen darüber zu generieren, wie die Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger oder kognitiv Beeinträchtigter nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Sorgeberechtigten bzw. der rechtlichen Betreuer\*innen ist. Ergänzend soll identifiziert werden, wo Probleme auftreten, wo Regelungs- und Unterstützungsbedarf besteht und welche strukturellen, rechtlichen oder politischen Schwierigkeiten die Versorgungssituation Minderjähriger und kognitiv Beeinträchtigter erschweren.

Die Studie geht insbesondere folgenden Fragen nach:

- Inwieweit ist in Deutschland gemäß Artikel 25 der Istanbul-Konvention wohnortunabhängig eine den entwickelten Standards entsprechende medizinische Erstversorgung und vertrauliche Spurensicherung für minderjährige Jugendliche und für kognitiv Beeinträchtigte, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, gewährleistet und wird eine psychosoziale Versorgung sichergestellt?
- Wie gehen Beweissicherungsanbieter mit der Konfliktlage zwischen dem Selbstbestimmungsrecht minderjähriger Jugendlicher und dem Sorgerecht der Eltern um?
- Wie verfahren Beweissicherungsanbieter, wenn eine kognitiv beeinträchtigte Person nach sexueller Gewalt Hilfe benötigt?
- Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Versorgung?
- Welche Handlungsempfehlungen für die Politik können daraus abgeleitet werden?



## 2. Vorgehen

### 2.1 Literaturrecherche

Um sicherzugehen, dass die Fragen nicht bereits in einer anderen Studie beantwortet wurden, wurde zunächst nach Studien aus Deutschland gesucht, die vor dem 28. Oktober 2018 veröffentlicht wurden und sich mit vergleichbaren Fragestellungen befassen. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Google Scholar, MetaGer: Wissenschaft, KrimDok und KrimLit durchgeführt.

In einer explorativen Erstrecherche zeigte sich, dass die Frage der Einwilligungsfähigkeit der Personen, denen Gewalt widerfahren ist, und deren Konsequenzen für das ärztliche Handeln nicht für die Zielgruppe von Menschen mit kognitiver Behinderung diskutiert wird. Die im Folgenden entwickelten Suchstrings beschränken sich daher auf Suchen nach Minderjährigen. Im Titelscreening der Erstrecherche wurde deutlich, dass in Google Scholar viele Treffer die spezifische Thematik von sexueller Gewalt gegenüber geflüchteten Minderjährigen aufgriffen und diese Treffer keine Inhalte zu den Fragestellungen lieferten. Daher wurde der häufig verwendete Begriff „Flüchtlinge“ ausgeschlossen.

Relevante Ergebnisse der Recherche wurden bibliografiert. Es fanden sich jedoch keine Antworten auf die spezifischen Fragestellungen der Studie.

### 2.2 Recherche nach und Kontaktaufnahme zu Beweissicherungsanbietern

In einer Vollerhebung sollten Beweissicherungsanbieter, also Einrichtungen, die die medizinische Erstversorgung, ärztliche Dokumentation und Spurensicherung nach sexueller Gewalt in Deutschland durchführen, befragt werden.

Eine vom UBSKM zur Verfügung gestellte Liste sowie eine von S.I.G.N.A.L. e. V. bereitgestellte Übersicht solcher Einrichtungen wurden auf Aktualität überprüft und um weitere Einrichtungen klinischer Rechtsmedizin und Kinderschutzambulanzen ergänzt (DGMR; DGKiM 2017). Für die Identifikation weiterer Beweissicherungsanbieter wurde eine Recherche als Handsuche über gängige Suchmaschinen, über den Internetauftritt der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin<sup>10</sup>, über den Verbund ProBeweis<sup>11</sup> und das Linkverzeichnis Terre des Femmes<sup>12</sup> durchgeführt. Maßgebliches Kriterium für den Einschluss von Einrichtungen über die Handsuche war das Auffinden über eine Suche nach den Begriffen „Gewaltschutzambulanz“, „Kinderschutzambulanz“ oder „Spurensicherung nach

---

<sup>10</sup> <https://www.dgrm.de/institute/aktuelles-aus-den-instituten/>, Abruf 27.03.2019.

<sup>11</sup> <https://www.probeweis.de/de/partnerkliniken>, Abruf 27.03.2019.

<sup>12</sup> <https://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/haeusliche-und-sexualisierte-gewalt/unterstuetzung-fuer-betroffene/anonyme-spurensicherung>, Abruf 27.03.2019.

sexueller Gewalt“. Als weiterer Kontrollmechanismus über die Vollständigkeit der Liste wurde das Schneeballverfahren genutzt, d. h., bereits identifizierte Beweissicherungsanbieter wurden danach gefragt, welche anderen Einrichtungen sie kennen, die die ärztliche Dokumentation und Spurensicherung durchführen. Die identifizierten Einrichtungen mit ihren Adressdaten wurden anschließend in eine Excel-Tabelle übertragen.

Nach Fertigstellung der Recherche startete der telefonische Erstkontakt mit den jeweiligen Institutionen mit einer Vorstellung des Projektvorhabens und der Frage nach den Ansprechpartner\*innen. Dies waren meist leitende Ärzt\*innen, Chefärzt\*innen oder Oberärzt\*innen, teilweise auch Assistenzärzt\*innen, im Einzelfall Sozialpädagog\*innen. Teilweise arbeiten die Institutionen so eng zusammen, dass das gleiche Personal an mehreren Standorten tätig ist. Hier wurde die Befragung nur für einen der Standorte durchgeführt. Die weitere Kontaktaufnahme erfolgte über ein E-Mail-Anschreiben mit einer Projektbeschreibung (Anhang 1) und auf Anforderung mit dem schriftlichen Nachweis des Auftraggebers über den Auftrag. Es wurde um einen Telefontermin gebeten, um das Interview durchzuführen. Die Kontaktversuche mit den direkten Ansprechpartner\*innen wurden im günstigsten Fall bis zum Erfolg wiederholt, andernfalls nach mindestens zwei bis zu sieben Versuchen abgebrochen.

Nach ersten Rückmeldungen erwies es sich als günstig, das Erhebungsinstrument (Anhang 2) mit zu versenden und den Einrichtungen die Möglichkeit anzubieten, die Fragen auch schriftlich zu beantworten. Darüber ging zwar Informationstiefe verloren, aber es konnte ein besserer Rücklauf erreicht werden.

### **2.3 Datenerhebung**

Geplant war eine Vollerhebung aller recherchierten Einrichtungen mittels einer telefonischen Befragung. Dafür wurde ein Erhebungsinstrument nach dem SPSS-Prinzip von Cornelia Hellferich (2011) auf Grundlage der Forschungsfragen entwickelt, das als Leitfaden der telefonischen Befragung verwendet werden sollte. Der Entwurf wurde in einem Abstimmungsgespräch beim UBSKM diskutiert und entsprechend modifiziert. Der Leitfaden wurde zusätzlich als digital ausfüllbarer Fragebogen (Anhang 2) erzeugt, um auch die Daten von Einrichtungen ohne zeitliche Kapazitäten für ein telefonisches Interview einbeziehen zu können.

Das Erhebungsinstrument erfasst die Häufigkeit der Versorgung nach sexueller Gewalt in den einbezogenen Einrichtungen in Häufigkeitsgruppierungen, Handhabung von Fällen mit unklarer Einwilligungsfähigkeit, Inhalte der medizinischen Erstversorgung sowie auftretende Probleme mit 36 Items, aufgeteilt in fünf Themenbereiche:

I Allgemeine Angaben,

- II Versorgungsangebot allgemein,
- III Umgang mit hilfesuchenden Jugendlichen nach sexueller Gewalt,
- IV Umgang mit kognitiv behinderten Personen und
- V Herausforderungen in der Versorgung von Personengruppen.

Für die Themenbereiche III und IV wurden Filterfragen eingesetzt, um den Verlauf des Fragebogens entsprechend dem Auftreten relevanter Fälle in den letzten 12 Monaten individuell anzupassen. Der Fragebogen beinhaltete geschlossene und halboffene Fragen, teilweise mit der Möglichkeit von Mehrfachantworten.

Die telefonische und schriftliche Befragung erfolgte durch ein Befragungsteam von sechs Personen im Zeitraum von Mitte Dezember 2018 bis ca. Ende Februar 2019. Verspätete Antworten, die im März 2019 noch eingingen, wurden berücksichtigt. Wo möglich wurden terminierte Telefoninterviews mit einer Dauer von ungefähr 30 Minuten durchgeführt. Die vorherige Versendung des Fragebogens an die Befragten ermöglichte den Interviewpartner\*innen eine Vorbereitung auf die Befragung.

Die Aussagen wurden institutionsbezogen, nicht personenbezogen dokumentiert. Bei offenen Fragen wurde das Gesagte stichpunktartig notiert. Anschließend wurde die oder der Interviewpartner\*in gefragt, ob die Notiz der Aussage entspreche. Diese Rückversicherung ermöglichte es den Interviewer\*innen, Fehler bei der Datenerfassung auszuschließen. Nach den Telefoninterviews wurden die Antworten im Sinne eines Erinnerungsprotokolls durch die Interviewer\*innen vervollständigt. Eine elektronische Sprachaufzeichnung erfolgte nicht.

Alternativ konnten die Befragten den vorab zugesendeten Fragebogen als PDF-Version mit der Software Adobe Acrobat Reader DC ausfüllen, abspeichern und an das Projektteam per E-Mail, Fax oder Post zurücksenden. Bei Unklarheiten konnten sich die Befragten an das Projektteam wenden.

## **2.4 Datenaufbereitung und Auswertung**

Die ausgefüllten Fragebögen wurden ausschließlich auf verschlüsselten USB-Sticks gespeichert. Lediglich die Institution ist auf den Fragebögen vermerkt, um Versorgungslandkarten erstellen zu können. Die Ergebnisse sind in einer anonymisierten Form zusammengefasst, bei der kein direkter Rückschluss auf die befragten Personen möglich ist.

Für die Datenaufbereitung und -auswertung erstellte das Projektteam eine Arbeitsmappe über die Microsoft-Excel-Software. Für die geschlossenen bzw. halboffenen Fragen wurden die Zellen mit einer Drop-down-Funktion versehen, die es ermöglicht, die Antwortoptionen voreinzufügen. Sofern eine zusätzliche Eingabe der Drop-down-Auswahl erforderlich ist, wurde durch einen Farbwechsel der Zelle auf eine nötige manuelle Eintragung hingewiesen. Dieses standardisierte Vorgehen sicherte dem Projektteam ein sicheres und eindeutiges Eintragen der Rohdaten. Für die offenen Fragen wurde

ebenfalls eine farbige Markierung der Zelle verwendet, um auf eine manuelle Texteingabe aufmerksam zu machen. Zum Auswerten der Rohdaten wurden die Antworten aus den Fragebögen manuell in die dafür vorgesehene Excel-Tabelle übertragen.

Die Ergebnisse wurden zunächst quantitativ in Form von Häufigkeitszählungen zusammengefasst. Qualitative Beschreibungen wurden kontrastierend und typenbildend vorgenommen. Zusätzlich wurden mit dem Programm QGIS Deutschlandkarten der identifizierten Einrichtungen angefertigt, um Versorgungslandschaften zu visualisieren.

## **2.5 Expertendiskussionen**

Nach Auswertung der Ergebnisse wurden zu deren besserer Einordnung und Ableitung von Handlungsempfehlungen noch drei telefonische Interviews mit Expert\*innen und ein Interview per E-Mail sowie ein weiteres Werkstattgespräch durchgeführt. Zu den interviewten Expertinnen gehörten eine Staatsanwältin und Referentin für Opferschutz i.R., eine Referatsleitung Jugend, Jugendhilfe, Prävention und Schutz vor Gewalt eines Landesministeriums, die Erstautorin der oben genannten Expertise sowie eine verantwortliche Rechtsmedizinerin eines Verbundes. Im Werkstattgespräch flossen Expertisen aus dem UBSKM, von S.I.G.N.A.L. e. V., der Ombudsstelle gegen sexualisierte Gewalt an Menschen mit Behinderungen in Berlin und vom Deutschen Institut für Menschenrechte ein.

Die Interviews dauerten im Schnitt etwa eine Stunde und wurden stichpunktartig mitnotiert. In den Interviews wurden folgende Themenkomplexe, in den Fragen an die einzelnen Expert\*innen angepasst, angesprochen:

- die flächendeckende Versorgung mit Gewaltschutzeinrichtungen nach Artikel 25 der Istanbul-Konvention,
- die rechtliche Klarstellung des Verhältnisses zwischen Selbstbestimmungsrecht der Jugendlichen und Sorgerecht der Eltern,
- die Interpretation des § 4 KKG im Kontext sexueller Gewalt gegen Jugendliche,
- die Besonderheiten der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter,
- die Qualitätssicherung des Vorgehens bei den weniger erfahrenen Kliniken,
- Aufbewahrungsfristen bei der Asservierung.

Im Werkstattgespräch wurden die wichtigsten Ergebnisse der Studie vorgestellt und insbesondere die Handlungsempfehlungen diskutiert.

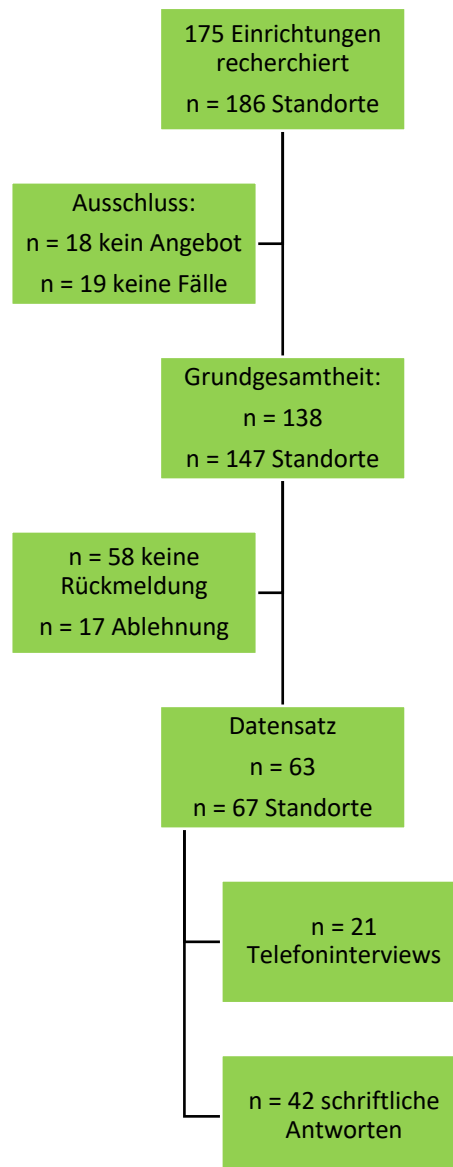
Die Erkenntnisse aus den Interviews und dem Werkstattgespräch wurden genutzt, um die Diskussion der Ergebnisse und die Ableitung von Handlungsempfehlungen zu überprüfen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Realisierte Stichprobe

Es wurden 174 Einrichtungen an 185 Standorten in Deutschland recherchiert, die ein Versorgungsangebot nach sexueller Gewalt vorhalten sollten. Bei 18 recherchierten Einrichtungen an 20 Standorten war diese Information nicht oder nicht mehr korrekt. Weitere 19 Einrichtungen gaben an, keinerlei Fälle in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben, und gelten deswegen als Einrichtungen, die das Angebot de facto nicht vorweisen. Die verbleibenden 137 Beweissicherungsanbieter an 146 Standorten werden als Grundgesamtheit der Erhebung betrachtet.

Abbildung 1: Überblick über das Sample



Von 58 Einrichtungen (42,0 %) konnte trotz mehrfacher Kontaktversuche keine Rückmeldung erreicht werden. Es wurden mindestens 2 bis maximal 7 Kontaktversuche unternommen, im Durchschnitt 3,8

Versuche. 17 Einrichtungen (12,3 %) sagten aktiv die Teilnahme ab, meist mit dem Argument, sie hätten dafür keine Zeit oder würden nie an Erhebungen teilnehmen.

Von 63 Einrichtungen (45,7 %) liegen Daten vor. Davon unterhalten 4 Einrichtungen einen zweiten Standort, sodass Aussagen über 67 Standorte getroffen werden können. Die vorliegenden Daten gehen zu 33,3 % aus telefonischen Interviews und zu 66,7 % aus rückgesendeten schriftlichen Fragebögen hervor (vgl. Abb. 1).

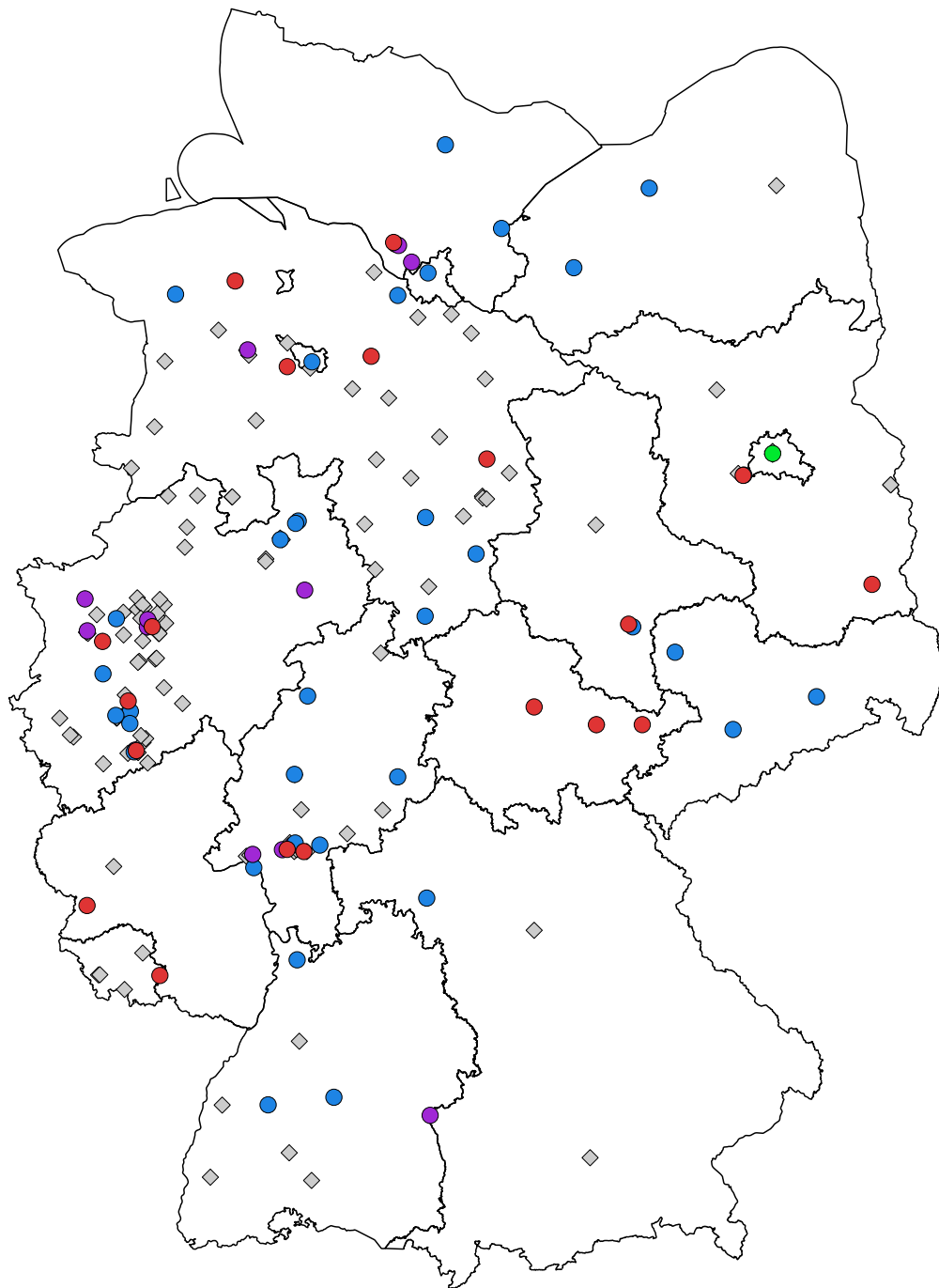
Unter den insgesamt 63 befragten Beweissicherungsanbietern sind 47 Kliniken, 15 Rechtsmedizinische Institute und eine Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Recherchierte ambulante Praxen hatten keine Erfahrungen mit Fällen sexueller Gewalt.

Die Beweissicherungsanbieter richten ihre Angebote an unterschiedliche Zielgruppen: 32 (50,8 %) der befragten Einrichtungen an 35 Standorten richten ihre Angebote uneingeschränkt an alle Personengruppen. 19 (30,2 %) Einrichtungen haben sich auf Minderjährige spezialisiert. Zwei davon behandeln aber auch weibliche Erwachsene, eine weitere auch Erwachsene bis 20 Jahren. 12 (19,0 %) Einrichtungen an 13 Standorten geben an, nur Frauen oder Mädchen zu behandeln. Davon geben 6 Einrichtungen an 7 Standorten keine weitere Alterseinschränkung an. Die anderen 6 Einrichtungen behandeln nach eigenen Angaben nur Frauen (2 Einrichtungen), speziell Kinder und Frauen (2), nur weibliche Jugendliche und Frauen (1), nur weibliche Jugendliche (1). Eine Einrichtung versorgt nur Erwachsene, unabhängig vom Geschlecht. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die räumliche Verteilung des Versorgungsangebotes nach Adressatengruppen und den Standorten der recherchierten Einrichtungen, die keine Rückmeldung gegeben haben.

30 (47,6 %) der befragten Beweissicherungsanbieter gehören einem Zusammenschluss von Einrichtungen an, die sich mit der Erstversorgung und Dokumentation bei Gewalt befassen. Es gibt fünf Netzwerke, die mehrmals genannt werden. Dazu zählen ProBeweis mit neun Nennungen, die Anonyme Spurensicherung nach einer Sexualstraftat (ASS) in Nordrhein-Westfalen mit fünf Nennungen, die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) mit vier Nennungen, das Informationssystem iGOBSIS mit drei Nennungen sowie der Frauennotruf Frankfurt am Main mit drei Nennungen. Einzelnennungen sind: Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und vertrauliche Spurensicherung im Land Brandenburg und die Arbeitsgemeinschaft „Klinische Rechtsmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Es ist anzunehmen, dass weitere Rechtsmedizinische Institute der Arbeitsgemeinschaft angehören, ohne dies angegeben zu haben.

Fast alle (95,2 %) der befragten Einrichtungen geben an, in regionale Netzwerke mit Beratungsstellen, Jugendämtern, Polizei oder anderen Hilfsorganisationen eingebunden zu sein.

Abbildung 2: Verteilung der identifizierten und befragten Einrichtungen im Bundesgebiet



**Versorgungsangebot**

- allgemein
- nur für Erwachsene
- Mädchen oder Frauen
- speziell Kinder
- ◇ keine Rückantwort oder Teilnahme verweigert oder keine Fälle in den letzten 12 Monaten
- Grenzen der Bundesländer

### 3.2 Das Versorgungsangebot bei sexueller Gewalt

#### 3.2.1 Unterschiede in den Versorgungserfahrungen

23 (36,5 %) der befragten Einrichtungen geben an, dass sie Personen nach sexuellen Gewaltwiderfahrnissen mehrmals pro Monat bis mehrmals pro Woche versorgen. 14 (22,0 %) Beweissicherungsanbieter tun dies mehrmals im Quartal, 26 (41,3 %) seltener.

Rechtsmedizinische Institute verfügen gegenüber Kliniken vergleichsweise über mehr Erfahrungen in der Versorgung nach sexueller Gewalt. 6 (40,0 %) der Rechtsmedizinischen Institute geben an, dass sie solche Fälle mehrmals pro Woche zu versorgen haben, 5 (33,3 %) teilen mit, dass sie dies mehrmals pro Monat tun, und 4 (26,7 %) geben an, dies käme mehrmals im Quartal vor.

Demgegenüber gibt nur eine Klinik an, Betroffene nach sexueller Gewalt mehrmals pro Woche zu versorgen. 11 (23,4 %) Kliniken geben an, dass sie mehrmals pro Monat, und 10 (21,3 %) äußern, dass sie mehrmals pro Quartal die Versorgung nach sexueller Gewalt vornehmen. Die meisten Kliniken (53,2 %) führen eine entsprechende Versorgung seltener durch (Tab. 1).

Tabelle 1: Unterschiede in der Erfahrung mit der Versorgung von Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist

Häufigkeit von Untersuchungen in den letzten 12 Monaten	Rechtsmedizinisches Institut		Klinik	
	absolut	% der Einrichtungen	absolut	% der Einrichtungen
Mehrmals pro Woche	6	40,0	1	2,1
Mehrmals pro Monat	5	33,3	11	23,4
Mehrmals pro Quartal	4	26,7	10	21,3
Seltener	0	0,0	25	53,2

#### 3.2.2 Unterschiede im Leistungsspektrum

Die wesentlichen Leistungen von Beweissicherungsanbietern bei sexueller Gewalt bestehen aus medizinischer Erstversorgung (Reduktion der Risiken körperlicher Folgen), gerichtsverwertbarer ärztlicher Dokumentation, Spurensicherung und Asservierung genetischen Materials (Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung) sowie der psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Versorgung (Reduktion der Risiken psychischer Gesundheitsfolgen).



## Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern

Das Leistungsangebot der Rechtsmedizinischen Institute ist sehr homogen. Alle Institute geben an, die *ärztliche Dokumentation, die Spurensicherung und die Asservierung* selbst durchzuführen, damit also eine mögliche strafrechtliche Verfolgung sicherzustellen. Für die *psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung* vermitteln alle Institute weiter. Das Leistungsangebot Rechtsmedizinischer Institute unterscheidet sich nur im Vorhalten der *medizinischen Erstversorgung*: 5 (33,3 %) der 15 befragten Institute führen die medizinische Erstversorgung selbst durch, 10 nicht.

Das Leistungsangebot der Kliniken weist eine größere Varianz auf. 44 (93,6 %) der befragten Kliniken führen die gerichtsverwertbare *ärztliche Dokumentation* selbst durch, eine Einrichtung verweist nach eigenen Angaben hierfür an andere Stellen, zwei Einrichtungen haben keine Angaben gemacht. Die *Spurensicherung* wird von 41 (87,2 %) Kliniken selbst durchgeführt, 4 Kliniken verweisen hierfür, 2 Kliniken haben keine Angaben gemacht. Wenn zur Durchführung der Spurensicherung weitervermittelt wird, stellen zwei Kliniken nach eigenen Angaben sicher, dass die Hilfe suchende Person den Kontakt nicht abbricht. In einem Fall wird die Rechtsmedizin direkt ins Haus gerufen, gute Kooperationsstrukturen werden explizit hervorgehoben; die andere Klinik begleitet in diesen Fällen direkt zum Kooperationspartner. Eine weitere Klinik gibt an, dass die Spurensicherung nur im Falle einer Anzeige erfolge, eine vertrauliche Spurensicherung also nicht möglich sei. Die *Asservierung* wird von 22 (46,9 %) Kliniken nach eigenen Angaben selbst vorgenommen, in den anderen Fällen werde hierfür „verwiesen“ – d. h. das Material der zuständigen Institution wird an ein Rechtsmedizinisches Institut übergeben.

Tabelle 2: Unterschiede im Versorgungsangebot

	Rechtsmedizinisches Institut		Klinik	
	absolut	% der Einrichtungen	absolut	% der Einrichtungen
<b>Medizinische Erstversorgung</b>	5	33,3	43	91,5
<b>Ärztliche Dokumentation</b>	15	100,0	44	93,6
<b>Spurensicherung</b>	15	100,0	41	87,2
<b>Asservierung</b>	15	100,0	22	46,9
<b>Psychosoziale Versorgung</b>	0	0,0	2	4,3

43 (91,5 %) der Beweissicherungsanbieter in den Kliniken<sup>13</sup> übernehmen die *medizinische Erstversorgung*. Eine *psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung* für Betroffene nach sexueller Gewalt ist auch in den Kliniken eher die Ausnahme. Nur 2 (4,3 %) der Kliniken halten dieses Angebot selbst vor, 43 (91,5 %) der Kliniken verweisen intern oder an andere Einrichtungen, wenn sie dies für nötig erachten. Zwei Einrichtungen haben hierzu keine Angaben gemacht (Tab. 2).

Die 48 Beweissicherungsanbieter, die die medizinische Erstversorgung übernehmen, wurden dazu befragt, welche *Prophylaxemaßnahmen* sie nach sexueller Gewalt durchführen. Nach den Leitlinien der WHO zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen (2013: 4 ff.) sowie den Leitlinien der WHO zum Umgang mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (2017: 4) sind folgende Prophylaxemaßnahmen sinnvoll: Notfallkontrazeptiva, Hepatitis-B-Impfung, HIV-Postexpositionsprophylaxe und Postexpositionsprophylaxe anderer sexuell übertragbarer Infektionen. Bei offenen Wunden und nicht ausreichendem Impfschutz bietet sich zusätzlich eine Tetanusimpfung an. Zur Postexpositionsprophylaxe anderer sexuell übertragbarer Infektionen sollte in der Befragung angegeben werden, welche dies jeweils sind.

Vier Beweissicherungsanbieter haben keine Angaben gemacht. Mit einer Ausnahme geben alle antwortenden Einrichtungen an, Notfallkontrazeptiva zu vergeben. Die Hepatitis-B-Impfung wird nach eigenen Angaben von 19 Einrichtungen (39,6 %) durchgeführt. Die HIV-Postexpositionsprophylaxe wird von 26 Beweissicherungsanbietern (54,1 %) durchgeführt, zwei weitere geben an, dass sie dafür an andere Institutionen weitervermitteln. Die Tetanusimpfung wird in 27 Einrichtungen (56,3 %) durchgeführt. 13 Einrichtungen (27,1 %) bieten eine Postexpositionsprophylaxe anderer sexuell übertragbarer Infektionen an. Erfolgt eine Postexpositionsprophylaxe, findet diese hauptsächlich gegen Chlamydien und Gonokokken bzw. bedarfsgerecht oder fallabhängig statt.

Da die *psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung* in den wenigsten Fällen durch die Beweissicherungsanbieter selbst gewährleistet wird, interessiert, wie die Beweissicherungsanbieter diese Versorgung sicherstellen. Die Vermittlung lässt sich in drei Kategorien beschreiben: Sicherstellung der Vermittlung, Versorgung mit Informationen, keine spezifischen Angebote. Unter *Sicherstellung der Vermittlung* werden einzelfallbezogene individuelle Absprachen mit der kooperierenden Einrichtung, konkrete Terminvereinbarungen, vereinbarte Rückmeldungen mit den Betroffenen selbst oder im Bedarfsfall stationäre Einweisungen zusammengefasst. Auch Meldungen an das Jugendamt werden von den Einrichtungen hierunter angegeben. Eine Sicherstellung erfolgt danach in 22 Fällen (36,1 %), inklusive der Einrichtungen, die das Angebot selbst vorhalten. 10 Einrichtungen (16,4 %) versorgen die Betroffenen lediglich mit *Informationen* über die

---

<sup>13</sup> Beispielsweise wird in der Charité die medizinische Erstversorgung in den Rettungsstellen übernommen, der ausgewiesene Beweissicherungsanbieter übernimmt dies ausdrücklich nicht.

psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung. Hierzu zählen Empfehlungen, diese Versorgungsangebote wahrzunehmen, und die Weitergabe von Adressen, mündlich oder in Form von Flyern. Beispiele für Hilfsangebote, die mehrmals genannt wurden, sind der Weiße Ring e.V.<sup>14</sup>, Wildwasser e.V., das Nationale Zentrum Frühe Hilfe (NZFH)<sup>15</sup> sowie örtliche Frauenhäuser<sup>16</sup>, Frauennetzwerke und Kinderschutzgruppen. Weitere 10 Einrichtungen (16,4 %) halten *keine spezifischen Angebote* vor oder sehen die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychosozialer Versorgung in der Verantwortung der Betroffenen. Aus Sicht von zwei Einrichtungen liegt die Verantwortung hierfür bei der Polizei. 19 Einrichtungen machen keine Angaben. Unterschiede zwischen Rechtsmedizinischen Instituten und Kliniken sind nicht zu erkennen.

Beweissicherungsanbieter, die in Netzwerken zusammengeschlossen sind, haben teilweise eine gemeinsame Vorgehensweise, teilweise unterscheiden sie sich aber auch in ihrem Leistungsspektrum.

- Von den neun befragten Kliniken, die mit ProBeweis zusammenarbeiten, geben acht an, die Spurensicherung selbst durchzuführen. Obwohl ProBeweis die Mitgliedseinrichtungen bei der selbstständigen Spurensicherung unterstützt, gibt eine Einrichtung an, für die Spurensicherung weiterzuvermitteln. Drei der Kliniken gaben an, dass sie auch die Asservierung selbst durchführen. Dies ist Teil des Angebots von ProBeweis, mit „selbst“ muss hier nicht unbedingt die eigene Klinik gemeint sein.
- Alle vier Kliniken des Netzwerkes DGKiM übernehmen die medizinische Erstversorgung, die ärztliche Dokumentation, die Spurensicherung und die Asservierung selbst und geben im Rahmen der Erstversorgung Notfallkontrazeptiva. Jedoch gab eine Klinik an, dass sie fallabhängig für die ärztliche Dokumentation, die Spurensicherung und die Asservierung weitervermittelt. Die psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung übernimmt keine der Einrichtungen selbst.
- Die drei Einrichtungen des Netzwerkes iGOBSIS führen die ärztliche Dokumentation und Spurensicherung selbst durch, die Asservierung erfolgt über die Kooperation mit einem Rechtsmedizinischen Institut. Für die psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung wird weitervermittelt. Die Prophylaxemaßnahmen lassen sich aufgrund fehlender Angaben nicht vergleichen. Von zwei Einrichtungen wird die Vergabe von Notfallkontrazeptiva genannt. Die Tetanusimpfung nennt nur eine Einrichtung.
- Die drei Einrichtungen, die Mitglieder im Netzwerk Frauennotruf FFM sind, geben an, die medizinische Erstversorgung, die ärztliche Dokumentation und Spurensicherung selbst

---

<sup>14</sup> Der Weiße Ring bietet unseres Wissens selbst keine therapeutische oder psychosoziale Versorgung an, sondern vermittelt diese nur bzw. bezahlt sie.

<sup>15</sup> Hier werden keine Beratungsangebote für Betroffene gemacht.

<sup>16</sup> Deren Aufgabe ist primär die Unterbringung von Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind. Teilweise wird in der gleichen Institution aber auch der proaktive Beratungsauftrag von Frauenhäusern wahrgenommen, der allerdings unseres Wissens nicht alle Fälle von sexueller Gewalt erfasst.

vorzunehmen. Die Asservierung übernimmt auch hier das kooperierende Rechtsmedizinische Institut. Eine psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung halten alle drei Einrichtungen nicht vor, eine gibt jedoch an, sie könne diese über die Netzwerkstrukturen vermitteln. Unterschiede bestehen bei den Prophylaxemaßnahmen. Notfallkontrazeptiva halten alle vor, Tetanusimpfungen zwei. Die Hepatitis-B-Impfung und die Postexpositionsprophylaxe bei HIV werden nur von einer, die Prophylaxe anderer sexuell übertragbarer Infektionen wird von zwei Einrichtungen genannt.

- Auch im Netzwerk ASS wird die Asservierung von einem kooperierenden Rechtsmedizinischen Institut übernommen. Eine Klinik des Netzwerkes gibt an, die Asservierung selbst durchzuführen. Die medizinische Erstversorgung, die ärztliche Dokumentation und die Spurensicherung scheinen fester Bestandteil des Leistungsangebotes im Netzwerk zu sein. Für die psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung vermitteln alle Netzwerkpartner weiter. Notfallkontrazeptiva werden von allen Netzwerkpartner\*innen vergeben. Die übrigen Prophylaxemaßnahmen werden sehr unterschiedlich gehandhabt.

### 3.2.3 Finanzierung der Versorgung

Zwei Beweissicherungsanbieter geben an, dass sowohl die medizinische Erstversorgung als auch die vertrauliche Spurensicherung aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert werden.

40 der 46 (87,0 %) Einrichtungen, die die medizinische Erstversorgung anbieten und die Frage beantwortet haben, rechnen diese über die Krankenkassen ab. Davon stellen sieben Einrichtungen Teilleistungen den Patient\*innen selbst in Rechnung. Zwei Einrichtungen geben an, dass sie die Kosten selbst tragen. In drei Fällen werden die Kosten durch andere Institutionen getragen.

39 Einrichtungen geben an, die Kosten der Spurensicherung und Asservierung seien über Mittel der öffentlichen Hand finanziert. Davon beschränke sich bei vier Einrichtungen die Finanzierung jedoch nur auf behördlich beauftragte Fälle. In den übrigen Fällen tragen die Einrichtungen die Kosten selbst, decken sie über Spendengelder ab oder können sie über andere Institutionen abrechnen. Zwei der Einrichtungen erhalten für diesen Zweck speziell ministeriale Zuwendungen.

In keinem der Netzwerke scheint, den Angaben zufolge, die Finanzierung der Versorgung einheitlich geregelt zu sein.

### 3.2.4 Einbindung von Fachärzt\*innen

Die Dokumentation nach sexueller Gewalt sollte in fachärztlichen Händen liegen. Es interessiert, wie die Beweissicherungsanbieter dies personengruppenbezogen handhaben.

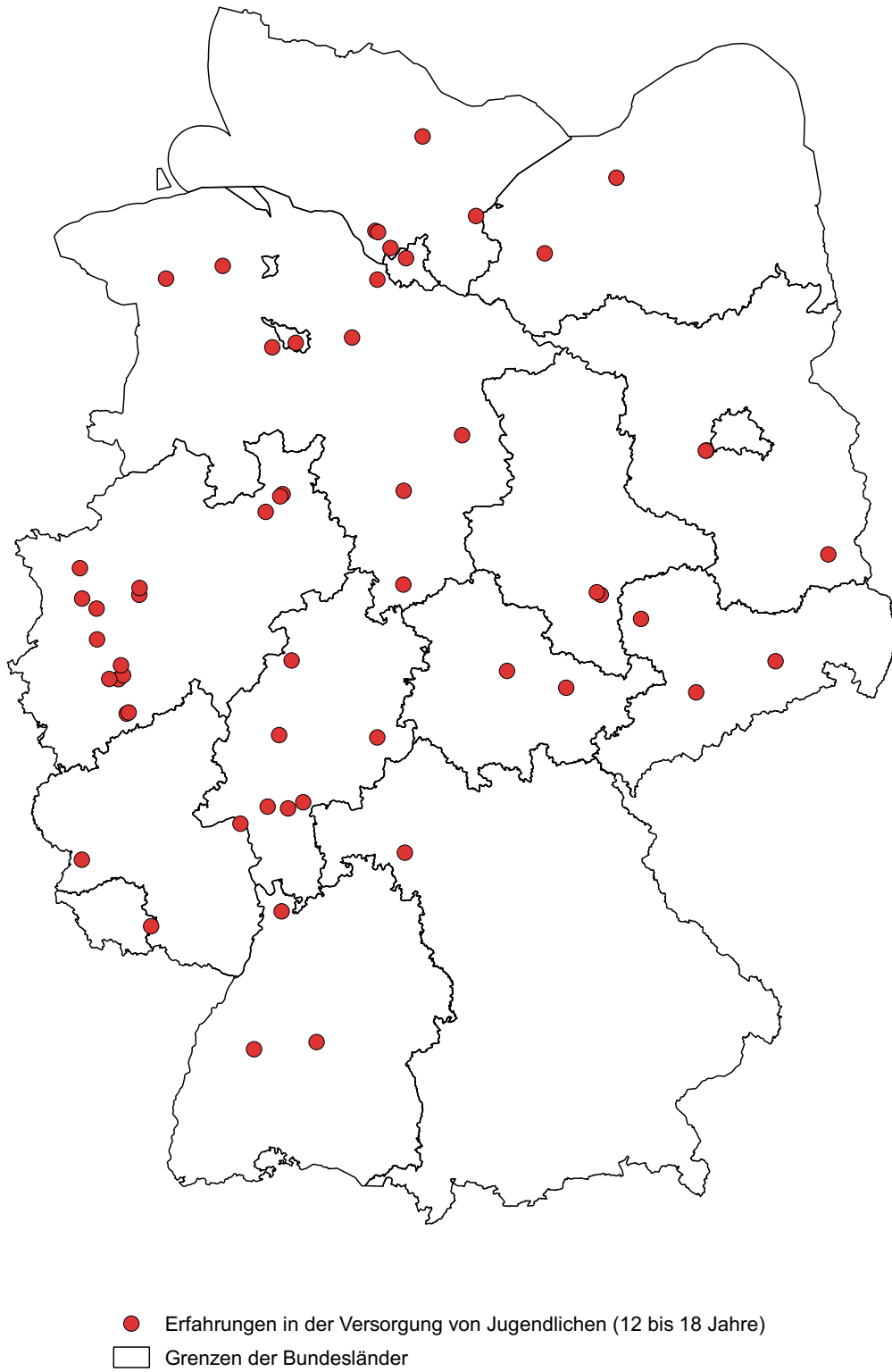
50 der 63 Einrichtungen machen Angaben dazu, von welcher Fachdisziplin *Frauen* untersucht werden. Bei 42 (48 %) der Beweissicherungsanbieter übernimmt dies ausschließlich die Gynäkologie. 7 (14 %) der Einrichtungen geben an, zusätzlich zur Gynäkologie die Rechtsmedizin heranzuziehen. Bei einem Beweissicherungsanbieter (2 %) erfolgen die Untersuchungen ausschließlich durch die Rechtsmedizin.

47 der 63 Einrichtungen machen Angaben dazu, von welcher Fachdisziplin *Kinder* untersucht werden. 11 (23 %) der Beweissicherungsanbieter geben an, dass dies ausschließlich die Pädiatrie übernehme. In 21 (45 %) der Einrichtungen erfolge die Untersuchung von Kindern durch die Pädiatrie unter Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen. Davon werden in 13 Fällen die Gynäkologie oder Kindergynäkologie einbezogen, in 2 Fällen die Gynäkologie und die Rechtsmedizin, in 3 weiteren Fällen nur die Rechtsmedizin. Eine Einrichtung gibt an, zusätzlich zur Pädiatrie die Gynäkologie und die Kinderchirurgie heranzuziehen. In einer weiteren Einrichtung erfolgen die Untersuchungen durch die Pädiatrie in Zusammenarbeit mit Gynäkologie, Rechtsmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine weitere Einrichtung ergänzt die Pädiatrie durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. 15 (32 %) der Einrichtungen halten keine Pädiatrie vor. Hier erfolgen die Untersuchungen in vier Fällen über die Gynäkologie, teilweise über eine spezielle Kindergynäkologie. In zwei Einrichtungen werden die Untersuchungen durch die Kinderchirurgie erbracht, zwei weitere Einrichtungen geben an, die Rechtsmedizin und die Kindergynäkologie hinzuzuziehen. Bei weiteren zwei Einrichtungen erfolgt die Untersuchung ausschließlich durch die Rechtsmedizin. Fünf Einrichtungen haben keine weiteren Angaben gemacht.

32 der 63 Einrichtungen machten Angaben dazu, wer *Männer* nach sexueller Gewalt untersucht. Bei 18 (56 %) der Beweissicherungsanbieter erfolgt dies über die Rechtsmedizin, davon in je 9 Einrichtungen ausschließlich von der Rechtsmedizin oder von der Rechtsmedizin in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen. In jeweils drei Fällen erfolgt eine Kooperation mit der Proktologie bzw. der Urologie, eine Einrichtung gibt an, Chirurgie und Proktologie hinzuzuziehen. In einer Einrichtung wird die Dermatologie hinzugezogen, in einer anderen die Chirurgie. 4 Einrichtungen (13 %) geben an, dass die Untersuchung von Männern nach sexueller Gewalt ausschließlich über die Urologie erfolge. 10 Einrichtungen (31 %) machen alternative Angaben. Oft wurden mehrere Abteilungen genannt, die Entscheidung falle im Einzelfall nach Art der Verletzungen. Es wurde viermal die Urologie, zweimal die Proktologie, zweimal die Chirurgie und einmal die Dermatologie genannt. Eine Einrichtung nennt hierfür die Chirurgie, eine weitere Chirurgie und Proktologie; ein Beweissicherungsanbieter gibt an, dass die Untersuchungen von Männern durch die Innere Medizin erfolgen. Sieben Einrichtungen spezifizieren die Angaben nicht weiter.

### 3.3 Ärztliche Versorgung von hilfesuchenden Jugendlichen nach sexueller Gewalt

Abbildung 3: Erfahrungen in der Versorgung minderjähriger Jugendlicher: räumliche Verteilung der Angaben



### 3.3.1 Erfahrungen in der Versorgung Minderjähriger

59 (93,7 %) der befragten Beweissicherungsanbieter geben an, Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung von hilfeschuchenden Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren nach sexueller Gewalt zu haben. Darunter befinden sich 14 der 15 befragten Rechtsmedizinischen Institute, 44 der 47 befragten Kliniken und die Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Erfahrungen mit der Versorgung Jugendlicher nach sexueller Gewalt sind aber eher gering. Nur 7 Einrichtungen behandeln solche Fälle nach eigenen Angaben mehrmals pro Monat, 12 mehrmals pro Quartal, 40 seltener. Gaben die Einrichtungen „seltener“ an, wurde nach einer Häufigkeitsschätzung gefragt. Die Angaben variieren zwischen „ca. einmal in drei Jahren“ und „zehnmal im Jahr“. Rechtsmedizinische Institute haben mit der Versorgung Jugendlicher erwartungsgemäß im Verhältnis mehr Erfahrungen als Kliniken (Tab. 3).

Tabelle 3: Unterschiede in der Erfahrung mit der Versorgung minderjähriger Jugendlicher

	Rechtsmedizinisches Institut		Klinik	
	Nennungen	% der Einrichtungen	Nennungen	% der Einrichtungen
Häufigkeit von Untersuchungen in den letzten 12 Monaten				
Mehrmals pro Woche	0	0,0	0,0	0,0
Mehrmals pro Monat	6	42,9	1	2,3
Mehrmals pro Quartal	3	21,4	9	20,5
Seltener	5	30,0	34	77,3

### 3.3.2 Begleitung in die Versorgung und deren Auswirkungen

Der Zugang Minderjähriger zur ärztlichen Versorgung und Spurensicherung nach sexueller Gewalt erfolgt nach Angaben der Beweissicherungsanbieter hauptsächlich über die Polizei, die Eltern bzw. Sorgeberechtigten und über das Jugendamt. Aber auch Ärzt\*innen, Freund\*innen und weitere Begleitpersonen<sup>17</sup> werden genannt. Die häufigste genannte Form der Begleitung Betroffener ist in den Rechtsmedizinischen Instituten das Jugendamt, in den Kliniken sind es die Eltern (Tab. 4). Die Zugangswege unterscheiden sich nicht nach den Fallhäufigkeiten. Zwei der erfahreneren Einrichtungen (Untersuchungen von Minderjährigen finden hier mehrmals pro Monat statt) ergänzen, dass Eltern

<sup>17</sup> Betreuer\*innen aus Wohn-, Schutzeinrichtungen, Mitarbeiter\*innen der Rechtsmedizin, Personal aus Kindergarten/Schule, Arbeitskolleg\*innen. Eine Einrichtung gibt an, dass gegebenenfalls Mitarbeiter\*innen des Jugendamts oder Sozialarbeiter\*innen durch sie als Begleitung hinzugezogen werden.

bzw. Sorgeberechtigte die häufigsten Begleitpersonen seien. Drei der erfahreneren Einrichtungen und eine Einrichtung, die nur selten Jugendliche nach sexueller Gewalt versorgt, weisen explizit darauf hin, dass Jugendliche häufig auch eigenständig, ohne Begleitung, die Angebote nachfragen. Zwei der erfahreneren Einrichtungen benennen dies sogar als häufigsten Zugangsweg.

Tabelle 4: Wer begleitet Jugendliche in die Versorgungseinrichtung? (Mehrfachantworten)

Zugang über	Rechtsmedizinisches Institut		Klinik	
	Nennungen	% der Einrichtungen	Nennungen	% der Einrichtungen
Polizei	14	100,0	36	81,9
Eltern/Sorgeberechtigte	9	64,3	35	79,5
Jugendamt	14	100,0	23	52,3
Ärzt*innen	8	57,1	13	29,5
Freund*innen	6	42,9	14	31,8
Beratungsstelle	4	28,6	7	15,9
Andere	5	35,7	7	15,9

20 Einrichtungen geben an, dass die Art der Begleitung (zunächst) keinen Einfluss auf das weitere Verfahren habe. 13 Einrichtungen haben hierzu keine Angaben gemacht.

11 Einrichtungen beschreiben Abweichungen im Verfahren, wenn die Untersuchungen in *Begleitung der Polizei*, also im Rahmen behördlicher Ermittlungen stattfinden. Vier Einrichtungen geben an, dass in diesen Fällen eine Spurensicherung und Asservierung zwingend erforderlich sei, teilweise die Asservierung dann auch an einem anderen Ort stattfinde. Zwei Einrichtungen weisen lediglich darauf hin, dass die Begleitung der Polizei auch immer mit einer Strafanzeige einhergeht. Eine Einrichtung erläutert, dass durch die Polizei beauftragte Untersuchungen standardisiert erfolgen und weitere Begleitpersonen bei den Untersuchungen ausgeschlossen seien. Eine Einrichtung empfindet polizeilich begleitete Untersuchungen als einfacher, da die Polizei alle für das weitere Vorgehen notwendigen Materialien mitbringe und eine weitere Befragung bezüglich des Tatgeschehens nicht erfolgen müsse. Eine weitere Einrichtung gibt an, dass im Rahmen polizeilicher Ermittlungen immer ein/eine Rechtsmediziner\*in hinzugezogen werde. Eine Einrichtung erläutert, dass ein ausführlicheres Gutachten erstellt werden müsse, wenn die Untersuchungen von der Polizei begleitet werden. Eine



weitere Einrichtung gibt an, dass fallabhängig andere Untersuchungen durchgeführt werden müssten, wenn die Polizei diese in Auftrag gibt, und eine weitere Einrichtung beschreibt Unterschiede in der Finanzierung bei den Fällen, die von der Polizei begleitet werden.

11 Einrichtungen geben an, dass es Unterschiede im weiteren Vorgehen gebe, wenn *Eltern bzw. Sorgeberechtigte* nicht anwesend seien. Einheitlich verweisen diese Einrichtungen darauf, dass die Einwilligungsfähigkeit überprüft werden müsse oder gegebenenfalls die Eltern, Sorgeberechtigten oder das Jugendamt hinzugezogen werden müssen.

Zwei Einrichtungen geben an, dass je nach Art der Begleitung darauf geachtet werde, mit den Patient\*innen alleine sprechen zu können, um abzuklären, ob die Begleitperson Täter\*in ist, damit der weitere Schutz der betroffenen Person gewährleistet ist.

Eine Einrichtung weist darauf hin, dass fallabhängig immer Polizei oder Jugendamt informiert werden, wenn diese nicht begleiten. Eine weitere Einrichtung gibt an, in allen Fällen die Polizei hinzuzuziehen, sollte diese nicht dabei sein. Eine andere Einrichtung gibt an, fallabhängig immer die Eltern oder das Jugendamt miteinzubeziehen, wenn diese nicht anwesend sind.

Zwei Einrichtungen weisen darauf hin, dass die Art der Begleitung einen Einfluss auf das Wohlergehen der Patient\*innen habe, und eine Einrichtung beschreibt, dass die Art der Begleitung eine datenschutzrechtliche Relevanz habe, ohne dies näher zu erläutern.

### 3.3.3 Besonderheiten im Umgang mit Jugendlichen

Besondere Herausforderungen in der Versorgung Jugendlicher nach sexueller Gewalt wurden durch offene Fragen erfasst. Die Antworten lassen sich in folgende Kategorien zusammenfassen:

Neunzehn Befragte benennen die Schaffung einer vertrauensvollen, empathischen *Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung* im Umgang mit Jugendlichen nach sexueller Gewalt als besonders wichtig und herausfordernd. Vierzehn Befragte geben an, dass eine ausführliche *Aufklärung in verständlicher, jugendgerechter Sprache* wichtig und herausfordernd sei.

Achtzehn Befragte benennen die *Einwilligung* der Jugendlichen in den Untersuchungsverlauf als besonders herausfordernd. Insbesondere wird betont, dass die Jugendlichen zu jeder Zeit selbstbestimmt und freiwillig in das weitere Vorgehen einwilligen sollen, um einer Retraumatisierung entgegenzuwirken. Als besonders herausfordernd werden Situationen beschrieben, in denen die Einwilligungsfähigkeit nicht eindeutig sei.

Neun Befragte beschreiben Herausforderungen während der *gynäkologischen Untersuchungen und Dokumentation*. Insbesondere dann, wenn weibliche Jugendliche noch keine sexuellen Erfahrungen haben oder noch nie eine gynäkologische Untersuchung erlebt haben. Eine Einrichtung berichtet, dass

aus diesen Gründen bei Jugendlichen keine invasiven Eingriffe erfolgen, sondern nur äußere Begutachtungen. Weiter weisen drei Einrichtungen darauf hin, dass die Dokumentation besonders sorgfältig und wortwörtlich zu erfolgen habe. Sechs Befragte benennen einen höheren *Zeitaufwand* der Untersuchungen, fünf sehen Herausforderungen in einer *geschlechtersensiblen Versorgung*. Um Schamgrenzen herabzusetzen, sollen weibliche Jugendliche auch nur von weiblichem Personal versorgt werden.

Sechs Befragte geben an, einen besonderen Fokus auf die Nachsorge oder die *Anbindung der Patient\*innen an psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgungsstrukturen* zu legen, wenn diese *Patient\*innen* minderjährig seien. Drei weitere Ärzt\*innen empfinden die *Sicherstellung des Schutzes* der jugendlichen Patient\*innen als besonders herausfordernd.

Einzelnennungen sind die Aufklärung über weitere rechtliche Möglichkeiten, die Überprüfung des Wahrheitsgehalts der Angaben der Jugendlichen, die Vermeidung von Suggestivfragen sowie früherer Kontakte der oder des Jugendlichen zum Jugendamt.

### 3.3.4 Einwilligungsfähigkeit

#### ***Einwilligung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten liegt nicht vor***

Die Antworten auf die Frage danach, wie die Einrichtungen vorgehen, wenn die Einwilligung der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten nicht vorliegt, zeigen deutlich die rechtlichen Unsicherheiten. 16 Einrichtungen (27,1 %) geben an, die Einwilligungsfähigkeit der oder des Jugendlichen zu überprüfen und das weitere Vorgehen davon abhängig zu machen. 12 Einrichtungen (20,3 %) überprüfen zwar die Einwilligungsfähigkeit, geben aber an, die Untersuchungen dennoch in jedem Fall durchzuführen. 4 Einrichtungen (6,8 %) leiten die Untersuchungen direkt ohne weitere Schritte ein. 13 Einrichtungen (22,0 %) führen die Untersuchung durch, informieren aber gleichzeitig immer das Jugendamt oder die Eltern, auch gegen den Willen der betroffenen Person. 11 Einrichtungen (18,6 %) schalten das Jugendamt ein, informieren die Eltern oder die Polizei, gegebenenfalls auch gegen den Willen der Jugendlichen, und machen davon die Untersuchung abhängig. Drei weitere Einrichtungen entscheiden nach ihren Angaben fallabhängig.

Wenn nach Einschätzung der Ärzt\*innen die Eltern einbezogen werden müssen, diese aber nicht erreichbar sind, wenden sich fünfzehn Einrichtungen an das Jugendamt, zwei je nach Fall an das Jugendamt oder die Polizei, eine Einrichtung direkt an die Polizei. Die Fallspezifika sind nicht weiter ausgeführt. Zwölf Einrichtungen geben an, abzuwarten, bis die Eltern bzw. Sorgeberechtigten erreichbar seien, gegebenenfalls in Verbindung mit einer stationären Aufnahme. Vier Einrichtungen geben an, sich in diesen Fällen intern oder extern (Kinderschutzgruppen, Isotaf) zu besprechen. Weitere vier Einrichtungen geben an, dies fallabhängig und individuell zu entscheiden. Fünf

Einrichtungen entscheiden sich, die Untersuchungen dann doch durchzuführen, und begründen dies mit dem drohenden Beweismittelverlust. Neun Einrichtungen geben an, dieses Szenario sei irrelevant.

Bei den drei Instituten, die iGOBSIS nutzen, ist die Vorgehensweise bei Nichterreichbarkeit der Eltern identisch. Sie überprüfen die Einwilligungsfähigkeit und verständigen das Jugendamt. Sie führen keine Untersuchung bei Nichteinwilligungsfähigkeit ohne die Sorgeberechtigten oder das Jugendamt durch. In den anderen Netzwerken lässt sich kein einheitliches Vorgehen identifizieren. Vier der sechs erfahreneren Einrichtungen geben an, die Untersuchungen in jedem Fall durchzuführen. Gemeinsamkeiten nach Art der institutionellen Einbindung lassen sich nicht identifizieren.

### ***Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit***

Auch in der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit verfahren die Beweissicherungsanbieter sehr unterschiedlich. 12 Einrichtungen (20,3 %) kombinieren die Kriterien Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit. 18 (31,6 %) Einrichtungen schätzen die Einwilligungsfähigkeit anhand einer Kombination dieser Kriterien mit einer Altersgrenze ein. 7 (12,3 %) Einrichtungen kombinieren Einsichts- und Steuerungsfähigkeit mit Geschäftsfähigkeit. 4 (7,0 %) Einrichtungen nutzen eine Kombination aller Kriterien, also Altersgrenze, Geschäftsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit. 11 weitere Fälle sind jeweils Einzelnennungen verschiedener Kombinationen oder einzelner Kategorien.

6 Einrichtungen beschreiben ein anderes Vorgehen: Drei Einrichtungen benennen eine konsiliarische Abklärung (einmal mit der Pädiatrie, einmal mit der Psychiatrie, einmal ohne Konkretisierung). Einzelnennungen sind jeweils: die betroffene Person müsse das Gesagte verstehen und wiederholen können, es werde individuell vorgegangen und die Frage sei irrelevant, da Untersuchungen in jedem Fall stattfinden.

30 Einrichtungen benennen eine Altersgrenze. Die Grenze variiert zwischen 14 und 18 Jahren und einem dazwischenliegenden Alter. 9 der 30 Einrichtungen, die mit Altersgrenzen arbeiten, geben aber an, dass diese nicht starr seien, sondern lediglich der Orientierung dienen. Eine Einrichtung kommentiert, dass Altersgrenzen nicht sinnvoll seien, um die Einwilligungsfähigkeit einzuschätzen.

Einheitliche Verfahrensweisen in Netzwerken nach Art oder Erfahrungswerten der Einrichtungen lassen sich nicht identifizieren. Vier Kliniken sind im Netzwerk der DGKiM und sollten somit nach der Kinderschutzleitlinie arbeiten. Diese besagt, dass die Einwilligungsfähigkeit durch die Einsichtsfähigkeit, die Urteilsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit überprüft werden soll. Eine Klinik geht dementsprechend vor, zwei Kliniken überprüfen die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, eine Klinik prüft zusätzlich zu den drei erforderlichen Kriterien die Geschäftsfähigkeit. Eine Klinik gibt an, die Untersuchung in jedem Fall auch ohne die Einwilligung der Eltern durchzuführen, ohne die

Einwilligungsfähigkeit des Kindes zu überprüfen. Bei Nichteinwilligungsfähigkeit ist nach der Leitlinie jedoch immer die Einwilligung der Sorgeberechtigten einzuholen.

***Einwilligungsfähigkeit wird bejaht***

Kommt die Einrichtung zu dem Schluss, dass die Einwilligungsfähigkeit vorliegt, wird von 50 der 51 Einrichtungen (98,0 %), die diese Frage beantworteten, angegeben, eine Untersuchung durchzuführen. Eine Einrichtung betont, dass die Einverständniserklärung eines Erwachsenen (Eltern oder Jugendamt) für die Untersuchung gegeben sein müsse – unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person.

In der Informationsweitergabe an das Jugendamt und die Polizei sowie im Einbezug der Eltern besteht kein einheitliches Vorgehen. Bei sechs Einrichtungen erfolgt zunächst keine Information an die Eltern bzw. nur mit Zustimmung der Jugendlichen oder bei Ausschluss der Täterschaft der Eltern. Dennoch gibt es Bemühungen der Beweissicherungsanbieter, die Eltern miteinzubeziehen. In einigen Fällen wird Kontakt zum Jugendamt aufgenommen, insbesondere dann, wenn die Einbeziehung der Sorgeberechtigten von der jugendlichen Person nicht gewünscht ist. Zwei Einrichtungen betonen die besonders detaillierte Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit in diesen Fällen. Einige Einrichtungen benennen, dass das weitere Vorgehen z. B. im Rahmen einer Kinderschutzgruppe oder mit einer Isofak besprochen werde. Sieben Einrichtungen benennen explizit die anschließende Weitervermittlung an die psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung.

***Einwilligungsfähigkeit liegt nicht vor***

Fällt die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit negativ aus, wird nach Angaben der Beweissicherungsanbieter in 46 von 54 Fällen (85,1 %) keine Untersuchung ohne weitere Absprachen durchgeführt. Acht Einrichtungen überprüfen, ob ein medizinischer Notfall oder ein „forensischer Akutfall“ vorliegt, eine schnelle Spurensicherung für die Beweissicherung also notwendig ist. Liegt einer dieser Fälle vor, werden die Betroffenen versorgt. Vierzehn Einrichtungen ziehen bevorzugt die Eltern bzw. Sorgeberechtigten hinzu. Wenn dies von den Jugendlichen nicht gewünscht ist, wird das Jugendamt informiert. Weitere dreizehn Einrichtungen ziehen die Eltern der Jugendlichen in jedem Fall hinzu, gegebenenfalls auch gegen den Willen der Betroffenen. Einzelne Einrichtungen beziehen die Polizei, eine Kinderschutzgruppe, eine Isofak, die Rechtsmedizin oder die Kinderpsychologie mit ein, um das weitere Vorgehen abzusprechen, oder beantragen einen richterlichen Beschluss für die Erlaubnis einer Untersuchung. Eine Einrichtung gibt an, die Jugendlichen an eine Kinderklinik oder das Jugendamt weiterzuleiten.

### ***Dokumentation der Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit***

49 Einrichtungen (83,0 %) dokumentieren die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit nach ihren Angaben individuell. Nur 6 Einrichtungen (9,5 %) haben eine standardisierte Form der Dokumentation. 4 Einrichtungen (6,3 %) dokumentieren dies gar nicht. 4 Einrichtungen haben keine Angaben gemacht.

Einrichtungen, bei denen die Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit standardisiert erfolgt, wurden nach dem genauen Vorgehen gefragt. Drei Einrichtungen geben an, dies in einem standardisierten Erfassungsbogen festzuhalten. Eine Einrichtung gibt an, dass dies über den Dokumentationsbogen des HessenKits<sup>18</sup> erfolge. Eine der Einrichtungen hat eine hausinterne Verfahrensanweisung. Eine andere Einrichtung gibt lediglich an, dass der Erfassungsbogen, die Einwilligung, die Dokumentation und die Asservierung von den Patient\*innen zu unterzeichnen seien. Eine weitere Einrichtung dokumentiert alles in einem Gesamtgutachten.

### ***Umgang mit Unsicherheiten***

46 Einrichtungen (78,0 %) geben an, sich Hilfe zu holen, wenn sie sich unsicher seien, 13 Einrichtungen (22,0 %) erklären, sich keine Hilfe bei Unsicherheit zu holen bzw. dass dies bisher nicht relevant gewesen sei.

Wenn Rat eingeholt wird, erfolgt dies oft einrichtungsintern. Vierundzwanzig Nennungen verteilen sich auf Vorgesetzte, Fachkolleg\*innen oder Kolleg\*innen anderer Disziplinen, hausinterne oder auch örtliche Kinderschutzgruppen oder den Sozialdienst der Klinik. Nicht immer lässt sich klar erkennen, ob mit den Kinderschutzgruppen regionale, interdisziplinäre Netzwerke gemeint sind – wie eigentlich erwünscht. Achtzehn Befragte wenden sich an das Jugendamt. Sechs Befragte geben an, bei nationalen oder regionalen Fachverbänden Rat zu suchen, drei Befragte wenden sich an die Isofak. Rat durch Polizei, Kinderpsychologie, Rechtsmedizin und Beratungsstellen sind jeweils Einzelnennungen.

### **3.3.5 Kinderschutzauftrag**

§ 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt Beratungsansprüche und die Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger\*innen bei Kindeswohlgefährdungen. Ärzt\*innen sollen, wenn ihnen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls einer minderjährigen Person bekannt werden, die Situation mit der gefährdeten Person und deren Sorgeberechtigten erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfe hinwirken. Dies gilt, sofern der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen dadurch nicht infrage gestellt wird (§ 4 Abs. 1 KKG). Bei

---

<sup>18</sup> Ein in Hessen entwickeltes Untersuchungsset bei sexueller Gewalt, das es in fünf Varianten gibt, u. a. in der Variante Kind.

Unklarheiten haben Ärzt\*innen Anspruch darauf, sich an eine Isopak zu wenden und sich zum weiteren Verfahren beraten zu lassen. Die Beratung soll in pseudonymisierter Form stattfinden (§ 4 Abs. 2 KKG). Kann die Gefährdung für das Kind oder die bzw. den Jugendliche\*n nicht abgewendet werden, darf die ärztliche Schweigepflicht übergangen und das Jugendamt informiert werden. Dies gilt, sofern dadurch nicht der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen infrage gestellt wird (§ 4 Abs. 3 KKG).

41 der befragten Einrichtungen (70,0 %) geben an, dass ihnen diese Regelungen bekannt seien, 19 (32,2 %) äußerten, diese nicht zu kennen. Drei machen keine Angaben.

Nach Aufklärung über die Inhalte des § 4 KKG schätzen 24 Einrichtungen diesen als praxisrelevant ein, 19 Einrichtungen nicht. Stufen Einrichtungen die Regelungen des § 4 KKG als irrelevant für ihre berufliche Praxis ein, begründen sie das überwiegend über die eigene bzw. einrichtungsinterne Fachkompetenz oder Absprachen innerhalb bestehender Arbeitsgruppen (zehn Nennungen), die Beratung durch eine Isopak sei dann nicht notwendig. Zwei weitere Einrichtungen erachten diese Regelungen nicht als relevant, da sich solche Fragen in der Praxis bisher noch nicht gestellt hätten. Zwei Rechtsmedizinische Institute geben an, dass mögliche Absprachen oder die Weitergabe von Informationen in der Verantwortung der Auftraggeber lägen, § 4 KKG deshalb keine Relevanz für sie habe.

10 Institutionen (16,9 %) haben angegeben, die Eltern bei der Erörterung der Situation und dem Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfe nach § 4 Absatz 1 KKG zu benachrichtigen, auch wenn die minderjährige Person dies ablehne. 40 Einrichtungen (67,8 %) informieren die Sorgeberechtigten ihren Angaben nach nicht, wenn die minderjährige Person dies ablehnt.

### **3.3.6 Unterschiede zwischen Spurensicherung und medizinischer Erstversorgung**

38 (64,4 %) Beweissicherungsanbieter geben an, in der Versorgung von Jugendlichen nicht im Vorgehen zwischen Spurensicherung einerseits und medizinischer Erstversorgung und Dokumentation andererseits zu unterscheiden.

Elf Einrichtungen (16,4 %) benennen Unterschiede in der Versorgung von Minderjährigen bei der Spurensicherung gegenüber der medizinischen Erstversorgung und ärztlichen Dokumentation. Davon formulieren zwei Einrichtungen, dass es Unterschiede in der Anonymität der Angebote gebe, bei einer handele es sich um das Angebot einer anonymen Spurensicherung, die andere führt das nicht weiter aus. Eine weitere Einrichtung gibt an, dass sie durch eine separate Kinderschutzakte die persönlichen Daten schütze. Eine Einrichtung beschreibt die medizinische Erstversorgung und ärztliche Dokumentation gegenüber der Spurensicherung als „sehr viel ausgeprägter“. Eine Einrichtung führt aus, dass im Rahmen der Spurensicherung ein besonders einfühlsamer Umgang notwendig sei. Im Kontrast dazu gibt eine andere Einrichtung an, dass die Spurensicherung gegenüber der medizinischen

Erstversorgung und ärztlichen Dokumentation ein „reduzierteres“ Verfahren darstelle, da es sich „oft um kein akutes Ereignis“ handle. In einer anderen Einrichtung wird die Spurensicherung durch die Kinderschutzgruppe durchgeführt. Von der medizinischen Erstversorgung unterscheidet sie sich demnach durch das versorgende Personal. Eine weitere Einrichtung beschreibt, dass sich Unterschiede ergeben, wenn die Polizei die Untersuchung in Auftrag gebe. Eine Einrichtung gibt „andere Ansprache“ an.

### **3.3.7 Aufbewahrungsdauer der Spuren**

48 Beweissicherungsanbieter machen Angaben dazu, wie lange gesicherte Spuren von Minderjährigen aufbewahrt werden. Vier Einrichtungen (8,3 %) geben an, die Spuren so lange aufzubewahren, bis die Minderjährigen volljährig seien, eine weitere, dass sie noch ein Jahr nach Beginn der *Volljährigkeit* die Spuren aufheben. Sieben (14,6 %) Einrichtungen sichern die Spuren bis zur *Verjährungsfrist*. Eine Einrichtung gibt an, dass sie hinreichend Kapazitäten für eine unbegrenzte Lagerung habe. 22 Einrichtungen geben eine bestimmte *Zahl an Jahren* an, wobei das Spektrum von 0,5 bis 30 Jahren reicht. Rechtsmedizinische Institute scheinen die Asservierung überwiegend für zehn Jahre vorzunehmen. ProBeweis-Einrichtungen asservieren zunächst drei Jahre, mit der Möglichkeit, einen Antrag auf Verlängerung zu stellen. Die anderen Angaben (0,5 Jahre, 1 Jahr, 2 Jahre, 20 Jahre und 30 Jahre) sind Einzelnennungen. 15 Einrichtungen geben an, dass sie keine Angaben machen können, da sie die Asservierung nicht selbst vornehmen oder die Frage sich bisher noch nicht gestellt habe.

### **3.3.8 Abrechnung der Erstversorgung bei privat versicherten Jugendlichen**

Rechtlich gesehen gibt es bei den Möglichkeiten Minderjähriger, eigenständig einen Behandlungsvertrag abzuschließen, Unterschiede zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten. Durch das Kostenerstattungsprinzip der Privatversicherungen müssen hier die Behandlungskosten zunächst selbst getragen werden. Die entstehenden Kosten überschreiten in der Regel die Vernünftigkeitgrenze des sogenannten Taschengeldparagraphen (§ 110 BGB). Durch das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung stellt sich dieses Problem bei gesetzlich Versicherten nicht.

Siebenundzwanzig Einrichtungen geben an, dass sich dieser Sachverhalt bisher noch nicht ergeben habe, das Vorgehen in diesen Situationen unklar oder für die Praxis nicht relevant sei, da die Leistungen ohnehin nicht über die Krankenversicherungen abgerechnet werden. Sechzehn Einrichtungen geben an, keine Unterscheidung in der Art der Versicherung im Behandlungsvertrag mit minderjährigen Betroffenen zu machen. Vier Einrichtungen geben an, Unterschiede zu machen: Eine Einrichtung gibt an, in diesen Fällen Leistungen für privat versicherte Minderjährige als „gemeinnützige“ Leistung zu

verbuchen. Zwei weitere Einrichtungen geben an, in diesen Fällen keine Abrechnungen vorzunehmen, eine Einrichtung benennt im Behandlungsvertrag dann keine Gründe für die Behandlung.

Auf die Frage, wie bei privat Versicherten die Vertraulichkeit gegenüber ihren Eltern bei der Abrechnung gewährleistet wird, antworten sechszwanzig Einrichtungen, dass sich dieser Sachverhalt noch nicht ergeben habe, unklar oder irrelevant sei, da die Leistungen ohnehin kostenfrei erfolgen würden. Fünfzehn Einrichtungen machen Angaben dazu, wie sie dieses Problem lösen. Vier Einrichtungen geben an, eine andere Diagnose zu stellen (drei nennen „Unterbauchschmerzen“ bzw. „Unterleibsschmerzen“, eine Einrichtung beschreibt dies nicht näher). Vier Einrichtungen geben an, im Zweifelsfall keine Rechnungen zu stellen. Zwei Einrichtungen besprechen dies im Bedarfsfall mit den Patient\*innen. Davon gibt eine Einrichtung an, dem oder der Jugendlichen vorzuschlagen, die Rechnung selbst abzuholen und zu begleichen, die anderen Beweissicherungsanbieter machen keine näheren Angaben. Eine Einrichtung versucht, die entstandenen Kosten über das Jugendamt abzurechnen. Eine Einrichtung gibt an, die Diagnose nicht auf der Rechnung anzugeben, lediglich die erbrachten Leistungen. Eine Einrichtung hebt an dieser Stelle hervor, dass es nicht möglich sei, privat versicherten Jugendlichen eine Vertraulichkeit gegenüber den Eltern zuzusichern.

### 3.3.9 Besondere Herausforderungen bei der Versorgung Minderjähriger

41 Institutionen beantworteten im Freitextfeld die Frage, was sie als besondere Herausforderung bei der Versorgung von Jugendlichen nach sexueller Gewalt erleben würden. Drei Institutionen geben an, dass es keine Herausforderung sei, mit Jugendlichen zu arbeiten. Genannt wurde aber auch, dass jede Untersuchung nach sexueller Gewalt eine Herausforderung sei, da dies keine routinierte Aufgabe darstelle. Zu den damit verbundenen Herausforderungen zählen die psychische Betreuung, ein geschützter Rahmen und eine durch die Pädiatrie und die Gynäkologie durchzuführende Untersuchung.

Als größte Herausforderung wird die psychische Verfasstheit der Jugendlichen nach der erfolgten *Traumatisierung* gesehen. Betroffene lehnen nach solch traumatisierenden Erlebnissen eine Untersuchung und Spurensicherung im Genitalbereich oft ab. Es erfordere Feingefühl und mehr Zeit als bei Erwachsenen, um jugendliche Hilfesuchende davon zu überzeugen, eine Untersuchung in ihrem Interesse durchzuführen. Da die Jugendlichen oft unter Schock stünden, sei die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit nach sexueller Gewalt schwierig. Außerdem entstehe oft Hektik im Gespräch. Wichtig sei dabei, erst für Ruhe zu sorgen und alle Gedanken zu sortieren. Zudem sei der Zugang zu manchen Hilfesuchenden aufgrund von Unsicherheiten und Schamgefühlen erschwert. Die Empathie und Berücksichtigung der speziellen Umstände stellten eine Herausforderung für das medizinische Personal dar. Auch die emotionale Betroffenheit der medizinischen Belegschaft sei nicht einfach. Probleme werden darin gesehen, dass die Kommunikation einen höheren Zeitaufwand benötige, um



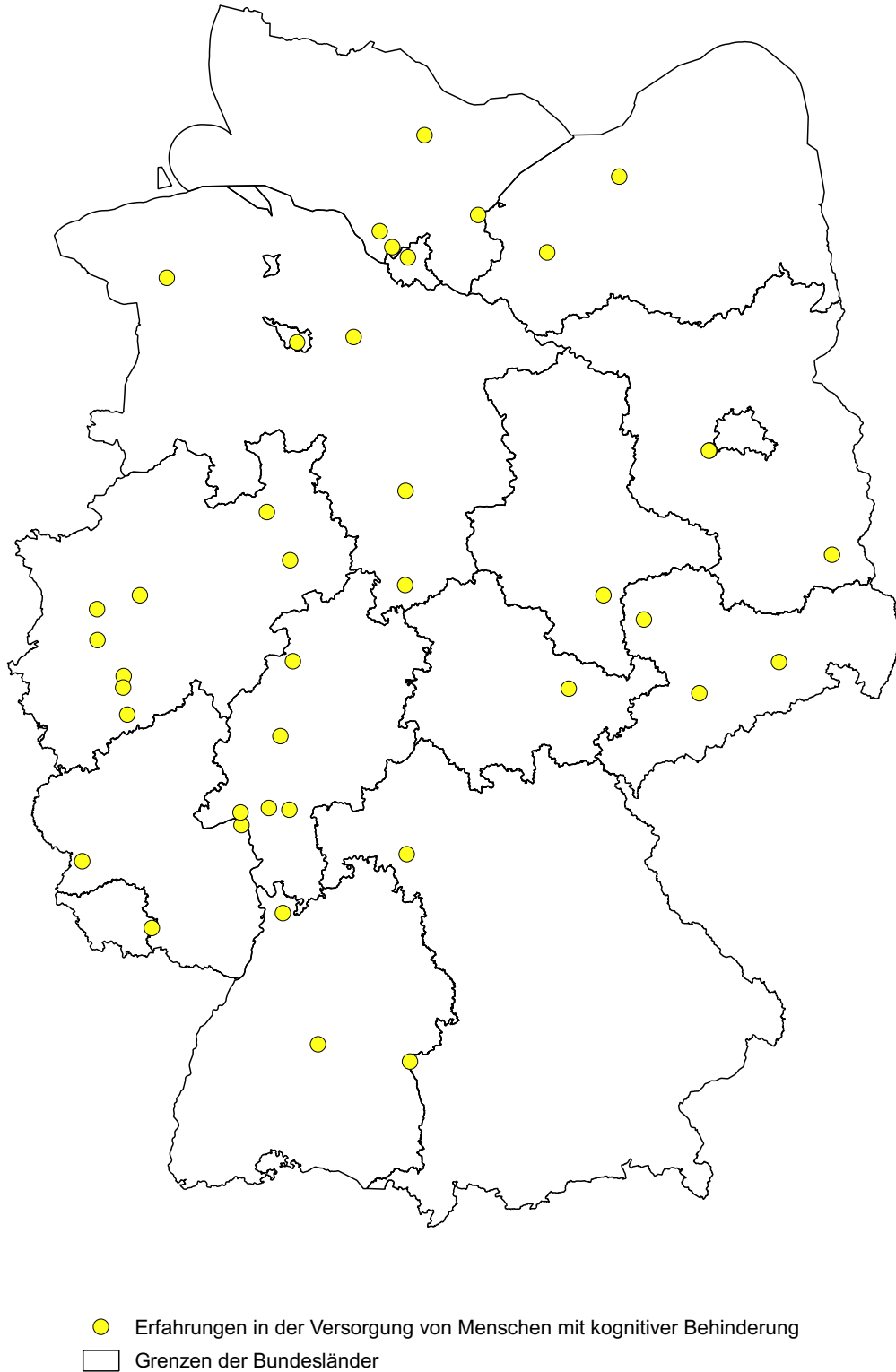
Verständnisschwierigkeiten zu klären. Man versuche zudem, ähnliche Formulierungen, wie sie ein Täter verwendet, zu vermeiden, beispielsweise die Aussage „Ich bin ganz vorsichtig“. Wichtig sei, eine behutsame Untersuchung durchzuführen, damit eine Retraumatisierung verhindert werden könne, ganz besonders bei Jugendlichen. Eine Einrichtung nannte, dass im Vergleich eine Frau das Vorgehen einer gynäkologischen Untersuchung kenne, ein Kind aber nicht. Man versuche, die Kinder durch die Untersuchung nicht zu schocken. Dazu gehöre auch, den Betroffenen Pausen zu geben und die Situation zu erleichtern, indem die Person aus dem Mittelpunkt herausgenommen werde. Ergänzend wurde die empathische Heranführung an die möglichen Unterstützungsangebote (Hilfenetzwerke) genannt. Eine Institution merkte an, dass Hilfsangebote wie Entspannungsverfahren zur Regulierung von Emotionen in gewissen Fällen bewusst durch Jugendliche abgelehnt werden, da dies als Schwäche aufgefasst würde. Als schwierig eingestuft werden weiterhin das richtige Einschätzen der psychischen Verfassung der Hilfesuchenden sowie das Risikoverhalten und das Abschätzen eines Wiederholungsrisikos des Täters oder der Täterin.

Als weitere Herausforderung werden psychisch erkrankte oder intoxikierte Jugendliche unter Alkohol- oder Drogeneinfluss gesehen. Eine Einrichtung arbeitet in solchen Fällen eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen. Gerade im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen könne es aber auch „Grenzfälle“ zwischen sexueller Gewalt und freiwilligen oder zugelassenen sexuellen Handlungen geben, die häufig mit *unspezifischen Befunden* einhergingen. Missbrauchsfälle innerhalb einer Peer Group, beispielsweise auf einer Party mit Alkoholkonsum, wurden hier genannt. Die betroffene Person empfand etwa das Küssen noch als schön. Inwieweit das weitere Geschehen mit ihrem Einverständnis erfolgte, lasse sich kaum rekonstruieren. Insgesamt sei bei der Untersuchung ärztliche Erfahrung notwendig, da meist Normalbefunde zugrunde liegen würden und selten beweisende Spuren asserviert werden könnten. Der Verdacht könne somit nicht immer eindeutig belegt und die Tat nicht immer eindeutig geklärt werden.

Der dritte herausfordernde Komplex sei das *Abwägen des Selbstbestimmungsrechts der Jugendlichen gegen das Sorgerecht der Eltern*. Schon die rechtlichen Umstände seien oft nicht einfach zu klären, da auch unterschiedliche Sorgerechtsituationen gegeben sein könnten. Sehr schwierig werde es für die Einrichtungen, wenn bei Jugendlichen nicht eindeutig die Einwilligungsfähigkeit gegeben sei. Besonders heikel sei es, wenn wichtige Vertrauenspersonen die Täter\*innen sein könnten. Dazu käme die Angst der Kinder vor den Eltern und die potenzielle Enttäuschung der Eltern – als Beispiel wurden hier muslimische Mädchen genannt. Erscheine im Gesamtkontext der Einbezug der Eltern als sinnvollste Lösung, werde dies als kompliziert wahrgenommen, wenn das von den Jugendlichen verweigert werde. Ohne Sorgeberechtigte sei der Handlungsspielraum der Ärzt\*innen geringer.

### 3.4 Ärztliche Versorgung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Abbildung 4: Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: regionale Verteilung der Antwortenden



### 3.4.1 Erfahrungen in der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter

Von den 63 befragten Beweissicherungsanbietern haben 38 Einrichtungen (60,3 %) teils länger zurückliegende Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nach sexueller Gewalt. Eine Einrichtung davon versorgt nur Kinder und macht deshalb im Weiteren keine Angaben mehr; andere, die nur Kinder versorgen, antworten dennoch. 24 Einrichtungen (39,3 %) geben an, dass in den letzten 12 Monaten keine Patient\*innen dieser Personengruppe behandelt wurden. Eine Einrichtung hat zu dieser Frage keine Angaben gemacht.

Insgesamt kommt die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei den befragten Beweissicherungsanbietern selten vor. Zwei Einrichtungen geben an, dass dies mehrmals pro Quartal vorkomme, keine, dass es häufiger vorkomme. 33 Einrichtungen geben an, dass dies seltener sei. Die Häufigkeitsschätzung dieser Einrichtungen liegt zwischen „ca. einmal in drei Jahren“ und „zwei- bis ca. fünfmal im Jahr“.

Rechtsmedizinische Institute scheinen gegenüber Kliniken wiederum erwartungsgemäß mehr Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu haben. Kliniken verfügen über wenig bis gar keine praktische Erfahrung mit dieser Personengruppe. Keine der befragten Einrichtungen schließt die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus.

Als Einrichtungen mit mehr Erfahrungen werden im Folgenden drei Rechtsmedizinische Institute und eine Klinik bezeichnet. Die Versorgung von Patient\*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen nach sexueller Gewalt erfolgt dort „mehrmals im Vierteljahr“ oder „ca. fünfmal im Jahr“.

### 3.4.2 Begleitung in die Versorgung

Der Zugang für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zur ärztlichen Versorgung und Spurensicherung nach sexueller Gewalt erfolgt hauptsächlich über die Polizei, begleitendes Personal<sup>19</sup> oder gesetzliche Betreuer\*innen (Tab. 5).

Bei Rechtsmedizinischen Instituten wird als Zugang primär eine polizeiliche Begleitung (84,6 % der Einrichtungen), gesetzliche Betreuung (69,2 %) oder begleitendes Personal (61,5%) genannt. Die Kliniken geben zumeist die gesetzlichen Betreuer\*innen (73,9 %) oder begleitendes Personal (60,9 %) an, seltener die Polizei (52,1 %). Bei den Rechtsmedizinischen Instituten kommt es mit je 30,8 % der Nennungen in ihrer Wahrnehmung noch relativ häufig vor, dass andere Ärzt\*innen oder Mitarbeitende einer Beratungsstelle als Begleitungen genannt werden. Als andere Begleitende werden „Eltern oder

---

<sup>19</sup> Mitarbeitende in Wohneinrichtungen, persönliche Assistenz, Gruppenleitung von Werkstätten.

andere Familienangehörige“ angegeben; Rettungsdienst, Lehrer\*innen und Jugendamt sind jeweils Einzelnennungen.

Tabelle 5: Wer begleitet kognitiv Beeinträchtigte in die Versorgungseinrichtung? (Mehrfachantworten)

Zugang über	Rechtsmedizinisches Institut		Klinik	
	Nennungen	% der Einrichtungen	Nennungen	% der Einrichtungen
Polizei	11	84,6	12	52,1
Begleitendes Personal	8	61,5	14	60,9
Gesetzl. Betreuer	9	69,2	17	73,9
Beratungsstelle	4	30,8	2	9,0
Ärzt*innen	7	30,8	2	9,0
Freund*innen	1	7,7	0	0,0
Andere	3	23,1	5	21,7

Einrichtungen, die im Verhältnis mehr Erfahrungen mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nach sexueller Gewalt haben, bestätigen die oben beschriebenen Zugangswege. Dort werden „Eltern“ als weitere häufige Begleitpersonen genannt. Eine der Einrichtungen hebt nochmals hervor, dass eigentlich immer auch die Eltern dabei waren. In der Interpretation bleibt jedoch unklar, ob sich dies auch auf die erwachsenen, kognitiv eingeschränkten Personen bezieht, deren gesetzliche Betreuer\*innen nicht die Eltern sind.

26 (68,4 %) der 38 Einrichtungen, die Erfahrungen mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben, geben an, die Art der Begleitung habe keinen Einfluss auf das weitere Vorgehen der ärztlichen Versorgung. Zwei benennen korrekterweise, dass eine Begleitung durch die Polizei immer mit einer strafrechtlichen Verfolgung verbunden sei. Eine andere betont die dann notwendige Spurensicherung. Eine Einrichtung benennt, dass die Begleitung der Polizei den Vorteil habe, dass die Person bereits aufgeklärt sei. Eine Einrichtung gibt an, dass die Art der Begleitung einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Person während der Untersuchung habe. Drei Einrichtungen geben bereits an dieser Stelle an, dass die Versorgung davon abhängig sei, ob die gesetzliche Betreuung dabei oder zumindest informiert sei.

Die weiteren Angaben zeigen, dass der Einfluss der gesetzlichen Betreuung auf den Versorgungsverlauf größer ist, als die ersten Angaben dies vermuten lassen: Ist nicht klar, ob die hilfeschende Person unter gesetzlicher Betreuung steht, geben fünf Einrichtungen an, die Untersuchung in jedem Fall durchzuführen (vier Rechtsmedizinische Institute, eine Klinik). Ein Rechtsmedizinisches Institut behält sich vor, in diesen Fällen die Untersuchungsergebnisse erst dann weiterzugeben, wenn gegebenenfalls die gesetzliche Betreuung eingewilligt habe. Fünf weitere Einrichtungen, ein Rechtsmedizinisches Institut und vier Kliniken, geben ebenfalls an, die Untersuchung in jedem Fall durchzuführen, gleichzeitig recherchieren sie jedoch den Betreuungsstatus, nehmen gegebenenfalls Kontakt zur gesetzlichen Betreuung auf, überprüfen die Einwilligungsfähigkeit oder informieren die zuständige Behörde oder Institution (Polizei, Wohneinrichtung, Jugendamt). Eine Klinik erklärt an dieser Stelle: „Wir sind im besten Fall nur ausführendes Personal.“ Vier Einrichtungen geben an, den Betreuungsstatus zu recherchieren, um gegebenenfalls Kontakt zur gesetzlichen Betreuung aufzunehmen, drei Einrichtungen überprüfen die Einwilligungsfähigkeit der hilfeschenden Person und dreizehn Einrichtungen geben an, beides durchzuführen. Eine Einrichtung wende sich zur Klärung des weiteren Vorgehens an die Ermittlungsbehörden. Es konnten keine Kriterien identifiziert werden, welche Art der Einrichtungen wie vorgehen.

Insgesamt geben 26 Einrichtungen (68,4 %) an, die gesetzliche Betreuung in das Verfahren miteinzubeziehen. Auf die Frage, was passiert, wenn die gesetzliche Betreuung nicht erreichbar ist, antworten sechs Einrichtungen, die Untersuchungen dann doch durchzuführen. Drei Einrichtungen warten ab, bis die gesetzliche Betreuung erreicht werden kann, gegebenenfalls mit stationärer Aufnahme der betroffenen Person. Neun Einrichtungen sichern das weitere Vorgehen über interne oder externe Rücksprachen ab. Dabei wenden sich acht Einrichtungen direkt an die Justiz oder Polizei, eine Einrichtung klärt das weitere Verfahren klinikintern ab. Eine Einrichtung führt nur die medizinische Erstversorgung durch und wartet weiter ab, bis die gesetzliche Betreuung erreicht wurde. Eine weitere Einrichtung entscheidet situativ, wie verfahren wird. Drei Einrichtungen geben an, dass die Frage irrelevant sei, da sich das Problem in der Praxis nicht stelle. Dabei zeigen sich keine Unterschiede nach Art oder Erfahrungswerten der Einrichtungen. Drei Einrichtungen, deren Verfahrensweise unabhängig vom Betreuungsstatus einer Person ist, betonen an dieser Stelle explizit, dass „angesichts des drohenden Beweismittelverlustes“ und der Annahme, „dass die besten Voraussetzungen für die Spurensicherung nur 72 Stunden gegeben sind“, eine Untersuchung „in dringenden (akuten) Fällen“ immer erfolgen sollte.

### 3.4.3 Einwilligungsfähigkeit

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit erfolgt überwiegend aus einer Kombination der Kriterien *Einsichtsfähigkeit*, *Urteilsfähigkeit* und *Steuerungsfähigkeit*. Das geben 21 (55,3 %) der befragten

Einrichtungen an. Hierbei ist kein nennenswerter Unterschied nach Art der Einrichtung zu erkennen. 8 (21,1 %) Einrichtungen antworten, dass sie die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit davon abhängig machen, ob eine gesetzliche Betreuung bestehe. Eine Einrichtung führt aus, „wenn jemand von sich aus den Weg [zum Beweissicherungsanbieter] findet, ist [die] intellektuelle Leistung daraus abzulesen“ – und somit sei die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit hinfällig.

Drei Einrichtungen geben an, eine Kombination der drei Kriterien heranzuziehen, letztlich aber die Beurteilung darauf zu stützen, ob eine Betreuung festgelegt sei. Eine Kombination der Kriterien Urteilsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit oder die Betrachtung eines einzelnen Kriteriums (Einsichtsfähigkeit oder Steuerungsfähigkeit) zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit sind jeweils Einzelnennungen. Eine Einrichtung gibt an, bei kognitiv Beeinträchtigten in jedem Fall davon auszugehen, dass diese nicht einwilligungsfähig seien.

Die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit wird bei 31 (81,5 %) Einrichtungen individuell dokumentiert. 4 Einrichtungen (10,5 %) folgen einer standardisierten Dokumentation, wobei der zugrunde gelegte Standard jeweils einrichtungsintern sei und sich auf Vermerke in der allgemeinen Falldokumentation beschränke. 2 (5,3 %) Einrichtungen dokumentieren die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit gar nicht.

Fällt die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit positiv aus, geben 26 der 27 (96,3 %) Einrichtungen, die die Frage beantwortet haben, an, die Untersuchungen durchzuführen. Drei dieser Einrichtungen betonen, dass in diesen Fällen die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit besonders sorgfältig dokumentiert werde. Eine Einrichtung weist darauf hin, dass nach dem Verfahren die Eltern oder die Polizei informiert werde. Eine Einrichtung gibt hierauf keine Antwort, da dies in der Praxis noch nicht vorgekommen sei.

Fällt die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit negativ aus, geben 13 der 24 (54,2 %) Einrichtungen, die die Fragen beantwortet haben, an, dass sie weiterhin versuchen würden, eine Rechtsgrundlage für die Untersuchung zu schaffen, indem sie zuständige Behörden, gesetzliche Betreuer\*innen oder die Polizei hinzuziehen. Sechs Einrichtungen entscheiden in diesen Fällen situativ, wie das weitere Vorgehen ist, eine Einrichtung lehnt die Untersuchung in diesen Fällen ab. Zwei Einrichtungen geben an, die Untersuchungen auch in diesen Fällen durchzuführen, davon verweist eine Einrichtung auf Schwierigkeiten bei Fragen der Schweigepflichterklärung. Eine Einrichtung gibt an, dass nur in akuten Notfällen untersucht werde, anderenfalls nur mit Einwilligung der gesetzlichen Betreuung. Unterschiede nach Art der Einrichtung oder Erfahrungsstand lassen sich nicht identifizieren.

### 3.4.4 Besondere Herausforderungen bei der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter

Besondere Herausforderungen bei der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden in Form offener Fragen erfasst und lassen sich in vier Kategorien zusammenfassen: Kommunikation, Ärzt\*innen-Patient\*innen-Verhältnis, zeitliche Ressourcen und gesetzliche Betreuung.

Herausforderungen, die durch *kommunikative Schwierigkeiten* zwischen Ärzt\*innen und Betroffenen mit kognitiver Beeinträchtigung entstehen, wurden von zehn Einrichtungen genannt. Dabei gestaltete sich sowohl die Kommunikation in leichter Sprache für Ärzt\*innen ebenso wie das Verstehen dessen, was die Betroffenen mitteilen, als besondere Herausforderung.

Die kommunikativen Herausforderungen stehen im engen Zusammenhang mit den Herausforderungen für das *Ärzt\*innen-Patient\*innen-Verhältnis*. Bei der Versorgung nach erlittener sexueller Gewalt sei ein empathisches, vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen von besonderer Bedeutung. Diesen Zugang zu finden, werde durch die kommunikativen Schwierigkeiten erschwert. Darüber hinaus sei es für Ärzt\*innen oft schwierig, zu erkennen, inwieweit die Patient\*innen mit kognitiven Einschränkungen tatsächlich in die Behandlung einwilligen oder diese als weiteren Übergriff ertragen, weil die geistigen Ressourcen nicht ausreichen würden, um das Geschehen vollumfänglich zu begreifen. Auch für die fachliche Einschätzung ergeben sich Schwierigkeiten, da Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen den sexuellen Übergriff oft nicht hinreichend rekonstruieren können. Herausforderungen für das *Ärzt\*innen-Patient\*innen-Verhältnis* geben acht Einrichtungen an.

*Zeitliche Ressourcen* würden in der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter stärker beansprucht. Das Prozedere sei insgesamt zeitaufwendiger und häufig brauche es noch weiteres Personal zur Unterstützung, dies beschreiben fünf Einrichtungen als besondere Herausforderung.

Unklarheiten über den Betreuungsstatus, verschiedene Betreuungsmodelle und die schwere Erreichbarkeit *gesetzlicher Betreuer\*innen*, insbesondere nach Dienstschluss oder an den Wochenenden, empfinden drei Einrichtungen als besondere Herausforderung.

Die Unterscheidung zwischen selbst- und fremdverursachten Verletzungen, ein Zuwachs an genitalverstümmelten Frauen oder die höhere Verpflichtung zur wörtlichen Protokollierung der Aussagen während der Untersuchung sind jeweils Einzelnennungen, die als Herausforderung empfunden werden. Eine Einrichtung hebt hier hervor, dass es sich bei den zu untersuchenden Personen „prinzipiell um Personen in einer Ausnahme- und Stresssituation [handle], die unabhängig von kognitiver Behinderung besondere Einfühlung und Rücksicht verlangen“. Eine Einrichtung sieht das Risikoverhalten und entsprechende Wiederholungsrisiken als besondere Herausforderung.

### 3.5 Herausforderungen in der Versorgung

In den offenen Fragen zum Ende der Interviews bzw. Fragebögen konnten Angaben dazu gemacht werden, welche Personengruppen besondere Herausforderungen mit sich bringen. Hier wurden Minderjährige und Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung aufgrund vorhandener rechtlicher und persönlicher Unsicherheiten seitens der Ärzt\*innen explizit genannt. Hervorgehoben wurden darüber hinaus:

- Babys und Kleinkinder,
- nicht deutsch- und nicht englischsprachige Personen aufgrund der sprachlichen Barrieren sowie Schwierigkeiten bei der Untersuchung von Personen mit anderen kulturellen Hintergründen,
- alkoholisierte und unter Drogeneinfluss stehende Personen, da sie zum einen häufig sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, zum anderen aber auch weil der Tathergang schwierig zu rekonstruieren sei,
- ältere Jugendliche, die häufig die Untersuchung verweigern,
- Männer (ohne konkretisierende Angaben),
- Fälle, in denen eine Inobhutnahme erforderlich sei.

Die Beweissicherungsanbieter wurden außerdem dazu befragt, welche strukturellen Veränderungen ihnen die Arbeit mit minderjährigen Personen erleichtern würden. Hier wurden drei Themenkreise angesprochen: Eine offizielle Regelung der *Finanzierung* der medizinischen Versorgung von Opfern sexualisierter Gewalt generell, verbunden mit einem Ausbau der personellen und zeitlichen Ressourcen, eine verbesserte *Erreichbarkeit von Psycholog\*innen*, die sich um die psychischen Folgen der Gewaltwiderfahrnisse kümmern, eine *standardisierte Dokumentation und Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit* sowie ein *standardisiertes und rechtlich abgesichertes medizinisches Vorgehen*. Als Einzelmeinung wurde auch die Verbesserung der Kommunikation mit dem Jugendamt und den weiterbetreuenden medizinischen Instanzen angegeben.

Zum Schluss der Befragung stand es den Einrichtungen offen, sonstige Anmerkungen anzuführen. In den entsprechenden Bemerkungen wurden die Themenkreise der strukturellen Veränderungen bestätigt. Eine Einrichtung spricht sich allerdings gegen eine Standardisierung und explizite rechtliche Regelungen aus, da die Empathie und Urteilsfähigkeit der Ärzt\*innen so infrage gestellt und Einzelfallentscheidungen erschwert werden könnten. Eine Einrichtung hebt die Kinderchirurg\*innen als aus ihrer Sicht relevanteste Berufsgruppe für die Erstversorgung bei Kindern nach sexuellen Übergriffen hervor und wünscht sich eine höhere Anerkennung.

Gefordert wird zudem eine *psychische Betreuung für Beschäftigte* der Beweissicherungsanbieter, wie es bei Notärzt\*innen und der Feuerwehr der Fall sei, da Fälle sexueller Gewalt zu psychischen Belastungen der behandelnden Ärzt\*innen und des medizinischen Personals führen können. Insbesondere Schuldzuweisungen sich selbst gegenüber, wenn z. B. Kinder trotz vermuteter



Kindeswohlgefährdung wieder zurück in die Familien kommen, seien sehr belastend. Supervision oder Nachbesprechungen hierzu seien zumeist nicht möglich. Aktuell gäbe es keine ausreichende Versorgung für Behandler\*innen.

Weitere Forderungen adressieren heterogene Handlungsbereiche:

- Politik: Die Aufnahme der Kinderrechte, insbesondere des Kinderschutzes, in das Grundgesetz. Eine klare politische Vorgabe über die Information der Polizei in Fällen sexualisierter Gewalt.
- Öffentlichkeit: Eine Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit für Missbrauch, insbesondere was Versorgungseinrichtungen und Alternativen zur Polizei angehe.
- Strafverfolgung: Eine stärkere polizeiliche Verfolgung bei sexuellem Missbrauch durch Pädophile an Kindern, insbesondere durch intensivere Recherchen im Darknet.
- Versorgung: Eine bessere medizinische Versorgung und Betreuung von traumatisierten Gewaltopfern.
- Personelle Ausstattung: Eine bessere personelle Ausstattung der Rechtsmedizinischen Institute infolge der steigenden Anzahl an Familiengerichten, die ein rechtsmedizinisches Gutachten anfordern, resultierend aus den Vorgaben des aktuellen Koalitionsvertrags.
- Schulungen: Eine weitere Wissensvermittlung über das § 4 KKG (Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung) als Schlüssel für einen besseren Kinderschutz. Schulung für das Personal im Umgang mit Patient\*innen nach sexualisierter Gewalt.
- Forschung: Vermehrte Forschung über Maßnahmen nach sexualisierten Übergriffen bei Minderjährigen, insbesondere in präventiver Hinsicht.

## 4. Antworten auf die Forschungsfragen und Diskussion

### 4.1 Versorgungsangebot

*Gibt es in Deutschland eine flächendeckende und umfassende Versorgung von Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, speziell von minderjährigen Jugendlichen und kognitiv Beeinträchtigten?*

#### 4.1.1 Faktische Erreichbarkeit

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich dank erheblicher Anstrengungen engagierter Personen und Institutionen in Deutschland die Versorgung von Personen, denen Gewalt, insbesondere sexuelle Gewalt, widerfahren ist, deutlich verbessert. Es gibt Leitlinien zur medizinischen Erstversorgung sowie Anleitungen zur ärztlichen, gerichtsverwertbaren Dokumentation von körperlichen Folgen und zur Spurensicherung in der Gesundheitsversorgung, die Möglichkeit einer vertraulichen Spurensicherung und Asservierung der Spuren, Trauma-Ambulanzen für die psychosoziale Erstversorgung und spezialisierte Beratungsstellen.

Trotz dieser erheblichen Verbesserungen zeigen die Ergebnisse der Erhebung gewichtige Lücken in der Umsetzung des Artikels 25 der Istanbul-Konvention, allgemein und speziell in der Versorgung von minderjährigen Jugendlichen und von kognitiv beeinträchtigten Menschen. Auch wenn nur rund jeder zweite recherchierte Beweissicherungsanbieter mit der Befragung erreicht werden konnte, lässt sich sagen, dass es von dem Zufall des Wohnortes abzuhängen scheint, ob und wie Personen nach sexuellen Gewaltwiderfahrnissen versorgt werden und Chancen auf eine vertrauliche Spurensicherung haben. Eine der befragten Expertinnen hebt ergänzend hervor, dass sich die ärztliche Versorgung in der Breite nach wie vor meist nicht zuständig fühle und die Praxis von dem Idealzustand einer Rundumversorgung der Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, weit entfernt sei. Sie befürchtet, dass mit der Studie ein zu positives Bild gezeichnet werde. Sensibilisierung der ärztlichen Versorgung sei nach wie vor die zentrale Aufgabe und bleibe ein Kraftakt.

Die Versorgungsdichte variiert den Recherchen zufolge im Bundesgebiet stark und wird durch zielgruppenspezifische Angebote weiter eingeschränkt. Es ist zwar anzunehmen, dass einige Beweissicherungsanbieter trotz aller Bemühungen nicht gefunden werden konnten, allerdings wirft dies auch Fragen nach der Auffindbarkeit der Einrichtungen für die Adressat\*innengruppe auf. Die Situation in einzelnen Bundesländern scheint recht unterschiedlich zu sein. Vier vertiefend betrachtete Beispiele sollen dies verdeutlichen:

In *Niedersachsen* scheint mit dem Netzwerk ProBeweis, zu dem 35 Kliniken zählen, eine nahezu flächendeckende Versorgung mit maximal 50 Kilometern Abstand zur nächsten Klinik zu bestehen<sup>20</sup>. Eine gemeinsame Qualitätssicherung des Angebots der Kliniken durch ein Rechtsmedizinisches Institut ist mit ProBeweis gegeben, auch wenn die Kliniken nicht auf alle Fragen identisch geantwortet haben. Die antwortenden Kliniken erwecken den Eindruck, dass in einigen Regionen die Versorgung durch die Fokussierung auf bestimmte Personengruppen eingeschränkt zu sein scheint. Die Webseiten des Netzwerkes ProBeweis sprechen allerdings für eine alle Personengruppen umfassende Versorgung, da jeweils Gynäkologie und Chirurgie einbezogen sind.

Auf der Website von ProBeweis sind allerdings zwei Kliniken gelistet, die nach eigenen Angaben derzeit das Angebot gar nicht anbieten. 7 weitere Kliniken (20 %) geben an, in den letzten 12 Monaten keine Fälle gehabt zu haben. Eine exemplarische Recherche bei einer dieser Kliniken ohne Fälle zeigte, dass weder auf der Website der Klinik<sup>21</sup> noch irgendwo in der Klinik selbst noch auf der Website des örtlichen Frauennotrufs<sup>22</sup> auf das Angebot hingewiesen wird. Personen, denen in der Umgebung dieser Stadt sexuelle Gewalt widerfahren ist, müssen also wissen, dass ProBeweis existiert und auf der dortigen Website nachschauen, um das Angebot zu finden und sich die richtige Telefonnummer für die Anmeldung herauszusuchen, oder diesen Hinweis z. B. von einer Beratungsstelle bekommen. Dies ist nicht niedrigschwellig. Zwar empfiehlt die Leitung von ProBeweis eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit, z. B. eine pressewirksame Auftaktveranstaltung, aber sie kann die Einrichtungen nicht dazu zwingen, dies umzusetzen.

Insgesamt scheint Niedersachsen einerseits das Bundesland zu sein, das die Istanbul-Konvention gegenwärtig mit einer qualitätsgesicherten Versorgung formal gesehen am weitesten umsetzt, aber es bleibt andererseits im Konkreten fraglich, wie weit das Angebot Betroffene auch faktisch erreichen kann.

In *Hessen* sieht der Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Landesregierung vor, eine entsprechende flächendeckende Versorgung zu schaffen<sup>23</sup>. Modellprojekte, u. a. die Schutzambulanz Fulda, wurden in den letzten Jahren bereits gefördert. In Fulda wird auf der Website der Stadt auf das Angebot verwiesen.<sup>24</sup> Dieser im Öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelte Beweissicherungsanbieter kann die Versorgung bei sexueller Gewalt nicht ohne Kooperation mit einer Klinik gewährleisten, stellt diese allerdings durch Terminvereinbarungen und Begleitung sicher. Der ebenfalls für sein Projekt der

---

<sup>20</sup> <https://www.probeweis.de/de/partnerkliniken>, Abruf 19.04.2019.

<sup>21</sup> <https://www.klinikum-lueneburg.de/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>22</sup> <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>23</sup> [https://www.hessen.de/sites/default/files/media/staatskanzlei/koalitionsvertrag\\_20.\\_wahlperiode.pdf](https://www.hessen.de/sites/default/files/media/staatskanzlei/koalitionsvertrag_20._wahlperiode.pdf), Abruf 19.04.2019, S. 33.

<sup>24</sup> <https://www.landkreis-fulda.de/buergerservice/gesundheit/hilfe-fuer-opfer-von-gewalt.html>, Abruf 19.04.2019.

vertraulichen Spurensicherung geförderte Frankfurter Frauennotruf verlinkt auf seiner Website auf eine eigene Homepage „Soforthilfe nach Vergewaltigung“<sup>25</sup>, auf der für Hessen auf 23 Kliniken in 10 Regionen und für drei Kliniken außerhalb Hessens auf Kontaktdaten der versorgenden Kliniken verwiesen wird. Auch die Kliniken selbst weisen auf der Website auf das Angebot hin.<sup>26</sup> Eine medizinische Erstversorgung und Spurensicherung im Rahmen einer Ermittlung ist über eine landesweite Kooperation der Polizei mit den Kliniken auf Anordnung des Innenministeriums mit entsprechenden Untersuchungskits und Dokumentationsbögen gewährleistet. Hessen ist damit einer flächendeckenden Versorgung bereits vergleichsweise nah (Entfernungen für die vertrauliche Spurensicherung betragen maximal 70 Kilometer), strebt eine flächendeckende Versorgung an und kann zumindest Bemühungen vorweisen, das Angebot auch faktisch auffindbar zu machen.

In *Brandenburg* gibt es ein vom Land gefördertes Projekt „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung und vertrauliche Spurensicherung“, an dem vier – regional gut verteilte – Kliniken beteiligt sind (maximale Entfernung ca. 75 Kilometer). In den ländlichen Strukturen Brandenburgs dürfte es insbesondere für Jugendliche trotzdem nicht einfach sein, die für sie passende Klinik zu erreichen. Die Adressen und Telefonnummern der Kliniken sind auf der Website des Ministeriums zu finden, ebenso ein Satz, der als eine Art Code bei einer telefonischen Anfrage zu sagen ist<sup>27</sup>. Auf den Webseiten der Kliniken findet sich allerdings kein Hinweis auf das Angebot<sup>28</sup>.

Im flächenmäßig ungleich größeren *Bayern* konnten insgesamt nur drei Beweissicherungsanbieter identifiziert werden. Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales benennt unter „Gewaltschutz – Hilfe und Beratungsangebote“ lediglich die Münchner Notfallambulanz für Opfer häuslicher Gewalt<sup>29</sup>. Auf der dortigen Website wird angegeben, dass Opfer häuslicher Gewalt sich an die Ambulanz wenden können. Ob dies auch für Personen gilt, denen sexuelle Gewalt im nicht häuslichen Umfeld widerfahren ist, ist unklar. Gynäkologischen Kliniken in München, die Opfer nach sexueller Gewalt in ihrer Klinik ambulant untersuchen, die bis dahin noch keine Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden erstattet haben, wird angeboten, eine kostenlose Asservierung von Spuren für sechs Monate zu übernehmen.<sup>30</sup> Welche Kliniken dies anbieten, wird allerdings nicht angegeben.

---

<sup>25</sup> <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>26</sup> Beispielsweise Klinikum Darmstadt: <https://klinikum-darmstadt.de/medizin/kliniken-und-institute/frauenklinik/schwerpunkte/gynaekologie/soforthilfe-nach-vergewaltigung/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>27</sup> <https://masgf.brandenburg.de/masgf/de/frauen/frauen-vor-gewalt-schuetzen/hilfe-nach-vergewaltigung/>, Abruf 11.08.2019.

<sup>28</sup> <https://www.ck.de/startseite.html>, <https://www.klinikumffo.de/>, <https://www.ruppiner-kliniken.de/ruppiner-kliniken.html>, <http://www.klinikumeb.de/>, Abruf 31.05.2019.

<sup>29</sup> <https://www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/beratung/index.php#sec5>, Abruf 19.04.2019.

<sup>30</sup> [https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/wissenschaft/klinische\\_rechtsmed/ambul\\_gewaltopfer/index.html](https://www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de/wissenschaft/klinische_rechtsmed/ambul_gewaltopfer/index.html), Abruf 19.04.2019.

Auf der Website des Klinikums der Universität München findet sich kein Hinweis auf ein Angebot der Erstversorgung und Spurensicherung<sup>31</sup>, ebenso wenig auf der Website der Städtischen Kliniken München<sup>32</sup>. Auf der Website des Frauennotrufes München findet sich zwar eine Dokumentationsvorlage, aber kein Hinweis auf Kliniken.<sup>33</sup> Terre des Femmes kennt in Bayern ebenfalls nur die Notfallambulanz in München<sup>34</sup>. Ein möglicherweise vorhandenes Angebot der Versorgung setzt entsprechend echtes Insiderwissen voraus, um gefunden zu werden.

Eine Pro-forma-Versorgung im Rahmen von Schutznormen widerspricht nach Ansicht einer interviewten Expertin verfassungsrechtlichen Prinzipien. Der Staat muss, wenn es um Schutznormen geht, auch dafür sorgen, dass das Angebot faktisch erreicht werden kann. Inwieweit die faktische Erreichbarkeit tatsächlich gewährleistet ist, könnte Gegenstand einer weiteren Studie sein. Inwieweit bei der Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt der Umkreis von 50 Kilometern für eine flächendeckende Versorgung hinreichend nahe ist, wäre ergänzend zu diskutieren. Neben der Entfernung sollte auch die Anbindung der Regionen an die jeweilige Klinik als Kriterium einbezogen sein.

### 4.1.2 Routinen und potenzielle Versorgungsbrüche

Auch das Leistungsspektrum der Beweissicherungsanbieter variiert stark. Je nach ihrer institutionellen Einbindung steht entweder die Sicherstellung der strafrechtlichen Verfolgung oder die medizinische Erstversorgung im Mittelpunkt. Es kann entsprechend nicht davon ausgegangen werden, dass Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, bundesweit vergleichbare Chancen auf eine medizinische Erstversorgung und gleichermaßen eine medizinische Unterstützung bei einer strafrechtlichen Verfolgung haben, jedenfalls dann nicht, wenn sie sich mit der Entscheidung Zeit lassen wollen, ob und wann sie sich einem strafrechtlichen Verfahren unterziehen wollen. Dieses Ergebnis würde auch durch eine höhere Rückmeldequote nicht mehr beeinflusst.

Eine der Ursachen dafür ist die Schnittstelle zwischen zwei Versorgungsbereichen: Entsprechend dem Selbstverständnis der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin<sup>35</sup> bestätigen die Ergebnisse, dass die Kernkompetenzen Rechtsmedizinischer Institute im Erkennen, Interpretieren, gerichtsverwertbaren Dokumentieren sowie in der Sicherung von Spuren bestehen. Die medizinische Versorgung der Betroffenen gehört zunächst nicht zum Aufgabengebiet. Demgegenüber legen Kliniken, ihren

---

<sup>31</sup> <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/index.html>, Abruf 19.04.2019.

<sup>32</sup> <https://www.muenchen-klinik.de/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>33</sup> <https://frauennotruf-muenchen.de/hilfe-nach-vergewaltigung/>, Abruf 19.04.2019.

<sup>34</sup> <https://www.frauenrechte.de/online/themen-und-aktionen/haeusliche-und-sexualisierte-gewalt/unterstuetzung-fuer-betroffene/anonyme-spurensicherung/bayern>, Abruf 19.04.2019.

<sup>35</sup> Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: <https://www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften/klinische-rechtsmedizin/untersuchungsstellen/>, Abruf 30.03.2019.

allgemeinen Aufgaben entsprechend, den Fokus auf die medizinische Erstversorgung und einige der Kliniken leisten die Spurensicherung und die ärztliche Dokumentation der Befunde. Die Überwindung dieser Schnittstelle erfolgt in Modellprojekten, in denen entweder Rechtsmedizinische Institute die medizinische Erstversorgung mit anbieten oder Teil eines Netzwerkes sind, in dem Kliniken die Erstversorgung, Dokumentation und Spurensicherung durchführen, die Rechtsmedizin die Spurensicherung unterstützt und die Asservierung für den Verbund übernimmt.

Es besteht für solche Projekte keine gemeinsame Rechtsgrundlage der Angebote und keine über Modellvorhaben hinausgehende gesicherte Finanzierung. Die Finanzierung erfolgt in der Regel in einer Mischung zwischen Krankenkassenleistungen für die medizinische Erstversorgung und einer öffentlichen Finanzierung der Spurensicherung – mit Finanzierungslücken, die auf anderem Wege gedeckt werden müssen.

Zum jetzigen Stand der Entwicklung haben sich gemeinsame Vorgehensweisen der Beweissicherungsanbieter, aber auch spezifische Lücken in der Versorgung etabliert, die sich zum Teil aus dieser beschriebenen Struktur ergeben.

Trotz bestehender Leitlinien scheint die *medizinische Erstversorgung*, wenn überhaupt durchgeführt, nicht in allen Einrichtungen vergleichbar zu erfolgen. Lücken scheinen insbesondere in der Postexpositionsprophylaxe und in der Hepatitis-B-Impfung zu bestehen. Dies sollte allerdings in einer weiteren Studie genauer untersucht werden, da der Fokus dieser Studie nicht darauf lag, die genaue Vorgehensweise bei der medizinischen Erstversorgung nachzuvollziehen, und das Vorhaben, die Einrichtungen primär telefonisch zu interviewen, so nicht umgesetzt werden konnte. Einige Angaben waren nicht vollständig, Rückfragen waren bei den schriftlichen Befragungen nur schwierig möglich. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die Versorgung gegebenenfalls in der Praxis umfassender erfolgen könnte als angegeben. Beispielsweise ist möglich, dass die Risikoabschätzung bei der Postexpositionsprophylaxe in der Praxis eine größere Rolle spielt, als in den Ergebnissen der Studien zum Ausdruck kommt.

Eine Schnittstelle besteht *zwischen der medizinischen Erstversorgung und den Möglichkeiten der Spurensicherung*. Nicht alle Einrichtungen, die die Spurensicherung anbieten, bieten auch eine medizinische Erstversorgung an und umgekehrt. Das bedeutet, dass Personen, denen Gewalt widerfahren ist, mit unterschiedlichen Einrichtungen konfrontiert sind, in denen sie ihre Geschichte erzählen müssen, und dass sie gegebenenfalls in dieser Situation besonders schwierige Untersuchungen sogar doppelt über sich ergehen lassen müssen. Nicht alle Einrichtungen stellen ihren eigenen Angaben nach hinreichend sicher, dass diese Schnittstelle nicht zu einem Abbruch der Unterstützung führt.

Eine *vertrauliche Spurensicherung* scheint in einigen Regionen sichergestellt, in anderen nicht unbedingt. Die Ergebnisse der Studie spiegeln dabei nicht hinreichend die rechtliche Komplexität der Möglichkeit einer vertraulichen Spurensicherung bei sexueller Gewalt wider, insbesondere wenn Minderjährige die Geschädigten sind. Dies könnte einer mangelnden Differenzierung im Erhebungsinstrument oder aber rechtlichen Unsicherheiten bei den Beweissicherungsanbietern geschuldet sein. Die Asservierung des Spurenmaterials erfolgt – unabhängig von der Art der Einrichtung, in der die Spuren gesichert wurden – in der Regel in Rechtsmedizinischen Instituten. Lediglich der Beweissicherungsanbieter im Öffentlichen Gesundheitsdienst verfügt über eigene Möglichkeiten. Im Rahmen dieser Studie wurde nicht untersucht, wie standardisiert die ärztliche Dokumentation und Spurensicherung erfolgen und wie gut diese in Gerichtsverfahren tatsächlich bestehen, also als Beweis herangezogen werden können.

Eine weitere Schnittstelle besteht *zwischen der psychosozialen Begleitung der Betroffenen und der medizinischen Erstversorgung und Spurensicherung*. Erstens scheint es eher selten zu sein, dass Mitarbeitende von Beratungsstellen Betroffene in die Erstversorgung oder Spurensicherung begleiten, zumindest gilt dies für Minderjährige und für kognitiv Beeinträchtigte. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass Beratungsstellen zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen werden, die Beratungsstellen die Möglichkeit der vertraulichen Spurensicherung nicht kennen oder ihr gegenüber eher eine skeptische Haltung haben. Dies sollte genauer untersucht werden. Zweitens scheint es nicht gesichert zu sein, dass Beweissicherungsanbieter eine psychosoziale Betreuung der Personen über Kooperationen gewährleisten. Eigene Versorgungsangebote bestehen in der Regel nicht; wird für die Angebote weitervermittelt, ist nicht durchgängig ausreichend sichergestellt, dass das Hilfesuch hier nicht abgebrochen wird.

Möglicherweise ist nicht hinreichend bekannt, dass der Anspruch auf eine psychosoziale Prozessbegleitung nach § 406g StPO, der seit dem 1. Januar 2017 insbesondere für Kinder und Jugendliche besteht, die Opfer von Gewalt- und Sexualdelikten geworden sind, bereits vor Prozessbeginn in Anspruch genommen werden kann. Inwieweit es auch Angebote der psychosozialen Prozessbegleitung gibt, die bereits vor der Anzeigeerstattung genutzt werden können, z. B. für die Begleitung bei der vertraulichen Spurensicherung, müsste näher untersucht werden. Nach der Möglichkeit der psychosozialen Prozessbegleitung wurde in der Studie nicht explizit gefragt, erwähnt wurde diese Möglichkeit umgekehrt ebenfalls nicht. Da die Umsetzung Ländersache ist, könnten hier gegebenenfalls auch regionale Unterschiede bestehen.

Inwieweit die im Vergleich zur Rechtsmedizin geringeren Erfahrungen von Kliniken zu einer schlechteren Qualität der Versorgung führen könnten oder durch das rechtsmedizinische Coaching aufgewogen werden, wäre in weiteren Studien zu untersuchen. Aus Perspektive der Praxis bietet es

sich an, das Modell der Qualitätssicherung einer wohnortnahen Versorgung durch Kliniken über eine Zusammenarbeit mit einem Rechtsmedizinischen Institut zu präferieren, wie es in einigen Regionen bereits praktiziert wird. Die Rechtsmedizin muss in diesen Fällen letztlich die Verantwortung für eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung tragen, während bei den Kliniken die Verantwortung für die medizinische Erstversorgung und die Sicherstellung einer psychologischen Betreuung liegen muss. Voraussetzung ist allerdings, dass die Versorgungsangebote von Betroffenen auch gefunden werden können.

Über eine mögliche Rolle ambulanter Praxen konnten aufgrund der Vorgehensweise keine Erkenntnisse gewonnen werden.

Für die Versorgung von Frauen nach sexueller Gewalt ist eine fachärztliche (gynäkologische) Untersuchung der Standard. Bei Kindern erfolgt die Versorgung überwiegend durch Pädiater\*innen, bei Männern scheint es keinen einheitlichen Standard zu geben. Inwieweit dies für die Qualität der ärztlichen Dokumentation und den faktischen Einfluss auf Gerichtsverfahren relevant ist, kann im Rahmen dieser Studie nicht eingeschätzt werden.

### 4.1.3 Versorgung Minderjähriger und kognitiv Beeinträchtigter

Entsprechend den allgemeinen Unterschieden im Versorgungsangebot finden sich auch Unterschiede in der ärztlichen Versorgung hilfeschender Minderjähriger. Auch hier verfügen Rechtsmedizinische Institute über mehr Erfahrungen als Kliniken. Manche Einrichtungen heben explizit hervor, dass Eltern oder andere Sorgeberechtigte die häufigsten Begleitpersonen seien oder Jugendliche selbstständig die Angebote nachfragen, die Polizei als Begleitung kommt aber in nahezu allen Einrichtungen vor. Gefragt nach den Auswirkungen auf das weitere Vorgehen nach Art der Begleitung weist insgesamt nur ein kleiner Teil der Einrichtungen darauf hin, dass es einen Unterschied mache, ob die Polizei eingeschaltet, ein Ermittlungsverfahren also eingeleitet ist, oder nicht. Ob dies darauf zurückzuführen ist, dass das Angebot der *vertraulichen Spurensicherung für minderjährige Jugendliche* faktisch nur eingeschränkt besteht, lässt sich in dieser Studie nicht eindeutig beantworten. Es gibt Hinweise darauf, dass ein Großteil der Erfahrungen in der Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt im Rahmen behördlicher Spurensicherung gesammelt wurde oder aber die Art der Gewalterfahrung ein Einschalten der Polizei aus Sicht der Beweissicherungsanbieter unerlässlich gemacht hat. Auch hier wären tieferegehende Analysen hilfreich.

Schwierigkeiten scheinen auch die *Aufbewahrungsfristen* der Spuren bei einer vertraulichen Spurensicherung bei Jugendlichen zu machen. Der optimale Nutzen einer vertraulichen Spurensicherung für die Betroffenen, die sie zu Herr\*innen des Vorgehens werden lässt, ist dann



gewährleistet, wenn die Asservierung der Spuren bis zur Verjährungsfrist erfolgt.<sup>36</sup> Dies scheint nur in Ausnahmefällen zu gelingen. Die angegebenen Aufbewahrungsfristen sind rechtlich gesehen in ihrer Begründung nicht nachvollziehbar. Da die Verjährung von der Schwere des Verbrechens abhängt, ist es allerdings nicht unbedingt einfach, diese Frist von vorneherein festzulegen.

Lohse et al. (2018: 83) sind nicht eindeutig in ihren Empfehlungen, ob die Spuren bis zur Volljährigkeit oder bis zum Ablauf der Verjährungsfrist aufbewahrt werden sollten. Gleichzeitig verweisen sie aber darauf, dass die Verjährung bei Straftaten gegen Minderjährige bis zum Erreichen eines Alters von 30 Jahren ruht. Auf Nachfrage im Experteninterview verweist die Erstautorin nochmals auf das Ruhen bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres und bekräftigt, dass Minderjährigen nach ihrem 18. Geburtstag mindestens noch der gleiche Zeitraum wie Volljährigen zugestanden werden sollte, um sich zu überlegen, ob sie den Übergriff anzeigen möchten. Eine Möglichkeit wäre demnach, Spuren zunächst bis zur Vollendung des 18. oder des 30. Lebensjahres zu asservieren und dann Kontakt zu den Betroffenen aufzunehmen mit der Frage, was mit den Spuren weiter passieren soll. Da allerdings unklar ist, in welcher Situation die Nachricht Betroffene erreicht, sollte aus Sicht einer Expertin die Kontaktaufnahme neutral und verbunden mit einem Gesprächs- und Unterstützungsangebot erfolgen. Die weitestgehende Forderung wäre, die Spuren bei Jugendlichen nach sexueller Gewalt bis zum Ende der maximalen Verjährungsfrist aufzuheben, das wäre bis zum Abschluss des 50sten Lebensjahres.

Aus Sicht einer anderen Expertin liegen die Gründe für die realen Aufbewahrungsfristen auf einer anderen Ebene. Zunächst war bei einigen Einrichtungen ein pädagogischer Grund – bei Erwachsenen – für eine kurze Aufbewahrungsfrist ausschlaggebend: Die Betroffenen sollten ermutigt werden, Entscheidungen zu treffen. Ausschlaggebend für die Verkürzung von Aufbewahrungsfristen scheint aber ein Szenario mit Lagerhallen voller Spuren zu sein, die nie einer Ermittlung zugeführt werden. Zwar trifft dieses Szenario derzeit mit großer Wahrscheinlichkeit eher nicht zu, bei intensiver Nutzung des Angebots wäre es aber auch nicht auszuschließen. Entsprechende Erfahrungen scheinen international durchaus vorhanden zu sein. So berichtet z. B. eine amerikanische Studie darüber, dass einige Aufbewahrungsstätten Spuren vernichten, sobald sie keinen Platz mehr für deren Lagerung haben (Newmark et al. 2014).

Eine weitere Expertin differenziert in den Aufbewahrungsfristen zwischen dem Dokumentationsbogen (30 Jahre) und den asservierten Spuren (3 Jahre) und gibt an, dass die Spuren im Hellfeld, also in Verbindung mit einer polizeilichen Ermittlung, lediglich 2 Jahre aufbewahrt würden. Die Richtigkeit dieser Aussage zum Hellfeld konnte im Rahmen dieser Studie nicht verifiziert werden. Logischer

---

<sup>36</sup> Zu den Verjährungsfristen verweisen wir auf die Webseiten des UBSKM. <https://beauftragter-missbrauch.de/recht/strafrecht/verjaehrungsfristen/>, Abruf 21.03.2018.

erschiene, dass die Spurenräger und Beweisstücke so lange aufgeboben werden bis die Verfolgungs- ggf. die Vollstreckungsverjährung abgelaufen ist<sup>37</sup>.

Ähnlich schwierig wie für Jugendliche scheint die Situation für *kognitiv Beeinträchtigte* zu sein, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist. Die Erfahrungen mit der Versorgung dieses Personenkreises bei Beweissicherungsanbietern scheinen noch geringer zu sein. Hier stellt sich die Frage, wie Betroffene von dem Angebot erfahren, besonders intensiv. Insbesondere in den Rechtsmedizinischen Instituten ist die Begleitung durch die Polizei eine häufige Angabe. Wie regelmäßig faktisch eine vertrauliche Spurensicherung erfolgt, ist unklar.

*Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine faktisch erreichbare vollständige Versorgung von minderjährigen Jugendlichen und kognitiv Beeinträchtigten nach sexueller Gewalt entgegen Artikel 25 der Istanbul-Konvention nicht wohnortunabhängig gewährleistet ist. Unter vollständiger Versorgung wird eine der Leitlinie der WHO entsprechende medizinische Erstversorgung, ärztliche Dokumentation und vertrauliche Spurensicherung sowie eine psychosoziale Begleitung verstanden. Werden Spuren erfasst, so werden sie gegebenenfalls nicht hinreichend lange aufbewahrt.*

## **4.2 Selbstbestimmungsfähigkeit versus Sorgerecht**

*Wie gehen Beweissicherungsanbieter mit einer Konfliktlage zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit von Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern um?*

### **4.2.1 Sorgerecht der Eltern**

Die Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Jugendlichen nach sexueller Gewalt ermächtigt rechtlich gesehen die behandelnden Ärzt\*innen, eine medizinische Behandlung durchzuführen (Lohse et al. 2018: 32). Eine Information der Eltern ist in diesen Fällen nicht notwendig, hat sogar im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht zu unterbleiben (Lohse et al. 2018: 50).

Die Ergebnisse der Studie verweisen darauf, dass die Beweissicherungsanbieter sich daran nicht durchgängig orientieren. Zwar weist nur etwa jeder fünfte Beweissicherungsanbieter explizit darauf hin, dass es einen Unterschied im weiteren Vorgehen abhängig davon gibt, ob die Sorgeberechtigten die minderjährigen Jugendlichen begleiten oder nicht. Im weiteren Verlauf antworten die Befragten jedoch nicht konsistent. Etwa neun von zehn Einrichtungen machen einen faktischen Unterschied darin, ob zumindest erkennbar die Einwilligung der Eltern vorliegt. Zwischen medizinischer Erstversorgung, sofern sie durchgeführt wird, und Spurensicherung werden bei den Beweissicherungsanbietern keine diesbezüglich relevanten Unterschiede gemacht. Kaeding/Schwenke

---

<sup>37</sup> Auskunft zur Vorgehensweise von einer Staatsanwältin per E-Mail an den UBSKM.

(2016: 935) bestätigen eine starke Elternorientierung seitens der untersuchenden Ärzt\*innen, wenn Minderjährige Hilfe aufsuchen.

Eine befragte Expertin vermutet, dass Ärzt\*innen, wenn die Gefährdung nicht von den Eltern selbst, sondern von Gleichaltrigen ausgeht, weniger offen dafür sein könnten, die Eltern nicht einzubeziehen, da es die Aufgabe der Eltern ist, das Kind zu schützen. Tatsächlich ist ein sehr sensibles Vorgehen gefordert, bei dem das Risiko des Vertrauensverlusts in die professionellen Helfer\*innen, die gegen den ausdrücklichen Willen des Kindes oder Jugendlichen die Eltern informieren, gegen das Risiko, dass die Eltern nicht in ein Schutzkonzept einbezogen werden können, abgewogen werden muss. Ärzt\*innen brauchen Qualifizierung und vor allem Zeit, um diese komplexe Situation gut zu gestalten und betroffenen Kindern und Jugendlichen echte Hilfe anbieten zu können. Hierfür muss die Politik Räume schaffen.

Ein weiterer Widerspruch im Antwortverhalten wird bei der Frage deutlich, wie die Vertraulichkeit gegenüber den Eltern gewährleistet wird, wenn Rechnungen an privat Versicherte geschrieben werden. Eine Einrichtung gibt korrekt an, dass die Vertraulichkeit gegenüber den Eltern nicht gewährleistet werden kann. Andere Einrichtungen beschreiben kreative Lösungswege, wie dieses Problem umgangen werden könnte. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass einige Einrichtungen doch sehr stark darum bemüht sind, Minderjährigen die notwendige Vertraulichkeit zuzusichern.

Unklar ist, inwieweit bekannt ist, dass Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe haben, und zwar „ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung auf Grund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde“ (§ 8 Abs. 3 SGB VIII). Zumindest dann, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass Sorgeberechtigte selbst die Täter\*innen sein könnten, haben Jugendliche einen Anspruch darauf, eine Beratung des Jugendamtes ohne Einbezug der Eltern in Anspruch zu nehmen. Den Anspruch auf Beratung nach § 8 Abs. 3 SGB VIII haben Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer Einwilligungsfähigkeit. Die Beratung durch das Jugendamt kann die fehlende Einwilligungsfähigkeit aber nicht ersetzen.

### **4.2.2 Feststellung der Einwilligungsfähigkeit**

Beweissicherungsanbieter ziehen unterschiedliche *Konsequenzen* aus der Einwilligungsfähigkeit. Nur etwa jeder fünfte Beweissicherungsanbieter überprüft zunächst die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen und entscheidet abhängig davon über das weitere Vorgehen. Zwar wird auch von anderen Einrichtungen die Einwilligungsfähigkeit geprüft, aber anscheinend ohne eindeutige Konsequenzen. Wird die Einwilligungsfähigkeit bejaht, führen zwar mit einer Ausnahme alle eine Untersuchung durch; wird die Einwilligungsfähigkeit verneint, wird aber von einigen

Gewaltschutzeinrichtungen dennoch eine Untersuchung ohne weitere Klärung durchgeführt. Die Mehrheit der Einrichtungen gibt zwar an, die Einwilligungsfähigkeit zu überprüfen, dann aber in jedem Fall die Untersuchungen vorzunehmen, oder die Untersuchung vorzunehmen, gleichzeitig aber Sorgeberechtigte, Jugendamt oder Polizei darüber zu informieren. Offen bleibt die Frage, warum in diesen Fällen die Einwilligungsfähigkeit überhaupt überprüft wurde, wenn das weitere Vorgehen nicht von der Einwilligungsfähigkeit abhängig gemacht wird. Andere Einrichtungen überprüfen die Einwilligungsfähigkeit gar nicht und schalten gegebenenfalls auch gegen den Willen des oder der Jugendlichen Sorgeberechtigte, Jugendamt oder Polizei ein.

Rechtliche Unsicherheiten zeigen sich auch darin, wie die Einwilligungsfähigkeit festgestellt wird. Nur etwa jeder fünfte Beweissicherungsanbieter gibt an, die *Kriterien* Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit zugrunde zu legen, die die individuelle Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Person umfassen (Lohse et al. 2018: 35). Häufig werden die Kriterien in den Angaben der Beweissicherungsanbieter mit einer Altersgrenze oder mit dem Begriff der Geschäftsfähigkeit kombiniert, wobei Altersgrenzen anscheinend teilweise auch flexibel gehandhabt werden. Rechtlich gesehen wäre eine Altersgrenze ab 14 insofern begründbar, als § 1 Absatz 2 des JGG sowie § 7 SGB VIII Jugendliche als Personen von 14 bis unter 18 Jahren definieren, die Strafmündigkeit mit 14 Jahren (§ 19 StGB) beginnt und die höchstrichterliche strafrechtliche Rechtsprechung bei Jugendlichen ab 14 Jahren in der Regel von der notwendigen Verstandesreife ausgeht, über die Ausübung eines Zeugnisverweigerungsrechts zu entscheiden (BGH 6.7.1965 – 5 StR 229/65). Dennoch ist Einwilligungsfähigkeit nicht an diese Grenze gebunden, sondern im Einzelfall zu prüfen.

In der Praxis mag es nicht immer einfach sein, die Einwilligungsfähigkeit von Jugendlichen festzustellen, die durch Gewalterfahrungen traumatisiert sind. Umso wichtiger erscheint eine sorgfältige *Dokumentation* der Entscheidung, ob eine Einwilligungsfähigkeit vorliegt. Zur rechtlichen Absicherung ist eine schriftliche Dokumentation zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von minderjährigen Patienten\*innen und des Aufklärungsgespräches über notwendige medizinische Behandlungen unerlässlich (Lohse et al. 2018: 37). Die Dokumentation der Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit erfolgt aber überwiegend individuell und damit unter Umständen nicht hinreichend rechtssicher. Die Entwicklung einer einfach handhabbaren rechtssicheren Dokumentationsvorlage wäre hier wohl von praktischem Nutzen.

Die Erstautorin der oben genannten Expertise vertritt im Interview explizit die Auffassung, dass die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit bei der vertraulichen Spurensicherung nicht zu hoch angesetzt werden sollten. Sie begründet dies damit, dass die Entnahme der Spuren kein gefährlicher medizinischer Eingriff ist und die Speicherung der Spuren eigentlich nur „positive“ Folgen für die

jugendliche Person hat, nämlich, dass sie oder er zu einem späteren Zeitpunkt über die Einleitung eines Strafverfahrens entscheiden kann.

#### 4.2.3 Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes

Wenn Jugendliche ohne Einverständnis der Eltern eine medizinische Erstversorgung und vertrauliche Spurensicherung suchen, bestehen Unsicherheiten, was passieren soll. Wie diese Unsicherheiten kompensiert werden und *bei wem bei Unsicherheiten Hilfe gesucht wird*, beantworten Beweissicherungsanbieter ebenfalls unterschiedlich. Dass zunächst einrichtungsinterner Rat eingeholt wird, ist ein für Institutionen typisches und angesichts von Haftungsfragen auch nachvollziehbares Vorgehen. Es überrascht aber, dass die Einbindung in regionale oder überregionale Netzwerke anscheinend nicht stärker zu einem Abbau von Unsicherheiten beiträgt. Aus Sicht einer befragten Expertin ist die Einbindung der regionalen Netzwerke für eine gute Handhabung der komplexen Fälle von sexueller Gewalt gegen Jugendliche ganz entscheidend, um rechtssichere und für die Jugendlichen hilfreiche Entscheidungen treffen zu können, sowohl in der Frage, wann die Untersuchung vorgenommen werden kann, als auch in der danach, was zum weiteren Schutz der Jugendlichen unternommen werden soll. In einer vertiefenden Studie könnte die Rolle der Netzwerke in der Praxis genauer analysiert werden.

Besonders überrascht, dass das Jugendamt anscheinend vergleichsweise häufig, die Isofak aber vergleichsweise selten als Ansprechpartner\*innen betrachtet werden. Inwieweit hier eine nicht hinreichende Differenzierung zwischen Isofak einerseits und Jugendamt andererseits oder zwischen Entscheidung über die Durchführung der Untersuchung einerseits und Verhinderung einer Wiederholung andererseits für die Antworten ausschlaggebend sein könnte, ist unklar. Die Ergebnisse vermitteln den Eindruck, dass erstens das Jugendamt bei der medizinischen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt insgesamt sehr schnell ins Spiel kommt und zweitens die Isofaks seltener einbezogen werden als vom Gesetzgeber gewünscht und es im Sinne des Schutzes der Jugendlichen sinnvoll wäre. Dass Ärzt\*innen nicht zugleich gut ausgebildete Sozialarbeiter\*innen sein können, macht die Beratung durch eine Isofak so wertvoll. Eines der Interviews mit einer Expertin bestätigt, dass aus medizinischer und rechtsmedizinischer Perspektive eine Unterstützung durch die Isofak nicht als hilfreich wahrgenommen wird. Es scheint nicht hinreichend transparent oder überzeugend, dass die Isofak tatsächlich über hinreichende Kompetenzen verfügt. Eher wird eine medizinische Kinderschutzhotline als möglicherweise hilfreich eingeschätzt.

Obwohl ein Großteil der Befragten an verschiedenen Stellen der Befragung angibt, das Jugendamt zu informieren, gibt fast ein Drittel der Befragten an, *die Regelungen des § 4 KKG nicht zu kennen*. Diese bilden jedoch die rechtliche Grundlage dafür, in Fällen einer Kindeswohlgefährdung die ärztliche Schweigepflicht zu übergehen und Daten an das Jugendamt weiterzugeben. Besonders

widersprüchlich erscheint hier, dass nach Aufklärung über die Inhalte des § 4 KKG ein Drittel der befragten Einrichtungen angibt, diese Regelungen für die eigene Berufspraxis als irrelevant anzusehen. Auch die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes hat nach Ansicht einer Expertin gezeigt, dass rund um den § 4 KKG noch viele Rechtsunsicherheiten bestehen und Ärzt\*innen diese Vorschrift noch nicht in ihre Abläufe integriert haben. Es geht demnach darum, § 4 KKG bei Ärzt\*innen bekannter zu machen.

Unklar ist ebenfalls, auf welcher Basis die Einrichtungen die Polizei einschalten. Bei einem rechtfertigenden Notstand, der durch eine potenzielle Kindeswohlgefährdung gegeben sein kann, darf die ärztliche Schweigepflicht zwar übergangen werden, jedoch greifen hier auch die *Befugnisnormen nach § 4 KKG* (Lohse et al. 2018: 60), sodass in Fällen einer akuten Kindeswohlgefährdung eher das Jugendamt als die Polizei einbezogen werden kann.

Unklar ist auch, ob von solchen Schritten nur dann Gebrauch gemacht wird, wenn Sorgeberechtigte als mögliche Täter\*innen in Betracht kommen, oder ob unterstellt wird, dass immer dann, wenn Jugendliche nach sexueller Gewalt nicht die Sorgeberechtigten einbeziehen möchten, über das Jugendamt oder die Polizei der Wiederholungsfall verhindert werden kann. Anscheinend ist behandelnden Ärzt\*innen deutlich, dass Jugendliche nach sexueller Gewalt nicht einfach nach Hause geschickt werden können, und öffentliche Behörden bieten sich als Rundumversorger für sie eher an als beispielsweise Beratungsstellen.

Die beschriebenen widersprüchlichen Verfahrensweisen können als *Unsicherheiten aufseiten der Beweissicherungsanbieter* interpretiert werden. Dabei bleibt unklar, ob die Unsicherheiten auf mangelnde Erfahrungen in der vertraulichen Versorgung Minderjähriger zurückzuführen sind, auf Unsicherheiten im Umgang mit den Regelungen potenzieller Kindeswohlgefährdung oder auf die eingangs diskutierte unklare Rechtslage der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger in die Versorgung nach sexueller Gewalt.

Bedenkt man, dass viele Einrichtungen angeben, gegebenenfalls auch ohne die Einwilligung der Minderjährigen deren Sorgeberechtigte, das Jugendamt oder die Polizei zu informieren, aber nur wenige Einrichtungen von der Expertise einer Isopak Gebrauch machen, müssen die bestehenden Unsicherheiten aufseiten der Ärzt\*innen dahingehend interpretiert werden, dass sie zu einem *falsch verstandenen Jugendschutz* führen können. Unsicherheiten und Unwissen aufseiten der Ärzt\*innen führen auf Kosten des Mitsprache- und Selbstbestimmungsrechts der Minderjährigen zu einer starken Eltern- oder Behördenorientierung. Bei den betroffenen Minderjährigen könnte dies dazu führen, dass sich das Empfinden des Kontrollverlustes wiederholt, das bereits mit dem Übergriff verbunden war.

*Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in der Frage der Abwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht Jugendlicher und dem Sorgerecht der Eltern nicht einzelne Institutionen*

*abweichend von der bestehenden Rechtslage agieren, sondern dass die Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt sehr heterogen ist, teilweise wenig Erfahrungswerte und einige rechtliche Unsicherheiten bestehen. Insbesondere scheint es keine hinreichende Klarheit darüber zu geben, wann die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen über die weitere Vorgehensweise entscheidet, wie die Einwilligungsfähigkeit festzustellen und zu dokumentieren ist und wie genau dann zu verfahren ist, wenn Minderjährige nicht als einwilligungsfähig gelten, aber ein Beisein der Sorgeberechtigten ablehnen.*

*Weiterhin ist den Beweissicherungsanbietern anscheinend unklar, wann zur Vermeidung einer Wiederholung der Tat das Jugendamt und wann die Polizei einzuschalten ist und welche Bedeutung eine Beratung durch eine Isopak für eine möglichst gute Klärung der Situation haben kann.*

### **4.3 Kognitiv Beeinträchtigte**

*Wie verfahren Beweissicherungsanbieter, wenn eine kognitiv beeinträchtigte Person nach sexueller Gewalt Hilfe benötigt?*

Volljährige kognitiv beeinträchtigte Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, gelten zunächst als einwilligungsfähig, bis das Gegenteil festgestellt ist. Sie haben das Recht, über das weitere Vorgehen selbst zu bestimmen, solange ihr Wille erkennbar ist. Die Beweissicherungsanbieter haben hier allerdings die besondere Herausforderung, das Geschehen und dessen Konsequenzen auch in einer gut verständlichen Form zu vermitteln.

Wenn es um die medizinische Erstversorgung, Untersuchungen und Behandlungen geht und eine gesetzliche Betreuung eingesetzt ist, muss erstens geprüft werden, ob diese auch die umfassende Betreuung für Fragen der Gesundheitsvorsorge innehat, denn der Zuständigkeitsbereich ist jeweils eng begrenzt, und zweitens muss auch dann vor der Einbeziehung der Betreuung geprüft werden, ob die betroffene Person tatsächlich nicht in der Lage ist, über den konkreten Eingriff selbst zu entscheiden, also explizit diesbezüglich nicht einwilligungsfähig ist. Es gilt der Grundsatz der Erforderlichkeit, der sich aus § 1896 Absatz 2 BGB ergibt.

Wenn keine Einwilligungsfähigkeit, aber eine gesetzliche Betreuung für die Gesundheitsvorsorge vorliegt, bleibt unklar, wer über die vertrauliche Spurensicherung und Asservierung entscheiden kann, da nicht sicher ist, ob diese Entscheidungen als solche der Gesundheitsvorsorge anzusehen sind. Wenn man bei einer Einwilligungsunfähigkeit die Entscheidung als von der Gesundheitsvorsorge umfasst ansieht, entscheidet die Betreuungsperson. Ist sie nicht umfasst, hat die Betreuer\*in gemäß § 1901 Absatz 5 BGB die Pflicht, dies dem Betreuungsgericht mitzuteilen. Entweder wird dieses dann den Betreuungsumfang dementsprechend erweitern oder aber selbst entscheiden (vgl. §§ 1846, 1908i Abs. 1 S. 1 BGB). Das setzt jedoch voraus, dass die Betreuungsperson zumindest informiert wird.

Trotz einer hohen Vulnerabilität gibt es erwartungsgemäß in der Versorgung kognitiv Beeinträchtigter nach sexueller Gewalt noch weniger Erfahrungen als in der Versorgung Jugendlicher. Auch hier zeigt sich wieder, dass Rechtsmedizinische Institute über mehr Erfahrungen verfügen als Kliniken, und auch hier erfolgt der Zugang zu den Rechtsmedizinischen Instituten oft auch durch die Polizei, also im Rahmen behördlicher Ermittlungen. In Kliniken werden am häufigsten gesetzliche Betreuer\*innen oder begleitendes Personal als Begleitpersonen angegeben.

Trotz geringerer Erfahrungswerte ist das Vorgehen anscheinend einheitlicher, aber nicht unbedingt der Rechtslage entsprechend. Etwa jede zweite Einrichtung prüft die Einwilligungsfähigkeit. Kommen Ärzt\*innen zu dem Schluss, dass die Betroffenen trotz kognitiver Beeinträchtigung einwilligungsfähig sind, wird mehrheitlich die Untersuchung durchgeführt. Hier gibt nur eine Einrichtung an, im Anschluss die Betreuer\*innen bzw. die Polizei darüber zu informieren. Auch in der Frage, wie die Einwilligungsfähigkeit geprüft wird, scheint mehr Klarheit als bei minderjährigen Patient\*innen zu bestehen. Zumeist werden die Kriterien Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit herangezogen.

Gut ein Fünftel der befragten Einrichtungen gibt an, sich *am Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung zu orientieren*, ob die betroffene Person einwilligungsfähig ist oder nicht, und sieben von zehn Beweissicherungsanbietern beziehen die gesetzliche Betreuung in jedem Fall mit ein. Unklarheiten über die Art der Betreuung und die schwere Erreichbarkeit gesetzlicher Betreuer\*innen werden von einigen Einrichtungen als besondere Herausforderung beschrieben. Bedenkt man die Regelungen des § 1901 BGB zu den Pflichten der gesetzlichen Betreuer\*in, scheint diese Verfahrensweise jedoch widersprüchlich zu sein, denn dort heißt es: „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht“ (§ 1901 Abs. 2 BGB). Es scheint kaum ein Fall denkbar zu sein, bei dem eine vertrauliche Spurensicherung, sofern die betroffene Person in diese eingewilligt hat, dem Wohl der betreuten Person entgegenläuft, zumal das weitere Vorgehen nach der Sicherung der Spuren ausführlich besprochen und geplant werden kann.

*Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass sich Beweissicherungsanbieter im Umgang mit Personen, die kognitive Beeinträchtigungen haben, anscheinend nicht immer der Rechtslage entsprechend verhalten. Weder sind solche Fälle bei den Beweissicherungsanbietern häufig, noch scheint die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts kognitiv eingeschränkter Menschen allen Einrichtungen geläufig zu sein. Die Einwilligungsfähigkeit der Personen, denen Gewalt widerfahren ist, für die Untersuchung und Behandlung nach Gewalt muss so lange unterstellt werden, bis das Gegenteil festgestellt ist.*



#### 4.4 Herausforderungen

*Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die Versorgung?*

Die Herausforderungen für die Versorgung lassen sich aus zwei Perspektiven beschreiben, aus der der Personen, denen Gewalt widerfahren ist, und aus der der Beweissicherungsanbieter, die sie versorgen.

Aus der Perspektive der *jugendlichen oder kognitiv beeinträchtigten Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren* ist, geht es darum, dass sie in einer traumatisierenden Situation, die ihre Selbstbestimmungsfähigkeit infrage stellt, wissen müssen, ob und wo sie welche Hilfe finden können und warum diese Hilfe für sie relevant ist bzw. später relevant werden könnte. Ist ihnen dies gelungen, müssen sie entweder dulden, dass andere für sie entscheiden, oder sich ihr Selbstbestimmungsrecht erkämpfen, indem sie ihre Einwilligungsfähigkeit unter Beweis stellen und darauf bestehen, dass dies akzeptiert wird. Gegebenenfalls müssen sie unabhängig von der Entscheidung zur Strafverfolgung bis zu drei Institutionen kontaktieren, um medizinisch erstversorgt zu werden, eine ärztliche Dokumentation und Spurensicherung zu veranlassen und Hilfe in ihrer schwierigen psychischen Lage zu erhalten. Im Zweifelsfall kann dies dazu führen, dass die *Hilfe nicht oder nicht vollständig in Anspruch genommen wird* oder bereits die medizinische Erstversorgung und die vertrauliche Spurensicherung mit ähnlichen potenziellen, emotionalen Überforderungen verbunden sein kann, wie dies bei einem Strafverfahren gegebenenfalls nicht gänzlich vermeidbar ist. Je nach Schwere der Tat kann ihnen Vertraulichkeit dabei nicht wirklich zugesagt werden. Inwieweit sie Kenntnis von der Möglichkeit einer psychosozialen Prozessbegleitung haben und diese in Anspruch nehmen könnten, bleibt offen. Daraus resultiert, dass die Intention der Istanbul-Konvention zumindest für diese Personengruppen in Deutschland weitgehend nicht realisiert ist.

Aus der Perspektive der versorgenden *Beweissicherungsanbieter* besteht die Herausforderung darin, in einem Aufgabengebiet, das für sie nicht zwingend mit hinreichend Routinen verbunden ist, nicht nur eine bedarfsgerechte und den Leitlinien entsprechende Versorgung zu gewährleisten, sondern auch noch rechtssichere Entscheidungen über die Einwilligungsfähigkeit von Personen zu treffen, die ihnen bis zu diesem Zeitpunkt unbekannt waren, und daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen zu ziehen. Hier bestehen Unsicherheiten immer dann, wenn die von ihnen behandelten Personen aufgrund ihres Alters, ihrer psychischen Verfasstheit oder ihrer kognitiven Leistungen oder aufgrund der Tatsache, dass sie Sorgeberechtigte oder gesetzliche Betreuer\*innen haben, unter Umständen nicht einwilligungsfähig sein könnten. Sie sind Expert\*innen für medizinische oder rechtsmedizinische Versorgung, nicht für Rechtsfragen rund um das Thema Einwilligungsfähigkeit. Ohnehin arbeiten die Beweissicherungsanbieter in einem Feld, für das die Rechtsgrundlage jenseits des Artikels 25 der Istanbul-Konvention eher unklar sowie die Finanzierung ungesichert ist und in dem sie manchmal Fantasie entwickeln müssen, wie Dinge gangbar gemacht werden könnten. Dies könnte dazu führen,

dass sie zu schnell Betreuer\*innen oder Sorgeberechtigte oder andere Institutionen *auch gegen den Willen der Betroffenen einbeziehen* oder *ihr Leistungsspektrum auf bestimmte Personengruppen fokussieren* und damit die Versorgungslandschaft für Betroffene noch unübersichtlicher machen. Routinen der Zusammenarbeit mit Isofaks müssen etabliert, Informationen über deren Kompetenzen besser gestreut werden. Dies wird dann um so schwieriger, je seltener solche Fälle für die jeweiligen Beweissicherungsanbieter vorkommen und je weiter sie von den sonstigen Routineabläufen entfernt sind.

*Daraus ergeben sich Anforderungen an eine Professionalisierung von Beweissicherungsanbietern, die zugleich in einem gewissen Widerspruch zu den Anforderungen an eine flächendeckende Versorgung stehen können.*

## **4.5 Handlungsempfehlungen**

*Welche Handlungsempfehlungen für die Politik können daraus abgeleitet werden?*

### **4.5.1 Rechtlicher Rahmen für eine Versorgung ohne Versorgungsbrüche**

Eine flächendeckende, wohnortunabhängige und umfassende Versorgung für Personen, denen Gewalt widerfahren ist, entsprechend Artikel 25 der Istanbul-Konvention erfordert eine *verbindliche rechtliche Regelung, wie medizinische Erstversorgung, vertrauliche Spurensicherung und eine psychische Unterstützung* der Personen, denen Gewalt widerfahren ist, ohne einen Abbruch der Suche nach Hilfe sichergestellt werden kann. Aus Sicht der Autor\*innen dieser Studie sollte dies nicht nur für sexuelle, sondern auch für körperliche Gewalt gelten.

Von Veränderungen des rechtlichen Rahmens profitieren alle Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, speziell aber auch besonders vulnerable Gruppen, zu denen Jugendliche und kognitiv beeinträchtigte Personen gehören. Die Versorgung Jugendlicher nach sexueller Gewalt kann hier nicht ohne einen Blick auf die Versorgung aller Betroffenengruppen verbessert werden. Opfer von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung sind nach Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik (BKA 2018) zu 40,5 % Jugendliche und Heranwachsende (bis unter 21 Jahren); keine der ausgewiesenen Altersgruppen ist so häufig betroffen wie Jugendliche (24,9 %). Jugendliche würden entsprechend von einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen am meisten profitieren.

Die Expertise in der Spurensicherung spricht dafür, diese Versorgung an Rechtsmedizinischen Instituten anzusiedeln, die Expertise in der medizinischen Erstversorgung aber dafür, dies an Kliniken zu tun. Zuverlässige Erkenntnisse über die Versorgungsqualität im Vergleich liegen nicht vor. Der Logik der Betroffenen, die sich in einer Notsituation empfinden, entspricht wahrscheinlich am ehesten eine Anbindung an die medizinische Notfallversorgung. Dies wird im Sinne der faktischen Erreichbarkeit

empfohlen. Kooperationen der versorgenden Kliniken mit Rechtsmedizinischen Instituten zur Beratung und Unterstützung in der Spurensuche und Asservierung scheinen sich bewährt zu haben und bieten eine Qualitätssicherung in der Spurensicherung. Allerdings muss im Fall einer Anbindung an die Notfallversorgung durch eine entsprechende personelle Ausstattung und die Regelung der Abläufe gewährleistet sein, dass Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, nicht in Konkurrenz zu medizinischen Notfällen geraten, denn in der Triage sind die körperlichen Verletzungen nach sexueller Gewalt meist Bagatellverletzungen, trotz der teilweise schweren Traumatisierung, die damit verbunden sein kann. Medizinische Erstversorgung nach sexueller Gewalt bezieht sich nur selten auf die medizinische Behandlung dadurch entstandener Verletzungen. Die beteiligten Ärzt\*innen müssen zudem hinreichend für die Aufgabe qualifiziert und freigestellt sein. Durch entsprechende Fortbildungsangebote und verbindliche Vorgaben muss gewährleistet sein, dass nach medizinischen Standards entwickelte Leitlinien auch umgesetzt werden. Der Vorschlag eines Supervisionsangebots für die psychische Belastung der Beschäftigten wäre zu prüfen.

Im Rahmen der Entwicklung von Standards sollten auch begründbare Aufbewahrungsfristen geregelt werden. Den Autor\*innen der Studie erscheint die Dreijahresfrist, die in zwei Bundesländern zu gelten scheint, zu kurz. Sie schlagen bei sexueller Gewalt gegen Jugendliche daher eine Aufbewahrung zunächst bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres vor, auf deren Ablauf mit einem entsprechenden Unterstützungsangebot aufmerksam gemacht werden sollte. Die weitgehendste Forderung ist die Aufbewahrung bis zur maximalen Verjährungsfrist, d. h. bis zum Ablauf des 50sten Lebensjahres.

Für die Umsetzung des Artikels 25 der Istanbul-Konvention besteht eine Zuständigkeit der Länder, allerdings könnte im Sinn der Herstellung gleicher Lebensverhältnisse der Bund miteinzubeziehen sein. Eine Möglichkeit wäre die Entwicklung entsprechender Standards auch zur Klärung einer gesicherten und bei Minderjährigen elternunabhängigen Finanzierung in einer Bund-Länder-Kommission. Entsprechend Artikel 3 des Grundgesetzes ist dabei sicherzustellen, dass alle Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, unabhängig von Geschlecht oder Alter *realen Zugang zu einer entsprechenden Versorgung* haben. Die Fokussierung einiger Beweissicherungsanbieter aufgrund ihrer fachärztlichen Expertise auf bestimmte Personengruppen müsste durch entsprechende Parallelangebote für andere Personengruppen in erreichbarer Nähe kompensiert sein.

*Wir empfehlen die Erarbeitung rechtlicher Regelungen, beispielsweise im Rahmen eines Artikelgesetzes, zur Sicherstellung der medizinischen Erstversorgung und (vertraulichen) Spurensicherung. Von diesem Gesetz würden insbesondere Jugendliche profitieren. Folgende Punkte sollten darin geregelt werden:*

- *Sicherstellung einer faktisch auffindbaren und für alle Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, insbesondere auch für Minderjährige und kognitiv Beeinträchtigte, wohnortnah zugänglichen Versorgung. Zu diskutieren wären die Vor- und Nachteile einer Anbindung an die*

*Strukturen der Notfallversorgung als Pflichtleistung der Integrierten Notfallzentren, wobei aber eine Trennung vom Triage-System gewährleistet sein muss.*

- *Sicherstellung einer bruchlosen Versorgung, die medizinische Erstversorgung, vertrauliche Spurensicherung und psychosoziale Betreuung jeweils leitlinien- bzw. standardgerecht gewährleistet.*
- *Sicherstellung der Qualität der Spurensicherung und der Asservierung der Spuren durch Rechtsmedizinische Institute.*
- *Sicherstellung einer Qualifizierung und gegebenenfalls auch psychosozialer Supervision des Personals.*
- *Sicherstellung einer hinreichenden Finanzierung aus öffentlichen Mitteln, da das Gewaltmonopol beim Staat liegt und damit eine Verantwortung für Opfer von Gewalttaten besteht, die der Staat nicht schützen konnte. Gegebenenfalls könnte dies auch über eine Finanzierung durch die Krankenversicherung gewährleistet werden, die äquivalent zu den Regelungen des OEG pauschal aus Landesmitteln refinanziert werden könnte.*
- *Regelung zur Dauer der Asservierung bei der vertraulichen Spurensicherung, die Verjährungsfristen berücksichtigt.*

#### **4.5.2 Klarstellung der Regelungen zur Einwilligungsfähigkeit**

Ein zweiter dringender Handlungsbedarf bezieht sich auf die Klarstellung, wie Einwilligungsfähigkeit bei den Personen, deren Einwilligungsfähigkeit nicht zweifelsfrei feststeht, festzustellen ist, wie diese Feststellung zu dokumentieren ist, welche Folgen die Einwilligungsfähigkeit für das weitere Verfahren der medizinischen Erstversorgung, Spurensicherung und psychosozialer Erstversorgung hat und wann Sorgeberechtigte bzw. gesetzliche Betreuer\*innen gegebenenfalls gegen den Willen der Betroffenen einzubeziehen sind und wann nicht. „Kinder und Jugendliche brauchen das Vertrauen, dass ihr Hilfewunsch gehört und ihr Wunsch nach Vertraulichkeit respektiert wird“ (Lohse et al. 2018: 86). Hier ist der Gesetzgeber gefordert, eine leicht verständliche Regelung zu schaffen. „Hilfreich wäre daher eine gesetzliche Klarstellung, dass die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger in Bezug auf medizinische Maßnahmen in Einwilligungsbefugnis mündet und nicht durch das elterliche Sorgerecht überlagert werden kann“ (Lohse et al. 2018: 86).

Eine Klarstellung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Jugendlichen ist eine Einschränkung des Sorgerechts der Eltern und erfordert insofern eine *explizite rechtliche Regelung*. Eine eindeutige Regelung wird aus Gründen der Konsistenz innerhalb der Rechtsprechung nur für die Altersgruppe von 14 Jahren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begründbar sein. Eindeutige Regelungen für die Altersgruppe zwischen 12 und 14 Jahren dürften schwer zu treffen sein. Möglich wäre aber eine Regelung, die Einwilligungsfähigkeit ab 14 Jahren vermutet und Abweichungen nur bei besonderen

Gründen im Einzelfall zulässt. Als problematisch an der Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes Jugendlicher kann allerdings auch die damit verbundene Übertragung von Verantwortung auf noch sehr junge Menschen diskutiert werden.

Das Selbstbestimmungsrecht kognitiv beeinträchtigter Personen besteht grundsätzlich, soweit keine Einwilligungsunfähigkeit im Einzelfall festgestellt wird. Hier scheint es keiner neuen Regelung, sondern eher einer *besseren und eindeutigen Information* über die bestehenden Regelungen zu bedürfen. Die Vermittlung der Informationen an unterschiedliche Adressatengruppen kann über einschlägige Verbände, geeignete Fachzeitschriften (z. B. das Deutsche Ärzteblatt) und in Fortbildungen erfolgen. Auch Checklisten der qualitätssichernden Rechtsmedizinischen Institute wären hier von praktischem Nutzen.

Expertengremien sind gefordert, *Arbeitshilfen wie Checklisten und Musterdokumentationen* (Lohse et al. 2018: 86) zu erstellen, die die Umsetzung dieser Regelungen erleichtern und einfache Handlungsabläufe und Dokumentationsmaterialien insbesondere für die Einrichtungen schaffen, für die die Versorgung von minderjährigen oder kognitiv beeinträchtigten Personen nicht der Alltag ist.

*Wir empfehlen zusammenfassend:*

- *Eine rechtliche Regelung, gegebenenfalls im Rahmen des oben genannten Artikelgesetzes, zu schaffen, die das Selbstbestimmungsrecht von Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren nach sexueller Gewalt bei Inanspruchnahme der medizinischen Erstversorgung, Spurensicherung und psychosozialen Hilfe explizit über das Sorgerecht der Eltern stellt. Dabei sollten begründete Ausnahmen der Altersgrenze im Einzelfall möglich sein.*
- *Verstärkte Bemühungen zur Klarstellung der grundsätzlichen Einwilligungsfähigkeit kognitiv Beeinträchtigter, solange ihr Wille erkennbar ist, sowie zur Klarstellung der eingeschränkten Entscheidungsmacht gesetzlicher Betreuer\*innen. Dies kann durch Fortbildungen, Fachzeitschriften und Verbände erfolgen. Zu fordern wäre weiterhin eine Klarstellung, für welche Betreuungsaufgaben konkret eine gesetzliche Betreuung bestellt sein muss und welche Situationen vorliegen müssen, dass Betreuer\*innen bei medizinischer Erstversorgung, Spurensicherung und Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen zunächst einwilligen müssen. Die Autor\*innen der Studie gehen davon aus, dass ein solcher Fall sehr selten sein dürfte.*

#### **4.5.3 Schutz der Jugendlichen**

Die komplexe Abwägung zwischen der notwendigen Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist, und ihrem Schutz bzw. dem Interesse der Gesellschaft an einer strafrechtlichen Verfolgung sowie die Differenzierung von Kindern und Jugendlichen in ihrem Schutzbedarf vor sexueller Gewalt in den wahrscheinlichen

Gewaltkonstellationen können durch rechtliche Regelungen voraussichtlich nicht wesentlich erleichtert werden. Zumindest kann aus den Erkenntnissen dieser Studie diesbezüglich kein klarer Handlungsbedarf abgeleitet werden. Hier helfen wahrscheinlich entsprechende *Fortbildungsangebote und die enge fachliche Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken*, die auch den Sinn der Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes bzw. im SGB VIII und das veränderte Verständnis des Jugendamtes weg vom Familienschutz hin zum Kinderschutz besser verständlich machen. Zugleich sprechen solche Herausforderungen für eine weitere Professionalisierung der ärztlichen Aufgaben im Gewaltschutz. Eine bedarfsgerechte Versorgung lässt sich nur schwer neben anderen Aufgaben gestalten. Im Rahmen von Fortbildungen muss zudem deutlich gemacht werden, welche Aufgabe und welche Kompetenz die Isopak hat und weshalb es entlastend ist, diese in Anspruch zu nehmen.

*Generell ist zu empfehlen, dass Beweissicherungsanbieter klare Strukturen vorfinden, die es ihnen leichtmachen, in Fällen von sexuellen Gewaltwiderfahrnissen Jugendlicher zwar eine vertrauliche Spurensicherung zu gewährleisten, zugleich aber weiterführende Schutzmaßnahmen verbindlich sicherzustellen, die sowohl helfen, die psychischen Folgen aufzufangen als auch das Risiko einer Wiederholung des Widerfahrnisses zu reduzieren. In der Regel wird die Polizei dafür nicht die geeignete Institution sein. Spezialisierte Beratungsstellen oder Jugendämter könnten hier besser geeignet sein.*

## Literatur

Averdijk, M.; Eisner, M. (2015): Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Alters- und kontextspezifische Strategien. *prävention* (02): S. 38–41.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung: Rechtliche Betreuung (o.J.): Online verfügbar unter: [https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Themen/RechtlicheGrundlagen/WeitereGesetze/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Themen/RechtlicheGrundlagen/WeitereGesetze/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html), zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Bienstein, P.; Verlinden, K. (Hg.): Prävention von sexuellem Missbrauch an Menschen mit geistiger Behinderung. Ausgewählte Aspekte. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. November 2017 in Kassel. Berlin: Materialien der DGSGb, Band 40, S. 5–16.

BKA – Bundeskriminalamt (2018): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland Jahrbuch 2018. Band 2: Opfer. Online verfügbar unter: <file:///C:/Users/fdpg113/AppData/Local/Temp/pks2018Jahrbuch2Opfer.pdf>, zuletzt geprüft am 10.06.2019.

FRA (2014): Violence against women. An EU-wide survey. Main results. Luxemburg (Dignity). Online verfügbar unter: <http://publications.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/c643da1a-a4a6-11e5-b528-01aa75ed71a1>., zuletzt geprüft am 04.04.2019.

Helfferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kaeding, N.; Schwenke, L. (2016): Medizinische Behandlung Minderjähriger – Anforderungen an die Einwilligung. *MedR*, 935.

Kindler, H.; Derr, R. (2017): Sexueller Missbrauch im Forschungsfokus. In: *DJI Impulse. Das Forschungsmagazin des Deutschen Jugendinstituts* (116), S. 4–9.

Klein, S.; Wawrok, S.; Fegert, J. (1999): Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (48), S. 497–513.

Lohse, K.; Katzenstein, H.; Beckmann, J.; Seltmann, D.; Meysen, T. (2018): Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. Online verfügbar unter: [http://signal-intervention.de/download/Infothek\\_Expertise\\_Aerztliche\\_Versorgung\\_Minderjaehriger\\_nach\\_sexueller\\_Gewalt\\_5\\_2018](http://signal-intervention.de/download/Infothek_Expertise_Aerztliche_Versorgung_Minderjaehriger_nach_sexueller_Gewalt_5_2018), zuletzt geprüft am 26.01.2019.

Maschke, S.; Stecher, L. (2017): SPEAK! Die Studie. Sexualisierte Gewalt in der Erfahrung Jugendlicher. Öffentlicher Kurzbericht. Online verfügbar unter: [http://www.speak-studie.de/assets/uploads/kurzberichte/201706\\_Kurzbericht-Speak.pdf](http://www.speak-studie.de/assets/uploads/kurzberichte/201706_Kurzbericht-Speak.pdf), zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Maschke, S.; Stecher, L. (2018): SPEAK! Die Studie. Sexualisierte Gewalt in der Erfahrung Jugendlicher. Erweiterungsstudie Förderschulen. Kurzbericht. Online verfügbar unter: [http://www.speak-studie.de/Kurzbericht%20Speak\\_Förderschule\\_2018-04-12.pdf](http://www.speak-studie.de/Kurzbericht%20Speak_Förderschule_2018-04-12.pdf), zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung (ohne Datum): Internetquelle. Online verfügbar unter: <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/was-tun/untersuchung-mit-vertraulicher-spurensicherung/>, zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Müller, U.; Schöttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/84328/0c83aab6e685eeddc01712109bcb02b0/langfassung-studie-frauen-teil-eins-data.pdf>, zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Newmark, L.; Zweig, J.; Denver, M.; Raja, D. (2014): VAWA 2005 and Sexual Assault Medical Forensic Exams Kit Storage Issues. Hg. v. Urban Institute. Washington D.C. Online verfügbar unter: <https://www.evawintl.org/Library/DocumentLibraryHandler.ashx?id=252>, zuletzt geprüft am 08.06.2019.

Schröttle, M.; Hornberg, C.; Glammeier, S.; Sellach, B.; Kavemann, B.; Puhe, H.; Zinsmeister, J. (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Hg. v. BMFSFJ. Berlin.

S.I.G.N.A.L. e. V. (2017): Stellungnahme des S.I.G.N.A.L. e. V. zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. (Drucksache 18/12037 vom 24.04.2017). Online verfügbar unter: [http://signal-intervention.de/download/Aktuelles\\_Istanbul\\_Konvention\\_Stellungnahme\\_SIGNAL\\_30\\_5\\_2017.pdf](http://signal-intervention.de/download/Aktuelles_Istanbul_Konvention_Stellungnahme_SIGNAL_30_5_2017.pdf), zuletzt geprüft am 19.01.2019.

Tsokos, M.; Laurent, M.; Rößler, L.; Etzold, S. (2018): Rechtsmedizinische Untersuchung mit Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt – Systematisches Vorgehen bei offizieller und vertraulicher Spurensicherung. In: Rechtsmedizin 2018 (Volume 28), S. 539–548. Springer Medizin Verlag GmbH.



## **Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern**

Verlinden, K. (2018): Sexueller Missbrauch an Menschen mit (geistiger) Behinderung – Aktueller Forschungsstand. In: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

WHO (2013): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Online verfügbar unter:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1),  
zuletzt geprüft am 19.01.2019.

WHO (2017): Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines. Online verfügbar unter:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>,  
zuletzt geprüft am 19.01.2019.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über das Sample .....	20
Abbildung 2: Versorgung durch die befragten Einrichtungen.....	22
Abbildung 3: Erfahrungen in der Versorgung minderjähriger Jugendlicher: räumliche Verteilung der Angaben .....	29
Abbildung 4: Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: regionale Verteilung der Antwortenden.....	41

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede in der Erfahrung mit der Versorgung von Personen, denen sexuelle Gewalt widerfahren ist.....	23
Tabelle 2: Unterschiede im Versorgungsangebot .....	24
Tabelle 3: Unterschiede in der Erfahrung mit der Versorgung minderjähriger Jugendlicher .....	30
Tabelle 4: Wer begleitet Jugendliche in die Versorgungseinrichtung? .....	31
Tabelle 5: Wer begleitet kognitiv Beeinträchtigte in die Versorgungseinrichtung? .....	43

## Anhang

### Anhang 1: Projektbeschreibung

#### **Projekt: Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung von Minderjährigen und Menschen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt**

##### **Hintergrund**

Im Mai 2018 wurde die Expertise „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“<sup>1</sup> des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) veröffentlicht. Die Expertise beschäftigt sich mit dem rechtlichen Konflikt zwischen der Selbstbestimmungsfähigkeit der Jugendlichen und dem Sorgerecht der Eltern. Bei einwilligungsfähigen Personen ist eine Einwilligung der Sorgeberechtigten oder gesetzlichen Betreuer\*innen in die ärztliche Versorgung und Dokumentation danach nicht nötig. Die Expertise empfiehlt in einigen Punkten allerdings eine deutlichere rechtliche Klärung.

Bekannt ist, dass in der Praxis die Versorgung von Jugendlichen und Menschen mit kognitiver Behinderung unterschiedlich gehandhabt wird. Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung (UBSKM) hat deshalb den Auftrag erteilt, eine Befragung von allen Einrichtungen durchzuführen, die die medizinische Erstversorgung, Dokumentation und Spurensicherung nach sexueller Gewalt durchführen.

##### **Ziel**

Ziel ist zu wissen, wie die Praxis der medizinische Erstversorgung, Dokumentation und Spurensicherung nach sexueller Gewalt bei Minderjährigen und bei Menschen mit kognitiver Behinderung bzw. Lernschwierigkeiten aussieht, wenn diese nicht von Sorgeberechtigten bzw. gesetzlichen Betreuer\*innen begleitet werden. Wo weicht die Versorgung von den rechtlichen Möglichkeiten einer optimalen Versorgung ab? Wo sehen die Einrichtungen Regelungs- und Unterstützungsbedarf? Es sollen strukturelle und rechtliche Schwierigkeiten identifiziert werden, um die Versorgungssituation für Minderjährige und Menschen mit kognitiver Behinderung nachhaltig verbessern zu können.

##### **Projektlaufzeit**

Oktober 2018 bis März 2019

##### **Vorgehen**

Es soll eine Vollerhebung aller recherchierten Versorgungseinrichtungen durchgeführt werden von denen bekannt ist, dass sie die medizinische Erstversorgung, Dokumentation und

---

<sup>1</sup> Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2018): Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt. <https://www.signal-intervention.de/> Abruf 30.10.2018

Spurensicherung nach sexueller Gewalt durchführen. Es handelt sich voraussichtlich um etwa 100 Einrichtungen.

Die Datenerhebung soll über vorab terminierte Telefoninterviews (30 bis 45 Min.) mit (leitenden) Ärzt\*innen der jeweiligen Versorgungseinrichtung erfolgen. Die Interviews erfolgen nach einem teilstandardisierten Leitfaden. Dazu wurden ausgehend von der vorliegenden Expertise des DIJuF, aus den Fragestellungen und eigener Expertise konkrete Fragen abgeleitet. Das entwickelte Instrument wurde in einem ersten Abstimmungsgespräch mit dem UBSKM, S.I.G.N.A.L. e. V. und der Mutstelle Berlin, Ombudsstelle gegen sexualisierte Gewalt an Menschen mit Behinderungen besprochen und anschließend überarbeitet.

In der Durchführung und Auswertung der Gespräche gelten strenge Datenschutzregeln. Veröffentlicht werden nur Ergebnisse, aus denen kein Rückschluss auf die Institution möglich ist.

Während der Telefoninterviews werden checklistenartige Items direkt angekreuzt bzw. ausgefüllt, zu längeren Ausführungen werden Stichpunkte mitnotiert und ein Erinnerungsprotokoll verfasst. Eine elektronische Aufzeichnung soll nicht erfolgen. Die Aussagen werden institutionsbezogen, nicht personenbezogen dokumentiert. Die Ergebnisse der Befragung werden zunächst quantitativ in Form von einfachen Häufigkeitszählungen zusammengefasst. Qualitative Beschreibungen werden kontrastierend und typenbildend eng an den direkten Aussagen zusammengefasst. Ziel ist herauszuarbeiten, wo allgemeine Unsicherheiten bestehen und wo sich Einrichtungen auf eine bestimmte Vorgehensweise festgelegt haben, ggf. auch von welchen Kriterien dies abhängig ist (z.B. Größe oder institutionelle Anbindung).

Vorgehen und Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst, der in einem zweiten Abstimmungsgespräch diskutiert wird. Gegenstand des Abstimmungsgespräches ist insbesondere auch die Ableitung von Handlungsempfehlungen. Der Katalog von Empfehlungen wird zudem mit den Verfasser\*innen der Expertise des DIJuF persönlich oder telefonisch diskutiert. Die Empfehlungen schließen Aspekte ein, denen in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden sollte.

### **Durchführende Institution**

Projektleitung: Prof. Dr. Beate Blättner und Prof. Dr. med. Henny Annette Grewe

Public Health Zentrum Fulda

Hochschule Fulda, Leipziger Str. 123, 36037 Fulda

Tel: 0661-9640-600 (Skr.); 0661-9640-603

E-Mail: [Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de](mailto:Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de)

## Anhang 2: Erhebungsinstrument

---

### Fragebogen zur ärztlichen Versorgung von Minderjährigen und Menschen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Hochschule Fulda führt im Auftrag des UBSKM (Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung) deutschlandweit Befragungen mit allen Einrichtungen, die die Erstversorgung und ggf. Spurensicherung nach sexueller Gewalt durchführen.

Wir interessieren uns insbesondere dafür, wie die ärztliche Versorgung und Spurensicherung bei Jugendlichen (zwischen 12 und 18 Jahren) und bei Menschen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt erfolgt, wenn diese ohne Eltern bzw. gesetzliche Betreuer erscheinen. Dies scheint in der Praxis unterschiedlich zu sein und rechtliche Unsicherheiten zu bestehen. Um ein Bild davon zu bekommen, wie konkret vorgegangen wird, wenden wir uns an Sie.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

#### I. Allgemeine Angaben

I.1 Name und Sitz Ihrer Einrichtung:

I.2 Datum:

---

#### II. Versorgungsangebot allgemein

1 Zunächst hätten wir gerne ein paar Informationen zu Ihrer Institution und Ihrem Leistungsspektrum insgesamt. Sie sind ein/eine:

Rechtsmedizinisches Institut	1.1	Klinik	1.2	ambulante Praxis	1.3	Einrichtung des ÖGD	1.4
------------------------------	-----	--------	-----	------------------	-----	---------------------	-----

2 Gehören Sie einem Zusammenschluss von Einrichtungen an, die sich mit der Erstversorgung und Dokumentation bei Gewalt befassen und gemeinsame Standards haben (z.B. ProBeweis)

nein 2.1                      ja, welcher: 2.2

3 Richtet sich Ihr Angebot im Zusammenhang mit Gewalt an spezielle Gruppen von Gewaltgeschädigten?

Alle 3.1              Speziell Kinder 3.2              Andere: 3.3

- 4 Bitte schätzen Sie grob, wie oft potentielle Opfer von sexueller Gewalt in Ihrer Institution in den letzten 12 Monaten untersucht wurden. *(Bei Antwort: nie, bitte Vermerk unter 4.4. Sie brauchen den Fragebogen nicht weiter ausfüllen. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!)*

mehrmals pro Woche	4.1	mehrmals pro Monat	4.2
mehrmals pro Vierteljahr	4.3	seltener:	4.4

- 5 Welche medizinische Fachdisziplin führt die Untersuchungen nach sexueller Gewalt durch?

Bei Frauen		Bei Kindern		Bei Männern	
Gynäkologie	5.1.1	Pädiater*in	5.2.1	Rechtsmedizin	5.3.1
andere:	5.1.2	andere:	5.2.2	andere:	5.3.2

Anmerkungen: 5.4

- 6 Welche Leistungen gehören bei einem Verdacht auf sexuelle Gewalt zu Ihrem Leistungsspektrum? Welche führen Sie davon selbst durch und welche vermitteln Sie?

Medizinische Erstversorgung 6.1

Ärztliche Dokumentation

Selbst	6.2.1
Vermittlung	6.2.2

Spurensicherung

Selbst	6.3.1
Vermittlung	6.3.2

Asservierung

Selbst	6.4.1
Vermittlung	6.4.2

Psych. Versorgung

Sicherstellung	6.5.1
Vermittlung	6.5.2

Nachsorge, wenn ja in welcher Art? 6.6

Anmerkungen: 6.7

Wenn Sie für die Spurensicherung oder für die psychologische Versorgung weitervermitteln, wie können Sie dafür sorgen, dass die Person dort auch ankommt?

6.7

Fragebogen zur ärztlichen Versorgung von Minderjährigen und Menschen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt

3

- 7 Wenn Sie medizinische Erstversorgung vornehmen: Welche Prophylaxe-Maßnahmen gehören bei Ihnen zur medizinischen Erstversorgung bei sexueller Gewalt?

Notfallkontrazeptiva 7.1	Tetanus-Impfung 7.2	Hepatitis-B-Impfung 7.3
HIV-Postexpositionsprophylaxe 7.4	Postexpositionsprophylaxe anderer sexuell übertragbare Infektionen, wenn ja, welcher: 7.5	

- 8 Bitte beschreiben Sie kurz, inwieweit Sie in ein Netzwerk von Hilfestrukturen bei Gewalt eingebunden sind:

8.1

- 9 Wie wird die medizinische Erstversorgung und/oder die Spurensicherung bei Ihnen finanziert?

Medizinische Erstversorgung über Krankenkassen 9.1	Spurensicherung und Asservierung aus Mitteln der öffentlichen Hand 9.2	Beides aus Mitteln der öffentlichen Hand 9.3
Teilleistungen durch Patient*innen, z.B. HIV Postexpositionsprophylaxe 9.4	Anderes: 9.5	

### III. Umgang mit hilfesusuchenden Jugendlichen nach sexueller Gewalt

Wir würden jetzt gerne wissen, was passiert, wenn minderjährige Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren zu Ihnen kommen.

- 10 Bitte schätzen Sie grob ein, wie häufig es in den letzten 12 Monaten vorgekommen ist, dass Jugendliche nach sexueller Gewalt Hilfe bei Ihnen gesucht haben. (Bei Antwort: nie, vermerken Sie dies bitte unter 10.4 und gehen bitte weiter zu Teil IV)

mehrmals pro Woche 10.1	mehrmals pro Monat 10.2
mehrmals pro Vierteljahr 10.3	seltener 10.4

11 Über welche Wege bzw. in welcher Begleitung kommen die Minderjährigen zu Ihnen? Bitte schätzen Sie ein, wie häufig das jeweils vorkommt.  
(Mehrfachantworten möglich)

Polizei	11.1	Beratungsstelle	11.2
Jugendamt	11.3	Ärzt*innen	11.4
Eltern/Sorgeberechtigte	11.5	Freund*innen	11.6
andere:			11.7

12 Inwiefern hat die Art der Begleitung einen Einfluss auf das weitere Vorgehen bei Minderjährigen?

12.1

13 Wenn eine minderjährige Person Erstversorgung nach erlittener sexueller Gewalt sucht und bislang kein Einverständnis der Eltern vorliegt, wie gehen Sie vor?  
(Mehrfachantworten möglich)

Untersuchung in jedem Fall durchführen 13.1	Kontakt mit den Eltern aufnehmen, ggf. auch gegen den Willen der Minderjährigen 13.2	Ohne Einwilligung der Eltern keine Untersuchung durchführen 13.3
Einwilligungsfähigkeit überprüfen 13.4	Jugendamt verständigen 13.5	
Anderes:		13.6

Was passiert, wenn aus Ihrer Sicht die Eltern einbezogen werden müssen, diese aber nicht erreichbar sind?

13.7

Holen Sie sich Hilfe, wenn Sie unsicher sind was Sie tun sollen?

Nein / Nicht relevant	13.8	ja, wo:	13.9
-----------------------	------	---------	------

14 Gibt es bestimmte Dinge, die Sie im Umgang mit Jugendlichen besonders beachten?

14.1



15 Wie stellen Sie die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen fest, was sind für Sie Kriterien? *(Mehrfachantworten möglich)*

Altersgrenze, wenn ja, welche?  15.1	Einsichtsfähigkeit (kann Gespräch folgen) 15.2	Urteilsfähigkeit (kann Fragen stellen, abwägen und entscheiden) 15.3
Steuerungsfähigkeit (kann Konsequenzen ziehen) 15.4	Geschäftsfähigkeit 15.5	anderes:  15.6

Anmerkungen: 15.7

16 Wie wird dokumentiert, wie die Einwilligungsfähigkeit geprüft wurde? Gibt es ein standardisiertes Vorgehen (Checklisten, Dokumentationsbögen etc.)?

keine Dokumentation 16.1	individuelle Dokumentation 16.2	standardisiert 16.3
-----------------------------	------------------------------------	------------------------

Wenn die Einwilligungsfähigkeit standardisiert erfasst wird, wie geschieht das? Was wird notiert?

16.4

17 Beschreiben Sie kurz das weitere Vorgehen abhängig davon, ob die Person als einwilligungsfähig eingeschätzt wird oder nicht.

Einwilligungsfähig:

17.1

Nicht einwilligungsfähig:

17.2

18 Was erleben Sie bei der Versorgung Jugendlicher als besondere Herausforderung?

18.1

19 Wir würden gerne wissen, inwieweit bei Ihnen der Schutzauftrag nach § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) bekannt ist und in der alltäglichen Arbeit eine Rolle spielt. Kennen Sie diesen Paragraphen?

ja

19.1

nein

19.2

Nach § 4 haben Sie bei Kinderschutzfällen einen Beratungsanspruch durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung und Sie haben die Möglichkeit einer Weitergabe von Daten an das Jugendamt, wenn Sie zur Abwendung der Gefährdung ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich halten. Hat dieser Paragraph eine Relevanz für Ihren Umgang mit Jugendlichen? Bitte berichten Sie Beispiele.

19.3

Werden die Eltern einer minderjährigen Person bei der Erörterung der Situation und dem Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfe nach § 4 Absatz 1 KKG von der Klinik stets mit einbezogen, auch wenn die minderjährige Person dies ablehnt?

ja

19.4

nein

19.5

20 Rechtlich gesehen gibt es bei den Möglichkeiten Minderjähriger, eigenständig einen Behandlungsvertrag abzuschließen, Unterschiede zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten, wenn die vertraglich entstehenden Kosten die Vernünftigkeitgrenze des sog. Taschengeldparagraphen (§ 110 BGB) überschreiten. Wie sieht es in der Praxis bei Ihnen aus? Machen Sie hier bei der Abrechnung medizinischer Leistungen in der Erstversorgung Unterschiede?

unklar / noch nicht vorgekommen / irrelevant

20.1

nein

20.2

ja, nämlich:

20.3

Wie wird bei privat Versicherten die Vertraulichkeit gegenüber ihren Eltern bei der Abrechnung gewährleistet?

20.4

21 Unterscheidet sich Ihr Umgang mit Minderjährigen bei der Spurensicherung von dem Vorgehen bei der medizinischen Erstversorgung und der ärztlichen Dokumentation?

nein 21.1 ja, nämlich: 21.2

22 Wie lange werden Spuren Minderjähriger bei Ihnen aufgehoben?

bis zur Volljährigkeit 22.1 bis zur Verjährungsfrist 22.2

Anzahl von Jahren: 22.3 Anderes: 22.4

Anmerkungen: 22.5

#### IV Umgang mit kognitiv behinderten Personen

Wir würden jetzt gerne wissen, was passiert, wenn Volljährige zu Ihnen kommen, bei denen sie den Eindruck haben oder wissen, dass sie Lernschwierigkeiten haben bzw. kognitiv behindert sind.

23 Bitte schätzen Sie grob ein, wie häufig es in den letzten 12 Monaten vorgekommen ist, dass Personen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt Hilfe bei Ihnen gesucht haben? *(Bei Antwort nie vermerken Sie dies bitte unter 23.4 und gehen bitte weiter zu Teil V)*

mehrmals pro Woche 23.1 mehrmals pro Monat 23.2

mehrmals pro Vierteljahr 23.3 seltener 23.4

24 Über welche Wege bzw. in welcher Begleitung kommen Personen mit kognitiver Behinderung zu Ihnen? Bitte schätzen Sie ein, wie häufig das jeweils vorkommt. *(Mehrfachantworten möglich)*

Polizei 24.1 Beratungsstelle 24.2

Begleitendes Personal 24.3 Ärzt\*innen 24.4

gesetzl. Betreuer\*innen 25.5 Freund\*innen 24.6

andere: 24.7

25 Inwiefern hat die Art der Begleitung einen Einfluss auf das weitere Vorgehen?

25.1

26 Gibt es bestimmte Dinge, die Sie im Umgang mit kognitiv behinderten Personen besonders beachten?

26.1

27 Wenn eine Person mit kognitiver Behinderung Erstversorgung, Dokumentation und Spurensicherung nach erlittener sexueller Gewalt sucht und ihnen nicht bekannt ist, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt, wie gehen Sie vor?  
(Mehrfachantworten möglich)

Untersuchung in jedem Fall durchführen 27.1

Recherchieren, ob eine gesetzliche Betreuung besteht und Kontakt aufnehmen 27.2

Ohne Einwilligung der gesetzlichen Betreuung keine Untersuchung durchführen 27.3

Einwilligungsfähigkeit überprüfen 27.4

Anderes (Bitte ggf. Unterschiede für Erstversorgung/ Dokumentation notieren):

27.6

Was passiert, wenn aus Ihrer Sicht die gesetzlichen Betreuer\*innen einbezogen werden müssen, diese aber nicht erreichbar sind?

27.7

28 Wie stellen Sie die Einwilligungsfähigkeit der kognitiv behinderten Person fest, was sind für Sie Kriterien? (Mehrfachantworten möglich)

Einsichtsfähigkeit (kann Gespräch folgen) 28.1

Urteilsfähigkeit (kann Fragen stellen, abwägen und entscheiden) 28.2

Steuerungsfähigkeit (kann Konsequenzen ziehen) 28.3

entscheidet sich danach, ob Betreuung festgelegt ist

28.4

Anmerkungen:

28.5

Fragebogen zur ärztlichen Versorgung von Minderjährigen und Menschen mit kognitiver Behinderung nach sexueller Gewalt

9

29 Wie wird dokumentiert, wie die Einwilligungsfähigkeit geprüft wurde? Gibt es ein standardisiertes Vorgehen (Checklisten, Dokumentationsbögen etc.)?

keine Dokumentation 29.1	individuelle Dokumentation 29.2	standardisiert 29.3
--------------------------------	---------------------------------------	------------------------

Wenn die Einwilligungsfähigkeit standardisiert erfasst wird, wie geschieht das?  
Was wird notiert?

29.4

30 Beschreiben Sie kurz das weitere Vorgehen abhängig davon, ob die Person als einwilligungsfähig eingeschätzt wird oder nicht.

Einwilligungsfähig

30.1

Nicht einwilligungsfähig

30.2

31 Was erleben Sie bei der Versorgung kognitiv behinderter Personen als besondere Herausforderung?

31.1

---

## V. Herausforderungen in der Versorgung von Personengruppen

32 Wir würden gerne von Ihnen noch wissen, welche Personengruppen in der Versorgung nach sexueller Gewalt für Ihre Einrichtung eine Herausforderung darstellen. Bitte erzählen Sie uns ein Beispiel von einer Situation, die Sie als herausfordernd erlebt haben.

32.1

Fragebogen zur ärztlichen Versorgung von Minderjährigen und Menschen mit kognitiver  
Behinderung nach sexueller Gewalt

10

33 Welche weiteren Gewaltschutzambulanzen kennen Sie in Ihrem Bundesland?

33.1

34 Welche strukturellen (politischen oder rechtlichen) Veränderungen würden Ihre  
Arbeit mit minderjährigen Personen erleichtern?

34.1

35 Gibt es aus Ihrer Sicht noch Dinge, die Sie zu diesem Thema mitteilen möchten?

34.1

36 Sonstige Notizen

35.1

**Wir danken Ihnen sehr für Ihre Teilnahme!**

## Autorinnen und Autoren

Eingereicht von Prof. Dr. Beate Blättner und Prof. Dr. med. Henny Annette Grewe,  
unter Mitarbeit von Bernhard Gfaller, Elisabeth Gärtner, Anja Kuhberger, Anna-Kristin Bludau, Kim Dedner und Allaa Ali Mostafa

QGis-Karten: Caroline Wöhl

## Impressum

### Herausgeber

Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten  
für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs  
Glinkastraße 24 | 10117 Berlin

### Stand

Juni 2019

### Weitere Informationen

E-Mail: [kontakt@ubskm.bund.de](mailto:kontakt@ubskm.bund.de)  
[www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de)  
[www.kein-raum-fuer-missbrauch.de](http://www.kein-raum-fuer-missbrauch.de)  
[www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de)  
Twitter: [@ubskm\\_de](https://twitter.com/ubskm_de)

### Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

### Hilfetelefon Forschung

0800 44 55 530 (kostenfrei und anonym)