

Endbericht

**Bestandsaufnahme regionaler Projekte der
Anonymen Spurensicherung (ASS) in NRW
und
Darstellung von Entwicklungsmöglichkeiten für
eine zielgerichtete Flächendeckung**

vorgelegt von der

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

AG 7 - Umwelt und Gesundheit
Tel.: 0521 | 106 4365 (Skr. -4366)
Fax: 0521 | 106 15 4365
E-Mail: claudia.hornberg@uni-bielefeld.de

verantwortlich:
Univ.- Prof. Dr. Claudia Hornberg

Mitarbeiterinnen: Ivonne Wattenberg (MSc Public Health),
Mirjam Schülle (MSc Public Health), Rebecca Lättsch (MSc Public Health)

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung und Hintergrund.....	5
2	Status Quo der Anonymen Spurensicherung in NRW	7
3	Ziele des Projektes.....	10
4	Methodisches Vorgehen.....	11
4.1	Säule I: Expert/-inneninterviews	12
4.2	Säule II: Teilnehmende Beobachtung und Fokusgruppengespräche.....	14
4.3	Säule III: Flächendeckung & Zuständigkeiten	15
5	Ergebnisse	16
5.1	Ergebnisse zur Telefonbefragung von Ansprechpersonen der ASS-Projekte (Säule I)	16
5.1.1	Ergebnisse der Befragung der ASS-Projekte in NRW	16
5.1.2	Ergebnisse der Best-Practice-Projekte	28
5.2	Ergebnisse der Fokusgruppengespräche mit den Koordinatorinnen der LAG autonomer Frauennotrufe in NRW (Säule II).....	33
5.3	Ergebnisse zur Flächendeckung und zu Zuständigkeiten (Säule III)	35
6	Erfolgs- und Limitationsfaktoren der Untersuchung	38
7	Kriterien und Handlungsempfehlung für die landesweite Implementierung der ASS	39
8	Fazit: Schrittweise Implementierung der ASS und weiterführender Forschungsbedarf	50
9	Literatur	53
10	Anhang.....	57

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Säulen der Bestandsaufnahme	11
Abbildung 2: Karte der bestehenden und in Planung befindenden ASS- Projekte in NRW. 35	
Abbildung 3: 16 Regionen des Krankenhausbedarfsplans NRW und die Verteilung der ASS-Projekte	37
Abbildung 4: Schrittweise Implementierung der Anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftat (ASS) in NRW	51

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Interviewteilnehmende nach Funktion.	16
Tabelle 2: Ergebnisse der Befragung der Best-Practice-Projekte	28
Tabelle 3: Mögliche Akteur/-innen und Aufgabenzuweisung in einem idealtypischen ASS-Netzwerk (Quelle: modifiziert nach LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW, 2014)	40
Tabelle 4: Finanzierung der ASS: Posten und mögliche Kostenträger	41
Tabelle 5: Modell einer möglichen ASS-Koordinierung	49

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASS	Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftat
bff	Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe in Deutschland
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
bspw.	beispielsweise
D	Düsseldorf
d. h.	das heißt
e. V.	eingetragener Verein
et al.	et alii, et aliae
EU	Europäische Union
FFM	Frankfurt am Main
FRA	Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
ggf.	gegebenenfalls
GiG-net	Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOBSIS	Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem
Gyn.	Gynäkologie, gynäkologisch/e
HH	Hamburg
i.d.R.	In der Regel
Kap.	Kapitel
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
mind.	mindestens
MSGFF	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Saarland)
MSGG	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖA	Öffentlichkeitsarbeit
PKV	private Krankenversicherung
PTBS	Posttraumatischen Belastungsstörungen
RM	Institut für Rechtsmedizin
RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
S.I.G.N.A.L.	Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
STIs	sexuell übertragbaren Erkrankungen
StPO	Strafprozessordnung
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
ZTG	Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH
§	Paragraf
&	und
€	Euro

1 Einleitung und Hintergrund

Die verschiedenen Ausprägungsformen von Gewalt sind vielfältig und werden in der Literatur überwiegend in fünf Grundformen differenziert. So unterscheiden beispielsweise Wieners und Hellbernd (2000) und Hornberg et al. (2008) zwischen physischer, psychischer, sexualisierter, ökonomischer und sozialer Gewalt. In Studien zur Gewaltprävalenz in Deutschland wird in der Regel zwischen körperlicher, psychischer, sexualisierter und struktureller Gewalt unterschieden (Hornberg und Schröttle et al. 2013; Schröttle und Hornberg et al. 2013; Schlack et al. 2013). **Physische Gewalt** bezeichnet alle Arten körperlicher Übergriffe, wobei oftmals körperliche Verletzungen wie Hämatome, Verstauchungen oder Frakturen als direkte Folgen sichtbar werden. Aufgrund offensichtlicher Schädigungen der Opfer wird diese Form von Gewalt in der Öffentlichkeit am häufigsten wahrgenommen (Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe [bff] 2014). **Psychische Gewalt** kann sich beispielsweise in Form von Beleidigungen, Herablassungen oder Mobbing äußern, ist aufgrund der vorwiegend psychischen Folgen allerdings schwerer zu erkennen. **Sexualisierte Gewalt** charakterisiert alle Handlungen, die die sexuelle Willensfreiheit der Person verletzen. Dazu zählen Handlungen wie zum Beispiel sexuelle Belästigungen, umfassende sexuelle Nötigungen, sexueller Missbrauch bis hin zu (versuchten) Vergewaltigungen (Wieners und Hellbernd 2000; Hornberg et al. 2008; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen [MGEPA] 2013). Sexualisierte Gewalt wird vorwiegend von Frauen erlebt (Breiding et al. 2014). Des Weiteren gibt es die **strukturelle Gewalt**, sie umfasst gesellschaftliche, wirtschaftliche oder kulturelle Strukturen und Bedingungen, die Individuen oder Personengruppen benachteiligen. Diese Diskriminierung kann aufgrund des Geschlechtes, einer Behinderung oder ähnlichen stattfinden (bff 2014).

In der **bundesweit repräsentativen Studie** zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ gaben ca. 40% der befragten Frauen zwischen 16 und 85 Jahren an, mindestens einmal in ihrem Leben körperliche oder sexualisierte Gewalt erlebt zu haben (Müller und Schröttle 2004). Erste veröffentlichte Ergebnisse des Modellprojekts „Gender Gewaltkonzept“, das am Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen ca. 5000 Patienten/-innen der Aufnahmeambulanz befragt hatte, zeigen, dass Frauen häufiger von häuslicher und sexualisierter Gewalt betroffen sind als Männer. Demnach erlebten 30% der befragten Frauen, die Gewalterfahrung gemacht haben, diese in Form von sexueller Gewalt, bei Männern waren es 10% (MGEPA 2015). Die Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ (Hornberg und Schröttle 2013) zeigte, dass die in der Studie befragten Frauen im Lebensverlauf allen Formen von Gewalt deutlich häufiger ausgesetzt waren, als Frauen ohne Behinderung im Vergleich zu den Referenzdaten der repräsentativen Frauenstudie (Müller und Schröttle 2004). In der vorgenannten Studie erlebten psychisch er-

krankte Frauen besonders häufig Gewalthandlungen im Erwachsenenleben. Die Befragung zeigte zudem, dass gehörlose Frauen vielfach von sexueller Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben betroffen sind und konnte damit ein weiteres wichtiges Dunkelfeld identifizieren.

Neben der **Gewaltform** kann zwischen dem **Ort der Gewaltgeschehnisse** bzw. der **Art der Täter/-innen** unterschieden werden. Während Männer eher von körperlichen Gewalthandlungen im öffentlichen Raum betroffen sind, die oftmals von wenig bekannten oder unbekannt Tätern (in wenigen Fällen auch Täterinnen) verübt werden, sind Frauen häufiger von sexualisierter und häuslicher Gewalt betroffen (WHO 2003). In vielen Fällen sind die Täter bzw. Täterinnen bekannt, oftmals handelt es sich um den Partner (selten die Partnerin) oder nahe Verwandte.

Die Auswirkungen von häuslicher und sexualisierter Gewalt zählen zu den **größten gesundheitlichen Risiken** weltweit und sind in ihrer gesundheitlichen, gesundheitspolitischen und -ökonomischen Dimension vergleichbar mit denen von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (FRA 2014; WHO 2013; Hornberg et al. 2008). Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und den daraus resultierenden **physischen und psychischen Folgen** konnten anhand mehrerer Studien belegt werden (WHO 2003; Brzank et al. 2004; Müller und Schröttle 2004; Vos et al. 2006;). Einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erleben von Gewalt und der gesundheitlichen Situation der Befragten zeigt die sekundäranalytische Auswertung der Repräsentativstudie in Deutschland zu Gewalt gegen Frauen auf (Hornberg und Schröttle 2013). Frauen mit Erfahrungen von sexualisierter Gewalt geben deutlich häufiger gynäkologische Probleme an als Frauen ohne diese Erfahrungen (Hornberg et al. 2008; Campbell 2002). Gesundheitliche Folgen sind hierbei u.a. ungeklärte Symptome der Fortpflanzungsorgane, sowie wiederholte unerwünschte Schwangerschaften, die auch mit Schwangerschaftsabbrüchen einhergehen können. Folgen von Vergewaltigungen können – neben den akuten Verletzungen - chronische Urogenitalsymptome unklarer Genese (wie häufige Blasen- und Niereninfektionen) sowie rezidivierende vaginale Blutungen, sexuell übertragbare Infektionen (incl. HIV/Aids) und Unfruchtbarkeit sein (Wheeler et al. 2014; WHO 2013; Black 2011). Sexualisierte Gewalt hat nicht nur körperliche Verletzungen zur Folge, sondern wirkt sich ebenso in erheblichem Maße auf die Psyche der Opfer aus (FRA 2014, Godenzi 1996). Internationale Forschungsergebnisse zeigen zahlreiche psychische Beschwerden und Symptome auf, die im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen stehen. Psychische und psychosoziale Folgeprobleme aufgrund von Gewalt gegen Frauen äußern sich häufig in Depressionen, Stresssymptomen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Essstörungen und Suizidalität (Lagdon et al. 2014; Hornberg et al. 2008; Brzank et al. 2004).

Obwohl Gewalttaten eine große Gefahr für die psychische und körperliche Gesundheit darstellen, werden sie in der gesundheitlichen Versorgung oftmals übersehen; auch dann, wenn die Betroffenen - zum Teil explizit - aufgrund von Gewaltfolgen, oft aber auch unter dem Vorwand anderer Beschwerden, medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Der ambulante und stationäre medizinische Sektor ist daher eine zentrale Anlaufstation, wobei die Betroffenen die Gewalttat häufig nicht konkret angeben, Ärzt/-innen – z.T. auch in begründeten Verdachtsfällen – nicht direkt danach fragen oder nicht in der Lage sind, die Verletzungsfolgen und psychischen Belastungsfolgen gerichtsfest zu dokumentieren (Schulte et al. 2013).

Trotz der hohen Betroffenheit erstatten in Deutschland nur 11 % der Frauen eine Anzeige, die Opfer häuslicher und sexualisierter Gewalt werden (FRA 2014). Grund dafür kann die nahe Bindungs- und mögliche Abhängigkeitssituation sein (Schneider 1994). Ebenso sind viele Gewaltbetroffene direkt nach dem Übergriff nicht in der Lage, eine Strafanzeige zu stellen. Gründe dafür können Angst und Scham, das Ausweichen vor dem erlebten Trauma oder Sprachlosigkeit sein. Ebenso wurde die Sorge vor weiteren Gewalttaten und familiären Belastungen in Erhebungen genannt (WHO 2013, FRA 2014). Wird eine Anzeige erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, ist es in der Regel jedoch schwierig, noch ausreichende Beweismittel zu finden, die zu einer Verurteilung des Täters oder der Täterin führen können. Deshalb spielt die zeitnahe Dokumentation von Gewaltfolgen in Form von Verletzungen und Beschwerden für die Einleitung von rechtlichen Schritten eine wesentliche Rolle; insbesondere, da es oft keine Zeugen oder Zeuginnen für die Gewalttaten gibt (GiG-net 2008). Das Vorliegen einer vollständigen Dokumentation und Befundsicherung führt zudem zu einer Minderung der psychischen Belastung als Zeuge/-in vor Gericht (Gage-Lindner 2003).

Die **Anonyme/ Vertrauliche Spurensicherung** ermöglicht den Betroffenen sexualisierter und körperlicher Gewalttaten eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Verwahrung vorhandener Tatbeweise und Asservate sowie eine gezielte Weitervermittlung an kurzfristig verfügbare Hilfsangebote. Somit wird der von Gewalt betroffenen Person ermöglicht, sich zunächst psychisch zu stabilisieren und später - in einem körperlich und psychisch belastbaren Zustand - informiert zu entscheiden, ob und welche rechtlichen Wege sie gegen den Täter/-in gehen möchte. Das System der Anonymen Spurensicherung stellt daher einen wichtigen Baustein bei der Versorgung von sexualisierter Gewalt betroffener Frauen, Männern und Jugendlichen dar, zeigt jedoch an einigen Stellen Optimierungs- und Standardisierungsbedarf, der u. a. im vorliegenden Projekt analysiert wird, um das Gesamtsystem im Nachgang - unter Einbeziehung aller Akteur/-innen - nachhaltig weiterzuentwickeln und flächendeckend umsetzen zu können.

2 Status Quo der Anonymen Spurensicherung in NRW

Es existiert bisher kein auf einheitlichen Standards beruhendes, bundesweit etabliertes Konzept für die Versorgung nach einem sexuellen Übergriff, wenn keine polizeiliche Anzeige

erstattet wird. Nur im Falle einer Anzeigeerstattung erfolgt in der Regel sowohl eine strafrechtliche als auch medizinische und meist auch psychosoziale Versorgung (bff 2014).

Seit etwa zehn Jahren werden in Nordrhein-Westfalen allerdings Angebote **der Anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftat (ASS)** vorgehalten. Sie basieren auf Initiativen und dem Engagement regional agierender Netzwerke aus Frauennotrufen, Frauenberatungsstellen, Opferschutznetzwerken und -einrichtungen, Rechtsmedizinischen Instituten, Kliniken und niedergelassenen Ärzte/-innen. Eine institutionalisierte flächendeckende Angebotsstruktur ist in NRW (aber auch bundesweit) bisher jedoch nicht gegeben.

Die in der Landesarbeitsgemeinschaft der autonomen Frauen-Notrufe in NRW (LAG) vernetzten Beratungsstellen sind an der Entwicklung und Umsetzung von Projekten der Anonymen Spurensicherung maßgeblich beteiligt und setzen sich seit Jahren für deren Etablierung ein. Ihre Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass bereits viele ASS-Projekte etabliert wurden, es jedoch teilweise Unklarheiten hinsichtlich einer zielführenden Umsetzung gibt (u. a. anderem bezüglich der Arbeitsweise der Projekte oder der Finanzierung einzelner Posten). Zudem wurde der Umgang mit besonderen strukturellen Gegebenheiten (wie den sozialräumlichen und Versorgungsunterschieden zwischen städtischen und ländlichen Gebieten) in Bezug auf die ASS bisher nicht erfasst. Daraufhin hat die LAG eine Umfrage vorwiegend bei Projekten in NRW, aber auch in anderen Bundesländern vorgenommen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ASS-Projekte zu identifizieren. Die Ergebnisse wurden im Bericht „Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten und häuslicher Gewalt: Hintergründe – Ziele – Handlungsbedarf. Auswertung einer Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft autonomer Frauen- Notrufe in NRW (LAG)“ veröffentlicht (Schulte et al. 2012).

Die Landesregierung NRW strebt gemäß dem Koalitionsvertrag 2012 – 2017 „Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten“ die Etablierung von ASS-Projekten für ein bedarfsgerechtes flächendeckendes Angebot zur Anonymen Spurensicherung bei sexualisierter Gewalt an. Die langjährigen Erfahrungen der bestehenden ASS-Projekte sollen dabei in die Entwicklung eines landesweiten Konzepts einfließen (Koalitionsvertrag-NRW 2012-2017).

Bei **GOBSIS** handelt es sich um ein telemedizinisches Informations- und digitales Dokumentationssystem für Ärzte/-innen „das alle Anforderungen an die Sicherstellung eines qualitätsgesicherten Systems zur vertraulichen Spurensicherung adressieren soll“ (GOBSIS 2015). Mit GOBSIS wird ein qualitätsgesichertes, computergestütztes System zur gerichtsverwertbaren Befundsicherung von Spuren nach Gewalttaten erprobt. In einem Onlinetool werden die Ärzte/-innen schrittweise durch die Befunddokumentation geführt und erhalten zudem weiterführende Informationen zum Projekt. Weitere Bestandteile sind die rechtssichere Sicherstellung der Archivierung der Befunde, des Transports der Asservate in eine RM sowie der Abrufbarkeit der Befunde und Asservate(GOBSIS 2015).

Außerdem wird das Projekt „I-GOBSIS-live“ zur Entwicklung, Einführung und Evaluation eines „intelligenten Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystems“ (iGOBSIS) in Zusammenarbeit mit dem Rechtsmedizinischen Institut am Universitätsklinikum Düsseldorf, der Fachhochschule Dortmund und des Zentrums für Telematik und Telemedizin (ZTG) vom Land NRW gefördert. „I-GOBSIS-live“ setzt auf das Vorläuferprojekt GOBSIS auf, und deckt alle Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Untersuchung von Gewaltopfern und die Dokumentation zur vertraulichen Spurensicherung ab. I-GOBSIS soll eine Rückkopplung über einen rechtsmedizinischen Dienst ermöglichen, um gemeinsam die Falldokumentation und Spurensicherung im kollegialen Dialog fachärztlich überprüfen zu lassen. Zudem ist die Integration einer Suchmaske für Frauenberatungsstellen im gesamten Bundesgebiet vorgesehen, über die den Opfern passende Beratungsstellen angeboten werden können (GOBIS 2015).

3 Ziele des Projektes

Um Rahmenkriterien für das übergeordnete Ziel der Etablierung eines flächendeckenden Netzes von ASS-Angeboten in NRW formulieren zu können, wird im vorliegenden Projekt zunächst eine umfangreiche Bestandsaufnahme und Bewertung bestehender Konzepte, Projekte und Netzwerke vorgenommen, die an die bestehenden (Forschungs-)arbeiten dazu (siehe dazu Kapitel 2) anknüpfen. Das Ziel ist es, daraus Kriterien bzw. Standards für ein landesweites, bedarfsgerechtes und flächendeckendes Angebot der Anonymen Spurensicherung zu entwickeln.

Für die Entwicklung eines NRW-Gesamtkonzeptes sollen die langjährigen Erfahrungen und Wissensbestände bestehender ASS-Projekte in NRW sowie die Erfahrungswerte bundesweiter Best-Practice-Modelle miteinbezogen werden. Daraus ergeben sich die folgenden Teilziele des Projektes:

1. Bestandsaufnahme der bestehenden und geplanten ASS- Projekte in NRW
2. **Expert/-inneninterviews** mit verschiedenen Akteur/-innen der bestehenden ASS-Projekte in NRW sowie einzelner Projekte, die sich im Aufbau befinden
3. **Teilnehmende Beobachtung und Fokusgruppen** mit Akteur/-innen, die (in) direkt in die Arbeitsprozesse der ASS einbezogen sind
4. **Identifizierung und Befragung von Best-Practice-Projekten** anderer Bundesländer (u. a. Ermittlung von Erfahrungswerten, Erfolgskriterien, Hürden z. B. im Besonderen hinsichtlich Finanzierungsmöglichkeiten)
5. Analyse der Gegebenheiten und Zuständigkeiten für eine flächendeckende Umsetzung

Die Ergebnisse der vorgelagerten Projektschritte sollen genutzt werden, für die

6. **Entwicklung eines Kriterienkataloges** (Standards) für ein landesweites ASS-Gesamtkonzept

Im Folgenden werden das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse des Projektes dargestellt.

4 Methodisches Vorgehen

Zum Erreichen der Teilziele wurde ein empirisch qualitativer Ansatz gewählt, der sich durch eine Methodenvielfalt auszeichnet. Begonnen wurde mit einer umfassenden Literaturrecherche zur Thematik mit ergänzender Dokumentenanalyse, welche fortlaufende Bestandteile des Forschungsprozesses waren.

Daran anknüpfend wurde ein Methodendesign mit einem dreisäuligen Vorgehen erarbeitet, welches in Abbildung 1 dargestellt ist.



Abbildung 1: Säulen der Bestandsaufnahme. Quelle: eigene Darstellung

Die erste Säule (Kap. 4.1) beinhaltet die Datenerhebung mittels qualitativer Expert/-inneninterviews anhand eines umfassenden Leitfadens. Es erfolgte das Sampling; die Kriterien geleitete Auswahl der Interviewpartner/-innen. Die zweite Säule des Forschungsdesigns (Kap. 4.2) beinhaltet weiterführende qualitative Methoden in Form von Teilnehmenden Beobachtungen und Fokusgruppengesprächen, die den fachlichen Forschungs-Praxis-Austausch gewährleisten. Zeitlich parallel zu den ersten beiden Säulen verlaufen die Analysen zur zielgerichteten Flächendeckung (Kap. 4.3), beginnend mit einer Analyse der bestehenden Projekte und deren Entwicklungsstand, einer weiterführenden Analyse zur Flächendeckung der rechtsmedizinischen Institute sowie die Identifizierung von Best-Practice-Modellen aus anderen Bundesländern, sodass diese in die Telefonbefragung integriert werden konnten. Zudem ist die Bedarfsplanung zur flächendeckenden Umsetzung ein Arbeitsaspekt dieser.

Nachfolgend werden die einzelnen Säulen und deren Ergebnisse vorgestellt.

4.1 Säule I: Expert/-inneninterviews

Im Zentrum des Erkenntnisgewinnes stehen die qualitativen telefonischen Expert/-inneninterviews mit verschiedenen Akteur/-innen aus der Praxis der ASS. Das Vorgehen der Vorbereitung der Interviews mit der Entwicklung des Erhebungsinstruments, der Auswahl der Interviewpartner/-innen, der Durchführung und Auswertung ist nachfolgend vertiefend dargestellt.

Auswertung MGEPA Erhebungsraster und Leitfadenentwicklung

Alle im MGEPA eingegangenen Erhebungsraster mit ersten Informationen der Projekte, die einen Förderantrag beim Ministerium gestellt haben, wurden in einer Auswertungstabelle digitalisiert und ausgewertet. Auf dieser inhaltlichen Grundlage – zusammen mit den Erkenntnissen aus der Literatur – wurde ein qualitativer Leitfaden als Erhebungsinstrument für die anschließende telefonische Expert/-innenbefragung entwickelt. Die Leitfadenentwicklung orientierte sich an der Struktur des Erhebungsrasters des MGEPA, um die Vergleichbarkeit von Projekten mit und ohne Erhebungsraster gewährleisten zu können. Ergänzt wurde dieser durch neue Aspekte, die sich teilweise in untergeordnete Teilfragen oder ganzen Themenblöcken niederschlugen.

Daraus ergaben sich die folgenden Themenblöcke für den ergänzenden Leitfaden:

- I Allgemeines zum Angebot ASS,
- II Untersuchung,
- III Spurensätze & Dokumentation,
- IV Transport der Asservate,
- V Lagerung der Asservate,
- VI Beratung & Betreuung,
- VII Kooperationspartner/-innen,
- VIII Schulungen,
- IX Öffentlichkeitsarbeit & Information,
- X Versorgung in ländlichen Gebieten,
- XI Erfolgsfaktoren und
- XII Optimierungsbedarfe.

Die Themenblöcke beinhalten offene und geschlossene Fragen, die entweder aus dem Raster übernommen oder neu entwickelt wurden. In Anlehnung an Helfferich (2005) wurden nach dem SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Subsumieren, Sortieren) die neuen Fragen integriert und die Anordnung der Themenblöcke vorgenommen. Der ausführliche Leitfaden ist dem Anhang zu entnehmen. Der Leitfaden wurde, je nach vorliegendem Vorwissen zu dem Projekt (auf Basis von Erhebungsraster, Flyer, Internetauftritt, weiteren vorliegenden Doku-

menten), für jedes zu befragende Projekt inhaltlich individuell angepasst. Der Leitfaden für die Befragung der Best-Practice Projekte ist vergleichbar aufgebaut, fokussiert wurden jedoch insbesondere Strukturelemente auf Landesebene, Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der Implementierung der Projekte sowie Standardisierungsfragen. Anders als bei den nordrhein-westfälischen Projekten standen bei der Befragung der Projekte anderer Bundesländer die Übertragungsmöglichkeiten für ein NRW-weites Konzept im Fokus.

Ein Pretest des Erhebungsinstruments erfolgte während der ersten Erhebungsphase, d. h., nach den ersten drei Interviews wurde die Angemessenheit des Leitfadens explizit überprüft und dieser dementsprechend für die folgenden Interviews modifiziert.

Auswahl der Interviewpartner/-innen (Sampling)

Der Befragung vorangestellt erfolgte das Sampling, also die Auswahl der potenziellen Interviewpartner/-innen nach vorab festgelegten Kriterien. Im Sinne der guten Qualität des Datenmaterials wird beim Sampling eine maximale Variation angestrebt (Merkens 2007). Um diese zu gewährleisten, wurde bei der Festlegung des Samplings nach einem dreistufigen Verfahren nach Helfferich (2005) vorgegangen. Erstens wird zunächst eine *enge Fassung der Gruppe* angestrebt, d. h., es wurde zunächst ausschließlich Projekte aufgenommen, die in NRW derzeit ein ASS-Angebot vorhalten. Zweitens wird eine *breite Variation innerhalb der Gruppe* angestrebt, bei gegebenem Fall wurden verschiedene beteiligte Akteur/-innen der bestehenden ASS-Angebote einbezogen, d. h. Koordinator/-innen der Projekte – meist Frauenberatungsstellen oder -notrufe –, Gleichstellungsbeauftragte der Kommunen, beteiligte Ärzt/-innen der kooperierenden Kliniken, Ansprechpersonen in den Rechtsmedizinischen Instituten und der Polizei, die in dem befragten Projekt integriert ist. Laut Helfferich (2005) wird als dritter Schritt bei der Samplingentwicklung eine *Korrektur der Gruppendefinition* vorgenommen. In diesem Falle wurde die Gruppendefinition für einige Fälle geöffnet, die akut in der Planung eines ASS-Angebots sind sowie für einige ausgewählte (siehe 4.5) bundesweite Best-Practice-Modelle.

Durchführung der telefonischen Befragung

Die erste Annäherung an das Feld (Kontakt mit den potenziellen Interviewpartner/-innen) erfolgte mithilfe der LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW (sog. Schlüsselinformantinnen (Wolff 2007)). Sie stellten dem Projektteam Dateien mit Informationen und Untersuchungen zum Thema ASS sowie Kontaktdaten zur Verfügung und vermittelten ihr Wissen innerhalb verschiedener Austauschtreffen. Ebenso wurden über die Verteiler der LAG Frauen-Notrufe die Träger bzw. Koordinator/-innen bzw. Ansprechpersonen aller Projekte per E-Mail angeschrieben, um sie über die vorliegende Bestandsaufnahme sowie die angestrebten Befragungen zu informieren. Darauf aufbauend konnte zu den bestehenden Projekten ein erster

telefonischer Kontakt hergestellt und die Interviewtermine vereinbart werden. Zur Vorbereitung des Gesprächs wurde den Interviewpartner/-innen der Leitfadenbogen per E-Mail zur Verfügung gestellt, zusammen mit weiterführenden Informationen zur wissenschaftlichen Bestandsaufnahme und der Zusicherung des gewissenhaften Umgangs mit den Daten. Nach den geführten Interviews wurde ein sog. Postskriptum angelegt, indem Besonderheiten der Interviewsituation festgehalten wurden, sodass diese in die Auswertung der qualitativen Daten einfließen, kann. Das Vorgehen bei den Best-Practice-Projekten verlief entsprechend, allerdings ohne die vorherige Vermittlung über die LAG autonomer Frauennotrufe.

Auswertung der Daten aus der Telefonbefragung

Die Auswertung der telefonischen Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach *Mayring (1983)*. Diese Methode hat den Vorteil, dass ein systematisches, theoriegeleitetes Vorgehen besonders unterstützt wird. Das Verfahren eignet sich immer dann, wenn feststehende Auswertungskategorien, wie hier durch das Erhebungsraster mit geschlossenen Fragestellungen, zusammen mit neuen Kategorien, die sich aus dem Material also den Gesprächsdaten ergeben, zusammenfließen (Deduktiv-Induktives Vorgehen) (Gläser/Laudel 2010). Die paraphrasierten Aussagen der Ergebnisse – aus den Telefoninterviews als auch des MGEPA-Rasters – wurden in einer Tabelle gebündelt, um die Übersicht der Vergleichbarkeit zu erleichtern.

Diese Ergebnisse wurden mit denen der Fokusgruppeninterviews (zweite Säule des Forschungsdesigns, Kapitel 5.2) sowie die der Analyse zur Flächendeckung (dritte Säule des Forschungsdesigns, Kapitel 5.3) verschränkt.

4.2 Säule II: Teilnehmende Beobachtung und Fokusgruppengespräche

Den zweiten zentralen Bestandteil (Säule II) des Projektes bildeten verschiedene Arbeitstreffen mit Akteur/-innen, die direkt im Kontext ASS tätig sind. Außerdem bestand ein enger Austausch mit Vertreter/-innen anderer Professionen (bspw. Vertreter/-innen der Staatsanwaltschaft oder des Innenministeriums), die für die aktuelle Diskussion zur flächendeckenden Umsetzung und hinsichtlich der Entwicklung standardisierter Kriterien wichtige Impulse geben können. Die weiterführende Darstellung der Teilnehmenden Beobachtung und der Fokusgruppengespräche erfolgt im Ergebnissteil (Kap. 5.2).

4.3 Säule III: Flächendeckung & Zuständigkeiten

In einem Arbeitsschritt wurde eine vollständige Analyse der bestehenden und in Planung befindlichen ASS-Projekte in NRW vorgenommen. Hierfür wurden zunächst die bestehenden Listen von ASS-Projekten (u. a. LAG Befragung von 2012, GFMK-Länderabfrage) gesichtet und auf Aktualität geprüft. Zudem wurden die Projekte aufgenommen, die ein Erhebungsrasster im MGEPA-Antragsverfahren ausgefüllt hatten. Zusätzlich wurde eine Internetrecherche durchgeführt, um weitere Projekte zu identifizieren, wobei auch Projekte aufgenommen wurden, die sich derzeit noch in der Planung befinden. Alle Projekte wurden in einer Grafik (Abb. 2) zusammengefasst. Ergänzend wurde die regionale Einteilung nach Krankenhausbedarfsplan mit der Verteilung der ASS-Projekte verglichen.

In einem weiteren Schritt wurden die räumlichen Zuständigkeitsbereiche der Rechtsmedizinischen Institute in NRW analysiert sowie Best-Practice-Modelle anderer Bundesländer identifiziert. Insgesamt wurden Befragungen von vier Best-Practice-Modellen angestrebt, wovon drei verwirklicht werden konnten. Bei einem Modell konnte ein Telefoninterview aus Zeitgründen nicht stattfinden; hier wurde eine umfassende Dokumentenanalyse durchgeführt.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse – entsprechend der Darstellung beim methodischen Vorgehen - anhand der drei Säulen vorgestellt. Alle drei Säulen wurden dabei zeitgleich parallel bearbeitet. Die Ergebnisse spiegeln die unterschiedlichen Blickwinkel, Perspektiven und Interessen, der in diesem Feld beteiligten Akteur/-innen deutlich wider. Es zeichnete sich dabei ab, dass das Thema ASS mit einem hohen Maß an persönlichem Engagement und Eigeninteresse der Interviewpartner/-innen verbunden ist.

5.1 Ergebnisse zur Telefonbefragung von Ansprechpersonen der ASS-Projekte (Säule I)

Die Bereitschaft an der telefonischen Befragung teilzunehmen fiel – unter anderem aufgrund der Türöffnerfunktion der LAG Frauen-Notrufe, die im Vorfeld im Feld auf die Befragung aufmerksam machte - außergewöhnlich hoch aus. Es konnte eine Responserate von knapp 100 % erreicht werden (meist wird bei vergleichbaren Befragungen von ca. 20 % ausgegangen), d. h., alle angefragten Personen in NRW willigten ein, an der Befragung teilzunehmen, bei den Best-Practice-Modellen konnten drei von vier befragt werden. Bei Projekten, die nicht befragt werden konnten, wurden grundlegende Informationen aus einer umfangreichen Dokumentenanalyse ermittelt, sodass diese teilweise auch in die Ergebnisse einfließen. So konnten innerhalb von zwei Monaten insgesamt 17 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. 1h geführt werden. Insgesamt wurden 10 Projekte in NRW einbezogen (wobei bei einem Projekt zwei Vertreter/-innen befragt wurden) und drei Best-Practice-Modelle. In der nachstehenden Tabelle 1 sind die Interviewteilnehmenden ihrer Akteur/-innenperspektive zugeordnet.

Tabelle 1: Interviewteilnehmende nach Funktion. Quelle: eigene Darstellung

Gleichstellungsstelle Kommune/Stadt	Frauen- beratungs- stellen	Private Initiative	Rechts- medizin	Polizei	Ärzt/- innen	Best- Practice- Modelle
2 Vertreter/-innen	7 Vertr.	1 Vertr.	1 Vertr.	1 Vertr.	2 Vertr.	3 Vertr.

5.1.1 Ergebnisse der Befragung der ASS-Projekte in NRW

Die Ergebnisse der telefonischen Expert/-inneninterviews werden im Folgenden nach induktiven und deduktiven Kategorien separat voneinander dargestellt:

Akteur/-innen, Vernetzung und Engagement

Aus der Untersuchung ergab sich, dass die meisten ASS-Projekte von einer Frauenberatungsstelle oder einem Frauennotruf initiiert und koordiniert werden, die bzw. der in der Regel mit mehreren Kliniken und einem Institut für Rechtsmedizin (RM) sowie ggf. weiteren Beratungsstellen (z.B. Aidshilfe, Notfallseelsorge, Caritas, Opferschutzeinrichtungen, wie dem Weißen Ring) und einer Vertretung der Kommune kooperiert. Viele Netzwerke sind aus Runden Tischen oder Arbeitskreisen gegen häusliche oder sexualisierte Gewalt hervorgegangen. Bei einem Projekt übernimmt die Stadt (Gleichstellungsstelle in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt) die Koordination, bei einem anderen das Opfernnetzwerk. In einigen Netzwerken sind Psychotherapeut/-innen, Kinderärzt/-innen und niedergelassenen Ärzt/-innen eingebunden. Auch wenn eine aktive Einbindung der Polizei seit 2012 nach § 163 StPO nicht mit dem Legalitätsprinzip zu vereinbaren ist, fungiert diese in vielen Projekten als zentrale Instanz zur Zusammenstellung und Lieferung der Spurensicherungssets. Diese Kooperation wird insgesamt als sehr praktikabel und erfolgreich bewertet. Insbesondere zu Beginn der ASS-Aktivitäten wird seitens der Projekte außerdem häufig Beratung seitens der Staatsanwaltschaft zur Absicherung der Gerichtsverwertbarkeit der Schritte des ASS-Verfahrens (Transport, Dokumentation etc.) hinzugezogen.

Eine kontinuierliche Netzwerkarbeit und funktionierende Kooperationsbeziehungen unter Einbeziehungen verschiedener Professionen sowie das (ehrenamtliche) Engagement von involvierten Einzelpersonen (z. B. engagierte Chefärzte in den teilnehmenden Kliniken, die das Projekt „tragen“) gelten als zentrale Erfolgskriterien bestehender Projekte. Die Durchführung regelmäßiger Netzwerktreffen (z. B. vier Mal pro Jahr) mit allen eingebundenen Akteur/-innen zur Diskussion der Erfahrungen und offener Fragen, wird als sehr förderlich angesehen. Einige Befragte geben darüber hinaus an, dass das Thema ASS zumindest implizit auch bei anderen Veranstaltungen z. B. Arbeitskreistreffen behandelt wird. In anderen Kommunen gibt es gar keine Netzwerktreffen u. a. aufgrund fehlender Finanzmittel. Ein Projekt führt nach Bedarf Telefonkonferenzen mit den ASS-Zuständigen. Die Vertreter/-innen der Frauennotrufe und -beratungsstellen einiger Projekte nehmen außerdem über die LAG Frauennotrufe oder Frauenberatungsstellen regelmäßig an Austauschtreffen auf Landesebene teil.

Zielgruppen und Fallzahlen

Der überwiegende Anteil der ASS-Projekte fokussiert die Versorgung von Frauen und Mädchen ab 14 Jahren, einige Projekte beziehen auch Männer ein. Vulnerable Gruppen wie Migrant/-innen oder Menschen mit Behinderungen werden nur von einem Projekt explizit über einen Flyer in leichter Sprache angesprochen. Die Fallzahlen sind derzeit noch eher gering und variieren je nach Klinik, in den meisten Kliniken liegen sie bei 5-10 Fällen pro Jahr. Eine

einheitliche Statistik über die Fallzahlen existiert bisher nicht und die Projekte wissen in der Regel nicht, ob Fälle später zur Anzeige gelangten und wenn ja, welchen Ausgang die Prozesse genommen haben. Zu den Fallzahlen ist mit Nachdruck anzumerken, dass sie nur eine geringe Aussage über den Erfolg eines ASS-Projektes liefern können. Zu beachten ist zudem die hohe Dunkelziffer von Opfern sexualisierter Gewalt. Zudem ist die Fallzahl auch stark mit dem Bekanntheitsgrad von ASS allgemein bzw. den Projekten verbunden und mit dem Umfang der betriebenen Öffentlichkeitsarbeit. Hier ist zunächst ein gewisser „Trägheitsfaktor“ des Systems bis zur Etablierung einzukalkulieren, da beteiligte Akteure und Akteurinnen erst die Abläufe kennenlernen und einüben müssen. Innerhalb der Befragungen wurde deutlich, dass es bei allen Beteiligten - insbesondere der Ärzt/-innenschaft - zunächst Klarheit hinsichtlich der Verfahrensabläufe (notwendige Unterlagen, Verfügbarkeit von Spurensets, Transport) ggf. mittels einer kurzen Handreichung zu schaffen gilt.

Untersuchung, Spuren- und Befundsicherung

Die medizinische Versorgung der Gewaltopfer sowie die Spuren- und Befundsicherung (unter Verwendung der Spurensicherungssets bzw. -kits und Dokumentationsbögen) werden in den befragten ASS-Netzwerken durch die eingebundenen Kliniken übernommen. Partiiell, wie bspw. in Münster oder Düsseldorf (bundesweit durchaus verbreiteter) werden die Untersuchung und die Spuren- und Befundsicherung durch rechtsmedizinische Ambulanzen ermöglicht.

Die Verfügbarkeit ausreichender zeitlicher und personeller Ressourcen stellt im Rahmen der ASS für viele Kliniken eine Herausforderung dar. Der Zeitaufwand für die Untersuchung und Spuren- bzw. Befundsicherung beträgt laut Befragung mindestens eine Stunde, wobei der Umfang je nach Anzahl der Laboruntersuchungen und Tests zur Postexpositionsprophylaxe im Kontext von sexuell übertragbaren Erkrankungen (STIs) und Schwangerschaft („Pille danach“) variiert. Während in einigen, finanziell gut gestellten Kliniken auch z. B. kostenintensive Laboruntersuchungen auf STIs übernommen werden können, sind diese in anderen Häusern als Privatrechnung von den Betroffenen selbst zu tragen. In diesem Kontext ist der Blick besonders auf die Versorgungssituation in eher ländlich geprägten Räumen zu legen.

Auch bestehen sehr unterschiedliche Handhabungen bzgl. der klinikinternen Verantwortlichkeiten für die ASS (bspw. Nachbestellung der Spurensets). Die Koordination der ASS ist in vielen Häusern z. B. an einen Chefarzt bzw. eine Chefarztin gebunden, die je nach Projekt mehr oder weniger aktiv in den Prozess eingebunden sind (u. a. indem sie die Untersuchung und Befundung durchführen). Die Nachbestellung und Wartung der Spurensets wird hingegen durch das Pflegepersonal oder eine Funktionsabteilung (i. d. R. die Gynäkologie) übernommen. Deutlich wurde insbesondere im Rahmen der Fokusgruppen, dass eine eindeutig übertragene Verantwortung auf eine Funktionsabteilung sowie regelmäßige Personal-

schulungen unerlässlich sind, besonders aufgrund der hohen Fluktuation des medizinischen Personals.

Ein großes Problem stellt für nahezu alle Projekte die Abrechnung der ärztlichen Leistungen in den Kliniken dar. Oft finanziert die Klinik die Untersuchungen aus eigenen Mitteln und/oder über Notfallscheine. Die Verwendung der Diagnose „Zustand nach Vergewaltigung“ hat in der Regel zur Folge, dass die Krankenkassen gemäß SGB V Regressforderungen an die Täter/-innen bzw. Verursacher/-innen der gesundheitlichen Schädigung stellen (können) und die Patientinnen zur entsprechenden Klärung kontaktieren. Ein solches Vorgehen wird von vielen Befragten zum Schutz der Patient/-innen klar abgelehnt. Daher wird von den Interessensverbänden eine adäquate bundesgesetzliche Regelung hinsichtlich der Ressourcenbereitstellung oder eine Landeslösung bspw. mittels eines Fonds gefordert.

Mehrere Befragte verweisen darauf, dass eine Finanzierung über Eigenanteile oder Notfallscheine bei den geringen Fallzahlen für größere Kliniken noch tragbar ist, bei steigenden Fällen z. B. im Nachgang einer Öffentlichkeitskampagne für die ASS jedoch andere Finanzierungsformen gefunden werden müssten. Bei Abrechnung mit der Krankenversicherung (GKV und PKV) besteht die Problematik, dass die GKV/PKV aufgrund von Regressansprüchen an den/die Täter/-in Anzeige erstatten. Seitens der Projekte wird eine Änderung des § 294a SGB V gefordert. Hier besteht ein dringender Klärungsbedarf vor einer landesweiten Etablierung – wie bereits von der LAG Frauennotrufe, bundesweiten Zusammenschlüssen verschiedener Frauenrechtsorganisationen und dem Ärztetag gefordert wurde sowie auf der Gesundheitsministerkonferenz diesen Jahres beschlossen wurde. Ebenso ist die Rechtssicherheit des Vorgehens bzw. der Untersuchungen für viele Kliniken und Ärzt/-innen zentral, da diese ggf. in einem Prozess aussagen müssen. Sicherheit gibt den Ärzt/-innen bei den Schulungen, wenn ein/e Vertreter/in der Polizei diese Unsicherheiten durch die juristische Expertise nehmen kann.

Als ein weiteres wichtiges Ergebnis bezüglich der Untersuchung in den Kliniken wurde deutlich, dass die Kliniken und Praxen, also die Akteure im Gesundheitswesen, grundsätzlich eine hohe Bereitschaft und Motivation zur Teilnahme an ASS haben. Dies bestätigten insbesondere die Best-Practice-Beispiele im Saarland („Sexuelle Gewalt hinterlässt Spuren“) und Niedersachsen („ProBeweis“).

Befunddokumentation

Innerhalb der befragten Projekte werden verschiedene Dokumentationsformen genutzt (bspw. manuelle Dokumentationsbögen aus Bonn/Rhein-Sieg-Kreis, digitale Dokumentationsplattform GOBSIS), die insgesamt vergleichbar sind, jedoch in ihrem Umfang und in ihrer Praktikabilität sowie bzgl. der Zielgruppe (Frauen, Männer, Kinder) variieren. Je umfangreicher die Befunddokumentation ausfällt (z. B. Frankfurter Bogen), desto schwieriger ist

es, diese in der alltagspraktischen ärztlichen Arbeit auszufüllen; kurze Befunddokumentationen sind dagegen häufig unvollständig und ggf. vor Gericht nicht standhaft. Während Vertreter/-innen der Ärzt/-innenschaft von keinen Problemen bzgl. der Dokumentation berichten, äußerten verschiedene Vertreter/-innen der Frauenberatungsstellen und -notrufen, dass die Bögen häufiger unvollständig ausgefüllt werden oder z. B. die Chiffrenummern falsch angegeben werden, die Dokumentation sogar ganz fehle oder aber mit samt der Patient/-innenakte an die Rechtsmedizinischen Institute verschickt wird. Als Begründung wird insbesondere das Fehlen zeitlicher, personeller und wissensbezogener Ressourcen genannt. Zudem würden einige Ärzt/-innen die deutsche Sprache nur unzureichend beherrschen und die Bögen nicht umfassend ausfüllen können.

Die Bedeutung einer gewissenhaft und umfassend ausgefüllten Dokumentation wird von einigen Projekten als besonders wichtig angesehen, ebenso wie eine adäquate Probensicherung. Im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Thema „Gesicherter Transport von Spurenmaterial“ am 27.10.2015 wurde seitens der Vertreterinnen und Vertreter der Staatsanwaltschaft und des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW jedoch betont, dass sowohl eine umfassende Spurensicherung als auch eine gewissenhafte Befunddokumentation vorzunehmen seien, da im Vorfeld nicht erkennbar sei, welche Spuren im Ermittlungs- bzw. Gerichtsverfahren relevant sind.

Schwierigkeiten und Unsicherheiten zeigen sich häufig bei der Fotodokumentation (u. a. Speicherort und -dauer). In einigen Kliniken, besonders kleineren Häusern, sind z. B. keine Kameras vorhanden oder aber diese werden für andere Zwecke genutzt z. B. um Neugeborene zu fotografieren. Eine gleichzeitige Verwendung für die Dokumentation von Gewaltfolgen wird nicht befürwortet.

Eine Vereinheitlichung der Dokumentation in Form eines landesweiten Standards wird insgesamt als notwendig erachtet und grundsätzlich als praktikabel angesehen.

Spurensicherungssets/-kits

Für die Finanzierung der Spurensicherungssets existieren unterschiedliche Vorgehensweisen. Häufig werden die Sets von der Polizei (unentgeltlich) den Projekten/Kliniken bereitgestellt, analog zum Verfahren mit Anzeigerstattung. Bei anderen Projekten werden die Sets von der Frauenberatungsstelle bzw. dem Frauennotruf - teilweise in Kooperation mit der RM - zusammengestellt und geliefert, in anderen Projekten übernehmen Ehrenamtliche diese Aufgabe oder die Sets sind spendenfinanziert. Zwei Befragte berichten, dass die Sets in den Kliniken teilweise unvollständig seien, weil Ärzt/-innen einzelne Materialien für andere Untersuchungen verbrauchen. Sie heben daher eine eindeutige klinikinterne Zuständigkeit zur Kontrolle der Sets hervor. Eine Vereinheitlichung der Sets sowie feste klinikinterne Zuständigkeiten (u.a. verantwortliche Funktionsabteilung oder Vertreter/-in je Klinik aus Ärzteschaft

oder dem medizinischen Personal) und Regelungen bzgl. der Lieferung durch die Polizei werden allgemein befürwortet. Weiterhin ist eine Abstimmung der Dokumentationsbögen auf die genutzten Sets zentral, da die Spuren- und Befundsicherung nur so qualitätsgesichert vorgenommen werden kann.

Einbindung niedergelassener Praxen

Die Befragten schätzten die Einbindung niedergelassener gynäkologischer oder hausärztlicher Praxen als sekundär ein, da diese keine 24h Gyn-Bereitschaft gewährleisten können, die Versorgung der Betroffenen im Praxisalltag kaum zu tragen ist (u. a. Abrechnungs- und Mitteilungsproblem sowie Mangel an zeitlichen Ressourcen) und die Anonymität bzw. Vertraulichkeit der Patient/-innen nicht immer gewährleistet ist. Die Vertreterinnen von zwei Netzwerken geben an, dass die Einbindung niedergelassener Praxen zunächst geplant war, aufgrund der oben genannten Restriktionen jedoch nicht realisiert werden konnte. Auch wenn niedergelassene Praxen in NRW in der Regel nicht in die Erstversorgung und Spuren-sicherung eingebunden sind, kommt ihnen in den meisten Projekten allerdings eine zentrale Multiplikator/-innenfunktion zu: Als Instanz zur Bereitstellung und Weitergabe von Informationsmaterialien und zur Vermittlung an Beratungsstellen sowie in Bezug auf die Nachsorge und Folgebetreuung der Patient/-innen wird daher die Einbeziehung der Arztpraxen in die ASS-Netzwerke von den meisten Projekten klar befürwortet.

Transport der Asservate

Die Transportabsicherung der Asservate in die jeweils zuständigen Rechtsmedizinischen Institute stellt für einige Projekte eine Herausforderung dar. Derzeit ist die Handhabung bzgl. des Transports der Asservate zur Rechtsmedizin in den regionalen Netzwerken sehr unterschiedlich organisiert (u. a. Taxi, Postweg, private und medizinische Kurierdienste oder Kliniktransporte). In einigen (geplanten) Projekten wird aktuell nach „kreativen Möglichkeiten“ gesucht, z.B. Fahrdienst der Kreisverwaltung, Feuerwehr, Bestatter, Rotes Kreuz. Die Kosten (von 16 – 80 €) variieren je nach Entfernung und Transportdienst zwischen der Klinik und den Rechtsmedizinischen Instituten stark. Auch die Finanzierung ist lokal unterschiedlich gestaltet, wobei der Transport üblicherweise durch die Kliniken selbst oder durch Fördergelder des MGEPA finanziert wird. Das Fehlen einer einheitlichen Regelung hinsichtlich des Asservatentransportes und der damit verbundenen Finanzierung wird von einigen Befragten bemängelt.

Ebenso fällt die Dokumentation über den Transportweg regional sehr unterschiedlich aus. In einigen Fällen ist die Verantwortung diesbezüglich nicht eindeutig geregelt oder es wird keine Dokumentation vorgenommen. Im Rahmen der Interdisziplinären Arbeitsgruppe vom 27.10.2015 wurde thematisiert, dass eine lückenlose Nachvollziehbarkeit für den Verlaufs-

weg / die Verlaufswege beim Transport juristisch entscheidend ist. In der Praxis hätten sich für die Dokumentation der Verlaufswege sog. „Laufzettel“ bewährt, auf dem alle Akteur/-innen, erfolgte Übergaben und Wege vermerkt und gegengezeichnet werden. Bislang sei kein Fall bekannt, in dem der Transport der Asservate vor Gericht thematisiert oder problematisiert wurde.

Lagerung

In allen befragten Projekten in NRW werden die gesicherten Spuren in einem kooperierenden Rechtsmedizinischen Institut (RM) gelagert. Die Lagerzeiten variieren zwischen 2 und 20 Jahren, ebenso die Kapazitäten der Rechtsmedizinischen Institute. Das Abrufen der Asservate erfolgt in den überwiegenden Fällen innerhalb der ersten zwei Jahre, so die Erfahrungen der RM. Im Sinne der Standardisierung sei eine Vereinheitlichung der Lagerzeiten sowie die Festlegung einer Mindestlagerzeit zu empfehlen. Die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe einigte sich am 27.10.2015 aus juristischer Sicht darauf, dass eine Lagerungszeit in den RM-Instituten fünf Jahre nicht unterschreiten sollte. Zu beachten sei zudem, dass die Dokumentationsbögen in den Krankenhäusern genauso lange eingelagert werden.

Die Lagerkosten in den Rechtsmedizinischen Instituten variieren zwischen 0 und 200€ pro Fall. Diejenigen RM, welche die Lagerung unentgeltlich vornehmen, können dies laut Aussage einiger Projekte –nur aufgrund der geringen Fallzahlen ermöglichen. Teilweise ist die kostenfreie Lagerung jedoch an die Bedingung geknüpft, dass mögliche Analysen verbindlich an dem entsprechenden RM durchgeführt werden müssen, um dort abgerechnet werden zu können. Mehrere Projekte beabsichtigen, die Lagerung ggf. zukünftig über ministerielle Fördergelder zu finanzieren. Ein RM wünscht sich eine fallbezogene Vergütung. Bisher unzureichend geklärt sind die Lagerungsmodalitäten, aber auch die Finanzierung der Transportwege in ländlichen Gebieten ohne RM. Die Lagerung wird i.d.R. im institutseigenen System der RM dokumentiert. In der RM lagert auch der klinischen Dokumentationsbogen.

Neben der Lagerung in der Rechtsmedizin ist auch die etwaige Zwischenlagerung in den Kliniken (Praxen) gerichtsfest zu gestalten. In den meisten Projekten existieren hierfür keine Vorgaben und ein Zugang Dritter in Krankenhausbereiche, an denen z. B. Blutproben aufgearbeitet (z. B. Laborarbeitsplätze) oder gelagert werden, kann nicht immer ausgeschlossen werden.

Beratungsangebote und Weitervermittlungswege

Das Thema wird von den Akteur/-innen sehr unterschiedlich bewertet. Während sich die Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe eine Optimierung der Weitervermittlungspraxis wünschen und teilweise bezweifeln, dass Ärzt/-innen die Gewaltopfer tatsächlich an Opfer-schutzeinrichtungen etc. vermitteln, berichten die Vertreter/-innen der Ärzt/-innenschaft, dass

die Weitervermittlung bereits gut funktioniere. Das Verfahren der Weitervermittlung sollte laut einer Befragten so einfach wie möglich gestaltet sein und Ärzt/-innen sollten als Türöffner fungieren. Da diesen die Weitervermittlungsinstanzen teilweise nicht bekannt sind, verweist eine Befragte auf die Aufnahme der Institutionen in den Dokumentationsbogen (wie das beispielsweise bei GOBSIS der Fall ist). Die Ärzt/-innen werden darin aufgefordert Informationsmaterial auszuhändigen und an Beratungsstellen zu vermitteln. Die Beratung wird anschließend durch die in den Dokumentationsbögen und Flyern aufgeführten Erstanlaufstellen durchgeführt, die je nach Bedarf an geeignete Stellen weiter vermitteln.

Die Beurteilung der Weitervermittlungspraxis ist aufgrund der geringen Fallzahlen generell schwierig. Viele Befragte sind sich jedoch einig, dass die erforderlichen Strukturen der Beratungsinfrastruktur (personelle und finanzielle Ressourcen) gegeben sein müssen, um eine adäquate Beratung der Gewaltopfer sicherstellen zu können. Eine Befragte wünscht sich eine proaktives Verfahren, in dem der Arzt/die Ärztin der Beratungsstelle im Auftrag der Person ihre Kontaktdaten vermittelt, sodass die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen aktiv das betreffende Gewaltopfer kontaktieren können. Inwieweit dieses Verfahren in den Kliniken umsetzbar wäre, gilt es jedoch regional zu klären. Einigkeit bestand darin, dass dieses mögliche proaktive Vorgehen fakultativ für die regionalen Netzwerke bleiben sollte.

Schulungen

Die Spuren- und Befundsicherung gehören nicht in das originäre Handlungsspektrum der erstversorgenden Ärzt/-innen. Damit verbunden ist nach Aussage einiger Projekte, dass Ärzt/-innen den rechtlichen bzw. rechtswissenschaftlichen Anforderungen an die gerichts-feste Dokumentation und Spurensicherung nach Gewalttat teilweise nicht gerecht werden können. Eine besondere Bedeutung kommt daher dem regelmäßigen Austausch und den Fortbildungen zu. Laut der Befragung sind notwendige Kernelemente für das gute Gelingen eines ASS-Angebots die Sensibilisierung der eingebundenen klinik- bzw. praxisinternen Akteur/-innen für den Umgang mit Gewaltopfern, die Koordination und Überprüfung der Verfahrensabläufe, ebenso wie regelmäßige Gesprächskontakte mit den beteiligten Kliniken durch die Koordinierungsstelle. Der Informationsbedarf sei insbesondere seitens der Ärzt/-innenschaft groß. Häufig werden die Schulungen klinik- oder abteilungsintern in Dienst-/oder Frühbesprechungen integriert und durch Vertreter/-innen der Beratungsstellen – unter Umständen mit Einbindung der Rechtsmedizinischen Institute - durchgeführt. Inhalte sind in der Regel die Erläuterung von Hintergrund und Zielsetzung des ASS-Untersuchungsablaufs, die damit verbundenen juristischen Fragen, ebenso wie die Handhabung der Sets und Bögen. Die psychosoziale Versorgung und der Umgang mit Gewaltopfern sind zumindest implizit Thema. Zum Teil werden die Schulungen auch durch Ehrenamtliche übernommen. Zielgruppe der Schulungen ist das medizinische Personal in der Klinik; es wird jedoch von mehreren

Projekten empfohlen bzw. angestrebt, auch das Pflegepersonal, Rettungsassistent/-innen und das Personal im Empfangsbereich einzubeziehen. Als besondere Herausforderung wird mehrfach die Zeitbeschränkung im Klinikalltag genannt. Die Intervalle und der zeitliche Umfang der Schulungen variieren innerhalb der Kliniken je nach Engagement der lokalen Akteur/-innen zwischen einer einmaligen 15 minütigen Schulung pro Jahr innerhalb einer Teamsitzung bis hin zu zwei doppelstündigen separaten Schulungen pro Jahr zum Thema. Einzelne Projekte wünschen sich einen verbindlicheren Charakter praxisnaher Schulungen („Wie geht das?“ „Was ist zu tun?“ bei Dokumentation und Spurensicherung), indem diese z. B. bei den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Berufsverbänden der beteiligten Berufsgruppen oder dem Bundeskongress der Gynäkolog/-innen verbreitet wird. Wichtig sei zudem, dass diese Schulungen regelmäßig (z.B. 1 x pro Quartal) vor Ort durchgeführt werden.

Die Finanzierung der Schulungen ist häufig ungeklärt; in den meisten Projekten werden sie über die Fördergelder des Landes finanziert oder aber durch die Netzwerkpartner/-innen unentgeltlich im Rahmen ihrer beruflichen Stellung durchgeführt, wobei die meisten Befragten eine einheitliche Regelung der Ressourcenbereitstellung und möglichst auch der Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen wünschen.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Erfahrungen verschiedener ASS-Projekte zeigen, dass eine umfangreiche, kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit sowie Transparenz im öffentlichen Raum u. A. mit Aushängen in öffentlichen Verkehrsmitteln erforderlich sind, um auf die Netzwerke aufmerksam zu machen. Der Umfang der Öffentlichkeitsarbeit hat einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ASS-Angebote und damit auch auf die Fallzahlen.

Die meisten Projekte verfügen über einen Projektflyer, in dem u. a. alle teilnehmenden Kliniken aufgeführt sind und der Ablauf der ASS beschrieben wird. Ein Projekt hat außerdem einen Flyer in leichter Sprache entwickelt, um auch Menschen mit Lernschwierigkeiten/geistiger Behinderung anzusprechen. Zwei Projekte führen ihre geringen Fallzahlen auf die zu geringe Öffentlichkeitsarbeit zurück. Ein Projekt befürwortet eindeutig die „Frankfurter Kampagne“ und äußert Interesse, diese zu übernehmen. Finanziert wird die Öffentlichkeitsarbeit meistens über die Fördergelder und einen Eigenanteil der Frauenberatungsstellen bzw. -notrufe oder in einem Fall teilweise über Spenden bzw. (übergangsmäßig) über den Etat der Gleichstellungsbeauftragten. Eine Befragte schlägt ein Sponsoring der Öffentlichkeitsarbeit durch die Krankenkassen vor, da diese durch das Angebot der ASS Gelder einsparen würden.

Die Öffentlichkeitsarbeit fokussiert in der Regel verschiedene Zielgruppen. Zentrale Zielgruppe sind die breite Öffentlichkeit als Multiplikator/-innen sowie Frauen und Mädchen. Bei

einigen Projekten werden auch explizit Männer als (potentiell) Betroffene sexualisierter Gewalttaten angesprochen. Ein zweiter Fokus der Öffentlichkeitsarbeit ist die Verbreitung der Aktivitäten innerhalb der internen ASS-Netzwerkstrukturen sowie darüber hinaus die Informationsweitergabe und Sensibilisierung der Akteur/-innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (u. a. niedergelassene Ärzt/-innen)- als Multiplikator/-innen. Als zentral wird von einem Projekt die Sensibilisierung der Ärzt/-innen eingeschätzt, die häufig im Umgang mit Gewaltopfern wenig Erfahrung haben, wobei Ärzt/-innen i.d.R. die ersten Ansprechpartner/-innen nach einer Gewalttat sind. Häufig fällt der Umfang der Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit weitaus geringer aus als gewünscht, da auch hier die Finanzierung bisher unklar ist. Alle Projekte würden in ihre Öffentlichkeitsarbeit intensivieren, wenn entsprechende Gelder zur Verfügung stünden. Mehrere Projekte würden z. B. weitere Multiplikator/-innen ansprechen, wie z.B. Apothekenpersonal, Vertreter/-innen der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern und befürworten eine Verbreitung der Informationsmaterialien zu ASS-Angeboten via Mailinglisten, Newsletter und soziale Medien.

Versorgung in ländlichen Regionen

Auffälliges Ergebnis der Untersuchung war, dass nur wenig Erfahrungswerte und Lösungsansätze zur Bereitstellung des ASS-Angebots in ländlichen Gebieten existieren.

Der Mangel an Kliniken und Praxen, die die Untersuchungen und Spuren- und Befundsicherung übernehmen können, wird - ebenso wie die langen Anfahrtswege für die Betroffenen und bis zur RM - als größte Herausforderung für ländliche Gebiete gesehen. Kliniken mit niedrigen Bettenzahlen fehlen die finanziellen und personellen Möglichkeiten der Befunddokumentation im eigenen Haus, woran die grundsätzliche Problematik der mangelnden Abrechnungspositionen besonders verdeutlicht wird. Zur Reduzierung der langen Anfahrtswege für potentiell Betroffene erwächst die Idee, die Spurensicherung über niedergelassene hausärztliche und gynäkologische Praxen durchzuführen. Inwiefern den niedergelassenen haus- und fachärztlichen Praxen in ländlichen Gebieten eine besondere Rolle zukommt, kann im Rahmen der Untersuchung allerdings nicht abschließend beurteilt werden. Erfahrungswerte gibt es dazu in NRW kaum; bekannt ist aus wenigen befragten Projekten, dass die Bereitschaft der Praxen zurückhaltend ist, aufgrund des hohen Zeitaufwandes und ungeklärten Abrechnungspositionen – beides kann von größeren Kliniken besser aufgefangen werden. Die Erfahrungen des Saarländer Modells (vgl. Tabelle 2) sind bezüglich des Einbezugs von Gemeinschaftspraxen in ländlichen Gebieten jedoch positiv: Die Bereitschaft der Praxen dort ist hoch, ebenso die Inanspruchnahmen. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis von besonderer Bedeutung, dass besonders die Nähe und Vertrautheit zum Hausarzt der Betroffenen geholfen habe. Die Erfahrungen aus dem Landkreis Fulda zeigen, dass die Implementierung bei niedergelassenen Praxen sehr schwerfällig ist und aufgrund dieser schwerfälligen

Implementierung die Schutzambulanz Fulda als Alternative gegründet wurde. Im Rahmen der Interviews von Kolleginnen in NRW wurde deutlich, dass die Betroffenen die „Anonymität“ im Krankenhaus bevorzugen würden. Für NRW ist darauf hinzuweisen, dass die Erfahrungen der zweiten Projektphase von GOBSIS (I-GOBSIS) über die Möglichkeit des Einbezugs von niedergelassenen Praxen für ländliche Gebiete Aufschlüsse geben könnten.

Ideen für alternative Transport- und Lagermöglichkeiten im ländlichen Bereich konnten im Rahmen der Interviews nicht eruiert werden, abgesehen von den erhöhten finanziellen Ressourcen, die bereitgestellt werden sollten, um einer Unterversorgung im ländlichen Raum entgegenzuwirken.

Die Erfahrungen aus den Best-Practice-Modellen anderer Bundesländer zeigen den Aspekt der „Barrieren in den Köpfen“ verstärkt in ländlichen Regionen auf, als eine besondere Herausforderung für die regionale Öffentlichkeitsarbeit. In einigen Kommunen bestehen Vorbehalte der Thematik gegenüber bzw. die örtlichen Akteur/-innen gehen davon aus, dass in ihrer Region keine sexualisierten Übergriffe auftreten und kein Bedarf für ein ASS-Netzwerk existiert.

Integration von ASS in das Gesamtkonzept der Gewaltopferversorgung

Einige der Befragten befürworten die Integration der ASS in den Gesamtkontext der Gewaltopferversorgung, u. a. über eine breite Öffentlichkeitskampagne. Einhelliges oberstes Ziel ist für alle Befragten eine Verbesserung der (medizinischen) Versorgung gewaltbetroffener Menschen.

Der Begriff „ASS“ ist - laut Einzelmeinungen von Befragten - einigen betroffenen Personen nicht bekannt bzw. missverständlich und oder es wird etwas anderes damit assoziiert (z. B. Kopfschmerzmittel). Auch der Begriff „anonym“ verunsichere teilweise und ist wenig „niedrigschwellig bzw. zugänglich“. Einige wenige Projekte empfehlen ein weiter gefasstes Vorgehen bzw. einen weiter gefassten Begriff zu wählen, da die Anonymität im ASS-Prozess meist nicht durchgängig gewährleistet werden kann (z. B. bei Vorzeigen der Versicherungskarte im Krankenhaus, auch die Lagerung ist in der Regel pseudonymisiert und nicht anonymisiert). Da es jedoch bei ASS nicht um die Zusicherung der Anonymität im gesamten Prozess gehe, sondern um Zusicherung der Anonymität vor den Strafverfolgungsbehörden (vgl. Gespräch der interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Thema „Gesicherter Transport von Spurenmaterial vom 27.10.2015), hat die Begrifflichkeit seitens der LAG und des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW ihre Berechtigung und sollte daher beibehalten werden.

Unabhängig von der Begrifflichkeit wünschen sich einige Projekte einen erweiterten Fokus, in dem die medizinische Versorgung/Soforthilfe der Frauen/Männer/Kinder im Vergleich zur Spuren- und Befundsicherung zentral ist (in Anlehnung an das *Frankfurter Modell*). Der Fokus auf die medizinische Versorgung sei auch für die Ärzteschaft besser nachvollziehbar, da

diese im - Gegensatz zur Spurensicherung - das „Alltagsgeschäft“ sei. Mit einer anderen Begrifflichkeit würde ggf. die Kooperationsbereitschaft der Ärzteschaft erhöht. Ein Projekt empfiehlt, sich nicht nur auf sexuelle Gewalt zu beschränken sondern alle Gewaltformen einzubeziehen, auch da die Grenzen zwischen häuslicher und sexualisierter Gewalt oft fließend seien.

Standardisierungsbedarfe

Nahezu alle Befragten sprechen sich - zumindest teilweise - für eine stärkere Standardisierung einzelner Bestandteile der ASS für NRW aus. Insbesondere für neu zu etablierende Projekte seien standardisierte Vorgaben hilfreich. Bestehende Projekte, die sich bereits mit einer anderen Herangehensweise etabliert hätten und gut funktionieren würden, sollten jedoch nicht zwangsläufig ihre Strukturen anpassen müssen.

Zusammenfassung der zentralen Aspekte

Im Rahmen der sehr erfolgreichen Telefonbefragungen wurde insgesamt deutlich, dass die Praxis einen großen Bedarf an einheitlichen Standards und Vorschlägen für Finanzierungsmodelle sowie Verfahrensregelungen zur Etablierung neuer ASS-Angebote hat.

Bedeutende Erfolgsfaktoren und Erfordernisse sind folgende:

- gelingende Netzwerk- und Kooperationsbeziehungen unter Einbeziehungen verschiedener Personengruppen/Professionen sowie engagierte Einzelpersonen
- regelmäßiger Austausch, Fortbildungen, Qualifizierungsmaßnahmen und die Sensibilisierung der eingebundenen Akteur/-innen
- umfangreiche und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit für verschiedene Zielgruppen (breite Öffentlichkeit, vulnerable Personengruppen, Multiplikator/-innen, Projektpartner/-innen)
- einheitliche Kriterien und Rechtssicherheit für Spurensicherungs-Sets, Untersuchungsumfang, Transport, Befunddokumentation und Lagerung

Die Sicherstellung der Finanzierung und der Rechtssicherheit der Verfahren sind die Hauptaspekte bei der Umsetzung der ASS und sollten im Zuge eines standardisierten, Kriteriengeleiteten Vorgehens hohe Priorität aufweisen.

Innerhalb der Interviews wurden auch die Grenzen der Standardisierung sichtbar. Es sollte ein Kompromiss zwischen Vereinheitlichung/Standardisierung und individuellen Ausgestaltungsmöglichkeiten angestrebt werden - je nach regionalen (Unterstützungs-) Strukturen und Besonderheiten. Ziel könnte demnach eine vergleichbare Umsetzung der ASS bei individuellen Kooperations- und Finanzierungshintergründen sein. Eventuell ist auch die Vorgabe von mehreren Umsetzungsalternativen oder die Definition mehrerer Umsetzungsschritte sinnvoll. Dabei sollten etablierte Strukturen Berücksichtigung finden.

5.1.2 Ergebnisse der Best-Practice-Projekte

Nachfolgend sind tabellarisch die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Best-Practice-Projekte bezüglich der Organisationsaspekte sowie der Verfahrensabläufe zur Beweissicherung und Befunddokumentation bei sexueller Gewalt aufgeführt.

Tabelle 2: Ergebnisse der Befragung der Best-Practice-Projekte

Projekte	Frankfurt am Main: Soforthilfe nach Vergewaltigung	Fulda: Schutzambulanz	Saarland: Sexuelle Gewalt hinterlässt Spuren	Hannover: Netzwerk ProBeweis*
Aspekte				
Geschichtlicher Hintergrund	<u>2010/11</u> Aufbau einer vertraulichen Spurensicherung mit einer Klinik, Projekt wurde wenig angenommen, aufgrund dessen bewusst auf die medizinische Versorgung fokussiert	<u>Gewachsen</u> aus einer Kooperation des hessischen Sozialministeriums und der HS Fulda, <u>2007/08</u> erfolgloser Versuch des Hessischen Sozialministeriums der Implementierung des „Hessischen Dokumentationsbogens“ bei niedergelassenen Ärzt/-innen, neue Wege des Versorgungsangebots gesucht, Ergebnis: Schutzambulanz - zunächst als Modellprojekt	<u>2012</u> Initiierung des Themas durch einen Landtagsbeschluss	unbekannt
Vorbilder/ Orientierung	Unbekannt	Berliner Organisation Signal, Projekt von Signal in Kassel, Erfahrungen aus D, HH und Lausanne sind bei der Konzeptentwicklung eingeflossen	Analyse von Projekten bundesweit, v. a. FFM, ProBeweis	keine Angaben
Ziel/Intention	Modell fokussiert die Bedürfnisse der von sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen und insbesondere deren medizinische Versorgung nach Vergewaltigung - unabhängig von einer möglichen Anzeigerstattung und/ oder ggf. einer ver-	Ziel ist es die Gesundheitsversorgung (ggf. mit vertraulicher Befund-sicherung und Dokumentation) bei interpersoneller und Häuslicher Gewalt zu ermöglichen und zu verbessern.	Ziel ist es von sexueller Gewalt Betroffenen einen Zugang zu einem Angebot zu ermöglichen, das ihnen eine selbstbestimmte Entscheidung sowie Zeit und Raum für die Bewältigung ihrer schwierigen Situation und ihres Traumas gibt.	Das Ziel von Netzwerk ProBeweis ist es Betroffenen von Häuslicher und Sexueller Gewalt bereits vor einer Strafanzeige eine gerichtsverwertbare Verletzungsdokumentation und Spurensicherung - möglichst wohnortnah zu ermöglichen.

	traulichen Befunddokumentation			
Vorlaufzeit	~ 1-2 Jahr(e) (seit 2012, Start 2013/14)	~ 1-2 Jahre (seit 2008 Start 01.01.2010)	~ 2 Jahre (seit Ende 2012, Start: Nov. 2014)	~ ½ Jahr (seit 2012, Start Pressekonferenz 5/2012)
Gesamtkoordination	Federführend Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt	Landkreis Fulda zusammen mit den Mitarbeitenden der Schutzambulanz	Liegt federführend beim Sozialministerium und einer interministeriellen Landesarbeitsgruppe, die 2012 etabliert wurde und die die Initiierung, Umsetzung und Koordinierung der Landesumsetzung tätigt	Institut für Rechtsmedizin der medizinischen Hochschule Hannover
Finanzierung	<u>Mischfinanzierung:</u> Stadt Frankfurt, Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, kooperierende Kliniken (für die Untersuchungen)	<u>Mischfinanzierung:</u> Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Landkreis Fulda, kooperierende Kliniken (für die Untersuchungen), HS Fulda (Begleitforschung)	<u>Einzelfinanzierung:</u> Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF), darüber hinaus in bestehende Strukturen – ohne Vergütung – integriert	<u>Einzel- oder Mischfinanzierung (unbekannt):</u> Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MSGG), weitere unbekannt, ggf. RM, ggf. Kliniken
Fallzahlen	<u>2014:</u> 38 Fälle, 2/3 nur gesundheitliche Versorgung, 1/3 nutzt die Spurensicherung , davon haben 2014 3 Frauen rückwirkend Anzeige erstattet, Prozessausgang nicht bekannt	<u>2014:</u> 50 Dokumentationen von Häuslicher Gewalt, 150 Falldokumentationen (alle Anfragen, die eingehen)	Von <u>Nov. 2014 – Juli 2015</u> insgesamt 4 Fälle, der 5. Fall wurde nach 2 Tagen direkt zur Anzeige gebracht. Besonderheit: 1 Fall wurde 2 Tage nach der ersten Pressekonferenz in einer ländlichen niedergelassenen Gemeinschaftspraxis aufgenommen	<u>Juni 2012 - Dez. 2014:</u> 243 Fälle, nach zunehmendem Ausbau der Partnerkliniken (ÖA) Effekt des Anstiegs der Fallzahlen sehr deutlich
Zielgruppen	Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche	Frauen, Männer, Kinder, und speziell Senior/-innen, pflegebedürftige und behinderte Menschen	Erwachsene Personen: Frauen & Männer, Kinder/Jugendliche geplant, keine besonderen vulnerablen Gruppen wie behinderte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund etc. Die Einbeziehung ist aber angedacht	Frauen und Männer, teilweise auch Jugendliche < 14 Jahren
Flächendeckung	Keine Flächendeckung in Hessen, Projekt in FFM, Offenbach am Main,	Keine Flächendeckung in Hessen, Projekt in Fulda	Flächendeckung für das Saarland gegeben , 1 Klinik + 2 niedergelassene	Flächendeckung für Niedersachsen gegeben anhand 18 größerer Kliniken

	Darmstadt, Wetteraukreis		Gemeinschaftspraxen pro Landkreis	(gynäkologische und (unfall-) chirurgische Abteilung) im ganzen Land verteilt
Untersuchung	<u>Durch wen:</u> Kliniken mit 24h Gyn-Station <u>Finanzierung:</u> ungeklärt, möglicherweise übernimmt das Klinikum die Kosten selbst	<u>Durch wen:</u> Ärzt/-innen des Gesundheitsamtes vor Ort, kooperierende Kliniken der Umgebung <u>Finanzierung:</u> übers Land (Amtsärzt/-innen), in den Kliniken ungeklärt/unbekannt	<u>Durch wen:</u> 5 Kliniken mit 24h Gyn-Station + 11 niedergelassene Gemeinschaftspraxen <u>Finanzierung:</u> über eine Fallpauschale über 200€, welche das Ministerium trägt	<u>Durch wen:</u> 18 Partnerkliniken mit einer gynäkologischen und (unfall-)chirurgischen Abteilung <u>Finanzierung:</u> unbekannt
Spurensets & Dokumentation	<u>Art der Sets:</u> Hessenkit <u>Art des Bogens (digital/manuell):</u> manuell mit LKA Hessen entwickelt, auch bei Direktanzeige genutzt <u>Zusammenstellung:</u> Frauennotruf Frankfurt <u>Belieferung:</u> Frauennotruf Frankfurt <u>Kosten:</u> Kit 60€/Stück <u>Finanzierung:</u> Stadt FFM	<u>Art der Sets:</u> Hessenkits <u>Art des Bogens (digital/manuell):</u> digitaler eigener Bogen <u>Zusammenstellung:</u> findet nicht statt <u>Belieferung:</u> findet nicht statt <u>Kosten:</u> unbekannt <u>Finanzierung:</u> unbekannt in den Kliniken, für die Schutzambulanz fallen keine weiteren Kosten an	<u>Art der Sets:</u> Hessenkit, gleicht dem bei Direktanzeige <u>Art des Bogens (digital/manuell):</u> Frankfurter Bogen manuell, auch bei Direktanzeige genutzt <u>Zusammenstellung:</u> Frauenberatungsstellen <u>Belieferung:</u> Frauenberatungsstellen <u>Kosten:</u> Kit 60€/Stück <u>Finanzierung:</u> MSGFF	<u>Art der Sets:</u> unbekannt <u>Art des Bogens (digital/manuell):</u> manueller Bogen <u>Zusammenstellung:</u> RM Hannover <u>Belieferung:</u> RM Hannover <u>Kosten:</u> unbekannt <u>Finanzierung:</u> unbekannt
Transport der Asservate	<u>Organisation:</u> in FFM Radkuriere (mit der Staatsanwaltschaft abgestimmt) <u>Finanzierung:</u> durch Stadt FFM, <u>Dokumentation:</u> erfolgt vom gesamten Verlaufsweg	<u>Organisation:</u> Entfällt, da vor Ort gelagert wird, wenn es von der Klinik kommt, dann mit klinikinternem Kurierdienst <u>Dokumentation</u> erfolgt in der Schutzambulanz	<u>Organisation:</u> Transportdienste der Kliniken und Praxen genutzt <u>Finanzierung:</u> durch die Fallpauschale abgedeckt <u>Dokumentation:</u> Lieferschein im Dokumentationsbogen	unbekannt
Lagerung	<u>Wo:</u> Rechtsmedizin Frankfurt <u>Dauer:</u> 1 Jahr mit Verlängerungsmöglichkeit <u>Kosten:</u> - <u>Finanzierung:</u> -	<u>Wo:</u> Vor Ort in der eigenen Asservatenkammer <u>Dauer:</u> 10 Jahre <u>Kosten:</u> intern <u>Finanzierung:</u> intern	<u>Wo:</u> Rechtsmedizin Homburg <u>Dauer:</u> 10 Jahre erstmal ohne Verlängerungsmöglichkeit <u>Kosten:</u> - <u>Finanzierung:</u> im Regelbetrieb der RM integriert	<u>Wo:</u> Institut für Rechtsmedizin der med. Hochschule Hannover, rechtsmedizinische Außenstelle Oldenburg <u>Dauer:</u> Spureenträger 3, Dokumentation 30 Jahre <u>Kosten:</u> - <u>Finanzierung:</u> -
Beratung/ Betreuung	Frauennotruf FFM	Mitarbeitende der Schutzambulanz,	Verschiedene Frauenberatungsstellen	Opferschutzeinrichtungen, welche ge-

		<p>multiprofessionelles Team aus sozialpädagogischen Therapeut/-innen, Pflegefachkräften und Ärzt/-innen</p>	<p>des Saarlandes</p>	<p>nau ist unbekannt, laut Bericht sollen diese ab 2015 gestärkt werden</p>
<p>Kooperationspartner/-innen</p>	<p>Frauenberatung, Stadt, RM, Kliniken, Staatsanwaltschaft, verschiedene städtische Ämter, Landesärztekammer Hessen, Akteur/-innen aus der Werbung, Stiftungen, Politik</p>	<p>HS Fulda, Klinik Fulda, niedergelassene Praxen in und um Fulda, RM Gießen und RM HH</p>	<p>MSGFF, Ministerium der Justiz, Ministerium für Inneres und Sport, Polizei Saarland, Frauennotruf Saarland, RM-Institut Homburg, Berufsverband der Frauenärzte e.V., KÄV Saarland, Weißer Ring e.V., Ärztekammer des Saarlandes, Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saarland</p>	<p>Kliniken, Opfer-schutzeinrichtungen, MSGG, Polizei, Staatsanwaltschaft, Landespräventionsrat</p>
<p>Schulungen</p>	<p><u>Für:</u> Klinikmitarbeitende <u>Durch:</u> Frauenberatungsstelle, RM, Ärzt/-innen, Staatsanwaltschaft <u>Inhalte:</u> Befunddokumentation, psychosozialer Umgang mit den Betroffenen, juristische Aspekte <u>Intervall:</u> jährlich <u>Finanzierung:</u> Hessisches Ministerium für Soziales und Integration</p>	<p>Finden in dieser Art für ASS nicht statt, die Schutzambulanz selbst wird geschult von der RM Gießen und der RM HH</p>	<p>Aufgabe der Ärztekammer <u>Für:</u> Ärzt/-innen in Kliniken und Praxen (verpflichtend) <u>Durch:</u> RM, Frauenberatungsstelle, Kriminaltechnik, Mediziner/-in, Polizei <u>Inhalte:</u> Psychosoziale Betreuung & Erkennen der Verletzungen, Nutzung der Sets + des Bogens, juristische Elemente <u>Intervall:</u> jährlich ganztägige Veranstaltung <u>Finanzierung:</u> Ministerium</p>	<p><u>Für:</u> Klinikmitarbeitende der Partnerkliniken <u>Durch:</u> RM Hannover <u>Inhalte:</u> rechtsmedizinische Aspekte, Umgang Asservierungsmaterial, Umgang Dokumentationsbogen, Spurensicherung, Erkennen von Verletzungen <u>Intervall:</u> unbekannt (vermutlich mind. 1x jährlich) <u>Finanzierung:</u> unbekannt</p>
<p>Öffentlichkeitsarbeit</p>	<p>Breite Kampagne „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ eigene Website, Ansprache nach Zielgruppen, Flyer</p>	<p>Keine ÖA speziell für ASS, da es kein explizit in der Schutzambulanz durchgeführtes Verfahren ist</p>	<p>Umfangreiche Öffentlichkeitskampagne „Sexuelle Gewalt hinterlässt Spuren“, Fernsehbeiträge, Radio, Flyer, Plakate, Werbung im öffentlichen Nahverkehr, 24h Hilfetelefon angegliedert an die</p>	<p>In den ersten 3 Jahren 70 Veranstaltungen bei Runden Tischen und Arbeitskreisen gegen Häusliche und Sexualisierte Gewalt, umfangreiche Pressearbeit (u. a. Ärzt/-innenzeitschriften), Fernsehbeiträge, Radio-</p>

			Rettungsleitstellen	interviews, 35.000 Flyer, Miniflyer im Visitenkartenformat, eigene Website, interdisziplinäre Fachkonferenz mit 200 Teilnehmenden
Ländliche Gebiete	Nicht bekannt/relevant	Herausforderungen sind hier besonders die „ Barrieren in den Köpfen “, großes Verschweigen der Problematik v.a. im ländlichen Gebieten. Das Einzugsgebiet der Schutzambulanz begrenzt sich auf schätzungsweise 30km	Von Anfang an systematisch integriert worden, Bedingung pro Landkreis 2 Praxen und 1 Klinik	Flächendeckende Abdeckung durch Kliniken in ganz Niedersachsen ohne Einbeziehung von niedergelassenen Praxen
Erfolgsfaktoren	<p>Politik von Beginn an integriert</p> <p>Fokussierung auf die akute medizinische Versorgung</p> <p>umfangreiche Öffentlichkeitskampagne</p> <p>jährlicher Ärzt/-innenkongress</p> <p>Standardisiertes Verfahren</p>	<p>Politischer Wille gegeben</p> <p>Begleitforschung durch die HS Fulda</p> <p>Angegliedert an den örtlichen Gesundheitsdienst</p> <p>Räumliche Nähe zur Klinik in Fulda</p> <p>Gut funktionierende Netzwerke und umfangreiche Fachtagungen</p> <p>Räumlichkeiten sind integriert in einen großen Gebäudekomplex, so dass von außen der Zugang für die nutzende Person vertraulich ist</p>	<p>Polizei integriert in Netzwerke und den Schulungen (große Unsicherheit von Seiten der Ärzt/-innen konnte so beseitigt werden)</p> <p>Standardisiertes Verfahren</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfefon</p> <p>Gute Kooperation mit allen beteiligten Akteur/-innen, durch kurze Wege im Saarland</p>	Unbekannt
Besonderheiten des Projektes	<p>Fokussierung auf die medizinische Versorgung</p> <p>Wirksame Öffentlichkeitskampagne</p>	<p>Dokumentation von Fällen Häuslicher Gewalt vor Ort, Fälle Sexualisierter Gewalt in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Fulda</p> <p>Integriert im Öffentlichen Gesund-</p>	<p>(unkomplizierte) strukturelle Integration aller Abläufe und Überlegungen in vorhandene Strukturen und Systeme</p> <p>24h-besetztes Hilfefon ist - angegliedert an die</p>	<p>Ziel und Umsetzung der flächendeckenden Versorgung</p> <p>Besonders umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit mittels Veranstaltungen</p> <p>Koordination liegt bei der RM Hannover</p>

heidsdienst	Rettungsleitstellen - etabliert worden	Begleitforschung durch die RM Han- nover
Begleitforschung durch die HS Fulda	Kleines Bundesland, kurze Wege, hoher Bekanntheitsgrad aller beteiligten Akteur/-innen	

* bei ProBeweis erfolgte lediglich eine Dokumentenanalyse, da ein Interviewtermin aus zeitlichen Gründen nicht möglich war.

5.2 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche mit den Koordinatorinnen der LAG autonomer Frauennotrufe in NRW (Säule II)

Im Rahmen der Projektlaufzeit haben mehrere konstruktive Arbeitstreffen mit Vertreterinnen der LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW sowie der ASS-Koordinierungsstelle stattgefunden. Ziel der Treffen war u.a. ein fachlicher Expert-/innenaustausch hinsichtlich bestehender Strukturen, Herausforderungen und Hürden derzeitiger existierender sowie im Aufbau befindlicher ASS-Projekte. Außerdem wurden die im Rahmen telefonischer Expert-/innenbefragung generierten Ergebnisse im Kontext der LAG Umfrage von 2012 berücksichtigt. Es wurde deutlich, dass sich die Ergebnisse beider Befragungen in großen Teilen entsprechen. Darüber hinaus konnten jedoch auch einige neue zusätzliche Erkenntnisse ermittelt werden (siehe Kapitel 5.1).

Zwei Projektmitarbeiterinnen nahmen außerdem an einem ersten **Austauschtreffen zur Etablierung eines ASS-Netzwerks** in einer kreisfreien Stadt teil, das von der ortsansässigen Gleichstellungsbeauftragten initiiert wurde. Im Rahmen einer Teilnehmenden Beobachtung analysierten die Mitarbeiterinnen das Vorgehen der verschiedenen Akteur/-innen von Frauenberatungsstellen, Polizei und der Gleichstellungsbeauftragten. In den Prozess einbezogen war eine Vertreterin eines ASS-Projektes einer nahe gelegenen Stadt. Es zeigte sich, dass dieselben Herausforderungen und Problemstellen diskutiert wurden, die auch von in Aufbau befindlichen Netzwerken erläutert wurden, wie die Ergebnisse der Telefonbefragung zeigten.

Im Anschluss an das Auftakttreffen fand eine **Schulung durch zwei Mitarbeiterinnen des Bonner Frauennotrufs** statt. In diesem wurden ein idealtypisches Vorgehen bei der Etablierung und der gesamten ASS-Prozess, von der Untersuchung im Krankenhaus bis zur Lagerung der Asservate, skizziert. Anschließend wurden Möglichkeiten zur Diskussion und für Nachfragen eingeräumt. Die Veranstaltungen zeigten besonders eindrücklich die bestehenden Herausforderungen bei der Etablierung eines Netzwerks wie z. B. juristische und Finanzierungsfragen). Diese, wie auch die Ergebnisse der nachfolgend erläuterten Arbeits- und

Austauschtreffen (Fokusgruppengespräche) wurden für die Kriterienentwicklung berücksichtigt.

An einem Fachtreffen der interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Thema „Gesicherter Transport von Spurenmaterial“ am 27.10.2015 in der Frauenberatungsstelle Düsseldorf nahmen Vertreter/-innen des Rechtsmedizinischen Institutes am Universitätsklinikum Düsseldorf, des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW, des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, des Justizministeriums und der Staatsanwaltschaft teil sowie auch die Sprecherinnen der LAG autonomer Frauennotrufe und die Projektmitarbeiterinnen der Universität Bielefeld teil. Im Zentrum standen rechtliche Fragen zum Transport, der Lagerung sowie Voraussetzungen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation. Die Ergebnisse des Treffens fanden Eingang in die Ergebnisse und die Kriterienentwicklung.

Außerdem wurden die verantwortlichen Ansprechpartnerinnen des GOBSIS-Projekts vom Universitätsklinikum Düsseldorf telefonisch zum **Vorgehen im Projekt GOBSIS** (Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem) befragt. Neben der technischen Umsetzung wurden insbesondere der Transport und die Codierung der Asservate thematisiert. Im Nachgang wurden dem Projektteam verschiedene Projektmaterialien zur Verfügung gestellt, die ebenso in Form einer Dokumentenanalyse in die Ergebnisse einfließen konnten.

Insgesamt dienten die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtungen und Fokusgruppengespräche in Form von **Austauschtreffen der Wissensgenerierung von praxisinternen Erkenntnissen**. Diese wurden dezidiert ausgewertet und als Impulse für die Kriterienentwicklung genutzt.

5.3 Ergebnisse zur Flächendeckung und zu Zuständigkeiten (Säule III)

Die im vorangegangenen Arbeitsschritt identifizierten ASS- Projekte wurden in der folgenden Grafik (siehe Abbildung 2) zusammengefasst. Es fand eine Unterscheidung in „Bestehende Modell“ und „Modelle in Planung“ statt. **Bestehende ASS-Projekte** befinden sich demnach in Bonn/Rhein-Sieg, Bochum/Herne, Bottrop/Gladbeck, Düren/Jülich, Düsseldorf, Ennepe-Ruhr-Kreis mit Schwelm und Witten, Euskirchen, Köln, Wuppertal/Remscheid/Solingen und Leverkusen. Bielefeld hält ein Modell der Vertraulichen Spurensicherung vor, welches einen etwas anderen Ansatz verfolgt.



Abbildung 2: Karte der bestehenden und in Planung befindenden ASS- Projekte in NRW.

Quelle: eigene Darstellung

Derzeit in **Planung befindliche ASS- Projekte** liegen in Bergisch-Gladbach, Coesfeld, Duisburg, Gammersbach/Oberbergischer Kreis, Krefeld, Münster, Moers, Paderborn, Siegen und Herford vor.

Rechtsmedizinische Institute, die derzeit in ASS-Projekten integriert sind, befinden sich in Bonn, Köln, Düsseldorf, Essen und Münster; diese sind auf der Karte mit einem gelben Stern markiert.

Darüber hinaus kann im Rahmen des Pilotprojekts GOBSIS in den Kliniken Düsseldorf, Minden, Schwelm und Wuppertal sowie in gynäkologischen Praxen in Bielefeld, Herdecke Neuss, Pulheim und Wuppertal eine Anonyme Spurensicherung vorgenommen werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beigetragen werden.

Die Abbildung 2 zeigt deutlich, dass insbesondere in den ländlich geprägten Regionen und an den Randgebieten NRWs eine Unterversorgung mit ASS-Projekten vorliegt. Besonders im Bereich der Bezirksregierungen Münster, Detmold und Arnsberg ließen sich kaum bestehende oder in Planung befindliche Projekte identifizieren.

Die **Standorte der Rechtsmedizinischen Institute in NRW** liegen an den Universitätskliniken Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Zudem gibt es Sektionsaußenstellen, wie das kommunale Rechtsmedizinische Institut in Dortmund und das Klinikum Duisburg. Hier wird deutlich, dass die institutionelle Ausstattung mit Rechtsmedizinischen Instituten regional variiert: beispielsweise ist sie in der Rheinschiene sowie im Ruhrgebiet deutlich besser als in Ostwestfalen.

Eine fest geregelte räumliche Zuständigkeit zur Untersuchung von Beweismaterial besteht nicht. Eine Einteilung von Landgerichtsbezirken wurde jedoch für die gerichtlich oder staatsanwaltschaftlich angeordnete Leichenöffnung vorgenommen; dies könnte als Orientierung für die Lagerung der Asservate der ASS-Projekte dienen. Im Folgenden sind die bestehenden Landgerichtsbezirke in NRW mit zuständigen rechtsmedizinischen Instituten aufgeführt:

- Bonn: Landgerichtsbezirk Bonn ,
- Köln: Landgerichtsbezirke Köln und Aachen,
- Düsseldorf: Landgerichtsbezirke Düsseldorf, Mönchengladbach und Wuppertal,
- Duisburg: Landgerichtsbezirke Duisburg, Kleve und Krefeld,
- Essen: Landgerichtsbezirke Essen und Bochum,
- Dortmund: Landgerichtsbezirke Dortmund, Arnsberg, Hagen und Siegen,
- Münster: Landgerichtsbezirke Münster, Bielefeld, Detmold und Paderborn (Landtag NRW 2014).

In den **Sektionsaußenstellen** Dortmund und Duisburg ist eine Lagerung der Asservate nach ersten Ergebnissen der Befragung derzeit nicht möglich. Hierfür bedarf es einer Abklärung der regionalen Möglichkeiten und ggf. einer Zuweisung an die fünf bestehenden, an Universitätskliniken angliederten Institute.

Von Seiten des MGEPA wurde für die Implementierung von ASS-Projekten über eine **Einteilung NRWs anhand der Krankenhausbedarfsplanung** angedacht. In einem weiteren

Arbeitsschritt wurde daher untersucht, wie sich die Verteilung der ASS-Projekte innerhalb der 16 Regionen der Krankenhausbedarfsplanung darstellt. Das Ergebnis zeigt die Abbildung 3.

Nordrhein-Westfalen
Versorgungsgebiete

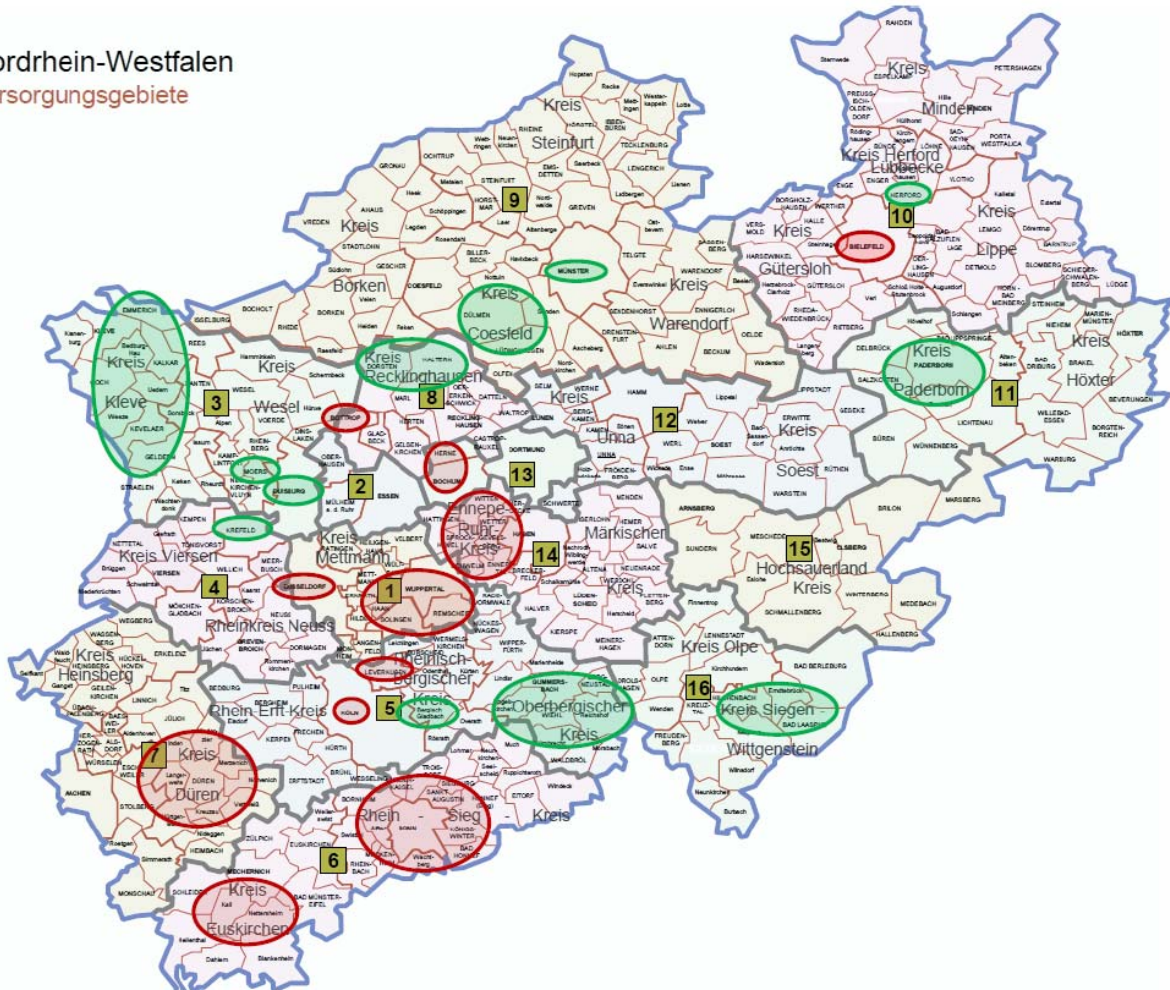


Abbildung 3: 16 Regionen des Krankenhausbedarfsplans NRW und die Verteilung der ASS-Projekte. Quelle: eigene Darstellung

Auch anhand dieser Einteilung zeigt sich, dass viele Regionen der Krankenhausbedarfsplanung derzeit kein ASS-Projekt vorhalten. Somit ist es von den regionalen Gegebenheiten und dem Wohnort der Opfer abhängig, ob sie derzeit eine Anonyme Spurensicherung in Anspruch nehmen können oder nicht.

Es wurden verschiedene Akteur/-innen mit unterschiedlichen Blickwinkeln, Interessen und beruflichen Hintergründen hinsichtlich der Umsetzung einer flächendeckenden Implementierung von ASS-Projekten befragt.

Die Auswertungen der Interviews und Gespräche konnten zeigen, dass die Einteilung anhand der **16 Regionen der Krankenhausbedarfsplanung regionale Schwierigkeiten** bereitet. Hierdurch würden bestehende Strukturen und Netzwerke der ASS aufgelöst werden. Zudem sind viele der Gebiete zu großflächig, im Hinblick auf die notwendige Qualitätssicherung würde dies Schwierigkeiten bereiten. Gerade in ländlichen Bereichen, wie zum Beispiel

im Münsterland oder Ostwestfalen-Lippe, sind die Gebiete der Krankenhausbedarfsplanung sehr weiträumig gefasst. Hier stellen auch die generelle Sicherstellung der **medizinischen Versorgung im ländlichen Raum** im Sinne der Daseinsvorsorge und die durch den demografischen Wandel bedingte älter werdende Bevölkerung eine besondere Herausforderung dar. Lange Wegstrecken zu medizinischen Versorgungseinrichtungen und die oft eingeschränkte Mobilität der Bevölkerung sowie fehlende Infrastrukturen (nicht nur des ÖPNV) stellen hier eine besondere Anforderung für die gesundheitliche Versorgung dar. Diese Gegebenheiten müssen auch bei der Implementierung von ASS-Projekten beachtet werden.

Die derzeitigen räumlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten zur Implementierung einer ASS lauten: *„Es muss sich um eine in Gründung befindliche oder schon bestehende institutionalisierte, einzelfallübergreifende örtliche bzw. regionale Kooperation zur ASS in Nordrhein-Westfalen handeln. Das Einzugsgebiet des ASS-Kooperationsbündnisses sollte sich auf einen Kreis oder auf eine kreisfreie Stadt Nordrhein-Westfalens beziehen. Dieses ist jedoch, insbesondere bei großflächigen Kreisen, nicht zwingend. In einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt soll nur eine ASS-Kooperation gefördert werden“* beibehalten werden.

Die Auswertung der Ergebnisse und die weiterführenden Recherchen haben gezeigt, dass die Beibehaltung der derzeitigen räumlichen Vorgaben, wie sie in den jetzigen Fördervoraussetzungen des Landes beschrieben werden, auch für die Zukunft sinnvoll erscheinen. Dies gilt besonders auch deshalb, um bestehende und gewachsenen Strukturen beizubehalten und um möglichst eine flächendeckende Etablierung der Anonymen Spurensicherung zu erzielen.

6 Erfolgs- und Limitationsfaktoren der Untersuchung

Bei der Untersuchung zur Bestandsaufnahme regionaler Projekte der Anonymen Spurensicherung (ASS) in NRW und Darstellung von Entwicklungsmöglichkeiten für eine zielgerichtete Flächendeckung erwies sich die ausgewählte qualitative Methodik als sinnvoll und zielführend. Es konnte bei der Befragung eine hohe Teilnahmequote erzielt werden und alle relevanten Berufsgruppen konnten einbezogen werden. Die Vielfalt der beteiligten Akteur/-innen fand Eingang in die Erhebung und es zeigte sich ein **großes Engagement der interviewten Akteur/-innen**. Zudem besteht ein **großes Interesse an der Weiterentwicklung und Standardisierung** der ASS in NRW.

Aufgrund der zeitlichen Limitation durch die kurze Projektlaufzeit konnten jedoch nicht alle Teilnehmer/-innen jedes einzelnen Netzwerkes befragt werden. Vorrangig wurden Akteur/-innen aus dem Feld befragt; externe Perspektiven außerhalb des Feldes konnten weniger in den Blick genommen werden. Im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass es eine große Erwartungshaltung von Seiten des Feldes (also der im Kontext ASS tätigen Akteure) an die vorliegende Untersuchung, insbesondere aber an der nachfolgenden landesweiten

Implementierung gibt. Festzuhalten gilt es insbesondere, dass unterschiedliche Meinungen und Interessen innerhalb des Akteur/-innenkreises hinsichtlich der Umsetzung und Ausführung einer Anonymen Spurensicherung vorliegen, die es im Fortgang weiterer Konzeptentwicklungen und Planungen zusammenzuführen gilt.

7 Kriterien und Handlungsempfehlung für die landesweite Implementierung der ASS

Im Folgenden werden die Kriterien und Handlungsempfehlungen zur Erstellung und Implementierung eines landesweiten Konzeptes zur Anonymen Beweissicherung und Befunddokumentation bei sexualisierter Gewalt (ASS) dargestellt. Für jeden Erfolgsfaktor bzw. Aspekt der ASS werden in diesem Kapitel **Empfehlungen für erste allgemeingültige Kriterien** (Standards) im Hinblick auf ein landesweites ASS-Gesamtkonzept und eine zielgerichtete Flächendeckung gegeben.

Die Praxis äußert insgesamt einen Bedarf an einheitlichen Standards und Vorschlägen für Finanzierungsmodelle sowie Verfahrensregelungen zur Etablierung neuer und Sicherung des Fortbestandes bestehender ASS-Angebote. Die Ressourcenbereitstellung und kontinuierliche Sicherstellung der Finanzierung sowie der Rechtssicherheit der Verfahren sind die Hauptaspekte bei der weiteren Umsetzung und sollten im Zuge eines standardisierten, kriteriengeleiteten Vorgehens hohe Priorität aufweisen. Im Folgenden werden auch Standardisierungsmöglichkeiten u. a. für eine gerichtsfeste Untersuchung, Lagerung, Dokumentation sowie einen gerichtsfesten Transport aufgeführt.

Kriterium: Funktionierende Netzwerkstrukturen und Akteur/-innen-bezogene Aufgabenzuweisungen

Empfehlungen:

- Bei der Netzwerkbildung sollten die **regionalen Besonderheiten und bereits bestehenden Strukturen einbezogen und berücksichtigt werden**; vielerorts bestehen z. B. Runde Tische oder Arbeitskreise zum Thema Häusliche oder Sexualisierte Gewalt. Eine Angliederung der ASS-Thematik an diese Gremien gilt es insbesondere für unterversorgte Regionen (eher ländlich geprägte Regionen) zu prüfen.
- Die Aufgaben der verschiedenen Netzwerkpartner/-innen sollten im Sinne der Qualitätssicherung auf Landesebene definiert sein (so z. B. die Bereitstellung und Zusammenstellung der Spurensätze durch die Polizei, die Wartung und Nachbestellung durch eine Funktionsabteilung in der Klinik). Für einige Netzwerke kann die Erstellung einer regionalen Kooperationsvereinbarung mit eindeutiger Zuweisung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der verschiedenen eingebundenen Stellen zielführend sein, für andere ist der bürokratische Aufwand möglicherweise zu hoch. Daher sollten regiona-

le Besonderheiten der Netzwerkstrukturen ermöglicht und unterstützt werden, weshalb diesbezüglich von einer verpflichtenden Vorgabe abzusehen ist. Netzwerktreffen und Schulungen sollten regelmäßig (unbedingt häufiger als einmal jährlich) etabliert werden, um der personellen Fluktuation in den Kliniken zumindest teilweise begegnen zu können.

- Die Finanzierung der regionalen Netzwerkkoordination sollte klar geregelt und gesichert sein, hierfür bedarf es zusätzlicher Ressourcen. Die Etablierung einer Landeskoordinierungsstelle ist weiter zu fördern. Die Aufgaben wären u. a. auch die Beratung und Betreuung bestehender Netzwerke sowie von Netzwerken, die sich derzeit noch im Aufbau befinden.

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung für einen Prototyp eines regionalen Netzwerks sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Mitglieder.

Tabelle 3: Mögliche Akteur/-innen und Aufgabenzuweisung in einem idealtypischen ASS-Netzwerk (Quelle: modifiziert nach LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW, 2014)

Regionale Netzwerkstrukturen der ASS (Basierend auf Kooperationsstrukturen und -vereinbarungen)			
Kliniken/ Praxen/ Gesundheitssystem	Polizei	Rechtsmedizinische Institute	Beratungs- und Opfer-schutzeinrichtungen
<ul style="list-style-type: none"> • medizinische (Erst-) Versorgung / Untersuchung • Klinikinterne Informationsweitergabe und ÖA in den Warteräumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung, Zusammenstellung (Set + Bogen + Flyer der Beratungsstellen) und Zustellung der Spurensicherungssets 	<ul style="list-style-type: none"> • Lagerung der Asservate 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Klient/-innen
<ul style="list-style-type: none"> • Spurensicherung und Dokumentation nach standardisierten Verfahren und Leitfäden (inkl. GOBSIS als eine digitale Alternative) 			<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Flyern und Zusendung an regionale Polizeistation
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Netzwerktreffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Netzwerktreffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Netzwerktreffen 	<ul style="list-style-type: none"> • psychosoziale regionale Koordination der Netzwerke
<ul style="list-style-type: none"> • (Weiter-)vermittlung an Beratungsstellen 			<ul style="list-style-type: none"> • ggfs. Weitervermittlung an weitere Stellen
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Schulungen 	<ul style="list-style-type: none"> • evtl. Beteiligung an den Schulungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Schulungen, ggf. jährlicher Fachtag 	<ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung und Durchführung von Schulungen
<ul style="list-style-type: none"> • Praxen: Nachsorge 			
<ul style="list-style-type: none"> • Lieferung der Asservate an die RM durch medizinische Transportdienste mit einem Laufzettel zur Dokumentation 			<ul style="list-style-type: none"> • regionale Öffentlichkeitsarbeit

Kriterium: Festlegung der Zielgruppen

Empfehlungen:

- Für ein landesweites ASS- Konzept gilt es, die Zielgruppen (Frauen, Männer, Jugendliche) festzulegen und die entsprechenden Instrumente darauf abzustimmen, u. a. Dokumentationsbögen, Weiterbetreuungs- und Beratungseinrichtung.
- Analog zu der Versorgung von Frauen und Mädchen gilt es, Standards für die Versorgung von Männern zu etablieren, bei denen andere Fachabteilungen (z. B. Urologie, Chirurgie) einbezogen werden.
- Empfohlen wird ausdrücklich, zukünftig Menschen mit Behinderungen verstärkt einzubeziehen, die Studienlage zeigt, dass der Bedarf hier hoch ist (u. a. Hornberg et al. 2008, 2013).
- Menschen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch sind als Zielgruppe in den Blick zu nehmen.

Kriterium: Sicherstellung der Finanzierung aller im Kontext von ASS entstehenden Sachkosten und Dienstleitungen

Empfehlungen:

- Die **Sicherstellung der Finanzierung ist der entscheidende Erfolgsfaktor** für eine erfolgreiche und flächendeckende Anonyme Spurensicherung. Im Folgenden werden die Bereiche, in denen Sachkosten und Dienstleitungen zu finanzieren sind, aufgeführt und Möglichkeiten für die Finanzierung aufgezeigt (die sich aus den telefonischen Befragung der NRW-Projekte und Best-Practice-Projekten ergeben haben).

Tabelle 4: Finanzierung der ASS: Posten und mögliche Kostenträger (Quelle: eigene Darstellung)

Posten	Finanzierungsmöglichkeiten
Untersuchungssets	Polizei, Landesmittel oder Spenden
Untersuchungen in den Kliniken (und ggf. niedergelassenen (Gemeinschafts-)praxen)	klinikintern, eigene Abrechnungsziffer /-position, (die keine Rückschlüsse auf eine Straftat erkennen lässt), Fallpauschale vom Land, Fonds (mischfinanziert; u. a. Ministerien, GKV)
Lagerung in den Rechtsmedizinischen Instituten	In laufende Kosten der Rechtsmedizin integriert oder durch Landesmittel abgedeckt
Koordinierungsstelle(n)	Landesmittel oder Frauenberatungsstellen / Frauennotrufe
Öffentlichkeitsarbeit	Landesmittel (landesweite Kampagne) und / oder regionale Projekte

Transport Klinik → Rechtsmedizin	Klinik/Abrechnungsziffer oder in der Fallpauschale integriert
Schulungen	Ärztammer als Qualifizierung der Ärzt/-innen werben, Bereitstellung von Landesmitteln, Rechtsmedizin/ Frauenberatungsstellen /Frauennotrufe (Personal)
Psychosoziale Beratung & Betreuung	Frauenberatungsstellen / Frauennotrufe

Kriterium: Standardisierung von Untersuchungsablauf, Spuren- und Befundsicherung

Empfehlungen:

- Die Organisation und Qualität der Untersuchung sowie der Spuren- und Befundsicherung in den Kliniken stellen einen wichtigen Erfolgsfaktor im gesamten ASS-Prozess dar. Individuelle Ausgestaltungen bzgl. Untersuchungsumfangs und vor allem deren Finanzierung sind im Rahmen einer landesweiten Umsetzung anzugleichen.
- Die **fehlende Abrechnungsposition für die Untersuchung und Befundsicherung** innerhalb der Kliniken hat je nach Größe und finanzieller Lage der Häuser individuelle Lösungen zur Folge. Vor einer landesweiten Etablierung bedarf es einer finanziellen Übergangslösung bis hin zur Vereinheitlichung der Abrechnungspraxis durch eine Änderung des § 294a SGB V (was in der Gesundheitsminister/-innenkonferenz diesen Jahres bereits beschlossen worden ist), besonders um die Patient/-innen vor möglichen Nachfragen zu Regressansprüchen der Krankenkassen zu schützen. Weiterhin ist eine eindeutige Abrechnungsposition für Kliniken geboten, evtl. als Fallpauschale Vergütung oder Landesfonds. Als Empfehlung für die Codierung der ärztlichen Leistung wird z. B. eine Abrechnungsziffer/-position (die keine Rückschlüsse auf eine Straftat erkennen lässt) diskutiert.
- Empfohlen wird weiter die Benennung einer Funktionsabteilung (z. B. Gynäkologie, Hebammen, Urologie) innerhalb der Klinik, die für das reibungslose Funktionieren der ASS-Abläufe im Haus (v. a. für die Nachbestellung der Sets, Initiierung der Schulungen, Ansprechpartner/-in für das Netzwerk) verantwortlich ist. Von einer personengebundenen Verantwortlichkeit ist aufgrund der hohen Fluktuation im Krankenhausbetrieb abzusehen, diese kann in Einzelfällen regional jedoch sinnvoll sein.
- Anzuraten wäre ein Erlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW, der die Bereitstellung, Zusammenstellung und Verteilung der Spurensicherungssets klar regelt. Sinnvoll wäre es, die Sets weiterhin von den regionalen Polizeistationen zusammenzustellen (Informationsbroschüren und Flyer werden von den Frauenberatungsstellen/-notrufen zur Verfügung gestellt) und an die Kliniken verteilt.

Kriterium: Standardisierung der Befunddokumentation

Empfehlungen:

- Einer gewissenhaft und umfassend ausgefüllten Befunddokumentation kommt im Zuge einer möglichen Anzeigestellung eine zentrale Bedeutung zu. **Im Sinne der Qualitätssicherung wird empfohlen, ein (landes-)einheitliches, gerichtsfestes Dokumentationssystem zu etablieren**, das nicht an die übrigen Patient/-innendaten gekoppelt ist und das alle potenziellen Bedarfsgruppen einschließt, d. h. Frauen, Männer und Jugendliche. Um die Akzeptanz des Prozesses in den teilnehmenden Kliniken zu fördern, sollten die Dokumentationsform, der Ablauf und der Umfang für die Ärzt/-innenschaft eindeutig, im Klinikalltag praktikabel und dennoch gerichtsfest sein.
- Die Art des Dokumentationssystems sollte mit dem/der Datenschutzbeauftragten des Landes abgestimmt sein. Derzeit besteht sowohl die Möglichkeit der manuellen als auch der digitalen Dokumentation, diese Auswahlmöglichkeit sollte beibehalten werden.
- Das **Gewaltopfer-Beweissicherungs-Informationssystem GOBSIS** kann als digitales Befunddokumentationssystem und Informationsportal für Gewaltopfer und Ärzt/-innen einen Beitrag zur Standardisierung der Dokumentation leisten und stellt für Kliniken und Praxen, die über die erforderliche technische Ausstattung verfügen, ein geeignetes Instrument dar. Für Kliniken ohne die notwendige technische Ausstattung bzw. Häuser, die aufgrund anderer Strukturen einen Dokumentationsbogen in Papierform bevorzugen, ist diese Möglichkeit jedoch weiterhin einzuräumen und zu unterstützen. In beiden Fällen müssen die Bögen kompatibel hinsichtlich der Auswertung auf die jeweils verwendeten Spurensicherungssets abgestimmt sein.
- Im Rahmen der Etablierung einheitlicher Dokumentationsverfahren gilt es, auch technische und ablaufbezogene Erfordernisse für eine gerichtsfeste Fotodokumentation festzulegen (u. a. das Vorhandensein einer Kamera in der Klinik, Festlegung eines adäquaten Speicherortes, ausreichende Datenkapazitäten, Anfertigung zusätzlicher Ausdrücke, Fotoerstellung ohne Standortdaten).
- Um die Anwender/-innen der ASS bestmöglich zu qualifizieren gilt es, in den Kliniken regelmäßig Schulungen bzw. Qualifizierungsangebote und Fortbildungen zur gerichtsverwertbaren Dokumentation durchzuführen. Neben der Hauptzielgruppe der Ärzt/-innen sollte auch nicht medizinisches Personal (u. a. Pflegepersonal) in die Schulungen einbezogen werden, da es vielfach die ersten Kontaktpersonen in der Klinik darstellt.
- Die separate Lagerung der Befundbögen in der Klinik muss der Lagerung der Asservate in der RM entsprechen und sollte demnach ebenso fünf Jahre nicht unterschreiten.

Kriterium: Fakultativer Einbezug niedergelassener Praxen

Empfehlungen:

- Obgleich niedergelassene Praxen aufgrund bestehender zeitlicher, personeller und finanzieller Restriktionen nur in wenigen Projekten als Modellpartner/-innen aktiv in die Befundsicherung eingebunden sind, wird ein grundsätzlicher Ausschluss ambulanter Praxen nicht empfohlen. Insbesondere in ländlichen Gebieten können niedergelassene Hausärzt/-innen, Gynäkolog/-innen und Urolog/-innen als erste Ansprechpartner/-innen nach einer Gewalttat und als Vertrauenspersonen fungieren. Dies funktioniert in einigen Projekten regional gut, z. B. im Saarländer-Modell. Zu prüfen gilt es, inwiefern in ländlichen Gebieten die Implementierung von niedergelassenen Gemeinschaftspraxen gelingen kann. Von einer festgelegten Vorgabe zur Einbindung (Standard) niedergelassener Praxen wird – mit aktuellem Kenntnisstand – abgesehen, die vorwiegende **Hauptaufgabe wird auch zukünftig vorwiegend in der Multiplikator/-innenrolle und Nachsorge bzw. Nachbetreuung der Patient/-innen gesehen.**

Kriterium: Absicherung der Transporte des Spurenmaterials

Empfehlungen:

- Gerichtsfeste Transportwege bzw. die rechtliche Absicherung der Transporte der Asservate in die jeweils zuständigen Rechtsmedizinischen Institute sind sicherzustellen. Hier bedarf es sowohl juristischer Klarstellung als auch eines praktischen Standards (Leitfaden), besonders für ländliche Gebiete. Die Rechtssicherheit der Transporte kann insbesondere durch medizinische Transportdienste gewährleistet werden. Regional funktionierenden Alternativen (z. B. Post, Taxi, Kurierdienste) sind nicht grundsätzlich abzulehnen, wenn die Gerichtsfestigkeit der Verfahren z. B. durch die Staatsanwaltschaft (einheitlich auf Landesebene) abgesichert ist. Wünschenswert ist der Transport durch Akteur/-innen, die Erfahrungen im Umgang mit menschlichen Proben und ggfs. gekühlten Transporten haben. Ein zentrales Kriterium stellt die lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transportwege sowie die Dokumentation aller Transportschritte und Personen im Umgang mit den Asservaten z. B. in Form eines Handzettels mit Übergabeprotokoll dar, hierfür könnten Musterbeispiele für sog. Laufzettel bereitgestellt werden.

Kriterium: Festlegung räumlichen Zuständigkeiten der Rechtsmedizin und der Lagerzeiten

Empfehlungen:

- Die Lagerung der Asservate in den Rechtsmedizinischen Instituten wird auch für eine landesweite Umsetzung geraten (u. a. da diese für die Lagerung zertifiziert sind und regelmäßig akkreditiert werden). Aufgrund der heterogenen Versorgungsstruktur ist eine **Festlegung eindeutiger räumlicher und flächendeckender Zuständigkeiten** (u. a. Kostenverteilung, Einzugsgebiete) der Rechtsmedizinischen Institute zur Lagerung des Spurenmaterials durch die Landesregierung erforderlich.
- Im Sinne der Standardisierung ist eine **Vereinheitlichung der Lagerzeiten bzw. die Festlegung einer Mindestlagerzeit** zu empfehlen. Innerhalb der Interdisziplinären Arbeitsgruppe zu Transportfragen wurde festgehalten, dass eine Lagerdauer bei ASS fünf Jahre nicht unterschreiten sollte. Regional und individuell ausgehandelte längere Lagerzeiten werden damit nicht ausgeschlossen. Die Lagerdauer für ASS sollte explizit nicht in den Kontext der juristischen Frage von Verjährungsfristen gesetzt werden, auch, da die Strafverfolgung unabhängig von vorhandenem Spurenmaterial bis zur Verjährungsfrist erfolgt. Unabhängig von der ASS zeigen die Erfahrungen, dass die Beweisführung umso schwieriger wird, je später eine Tat zur Anzeige gebracht wird.
- Weiterhin ist die Rechtssicherheit der Zwischenlagerung innerhalb der Kliniken sicherzustellen. Juristisch stellt die Nachvollziehbarkeit der Abläufe auch bei **der (Zwischen)-lagerung im Krankenhaus** ein zentrales Kriterium dar. Für die Zwischenlagerung gilt es eine kurze Leitlinie zu formulieren (u. a. definierter, abschließbarer Raum, verantwortliche Person / Funktionsabteilung, Einhaltung der Standards zur Lagerung spezifischer Proben z. B. „trocken“ oder „gekühlt“). Denkbar wäre auch die Lagerung analog zum „Giftschrank“ d. h. in einem abgeschlossenen Schrank mit Dokumentation über die Nutzung.

Kriterium: Sicherstellung von Beratungsangeboten und Optimierung der Weitervermittlungspraxis

Empfehlungen:

- Neben der medizinischen Akutversorgung der Betroffenen und der Spurensicherung sollen die **Nachbetreuung sowie die Weitervermittlung der Betroffenen an Angebote der Krisenintervention und Beratung** einen zentralen Bestandteil der ASS darstellen. Eine Finanzierung der jeweiligen Arbeitsplätze in den Frauenberatungsstellen/-notrufe in NRW muss sichergestellt sein.

Kriterium: Entwicklung eines „Starterpakets“ für neue Projekte

Empfehlung:

- Die **Entwicklung eines Starterpaketes** ist besonders sinnvoll **für sich in Planung und in Gründung befindende Projekte**. Inhalt dieses Starterpakets könnte ein Handlungsleitfaden sein, in dem die wichtigsten Schritte zur Gründung einer ASS – Projektes beschrieben sind, besonders im Hinblick auf standardisierte Abläufe und juristische Besonderheiten. Zudem sollte beispielhaft ein Dokumentationsbogen plus Spurensicherungsset enthalten sein und der Hinweis über wen diese zu beziehen sind. Außerdem könnten zur Orientierung ein beispielhafter Flyer oder anderes Werbematerialien enthalten sein. Sinnvoll wäre auch, dass die Kontaktdaten einer ggf. zu etablierenden Landeskoordinierungsstelle im Starterpaket enthalten sind, so dass sich Projekt-Gründer/-innen bei Fragen oder Problemen an diese wenden können.

Kriterium: Qualitätssicherung und Standards für die Schulungen zur ASS

Empfehlungen:

- Die Schulungen zur ASS sollten neben der Ärzt/-innenschaft auch das Pflegepersonal einbeziehen. Zudem sollten Personen, die im Prozess involviert sind, wie etwa das Pförtnerpersonal zumindest über die Abläufe der ASS informiert werden.
- Empfohlen wird die Durchführung von Fortbildungen / Qualifizierungsmaßnahmen in den Kliniken (mind. 2 x jährlich), um Fluktuationsaspekten in den beteiligten Berufsgruppen begegnen zu können. Bei Bedarf bieten Kurzschulungen bspw. in Teambesprechungen (z. B. zur Zusammensetzung und Funktionsweise der Spurensets) eine sinnvolle Ergänzung. Zur Bündelung könnten ggf. auch 2 x jährlich für alle Projekte in dem Einzugsgebiet eines Rechtsmedizinischen Institutes Schulungen durch die regionalen Netzwerke, ggf. auch durch die Rechtsmedizinischen Institute ausgerichtet werden. Anzudenken wäre ein jährlicher NRW-weiter Fachtag zum Thema ASS.
- Die Durchführung der Schulungen durch die/den Koordinator/-in der ASS-Netzwerke bzw. Vertreter/-innen von Beratungsstellen und RM und ggf. der Polizei sollte weiterhin unterstützt werden und entsprechende Landesmittel sollten vorgehalten werden.
- Inhalte der Fortbildung sollten 1) eine detaillierte Darstellung des ASS- Verfahrens insgesamt sowie der Aufgaben der Klinik, 2) die Vermittlung von rechtsmedizinischen und kriminaltechnischen Kenntnissen der Spurensicherung und Beurteilung von Verletzungszeichen sowie 3) insbesondere Anleitung zum Erkennen von sexualisierter und häuslicher Gewalt und zum psycho-sozialen Umgang mit den Betroffenen sein. Generell ist die Thematik des Erkennens von sexualisierter und häuslicher Gewalt

von Seiten der Ärzt/-innenschaft ggf. aufzunehmen, so dass die Untersuchung / ASS auch proaktiv von der Ärzteschaft angeregt werden kann.

- Weiterhin sollten wichtige Informationen zum Umgang mit **vulnerablen Zielgruppen** wie, Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch, in den Fortbildungen und in landesweiten Leitlinien aufgenommen werden.

Kriterium: Curriculare Verankerung des Themas Sexualisierter Gewalt

Empfehlung:

- Das Thema Sexualisierte Gewalt und speziell auch die Möglichkeit der Anonymen Spurensicherung sollten in das Curriculum des Medizinstudiums integriert werden, um die angehenden Mediziner/-innen möglichst frühzeitig für das Thema zu sensibilisieren. Auch in die Ausbildungscurricula von Gesundheitsfachberufen (z. B. Krankenpfleger/-in, medizinische/-r Fachangestellte/-r, therapeutische Berufsgruppen) sollte das Thema verankert werden, um eine frühzeitige Sensibilisierung und Sicherheit beim Umgang mit Opfern sexualisierter Gewalt zu erzielen.

Kriterium: Integration des Themas sexualisierte Gewalt in die Gewaltprävention an Schulen

Empfehlung:

- Um mögliche Zielgruppen frühzeitig über sexualisierte Gewalt und deren Folgen aufzuklären, sollte das Thema im Kontext der Gewaltprävention an Schulen integriert werden. Dies gilt insbesondere auch deshalb, um den Jungen und Mädchen aufzuzeigen, an wen Sie sich nach einer Tat wenden können und wo sie Unterstützung erhalten. Hier sollte auch die Möglichkeit der Anonymen Spurensicherung als eine Möglichkeit aufgezeigt werden.

Kriterium: Sicherstellung einer landesweiten und regionalen, zielgruppenspezifischen Öffentlichkeitsarbeit

Empfehlungen:

- Neben der **Sensibilisierung der Öffentlichkeit** ist eine enge **Einbeziehung von Multiplikator/-innen** zu fördern (z. B. Versendung von Flyern an niedergelassene Ärzt/-innen, Apotheken, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Verbreitung via, Newsletter und soziale Medien).

- Eine kontinuierliche Sensibilisierung und Benachrichtigung der Netzwerkpartner/-innen (Beratungsstellen, Polizei, Kliniken, Rechtsmedizin, bzgl. Regelung der Nachbetreuung) ist anzustreben.
- Neben regionalen Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit (zur Bekanntmachung der einzelnen Netzwerke) wird außerdem die Konzipierung einer landesweit organisierten (und finanzierten) mehrsprachigen und barrierefreien (sog. leichte Sprache) Öffentlichkeitskampagne (u. a. Flyer, Poster in Kliniken und Praxen, Aufkleber, Broschüren, Informationsmaterialien für Ärzt/-innenschaft) zur Aufklärung der Öffentlichkeit hinsichtlich des Angebotes empfohlen. Sinnvoll wäre es auch, eine Homepage auf der Internetpräsenz der Landesregierung zu etablieren.
- Analog zum **Frankfurter Modell** wird ein TV-Spot befürwortet, der die breite Öffentlichkeit erreicht und generell über das Angebot informiert (Spurensicherung, medizinische Versorgung, Beratungsangebote etc.).
- Es sollten bestehende Strukturen wie das **bundesweite Hilfetelefon** einbezogen und genutzt werden, um über das Angebot der Anonymen/Vertraulichen Spurensicherung aufzuklären und ggf. Frauen an teilnehmende Kliniken/Praxen weiterzuvermitteln.

Kriterium: Flächendeckende Implementierung von ASS

Empfehlung:

- Bei der Neuimplementierung von ASS -Projekten sollte darauf geachtet werden, diese an bereits bestehende und gewachsene Strukturen und Netzwerke zum Thema Gewalt anzuknüpfen (etwa an Runde Tische zum Thema Gewalt). Da die Anonyme Spurensicherung einen wichtigen Bestandteil der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Opfern sexualisierter Gewalt darstellt, ist es zentral, dass möglichst viele Personen die Möglichkeit haben, dieses Angebot zu nutzen. Dazu sollte bei der Implementierung nicht zu großflächig vorgegangen wird, sondern möglichst viele Kliniken ein Angebot der Anonymen Spurensicherung vorhalten.

Kriterium: Installation eines Fachbeirates

Empfehlungen:

- Die Gründung eines Fachbeirates zum Thema ASS wird als zielführend angesehen. Wichtig ist hier die Zusammenarbeit von Akteur/-innen mit unterschiedlichen Perspektiven und Interessen hinsichtlich einer flächendeckenden Implementierung einer ASS (s. Tabelle 5). Zudem wäre es wichtig, Personen außerhalb des Feldes einzubeziehen. Dieses Fachgremium könnte sich mit bestehenden hemmenden Faktoren und Problemen einer flächendeckenden Implementierung auseinandersetzen, wie zum

Beispiel die Implementierung in ländlich geprägten Regionen mit ihren Besonderheiten.

- Eine mögliche **Landeskoordinierungsstelle** könnte für die Koordination des Fachbeirates verantwortlich sein und die Organisation der Terminfindung der Treffen übernehmen.

Tabelle 5: Modell einer möglichen ASS-Koordinierung

ASS-Koordinierung NRW (Fachbeirat)				
Vertreter/-innen der psychosozialen Beratungsstellen	MGEPA	Ministerium für Inneres und Kommunales NRW	Staatsanwaltschaft	Wissenschaft
Schulung/Fortbildung bestehender Netzwerke	Politische Rahmgebung	Klärung der Rolle der Polizei	Juristische Gutachten zur Güte der Verfahren	Bedarfsanalyse
Beratung bei im Aufbau befindlichen Netzwerken	Festlegung der Verantwortlichkeiten der RM		Leitlinien	Öffentlichkeitskampagne (in Kooperation mit einer Agentur)
				Evaluation der landesweiten Umsetzung
				Begleitung der Implementierung
Alle: Entwicklung und Abstimmung standardisierter Instrumente und Verfahren (u. a. Dokumentation, Lagerung)				

Kriterium: Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen

Empfehlungen:

- Zur Entwicklung von Handlungsansätzen zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum wird empfohlen, im Rahmen des Fachbeirates ein Expert/-innentreffen zu organisieren. Im Dialog mit Vertreter/-innen ländlicher Regionen, die evtl. auch im Aufbau einer ASS-Infrastruktur sind, sollten in diesem Forum die Entwicklung von Handlungsanleitungen für alternative Lagerungs- und Transportmöglichkeiten der Aservate und evtl. der Betroffenen z. B. Apothekerkurierdienste, für den Einbezug niedergelassener Gynäkologen/-innen und Hausärztl/-innen bei Untersuchungen und Spuren- und Befundsicherung evtl. über (finanzielle) Anreize erörtert und geprüft werden.

8 Fazit: Schrittweise Implementierung der ASS und weiterführender Forschungsbedarf

In einem ersten Schritt wird empfohlen, aus den im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Ergebnissen, abgeleiteten Kriterien und Empfehlungen ein landesweites Konzept sowie einen **Handlungsleitfaden** zu entwickeln, der der Praxis als niedrigschwellige Orientierungshilfe bei der Weiterführung und Neuimplementierung von ASS-Projekten dient. Vorrangig ist die Sicherstellung der Finanzierung der unterschiedlichen Positionen der Anonymen Spurensicherung sicherzustellen, um den Fortbestand und die Implementierung neuer ASS-Projekte zu fördern.

Die Bestandaufnahme hat gezeigt, dass die ASS- Infrastruktur in NRW noch eher heterogen geprägt ist. Während einige Regionen sehr gut versorgt sind, wird insbesondere in einigen ländlich geprägten Regionen eine Unterversorgung deutlich. Der Aufbau und die Arbeitsweise der bestehenden Projekte sind mehr oder weniger vergleichbar, ebenso wie die Herausforderungen, vor allem im Hinblick auf Finanzierungsfragen. Weiterhin behindern bürokratische Hürden, divergierende Einzelinteressen und Prioritäten der eingebundenen Akteur/-innen sowie fehlende regionale Bereitschaft den Aufbau und/oder die reibungslose Umsetzung.

Im Sinne einer landesweiten Etablierung wird eine **schrittweise Umsetzung** als zielführend angesehen. Indem zunächst **landesweite Regelungen** getroffen werden und einzelne Bestandteile des **ASS-Prozesses standardisiert** werden, können viele Projekte ihre Arbeit bereits nachhaltiger gestalten und die Qualität verbessern. Im Folgenden wurden aus den Ergebnissen und Handlungsempfehlungen erste **Meilensteine** generiert, die für eine schrittweise Implementierung der ASS dienen könnten.

- Entwicklung eines **Gesamtkonzeptes** mit einem **Leitfaden für die Praxis**
- Etablierung eines **landesweiten zuständigen Fachbeirats** zur landesweiten Umsetzung der ASS
- **Sicherstellung der Finanzierung** bestehender Projekte (langfristige Sicherheit der Finanzierung)
- Festlegung der Zuständigkeit für die **Zusammenstellung und Lieferung der Spurensicherungssets** durch die Polizei und regionale Verankerung
- Landesweite Regelung der **Zuständigkeiten der rechtsmedizinischen Institute**
- **Implementierung landeseinheitlicher Untersuchungsbögen** und darauf abgestimmter Sets
- Sicherstellung eines **lückenlosen Transportweges**, z.B. durch die Schaffung und Etablierung eines **einheitlichen Laufzettels**

Zeitliche Perspektive: kurzfristig umsetzbar

- **"Starterpaket"** für neue und sich im Aufbau befindende Projekte
- **Schulungen** --> ggf. Ausrichtung eines NRW-weiten Fachtags
- Planung und Vorbereitung einer **landesweiten Öffentlichkeitskampagne** (Erstellung einer Homepage, einheitlicher Flyer/Layout usw.)
- Fachbeirat fokussiert die **Etablierung der ASS im ländlichen Raum**
- Festlegung einer Abrechnungsposition/Fallpauschale für die **Untersuchungen**

Zeitliche Perspektive: mittelfristig umsetzbar

- Umsetzung einer landesweiten **Öffentlichkeitskampagne**
- **curriculare Verankerung** (Schulen, Universitäten, Aus- und Weiterbildungen aller medizinischen Berufe)
- Integration des Themas sexualisierte Gewalt in die **schulische Gewaltprävention**, auch um auf die Möglichkeit der ASS aufmerksam zu machen
- **Sicherstellung einer (nahezu) flächendeckenden Versorgung**

Zeitliche Perspektive: langfristig umsetzbar

Abbildung 4: Schrittweise Implementierung der Anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftat (ASS) in NRW (eigene Darstellung)

Als kurzfristig umsetzbar werden die Standardisierung der Dokumentationsbögen, der Zusammenstellung und Lieferung der Spurensicherungs-Sets und der Transportdokumentation sowie eine Regelung der Zuständigkeit für die Lagerung der Asservate angesehen. Mit der gleichzeitigen Unterstützung von sich im Aufbau befindenden Projekten, kann erreicht werden, dass sich diese von Beginn an nach den neuen Standards richten. Es wird die Etablierung eines Fachbeirates empfohlen, der die landesweite Umsetzung der Anonymen Spurensicherung begleitet (s. Kapitel 7).

Im **Fachbeirat** sollten unter anderem Fragen der Etablierung der ASS im ländlichen Raum behandelt werden. Zudem sollte er sich mit Möglichkeiten und Lösungsvorschlägen hinsichtlich einer Abrechnungsposition für die Untersuchung beschäftigen. Die Umsetzung der Bekanntmachung der anonymen Spurensicherung - einerseits innerhalb des Gesundheitssystems (durch Schulungen), andererseits in der Öffentlichkeit - sollte **mittelfristig** angestrebt werden. **Langfristig** sollte das Thema und die vorhandene Angebotsstruktur generell der breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Die Umsetzung einer landesweiten Öffentlichkeitskampagne zu Handlungsmöglichkeiten nach sexueller Gewalterfahrung wird eindeutig befürwortet.

Mittel- und langfristig gilt es aber auch, die Thematik der sexualisierten Gewalt und die Möglichkeit die anonyme Spurensicherung viel stärker in die Ausbildungscurricula von Mediziner/-innen und anderen Gesundheitsfachberufen zu integrieren. Zudem sollte das Thema

frühzeitig an potenzielle Zielgruppen, z. B. im Rahmen der **schulischen Gewaltprävention**, vermittelt werden. Insgesamt kann konstatiert werden, dass eine flächendeckende Umsetzung der ASS in NRW einen finanziellen und zeitlichen Ressourceneinsatz in Form einer ministeriellen, mittelfristig ausgerichteten Anschubfinanzierung erfordert. Anschließend kann möglicherweise eine Angliederung an bestehende Strukturen wie etwa die Ärztekammern/Kassenärztliche Vereinigungen angestrebt werden, um auch dem Aus-Fort- und Weiterbildungsanspruch gerecht zu werden.

Damit das ASS- Angebot in NRW bedarfsgerecht gestaltet werden kann, sind weiterhin **Forschungsprojekte bzw. ggf. Bedarfsanalysen** notwendig. Vor dem Hintergrund **der hohen Dunkelziffer der von sexualisierter aber auch von häuslicher Gewalt betroffenen Personen**, gilt es Möglichkeiten zu eruieren, wie der Bedarf an ASS bzw. anderen Versorgungsformen nach Sexualstraftat zumindest näherungsweise ermittelt werden kann. Hierfür sind die potenziellen Zielgruppen jedoch zunächst über bestehende Angebote zu informieren. Im Zuge einer flächenmäßigen Ausweitung der ASS steigt die Bedeutung innerhalb der Gewaltopferversorgung, es sollte jedoch auch wissenschaftlich begleitet werden, welche Zielgruppen andere Versorgungsstrukturen benötigen und wie die in die Versorgung eingebundenen Akteur/-innen dafür qualifiziert werden können.

9 Literatur

bff: Bundesverband für Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe gegen Gewalt e. V. (2014): Infothek. Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/infothek.html> (12.09.2015).

bff: Frauen gegen Gewalt e.V. (2014): Akutversorgung nach Sexualdelikten: Situationsbeschreibung und Handlungsbedarf.

Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, Chen, J., Stevens, M.R. (2011): The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia. Verfügbar unter: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_executive_summary-a.pdf (25.09.2015).

Brzank, P., Hellbernd, H., Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. Gesundheitswesen, 66 (3), 164–169.

Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., Merrick, M. T. (2014): Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. MMWR, 63(8).

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) Frauen gegen Gewalt e.V. (2014): Infothek. Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/infothek.html> (25.09.2015).

Campbell, J. (2002): Health consequences of intimate partner violence. The Lancet, 359(9314), 1331-1336.

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Gewalt gegen Frauen. Eine EU-weite Erhebung : Ergebnisse auf einen Blick. Publications Office, Luxemburg.

Gage-Lindner, N. (2003): Ärztliche Dokumentation der Gewalt gegen Frauen-wozu sie gut sein kann. Georgia, Zeitschrift des Frauen -und Gleichstellungsbüros des Bereiches Humanmedizin der Universität Göttingen, 5, 12-14.

GiG-net (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills.

Gläser, J., Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. VS-Verlag, Wiesbaden.

GOBSIS (2015): Informationssystem für Ärztinnen und Ärzte zur Versorgung von Gewaltopfern. Von der Diagnose über Dokumentation bis zur Vermittlung psychosozialer Beratungsangebote. Zum Projekt. Online im Internet: <http://gobsis.de/> (25.09.2015).

Godenzi, A. (1996): Gewalt im sozialen Nahraum. 3. erw. Aufl., Helbing und Lichtenhahn, Basel.

Helfferich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2 Aufl. VS, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A. (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, Robert-Koch-Institut, Berlin.

Hornberg, C., Schröttle, M., Jungritz, L., Puchert, R., Puhe, H. (2013): Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb435.pdf?__blob=publicationFile (25.09.2015).

Koalitionsvertrag-NRW (2012-2017): Verantwortung für ein starkes NRW – Miteinander die Zukunft gestalten. NRWSPD - Bündnis 90/Die Grünen NRW. Online im Internet: https://netzpolitik.org/wp-upload/Koalitionsvertrag_2012-2017.pdf (20.10.2015).

Lagdon, L., Armour, C., Striner, M. (2014): Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. European Journal of Psychotraumatology, 5, 24794-24805.

Landtag NRW (2014): Situation der Rechtsmedizin in Nordrhein-Westfalen. 16. Wahlperiode. Drucksache:16.6466.

Mayring, P. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Belz: Weinheim [u.a.].

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2013): Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen – Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Verfügbar unter: https://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitberichtedaten/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheit_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf (20.10.2015).

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2015): Gesundheit: Ministerin Steffens: Gewalt wird als Ursache für Erkrankungen oft nicht erkannt – Projekt zeigt auch erhebliche Folgen für Männer auf. Pressemitteilung vom 03.06.2015. Online im Internet: <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/Pressemitteilungsarchiv/pm2015/pm20150603a/index.php> (20.08.2015)

Müller, U., Schröttle, M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. BMFSFJ, Berlin.

Schlack, R., Rüdell, J., Karger, A., Hölling, H. (2013): Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt, 56, 755-764.

Schneider, H.-J. (1994): Kriminologie der Gewalt. Stuttgart: Hirzel.

Schröttle, M., Hornberg, C., Glammeier, S., Sellach, B., Kavemann, B., Puhe, H., Zinsmeister, J. (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland - Langfassung. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2013. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schulte, C., Bulin, M., Kopetzky, I. - LAG autonomer Frauen-Notrufe in NRW (2012): Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten: Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft Autonomer Frauennotrufe in NRW zeigt Handlungsbedarf auf Landesebene auf. Online im Internet: http://www.frauennotrufe-nrw.de/site/aktuelles/LAG_Notrufe_Anonyme_Spurensicherung_02.2012.PDF (24.08.2015).

Schulte, C., Zilligen, A., Hallenga, E. (2013): Anonyme Spurensicherung nach Sexualstraftaten (ASS) in NRW: Skizzierung der aktuellen Problemlagen und Forderungen zur landesweiten Umsetzung. Online im Internet: http://www.frauennotrufe-nrw.de/site/aktuelles/LAG_Skizzierung_ASS_NRW_03.2013.pdf, (24.08.2015).

SGB V - Sozial Gesetzbuch fünf (2013): Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden. § 294a. Online im Internet: http://dejure.org/gesetze/SGB_V/294a.html (10.09.2015).

Wieners, K., Hellbernd, H. (2000) „Gewalt macht krank“. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. In: European Women's Health Network (Hrsg), Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauenge-

sundheitsbewegung. Länderbericht der Bundesrepublik Deutschland, EWHNET, Hannover, S. 30-42.

Vos, T., Astbury, J., Piers, L. S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L., Webster, K. (2006): Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bull World Health Organ, 84 (9), 739–744.

Wheeler, J., Anfinson, K., Valvert, D., Lungo, S. (2014): Is violence associated with increased risk behavior among MSM? Evidence from a population-based survey conducted across nine cities in Central America. Global Health Action, 7, 24814. Online im Internet: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/24814> (10.09.2015).

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2013): Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Geneva.

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO, Regionalbüro Europa, Kopenhagen.

10 Anhang

Leitfaden Telefoninterview:

Fragearten	I Allgemeines zum Angebot	II Untersuchung	III Spurensatz & Dokumentation
Leitfrage (Erzählaufforderung)	<p>Beginnen wir ganz allgemein: Wie ist bei Ihnen das Verfahren/Angebot der ASS gestaltet? Wie kann ich mir den Verlauf der ASS vorstellen? Erzählen Sie bitte!</p>	<p>Wie verläuft die Untersuchung der betroffenen Person ab? Durch wen wird die Untersuchung durchgeführt?</p>	<p>Wissen Sie, welchen Inhalt die Spuren-Sets haben? Wenn ja, können Sie das bitte ausführen!</p>
konkrete (Rück-)Fragen abgestimmt auf das Projekt	<p><u>Förderantrag MGEPA</u> Haben Sie einen Förderantrag beim MGEPA für das ASS-Angebot gestellt? Wenn nein, ist eine Antragstellung noch geplant? Wenn keine Antragstellung geplant ist, aus welchen Gründen nicht?</p> <p><u>Vorbilder des Projekt</u> Haben Sie sich bei der Etablierung des ASS an einem bereits existierenden Modell orientiert? Wenn ja, bei welchem und warum?</p> <p><u>Zielgruppe</u> Für wen halten Sie ein ASS-Angebot vor? <i># Sehen Sie einen Bedarf für weitere und/oder spezifischere Zielgruppen?</i></p>	<p><u>Akteure/Kliniken</u> Wer führt die Untersuchungen durch? <i># Klinik mit Gyn.-Abteilung</i> <i># Klinik ohne Gyn.-Abteilung</i> <i># Klinik Notfallaufnahme</i> <i>#niedergel. Ärzt*innen</i> <i># Rechtsmedizin</i></p> <p><i>Aus welchen Gründen wird die Untersuchung bei dem [vorgenannten Akteur] durchgeführt?</i> <i># Was spricht Ihrer Meinung nach für oder gegen die Untersuchungen bei niedergel. Gyns?</i></p> <p><u>Bereitschaftsdauer der Akteure</u> <i># Wissen Sie, welche Bereitschaftszeiten die Kliniken in der Gyn.-Abteilung</i></p>	<p><u>Standardisierte Bögen</u> <i># Gibt es standardisierte Untersuchungsbögen? Wenn ja, welche?</i> <i># Wenn ja, warum haben Sie sich für diesen Bogen entschieden?</i> <i># Wäre es für Sie praktikabel, auch einen anderen Bogen zu nutzen, wenn dieser im Rahmen eines standardisierten Vorgehens entwickelt werden würde?</i></p> <p><u>Belieferung/Verteilung</u> Wer verteilt die Spuren-Sets an die Kliniken/niedergel. Gyns?</p> <p><u>Verantwortlichkeiten/Regelungen</u> <i># Bestehen vereinbarte Regelungen zur Belieferung und Zusammenstellung der Sets?</i></p>

*Bspw. Frauen mit Behinderungen,
Migrationshintergrund (Flyer mehr-
sprachig), ältere Menschen, Männer*

Gewaltformen

*Bei welchen Gewaltformen wird das
ASS angeboten?*

Fallzahlen

*Wie viele Menschen haben das ASS-
Angebot im Jahr 2014 in Anspruch
genommen?*

anbieten?

*# Haben die kooperierenden Kliniken
eine 24h Gyn.-Bereitschaft?*

Material

*Wissen Sie, ob ausreichendes Mate-
rial (z.B. Kamera) für eine gerichts-
feste Dokumentation in der Klink vor-
handen ist?*

Umfang

*Wie ist der Umfang der Untersu-
chung?*

Verdacht auf K.O. Tropfen

*# HIV- und Hepatitis (B/C) Tests an-
geboten?*

Finanzierung

Wer finanziert die Untersuchung?

Wie verläuft die Abrechnung?

*# Ist die Versicherungskarte mitzu-
bringen?*

*# Gibt es Abrechnungsprobleme
durch die fehlende Anonymität
gegenüber der GKV? (Problem § 294a
SGB V)*

Liegen immer ausreichend Sets vor?

*# Gab es schon einmal Probleme bei
der Handhabung/Benutzung der
Sets?*

*# Welche Ärzt*innen wurden wie im
Umgang mit den Sets geschult? Und
durch wen? (siehe Schulung)*

Kosten/Finanzierung

*Wie hoch sind die Kosten für die Spu-
rensets/pro Spurenset?*

Wer übernimmt die Finanzierung?

Fragearten	IV Transport der Asservate	V Lagerung	VI Beratung/Betreuung
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Wie ist der Transport der Asservate organisiert?	Wie ist die Lagerung der Asservate organisiert?	Wie sind die Weiterverweisungswege geregelt?
konkrete Fragen abgestimmt auf das Projekt	<p><u>Kosten/Finanzierung</u> # Was kostet der Transport der Asservate? # Wer finanziert den Transport?</p> <p><u>Dokumentation</u> Wie und wo verläuft die Dokumentation über den Transport?</p> <p><u>Gerichtsfestbarkeit</u> <i>Wurde in der Konzeption abgeklärt, ob der Transport gesichert (vor Gericht standhaft) ist?</i></p>	<p><u>Gerichtsfestbarkeit</u> # <i>Wer hat Zugang zu dem Lagerungsraum?</i> # <i>Werden die Asservate in einem abgeschlossenen Schrank gelagert?</i> # <i>Wird der Raum noch für andere Zwecke genutzt?</i> # <i>Werden die Asservate alle an einem Ort gelagert?</i></p> <p><u>Dauer</u> Für welche Dauer werden die Asservate gelagert?</p> <p><u>Kosten/Finanzierung</u> # Was kostet die Lagerung der Asservate? # Wie wird die Lagerung finanziert?</p> <p><u>Dokumentation</u> # Wie und wo verläuft die Dokumentation über die Lagerung? # <i>Wie ist die Lagerung (und Dokumentation) anonymisiert?</i></p>	<p><u>Akteure/Beteiligte</u> # Wie wird weitervermittelt? # Wer berät die betroffenen Personen? # Wer wird im Bedarfsfall (mit-) einbezogen?</p>
(Nachfragen/Aufrechterhaltungsfragen/ Steuerungsfragen/Notizen)			

Fragearten	VII Kooperationspartner*innen	VIII Schulungen	IX Öffentlichkeitsarbeit/Information
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Wie ist die regionale Kooperation gestaltet? Wer sind die Beteiligten?	Welche Art von Schulungen oder Informationsveranstaltungen zu ASS finden statt? Mit welchen Inhalten? # zum Umgang mit Gewaltopfern? # zu ASS?	Welche Art von Öffentlichkeitsarbeit oder Informationsmaterial werden zu der ASS durchgeführt bzw. liegen vor?
konkrete Fragen abgestimmt auf das Projekt	<p><u>Akteure</u> Sind Ihrer Meinung nach alle relevanten Akteure im Netzwerk vertreten? Wenn nein, wen wünschen Sie sich als weitere(n) Kooperationspartner*innen? # Kliniken # niedergel. Gyn. Praxen Rechtsmedizin # Staatsanwaltschaft # Polizei # Ärztekammer # Stadt # andere Beratungsstellen</p> <p><u>Kooperation mit Ärzt*innen</u> Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Ärzt*innenschaft? # Was bedarf es Ihrer Meinung nach für eine gelingende Zusammenarbeit?</p> <p><u>Netzwerktreffen</u></p>	<p><u>Akteure (von + für)</u> # Wer führt die Schulungen durch? # Wer richtet die Schulungen aus? # Wer wird geschult?</p> <p><u>Kosten/Finanzierung</u> Wie werden die Schulungen finanziert?</p> <p><u>Intervall</u> In welchen Zeitabständen finden die Schulungen statt?</p>	<p><u>Zielgruppen</u> Für welche Zielgruppen wird spezifische ÖA gemacht?</p> <p><u>Kosten/Finanzierung</u> Wer finanziert das IM/ÖÄ für das ASS-Angebot?</p> <p><u>Bedarfe</u> # Sie haben in dem Bogen auf die Notwendigkeit ... hingewiesen. Ist eine solche derzeit in Planung? Und wenn nein, woran fehlt es dafür (Finanzierung/Personal/Netzwerk)?</p> <p># Sind Ihrer Meinung nach darüber hinaus weitere ÖÄ/Informationsmaterialien (bspw. Presse, Radio, Veranstaltungen) notwendig für eine erweiterte Inanspruchnahme des Angebots?</p>

Finden Netzwerktreffen statt und wenn ja, wie oft? *Wenn nein, sind solche geplant? Wenn keine geplant sind, warum nicht?*

Koordination des Netzwerks

Wer koordiniert das Netzwerk?
*Wenn ein Netzwerk in Planung ist:
Wer kommt dafür in Frage bzw. ist ggf. geplant?*

Finanzierung der Koordination

Wie wird die Koordination finanziert? Wie kann sie durch wen finanziert werden?

**(Nachfragen/Aufrechterhaltungsfragen/
Steuerungsfragen/Notizen)**

Fragearten	X Versorgung in ländlichen Gebieten	XI Erfolgsfaktoren	XII Hürden/Optimierungsbedarfe
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Welche Herausforderungen sehen Sie für die Umsetzung von ASS-Angeboten in ländlichen Gebieten?	Worin sehen sie die „Erfolgsfaktoren“ für ein gelingendes ASS-Angebot?	Was sind Ihrer Meinung nach bisher die Hürden einer landesweiten Umsetzung?
konkrete Fragen abgestimmt auf das Projekt	Welche Ideen haben Sie für mögliche Lösungen?	~ X Fälle Wurde (bei Ihnen) bisher ein ASS Fall später zur Anzeige gebracht und waren die Spuren + Dokumentationen vor Gericht verwertbar? Wenn nein, warum nicht? Wünschen Sie sich eine nachvollziehbare Statistik über die „Nutzung“ des ASS? Haben Sie eine Idee, wie das praktikabel wäre?	Welche Ideen haben Sie für mögliche Lösungen? In welchen Bereichen sehen Sie eine Standardisierung als sinnvoll und praktikabel? Wo sehen Sie die Grenzen einer landesweiten Standardisierung?
(Nachfragen/Aufrechterhaltungsfragen/ Steuerungsfragen/Notizen)	Was sind Ihrer Meinung nach Voraussetzungen für die Umsetzung eines landesweiten Gesamtkonzeptes?	Möchten Sie noch etwas ergänzen, über was wir noch nicht gesprochen haben?	Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft der ASS? Regional und Landesweit? Welche Wünsche haben Sie bzgl. landesweiter Umsetzung/Kriterien?

Postskriptum

Datum des Interviews + Dauer:

Geschlecht:

Alter:

Berufliche Stellung:

Besondere Anmerkungen zur Interviewsituation: