

Standard der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt

Der vorliegende Standard wurde erstellt von der Arbeitsgruppe „Standard der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt“ des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt.

- Dr. Lina Fryszer (WB-Ass. Gynäkologie),
- Hendrike Stein (Chefärztin a.D., DGINA, LG Berlin),
- Karin Wieners (Gesundheitswissenschaftlerin),
- Marion Winterholler (Politikwissenschaftlerin).

Wir bedanken uns bei allen, die die Erstellung des Dokuments mit ihrer Expertise ermöglicht und unterstützt haben!

Mitzeichnende:



Standard der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
Flussdiagramm	6
Ergänzungen zum Flussdiagramm Informationsverweise	
1. Umgang mit betroffener Person	8
2. Verständigung/Sprachmittlung	9
3. Einwilligungsfähigkeit	9
4. Formulierungsoptionen für Kommunikation	10
5. Ärztliche Untersuchung	12
6. Gerichtsverwertbare Dokumentation körperlicher Verletzungen	13
7. Grundlegende Informationen zur Spurensicherung	14
8. Infektiologische Diagnostik und Therapie	15
9. Spezialisierte Fachberatung und Soziales Entschädigungsrecht	20
10. Arztbrief/Erste-Hilfe-Schein	20
11. Screening PTBS und zusätzliches Screening	20
12. Empfehlungen zum Verhalten nach traumatischem Ereignis	21
13. Somatische Nachsorge	22
14. Schwangerschaft nach Vergewaltigung	28
15. Selbstschutz Behandler*in	28
Anhang/Adressen	29
- Polizei, Vertrauliche Spurensicherung/Rechtsmedizinische Untersuchungsstellen	
- Kontaktadressen HIV-PEP	
- Vermittlungsoptionen Schutzbedürftigkeit	
- Hilfeangebote, Informationsmaterial	
- Schwangerschaft nach Vergewaltigung	
Literaturverzeichnis	34

Präambel zum Standard der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt

Nach einer im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten Prävalenzstudie¹ erlebt mehr als jede 20. Frau in Deutschland eine Vergewaltigung, jede 7. Frau (13 Prozent) ist von sexualisierter Gewalt betroffen [1]. Die Studienlage für die Prävalenz bei Männern und TIN*- Personen² ist unzureichend. In der aus dem Jahr 2023 vorliegenden Kriminalstatistik für Berlin, welche nur das Hellfeld erfasst, wird ein Anstieg um 8,1 Prozent auf 1.879 bei sexuellen Übergriffen, sexueller Nötigung und Vergewaltigungen beschrieben. Eine repräsentative Prävalenzstudie kommt zu dem Ergebnis, dass nur 0,6 - 9,5 Prozent der Sexualstraftaten polizeilich angezeigt werden [2].

Kurzfristige und langfristige Folgen, somatischer wie auch psychischer Art, sind bekannt und häufig. Wenn Betroffene professionelle Unterstützung aufsuchen, dann wenden sie sich zum großen Anteil an das Gesundheitswesen [1,3]. Das Gesundheitswesen hat somit eine zentrale Rolle in der Versorgung Betroffener und ist aufgefordert verbindliche und umfassende Angebote bereitzustellen. Aktuell beschreiben Betroffene und beteiligte Fachpersonen Unsicherheiten bei der Versorgung sowie Orientierungslosigkeit bzgl. der Zuständigkeiten und Defizite in den Strukturen und der Finanzierung.

Mit dem vorliegenden Standard werden in einem ersten Schritt Versorgungsleistungen bzw. -angebote zusammengestellt, die nach sexualisierter Gewalt vorzuhalten bzw. anzubieten sind (idealtypisch). Die Zusammenstellung erfolgt auf der Basis einer Literaturrecherche sowie auf Gesprächen mit Expert*innen³, Vertreter*innen von Fachgesellschaften, Betroffenenvertretungen und der Polizei Berlin.

Ziel des vorliegenden Standards ist es, eine Grundlage für dringend erforderliche strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft sowie die Entwicklung angemessener Finanzierungsmodelle zu bieten. Hierbei müssen länderspezifische Gegebenheiten sowie die Etablierung und Finanzierung von Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden. Eine vollumfängliche Umsetzung in die Praxis wird erst erfolgen können, wenn diese Aspekte bearbeitet sind.

Folgende Aspekte waren grundlegend für die Erarbeitung des Standards:

- Fragen der (vertraulichen) gerichtsverwertbaren Dokumentation und Spurensicherung werden derzeit in anderen Gremien bearbeitet. Daher werden hier nur grundlegende Eckpunkte zum Thema aufgenommen, um Versorgenden einen Überblick zu ermöglichen.
- Nicht berücksichtigt werden in dem Dokument die zur Zeit gültigen Finanzierungsmöglichkeiten und die zum jetzigen Zeitpunkt vorhandenen Versorgungsstrukturen. Es werden weder Finanzierungslücken benannt noch wird Bezug genommen auf bestehende vertragliche Regelungen.

1 In der Studie wurden die 2004 gültigen und somit engeren strafrechtlichen Definitionen genutzt. Das Sexualstrafrecht wurde 2016 reformiert.

2 TIN* steht für trans*, inter* und nicht-binäre Personen

3 In Veröffentlichungen des Runden Tisches Berlin - Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt wird der „Gender-Stern“ (z.B. Leser*in) genutzt. Der „Gender-Stern“ wird genutzt, um Personen einzubeziehen, die sich nicht im binären Geschlechtersystem von Frau und Mann wiederfinden.

Vorausgesetzt wird in dem folgenden Dokument:

- die Inklusion aller betroffenen Personen, unabhängig von sozialem und biologischem Geschlecht, von sexueller Orientierung, Herkunft, Alter, Behinderung⁴, Bildung und Religion
- die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung der Betroffenen ohne überprüfende Beurteilung des geschilderten Tathergangs
- der Begriff „medizinische Versorgung“ im vorliegenden Standard umfasst somatische, psychische und psychosoziale Aspekte im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung
- die Anpassung der Versorgung entsprechend der individuellen Situation (bspw. Aufsuchen von Hilfe drei Wochen nach Vorfall)

Ausgangspunkt war die Erarbeitung eines Standards für Berlin. In die Entwicklung des Standards wurden bundesweite Leitlinien und Fachgesellschaften einbezogen, sodass er auch bundesweit genutzt werden kann.

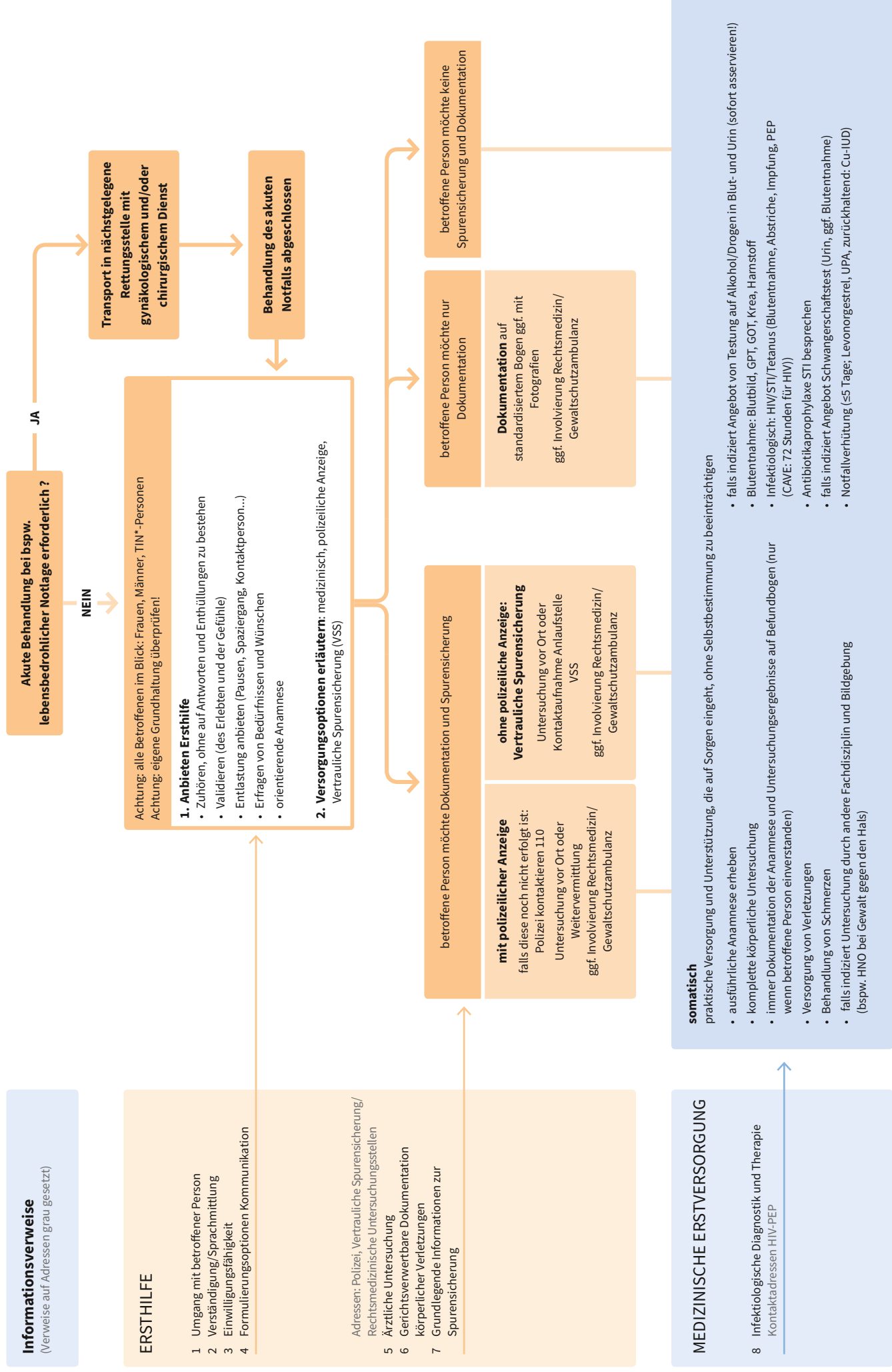
Es erfolgt die Untergliederung der Versorgung nach sexualisierter Gewalt in **Ersthilfe** [25, 39], **Erstversorgung und Nachsorge**. Der Standard wird in Form eines Flussdiagramms dargestellt und durch Erläuterungen („Informationsverweise“) ergänzt. Für den Fall, dass der Standard im klinischen Alltag verwendet werden sollte, wurden Adressen von möglichen Kontaktstellen gesammelt (siehe Anhang/Adressen).

Entwickelt wurde der Standard durch eine Arbeitsgruppe des **Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB)**. Der RTB setzt sich ein für die Verankerung gezielter Unterstützungs- und Versorgungsangebote der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt. Er wurde 2019 eingerichtet und tagt unter Vorsitz der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Beteiligt sind 31 Organisationen, überwiegend aus dem Gesundheitswesen, aber auch aus Kinderschutz, Hilfesystem, Polizei und Wissenschaft. Die Geschäftsstelle des RTB befindet sich in Trägerschaft des S.I.G.N.A.L e.V.. Die Erarbeitung des Standards wurde von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung unterstützt und finanziert.

Wir danken allen, die mit wissenschaftlicher und fachlicher Kompetenz an der Entstehung des Standards mitgewirkt haben. Ganz besonders danken wir Bernd Bergander (DGPM/IGPS), Uta Fürstenberg (Klinik für Psychiatrie, Alexianer St. Joseph Berlin-Weissensee), Dr. Britta Gahr (Rechtsmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf), Ulrike Grobe (LKA Berlin, Kriminaltechnisches Institut, DNA Analytik), Dr. Christine Lehmann (LKA Berlin, Kriminaltechnisches Institut, Betäubungsmittel/Toxikologie), Prof. Dr. Mandy Mangler (Ärztekammer Berlin/GGG Berlin), Dr. Nicole Mattern (BVF, LV Berlin), Dr. Christian Messer (DGPM/BDPM), Dr. Jutta Pliefke (pro familia Berlin), Dr. Julia Schellong (DeGPT/DGPPN), Thomas Schlingmann (Taufwetter e. V.), Friederike Strack (LARA e. V. Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*, trans*, inter* und nicht-binären Personen), Anja Thiemann (Hausärzterverband Berlin-Brandenburg), Angela Wagner (Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt), Christoph Weber (DGI), Dr. Christiane Wessel (KV Berlin) und Alice Westphal (Betroffenenrat des Traumanetzes Berlin).

⁴ Mit dieser Schreibweise soll ausgedrückt werden, dass die Behinderung von der Gesellschaft ausgeht.

Standard der medizinischen Versorgung nach sexualisierter Gewalt


somatisch
 praktische Versorgung und Unterstützung, die auf Sorgen eingeht, ohne Selbstbestimmung zu beeinträchtigen

- ausführliche Anamnese erheben
- komplette körperliche Untersuchung
- immer Dokumentation der Anamnese und Untersuchungsergebnisse auf Befundbogen (nur wenn betroffene Person einverstanden)
- Versorgung von Verletzungen
- Behandlung von Schmerzen
- falls indiziert Untersuchung durch andere Fachdisziplin und Bildgebung (bspw. HNO bei Gewalt gegen den Hals)
- falls indiziert Angebot von Testung auf Alkohol/Drogen in Blut- und Urin (sofort asservieren!)
- Blutentnahme: Blutbild, GPT, GOT, Krea, Harnstoff
- Infektiologisch: HIV/STI/Tetanus (Blutentnahme, Abstriche, Impfung, PEP (CAVE: 72 Stunden für HIV))
- Antibiotikaprophylaxe STI besprechen
- falls indiziert Angebot Schwangerschaftstest (Urin, ggf. Blutentnahme)
- Notfallverhütung (≤5 Tage; Levonorgestrel, UPA, zurückhaltend: Cu-IUD)

MEDIZINISCHE ERSTVERSORGUNG

9 Spezialisierte Fachberatung und Soziales Entschädigungsrecht

Adressen:
Vermittlungsoptionen Schutzbedürftigkeit
10 Arztbrief/Erste-Hilfe-Schein

psychosozial

- Sorgen und Bedürfnisse erfragen
- Zugewandtheit und Sicherheit vermitteln, Raum geben
- aktives, wiederholtes Nachfragen nach aktuellem Befinden und Erleben
- Akzeptanz von ablehnender Haltung seitens der betroffenen Person
- Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (Eigengefährdung) eruieren und falls indiziert (nach Information und Aufklärung hierüber): psychiatrische Vorstellung? stationäre Aufnahme?
- akute Schutzbedürftigkeit abklären (auch von Angehörigen wie bspw. Kindern) ggf. in sichere Umgebung vermitteln
- Resilienz unterstützen (bspw. soziale Unterstützung besprechen)

Behandlungsabschluss

- Zuversicht, Ruhe vermittelnde Verabschiedung („Druck raus nehmen“, „etwas Gutes für sich tun“; AU ansprechen)
- schriftliche/digitale Informationen zu möglichen Hilfeangeboten anbieten

- Nachsorge empfehlen und möglichst terminieren (Infoblatt mitgeben falls medizinisch indiziert), Adressen für Nachsorge anbieten
- ZNA bzw. bei Weiterbehandlung an anderer Stelle: Arztbrief/Erste-Hilfe-Schein schriftlich/digital anbieten (CAVE sofern sicher für betroffene Person)

MEDIZINISCHE NACHSORGE

Hilfeangebote, Informationsmaterial

11 Screening PTBS und zusätzliches Screening

12 Empfehlungen zum Verhalten nach

traumatischem Ereignis

13 Somatische Nachsorge

14 Schwangerschaft nach Vergewaltigung

Schwangerschaft nach Vergewaltigung:

Adressen

psychisch

„active monitoring“ (= Screening bzgl. Schutz- und Risikofaktoren und Monitoring bzgl. Symptomentwicklung) für Monate nach Tat

- Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten und des Verlaufs: Befinden, Schutz- und Risikofaktoren (frühere traumatische Erlebnisse, vorbestehende psychische Belastungen, soziale Unterstützung, Alkohol- u. Drogenkonsum), Fähigkeit Alltag zu bewältigen
- Erkennen von PTBS Symptomen: Flashbacks, Wiedererinnern d. traumatischen Erlebnis, emotionale und körperliche Taubheit, Steigerung Erregungsniveau (übermäßige Wachsamkeit und Schlafstörungen), Dissoziation sowie von Symptomen weiterer psychischer Traumafolgestörungen
- Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (Eigengefährdung) eruieren: psychiatrische Vorstellung? stat. Aufnahme?
- Resilienz fördern
- weitere Unterstützung durch regelmäßige Folgetermine anbieten, hierzu aktive Wiedereinbestellung (Termine vereinbaren, orientiert an medizinisch indizierten Zeiträumen), auch um Arzt*innen-Betroffenen-Beziehung/Kontaktsistenz bei Weitervermittlung zu erhalten

wann weitervermitteln?

- Weitervermittlung abhängig von Stärke der Symptomatik, betroffenenseitsigen Ressourcen, suizidalem oder selbstverletzendem Verhalten, Fähigkeit Alltag zu bewältigen und Risikofaktoren
- ggf. Screening auf PTBS ab 1 Monat
- bei komplexen Verläufen und Vorgeschichte frühzeitige Weitervermittlung indiziert

wohin?

- spezialisierte Beratungsstelle, ggfs. Vermittlung in ein geeignetes Psychotherapieverfahren, ggfs. mit traumatherapeutischem Schwerpunkt, Traumaambulanz, ggf. Fallmanagement nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

15 Selbstschutz Behandler*in

- Aufklärung über mögliche psychische Reaktionen/PTBS (Flashbacks, Wiedererinnern des traumatischen Erlebnis, emotionale und körperliche Taubheit, Steigerung Erregungsniveau, Dissoziation)
- Aufklärung: bei Persistenz der Symptome Hilfeangebote wahrnehmen
- informieren zu spezialisierten Beratungsstellen und Hotlines, sowie Hilfe anbieten bei der Kontaktaufnahme von Angeboten
- hinweisen auf Soziales Entschädigungsrecht (schnelle Hilfe: Fallmanagement und Versorgung in Traumaambulanz)

somatisch

- die somatische insbesondere infektiologische Nachsorge wird je nach betroffener Person und Situation zu unterschiedlichen Zeitpunkten empfohlen, siehe Tabelle „Kontrolltermine nach sexualisierter Gewalt“ Informationsverweis Nr. 13
- die Nachsorge beinhaltet ggf.: Versorgung von Verletzungen, infektiologische Kontrollen (Blutentnahmen, ggf. Abstrichnahme), Impfungen, Schwangerschaftstest
- infektiologische Kontrollen erfassen ggf. folgende Erreger: HIV, Hepatitis A/B/C, Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoe, Trichomonas vaginalis

Ergänzungen zum Flussdiagramm | Informationsverweise

Informationsverweis 1: Umgang mit betroffener Person

Es gilt das Prinzip der traumasensiblen Versorgung nach Gewalterfahrung.

- vermitteln von Ruhe und Sicherheit [4]
- Angebot von Trost, Zuspruch und Hilfe um Ängste zu reduzieren
- Beziehung aufbauen
- Grundhaltung: akzeptierend, unterstützend, emotional einführend [5]
- Selbstbestimmung der betroffenen Person wahren (klären, wieviel Unterstützung benötigt und gewollt wird, nicht über betroffene Person hinweg handeln, so viel Kontrolle und Selbstwirksamkeit wie möglich bei Person lassen bzw. verstärken)
- Akzeptanz von ablehnender Haltung seitens der betroffenen Person. Betroffene können aus vielerlei Gründen – bspw. negative Vorerfahrungen – mit Ablehnung reagieren, dies sollte keinen Einfluss auf den akzeptierenden, wertschätzenden und unterstützenden Umgang und die adäquate Versorgung haben
- sachlicher, empathischer, nicht urteilender und wertfreier Umgang [4, 7-10]
- Erzählung der betroffenen Person nicht hinterfragen, sondern annehmen und keine Kritik äußern [4, 9, 11-13] (negative, bewertende oder infragestellende soziale Reaktionen erschweren die Bewältigung und können PTBS befördern [7, 9, 14–17])
- aktiv zuhören=validieren, die Narration der betroffenen Person bestätigen [4]
- strukturierte Gesprächsführung; beruhigend wirken; bei Übererregung oder/und Dissoziation: unterbrechen, reorientieren, beruhigen, Gegenwärtigkeit herstellen, Pausen machen; betonen, dass es ihr*/ihm* im Laufe der Zeit voraussichtlich besser gehen wird [4, 25]. Gespräch/Untersuchung ggf. beenden, wenn keine Stabilisierung/Beruhigung möglich ist
- erkennen akuter Traumareaktionen (Erinnerungslücken/Widersprüche im Bericht, Erstarren, Schweigen, aggressive Reaktion, Verlust von Körperspannung, Schweißausbruch, Blick ins Leere) und ggf. reorientierend wirken (z. B. betroffene Person aufstehen lassen, gemeinsam durch den Raum gehen) [6]
- Anwesenheit einer Begleitperson anbieten (vertraute Menschen geben Sicherheit und Einschätzbarkeit, CAVE: kann als Zeug*in im Falle eines Gerichtsverfahrens herangezogen werden), Thema NICHT in Anwesenheit der begleitenden Person sondern nur unter Vier-Augen/ nur in Anwesenheit von Personal besprechen [4, 8, 18]
- informieren wieso eine umfassende Untersuchung, Dokumentation/Spurensicherung sinnvoll sein kann
- Vorgehen und jeden Untersuchungsschritt immer erläutern, Transparenz herstellen (“informed consent” erreichen) [4, 11, 13, 19, 20]
- größtmögliche Kontrolle über den Untersuchungsprozess geben und keinen Druck zu Untersuchung und Behandlung ausüben, v.a. da medizinische Untersuchung und Beweissammlung Gefühl von Scham und Kontrollverlust verstärken können [4]
- betroffene Person informieren, „dass die Untersuchung freiwillig ist und sie die Untersuchung jederzeit beenden oder unterbrechen kann. Eine etwaige (Teil-)Ablehnung sowie Unterbrechungen und vorzeitige Beendigungen sollten dokumentiert werden.“ [4, S. 386]

- Ressourcen aktivieren [6] (“Haben Sie eine Person, die Sie unterstützt?”) und schriftliche Informationen anbieten über Bewältigungsstrategien bei schwerem Stress/Belastungen (CAVE gewaltausübende Person im gleichen Haushalt?)

Informationsverweis 2: Verständigung/Sprachmittlung

Im Gespräch mit der betroffenen Person eine gut verständliche Sprache nutzen. Fremdworte vermeiden, kurze, klare Sätze formulieren (Einfache Sprache).

- Im Bedarfsfall eine professionelle Sprachmittlung nutzen. Dies kann vor Ort erfolgen oder Online durch einen Sprachmittlerdienst. Bei Nutzung eines Übersetzungsprogramms sollten datenschutzrechtliche Fragen berücksichtigt werden.
- Die Gebärdensprachdolmetschung für gehörlose Betroffene sollte durch professionelle Gebärdensprachdolmetscher*innen erfolgen. Die Kosten werden seit 2020 von den Krankenkassen getragen. Informationen des Verbands der Ersatzkassen zu Anspruch, Bereitsstellung und Vergütung:

<https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/gebaerdensprachdolmetscher.html>

Die Form der Sprachmittlung ist für die Gerichtsverwertbarkeit einer schriftlichen Befunddokumentation und Spurensicherung nicht relevant. Sie sollte aber auf dem Dokumentationsbogen vermerkt werden (Quelle: Generalstaatsanwaltschaft Berlin, Herr Sebastian Büchner 30.08.2024).

Informationsverweis 3: Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit ist immer zu prüfen und einzuholen (entsprechend dokumentieren).

Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Die Einwilligungsfähigkeit ist bei betreuten Personen in der gleichen Weise zu prüfen wie bei jeder anderen Person. Einwilligungsfähige Personen mit kognitiver Beeinträchtigung können über das Vorgehen selbst entscheiden. Dies gilt auch, wenn eine gesetzliche Betreuung für Fragen der Gesundheitsversorgung besteht [21]. Bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit nicht „strenger“ sein als bei Erwachsenen oder bei Personen ohne eine kognitive Beeinträchtigung.

Die besondere Herausforderung besteht in diesen Fällen darin, das Geschehen und dessen Konsequenzen in einer gut verständlichen Form zu vermitteln [21a] (keine Fremdworte, kurze klare Sätze, Zeit/Pausen, schrittweise Erläuterung und Einholen des Einverständnisses).

Minderjährige

Einwilligungsfähige Jugendliche können auf eigenen Wunsch ohne Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten über das Vorgehen selbst entscheiden [22, 22a, 23].

Im Einzelnen:

„Einwilligungsfähige Jugendliche können auf deren Wunsch ohne Einbezug der Eltern versorgt werden. Die Einwilligung der Sorgeberechtigten ist nur bei einwilligungsunfähigen Jugendlichen erforderlich. Die Einwilligungsfähigkeit einer minderjährigen Person ist auch hier bezogen auf die jeweils konkrete Behandlung und ihre Folgen festzustellen. Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und Gründe für die Bejahung/Verneinung sollten dokumentiert werden.“ [23 S. 80ff] Siehe auch Empfehlung der DGGG [22, 22a].

Sollte die Vermutung bestehen, dass sich die sexualisierte Gewalt fortsetzt und von einer Gefährdung des/der Jugendlichen ausgegangen werden kann, kann eine Beratung durch eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ in Anspruch genommen werden (vgl. § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz; KKG).

Informationsverweis 4: Formulierungsoptionen für Kommunikation

Ansprechen des Verdachts auf sexualisierte Gewalt/Vergewaltigung

(ggf. Anlass für die Vorstellung)

Beim Ansprechen möglichst offene Fragen stellen. Die beispielhaft unten aufgeführten Fragen mit ausreichend Pausen und schrittweise je nach Reaktion nutzen:

- „Was ist denn passiert?“
- „Ihre Verletzungen machen mir Sorgen. Mögen Sie mir sagen, wie sie entstanden sind?“
- „Kann es sein, dass Ihnen jemand weh getan hat?“
- Ggf. unterstützend formulieren „Manchmal gerät eine Situation, die sich anfangs noch in Ordnung oder gut angefühlt hat, in eine ganz andere Richtung, die man nicht wollte und der man nicht zugestimmt hat.“
- Falls danach Bedarf für weitere Fragen besteht „Das wirkt auf mich so, als hätte jemand sexuelle Handlungen gegen Ihren Willen oder ohne Ihre Zustimmung erzwungen? Kann das sein?“

Selbstbestimmung wahren

Stellen Sie Fragen zur konkreten Gewaltsituation nur soweit, wie dies für die weitere Versorgung erforderlich ist.

„Für die med. Versorgung/für die Befunddokumentation habe ich Fragen zum konkreten Geschehen, durch das Sie verletzt wurden. Geben Sie mir bitte ein Zeichen, wenn es Ihnen bei einer Frage nicht gut geht oder wenn Sie nicht antworten möchten oder können. Das ist völlig in Ordnung!“

„Ich würde jetzt gerne die körperliche/gynäkologische Untersuchung beginnen. Ich erkläre Ihnen dabei jeden Schritt. Wenn Ihnen etwas unangenehm ist, schmerzt oder Sie eine Pause brauchen, geben Sie mir bitte ein Zeichen. Das ist völlig in Ordnung. Mir ist wichtig, dass es Ihnen während dieser Untersuchung so gut geht wie möglich und das hier nichts gegen Ihren Willen/ohne Ihre Zustimmung geschieht.“

Befinden erfragen

„Wie geht es Ihnen? Können wir mit dem nächsten Schritt fortfahren? Können Sie mir folgen? Haben Sie alles verstanden? Gibt es noch Fragen?“

Tabelle 1. Prinzipien traumainformierter Gesprächsführung

Prinzip traumainformierter Gesprächsführung	Begründung	Formulierungsbeispiel
Respekt und Validierung (Bestätigung der Wahrnehmung der betroffenen Person und Ernstnehmen von Gefühlen)	- fördert das Vertrauen in die eigene Urteilsfähigkeit - erhöht das Sicherheitsgefühl	„Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie sich nach diesem Erlebnis in einem Ausnahmezustand fühl(t)en.“
Normalisierung und Erklärung der Symptome und Empfindungen	Wissen um eine „[...] [angemessene Reaktion auf ein erschütterndes] Ereignis.“	„Das kann Ausdruck der erhöhten Alarmbereitschaft sein. Das geht vielen Menschen so, die Ähnliches erlebt haben“
Ressourcenorientierung - ressourcenorientiertes Fragen - [falls zutreffend:] Beachten, dass die Tat ein endliches Erlebnis gewesen ist	Durch Betonung der Bewältigungskompetenzen und [...] [Ressourcen] wird Handlungsfähigkeit hergestellt.	„Wie sind Sie aus der Situation gekommen? Was hat Ihnen dabei geholfen?“
Unterstützung der Affektregulation - Beachten psychischer Zustände und Anpassen der Kommunikation bei Gefühlsüberflutung, Anbieten affektregulierender Übungen - bei Abschluss des Gesprächs Überleitung auf positive bzw. unverfängliche Themen oder Anbieten affektregulierender Übungen	- hilft bei der Vermeidung zu intensiver Gefühlsüberflutung - bei Übererregung durch Erinnern an traumatische Erlebnisse ist Unterstützung der Affektregulation hilfreich	„Sie wirken sehr aufgewühlt. Was können wir jetzt tun, damit Sie wieder ruhiger werden?“ oder „Was werden Sie heute Nachmittag tun?“
Nachhaltigkeit - Mitgeben von schriftlichen Unterlagen z.B. Broschüren - Terminvereinbarung für Wiedervorstellung	- Übererregung behindert teilweise die Informationsverarbeitungsfähigkeit im Gespräch, Schriftliches kann später nachgelesen werden - Wiedervorstellung ermöglicht verzögert auftretende traumaspezifische Symptome zu erfassen und Überleitung ins Hilfesystem zu begleiten	„Bei solchen Themen hat sich bewährt, die Situation in [...] [einigen Wochen] noch einmal gemeinsam anzuschauen und zu überlegen, wo Sie noch Unterstützung brauchen können.“

modifiziert aus: [6] Schellong J., Eppler F. & Weidner K. (2018), Praxisbuch Psychotraumatologie, S. 46 (1. Aufl.).

Einleitung Suizidalitätsabklärung

„Es kann sein, dass nach einer Vergewaltigung Suizidgedanken entstehen. Suizidgedanken können als Ausweg empfunden werden *„ich kann, wann immer es nötig wäre, aktiv und selbstbestimmt ein Ende setzen.“* Allein das Bewußtsein dieser Möglichkeit kann beruhigen und helfen, die nächsten Schritte auf der Erde zu tun. Die Not kann aber auch so groß und der Kontakt zu lebensbejahenden Aspekten so gering sein, dass der Gedanke an einen Suizid sehr real ist. Wenn es Ihnen so geht, möchte ich gerne mit Ihnen darüber sprechen.“ Oder: „Es ist mir ein Anliegen, dass eine erfahrene, kompetente Ärzt*in oder Therapeut*in mit Ihnen darüber spricht...“

Psychoedukation Symptomentwicklung und Umgang [zitiert nach Eidmann, 24]

„...[Es] kann [...] gut sein, dass Sie sich in der nächsten Zeit anders erleben, als Sie es sonst kennen. Es kann sein, dass Sie ängstlicher sind, aufgeregter, nicht schlafen können, sich zurückziehen wollen oder ganz viel reden wollen. Eventuell kommen Bilder, Gedanken, Geräusche und Gefühle, die mit der Situation verbunden waren, immer wieder hoch, als Gesamtbild oder auch als einzelne Fragmente. Traumatische Erfahrungen können dazu führen, dass Menschen anders über die Welt, über sich und andere denken und fühlen. Auch die Wahrnehmung kann sich verändern. **Alles, was Sie jetzt erleben [...] [sind für uns (leider) bekannte oder erwartbare Reaktionen auf ein erschütterndes] Ereignis.** Ihr Gedächtnis, Ihr Körper braucht Zeit, um das Geschehen zu verarbeiten. Ich würde gerne mit Ihnen zusammen schauen, was Sie und was andere tun können, um Sie in dieser Zeit zu unterstützen und zu helfen, das Geschehen zu verarbeiten. Und ich würde gerne mit Ihnen darüber sprechen, was Sie jetzt erst einmal nicht tun sollten, was einen guten Verlauf eher behindern könnte.“

Informationsverweis 5: Ärztliche Untersuchung

- Versorgung in Räumlichkeiten mit einer möglichst ruhigen Atmosphäre [4, 6, 13]
- Wartezeiten so kurz wie möglich halten [4]
- versorgendes Personal (ärztlich, pflegerisch) sollte in Versorgung nach sexualisierter Gewalt und in traumainformierter Gesprächsführung geschult sein [4, 7, 11, 25]
- mit Betroffenen das bevorzugte Geschlecht der behandelnden Person besprechen, Wünsche möglichst berücksichtigen [4, 11, 18, 20, 26, 27]
- bei weiblichen Betroffenen die Untersuchung immer in Anwesenheit einer weiblichen dritten Person durchführen, wenn untersuchende Person männlich ist [4, 20]
- das Einverständnis der betroffenen Person ist stets zur Untersuchung und allen weiteren Versorgungsschritten einzuholen. Sollte eine Einwilligungsfähigkeit z. B. aufgrund einer Intoxikation mit Alkohol/Drogen oder aufgrund der Schwere einer Verletzung vorübergehend nicht gegeben sein, erfolgt die Entscheidung über Versorgungsschritte im Einzelfall.
- Angebot einer umgehenden Asservierung von Blut und Urin für eine eventuelle toxikologische Untersuchung, u. a. K.-o.-Tropfen-Analyse (Substanzen sind teilweise nur für kurzen Zeitraum nachweisbar). Bei Entschluss zur polizeilichen Anzeige: Weiterleitung des Untersuchungsmaterials an Polizei, bei Entschluss zu einer vertraulichen, anzeigenunabhängigen Spurensicherung Verwahrung, sonst nach Abschluss der Untersuchung verwerfen.
- bei Verdachtsmomenten in der Anamnese (Amnesie, Erinnerungslücken) kann das Angebot eines Urin-Drogentestes (Drogensuchtest mittels Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers) und Alkoholtestes im Blut erfolgen. Hintergrund sind Informationsbedürfnisse der

Betroffenen und Relevanz für die Traumaverarbeitung. Die Proben sollten wegen der teils kurzen Nachweiszeit umgehend gewonnen werden. Der Drogensuchtest im Urin sollte nach Möglichkeit folgende Substanzen/Substanzklassen abdecken: Cannabinoide, Amphetamine/Methamphetamine, Cocain, Opiate, Benzodiazepine, Barbiturate, Ketamin (Quelle: LKA Berlin, Kriminaltechnik, Toxikologie, Oktober 2024). Drogensuchtests sind nicht gerichtsverwertbar. Sie ersetzen keine Analyse auf Betäubungsmittel, Medikamentenwirkstoffe und KO-Mittel, wie sie im Rahmen einer polizeilichen Untersuchung bzw. vertraulichen Spurensicherung erfolgt (s.o).

- erprobten Dokumentationsbögen für die Untersuchung und Versorgung nutzen. Die Bögen leiten durch Untersuchung und Versorgung und sichern ein standardisiertes Vorgehen. Der Einsatz soll unabhängig vom Umfang der gewünschten Versorgung erfolgen (mit/ohne Dokumentation; mit/ohne Spurensicherung). Bundesweit bzw. in den einzelnen Bundesländern liegen verschiedene Dokumentationsinstrumente und KITs vor. Informationen zum Stand/Vorgehen vermitteln zumeist die rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen der Bundesländer (siehe Kontaktdaten im Anhang).

Dokumentationsbögen z. B.:

- Bogen vom Frauennotruf Frankfurt a. M.

<https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>

- Bogen der Charité Universitätsmedizin Berlin

https://signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/F_07_Aerztlicher_Befundbericht_SG_VSS_042016.pdf

Informationsverweis 6: Gerichtsverwertbare Dokumentation körperlicher Verletzungen

- nach Möglichkeit detaillierte Untersuchung des gesamten Körpers, Entkleidung immer nur in Teilschritten
- Dokumentationsbogen nutzen (s. o.), Dokumentation von Verletzungen nach Größe, Form, Farbe und ggf. Tiefe, Lokalisation mittels Einzeichnung in ein Ganzkörperschema [4, 13, 20, 27] (auch das Fehlen von Verletzungen, geringfügig erscheinende Verletzungen dokumentieren [4])
- Fotografieren von Verletzungen nach dezidiertem Einverständnis und nur bei sichtbaren Verletzungen: sensibler Umgang, Übersichtsaufnahme und Detailaufnahme mit Maßstab; senkrecht auf die Verletzung fotografieren, keine Übersichtsaufnahmen des Anogenitalbereichs, Farbskala verwenden, Vermerk im Dokumentationsbogen, geschützt der Dokumentation anfügen [4]

Formulierungshilfe für die gerichtsfeste Befunddokumentation von Verletzungen:

<https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FNR-FFM-Formulierungshilfe-gerichtsfeste-Befunddokumentation.pdf>

Empfehlungen zur gerichtsfesten Dokumentation und Spurensicherung für Arztpraxen und Krankenhäuser in Berlin:

<https://www.signal-intervention.de/materialien-fuer-fachkraefte>

Informationsverweis 7: Grundlegende Informationen zur Spurensicherung

Es handelt sich hier ausschließlich um grundlegende Informationen, deren Kenntnis eine bessere Beratung bezüglich Spurensicherung ermöglichen können.

- Betroffene ggf. informieren, dass vor Untersuchung möglichst [4]:
 - Vermeidung von Reinigung
 - Vermeidung von Umkleiden
 - falls orale Penetration erfolgte: Vermeidung von Essen, Trinken, Rauchen
 - falls vaginale Penetration erfolgte: aktuell verwendete Tampons o. ä. vaginal belassen (erst nach dem Abstrich vom äußeren Genitale entfernen)
- Zeitfenster müssen beachtet werden, innerhalb derer im jeweiligen Bundesland/in der jeweiligen Region eine Spurensicherung nach der Tat erfolgen kann. Diese Zeitfenster sind regional unterschiedlich und liegen derzeit zwischen 3 und 7 Tagen nach der Tat. Informationen über die jeweilige Praxis sind zumeist über die rechtsmedizinischen Institute bzw. die rechtsmedizinischen Untersuchungsstellen des Landes erhältlich (Kontaktdaten siehe Anhang). Wir stellen hier eine Tabelle mit Zeitfenstern für eine Spurensicherung zur Verfügung, die u. a. in aktuellen internationalen Empfehlungen formuliert werden (siehe Tab. 2) [18,28].
- Die Spurensicherung sollte mit einem erprobten Dokumentationsbogen (s.o.) und Kit zur Spurensicherung erfolgen (s.o.).
- Empfohlen wird die Spurensicherung durch ein interdisziplinäres ärztliches Team (Gynäkologie/Chirurgie/Urologie und Rechtsmedizin) [20], bei weiblichen Betroffenen ist in der Regel eine Versorgung durch eine*n Gynäkolog*in erforderlich. Männliche Betroffene sollten durch eine/n Urolog*in oder Chirurg*in versorgt werden. Mit trans-, inter- und non-binären Personen sollte dies abgesprochen werden.
- Für die Gerichtsverwertbarkeit relevant:
 - sichern einer lückenlosen Beweismittelkette (gesicherte Spuren müssen stets nachvollziehbar übergeben und aufbewahrt werden) [4,11,13]
 - keine Übertragung eigener DNA oder DNA einer Voruntersuchung (sterile Handschuhe, Reinigung mit üblicher alkoholhaltiger Oberflächendesinfektion) [4]

Weitere praxisbezogene Informationsquellen u. a.:

- Informationen iGOBSIS (intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und Informationssystem), Rechtsmedizin Düsseldorf. Es handelt sich um ein webbasiertes Dokumentationssystem und Informationsportal, das bei Verletzungsdokumentation und Spurensicherung unterstützt und Fortbildungen enthält: <https://gobsis.de/>
- Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung. Frauennotruf Frankfurt/Main. Es werden Fortbildungsangebote und umfangreiche Informationen zur Verfügung gestellt. <https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/medizinerinnen>

Tabelle 2. Zeitfenster Spurensicherung

Spuren	Bis wann sollten Spuren gesichert werden (immer so zeitnah wie möglich zur Tat)
DNA Spuren – Sperma, Speichel (geküsst, geleckt etc.) auf der Haut	Patient*in hat geduscht? Falls ja – bis zu 2 Tagen (48 Std.) Falls nein – bis zu 7 Tagen
DNA Spuren – vaginale Vergewaltigung mit möglichem bzw. nicht auszu- schließendem Samenerguss	5 – 7 Tage
DNA Spuren – orale Vergewaltigung	2 Tage (48 Std.)
DNA Spuren – anale Vergewaltigung	3 Tage (72 Std.)
DNA Spuren – digitale Vergewaltigung, z. B. mit Fingern/Körperteilen	2 Tage (48 Std.)
Blut und Sperma an Gegen- ständen z. B. Kleidung	Keine Zeitgrenze (Sekret trocknen lassen)

Die Tabelle basiert auf den Empfehlungen zur gerichtsfesten Dokumentation und Spurensicherung für Arztpraxen und Krankenhäuser in Berlin (29, S. 18). Sie wurde mit Rechtsmediziner*innen und mit Vertreter*innen der Polizei Berlin, des LKA sowie der Kriminaltechnik rückgesprochen und aktualisiert. Die Angaben zur Spurensicherung nach vaginaler Vergewaltigung basieren auf einer Literaturrecherche, die von RunderTisch@signal-intervention.de angefordert werden kann. In Berlin erfolgt die Spurensicherung nach vaginaler Vergewaltigung mit nicht auszuschließendem Samenerguss bei polizeibeauftragter Spurensicherung derzeit bis zu 7 Tage nach der Tat.
Wesentliche Quellen: [11, 18, 28-32]

Informationsverweis 8: Infektiologische Diagnostik und Therapie

1. Diagnostik = Erheben des „Nullstatus“ [33]

Untersuchung mit 2 Zielen:

- Nachweis einer Infektion als Therapieindikation
- Sicherung von Informationen für mögliche spätere Gerichtsverfahren

positiver Befund möglich durch:

- präexistente Infektion
- durch Delikt übertragene Infektion (Inkubationszeit)
- positive Sekrete des/der Täter*in

empfohlene Testung bei erster Vorstellung:

- **Blutentnahme:**
 - HIV-Screeningtest (Anti-HIV 1 und 2),

- Hepatitis B-Virus (HBs-Antigen, Anti-HBs-Antikörper bei unbek. Impfstatus o. unbek. Titer, Anti-HBc-Antikörper (nicht falls geimpft)),
- Hepatitis C-Virus (Anti-HCV-IgM u. -IgG falls positiv PCR zusätzlich),
- Treponema pallidum (Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA) o. Treponema-pallidum-Partikel-Agglutination (TPPA))
- ggf. Hepatitis A-Virus (HAV-IgM, -IgG) bei hoher Infektionsgefährdung (Männer, die Sex mit Männern haben; oral-anal/digital-anal-orale Praktiken)
- **Nukleinsäureamplifikationstests (NAAT):**
 - aus **Abstrichen abhängig von Vorfall** (Penetration):
 - Abstrichproben (vaginal, zervikal, anal): Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, (stets auch Mycoplasma genitalis nach Leitlinie, modifiziert nach Expert*innenmeinung nur bei Symptomen)
 - Abstrichproben (oropharyngeal): Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae
 - falls unklare klinische Symptomatik bzgl. Infektion mit Herpes genitalis → ggf. Abstrich aus Läsion
 - und **Erststrahlurin** (zum Ausschluss urogenitaler! aber nicht oropharyngealer und rektaler Infektion): Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, (stets auch Mycoplasma genitalis nach Leitlinie, modifiziert nach Expert*innenmeinung nur bei Symptomen)
- bei Menschen mit Uterus⁵ ist die Sensitivität im Urin niedriger als in urogenitalen Abstrichproben, daher nicht standardmäßig hierdurch ersetzbar
- zusätzliche mikroskopische Untersuchungen können als Vor-Ort-Diagnostik hilfreich sein

2. Therapie

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) [33]

- prophylaktische Therapie nicht generell empfohlen, unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte sollte diese angeboten werden:
 - Wunsch der betroffenen Person
 - keine Laboruntersuchung möglich
 - geringe Wahrscheinlichkeit der Wiedervorstellung für Nachfolgeuntersuchungen
 - hohes Infektionsrisiko (bspw. Täter*in mit bekannter STI)
- Menschen mit Uterus/Vagina:
 - sollte Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae erfassen → 1 g Ceftriaxon (i.v., i.m.) und 1,5 g Azithromycin (p.o.) zusätzlich 2g Metronidazol (p.o.) nur bei bekannter Trichomonas vaginalis-Infektion des/der Täter*in (falls Ulipristalacetat oder
 - Levonorgestrel eingenommen wird sollte Metronidazol aufgrund der erhöhten Brechreizgefahr mit drei Stunden Abstand hierzu eingenommen werden)

5 Um die Versorgung für alle Betroffenen adäquat darzustellen erfolgt die Unterteilung in Menschen mit Vagina/Uterus und Menschen mit Penis. Bei Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Differences of Sex Development (DSD)/Intersexualität) ist im Einzelfall entsprechend abzuwägen und das Vorgehen anzupassen. Bei Menschen mit Organverlust, z. B. nach operativen Eingriffen, muss die Nachsorge adäquat angepasst werden.

- Menschen mit Penis:
 - sollte Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae erfassen
 - 1 g Ceftriaxon (i.v., i.m.) und 1,5 g Azithromycin (p.o.)
 - oder
 - nach aktueller Studienlage bzgl. der Doxy-PEP: Doxycyclin 1x 200mg (p.o.) bis zu 72 Std. nach Ereignis (Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum) [34] und 1 g Ceftriaxon (i.v., i.m.) (Neisseria gonorrhoeae)

Tetanus [35]

Tabelle 3. Tetanus-Immunprophylaxe im Verletzungsfall

	Dokumentierter Tetanus-Impfstatus	Zeit seit letzter Impfung	DTaP/Tdap ^{b,e}	Tetanusimmunoglobulin (TIG) ^c
Saubere geringfügige Wunden	Ungeimpft oder unbekannt		Ja	Ja
	< 3 Impfstoffdosen		Ja ^d	Nein
	≥ 3 Impfstoffdosen	≥ 10 Jahre	Ja	Nein
		< 10 Jahre	Nein	Nein
Alle anderen Wunden^a	< 3 Impfstoffdosen oder unbekannt		Ja ^d	Ja
	≥ 3 Impfstoffdosen	≥ 5 Jahre	Ja	Nein
		< 5 Jahre	Nein	Nein

a Tiefe und/oder verschmutzte (mit Staub, Erde, Speichel, Stuhl kontaminierte) Wunden, Verletzungen mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (z. B. Quetsch-, Riss-, Biss-, Stich-, Schusswunden), schwere Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebsnekrosen, septische Aborte.

b Erwachsene erhalten ebenfalls Tdap (Tetanus, Diphtherie, Pertussis), wenn sie noch keine Pertussis-Impfung im Erwachsenenalter (≥ 18 Jahre) erhalten haben oder sofern eine aktuelle Indikation für eine Pertussis-Impfung besteht.

c TIG = Tetanus-Immunglobulin. TIG (im Allgemeinen 250 IE) wird simultan mit einer DTaP- bzw. Tdap-Impfstoffdosis aber kontralateral appliziert. Die TIG-Dosis kann auf 500 IE erhöht werden bei:

- infizierten Wunden, bei denen eine angemessene chirurgische Behandlung nicht innert 24h gewährleistet ist;
- tiefen oder kontaminierten Wunden mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung;
- Eindringen von Fremdkörpern (z. B. Biss-, Stich- oder Schusswunden);
- schweren Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebsnekrosen und septischen Aborten

d Für Personen, bei denen die Grundimmunisierung begonnen, aber noch nicht abgeschlossen ist, muss der Abstand zur letzten Impfstoffdosis berücksichtigt werden. Eine postexpositionelle Impfung am Tag der Wundversorgung ist nur sinnvoll, wenn der Abstand zu der vorhergehenden Impfstoffdosis mindestens 28 Tage beträgt. Bezüglich des Abschlusses einer Grundimmunisierung gelten die Nachholimpfempfehlungen der STIKO.

Quelle Tabelle 3: Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2024. Epidemiologisches Bulletin, S. 52.

- Komplettierung der Impfung: 2. Impfstoffdosis nach 1-2 Monaten (abh. vom Impfstoff) und 3. Impfstoffdosis nach 6 Monaten [35]

Hepatitis B

keine Impfung [33, 35, 36]

- vollständige aktive mit HBs-Antigen-Impfstoff und ggf. auch passive Immunisierung mit HBV-Hyperimmunglobulin (Täter*in Hepatitis B positiv, Ereignis vor < 7 Tagen)

Tabelle 4. Hepatitis B-Immunprophylaxe [33, 35, 36]

Aktueller Anti-HBs-Wert		Erforderlich ist die Gabe von	
		HB-Impfstoff	HB-Immunglobulin
≥ 100 IE/l		Nein	Nein
10-99 IE/l		Ja (Auffrischung)	Nein
< 10 IE/l oder nicht innerhalb von 48 Std. zu bestimmen	und Anti-HBs war ≥ 100 IE/l zu einem früheren Zeitpunkt	Ja	Nein
	und Anti-HBs war nie ≥ 100 IE/l zu einem früheren Zeitpunkt und Täter ist Hepatitis B positiv und Ereignis vor <7 Tagen	Ja	Ja

- Impfung (Passiv- und Aktiv) soll innerhalb von 48 Stunden erfolgen [36]
- Komplettierung bei Ungeimpften: 2. Impfstoffdosis nach 1 Monat, 3. Impfstoffdosis nach 6 Monaten [35]

Hepatitis A [33, 35]

- Impfung wird generell empfohlen für Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung (u.a. Männer, die Sex mit Männern haben; oral-anal/digital-anal-orale Praktiken)
- Postexpositionsprophylaxe bei hoher Infektionsgefährdung s.o. mit Aktiv- (monovalenter Hepatitis-A-Totimpfstoff) und Passivimpfung (Immunglobuline) innerhalb von 14 Tagen nach Ereignis
- nach PEP im Verlauf
 - Kombiimpfstoff: 2. Impfstoffdosis nach 4 Wochen und 6 Monaten
 - monovalenter Impfstoff: 2. Impfstoffdosis nach 6 – 12 Monaten

HIV-PEP

- bei Vergewaltigung bei ungeschützter (kein Kondom, keine HIV-PrEP) penil-vaginaler oder penil-analer Penetration wird eine HIV-PEP angeboten [37]
- das Angebot einer HIV-PEP soll grundsätzlich bestehen und der Wunsch des Opfers bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden [37]
- die HIV-PEP ist nach ausschließlich oral erfolgter Vergewaltigung nicht indiziert, unabhängig von der Wahrscheinlichkeit, mit der beim/bei Täter*in eine unbehandelte HIV-Infektion vorliegen könnte und unabhängig von der Art der oralen Vergewaltigung (aktiv, passiv, Sperma aufnehmend) [37]

je nach Situation kann unterschieden werden

• Täter*in unbekannt

- bei Vergewaltigung ist in Deutschland die statistische Expositions Wahrscheinlichkeit sehr gering ($\leq 1:10.000$) [37]
- betroffene Person soll zur HIV-PEP beraten werden
- bei ungeschützter penil-vaginaler oder penil-analer Penetration (bei unbekanntem HIV-Status des/der Täters/Täterin) wird eine HIV-PEP angeboten s.o. [37]

• Täter*in bekannt

- es sollte eine HIV-, Hepatitis- und STI-Diagnostik beim/bei Täter*in angestrebt werden, um der betroffenen Person entsprechende Prophylaxen/Therapien anbieten bzw. bei negativem Befund wieder absetzen zu können [37]

Täter*in HIV-positiv plus Schleimhautkontakt mit potentiell infektiösen Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, rektale, vaginale Sekrete) [37]

- wenn Indexperson unbehandelt bzw. Viruslast >1000 RNA-Kopien/mL oder Behandlungsstatus nicht eruierbar → PEP empfohlen
- Viruslast 50-1000 RNA-Kopien/mL → PEP anbieten
- Indexperson wirksam behandelt mit Viruslast <50 RNA-Kopien/mL (= Nachweisgrenze) → PEP nicht empfohlen

Durchführung HIV PEP [37]

Beginn möglichst innerhalb von 48 Std. maximal in 72 Std. Abstand zur Tat

- bei Unsicherheit bzgl. der Indikation kann HIV-PEP begonnen und ggf. am Folgetag wieder beendet werden
- Dauer der Medikamenteneinnahme 28-30 Tage
- folgende Kombinationen werden empfohlen:
 - Tenofovir-Alafenamid/Emtricitabin/Bictegravir (25/200/50mg) (entspricht 1 x tgl. 1 Tbl.)
 - Tenofovir-Disoproxil/Emtricitabin 245mg/200 mg + Dolutegravir 50 mg (entspricht 1 x tgl. 2 Tbl.)
 - Tenofovir-Disoproxil/Emtricitabin 245mg/200 mg + Raltegravir 2 x 400 mg oder 1 x 2 zu je 600 mg (entspricht 3 Tbl. tgl. mit Einnahmeschema: 2-0-1 oder 1-0-2)
- **vor Beginn:**
 - symptombezogene körperliche Untersuchung
 - Krankheitsanamnese (insbes. renale Risiken/Erkrankungen), Medikamentenanamnese (CAVE Arzneimittelinteraktion)
 - Labor: Blutbild, Kreatinin/Harnstoff, Transaminasen
- Aufklärung über: off label-use (Medikamente für bestehende HIV-Infektion entwickelt und für die HIV-PEP nicht zugelassen), mögliche Nebenwirkungen (häufig: gastrointestinale UAW (Diarrhoe, Übelkeit), seltener: Blutbildveränderungen, Leber oder Nierenfunktionsstörungen in der Regel reversibel; im Allgemeinen Medikamente relativ gut toleriert), safer sex bis Ausschluss HIV-Infektion, Wirkungsabschwächung oraler Kontrazeptiva, HIV-Infektion kann nicht immer verhindert werden

- Laborkontrollen im Verlauf (zusätzlich zu infektiologischen s. u.):
 - falls keine Vorerkrankungen, bei unauffälligen Werten initial und guter Verträglichkeit keine weiteren Laborkontrollen (exklusive infektiologische Verlaufskontrollen) erforderlich
 - falls hepatische oder renale Vorerkrankung: nach 2 Wochen Blutbild, Kreatinin/Harnstoff, Transaminasen
 - ggf. auch bei >40Lj nach 2 Wochen Blutbild, Kreatinin/Harnstoff, Transaminasen (bei erhöhtem Risiko Abfall Krea-Clearance) [38]

Informationsverweis 9: Spezialisierte Fachberatung und Soziales Entschädigungsrecht

Um Betroffene adäquat zu informieren, müssen länder- und regionalspezifische Informationen eingeholt werden (unterschiedliche Angebote, Absprachen, Überweisungspfade etc.).

- Betroffene Person auf Unterstützungsmöglichkeiten durch spezialisierte Fachberatungsstellen hinweisen. Diese bieten umfassende Beratung bei der Bewältigung des Erlebten an. Zur Beratungsstellensuche kann die Datenbank des Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (s. Anhang/Adressen) genutzt werden.
- Betroffene Person auf mögliche Leistungen nach SGB XIV hinweisen (z.B. Flyer mitgeben), insbes. Schnelle Hilfen (Fallmanagement) und Leistungen der Traumaambulanz (psychotherapeutische Unterstützung). Hierfür kann auch an spezialisierte Beratungsstellen verwiesen werden.

<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Neues-Soziales-Entschaedigungsrecht/Schnelle-Hilfen/schnelle-hilfen.html>

Informationsverweis 10: Arztbrief/Erste-Hilfe-Schein

Betroffener Person ist ein Arztbrief/Erste-Hilfe-Schein für weiterbehandelnde Kolleg*innen mitzugeben. Dieser sollte kontroll- bzw. behandlungsbedürftige Befunde und empfohlene Verlaufskontrollen (Art und Zeitpunkt) enthalten. Hierfür steht bspw. der Vordruck vom Frauennotruf Frankfurt am Main „Projekt Soforthilfe nach Vergewaltigung“ zur Verfügung, S. 17 des Dokuments:

<https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>

Die folgenden Informationsverweise beziehen sich auf die medizinische Nachsorge.

Informationsverweis 11: Screening PTBS (ab 1 Monat nach der Tat) und zusätzliches Screening

Falls Behandler*innen Screening für PTBS und zusätzliches Screening mit Hilfe Selbstauskunfts-Fragebogen durchführen wollen, werden folgende Fragebögen empfohlen:

- ITQ (International Trauma Questionnaire), ITQ-CA (ITQ Childhood and Adolescence)
- PCL-5 (PTBS Checkliste nach DSM-5)
- PHQ (Erfassung Schweregrad v. psych. Störungen)

Posttraumatische Belastungsstörung

S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Informationsverweis 12: Empfehlungen zum Verhalten nach traumatischem Ereignis

Flyer/Tabelle mit möglichen Symptomen und entsprechenden Empfehlungen:

https://www.pknds.de/wp-content/uploads/2022/04/08_HILFE_ERWACHSENE_deutsch.pdf

Stressmanagement in den ersten Wochen nach einem Trauma, aber bei Bedarf auch danach [24]

- möglichst kein Alkohol (erschwert die psychische Verarbeitung)
- Schlaf ist sehr wesentlich, bei anhaltenden Schlafstörungen ärztliche Unterstützung
- möglichst schnell wieder positive (= nicht mit dem Gewaltgeschehen assoziierte) Alltagsroutinen aufnehmen, Routine gibt Sicherheit und kann das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle wieder stärken
- wenn nötig und möglich: Struktur für die nächsten Tage besprechen
- Bewegung, Sport (hilft die Unruhe, Stresshormone aus dem Körper zu bekommen)
- äußere Sicherheit und ausreichend Ruhe!
- alle Gefühle zulassen, aber nicht verstärken
- ablenken ist erlaubt und sinnvoll (zusammen überlegen, welche Ablenkung hilfreich ist – keine Thriller, keine spannungsgeladenen Aktivitäten)
- Trauer und Verlust, aber auch Wut nicht als Störung sehen, es ist eine angemessene Reaktion auf ein traumatisches Ereignis!

Atem- und Entspannungsübungen können wirksam sein und sind Bestandteil von Trainings zur Bewältigung von Stress, sie können aber auch Flashbacks und Dissoziation begünstigen. Deshalb sind ihre Effekte kurzfristig zu überprüfen und Patient*innen auf diese mögliche Nebenwirkung hinzuweisen.

Zum Beispiel können die folgenden beiden Techniken verwendet werden, um Wirkung zu zeigen sollten sie eingeübt und kontinuierlich angewandt werden.

Entspannende Atemtechnik [39, frei übersetzt]

- Setzen Sie sich mit den Füßen flach auf den Boden. Legen Sie die Hände in den Schoß. Nachdem Sie die Übungen gelernt haben, machen Sie sie mit geschlossenen Augen. Diese Übungen werden Ihnen helfen, sich ruhig und entspannt zu fühlen. Sie können sie immer dann machen, wenn Sie gestresst oder ängstlich sind oder nicht schlafen können.
- Entspannen Sie zunächst Ihren Körper. Schütteln Sie Ihre Arme und Beine und lassen Sie sie locker. Rollen Sie Ihre Schultern zurück und bewegen Sie Ihren Kopf von einer Seite zur anderen.
- Legen Sie Ihre Hände auf Ihren Bauch. Beobachten Sie Ihren Atem.
- Atmen Sie langsam die ganze Luft durch den Mund aus, und spüren Sie, wie sich Ihr Bauch abflacht. Atmen Sie nun langsam und tief durch die Nase ein, und spüren Sie, wie sich Ihr Bauch wie ein Ballon aufbläht.
- Atmen Sie tief und langsam. Sie können bei jedem Einatmen 1-2-3 zählen und bei jedem Ausatmen 1-2-3.
- Atmen Sie etwa zwei Minuten lang so weiter. Spüren Sie beim Atmen, wie die Spannung Ihren Körper verlässt.

Progressive Muskelentspannung [39, frei übersetzt]

Bei dieser Übung spannen Sie die Muskeln in Ihrem Körper an und entspannen sie anschließend. Beginnen Sie mit Ihren Zehen.

- Krümmen Sie Ihre Zehen und halten Sie die Muskeln fest. Das kann ein wenig wehtun. Atmen Sie tief ein und zählen Sie bis 3, während Sie die Zehenmuskeln anspannen. Entspannen Sie dann Ihre Zehen und atmen Sie aus. Atmen Sie normal und spüren Sie die Entspannung in Ihren Zehen.
- Machen Sie das Gleiche nacheinander mit jedem dieser Körperteile. Atmen Sie jedes Mal tief ein, während Sie die Muskeln anspannen, zählen Sie bis 3, dann entspannen Sie sich und atmen langsam aus.
 - Spannen Sie Ihre Bein- und Oberschenkelmuskeln an...
 - Halte Sie Ihren Bauch fest...
 - Ballen Sie Ihre Hände zu Fäusten...
 - Beugen Sie Ihre Arme an den Ellbogen und halten Sie sie fest...
 - Pressen Sie die Schulterblätter zusammen...
 - Ziehen Sie die Schultern so hoch wie möglich...
 - Spannen Sie alle Muskeln in Ihrem Gesicht an....
- Senken Sie nun langsam Ihr Kinn in Richtung Brust. Während Sie einatmen, bewegen Sie Ihren Kopf langsam und vorsichtig in einem Kreis nach rechts, und dann atmen Sie aus, während Sie Ihren Kopf nach links und zurück zur Brust bringen. Machen Sie dies 3 Mal. Nun gehen Sie in die andere Richtung... atmen Sie nach links und zurück ein, atmen Sie nach rechts und nach unten aus. Wiederholen Sie dies 3 Mal.
- Bringen Sie nun Ihren Kopf nach oben in die Mitte. Nehmen Sie wahr, wie ruhig Sie sich fühlen.

Weitere Übungen zur Stärkung und Entspannung: <https://www.opferhilfe-berlin.de/downloads>

Informationsverweis 13: Somatische Nachsorge

Kontroll-Serologie [33]: (Zeitpunkte siehe Tab. 5)

- HIV (Anti-HIV 1 und 2)
- Hepatitis B: HBs-Antigen (falls keine Impfung zuvor komplettiert o. kein ausreichender Titer)
- Hepatitis C: Anti-HCV-IgM u. -IgG
- Hepatitis A: Anti-HAV-IgM u. -IgG
- Treponema pallidum: ((Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay (TPHA) oder Treponema-pallidum-Partikel-Agglutination (TPPA)) (falls keine prophyl. Antibiotikatherapie erhalten)

Impfungen komplettieren [35]:

- Hepatitis A:
 - Kombiimpfstoff: 2. Impfstoffdosis nach 4 Wochen und 6 Monaten
 - monovalenter Impfstoff: 2. Impfstoffdosis nach 6 – 12 Monaten
- Hepatitis B Komplettierung bei Ungeimpften: 2. Impfstoffdosis nach 1 Monat, 3. Impfstoffdosis nach 6 Monaten
- Tetanus: 2. Impfstoffdosis nach 1-2 Monaten (abh. vom Impfstoff) und 3. Impfstoffdosis nach 6 Monaten

Generelle Informationen zur Tabelle „Kontrolltermine nach sexualisierter Gewalt“

- Im Flussdiagramm sind Angaben zur Versorgung und Nachsorge auf eine zeitnahe Versorgung nach der Gewalttat bezogen. Das Vorgehen muss selbstverständlich fallbezogen angepasst werden – z. B. wenn das Aufsuchen der Klinik/Praxis erst längere Zeit nach der Tat erfolgt.
- Nach Austausch mit Betroffenenvertretungen und geäußelter Belastung der betroffenen Personen durch häufige ärztliche Nachsorgetermine erfolgt die Darstellung der empfohlenen somatischen und infektiologischen Nachsorgetermine einerseits nach S2k-Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik, Therapie“ von 2018 und andererseits in modifizierter Form nach Expert*innen-Meinung auf Basis der aktuell verfügbaren Literatur. In der modifizierten Form wurden die Nachsorgetermine in ihrer Frequenz reduziert. Die Frequenz sollte mit der betroffenen Person besprochen und ihrem Wunsch nachgekommen werden. Die Leitlinie befindet sich aktuell in Überarbeitung durch die Deutsche STI-Gesellschaft (– Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit), nach Veröffentlichung kann sich die Tab. 5 ändern bzw. erübrigen.
- An dieser Stelle wählen wir die Unterteilung in die Gruppen Menschen mit Vagina/Uterus und Menschen mit Penis um die Nachsorge für alle Betroffenen adäquat darzustellen. Bei Menschen mit Organverlust, z. B. nach operativen Eingriffen, muss die Nachsorge adäquat angepasst werden. Bei Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Differences of Sex Development – DSD/Intersexualität) ist im Einzelfall entsprechend abzuwägen und das Vorgehen anzupassen.
- Zur Notwendigkeit von Kontrollabstrichen nach erhaltener Antibiotikaprophylaxe wird in der Leitlinie keine Aussage getroffen, sie sind ggf. nicht notwendig [18].
- Der in der Tabelle hinsichtlich der Abstrichnahme verwendete Terminus „falls indiziert“ bedeutet: wenn entsprechende Penetration erfolgte und wenn betroffene Person dies wünscht.
- Falls eine penil-orale Penetration erfolgte, sollte bei Symptomatik auch die orale Abstrichnahme auf *Neisseria gonorrhoe* erfolgen.
- Die psychosoziale Mitbetreuung sollte stets mitgedacht werden (siehe psychische Nachsorge Flussdiagramm).

Tabelle 5. Somatische Kontrolltermine nach sexualisierter Gewalt**5.1 Menschen mit Vagina/Uterus**

Bei jeder Vorstellung psychische Nachsorge (s. Flussdiagramm) anbieten und falls indiziert Angebot Schwangerschaftstest (wenn positiv über Optionen zur Abortio informieren: kriminologische Indikation, Beratungsregelung (siehe Informationsverweis [14])). Auf Wunsch bei Kontaktaufnahme mit spezialisierter Versorgung (Beratung/Therapie) unterstützen.

S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) 2018	
Zeitpunkt nach Ereignis	Untersuchung
Woche 2	• klinische Untersuchung falls gewünscht: Verletzungen verheilt? Zeichen einer Infektion? • falls indiziert Vaginal-/Zervikalabstrich (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalis)
Woche 4	• ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff)
Woche 6	Serologie: • HIV • ggf. Hepatitis A • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum falls HIV-PEP eingenommen wird sollte gesamte Serologie erst nach 10 Wochen (6 Wochen nach Ende der Medikation) erfolgen
Woche 12	Serologie: • HIV • ggf. Hepatitis A • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum
Woche 24	Serologie: • Hepatitis C • ggf. Hep B-Drittimpfung • ggf. Tetanus-Drittimpfung • ggf. Hepatitis A-Zweit/Drittimpfung (monovalenter/kombinierter Impfstoff)

Modifizierte Form der Leitlinie nach Expert*innenmeinung | Stand 11/24

(Leitlinie befindet sich in Überarbeitung, die Modifikation erfolgte nach aktuell verfügbarer Literatur)

Zeitpunkt nach Ereignis	Untersuchung		
Woche 2	Der Woche 2 Termin ist nicht obligatorisch, es sollte mit betroffener Person besprochen werden, ob er gewünscht ist • klinische Untersuchung falls gewünscht: Verletzungen verheilt? Zeichen einer Infektion? • bei Symptomen und auf Patient*innenwunsch Abstrich: vaginal, zervikal, anal (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, (Mycoplasma genitalis bei Symptomen))		
Woche 4 (ohne PEP)	<table border="1"> <tr> <td> Wenn PEP eingenommen: • ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff) • Treponema pallidum </td><td> nicht obligater Termin Wenn keine PEP eingenommen: können alle Untersuchungen der Wo 4 auch in Wo 6 simultan mit serologischer Kontrolle durchgeführt werden. </td></tr> </table>	Wenn PEP eingenommen: • ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff) • Treponema pallidum	nicht obligater Termin Wenn keine PEP eingenommen: können alle Untersuchungen der Wo 4 auch in Wo 6 simultan mit serologischer Kontrolle durchgeführt werden.
Wenn PEP eingenommen: • ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff) • Treponema pallidum	nicht obligater Termin Wenn keine PEP eingenommen: können alle Untersuchungen der Wo 4 auch in Wo 6 simultan mit serologischer Kontrolle durchgeführt werden.		
Woche 6	<table border="1"> <tr> <td> nicht obligater Termin Wenn PEP: keine Vorstellung erforderlich </td><td> Wenn keine PEP: Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum </td></tr> </table>	nicht obligater Termin Wenn PEP: keine Vorstellung erforderlich	Wenn keine PEP: Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum
nicht obligater Termin Wenn PEP: keine Vorstellung erforderlich	Wenn keine PEP: Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum		
Woche 10 (mit PEP) oder Woche 12 (ohne PEP)	Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C		
Woche 24	Serologie: • Hepatitis C • ggf. Hep B-Drittimpfung • ggf. Tetanus-Drittimpfung • ggf. Hepatitis A-Zweit/Drittimpfung (monovalenter/kombinierter Impfstoff)		

Tabelle 5. Kontrolltermine nach sexualisierter Gewalt

5.2 Menschen mit Penis

Bei jeder Vorstellung psychische Nachsorge (s. Flussdiagramm) anbieten. Auf Wunsch bei Kontaktaufnahme mit spezialisierter Versorgung (Beratung/Therapie) unterstützen.

S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) 2018	
Zeitpunkt nach Ereignis	Untersuchung
Woche 2	falls indiziert Abstrich: anal, urethral (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalis)
Woche 4	- ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung - ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung - ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff)
Woche 6	Serologie: - HIV - ggf. Hepatitis A - Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) - Hepatitis C - Treponema pallidum falls HIV-PEP eingenommen wird sollte gesamte Serologie erst nach 10 Wochen (6 Wochen nach Ende der Medikation) erfolgen
Woche 12	Serologie: - HIV - ggf. Hepatitis A - Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) - Hepatitis C - Treponema pallidum
Woche 24	Serologie: - Hepatitis C - ggf. Hep B-Drittimpfung - ggf. Tetanus-Drittimpfung - ggf. Hepatitis A-Zweit/Drittimpfung (monovalenter/kombinierter Impfstoff)

Modifizierte Form der Leitlinie nach Expert*innenmeinung | Stand 11/24

(Leitlinie befindet sich in Überarbeitung, die Modifikation erfolgte nach aktuell verfügbarer Literatur)

Zeitpunkt nach Ereignis	Untersuchung	
Woche 2	keine weiteren Untersuchungen	
Woche 4	mit PEP: wenn Impfungen notwendig sollte Vorstellung erfolgen Serologie: • Treponema pallidum • ggf. Hepatitis B-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Tetanus-Zweit-/Auffrischimpfung • ggf. Hepatitis A Zweitimpfung (Kombi-Impfstoff) • bei Symptomen und auf Patient*innenwunsch Abstrich: urethral, anal (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae (Mycoplasma genitalis bei Symptomen))	nicht obligater Termin keine PEP: Termin Woche 4 nicht obligatorisch, alle Untersuchungen/Therapien können in Woche 6 erfolgen (siehe Woche 6). Mit betroffener Person besprechen. • bei Symptomen und auf Patient*innenwunsch Abstrich: urethral, anal (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae (Mycoplasma genitalis bei Symptomen))
Woche 6	nicht obligater Termin Wenn PEP: Keine Vorstellung	Wenn keine PEP: Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum
Woche 10 (mit PEP) oder Woche 12 (ohne PEP)	Serologie: • HIV • Hepatitis B (wenn initial kein Impfschutz) • Hepatitis C • Treponema pallidum	
Woche 24	Serologie: • Hepatitis C • ggf. Hep B-Drittimpfung • ggf. Tetanus-Drittimpfung • ggf. Hepatitis A-Zweit/Drittimpfung (monovalenter/kombinierter Impfstoff)	

Informationsverweis 14: Schwangerschaft nach Vergewaltigung

Schwangerschaftsabbruch

- betroffene Person über die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs nach Vergewaltigung informieren (kriminologische Indikation; Beratungsregel)
- für die kriminologische Indikation (§218a Abs. 3 StGB) gilt:
 - der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei
 - es gilt die Frist der 14. SSW p.m.
 - es ist kein Beratungsgespräch in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle erforderlich, es bedarf keiner Bedenkzeit
 - die Indikation-ausstellende Ärzt*in muss keine Gynäkolog*in sein
 - es bedarf keiner polizeilichen oder sonstigen Bescheinigung über die erlebte Gewalt, Kenntnis des Sachverhalts und Plausibilität des Berichts für die ausstellende Ärzt*in sind ausreichend
 - die Indikation-ausstellende Ärzt*in darf den Abbruch selbst nicht durchführen, dies muss durch eine andere Ärzt*in erfolgen
 - die Vorlage einer ärztlich ausgestellten kriminologischen Indikation (z. B. mit einem Formblatt, siehe Anlage) ist für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs ausreichend, es bedarf keiner weiteren Nachweise
 - die Kosten des Abbruchs werden durch die Krankenkasse übernommen (Abrechnung der Einzelleistungen; keine Pauschale)

Beratung

- Wenn eine betroffene Person weitere Beratung wünscht, dann kann diese in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle erfolgen. Eine kriminologische Indikation kann dort nur ausgestellt werden, wenn ärztliches Personal vorhanden ist.

Informationsverweis 15: Selbstschutz Behandler*in

Die Versorgung und Begleitung von Betroffenen sexualisierter Gewalt stellt eine besondere Herausforderung dar und kann auch Behandelnde psychisch sehr belasten. Selbstschutz und Psychohygiene sind in dieser Situation wichtig. Zur Distanzierung können Sie nach einem Gespräch z.B. Fenster öffnen oder bewusst den Raum verlassen. Hilfreich sind ebenso: Austausch mit Kolleg*innen, eine aktive und ausgleichende Freizeitgestaltung, Teilnahme an Balint-Gruppen/ Inter-/Supervision/Qualitätszirkel, Wahrung eigener (Belastungs-)Grenzen und das Einrichten von Erholungszeiten.

Anhang/Adressen

Polizei

Straftaten gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht werden in den Bundesländern von den Landeskriminalämtern bearbeitet. Polizeiliche Anzeigen sexualisierter Gewaltdelikte telefonisch über die Rufnummer 110. Informationen zu Anzeigen und ggf. Beratungsmöglichkeiten

Berlin:

Landeskriminalamt (LKA), Keithstraße 30, 10787 Berlin

LKA 14 (Volljährige)

<https://www.berlin.de/polizei/dienststellen/landeskriminalamt/lka-1/artikel.148804.php>

LKA 13 (Kinder / Jugendliche):

<https://www.berlin.de/polizei/dienststellen/landeskriminalamt/lka-1/artikel.1449539.php>

Bundesweit

Eine Übersicht der Landeskriminalämter aller Bundesländer bietet:

<https://www.kriminalpolizei.de/service/sicherheitsbehoerden/deutsche-sicherheitsbehoerden/-/polizei-und-foederalismus.html>

Vertrauliche Spurensicherung/Rechtsmedizinische Untersuchungsstellen

Berlin

Gewaltschutzambulanz der Charité Universitätsmedizin Berlin

Telefonische Terminvereinbarung erforderlich

T: 030.450 570 270 (Erreichbarkeit: Mo-Fr. 8.30 – 15.00 Uhr)

<https://gewaltschutzambulanz.charite.de/>

Bundesweit

eine Übersicht über rechtsmedizinische Untersuchungsstellen bietet die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin:

<https://www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften/klinische-rechtsmedizin/untersuchungsstellen>

Informationen zur vertraulichen Spurensicherung und Anlaufstellen in den Ländern bietet

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

<https://signal-intervention.de/vertrauliche-spurensicherung-nach-sexueller-gewaltvergewaltigung>

Kontaktadressen HIV-PEP

Berlin

Nur für Ärzt*innen

- 24/7 Hotline zur HIV PEP (St. Joseph Krankenhaus) T: 049. 151 1416 7449

<https://www.sjk.de/kliniken/klinik-infektiologie/hiv-postexpositionsprophylaxe-pep.html>

- Infektiologisches Konsiltelefon (Augusta Viktoria Krankenhaus, Vivantes Netzwerk für Gesundheit) – T: 030.130 20 25 96

Für Patient*innen:

- PEP Hotline - 24/7, T: 030.78 82 28 51

- Liste aller Praxen aus dem Arbeitskreis AIDS: <https://www.ak-aids-berlin.de/mitglieder/>

Bundesweit

Datenbank der Deutschen Aidshilfe: <https://www.kompass.hiv/de>

Vermittlungsoptionen Schutzbedürftigkeit

Berlin:

Sollte eine von sexualisierter Gewalt betroffene Person Schutz vor weiteren Übergriffen benötigen, kann an Schutzeinrichtungen/Frauenhäuser vermittelt werden:

Die Vermittlung freier Plätze in einem Frauenhaus (für Frauen, Lesben, trans Frauen, non-binäre Personen sowie ihre Kinder) erfolgt über die BIG-Hotline (24/7): 030.611 03 00

<https://www.big-hotline.de/>

Bundesweit:

Datenbank Frauenhaussuche der Zentralstelle autonomer Frauenhäuser:

<https://www.frauenhaus-suche.de/>

Datenbank Frauenhaussuche der Frauenhauskoordinierung: <https://www.frauenhauskoordinierung.de/hilfe-bei-gewalt/frauenhaus-und-fachberatungsstellensuche#c1462>

Datenbank der Bundesfach- und Koordinierungsstelle Männergewaltschutz:

<https://www.maennergewaltschutz.de/beratungsangebote/maennerschutzeinrichtungen/>

Hilfeangebote/Informationsmaterial | Fachberatungsstellen sexualisierte Gewalt

Berlin

LARA -Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*

Fuggerstraße 19, 10777 Berlin

T: 030.216 88 88 / F: 030.216 80 61 (für Gehörlose)

<https://lara-berlin.de/home>

Tauwetter e.V. Beratung für Männer*, die als Kind oder Erwachsene sexualisierte Gewalt erlebt haben
Gneisenaustraße 2a, 10961 Berlin, T: 030.693 80 07

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

MUT-Traumahilfe für Männer*, die sexualisierte Gewalt erlebt haben

Rigaer Straße 4, 10247 Berlin

T: 030.80 61 00 77

<https://hilfefuerjungs.de/mut/>

Mutstelle Berlin, Lebenshilfe gGmbH – Beratung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nach sexualisierter Gewalt

Böttgerstraße 19-21, 13357 Berlin

T: 0176.101 790 87 oder 0176.101 790 83

<https://www.lebenshilfe-berlin.de/de/beratung/mutstelle/>

TIN Antigewaltberatung – Beratung für trans*, inter* und nicht-binäre Menschen auch nach sexualisierter Gewalt

Hermannstraße 256-258, 12049 Berlin

T: 030.44 66 88-114/-111

<https://schwulenberatungberlin.de/angebote/tin-antigewaltberatung/>

Opferhilfe e.V. – Beratung für alle Betroffenen von Gewaltstraftaten
Oldenburger Straße 38, 10551 Berlin
T: 030.395 28 67
<https://www.opferhilfe-berlin.de/services>

Wildwasser – Beratung von Mädchen, jungen Frauen (bis 27 J.) und TIN Personen
Petersburger Straße 31, 10249 Berlin
T: 030.282 44 27
<https://wildwasser-berlin.de/maedchenberatung/>

Sind Kinder involviert/direkt betroffen:
Hotline Kinderschutz (24/7 – 030.61 00 66) und Berliner Notdienst Kinderschutz:
<https://www.berlin.de/notdienst-kinderschutz/>

Bundesweit

Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen (24 / 7) T: 116 016
<https://www.hilfetelefon.de/>

Hilfetelefon Gewalt gegen Männer T: 0800 1239900
<https://www.maennerhilfetelefon.de>

APP – Gewaltfrei in die Zukunft (für Frauen, Trans-Frauen, non-binäre Personen bei Gewalt in aktueller/bereits aufgelöster Partnerschaft)
<https://www.gewaltfrei-in-die-zukunft.de/app>

Sind Kinder involviert / direkt betroffen:
Medizinische Hotline Kinderschutz (24 / 7) T: 0800 19 210 00
<https://kinderschutzhotline.de/>

Suche nach regionalen Fachberatungsstellen für Frauen über folgende Datenbanken:

- Bundesverband Frauenberatungsstellen und Notrufe (bff)
<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/hilfe-vor-ort.html>
- Frauenhauskoordinierung (Beratungsstellen und Frauenhäuser) (FHK)
<https://www.frauenhauskoordinierung.de/hilfe-bei-gewalt/frauenhaus-und-fachberatungsstellensuche>

Soziales Entschädigungsrecht – Schnelle Hilfen

Informationen zum Sozialen Entschädigungsrecht und insbesondere zu den „Schnellen Hilfen“ (Fallmanagement und Leistungen der Traumaambulanzen) bietet die Website des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:
<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Neues-Soziales-Entschaedigungsrecht/Schnelle-Hilfen/schnelle-hilfen.html>

Berlin

Traumaambulanz an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité am St. Hedwig-Krankenhaus

T: 030.23 11 18 80

<https://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/st-hedwig-krankenhaus/leistungen/ambulante-behandlung/traumaambulanz-berlin>

Traumaambulanz Berlin im Zentrum für Psychotherapie Friedrich von Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie:

T: 030.54 72 78 87

<https://www.bodelschwingh-klinik.de/einrichtungen-und-angebote/traumaambulanz.html>

Information zum Fallmanagement Landesamt für Gesundheit und Soziales

T: 030. 902 29 62 99

Bundesweit

Datenbank Traumaambulanzen: <https://projekt-hilft.de/liste/kategorie/traumaambulanz>

Länderspezifische Informationen und Kontakt zum Fallmanagement sollten über die jeweiligen Landesregierungen erfragt werden

Informationsmaterial (schriftlich)

Berlin

Flyer u.ä. für Betroffene:

LARA e.V. - Fachberatungsstelle für Frauen*: <https://lara-berlin.de/materialien>

Praxismaterialien für Ärzt*innen/Fachpersonen:

Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt:

<https://rtb-gesundheit.de/ersthilfe-sexualisierte-gewalt>

Bundesweit

Flyer/Broschüren u. ä. vor allem für Betroffene:

Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff):

<https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infoflyer-fuer-betroffene-und-bezugspersonen.html>

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: Empfehlungen für den Umgang mit belastenden Ereignissen

https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psd/download/umgang_mit_belastenden_ereignissen_deutsch.pdf

Vor allem für Ärzt*innen/Fachpersonen:

Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt/Main / Projekt Soforthilfe nach Vergewaltigung:

<https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/>

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf/Projekt i-Gobsis: <https://gobsis.de/>

Medizinische Hochschule Hannover/Projekt ProBeweis:

<https://www.probeweis.de/de/ich-bin-betroffener>

S.I.G.N.A.L. e.V. – Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt: <https://rtb-gesundheit.de/ersthilfe-sexualisierte-gewalt>
Koordinierungsstelle: <https://signal-intervention.de/intervention-bei-gewalt>

Schwangerschaft nach Vergewaltigung

Informationen zu Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbrüchen und Einrichtungen, die Abbrüche vornehmen, bieten die Schwangerenberatungsstellen in den Bundesländern. Ob Kliniken/Arztpraxen einen kriminologisch indizierten Schwangerschaftsabbruch durchführen, muss im Einzelfall erfragt werden. Information zur kriminologischen Indikation:
<https://www.profamilia.de/themen/schwangerschaftsabbruch>

Berlin

Anschriften der anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sowie Adressen von Kliniken und Arztpraxen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen:
<https://www.berlin.de/sen/gesundheitschwangerschaft-und-kindergesundheit/schwangerschaftskonfliktberatung/>

Bundesweit

Datenbank der BZgA zu Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Praxen/Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch und Informationen zu Methoden des Abbruchs:
<https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-praxen-kliniken-einrichtungen/>

Formular zur kriminologischen Indikation
(Quelle: pro familia Berlin; leicht modifizierte Fassung)

Kriminologische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch

Patientin (Name, Geburtsdatum, Anschrift):

Diagnose: intrauterine Schwangerschaft, 6+0 SSW.
Schwangerschaft nach Vergewaltigung
Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch

Bei Frau _____ sprechen dringende Gründe für die Annahme, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt (Vergewaltigung) beruht.

Demnach besteht die Voraussetzung für einen Abbruch nach kriminologischer Indikation, entsprechend §218a (3) StGB. Es bestehen weder Beratungspflicht noch Wartefrist. Der Schwangerschaftsabbruch ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Berlin, _____ Dr. med. _____
(Stempel)

Literaturverzeichnis

- [1] Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Bielefeld: Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2004.
- [2] Birkel C, Church D, Erdmann A, Hager A, Leitgöb-Guzy N. Sicherheit und Kriminalität in Deutschland – SKiD 2020 2020;1.
- [3] Europäische Union, editor. Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung: Ergebnisse auf einen Blick. Luxembourg: Amt für Veröffentlichungen; 2014.
- [4] Fryszer LA, Büttner M, Etzold S, Muetzel E, Rall K, Schellong J, et al. Recommendations for Care and Support of Female Rape Victims. Geburtshilfe Frauenheilkd 2022;82:384–91. <https://doi.org/10.1055/a-1687-9584>
- [5] AWMF-S2k-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. 2019.
- [6] Schellong J, Eppele F, Weidner K. Praxisbuch Psychotraumatologie. 1. Auflage. Stuttgart: 2018.
- [7] AWMF-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. Registernummer 155– 001. 2019.
- [8] National Guidelines on Referral and Forensic Clinical Examination Following Rape and Sexual Assault (Ireland). 2018.
- [9] Gysi J, Rüegger P, Schwark, Dragon, Böhner, editors. Handb. Sex. Gewalt. 1st ed., Bern: 2018.
- [10] National Health Service Schottland, The Schottish Government. Clinical Pathway for Healthcare Professionals Working to Support Adults who Present Having Experienced Rape or Sexual Assault 2020.
- [11] World Health Organization, editor. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [12] Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013;27:141–9. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.013>
- [13] Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JDO, Dartnall E, Gebrehiwot Y. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Int J Gynecol Obstet 2010;109:85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.001>
- [14] Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. J Interpers Violence 2016;31:1074–94. <https://doi.org/10.1177/0886260514564069>
- [15] Ullman SE, Townsend SM, Filipas HH, Starzynski LL. Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. Psychol Women Q 2007;31:23–37. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x>
- [16] Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. Trauma Violence Abuse 2009;10:225–46. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
- [17] Hakimi D, Bryant-Davis T, Ullman SE, Gobin RL. Relationship between negative social reactions to sexual assault disclosure and mental health outcomes of Black and White female survivors. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy 2018;10:270–5. <https://doi.org/10.1037/tra0000245>

- [18] U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations - Adults/Adolescents Third Edition 2024.
- [19] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berg D, Bonatz G, Ratz R, Ulsenheimer K, Vetter K, et al. Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. 2009.
- [20] Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern: Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 2014. Rechtsmedizin 2014;24:405–11.
<https://doi.org/10.1007/s00194-014-0976-z>
- [21] Bundesverband der Berufsbetreuer*innen e.V. Information für Ärzt*innen. Wirksamkeit der Einwilligung in ärztliche Maßnahmen 2024.
<https://www.berufsbetreuung.de/mitglieder-und-service/publikationen/merkblaetter/wirksamkeit-der-einwilligung-in-aerztliche-massnahmen/>
- [21a] Blättner B, Grewe HA. Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern – Bericht an den Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). 2019.
- [22] Balint N, David M, Fegert JM, Fryszer LA, Helling-Bakki A, Herrmann B, et al. Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2022;82:694–705.
<https://doi.org/10.1055/a-1860-0562>
- [22a] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., Wienke A, Hübner L. Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger. 2019.
- [23] Lohse K, Katzenstein H, Beckmann J, Seltmann D, Meysen T. Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern: Expertise. 2018.
- [24] Eidmann M. Lehrmaterial Psychotraumatologie Curriculum am praxis institut 2015.
- [25] World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.
Deutsche Übersetzung des S. I. G. N. A. L. e. V.: Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Genf: Eigendruck.
https://rtb-gesundheit.de/sites/rtb-gesundheit/files/2025-01/2024-11-05_WHO_Leitlinien_Screen_Final.pdf
- [26] The Royal College of Emergency Medicine. Management of Adult Patients who attend Emergency Departments after Sexual Assault and / or Rape. Best Practice Guideline 2015.
- [27] Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM). Erwachsene Opfer nach sexueller Gewalt. Forum Med Suisse 2009;9:147–50.
- [28] Faculty of Forensic & Legal Medicine of the Royal College of Physicians. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects 2024.
Faculty of Forensic & Legal Medicine of the Royal College of Physicians. Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects – the evidence. 2024.
- [29] Koordinierungsstelle S.I.G.N.A.L. e.V.. Gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung nach häuslicher und sexueller Gewalt. Empfehlungen für Arztpraxen und Krankenhäuser in Berlin. 2018.

- [30] National Institute of Justice. National Best Practices for Sexual Assault Kits: A Multidisciplinary Approach 2017.
- [31] Freedman E. Clinical management of patients presenting following a sexual assault. Aust J Gen Pract 2020;49:406–11.
<https://doi.org/10.31128/AJGP-01-20-5199>
- [32] World Health Organization. Strengthening the medico-legal response to sexual violence 2016.
- [33] AWMF-Leitlinie: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie. S2k-Leitlinie Registernummer 059 – 006. 2018.
- [34] Werner RN, Schmidt AJ, Potthoff A, Spornraft-Ragaller P, Brockmeyer NH. Antibiotische STI-Prophylaxe mit Doxycyclin („Doxy-PEP“, „Doxy-PrEP“). 2023.
- [35] Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 2024.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/04_24.html
- [36] Cornberg M, Sandmann L, Protzer U, Niederau C, Tacke F, Berg T, et al. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion – (AWMF-Register-Nr. 021-11). Z Für Gastroenterol 2021;59:691–776.
<https://doi.org/10.1055/a-1498-2512>
- [37] Deutsch-Österreichische Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition. AWMF-Register Nr. 055/004 Klasse: S2k. Version 2022.
- [38] Gandhi M, Glidden DV, Mayer K, Schechter M, Buchbinder S, Grinsztejn B, et al. Association of age, baseline kidney function, and medication exposure with declines in creatinine clearance on pre-exposure prophylaxis: an observational cohort study. Lancet HIV 2016;3:e521–8.
[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30153-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30153-9)
- [39] World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook.
Deutsche Übersetzung des S. I. G. N. A. L. e. V.: Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung oder sexuelle Gewalt erfahren haben. Klinisches Handbuch der WHO. Genf: Eigendruck.
https://rtb-gesundheit.de/sites/rtb-gesundheit/files/2025-01/2024-11-05_WHO_Handbuch_Screen_Final.pdf

Impressum

Herausgeberin:

Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –

Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt

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

Grüntaler Straße 1

13357 Berlin

RunderTisch@signal-intervention.de

<https://rtb-gesundheit.de/>

Layout: Gerhart Schneider

Berlin, Februar 2025

Kontakt für weitere Informationen:
Geschäftsstelle Runder Tisch Berlin –
Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
S.I.G.N.A.L. e. V.
Grüntaler Straße 1 · 13357 Berlin
Tel.: 030 24 63 05 79

E-Mail: RunderTisch@signal-intervention.de
Website: <https://rtb-gesundheit.de/>

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

S.I.G.N.A.L. e. V. ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband.