

Im Jahr 2013 – nach Abschluss der letzten Themengruppe - wird von der externen Moderation ein Abschlussbericht über den Umsetzungsprozess der Konzepte vorgelegt werden, in dem die Ergebnisse/Empfehlungen aus den Themengruppen festgehalten werden.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wird in einem nächsten Schritt eine *Priorisierung und eventuelle Konsolidierung der Empfehlungen* in jedem Bereich unter Berücksichtigung der politischen und finanziellen Lage vornehmen. Danach werden zur Abstimmung der Eckpunkte und Empfehlungen unter Moderation der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und eventueller Beteiligung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin Gespräche in allen Bereichen zwischen der Senatsverwaltung und der entsprechenden Führungsebene jeder Einrichtung und Zielgruppenvertretung geführt. Die externe Moderation wird nach diesen Gesprächen die Abstimmungsprozesse in einem detaillierten Umsetzungsplan für die nächsten zwei Jahre dokumentieren. Im Juni 2013 wurde auf einer Abschlussveranstaltung allen am Prozess Beteiligten der Umsetzungsplan vorgestellt.

Vorstellung des Umsetzungsplans erfolgte im Juni 2013.

Die festgelegten Aufgaben werden im Anschluss daran in jeweiligen Unterarbeitsgruppen der (dann ehemaligen) Themengruppen weiterhin in partizipativer Weise ausgestaltet und wahrgenommen.

4.3.2.2 Betreutes Wohnen für Menschen mit HIV/AIDS und/oder Hepatitis C

Um der gestiegenen Zahl von HIV- und Hepatitis-C-infizierten Menschen bedarfsgerecht Leistungen des therapeutisch betreuten Wohnens und der psychosozialen Betreuung zukommen zu lassen, hat die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung zusammen mit Projektträgern und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. Leistungsbeschreibungen bezüglich dieser Zielgruppe für den Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales erarbeitet. Im November 2011 wurden von der Berliner Vertragskommission Soziales (KO 75) *zwei neue Leistungstypen für das betreute Wohnen* von seelisch behinderten Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C beschlossen:

- a) für Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen – ambulanter Dienst - und
- b) für therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungstagesstätten.

Ein *weiterer Leistungstyp, nämlich für die psychosoziale Betreuung* von seelisch behinderten Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C ist erarbeitet und muss noch verabschiedet werden.

4.3.2.3 Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Ein wesentliches Ziel bei dieser Zielgruppe ist das Wissen um den eigenen HIV-Status, damit angemessene HIV-Präventionsstrategien angewendet werden können. Am 01.09.2011 startete auf Initiative der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung unter Federführung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Landesverband Berlin e. V. die über Mittel der Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin finanzierte „*Berliner Kampagne für ein trägerübergreifendes Beratungs- und Testangebot zu HIV/AIDS, Syphilis und Hepatitis C*“ mit einer Laufzeit von drei Jahren. Mit dieser niedrigschwellig angelegten Kampagne sollen MSM ermutigt werden, sich auf HIV und sexuell übertragbare Infektionen testen zu lassen, um im Falle einer Infektion deren Weitergabe zu verhindern und ggf. eine Behandlung der Infektion einleiten zu können. Neben der Zielgruppe der MSM sollen durch die Beteiligung eines Projektes aus dem Drogenbereich auch drogenkonsumierende Menschen erreicht werden.

4.3.3 Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

4.3.3.1 Sexuelle Gewalt - Ausprägungen, Wahrnehmung, betroffene Menschen

Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt kann alle Altersgruppen jeden Geschlechts betreffen.

Sexuelle Gewalt kann alle Altersgruppen jeden Geschlechts betreffen. Die Opfer werden in ihrer körperlichen und seelischen Integrität tiefgreifend verletzt, leiden oft an körperlichen Auswirkungen, an schweren psychosomatischen Folgen und an Traumatisierungen. Diese Tatsachen machen deutlich, warum die Landeskommission Berlin gegen Gewalt in den vergangenen Jahren unter enger Beteiligung der seit vielen Jahren mit Prävention sexueller Gewalt befassten Akteure konzipiert hat, wie im Land Berlin der Themenkomplex „Sexuelle Gewalt“ in den Bereichen Prävention und Intervention entwickelt und gestaltet werden kann.

Babys, die bereits in ihren ersten Lebensmonaten missbraucht werden³, Frauen, die in ihrer Ehe regelmäßig misshandelt werden⁴ oder Senioren, die überfallen und vergewaltigt werden⁵ – dies sind nur einige wenige Beispiele, die das breite *Spektrum und Ausmaß sexueller Gewalt* verdeutlichen. Vor allem aber wird sichtbar, wie unterschiedlich die Ausprägung und wie verschieden die verwendeten Begriffe sein können.

Ausprägungen sexueller Gewalt

Bei sexueller Gewalt ist die „Gewalt“ das entscheidende Merkmal.

In der wissenschaftlichen Literatur lässt sich zum *Begriff der sexuellen Gewalt* keine Legaldefinition finden. Generell wird aber von sexueller Gewalt gesprochen, wenn ein Mensch an einem anderen Menschen sexuelle Handlungen gegen dessen Willen vornimmt. Dabei ist Gewalt das entscheidende Merkmal, das bei den meisten Täterinnen und Tätern die eigentliche Motivation darstellt und nicht die sexuelle Handlung an sich. Ferner wird bei sexueller Gewalt zwischen enger (mit Körperkontakt) und weiter (ohne Körperkontakt) unterschieden. Dies bedeutet, dass auch Blicke und Exhibitionismus durchaus als sexuelle Gewalt einzustufen sind. Leider wird bei vielen Definitionsversuchen davon ausgegangen, dass sexuelle Gewalt ausschließlich durch Erwachsene an oder gegen Kinder verübt wird. Dies hat zur Folge, dass sexuell übergriffige Kinder, oder auch z. B. Gewalttaten in Paarbeziehungen, nicht betrachtet werden. Jedoch weist der sexuelle Kindesmissbrauch einige Besonderheiten auf, die keinesfalls außer Acht gelassen werden dürfen: Einerseits wird die Unterlegenheit des Kindes ausgenutzt⁶, andererseits wird dem Kind vermittelt, dass es nicht als Mensch wahrgenommen wird, sondern von Erwachsenen abhängig ist, diese frei über sie oder ihn verfügen können und etwaige Gegenwehr von schwerwiegenden Konsequenzen begleitet wäre⁷. Sexueller Missbrauch findet daher meist im sozialen Nahbereich statt, d. h. in der Familie, in der Schule oder im Kindergarten, im Sportverein, insbesondere aber auch in Heimen. Dabei kommen die *Täter oder Täterinnen* in den meisten Fällen *aus dem außerfamiliären Nahbereich* (Verwandte, Pädagogen etc.)⁸.

Öffentliche Wahrnehmung

Ausgehend vom sexuellen Missbrauch an Kindern werden jährlich in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 10.000 Fälle⁹ angezeigt, das Dunkelfeld ist jedoch weitaus größer. Schätzungsweise werden je-

³ Wie der Fall eines drei bis neun Monate alten Mädchens, das wiederholt missbraucht wurde. Vgl.: Die Welt vom 15.06.2011: „Kinderschänder filmt sexuellen Missbrauch von Baby“.

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung.

⁵ Wie der Fall einer 78-Jährigen, die von einem 25 Jahre alten Täter vergewaltigt wurde und an den Folgen verstorben ist. Vgl.: Berliner Morgenpost vom 06.08.2012: „78-Jährige stirbt nach Vergewaltigung“.

⁶ Bergmann, Christine (April 2011): Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, S. 22.

⁷ Enders, U. (2011): Gewaltverhältnisse: Ursachen sexuellen Missbrauchs. In: Enders, U. (Hrsg): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 33.

⁸ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 13.

⁹ Vgl. Bundesministerium des Innern, Polizeiliche Kriminalstatistik 2011: Demnach wurden im Jahr 2011 deutschlandweit 12.444 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs zur Anzeige gebracht. Dies entspricht einem Anstieg von 4,9 % gegenüber dem Jahr 2010, die Tendenz ist steigend.

des Jahr 80.000 bis 300.000 Kinder missbraucht¹⁰. Seit Bekanntwerden von Missbrauchsfällen in Heimen, Schulen oder Vereinen ist dieses sensible Thema mehr und mehr in das öffentliche Blickfeld gerückt. Von einer Enttabuisierung des Themas zu sprechen wäre allerdings verfrüht. Auch nehmen die *Problematik und eine ausreichende Sensibilisierung* - nicht nur von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Jugendämtern, sondern vor allem auch der breiten Bevölkerung - *nicht den notwendig hohen Stellenwert* ein. So stützen sich auch heute noch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pädagogischer, juristischer, medizinischer und therapeutischer Berufe auf die These Freuds von der „Verführerin“ und der „aktiven Beteiligung des Opfers“¹¹. Oft verfügen diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine Schlüsselrolle gegenüber den Opfern einnehmen, nur über Halbwissen aus den Medien und sind nicht ausreichend geschult. Doch auch wenn das Thema noch immer keine angemessene öffentliche Bedeutung erfährt, hat sich in den vergangenen Jahren eine weitere Enttabuisierung vollzogen und zu einem offeneren Umgang damit geführt. War es in den 90er Jahren noch undenkbar, Frauen als Täterinnen zu sehen, hat dies mittlerweile Einzug in die öffentliche Diskussion gefunden. Dabei zeigt sich auch, dass sexuelle Gewalt alle Altersstufen, jeden Geschlechts betrifft:

Öffentliche Wahrnehmung nimmt zu, von einer Enttabuisierung zu sprechen wäre aber verfrüht.

Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche werden häufig Opfer sexueller Gewalt. Bei einer Repräsentativbefragung des kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen gaben ca. 21 % der *Mädchen* an, bis zum 16. Lebensjahr sexuellen Missbrauch erlebt zu haben¹², bei den *Jungen* waren es ca. 7 %.

Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Institutionen

In Einrichtungen ist das Risiko des sexuellen Missbrauchs für Kinder und Jugendliche signifikant höher. Während 43 % der *Schulen* und 49 % der *Internate* von Verdachtsfällen berichten, weisen *Heime* einen Anteil von 70 % auf¹³. Dabei zählen zu den Formen einerseits sexuelle Gewalt durch in dieser Einrichtung tätige Personen, andererseits auch sexuelle Gewalt der Kinder bzw. Jugendlichen untereinander, aber auch durch Personen außerhalb der Einrichtung. Heime sind von allen drei Formen am stärksten betroffen.

Sexuelle Gewalt in Institutionen, insbesondere in Heimen, ist ein ernstzunehmendes Problem.

Erwachsene

Bei den Erwachsenen orientieren sich viele Betrachtungen sexueller Gewalt an Menschen, die *in ihrer Kindheit sexuell missbraucht* wurden und heute mit den Folgen kämpfen. Doch auch Erwachsene selbst werden häufig Opfer sexueller Gewalt: So haben 13 % der *Frauen* in der Bundesrepublik Deutschland seit ihrem 16. Lebensjahr Formen sexueller Gewalt wie versuchte oder vollendete Vergewaltigung erfahren, 40 % haben körperliche, sexuelle oder beide Gewaltformen zusammen erlebt. 58 % berichten von unterschiedlich starken Formen der sexuellen Belästigung¹⁴. Das Themengebiet *männlicher Opfer* hingegen steht nicht so stark im Fokus repräsentativer Studien. Zahlen hierzu liegen für die Jahre 1998 bis 2002 vor: In diesem Zeitraum wurden 614 Vergewaltigungen oder sexuelle Nötigungen (§§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB) an Männern (über 21 Jahre) sowie 734 sonstige sexuelle Nötigungen (§ 177 Abs. 1 und 5 StGB) zur Anzeige gebracht. Die Umstände sind dabei ähnlich wie bei den Frauen: Es werden Männer aller sexuellen Orientierungen im öffentlichen Raum, am Arbeitsplatz oder in Institutionen vergewaltigt. Oft befinden sie sich auch in Abhängigkeitsbeziehungen zum Täter und haben große Angst, dass ihnen nicht geglaubt wird - diese Angst ist

¹⁰ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 12.

¹¹ Ebd., S. 15.

¹² Bieneck, S., Stadler, L. und Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, S. 16 (Tabelle 11: Häufigkeit des erlebten Missbrauchs nach Schutzaltersgrenzen und Geschlecht).

¹³ Deutsches Jugendinstitut DJI (Hrsg.): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen 2011, Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, S. 65.

¹⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung, S. 9.

insbesondere bei männlichen Opfern sehr stark ausgeprägt¹⁵. Anders als Männer werden Frauen aber auch öfter Opfer *in ihren Partnerschaften*: So haben 25 % der Frauen¹⁶ schon einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe innerhalb der Partnerschaft erleben müssen. Dabei tritt sexuelle Gewalt überwiegend in Kombination mit körperlicher Gewalt auf; zudem handelt es sich hier um schwere Fälle sexueller Gewalt¹⁷.

Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen

Erhöhtes Risiko sexueller Gewalterfahrung bei Menschen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen.

Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung – und dort insbesondere Frauen – unterliegen dem höchsten Risiko, sexuell missbraucht zu werden. Während im Bevölkerungsdurchschnitt 13 % der Frauen im Erwachsenenalter von sexueller Gewalt betroffen sind, sind Frauen mit Beeinträchtigung/Behinderung zwei- bis dreimal so oft (21 - 43 %) sexuellem Missbrauch ausgesetzt.

Besonders belastet sind hierbei gehörlose (43 %) und *psychisch erkrankte Frauen* (38 %). Auffällig ist, dass – ähnlich wie bei den Kindern und Jugendlichen – behinderte oder beeinträchtigte Frauen, die in Einrichtungen leben, das höchste Missbrauchsrisiko aufweisen¹⁸.

4.3.3.2 Handlungsbedarf und Versorgungssituation

Folgen für die Opfer

Die Folgen sexueller Gewalterlebnisse sind für die Betroffenen vielfältig, vor allem aber langwierig. Für Opfer sexueller Gewalt ist es dringend notwendig, dass sie unverzüglich professionelle Hilfe erhalten, die auf ihre Bedürfnisse (Erreichbarkeit, Sprache, Erfahrungen/Fachwissen der Beratenden zu jeweiligem Gebiet) zugeschnitten ist. Nur so können langfristige Folgen minimiert werden. Dazu gehört auch, dass den Opfern zugehört und ihren Schilderungen Glauben geschenkt wird. Allzu oft müssen Kinder mehreren Erwachsenen vom erlebten Missbrauch berichten, ehe einer ihnen glaubt¹⁹. Dies hat zur Folge, dass viele Betroffene nicht über den ihnen widerfahrenen Missbrauch sprechen und *langfristig mit schwerwiegenden dauerhaften Folgen*, meist psychologischer (posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen), aber auch körperlicher Natur, zu kämpfen haben²⁰. Aus diesem Grund müssen vor allem folgende Maßnahmen ergriffen werden, um den Opfern sexueller Gewalt zu helfen:

Handlungsbedarf

Betroffene müssen einen schnellen und barrierefreien Zugang zu Hilfen erhalten.

Gute Versorgungslage: Betroffene benötigen einen schnellen, einfachen, unkomplizierten und unbürokratischen (niedrigschwelligen) Zugang zu Therapieangeboten. Diese Hilfen und die Konzepte hierfür müssen zielgruppen-, bedarfs- und kontextgerecht²¹ ausgerichtet sein. Hierzu zählt vor allem die Einrichtung von Kinderschutz- und Opferambulanz, um im Notfall schnellstmöglich Hilfe leisten zu können.

*Lotsen*²²: Viele Betroffene wissen nicht, wo sie welche Art von Hilfe in Anspruch nehmen können. Daher ist es dringend notwendig, dass allen voran die Krankenkassen sowie die KV Berlin eine Art Lotsendienst einrichten und Opfern ihre Möglichkeiten und Rechte innerhalb des Gesundheitssystems aufzeigen.

Öffentlichkeitsarbeit: Hierzu zählt einerseits das gezielte Bekanntmachen der Angebote der einzelnen Beratungsstellen, andererseits auch die Verbreitung von Informationsmaterialien für die einzelnen Zielgrup-

¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland. Pilotstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 284 ff.

¹⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung, S. 8.

¹⁷ Ebd., S. 15.

¹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung, S. 24.

¹⁹ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 14.

²⁰ Zu den langfristigen Folgen sexuellen Missbrauchs vgl. Hürden überwinden: Gesundheitliche Hilfen für Betroffene von sexueller Gewalt. Forderungskatalog anlässlich des 1. Hearings „Gesundheit von Betroffenen – Bessere Versorgung und Behandlung“ des UBSKM (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs) am 18. Oktober 2012.

²¹ Landeskommision Berlin gegen Gewalt (2010): Schnittstellenanalyse zum Themenkomplex Sexuelle Gewalt. In: Berliner Forum Gewaltprävention, Nr. 40, S. 40.

²² Aus dem Forderungskatalog „Hürden überwinden: Gesundheitliche Hilfen für Betroffene von sexueller Gewalt“, anlässlich des 1. Hearings „Gesundheit von Betroffenen – Bessere Versorgung und Behandlung“ des UBSKM (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs) am 18. Oktober 2012.

pen zum Thema „sexuelle Gewalt“. Auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit - insbesondere aber der mit diesem Thema arbeitsbedingt konfrontierten Berufsgruppen - ist Teil dieses Bereichs.

Aus-, Fort- und Weiterbildung: Das Thema „sexuelle Gewalt“ muss in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der entsprechenden Berufsgruppen (wie Ärzte, Therapeuten, Beratende) fest verankert werden. Weitere Berufsgruppen (wie beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter) benötigen entsprechende Qualifikationen.

Prävention: Hierzu zählt vor allem die Aufklärung, Sensibilisierung und Wissensvermittlung zu diesem Thema, insbesondere an Kindertageseinrichtungen und Schulen. Hilfreich können hier Leitlinien zur Prävention und Intervention²³ sein.

Intervention: Es besteht ein dringender Bedarf an Schutzkomponenten in allen Abhängigkeitsverhältnissen. Abhängigkeitsverhältnisse bestehen dort, wo mit Kindern und Jugendlichen, Menschen mit Behinderungen und Senioren gearbeitet wird, aber vor allem auch in Ausbildungsverhältnissen, in Sportvereinen etc.

Aktuelle Situation und Defizite in der Berliner Versorgungslandschaft

Wirft man einen Blick auf die bestehenden Angebote für Betroffene sexueller Gewalt in Berlin, lässt sich Folgendes feststellen:

Versorgungslage: Die Versorgung ist in Berlin deutlich besser als im ländlichen Raum, deckt sich jedoch nicht immer mit dem tatsächlichen Bedarf. So muss das Angebot auch immer auf das Spektrum (Zielgruppen), Entfernungen und Erreichbarkeit hin analysiert werden. Derzeit gibt es in Berlin zumeist Einrichtungen, die Beratung für Mädchen und Frauen anbieten. Seltener sind spezialisierte Einrichtungen für Jungen und Beratungen für Männer lassen sich nur vereinzelt finden. Gleiches gilt für Angebote für Kleinstkinder²⁴. Das derzeitige Unterstützungsangebot ist nicht immer zielgruppengerecht, einige Betroffenen sind unterversorgt: Für Migrantinnen und Migranten fehlen entsprechende Therapien in ihrer Muttersprache²⁵, männliche Jugendliche und junge Männer, die aktuell missbraucht wurden, finden nur schwer Therapiemöglichkeiten²⁶ und insbesondere für die Zielgruppe der behinderten oder beeinträchtigten Menschen steht das Therapieangebot in keinem Verhältnis zum Bedarf. Dabei sind gerade behinderte Menschen etwa zwei- bis dreimal so stark von sexueller Gewalt betroffen wie Menschen ohne Behinderung und/oder Beeinträchtigung²⁷. Für Lernbehinderte wird entsprechendes Informationsmaterial gebraucht, Bewegungseingeschränkte benötigen einen barrierefreien Zugang zu Beratungsstellen und insbesondere Online-Beratung. Für Gehörlose müssen Angebote in Gebärdensprache bereitgestellt und für die Zielgruppe der geistig Behinderten müssen entsprechende Hilfskonzepte entwickelt werden.

Berliner Versorgungslandschaft deckt derzeit nicht alle Zielgruppen ab.

Öffentlichkeitsarbeit: Diese ist derzeit eingeschränkt. Beratungsstellen haben wenig Möglichkeiten, ihr Angebot bekannt zu machen, da sie auch ohne „Werbung“ mehr als ausgelastet sind und weitere Anfragen nicht bewältigen könnten²⁸.

Die notwendigen Konzepte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Berliner Versorgungslandschaft werden z. Z. im Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt mit freien Trägern, Verbänden, Betroffenen, Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft sowie Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Berliner Verwaltungen erarbeitet (siehe dazu S. 154-155).

²³ Vgl. Fortschritte – Rückschritte: Blick auf die Entwicklung der Auseinandersetzung mit sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend, Vortrag von Prof. Dr. Barbara Kavemann auf der Fachtagung „Licht und Schatten“ von Kind im Zentrum am 21. August 2012 in Berlin (im Internet unter http://www.ejf.de/fileadmin/user_upload/fachtexte/25-J_KiZ_Fachtagung/Vortrag_1_-_Prof_Kavemann.pdf, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013).

²⁴ Vgl. ebd.

²⁵ Landeskommision Berlin gegen Gewalt (2010): Schnittstellenanalyse zum Themenkomplex Sexuelle Gewalt. In: Berliner Forum Gewaltprävention, Nr. 40, S. 18 ff.

²⁶ Ebd., S. 25 f.

²⁷ Ebd., S. 21 ff.

²⁸ Ebd., S. 12 ff.

Entwicklung Bund, Länder

Im Zuge der öffentlichen Diskussion um sexuelle Gewalt, insbesondere um den sexuellen Kindesmissbrauch in Institutionen, wurden auf Bundesebene zahlreiche Schritte zur Aufarbeitung, aber auch zur Prävention unternommen: Der „Runde Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch der Bundesregierung“²⁹ wurde eingerichtet und die Stelle des „Unabhängigen Beauftragten“ (UBSKM)³⁰ geschaffen. Mit Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG)³¹ wurde ein weiterer Schritt in Richtung Prävention eingeleitet.

Die Mehrzahl der bisherigen Maßnahmen befasst sich ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen.

Auffällig ist bei diesen Maßnahmen jedoch, dass sie sich ausschließlich mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen befassen, sowohl aktuell missbrauchte Kinder als auch Erwachsene, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erfahren haben. Die *Zielgruppe* der Männer und Frauen, die aktuell missbraucht wurden, bleibt dabei *nahezu unbeachtet*, ebenso die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen als spezifische Zielgruppe. Hier wird der Bedarf deutlich, die Belange aller Zielgruppen zu betrachten, mithin eine Verbesserung der Versorgung aller Betroffenen zu erzielen.

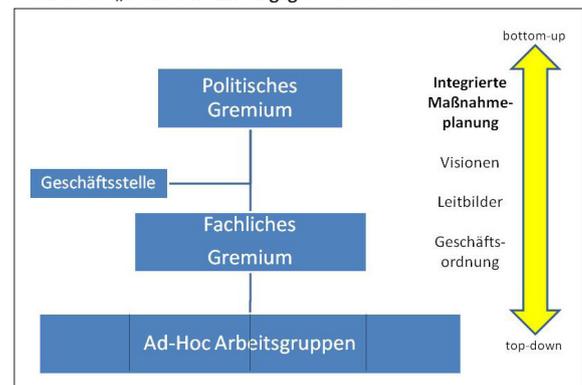
Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt soll Versorgung aller Betroffenen-Gruppen sicherstellen.

Um den von der Landeskommission Berlin gegen Gewalt festgestellten Handlungsbedarf beim Themenkomplex der sexuellen Gewalt zu bearbeiten, übertrug die Landeskommission am 18. Juni 2012 per Beschluss der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Federführung für ein Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt³². Ziel ist es, die bisher fragmentierte Bearbeitung des Themenkomplexes sexueller Gewalt zu beseitigen und in das Netzwerk zu integrieren sowie die Belange aller Zielgruppen zu berücksichtigen³³. Im Mittelpunkt steht vor allem die Sicherstellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung verschiedener Betroffenen-Gruppen. Hierzu empfahl die Landeskommission Berlin gegen Gewalt in *ressort- und institutionenübergreifender Zusammenarbeit* eine auf Prävention und Intervention ausgerichtete integrierte Maßnahmenplanung zu erarbeiten³⁴.

In Umsetzung dieser Vorgaben wurde im Sommer 2012 mit dem Aufbau des „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ begonnen, das sich in ein politisches Gremium (Lenkungsgremium), ein Fachgremium (Plenum) und vier Ad-Hoc-Arbeitsgruppen (Kinder und Jugendliche; Erwachsene; Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung und besondere Zielgruppen/Themen) gliedert. Darüber hinaus wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet. Am 2. November 2012 wurde die *Netzwerkstruktur* vom Lenkungsgremium beschlossen³⁵ (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Struktur des „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSoz Berlin - I E -)

Die Kernaufgaben des *Lenkungsgremiums* (Mitglieder: Staatssekretärebene, Vertreter der Landeskommission gegen Gewalt, Vertreter von Kirchen, Kliniken, Polizei, unterschiedlichste Vereinigungen und Verbände) unter der Leitung der Staatssekretärin für Gesundheit sind die Begleitung und Steuerung der Entwicklung der integrierten Maßnahmenplanung, die politische Impulsgebung, die Klärung und Entscheidung politischer Fragestellungen sowie die Definition und Überwachung der Ziele.

²⁹ Weitere Informationen zum Runden Tisch unter: <http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de/>, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013.

³⁰ Weitere Informationen zum Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unter: <http://www.beauftragter-missbrauch.de/>, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013.

³¹ Das BKisSchG trat am 01.01.2012 in Kraft. Es soll Lücken im Kinderschutz schließen, das Kindeswohl schützen und die körperliche, geistige und seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern.

³² Anlage 6c der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt.

³³ Anlage 6b der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt.

³⁴ Anlage 6a/Teil 2 der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt, S. 4 ff.

³⁵ Beschluss Nr. 1 der Sitzung des Lenkungsgremiums vom 02.11.2012.

Das *Plenum (Fachgremium)* unter der Leitung des Beauftragten für Fragen des gesundheitlichen Kinder- und Jugendschutzes (Mitglieder: Freie Träger, Vertreter unterschiedlicher Verbände) ist befasst mit der Entwicklung/Fortschreibung/Koordination der integrierten Maßnahmenplanung in Kooperation mit vorhandenen Netzwerken, dem Controlling des Implementierungsprozesses, der Einrichtung von Ad-Hoc-Arbeitsgruppen, der regelmäßigen Berichterstattung bzgl. der erzielten Arbeitsergebnisse und dem Vorbereiten von Vorlagen für Senat und Abgeordnetenhaus.

Die *Ad-Hoc-Arbeitsgruppen* bestehen größtenteils aus Mitgliedern des Plenums und leisten zeitlich befristete, konkrete Arbeiten im Zusammenhang mit der Entwicklung der integrierten Maßnahmenplanung.

Fazit

Wie oben dargelegt stellt das Themenfeld der sexuellen Gewalt trotz voranschreitender öffentlicher Enttabuisierung ein massives gesellschaftliches Problem dar. Obwohl alle Altersgruppen, Kulturen und Geschlechter betroffen sind, bestehen in einigen Bereichen - insbesondere bei Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung und Betroffenen, die im Erwachsenenalter sexuellen Missbrauch erfahren haben - *massive Defizite hinsichtlich Hilfs- und Beratungsangeboten*. Langfristig bedarf es eines umfassenden, *auf Prävention und Intervention ausgerichteten Maßnahmenpakets* und der Beteiligung unterschiedlicher Akteure, um einerseits die Fallzahlen sexueller Gewalt zu senken und gleichzeitig den Opfern angemessene Unterstützung zukommen zu lassen. Konzepte wie das „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ leisten einen Beitrag dazu, die Erreichung dieser Ziele perspektivisch zu fördern.

Langfristig bedarf es eines umfassenden Maßnahmenpakets unter Beteiligung vielfältiger Akteure.

4.3.4 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Charité - Universitätsmedizin Berlin)

4.3.4.1 Aufgaben, Datenerhebung und -erfassung

Aufgaben

Der *Einsatz von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit* ist sowohl in der Ärzteschaft als auch bei Laien immer noch mit großer Unsicherheit verbunden. Zu vielen Medikamenten gibt es keine ausreichenden Daten, die die Verträglichkeit eines von der Mutter eingenommenen Arzneistoffs für das Ungeborene oder Stillkind belegen. Selbst dort, wo Auswirkungen auf den Embryo, Feten oder das Stillkind bereits bekannt sind, reicht der heutige Erkenntnisstand häufig nicht aus, um präzise die Risiken beschreiben zu können. Angaben zur Schwangerschaft und Stillzeit auf Beipackzetteln, in Roter Liste und Fachbüchern vermitteln zudem häufig den Eindruck, dass die meisten Arzneistoffe in der Schwangerschaft und Stillzeit nicht verwendet werden dürfen. Diese Angaben sind teils von haftungsrechtlichen und ökonomischen Erwägungen beeinflusst, teils auch zu allgemein gehalten und wissenschaftlich oft nicht aktuell. Daraus resultiert häufig ein Überschätzen des Medikamentenrisikos mit der Folge, dass

Medikamentenrisiko in Schwangerschaft und Stillzeit oft überschätzt.

- notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden,
- nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte und intakte Schwangerschaften abgebrochen werden,
- überzogene Diagnostik durchgeführt wird,
- von Ärztinnen und Ärzten generell vom Kinderwunsch abgeraten wird oder
- vorzeitig abgestellt wird.

Andererseits kann ein Informationsmangel dazu führen, dass unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit einem erhöhten Risiko für das Ungeborene oder das Stillkind verschrieben werden.