



GEWALTFREI LEBEN
KAMPAGNE ZUR VERHINDERUNG VON GEWALT AN FRAUEN UND KINDERN

GEMEINSAM GEGEN GEWALT AN FRAUEN UND HÄUSLICHE GEWALT HANDELN

**LEITFADEN FÜR LEITUNG UND PRAXIS IN KRANKENHÄUSERN
ZUR VERSORGUNG VON GEWALTBETROFFENEN PATIENTINNEN**



Impressum

Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln. Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zu Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen.

Autorinnen: Elisabeth Gruber und Rosa Logar mit Unterstützung von Michaela Egger

Mehrere Expertinnen haben dankenswerterweise fachliche Rückmeldung zum Manuskript bzw. zu Teilen des Manuskriptes gegeben. Verantwortlich für den Inhalt sind jedoch alleine die Autorinnen.

Expertinnen:

Daniela Dörfler | AKH Wien, Oberärztin der Frauenheilkunde, Leitung der Opferschutzgruppe
Sabine Eder | AKH Wien, Pflegeberatung, stellv. Leitung der Opferschutzgruppe
Anneliese Erdemgil-Brandstätter | NÖ Schulungsprojekt: „Gewalt an Frauen – Die Bedeutung des Gesundheitswesens“, DPGKS
Brigitta Mikulasek | WITAF Gehörlosenverband, Gebärdensprachdolmetscherin
Elisabeth Udl | Verein Ninilil, Geschäftsführerin

Lektorat: Renate Feikes

Kontakt Autorinnen: elisabeth.gruber@interventionstelle-wien.at, rosa.logar@interventionstelle-wien.at

Herausgegeben von: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, Wien, 2015

Design: www.liga.co.at

Impressum: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, ZVR: 392798682, DVR: 4006832, Neubaugasse 1/3, 1070 Wien, Tel. +43 (0) 1 / 585 32 88, Fax: DW 20, office@interventionstelle-wien.at, www.interventionstelle-wien.at

Wien, Dezember 2015

Weitere Informationen zur Kampagne „GewaltFREI LEBEN“:



www.gewaltfreileben.at



www.facebook.com/gewaltfreileben



twitter.com/gewaltfreileben

Kampagne gefördert durch die Europäische Union im Rahmen des „PROGRESS“ Programm.
Durchgeführt von: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie, 1070 Wien, Neubaugasse 1/3,
Tel. 01 / 585 32 88, E-Mail: office@interventionstelle-wien.at

Der Inhalt der Broschüre steht unter der alleinigen Verantwortung der Wiener Interventionsstelle als Herausgeberin und kann in keiner Weise dazu herangezogen werden, die Ansichten der Europäischen Kommission wiederzugeben.

Co-funded by the
Programme Progress –
Violence Against Women of
the European Union



BM.I

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDEMINISTERIUM FÜR INNERES

BM | BF
Bundesministerium für
Bildung und Frauen



Vorwort



Gabriele Heinisch-Hosek

Liebe LeserInnen!

Das Gewaltschutzgesetz hat 1997 mit seinem Grundsatz „Wer schlägt, der geht“ ein klares gesellschaftliches Zeichen gesetzt, dass häusliche Gewalt keine Privatangelegenheit ist und ein umfassendes Unterstützungsangebot für Betroffene geschaffen. Seither wurde nicht nur das Gewaltschutzgesetz laufend verbessert, sondern es wurden viele darüber hinausgehende gesetzliche und begleitende Maßnahmen zum Schutz von Gewalt gegen Frauen gesetzt.

Gewalt verletzt und macht krank. Die Folgen sind enorm und reichen von körperlichen Verletzungen bis hin zu psychischen Erkrankungen. Fast jede 3. Frau wendet sich nach erlittener Gewalt an Einrichtungen des Gesundheitssystems. Sie sind oftmals die einzige Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen. Gesundheitseinrichtungen sind damit wichtige Partnerinnen bei der Verhinderung und Prävention von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt. Sie können die erste Brücke zu Opferschutzeinrichtungen und zu polizeilichen Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen sein.

Daher ist es wichtig, dass Gewaltprävention im Gesundheitswesen mehr und mehr zur Routine wird. MitarbeiterInnen im Krankenhaus sollten wissen, was zu tun ist, wenn sie bei PatientInnen Verdacht auf Gewalt haben. Um richtig reagieren zu können, brauchen MitarbeiterInnen klare Signale und Rückhalt von der Führungsebene.

Der vorliegende Leitfaden richtet sich daher vor allem an Führungskräfte in Krankenanstalten und wurde im Rahmen der Kampagne „GewaltFREI LEBEN“ in enger Zusammenarbeit mit ausgewählten Krankenanstalten entwickelt. Er soll Führungskräften helfen, die festgehaltenen Standards und Richtlinien für MitarbeiterInnen über die bestmögliche Versorgung von Gewaltopfern zu implementieren.

Dieser Leitfaden soll eine wertvolle Unterstützung dabei sein, Gewaltprävention als Qualitätsstandard im Krankenhaus und anderen Gesundheitseinrichtungen zu implementieren und damit nachhaltig sichern zu können.

Bundesministerin für Bildung und Frauen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Etablierung von Qualitätsstandards im Umgang mit Opfern von Gewalt im Krankenhaus	7
3. Leitfaden Qualitätsstandards für Ersthilfe im Krankenhaus	8
3.1 Grundsätze eines opferzentrierten Ansatzes in der Versorgung von PatientInnen	8
3.2 Signale setzen und Informationen bereitstellen	10
3.3 Erkennen von Gewalt und Ansprechen eines Verdächtigen	11
3.4 Ersthilfe bei Gewalt	12
3.4.1 Ersthilfe bei sexueller Gewalt	13
3.4.2 Ersthilfe Kinder	14
3.4.3 Ersthilfe Migrantinnen	15
3.4.4 Ersthilfe Frauen mit Behinderungen	16
3.5 Schutz und Sicherheit	17
3.6 Verletzungsdokumentation	18
3.7 Anzeige- und Meldepflichten	19
3.8 Interne Nachsorge	21
3.9 Vermittlung an Hilfseinrichtungen	22
4. Arbeitsmaterialien für Praxis und Schulungen	23
4.1 Handlungsanleitung Erkennen von Gewalt	24
4.2 Handlungsanleitung Umgang mit Verdacht	25
4.3 Handlungsanleitung Gesprächsführung, Aufbau von Vertrauen und Empowerment	27
4.4 Handlungsanleitung Verstehen des Problems, Anamnese der Gewalt	30
4.5 Handlungsanleitung Schutz und Sicherheit im Krankenhaus	31
4.6 Handlungsanleitung Umgang mit Gefährdungen	32
4.7 Handlungsanleitung Gefährlichkeitseinschätzung und Schutzmaßnahmen	33
4.8 Handlungsanleitung Sicherheitsplan	34
4.9 Handlungsanleitung Dokumentation von Verletzungen	36
4.10 Handlungsanleitung für die Anwendung von gesetzlichen Bestimmungen betreffend Anzeige und Meldungen	38
4.11 Handlungsanleitung interne Nachsorge	41
4.12 Handlungsanleitung Vermittlung an Opferschutzeinrichtungen	42
5. Implementierung und Sicherung von Qualitätsstandards	43
5.1 Kinder- und Opferschutzgruppen im Krankenhaus	43
5.2 Schulungen	45
5.3 Sicherheit für MitarbeiterInnen	47
5.4 Unterstützung von Mitarbeiterinnen, die von Gewalt betroffen sind	48
5.5 Kooperation und Vernetzung	50
5.6 Dokumentation	52
5.7 Evaluation	53
5.8 Daten und Statistik	54
6. Literaturverzeichnis und Glossar	55
7. Informationen, Ressourcen, Tools	57
7.1 Gesetzliche Regelung zu den Kinder- und Opferschutzgruppen	57
7.2 Gesetzliche Regelungen zu Anzeige-, Melde- und Informationspflichten für ÄrztInnen und für die Gesundheits- und Krankenpflege	58
7.3 Information zu den österreichischen Gewaltschutzgesetzen	60
7.4 Adressen von Hilfseinrichtungen und Ressourcen	62
7.5 Verletzungsdokumentationsbogen	66
7.6 Checkliste für die Praxis betreffend Ersthilfe für gewaltbetroffene PatientInnen	71

Einleitung

Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt sind gravierende Gesundheits- und Menschenrechtsprobleme (WHO 2013b:10). Die WHO weist auf die negativen Auswirkungen von Gewalt auf Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen hin (WHO 2013b:10). Dies ist durch Studien belegt (Gloor/Meier 2004).

Den zentralen Auftrag des Gesundheitsbereiches sieht die WHO im Erkennen des Problems, dem Behandeln der betroffenen PatientInnen, dem Dokumentieren von erlittener Gewalt und dem Weitervermitteln der Opfer an Hilfseinrichtungen (WHO 2013b:10). Es wird betont, dass Gesundheitseinrichtungen eine Antwort auf das epidemische Ausmaß von Gewalt finden müssen und die multi-institutionelle Zusammenarbeit dabei ausschlaggebend ist (WHO 2013b:44).

Seit August 2014 ist das Übereinkommen des Europarates zur Verhinderung und Prävention von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt in Kraft (Istanbul Konvention). Es handelt sich dabei um die erste, rechtlich bindende Konvention in Europa, die umfassende Maßnahmen zur Gewaltprävention enthält. Österreich hat die Konvention ratifiziert und sich damit zur Umsetzung der Bestimmungen verpflichtet (Council of Europe 2011). Die Maßnahmen gelten für alle Opfer von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt. Der Schwerpunkt der Konvention liegt auf der Verhinderung von Gewalt an Frauen und Mädchen, da diese von häuslicher Gewalt überproportional häufig betroffen sind.

Dies zeigt auch eine neue europäische Studie, die von der EU Grundrechtsagentur durchgeführt wurde. In deren Rahmen wurden über 40.000 Frauen befragt:

Laut dieser Studie haben 33% der Frauen seit dem Alter von 15 Jahren körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt. Das sind ca. 62 Millionen Frauen in den EU Ländern. 22% haben Gewalt in einer Partnerschaft erlitten 7% der Frauen wurden in den 12 Monaten der Befragung Opfer körperlicher Gewalt. Das sind ca. 13 Millionen Frauen. 2% der Frauen erlitten sexuelle Gewalt (ca. 3,7 Millionen Frauen) (European Union Agency for Fundamental Rights 2014b:17).

20% der Frauen erlebten Gewalt in der Schwangerschaft (ebd:22). Kinder sind von der Gewalt gegen ihre Mutter immer mit betroffen. Sie werden Zeuginnen der Gewalt und erleben deren Auswirkungen. Häufig erleben sie auch direkte Gewalt.

Die Studie der EU Grundrechtsagentur zeigt, dass nur ein Drittel der betroffenen Frauen es wagen, die erlittene Gewalt öffentlich zu machen. Sogar bei den schwersten Vorfällen von Gewalt wendet sich nur ein Drittel der Frauen an öffentliche Einrichtungen (ebd:60). Dabei wenden sie sich am Häufigsten

an Einrichtungen im Gesundheitsbereich. Diese haben daher eine Schlüsselrolle in der Prävention von Gewalt (ebd:164).

Gewalt an Frauen und ihren Kindern als Schwerpunkt des Leitfadens

Aufgrund des hohen Ausmaßes von Gewalt an Frauen und den Auswirkungen auf die Kinder, setzt die vorliegende Publikation den Schwerpunkt auf diesen Bereich von Gewalt. Dem Zusammenhang von Frauenmisshandlung und Kindesmisshandlung wird Rechnung getragen. In den Empfehlungen im vorliegenden Leitfaden wird in Bezug auf Hilfen und Schutz für Kinder und ihre Mütter ein integrierter Ansatz verfolgt.

Manche Gruppen von Frauen, z.B. Frauen mit Behinderungen, Migrantinnen und asylsuchende Frauen, erleben mehrfache Benachteiligungen. Sie sind gefährdet, besonders häufig Gewalt zu erleiden und haben es auch schwerer, sich aus Gewaltverhältnissen zu befreien. Auf diese Gruppen wird daher im Leitfaden speziell eingegangen. Auch ältere Frauen können in besonderer Weise betroffen sein (Amesberger/Haller 2010). Diesem Thema wurde in der Publikation zwar kein eigenes Kapitel gewidmet, doch gilt der Grundsatz des schonenden Umgangs mit Opfern und der Beachtung spezieller Verletzlichkeiten natürlich auch für ältere Frauen (siehe Kapitel 3.1).

Auf das Problem Gewalt an älteren Menschen, an Menschen mit einer Behinderung oder psychischer Erkrankung durch Pflegepersonen oder in Institutionen, kann in der vorliegenden Publikation nicht eingegangen werden, da dies den Rahmen übersteigen würde.

Projekt GewaltFREI LEBEN

Die Publikation wurde im Rahmen der österreichweiten Kampagne „GewaltFREI LEBEN“ im Zeitraum 2014 bis 2016 erstellt. Die Kampagne wurde von der Europäischen Union und der Bundesministerin für Bildung und Frauen Gabriele Heinisch-Hosek finanziert. Die Durchführung erfolgte vom Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) in Zusammenarbeit mit der Bundesjugendvertretung (BJV) und der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie.¹

Die Kampagne bestand aus fünf Teilen. Ein Bereich war das Projekt „GewaltFREI LEBEN durch mein Krankenhaus“. Ziel dieses Projektes war die Unterstützung von Krankenhäusern bei der Implementierung von Standards und Richtlinien hinsichtlich der Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen. Dabei stand die Zusammenarbeit mit Führungskräften von Krankenhäusern im Zentrum. Wesentlich war auch die Zusam-

1. AÖF <http://www.aof.at/index.php/aktuelle/gewaltfrei-leben>, 15.12.2015.

menarbeit mit den seit 2011 eingeführten Kinder- und Opferschutzgruppen.

Am Projekt beteiligt haben sich das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, das Hanusch-Krankenhaus, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien und das Pflegekrankenhaus Haus der Barmherzigen. In diesen Einrichtungen wurden Beratungen für Führungskräfte durchgeführt und diese wurden bei der Entwicklung und Implementierung von krankenhausinternen Standards unterstützt. Zusätzlich haben Schulungen für Gesundheitsfachkräfte stattgefunden. Insgesamt konnten ca. 500 Gesundheitsfachkräfte und Führungskräfte in den Projektkrankenhäusern erreicht werden.

Die Erfahrungen, welche im Rahmen des Projektes „Gewalt-FREI LEBEN durch mein Krankenhaus“ gemacht wurden, sind ein wesentlicher Bestandteil der vorliegenden Publikation.

Der Leitfaden sieht sich als Beitrag zur Implementierung der Istanbul Konvention. Er basiert auf neuestem Wissen im Bereich der Prävention von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt und bezieht Vorgaben und Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ein.

Die Publikation baut auch auf früheren Leitfäden und wissenschaftlichen Arbeiten zur Gewaltprävention im Gesundheitsbereich auf. Es sind dies insbesondere folgende:

- ▶ Projekt S.I.G.N.A.L. zu Interventionen im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt (Hellbernd/Brzank/Wieners/Maschewsky-Schneider 2004)
- ▶ Schulungsprojekt „Curriculum. Gewalt gegen Frauen und Kinder“ von der Stadt Wien (MA 57/Fonds Soziales Wien 2005)
- ▶ Leitfaden Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen (Schleicher 2010)
- ▶ Europäisches Daphne Projekt Pro Train (2010).

An wen richtet sich diese Publikation?

Die vorliegende Publikation ist ein Leitfaden, der sich an verschiedene Zielgruppen richtet.

Eine Hauptzielgruppe sind Führungskräfte in Krankenhäusern. Kapitel drei und fünf sind speziell an diese Zielgruppe gerichtet und enthalten Empfehlungen für die Entwicklung von Richtlinien im Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen.

Eine weitere Zielgruppe sind Gesundheitsfachkräfte in Krankenhäusern, aber auch in anderen Gesundheitseinrichtungen, die gewaltbetroffene PatientInnen behandeln. Das Kapitel vier

enthält detaillierte Vorschläge im Umgang mit den Betroffenen in Form von konkreten Handlungsanleitungen und Richtlinien. Diese können auch von Führungskräften für die Etablierung von internen Standards herangezogen werden. Zusätzlich bilden sie eine gute Grundlage für Schulungen.

Weitere Zielgruppen sind Fachkräfte aus Hilfseinrichtungen, Frauenhäuser und andere Opferschutzeinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfe und Polizei, sowie alle die mit dem Problem Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie zu tun haben. Um die Publikation auch für diese Einrichtungen zugänglich zu machen, wurden auch Spezifika aus dem Gesundheitsbereich erläutert, die für Gesundheitsfachkräfte selbstverständlich sind und nicht erklärt werden müssten.

Die Autorinnen sind keine Gesundheitsfachkräfte, sondern Expertinnen im Opferschutz. Sie sind in der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie² tätig und verfügen über langjährige Erfahrung im Opferschutz. Sie haben sich durch jahrelange Kooperationen mit Fachkräften im Gesundheitsbereich und im Zuge des Projektes GewaltFREI LEBEN durch mein Krankenhaus, detailliertes Wissen über diesen Bereich angeeignet. Die Autorinnen hoffen, durch den Leitfaden einen Beitrag zur effektiven Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen zu leisten und danken allen am Projekt Beteiligten für ihre Anregungen, Ideen und Erfahrungen.

2. Siehe Website Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie: www.interventionsstelle-wien.at, 31.12.2015.

2. Entwicklung von Qualitätsstandards im Umgang mit Opfern von Gewalt im Krankenhaus

Der Gesundheitsbereich hat, wie in der Einleitung dargestellt, eine zentrale Rolle in der Erkennung von Gewalt und der Unterstützung von Opfern.

Es ist nicht immer leicht, diese Rolle wahrzunehmen, denn Gesundheitsfachkräfte konzentrieren sich naturgemäß auf die Aufgabe, medizinische Probleme zu diagnostizieren und zu behandeln. Bei dem Problem Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt ist es jedoch notwendig, den Blick zu weiten und die von Gewalt betroffenen Personen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen.

Probleme in der Praxis bestehen manchmal darin, dass es für MitarbeiterInnen in Krankenhäusern keine klaren Richtlinien gibt, wie sie mit dem Problem Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt umgehen sollen und dass Unterstützung von der Leitung fehlt. Die verpflichtende Einrichtung von Kinder- und Opferschutzgruppen in Krankenhäusern ist sehr positiv und hat viel zur Verbesserung im Umgang mit Opfern von Gewalt beigetragen. Doch können Opferschutzgruppen nur dann effektiv wirken, wenn ihre Arbeit in das Gesamtkonzept von Qualitätsmanagement eingebunden ist.

SCHLÜSSELBOTSCHAFTEN

Gewalt zu erkennen, adäquat zu handeln und damit zur Prävention von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt beizutragen, können Krankenhäuser leisten, wenn

- ▶ *Leitung und Management dies als ihre Aufgabe wahrnehmen*
- ▶ *klare Standards und Handlungsanleitungen für den Umgang mit dem Problem vorhanden sind*
- ▶ *alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, die mit Opfern von Gewalt zu tun haben, in die Umsetzung der Standards einbezogen sind und*
- ▶ *das Krankenhaus mit relevanten StakeholderInnen außerhalb effektiv zusammenarbeitet.*

Im Bereich von Krankenhäusern setzt sich die Leitung aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen und wird meist „Kollektive Führung“ genannt. Diese besteht üblicherweise aus:

- ▶ Ärztliche/r DirektorIn
- ▶ Pflegedirektion
- ▶ Verwaltungsdirektion
- ▶ und einer Gesamtleitung.

Diese komplexe Leitungsstruktur kann es u.U. schwierig machen, gemeinsame Richtlinien zu erstellen und umzusetzen. Es bedarf hier einer laufenden Zusammenarbeit aller Leitungspersonen und relevanten Fachstellen:

- ▶ Kinder- und Opferschutzgruppen/Gewaltschutzgruppen³
- ▶ Personalmanagementabteilungen
- ▶ Personen und Abteilungen, die für die Einschulung und für die Fortbildung zuständig sind
- ▶ Rechtsabteilungen und weitere relevante Stellen.

Es ist empfehlenswert, Qualitätsstandards im Krankenhaus in schriftlicher Form vorliegen zu haben und diese für alle MitarbeiterInnen einfach zugänglich zu machen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Standards einfach und übersichtlich gestaltet sind, damit sie im komplexen Krankenhausalltag nicht zu Überforderungen führen, sondern einen „Pfad“ bilden, an dem sich MitarbeiterInnen aller relevanten Berufsgruppen rasch orientieren können. Zum Beispiel können Richtlinien im Intranet online gestellt werden, um für MitarbeiterInnen jederzeit leicht verfügbar zu sein.

Zentrale Aufgaben des Krankenhauses im Bereich Opferversorgung und Opferschutz

Zu zentralen Aufgaben im Umgang mit Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt im Krankenhaus gehören:

- ▶ Die Realisierung des Grundsatzes einer opferzentrierten Versorgung von PatientInnen, die Opfer von Gewalt geworden sind
- ▶ Professionelle Erstversorgung von und Ersthilfe für Opfer von Gewalt; dazu gehört auch die Identifikation des Problems
- ▶ Schutz und Sicherheit von Opfern und Vermittlung zu speziellen Opferschutzeinrichtungen
- ▶ Professionelle Dokumentation der Gewalterfahrungen
- ▶ Aufgaben im Bereich Strafanzeige
- ▶ Die Nachsorge im Krankenhaus und die
- ▶ Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen.

Im folgenden Kapitel werden diese Aufgabenbereiche im Detail behandelt und als Qualitätsstandard beschrieben. Dabei werden konkrete Empfehlungen an die Leitung formuliert und beschrieben, welche Standards entwickelt und umgesetzt werden könnten. Das vierte Kapitel enthält Handlungsanleitungen für die Praxis und für Schulungen. Es handelt sich um „Bausteine“, aus denen Leitung und Management jeweils ihren eigenen auf das Krankenhaus zugeschnittenen Qualitätsrichtlinien entwickeln und realisieren können.

3. Zur wichtigen Rolle der Kinder- und Opferschutzgruppen bzw. der Gewaltschutzgruppen im Krankenhaus siehe Kapitel 5.1.

3. Leitfaden Qualitätsstandards für Ersthilfe im Krankenhaus

3.1 Grundsätze eines opferzentrierten Ansatzes in der Versorgung von PatientInnen

Der Grundsatz eines opferzentrierten Ansatzes in der Versorgung von PatientInnen, die Opfer von Gewalt werden, entspricht den Anforderungen der Istanbul Konvention:

ISTANBUL KONVENTION ZUR PRÄVENTION VON GEWALT AN FRAUEN UND HÄUSLICHER GEWALT:
Bei allen Maßnahmen müssen die Rechte der Opfer ins Zentrum gestellt werden (Artikel 7.2).
Artikel 4.1 spricht vom Recht „einer jeden Person, insbesondere von Frauen, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Umfeld gewaltfrei zu leben (Europarat 2011).“

Die WHO spricht in ihrem Klinischen Handbuch zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung oder sexuelle Gewalt erleiden, von elementaren Grundsätzen für eine Frauenzentrierte Versorgung (WHO 2014b: 4ff). Zentrale Punkte eines opferzentrierten Ansatzes sind:

► **Das Menschenrecht auf ein Leben ohne Gewalt**

Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt sind Menschenrechtsverletzungen; internationale Konventionen wie die Istanbul Konvention (2011) oder die UN Konvention für Kinderrechte (1989) haben zum Ziel, für Frauen und Kinder das Recht auf ein Leben ohne Gewalt zu realisieren.

Zu den Menschenrechten gehört auch eine gute Gesundheitsversorgung, die auf die Rechte und Bedürfnisse von Opfern von Gewalt eingeht.

► **Recht auf Selbstbestimmung**

Von Gewalt betroffene Frauen haben das Recht, vor Gewalt geschützt zu werden und selbst über ihr Leben zu bestimmen. Dazu gehört auch das Recht zu entscheiden, ob sie sich vom gewaltausübenden Partner trennen oder nicht. Auch das Recht medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder diese abzulehnen, ist vom Recht auf Selbstbestimmung umfasst.

► **Schutz von Kindern und Jugendlichen**

Entsprechend der UN Kinderrechtskonvention (1989) und auch der Istanbul Konvention (2011) haben Kinder das Recht frei von Gewalt zu leben und Hilfe und Unterstützung zu erhalten, wenn sie Gewalt erleben oder Zeuginnen von Gewalt an der Mutter werden. Dieses Recht wird im Gesundheitsbereich u.a. durch bestimmte Melde- und Anzeigepflichten realisiert (siehe Kapitel 3.7).

► **Verantwortung für Gewalt liegt beim Gefährder⁴**

Die Verantwortung für Gewaltausübung liegt immer beim Gefährder. Opfer dürfen in keiner Weise für die Gewaltausübung verantwortlich gemacht werden.

► **Vermeidung von Re-Traumatisierungen**

Um Re-Traumatisierungen zu verhindern, ist es wichtig gewaltbetroffene PatientInnen nicht zu beurteilen, sondern ihnen mit Respekt und Fürsorge zu begegnen. Schuldzuweisungen (Victim blaming) oder Bagatellisierung von Gewalt sollen vermieden werden. Diese Grundsätze entsprechen auch der EU Opferrichtlinie (Europäische Union 2012:Artikel 17).

► **Fokussierung auf den Schutz der gewaltbetroffenen PatientInnen**

Alle Interventionen und Maßnahmen müssen den Schutz der Opfer ins Zentrum stellen und darauf abzielen, neuerliche Gewalt oder Einschüchterungen durch den Gefährder zu vermeiden.

4. Definition von Gefährder/Täter siehe Glossar.

► **Grundsatz der Nicht-Diskriminierung**

Es ist wichtig allen gewaltbetroffenen PatientInnen Hilfe zu gewähren, ohne Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Nationalität, Religion, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Sprache, Aufenthaltsstatus, sexueller Orientierung oder aufgrund eines anderen Merkmales. Dazu gehört auch zu beachten, dass manche Betroffene mehrfachen Diskriminierungen ausgesetzt sein können und dadurch besonders verletzlich sind, wie zum Beispiel Frauen mit Behinderungen, ältere Frauen, Migrantinnen ohne Papiere oder asylsuchende Frauen.

► **Vertraulichkeit**

Gewaltbetroffenen Patientinnen soll Vertraulichkeit zugesichert werden. Dies bedeutet, dass ohne ihre Zustimmung keine Informationen weitergegeben werden. Bestehen gesetzliche oder institutionelle Regelungen, die Ausnahmen begründen, ist es notwendig, Opfer darüber zu informieren. So bestehen z.B. in bestimmten Fällen Anzeige- und Meldepflichten (siehe Kapitel 3.7), insbesondere bei akuter Gefahr für Leben, Gesundheit und Freiheit einer Person.

► **Recht auf Information**

Opfer haben das Recht zu wissen, welche Informationen über sie gesammelt werden und sie haben auch das Recht auf Zugang zu diesen Informationen.

► **Geschlechtssensibler Ansatz**

Frauen und Mädchen sind überproportional häufig von häuslicher Gewalt betroffen. Die Istanbul Konvention fordert daher, dass bei allen Maßnahmen, auch im Gesundheitsbereich, ein geschlechtersensibler Ansatz zum Tragen kommt. Dazu gehört, dass Angehörige von Gesundheitsberufen sich darüber bewusst sind, dass sich die gesellschaftliche Machtungleichheit zwischen Männern und Frauen auch im Gesundheitsbereich auswirken kann. Ziel ist es, möglichen Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts entgegenzuwirken, z.B. durch spezifische Maßnahmen für gewaltbetroffene Frauen (z.B. Versorgung durch weibliche Gesundheitsfachkräfte).

Im Rahmen von Qualitätsstandards kann der opferzentrierte Ansatz durch die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Maßnahmen realisiert werden. Die im Kapitel 7.6 vorliegende Checkliste ist ein Leitfaden für die Praxis und stellt eine Übersicht über die empfohlenen Qualitätsstandards dar.

3.2 Signale setzen und Informationen bereitstellen

Vielen Frauen die von Gewalt betroffen sind, fällt es schwer, über diese Erfahrungen zu sprechen, besonders wenn die Gewalt vom Partner oder einem Familienmitglied ausgeübt wird. Im Krankenhaus soll signalisiert werden, dass man sich des Problems bewusst ist und dass es Hilfe gibt. Ein gutes Mittel sind z.B. Poster oder Flyer. Poster sollen als „Eyecatcher“ wirken und bereits beim Betreten des Krankenhauses im Warte- und Anmeldebereich auffallen.

Zusätzlich können Poster auf Stationen und Ambulanzen, in denen Gewaltopfer behandelt werden, angebracht werden. Informationsflyer zum Mitnehmen sollen eher an Orten ausgelegt werden, an denen sich nur Frauen aufhalten, damit sie diese ungestört lesen und mitnehmen können. Dafür eignen sich WC-Anlagen für Frauen besonders gut.

Poster können folgende einladende Botschaften enthalten: „Dieses Krankenhaus unterstützt Sie, wenn Sie von Gewalt betroffen sind“ „Sprechen Sie mit uns darüber – wir nehmen uns Zeit und unterstützen Sie.“ Sinnvoll ist auch die Nutzung von krankenhauseigenen Medienkanälen, wie etwa Infoscreens und die Homepage.

EMPFEHLUNGEN

- Anbringen von Postern und Aufklebern mit Notrufnummern von Frauenhelplines, Frauenhäusern, Interventionsstellen, Gewaltschutzzentren und anderen relevanten Einrichtungen in der Ambulanz und auf den Stationen.*
- Erstellen und Anbringen von krankenhauseigenen Postern, die Patientinnen ermutigen, über ihr Problem zu sprechen.*
- Auflegen von Flyern und Informationsmaterial im Wartebereich und auf der Damentoilette.*
- Information auf Infoscreens im Wartebereich und auf der Homepage.*
- Regelmäßiges Austauschen des Infomaterials zur Aktualisierung der Information.*

3.3 Erkennen von Gewalt und Ansprechen eines Verdachtes

Gewalterfahrungen im häuslichen Bereich öffentlich zu machen, kann wie dargestellt schwierig sein. Scham und Angst sind häufig bestimmende Gefühle. Es kommt daher immer wieder vor, dass Patientinnen, die Gewalt erleiden und sich um medizinische Hilfe an das Krankenhaus wenden, nicht erzählen, wie die Verletzungen entstanden sind. Sie suchen Zuflucht zu Erklärungen wie: „Ich bin beim Fensterputzen von der Leiter gefallen“, „Ich bin die Stiege hinunter gefallen“ oder „Ich bin gestürzt“.

Der Gesundheitsbereich hat, wie gesagt, eine wichtige Rolle in der Früherkennung von Gewalt und es ist hilfreich, wenn Leitung und Management im Krankenhaus eine Atmosphäre herstellen, die die Betroffenen ermutigen, sich anzuvertrauen.

Wenn Patientinnen von Gewalt durch den Ehemann oder Partner betroffen sind, kann es ihnen schwer fallen, sich einem männlichen Mitarbeiter im Spital anzuvertrauen. Daher kann es wichtig sein zu planen, dass weibliche Fachkräfte für die Ersthilfe und für Gespräche zur Verfügung stehen.

Empfehlenswert ist es auch, die Dokumentation im Krankenhaus bzw. die Krankenakte, als Mittel der Früherkennung heranzuziehen. Die Krankengeschichte kann z.B. Hinweise darauf geben, dass eine Patientin schon einmal mit ähnlichen Verletzungen im Krankenhaus behandelt wurde und ebenfalls angab gestürzt zu sein, obwohl sie z.B. nicht in einem Alter ist, in dem Stürze häufig vorkommen und auch kein körperliches Gebrechen als Ursache vorliegt.

Für und wider Routinebefragung

Unter Fachleuten wird eine Diskussion geführt, ob im Gesundheitsbereich ein „generelles Screening“ eingeführt werden soll, in Form einer Routinebefragung (Fragen bezüglich Gewalt bei jedem Kontakt mit der Gesundheitseinrichtung). Die Meinungen dazu gehen auseinander. Oft wird die Sorge geäußert, Patientinnen könnten eine Routinebefragung invasiv finden und diese ablehnen. Dem widerspricht die Repräsentativuntersuchung der EU Grundrechtsagentur, in der 89% der Frauen angaben, einem generellen Screening positiv gegenüberzustehen (European Union Agency for Fundamental Rights 2014a:164). Die WHO empfiehlt in ihren Leitlinien keine Routinebefragung durchzuführen. Gesundheitsfachkräfte werden aber ermutigt, das Thema anzusprechen, wenn Verletzungen oder Symptome vorhanden sind, die Hinweise auf Gewalt darstellen könnten (WHO 2014b:10). Dieser Empfehlung folgt auch die vorliegende Publikation.

EMPFEHLUNGEN

- Routinemäßiges Nachsehen in der Krankengeschichte, ob es frühere Krankenhausbesuche mit ähnlichen Verletzungen oder Beschwerden gab.*
- Schonender Umgang mit Opfern, Vertrauensaufbau und Stärkung (siehe Kapitel 4.3).*
- Erkennen von Gewalt als fixer Teil der Einschulung aller MitarbeiterInnen im Krankenhaus, die mit dem Problem in Berührung kommen können (siehe Kapitel 4.1).*
- Befähigung aller MitarbeiterInnen, einen Verdacht anzusprechen (siehe Kapitel 4.2).*
- Interne Richtlinie, dass – wenn möglich – weibliche Fachkräfte für Erstinterventionen bereitstehen sollen, insbesondere zur Versorgung bei sexueller Gewalt.*
- Fälle von Verdacht in Stationsbesprechungen behandeln.*
- Fälle von Verdacht in der Kinder- oder Opferschutzgruppe behandeln, insbesondere bei Verdacht von (sexueller) Gewalt an Kindern.*
- Anweisung an MitarbeiterInnen, PatientInnen, insbesondere Kinder, bei erhärtetem Verdacht nach Möglichkeit stationär aufzunehmen, um mehr Zeit zu haben, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und andere Fachleute zur Unterstützung beizuziehen (siehe Kapitel 3.4.2).*
- Alle MitarbeiterInnen, die mit Opfern von Gewalt zu tun haben, insbesondere MitarbeiterInnen in Unfall- bzw. Notfallambulanzen, sollten eine sorgfältige Einschulung in das Thema Erkennen von Gewalt und Umgang mit Verdacht erhalten (siehe Kapitel 5.2).*

3.4 Ersthilfe bei Gewalt

Ersthilfe meint die gesamte Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen, vom Ansprechen des Verdachts bis hin zur internen Nachsorge und Vermittlung an Hilfseinrichtungen (siehe Kapitel 3.3 -3.9). Siehe dazu auch die Checkliste für die Praxis betreffend Ersthilfe für gewaltbetroffene PatientInnen im Kapitel 7.6.

Gewalt ist eine traumatische Erfahrung. Sie kann langfristige psychische, soziale und körperliche Folgen haben (Hagemann-White/Bohne 2003:43). Gewalt kann auch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen (Krüger 2006:49). Nicht alle Opfer leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das Ausmaß wird jedoch mit bis zu 50% nach einer Vergewaltigung und 25% nach anderen Gewaltverbrechen als hoch angenommen (Flatten/Gast/Hofmann/Knaevelsrud et. al. 2011: 203).

Damit Opfer über erlittene Gewalt sprechen können, braucht es eine Vertrauensbasis zu der behandelnden Person. Vertrauen setzt Sicherheit voraus. Gerade dann, wenn Opfer traumatisiert sind. MitarbeiterInnen im Krankenhaus sollten deswegen sowohl bei der medizinischen Versorgung als auch bei der Erfassung der Gewaltgeschichte und allen weiteren Interventionen eine „sichere Atmosphäre“ schaffen.

Die Ersthilfe erfordert deswegen MitarbeiterInnen, welche opferzentriert und wertschätzend vorgehen. Zusätzlich braucht es Wissen über Opfer mit speziellen Bedürfnissen. Wie etwa Opfer von sexueller Gewalt, Kindern als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt, Migrantinnen bzw. Asylsuchende und Opfer mit einer Behinderung (siehe Kapitel 3.4.1 – 3.4.4).

EMPFEHLUNGEN

Richtlinien im Krankenhaus sollen Qualitätsstandards zu folgenden Bereichen enthalten:

- Akute medizinische Erstversorgung** (gehört zum Standard in jedem Krankenhaus und wird nicht weiter erläutert)
- Verstehen des Problems, Anamnese der Gewalt** (siehe Kapitel 4.4)
- Aufbau von Vertrauen, Empowerment und Verhinderung von Re-Traumatisierung** (siehe Kapitel 4.3)
- Maßnahmen und Qualitätsstandards in den Bereichen:**
 - Schutz und Sicherheit
 - Verletzungsdokumentation
 - Anzeigen und Meldungen
 - Interne Nachsorge und
 - Vermittlung an Hilfseinrichtungen.

Diese werden in den Kapiteln 3.5. – 3.9 behandelt.

3.4.1 Ersthilfe bei sexueller Gewalt

Sexuelle Gewalt umfasst Vergewaltigung sowie Zwang zu sexuellen Handlungen. Frauen erleiden sexuelle Gewalt durch Fremde, Bekannte sowie auch durch Ehepartner und Lebensgefährten. Laut einer Studie der europäischen Grundrechtsagentur berichten 11% der befragten Frauen sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Sexuelle Gewalt in Partnerschaften betrifft sogar jede 5. Frau (European Agency for Fundamental Rights 2014a:41).

Frauen, die Vergewaltigungen erleiden, zeigen diese häufig nicht an, weil sie Angst haben, dass ihnen nicht geglaubt wird, weil sie sich schämen oder eingeschüchtert sind (European Agency for Fundamental Rights 2014a:65). Es ist wichtig, dass Krankenhäuser in allen Fällen von sexueller Gewalt aufmerksam reagieren und versuchen das Vertrauen der Patientin zu gewinnen.

EMPFEHLUNGEN

Über die allgemeinen Standards im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen hinaus sollen bei sexueller Gewalt folgende Punkte beachtet werden:

- MitarbeiterInnen im Krankenhaus sollten geschult sein, auf mögliche Symptome sexueller Gewalt zu achten (siehe Kapitel 4.1). Über sexuelle Gewalt zu sprechen kann besonders tabubehaftet sein, wenn der Täter der Partner oder ein Familienmitglied ist, daher ist behutsames Nachfragen in diesen Fällen besonders wichtig.*
- Von sexueller Gewalt betroffene Patientinnen sollten rasch einer gynäkologischen Abteilung zugewiesen werden. Es wäre wünschenswert, dass geschulte GynäkologInnen 24 h erreichbar sind, um die Spurensicherung und Dokumentation von Verletzungen zeitgerecht durchführen zu können (siehe Kapitel 4.9).*
- Zur Ersthilfe gehören bei sexueller Gewalt neben der Notversorgung und der psychosozialen Unterstützung auch weitere Maßnahmen wie Notfallverhütung und Prophylaxe von Infektionskrankheiten.*
- Im Bereich Schutz und Sicherheit sollen die gleichen Richtlinien angewendet werden, wie für andere Opfer von Gewalt (siehe Kapitel 4.5).*
- Es ist auch sehr wichtig, das Thema Anzeige anzusprechen (siehe Kapitel 3.7 und 4.10). Patientinnen, die im Moment keine Anzeige erstatten wollen oder noch unschlüssig sind, soll dringend dazu geraten werden, die Spurensicherung und Verletzungsdokumentation durchführen zu lassen, um Beweise zu sichern.*

3.4.2 Ersthilfe Kinder

Bei Gewalt an Kindern sind andere Maßnahmen notwendig, als bei Gewalt an Erwachsenen. Gewalt an Kindern im häuslichen Bereich kann in zwei unterschiedliche Formen unterteilt werden, die jeweils verschiedene Maßnahmen erfordern:

► **Kindesmisshandlung**

Kindesmisshandlung, inklusive Vernachlässigung, die von einem oder beiden Elternteilen ausgeübt wird und bei der es keine Gewalt zwischen den Eltern gibt.

► **Kinder als Opfer häuslicher Gewalt**

Kinder, die häusliche Gewalt erleben und davon direkt oder indirekt (als Zeuginnen) betroffen sind. Forschungen belegen den Zusammenhang zwischen Frauenmisshandlung und Kindesmisshandlung. Ehemänner oder Partner, die Gewalt gegenüber der Partnerin ausüben, sind häufig auch gegenüber den Kindern gewalttätig und die Gewalt gegen die Kinder hält oft auch nach der Trennung im Zuge von Obsorge- und Kontaktrechten an (Hester 2011, Bell 2016).

Zum Thema Kindesmisshandlung wurde von Fachleuten in Zusammenarbeit mit dem Familienministerium im Jahr 2011 ein ausführlicher Leitfaden für Fachpersonal im Gesundheitsbereich herausgegeben (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2011). Die Autorinnen verweisen auf diesen umfassenden Leitfaden, wenn es um Prävention von Kindesmisshandlung geht. Die Themen Erkennen von Gewalt und Umgang mit Verdacht bei Kindesmisshandlung werden daher in der vorliegenden Publikation nicht genau ausgeführt.

Eingegangen wird jedoch auf das Problem Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Hier ist es wichtig, die Zusammenhänge von Frauenmisshandlung und Kindesmisshandlung zu beachten und integrierte Hilfe anzubieten:

- Wenn Kinder oder Jugendliche im Krankenhaus mit Verdacht auf Misshandlung behandelt werden, ist es empfehlenswert in der Anamnese abzuklären, ob auch die Mutter von Gewalt betroffen sein könnte und ob sie ebenfalls Schutz und Hilfe braucht. Mütter können ihre Kinder dann am besten schützen, wenn sie selbst Unterstützung erhalten und gestärkt werden.
- Ebenso ist notwendig daran zu denken, dass auch die Kinder mit betroffen sind, wenn eine Frau durch den Partner Gewalt erleidet. Es gilt insbesondere herauszufinden, ob es Kinder im Haushalt gibt, wie alt diese sind und welchen Formen von Gewalt sie ausgesetzt sind.

Wie dargestellt, können Kinder im Zuge von Partnergewalt selbst zu direkten Opfern werden. Gewalt kann auch bei Kindern bis hin zum Mordversuch oder Mord eskalieren, wie der traurige Fall des 8-jährigen Berk zeigt, der im Jahr 2012 in St. Pölten von seinem Vater in der Schule angeschossen wurde und an seinen Verletzungen starb (Logar 2013:18).

Im Sinn eines integrierten Ansatzes im Gewaltschutz werden die von Partnergewalt mit betroffenen Kindern in wesentlichen Bereichen, insbesondere im Bereich Schutz und Sicherheit, mit einbezogen.

EMPFEHLUNGEN

Bei folgenden Punkten wäre es wichtig, dass sie in Richtlinien zu Gewalt gegen Kinder geregelt sind:

- Geht es um Gewalt gegen Kinder, müssen Behörden und Institutionen rasch und von sich aus aktiv werden, um Opfer zu schützen. ÄrztInnen und Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege haben bei Verdacht auf Missbrauch, Quälen, Vernachlässigen oder sexuellem Missbrauch bestimmte Anzeige- und Meldepflichten (siehe Kapitel 3.7 und 4.10).*
- Im Sinn des integrierten Ansatzes von Kinderschutz, ist es wichtig die von Partnergewalt mit betroffenen Kinder bei den Interventionen im Krankenhaus einzubeziehen und z.B. in der Anamnese der Gewalt danach zu fragen, ob und in welcher Weise Kinder betroffen sind und Hilfe brauchen (siehe Kapitel 4.4). Dies ist insbesondere für den Schutz der Kinder sehr wichtig.*

Es ist weiter zu empfehlen, Richtlinien zum Umgang mit Kindesmisshandlung allgemein zu erstellen. Dabei können der Leitfaden des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (2011) und die Studie zu den Kinderschutzgruppen vom Krankenanstaltenverbund Wien und der Universität Wien (2012) als Grundlage dienen.

3.4.3 Ersthilfe Migrantinnen

Jede Person kann unabhängig von ihrem Status oder ihrer Herkunft von häuslicher Gewalt betroffen sein. Migrantinnen erleben jedoch häufig mehrfache Diskriminierungen und haben es daher besonders schwer, sich aus Gewaltverhältnissen zu befreien, insbesondere wenn sie aufenthaltsrechtlich vom Ehemann abhängig sind oder wenn sie einen prekären oder keinen Aufenthaltsstatus haben.

Migrantinnen können auch von speziellen Formen von Gewalt betroffen sein, wie Frauenhandel und FGM⁵ (WHO 2014c).

Gesundheitseinrichtungen sind oft wichtige erste Anlaufstellen für MigrantInnen. Krankenanstalten haben die Chance, ihnen zu helfen sie an Hilfseinrichtungen zu vermitteln. Für sprachliche Verständigung zu sorgen ist der erste Schritt in der Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen, die nicht oder wenig deutsch sprechen. Professionelle Dolmetscherinnen sollten zur Verfügung stehen.

EMPFEHLUNGEN

Es ist empfehlenswert, für die Unterstützung von gewaltbetroffenen Migrantinnen zusätzlich zu den Standards von Ersthilfe folgende Maßnahmen zu treffen:

- Grundsatz der gesundheitlichen Betreuung aller Opfer:** Die gesundheitliche Versorgung von Personen ist ein Menschenrecht und es ist begrüßenswert, dass in Österreich in Akutfällen alle PatientInnen, auch solche ohne Aufenthaltsstatus und ohne Versicherung, im Krankenhaus behandelt werden.
- Geeignete Dolmetscherinnen:** Für alle Abteilungen sollen geeignete Dolmetschdienste zur Verfügung stehen. Wenn möglich sollen es weibliche Dolmetscherinnen sein, vor allem wenn es um sexuelle Gewalt geht.
 - Entsprechend den Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit benutzen bereits viele Krankenhäuser Videodolmetschdienste. Diese sind innerhalb weniger Minuten verfügbar und decken ein großes Spektrum an Sprachen ab.⁶
 - Ideal ist es, wenn im Krankenhaus muttersprachliche ÄrztInnen und Pflegepersonal zur Verfügung stehen.
 - Gute Lösungen sind auch Kooperationen mit muttersprachlichen Mitarbeiterinnen von Opferhilfseinrichtungen, die Patientinnen begleiten (siehe Kapitel 7.4).
- Zeit für Vertrauensaufbau:** Für die Versorgung von gewaltbetroffenen Migrantinnen soll genügend Zeit eingeplant werden.
- Umfassende Weitervermittlung:** Es ist hilfreich, Migrantinnen über Opferschutzeinrichtungen, die muttersprachliche Beraterinnen anbieten, zu informieren. Wichtig ist auch die Vermittlung zu Beratungseinrichtungen für Migrantinnen, wenn es z.B. um Visumsfragen oder den Zugang zum Arbeitsmarkt geht (siehe Kapitel 7.4).
- Mehrsprachiges Informationsmaterial:** Auflegen von mehrsprachigen Informationsmaterialien von Opferschutzeinrichtungen und über Gewaltschutzgesetze (siehe Kapitel 7.4).
- Schutz von Kindern vor Entführung:** Es kommt immer wieder vor, dass Kinder und Jugendliche aus MigrantInnenfamilien entführt werden; es ist wichtig, PatientInnen auf diese Gefahr hinzuweisen (siehe Kapitel 4.8).

5. FGM steht für Female Genital Mutilation (weibliche Genitalverstümmelung).

6. Information zu Video-Dolmetschdiensten: http://www.videodolmetschen.com/images/Gesundes_%C3%96sterreich_April_2014.pdf, 15.10.2015.

3.4.4 Ersthilfe Frauen mit Behinderungen

Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen sind häufig Opfer von psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt. Das zeigt die Prävalenzstudie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen in Deutschland“ (Schröttle/Glammeier/Sellach/Hornberg et al. 2012:27). Jede zweite bis dritte Frau mit Behinderung erfährt in der Kindheit oder im Erwachsenenleben sexuelle Gewalt in der Familie wie auch in Wohneinrichtungen. Von körperlicher und sexueller Gewalt durch Partner oder Ex-Partner sind vor allem Frauen mit Seh- und Hörbehinderungen sowie Frauen mit Mehrfachbehinderungen betroffen.

PatientInnen mit Behinderungen erleben oft Grenzüberschreitungen, Fremdbestimmtheit und Einschränkungen. Sie sind in vielen Bereichen des Alltags von Betreuungspersonen, die unter Umständen auch diejenigen sind, die Gewalt ausüben, abhängig. Eigene Interessen wahrzunehmen und durchzusetzen ist für sie eine besondere Herausforderung. In der Versorgung von PatientInnen mit Behinderungen und auch bei der Frage von Meldungen und Anzeigen bestehen im Gesetz besondere Sorgfalt- und Meldepflichten (siehe Kapitel 3.7).

EMPFEHLUNGEN

Folgende Vorschläge können für die Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen mit Behinderungen im Krankenhaus neben den allgemeinen Empfehlungen im Bereich Ersthilfe (siehe Kapitel 3.4) hilfreich sein:

- Gewalt erkennen:** *Gewalt kann Symptome einer Behinderung verstärken. Das kann sich etwa durch eine erhöhte Anfallshäufigkeit bei PatientInnen mit epileptischen Erkrankungen zeigen. Wird die Gewalt von Betreuungspersonen ausgeübt, von denen PatientInnen abhängig sind, ist es besonders wichtig davon zu berichten und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein sensibler Umgang bei Untersuchung und Erstversorgung und genügend Zeit, helfen Ängste zu überwinden und Vertrauen aufzubauen. Wichtig ist es auch Betreuungspersonen, denen PatientInnen vertrauen können, einzubeziehen.*
- Sensible medizinische Behandlung:** *Betroffene PatientInnen können, bedingt durch die Behinderung oder weil sie schmerzhaft medizinische Versorgung hinter sich haben, bei der Behandlung sehr ängstlich sein (Schroll/Mickler 2013: 137ff). Daher ist es hilfreich, wenn sich Gesundheitsfachkräfte im Krankenhaus genügend Zeit für einen Vertrauensaufbau nehmen.*
- DolmetscherInnen:** *Bei der Behandlung von gehörlosen Menschen ist es wichtig, dass qualifizierte GebärdensprachdolmetscherInnen hinzugezogen werden.*
- Umfassende Weitervermittlung:** *PatientInnen mit Behinderungen sollen an Opferschutzeinrichtungen und an Beratungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung vermittelt werden, wenn sie nicht bereits von einer Einrichtung unterstützt werden (siehe Kapitel 7.4).*
- Kooperation mit Einrichtungen von und für Menschen mit Behinderungen:** *Für eine bestmögliche Versorgung von PatientInnen mit Behinderungen ist die Zusammenarbeit mit Einrichtungen, die sich für die Realisierung ihrer Rechte und Interessen einsetzen, wichtig. Viele dieser Einrichtungen unterstützen PatientInnen auch praktisch und begleiten sie ins Krankenhaus (siehe Kapitel 7.4).*

3.5 Schutz und Sicherheit

Zur Ersthilfe gehört auch für den Schutz und die Sicherheit von gewaltbetroffenen PatientInnen zu sorgen. Schutz und Sicherheitsmaßnahmen sind insbesondere bei Gewalt durch Partner oder Ex-Partner notwendig, da es in diesem Bereich häufig zu wiederholter Gewalt kommt. Die Gewalt kann sich auch verstärken, insbesondere dann, wenn Opfer versuchen, sich vom gewalttätigen Partner zu trennen (WAVE 2012).

Gewalt in Paarbeziehungen kann bis hin zum Mordversuch oder Mord eskalieren. Davon können auch Kinder betroffen sein, an denen sich ein Täter rächt, um die Ehefrau oder Partnerin, die sich getrennt hat, psychisch schwer zu verletzen. Gewalt kommt selten „aus heiterem Himmel“, vielmehr gibt es häufig schon vorher Gewalthandlungen, Drohungen und Morddrohungen (Logar 2013:13).

Im Laufe der letzten Jahre wurden, vor allem in den USA und in Kanada, Instrumente zur Einschätzung der Gefährlichkeit entwickelt und empirisch erforscht.⁷ Eines der ältesten, zu Beginn der 1990er Jahre von der US-amerikanischen Wissenschaftlerin Jaqueline Campbell entwickelten Instrumente ist das Danger Assessment (DA).⁸ Dieses zielt vor allem darauf ab, mögliche Faktoren für Tötungsgefahr zu erkennen. Campbell hat gemeinsam mit Kolleginnen eine Kurzversion für den Gesundheitsbereich entwickelt und getestet, im Wissen, dass z.B. MitarbeiterInnen in einem Krankenhaus keine Zeit für lange Erhebungen haben (Snider/Webster/O’ Sullivan/Campbell et al. 2009; siehe Kapitel 4.7). Es empfiehlt sich, diese Fragen anzuwenden, wenn es darum geht zu klären, ob es für eine Patientin sicher ist, nach Hause zu gehen oder nicht.

Eine Erfassung aller durch wissenschaftliche Arbeiten identifizierten Gefährlichkeitsfaktoren wurde im Rahmen des EU Projektes PROTECT II umgesetzt (WAVE 2012).

Sicherheitsplanung: Gefährlichkeitseinschätzung mit gewaltbetroffenen PatientInnen soll immer mit dem Besprechen von Sicherheitsmaßnahmen einhergehen (siehe Kapitel 4.8).

Sicherheit der Kinder: Dringend abgeklärt werden sollte, ob die Kinder in Sicherheit sind und ob das Jugendamt einbezogen werden muss. Beispielsweise um die Kinder vom Vater abzuholen. Kinder sollten nicht mit dem Gefährder alleine gelassen werden. Es besteht im Fall einer Trennung die Gefahr, dass Gewalt auf die Kinder übergeht, auch wenn der Vater bisher nicht gewalttätig gegenüber den Kindern war. In solchen Situationen kam es in der Praxis wiederholt zur Tötung von Kindern.

Sicherheit für MitarbeiterInnen: Sehr wichtig ist auch das Thema Sicherheit für MitarbeiterInnen. Dazu mehr im Kapitel 5.3.

EMPFEHLUNGEN

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf Fragen von Schutz und Sicherheit für PatientInnen im und nach dem Krankenhausbesuch. Sie gelten sowohl für einen ambulanten als auch für einen stationären Aufenthalt und können jeweils auf den Bereich angepasst werden.

Es wird empfohlen, dass Leitung und Management zu den folgenden Bereichen Richtlinien herausgeben. Konkrete Vorschläge wie diese aussehen könnten, finden sich im vierten Kapitel:

- Richtlinie für Gefährlichkeitseinschätzung und Sicherheitsplanung (siehe Kapitel 4.7 und 4.8).*
- Richtlinie für die Sicherheit von PatientInnen im Krankenhaus (siehe Kapitel 4.5).*
- Richtlinien für den Umgang mit Gefährdern im Krankenhaus (siehe Kapitel 4.6).*

7. Eine Beschreibung findet sich im Bericht zum EU DAHNE Projekt WAVE 2011.

8. Danger Assessment (DA) zur Einschätzung der Tötungsgefahr: <https://www.dangerassessment.org/>, 31.10.2015.

3.6 Verletzungsdokumentation

Eine sorgfältige und vollständige medizinische Dokumentation ist nicht nur für die ärztliche sowie pflegerische Behandlung der Opfer notwendig, sondern gilt auch als wichtiges Beweismittel vor Gericht.

Wie die europäische Prävalenzstudie zeigt, ist es für Frauen, die Gewalt erleiden, nicht leicht den Schritt zur Anzeige zu machen. Wenn die Tat durch den Ehepartner ausgeübt wurde, ist eine Anzeigenerstattung für die Opfer besonders schwer (European Union Agency for Fundamental Rights 2014b:15). Auch wenn keine Anzeige erstattet wird, ist es wichtig die Verletzungen zu dokumentieren. Ausgehend von Delikten der „fortgesetzten Gewaltausübung“ ist jede einzelne Verletzungsdokumentation bedeutend. Durch die Verletzungsdokumentation ist jede erlittene Gewalt dokumentiert. So können PatientInnen auch bei einem späteren Gerichtsverfahren darauf zurückgreifen (WHO 2004:62).

Auch die WHO fordert Gesundheitsfachkräfte dazu auf, Befunde und mögliche Fremdspuren bei gewaltbetroffenen PatientInnen zu erfassen, und damit zur Aufklärung krimineller Handlungen beizutragen (WHO 2013b:11).

EMPFEHLUNGEN

- Für MitarbeiterInnen im Krankenhaus sind klare Richtlinien für die Vornahme körperlicher Untersuchungen und die Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden wichtig (siehe Kapitel 4.9).
- Um gerichtsverwertbar und nach den aktuellsten Standards zu dokumentieren, ist der Einsatz eines Verletzungsdokumentationsbogens äußerst hilfreich. Im Nationalen Aktionsplan (NAP) der österreichischen Bundesregierung wird die Verwendung eines bestimmten Verletzungsdokumentationsbogens empfohlen, der auch im Kapitel 7.5 zu finden ist.⁹
- Eine Verletzungsdokumentation soll bei jeder Körperverletzung angefertigt werden, auch wenn noch unklar ist, ob eine Anzeige erfolgen wird.

FOTODOKUMENTATION UND SPURENSICHERUNG

- Zur Verletzungsdokumentation gehört immer auch eine Fotodokumentation der Verletzungen.
- Um diese anfertigen zu können, soll auf jeder Abteilung eine Fotokamera mit ausreichender Speicherkarte und entsprechendem Werkzeug (Maßstab) vorhanden sein.
- In allen relevanten Abteilungen sollen zur Vornahme einer exakten Spurensicherung Beweissicherungs-Sets zur Verfügung stehen (diese können z.B. vom Forensischen DNA-Zentrallabor bezogen werden) (siehe Kapitel 7.4). Dies ist besonders im Falle von sexueller Gewalt wichtig. Auch bei anderen Gewalthandlungen kann es notwendig sein, Spuren zu sichern.
- Alle neuen MitarbeiterInnen sollen in die Erstellung einer Dokumentation, inklusive Fortdokumentation und Spurensicherung eingeschult werden.

DOKUMENTATION IN DER KRANKENGESCHICHTE UND RECHT AUF ABSCHRIFT

- Die Verletzungsdokumentation soll Teil der Krankengeschichte sein und in dieser abgespeichert werden.
- Die Richtlinien zur Dokumentation sollen darauf hinweisen, dass Patientinnen das Recht haben in die Dokumentation einzusehen und (gegen Kostenersatz) eine Abschrift zu erhalten.
- Opfer sollten über die Dauer der Aufbewahrung der Dokumentation und der Sicherung der Spuren informiert werden.

EINSCHULUNG

- Alle MitarbeiterInnen sollen eine Einschulung bezüglich der Verletzungsdokumentation erhalten. Sie sollten mit der Anwendung des Spurensicherungs-Sets sowie der Erstellung einer Fotodokumentation vertraut sein.

9. Der Verletzungsdokumentationsbogen wurde im Rahmen des Projektes „MED-POL“ am Departement für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien konzipiert (Ao. Univ.-Prof. Dr. Andrea Berzlanovich) und vom BM.I umgesetzt (Mag. Martina Stöffelbauer, BK 1.4 Kriminalstrategie; Mag. Rudolf Gross, BK 6.1; Dr. Jochen Rausch, aä. Dienst: Gerhard Rubenz, BK 6.2; Andreas Schmidl, BMI II/1/a; Oberst Harald Stöckl, BMI II/2/ CI Strohmaier Manfred, BK 1.4 Kriminalstrategie; ORat Dr. Hans-Peter Stückler, BK 1.4 Kriminalstrategie). Der Vorstand sowie Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtsmedizin haben das Projekt arbeitsteilig begleitet und waren fachlich beratend tätig. Eine weitere Unterstützung erfolgte seitens der Österreichischen Ärztekammer.

3.7 Anzeige- und Meldepflichten

Zu den Standards sollte es gehören, dass mit Patientinnen, die Gewalt erlitten haben, das Thema Anzeige besprochen wird. Opfer können Ängste hinsichtlich einer Anzeigenerstattung haben. Sie fürchten sich vor negativen Konsequenzen und Stigmatisierung (WHO 2013b:46). Deswegen ist es wichtig betroffene Patientinnen zu ermutigen, eine Anzeige zu erstatten. Sie sollen informiert werden, dass eine Anzeigenerstattung noch keine Verurteilung des Partners bedeutet, sondern ein wichtiger Zugang zu Schutz und Sicherheitsmaßnahmen ist. Die Polizei kann z.B. ein Betretungsverbot verhängen.

Auch wenn keine gesetzliche Anzeigepflicht bei der Polizei besteht, sollte eine Anzeige durch das Krankenhaus den betroffenen Patientinnen angeboten werden. Das stellt eine Entlastung für die Opfer dar. Auch die WHO empfiehlt, die Anzeigenerstattung durch das Krankenhaus anzubieten (WHO 2013b:46).

Wenn die Opfer keine Anzeige wollen, ist es dennoch wichtig sie über Opferschutzeinrichtungen zu informieren bzw. einen Kontakt herzustellen.

Das Ärzte- sowie das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (siehe Kapitel 7.2) regeln in Österreich, wie in Bezug auf eine Anzeige oder Meldung vorzugehen ist. Weil die Gesetze sehr allgemein formuliert sind und viel Interpretationsspielraum zulassen, kann es in der Praxis jedoch zu Unsicherheiten bei der Umsetzung kommen.

Es ist hilfreich, im Krankenhaus klare Richtlinien zur Auslegung der Anzeige- und Informationspflicht der verschiedenen Berufsgruppen festzuschreiben und allen MitarbeiterInnen als verbindliche Standards zur Kenntnis zu bringen. Die Richtlinien sollen auf die nachfolgenden Informationen und andere relevante Rechtsgrundlagen eingehen und möglichst klar und umfassend sein.

EMPFEHLUNGEN

Folgende Vorschläge für Leitung und Management können hilfreich sein:

- Klare und einfach zu handhabende Richtlinien** bezüglich Anzeigen für alle MitarbeiterInnen und Berufsgruppen.
- Richtlinien im Umgang mit sonstigen Meldepflichten** (Meldung beim Jugendamt) und der Umsetzung von Informationspflichten.
- Die Richtlinien sollen enthalten, dass Opfern die Anzeigenerstattung durch das Krankenhaus angeboten wird, auch wenn keine Anzeigepflicht besteht.

SOFORTIGES EINSCHALTEN DER POLIZEI ÜBER DEN POLIZEINOTRUF IN AKUTEN SITUATIONEN

- Handelt es sich um einen **akuten Fall von Gewalt** (siehe Kapitel 4.7), sollen Mitarbeiterinnen sofort den Polizeinotruf (133) alarmieren.
- Im Falle einer akuten Gefährdung von Leben, Gesundheit oder Freiheit von Personen kann die Polizei sofort Schutzmaßnahmen treffen und dem Gefährder verbieten, die Wohnung des Opfers, dessen Umgebung und bei Kindern Schule oder Kindergarten zu betreten.
- Auch bei einer akuten gefährlichen Drohung sollte die Polizei gerufen werden. Insbesondere wenn es sich um eine Drohung mit dem Umbringen handelt (etwa: „Ich bringe dich um, wenn du dich trennst“, „Ich bringe dich und die Kinder um“) und sofortiger Schutz vor Gewalt notwendig ist.

MELDUNG AN DIE POLIZEI

- Auch wenn keine ganz akute Situation vorliegt, soll eine rasche Meldung des Vorfalls an die Polizei erfolgen.
- Die Meldung des Krankenhauses an die Polizei bei schwerer Körperverletzung muss laut Gesetz **unverzüglich** erfolgen (Empfehlung: am gleichen oder spätestens am nächsten Tag). Das ist wichtig, damit die Polizei rasch entsprechende Ermittlungsschritte setzen und die Opfer schützen kann.
- Es empfiehlt sich eine **elektronische Übermittlung** der Meldung. Um die Datensicherung zu garantieren, ist dazu ev. eine Verschlüsselung der Datenübermittlung notwendig. Dies sollte mit der Polizei besprochen werden (siehe Kapitel 5.5).
- Eine Meldung per Post ist nicht adäquat, da dies zu lange dauert und bei der Polizei u.U. den Eindruck erweckt, die Sache wäre nicht dringlich.
- Gewaltfälle sollten immer als dringlich und prioritär eingestuft werden.** Sowohl im Krankenhaus als auch bei der Polizei sollte eine schnelle Bearbeitung von Opferschutzfällen stattfinden.
- Für die Anzeigenerstattung empfehlen sich einfach und klar strukturierte Richtlinien, die konkrete Schritte darüber enthalten
 - welches Formular zu verwenden und wie es auszufüllen ist,
 - welche Dokumente (z.B. Verletzungsdokumentation, Fotos) in welchen Fällen mitzuschicken sind,
 - an welche Dienststelle die Meldung genau geht und
 - wie die Übermittlung erfolgt.

MELDUNG AN DAS JUGENDAMT

- Auch für die Meldung an das Jugendamt sollen klare Richtlinien für MitarbeiterInnen bestehen, die beinhalten in welchen Fällen, an wen und welche Informationen übermittelt werden.
- Es empfiehlt sich gemeinsam mit den zuständigen Abteilungen des Jugendamtes eine Kooperationsvereinbarung darüber zu treffen.
- Der Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe soll regelmäßig erfolgen (siehe Kapitel 5.5).

INTERNE MELDUNG AN DIE KINDERSCHUTZGRUPPE UND OPFERSCHUTZGRUPPE

- Auch für die interne Meldung an die Kinderschutzgruppe oder die Opferschutzgruppe soll es Richtlinien geben, die enthalten in welchen Fällen diese einbezogen werden und welche Ziele verfolgt werden.
- Bei Verdacht auf Gewalt gegen Kinder soll die Einschaltung der Kinderschutzgruppe sehr rasch erfolgen.

3.8 Interne Nachsorge

Nach der Erstintervention im Krankenhaus ist es wichtig, dass Opfer die Möglichkeit für weitere Unterstützung erhalten. Einerseits durch die Weitervermittlung zu Hilfseinrichtungen (siehe Kapitel 3.9) und andererseits durch interne Nachsorge im Krankenhaus nach der Erstintervention.

Zur Nachsorge im Krankenhaus zählen:

- ▶ (medizinische) Nachsorgetermine und Abklärung, ob es weitere Interventionen zum Schutz vor Gewalt braucht
- ▶ Befassung der Opfer- und Kinderschutzgruppen
- ▶ Unterstützung durch psychologische und soziale Dienste bei stationärem Aufenthalt

EMPFEHLUNG

- Ermütigung von MitarbeiterInnen, Nachsorgetermine anzubieten.*
- Nachsorgetermine empfehlen sich insbesondere wenn,*
 - PatientInnen als sehr gefährdet eingestuft wurden.*
 - eine Patientin von schwerer sexueller Gewalt betroffen ist.*
 - nach der Erstintervention der Verdacht auf Gewalt bestehen blieb.*
 - eine Ergänzung (Verlaufsdokumentation) der Verletzungen notwendig sein könnte.*
- Es empfiehlt sich Kriterien zu erstellen, in welchen Fällen die Kinder- und/oder Opferschutzgruppe einbezogen werden soll.*

3.9 Vermittlung an Hilfseinrichtungen

Nur jede zweite Frau in Europa weiß, dass es Gesetze hinsichtlich Schutz und Prävention von Gewalt gibt und nur wenige wissen über Hilfseinrichtungen Bescheid (European Union Agency for Fundamental Rights 2014a:121).

Bevor Patientinnen die Ambulanz verlassen, ist es wichtig, dass sie über Hilfseinrichtungen informiert und bei der Kontaktaufnahme mit Hilfseinrichtungen unterstützt wurden. Das Auslegen und die Weitergabe von Informationsmaterialien reichen zumeist nicht aus, um einen Zugang zu Opferschutzeinrichtungen zu verschaffen. Gerade nach traumatischen Ereignissen wie Gewalt brauchen Opfer Vertrauen in Hilfseinrichtungen, bevor sie sich an diese wenden.

Für Gesundheitsberufe bestehen in bestimmten Fällen Verpflichtungen über Hilfseinrichtungen zu informieren (siehe Kapitel 3.7). Zentrale Anlaufstellen für gewaltbetroffene PatientInnen sind Frauenhäuser, Gewaltschutzzentren und Interventionsstellen, Frauenberatungsstellen und 24 h-Notrufe (siehe Kapitel 7.4). Sie bieten die von der WHO empfohlene Fachberatung an (WHO 2013a: 4).

Damit MitarbeiterInnen in Ambulanzen, in denen alles sehr schnell gehen muss, qualifiziert weitervermitteln können, braucht es Kooperationsvereinbarungen mit diesen Einrichtungen (siehe Kapitel 5.5).

EMPFEHLUNGEN

- MitarbeiterInnen brauchen Basiswissen über die Opferschutzeinrichtungen und deren Angebote, um Opfer gut beraten zu können.*
- Es soll gesichert sein, dass Einrichtungen an die vermittelt wird, die Unterstützung auch tatsächlich übernehmen und dass gewaltbetroffene Patientinnen nicht nochmals weiterverweisen werden. Um das zu gewährleisten, braucht es Kooperationsvereinbarungen (siehe Kapitel 5.5).*
- MitarbeiterInnen des Krankenhauses sollen die Kontaktaufnahme unterstützen, in dem sie anbieten, gemeinsam mit der Patientin bei der Einrichtung anzurufen. Bei extremer Gefährlichkeit (siehe Kapitel 4.6) sollte dem Opfer dringend von einem Kontakt zum Gefährder abgeraten werden. Es muss aber auch akzeptiert werden, wenn Opfer sich entscheiden sich nicht oder noch nicht vom Gefährder zu trennen.*
- Es muss sichergestellt sein, dass MitarbeiterInnen ihrer gesetzlichen Informationspflicht über Opferschutzeinrichtungen nachkommen können. Dazu ist es notwendig, dass auf allen Abteilungen die passenden Informationsmaterialien aufliegen.*
- Die Vernetzung und Kooperation mit Opferschutzeinrichtungen ist ausschlaggebend, damit im Akutfall rasch und gut zusammengearbeitet werden kann (siehe Kapitel 5.5).*

4. Arbeitsmaterialien für Praxis und Schulungen

Der folgende Abschnitt enthält detaillierte Vorschläge und Empfehlungen, die in der Praxis verwendet werden können. Sie eignen sich aber auch als Schulungsmaterial, denn die einzelnen Handlungsanleitungen können als Handout verwendet werden.

Die Handlungsanleitungen können außerdem als Grundlagen für die Entwicklung und Implementierung von Richtlinien dienen. Sie gehen weiter in die Tiefe und enthalten konkrete und detaillierte Vorschläge für den Umgang und die Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen.

4.1 Handlungsanleitung Erkennen von Gewalt

Es kann für PatientInnen schwierig sein, über Gewalterfahrungen im häuslichen Bereich zu sprechen. Daher kommt es manchmal vor, dass andere Ursachen für Verletzungen angegeben werden, wie Stürze oder Haushaltsunfälle. Es ist wichtig solche Reaktionen nicht persönlich zu nehmen und behutsam und respektvoll zu reagieren (siehe Kapitel 4.2).

Folgende Symptome können u.a. Hinweise darauf sein, dass es sich beim Grund für Verletzungen um Misshandlungen und nicht um Unfälle handelt

- Frühere Verletzungen mit unklaren Ursachen (Krankengeschichte).
- Verletzungen und Symptome: Verletzungen im Bereich des Oberkörpers wie Blutergüsse, Hieb- und Stichwunden, Bisswunden, Verbrennungen, Abschürfungen, Verrenkungen, Prellungen, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, aufgeplatzte Lippen, ausgeschlagene Zähne, innere Verletzungen, Kopfverletzungen, Komplikationen während der Schwangerschaft, Fehlgeburten, u.a.
- Verbrennungen ungewöhnlicher Art (z.B. Verbrennungen mit Zigaretten) an ungewöhnlichen Stellen (z.B. Armen).
- Neben der akuten Verletzung auch Spuren von älteren Verletzungen.
- Die Patientin kann nicht erklären, wie es zu den Verletzungen kam oder sie hat Scheu darüber zu reden.
- Die Verletzungen und die angegebenen Ursachen stimmen nicht überein.
- Die Geschichte über den Hergang der Verletzung erscheint nicht plausibel.
- Verletzungen nur an Körperteilen, die durch Kleidung verdeckt sind.
- Längere Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt der Verletzung und dem Aufsuchen ärztlicher Hilfe.

Weitere Hinweise

- Die Patientin erscheint angespannt und ängstlich
- Es fällt ihr schwer zu reden
- Ängstlichkeit und Unsicherheit der Patientin in Bezug auf den Partner
- Wenn der Partner das Opfer begleitet: kontrollierendes Verhalten des Partners; z.B. Weigerung, die Patientin für die Untersuchung alleine zu lassen
- Ablehnung einer Behandlung
- Nicht-Wahrnehmen von Behandlungsterminen

Gesundheitliche Probleme physischer und psychischer Art, die auf Gewalt hinweisen können

- Die Patientin erscheint gedrückt und depressiv
- Auftreten von Selbstmordgedanken oder sogar Suizidversuchen
- Probleme mit Alkohol oder Drogen
- Ungewollte Schwangerschaften
- Psychosomatische Erkrankungen und chronische Beschwerden

Mögliche Indikatoren für sexuelle Gewalt¹⁰

- Verletzungen an den Genitalien, an der Innenseite der Schenkel, an den Brüsten, am Anus
- Irritationen und Rötungen im Genitalbereich
- Häufige Infektionen im Genitalbereich
- Schmerzen im Unterbauch und/oder Beckenbereich
- sexuell übertragbare Krankheiten
- Blutungen im Vaginal- oder Rektalbereich
- Schmerzen beim Urinieren oder beim Stuhlgang
- Schmerzen beim Sitzen oder Gehen
- starke Ängste vor Untersuchungen im Genitalbereich; Vermeidung von Untersuchungen
- starke Verkrampfungen im Vaginalbereich während gynäkologischer Untersuchungen
- sexuelle Probleme
- selbstverletzendes Verhalten
- ungewollte Schwangerschaften / Abtreibungen
- Komplikationen während der Schwangerschaft
- Fehlgeburten

10. Basierend auf: Sirka Perttu, Non-violent Choice Association Finland in: WAVE – Office /Austrian Women's Shelters Network: WAVE Training programme, Vienna 2000.

4.2 Handlungsanleitung Umgang mit Verdacht

Einen Verdacht anzusprechen ist nicht leicht. Es ist jedoch wichtig dies zu tun, da es der erste Schritt sein kann, um Betroffenen zu helfen. Aufdeckendes Nachfragen erfordert, dass sich MitarbeiterInnen genügend Zeit nehmen und für eine Versorgung vorbereitet sind.

Ermutigung einen Verdacht anzusprechen

- Ein Verdacht kann sich in Form eines Gefühls „Da stimmt etwas nicht, da passt etwas nicht zusammen“ äußern. Es ist wichtig solche Gefühle nicht zu übergehen und stattdessen nachzuforschen und Informationen zu sammeln.
- Ein Verdacht auf Misshandlung soll mit der Patientin angesprochen werden.
- Auch mit Jugendlichen kann ein Verdacht angesprochen werden.

Verdacht auf Gewalt gegen Kinder

- Wenn es sich um Kinder handelt, ist es notwendig umgehend MitarbeiterInnen des Jugendamtes einzuschalten und die Kinderschutzgruppe zu informieren.

Wie soll ein Verdacht angesprochen werden?

- Das Ansprechen von Gewalt soll alleine mit der Patientin erfolgen. Auch Begleitpersonen könnten auf der Seite der gewaltausübenden Person sein.
- Frauen, die von Gewalt durch den Ehemann oder Partner betroffen sind, kann es schwer fallen, sich einem männlichen Mitarbeiter im Spital anzuvertrauen. Daher ist es wichtig, zu planen, dass für solche Gespräche weibliche Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen.
- Das Gespräch soll in einem möglichst ruhigen Raum, in dem man mit der Patientin alleine ist und ungestört ist, geführt werden.
- Das Ansprechen eines Verdachtes soll in vorsichtiger, empathischer und nicht-verurteilender Weise erfolgen.

Tipps für die Gesprächsführung

- Direkt nach Gewalt zu fragen (z.B. „Wurden Sie geschlagen?“) kann abschreckend sein und soll vermieden werden.
- Helfen können Formulierungen wie „Ich weiß, dass viele Frauen Probleme mit dem Ehemann oder Partner haben und von ihm schlecht behandelt werden. Kann es sein, dass dies bei Ihnen der Fall ist?“¹¹
- Oder: „Ihre gesundheitlichen Beschwerden können auch ein Hinweis sein, dass es Ihnen seelisch nicht gut geht und dass Sie zum Beispiel Probleme mit dem Partner haben. Könnte das bei Ihnen der Fall sein?“
- Und: „Ich weiß es ist nicht leicht über familiäre Probleme zu sprechen, da geht es uns allen ähnlich, aber Sie sollen wissen, dass wir um Sie besorgt sind und Ihnen helfen wollen. Es gibt Hilfe.“

Patientin gibt Ursachen für Verletzungen an, die nicht plausibel erscheinen

- Gibt eine Patientin Gründe für Verletzungen an, die Ihnen nicht plausibel erscheinen, so ist es wichtig, dass Sie nicht das Gefühl bekommen, „angelogen“ zu werden und aus diesem Gefühl heraus womöglich negativ reagieren. Von Gewalt betroffene Frauen erzählen „Geschichten“ weil sie Angst haben. Sie fürchten sich vor Konsequenzen, wenn sie die Gewalt öffentlich machen und wollen ihre Familie, besonders die Kinder, schützen.
- In einer solchen Situation ist es zu wichtig, nicht gleich aufzugeben, sondern behutsam nachzufragen. Beispielsweise mit den Worten: „Sie haben mir erzählt, dass Sie die Stiege hinuntergefallen sind. Wann ist das passiert? Wo ist es passiert? Ist die Stiege steil? Was war die Ursache? Wie sind Sie gestürzt? War jemand bei Ihnen, Ihr Partner zum Beispiel? Ich möchte Ihnen helfen und dazu ist es wichtig dass ich verstehe, was passiert ist.“
- Durch so ein behutsames und nicht-beschuldigendes Nachfragen kann die Patientin ermutigt werden, sich anzuvertrauen. Entscheidend ist es die Fragen immer wieder mit dem Hinweis zu koppeln, dass Sie helfen wollen, sonst können Fragen leicht „verhörend“ wirken.
- Ein Beispiel, wie reagiert werden könnte, wenn die Patientin bei ihrer Schilderung bleibt: „Sie haben mir erzählt, dass Sie die Stiege hinuntergefallen sind. Es erscheint mir jedoch unwahrscheinlich, dass Ihre Verletzungen davon stammen. Oder „Es fällt Ihnen schwer zu erzählen wann und wie es genau passiert ist. Kann es vielleicht sein, dass Ihnen jemand etwas angetan hat? Ich verstehe, dass es nicht leicht ist, über so etwas zu sprechen, aber wir können und wollen Ihnen helfen.“

11. Diesen Formulierungsvorschläge muss natürlich nicht Wort für Wort gefolgt werden, sondern sinngemäß. Es ist wichtig, die eigenen Worte zu finden.

- Unbedingt vermieden werden sollen Beschuldigungen wie „Das stimmt doch nicht was Sie mir erzählen, Sie lügen mich an,...“. Solche Reaktionen sind kontraproduktiv und können Schuldgefühle bei Opfern auslösen. Es kann sein, dass sie sich in der Folge noch mehr zurückziehen und vielleicht das Krankenhaus nicht mehr aufsuchen.
- Sollte Ihnen doch eine negative Aussage passieren, was menschlich ist, ist es wichtig, diese wieder zurücknehmen und sich zu entschuldigen. Es kann z.B. gesagt werden: „Es tut mir leid, dass ich so ungeduldig war und Sie beschuldigt habe, nicht die Wahrheit zu sagen. Ich habe die falschen Worte gewählt. Ich verstehe, dass es schwer sein kann über familiäre Probleme zu reden und ich möchte Ihnen helfen.“
- WICHTIG! RESPEKT FÜR DIE ENTSCHEIDUNG DER PATIENTIN.** Sind PatientInnen trotz behutsamem Nachfragen nicht bereit, mehr zu erzählen, ist es wichtig, dass Sie konkret ausdrücken, dass Sie dies respektieren. Sie können z.B. sagen „Ich verstehe, dass Sie mir nicht mehr erzählen wollen. Das ist völlig in Ordnung. Haben Sie aber bitte keine Scheu, wieder zu uns zu kommen, wenn Sie Hilfe brauchen. Ich gebe Ihnen auch Informationen und Telefonnummern von Hilfseinrichtungen mit. Vielleicht können Sie dies ja einmal brauchen oder an jemanden weitergeben, der oder die sie braucht.“
- Geben Sie der Patientin einen Nachsorgetermin. Legen Sie diesen wenn möglich so, dass Sie selbst wieder im Dienst sind (siehe Kapitel 3.8).

4.3 Handlungsanleitung Gesprächsführung, Aufbau von Vertrauen und Empowerment

Vertrauen in MitarbeiterInnen im Krankenhaus ist die Grundvoraussetzung dafür, dass Patientinnen, die Opfer von Gewalt wurden, über ihre Erfahrungen sprechen und Hilfe annehmen können.

Folgende Haltungen, Schritte und Vorkehrungen sind für das Aufbauen von Vertrauen und das Empowerment der Betroffenen wichtig:

Ruhiger Ort und Zeit

- Stellen Sie für ein Gespräch mit einer Patientin, die Opfer von Gewalt wurde, einen möglichst ruhigen Ort zur Verfügung. Einen Ort, an dem sie sich sicher fühlt und niemand anderer zuhören kann.
- Achten Sie darauf, dass Sie für das Gespräch genügend Zeit haben (min. 30 Minuten, am besten 60 Minuten für alle im vorigen Abschnitt aufgelisteten Bereiche).

Beratung durch weibliche Kollegin

- Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, fällt es manchmal leichter, ihre Erfahrungen einer Frau zu erzählen, insbesondere wenn es sich um sexuelle Gewalt handelt. Es empfiehlt sich daher, wenn möglich, eine weibliche Mitarbeiterin für das Gespräch zu organisieren.

Gesprächssituation, Verbindlichkeit, Orientierung

- Berichtet eine Patientin von erlittener Gewalt oder ergibt sich diesbezüglich ein Verdacht, ist es wichtig, dass Sie sich Zeit für ein ausführlicheres Gespräch schaffen.
- Es kann für Opfer von Gewalt belastend sein, die Geschichte mehrmals erzählen zu müssen. Daher sollte darauf geachtet werden, dass nur eine oder höchstens zwei Personen für die Patientin zuständig sind. Eine klare Zuständigkeit gibt der Patientin Orientierung.
- Stellen Sie sich vor und geben Sie der Patientin, wenn möglich eine Visitenkarte des Krankenhauses mit Ihrem Namen.
- Informieren Sie die Patientin kurz, was Sie machen werden und wie Sie ihr helfen können (siehe Inhalte des Gesprächs, über-nächster Ansatz).

Verschwiegenheit und Meldepflichten

- Sagen Sie der Patientin, dass Sie zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und dass Sie nur gemeinsam mit ihr Schritte unternehmen werden.
- Informieren Sie die Patientin über die Grenzen ihrer Verschwiegenheit. Beispielsweise bei einer schweren Körperverletzung. In diesem Fall besteht eine Anzeigepflicht (siehe Kapitel 4.10).

Inhalte des Gesprächs und ganzheitliche Unterstützung

In einem Gespräch mit der Patientin sollten alle wichtigen Bereiche der Ersthilfe abgedeckt werden. Um sich ein gesamtes Bild machen zu können, ist es von Vorteil, wenn eine Person mit der Patientin folgende Bereiche bespricht:

- Vertrauen aufbauen, Verstehen des Problems und Anamnese der Gewalt (siehe Kapitel 4.3 und 4.4).
- Erkennen von Gefährlichkeitsfaktoren und Sicherheitsplanung (siehe Kapitel 4.7 und 4.8).
- Dokumentation von Verletzungen und Symptomen (siehe Kapitel 4.9).
- Klärung von Fragen der Anzeige und Meldung (siehe Kapitel 4.10).
- Interne Hilfen im Krankenhaus (Kinder- und Opferschutzgruppe, psychologischer und sozialer Dienst) (siehe Kapitel 4.11).
- Abklären, ob die Patientin aufgenommen wird oder nach Hause gehen kann.
- Vermittlung an Hilfseinrichtungen und Hilfe bei der sofortigen Kontaktaufnahme (siehe Kapitel 4.12).
- Abschluss: Nachfolgetermin anbieten und Information, wie die Patientin Sie erreichen kann. Ermutigen Sie die Patientin, sich wieder zu melden (siehe Kapitel 4.11).

Aufmerksamkeit, Zuhören, Empathie

- Stellen Sie, wenn möglich, folgende Gesprächssituation her: Ungestört-Sein, kein Telefon, kein Pager; Gespräch auf gleicher Ebene.
- Widmen Sie der Patientin die volle Aufmerksamkeit. Beobachten Sie immer wieder, wie es ihr geht und ob Anzeichen von Stress auftauchen.
- Wenn dies der Fall ist, helfen Sie der Patientin, sich zu beruhigen, machen Sie Pause, bieten Sie ihr etwas zu trinken an oder wechseln Sie die Gesprächsinhalte (über Gewalterfahrungen zu sprechen kann sehr belastend sein).
- Zeigen Sie Ihre Empathie für die Patientin ohne sie als „arm“ zu titulieren. Sie können z.B. sagen „Ich spüre, dass Sie sehr unsicher sind und gerade nicht wissen, wie es weitergehen soll. Das ist verständlich. Sie müssen auch nicht gleich Entscheidungen treffen, wir gehen Schritt für Schritt vor.“

DolmetscherInnen

- Wenn Sie DolmetscherInnen zur Verfügung haben, denken Sie daran, wenn möglich eine weibliche Person anzufordern.
- Stellen Sie sicher, dass die Vertrauensperson, die dolmetscht, nicht der Gefährder ist.
- Vermeiden Sie grundsätzlich, dass Familienmitglieder oder Bekannte dolmetschen oder dass Kinder und Jugendliche als DolmetscherInnen fungieren.
- Am besten ist es, einen Dolmetschdienst zur Verfügung zu haben.
- Entsprechend den Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit benutzen bereits viele Krankenhäuser Videodolmetschdienste. Diese sind innerhalb weniger Minuten verfügbar und decken ein großes Spektrum an Sprachen ab.¹²

Erfahrungen der Patientin anerkennen und wertschätzen

- Es ist nicht selbstverständlich, sich einer Einrichtung anzuvertrauen und über sehr persönliche und schmerzhaft Erfahrungen zu sprechen.
- Daher ist es wichtig, dass Sie der Patientin Ihre Anerkennung zeigen. Das kann man z.B. in folgender Weise tun: „Es ist gut, dass Sie zu uns gekommen sind. Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen. Ich weiß, dass es nicht leicht ist, über persönliche Probleme zu sprechen. Ich werde sehr behutsam sein und wir werden unser Bestes tun, um Ihnen zu helfen.“

Stärkung (Empowerment) und Ermutigung

- Frauen die Gewalt erleiden, leisten oft Großartiges. Sie versuchen trotz Gewalt ihren Aufgaben im Leben nachzukommen und sind bestrebt den Partner an Gewaltausübungen zu hindern. Die Betroffenen sind bemüht, sich selbst und die Kinder zu schützen und den Partner trotzdem nicht im Stich zu lassen. Für diese Leistung ernten die Frauen häufig wenig Lob, sondern eher Kritik (z.B. mit der Frage: „Warum lassen Sie sich das gefallen?“).
- Es ist wichtig, die Leistungen gewaltbetroffener Patientinnen anzuerkennen und ihre Stärken in den Mittelpunkt zu stellen. Das wirkt stärkend und aufbauend. Sie können z.B. sagen: „Ich bin beeindruckt, wie Sie trotz dieser Probleme für die Familie sorgen und auch noch arbeiten. Ihre Kinder sind sehr hübsch gekleidet, ...“.

Eingehen auf die Rechte und Bedürfnisse der Opfer, Respekt für ihre Entscheidung

- Adäquate Hilfe bedeutet, auf die Rechte und Bedürfnisse der Opfer bei Handlungen Bedacht zu nehmen.
- Es ist wichtig die Entscheidung einer Patientin, ob sie sich trennen möchte oder nicht, zu respektieren und sie in ihrer Entscheidung zu unterstützen.

Signalisieren, dass es keine Rechtfertigung für Gewalt gibt

- Opfer von Partnergewalt erleben häufig, dass ihnen die Schuld für die Gewalt zugeschoben wird (victim blaming).
- Zeigen Sie eine klare Haltung gegen Gewalt. Das können Sie, in dem Sie der Patientin sagen, dass es keine Rechtfertigung für Gewalt gibt und dass Opfer nicht verantwortlich sind.
- Nehmen Sie aber Abstand davon, den Gefährder in negativer Weise darzustellen oder über ihn zu schimpfen.

12. Information zu Video-Dolmetschdiensten: http://www.videodolmetschen.com/images/Gesundes_%C3%96sterreich_April_2014.pdf, 15.10.2015.

Was vermieden werden soll

- Ungeduld und Drängen zur Eile
- Druck
- Ratschläge wie „Sie sollten sich unbedingt scheiden lassen“
- Be- oder verurteilende Aussagen wie „Warum haben Sie Ihren Mann nicht schon längst verlassen?“ oder „Warum sind Sie nicht früher gekommen?“

Sicherheit

- Für Schutz und Sicherheit zu sorgen ist bei Gewalt von zentraler Bedeutung. Siehe dazu die Empfehlungen in den Kapiteln 4.5 – 4.8.

4.4 Handlungsanleitung Verstehen des Problems und Anamnese der Gewalt

Neben der körperlichen Untersuchung und Dokumentation von Verletzungen sind die Anamnese und Erfassung der Gewaltgeschichte wichtig, um zu verstehen, in welcher Situation sich eine Patientin befindet und um ihr effektiv helfen zu können.

Es empfiehlt sich wie gesagt, dass eine Person auf der Station sich Zeit nimmt, um mit der Patientin ein längeres Gespräch zu führen. Ziel ist es zu verstehen, in welcher Situation sich die Patientin befindet, wie massiv das Problem ist, wie lange es schon besteht und wie akut die Gefahr unmittelbarer weiterer Gewalt ist. Diese Erfassung soll immer mit dem Besprechen von Sicherheitsmaßnahmen gekoppelt sein (siehe Kapitel 4.8).

FRAGEN ZUR SITUATION UND ZUR GEWALTGESCHICHTE (ANAMNESE)

Mögliche Einstiegssätze

„Wie geht es Ihnen im Moment? Wollen Sie ein Glas Wasser oder einen Kaffee?“

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen stellen, um Ihre Situation besser zu verstehen und Ihnen bestmöglich helfen zu können. Im Anschluss möchte ich mit Ihnen die körperliche Untersuchung durchführen und die Verletzungen dokumentieren. Dann werden wir über Schutzmaßnahmen und Ihre Sicherheit sprechen. Es kann sein, dass es anstrengend ist und ich werde darauf achten, wie es Ihnen geht und Pausen machen.“

Erfassung des akuten Ereignisses

Wer hat Sie verletzt? Was ist passiert? (kurz, die genaue Erfassung erfolgt im Anschluss mit dem Verletzungsdokumentationsbogen)

Nachfragen bei sexueller Gewalt (diese Frage dann stellen, wenn Sie das Gefühl haben, schon eine Vertrauensbasis hergestellt zu haben).

Einstieg „Viele Frauen erzählen, dass sie auch sexuelle Gewalt durch den Partner erleben, dass sie z.B. zu Sex gezwungen werden oder zu Praktiken, die sie nicht wollen? Ist das bei Ihnen einmal passiert? Ist es akut passiert? Haben Sie Schmerzen?

Sind Sie verletzt?

Kinder

Haben Sie gemeinsame Kinder? Wenn ja, leben diese bei Ihnen im Haushalt?

Wie alt sind diese? (Geschlecht und Alter notieren)

Gibt es ein Kind/Kinder, die Stiefkinder zum Gefährder sind?

Sind die Kinder auch von Gewalt betroffen?

Wo sind die Kinder jetzt?

Geschichte der Gewalt

Gab es früher schon ähnliche Vorfälle? Wenn ja, wann (Monat, Jahr)? Waren Sie verletzt?

Im letzten Jahr (12 Monate), wie oft kam es da ungefähr zu Vorfällen mit Gewalt?

Polizeiliche und gerichtliche Schutzverfügungen

Besteht ein polizeiliches Betretungsverbot oder eine aufrechte gerichtliche Schutzverfügung?

Hilfe

Waren Sie schon einmal in einer Hilfseinrichtung bezüglich dieses Problems? Wenn ja, in welcher Einrichtung?

Sind Sie derzeit in Beratung? Wo?

WICHTIG!

Im Anschluss Fragen zu Gefährlichkeitseinschätzung und Sicherheitsplanung stellen (siehe Kapitel 4.7 und 4.8).

4.5 Handlungsanleitung Schutz und Sicherheit im Krankenhaus

Schutz und Sicherheit im Krankenhaus

Zur adäquaten Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen zählt der Schutz vor weiteren Übergriffen im Krankenhaus. Dazu gehört:

- Die Patientin alleine befragen und behandeln. Einen möglichen begleitenden Partner ersuchen wegzugehen und später wiederzukommen.
- Wenn sich herausstellt, dass es sich um ein Problem von Partnergewalt handelt, Schutzmaßnahmen besprechen. Die Patientin fragen, ob sie möchte, dass der Partner wiederkommt und sie abholt. Wenn ja, ist dieser Wunsch zu respektieren. Wenn nein – siehe Kapitel 4.6.

Schutz bei stationärem Aufenthalt

- Bei stationärem Aufenthalt mit der Patientin besprechen, wer sie besuchen darf und wer nicht. Insbesondere darauf achten, dass der gewaltausübende Partner keinen Zugang zur Patientin hat, wenn sie das nicht möchte.
- Mit der Patientin besprechen, wo sie sich aufhalten soll und wo eher nicht (leicht zugängliche Wartezimmer bieten z.B. keinen Schutz)

- bei Stationsbesprechungen
 - Sicherheit der Patientin besprechen
 - einen Sicherheitsplan erstellen und
 - die Durchführung des Planes besprechen
 - alle informieren.

Möglicher Inhalt einer Stationsbesprechung: Wer sorgt wie dafür, dass der Gefährder nicht ungehindert in das Krankenzimmer kommt.

Polizei um Intervention ersuchen, Polizeischutz

- In akut gefährlichen Situationen Polizeischutz anfordern (Notruf 133) (siehe Kapitel 3.7).

4.6 Handlungsanleitung Umgang mit Gefährdern

Umgang mit Gefährdern im Krankenhaus

- Wenn ein Gefährder überraschend auftaucht und die Patientin nicht möchte, dass er da ist:
- Ihm deutlich vermitteln, dass er das Krankenhaus verlassen muss. Das kann z.B. mit folgenden Worten erfolgen: „Wir haben Sicherheitsvorschriften für unsere Patientinnen und Patienten, bitte verlassen Sie sofort das Krankenhaus.“
- Lassen Sie sich nicht in ein Gespräch mit dem Gefährder über das, was passiert ist, verwickeln. Sagen Sie „Wir sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wir dürfen Ihnen keinerlei Auskünfte geben.“
- Weiters dem Gefährder klar mitteilen, dass er die Patientin in Ruhe lassen muss. Das kann mit folgenden Worten erfolgen „Herr xx, bitte lassen Sie Frau xx in Ruhe und kontaktieren Sie sie nicht. Sonst können Sie Probleme bekommen. Gewalt ist keine Lösung. Bitte gehen Sie jetzt.“
- Wenn der Gefährder trotzdem nicht geht, die Aufforderung noch einmal wiederholen und ihn informieren, dass die Polizei geholt wird, wenn er nicht geht: „Ich ersuche Sie nochmals dringend das Krankenhaus zu verlassen. Wenn Sie das nicht sofort tun, rufen wir die Polizei.“
- Wenn der Gefährder nicht geht, die Polizei rufen.

Auf die eigene Sicherheit achten

- ACHTUNG auf die eigene Sicherheit! Die Kommunikation mit dem Gefährder soll immer durch zwei Personen erfolgen.
- Es soll präventiv ausgemacht werden, wer die Polizei ruft, wenn ein Gefährder auftaucht und sicher weigert, zu gehen. Es hilft ein Zeichen zu vereinbaren, welches den KollegInnen signalisiert die Polizei zu rufen.
- Den Gefährder nicht alleine lassen, bis die Polizei kommt. Er könnte versuchen das Opfer aufzusuchen oder andere Personen zu belästigen.

Bei stationärem Aufenthalt

- Einem Gefährder am Telefon keinerlei Auskunft über die Patientin geben.
- Wenn die Patientin vom Gefährder nicht in Ruhe gelassen wird, ev. ein Hausverbot gegen den Gefährder erwirken.

Follow up

- Dokumentation über einen solchen Vorfall anfertigen und in der Krankengeschichte festhalten.
- Vorgesetzte informieren.
- Opferschutzgruppe informieren.

Gefährder an Hilfseinrichtungen vermitteln oder zu einer Behandlung raten

- Wenn die Situation nicht akut bedrohlich ist, kann versucht werden, dem Gefährder zu raten, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Das kann mit folgenden Worten erfolgen „Herr xx, bitte lassen Sie Frau xx in Ruhe und kontaktieren Sie sie nicht. Hier sind Adressen, wo Sie sich hinwenden können. Bitte nehmen Sie Hilfe in Anspruch. Gewalt ist keine Lösung. Bitte gehen Sie jetzt.“
- Infomaterial über Stellen, die mit gewaltausübenden Männern arbeiten (Männerberatung), bereitstellen und dem Gefährder geben.
- Wenn Hinweise bestehen, dass der Gefährder sich in einer psychischen Krise befinden könnte, ihm dringend zu einer ärztlichen Behandlung raten. „Bitte suchen Sie Dr. xx auf, hier ist die Telefonnummer.“

4.7 Handlungsanleitung Gefährlichkeitseinschätzung und Schutzmaßnahmen

Information zu Gefährlichkeitseinschätzung bei Gewalt in Paarbeziehungen

Die US-amerikanische Wissenschaftlerin Jaqueline Campbell entwickelte Anfang der 1990er Jahre das Danger Assessment (DA)¹³. Sie evaluierte es in mehreren großen Studien und passte es an die Ergebnisse an. Das DA zielt vor allem darauf ab, Gefährlichkeitsfaktoren für eine mögliche Tötungsgefahr für die Opfer zu erkennen. Campbell entwickelte gemeinsam mit Kolleginnen eine Kurzversion für den Gesundheitsbereich (Snider/Webster/O'Sullivan/Campbell et al. 2009).

Systematische Anwendung des 5-Fragen Modells

Es empfiehlt sich, das 5-Fragen Modell im Krankenhaus systematisch anzuwenden. Vor allem, wenn es um die Frage geht, ob es für eine Patientin und ihre Kinder sicher ist, nach Hause zu gehen.

Anwendung nur im Zusammenhang mit Sicherheitsplanung

Das 5-Fragen Modell soll dann eingesetzt werden, wenn bereits bekannt ist, dass eine Patientin Gewalt durch den Partner erlitten hat. Die Fragen zielen darauf ab herauszufinden, ob eine Frau und ihre Kinder in akuter Gefahr sein könnten, schwere Gewalt zu erleiden (schwere Verletzungen, Mordversuch oder Mord). Diese Einschätzung darf nur in Zusammenhang mit der Sicherheitsplanung erfolgen. Die Fragen können für die Patientin aufwühlend sein, daher ist es wichtig sich Zeit zu nehmen und danach mit der Patientin zu besprechen, wie sie sich und ihre Kinder schützen kann.

5-FRAGEN MODELL ZUR EINSCHÄTZUNG DER GEFÄHRLICHKEIT VON SITUATIONEN HOHER GEFÄHRLICHKEIT BEI PARTNERGEWALT AN FRAUEN IM BEREICH DER NOTFALLMEDIZIN

- Hat die physische Gewalt in den letzten 6 Monaten an Häufigkeit und Schwere zugenommen?
- Hat der Partner jemals eine Waffe (dazu gehört auch ein Messer) benutzt oder Sie mit einer Waffe bedroht?
- Glauben Sie er wäre in der Lage Ihnen oder Ihren Kindern etwas Ernstes anzutun oder Sie sogar umzubringen? Gibt es Morddrohungen?
- Wurde Sie jemals von ihm misshandelt, während Sie schwanger waren?
- Ist er extrem eifersüchtig? Wie zeigt sich die Eifersucht?

Es wird empfohlen, **eine Patientin ab 3 „ja“ Antworten, als extrem gefährdet einzustufen.**

- In diesem Fall soll der **Patientin dringend geraten werden, dass sie und ihre Kinder NICHT weiter mit dem Gefährdet zusammenwohnen oder zusammentreffen sollen.**
- Vom **Krankenhaus** sollen **sofortige Maßnahmen zum Schutz** gesetzt werden. Besprechen Sie gemeinsam mit der Patientin folgende mögliche Schritte und Varianten:
 - ▶ Aufnahme im Spital
 - ▶ Schutz durch die Polizei (Betretungsverbot)
 - ▶ Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten
 - ▶ Unterkunft in einem Frauenhaus (der Patientin helfen den Kontakt herzustellen und die Fahrt ins Frauenhaus zu organisieren, ev. mit Rettungsdienst)
 - ▶ Kontaktaufnahme mit der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie
 - ▶ Schutz der Kinder
Wenn es Kinder gibt und diese beim Gefährder sind, muss auch deren Schutz mit bedacht werden. In einem solchen Fall soll gemeinsam mit der Patientin das Jugendamt um Unterstützung gebeten werden. Sie können beim Holen der Kinder helfen bzw. begleiten.

Respekt für die Entscheidung der Patientin

Es ist das Recht der Patientin selbst zu entscheiden, ob sie in der aktuellen Situation Schritte zur Trennung setzen möchte oder nicht. In jedem Fall soll die Patientin über Hilfseinrichtungen informiert werden (siehe Kapitel 7.4).

Weitere Empfehlungen zur Sicherheitsplanung siehe Kapitel 4.8.

13. Danger Assessment (DA): <https://www.dangerassessment.org/>, 15.10.2015.

4.8 Handlungsanleitung Sicherheitsplan

Sicherheitsplanung ist wichtig, um in einer akuten Gefahrensituation vorbereitet zu sein und sich in Sicherheit bringen zu können. Folgende Empfehlungen sollten mit gewaltbetroffenen Patientinnen besprochen werden:

Für den Fall einer Auseinandersetzung

Sich in einen Raum begeben, der leicht wieder verlassen werden kann. Geladenes Handy bei sich haben.

Gefährliche Gegenstände und Messer wegräumen

Scharfe Messer und mögliche gefährliche Gegenstände vorbeugend wegräumen und versteckt aufbewahren.

App am Handy installieren mit Informationen und Notrufnummern von Hilfseinrichtungen.¹⁴

In einer gefährlichen Situation die Polizei rufen, Notruf 133 (Der Notruf funktioniert auch, wenn am Handy kein Guthaben vorhanden ist)

Hilfe mobilisieren

Die Patientin ermutigen sich zu überlegen:

Wer kann mir im Notfall helfen. Wem kann ich vertrauen? Wem kann ich eher nicht vertrauen? Gibt es NachbarInnen, die helfen können und die z.B. gebeten werden können bei Hilferufen oder bestimmten Signalen die Polizei zu rufen?

Planung sicherer Ort

Wohin kann ich flüchten, wenn es gefährlich werden sollte?

Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten organisieren. Unterkunft in einem Frauenhaus organisieren und schon vorab Kontakt aufnehmen.

Notfallkoffer vorbereiten und an einem sicherem Ort deponieren

Für den Fall, dass eine Flucht notwendig ist, einen Notfallkoffer vorbereiten und an einem sicheren Ort, z.B. bei Verwandten oder Bekannten deponieren.

Folgende Dinge sollen eingepackt werden:

- Dokumente für sich und die Kinder
- Geld
- Ev. Ersatzhandy
- Ersatzschlüssel für Wohnung, Haus, Auto,...
- Notwendige Medikamente
- Kleidung für sich und die Kinder
- Spielzeug für Kinder
- Etc.

Kinder vorbereiten

Kinder auf eine mögliche Flucht vorbereiten. Mit ihnen besprechen, dass sie die Wohnung verlassen, wenn es zu einem Gewaltvorfall kommt. Vereinbaren und sie vorbereiten, wohin sie gehen und an welche Personen sie sich um Hilfe wenden.

Wenn Kinder gefährdet sind, entführt und außer Landes gebracht zu werden

Pässe der Kinder sicher verwahren.

Wenn der Gefährder die Kinder im Pass hat, der Frau raten, sofort das Jugendamt zu informieren und mit Hilfe der Interventionsstelle/Gewaltschutzzentrum beim Familiengericht einen Antrag auf Entzug der Obsorge zu stellen (wenn der Gefährder die Obsorge hat).

14. Siehe z.B. fem:HELP-App der Bundesministerin für Bildung und Frauen https://www.bmbf.gv.at/frauen/services/fem_help_app.html, 15.10.2015.

□ Schutzmaßnahmen durch Polizei und Gericht

In einer akuten Gefahrensituation die Polizei rufen oder zur Polizei gehen (Notruf 133). Diese kann einen Gefährder für zwei Wochen aus der Wohnung verweisen (Betretungsverbot). Mit einem Antrag bei Gericht können diese Verbote verlängert werden (siehe Kapitel 7.3).

□ Hilfestellung durch die Interventionsstelle/Gewaltschutzzentrum

Die Patientin ermutigen, mit der Interventionsstelle/Gewaltschutzzentrum Kontakt aufzunehmen. Das sind spezialisierte Opferschutzeinrichtungen und können in allen Fragen des Schutzes unterstützen, beim Antrag auf eine Einstweilige Verfügung (EV) helfen und zu Behörden und Gerichten begleiten.

4.9 Handlungsanleitung Dokumentation von Verletzungen¹⁵

Folgende Schritte sind im Zuge einer Verletzungsdokumentation bei Gewaltopfern wichtig:

- Einholung der Zustimmungserklärung für die Verwendung der Checkliste zur Verletzungsdokumentation.
- Erläuterung der einzelnen Schritte der Verletzungsdokumentation. Das heißt, dass Opfern genau erklärt wird, warum eine Verletzungsdokumentation gemacht wird, was mit der Verletzungsdokumentation passiert und wie sie in diese einsehen bzw. Abschriften machen können.
- Patientinnen sollen auch über Opferschutzeinrichtungen informiert werden, die sie beraten und während dem Strafverfahren begleiten können (siehe Kapitel 4.12).
- Die Untersuchung und Dokumentation in einem sicheren Raum durchführen (auf keinen Fall im Beisein der tatverdächtigen Person).
- Achtsame Untersuchung. Dazu zählt, dass auf Reaktionen der Patientin geachtet und klar kommuniziert wird, dass Pausen möglich sind und die Untersuchung auch zwischendurch unterbrochen werden kann. Ein weiterer wichtiger Punkt einer achtsamen Untersuchung ist, dass jeweils immer nur ein Teil des Körpers entkleidet werden muss.
- Bereitstellung der Verletzungsdokumentation bei Entlassung. Opfer ersparen sich damit eine spätere Anforderung der Verletzungsdokumentation.

Was soll dokumentiert werden?

Gewaltspezifische Anamnese

Eine gerichtsverwertbare Dokumentation erfordert eine gewaltspezifische Anamnese.

Dazu zählt die genaue Beschreibung von: Ereignis, Ort, Datum, Uhrzeit und Dauer der Gewalttat sowie eingesetzte Tatwerkzeuge (Stöcke, Messer, Haushaltsgegenstände etc.). Ebenso müssen die Art der erlittenen Gewalteinwirkungen und die subjektiven Beschwerden erfragt werden. Diese Informationen bilden die Voraussetzung für eine gezielte Sicherung biologischer Spuren.

Alle Verletzungen dokumentieren

Es ist wichtig, dass auch bei leichten Körperverletzungen eine Verletzungsdokumentation angefertigt wird. Neben den medizinisch zu „versorgenden Verletzungen“ sind auch die aus therapeutischer Sicht nicht relevanten Bagatellverletzungen (z.B. Kratzer am Hals, kleine Hämatome an der Innenseite der Oberarme und -schenkel) wichtige Anhaltspunkte für zugefügte Misshandlungen. Deshalb sollen alle am Körper erkennbaren Auffälligkeiten detailliert und nachvollziehbar beschrieben werden.

Psychische Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen durch Medikamente

Gelegentlich fallen im Verlauf der Anamneseerhebung psychische oder physische Beeinträchtigungen der Patientinnen auf, die auf eine Alkoholisierung und/oder den Einfluss von Medikamenten sowie Drogen schließen lassen. Es soll behutsam und ohne Anschuldigungen gefragt werden, ob der Konsum vor, während oder nach der Tat stattgefunden hat oder ob der Patientin ein Mittel heimlich zugeführt wurde (z.B. KO Tropfen).

Wie soll dokumentiert werden?

Rasche Spurensicherung und Verletzungsdokumentation

Die körperliche Untersuchung sollte so rasch wie möglich vorgenommen werden, da Befunde wie Hautrötungen und Stauungsblutungen nach wenigen Stunden verschwinden können.

Gerade bei sexueller Nötigung und Vergewaltigungen ist die rasche Sicherung der Spuren entscheidend, um Spuren noch verwerten zu können. Daher ist es wesentlich, dass Gewaltopfer nicht lange auf die Behandlung und Dokumentation warten müssen. Dies empfiehlt auch die WHO (WHO 2013a:8).

15. Der nachfolgende Handlungsleitfaden beruht in weiten Teilen auf Ausführungen von Ao.Univ.-Prof. Dr. Andrea Berzlanovich, Fachbereich Forensische Gerontologie, Department für Gerichtsmedizin Wien, Medizinische Universität Wien (Handlungsempfehlungen für Gesundheitsfachkräfte). Ao.Univ.-Prof. Dr. Berzlanovich war auch federführend bei der Entwicklung eines Verletzungsdokumentationsbogens, der mittlerweile allgemein anerkannt ist und Verwendung findet. Es wird empfohlen diesen für die Verletzungsdokumentation zu verwenden (siehe Kapitel 7.5).

Mittel für die Dokumentation

Spurensicherung-Sets

Auf jeder Station soll ein Spurensicherungs-Set und eine Checkliste zu dessen Anwendung aufliegen (siehe nächster Abschnitt).

Kamera Fotodokumentation

Zur Verletzungsdokumentation gehört immer auch eine Fotodokumentation der Verletzungen. Auf jeder Abteilung sollte eine Fotokamera und entsprechende Mittel zur Erstellung einer Fotodokumentation vorhanden sein.

Verwendung von Spurensicherungs-Sets

Für die Vornahme einer exakten Spurensicherung sollen in allen relevanten Abteilungen Beweissicherungs-Sets zur Verfügung stehen (z.B. vom Forensischen DNA-Zentrallabor Wien). Diese enthalten neben den Informationsblättern für die Opfer standardisierte Verletzungsdokumentationsbögen, Stielwattetupfer zur Spurenabnahme, faltbare Kartonboxen für die Aufbewahrung der Spuren, Papiersäcke zur Sicherstellung der zum Tatzeitpunkt getragenen Kleidung der Opfer sowie Kuverts für die Asservierung von Haaren, Anhaftungen von Blättern, Erde, Stofffasern etc.

Erstellung einer Fotodokumentation – „Dreier-Regel“

Eine Fotodokumentation besteht aus einer

- Übersichtsaufnahme, einer
- Näherungsaufnahme und einer
- Detailaufnahme.

Ablauf beim Fotografieren:

1. Gesamtaufnahmen des Opfers
2. Näherungsaufnahmen der verletzten Körperregionen
3. Detailaufnahmen der einzelnen Verletzungen mit und ohne Maßstab.

Bei Aufnahmen der Körperrückseite ist es nützlich, wenn die betroffene Person den Kopf zur Seite dreht, um später bei Gericht keine Zweifel bzgl. deren Identität aufkommen zu lassen.

Zu beachten ist weiter:

- Aufnahmen vor neutralem Hintergrund sind am aussagekräftigsten.
- Bei den Aufnahmen sollte das Opfer so weit möglich ersucht werden, die Körperhaltung einnehmen, die es auch während der Tat einnahm (dabei ist natürlich auf die Schonung der Patientin Bedacht zu nehmen). Die Kamera soll die Position des Täters einnehmen.
- Auch Negativbefunde sollen fotografisch festgehalten werden.
- Beschädigte oder verunreinigte Kleidung soll ebenfalls fotografiert werden.
- Bei stationärem Aufenthalt oder Wiederbestellung der Patientin kann eine erneute Fotodokumentation nach zwei bis vier Tagen sinnvoll sein (z.B. bei besserer Erkennbarkeit von Hämatomen).

Dokumentation in der Krankengeschichte

- Der Hergang der Verletzungen und die Dokumentation dieser soll in der Krankengeschichte festgehalten werden. Damit können KollegInnen bei eventuellen weiteren Vorfällen von Gewalt und Verletzungen sehen, dass das Problem bereits eine Vorgeschichte hat; dies ist für die Prävention sehr wichtig, insbesondere dann, wenn Kinder von Gewalt betroffen sind.
- Wenn eine Patientin von Gewalt erzählt oder wenn ein Verdacht auf eine Gewalthandlung besteht, soll im Zuge der Erstversorgung immer in der Krankengeschichte nachgesehen werden, ob es bereits vorher ähnliche Vorfälle gab.

Recht der Patientin auf Einsicht in die Dokumentation und Abschrift

- Patientinnen haben das Recht in die Dokumentation einzusehen und (gegen Kostenersatz) eine Abschrift zu erhalten.

4.10 Handlungsanleitung für die Anwendung von gesetzlichen Bestimmungen betreffend Anzeige und Meldungen

Die nachstehenden Ausführungen beschäftigen sich mit Anzeige-, Melde- und Informationspflichten für ÄrztInnen sowie für die Gesundheits- und Krankenpflege.

Die dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen sind komplex und nicht immer klar. Die Autorinnen haben sich bemüht, Informationen so aufzubereiten, dass sie für die Anwendung in der Praxis hilfreich sind und Orientierung geben. Dafür haben sie rechtliche Beratung in Anspruch genommen und Fachliteratur verwendet. Trotzdem bleiben Fragen offen, da es in manchen Bereichen noch keine Judikatur gibt und daher keine gerichtliche Auslegung von Bestimmungen vorhanden ist.

Die Ausführungen der Autorinnen sind nicht als rechtliche Beratung zu sehen, sondern als Information über Bestimmungen, die für den Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen relevant sind. Für rechtliche Fragen welche Schritte im Einzelfall gesetzt werden müssen, wird dringend geraten, sich an die Leitung zu wenden.

Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen benötigen klare Richtlinien betreffend Anzeigen und Meldungen, die konkrete Vorgaben enthalten, wie Bestimmungen auszulegen sind. Die vorliegenden Informationen können für die Entwicklung und Implementierung von Richtlinien hilfreich sein.

ÄRZTEGESETZ

Das Ärztegesetz (siehe Kapitel 7.3) sieht folgende Anzeige-, und Melde- und Informationspflichten für ÄrztInnen vor:

Anzeigepflicht bei Minderjährigen (unter 18 Jahre) nach §54 (5) ÄrzteG

- Anzeige bei der Polizei muss erstattet werden, wenn ein Verdacht besteht, dass eine minderjährige Person misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurde.
- Richtet sich der Verdacht gegen nahe Angehörige, so kann die Anzeige solange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger erfolgt (§ 54 (5) ÄrzteG).
- Nahe Angehörige im Sinne des § 166 Strafgesetzbuch sind Ehegatten, Verwandte in gerader Linie (Vater, Mutter, Großvater, Großmutter), Bruder, Schwester oder andere Angehörige, sofern das Opfer mit diesen in Hausgemeinschaft lebt.¹⁶
 - Beispiel: Als naher Angehöriger zählt auch der Freund der Mutter. Wenn dieser mit der Mutter und dem Kind im Haushalt lebt und das Kind misshandelt, kann unter den drei unten genannten Bedingungen von einer Anzeige abgesehen werden. Allerdings muss gut überlegt werden, ob es zu verantworten ist, in einem solchen Fall von einer Anzeige abzusehen, oder ob es im Gegenteil sogar wichtig sein kann, die Polizei sofort zu rufen. Die Polizei kann ein Betretungsverbot gegen den Gefährder erlassen und damit kann das Kind sofort im eigenen Zuhause geschützt werden.

Absehen von einer Anzeige nach §54 (5) ÄrzteG

- Von einer Anzeige darf **nur bei Vorliegen der folgenden drei Punkte vorläufig abgesehen werden**
 1. Der Verdacht besteht gegen einen nahen Angehörigen
 2. Es erfolgt eine sofortige Meldung beim Jugendamt
 3. Das Wohl des Kindes ist gesichert. Was bedeutet, dass die/der zuständige Ärztin/Arzt weitere Übergriffe ausschließen kann.¹⁷
- Treffen diese drei Voraussetzungen nicht zu, oder nicht mehr zu, **muss** eine Anzeige an die Polizei erfolgen.
- In jedem Fall kann bei einer Misshandlung immer eine Anzeige gemacht werden.
- Jedenfalls muss unverzüglich und nachweislich Meldung an das Jugendamt gemacht werden.
- Bei schwerer Körperverletzung an einem Kind oder bei Tötung muss zwingend eine Anzeige gemacht werden. Ein Absehen von der Anzeige kommt in diesem Fall nicht in Frage (Resch/Wallner 2015: 782f).

16. Website der Wiener Ärztekammer: <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/berufs-und-standesrecht/aerztliche-anzeigepflicht>, 15.10.2015.

17. Bertel, Christian/Schwaighofer, Klaus (2004): Österreichisches Strafrecht: Besonderer Teil II. Wien, aus: <http://www.diagnose-gewalt.eu/recht/gesetzliche-grundlagen-oesterreich/anzeige-und-meldepflicht>, 15.10.2015.

Anzeigepflicht bei Erwachsenen

- Eine Anzeige an die Polizei ist verpflichtend, wenn ein Verdacht besteht, dass eine erwachsene Person durch eine gerichtlich strafbare Handlung schwer verletzt oder getötet wurde.
- Laut Homepage der Wiener Ärztekammer ist eine schwere Körperverletzung dann gegeben, wenn die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder eine Berufsunfähigkeit zur Folge hat oder die Tat an sich schwer ist. An sich schwer ist eine Körperverletzung dann, wenn ein wichtiges Organ oder Körperteil betroffen und der Heilungsverlauf ungewiss ist. Als schwer wurde von der Judikatur eingestuft: Brüche großer Knochen, Verlust von Zähnen, Knochenabsprengung eines Halswirbels kleinsten Umfangs, Gehirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit und retrograder Amnesie, Verlust der Zeugungsfähigkeit, usw. In Zweifelsfällen rät die Wiener Ärztekammer mit ihrer Rechtsabteilung Rücksprache zu halten.¹⁸
- Anzeige an die Polizei muss auch erstattet werden, wenn der Verdacht besteht, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist (§ 54 (4) ÄrzteG).
- Die Verpflichtung gegen Gewalt aktiv zu werden und eine Anzeige zu machen, kann auch dann bestehen, wenn es sich nicht um eine schwere Körperverletzung handelt. Dies ist immer dann der Fall, wenn es um den Schutz höherwertiger Interessen geht, zum Beispiel bei Verdacht auf sexuelle Gewalt (§54 (2) 4 ÄrzteG; Resch/Wallner 2015: 782f). Es geht hier um die Abwägung der Rechtsgüter Verschwiegenheit versus Schutz vor Gewalt.
- Auch bei einer gefährlichen Drohung (eine Drohung mit dem Umbringen oder eine Drohung jemandem Gewalt anzutun) kann eine Verpflichtung zur Anzeige bestehen. In diesen Fällen können ÄrztInnen auch ohne die Zustimmung der Opfer eine Anzeige erstatten. Der Passus im Ärztegesetz lautet: „Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist (§ 54 (2) 4 ÄrzteG).“

Anzeigepflicht, wenn eine erwachsene Person ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag

- Anzeigepflicht besteht auch, wenn eine erwachsene Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurde.
- Für die Auslegung dieser Bestimmung gibt es noch keine Judikatur. Die Umsetzung dieser Bestimmung ist daher nicht einfach. Eine geistige Behinderung, eine psychische Erkrankung oder Gebrechlichkeit können evt. darunter fallen. Aber auch ein akut traumatisiertes Opfer von Gewalt, das Angst vor Rache des Täters hat, könnte umfasst sein (§ 54 (4) ÄrzteG).

Informationspflicht (§ 54 (6) ÄrzteG)

- Im Fall einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung muss auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hingewiesen werden.
- Als solche Einrichtungen sind insbesondere Interventionsstellen zu verstehen: „Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die auf Basis des Sicherheitspolizeigesetzes vom Gewaltpräventionsbeirat im BMI fachlicherseits anerkannt worden sind und allenfalls auch gefördert werden. Etwa die sogenannten Interventionsstellen (Resch/Wallner 2015:781).“

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEGESETZ¹⁹

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sieht ebenfalls bestimmte Anzeige- und Meldepflichten vor (siehe Kapitel 7.3):

Anzeigepflichten

- Bei einem Verdacht auf schwere Körperverletzung sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe verpflichtet, der Polizei unverzüglich Anzeige zu erstatten (§ 7 (1) GuKG).
- Von einer Anzeige kann abgesehen werden, wenn es sich um eine Tätigkeit handelt, „deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf“ (§ 7(2) GuKG). Ob es sich um so eine Tätigkeit handelt, muss im Einzelfall geklärt werden.
- Es ist daher sehr wichtig, dass im Krankenhaus Richtlinien bestehen, wie diese Bestimmungen im Einzelfall auszulegen sind.
- Wichtig ist es natürlich die gewaltbetroffene Patientin mit einzubeziehen und zu fragen, ob sie eine Anzeige erstatten möchte. Ist dies der Fall, kann es wichtig sein, dass die Anzeige durch die Pflegeperson erfolgt, um die Patientin zu entlasten (siehe Kapitel 3.7).

18. Website Wiener Ärztekammer: <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlicheaetigkeit/berufs-und-standesrecht/aerztliche-anzeigepflicht>, 15.10.2015.

19. Zur Gesundheits- und Krankenpflege gehören sowohl diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen als auch PflegehelferInnen.

- Auch wenn die Patientin keine Anzeige will, ist bei schwerer Körperverletzung immer zu überlegen, ob doch eine Anzeige zu erstatten ist, um strafbare Handlungen zu verhindern und für den Schutz der Gesundheit der Patientin zu sorgen.
- Informationspflicht: Wenn keine Anzeige erstattet wird, müssen Patientinnen zumindest über Opferschutzeinrichtungen informiert werden. Das Gesetz spricht von anerkannten Opferschutzeinrichtungen wie den Interventionsstellen und Gewalt-schutzzentren (§ 7 (2) GuKG).

Meldepflichten

- Bei Gewalt gegen Kinder besteht die Verpflichtung, das zuständige Jugendamt zu informieren. Dies gilt immer dann, wenn dies für die Verhinderung von weiteren Gefährdungen und zum Wohl der PatientInnen erforderlich ist.
- Bei erwachsenen Personen, die ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen können, muss das zuständige Pflegerschaftsgericht eingeschaltet werden. Auch das gilt immer dann, wenn dies für die Verhinderung von weiteren Gefährdungen und zum Wohl der PatientInnen erforderlich ist (§ 8 (2) GuKG).

Wichtigkeit von krankenhausinternen Richtlinien

- Da die gesetzlichen Bestimmungen nicht immer klar und eindeutig sind, ist es wichtig, dass es im Krankenhaus auch für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe klare Richtlinien und konkrete Handlungsanleitungen darüber gibt, wie Bestimmungen umzusetzen und welche Dienstwege einzuhalten sind. Wichtig ist es auch, dass MitarbeiterInnen Unterstützung erhalten und bei Unklarheiten wissen, wo sie Fragen stellen können und rasch eine Antwort erhalten.

4.11 Handlungsanleitung interne Nachsorge

In erster Linie geht es im Krankenhaus natürlich um die medizinische Nachsorge. Doch können Nachsorgetermine in Fällen von Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie auch andere Funktionen für Gesundheit und Sicherheit von PatientInnen erfüllen. Dazu zählt etwa:

Offene Fragen klären: Für gewaltbetroffene Patientinnen ist es nicht immer einfach, sich an alle Informationen zu erinnern, die sie im Krankenhaus erhalten haben. Es können sich Fragen ergeben wie: Wurde eine Anzeige gemacht oder nicht? Wie komme ich zu den Fotos der Verletzungen? Wie lange werden abgenommene DNA-Spuren aufbewahrt? Ein Nachfolgetermin kann helfen diese Fragen zu klären.

Nachsorgetermin bei einem aufrechten Verdacht: Wenn bei der Erstintervention ein Verdacht auf Gewalthandlungen angesprochen und dann verneint wurde und trotzdem das Gefühl bleibt „etwas stimmt nicht“, kann ein Nachsorgetermin ebenfalls wichtig sein. Gewalt beeinträchtigt das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, so dass die Annahme von Hilfe anfangs schwer fallen kann und Zeit braucht. Das wiederholte Anbieten von Hilfe ohne Druck kann wichtig sein, um Vertrauen aufzubauen und über die Gewalt zu sprechen.

Nachsorge für Opfer sexueller Gewalt: Bei Opfern sexueller Gewalt kann es bei der Nachsorge um die weitere Prävention von Infektionskrankheiten, die Durchführung eines Schwangerschaftstestes und eine Beratung bei Schwangerschaft über Abbruchmöglichkeiten sowie um die Abklärung etwaiger psychischer Belastungen gehen. Die WHO empfiehlt bei sexueller Gewalt mehrere Nachsorgetermine (WHO 2013a:7f).

Ergänzung der Verletzungsdokumentation: Bei einem Nachfolgetermin kann die Dokumentation der Verletzungen ergänzt werden (Verlaufsdokumentation). Hämatome verändern sich beispielsweise im Verlauf und es kann wichtig sein, dies zu dokumentieren (siehe Kapitel 4.9). Gerichte haben dadurch ein umfassenderes Bild der Verletzungen. Es kann auch sein, dass eine vorerst als „leichte Körperverletzung“ qualifizierte Verletzung, zu einer „schweren Körperverletzung“ und damit anzeigepflichtig wird. Dies ist der Fall, wenn die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge hat (siehe Kapitel 4.10).

Psychische Unterstützung: Es kann sein, dass Opfer durch die erlittene Gewalt psychisch belastet sind oder an post-traumatischen Symptomen leiden. MitarbeiterInnen von Krankenhäusern sollten solche psychische Krisen erkennen und Opfer zu entsprechender fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung überweisen. Das empfiehlt die WHO insbesondere nach sexueller Gewalt (WHO 2014b:79).

Hochrisikosituationen: Nachsorgetermine können auch hilfreich sein, wenn eine Patientin als besonders gefährdet eingeschätzt wird (siehe Kapitel 4.7). Hier kann es wichtig sein nachzufragen, ob die Patientin Kontakt zu einer Opferschutzereinrichtung aufgenommen hat. Es ist eine Chance sie nochmals dazu zu ermutigen und dabei zu unterstützen dies zu tun. Bei häuslicher Gewalt ist die Wiederholungsgefahr hoch und Nachsorge kann zur Stärkung der Opfer beitragen und dadurch gewaltpräventiv wirken.

Unterstützung durch die Kinder- und Opferschutzgruppe: Kinder- und Opferschutzgruppen in Krankenhäusern sollen als Fachstellen einbezogen werden, bei stationären Aufenthalten ebenso wie in der ambulanten Versorgung von PatientInnen, die Opfer von Gewalt wurden. Dabei empfiehlt es sich Kriterien zu erstellen, in welchen Fällen eine Beziehung notwendig ist.

Befassung sozialer und psychologischer Dienste bei stationärer Versorgung: Ist eine Patientin in stationärer Behandlung, kann auch die Beziehung des Psychologischen oder Sozialen Dienstes zur Krisenunterstützung hilfreich sein.

4.12 Handlungsanleitung Vermittlung an Opferschutzeinrichtungen

Weitervermittlung ist mehr als nur die Information über Einrichtungen. Sie besteht aus dem Aufbau von Vertrauen zu Hilfseinrichtungen und aus der Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu diesen.

Qualifizierte Vermittlung an Hilfseinrichtungen bedeutet:

Rasch einen Kontakt und Zugang herstellen.

Alle Schritte müssen **freiwillig** und ohne Druck angeboten werden.

Abklärung, ob bereits ein Kontakt besteht:

Fragen Sie die Patientin, ob bereits einmal ein Kontakt mit einer Opferschutzeinrichtung bestand. Wenn die Erfahrung positiv war, ist es sinnvoll der Patientin zu empfehlen, sich wieder an diese Einrichtung zu wenden.

Kontaktaufnahme anbieten:

Hat die Patientin noch keine Anlaufstelle, ist es wichtig, dass Sie die Kontaktaufnahme mit einer Opferschutzeinrichtung anbieten. Wenn möglich, sollten Sie gleich gemeinsam mit der Patientin anrufen, um einen Kontakt herzustellen.

An geeignete Einrichtung vermitteln:

Überlegen Sie welche Einrichtung für die Patientin geeignet ist. Wenn z.B. eine extrem gefährliche Situation vorliegt, ist es wichtig der Patientin davon abzuraten nach Hause zu gehen und die Kontaktaufnahme zu einem Frauenhaus anzubieten. Die Wiener Interventionsstelle und die Gewaltschutzzentren in den Bundesländern bieten umfassende Beratung, Begleitung und praktische Unterstützung an. Wenn es um sichere Unterkunft geht, bieten Frauenhäuser professionelle Hilfe (siehe Kapitel 7.4).

Informationen geben:

Informationen über die Einrichtungen geben und wertschätzend über die Einrichtung sprechen.

Entscheidung respektieren und weitere Hilfe anbieten:

Respekt für die Entscheidung, wenn keine Weitervermittlung erwünscht ist. Sie können die Patientin aber trotzdem unterstützen:

Geben Sie Informationsmaterialien zu Opferschutzeinrichtungen mit.

Bieten Sie einen Nachsorgetermin an (siehe Kapitel 4.11) und kontaktieren Sie die Opferschutzgruppe.

Informieren Sie die Patientin über Schutz und Sicherheit (siehe Kapitel 4.8).

Ermutigen Sie das Opfer, schon bei einem geringen Grad an Bedrohung die Polizei (Notruf 133) zu rufen. Opfer und die Kinder laufen Gefahr massivere Gewalt zu erleiden, wenn die Polizei erst später kommt.

Sagen Sie der Patientin, dass sie sich jederzeit wieder mit der Bitte um Unterstützung an das Krankenhaus wenden kann.

5. Implementierung und Sicherung von Qualitätsstandards

Das vorliegende Kapitel wendet sich vor allem an die Leitungsebene in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen und zielt darauf ab, diese bei der Implementierung und Sicherung von Qualitätsstandards im Bereich des Umgangs mit gewaltbetroffenen PatientInnen zu unterstützen.

Die Ausführungen dienen aber auch der Information von MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich und VertreterInnen von Einrichtungen außerhalb.

Zur Qualitätssicherung gehört dafür zu sorgen, dass MitarbeiterInnen vor Übergriffen geschützt sind und Unterstützung erhalten, wenn sie selbst von Gewalt betroffen sind. Sowohl im Rahmen der Tätigkeit der MitarbeiterInnen als auch in ihrem persönlichen Lebensbereich. Daher wurden diese Themen in das Kapitel aufgenommen.²⁰

Eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung nehmen die Kinder- und Opferschutzgruppen ein. Deswegen stehen sie am Anfang des Kapitels.

5.1 Kinder- und Opferschutzgruppen im Krankenhaus

Im Jahr 2011 wurde mit einer Gesetzesnovelle die Einrichtung von Kinder- und Opferschutzgruppen bzw. Gewaltschutzgruppen in Krankenanstalten beschlossen.²¹ Davor bestanden bereits in vielen Krankenhäusern Kinderschutzgruppen, in Wiener Spitälern bereits seit dem Jahr 2000.

Kinder- und Opferschutzgruppen sind zentrale Einrichtungen zur Unterstützung von gewaltbetroffenen PatientInnen im Krankenhaus und gelten international als Best Practice Modelle.

Sie sind interne Fachstellen und wichtige Einrichtungen zur Entwicklung und Sicherung von Qualitätsstandards im Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen.

Aufgaben und Strukturen von Kinder- und Opferschutzgruppen

Aufgabe der Kinder- und Opferschutzgruppen sind die Sensibilisierung für das Thema und die Früherkennung von häuslicher Gewalt bei Erwachsenen und von Gewalt und Vernachlässigung an Kindern.

Vorgesehen sind eine Kinderschutzgruppe und eine Opferschutzgruppe für erwachsene Opfer von Gewalt. Auch gibt es im Gesetz die Möglichkeit, Kinder- und Opferschutzgruppen zu einer sog. Gewaltschutzgruppe zusammenzuführen.

Das Gesetz sieht für die Kinderschutzgruppe die Mitwirkung von MitarbeiterInnen aus folgenden Fachbereichen vor:

- ▶ Eine Fachärztin/ein Facharzt der Kinder- und Jugendheilkunde oder Kinderchirurgie
- ▶ VertreterInnen des Pflegedienstes
- ▶ MitarbeiterInnen, die in der Krankenanstalt im Bereich der psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung tätig sind
- ▶ Beigezogen werden kann im Einzelfall auch ein/e VertreterIn des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers (KAKuG § 8e (3)).

Opferschutzgruppen für erwachsene Opfer von Gewalt sollen wie folgt zusammengesetzt sein:

- ▶ Zwei VertreterInnen des ärztlichen Dienstes (wenn möglich aus den Bereichen Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
- ▶ VertreterInnen des Pflegedienstes
- ▶ MitarbeiterInnen, die in der Krankenanstalt im Bereich der psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung tätig sind (§ 8 (3) KAKuG).

20. Good Practice Beispiele gibt es dazu u.a. in folgenden Krankenanstalten in Wien: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Pflegekrankenhaus Haus der Barmherzigkeit.

21. Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) § 8e, Gesetzestext siehe Kapitel 7.2.

Es ist empfehlenswert, dass auch KrankenhaussozialarbeiterInnen in der Kinder- und Opferschutzgruppe Mitglied sind.

Laut dem vom Bundesministerium herausgegebenen Leitfaden für Kinderschutzarbeit im Gesundheitsbereich haben Kinderschutzgruppen rechtlich gesehen den Status eines „beratenden Gremiums“ und sind „somit einem Konsiliardienst gleichzusetzen“ (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2011:29). Geht es um einzelne gewaltbetroffene PatientInnen, so arbeiten Kinder- und Opferschutzgruppen im Auftrag der zuweisenden ÄrztInnen. Sie können Hilfestellungen geben und eine Einschätzung der Situation erarbeiten. Die Verantwortung für Behandlung und Interventionen bleibt jedoch bei den zuweisenden ÄrztInnen.

Über die Arbeit im Einzelfall hinausgehend, sind Kinder- und Opferschutzgruppen wichtige interne Fachstellen, die sich spezielles Wissen zum Thema Umgang mit Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie erwerben und damit eine wichtige Ressource für das Krankenhaus darstellen.

EMPFEHLUNGEN

- *Kinder- und Opferschutzgruppen sind wichtige fachliche Ressourcen im Krankenhaus und benötigen auch selbst ausreichende Ressourcen, um ihren Aufgaben nachkommen zu können. Die Arbeit kann nicht „nebenbei“ gemacht werden.²²*
- *Da das Gesetz die Aufgaben der Opferschutzgruppen nicht genau definiert, empfiehlt es sich, dass jede Kinder- und Opferschutzgruppe gemeinsam mit der Leitung die eigenen Aufgaben definiert und festlegt.*
- *Es ist empfehlenswert, die ExpertInnen der Kinder- und Opferschutzgruppen in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von Qualitätsstandards und Richtlinien im Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen einzubeziehen.*
- *Eine wichtige Rolle sollten Mitglieder von Kinder- und Opferschutzgruppen auch in Schulungsaktivitäten einnehmen (siehe Kapitel 5.2). Sie können beispielsweise mit externen ExpertInnen als TrainerInnen fungieren.*
- *Eine weitere wichtige Rolle der Mitglieder kann auch die Schnittstellenarbeit nach außen sein. Etwa in Form von laufenden Kontakten und Entwicklung von Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (siehe Kapitel 5.5).*
- *Um die vielfältigen Aufgaben wahrzunehmen, empfiehlt es sich konkrete Ziele und eine Arbeitsstruktur zu entwickeln. Diese könnte z.B. Folgendes umfassen:*
 - *Eine leitende/bzw. koordinierende Person.*
 - *Konkrete Ziele und einen Arbeitsplan für einen längeren Zeitraum (1 Jahr).*
 - *Planung der beratenden Tätigkeit im Einzelfall, Häufigkeit und Termine von Fallbesprechungen, Zuweisungsmodus und Berichtsstandards.*
 - *Planung der Mitarbeit an der Entwicklung, Umsetzung, Evaluierung und Anpassung von Qualitätsstandards und Richtlinien.*
 - *Planung und Durchführung von Kooperation und Vernetzung nach außen.*

Leitung und Management, Kinder- und Opferschutzgruppen sowie die MitarbeiterInnen der Abteilungen vor Ort bilden ein wichtiges „Dreieck“, um PatientInnen, die Gewalt erlitten haben, bestmögliche Behandlung und Hilfe zukommen zu lassen.

22. Ein Good Practice Beispiel ist hier das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus: Für die Arbeit der Kinder- und Opferschutzgruppen stehen dort Personalstunden zur Verfügung.

5.2 Schulungen²³

Je besser MitarbeiterInnen über Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt informiert sind, umso besser können sie gewaltbetroffene PatientInnen unterstützen. Schulungen können jedoch Standards nicht ersetzen. Die Wirkung von Schulungen hängt wesentlich vom Bestehen und der Umsetzung von krankenhausinternen Qualitätsstandards und Richtlinien ab (WHO 2013b:40).

EMPFEHLUNGEN

Für die Schulung von MitarbeiterInnen, sollten verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Es empfiehlt sich krankenhausintern bestehende Systeme von Information und Schulungen zu nutzen.

Einige Vorschläge für Schulungsmaßnahmen

- Schulungen sollten für alle Berufsgruppen und auf allen hierarchischen Ebenen stattfinden. Dazu zählt auch die Leitungsebene.
- Einschulung**
Integration des Themas Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen in die Einschulung neuer MitarbeiterInnen (z.B. „trainig on the job“, Einschulungstage für neue MitarbeiterInnen und TurnusärztInnen, Integration des Themas in Einschulungsmappen, u.a. Maßnahmen). Vorschlag für zeitliches Ausmaß: 1 Stunde.
- Basisschulung**
Es empfiehlt sich, dass diese für alle MitarbeiterInnen verpflichtend sind. Insbesondere für MitarbeiterInnen in Notfall- und Unfallambulanzen und gynäkologischen Abteilungen.
Vorschlag für zeitliches Ausmaß: mindestens 4, am besten 8 Stunden
- Vertiefende interne Fortbildungen zu spezifischen Themen**
Vertiefende interne Schulungen zu speziellen Themen, die auf den Bedarf der MitarbeiterInnen zugeschnitten sind.
Vorschlag für zeitliches Ausmaß: 4 Stunden
- Vertiefende Schulungen für MitarbeiterInnen von Kinder- und Opferschutzgruppen**
Vorschlag für zeitliches Ausmaß: 1 – 2 Tage
- Stationsbesprechungen und andere relevante interne Besprechungen**
Regelmäßiges Behandeln des Themas in Morgenbesprechungen, Fallbesprechungen oder ähnlichen Besprechungen. Inhalte könnten beispielsweise Informationen über neue Entwicklungen im Gewaltschutz sein. Dies könnte durch die Kinder- und Opferschutzgruppe oder durch das Einladen von KooperationspartnerInnen erfolgen.
- Teilnahme an externen Fortbildungen**
Die regelmäßige Teilnahme von MitarbeiterInnen an externen Fortbildungen ist ebenfalls ein wichtiges Mittel und dient der Stärkung der multi-institutionellen Zusammenarbeit. Dies empfiehlt sich vor allem für MitarbeiterInnen von Kinder- und Opferschutzgruppen.

Empfehlungen für Inhalte von Basis-Schulungen

Es ist wichtig, dass Schulungen umfassend sind und auf krankenhausinternen Richtlinien basieren. Ziel sollte sein, MitarbeiterInnen im Krankenhaus zu befähigen, die im Kapitel 3 beschriebenen Maßnahmen umzusetzen:

- Opferzentrierte Haltung, Erkennen von Gewalt und Umgang mit Verdacht
- Beachtung von Bedürfnissen besonders verletzlicher Opfer: Kinder, Opfer sexueller Gewalt, Opfer mit
- Behinderungen, MigrantInnen in prekären Situationen
- Ersthilfe, Verstehen des Problems und Anamnese der Gewalt
- Gefährlichkeitseinschätzung und Sicherheitsplanung mit PatientInnen; Sicherheit im Krankenhaus, Umgang mit Gefährdern
- Dokumentation von Verletzungen und Spurensicherung
- Anzeige- und Meldepflichten
- Interne Nachsorge
- Vermittlung von PatientInnen an Hilfseinrichtungen

23. Der Begriff Schulung wird hier als Überbegriff für alle Einschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen im Krankenhaus verwendet.

Implementierung der Leitlinien

Es kann empfehlenswert sein, einen Schulungsplan zu entwickeln. Dies könnte von FachexpertInnen der Kinder- und Opferchutzgruppen gemeinsam mit der Personalentwicklung bzw. der Abteilung die für Schulung und Fortbildung zuständig ist, erfolgen.

Vorschläge zur Entwicklung und Umsetzung eines Schulungsplans im Bereich Umgang mit Opfern von Gewalt:

- Zeitraum:** Ein Schulungsplan sollte längerfristig angelegt sein, z.B. für einen Zeitraum von einem Jahr.
- Bedarfserhebung:** Zu Beginn der Erstellung eines Schulungsplans soll eine Erhebung durchgeführt werden, in welchen Bereichen des Krankenhauses
 - welche und wie viele MitarbeiterInnen zu schulen sind
 - welche Schulungsinhalte vermittelt werden sollen.
- Rekrutierung von TrainerInnen und Train the Trainer Schulungen:**

Es empfiehlt sich, sowohl interne TrainerInnen für Schulungen auszubilden (z.B. MitarbeiterInnen von Kinder- und Opfergruppen), als auch externe TrainerInnen zu engagieren (z.B. GerichtsmedizinerInnen, ExpertInnen aus Opferschutzeinrichtungen, ExpertInnen der Polizei, ...).

Ziel könnte sein, einen TrainerInnen-Pool für Schulungen aufzubauen.

In regelmäßigen Abständen, z.B. einmal im Jahr, könnten Train the Trainer Seminare mit internen und externen TrainerInnen durchgeführt werden, um Trainingsinhalte aufeinander abzustimmen und TrainerInnenteams auszubilden. Dadurch könnte auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis gestärkt werden.
- Mittel und Ressourcen:** Für die Planung und Durchführung von Schulungen braucht es finanzielle Ressourcen, Räume und Materialien.
- Leichter und unbürokratischer Zugang:** Schulungsangebote sollen für alle leicht ersichtlich sein. Etwa durch Folder auf allen Stationen oder Ankündigungen im Intranet. Sie sollen unbürokratisch zugänglich sein. Beispielsweise, indem MitarbeiterInnen diese selbständig im Intranet buchen können.
- Zuständigkeit:** für die Planung und Durchführung von Schulungen ist die Unterstützung der Leitung wichtig. Die Umsetzung könnte durch die Fortbildungsabteilung, Personalentwicklung und ein Mitglied der Kinder- oder der Opferschutzgruppe erfolgen.

Anreizsysteme für Schulungen

Es ist wie erwähnt empfehlenswert, Basisschulungen verpflichtend anzubieten. Darüber hinaus sollen MitarbeiterInnen ermutigt werden, weitere Schulungsmaßnahmen zu besuchen. Ziel dahinter ist das Auffrischen und Vertiefen von Wissen. Dazu empfiehlt es sich, den Zugang zu Schulungen möglichst leicht zu machen und Anreizsysteme zu etablieren. Dies kann z.B. durch folgende Maßnahmen erfolgen:

- Schulungen können in der Dienstzeit absolviert werden, sie finden wenn möglich am Dienort statt.
- Sie finden zu Zeiten statt, an denen MitarbeiterInnen leicht teilnehmen können.
- Für Schulungen im Bereich Gewaltprävention werden Fortbildungspunkte vergeben.
- Fortbildungen zu Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie sind verpflichtend und als Fortbildung anrechenbar.

Supervision für MitarbeiterInnen

Es ist empfehlenswert MitarbeiterInnen, die gewaltbetroffene PatientInnen versorgen, die Möglichkeit zu geben, fallweise Supervision in Anspruch zu nehmen, da diese Tätigkeit belastend sein kann. Supervision kann im Einzel- oder Gruppensetting auf der Station erfolgen und bietet auch die Möglichkeit, die Arbeit in diesem Bereich in größeren Abständen gemeinsam zu reflektieren. Diese Möglichkeit sollte auch für MitarbeiterInnen von Kinder- und Opferschutzgruppen bestehen.

5.3 Sicherheit für MitarbeiterInnen

Damit MitarbeiterInnen im Krankenhaus effektiv für die Sicherheit der PatientInnen sorgen können, ist es wichtig, dass Krankenanstalten möglichst sichere Arbeitsbedingungen schaffen und Richtlinien für die Sicherheit von MitarbeiterInnen und PatientInnen etablieren. Dazu gehören auch Maßnahmen zum Umgang mit Gefährdern (siehe Kapitel 4.6). Maßnahmen für die Sicherheit der PatientInnen werden im Kapitel 5.3 behandelt.

MitarbeiterInnen sollen ermutigt werden, in bedrohlichen Situationen die Polizei zu rufen, noch bevor es zu Übergriffen kommt. Dabei empfiehlt es sich, ein Alarmsystem (z.B. Alarmband) zu installieren. Mit einem Alarmband kann die Polizei durch einen Knopfdruck verständigt werden. Dies ist wichtig, da es in bedrohlichen Situationen manchmal nicht möglich ist, zu telefonieren. Der Anruf über ein Alarmsystem wird automatisch als gefährlich und prioritär von der Polizei eingestuft.

In manchen Krankenanstalten gibt es Sicherheitsdienste. Diese können unterstützen und beispielsweise einen Gefährder aus dem Krankenhaus begleiten. Sicherheitsdienste können jedoch polizeiliche Interventionen nicht ersetzen.

Wichtig für die Sicherheit ist, dass es ausreichend Personal auf den Stationen gibt. Das gilt besonders in der Nacht und am Wochenende. Es soll vermieden werden, dass MitarbeiterInnen alleine auf einer Station sind.

Ein weiterer Vorschlag für die Erhöhung der Sicherheit ist es zu verhindern, dass Gefährder MitarbeiterInnen identifizieren können. Dies kann beispielsweise erreicht werden, in dem auf Formularen (z.B. Anzeigeformular), nicht die behandelnde Person selbst unterschreiben muss, sondern im Namen einer Leitungsperson unterschrieben werden kann.

Es ist wichtig, MitarbeiterInnen zu bestärken, Anzeige zu erstatten, wenn sie angegriffen oder bedroht wurden. Wenn sie eine Anzeige erstatten, sollten sie dabei unterstützt werden.

EMPFEHLUNGEN

Folgende Vorschläge können unterstützen, die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen:

- Alarmsystem:** (automatische Einschaltung der Polizei mittels Alarm): Es empfiehlt sich solche Systeme in allen Ambulanzen zu installieren.
- Polizeinotruf:** MitarbeiterInnen ermutigen die Polizei zu rufen, bevor etwas passiert.
- Hausverbot:** Es sollte möglich sein gegen aggressive Personen rasch ein Hausverbot zu erwirken.
- Anzeige:** Wenn MitarbeiterInnen angegriffen oder bedroht werden, ist es wichtig
 - bei der Anzeige zu unterstützen
 - zur Einvernahme bei der Polizei zu begleiten oder für Begleitung zu sorgen
 - eine für die MitarbeiterInnen kostenlose anwaltliche Vertretung zu besorgen
 - bei der Beantragung und Durchsetzung einer einstweiligen Verfügung zu unterstützen
 - dafür zu sorgen, dass betroffene MitarbeiterInnen bei Bedarf Unterstützung durch eine Opferschutzeinrichtung erhalten und/oder therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen können
- MitarbeiterInnen sollen Anzeigen an die Polizei nicht mit ihrem Namen unterschreiben müssen.
- Ausreichende Ressourcen auf allen Stationen, um mit schwierigen Situationen gut umgehen zu können.

5.4 Unterstützung von Mitarbeiterinnen, die von Gewalt betroffen sind

Laut der Studie der europäischen Grundrechtsagentur (European Union Agency for Fundamental Rights 2014a) hat jede dritte Frau einmal in ihrem Leben sexuelle und oder körperliche Gewalt erlebt. Jede fünfte Frau ist von häuslicher Gewalt betroffen. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass auch in Krankenhäusern Mitarbeiterinnen arbeiten, die selbst betroffen sind.

In einer Schweizer Studie wurden Mitarbeiterinnen der Frauenklinik Maternité zum Thema Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt bei PatientInnen befragt. Jede vierte Befragte gab an, auch selbst Gewalt durch nahe stehende Personen erlebt zu haben (Fachstelle für Gleichstellung Zürich/Stadtspital Triemli/Zürich Frauenklinik/Zürich Verein Inselhof Triemli 2010).

Es empfiehlt sich Führungskräfte auf allen Ebenen und Mitarbeiterinnen von Personalabteilungen zu schulen, wie sie Hinweise auf Gewalt bei Mitarbeiterinnen erkennen und einen Verdacht ansprechen können. Hinweise auf eine mögliche Gewaltbetroffenheit bei Mitarbeiterinnen können sein:

- ▶ Unerwünschte Besuche oder Anrufe des (Ex)Partners in der Arbeit.
- ▶ (Ex)Partner kontrolliert und verfolgt sie.
- ▶ Unverhältnismäßig häufige Dienstübernahmen am Wochenende oder in der Nacht.
- ▶ Verletzungen die auf Gewalt hinweisen (siehe Kapitel 4.1).

Mitarbeiterinnen, die selbst von Gewalt betroffen sind, haben eine hohe Sensibilität für das Problem und sind Expertinnen aus Erfahrung. Das ist eine Ressource für das Krankenhaus. Wenn Mitarbeiterinnen akut von Gewalt betroffen sind, kann es jedoch zu belastend sein, gewaltbetroffenen Patientinnen zu helfen. Es empfiehlt sich im Einzelfall mit der Mitarbeiterin zu besprechen, ob sie die Versorgung einer betroffenen Patientin übernehmen kann.

In der Personalabteilung sollte eine speziell geschulte Person nominiert werden, die betroffene Mitarbeiterinnen unterstützt. Die Behandlung sollte eher nicht durch das eigene Krankenhaus erfolgen, da die Mitarbeiterin nicht im eigenen Haus in die Rolle der Patientin kommen sollte. Wenn es notwendig ist, Verletzungen zu behandeln und zu dokumentieren, soll der Mitarbeiterin eher geraten werden ein anderes Krankenhaus aufzusuchen. Wenn die Mitarbeiterin dies möchte, kann eine Avisierung durch die Leitung erfolgen.

EMPFEHLUNGEN

Folgende Vorschläge können helfen, betroffene Mitarbeiterinnen zu unterstützen:

Signal setzen und Offenheit für die Probleme von Mitarbeiterinnen zeigen durch

- Information im Intranet für Mitarbeiterinnen, dass es Unterstützung gibt.
- Sensibilität der Leitung für eine mögliche Betroffenheit.
- Behutsames Ansprechen eines Verdacht auf Gewalt durch die Abteilungsleitung.
- Hinweis, dass es intern Unterstützung gibt (siehe nächste Abschnitte).

Sicherheitsmaßnahmen am Arbeitsplatz im Einvernehmen mit der betroffenen Person

- Keine Informationen über die Mitarbeiterin weitergeben.
- KollegInnen auf der Station informieren, wenn die Mitarbeiterin dies möchte.
- Keine Dienste alleine.
- Kurzfristige Änderungen bei Dienstzeiten, um Begegnungen mit dem Gefährder zu vermeiden.
- Vereinbaren, dass im Fall einer akuten Belästigung oder Bedrohung im Krankenhaus die Polizei gerufen wird.
- Hausverbot gegen Gefährder erwägen bzw. erlassen.
- Wenn die Kollegin nicht zum Dienst erscheint, nachfragen ob alles in Ordnung ist.

Arbeitsplatzsicherheit und flexible Arbeitszeiten

- Gewaltbetroffene Mitarbeiterinnen sollen informiert werden, dass sie keine Angst haben müssen ihre Arbeit zu verlieren, wenn ein (Ex) Partner an der Arbeitsstelle Probleme macht.
- Flexible Arbeitszeiten für Amtswege und kurzfristige Urlaubstage helfen die Situation zu bewältigen.

Weitere Unterstützung

- AnsprechpartnerIn in der Personalabteilung benennen. Die betroffenen Mitarbeiterinnen über Unterstützungsmöglichkeiten informieren und sie ermutigen Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Bezüglich Behandlung eher an ein anderes Krankenhaus verweisen.
- Von Gewalt betroffene Mitarbeiterinnen über Hilfseinrichtungen informieren und sie ermutigen, Kontakt aufzunehmen.

WICHTIG:

Alle Maßnahmen sollen im Einvernehmen mit den betroffenen Mitarbeiterinnen erfolgen und nie gegen deren Willen.

5.5 Kooperation und Vernetzung

Eine gute Zusammenarbeit mit Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ist wichtig für die Gewaltprävention. Durch die Kooperation von Hilfseinrichtungen kann es besser gelingen, Opfer effektiv vor Gewalt zu schützen und weitere Gewalt zu verhindern. Es empfiehlt sich, Kooperationen laufend zu planen, damit im Einzelfall gewaltbetroffene Patientinnen rasch an Hilfseinrichtungen überwiesen werden können (siehe Kapitel 3.9).

Formen von Kooperationen

Kooperationen können verschiedene Formen annehmen, z.B.:

- ▶ **Bilaterale Kooperationen mit „Key-Stakeholdern“** (Schlüssel-Einrichtungen). Dies sind Einrichtungen, mit denen das Krankenhaus laufend zusammenarbeitet.
- ▶ **Multi-institutionelles ExpertInnengremium**
- ▶ Es kann sinnvoll sein, wenn Krankenhäuser 1 – 2 x im Jahr interne und externe ExpertInnen zu einem multi-institutionellem Austausch einladen. Dabei könnte die Zusammenarbeit mit folgenden Fragen reflektiert werden: Was läuft gut? Wo gibt es Probleme? Wie könnten diese gelöst werden?
- ▶ **Mitwirkung an multi-institutionellen Vernetzungen** wie z.B. dem MARAC Bündnis zur Prävention von schwerer Gewalt, Morden und Mordversuchen (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2015; siehe Kapitel 7.4).

Key-Stakeholder für Krankenhäuser sind u.a.:

- ▶ Polizei
- ▶ Gerichtsmedizin
- ▶ Jugendamt
- ▶ Kinderschutzzentren
- ▶ Interventionsstelle/Gewaltschutzzentren
- ▶ Frauenhäuser
- ▶ Justiz.

Es empfiehlt sich, mit allen Key-Stakeholdern regelmäßig Kontakte zu pflegen und konkrete Vereinbarungen für die Zusammenarbeit zu schließen. Einige Beispiele:

Zusammenarbeit mit der Polizei

Eine Kooperationsvereinbarung mit der Polizei kann wichtig sein, um rasch für den Schutz der Opfer und die Sicherheit im Krankenhaus sorgen zu können. Die Polizei hat drei zentrale Aufgaben:

- Schutz, wenn es im Krankenhaus zu einer bedrohlichen Situation kommt
- Schutz für gewaltbetroffene PatientInnen, die mit Verletzungen in das Krankenhaus kommen und bei denen u.U. sofortige Schutzmaßnahmen wie die Verhängung eines Betretungsverbotens notwendig sind. In beiden Fällen muss die Polizei über den Notruf (133) sofort beigezogen werden (siehe Kapitel 4.5 und 4.6).
- Rasche Übermittlung von Anzeigen durch das Krankenhaus an die Polizei und rasche Bearbeitung dieser.

Mögliche Standards für die Zusammenarbeit mit der Polizei:

- Es ist hilfreich, wenn es sowohl im Krankenhaus als auch bei der Polizei auf der Leitungsebene eine Person gibt, die für die Zusammenarbeit zur jeweils anderen Einrichtung zuständig ist.
- Anzeigen an die Polizei sollen sehr rasch erfolgen.
- Diese sollen per Email übermittelt werden. Dazu ist eine Vereinbarung für eine kodierte Datenübermittlung notwendig, die gemeinsam erarbeitet werden könnte, wenn sie noch nicht besteht.
- Anzeigen sollen alle notwendigen Informationen enthalten, inklusive der Verletzungsdokumentation.
- In regelmäßigen Abständen, z.B. einmal im Jahr soll eine Besprechung erfolgen, um Kooperationserfahrungen zu evaluieren und Vereinbarungen anzupassen.
- Regelmäßige Besprechungen (1 – 2 x jährlich), um die Zusammenarbeit zu reflektieren und eventuell Vereinbarungen anzupassen.

Zusammenarbeit mit Jugendämtern

Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ist von zentraler Bedeutung, wenn die betroffene Patientin Kinder hat (siehe Kapitel 3.4.2). Gesetzliche Melde- und Informationspflichten erfordern rasche und effiziente Zusammenarbeit. Mögliche Standards für die Zusammenarbeit:

- Es ist empfehlenswert, wenn es im Krankenhaus und im Jugendamt auf der Leitungsebene Personen gibt, die für die Zusammenarbeit zuständig sind.
- Meldungen an das Jugendamt sollen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und rasch erfolgen (siehe Kapitel 3.7).
- Es sollte vereinbart werden, dass alle für den Kinderschutz notwendigen Informationen übermittelt werden (z.B. Mitschicken von Verletzungsdokumentation).
- Es empfiehlt sich, mit dem Jugendamt regelmäßig (1-2 x im Jahr) Besprechungen durchzuführen, um Kooperationsvereinbarungen zu evaluieren und anzupassen.
- Es wäre wünschenswert, wenn KollegInnen der Jugendämter fallweise und soweit datenschutzrechtlich möglich, Rückmeldungen geben. Dies kann für MitarbeiterInnen in Krankenhäusern wichtig sein, da sie mit PatientInnen mitfühlen und wissen möchten, ob es ihnen besser geht.

Zusammenarbeit mit Gerichtsmedizinischen Abteilungen

Die Zusammenarbeit mit ExpertInnen der Gerichtsmedizin ist auf mehreren Ebenen wichtig.

Im Bereich der Dokumentation und Beurteilung von Verletzungen wäre es in vielen Fällen notwendig, die Gerichtsmedizin sofort einzubeziehen. Dies ist in Österreich derzeit noch nicht Standard. Gerichtsmedizinische Gutachten werden häufig erst lange nach einem Gewaltvorfall im Zuge eines Strafverfahrens durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt ist es oft nicht mehr möglich Beweise zu sichern. Derzeit werden nur in Einzelfällen bzw. an einzelnen Standorten wie zum Beispiel in Graz (siehe Kapitel 7.4) sofort und auf Wunsch von Patientinnen gerichtsmedizinische Untersuchungen und Beweissicherungen durchgeführt.

Nicht in jedem Fall braucht es jedoch ein gerichtsmedizinisches Gutachten. In vielen Fällen wird die professionelle Dokumentation durch das Krankenhaus oder durch niedergelassene ÄrztInnen unter Beiziehung des Verletzungsdokumentationsbogens ausreichen (siehe Kapitel 3.6 und Kapitel 7.5). Darüber hinaus wäre es wichtig, für komplexere Fälle in bestimmten Krankenhäusern gerichtsmedizinische Dienste einzurichten, die für gewaltbetroffene Patientinnen eine rasche und kostenlose gerichtsmedizinische Versorgung anbieten.

Für den derzeitigen Status quo empfiehlt es sich für Krankenhäuser:

- Kontakte zu gerichtsmedizinischen Instituten aufzubauen und Kooperationsvereinbarungen zu treffen, damit das spezielle Wissen der Gerichtsmedizin in die Gewaltprävention einfließen kann.
- ExpertInnen aus der Gerichtsmedizin als TrainerInnen in Schulungen einzubeziehen und sie als FachberaterInnen zu Besprechungen der Kinder- und Opferschutzgruppen oder in Abteilungsbesprechungen einzuladen.

Zusammenarbeit mit Opferschutzeinrichtungen

Auch mit Opferschutzeinrichtungen sollen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. Im Folgenden eine Auflistung von Einrichtungen mit Schlüsselfunktionen für den Opferschutz:

- ▶ **Interventionsstelle/Gewaltschutzzentren:** Interventionsstellen und Gewaltschutzzentren sind nach den Gewaltschutzgesetzen als Opferschutzeinrichtung anerkannt und erhalten Meldungen der Polizei von Einsätzen bei Gewalt an Frauen, Gewalt in der Familie und Stalking. Das Ärztegesetz sowie Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sehen vor, dass gewaltbetroffene PatientInnen das Recht haben über diese Einrichtungen informiert zu werden (siehe Kapitel 3.7 und 4.10).
- ▶ **Frauenhäuser:** Die regelmäßige Zusammenarbeit mit Frauenhäusern ist notwendig, um eine gewaltbetroffene Patientin im Akutfall rasch in ein Frauenhaus vermitteln zu können.
- ▶ **Frauenhelpline/Frauennotruf:** Frauenhelplines und Notrufe sind Tag und Nacht erreichbar. Sie sind wichtige Stellen für Opfer, die telefonische Beratung möchten und sich noch nicht entschieden haben, eine Anzeige zu machen oder eine Hilfseinrichtung aufzusuchen.

Weitere Informationen über Hilfseinrichtungen und Kontaktadressen siehe Kapitel 7.4.

Kinder- und Opferschutzgruppen als Fachstellen für Vernetzung und Kooperation

Kinder- und Opferschutzgruppen in Krankenhäusern sind prädestiniert dafür, die Fachstelle für Vernetzung und Kooperation nach außen zu sein. Sie benötigen dafür die Unterstützung der Leitung und entsprechende Ressourcen, um den Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben nachkommen zu können.

5.6 Dokumentation

Dokumentation gehört in Gesundheitseinrichtungen zur professionellen Arbeit und zur Sicherung von Qualitätsstandards. Sie erfüllt mehrfache Funktionen wie z.B.:

- ▶ **Medizinische Dokumentation:** Dazu gehören die ärztliche Dokumentation und die Pflegedokumentation. Auf diesen Bereich wird hier nicht eingegangen, da alle Krankenhäuser hierfür eigene Standards und Verpflichtungen haben.
- ▶ **Verletzungsdokumentation:** Diese umfasst die in Kapitel 4.9. beschriebenen Aufgaben und Standards.
- ▶ **Dokumentation der Anamnese der Gewalt:** Zusätzlich zur Verletzungsdokumentation empfiehlt es sich auch die Gewaltanamnese, die Gefährlichkeitsfaktoren und die Mitbetroffenheit der Kinder zu dokumentieren (siehe Kapitel 4.4 und 4.7).
- ▶ **Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit von Interventionen im Bereich Opferschutz:** Um die gesetzten Opferschutzmaßnahmen nachvollziehbar zu machen, empfiehlt es sich die durchgeführten Ersthilfeinterventionen zu dokumentieren. Dazu zählen folgende Punkte: Sicherheitsmaßnahmen, Anzeigen, Meldungen, Vermittlung an Opferschutzeinrichtungen, Information über Opferschutzeinrichtungen, die Mitgabe von Informationsmaterialien, etc ...

Dokumentation der Gewalt als Teil der Krankengeschichte

Es ist wichtig, dass alle Dokumentationen (Verletzungsdokumentation, die Anamnese der Gewalt und die Opferschutzdokumentation) Teil der Krankengeschichte sind und mit dieser abgespeichert werden.²⁴ So kann gewährleistet werden, dass alle MitarbeiterInnen im Krankenhaus informiert sind und gewaltbetroffenen PatientInnen adäquat helfen können.

Mit dieser Regelung kann auch verhindert werden, dass es bei der Übermittlung von Informationen an Behörden zu Fehlern kommt. Es ist zum Schutz von Opfern wichtig, dass bei Anfragen von Staatsanwaltschaften oder Gerichten oder im Rahmen von Meldepflichten umgehend die gesamte Krankengeschichte und Dokumentation übermittelt wird.

Sind Informationen separat abgespeichert, kann es dazu kommen, dass innerhalb des Krankenhauses wichtige Informationen nicht allen zur Verfügung stehen. Eine solche Vorgangsweise ist gut gemeint und wird manchmal gewählt, um PatientInnen zu schützen. Dies kann sich jedoch zum Nachteil der PatientInnen auswirken. Etwa wenn wichtige Informationen nicht weitergegeben werden. PatientInnen vertrauen den Gesundheitsberufen und müssen sich ohnehin darauf verlassen können, dass die Schweigepflicht nach außen eingehalten wird.

Kennzeichnung von Fällen von Gewalt in Krankengeschichte

Es ist sinnvoll ein System der Kennzeichnung einzuführen, das es möglich macht rasch zu erkennen, wenn PatientInnen von Gewalt betroffen sind. Kennzeichnungen sind manchmal auch bei medizinischen Problemen üblich.

Eine Kennzeichnung kann z.B. durch einen Vermerk in der Krankengeschichte „Versorgung im Rahmen des Opferschutzes“ erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass keine stigmatisierenden Formulierungen wie „misshandelt“ verwendet werden (WHO 2013b:25).

Bei elektronischen Dokumentationen ist es empfehlenswert, Vermerke datenbanktechnisch so zu gestalten, dass Fälle von Gewalt elektronisch identifiziert und abgefragt werden können. Dies ist aus verschiedenen Gründen wichtig. Es ermöglicht zum Beispiel der Leitung oder Mitgliedern von Kinder- und Opferschutzgruppen Maßnahmen zu evaluieren. Es erlaubt auch Statistiken zu erstellen, um Aussagen darüber treffen zu können, wie häufig gewaltbetroffene PatientInnen im Krankenhaus Hilfe suchen (siehe Kapitel 5.8).

Exkurs: ELGA

Einen wichtigen Fortschritt im Bereich der medizinischen Dokumentation stellt aus Sicht der Autorinnen die neue elektronische Gesundheitsakte ELGA dar. Auch wenn es mancherorts noch Bedenken bezüglich Datenschutz gibt, so eröffnet ELGA doch sehr positive Veränderungen für Patientinnen, wie z.B. das Recht auf einen raschen und komfortablen Zugang zu ihren eigenen Gesundheitsdaten. ELGA kann in der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss unterstützen – vor allem dann, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen oder Berufsgruppen entlang einer Behandlungskette zusammenarbeiten.²⁵

Dies kann auch gewaltbetroffenen PatientInnen helfen und zu einer rascheren und koordinierteren Versorgung führen. Auch das Recht auf Zugang zu Informationen ist zu begrüßen. Allerdings muss auch dafür gesorgt werden, dass mögliche Gefahren für Opfer thematisiert werden und dass ein unbefugter Zugang zu Informationen durch Täter hintangehalten und sanktioniert wird.

24. Der Magistrat Wien hat bereits die Entscheidung getroffen, dass Verletzungsdokumentationen bzw. Dokumentationen von Opfer- Kinder- oder Gewaltschutzgruppen nicht gesondert, sondern in der Krankengeschichte aufbewahrt werden müssen.

25. Information von der Website ELGA GmbH (Eigentümer Bund, Länder und Sozialversicherung): <http://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/>, 15.10.2015.

5.7 Evaluation

Zur Etablierung von Qualitätsstandards gehört, dass diese regelmäßig evaluiert und angepasst werden. Es empfiehlt sich, die Evaluierung von Standards und Richtlinien im Umgang mit Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit Kinder- und Opferschutzgruppen sowie mit VertreterInnen aller relevanten Abteilungen durchzuführen.

Evaluationsprozesse

Laufende Anpassung von Standards und Richtlinien

Evaluations- und Anpassungsprozesse sollen laufend erfolgen. Das bedeutet, immer dann wenn offene Fragen oder Probleme auftauchen und Klärungen oder Verbesserungen erforderlich sind.

Umfassende Evaluation

Neben der laufenden Anpassung soll es in regelmäßigen Abständen eine umfassende Durchsicht, Reflexion und Verbesserung aller Standards geben.

Im Zuge eines umfassenden Evaluationsprozesses empfiehlt es sich alle Bereiche der Standards und Richtlinien einzubeziehen. Dazu gehört u.a.:

- ▶ Opferzentrierte Haltung, Signale setzen
- ▶ Erkennen von Gewalt und Umgang mit Verdacht
- ▶ Beachtung der Bedürfnisse besonders verletzlicher Opfer
- ▶ Ersthilfe, Aufbau von Vertrauen und Empowerment
- ▶ Verstehen des Problems und Anamnese der Gewalt
- ▶ Gefährlichkeitseinschätzung und Sicherheitsplanung mit PatientInnen
- ▶ Sicherheit im Krankenhaus, Umgang mit Gefährdern
- ▶ Dokumentation von Verletzungen
- ▶ Anzeige- und Meldepflichten
- ▶ Interne Nachsorge
- ▶ Vermittlung von PatientInnen an Hilfseinrichtungen.

Leitende Fragen können sein:

- Wie sind die Erfahrungen in diesem Bereich?
- Was läuft gut?
- Wo gibt es Probleme? Warum?
- Was können Lösungen sein?
- Welche Anpassungen sollten in den Standards vorgenommen werden?

Einbeziehung von MitarbeiterInnen in Evaluationsprozesse

MitarbeiterInnen aller Ebenen sollen in Evaluationsprozesse einbezogen werden, damit die praktischen Erfahrungen und Probleme einfließen können. Mögliche Methoden der Einbeziehung:

- Kinder- und Opferschutzgruppen:** Kinder- und Opferschutzgruppen können eine Anlaufstelle für Feedback und Anregung von MitarbeiterInnen sein.
- Qualitätszirkel:** Einladung von MitarbeiterInnen an regelmäßigen Qualitätszirkeln teilzunehmen.
- Schulungen:** Bei internen Schulungen tauchen manchmal Probleme aus der Praxis auf. Diese können von der Leitung aufgegriffen und als Anstöße für Verbesserungen genutzt werden.

5.8 Daten und Statistik

Um zu wissen, wie viele PatientInnen mit einem Problem im Bereich Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie sich an das Krankenhaus wenden, ist es wichtig Statistiken zu führen.

Die Erhebung von Daten zur Erstellung von Statistiken soll regelmäßig erfolgen und Statistiken sollen jährlich erstellt werden. Damit wird es möglich zu beobachten, ob die Zahl der PatientInnen, die Gewalt erleiden und sich an ein Krankenhaus wenden, zunimmt, abnimmt oder gleich bleibt. Daraus können wiederum Schlüsse auf den Hilfebedarf gezogen werden.

Wichtig ist es auch zu wissen, welche Opfer sich an das Krankenhaus wenden und welches Problem von Gewalt sie erleiden.

EMPFEHLUNGEN

Im Krankenhaus sollten Minimalstandards hinsichtlich der Erfassung von Daten und Erstellung von Statistiken betreffend Interventionen bei Gewaltopfern bestehen.

In den Erläuterungen zur Konvention des Europarates zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt (2011) wird die Erfassung folgender Daten als Minimalstandard empfohlen:

- ▶ *Geschlecht des Opfers*
- ▶ *Alter des Opfers*
- ▶ *Geschlecht des Täters*
- ▶ *Alter des Täters*
- ▶ *Beziehungsverhältnis zwischen Täter und Opfer*
- ▶ *Art der Gewalt²⁶*
- ▶ *Ort der Gewaltausübung (Postleitzahl)*

Anonymisierte statistische Daten über gewaltbetroffene PatientInnen, die im Krankenhaus Hilfe suchen, sollen jährlich erstellt und veröffentlicht werden.

26. In einem vom Europarat in Auftrag gegebenen Forschungsbericht wird empfohlen, die Art der Gewalt entsprechend ICD-10 zu klassifizieren (Council of Europe 2008:24).

6. Literatur und Glossar

Literatur

Amesberger, Helga/Haller, Birgitt (2010): Partnergewalt gegen ältere Frauen. Länderbericht Österreich, Projekt im Rahmen des Daphne III Programms der Europäischen Kommission, durchgeführt vom Institut für Konfliktforschung, Wien.

Bell, Patricia (2016): Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Partnergewalt: Zusammenhänge und Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt, Opladen/Berlin/Toronto.

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hg.) (2011): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen, Studie erstellt von: Bär, Christine/Brandstetter, Daniela/ Friedrich, Elisabeth/Koncz, Angelika/König, Karin/Merl, Michael/Novak, Wolfgang/Salomon, Agnes, Wien.

Council of Europe (2008): Administrative data collection on domestic violence in Council of Europe member states, Research report prepared by Elina Ruuskanen and Kauko Aromaa, European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI), Strasbourg.

Council of Europe (2011): Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, Istanbul.

European Union Agency for Fundamental Rights (Hg.) (2014a): Violence against Women – An EU wide Survey, Main results, Belgium.

European Union Agency for Fundamental Rights (Hg.) (2014b): Gewalt gegen Frauen: eine EU – weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick, Luxemburg.

Europäische Union (2012): Richtlinie 2012/29/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 über Mindeststandards für die Rechte, die Unterstützung und den Schutz von Opfern von Straftaten sowie zur Ersetzung des Rahmenbeschlusses 2001/220/JI, Straßburg.

Flatten, Guido/Gast, Ursula/Hofmann, Arne/Knaevelsrud, Christine/Lampe, Astrid/Liebermann, Peter/Maercker, Andreas/ Reddemann, Luise/Wöllern, Wolfgang (2011): S3 – Leitlinie, Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1, Trauma und Gewalt, Heft 3. 202-210, <http://www.emdr-institut.de/files/dtp002/medien/documents/Literatur-S3-Leitlinie.pdf>, 10.11.2015.

Gloor, Daniela/Meier, Hanna (2004): Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Studie herausgegeben vom Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich, Zürich.

Fachstelle für Gleichstellung Zürich/Stadtspital Triemli Zürich Frauenklinik/Zürich Verein Inselhof Triemli (Hg.) (2010): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, 2. Auflage, Bern.
Hagemann-White, Carol/ Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen/Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen, Osnabrück.

Hellbernd, Hildegard/Brzank, Petra/Wieners, Karin/Maschewsky-Schneider, Ulrike (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung, Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm. Wissenschaftlicher Bericht, Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Hester, Marianne (2011): The Three Planet Model: Towards an Understanding of Contradictions in Approaches to Women and Children's Safety in Contexts of Domestic Violence, British Journal of Social Work, Volume 41, Issues 5 Pp. 837-853.

Krankenanstellenverband Wien/Universität Wien (Hg.) (2012): Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Kinderschutzgruppen. Studie erstellt von Kletecka-Pulker, Maria/ Inthorn, Julia/ Hauser, Carina/Parrag, Sabine, im Auftrag des Wiener Krankenanstellenverbandes, Wien.

Krüger, Andreas (2006): Traumatisierung in spezifischen Lebensphasen und unter besonderen Bedingungen, in: Redemann, Luise (Hg.) Psychotraumata, Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten, Köln, S. 39-54.

Logar, Rosa (2013): Morde kommen selten aus „heiterem Himmel“ – Gefährlichkeits- und Sicherheitsmanagement als Methode zur Prävention von schwerer Gewalt, in: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (Hg.): Tätigkeitsbericht 2013, S.18-23, Wien. <http://www.interventionsstelle-wien.at/images/doku/hochrisikotb2013.pdf>, 15.12.2015.

MA 57/Fonds Soziales Wien (Hg.) (2005): Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder/Opferschutz an Wiener Krankenanstalten – Ein Handbuch, Wien.

Pro Train (2010): Förderung multi-professioneller Fortbildungen zum Thema Häusliche Gewalt unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens, DAPHNE Projekt koordiniert von Sabine Bohne, Universität Osnabrück, http://www.pro-train.uni-osnabrueck.de/uploads/TrainingProgram/Einfuehrung-in-das-Trainingprogramm_color.pdf 30.12.2015.

Resch, Reinhard/Wallner, Felix (Hg.) (2015): Handbuch Medizinrecht, 2.Auflage.

Schleicher, Barbara (2010): Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, herausgegeben vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Wien.

Schroll, Rita/Mickler, Bärbel (2013): Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – Hintergründe verstehen, Signale setzen, gezielt handeln, in: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/Hessisches Sozialministerium (Hg.): Ärztliches Praxishandbuch Gewalt, Berlin, S. 137-146.

Schröttle, Monika/Glammeier, Sandra/Sellach, Brigitte/Hornberg, Claudia/Kavemann, Barbara/Puhe, Henry/Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland, Kurzfassung, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld, Frankfurt, Köln, München.

Snider, Carolyn/ Webster, Daniel/ O'Sullivan, Chris/ Campbell, Jacquelyn (2009): Intimate Partner Violence. Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department, Society for Academic Emergency Medicine, Vol. 16, No. 11, pp. 1208 – 1216.

WAVE (2011): Protect – Identifying and Protecting High Risk Victims of Gender Based Violence – an Overview, Report of the European Commission DAPHNE project PROTECT, Second, revised edition, Vienna, <http://wave-network.org/content/protect-i-identifying-and-protecting-high-risk-victims-gender-based-violence>, 15.10.2015.

WAVE (2012): Capacity Building in Risk Assessment and Safety Management to Protect High Risk Victims. A Learning Resource, EU DAPHNE project PROTECT II, Vienna, <http://wave-network.org/content/protect-ii-learning-resource-capacity-building-risk-assessment-and-safety-management-protect>, 15.10.2015.

WHO (2004): Preventing violence. A guide to implement the recommendations of the World report on violence and health, Geneva.

WHO (2005): WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, Geneva.

WHO (2013a): Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, Italy.

WHO (2013b): Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik, deutsche Übersetzung durch S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, Berlin.

WHO (2014a): Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook, Geneva.

WHO (2014b): Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft oder sexuelle Gewalt erfahren. Klinisches Handbuch der WHO, deutsche Übersetzung durch S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt, Berlin.

WHO (2014c): Female genital mutilation Fact sheet N°241, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, 15.10.2015.
Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2015): Tätigkeitsbericht 2014, <http://www.interventionsstelle-wien.at/taetigkeitsberichte-der-wiener-interventionsstelle>, 15.09.2015.

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (Hg.) (2015): Partnerschaften gegen Gewalt. Leitfaden zum Aufbau multi-institutioneller Bündnisse und Fallkonferenzen zur Verhinderung von schwerer und wiederholter Gewalt, Mordversuchen und Morden im Bereich Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt (MARAC), Autorinnen: Rosa Logar, Mitarbeit von Katrin Gleirscher, Wien.

Glossar

Betretungsverbot (BV)

Mit dem Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie wurden im Sicherheitspolizeigesetz § 38a „Betretungsverbot und Wegweisung zum Schutz vor Gewalt“ eingeführt. Dies ermächtigt die Polizei, einen Menschen, von dem Gefahr ausgeht, aus einer Wohnung und deren unmittelbaren Umgebung wegzuweisen und für 14 Tage die Rückkehr zu verbieten. Damit werden die Betroffenen vor weiterer Gewalt geschützt. Wenn weiterer Schutz benötigt wird, kann durch einen Antrag auf eine einstweilige Verfügung das Betretungsverbot auf vier Wochen verlängert werden. Sind Kinder unter 14 Jahren von Gewalt betroffen, kann das Betretungsverbot auch für Kindergärten, Schulen und andere institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen verhängt werden.

Einstweilige Verfügung (EV)

Opfer haben die Möglichkeit, den Schutz durch das Betretungsverbot zu verlängern, indem sie beim Bezirksgericht ihres Wohnortes eine einstweilige Verfügung beantragen.

Es gibt nach der Exekutionsordnung (EO) drei unterschiedliche einstweilige Verfügungen zum Schutz vor Gewalt: Die eV nach §382b (Schutz vor Gewalt in Wohnungen), § 382e (allgemeiner Schutz vor Gewalt) und § 382 g (zum Schutz vor Eingriffen in die Privatsphäre).

Gewalt an Frauen und Gewalt in der Familie

Entsprechend der Konvention des Europarates zur Bekämpfung und Prävention von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt (2011), beschäftigt sich die vorliegende Publikation schwerpunktmäßig mit dem Thema Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt. Dies ist dadurch begründet, dass die Konvention feststellt, dass Frauen aufgrund des historisch gewachsenen Machtungleichgewichtes zwischen Männern und Frauen überproportional häufig von häuslicher Gewalt betroffen sind. Die Kinder der gewaltbetroffenen Patientinnen sind immer auch Opfer von Gewalt, direkt und indirekt als Zeuginnen. Daher ist der Schwerpunkt auf Frauen und ihre Kinder als Opfer von Gewalt gelegt. Die Empfehlungen können aber auch auf männliche Opfer angewendet werden.

Gewaltbetroffene PatientInnen, Opfer

Im vorliegenden Bericht wird überwiegend der Begriff „gewaltbetroffene Patientinnen“ verwendet, da der Schwerpunkt auf der Behandlung des Problems Gewalt an Frauen und ihren Kindern in Krankenhäusern bzw. im Gesundheitsbereich liegt.

Wenn im Text hauptsächlich von Frauen die Rede ist, wird die weibliche Form verwendet. Können auch Kinder und männliche Opfer mit gemeint sein, wird dies durch das Binnen I ausgedrückt.

Der Begriff Opfer kommt ebenfalls vor und wird verwendet, um anzuerkennen, dass den Betroffenen Unrecht angetan wurde. Gleichzeitig wird anerkannt, dass Opfer nicht passiv sind, sondern auf vielfältige Weise aktiv im Verhindern und Überwinden von Gewalterfahrungen und deren Folgen.

Gefährder

Der Begriff „Gefährder“ stammt aus dem österreichischen Sicherheitspolizeigesetz (§38a) und wird anstelle des Begriffes „Täter“ verwendet. Betretungsverbote können präventiv angewendet werden, das heißt, noch bevor es zu Straftaten gekommen ist. Zu diesem Zeitpunkt kann daher noch nicht von Tätern gesprochen werden. Der Ausdruck „Gefährder“ wird daher für jene Person verwendet, von der Gefahr ausgeht bzw. die Gewalt ausgeübt hat. Es wird die männliche Form verwendet, da über 90 Prozent der Gefährder männlich sind; Gefährderinnen sind mit gemeint.

Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe ist in Österreich durch das Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG) geregelt. Sie hat unter anderem das Ziel, Kinder und Jugendliche vor allen Formen von Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen zu schützen. Die Kinder- und Jugendhilfe ist auch bekannt unter den Namen „Jugendamt“, „Jugendwohlfahrt“, „Amt für Jugend und Familie“. In der vorliegenden Publikation wird im Rahmen von Meldepflichten der Begriff „Jugendamt“ verwendet.

Krankenhaus

Unter Krankenhaus werden sowohl öffentliche als auch private Krankenhäuser verstanden. Es handelt sich um Krankenhäuser, die laut KAKuG §2a als allgemeine Krankenhäuser definiert sind. Dazu zählen neben Standardkrankenhäusern auch Schwerpunktkrankenhäuser und Zentralkrankenhäuser. Allgemeine Krankenhäuser sind für alle Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Behandlung. Schwerpunktkrankenhäuser sind für die Behandlung von Personen mit speziellen Krankheiten, einer bestimmten Altersstufe und einem bestimmten Zweck da.

In der vorliegenden Publikation werden unter dem Begriff Krankenhaus oder Krankenhaus alle Arten subsumiert, auch die Schwerpunktkrankenhäuser und die Zentralkrankenhäuser.

Schwerpunktkrankenhäuser haben bettenführende Abteilungen in den Bereichen Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie (Behandlung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen), Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie. Zentralkrankenhäuser decken die gesamte medizinische Versorgung ab. Alle Einrichtungen sind auf dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft. In Wien zählt dazu beispielsweise das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus.

Istanbul-Konvention

Istanbul Konvention ist die Kurzform des Übereinkommens des Europarates zur Bekämpfung und Verhinderung von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt (Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence). Die Istanbul Konvention ist die erste rechtlich bindende Konvention zu diesem Bereich in Europa und wurde in Istanbul unterzeichnet, daher der Name. Sie wurde von Österreich 2013 ratifiziert. Im August 2014 trat sie in Kraft und im Mai 2015 wurde ein zehnköpfiges Expertenkomitee gewählt (GREVIO), das die Umsetzung der Konvention überwacht.

Istanbul Konvention:

<http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home>, 31.12.2015.

GREVIO Komitee:

<http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/grevio>, 31.10.2015.

MARAC

MARAC ist die Kurzbezeichnung für multi-institutionelle Bündnisse und Fallkonferenzen zur Prävention schwerer und wiederholter Gewalt. MARAC ist ein von Großbritannien inspiriertes und auf österreichische Rechtsverhältnisse adaptiertes Modell, das in Wien entwickelt wurde (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt 2015).

Interventionsstelle und Gewaltschutzzentren als staatlich beauftragte Opferschutzeinrichtungen

Unter einer Opferschutzeinrichtung werden Einrichtungen verstanden, welche spezielle Beratung zum Thema Gewalt und Frauen und häusliche Gewalt anbieten. Diese Einrichtungen können Opfer freiwillig kontaktieren. Dazu zählen Frauenhäuser, Gewaltschutzstellen/Interventionsstelle und 24h-Frauennotrufe. Mit dem Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie wurde als Begleitmaßnahme in jedem Bundesland eine Interventionsstelle eingerichtet, die Opfer von Gewalt nach einem Betretungsverbot unterstützt. In Gesetzen und Ausführungsbestimmungen für ÄrztInnen und die Gesundheit- und Krankenpflege wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass PatientInnen über diese Einrichtungen informiert werden sollen (siehe Kapitel 7.4). Außer in Wien haben sich die Interventionsstellen in „Gewaltschutzzentren“ umbenannt, die Voralberger Einrichtung in „Gewaltschutzstelle“.

7. Informationen, Ressourcen, Tools

7.1 Gesetzliche Regelung zur den Kinder- und Opferschutzgruppen

Die Einrichtung von Kinder- und Opferschutzgruppen wurde 2011 im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG²⁷) verankert:

Nachfolgend der Gesetzestext in der geltenden Fassung:

Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 8e. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Der Kinderschutzgruppe obliegen als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, Vertreter des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

(4) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(5) Den Opferschutzgruppen obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(6) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben, anzugehören. Im Übrigen haben der Opferschutzgruppe Angehörige des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören.

(7) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 6 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 5 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 3 und 6 sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 5 wahrnimmt.

Siehe dazu auch die Ausführungen in den Ländergesetzen.

27. Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz siehe RIS Datenbank: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>, 30.12.2015.

7.2 Gesetzliche Regelungen zu Anzeige-, Melde- und Informationspflichten für ÄrztInnen und für die Gesundheits- und Krankenpflege

Ärztegesetz (ÄrzteG)²⁸

§ 54. (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. nach gesetzlichen Vorschriften eine Meldung des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist,
2. Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten oder sonstigen Kostenträger in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, erforderlich sind,
3. die durch die Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person den Arzt von der Geheimhaltung entbunden hat,
4. die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.

(3) Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch insoweit nicht, als die für die Honorar- oder Medikamentenabrechnung gegenüber den Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten, sonstigen Kostenträgern oder Patienten erforderlichen Unterlagen zum Zweck der Abrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, Dienstleistungsunternehmen überlassen werden. Eine allfällige Speicherung darf nur so erfolgen, daß Betroffene weder bestimmt werden können noch mit hoher Wahrscheinlichkeit bestimmbar sind. Diese anonymen Daten sind ausschließlich mit Zustimmung des Auftraggebers an die zuständige Ärztekammer über deren Verlangen weiterzugeben.

(4) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

(5) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

(6) In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten.

28. Ärztegesetz siehe RIS Datenbank: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>, 30.12.2015.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)²⁹

Verschwiegenheitspflicht

§ 6. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffene Person den Angehörigen eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes von der Geheimhaltung entbunden hat oder
2. die Offenbarung des Geheimnisses für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist oder
3. Mitteilungen des Angehörigen eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes über den Versicherten an Träger der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeanstalten zum Zweck der Honorarabrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, erforderlich sind.

Anzeigepflicht

§ 7. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind verpflichtet, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, daß durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt wurde.

(2) Die Anzeigepflicht besteht nicht, wenn die Anzeige in den Fällen schwerer Körperverletzung eine Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege beeinträchtigte, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. In diesem Fall hat der Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes die betroffene Person über bestehende anerkannte Opferschutzeinrichtungen zu informieren.

Meldepflicht

§ 8. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind ermächtigt, persönlich betroffenen Personen, Behörden oder öffentlichen Dienststellen Mitteilung zu machen, wenn sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, daß

1. durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt wurde oder
2. ein Minderjähriger oder eine sonstige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, mißhandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell mißbraucht wurde,

sofern das Interesse an der Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwiegt.

(2) Im Falle des Abs. 1 Z 2 sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe verpflichtet,

1. an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger bei Minderjährigen oder
 2. an das Pflugschaftsgericht bei sonstigen Personen, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermögen,
- Meldung zu erstatten, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Person erforderlich ist.

29. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz siehe RIS Datenbank: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>, 30.12.2015.

7.3 Information zu den österreichischen Gewaltschutzgesetzen

Im Nachfolgenden eine Zusammenstellung wichtiger Bestimmungen in den österreichischen Gesetzen zum Schutz vor Gewalt.

Spezielle Gesetze zum Schutz von Opfern bestehen in Österreich seit 1997. Diese umfassen polizeilichen und zivilrechtlichen Schutz, strafrechtliche Maßnahmen sowie Opferrechte in gerichtlichen Verfahren (Prozessbegleitung). Jede Person, die sich in Österreich aufhält, hat das Recht Schutz vor Gewalt zu erhalten, unabhängig von Herkunft und Staatsbürgerschaft.

POLIZEILICHER SCHUTZ VOR GEWALT – Betretungsverbot

Wegweisung und Betretungsverbot nach §38a Sicherheitspolizeigesetz (SPG)³⁰

Gibt es Faktoren, die darauf hinweisen, dass Leben, Gesundheit oder Freiheit einer Person in ihrem Wohnbereich gefährdet sind, muss die Polizei die gefährdeten Personen schützen und die Person, von der die Gefahr ausgeht, aus der Wohnung verweisen. Die Polizei ist verpflichtet, die Betroffenen vor weiterer Gewalt zu schützen, dem Gefährder im Rahmen der Wegweisung die Rückkehr in die Wohnung oder in die Umgebung der Wohnung für einen Zeitraum von vierzehn Tagen zu verbieten.

ZIVILRECHTLICHER SCHUTZ VOR GEWALT – Einstweilige Verfügung³¹

Opfer haben die Möglichkeit, den Schutz durch das Betretungsverbot zu verlängern, indem sie beim Bezirksgericht ihres Wohnortes eine einstweilige Verfügung beantragen. Diese kann für einen Zeitraum von sechs Monaten oder auch bis zum Ende eines Scheidungs- und Aufteilungsverfahrens der Wohnung beantragt werden. Der Schutz mittels einstweiliger Verfügung kann auch für andere Orte, wie z.B. die Arbeitsstelle oder die Schule der Kinder beantragt werden. Darüber hinaus kann das Gericht ein allgemeines Kontaktverbot für den Gefährder erlassen.

Es gibt drei unterschiedliche einstweilige Verfügungen zum Schutz vor Gewalt: Die EV zum Schutz vor Gewalt in Wohnungen (§382b), die EV zum allgemeinen Schutz vor Gewalt (§ 382e) und die EV zum Schutz vor Eingriffen in die Privatsphäre (§ 382g).

Schutz vor Gewalt in Wohnungen (§382b)

Die einstweilige Verfügung zum Schutz vor Gewalt in Wohnungen schützt jene von Gewalt betroffene Personen, die mit dem Gewalttäter in einer aufrechten Wohngemeinschaft leben. Die EV verbietet der gewaltausübenden Person bis zu sechs Monaten die Wohnung zu betreten.

Allgemeiner Schutz vor Gewalt (§ 382e)

Die einstweilige Verfügung zum allgemeinen Schutz vor Gewalt gilt unabhängig davon, ob die betroffenen Personen zusammenleben oder nicht. Mit dieser EV kann der gewaltausübenden Person verboten werden, bestimmte Orte aufzusuchen (Aufenthaltsverbot) und es kann ihm die Kontaktaufnahme mit dem Opfer untersagt werden (Kontaktverbot). Diese Maßnahme kann auch in Kombination mit der oben genannten einstweiligen Verfügung zum Schutz vor Gewalt in Wohnungen eingesetzt werden. Die Gültigkeitsdauer des Aufenthalts- und Kontaktverbots kann sich auf bis zu einem Jahr belaufen.

Schutz vor Eingriffen in die Privatsphäre §382g („Stalking-EV“)

Bei der EV zum Schutz vor Eingriffen in die Privatsphäre wird der stalkenden Person jegliche Kontaktaufnahme mit dem Opfer untersagt. Auch diese EV kann bis zu einem Jahr dauern.

30. Wegweisung und Betretungsverbot nach §38a Sicherheitspolizeigesetz (SPG) siehe Datenbank RIS: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10005792>, 30.10.2015.

31. Zivilrechtlicher Schutz vor Gewalt – Einstweilige Verfügung nach den §§ 382b, 382e und 382g Exekutionsordnung (EO) siehe Datenbank RIS: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001700>, 30.10.2015.

PROZESSBEGLEITUNG

Recht auf Prozessbegleitung nach § 66 Strafprozessordnung³² und § 73b Zivilprozessordnung³³

Opfer von Gewalt haben zur Wahrung ihrer Rechte Anspruch auf kostenlose psychosoziale und juristische Prozessbegleitung im Strafverfahren. Die psychosoziale Prozessbegleitung umfasst z.B. die Begleitung zur Polizei, um Anzeige zu erstatten, Information über und Vorbereitung auf das Strafverfahren, Begleitung zu Einvernahmen und zur Hauptverhandlung.

Die juristische Prozessbegleitung umfasst die rechtliche Vertretung im Strafverfahren durch eine Rechtsanwältin/einen Rechtsanwalt zur Wahrung aller Rechte und Ansprüche des Opfers.

Die Gewährung erfolgt rasch und unbürokratisch: Das Bundesministerium für Justiz hat in allen Bundesländern Opferschutzeinrichtungen beauftragt, Prozessbegleitung durchzuführen. Opfer von Gewalt können sich an eine dieser Einrichtungen wenden und Prozessbegleitung erhalten.

Interventionsstellen und Gewaltschutzzentren sowie auch andere Einrichtungen bieten in allen Bundesländern Prozessbegleitung an.

BROSCHÜREN ZU GEWALTSCHUTZGESETZEN

Informationen über die Gesetze zum Schutz vor Gewalt finden Sie auf der Homepage der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie. Die Broschüre wird von der Wiener Interventionsstelle gemeinsam mit dem Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) herausgegeben. Sie ist in Deutsch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Türkisch, Albanisch, Arabisch, Bulgarisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Mazedonisch, Persisch, Polnisch, Romanes, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Ungarisch erhältlich und auf der Website der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie downloadbar.

Siehe Homepage: <http://www.interventionsstelle-wien.at/gewaltschutzbroschuere>, 30.12.2015.

Den Gewaltschutzfolder gibt es auch in Brailleschrift. Dieser muss als Printversion unter office@interventionsstelle-wien.at bestellt werden.

32. Recht auf Prozessbegleitung im Strafverfahren nach §66 (StPO) siehe Datenbank RIS: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40153716/NOR40153716.html>, 30.10.2015.

33. Recht auf Prozessbegleitung im Zivilverfahren nach §73b (ZPO) siehe Datenbank RIS: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NO R40105201>, 30.10.2015.

7.4 Adressen von Hilfseinrichtungen und Ressourcen

ÖSTERREICHWEIT

Polizei-notruf 133

24h, 7 Tage in der Woche

Frauen Helpline gegen Gewalt 0800 222 555

24h, 7 Tage in der Woche, österreichweit, kostenlose Rufnummer

Die Frauenhelpline wird von der Bundesministerin für Bildung und Frauen finanziert.

Sie bietet telefonische Beratung für alle Frauen, die Gewalt erleiden. Die Frauenhelpline hat zu bestimmten Zeiten muttersprachliche Beraterinnen in Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Rumänisch, Türkisch und Arabisch.

Kontakt: <http://www.frauenhelpline.at/>, 30.12.2015.

Österreichweiter Helpchat www.haltdergewalt.at

Mo (19:00 – 22:00 Uhr) (werktags)

Der Helpchat ist eine online-Beratungsstelle für Frauen und Mädchen, die in ihrem Lebensumfeld von Gewalt betroffen sind. Die Beratung wird in den Sprachen Englisch und Türkisch angeboten. Der Helpchat ist ein Projekt des Vereins Autonome Österreichische Frauenhäuser.

Interventionsstellen und Gewaltschutzzentren

Interventionsstellen und Gewaltschutzzentren arbeiten im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Frauen, des Bundesministeriums für Inneres sowie im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz im Bereich Prozessbegleitung. Sie sind gesetzlich anerkannte Opferschutzeinrichtungen und wurden als Begleitmaßnahme zu den Gewaltschutzgesetzen in jedem Bundesland eingerichtet. Sie werden von der Polizei über alle Einsätze bei Gewalt in der Familie und Stalking informiert und bieten Beratung, praktische Unterstützung und Begleitung zu Ämtern und Behörden sowie Begleitung zu Gerichten. Einige Einrichtungen haben auch muttersprachliche Beraterinnen für verschiedene Sprachen (siehe nächster Abschnitt Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie).

Kontakt: Adressen siehe Homepage des Bundesverbandes der Gewaltschutzstellen/Interventionsstellen: <http://www.gewaltschutzzentrum.at/>, 30.12.2015.

Frauenhäuser

In Frauenhäusern bekommen Frauen und ihre Kinder, die häusliche Gewalt erleiden, rund um die Uhr Schutz. Sie bieten sichere Unterkunft, Beratung, Begleitung und Unterstützung der Kinder. Aus Gründen der Sicherheit werden die Frauenhausadressen nicht veröffentlicht.

Kontakt: Eine Liste aller Frauenhäuser in Österreich befindet sich auf der Homepage des Vereins Autonome Österreichische Frauenhäuser: <http://www.aofef.at/index.php/frauenhaeuser2>, 30.12.2015.

Regionale Notrufe für Betroffene sexueller Gewalt

In sechs Bundesländern gibt es regionale Frauennotrufe, die auf die Beratung für Frauen und Mädchen, die sexualisierte Gewalt erlitten haben, spezialisiert sind: Frauennotruf Linz, Frauennotruf Salzburg, Verein Tara/Frauennotruf Graz, Frauennotruf Innsbruck, Notruf, Beratung für vergewaltigte Frauen und Mädchen Wien und der 24h-Frauennotruf der Stadt Wien.

Kontakt: Homepage des Bundesministeriums für Bildung und Frauen <https://www.bmbf.gv.at/frauen/services/frauenberatungseinrichtungen/frauennotrufe.html>, 30.12.2015.

Frauen- und Mädchenberatungsstellen und Frauennotrufe

In jedem Bundesland gibt es Frauen- und Mädchenberatungsstellen. Diese bieten unter anderem auch Beratung für Gewaltbetroffene Frauen und Mädchen an. Mehrere sind auf das Thema Gewalt an Frauen und Mädchen spezialisiert und bieten auch Beratung für Migrantinnen an.

Kontakt: Netzwerk der Frauen- und Mädchenberatungsstellen:

<http://www.netzwerk-frauenberatung.at/index.php/standorte>, 30.12.2015.

Kinder- und Jugendhilfe

Mo – Fr zu Geschäftszeiten, in jedem Bundesland

Die Kinder- und Jugendhilfe hat den Auftrag Kinder vor allen Formen der Gewalt und Vernachlässigung zu schützen und die Erziehungskraft der Familien zu stärken. Zuständig sind die regionalen Ämter für Jugend und Familie (Jugendämter) im Wohnbezirk. Diese werden von der Polizei über alle Einsätze von Gewalt in der Familie, bei denen Kinder im Haushalt sind, informiert. Kontakt: Die Nummern von regionalen Jugendämtern können über das Familienservice des Bundesministeriums für Familien und Jugend erfragt werden. Kostenlose Rufnummer 0800 240 262, Mo – Do zwischen 9:00 und 15:00 Uhr.

<http://www.oe-kinderschutzzentren.at/page/start.mv?NOFRAMES+01d1520785683da8000025d4+1+94+209>

Kinderschutzzentren

Kinderschutzzentren bieten Beratung, Krisenintervention und Psychotherapie bei Gewalt oder einem Verdacht auf Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Bei Bedarf wird auch Prozessbegleitung durchgeführt.

Kontakt: Bundesverbandes österreichischer Kinderschutzzentren: <http://www.oe-kinderschutzzentren.at/page/start.mv?NOFRAMES+01d1520785683da8000025d4+1+94+209>, 30.12.2015.

Hilfe für Frauen mit Behinderung

Angebote des Gehörlosenverbundes WITAF

Der Gehörlosenverbund WITAF bietet einen österreichweiten Notruf für gehörlose und hörbehinderte Opfer von Gewalt. Zusätzlich stellt der Verein Informationen für gehörlose Frauen zum Schutz vor Gewalt auf seiner Homepage zur Verfügung. Die Angebote:

Schrei gegen Gewalt! Information für gehörlose Frauen zum Schutz vor Gewalt

<http://www.schreigegengewalt.at/index.php?page=broschuere>, 30.12.2015

WITAF Gehörlosen Notruf 0800/133133

E-Mail Notruf an die Polizei: gehoerlosennotruf@polizei.gv.at

Zum Absetzen eines Notrufes an die Polizei finden sich wichtige Informationen auf der Notrufseite von WITAF: <http://www.witaf.at/gehoerlosen-notruf>, 30.12.2015.

Selbstbestimmt Leben Österreich

Selbstbestimmt Leben Österreich (SLIÖ) vertritt bundesweit die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Der Verein unterstützt die Durchsetzung aller ihrer BürgerInnenrechte. Er folgt den Prinzipien der Gleichstellung, Selbstbestimmung, Nichtdiskriminierung und Barrierefreiheit. Selbstbestimmt Leben Österreich hat österreichweit Mitgliedervereine.

Kontakt: Selbstbestimmt Leben Österreich: <http://slioe.at/wer/mitglieder.php>, 30.12.2015.

Hilfe für Migrantinnen

Die Opferschutzeinrichtungen in jedem Bundesland beraten und unterstützen auch MigrantInnen. Sie sind überdies mit spezifischen Migrantinneneinrichtungen in Kontakt und können bei Bedarf an diese auch weitervermitteln. Der Verein Orientexpress bietet die einzige österreichische Notunterkunft für Betroffene von Zwangsheirat an.

Orientexpress: Notwohnung für von Zwangsheirat bedrohte oder betroffene Mädchen und junge Frauen 01/728 97 25

Mo, Mi, Do (09:00 – 17:00 Uhr), Di (09:00 – 13:00 Uhr)

außerhalb der Öffnungszeiten Kontaktaufnahme über 0800 222 555

Die Notwohnung ist eine spezialisierte und geschützte Krisenunterbringung. Zielgruppe sind Mädchen und junge Frauen zwischen 16 – 24 Jahren aus ganz Österreich, die von Zwangsheirat bedroht oder betroffen sind und anonym untergebracht werden müssen, um geschützt zu werden. In Ausnahmefällen können in Absprache mit dem Jugendamt auch etwas jüngere Minderjährige aufgenommen werden. Es wird Betreuung, Beratung und Begleitung angeboten.

Kontakt: Orientexpress: http://www.orientexpress-wien.com/de/wir_fuer_frauen/notwohnung/, 30.12.2015.

ADRESSENLISTE VON HILFSEINRICHTUNGEN IN WIEN

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 01 585 32 88

Mo – Fr (08:30-20:00 Uhr), Sa (08:30-13:00 Uhr), werktags und nach Vereinbarung

Muttersprachliche Beratung in: Armenisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Georgisch, Persisch, Polnisch, Russisch und Türkisch an. Es werden auch Beratungen in englischer, italienischer, spanischer oder slowenischer Sprache durchgeführt. Für Beratungen in weiteren Sprachen werden Dolmetscherinnen hinzugezogen. Der Verein bietet Beratung, praktische Unterstützung und Begleitung für Opfer von Gewalt an Frauen, häusliche Gewalt und Stalking.

Kontakt: <http://www.interventionsstelle-wien.at/>, 30.12.2015.

Anti-Gewalt Programm Wien 01 603 28 28

Mo – Fr (9:00 – 12: 00 Uhr), Mo – Do (16:00 – 20:00 Uhr), telefonische Terminvereinbarung

Das Anti-Gewalt Programm für Männer, die gegen die Partnerin und gegen die Kinder Gewalt ausüben, besteht seit 1999 und wird von der Männerberatung Wien gemeinsam mit der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt durchgeführt. Das Programm hat einen opferschutzorientierten Ansatz und besteht aus dem Training für Täter sowie einem Unterstützungsprogramm für die Opfer. Kontakt: <http://www.interventionsstelle-wien.at/anti-gewalt-training>, 30.12.2015.

Wiener Frauenhausnotruf 05 77 22

24h , 7 Tage in der Woche. Direkte Kontaktaufnahme durch die Patientin erforderlich.

Frauen Helpline gegen Gewalt 0800 222 555 Rufnummer kostenlos

24h, 7 Tage in der Woche

24-h Frauennotruf der Stadt Wien 01 71 71 9

24h, 7 Tage in der Woche

Kinder- und Jugendhilfe, MAG Elf Wien Servicenummer 01 4000-80 11

Montag bis Freitag von 8:00 – 18:00 Uhr

Angebote des Verein Ninil – Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung

Kraftwerk gegen sexuelle Gewalt an Frauen mit Lernschwierigkeiten 01 714 39 39

Mo, Mi (10.00 – 13.00 Uhr) Di, Do (13.00 – 16.00 Uhr), telefonische Terminvereinbarung

Zeitlupe – Peer-Beratung für Frauen mit Behinderung 01 236 17 79

Mo, Mi (10.00 – 13.00 Uhr) Di, Do (13.00 – 16.00 Uhr), telefonische Terminvereinbarung

Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen, Frauenberatungsstelle 01 982 33 08

Mo, Di, Mi (13:30 – 16:00 Uhr), Fr (8:30 Uhr – 12:30 Uhr), telefonische Terminvereinbarung

Arbeitsmarktpolitische Betreuung für Migrantinnen. Muttersprachliche Beratung in: Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Englisch, Persisch. Kontakt: http://www.migrant.at/austria_vindobona/erreichbarkeit/frauen.html, 30.12.2015.

IBF – Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel 01 796 92 98

Mo, Di, Fr (09:00 – 14:00 Uhr), Do (14:00 – 19:00 Uhr)

Muttersprachliche Beratung in: Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Bulgarisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Romanesk, Rumänisch, Spanisch, Ungarisch, Wolof. Kontakt: <http://www.lefoe.at/index.php/ibf.html>, 30.12.2015.

Orientexpress Beratungsstelle und Notunterkunft 01 728 97 25

Mo, Mi, Do (09:00 – 17:00 Uhr), Di (09:00 – 13:00 Uhr), Termine nach Vereinbarung

Unterstützung für Betroffene von Zwangsheirat und Genitalverstümmelung.

Muttersprachliche Beratung in Türkisch, Arabisch und Englisch. Kontakt: <http://www.orientexpress-wien.com/>, 30.12.2015.

Peregrina – Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen 01 408 33 52 oder 408 61 19

Mo, Mi (12:00 – 16:00 Uhr), Do (09:00-13:00 Uhr)

Soziale und rechtliche Beratung in Türkisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Englisch und Deutsch.

Psychologische Beratung und Betreuung in Bosnisch-Kroatisch-Serbisch. Kontakt: <http://peregrina.at/de/>, 30.12.2015.

Miteinander Lernen, Frauenservicestelle 01 493 16 08/12

Di, Mi (13:00 – 16:30 Uhr) offene Beratung; Do, Fr nach Terminvereinbarung

Beratung u.a. zu den Themen Gewalt, Scheidung, Allgemeine soziale Belange.

Kontakt: <http://miteinlernen.at/beratung/frauenservice-stelle/>, 30.12.2015.

Fem:HELP-APP für Android-Handys und iPhones

Die fem:HELP-App der Bundesministerin für Bildung und Frauen hilft Frauen in Notsituationen Hilfseinrichtungen rasch zu kontaktieren. Zusätzlich ist es möglich, Verletzungen zu dokumentieren. Die App bietet einen direkten Zugriff auf den Polizei-Notruf und auf den Gehörlosen-Notruf. Alle wichtigen Frauenberatungseinrichtungen lassen sich durch die App schnell finden. Die App ist in folgenden Sprachen verfügbar: Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Englisch und Türkisch. Mehr Informationen finden sich auf der Homepage des Bundesministeriums für Bildung und Frauen: https://www.bmbf.gv.at/frauen/services/fem_help_app.html, 30.12.2015.

WEITERE RESSOURCEN

Forensische Ambulanzen und Gerichtsmedizinische Institute

In Österreich gibt es folgende Gerichtsmedizinische Institute:

Institut für Gerichtliche Medizin Graz, Ludwig Boltzmann Institut Graz, Institut für Gerichtliche Medizin Innsbruck, Gerichtliche Medizin Salzburg-Linz, Department für Gerichtliche Medizin Wien.

Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Gerichtsmedizin: <http://oeggm.com/oeggm-service.html>, 30.12.2015.

Ludwig Boltzmann Institut Klinisch-Forensische Bildgebung

In Graz besteht eine klinisch-forensische Untersuchungsstelle, an welche sich Menschen, die von körperlicher und sexueller Gewalt, Kindesmissbrauch oder Kindesmisshandlung betroffen sind, wenden können. Eigens dafür ausgebildete ÄrztInnen bieten den Opfern eine gerichtsmedizinische Untersuchung, sowie eine Verletzungsdokumentation. Im Bedarfsfall werden auch DNA-Spuren gesichert. Kontakt: <http://cfi.lbg.ac.at/de/klinisch-forensische-untersuchungsstelle/allgemeine-informationen>, 30.12.2015.

Forensisches DNA-Zentrallabor GmbH Wien

Im Forensischen DNA-Zentrallabor Wien kann das Spurensicherungsset bestellt werden. Das Spurensicherungsset koste je 25 Euro und kann ab fünf Stück bestellt werden. Die Bestellung erfolgt mit telefonischer Mitteilung und einem anschließenden schriftlichen Auftrag per Mail.

Mail für die Bestellung: karin.schleining@meduniwien.ac.at, Tel.: 01 40160-35801. Kontakt: <http://www.dnawien.at/>, 30.12.2015.

Verletzungsdokumentationsbogen

Erhältlich auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin:

<http://oeggm.com/oeggm-service.html>, 30.12.2015.

MARAC Bündnis Wien

Das Projekt MARAC-Wien ist ein Multi-institutionelles Bündnis zur Verhinderung wiederholter und schwerer Gewalt und zum Schutz von Opfern in Hochrisikosituationen. Mitglied im Bündnis sind u.a. Polizei, Justiz, Ämter für Jugend und Familie, Fraueneinrichtungen, Einrichtungen im Gesundheitsbereich, Bewährungshilfe u.a. In Wien bestehen zwei MARAC Teams, die regelmäßig Fallkonferenzen zum Schutz von Opfern durchführen. Die standardisierte und regelmäßige Form der Kooperation zwischen Institutionen hat zum Ziel einen effektiveren Schutz für Opfer zu realisieren

(siehe MARAC Leitfaden Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2015).

Kontakt: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (MARAC Koordination)

Kinder- und Opferschutzgruppen

Derzeit besteht noch keine umfassende Aufstellung von Kinder- und Opferschutzgruppen in österreichischen Krankenhäusern. Die im Folgenden aufgelisteten Kinder- und Opferschutzgruppen sind Projektpartnerinnen im Projekt „Gewalt*FREI LEBEN* durch mein Krankenhaus“, in dessen Rahmen die vorliegende Publikation erstellt wurde.

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus

Opferschutzgruppe:

Universitätsklinik für Unfallchirurgie, 01 40400 59300 (24h)

Universitätsklinik für Notfallmedizin, 01 40400 19640 (24h)

Kinderschutzgruppe:

Kindernotfallambulanz, 01 40400 32400 (24h)

Hanusch – Krankenhaus

Opferschutzgruppe:

Ambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, 01 910 21 86730 (08:00 – 13:30 Uhr)

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

Opferschutzgruppe:

HNO – Abteilung, 01 21121 3310 (24h)

opferschutzgruppe.wien@bbwien.at

7.5 Verletzungsdokumentationsbogen

siehe nächste Seiten

Der Verletzungsdokumentationsbogen wurde im Rahmen des Projektes „MED-POL“ von Ao. Univ.-Prof. in Dr. in Andrea Berzlanovich, Departement für Gerichtsmedizin Wien, konzipiert (siehe Seite 18, Fußnote 9). Er wird in Kürze in allen Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes sowie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien in den jeweiligen Betriebssystemen als Onlineformular abrufbar und in Form eines Arztbriefs auszudrucken sein. Außerdem wird die elektronische Variante des Bogens für alle Institutionen, die damit arbeiten möchten, auch auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin downloadbar zur Verfügung gestellt werden.

Quelle: Österreichische Gesellschaft für Gerichtliche Medizin, Website: <http://oeggm.com/oeggm-service.html>, (Abschnitt Gewaltopfer – Verletzungsdokumentation).



DOKUMENTATIONSBOGEN

Name der verletzten/geschädigten Person:
Geburtsdatum:
Anschrift:
(Klebeetikett)

Stampiglie

Ort der Untersuchung:

Dokumentation/Untersuchung wird durchgeführt von: _____ Tel: _____

Datum: T___ / M___ / J___ Uhrzeit ___:___

Zugewiesen von: _____

Im Beisein von: _____

Sprachliche Verständigung:

fließend gebrochen Übersetzung durch: _____ nicht möglich, weil: _____

Polizeiliche Anzeige bereits erfolgt, wo? _____ Geschäftszahl: _____

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden und Beschwerden sowie die Sicherstellung von Beweismitteln (einschließlich ev. Abnahme von Blut- und Harnproben) informiert und stimme zu.

Datum: T___ / M___ / J___

Unterschrift der zu untersuchenden Person
bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Noch keine polizeiliche Anzeige erstattet

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Falls noch keine polizeiliche Anzeige erfolgt ist, werden alle gesicherten Beweise 1 Jahr aufgehoben und auf persönlichen Wunsch innerhalb dieser Frist ausgefolgt/entsorgt. Nach Ablauf dieser Frist werden die Beweismittel ohne Untersuchung vernichtet. Mit der Weiterleitung aller Spurenträger und einer Kopie des Dokumentationsbogens bin ich einverstanden. Die Zustimmung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Datum: T___ / M___ / J___

Unterschrift der zu untersuchenden Person
bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Datum des Ereignisses: T___ / M___ / J___ Uhrzeit: ca. von ___ bis ___

Örtlichkeit: Privatwohnung/-haus öffentliches Gebäude Straße/Parkplatz Fahrzeug: _____

Park, Wald, Wiese: _____ Sonstiges: _____

Adresse: _____

Darstellung des Sachverhaltes, Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung, subjektive Beschwerden:

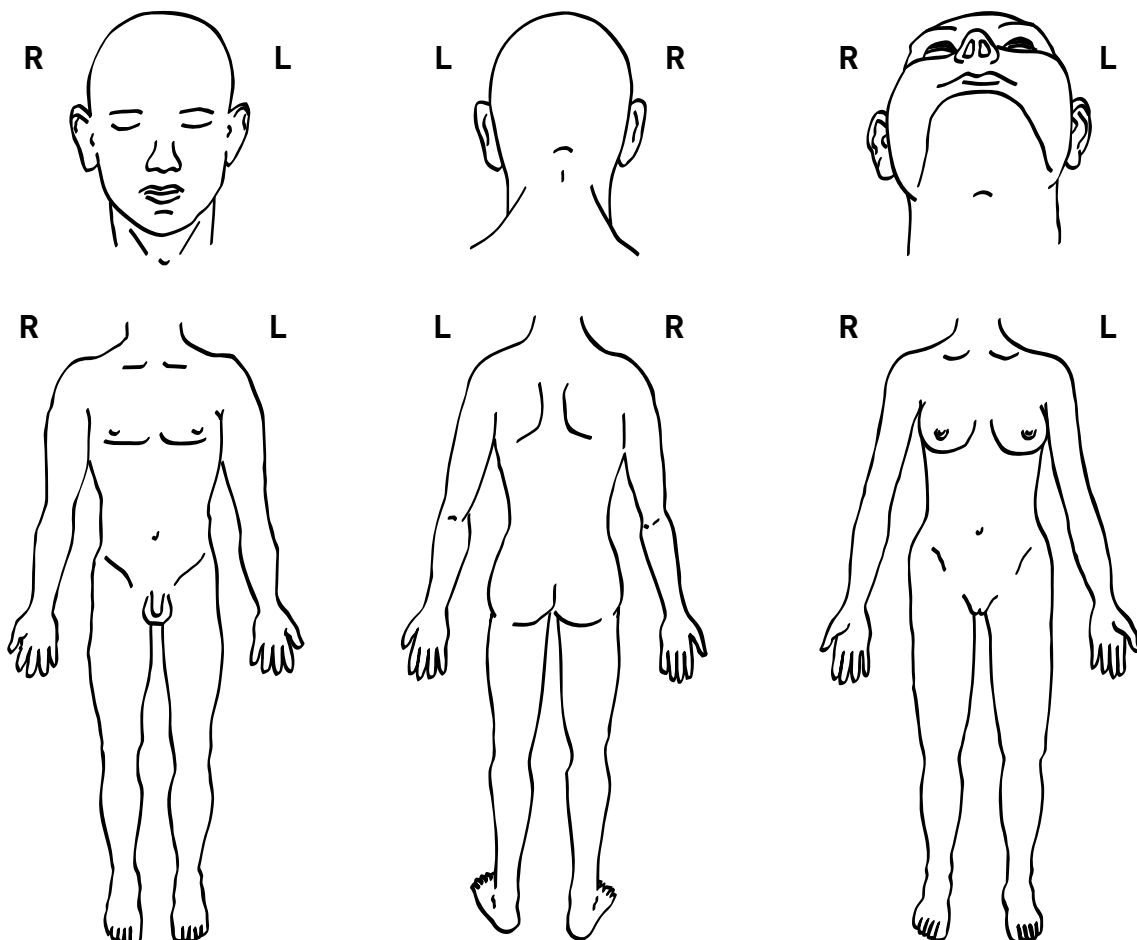
Möglichst genaue Beschreibung, keine Suggestivfragen stellen!

- Handelt es sich um einen **Wiederholungsfall**? K. A. Nein Ja
- Wurden **Tatmittel** (Werkzeug, Waffen) eingesetzt? K. A. Nein Ja, welche? _____
- Bei Schussverletzungen: Sicherung der Projektile und Exzidate!**
- Hat das Opfer **Widerstand geleistet**? K. A. Nein Ja, wie? _____
- Hat Opfer den/die Verursacher/in **gekratz**t? K. A. Nein Ja, wo? _____
- Unterseite der Fingernägel beider Hände mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben und asservieren!**
- Ist die **Kleidung beschädigt**? K. A. Nein Ja, wie? _____
- Ist die **Kleidung verunreinigt**? (z.B.: durch Blut, Erde) K. A. Nein Ja, wie? _____
- Wurde die **Kleidung** nach der Tat **gewechselt**? K. A. Nein Ja, Verbleib? _____
- Kleidungsstücke einzeln in Papiersäcke verpacken!** Sichergestellt Nein Ja
- Fremdspuren** am Körper des Opfers (Haare, Gräser, Fasern)? Nein Ja, welche? _____
- Sichergestellt (in Papiersäckchen) Nein Ja

ANAMNESE UND VERLETZUNGSDOKUMENTATION

- Körpergröße/Gewicht:** _____ / _____ Rechtshänder/in Linkshänder/in
- Bewusstseins:** Klar Leicht beeinträchtigt Deutlich beeinträchtigt
- Orientierung:** Normal Desorientiert Zeitlich Örtlich Zur Person Situativ
- Verhalten, Stimmung** (z.B.: unauffällig, nervös, aggressiv, depressiv): _____
- Wurden vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?
 K. A. Nein
- Alkoholkonsum:** ja, Art / Menge/ Zeitraum? _____
- Medikamenteneinnahme:** ja, wann und welche? _____
- Drogeneinnahme:** ja, wann und welche? _____
- Könnten heimlich Drogen/Medikamente verabreicht worden sein? Unbekannt Nein Ja
- Bestehen Erinnerungslücken? Unbekannt Nein Ja

Verletzungen (Abschürfungen, Blutunterlaufungen, etc. – **Nur Befunde, keine Diagnosen!**) und **Auffälligkeiten präzise beschreiben, in die Schemata einzeichnen und nach Möglichkeit fotografisch dokumentieren.**



Fotodokumentation: ja nein

Fand eine **Gewalteinwirkung gegen den Hals statt?** Nein Ja, in welcher Form (z.B.: Würgen, Drosseln)? _____

Sichtbare Verletzungen am Hals: Nein Ja _____

Welche **Begleitsymptome/Beschwerden** waren/sind noch vorhanden?

Stauungszeichen (punktförmige Einblutungen in der Haut /Schleimhäuten des Gesichtes), wo konkret? _____

Schmerzen im Halsbereich Schluckbeschwerden Sehstörungen Schwindel

Urin- und/oder Stuhlabgang Bewusstlosigkeit Sonstige: _____

Erkennbares Verletzungsmuster (z.B.: Doppelstriemen, Schuhsohlenabdruck) vorhanden?

Nein Ja, welches? _____

ZUSÄTZLICHE ERHEBUNG UND SPURENSICHERUNG BEI SEXUALDELIKTEN

Letzte Regelblutung: _____ / _____ / _____ Verhütungsmaßnahmen: _____

Gynäkologische Beschwerden: _____

Konsensueller Geschlechtsverkehr: Nein Ja, wann? _____

Mit wem? _____ Wie? _____ Mit Kondom? Nein Ja

Orale Penetration: Unklar Nein Versucht Ja

Vaginale Penetration: Unklar Nein Versucht Ja

Anale Penetration: Unklar Nein Versucht Ja

Andere sexuelle Handlungen: _____

Wurde ein Kondom verwendet: Unklar Nein Ja, Verbleib? _____

Ejakulation: Unklar Nein Ja, wohin? _____

Ejakulat auf Hautoberfläche mit feuchtem Wattetupfer abreiben! Sichergestellt Nein Ja

Tampon, Binde, Slipeinlage, etc. vorhanden: Nein Ja Sichergestellt Nein Ja

Ist eine Reinigung erfolgt? Ja, wie? (gewaschen, geduscht, gespült, ect.) _____ K. A. Nein

Falls nur abgewischt, womit? _____

Uriniert? Nein Ja

Sind möglicher Weise **fremde Speichelspuren auf Hautoberfläche** vorhanden (z.B.: nach erfolgtem Küssen, Saugen, Lecken, Beißen?) Unbekannt Nein Ja, wo? _____

Haut an angegebener Lokalisation mit feuchtem Wattetupfer abreiben! Sichergestellt Nein Ja

ORALE PENETRATION

Abstrich Oral (mit einem trockenen Wattetupfer) KEIN AUSSTRICH! Sichergestellt Nein Ja

VAGINALE PENETRATION

Strikte Einhaltung der Abstrichreihenfolge von außen nach innen, je ein Abstrich mit feuchtem Wattetupfer!

Forensische Spuren vor diagnostischen Proben abnehmen!

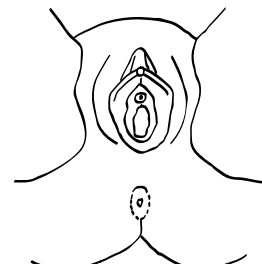
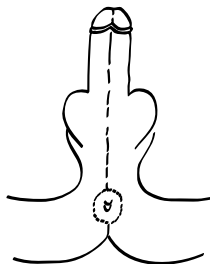
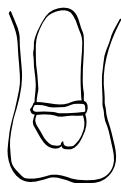
Abstrich große Schamlippen und Dammbereich Sichergestellt Nein Ja

Abstrich kleine Schamlippen und Scheideneingang Sichergestellt Nein Ja

Abstrich hinteres Scheidengewölbe Sichergestellt Nein Ja

Abstrich Zervikalkanal Sichergestellt Nein Ja

Verletzungen (Abschürfungen, Blutunterlaufungen, etc. – **Nur Befunde, keine Diagnosen!**) **und Auffälligkeiten präzise beschreiben, in die Schemata einzeichnen und nach Möglichkeit fotografisch dokumentieren.**



Fotodokumentation: ja nein

ANALE PENETRATION (je ein Abstrich)

Abstrich Anus (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben!) Sichergestellt Nein Ja

Abstrich Rektum (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben!) Sichergestellt Nein Ja

SICHERSTELLUNG WEITERER BEWEISMITTEL

Vergleichsmundhöhlenabstrich

MHA Sichergestellt Nein Ja

Blut / Urin

9 ml EDTA -/NaF-/KF-Blut immer und 10-20 ml Urin nur bei Verdacht auf Drogen und/oder Medikamente asservieren.

EDTA -/NaF-/KF-Blut Sichergestellt Nein Ja, Abnahmezeitpunkt: _____

Urin Sichergestellt Nein Ja, Abnahmezeitpunkt: _____

Aktuelle Gefährdung (z.B. Wiederholung) Unklar Nein Ja

Information über Opferschutz aushändigen!

Ende der Untersuchung: T___ / M___ / J___ **Uhrzeit** ___:___

Unterschrift des/der Untersuchers/Untersucherin _____

WEITERGABE DER BEWEISMITTEL

Sichergestellte Spuren samt Kopie des Dokumentationsbogens für Gerichtsmedizin

Übernommen von _____ am _____

Übergeben von _____ am _____

MHA für DNA-Analyse

Übernommen von _____ am _____

Übergeben von _____ am _____

Blut- und Urinproben für chemisch-toxikologische Untersuchungen

Übernommen von _____ am _____

Übergeben von _____ am _____

Asservate (Kleidung, Tatmittel, Projektile, Exzidate, etc.)

Übernommen von _____ am _____

Übergeben von _____ am _____

ANMERKUNGEN

7.6 Checkliste für die Praxis betreffend Ersthilfe für gewaltbetroffene PatientInnen

Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt Checkliste für die Praxis betreffend Ersthilfe für gewaltbetroffene PatientInnen

Die vorliegende Checkliste dient der Übersicht und erleichtert es MitarbeiterInnen im Krankenhaus und in anderen Gesundheitseinrichtungen Qualitätsstandards im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen anzuwenden. Die Checkliste soll immer zusammen mit dem Verletzungsdokumentationsbogen verwendet werden. Idealerweise wird die Checkliste in elektronischer Form in der Krankengeschichte verwendet. Im Gespräch kann diese in Papierform als Gesprächsleitfaden verwendet werden. Die Daten sollen dann später im Akt eingefügt werden.

Name der Patientin:

Name der/des MitarbeiterIn:

Alter:

Sprache:

Nationalität:

Datum der Erhebung:

	Schritte	To do:
1.	Gewalt erkennen siehe Kapitel 4.1	<p>Hinweise auf physische oder sexuelle Gewalt:</p> <input type="checkbox"/> Frühere Verletzungen mit unklaren Ursachen <input type="checkbox"/> Verschieden alte Verletzungen <input type="checkbox"/> Schilderung von Verletzungsursachen erscheint nicht plausibel und/oder stimmt nicht mit Verletzungsbild überein <input type="checkbox"/> PatientIn ist ängstlich und nervös <input type="checkbox"/> Verletzungen am Oberkörper <input type="checkbox"/> Verletzungen im Genitalbereich (sexuelle Gewalt) <input type="checkbox"/> Andere Hinweise: <input type="checkbox"/> Bei Verdacht in Krankengeschichte nachschauen, ob die Patientin schon einmal da war und ob ähnliche Symptome vorlagen <input type="checkbox"/> Ergebnis:
2.	Verdacht ansprechen siehe Kapitel 4.2	<p>Bei Verdacht:</p> <input type="checkbox"/> Ruhigen Ort wählen, sich Zeit nehmen <input type="checkbox"/> Ohne Partner oder Begleitperson <input type="checkbox"/> Wertschätzendes und vorsichtiges Ansprechen <input type="checkbox"/> Respekt für die Entscheidung der Patientin ausdrücken, wenn sie sagt es gab keine Gewalt <input type="checkbox"/> Trotzdem Information über Hilfseinrichtungen geben und Folder mitgeben
3.	Aufbau von Vertrauen, Stärkung der Patientin siehe Kapitel 4.3	<p>Wenn es sich um einen Fall von Gewalt handelt:</p> <input type="checkbox"/> Ruhigen Ort wählen, sich Zeit nehmen (mind. 45 Min.), ungestörte Atmosphäre <input type="checkbox"/> Sich vorstellen, wenn möglich ganzheitlich vorgehen (eine Person ist zuständig für Gespräch und Versorgung) <input type="checkbox"/> Abklären, ob Dolmetscherin notwendig ist: ja nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, Dolmetscherin organisieren <input type="checkbox"/> Information über Verschwiegenheit und Grenzen der Verschwiegenheit <input type="checkbox"/> Stärkung und Ermutigung der Patientin (Gut, dass Sie gekommen sind, wir werden alles tun was uns möglich ist, um Ihnen zu helfen ...) <input type="checkbox"/> Bedürfnisse der Patientin beachten (Anzeichen von Stress, Pausen,...) <input type="checkbox"/> Klare Haltung gegen Gewalt – Schuld liegt beim Gefährder

<p>4.</p>	<p>Erfassen des Vorfalles und der Gewaltsituation, Anamnese der Gewalt siehe Kapitel 4.4</p>	<p>Aktueller Gewaltvorfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Art der Verletzungen <input type="checkbox"/> Schwere der Verletzungen, erste Einschätzung: <input type="checkbox"/> Durch wen wurde die Gewalt ausgeübt? Name(n): <input type="checkbox"/> Gab es Drohungen? Wenn ja: Womit wurde genau gedroht? <p>Gewaltanamnese – Fragen an die Patientin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gab es frühere Vorfälle von Gewalt: Wenn ja, seit wann? <input type="checkbox"/> Gewaltvorfälle in den letzten 12 Monaten: ja nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: Datum (ungefähr, Monat): <input type="checkbox"/> Behutsam nach sexueller Gewalt fragen, insbesondere wenn es Hinweise gibt: <input type="checkbox"/> Kinder: Gibt es Kinder die zu Hause leben? Wenn Ja: Vorname/Geschlecht/Alter: <input type="checkbox"/> Waren die Kinder beim Vorfall dabei? ja nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: Wurden die Kinder auch verletzt oder bedroht? <input type="checkbox"/> Wo sind die Kinder jetzt? <p>Erfolgte Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gab es einen Polizeieinsatz? ja nein <input type="checkbox"/> Gibt es ein Betretungsverbot? ja nein <input type="checkbox"/> Gibt es eine gerichtliche einstweilige Verfügung? <input type="checkbox"/> Haben Sie sich schon an eine Hilfseinrichtung gewendet? <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: Name, Kontaktperson, Tel.:
<p>5.</p>	<p>Schutz und Sicherheit im Krankenhaus siehe Kapitel 4.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mit Patientin alleine sprechen <input type="checkbox"/> Bei stationärem Aufenthalt sicherstellen, dass Gefährder nicht zu Patientin kann <input type="checkbox"/> Schutzmaßnahmen treffen, bei hoher Gefahr Personenschutz durch die Polizei anfordern
<p>6.</p>	<p>Umgang mit Gefährdern siehe Kapitel 4.6</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wenn Gefährder im Krankenhaus auftaucht und die Patientin dies nicht will <input type="checkbox"/> Zum sofortigen Verlassen auffordern <input type="checkbox"/> Wenn diesem nicht Folge geleistet wird, Polizei Notruf (133) wählen <input type="checkbox"/> Gefährder empfehlen, ein Anti-Gewalt Training zu absolvieren:
<p>7.</p>	<p>Gefährlichkeitseinschätzung, Akutintervention und Schutzmaßnahmen siehe Kapitel 4.7</p>	<p>Danger Assessment nach Campbell:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Hat die physische Gewalt in den letzten 6 Monaten an Häufigkeit und Schwere zugenommen? <input type="checkbox"/> 2. Hat der Partner jemals eine Waffe (dazu gehört auch ein Messer) benutzt oder Sie mit einer Waffe bedroht? <input type="checkbox"/> 3. Glauben Sie er wäre in der Lage Ihnen oder Ihren Kindern etwas Ernstes anzutun oder Sie sogar umzubringen? Gibt es Morddrohungen? <input type="checkbox"/> 4. Wurde Sie jemals von ihm misshandelt, während Sie schwanger waren? <input type="checkbox"/> 5. Ist er extrem eifersüchtig? Wie zeigt sich die Eifersucht? <input type="checkbox"/> Wenn Patientin 3 Fragen mit ja beantwortet, muss sie als extrem gefährdet eingestuft werden (Tötungsgefahr) <input type="checkbox"/> Patientin raten im Moment nicht mit dem Gefährder weiter zusammenzuwohnen oder zusammenzutreffen <input type="checkbox"/> POLIZEI Notruf 133: Überlegen, ob Polizeinotruf akut nötig ist (Verhängung Betretungsverbot) <input type="checkbox"/> Aufnahme im Spital überlegen <input type="checkbox"/> Sofortige Meldung an Jugendamt, wenn die Kinder beim Gefährder sind:
<p>8.</p>	<p>Sicherheitsplanung siehe Kapitel 4.8</p>	<p>Fortsetzung Sicherheitsplanung:</p> <p>Auch wenn keine extreme Gefährlichkeit besteht, Polizei rufen wenn Anzeige und Betretungsverbot als Schutzmaßnahme akut wichtig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wenn die Patientin nicht will, dass die Polizei kommt oder wenn es nicht notwendig ist, dass diese sofort kommt, dann <input type="checkbox"/> Unterkunft in einem Frauenhaus überlegen; Kontakt aufnehmen (siehe Kapitel 7.4): <input type="checkbox"/> Fahrt ins Frauenhaus organisieren (ev. mit Rettungsdienst): <input type="checkbox"/> Wenn keine Unterkunft im Frauenhaus, Unterkunft bei Verwandten oder Bekannten: <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (IST) gemeinsam mit der Patientin (wenn noch kein Kontakt zu einer Hilfseinrichtung besteht): Anruf, Terminvereinbarung, Zuständige MA in: <input type="checkbox"/> Wenn Patientin im Spital bleibt, ev. Vereinbarung, dass IST Mitarbeiterin die Patientin besucht: <input type="checkbox"/> Wenn Patientin sich entscheidet wieder nach Hause zu gehen: Sicherheitsplan durchbesprechen, wenn keine Zeit ist, mitgeben:

9.	Verletzungsdokumentation siehe Kapitel 4.9	<input type="checkbox"/> Mit Verletzungsdokumentationsbogen (siehe Kapitel 7.1) Dokumentation erstellen: <input type="checkbox"/> Patientin die einzelnen Schritte zu Beginn erläutern und erklären, warum die Dokumentation wichtig ist (auch wenn Patientin keine Anzeige möchte und keine Verpflichtung des Spitals vorliegt eine Anzeige zu machen): <input type="checkbox"/> Alle Verletzungen dokumentieren – auch nicht behandlungsrelevante Verletzungen <input type="checkbox"/> Fotodokumentation anfertigen <input type="checkbox"/> Spuren sichern (Spurensicherungsset verwenden) <input type="checkbox"/> Abklären, ob Einschaltung der Gerichtsmedizin notwendig: ja nein <input type="checkbox"/> Ziel der Abklärung: Person: Einschaltung am, um: <input type="checkbox"/> Information an Patientin über Aufbewahrung der Verletzungsdokumentation: <input type="checkbox"/> Mitgabe der Verletzungsdokumentation: <input type="checkbox"/> Abspeichern der gesamten Verletzungsdokumentation in der Krankengeschichte
10.	Anzeige siehe Kapitel 4.10	<input type="checkbox"/> Prüfen, ob Anzeigepflicht vorliegt: <input type="checkbox"/> Patientin über Anzeigepflicht informieren <input type="checkbox"/> Anzeigenerstattung anbieten, auch wenn keine Anzeigepflicht besteht <input type="checkbox"/> Anzeigeformular ausfüllen und unverzügliche Anzeigenerstattung (gleicher Tag oder nächster Tag): <input type="checkbox"/> Aufklärung über Interventionen der Polizei und Unterstützungsmaßnahmen
	Meldung an Jugendamt, sonstige Meldepflichten siehe Kapitel 4.10	Kinder: <input type="checkbox"/> Meldepflichten an Jugendamt prüfen. Meldepflicht besteht: ja nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, sofortige Meldung an zuständiges Jugendamt: <input type="checkbox"/> Meldung am: an: <input type="checkbox"/> Patientin über Meldepflicht informieren <input type="checkbox"/> Aufklärung über Interventionen des Jugendamtes Erwachsenen Personen, die ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen können: <input type="checkbox"/> Anzeige oder Meldung an das Bezirksgericht . Meldepflicht besteht ja nein <input type="checkbox"/> Meldung am: an:
11.	Interne Nachsorge siehe Kapitel 4.11	Kinder- und Opferschutzgruppen: <input type="checkbox"/> Unterstützung der Kinder- oder Opferschutzgruppe notwendig: ja nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, Ziel der Befassung: <input type="checkbox"/> In jedem Fall: Information über Fall an die Kinder-oder Opferschutzgruppe Nachsorgetermin anbieten, wenn <input type="checkbox"/> PatientIn als sehr gefährdet eingestuft wurde <input type="checkbox"/> eine Patientin von schwerer sexueller Gewalt betroffen ist <input type="checkbox"/> nach der Erstintervention der Verdacht auf Gewalt bestehen blieb <input type="checkbox"/> eine Ergänzung der Verletzungsdokumentation notwendig sein könnte Krankenhausinterne Dienste: <input type="checkbox"/> Einschaltung des Psychologischen oder Sozialen Dienstes: ja nein Wenn ja, welcher: Wann: Kontaktperson:
12.	Vermittlung an Opferschutzeinrichtungen siehe Kapitel 4.12	<input type="checkbox"/> Information über Interventionsstelle/Gewaltschutzzentrum erfolgt: ja nein <input type="checkbox"/> (gesetzliche Verpflichtung) <input type="checkbox"/> Gemeinsame Kontaktaufnahme zur Opferschutzeinrichtung anbieten <input type="checkbox"/> Bereits vorhandene Kontakte zu Opferschutzeinrichtungen aktivieren: <input type="checkbox"/> Akzeptieren, wenn keine Vermittlung erwünscht ist <input type="checkbox"/> Mitgabe von Informationen über Gewaltschutzgesetze und Opferschutzeinrichtungen, welche:

Zusätzliche Bemerkungen:

Information zu den Autorinnen

Rosa Logar (geb. 1958)

Dipl. Sozialarbeiterin, Masterstudium in Sozialmanagement, ausgebildete Supervisorin

Mitbegründerin des ersten Frauenhauses in Österreich (1978), Geschäftsführerin der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie seit 1997; Lehrtätigkeit an der Fachhochschule campus Wien, Department für Soziale Arbeit; Mitarbeit an den Gesetzen zum Schutz vor Gewalt in Österreich; Mitbegründerin und Vorsitzende des Europäischen Netzwerks gegen Gewalt an Frauen WAVE (1994); Auswahl internationaler Tätigkeiten: Mitglied des UN Expert-Meetings Good practices in legislation on violence against women (2008) in Wien; 2006 – 2008 Mitglied der Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence des Europarates; 2008 – 2010 Vertreterin Österreichs im Ad Hoc Committee on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (CAHVIO) des Europarates; Koordinatorin des EU Projektes PROTECT Capacity Building in Risk Assessment and Safety Management to Protect High Risk Victims 2012. Seit 01. Juni 2015 für vier Jahre Mitglied des GREVIO Komitees im Europarat; GREVIO hat zur Aufgabe die Implementierung der neuen Konvention des Europarates zur Prävention von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) zu überwachen.

Elisabeth Gruber (geb. 1986)

Klinische Sozialarbeiterin

Arbeitet bei der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und macht Beratung für Opfer von häuslicher Gewalt. Sie koordinierte das EU-Projekt Gewalt*FREI LEBEN* durch mein Krankenhaus. Ihre Masterthesis verfasst sie zum Thema gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem. Sie hat sich während des Studiums intensiv der Thematik Gewaltprävention im Gesundheitsbereich gewidmet und Öffentlichkeitsarbeit dazu gemacht (z.B. Podiumsdiskussion). Elisabeth Gruber macht Schulungen in Krankenhäusern zum Thema „Versorgung von Gewaltopfern im Krankenhaus“ und hält immer wieder Vorträge über die Thematik.



GEWALTFREI LEBEN
KAMPAGNE ZUR VERHINDERUNG VON GEWALT AN FRAUEN UND KINDERN

Tel. +43 (0) 1 / 585 32 88

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie

Mo-Fr 8:30 – 20:00 Uhr (werktags), Sa 8:30 – 13:00 Uhr (werktags), Termine nach Vereinbarung

0800 222 555 Frauenhelpline gegen Gewalt

Rund um die Uhr und kostenfrei