Bundesministerium für
Wirtschaft, Familie und Jugend

Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen

Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis

www.bmwfj.gv.at

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
Abt. II/2 - Jugendwohlfahrt und Kinderrechte
Franz Josefs-Kai 51, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
Stubenring 6, 1010 Wien
www.goeg.at

Autorin:
Dr.in Barbara Schleicher

Moderation in Workshops:
Mag. Gerhard Patzner, Mag.a Gabriele Sax

Lektorin:
Dr.in Karin Kopp

Gestaltung:
BMWFJ, Iris Schneider

Coverfoto:
LIGA: graphic design Wiebach KG

Druck:
Ferdinand Berger & Söhne GmbH, Horn

Erhältlich unter:
www.bmwfj.gv.at/publikationen

1. Auflage, Wien 2010

Gesundheit Österreich GmbH

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG GEWALTBETROFFENER FRAUEN

Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis

Barbara Schleicher

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Gewalt gegen Frauen findet meist innerhalb der eigenen vier Wände statt. Dank des Engagements vieler Frauen und Männer wird sie heute nicht mehr als Privatsache, sondern als öffentliche Angelegenheit wahrgenommen.

In Österreich hat dies zu einer Gewaltschutzgesetzgebung geführt, die international vorbildhaft ist. So wichtig ein öffentliches Bewusstsein ist, das Gewalt an Frauen, die oft auch Kinder betrifft, eindeutig verurteilt, so wichtig sind auch ausreichende Opferschutzeinrichtungen. Mit den Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie und zahlreichen Beratungseinrichtungen ist ein tragfähiges Netz in ganz Österreich gespannt.

Weil viele Opfer von Gewalt eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, aber über die Ursachen für ihre psychischen und/oder physischen Verletzungen nicht sprechen, ist es wichtig, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im medizinischen Versorgungssystem besonders sensibilisiert sind. Nur so können sie mögliche Anzeichen rasch erkennen und die betroffenen Frauen an die vielfältigen Beratungs- und Hilfseinrichtungen verweisen.

Dieser Leitfaden wurde von Expertinnen und Experten erstellt, die in der Gesundheitsversorgung von gewaltbetroffenen Frauen und in Gewaltschutzeinrichtungen tätig sind. Die enthaltenen Informationen sollen dabei helfen, betroffenen Frauen die notwendige Rückendeckung für die ersten wichtigen Schritte aus der Gewaltsituation geben zu können.

Dr. Reinhold Mitterlehner
Bundesminister für Wirtschaft,
Familie und Jugend

Christine Marek
Staatssekretärin im Bundesministerium
für Wirtschaft, Familie und Jugend

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

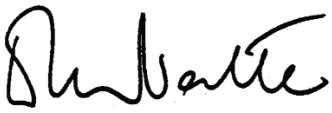
Gewalt gegen Frauen ist wohl eines der sensibelsten Themen in der ärztlichen Praxis. Mediziner sollten psychische und körperliche Anzeichen rasch erkennen und gemeinsam mit den Mitarbeitern von Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen entsprechende erste Schritte in die Wege leiten.

Doch genau da beginnen die Probleme: Bei schweren Körperverletzungen gibt es eine Anzeigepflicht der Ärzte, aber was ist eine schwere Körperverletzung? Erweist sich ein Verdacht als haltlos, ist das Vertrauensverhältnis zur Patientin und wahrscheinlich zum gesamten familiären Umfeld nachhaltig gestört. Zögert ein Arzt aber zu lange, geht wertvolle Zeit verloren – was möglicherweise mit der Verlängerung des Martyriums für die betroffene Patientin einhergeht. Auch läuft der Arzt Gefahr, dass er sein Berufsrecht verletzt.

Es gehört also viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl dazu, die richtigen Entscheidungen zu treffen, wenn der Verdacht auf Gewalt gegen Frauen besteht. Wir Ärztinnen und Ärzte benötigen dazu Hilfe. Es genügt nicht, einfach nur „Augen und Ohren offen zu halten". Denn die ersten Signale passieren meist versteckt. Da hilft es, eine Liste der Red Flags, der ersten deutlichen Warnsignale, bei sich zu haben. Oder einen Leitfaden, wie man Patientinnen ansprechen und daran anschließende Gespräche führen soll. Nicht zu vergessen die rechtlichen Konsequenzen und Rahmenbedingungen, die sich aufgrund eines einschlägigen Verdachts oder Tatbestands für den Arzt ergeben.

All das wird in der vorliegenden Broschüre thematisiert. Der Leitfaden ist damit für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten eine wertvolle Hilfe, sich über das Thema grundsätzlich und umfassend zu informieren. Und er hilft, im Falle eines konkreten Verdachts rasch nachschlagen zu können, wie man betroffenen Frauen effizient helfen und weiteren Schaden vermeiden kann.

Die Ärztekammer war in die Erstellung des Leitfadens eingebunden. Ich danke dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend für die diesbezügliche Initiative.



MR Dr. Walter Dorner
Präsident der Wiener und der
Österreichischen Ärztekammer

INHALT

Gewalt gegen Frauen ist keine Privatsache 1

Definition, Ursachen und Fakten häuslicher Gewalt 5

Gewaltbegriff 5

Häusliche Gewalt als Beziehungsgewalt 5

Ursachen und Risikofaktoren männlicher Gewaltanwendung 6

Erscheinungsformen häuslicher Gewalt 8

Gewaltspirale 8

Ausmaß der Gewalt in Ehe und Partnerschaft 11

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt 12

Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung 17

Gewalt macht krank 17

Anknüpfungspunkte im Gesundheitswesen 18

Schlüsselrolle in der Intervention und Prävention 20

Überblick zur Datenlage 22

Folgekosten in der Gesundheitsversorgung 22

Erkennen von Gewalt 25

Anzeichen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden 25

Psychische und psychosomatische Beschwerdebilder 26

Anzeichen im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe 26

Aspekte des Gesundheitsverhaltens 27

Deutliche Warnsignale Red Flags 27

Gesprächsführung, Beratung und Intervention 29

Anlaufstelle Krankenhaus und Praxis 29

Ansprechen der Patientinnen 30

Führen von Gesprächen 32

Abklärung der Schutzbedürfnisse 34

Interventionsempfehlungen 35

Weiterverweis an Beratungs- und Hilfsangebote 36

Bereitstellung von Informationsmaterial 36

Befunderhebung, Dokumentation, Diagnostik und Spurensicherung 39

Anamnese 39

Untersuchung von Gewaltopfern 39

Untersuchung von Opfern sexualisierter Gewalt 42

Ärztliche Dokumentation 45

Sicherung und Aufbewahrung von Spuren 46
Spurensicherungsset „Sexualdelikte" 47
Weitergabe der Asservate 48
Rechtlicher Interventionsrahmen 49
Ärztliche Schweige-, Anzeige- und Meldepflicht 49
Best -Practice-Modell in Wiener Krankenanstalten 51
Zusammenwirken verschiedener Rechtsgebiete 54
Gewaltschutzgesetz 54
Sicherheitspolizeigesetz (SPG) 55
Einstweilige Verfügung nach der Exekutionsordnung 56
Strafrechtlicher Schutz vor häuslicher Gewalt 57
Opferschutzbestimmungen nach der StPO 58
Netzwerke gegen häusliche Gewalt 59
Schnittstelle zum Gesundheitswesen 59
Gewaltschutz als interdisziplinäre Aufgabe 59
Literatur 63
Serviceteil 69
Interventionsschritte 71
□ Checkliste 71
□ Ablaufdiagramm 72
Erläuterungen zum Untersuchungsbogen 73
□ Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation 77
□ Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikten 80
Ausgewählte Gesetzestexte 85
Weitergehende Informationen im Internet 89
Unterstützungseinrichtungen 91
□ Adressen 95
Fortbildungsangebote 109

Gewalt gegen Frauen ist keine Privatsache

„Gewalt gegen Frauen ist die vielleicht schädlichste aller Menschenrechtsverletzungen. Sie kennt keine Grenzen, weder geografisch noch kulturell, noch im Hinblick auf materiellen Wohlstand. So lange sie anhält, können wir nicht behaupten, dass wir wirklich Fortschritte in Richtung Gleichstellung der Geschlechter, Entwicklung und Frieden machen."

Kofi Annan, UN-Generalsekretär, 2002

In unserer Gesellschaft wird Gewalt in unterschiedlichen Zusammenhängen ausgeübt. Es trifft auf der Opfer- und Täterseite sowohl Männer als auch Frauen, wobei es geschlechts- und rollenspezifische Gewalthandlungen und -erlebnisse gibt. Nachweislich werden Frauen und Mädchen häufiger Opfer durch ihre (Ex-) Beziehungspartner und/oder Familienangehörigen, Männer häufiger durch Bekannte oder Fremde. Frauen erleiden öfter Gewalt im privaten Raum, Männer dagegen im öffentlichen Raum.

Internationale polizeiliche Kriminalstatistiken geben Anhaltspunkte zur Geschlechterverteilung von Tätern und Opfern: Bei Körperverletzungsdelikten in allen gesellschaftlichen Bereichen sind 85 Prozent der Tatverdächtigen und 65 Prozent der Opfer Männer. Bei Straftaten im Zusammenhang mit Gewalt in Ehe und Partnerschaft werden gemäß verschiedener Untersuchungen 90 bis 95 Prozent männliche Tatverdächtige ermittelt. Entsprechend sind 90 bis 95 Prozent der Opfer häuslicher Gewalt Frauen und Mädchen (Godenzi 1993). Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass jede vierte Frau im Laufe ihres Lebens körperlicher, seelischer und/oder sexualisierter Misshandlung innerhalb bestehender oder ehemaliger Beziehungen ausgesetzt ist (BMFSFJ 2004).

Häufig tragen Mädchen und Frauen eindeutig diagnostizierte Verletzungen und in einem hohen Maße psychische Folgebeschwerden wie Schlafstörungen, Ängste, Depressionen, Essstörungen davon. Früher oder später werden von den Betroffenen medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen. Dabei sprechen die wenigsten Patientinnen aktuelle oder zurückliegende Gewalterfahrungen an. Aus Scham, Schuldgefühlen und Angst wird geschwiegen oder mit vorgeschobenen Angaben eine akute Verletzung verschleiert.

Solche „unklaren" Situationen sind auch für das medizinische Fachpersonal schwierig. Meistens werden Gewalthandlungen als Ursache für Verletzungen und Krankheiten nicht erkannt und folglich nur unzureichend behandelt. Vielfach fühlen sich Mitarbeiter/innen des Gesundheitssystems situativ überfordert bzw. nicht entsprechend ausgebildet, eine über die medizinische Notfallversorgung hinausgehende, adäquate ärztliche Hilfe anzubieten. Dabei sind die Ordinationen und Ambulanzen meist die einzige Anlaufstelle für gewaltbetroffene Mädchen und Frauen. Einer aktuellen Studie zufolge ist jede fünfte Frau, die wegen gesundheitlicher Probleme eine ärztliche Praxis aufsucht, von geschlechtsbezogener Gewalt betroffen (Hagemann-White et al. 2003). Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hingegen diagnostizieren nur jeden zehnten Fall von häuslicher Gewalt als solchen, wie eine Befragung zeigt (Mark 2001).

Gewalt macht Frauen physisch und psychisch krank. Neben den individuellen Folgen für die Betroffenen entstehen auch im sozialen und juristischen Bereich, im Gesundheits- und Bildungssektor gesellschaftliche Kosten. In Österreich werden allein die gesundheitlichen Versorgungskosten, die im Zusammenhang mit Gewalt im sozialen Nahbereich stehen, mit 14 Mio. Euro jährlich beziffert (Haller et al. 2006). Ohne Zweifel können ein früheres Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und eine adäquate Behandlung langfristig zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen. Voraussetzung ist, dass der ärztliche Blick für die gesundheitlichen Folgen von Misshandlungen geschult ist und der Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen in Anamnese, Diagnose und Behandlung mehr Beachtung findet und entsprechend dokumentiert wird.

Unter häuslicher Gewalt wird „männliche Gewalt gegen Frauen" im engen sozialen Nahbereich wie Ehe, Familie und Partnerschaft verstanden. Auch Männer haben vielfältige Gewalterfahrungen, aber in anderen Zusammenhängen und mit anderen Folgen als Frauen (Lenz 2000, 2004). Deshalb ist eine klare Trennung zwischen den einzelnen betroffenen Gruppen sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch in der Forschung erforderlich. Da der vorliegende Leitfaden ausschließlich das Thema „Gewalt gegen Frauen" thematisiert, wird im medizinischen Teil vorrangig von Patientinnen gesprochen. Allerdings lassen sich die Hinweise und Empfehlungen in den meisten Fällen auch auf Männer als Opfer von sexualisierter und häuslicher Gewalt anwenden.

Angesichts zahlreicher Veröffentlichungen und des vom ehemaligen Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend veröffentlichten Leitfadens „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche" (BMGFJ 2008), wird „Kindern als Mitbetroffenen häuslicher Gewalt" nur ein kurzes Kapitel gewidmet.

Mit diesem Leitfaden möchten wir Ihnen ein Nachschlagewerk an die Hand geben, damit Sie sich als Ärztin/Arzt, Hebamme, Gesundheits- und Krankenpflegeperson schnell und übersichtlich hinsichtlich Ausmaß, Folgen und Dynamik häuslicher Gewalt informieren können. Der Leitfaden greift mehrere Themenbereiche auf. Im ersten Teil finden Sie Informationen, Fakten und Erkenntnisse zur häuslichen Gewalt und ihren gesundheitlichen Folgen. Für die Praxis bieten Ihnen die Informationen zur Befunderhebung, Dokumentation und Gesprächsführung eine entsprechende Unterstützung. Die beiden Untersuchungsbögen für die erweiterte Verletzungsdokumentation und speziell für Opfer nach Sexualdelikten ermöglichen ein schrittweises Vorgehen entsprechend den Fragekategorien. Zudem ist die sachgerechte Dokumentation für ein mögliches späteres Ermittlungs- und Strafverfahren von entscheidender Bedeutung für die gewaltbetroffene Frau, um ihre Position und Glaubwürdigkeit vor Gericht zu unterstützen. Gleichzeitig dienen diese Untersuchungsbögen auch der Standardisierung und Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitssystem.

Weiters enthält der Leitfaden neben ausführlichen Hinweisen zur Rechtslage auch zahlreiche Adressen von Serviceeinrichtungen und Hilfsangeboten. In der Literaturliste finden Sie Quellennachweise, Links und Empfehlungen für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema. Grundsätzlich ist ein Leitfaden hilfreich und notwendig, als alleinige Maßnahme jedoch nicht ausreichend, weshalb wir im Anhang auch weiterführende Informationen über Fortbildungsangebote anbieten.

In der Interventionskette nehmen Sie als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner, Fachärztin/Facharzt, Hebamme und als Gesundheits- und Krankenpflegekraft eine Schlüsselposition ein, da die meisten Opfer zunächst Sie aufsuchen, lange bevor Polizei, Justiz bzw. eine Opferschutzeinrichtung kontaktiert werden. Sie tragen daher große Verantwortung für den weiteren Verlauf des Geschehens im Leben der gewaltbelasteten Frau. Es gilt, die Aufmerksamkeit auf Spuren häuslicher Gewalt zu lenken und den Opfern mit Verständnis und Beratung zur Seite zu stehen. Auf diese Weise können Sie einen Beitrag zur Eingrenzung und Linderung dieses drängenden gesellschaftlichen Problems leisten.

Der vorliegende Leitfaden wurde von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. In der projektbegleitenden Arbeitsgruppe wirkten Vertreter/innen der Ärzteverbände, der Ärztekammern, Mitarbeiterinnen aus frauenspezifischen Einrichtungen sowie weitere Expert/innen aus dem Gesundheitswesen und verschiedenen Bundesministerien mit.

Definition, Ursachen und Fakten häuslicher Gewalt

Gewaltbegriff

Unter dem Begriff „Häusliche Gewalt", der sich seit Mitte der 1990er Jahre in unserem Sprachgebrauch durchgesetzt hat, wird in erster Linie „Gewalt in Ehe und Partnerschaft" bzw. „männliche Gewalt gegen Frauen" verstanden. Hauptschauplatz von Gewalt gegen Frauen ist der soziale Nahraum. Trotz der augenscheinlichen Neutralität des Begriffes handelt es ich bei häuslicher Gewalt fast immer um eine geschlechtsbezogene Gewalttat an Frauen, die in enger persönlicher Beziehung zu den männlichen Tätern stehen.

Häusliche Gewalt als Beziehungsgewalt

Häusliche Gewalt tritt in allen sozialen Schichten unabhängig von Bildungsstand, religiöser und ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Alter auf. Sie betrifft gleichermaßen Ehepaare, Lebensgemeinschaften und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften. In rund 90 Prozent der Fälle sind die Opfer Frauen und die Täter die jeweiligen männlichen Beziehungspartner (Godenzi 1993). Die überwiegend männliche Gewalt findet in den eigenen vier Wänden statt und geschieht damit in einem sehr persönlichen, intimen Bereich, in dem allgemein Geborgenheit, Sicherheit und Schutz für alle Familienmitglieder angesiedelt sind.

Mit körperlicher, seelischer, sexualisierter, sozialer oder ökonomischer Gewalt wollen Männer ihre Macht- und Kontrollposition gegenüber „ihren" Frauen stärken. Bei den Betroffenen führen Gewalterfahrungen auf Dauer zu körperlichen und seelischen Schmerzen, insbesondere zur Schwächung ihres Selbstwertgefühls, was bis zur Selbstzerstörung führen kann. In solchen Paarbeziehungen entsteht eine Eigendynamik, ein Pendeln zwischen Abhängigkeit und Gewalterfahrung, aus der die Opfer selten aus eigener Kraft ausbrechen können.

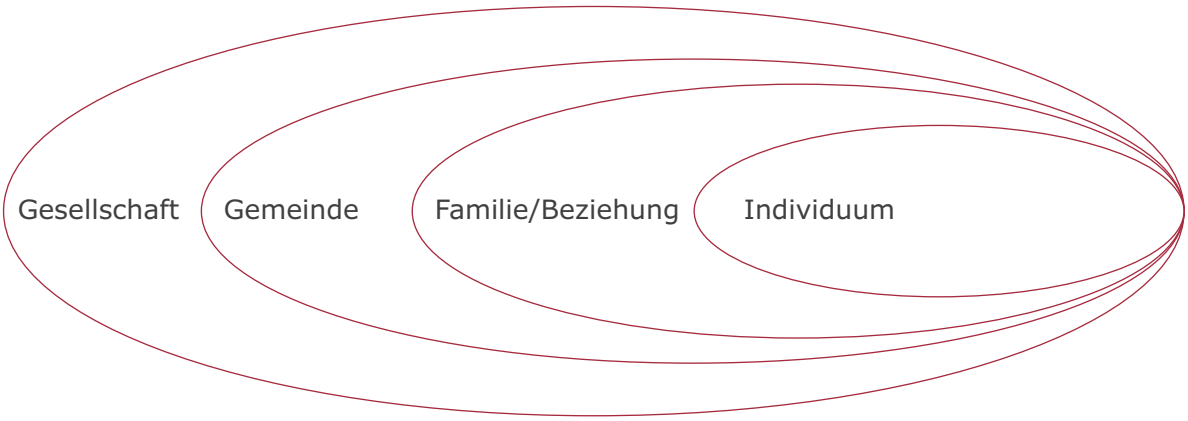
Betroffene Frauen sind häufig Mütter. In 70 bis 90 Prozent der Fälle eskalierender Gewalt sind die Kinder direkt im Raum oder im Nebenraum anwesend, d. h. sie sind „stumme Zeugen" der Misshandlung der Mütter (Schrul et al. o.J.) Auch sie laufen Gefahr, selbst Opfer von Misshandlungen und Missbrauch durch den Vater oder Lebensgefährten zu werden. Zweifellos sind ihre Lebenswelt und die seelische Entwicklung erheblich beeinträchtigt. Die Folgen häuslicher Gewalt sind vielfältig, oftmals nicht ohne weiteres zu erkennen und für die betroffenen Frauen und Kinder sehr belastend.

Häusliche Gewalt ist kein einmaliges Ereignis, sondern für gewöhnlich durch ständige Bedrohung geprägt. Ihr liegt ein gewachsenes Beziehungsgefüge zugrunde, in dem offene und subtile Gewaltformen eng miteinander verwoben sind. Der Kreislauf führt häufig zu einer Steigerung der Intensität der Gewaltanwendung bis hin zu Tötungsdelikten. Um diesem Kreislauf zu entrinnen, brauchen Frauen von außen Hilfe und Unterstützung. Damit wird Gewalt zu einer öffentlichen Angelegenheit. Sie ist strafrechtlichen Sanktionen unterworfen und erfordert unmittelbare staatliche Intervention, medizinisch/therapeutische Betreuung und Versorgung und flankierende Hilfe.

Ursachen und Risikofaktoren männlicher Gewaltanwendung

Auf die Frage nach den Ursachen für männliche Gewalt lässt sich keine einfache Antwort finden. Es gibt schlichtweg kein eindimensionales Erklärungsmuster dafür, warum wer in welcher Situation gegen wen und in welcher Form Gewalt ausübt. Vielmehr tragen verschiedene Faktoren und deren Zusammenspiel zur Entstehung von Gewalt bei.

Abbildung 1: Multifaktorielles Modell zum Verständnis von Gewalt



Quelle: Hellbernd H.: Häusliche Gewalt gegen Frauen, 2005 nach dem Weltbericht Gewalt und Gesundheit, WHO 2002

Als eine der wesentlichen Komponenten für die Ursachen häuslicher Gewalt gilt das Geschlechterverhältnis, das nach wie vor von patriarchalischer Dominanz geprägt ist. Wie Untersuchungen bestätigen, geht mehr Gleichstellung in Gesellschaft und Partnerschaft mit weniger Gewalt gegen Frauen einher (Yodanis 2004).

Von weitreichender Bedeutung sind auch die Einflussfaktoren rund um die geschlechtsspezifische Sozialisation. Männer, die dominanz- und überlegenheitsbezogene Rollenbilder verkörpern, neigen zur Abwertung von Weiblichkeit und erweisen sich in Partnerschaft häufiger als gewalttätig (Moore et al. 2005).

Prägend sind vor allem Kindheitserfahrungen. Bei Söhnen und Töchtern aus Gewaltbeziehungen steigt im Erwachsenalter die Wahrscheinlichkeit, wiederum - als Opfer oder Täter – eine Gewaltbeziehung einzugehen (Jaspard et al. 2003). Studien weisen nach, dass Frauen, die als Kind gewalttätige Übergriffe der Eltern miterlebten, ein sechsfach höheres Risiko haben, in ihrer Partnerschaft gleichfalls Opfer körperlicher Gewalt zu werden. Frauen, die als Mädchen misshandelt oder missbraucht wurden, weisen sogar ein 13-fach höheres Risiko auf (Müller et al. 2004).

Partnergewalt wird häufig auch im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung (Alkohol, illegale Drogen) gesehen. Tatsächlich steigt die Wahrscheinlichkeit zu einem Gewaltausbruch in der Rauschphase. Nachweislich hat übermäßiger Alkoholkonsum einen gewaltfördernden Einfluss (Römkens 1997). Untersuchungen schätzen, dass etwa sechs bis acht Prozent aller gewalttätigen Übergriffe im Zusammenhang mit Alkohol erfolgen. Meistens sind die Täter, gelegentlich auch die Opfer alkoholisiert (Godenzi 1993). Allerdings sieht die Wissenschaft in einer Sucherkrankung nicht die eigentliche Ursache, sondern lediglich einen Faktor, der die vorhandene Gewaltbereitschaft erhöht (Leonhard 2005, RKI 2008).

Ein weiterer Forschungsansatz rückt die Paardynamik in den Mittelpunkt. Ereignisse wie Eheschließung oder Trennung stellen weitere Risikofaktoren dar (Kindler et al. 2006, Müller, et al. 2004). Speziell bei Schwangerschaften besteht ein erhöhtes Gefährdungspotenzial, was das Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt erhöht. Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Schmuel et al. 1998, Cokkinides 1999, WHO 2005). Neben diesen genannten Ursachen gibt es noch eine Reihe von Risikofaktoren, die Gewalt in Paarbeziehungen auslösen können.

Befragungen von Frauen und Schüler/innen zeigen, dass sozioökonomische Einflussfaktoren wie Arbeitslosigkeit und Armut das Risiko, Misshandlung durch Männer zu erfahren, deutlich erhöhen (Wetzels et al. 1995; Pfeiffer et al.1999).

Häusliche Gewalt existiert auch in binationalen Partnerschaften und in Migrationsfamilien. Zusätzlich zu allen bereits erwähnten Risikofaktoren gibt es weitere erschwerende Gründe, weshalb Frauen mit Migrationshintergrund besonders gewaltgefährdet sind. So weist eine deutsche Repräsentativstudie darauf hin, dass türkische Migrantinnen weitaus stärker und länger körperlicher und sexueller Gewalt in Paarbeziehungen ausgesetzt sind als deutsche Frauen (Müller et al. 2004, IFF 2009). Bestätigung findet dieses Ergebnis in einer Schüler/innenbefragung (Wetzels et al. 1995; Pfeiffer et al. 1999). Traditionelle patriarchalische Rollenbilder sowie kulturelle und rechtliche Barrieren bei der Suche nach Information und Hilfe führen dazu, dass Migrantinnen häufiger Opfer von Misshandlungen werden. Oft liegt ein an den Ehemann gebundener Aufenthaltsstatus und damit verbunden eine finanzielle Abhängigkeit vor, was Ängste vor Abschiebung schürt. Hinzu kommt noch, dass auch der Grund für die Migration – insbesondere bei Asylsuchenden und Bürgerkriegsflüchtlingen – belastende oder gar traumatische Folgen haben kann. Sprachprobleme, Unkenntnis über das hiesige Gesundheits- und Unterstützungssystem, die Tolerierung von männlicher Gewalt im eigenen Kulturkreis tun ein Übriges. Die größte Barriere für Migrantinnen, wenn sie die Familie verlassen wollen, ist jedoch häufig die Androhung von Gewalt bis hin zum Ehrenmord.

Auf individueller Ebene wird das Vorliegen bestimmter Risikofaktoren sowohl bei Tätern als auch Opfern mit Gewalthandlungen in Zusammenhang gebracht. Als ein zentraler Risikomarker gelten sexueller und körperlicher Missbrauch im Kindesalter sowie Beobachtungen von Gewalt zwischen den Eltern (Schumacher et al. 2001). Überproportional oft liegen bei männlichen Gewalttätern psychische Störungen wie Depressionen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Syndrom u. Ä. vor (Holzworth-Munroe et al. 1994). Auf neurophysiologischer Ebene konnte bei Tätern zudem eine Beeinträchtigung kognitiver Funktionen wie Lernen, Gedächtnis und Sprache diagnostiziert werden (Cohen et al. 1999).

Erscheinungsformen häuslicher Gewalt

Für gewöhnlich handelt es sich dabei nicht um ein einmaliges, außergewöhnliches Ereignis, sondern um ein System an Misshandlungen, das auf Macht und Kontrolle abzielt. Häufig sind die Betroffenen verschiedenen Gewaltformen gleichzeitig ausgesetzt. Die Literatur klassifiziert die vielfältigen Gewaltformen nach sechs Grundtypen:

Körperliche Gewalt	**Sexualisierte Gewalt**
Stoßen, treten, schlagen, boxen, mit Gegenständen werfen, an den Haaren ziehen, mit den Fäusten prügeln, den Kopf gegen die Wand schlagen, mit Zigaretten verbrennen, Attacken mit Waffen usw. bis hin zum Mordversuch oder Mord	Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Belästigung und Bedrohung, erzwungene Abtreibung, Genitalverstümmelung, Zwangsehe, Zwang zur Prostitution
Psychische und emotionale Gewalt	**Soziale Gewalt**
Drohung, Beschuldigung, Demütigung, Erniedrigung, Einschüchterung, ständige Kontrolle, Essensentzug, Psychoterror	Soziale Isolation, Kontrolle aller Kontakte, Kontaktverbote, Einsperren
Ökonomische Gewalt	**Belästigung und Terror (Stalking)**
Arbeitsverbot, Arbeitszwang, Kontrolle des Einkommens, Geld verweigern und wegnehmen, Verweigerung des Kontozuganges	Ständige Anrufe, Anrufe mitten in der Nacht, Drohbriefe, Bespitzelung und Verfolgung am Arbeitsplatz und zu Hause

Vielfach besteht die Gewalt in der Partnerschaft nicht in dramatischen, eskalierenden Ausbrüchen mit schweren körperlichen Verletzungen, sondern aus **alltäglichen „kleinen" Angriffen auf das weibliche Selbstwertgefühl**. Dabei lauert die Gefahr der Eskalation ständig im Hintergrund. Im Lauf der Zeit werden die weiblichen Opfer immer mehr zur Selbstaufgabe gezwungen, ist ihr Leben von Angst und Terror gekennzeichnet.

Gewaltspirale

Berichte misshandelter Frauen zeigen, läuft die Gewalt in der Partnerschaft nach eigenen Gesetzmäßigkeiten ab, wie von der amerikanischen Sozialwissenschafterin und Therapeutin Leonore Walker in einem entsprechenden Erklärungsmodell festgehalten. Der „Zyklus der Gewalt" demonstriert eindrucksvoll den Kreislauf, in dem sich Frauen befinden, die in das Verhalten der gelernten Hilflosigkeit hineingeraten. Die Misshandlungsbeziehung verläuft in drei Phasen, wobei diese Phasen in der Praxis eng miteinander verwoben sind.

1. Phase: Spannungsaufbau

Äußere Faktoren wie Arbeitsfrust, Stress etc. dienen den Tätern meist als Anlass für verbale Angriffe. In diesen Situationen versuchen Frauen häufig, ihre Gefühle der Angst, Wut und Verzweiflung zu unterdrücken und dem Partner möglichst „alles recht zu machen", um die wachsende Anspannung abzubauen und neue Gewaltausbrüche zu verhindern. „Kleinere Übergriffe" werden von Frauen meist entschuldigt und verharmlost.

2. Phase: Gewaltausbruch

Auf diese Spannungsphase folgt die Phase des Gewaltausbruches, wobei es zu massiven körperlichen, psychischen und/oder sexuellen Gewalthandlungen kommt. Meistens fühlt sich das Opfer in dieser Situation völlig hilflos, da es keinen Einfluss auf Art, Zeitpunkt oder Schwere der Gewalttat hat. Zudem kann jede Reaktion der Frau zu einer weiteren Eskalation der Gewalt führen.

(Nach einem Gewaltausbruch suchen die Opfer häufig medizinische Hilfe aufgrund der Verletzungen oder benötigen andere Formen der Unterstützung. In dieser Phase bestehen die größten Chancen für eine wirkungsvolle Intervention von außen, da viele Frauen offen gegenüber Hilfsangeboten sind.)

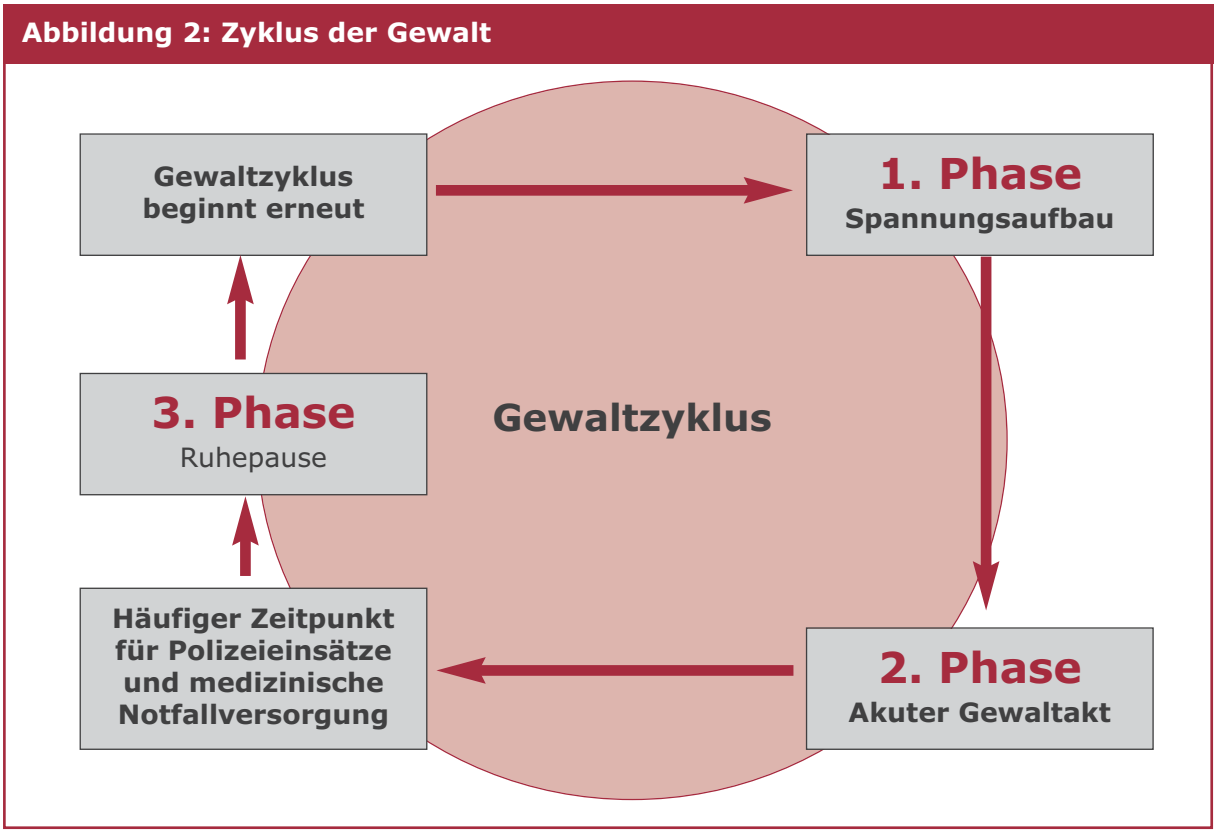
3. Phase: Entschuldigungs- und Entlastungsversuche

In der folgenden Entspannungsphase verhält sich der Täter oft reue- und liebevoll gegenüber dem Opfer. Häufig sind in dieser sog. „Honeymoon-Phase" Frauen, die zuvor zur Trennung bereit waren, angesichts der erneuten Zuwendung und der Hoffnung auf Besserung gerne bereit, dem (scheinbar) reumütigen Partner noch eine (letzte) Chance zu geben (Schmid 2007).

Erfahrungsgemäß nehmen im Laufe der Jahre die Gewaltausbrüche an Häufigkeit und Schwere zu, während gleichzeitig die Versöhnungsphasen kürzer werden. Die meisten Opfer befinden sich in einer langjährigen Gewaltbeziehung.

Zudem zeigt sich bei Mädchen und Frauen, die bereits körperliche und sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt haben, ein erhöhtes Risiko zu erneuter Viktimisierung (Hagemann-White et al. 2003).

Abbildung 2: Zyklus der Gewalt



Quelle: E. Walker: "The battered Woman", New York 1979

Die Notwendigkeit eines Polizeieinsatzes und medizinischer Notfallversorgung nach Beendigung eines akuten Gewaltaktes (Phase 2) eröffnet die Möglichkeit einer Intervention von außen. Meistens haben diese Frauen jahrelang Misshandlungen erduldet. Im Durchschnitt versuchen betroffene Frauen mehr als dreimal Hilfe von außen zu erhalten. Viele Frauen, die länger als sechs Jahre in einer Misshandlungsbeziehung leben, haben dies mehr als fünfmal versucht. In diesen Situationen äußern Frauen ein vorrangiges Bedürfnis nach Schutz vor weiterer Gewalt. Sie benötigen Beratung, Motivation und Unterstützung für sich und ihre Kinder (Mark 2001).

Frauen ertragen die Gewalt ihrer Partner über mehrere Jahre oft wegen falsch verstandener Verantwortung gegenüber ihren Familien, ihren Kindern. Viele Frauen fühlen sich außerstande, sich zur Wehr zu setzen. Denn Sie fühlen sich den oftmaligen Misshandlungen in unterschiedlichster Form gegenüber hilflos, leben in ständiger Angst vor Wiederholungen, empfinden ein hohes Scham- und Schuldgefühl, welches zu Minderwertigkeitsgefühlen und einem Zerfall des Selbstbewusstseins führen kann. In vielen Fällen kommt es sogar zur Solidarisierung mit dem Täter (Stockholm-Syndrom).

Tabelle 1: Gründe für eine Frau, an der Gewaltbeziehung festzuhalten	
Traditionelle Frauenrolle	□ Sie fühlt sich verpflichtet, da sie einmal „Ja" zu dieser Beziehung gesagt hat. □ Verwandte erwarten, dass sie durchhält. □ Sie fühlt sich schuldig dafür, dass der Mann so ist und sie ihn nicht ändern konnte. □ Sie empfindet die Hoffnung auf – und die Verantwortung für – eine harmonische und „heile" Familie.
Ökonomisch-soziale Abhängigkeit	□ Sie kann nirgendwo hin. □ Sie hat keine finanziellen Mittel. □ Sie befürchtet gesellschaftliche Ächtung. □ Sie befürchtet einen Statusverlust
Emotionale, sexuelle Abhängigkeit	□ Er gibt ihr das Gefühl, es sei alles ihre Schuld. □ Sie hat jedes Selbstwertgefühl verloren und traut sich das Weggehen nicht zu. □ Sie glaubt ihm, dass er ohne sie nicht leben kann. □ Sie glaubt ihm, dass er sich ändern wird. □ Er ist ihr Partner, ihr Freund, der Vater ihrer Kinder und der Misshandler. □ Sie liebt ihn / sie hat Angst vor ihm.

Quelle: Ärztekammer Niedersachsen 2004

Trennung ist ein schwieriger Prozess mit weitreichenden Konsequenzen für die Frauen, denn sie geht mit einer Veränderung der gesamten Lebenssituation einher. Mögliche Konsequenzen können der soziale Abstieg, der Verlust von Wohnung, Haus und Arbeitsplatz sein. Ängste vor Einsamkeit, der gesellschaftlichen Reaktion sowie Schuld- und Schamgefühle treten auf. Bedingt durch jahrelange Misshandlung sind meist das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen schwer erschüttert.

Frauen wissen, dass eine Trennung einen völligen Neubeginn bedeutet, der mit vielen Mühen und Gängen zu Behörden und anderen Stellen verbunden ist. Zudem fürchten sich viele vor Nachstellungen des Partners („Stalking"), vor seinen Drohungen gegen-

über den Kindern oder gegen sie selbst. Tatsächlich steigt in Trennungsphasen die Gefahr von Gewalt. Viele Täter nehmen die Konsequenzen der Frauen nicht einfach hin, zeigen sich nicht einsichtig in ihrem Fehlverhalten. Studien zeigen, dass gerade bei Trennung oder Scheidung die schwersten Gewalttaten bis hin zu Tötungsdelikten verübt werden (Schweigert 2000).

Ausmaß der Gewalt in Ehe und Partnerschaft

Für Österreich gibt es keine repräsentativen Studien, die das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen auf Basis einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage aufzeigen. Prävalenzstudien auf europäischer Ebene liefern konkrete Daten, die Rückschlüsse auf Österreich zulassen. Herausragend ist die aktuelle deutsche Untersuchung, in der 10.264 Frauen über ihre Gewalterlebnisse in verschiedenen Lebensphasen befragt wurden (Müller et al. 2004). Die vorliegenden Befunde zu Ausmaß und Verbreitung von körperlicher und sexualisierter Gewalt gegen Frauen verweisen auf eine hohe Gewaltbetroffenheit.

- 37 Prozent aller Frauen ab dem 16. Lebensjahr haben mindestens einmal in ihrem Leben körperliche Gewalt (von Ohrfeigen, bis hin zu Verprügeln und Waffengewalt) erlebt.
- 13 Prozent der Frauen haben sexualisierte Gewalt seit dem 16. Lebensjahr in einer strafrechtlich relevanten Form erlitten (erzwungene sexuelle Handlung, Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung).
- 58 Prozent haben sexuelle Belästigung in unterschiedlicher Form erfahren.
- 42 Prozent aller Frauen haben psychische Gewalt (von Einschüchterung bis hin zu Psychoterror) erlebt.

Gesamtergebnis ist, dass jede vierte Frau (25 Prozent) im Alter von 16 bis 85 Jahren körperlichen und/oder sexuellen Übergriffen durch aktuelle oder ehemalige Beziehungspartner ausgesetzt ist oder war.

Etwa ein Drittel der Opfer musste infolge dieser Verletzungen bereits medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Abhängig von der jeweiligen Gewaltform geben 56 bis 83 Prozent der Betroffenen an, unter psychischen Folgebeschwerden (Schlafstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit, Depressionen bis hin zu Selbstmordgedanken, Selbstverletzungen, Essstörungen etc.) zu leiden. Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme, Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden und ein verstärktes Suchtverhalten kommen häufig dazu (Müller et al. 2004).

Insgesamt macht die Studie deutlich, dass es sich bei häuslicher Gewalt um kein vernachlässigbares Einzelvorkommnis, sondern um ein gesellschaftsrelevantes Problem handelt, das mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen und Folgekosten einhergeht.

Aus Österreich liegt eine im Jahr 1991 publizierte Untersuchung vor, wonach jede fünfte bis zehnte in einer Partnerschaft lebende Frau von Gewalt betroffen ist (Benard 1991). Weitere Hinweise auf das mögliche Ausmaß von Partnerschaftsgewalt können amtliche und nicht-amtliche Statistiken liefern. Allerdings erfassen diese Daten nur einen Bruchteil der Vorkommnisse in punkto häuslicher Gewalt. Opfer schrecken aus Angst, Abhängigkeit und Scham davor zurück, ihr Leid nach außen zu tragen.

Amtliche Statistiken

Die polizeiliche Kriminalstatistik registriert für das Jahr 2008 österreichweit 101 Mord- und Totschlagsdelikte, 1.758 Vergewaltigungsdelikte, 11.377 Bedrohungen und 2.560 beharrliche Verfolgungen (Stalking) sowie 40.490 einfache, gefährliche oder schwere Körperverletzungen. Viele dieser Straftaten stehen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt. Beziehungsmord wurde an 43 Opfern verübt (Kriminalitätsbericht 2008).

1.758 Straftaten kamen im Jahr 2008 wegen Vergewaltigung, geschlechtlicher Nötigung, schwerem sexuellen Missbrauch zur Anzeige. In 635 Fällen wurde der sexuelle Missbrauch an Jugendlichen begangen. In 73 Prozent der strafbaren Handlungen lag eine familiäre Beziehung oder ein Bekanntschaftsverhältnis vor. Die Aufklärungsquote liegt im österreichischen Schnitt je nach Tatbestand bei 77 bis 99 Prozent, wobei auffälligerweise Sexualdelikte an Frauen eine geringere Aufklärungsquote haben als Delikte an Minderjährigen (Kriminalitätsbericht 2008).

Insgesamt nimmt die Anzahl polizeilich registrierter Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung, die bekanntermaßen im häuslichen Nahraum passieren, seit dem Jahr 2001 kontinuierlich zu. Die Vermutung liegt nahe, dass es sich hierbei um eine allmähliche Aufhellung eines bislang breiten Dunkelfeldes häuslicher Gewalt handelt. Offenbar erstatten Opfer heute bei Beziehungsdelikten häufiger Anzeige als in früheren Jahren. Dennoch muss von einer Vielzahl nicht angezeigter Straftaten ausgegangen werden, die aus dem familiären Umfeld nicht in die Öffentlichkeit dringen.

Eine aktuelle nationale Studie zeigt, dass nur in 31 Prozent aller Vergewaltigungsfälle eine Anklage erhoben und die nur in 18 Prozent der Fälle zu einer Verurteilung des Täters führen (EU-Kommission, Länderbericht Österreich 2009).

Daten der Opferschutzeinrichtungen

Im Jahr 2008 wurden in Österreich 6.566 polizeiliche Wegweisungen zum Schutz der Frauen und Kinder durchgeführt. Im Schnitt musste die Exekutive 18 Mal pro Tag wegen häuslicher Gewalt einschreiten (Bundeskriminalamt, 2009) Insgesamt sind in den Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie 14.016 Opfer betreut worden.

Im selben Jahr 2008 flohen 3.220 Frauen mit ihren Kindern in eines der 26 Frauenhäuser. In 81 Prozent der Fälle waren Ehemänner und Lebensgefährten die Gewalttäter, in sechs Prozent handelte es sich um einen Ex-Partner (Verein Autonome Öster reichische Frauenhäuser, 2009).

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt

Die Mehrzahl der gewaltbetroffenen Frauen hat Kinder, die wiederholt körperliche und seelische Gewalthandlungen gegen ihre Mutter miterleben. In 70 bis 90 Prozent der Fälle, in denen die Mutter durch den Lebenspartner misshandelt wird, sind die Kinder anwesend, erleben die Gewalt direkt oder indirekt mit (Schrul et al. 2004). „Kinder erfahren die Gewalt auf verschiedenen Sinnesebenen. Sie sehen, wie die Mutter geschlagen oder vergewaltigt wird; sie hören wie der Vater schreit, die Mutter wimmert oder verstummt; sie spüren die Wut des Vaters, die eigene Angst, die Angst der Mutter und der Geschwister, die bedrohliche Atmosphäre vor den Gewalttaten“ (Kavemann 2002).

Existenzielle Angst um die Mutter, das Erleben von Hilflosigkeit in der betreffenden Situation, ein Gefühl der Isolation durch das häufig gegenüber Außenstehenden auferlegte Schweigegebot, aber auch der Loyalitätskonflikt gegenüber den Eltern können sich in unspezifischen Symptomen (Schlafstörungen, Einnässen, Schulschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Essstörungen, Aggressivität und Ängstlichkeiten, selbstverletzendes Verhalten) bis hin zu traumatischen Schädigungen niederschlagen (Kavemann 2002). Bereits bei Vorschulkindern aus Gewaltfamilien lassen sich bleibende negative Auswirkungen auf die Entwicklung feststellen (Wolfe et al. 2003).

Auf die Frage, welche Gewaltformen die Kinder in familiärer Umgebung miterleben müssen, geht eine aktuelle Studie aus Baden-Württemberg ein:

Art der Gewalt	Gegen die Mutter (in %)	Gegen den Vater (in %)
Anschreien	83	3
Bedrohen	85	3
Schubsen, Schütteln, Ohrfeigen	79	-
Stoßen, Schlagen, Treten	66	3
Sexuelles Bedrängen, Vergewaltigen	13	-
Mit Waffe bedrohen	23	3

Quelle: Seith et al. 2007

Von den befragten Kindern waren 92 Prozent bei den Handlungen direkt zugegen, in vier Prozent der Fälle hatten sie die Tat mitangehört. 38 Prozent der befragten Kinder waren bei der polizeilichen Wegweisung zugegen, weitere 43 Prozent flüchteten mit ihren Müttern in ein Frauenhaus (Seith et al. 2007).

Immer sind Kinder direkte oder indirekte Zeugen der Gewalthandlung. Häufig werden Söhne und Töchter gewalttätiger Väter nicht nur selbst misshandelt, sondern auch sexuell missbraucht. Auf die deutsche Studie bezogen, gaben 77 Prozent der Mädchen und Jungen an, sich schützend vor die Mutter gestellt und dabei gewalttätige Übergriffe erfahren zu haben. In 13 Prozent der Fälle waren sie sogar schwer misshandelt worden (Seith et al. 2007). Laut amerikanischen Studien bewegt sich die Überschneidung von häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung in einem Ausmaß von 30 bis 60 Prozent (DHHS 2003).

Mütter, die selbst Gewalt ausgesetzt sind, können in den meisten Fällen ihre Kinder nicht adäquat vor den Gewaltfolgen schützen, so dass Kinder den Gewaltsituationen völlig hilflos ausgesetzt sind.

Tabelle 3: Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die psychische Entwicklung der Kinder	
Kognitive Entwicklung	Erhöhtes Risiko für Sprachentwicklungsstörungen, Lern- und Leistungsstörungen, Entwicklung starrer Vorstellungen über Gut und Böse, Entwicklung eines gestörten Körperschemas (Salzgeber et al. 2001 Kindler 2002)
Emotionale Entwicklung	Tiefes Misstrauen in den eigenen Selbstwert und in die Vertrauenswürdigkeit und Schutzfunktion des Umfeldes, Entwicklung von Bindungsstörungen (Salzgeber et al. 2001). Kinder geben sich meistens selbst die Schuld für den Gewaltausbruch, um den Vater zu schützen und um das Bild der guten Eltern zu wahren. Dabei nimmt der eigene Selbstwert immer weiter ab (Hagemann-White et al. 2002). Erhöhte Aggressivität, Ängste und Bedrohungsgefühle in der Interaktion mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (Enzmann et al 2001 Kindler 2002)
Auffälligkeiten im Verhalten	Kinder, die massive Gewalt im Elternhaus erleben, zeigen häufig ein auffälliges Verhalten (Salzgeber et al. 2001 Kindler 2002). Dazu gehören pathologisches Lügen oder Schutzbehauptungen etwas nicht getan zu haben, ausgeprägte autodestruktive Tendenzen, Überangepasstheit (z. B. in Form übergroßer Sauberkeit, Ordnungsliebe oder Überfreundlichkeit). Selten werden eigene Wünsche geäußert, im sozialen Verhalten sind Distanz, Beziehungslosigkeit und Bindungsstörungen auffällig (häufig wird distanzlos Körperkontakt zu Fremden aufgenommen, es wird kein echtes Vertrauen in enge Beziehungen erkennbar.)

Familiäre Gewalt lässt sich oftmals über Generationen zurückverfolgen. Erwachsene, die in ihrer Herkunftsfamilie Gewalt erlebt haben, sind eher gefährdet, selbst Gewalt auszuüben bzw. zu erdulden. Studien weisen darauf hin, dass etwa 30 Prozent ehemals misshandelter Eltern die erlittene Gewalt an ihre Kinder weitergeben. Etwa zwei Drittel werden nicht zu Tätern (Hartwig 2006, Müller et al. 2004). In diesem Zusammenhang wird auch von einer Gewaltspirale gesprochen.

Söhne aus gewalttätigen Herkunftsfamilien neigen später dazu, selbst Gewalt als Durchsetzungsmittel ihrer Bedürfnisse anzuwenden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre zukünftige Partnerin misshandeln, liegt um das Zehnfache höher als bei Männern, die in ihrer Kindheit nicht Zeuge von häuslicher Gewalt wurden. Allerdings werden aufgrund innerfamiliärer Gewalterfahrungen in der Kindheit diese Jungen nicht zwangsläufig zu gewalttätigen Männern.

Mädchen wiederum sind stärker gefährdet, später selbst Gewalt in ihren Beziehungen zu tolerieren. Mehr oder weniger unreflektiert wird das mütterliche Verhalten, nämlich Misshandlungen zu erdulden und zu decken oder Streit zu schlichten, übernommen. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine große Anzahl der Frauen, die von ihren Lebenspartnern körperlich misshandelt werden, bereits in der Kindheit Gewalt zwischen den Eltern erlebt hat (Pfeiffer et al. 1999).

Viele der traumatisierten Kinder entwickeln eine eigene Opferdynamik. Sie sind als „eigenständige" Opfer häuslicher Gewalt einzustufen, welche in der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen sind. In weiterer Folge benötigen sie intensive Hilfe und fachliche Unterstützung, um das Erlebte zu verarbeiten. Diese Thematik greift der aktuelle auf Österreich zugeschnittene Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen" auf, der im Februar 2008 erschienen ist. Mit diesem Leitfaden wird den neuesten Erkenntnissen, Erfahrungen und Entwicklungen sowohl auf rechtlicher als auch auf medizinische Ebene Rechnung getragen (BMGFJ 2008).

Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung

Gewalt macht krank

Gewalt wirkt sich auf vielfältige Weise auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen aus. Die Beeinträchtigungen umfassen ein breites Spektrum von körperlichen Verletzungen, psychosomatischen Beschwerden und/oder psychischen Störungen. Ein Leben in ständiger Angst und Anspannung macht krank.

Eine von der Weltgesundheitsorganisation WHO veröffentlichte Studie zu Gewalt und Gesundheit zieht den Schluss, dass

- die Auswirkungen von Misshandlungen lange nach Beendigung der Tat nachwirken können,
- die Wirkung auf die physische und mentale Gesundheit der Frauen mit dem Schweregrad der Misshandlung verstärkt wird,
- verschiedene Gewaltformen und schwere wiederholte Misshandlungen im zeitlichen Verlauf kumulativ wirken (WHO 2002).

Grundsätzlich gibt es kaum eine gesundheitliche Störung bei Frauen, für die geschlechtsbezogene Gewalt als Ursache ausgeschlossen werden kann. Infolgedessen muss die Aufmerksamkeit immer für einen möglicherweise relevanten Gewalthintergrund geschärft sein.

Tabelle 4: Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von häuslicher Gewalt

Körperliche Folgen Akute, direkte Verletzungen wie Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale, Frakturen (Nasenbein-, Arm-Rippenbrüche) Trommelfellverletzungen, Kiefer- und Zahnverletzungen; Dauerhafte Behinderungen z. B. Einschränkung der Beweglichkeit, verminderte Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit.	**Gynäkologische Leiden** Eileiter- und Eierstockentzündungen; Sexuell übertragbare Krankheiten; Ungewollte Schwangerschaften; Schwangerschaftskomplikationen; Ungewollte Kinderlosigkeit; Fehlgeburten und niedriges Geburtsgewicht
(Psycho-)somatische Folgen Chronische Schmerzen wie Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen; Magen-, Darmstörungen wie Übelkeit, Brechreiz, Appetitverlust; Allgemein: Chronische Anspannungen, Angst und Verunsicherung, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren können; Harnwegsinfektionen; Atembeschwerden z. B. Atemnot.	**Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien** Rauchen; Übermäßiger Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum; Essstörungen; Risikoreiches Sexualverhalten.

Psychische Folgen Posttraumatische Belastungsstörungen; Depressionen, Angst- und Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche; Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl; Suizidalität.	

Quelle: Hellbernd et al. 2004

Obwohl viele der aufgelisteten gesundheitlichen Erkrankungen, Beschwerden oder Störungen keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen von Misshandlungsbeziehungen liefern, ist nicht auszuschließen, dass sie ein deutliches Warnsignal sein können, das erhöhte Aufmerksamkeit in gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen verlangt. Dennoch kann weder das Vorliegen eines Symptoms als Beweis für Misshandlungen noch das Fehlen eines psychosomatischen Leidens als Gegenbeweis eingestuft werden.

Häusliche Gewalt kann auch tödlich enden. Immer wieder kommt es zu Tötungsdelikten durch Partner und Expartner, verstärkt in Trennungs- und Scheidungssituationen. Unbekannt ist die Anzahl derjenigen Frauen, die sich wegen häuslicher Misshandlungen das Leben nehmen.

Anknüpfungspunkte im Gesundheitswesen

Leistungserbringer im Gesundheitswesen kommen auf unterschiedliche Weise mit gewaltbetroffenen Frauen in Berührung. Patientinnen suchen mit akuten Verletzungen die Notfallambulanzen auf, wenden sich wegen ausgeschlagener Zähne an eine zahnärztliche Praxis, konsultieren wegen Migräneanfällen, Schlafstörungen und chronischen Schmerzen ihre Hausärztin/ihren Hausarzt, werden wegen Panikattacken und Depressionen bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorstellig oder müssen wegen vaginaler Verletzungen in der gynäkologischen Praxis behandelt werden. Überdies nehmen gewaltbetroffene Frauen auch Routineuntersuchungen z. B. während der Schwangerschaft oder im Rahmen der Geburtshilfe das Gesundheitswesen in Anspruch oder kommen als Begleiterin ihrer Kinder zur Kinderärztin bzw. zum Kinderarzt.

Tabelle 5: Ausgewählte Berufsgruppen, die mit den gesundheitlichen Störungen und Beschwerden von gewaltbetroffenen Frauen konfrontiert sind

Berufsgruppen	Auswirkungen und Handlungsanweisungen häuslicher Gewalttaten
Allgemeinmedizin Fachärzt/innen für Notfallmedizin Unfallchirurgie Intensivmedizin Orthopädie Chirurgie	□ Akute Verletzungen durch Gewalt wie Brüche, Schnittwunden, Hämatome etc. □ Durch Kopfverletzungen eingeschränkte Hör- oder Sehfähigkeit □ Folgen oraler Vergewaltigung oder von Würgen □ Schlecht verheilte Fraktur □ Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit □ Funktionelle Beeinträchtigung □ Unspezifische gesundheitliche Folgen wie Schlafstörungen, Ängste, Panikattacken etc. □ Psychosomatische Erkrankungen wie chronische Schmerzen, Magen-Darm-Störungen, Kreislaufprobleme □ Suchtproblematiken (Alkohol, Nikotin, Medikamente)

Berufsgruppen	Auswirkungen und Handlungsanweisungen häuslicher Gewalttaten
Ordinationshilfen	Ordinationshilfen haben Kontakt zu den Frauen an der Rezeption; die Hemmschwelle der Frauen könnte hier u. U. geringer sein als gegenüber der Ärztin/ dem Arzt.
Psychiater/innen Psychotherapeut/innen Klinische/r Psycholog/innen Ärzt/innen mit Psych. Diplom	□ Psychische Störungen und Erkrankungen allgemein □ Posttraumatische Belastungsstörungen □ Suchterkrankungen
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Hauskrankenpfleger/innen Altenpfleger/innen	□ Akute Verletzung in der Notfallambulanz □ Pflege von Patientinnen, die wegen akuter Gewaltfolgen, aber auch wegen Gesundheitsproblemen, die nicht in offensichtlichem Zusammenhang mit der Gewalt stehen, stationär oder im Rahmen der spitalexternen Pflege behandelt werden müssen. Da Pflegepersonen in der Regel mehr Zeit mit den Patientinnen verbringen, ist ihr Kontakt zu diesen näher, sie erhalten so eher Hinweise auf Gewalt. Pflegende beobachten auch häufiger Interaktionen zwischen Patientinnen und besuchenden Ehepartnern bzw. die Auswirkungen solcher Besuche auf das Befinden der Patientinnen.
Zahnärzt/innen	□ Akute Verletzungen durch Gewalt □ Fehlende Zähne Unter Umständen Schwierigkeiten von oral vergewaltigten Frauen die Behandlungen im Mund- und Gesichtsbereich zuzulassen.
Gynäkolog/innen	□ Akute vaginale Verletzungen □ Länger zurückliegende Verletzungen □ Langzeitfolgen: Schmerzsyndrome, gynäkologische Erkrankungen □ Ungewollte, erzwungene Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten Für sexuell traumatisierte Frauen stellt die gynäkologische Untersuchung oft eine besondere Belastung dar, die ein behutsames Vorgehen notwendig macht.
Hebammen	□ Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen □ Starke Ängste vor der Geburt □ Reaktivierung zurückliegender Traumata durch die Geburt
Fachärzt/innen für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde Augenheilkunde	□ Akute Verletzungen durch Gewalt □ Durch Kopfverletzungen eingeschränkte Hör- oder Sehfähigkeit □ Folgen oraler Vergewaltigung oder von Würgen □ Schlecht verheilte Fraktur
Betriebsärzt/innen Amtsärzt/innen	□ Spezifische und unspezifische Folgen von Gewalt, die zu einer Einschränkung der Dienstfähigkeit bzw. zu Dienstunfähigkeit führen z. B. Depressionen, Schmerzsyndrome, Migräne, Ängste, Phobien, Rückenschmerzen etc.

Berufsgruppen	Auswirkungen und Handlungsanweisungen häuslicher Gewalttaten
Weitere Berufsgruppen (Physiotherapeut/innen, u. a.)	□ Chronische Schmerzsyndrome □ Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit
Klinische/r Sozialarbeiter/in	□ Hemmschwelle der Frauen könnte unter Umständen geringer sein als gegenüber der Ärztin/dem Arzt

Deutlich ist, dass fast alle Fachrichtungen in der medizinischen Versorgung mit weiblichen Gewaltopfern konfrontiert werden. Grundsätzlich ist es nicht einfach, gesundheitliche Beschwerden und Symptome mit Gewalt in Verbindung zu bringen. Beispielsweise leiden Frauen, die in der Kindheit sexualisierte oder körperliche Gewalt erfahren haben, häufig noch im Erwachsenenalter an dessen Folgen teilweise ohne selbst eine Verbindung zu früheren Gewalterlebnissen zu sehen. Überhaupt sind gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt individuell sehr verschieden. Folglich ist eine ärztliche Diagnosestellung sehr schwierig. Durch Aus-, Fort- und Weiterbildung können Ärzt/innen bei der Diagnose Verletzung aufgrund von Gewalt unterstützt werden.

Schlüsselrolle in der Intervention und Prävention

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind häufig der einzige Personenkreis, der die Folgen häuslicher Gewalttaten sieht. Bedingt durch die mit Misshandlungen einhergehende soziale Isolation sind diese Personen oft die einzigen Ansprechpartner/innen für gewaltbetroffene Frauen. Insofern nehmen Ärzt/innen eine Schlüsselrolle für den weiteren Verlauf der Biografie einer gewaltbelasteten Frau ein.

Mehrheitlich stufen gewaltbetroffene Mädchen und Frauen die Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens als potenzielle Gesprächspartner/innen ein:

- Die im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes durchgeführte Untersuchung ergab, dass 67 Prozent der Frauen im Gewaltfall die Ärzt/innen als potenzielle Ansprechpersonen betrachten (Hellbernd et al. 2004).
- Auswertungen einer deutschen Repräsentativstudie verdeutlichen, dass außerhalb des Familien- und Freundeskreises Ärzt/innen als erste Ansprechpersonen von misshandelten Mädchen und Frauen benannt werden. Erst an zweiter Stelle stehen Frauenberatungs- und Zufluchtseinrichtungen, an dritter Stelle die Polizei (Müller et al. 2004).

Alleine diese Studienergebnisse unterstreichen die bedeutende Rolle, die das gesundheitliche Versorgungswesen als niederschwelliger Interventionsbereich einnimmt. Obwohl die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen wichtige Ansprechpersonen für gewaltbetroffene Frauen darstellen, verhindern unterschiedliche Barrieren ein Gespräch. Grundsätzlich fällt es den betroffenen Frauen und Mädchen schwer, über aktuelle und zurückliegende Misshandlungen zu sprechen (Hellbernd et al. Berlin 2004).

- Scham, Schuldgefühl und das Gefühl, für die erlittene Gewalt verantwortlich oder mitverantwortlich zu sein, stellen die häufigste Gesprächsbarriere dar.
- Ängste vor eskalierender Gewalt, wenn trotz „Redeverbot" des Partners mit dritten Personen über die häuslichen Misshandlungen gesprochen wird.
- Angst vor einer Verurteilung, wenn ausgesprochene Empfehlungen, sich von dem gewalttätigen Partner zu trennen, nicht umgesetzt werden.

- Das Gefühl, mit der Gewalterfahrung allein zu sein, ohne zu wissen, dass häusliche Gewalt ein weitverbreitetes Problem ist.
- Situative Aspekte der Gesprächs- und Behandlungssituation z. B. durch eine gestörte Gesprächsatmosphäre oder durch das Verhalten der Ärztin/des Arztes.
- Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Frauen sind durch langjährige komplexe Misshandlungserfahrungen so stark beschädigt, dass ihnen die Suche und Annahme von Hilfe und Unterstützung schwerfällt.

Auf Seiten der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung sind es sowohl individuelle als auch strukturelle Gründe, die es verhindern, dass Patientinnen auf vermutete Gewalttaten angesprochen werden. Informationen darüber sind verschiedenen internationalen Studien entnommen (Hellbernd et al. Berlin 2004).

- Mangelndes Fachwissen über die Problematik, ihre Hintergründe und Ursachen und die Dynamik häuslicher Gewalt sowie die Lebenssituation der Opfer.
- Häufig fehlt es an Grundwissen darüber, welche Erwartungen und Wünsche die betroffenen Frauen und Mädchen haben. Gleichzeitig existieren Befürchtungen und Ängste davor, dass die Mitteilungen und Emotionen der Opfer – in der Fachliteratur als „Open Pandoras Box" beschrieben die Ärztin/den Arzt und/oder die Pflegepersonen überfordern (McCauley et al. 1998).
- Fehlendes Wissen gibt es auch im Hinblick auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für gewaltbetroffene Frauen. Oft fehlen Kontakte zu Einrichtungen, an welche die Patientinnen weitervermittelt werden können (Hellbernd et al. Berlin 2003).
- Strukturelle Bedingungen wie Zeitnot, eine ohnedies hohe Arbeitsbelastung und der relativ geringe Stellenwert von psychosomatischen und psychosozialen Aspekten in der medizinischen Versorgung stellen weitere Hindernisse dar, Patientinnen auf eine vermutete Gewaltproblematik anzusprechen (Hellbernd et al. 2003).

Die Ausblendung und Verdrängung der Gewaltproblematik stellt für die Betroffenen ein hohes Risiko dar, da Gesundheitsstörungen nicht entsprechend und umfassend behandelt werden. In den meisten Fällen zieht die symptomorientierte Behandlung keine weiteren psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsleistungen bzw. Interventions- und Präventionsmöglichkeiten nach sich. In der Folge kommt es zu meist (sehr teuren) Fehlbehandlungen und zu weiteren gesundheitlichen Schäden wie einer Chronifizierung von Beschwerden, einer Ansammlung von medizinischen Abklärungen und erfolglosen medikamentösen Behandlungen (Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel). Wie die Krankenverläufe von Betroffenen zeigen, suchen diese verstärkt Versorgungseinrichtungen auf, werden häufiger operiert und stationär aufgenommen und beanspruchen verstärkt psychische Behandlungseinrichtungen (Krug et al. 2002). Eine grundsätzliche Unterstützung in Richtung Veränderung und Verbesserung der Lebenssituation ist damit nicht verbunden.

Dabei beinhaltet die regelmäßige Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen große Chancen, gewaltbetroffene Frauen zu erreichen und damit einen Beitrag zur Gewaltprävention zu leisten. Überdies gehört „die aufmerksame, kompetente und wirksame Intervention zur Bewältigung und Heilung von Gewaltauswirkungen essenziell zum Aufgabengebiet der Medizin und aller Heilbehandlungen. Sie [die Leistungserbringer] sind zur Bemühung verpflichtet, Krankheitsursachen zu erkennen, um das, was in ihrer Macht steht, zur Heilung beizutragen" (Hagemann-White et al. 2003).

Eine Intervention im Rahmen der medizinischen Versorgung ist unter bestimmten Voraussetzungen also möglich. Dazu bedarf es entsprechender Interventionsschulungen (siehe Fortbildungsangebote im Anhang) und einer Vernetzung mit Opferschutzeinrichtungen, Polizei und Justiz.

Überblick zur Datenlage

Wie viele Frauen in Österreich häusliche Gewalt erfahren oder erfahren haben, lässt sich nur unzureichend beziffern. Bis heute fehlt eine repräsentative Untersuchung, welche die Problematik in ihrer Vielschichtigkeit und in ihrem Ausmaß erfasst. Anhaltspunkte bietet die deutsche Prävalenzstudie, deren Auswertung auf Österreich übertragbar ist (Müller et al. 2006).

Eine der wenigen österreichischen Untersuchungen, die sich mit den gesundheitlichen Folgen sexualisierter Gewalt befasst haben, ist die Multi-Center-Studie, in der die gynäkologischen Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter ermittelt wurden. Die Befragung von 1.378 Frauen wurde in elf gynäkologischen Abteilungen durchgeführt. 187 von diesen befragten Frauen (13,6 Prozent) erlitten sexuellen Missbrauch in unterschiedlicher Ausprägung (mit Körperkontakt, Penetration, mit körperlicher Gewalt). Das Durchschnittsalter beim ersten Missbrauch lag bei zwölf Jahren. Bei allen Gewaltopfern zeigten sich gynäkologische Langzeitfolgen wie Menstruationsstörungen, Unterbauchschmerzen, vaginaler Ausfluss, vaginale und Eierstockentzündungen etc. (Wimmer-Puchinger et al. 1997).

Folgekosten in der Gesundheitsversorgung

Die Berechnung von Kosten aufgrund häuslicher Gewalt gestaltet sich äußerst schwierig. Kaum messbar sind individuelle Erfahrungen wie Leid, Schmerz, Verlust an Lebensfreude und Lebenszeit. Auf der volkswirtschaftlichen Ebene schlagen sich Kosten im sozialen und juristischen Bereich sowie im Bildungs- und Gesundheitssektor zu Buche (Brzank, 2009; RKI 2009).

Internationale Kostenermittlungsversuche, die sich mit direkten und indirekten Kosten in der Gesundheitsversorgung beschäftigen, ergeben folgendes Bild:

- Die finnische Studie beziffert die Kosten allein für die Gesundheitsversorgung mit rund 6,8 Mio. Euro pro Jahr (Piispa, Heiskanen 2001). Als Berechnungsgrundlage sind Zahlen jener Frauen, die Hilfseinrichtungen aufsuchten, herangezogen worden. Aufgrund der Tatsache, dass nur wenige Frauen Hilfe von außen in Anspruch nehmen, ist davon auszugehen, dass die Zahlen weitaus höher sind.
- Eine US-Studie schätzt die direkten Kosten von Gewalt im Gesundheitssektor auf 3,4 Mrd. Euro (NCIPC 2003).
- Die vergleichende Kostenermittlungsstudie aus Österreich legt die jährlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt unter Einbeziehung der Kosten für Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe etc. auf rund 78 Mio. Euro fest. Mit allen wirtschaftlichen Folgekosten könnten bis zu 5,3 Milliarden Euro pro Jahr entstehen. Allein für den Gesundheitssektor belaufen sich die Kosten für ärztliche Versorgung, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und Psychotherapie auf knapp 14 Mio. Euro jährlich. Als Berechnungsgrundlage dienen die Daten der deutschen Prävalenzstudie (Haller et al. 2006).

Alle Untersuchungen weisen auf die hohen Belastungen im Gesundheitswesen infolge häuslicher Gewalt hin. Dabei ist mit sprunghaft steigenden Folgekosten zu rechnen, wenn nicht nur die akute Versorgung von Verletzungen, sondern auch die Folgen chronifizierter Gewalt berücksichtigt werden.

Im Umkehrschluss können ein frühes Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und eine adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen im Gesundheitswesen führen (Wisner et al. 1999, Kavemann 2000).

Erkennen von Gewalt

Anzeichen gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden

Praxen und Krankenhäuser werden häufig von gewaltbetroffenen Frauen auf der Suche nach Hilfe kontaktiert. Die Diagnostik und Beratung bestimmen ganz wesentlich das weitere Geschehen, sowohl die forensisch relevante Aufklärung einer Gewalttat wie auch die konkrete Unterstützung in einer Notsituation.

Neben den für Anamnese und Diagnostik relevanten Indikatoren gibt es Verhaltensweisen von Patientinnen und Begleitpersonen, die einen Gewalthintergrund vermuten lassen.

- Patientin wirkt ängstlich, verschüchtert, meidet Blickkontakt
- Patientin versucht Verletzungen zu verdecken oder herunterzuspielen
- Erklärungen zum Entstehen der Verletzung stimmen nicht mit Art und Lage der Verletzung überein. Erklärungen sind lückenhaft und/oder widersprüchlich
- Begleitung durch überfürsorglichen oder aggressiven Partner, der darauf besteht, in der Nähe der Frau zu bleiben, oder die Fragen an ihrer Stelle beantwortet
- Der begleitende Partner ist verletzt, insbesondere an den Händen oder im Gesicht
- Verschleppte Termine, unerklärlicher Zeitraum zwischen Verletzung und dem Aufsuchen medizinischer Hilfe
- Wiederholte Besuche wegen verschiedenartiger multipler Beschwerden
- Besuch von Notfallambulanzen und Unfallstationen erfolgt nachts, am Wochenende bzw. außerhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen

Die genannten Symptome und Auffälligkeiten können mögliche Indizien von aktueller oder zurückliegender Gewalt sein, müssen aber nicht in jedem Fall mit häuslicher Gewalt in Zusammenhang stehen. Allerdings erhöht das Auftreten mehrerer körperlicher und psychischer Symptome die Wahrscheinlichkeit einer Gewalttat.

Da viele Frauen und Mädchen nicht einmalig, sondern regelmäßig misshandelt werden, sind oft mehrere körperliche Indikatoren diagnostizierbar. Häufig sind multiple Verletzungsformen in unterschiedlicher Schwere in unterschiedlichen Heilungsstadien erkennbar, z. B. Hämatome durch Schläge, verheilte Bisswunden, Kratzspuren im Gesicht, ausgerissene Haare oder Narben von Verbrennungen.

Zudem gibt es Partner, die ihre Frauen bewusst an Körperstellen misshandeln, die für außenstehende Personen nicht sichtbar sind oder von den Opfern durch entsprechende Kleidung (Rollkragenpullover, Langarmshirt etc.) oder ein Überschminken mit Make-up verdeckt werden. Darunter fallen Schläge auf den Hinterkopf oder Rücken, Verbrennungen an den Oberarmen, Bisse in Oberschenkel etc.

Aus Scham verschweigen viele Frauen die wahren Ursachen ihrer Verletzungen oder nennen bei gewaltbedingten Symptomen angebliche „Haushaltsunfälle" als Ursache.

Körperliche Verletzungen sind ziemlich eindeutig zu identifizieren und erleichtern dadurch das Fragen nach den Verletzungsgründen. Weitaus schwieriger gestaltet sich das Erkennen von häuslicher Gewalt bei Beschwerden.

Psychische und psychosomatische Beschwerdebilder

Nach Misshandlungen vergeht oft lange Zeit, ehe die Opfer in medizinischen Einrichtungen nach Hilfe suchen. Liegen somatische Beschwerden, psychosomatische und psychische Erkrankungen vor, ist es schwierig, die häusliche Gewalt als mögliche Ursache oder als Einflussfaktor zu erkennen. Bei folgenden psychischen und psychosomatischen Symptomen könnten Gewalterfahrungen eine Rolle spielen:

- Angst, Panikattacken, Verfolgungsängste
- Übermäßige Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit
- Unruhezustände, Nervosität
- Schlaflosigkeit, Albträume
- Verzweiflung, Resignation, Niedergeschlagenheit
- Ohnmachtsgefühle, Machtlosigkeit
- Erinnerungslücken

Daneben können verzögert oder längerfristig weitere psychische und psychosomatische Symptome auftreten, die mit dem Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl einhergehen:

- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTDS)
- Substanzmissbrauch
- Depression
- Suizidgedanken, Suizidversuche
- Selbstverletzendes Verhalten

Misshandlungen führen häufig zu stressbedingten Beschwerdebildern und chronischen Erkrankungen. Deshalb sollte Gewalt als mögliche Ursache von Verletzungen, Stresssymptomen oder als Einflussfaktor darauf immer mitgedacht werden.

Anzeichen im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe

Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens ist bei misshandelten Frauen um ein Vielfaches höher als bei Frauen ohne Gewalterfahrung. Besonders belastet sind Frauen, die physischer und sexualisierter Gewalt durch den Partner ausgesetzt sind. Für Frauen, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erlitten haben, besteht die Gefahr, dass sie im Erwachsenenalter erneut Opfer von Gewalttaten werden. Daher sind Gynäkolog/innen, Hebammen und Pflegekräfte sowohl mit akuten Vergewaltigungen als auch mit den gesundheitlichen Auswirkungen von sexualisierter Gewalt, der ihre Patientinnen in der Vergangenheit ausgesetzt waren, konfrontiert. Bei folgenden Beschwerdebildern könnte Gewalterfahrung eine Rolle spielen:

- Schmerzen bei Vaginaluntersuchung
- Verletzungen von Brust-, Unterleib, Genitalbereich
- Diffuse Unterleibs- und Bauchbeschwerden ohne organische Ursache
- Vaginale, anale Entzündungen
- Starke Blutungen, Zyklusstörungen
- Sexuelle Probleme, Infertilität

In der Schwangerschaft besteht statistisch erhöht die Gefahr, dass ein potenziell gewalttätiger Mann seine Frau schlägt, und infolgedessen eines erhöhten Risikos einer Fehl- oder Frühgeburt (Schmuel et al. 1998). Belegt sind zudem durch Gewalt verur-

sachte Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen.

Deshalb ist bei folgenden Merkmalen immer ein möglicher Gewaltzusammenhang in Erwägung zu ziehen:

- Schwangerschaftskomplikationen
- Früh-, Fehl- oder Totgeburten
- Blutungen im ersten und zweiten Trimester der Schwangerschaft
- Geringes Geburtsgewicht des Säuglings
- Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft
- Verspätete oder gar keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

Aspekte des Gesundheitsverhaltens

Frauen in Gewaltbeziehungen weisen häufiger Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen auf. Folgerichtig nehmen sie öfters medizinische Leistungen in Anspruch. Andererseits ist in dieser Gruppe die Compliance in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten oder das Befolgen von therapeutischen Anweisungen, Behandlungs- und Therapieplänen eher gering.

Deutliche Warnsignale – Red Flags

Es ist davon auszugehen, dass unter den Patientinnen, die Krankenhaus und Praxis aufsuchen, auch Frauen und Mädchen sind, die Misshandlungen aktuell ausgesetzt sind oder zu einem früheren Zeitpunkt ausgesetzt waren. Da die Mitarbeiter/innen in Gesundheitsberufen häufig die ersten Ansprechpartner für die Opfer auf der Suche nach Hilfe sind, ist sowohl die richtige Diagnostik wie auch die Beratung ausschlaggebend für das weitere Geschehen, nämlich die forensische Aufklärung einer Gewalttat wie auch die konkrete Unterstützung in einer Notsituation. Erhalten misshandelte Frauen keine adäquate und effektive Hilfe, kann dies nicht nur ihre Gesundheit, sondern auch ihr Leben gefährden.

Körperliche Gewalt wird im Allgemeinen am ehesten als solche wahrgenommen, wenn die Verletzungen und Verletzungsfolgen deutlich sichtbar sind. Situationen oder Anzeichen, bei denen das ärztliche und pflegerische Personal auf jeden Fall besonders aufmerksam reagieren sollte, werden im englischsprachigen Raum „red flags", Alarmzeichen genannt:

Red Flags

- Chronische Beschwerden, die keine offensichtliche physische Ursachen haben
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung ihres Entstehens übereinstimmen
- Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien
- Partner, der übermäßig aufmerksam ist, kontrolliert und sich weigert von der Seite der Frau zu weichen
- Physische Verletzungen während der Schwangerschaft
- Spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge
- Häufige Fehlgeburten
- Häufige Suizidversuche und -gedanken

- Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung
- Chronische reizbare Darmstörungen und chronische Beckenschmerzen

Quelle: Hagemann-White und Bohne 2003

Das Erkennen der Indikatoren und der sogenannten „Red Flags" als Warnsignale für erlittene Gewalt ist der erste Schritt zu einer erfolgreichen Diagnose. Treten mehrere Red Flags gleichzeitig auf, ist erhöhte Aufmerksamkeit gefordert bzw. besteht Handlungsbedarf.

Gesprächsführung, Beratung und Intervention

Anlaufstelle Krankenhaus und Praxis

Viele Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt durch ihren (ehemaligen) Lebenspartner sind, schämen sich dafür. Häufig fühlen sie sich sogar (mit-)schuldig an den Gewalttaten des Partners und haben verinnerlicht, dass Beziehungen „reine Privatsache" sind. Abhängigkeiten in finanzieller und emotionaler Hinsicht, Angst vor nachfolgenden Racheakten sowie ein geschwächtes Selbstwertgefühl sind einige der Gründe, weshalb es den Frauen schwer fällt, Vertrauen zu Außenstehenden aufzubauen. Deshalb geben sie oftmals falsche Erklärungen über die Ursachen ihrer Verletzungen oder Krankheitssymptome ab und bauen eine Mauer des Schweigens auf.

Nicht nur Patientinnen haben Angst, die Gewaltproblematik anzusprechen. Ärzt/innen fragen nur in Ausnahmefällen nach, ob Verletzungen und Beschwerden der Frauen durch deren Ehemann oder Lebenspartner herbeigeführt worden sind. Hinter diesem Schweigen versteckt sich oftmals eine weit verbreitete Unsicherheit hinsichtlicht der „Gewaltdiagnose", aber auch die Befürchtung, dass über die medizinische (Not)Versorgung hinaus keine weitere Hilfe möglich ist. Die Verantwortung für das Ansprechen von Gewalt haben aber nicht allein die Betroffenen. „Frauen nicht auf den Gewalthintergrund anzusprechen, bedeutet, sie mit den Gewalterfahrungen allein zu lassen, die Gewalt letztlich zu bagatellisieren und die Frauen darin zu bestätigen, dass Gewalt etwas Beschämendes ist." (Fachstelle für Gleichstellung. Frauenklinik Maternité 2007)

Wie aus verschiedenen Studien bekannt ist, empfinden viele Frauen oft Erleichterung, wenn sie vorsichtig und gezielt befragt werden (Pflichta et al. 2001). Das Benennen und Anerkennen der Ursachen ihrer Verletzungen und Beschwerden entlastet sie. Diejenigen, die (noch) nicht bereit sind, über ihre Gewalterfahrungen von sich aus zu reden, können durch die Frage nach Gewalt zur Gesprächsbereitschaft ermutigt werden. Deshalb ist es im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen besonders wichtig, wiederholt Gesprächsbereitschaft von Seiten des medizinischen Personals zu signalisieren. Auch im Wartezimmer ausgelegtes Informationsmaterial vermittelt Offenheit für das Thema.

Entscheidend sind die Art der Ansprache und die Gesprächsführung, damit das Gespräch als Unterstützung gewertet wird. Verständnis, Wertschätzung und Geduld den Frauen gegenüber sind unabdingbare Voraussetzungen. Wichtig ist auch die Haltung, Gewalt als Unrecht zu verurteilen und den Opfern keinerlei Mitschuld zuzuordnen. Nur in einer ruhigen und vorurteilsfreien Atmosphäre besteht die Chance, dass sich betroffene Frauen und Mädchen den behandelnden Ärzt/innen, den Pflegepersonen u. a. anvertrauen und so den Kreislauf von Isolation und Geheimhaltung durchbrechen. Im ärztlichen Gespräch sind also Weichenstellungen für weitere Unterstützung möglich.

Bei der Behandlung gewaltbetroffener Frauen ist es oberste Maxime, jede weitere Gefährdung zu vermeiden. Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass Opfer, die ihre Gewalterlebnisse öffentlich machen, bereits einer weiteren Gefahr ausgesetzt sind. Schon bei dem Verdacht auf erlittene Gewalt ist daher erhöhte Aufmerksamkeit geboten.

Ziel jedes Gespräches über häusliche Gewalttaten muss sein, die Patientin zu entlasten und ihren Schutz und ihre Sicherheit zu erhöhen.

Ansprechen der Patientinnen

Persönliche Äußerungen der Patientin sowie das Wahrnehmen von Indikatoren – den sogenannten Red Flags – begründen den Verdacht, dass eine Patientin von häuslicher Gewalt betroffen ist. In diesen Fällen ist immer ein sorgfältiges Vorgehen geboten. Von der richtigen Ansprache und Gesprächsführung sowie einer ungestörten Gesprächsatmosphäre ist abhängig, ob die betroffene Frau die Intervention als hilfreich erlebt.

Für den Fall, dass die Patientin in Begleitung eines Partners kommt, der ihr nicht von der Seite weicht, ist es dringend erforderlich eine „sichere" Gesprächssituation zu schaffen. Als räumliche Alternativen bieten sich der Röntgenraum, Labor etc. an, wo Arzt/Ärztin und Pflegeperson alleine und ungestört mit der betroffenen Frau sprechen können. Bei diesem Gespräch muss die Ablehnung gegen jede Form von Gewalt deutlich gemacht und zugleich der Patientin jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt Hilfe und Unterstützung angeboten werden.

Grundsätzlich erfordert es viel Mut, eine Patientin auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen. Mut benötigt auch die Patientin, um sich zu öffnen. Es empfiehlt sich, mit eher allgemeinen Aussagen und Fragen, Gewalt als Ursache verschiedener gesundheitlicher Beschwerden darzustellen und damit zu vermitteln, dass das Wissen um Gewalt für die Behandlung und Pflege von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Beispielsätze

„Viele Frauen erleben Gewalt von einer nahestehenden Person. War das bei Ihnen auch schon einmal der Fall?"

„Ihre Beschwerden können Ausdruck von Belastungen sein. Viele Frauen erleiden körperliche, seelische und sexuelle Verletzungen, die auch ihre Gesundheit beeinträchtigen. Ist das bei Ihnen möglicherweise auch der Fall?"

„Belastet Sie etwas? Ich habe das Gefühl, dass Sie unter Druck stehen?"

„Was ist genau passiert? Macht Ihnen etwas Angst oder bedrückt Sie etwas?"

„Wir wissen, dass viele Frauen in ihrer Familie Gewalt erleben. Körperliche, sexuelle und psychische Gewalt, aber auch Abwertung und Einschränkung in der Freiheit gehören leider zum Leben vieler unserer Patientinnen. Deshalb fragen wir alle unsere Patientinnen danach: Wurden oder werden Sie von einer nahe stehenden Person verletzt, bedroht oder gedemütigt?"

„Ich sehe, Sie haben Verletzungen. Hat Sie jemand geschlagen, getreten oder gestoßen? Wer?"

Quelle: Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachen 2004

Handelt es sich um eine langjährige Patientin, bei der eine Veränderung auffällt, ist es ratsam diese Beobachtung direkt anzusprechen. Desgleichen ist es ratsam auf widersprüchliche Angaben seitens der Patientin einzugehen und Vermutungen zu konkretisieren.

Beispielsätze

„Sie haben sich in der letzen Zeit verändert (zurückgezogen, wirken gehemmt, aufgewühlt), woher kommt diese Veränderung?"

„Sie erklären mir, dass ihre Verletzung von einem Treppensturz herrührt. Das Verletzungsbild sagt mir aber, dass das nicht sein kann (ggf. erklären wieso). Ich kenne Frauen, die ähnliche Verletzungen haben und die von einer nahe stehenden Person geschlagen wurden. Kennen Sie das eventuell auch?"

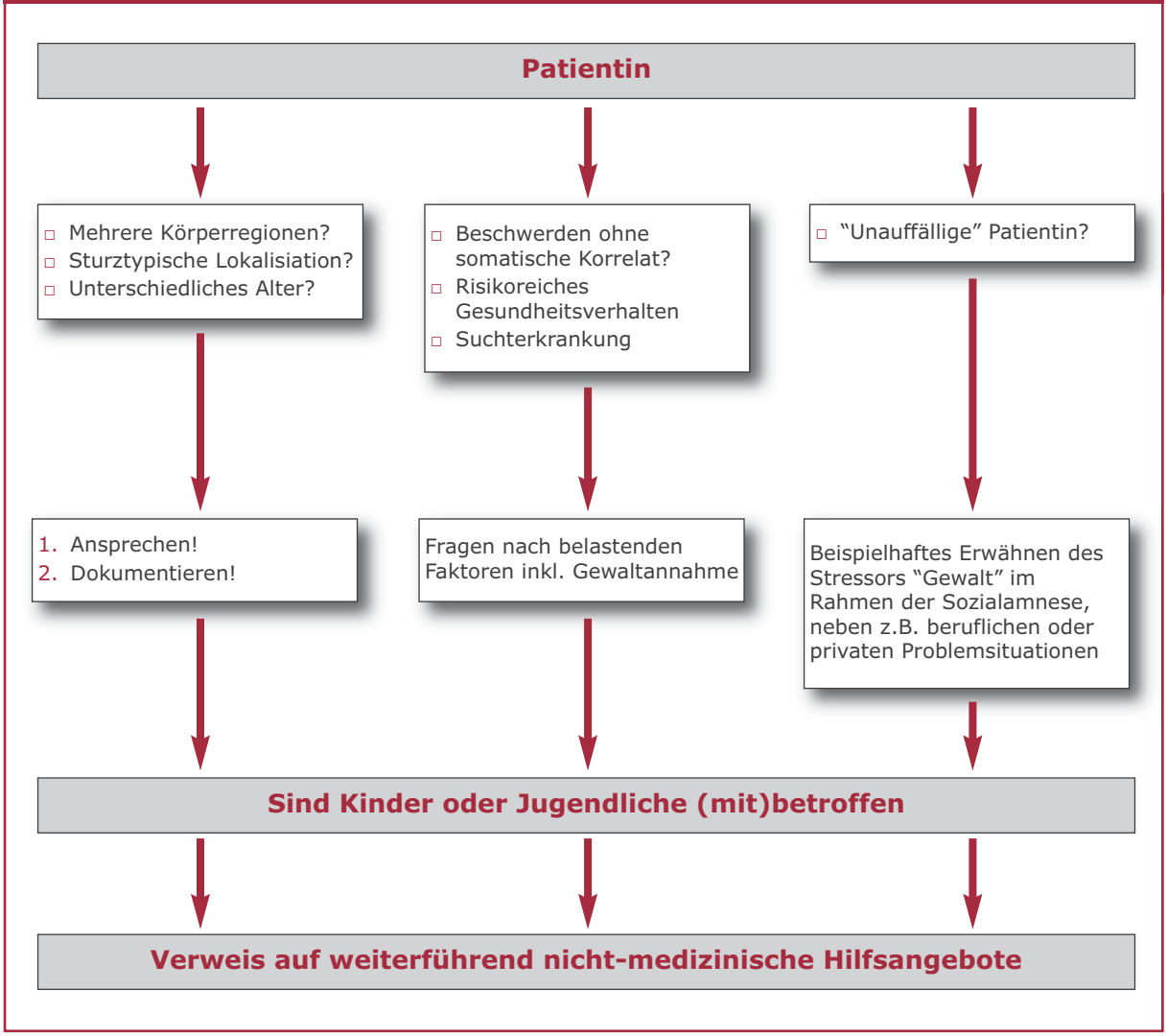
Quelle: Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachen 2004

Nicht jede Patientin will und kann über ihre Gewalterlebnisse sprechen. Es bleibt immer die Entscheidung der einzelnen Frau, wann der richtige Zeitpunkt für ein Gespräch über Gewalt gekommen ist. Wichtig ist es in jedem Fall, die jeweilige Entscheidung zu respektieren.

Wenn die Patientin nicht auf das Gesprächsangebot eingehen möchte, sollte auf die grundsätzliche Gesprächsbereitschaft (auch zu einem späteren Zeitpunkt) und auf das entsprechende Informationsmaterial hingewiesen werden.

Die nachfolgende Graphik gibt einen Überblick, bei welchen Patientinnengruppen und wie die/der behandelnde Ärztin/Arzt das Thema Gewalt ansprechen sollte.

Abbildung 3: Gewaltbetroffene Frauen in der ärztlichen Sprechstunde



Quelle: Ärztekammer Hamburg, Leitfaden „Häusliche Gewalt", 2006

Führen von Gesprächen

Einige Frauen sprechen von sich aus über die Gewalttaten, weil sie nicht mehr schweigen wollen, andere Frauen gehen auf das Gesprächsangebot ein. In beiden Fällen müssen Ärzt/innen und Pflegepersonen die Grundregeln der Gesprächsführung beachten:

Grundsätzlich muss jede gewaltbetroffene Patientin ernst genommen werden. Dazu gehört auch, dass Schilderungen, die auf den ersten Blick widersprüchlich, unlogisch und nicht nachvollziehbar erscheinen, geglaubt werden. Viele Opfer sind traumatisiert und kaum in der Lage, erlebte Gewalt chronologisch zu schildern; vielmehr neigen sie dazu, diese zu bagatellisieren oder scheinbar teilnahmslos zu erzählen. Dieses Verhalten gilt es als Überlebensstrategie der Betroffenen einzustufen.

Gewaltbetroffene Patientinnen benötigen Wertschätzung und Verständnis in dieser schwierigen Situation. Ob Frauen über die erlebten Misshandlungen sprechen, hängt nicht zuletzt von der Behutsamkeit und der Ermutigung zum Gespräch ab.

Beispielsätze

„Ich weiß (merke), dass Sie sich in einer schwierigen Situation befinden und Ihnen dieses Gespräch nicht leicht fällt. Das ist ganz normal und geht vielen gewaltbetroffenen Frauen so. Ich denke aber, dass es Ihnen helfen kann, wenn Sie darüber reden. Ich stelle Ihnen deshalb jetzt einige ganz konkrete Fragen:

Hat Sie jemand geschlagen, getreten oder gestoßen? Wer?

Wurden Sie auch früher schon geschlagen?

Wie häufig kam oder kommt das vor?"

„Was ist im Bereich der Sexualität? Hat ihr Partner Sie da auch schon zu etwas gezwungen, das Sie eigentlich gar nicht wollten?"

„Ich sehe, es fällt Ihnen schwer über das Erlebte zu reden. Ich verstehe das sehr gut. Andere Frauen, die in ähnlichen Situationen sind, beschrieben das folgendermaßen ... Erleben Sie das ähnlich?"

Quelle: Fachstelle für Gleichstellung, Frauenklinik Maternité, 2007

Wichtig ist, dass den Frauen nicht schnelles Handeln oder eine „naheliegende" Lösung aufgedrängt wird. Das Tempo und die Entscheidungsfindung ist den Betroffenen zu überlassen. Für gewöhnlich droht der Gewalttäter mit Racheakten, sollte die Frau mit ihrer Gewalterfahrung an die Öffentlichkeit gehen. Aus Angst vor Racheakten schweigen die Opfer bzw. fassen nur sehr langsam Vertrauen. Vorschnelle Ratschläge bzw. ein aufgedrängter Fremdentscheid sind fehl am Platz, vielmehr sind Geduld und Respekt in diesen belastenden Situationen gefragt.

Das Wissen um die ärztliche Schweigepflicht gegenüber der Patientin und ihrem sozialen Umfeld vermittelt Sicherheit. Schließlich dürfen Informationen an Dritte nur mit Einverständnis der Patientinnen weitergeben werden. Das gilt auch für Informationen an Familienmitglieder. Über diese Schweigeverpflichtung sollten Betroffene zu Gesprächsbeginn immer in Kenntnis gesetzt werden.

Im Gespräch gilt es, immer die Gewalttat, nicht aber den gewalttätigen Partner zu verurteilen. Dazu gehört, die Patientin darin zu bestärken, dass es für Gewalt keinerlei Rechtfertigung gibt, außer in Fällen von Notwehr. Abfällige Bemerkungen über den Misshandler können einerseits bewirken, dass die Patientin sich schuldig fühlt, es schon so lange in einer Gewaltbeziehung auszuhalten und andererseits dazu führen, dass sie ihren Partner sogar in Schutz nimmt (Stockholm-Syndrom). Stattdessen sollten Frauen bestärkt werden, frauenspezifische Beratungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Im Rahmen der Behandlung sind Fragen an die Patientinnen durchaus sinnvoll, da sie Interesse signalisieren. Auf der anderen Seite ist darauf zu achten, dass Frauen bei ihren Schilderungen nicht der Gefahr ausgesetzt sind, von der Erinnerungsflut überwältigt zu werden, was eine Retraumatisierung bedeuten kann.

In diesen Fällen sind die Schilderungen zu unterbrechen und Frauen auf weitere therapeutische Hilfsangebote hinzuweisen.

Da gewaltbetroffene Frauen oftmals von Informationen abgeschnitten sind, kann eine Behandlung dazu genutzt werden, Patientinnen Informationen zu vermitteln. Aufklärung über die Zusammenhänge von Gewaltmechanismen und den gesundheitlichen Beschwerden und Symptomen sind dabei von zentraler Bedeutung.

Auch gewaltbetroffene Patientinnen verfügen über „verschüttete" Stärken und Möglichkeiten. Diese Ressourcen können durch Fragen wieder ins Bewusstsein gerückt und mobilisiert werden. Die Mobilisierung eigener Ressourcen stellt deshalb einen wichtigen Schlüssel zur Stabilisierung betroffener Frauen dar (Arbeitskreis häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachen, 2004; Bildungsstelle Häusliche Gewalt Luzern, 2005).

Abklärung der Schutzbedürfnisse

Die Gefahr einer Gewalteskalation steigt besonders dann, wenn sich die Frau vom Gewaltausübenden trennt. Das Ziel jeder Intervention ist, Schutz und Sicherheit der Patientin zu garantieren. Für das Arzt-Patientin-Gespräch bedarf es eines störungsfreien, sicheren Raumes im Krankenhaus bzw. in der Arztpraxis.

Im direkten Gespräch sind Fragen nach dem aktuellen Schutzbedürfnis der Patientin wichtig. Herauszufinden ist, ob die Patientin Angst hat, nach Hause zurückzukehren. Wird sie weiter bedroht? Sind ihre Kinder in Sicherheit und versorgt? Braucht sie eine sichere Unterkunft bei Freunden, Verwandten oder im Frauenhaus? Aufgrund der akuten Belastung kann auch eine vorübergehende stationäre Aufnahme in Erwägung gezogen werden, um der Patientin kurzfristig Zeit und Ruhe für weitere Überlegungen und Schritte zu geben.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass die gewaltbetroffene Frau ihre Situation selbst am besten einschätzen kann. Die Aufklärung über Schutzmöglichkeiten sollte durch Ärztin/Arzt, Pflegepersonal oder andere Gesundheitsfachberufe erfolgen. Immer sollte die Entscheidung der Frau respektiert werden.

Mit Frauen, die nach Hause zurückgehen wollen, sind weiterführende Schutzmöglichkeiten abzuklären. Sie benötigen Kontaktadressen, an die sie sich im Notfall wenden können, Hinweise, wie sie sich auf eine spätere Flucht vorbereiten, wo sie persönliche Unterlagen oder einen Schlüssel deponieren können.

Hilfreich sind auch Informationen über das Gewaltschutzgesetz und die Möglichkeit einer Wegweisung gewalttätiger Männer. Hierzu muss allerdings die Polizei eingeschaltet werden.

Alle diese Möglichkeiten und ggf. ein Sicherheitsplan müssen mit der Patientin besprochen werden. Auch ein Wiederbestellen der Patientin kann sinnvoll sein. Um den Gefährdungsgrad richtig einschätzen zu können, sind folgende Fragen relevant:

Fragen zu Hinweisen auf eine erhöhte Gefährdung

- Sind die Gewalttätigkeiten in der letzen Zeit häufiger oder schwerwiegender geworden?
- Hatten Sie Gedanken an Selbstmord oder haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch unternommen?
- Hat Ihr Partner gedroht, Ihnen, den Kindern, sich selbst oder einem Haustier etwas anzutun?
- Wie verhält sich Ihr Partner, wenn er alkoholisiert ist oder Drogen genommen hat?
- Gibt es Waffen in Ihrem Haushalt?

Quelle: Hellbernd, Brzank, Wieners, 2003

Interventionsempfehlungen

Ärzt/innen, Hebammen und Pflegekräfte, die für die Problematik der Gewalt gegen Frauen entsprechend sensibilisiert und mit dem nötigen Wissen und Informationen ausgestattet sind, verfügen über eine gewisse Handlungssicherheit. Bei einer entsprechenden Bereitschaft zur Auseinandersetzung können präventive und intervenierende Schritte gesetzt werden, wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht.

Abbildung 4: Verhalten von Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal, das die gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen unterstützt

Quelle: The Medical Power und Control Wheel, bearbeitet von Hellbernd und Wieners, 2004

In einigen Fällen benötigen die Patientinnen eine weitergehende psychosoziale Beratung und Unterstützung oder dringend einen sicheren Aufenthaltsort. Nur wenige Betroffene kennen die regionalen Beratungsstellen und Zufluchtsstätten. Dieses Wissen können Ärzt/innen, Pflegepersonen und andere Gesundheitsfachkräfte vermitteln.

In einigen Krankenanstalten gibt es bereits sogenannte „Opferschutzgruppen" (z. B. Wilhelminenspital und Donauspital, Wien). Diesen institutionalisierten Einrichtungen obliegt die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen. Bei einer Verdachtsdiagnose sind die Opferschutzeinrichtungen direkt zu verständigen. Die Opferschutzgruppen erheben ihrerseits entsprechende Fakten, Symptome und Befunde und empfehlen entsprechende Schritte und Maßnahmen.

Weiterverweis an Beratungs- und Hilfsangebote

Wenn keine „Opferschutzgruppe" im Krankenanstalten zur Verfügung steht, ist es wichtig, die Patientinnen auf das regionale Unterstützungsangebot hinzuweisen und ihnen dann geeignete Informationsmaterialien mit den wichtigen Rufnummern kommunaler Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen auszuhändigen. Hierbei sind kleinere Formate wie eine Chipkarte, Faltblättchen etc. zu bevorzugen, damit die Patientinnen diese Informationen unauffällig in die Geldbörse oder in die Hosentasche stecken können, um sie vor dem gewalttätigen Partner zu verbergen.

Unterstützend ist auch das Angebot seitens der/des behandelnden Ärztin/Arztes den telefonischen Erstkontakt herzustellen und damit der Patientin die Möglichkeit einzuräumen, von der Station bzw. der Praxis aus zu telefonieren. Dadurch wird die Patientin entlastet und die Hemmschwelle der Kontaktaufnahme wird gesenkt bzw. überwunden. Die Weitervermittlung an geeignete Einrichtungen entlastet die Gesundheitsfachkräfte bei der Unterstützung gewaltbetroffener Frauen und bietet gleichzeitig den Vertreter/innen der Unterstützungseinrichtungen die Möglichkeit zur (anonymen) Beratung und für ein weiteres Handeln.

Im persönlichen Gespräch soll auf die verschiedenen Angebote der Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen hingewiesen und bestehende Barrieren und Ängste der Frauen thematisiert werden. Viele Beratungsstellen sind nur zu bestimmten Öffnungszeiten erreichbar, was den Ratsuchenden mitgeteilt werden sollte. Nähere Informationen und Kontaktadressen sind dem Anhang zu entnehmen, der die Einrichtungen nach Bundesländern und Kategorien ordnet. Österreichweit gibt es ein gut ausgebautes Unterstützungsnetz für gewaltbetroffene Frauen und für gewalttätige Männer. Für die Mitarbeiter/innen des Gesundheitssystems gehen diese aufgezeigten Interventionsschritte mit einem erhöhten Arbeitsaufwand und einer zusätzlichen persönlichen Belastung einher. Allein die Darstellungen der Misshandlungen und häufige Ablehnung von angebotenen Hilfen können zu Frustrationen führen. Zu beachten ist allerdings, dass es viele Motive seitens der Patientinnen gibt, die deren Verhalten erklären – und vor allem, dass Lösungsprozesse häufig ein langwieriger Weg sind. Umso mehr gilt, dass die Entscheidung des Opfers immer respektiert werden muss. Bei einer ablehnenden Haltung sollte den Frauen signalisiert werden, dass sie sich jederzeit melden können.

Bereitstellung von Informationsmaterial

Für gewöhnlich fehlt gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen ein tragfähiges soziales Netzwerk, auf das sie sich stützen können. Die meisten fühlen sich alleingelassen und selbst für die Gewaltproblematik verantwortlich. Bedingt durch die soziale Isolation ist auch der Zugang zu den relevanten Informationen versperrt. Betroffene Frauen kennen weder ihre Rechte noch die Unterstützungsangebote.

Deshalb ist es umso wichtiger, dass in Krankenhäusern und in Arztpraxen den Patientinnen dieses Wissen zur Verfügung gestellt wird. Informationen über grundlegende Rechte und Hilfsangebote sowie das Aufzeigen, dass häusliche Gewalt keine Privatsache ist, können betroffene Frauen dahingehend unterstützen, erste Schritte zu unternehmen. Die meisten Beratungsstellen verfügen über mehrsprachige Informationsbroschüren, so dass auch Migrantinnen die Informationen zugänglich sind.

In Wartezimmer und Station ausgelegtes Informationsmaterial (z. B. Plakate, Folder, Broschüren, Handzettel) signalisiert, dass es Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit der Gewaltproblematik gibt. Dieses niederschwellige Informationsangebot erleich-

tert den Betroffenen den ersten Schritt, sich entweder direkt an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt zu wenden oder vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einer spezialisierten Beratungseinrichtung in Kontakt zu treten. Wann der richtige Zeitpunkt dafür gekommen ist, entscheidet die Patientin selbst. Informationsmaterialien können bei den jeweiligen Institutionen, Einrichtungen und Organisationen angefordert und normalerweise kostenlos bezogen werden (siehe Kontaktadressen im Anhang)

Zusammenfassung - Tipps für die Gesprächsführung

- Gesundheitliche Störungen von Frauen können Folgen erlittener Gewalt sein. Eine eindeutige Kausalität ist nicht immer herzustellen. Sie sollten Gewalt grundsätzlich als mögliche Krankheitsursache in Betracht ziehen.
- Signalisieren Sie bei Verdacht auf Gewalt immer wieder Offenheit für das Thema und Gesprächsbereitschaft – auch wenn Ihre Patientin zunächst nicht darauf eingeht. Erwähnen Sie etwa, wie verbreitet Gewalt im häuslichen Bereich ist.
- Will der Partner Ihre Patientin stets zur Untersuchung begleiten, schaffen Sie Situationen, in denen Sie mit ihrer Patientin alleine sind (Röntgen, etc.).
- Hören Sie Ihrer Patientin zunächst einfach zu, wenn manches auf den ersten Blick unverständlich oder unlogisch erscheint. Zeigen Sie Mitgefühl; bewerten Sie möglichst nicht.
- Unterbrechen Sie ausführliche Detailschilderungen: Es besteht die Gefahr von Erinnerungsüberflutungen. Ein kurzes Benennen, worum es geht, reicht aus.
- Vermitteln Sie Ihrer Patientin, dass ihre Symptome „gesunde" Reaktionen sind auf extreme Erfahrungen, was erlebte Gewalt immer bedeutet.
- Wirken Sie allen Maßnahmen entgegen, die eine Pathologisierung der Patientin bewirken könnten.
- Vorsicht vor Psychopharmaka: Sie beeinträchtigen möglicherweise die Handlungsfähigkeit ihrer Patientin in häuslichen Gewaltsituationen.
- Besprechen Sie mit der Patientin jeden Untersuchungsschritt vorher genau, um eine erneute Grenzverletzung zu vermeiden.
- Prüfen und dokumentieren Sie Verletzungen ausführlich mit Blick auf ein mögliches Strafverfahren. Stellen Sie gegenüber der Patientin klar, warum dokumentiert wird und was mit dem Dokumentationsbogen geschieht. Wir empfehlen die Verwendung der Dokumentationsbögen im Anhang.
- Drängen Sie Ihre Patientin nicht zu schnellem Handeln oder zu vermeintlich nahe liegenden Lösungen. Gewaltbetroffene Frauen müssen in ihrem Selbstbestimmungsrecht besonders respektiert und gestärkt werden.
- Suchen Sie in keinem Fall ohne vorherige Absprache mit Ihrer Patientin Kontakt zum Täter. Sie könnten sie damit einer zusätzlichen Gefahr aussetzen.
- Ermuntern Sie Ihre Patientin, sich ihrer Ressourcen bewusst zu sein und sich im Alltag zu entlasten so gut es geht.
- Fragen Sie, ob Ihre Patientin in ihrem normalen Umfeld sicher ist und ob sie stabil genug ist, um darin zu verbleiben.
- Informieren Sie über weiterführende Hilfen in ihrer Region und ermutigen Sie Ihre Patientin, diese in Anspruch zu nehmen. Regen Sie an, dort mit Unterstützung einen Krisenplan zu entwerfen. Dazu gehört, dass die Notfallnummern auswendig gelernt werden, eine Notfalltasche gepackt werden sollte u. Ä.

Zusätzliche Punkte, die bei Migrantinnen zu beachten sind

- Zunächst ist zu klären, ob die Patientin sprachlich alles versteht oder ob ein/e neutrale/r Übersetzer/in hinzugezogen werden muss. Keinesfalls darf ein begleitender Ehemann/Partner oder ein begleitendes Familienmitglied dem Gespräch beiwohnen.
- Sollte eine „ungestörte" Gesprächssituation nicht möglich sein, sprechen Sie keinesfalls die Patientin auf ihre Gewalterfahrung an.
- Betonen Sie, dass das Gespräch und die Behandlung vertraulich sind, da Sie unter Schweigepflicht stehen und keine Informationen an Dritte weiterleiten dürfen.
- Wirken Sie Falschinformationen entgegen, indem Sie die Patientin über Ihre Rechte und ihr zur Verfügung stehende Hilfsangebote informieren. Eine Wegweisung kann unabhängig von der Nationalität des Täters oder Opfers durchgeführt werden.
- Geben Sie kein Informationsmaterial ab, wenn Sie nicht sicher sind, dass die Patientin lesen kann.
- Respektieren Sie auch andere kulturell geprägte Wert- und Moralvorstellungen, aber machen Sie darauf aufmerksam, dass häusliche Gewalt in Österreich strafbar ist.
- Berücksichtigen Sie, dass Ihre Patientin als Migrantin nicht die gleichen Wahlmöglichkeiten hat wie eine Österreicherin.
- Denken Sie daran, dass die Aufenthaltsbewilligung Ihrer Patientin eventuell an den Verbleib beim Ehemann gekoppelt ist.
- Wenn Ihre Patientin damit einverstanden ist, stellen Sie den Kontakt zu einer spezialisierten Beratungsstelle her. Die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen ist komplex und sie braucht deshalb professionelle Beratung und Unterstützung.

Quelle: Arbeitskreis häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachen, Hannover 2004; Fachstelle für Gleichstellung Frauenklinik Maternité, 2007

Befunderhebung, Dokumentation, Diagnostik und Spurensicherung

Anamnese

In Ergänzung der klinischen Anamnese ist auch eine für das Gewaltereignis spezifische Anamnese zu erheben (Müller I, 2008). Neben der Befragung zur Vorgeschichte mit Angaben über eventuelle frühere Misshandlungen ist eine möglichst genaue Beschreibung des Tatherganges wie Dauer der Gewalttat und Tatmittel (Gürtel, Haushaltsgegenstände, Messer, Schusswaffen) einschließlich der Tatzeit (Datum, Uhrzeit oder Tageszeit) erforderlich. Dabei sollte der Hergang der Misshandlung mit den „eigenen Worten" der Patientin festgehalten werden, damit die Anamnese an Authentizität gewinnt. Zu erfragen ist auch, ob die Patientin Widerstand geleistet hat.

Speziell bei **sexualisierter Gewalt** sind Vorgeschichte und Tathergang bei einem späteren Gerichtsverfahren von entscheidender Bedeutung. Deshalb ist zusätzlich zu erfragen, ob

- ein Kondom benutzt wurde,
- es zum Samenerguß gekommen ist (wohin?),
- es Speichelkontakt gegeben hat und
- vor der Untersuchung eine Reinigung stattgefunden hat.

In den Fällen, in denen die Angaben der Patientin nicht mit den Untersuchungsergebnissen übereinstimmen, gilt es auch dies zu dokumentieren.

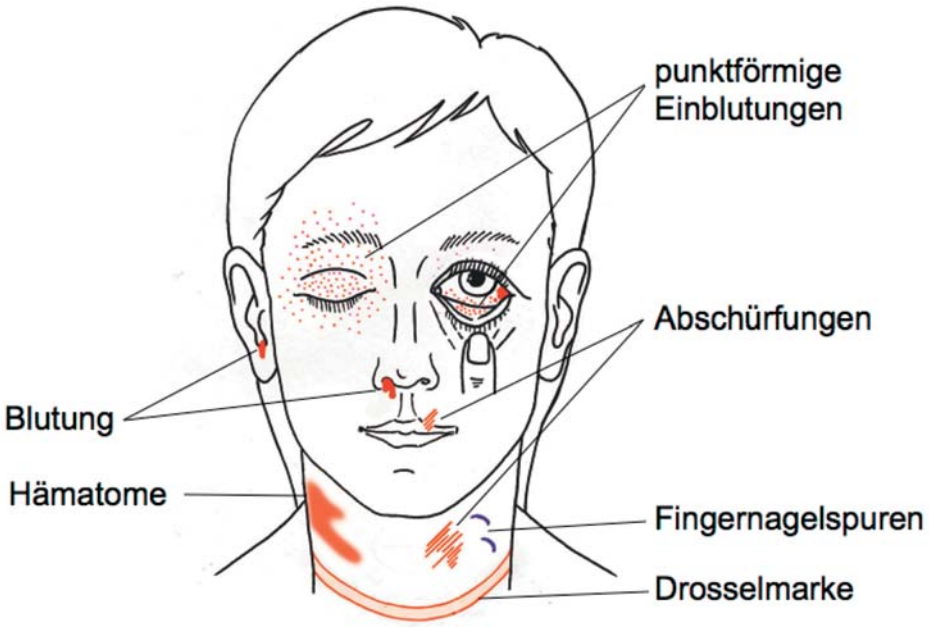
Untersuchung von Gewaltopfern

Neben sichtbaren Verletzungen und berichteten körperlichen Beschwerden geben auch das Eingangsgespräch sowie Mimik und Gestik erste Hinweise auf die erlittene Gewalt bzw. die Folgen des Traumas. Ratsam ist es vor jeder Untersuchung, auf die Wahrung von Vertraulichkeit, die ärztliche Schweigepflicht sowie die persönliche Entscheidungsfreiheit der Patientin hinzuweisen. Ablehnende oder zögerliche Entscheidungen sind immer zu akzeptieren, allerdings ist die Patientin auch auf mögliche Nachteile (z. B. Beweissicherung) aufmerksam zu machen.

Nach Zustimmung der Patientin sollte eine gründliche Ganzkörperuntersuchung erfolgen, um eventuell Misshandlungsspuren an bedeckten Körperstellen nicht zu übersehen. Grundsätzlich sollte die Untersuchung mit u. U. mehrfachem Handschuhwechsel durchgeführt werden, um die Gefahr der Übertragung und Kontamination von DNA-Spuren möglichst zu vermeiden. Schrittweise wird die Patientin um das Ablegen ihrer Kleidung gebeten. Nach Inspektion der jeweiligen Körperregion kann dann die Kleidung wieder angezogen werden, um die psychische Belastung der Patientin möglichst niedrig zu halten.

Kopf, Hals, Arme und Hände bedürfen einer besonders großen Aufmerksamkeit, weil sie nicht selten tatrelevante Spuren tragen. Gezielt zu untersuchen sind neben den offensichtlichen Verletzungsbildern auch die eher „verdeckten" Regionen wie der Nacken unter langem Haar, aber auch die Haut hinter den Ohren sowie die Mundschleimhaut.

Abbildung 5: Typische Befunde nach Strangulation im Sinne eines Drosseln oder Würgens



Quelle: M. Grassberger 2008

Bei Angriffen gegen den Hals, namentlich dem Drosseln oder Würgen, stellt sich grundsätzlich die Frage nach einem etwaigen Bewusstseinsverlust bzw. nach möglichen Symptomen (z.B. Schwindel, „schwarz werden vor den Augen", Ohrgeräusche, Sehstörungen, unbemerkter/unwillkürlicher Urin- oder Kotabgang). Überdies ist auf Kratzspuren, Hautrötungen, Unterblutungen (ggf. im Sinne von Würgemalen), Strangulationsmarken zu achten. Bei angegebener Gewalt gegen den Hals ist unbedingt auf das Vorhandensein punktförmiger Einblutungen (Petechien) als Ausdruck einer venösen Stauung zu schauen. Hierbei sind zu inspizieren:

- Augenbindehäute
- Haut der Augenlider
- Haut hinter den Ohren
- Gesichtshaut
- Mundschleimhaut

Gelegentlich finden sich auch flächenhafte Unterblutungen an den Augäpfeln.

Abwehrverletzungen sind ein wichtiges Zeichen dafür, dass eine Person angegriffen wurde. Meist entstehen sie durch ein schützendes Vorhalten der **Arme und Hände**, um Verletzungen des Kopfes und des Oberkörpers zu verhindern. Schläge und Griffe des Täters führen dann zu Hämatomen oder Schürfungen an Händen sowie an Ober- und Unterarmen, seltener an den Beinen. Durch stumpfkantige Traumatisierung können am Handrücken auch Riss-Quetsch-Wunden entstehen. Häufig werden auch die Handinnenflächen durch den Griff in ein scharfes Werkzeug verletzt.

Obwohl die meisten **Hämatome** uncharakteristisch geformt sind, können sich Hinweise auf ihre Verursachung ergeben. Dies gilt z. B. für

- Hautblutungen, die Formmerkmale der Kontaktflächen des verletzenden Gegenstandes wiedergeben können;
- musterartig angeordnete Blutungen in der Haut nach Einwirkung eines Schuhsohlenreliefs;
- striemenförmige sogenannte Doppelkonturen bei Schlägen mit Stöcken oder ähnlich geformten stabförmigen Gegenständen.

Hämatome werden oftmals nicht sofort nach dem ursächlichen Trauma sichtbar, sondern erst Stunden später, wenn sich in der Tiefe entstandene Blutungen in Richtung der Körperoberfläche ausgebreitet haben. In entsprechenden Verdachtsfällen ist es zweckmäßig, die verletzte Region nach ein bis zwei Tagen noch einmal zu untersuchen. Für die Abschätzung des ungefähren Alters von Hämatomen ist es wichtig, deren Farbqualität in den zentralen und peripheren Anteilen zu dokumentieren.

Bei **Schürfungen** sind neben Lokalisation, Größe und Form auch etwaige Anhaftungen auf der verletzten Haut anzugeben (Wundsekret, fest anhaftende Kruste, in Ablösung begriffene Borke), da diese im Hinblick auf das Entstehungsalter bedeutend sein können.

Um einen umfassenden Eindruck vom Gesundheitszustand infolge der Misshandlungen zu erhalten, sollte die Patientin nach weiteren Beschwerden, Funktionsstörungen und ihrer psychischen Verfassung gefragt werden. Bei Anzeichen körperlicher Gewalt können auch innere Verletzungen vorliegen. Deshalb ist bei Anzeichen intensiver Gewaltanwendung die Anordnung bildgebender Verfahren zum Nachweis/Ausschluss innerer Verletzungen dringend geboten.

Für die sorgfältige und korrekte Dokumentation steht der „Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation" (im Anhang) zur Verfügung.

Zur weiteren Abklärung oder Diagnostik sowie bei somatischen, psychosomatischen und/oder psychischen Beschwerden sollten in Absprache mit der Patientin weitere Spezialisten herangezogen werden.

In folgenden Fällen empfiehlt es sich, bei der Untersuchung einen **Gerichtsmediziner** konsiliarisch beizuziehen bzw. die Untersuchung von diesem durchführen zu lassen:

1. Bei Verdacht auf einen **Tötungsversuch**,
2. wenn **akute Lebensgefahr** bestand, besteht oder diese nicht ausgeschlossen werden kann,
3. bei Kindesmisshandlung,
4. bei Sexualdelikten,
5. bei Hinweis auf eine **Strangulation** (Würgen, Drosseln),
6. bei **rekonstruktiven Fragestellungen** (z. B. Sturz oder Schlag/Tritt),
7. wenn **relevante bleibende Folgen** zu erwarten sind.

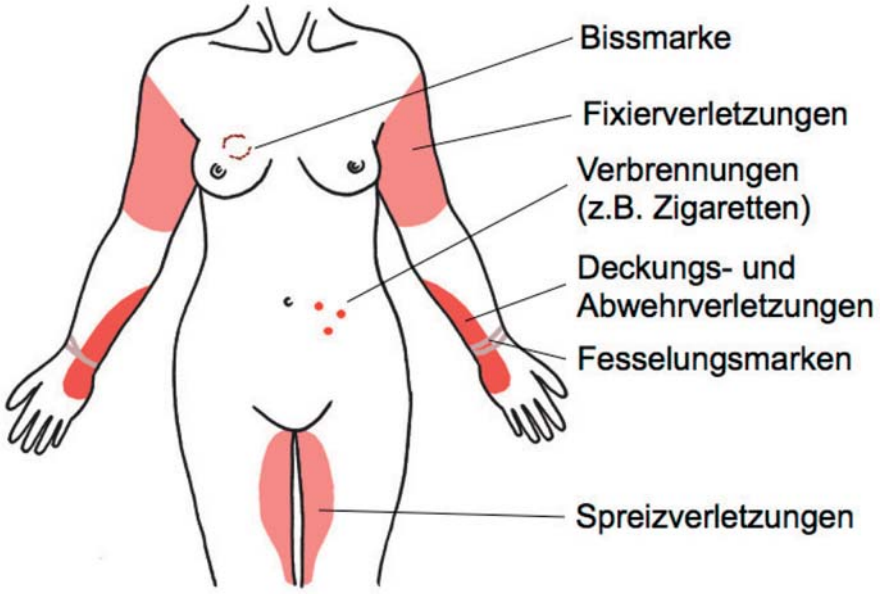
Untersuchung von Opfern sexualisierter Gewalt

Nach einer Vergewaltigung, versuchter Vergewaltigung oder Nötigung können sehr unterschiedliche Verletzungsbilder auftreten. Die Bandbreite umfasst vaginale bzw. anale Verletzungen ebenso wie Unterleibs- und urologische Beschwerden. Speziell in Fällen von Nötigung gibt es oftmals keine oder nur sehr leichte Verletzungen. Aus diesem Grund muss neben der gynäkologischen Untersuchung auch immer eine exakte Inspektion des gesamten Körpers durchgeführt werden. Extragenitale Verletzungen können oft entscheidende Hinweise auf erzwungenen Geschlechtsverkehr geben.

Häufig wird den Opfern der Mund zugehalten, was zu Defekten von Lippenbändchen oder Mundschleimhauterosionen führt. Überdies kommt es gelegentlich zu Bissverletzungen, „Knutschflecken" an Hals oder Brust, Griffspuren meist an den Armen oder großflächigen Hämatomen an den Innenseiten der Oberschenkel durch das brutale Auseinanderdrängen der Beine.

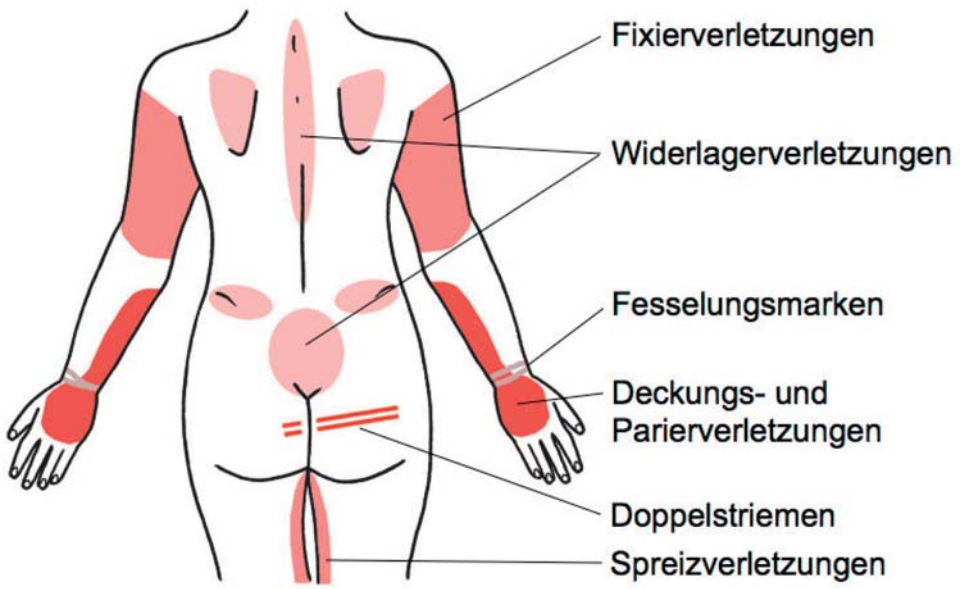
Bei der Untersuchung des weiblichen Genitales sind kleinste Verletzungen, z. B. Schürfungen im Scheidenvorhof, zu dokumentieren, da diese nicht selten das einzige Indiz für eine gewaltsame Penetration darstellen. Selbst bei brutalen Sexualdelikten fehlen schwerere genitale Verletzungen oftmals, da sich 30 bis 40 Prozent aller Vergewaltigungsopfer aus Angst gar nicht oder nur anfänglich wehren (Ärztekammer Niedersachen 2005).

Abbildung 6: Typische Verletzungsregionen und -muster der Körpervorderseite



Quelle: M. Grassberger 2008

Abbildung 7: Typische Verletzungsregionen und Verletzungsmuster der Körperrückseite



Quelle: M. Grassberger 2008

Typische Verletzungsmuster bei sexualisierter Gewalt (Vergewaltigung):

- Fixierverletzungen (Griff- und Fesselungsspuren an Armen und Beinen)
- Spreizverletzungen (Hämatome an den Innenseiten der Oberschenkel, Knie)
- Entkleidungsverletzungen (Kratzverletzungen nach gewaltsamer Entkleidung, etwa BH- oder Hosenbundbereich)
- Widerlageverletzungen (z. B: Schürfungen am Rücken über Schulterblättern, Steißregion)
- genitale Verletzungen

Insbesondere bei gynäkologischen Untersuchungen können negative traumatische Erinnerungen aufkommen oder verstärkt werden. Um möglichen Gefühlen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlustes entgegenzuwirken, muss jeder Untersuchungsschritt angekündigt bzw. erklärt werden. Dieses Vorgehen hilft der Patientin die Selbstbestimmung über sich und ihren Körper zurückzugewinnen und wirkt Angst- und Schamgefühlen entgegen. Überdies muss die Exploration sehr sensibel erfolgen, um einer Re-Traumatisierung zu vermeiden (Berg, 2009).

Die Untersuchungsbefunde sind im entsprechenden Dokumentationsbogen „Sexualdelikt" (im Anhang) festzuhalten.

Zusammenfassung

Zuerst ist die **Patientin** zu befragen, ob sie zur Untersuchung bereit ist. Lassen Sie ihr die Zeit, die sie braucht. Drängen Sie nicht. Bieten Sie ihr an, eine Begleitperson (eine Freundin, Verwandte) oder Praxispersonal dabei zu haben.

Führen Sie die Untersuchung grundsätzlich mit **Handschuhen** durch. Sie vermindern dadurch die Gefahr der Übertragung von DNA-Spuren.

Sie helfen der Frau, ihr Gefühl der **Selbstbestimmung** über sich und ihren Körper zurückzugewinnen und ihre Angst und Scham zu überwinden, in dem Sie ihr genau erklären, welche einzelnen Schritte der Untersuchung notwendig sind und warum.

Mit Hilfe der beiliegenden **Dokumentationsbögen** können die Verletzungen im Einzelnen in die darin enthaltenen Ganzkörperskizzen eingetragen werden. Zu beachten ist dabei:

- Die Angaben zur **Anzahl** der Verletzungen sollte möglichst präzise sein (nicht „mehrere Hämatome" sondern genaue Anzahl).
- Die **Größe** der Verletzungen ist in Zentimetern/Millimetern anzugeben.
- Die **Art** der Verletzung ist genau zu beschreiben (z. B. „glatte Schnittwunde mit sauberem Wundgrund"). Gleichzeitig sind Hinweise auf das Alter der Verletzung festzuhalten, z. B. verschorfte Wunde, Farbe des Hämatoms.

Die zusätzliche **Fotodokumentation** kann als Sachbeweis vor Gericht von hoher Wichtigkeit sein. Digitale Fotos ermöglichen die Ablichtung der Befunde in der Übersicht und im Detail. Vergessen Sie nicht, einen Maßstab (z. B. ein Lineal) in die Aufnahme zu integrieren.

Von einer vorschnellen Interpretation von Befunden ist abzusehen. Sinnvoll ist es vielmehr alle **Verletzungen ergebnisoffen** zu beschreiben, weil Verdachtsdiagnosen wie „Würgen" oder „Drosseln" von erheblichen Konsequenzen für alle Beteiligten sein können. Falls es zu einem gerichtlichen Verfahren kommt, ist die sogenannte Beweiswürdigung der Richterin/dem Richter vorbehalten.

Im Falle eines Gerichtsverfahrens zu einem späteren Zeitpunkt ersetzt die ärztliche Dokumentation den direkten Blick von Gutachterinnen und Gutachtern. Deshalb muss unter forensischen Aspekten die **Beschreibung der Verletzungen** möglichst plastisch sein, so dass sich alle Beteiligten ein Bild der Lage zum Zeitpunkt der Untersuchung machen können.

Beim geringsten Verdacht auf sexualisierte Gewalt empfiehlt sich die **Kontaktaufnahme** zu einer gynäkologischen Ambulanz bzw. zur Gerichtsmedizin.

Grundsätzlich ersetzt eine medizinische Dokumentation kein ausführliches **gerichtsmedizinisches Gutachten**, das in Fällen besonders schwerer Verletzungen angefordert werden sollte.

Ärztliche Dokumentation

Gewalttätige Übergriffe auf Frauen spielen sich in den meisten Fällen im nahen sozialen Umfeld und innerhalb der eigenen vier Wände ab. Deshalb gibt es für die zugefügten Misshandlungen oft keine Zeugen und nur wenige Beweismittel. Häufig sind die Vertreter/innen der Gesundheitsberufe die „einzigen Zeugen": Die Dokumentation der erstbehandelnden Ärztin/des Arztes von diagnostizierten Verletzungen und Folgen von Misshandlungen sind entscheidende Beweismittel für die Glaubwürdigkeit der betroffenen Patientinnen.

Die ärztliche Dokumentation kann auf verschiedenen Ebenen herangezogen werden:

- bei polizeilicher Anzeige und strafrechtlichem Verfahren
- bei der Anordnung von polizeilichen Maßnahmen wie Wegweisung etc.
- in Trennungs- und Scheidungsverfahren
- bei der Regelung der Elternrechte, d. h. für Besuchs- und Sorgerechtsfragen
- bei der Anordnung von Kinderschutzmaßnahmen
- in aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- bei Opferhilfeansprüchen
- als Beweismittel in zivil- und strafrechtlichen Verfahren
- für die Klärung versicherungsrechtlicher Fragen

Wie die Praxis zeigt, ziehen die meisten Opfer nach dem ersten Arztbesuch noch keine Anzeige oder eine Trennung in Erwägung. Häufig bleiben die Frauen viele Jahre in einem Misshandlungssystem gefangen, ehe sie konkrete Schritte einleiten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die „**gerichtsverwertbare**" ärztliche Dokumentation an Bedeutung:

- Die erlittene Gewalt ist „sicher" dokumentiert und festgehalten, so dass bei einem Gerichtsverfahren darauf zurückgegriffen werden kann.
- Die Dokumentation zeigt die Misshandlungsgeschichte und deren Verlauf auch über einen längeren Zeitraum auf.
- Betroffene Frauen fühlen sich durch das Dokumentieren ernst genommen.
- Die Dokumentation dient Betroffenen als Erinnerungshilfe zum chronologischen Ablauf.
- Die Dokumentation kann auch von Ärzt/innen als Erinnerungsstütze herangezogen werden, falls sie in einem Rechtsverfahren als Sachverständige hinzugezogen werden.

Die ärztliche Untersuchung umfasst neben der Sicherung von biologischen Spuren wie Sperma oder Speichel auch die Dokumentation der am Körper der Patientin erkennbaren Verletzungen in Form eines Befundes. Die Praxis zeigt, dass die häufig vorgenommenen pauschalen Beschreibungen (z. B. „multiple Hämatome am ganzen Körper" oder „Prellmarke am Hals") hinsichtlich der Beweisführung problematisch sind. Erfahrungsgemäß haben selbst untersuchende Mediziner/innen zum späteren Zeitpunkt kaum noch eine Erinnerung an die Untersuchungsergebnisse. Sichere Aussagen über das Tatwerkzeug, die Intensität oder gar über das Alter der Verletzung sind dann nicht mehr möglich. Im Strafverfahren muss jedoch der einwandfreie Tatnachweis geführt werden. Anhand einer guten Befunddokumentation kann aus juristischer Sicht die Frage nach erlittener Misshandlung grundsätzlich geklärt und die Geschehensabläufe können rekonstruiert werden. Deshalb sind (ungenaue oder gar falsche) Interpretationen von Verletzungen ohne eine vorangestellte Beschreibung in Zweifelsfällen wenig zweckdienlich.

Um erlittene Gewalt beweisen zu können, ist die sorgfältige, umfassende und aussagekräftige Dokumentation der Verletzungsbefunde von zentraler Bedeutung. Hervorzuheben ist, dass neben zu „versorgenden Verletzungen" häufig auch die aus therapeutischer Sicht wenig bedeutsamen Bagatellverletzungen (z. B. Kratzer am Hals, kleine Hämatome an den Oberschenkeln) wichtige potenzielle Beweise für erlittene Misshandlungen darstellen. Deshalb sind bei der Dokumentation alle Verletzungen detailliert und für außenstehende Dritte nachvollziehbar zu beschreiben.

Die Verwendung von standardisierten Dokumentationsbögen (Checklisten) und eine zusätzliche fotografische Dokumentation erweisen sich besonders hilfreich, wenn komplexe oder geformte Verletzungen vorliegen. Die traumatischen Veränderungen an der Körperoberfläche sind hinsichtlich Größe und Form genau zu beschreiben, am besten mit Hilfe eines Längenmaßes, das auch bei der Fotodokumentation als Maßstab verwendet werden sollte. In einigen Fällen ist eine erneute Fotodokumentation zwei bis vier Tage später sinnvoll (bessere Erkennbarkeit z. B. von Hämatomen). Die Zahl der Fotos sowie eine Weitergabe an die Frau/Polizei sollten vermerkt werden.

Im Anhang befinden sich zwei Dokumentationsbögen, die bei körperlicher bzw. bei sexualisierter Gewalt herangezogen werden können. Der Vorteil dieser Befundbögen ist, dass Sie als behandelnde/r Ärztin/Arzt durch das Gespräch, die Anamnese und die Untersuchung geleitet werden, ohne wesentliche Punkte zu vergessen. Da die Hinweise und Schemata sicherlich nicht jedem Einzelfall gerecht werden können, gibt es zusätzlich Raum für freie Angaben.

Wichtige Hinweise zur Fotodokumentation

1. Maßstab verwenden! Maßstab immer in Ebene der Verletzung stellen, ohne dabei den Befund zu überdecken.
2. Aufnahmen senkrecht zur Hautoberfläche.
3. Immer Übersichts-, Näherungs- und Detailaufnahmen („Dreier-Regel")!
4. Bei Aufnahmen der Körperrückseite Kopf zur Seite drehen lassen, um Identität zu dokumentieren.
5. Aufnahmen wenn möglich vor neutralem Hintergrund.
6. Aufnahmen aus der Position des Täters mit Körperhaltung des Opfers zum Zeitpunkt der Einwirkung.
7. Auch Negativbefunde fotografisch festhalten!
8. Beschädigung/Verunreinigung der Kleidung fotografieren!

Sicherung und Aufbewahrung von Spuren

Asservate zur Gewinnung von DNA-fähigem Material spielen insbesondere in Fällen sexualisierter Gewalt eine bedeutende Rolle. Die Spurensicherung ist nur dann sinnvoll, wenn das Delikt in relativ engem zeitlichen Zusammenhang zum Untersuchungszeitpunkt stattgefunden hat. Spermien sind in der Vagina ca. 72 Std. nachweisbar, bei Oral-/Analverkehr bis zu 24 Stunden.

Da gelegentlich der Erstkontakt telefonisch erfolgt, ist es wichtig, der Patientin erste Instruktionen zur Sicherung des Beweismaterials zu geben. Dazu gehören Hinweise wie:

- nicht die Kleidung zu wechseln
- nicht zu duschen, zu baden oder sich abzuwischen
- nicht die Hände zu waschen oder die Fingernägel zu reinigen
- nicht zu urinieren; notfalls ein sauberes Gefäß mit Deckel benutzen

- nicht die Zähne zu putzen oder den Mund zu spülen
- nichts am Tatort zu verändern oder wegzuwerfen
- nicht den Abfalleimer zu leeren
- verwendete Kondome nicht zu entsorgen

Andererseits muss der Patientin unbedingt geraten werden, dass sie möglichst rasch eine gynäkologische Abteilung bzw. Ordination oder ein Gerichtsmedizinisches Institut aufsuchen soll. Neben einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung sowie Dokumentation von etwaigen Verletzungen ist die Sicherung von möglichen biologischen Spuren (Sperma, Speichel, Blut etc.) am Körper der Betroffenen und an deren Kleidung unerlässlich. Je nach angegebenem Sachverhalt sind mit geeigneten Wattetupfern folgende Abstriche zu fertigen:

- oral
- anal
- vaginal (Portio), Umgebung der Genitalregion
- Haut mit möglichem Samen- oder Speichelkontakt

Generell gilt:

- Abstriche von Schleimhäuten sind mit trockenem Tupfer, Abstriche von der Haut mit angefeuchtetem Tupfer (NaCI) vorzunehmen.
- Tupfer grundsätzlich in offenem Behälter oder in spezieller Faltkartonschachtel vollständig lufttrocknen lassen, da sonst kein DNA-Nachweis möglich ist.
- Falls bei der Patientin die Einwirkung von Drogen, Alkohol oder Medikamenten vermutet wird bzw. spürbar ist, sollten (mit Einverständnis des Opfers) vorsorglich Blut- und Urinprobe gesichert und bei 4° C gelagert werden.

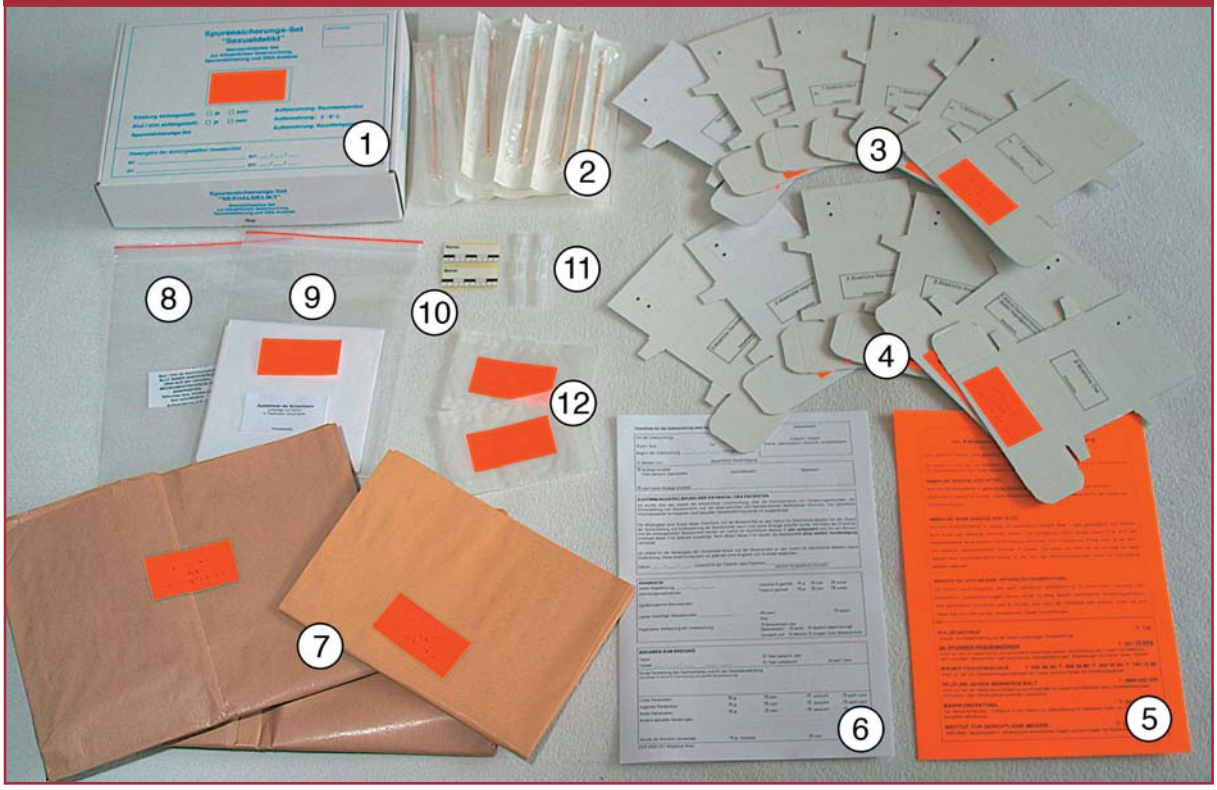
Bei entsprechender Risikokonstellation ist eine Beratung und ggf. Prophylaxe bzgl. sexuell übertragbarer Erkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV) vorzunehmen.

Spurensicherungsset „Sexualdelikte"

Für die exakte Spurensicherung stehen spezielle Beweissicherungs-Kits zur Verfügung. So liegen beispielsweise in den gynäkologischen Ambulanzen der Schwerpunktkrankenhäuser in Wien, Niederösterreich und Burgenland sowie in den Wiener Kinderkliniken Spurensicherungssets „Sexualdelikt" des Departments für Gerichtliche Medizin Wien auf. Diese Sets enthalten neben einem Informationsblatt für das Opfer, faltbare Kartonboxen, Wattetupfer zur Spurenabnahme, Kuverts und Papiersäcke zur Sicherstellung der Bekleidung sowie einen Plastiksack für Blut- und Urinproben. Außerdem ist für die Ärztin/den Arzt eine Checkliste beigefügt, die die Untersuchung und vor allem die Spurensicherung nach einem standardisierten Schema vorgibt. Die korrekte Asservierung des gewonnenen Materials schafft wesentliche Voraussetzungen, die Qualität des Sachbeweises zu erhöhen.

Beispielgebend ist das standardisierte Spurensicherungsset des Departments für Gerichtliche Medizin an der Medizinischen Universität Wien, das eine schrittweise Anleitung sowie alle wesentlichen Utensilien für die optimale Spurensicherung enthält (Kontaktadresse siehe Anhang).

Abbildung 8: Inhalt des Spurensicherungsset "Sexualdelikt" ausgebreitet



(1) Aufbewahrungs-Box für den Inhalt des Spurensicherungssets
(2) Stieltupfer
(3, 4) Karton-Boxen
(5) Info-Blatt für Patient/in
(6) Checkliste für die Untersuchung
(7) Papiersäcke, Kuverts
(8, 9) Gleitverschlussbeutel
(10) Maßstab-Kleber zur Dokumentation
(11) Reinstwasser
(12) Säckchen für weiteres Spurenmaterial

Weitergabe der Asservate

Im Falle einer Anzeige werden die gesicherten Spuren samt den Papiersäcken mit der Kleidung der Polizei übergeben und in gerichtliche Verwahrung genommen.

Wenn das Opfer zunächst keinen Kontakt zur Polizei oder einem Rechtsanwalt wünscht, müssen die Beweismittel archiviert werden, da sie ggf. in einem späteren Ermittlungsverfahren von elementarer Bedeutung sein können. In Wien besteht die Möglichkeit, das verwendete Spurensicherungsset direkt an die Gerichtsmedizin weiterzuleiten, wo dieses mindestens ein Jahr aufbewahrt wird. Damit wird dem Opfer die Chance einer späteren Anzeige eingeräumt. Allerdings werden Spuren ohne das Vorliegen eines Gerichtsbeschlusses nicht untersucht.

Die Blutproben für diagnostische Untersuchungen (HIV, Hepatitis B, Syphilis, etc.) werden immer an das zuständige Labor weitergeleitet.

Eine fallbezogene Beratungsmöglichkeit besteht an allen Gerichtsmedizinischen Instituten (Kontaktadressen siehe Serviceteil).

Rechtlicher Interventionsrahmen

(Ausgewählte Gesetzestexte sind dem Serviceteil zu entnehmen)

Ärztliche Schweige-, Anzeige- und Meldepflicht

Häufig ist es schwierig, die Ursachen von Verletzungen und Beschwerden zu erkennen. Vielfach fehlt auch das grundlegende Wissen über rechtliche Interventionsmöglichkeiten.

Deshalb ist die Information über die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt auch für die im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen sehr wichtig. Ebenso das Wissen um die eigene Bedeutung als möglicher erster Ansprechpartner für Gewaltopfer. Selbstverständlich ist es nicht die Aufgabe von Ärzteschaft und Pflegepersonen, selbst Verfahren einzuleiten, Patientinnen juristisch zu beraten oder gar zu vertreten. Allerdings können Sie Informationen über konkrete Hilfsangebote spezialisierter Opferschutzeinrichtungen bieten und Verletzungen und Belastungen infolge von Misshandlungen so erfassen, dass diese Dokumentation – nach einer eventuell erforderlichen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht – in einem gerichtlichen Strafverfahren den Nachweis der Misshandlungen erbringen kann.

Grundsätzlich unterliegen Ärztin/Arzt sowie alle anderen Gesundheitsfachkräfte der Schweigepflicht. Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht (§ 54 Abs. 2 Z 3 und 4 ÄrzteG), wenn

- die Patientin die Ärztin/den Arzt von der Schweigepflicht entbindet;
- die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger

Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.

Liegt der Verdacht nahe, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat die Ärztin/der Arzt – sofern Absatz 5 hinsichtlich minderjähriger Opfer nicht anderes bestimmt unverzüglich Anzeige bei der nächsten Sicherheitsbehörde zu erstatten (§ 54 Abs 4 ÄrzteG).

Eine schwere Körperverletzung (§ 84 Abs 1 StGB) liegt vor, wenn

1. die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge hat,
2. die Verletzung oder Gesundheitsschädigung an sich schwer ist.

Auch bloß zeitweise auftretende Schmerzen können eine Gesundheitsschädigung darstellen. Das gilt auch, wenn die Beeinträchtigungen Begleiterscheinungen der medizinischen Behandlung sind.

„Berufsunfähigkeit" bedeutet, dass die Betroffene entweder überhaupt nicht, oder nicht ohne unzumutbare Erschwernisse in der Lage ist, alle jene wesentlichen Tätigkeiten zu verrichten, die die Ausübung ihres Berufes mit sich bringt.

Unabhängig von der Dauer der Gesundheitsschädigung oder Berufsunfähigkeit werden von der geltenden Rechtssprechung folgende Verletzungen als „an sich schwer" angesehen:

- Verletzungen großer Gefäße mit erheblichem Blutverlust
- Verletzungen von Nerven mit erheblichem Funktionsausfall
- Wunden mit Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle
- Verletzungen innerer Organe
- Verletzungen des Gehirns, wie Gehirnprellungen (Ausnahme: die Gehirnerschütterung gilt grundsätzlich als leichte Verletzung, es sei denn, sie ist mit einer längeren Bewusstlosigkeit, mit mehrfachem Erbrechen und einer retrograden Amnesie verbunden)
- Verletzung des Augeninneren
- Knochenbrüche (mit Ausnahmen von Brüchen kleiner oder unbedeutender Knochen, wie z. B. einer Rippe, eines Zehengliedes oder des Nasenbeins ohne Komplikation)
- Verrenkung von Gelenken (mit Ausnahmen)
- Durchtrennung von Gelenkbändern oder Sehnen, Eröffnung eines Gelenkes
- Zahnverletzungen, die die Funktionsfähigkeit des Gebisses entsprechend beeinträchtigen (jedenfalls, wenn vier Zähne in einer Reihe bei vorhandenem Gegengebiss verloren gehen, oder bei Ausschlagen eines Schneidezahns und Abbrechen eines zweiten Zahns)
- Auch psychische Tatfolgen, wie ein längerer Dämmerzustand in einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung schweren Grades, können laut Judikatur eine schwere Körperverletzung darstellen; so auch eine schwere Depression.

Mehrere Verletzungen, die einer Person bei einer Tat zugefügt wurden, sind in ihrer Gesamtheit auf das Vorliegen einer an sich schweren Körperverletzung zu beurteilen. Dies hat in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der Wichtigkeit der betroffenen Körperteile, der Dauer der Beeinträchtigung, der Art und Intensität der Krankheitserscheinungen, der Gefährlichkeit des Zustandes, der Unbestimmtheit des Heilungsverlaufes, des körperlichen Zustandes des Opfers und des jeweiligen Standes der Medizin zu erfolgen (Burgstaller et al. 2003).

Für die rechtliche Beurteilung der Frage, ob eine schwere Körperverletzung vorliegt, spielt die ärztliche Diagnose eine bedeutende Rolle, denn nur aufgrund dieser kann das Gericht aus einer ex-post-Betrachtung seine Beurteilung vornehmen.

Bei erwachsenen Patientinnen, die ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen können, sind Ärzt/innen auch zur Anzeige bei den Sicherheitsbehörden verpflichtet, wenn jene vermutlich Opfer von Misshandlungen, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch wurden (§ 54 Abs. 4 ÄrzteG).

Bei Verdacht, dass ein/e Minderjährige/r misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wird, muss die Ärztin/der Arzt grundsätzlich eine Anzeige erstatten. Eine Ausnahme gilt jedoch auch hier für den Fall, dass sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen richtet. In diesem Fall kann nämlich die Anzeige so lange unterbleiben, wie dies für das Wohl der Minderjährigen erforderlich ist und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und ggf. eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt (§ 54, Abs. 5 ÄrzteG). Ehegatten, Eltern, Großeltern, Urgroßeltern und Geschwister gelten immer als nahe Angehörige, eine Reihe anderer Verwandter und Verschwägerter (Geschwister der Ehegatten, Schwager, Schwägerin, Neffen und Nichten, Onkel, Tante, Großonkel, Großtante, Cousin, Cousine, Stiefeltern, Stiefgroßeltern, Wahleltern, Vormund, Lebensgefährte u. a.) nur, sofern sie mit dem Opfer in Hausgemeinschaft leben.

Tabelle 6: Die ärztliche Anzeigepflicht			
Verdachtsfall im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes	**Tod**	**Schwere Körperverletzung**	**Misshandlung, Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt (ohne schwere Körperverletzung)**
Volljährige Person	ja	ja	nein
Volljährige Personen, die ihre Interessen nicht selbst wahrnehmen können.	ja	ja	ja
Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren)	ja	ja (mit Einschränkung bei Verdacht gegen nahen Angehörigen)	ja (mit Einschränkung bei Verdacht gegen nahen Angehörigen)

In den Fällen, in denen Anzeigepflicht besteht, hat die Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erfolgen.

Dort, wo die Anzeigepflicht aus Rücksicht auf das Wohl der Minderjährigen eingeschränkt ist, reicht unter den oben genannten Voraussetzungen (nämlich, dass eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und ggf. eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt) die unverzügliche und nachweisliche Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger (Jugendamt) und die Einbeziehung der Kinderschutzeinrichtung des Krankenhauses.

Sollte eine dieser Voraussetzungen wegfallen, hat die Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erfolgen.

Bei vorsätzlicher schwerer Körperverletzung hat die Ärztin/der Arzt die Patientinnen immer auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. Im Fall von minderjährigen Opfern ist auch bei Verdacht von Misshandlungen, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch unverzüglich und nachweislich eine Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten (§ 54 Abs. 6 ÄrzteG).

In allen genannten Fällen von normaler Anzeigepflicht wird die Sicherheit der Patientinnen höher bewertet als die Wahrung der Schweigepflicht. Hervorzuheben ist, dass in den Fällen, in denen Gefahr im Verzug ist, immer auch die Möglichkeit einer stationären Aufnahme in Erwägung zu ziehen ist.

Best-Practice-Modell in Wiener Krankenanstalten

Am 1. Jänner 2009 trat eine Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes in Kraft, wonach zukünftig das Wiener Zentralkrankenhaus (AKH) und die sechs Schwerpunktkrankenanstalten zur Einrichtung von Opferschutzgruppen verpflichtet werden. Der Verabschiedung des § 15 d „Früherkennung von Gewalt" (Wr. KAG im Anhang) war ein umfassendes Projekt zum Thema „Häusliche Gewalt" in zwei Wiener Krankenanstalten vorausgegangen. Dieses erfolgte in enger Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund, dem Wiener Frauengesundheitsbüro, dem 24-Stunden-Frauennotruf der MA 57, der MAG Elf, der Bundespolizeidirektion Wien, der Gerichtsmedizin Wien und den beiden Unfallabteilungen des Sozialmedizinischen Zentrums Ost und des Wilhelminenspitals. Im Rahmen des Projektes wurden praktische Erkenntnisse erarbeitet und konkrete Handlungsmöglichkeiten erprobt, die dann von weiteren Fachpersonen

und Krankenanstalten übernommen werden können. Die entwickelten Standards flossen wiederum in das Handbuch „Gewalt gegen Frauen und Kinder" ein (Curriculum Gewalt gegen Frauen, 2005), das für die Schulung interessierter Mitarbeiter/innen in den Unfallambulanzen, den Ambulanzen der Kinderabteilungen, den Gynäkologischen Abteilungen sowie den Kinder-Chirurgischen Abteilung, herangezogen wird.

Gemäß neuem Krankenanstaltengesetz sind die Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten zur Implementierung von Opferschutzgruppen verpflichtet, denen „die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt obliegt." Ähnlich wie die Kinderschutzgruppen sind auch die Opferschutzgruppen zur interdisziplinären Zusammenarbeit angehalten. Neben Fachärzt/innen aus der Gynäkologie, der Notfall- oder Unfallmedizin sowie der Psychiatrie sind auch Pflegepersonen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Team tätig. Anstelle einer Opferschutz- und einer Kinderschutzgruppe ist auch die Einrichtung einer fachübergreifenden Gewaltschutzgruppe in größeren Krankenanstalten möglich, welche die Aufgaben einer Gewaltprävention bei Frauen und bei Kindern wahrnimmt (Wiener Krankenanstaltengesetz 2008, § 15 d).

Erstmals in Österreich hat Wien ein tragfähiges Fundament geschaffen, das Opferschutzgruppen einrichtet und damit neue Maßstäbe zu einer Sensibilisierung des Gesundheitswesens setzt. Das Hauptziel ist es, dass häusliche Gewalt im Krankenhaus als Gesundheitsproblem (an)erkannt wird und gewaltbetroffene Frauen von sensibilisiertem und informiertem Fachpersonal betreut werden. Durch das Wahrnehmen und Ansprechen von häuslicher Gewalt wollen die Wiener Krankenanstalten die betroffenen Patientinnen möglichst früh ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein einheitliches und fachgerechtes Vorgehen bei häuslicher Gewalt, das von der Krankenhausleitung, der Fachabteilungsleitung sowie allen Mitarbeitenden unterstützt und umgesetzt wird, gewährleisten Schulungsprogramme und Handlungsanleitungen. Diese sind deshalb so wichtig, weil das Thema „Häusliche Gewalt" bei den meisten Mitarbeiter/innen Unbehagen auslöst. Es wird befürchtet, dass im hektischen Krankenhausalltag nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, um einer gesprächsbereiten Frau wirklich gerecht zu werden. Andere haben Bedenken, dass durch ein Ansprechen die Intimsphäre der Patientin verletzt wird. Eigene unverarbeitete Erfahrungen als Opfer sind teilweise der Grund dafür, dieses Thema zu umgehen. Diesen Bedenken und Unsicherheiten von Ärzt/innen, Pflegepersonen u. a. muss genügend Raum gegeben werden.

Deshalb sind für den direkten Umgang mit dieser schwierigen Thematik laufende Schulungen der Mitarbeiter/innen unabdingbar und geplant. Gleichzeitig gilt es, die beschränkten Ressourcen in den Krankenanstalten zu berücksichtigen, d. h. es geht darum, so viel Wissen wie nötig mit möglichst wenig Zeitaufwand zu vermitteln. Diesem Ziel dient das bereits erwähnte Curriculum „Gewalt gegen Frauen und Kinder". Um den psychologischen, sozialen und medizinischen Aspekten der häuslichen Gewalt Rechnung zu tragen, bedarf es einer interdisziplinären Zusammensetzung des Schulungsteams. Dabei wirken, um eine solide Verankerung in den Krankenanstalten zu gewährleisten, auch krankenhausinterne Mitarbeiter/innen an den Schulungen mit, die später in den konkreten Situationen für Kolleg/innen sowie für betroffene Patientinnen als Ansprechpartner fungieren können. Wichtig ist, dass die Schulungen fortlaufend angeboten werden und die Thematik sowie der Umgang mit „Häuslicher Gewalt" möglichst vielen Mitarbeiter/innen im Krankenhaus vertraut wird.

Insgesamt steht für die Opferschutzgruppen in den Wiener Krankenanstalten die Sicherheit des Gewaltopfers an erster Stelle. In den Fällen, in denen die Rückkehr in die Wohnung nicht möglich erscheint, besteht immer die Möglichkeit einer stationären Aufnahme oder einer Unterbringung in einem Frauenhaus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bietet dabei neben einer umfassenden Krisenintervention auch eine verbesserte Gefahreneinschätzung und Entscheidungshilfe zur Frage der nötigenfalls stationären Aufnahme.

Zusammenfassung

- Grundsätzlich gilt die ärztliche Schweigepflicht nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für das gesamte medizinisch-pflegerische Personal. Mit Einverständnis bzw. auf Aufforderung der Patientin kann und muss die Ärztin/der Arzt bei der Sicherheitsbehörde Anzeige erstatten.
- Bei leichten Verletzungen infolge häuslicher Gewalt kann (aufgrund § 54 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG) die Ärztin/der Arzt eine Anzeige erstatten – ist allerdings nicht dazu verpflichtet. Zu berücksichtigen ist immer der Wille der Patientin, um das Vertrauensverhältnis zu wahren. Bei Anzeigen gegen den ausdrücklichen Wunsch der Patientin ist zu fürchten, dass die Frau die Strafverfolgung nicht unterstützen, sondern dagegen agieren wird.
- Im Falle der Vergewaltigung einer volljährigen Frau ohne die Folgen einer schweren Körperverletzung besteht für Ärztin/Arzt keine Anzeigepflicht, da grundsätzlich das Opfer seine Interessen selbst wahrnehmen kann. Allerdings ist eine Anzeige durch die Frauen immer sinnvoll, um die Strafverfolgung des Täters zu gewährleisten.
- Bei schweren Körperverletzungen wie z. B. Knochenbrüchen, bestimmten Zahnverletzungen, Verletzungen von wichtigen Organen, schweren Stich-, Hieb- oder Schussverletzungen sowie in Situationen, in denen die Patientin lebensgefährlich bedroht ist, besteht die Verpflichtung zur Anzeige. Zusätzlich muss das Opfer auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hingewiesen werden (ÄrzteG § 54, Abs.6).
- Misshandlungen und sexueller Missbrauch an erwachsenen Frauen, die ihre Interessen alleine nicht wahrnehmen können, müssen von der Ärztin/dem Arzt angezeigt werden. Als Beispiele hierfür sind Gebrechlichkeit, Krankheit oder Schwachsinn des Opfers, aber auch schwere psychische Beeinträchtigungen, insbesondere infolge einer Traumatisierung, zu nennen.
- Die Anzeigepflicht für die Ärztin/den Arzt besteht auch grundsätzlich bei minderjährigen Opfern (unter 18 Jahren), die misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind. Richtet sich der Verdacht jedoch gegen einen nahen Angehörigen, dann kann die Anzeige so lange unterbleiben, als „dies dem Wohl des Minderjährigen" dient und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und ggf. der Kinderschutzgruppe am Krankenhaus erfolgt. Durch die damit verbundene Meldepflicht wird sichergestellt, dass der Jugendwohlfahrtsträger Kenntnis von sämtlichen Verdachtsfällen erhält, auch wenn – etwa bei Kindesmisshandlung – verschiedene Ärzt/innen bzw. Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.
- Einige Krankenanstalten haben bereits „Opferschutzgruppen" eingerichtet, denen die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt insbesondere gegen Frauen obliegt. In diesen Fällen sind die „Opferschutzgruppen" immer zu kontaktieren.

Zusammenwirken verschiedener Rechtsgebiete

Grundsätzlich ist „häusliche Gewalt" ein Oberbegriff, unter dem verschiedene Formen von Gewalteinwirkungen zusammengefasst sind. Die Bekämpfung häuslicher Gewalt tangiert mehrere Rechtsbereiche. Abhängig vom jeweiligen Rechtsgebiet richtet sich der Fokus auf besondere Aspekte des Schutzes oder der Unterstützung der Opfer und verfolgt verschiedene Ziele. Häufig laufen mehrere Verfahren parallel, was für juristische Laien schwer verständlich und schwierig auseinanderzuhalten ist.

Abbildung 9: Von häuslicher Gewalt tangierte Rechtsgebiete

Quelle: Kranich-Schneiter 2007, adaptiert für Österreich

Gewaltschutzgesetz

Das Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (kurz Gewaltschutzgesetz) trat am 1. Mai 1997 in Kraft. Mit dieser Rechtsgrundlage verbesserten sich für Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum die rechtlichen Handlungsmöglichkeiten. Kern des Gewaltschutzgesetzes ist die Regelung zur Überlassung der/des – ehemals – gemeinsam genutzten Wohnung/

Eigenheims an das Opfer („Wer schlägt, muss gehen"). In dem Gesetz sind gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt sowie das kostenlose Beratungs- und Unterstützungsangebot durch die Interventionsstellen festgeschrieben.

Die Verabschiedung des ersten Gewaltschutzgesetzes basierte auf folgender politischer Intention des Gesetzgebers (vgl. Dearing 2002):

- Gewalt in der Privatsphäre ist eine öffentliche Angelegenheit.
- Der Schutz vor Gewalt bzw. die Aufklärung von Gewalttaten im sozialen Nahraum ist eine Bringschuld des Staates.
- Der Anspruch der bedrohten Person (regelmäßig: der Frau) auf Sicherheit hat oberste Priorität.

- Auch in der Privatsphäre geübte Gewalt ist kriminelles Unrecht (Ende der Verharmlosung).
- Der Täter hat die Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen (nicht das Opfer oder die „Umwelt").

Gesetzliche Ergänzungen in unterschiedlichen Teilbereichen erfolgten in den Jahren 1999, 2002 und 2004. Am 1. Juni 2009 ist das „Zweite Gewaltschutzgesetz" in Kraft getreten, das mit Änderungen im Zivil- und im Strafrecht einhergeht. Ziele des Gesetzes sind insbesondere die Verbesserung des Schutzes vor Gewalt im sozialen Nahbereich und der Schutz vor unzumutbaren Belästigungen und Nachstellungen durch bekannte und fremde Personen (Stalking).

Nun steht Opfern, denen schon im Strafverfahren psychosoziale Prozessbegleitung gewährt wurde auch im Zivilprozess, der in sachlichem Zusammenhang mit dem Strafverfahren steht, kostenfreie psychosoziale Prozessbegleitung zu, sofern dies zur Wahrung der prozessualen Rechte des Opfers erforderlich ist. Wie im Strafverfahren führen Opferschutzeinrichtungen die psychosoziale Prozessbegleitung durch. Darüber hinaus ist nun auch im Zivilverfahren eine schonende Einvernahme (abgesonderte Vernehmung bzw. Vernehmung von minderjährigen Personen) vorgesehen. Weiters besteht für das Opfer die Möglichkeit, die aktuelle Wohnadresse gegenüber dem Prozessgegner nicht anzugeben, sondern einem Zustellbevollmächtigten bekanntzugeben.

Der Schutz vor Gewalt ist unabhängig von Herkunft und Staatsbürgerschaft der Beteiligten zu gewähren.

Sicherheitspolizeigesetz (SPG)

Bei Gewalttätigkeiten im häuslichen Bereich kann es zur Intervention kommen, sobald die Polizei vom Opfer, den Nachbarn oder anderen Personen gerufen wird. In diesen Fällen werden die Sicherheitskräfte zum Schutz der Opfer tätig. Zentrale Maßnahmen sind Wegweisung und Betretungsverbot bis zu zwei Wochen – unabhängig davon, ob es sich beim Täter um den Mieter oder vielleicht sogar Eigentümer der Wohnung handelt. Ausschlaggebend ist vielmehr, dass die gefährdete Person in dieser Wohnung wohnt. Ausgehend davon, dass beispielsweise nach vorangegangenen gefährlichen Angriffen auf Leben, Gesundheit oder Freiheit mit weiteren Übergriffen auf die Gefährdeten (meist Frau und/oder Kinder) zu rechnen ist, wird ein Betretungsverbot ausgesprochen.

Die Polizei ist ermächtigt, dem Täter die Schlüssel zur Wohnung sofort abzunehmen. Unter polizeilicher Aufsicht ist es dem Täter gestattet, dringend benötigte Gegenstände des täglichen Bedarfs (z. B. Dokumente, Kleidung) mitzunehmen. Er ist zur Abgabe des Wohnungsschlüssels verpflichtet (§ 38a SPG).

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass allein die Sicherheitskräfte situationsabhängig entscheiden, ob es zu einer Wegweisung bzw. einem Betretungsverbot kommt – notfalls auch gegen den ausdrücklichen Willen der gefährdeten Person. Die Voraussetzungen für die Anordnung eines Betretungsverbots sind innerhalb von 48 Stunden von der Sicherheitsbehörde zu überprüfen.

Zusätzlich werden im Falle des Vollzuges des § 38a SPG von der Polizei im proaktiven Ansatz die Daten der gefährdeten Person an die zuständige Interventionsstelle (gem. § 25/3 SPG) weitergeleitet. Diese wird anschließend Kontakt mit der gefährdeten Person zur psycho-sozialen und juristischen Beratung aufnehmen.

Wird innerhalb der zwei Wochen, die das Betretungsverbot grundsätzlich gilt, ein Antrag auf eine zivilrechtliche Verfügung (Einstweilige Verfügung) beim zuständigen Bezirksgericht gestellt, so verlängert sich das Betretungsverbot auf insgesamt vier Wochen. Mit der einstweiligen Verfügung kann dem Täter nicht nur der Aufenthalt in der Wohnung bzw. deren näheren Umgebung untersagt werden, sondern auch der Aufenthalt in der Nähe von Örtlichkeiten (z. B. Arbeitsplatz, Kindergarten, Schule), an welchen das Opfer sich regelmäßig aufhält. Dem Gefährder kann auch jede Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch oder per e-mail) durch die Einstweilige Verfügung untersagt werden.

Zusammenfassung

- Viele österreichische Polizeibeamt/innen sind für den Einsatz bei häuslicher Gewalt geschult und können helfen. Deshalb sollten Ärzt/innen ihren Patientinnen raten, in akuten Notfällen immer die Polizei einzuschalten.
- Oft spricht die Polizei nach einem Notruf vor Ort die Wegweisung aus. Vor Ort ist es für Sicherheitskräfte leichter, die Voraussetzung für das Betretungsverbot zu prüfen. Wenn sich das Opfer unmittelbar nach der Tat in eine Notfallambulanz oder eine ärztliche Ordination begibt, können bei klarer Beweislage auch dann noch die Wegweisung und das Betretungsverbot ausgesprochen werden. Voraussetzung ist das Einverständnis der Patientin, die Polizei einzuschalten. In diesen Fällen prüfen die hinzugezogenen Sicherheitskräfte alle möglichen Maßnahmen, die dem Schutz des Opfers dienlich sind.
- In einigen Fällen werden die Opfer zur Erstversorgung auch von der Polizei in die ärztliche Praxis oder die Notfallambulanz gebracht. Zur Klärung des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin sollte von Ärzteseite nachgefragt werden, ob der Täter noch zu Hause ist oder bereits aus der Wohnung verwiesen wurde.
- Will die Patientin aus Angst nicht nach Hause zurückzukehren, weil der Täter sich dort aufhält (teilweise weil sie keine Polizei hinzuziehen will), kann die Frau im Frauenhaus sicher untergebracht werden.

Einstweilige Verfügung nach der Exekutionsordnung

Ein längerfristiger Schutz kann durch eine Einstweilige Verfügung (gem. § 382 b EO) erwirkt werden, die am Bezirksgericht des Wohnortes der Antragstellerin beantragt werden kann. Die Nutzungsüberlassung der Wohnung kann durch weitere Maßnahmen – wie Betretungs- und Näherungsverbote – abgesichert werden. Eine Einstweilige Verfügung setzt nicht voraus, dass das Opfer mit dem Täter in einer familiären oder familienähnlichen Beziehung zusammenlebt oder gelebt hat. Dadurch ist der Gewaltschutz auch auf „bloße" Wohngemeinschaften ausgedehnt.

Auch in Fällen hartnäckiger Belästigung und Nachstellung (durch Ex-Partner und durch Fremde), dem sogenannten „Stalking", kann mittels einer einstweiligen Verfügung begegnet werden (gem. §.382g EO).

Das Gericht kann u. a. per einstweiliger Verfügung anordnen, dass der Täter es unterlässt,

- die Wohnung und deren unmittelbare Umgebung zu betreten bzw. in diese zurückzukehren;
- andere Orte aufzusuchen, an denen sich die verletzte bzw. belästigte Person regelmäßig aufhält wie in der Schule, am Arbeitsplatz etc.;
- ein Zusammentreffen mit dem Opfer herbeizuführen.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass das Opfer die Einstweilige Verfügung bei Gericht selbst beantragen muss, wobei kostenlose Beratung und Unterstützung durch die Interventionsstellen/Gewaltschutzzentren des jeweiligen Bundeslandes gewährt werden.

Die Einstweilige Verfügung zum Schutz vor Gewalt in Wohnungen kann für bis zu sechs Monate erlassen werden. Wenn innerhalb dieser Frist die Scheidung beantragt oder ein anderes Verfahren zur Klärung der Benützungsberechtigung an der Wohnung eingeleitet wird, bleibt die Einstweilige Verfügung bis zum Ende dieses Verfahrens aufrecht (§ 382 b Abs. 3 EO).

Zusammenfassung

- Patientinnen sollen darüber informiert werden, dass es rechtliche Möglichkeiten zum Schutz vor Gewalt in der Familie gibt. Für Gerichtsverfahren muss jedoch der Nachweis bzw. für einstweilige Verfügungen zumindest eine Bescheinigung von erlittener häuslicher Gewalt erbracht werden. Ein wesentliches Beweis- und Bescheinigungsmittel ist die Parteiaussage des Opfers.
- Gerade in den Fällen, in denen es keine Wegweisung bzw. kein Betretungsverbot (und damit keine polizeiliche Dokumentation des Falles) gibt, müssen Frauen den Anscheinsbeweis erbringen, Opfer von Körperverletzungen oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geworden zu sein. Hier kann neben der Aussage des Opfers einem sorgfältigen Attest und einer „gerichtsverwertbaren" Dokumentation ein besonderer Stellenwert zukommen.
- Falls die Frau über kein oder nur ein sehr geringes Einkommen verfügt, ist sie dennoch nicht gehindert, einen Antrag bei Gericht zu stellen. Das Gericht kann in solchen Fällen auf Antrag Verfahrenshilfe (Erlassung der Gerichtskosten, Rechtsanwaltskosten, Dolmetscherin) bewilligen.

Strafrechtlicher Schutz vor häuslicher Gewalt

Gewalttaten sind Straftaten – unabhängig davon, wo und von wem sie begangen werden. Häusliche Gewalt durch Lebenspartner und Verwandte wird genauso geahndet wie Gewalthandlungen im öffentlichen Raum durch fremde Täter geahndet werden. Deshalb dient das Eingreifen der Polizei bei häuslicher Gewalt sowohl dem Schutz der Opfer als auch der Strafverfolgung der Täter. Letztere soll den Gewalttätern deutlich vor Augen führen, dass ihr Verhalten gesellschaftlich nicht akzeptiert wird.

Seit Inkrafttreten des 2. Gewaltschutzgesetzes ist auch die sogenannte „Fortgesetzte Gewaltausübung" unter Strafandrohung von bis zu drei Jahren, bei Vorliegen bestimmter Qualifikationen von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, gestellt. Dies bedeutet zum einen eine strengere Sanktionierung von Gewalt, wenn sie über längere Zeit hindurch fortgesetzt ausgeübt wird. Zum anderen werden bei entsprechender Häufigkeit und Intensität nun auch Gewalthandlungen strafbar, die nicht mit sichtbaren Verletzungsfolgen verbunden sind.

Im Falle des Verdachts ist die Polizei verpflichtet alle erforderlichen Beweise zu sichern und die Staatsanwaltschaft zu informieren. Das Strafverfahren beginnt, sobald die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts einer Straftat ermittelt. Bestätigt sich im Rahmen des Ermittlungsverfahrens der Verdacht, dass eine Straftat vorliegt, dann erhebt die Staatsanwaltschaft Anklage. Möglich ist auch, dass das Verfahren von der Staatsanwaltschaft eingestellt wird, wenn entweder keine Straftat vor-

liegt, diese nicht bewiesen werden kann oder das Verfahren nach einer erfolgreichen diversionellen Maßnahme (Tatausgleich, gemeinnützige Arbeit, Probezeit mit Auflagen (etwa Therapie oder Geldbuße) einzustellen ist.

Opferschutzbestimmungen nach der StPO

- Anspruch auf psychosoziale und juristische Prozessbegleitung in Strafverfahren (§ 65 u. 66 Abs. 2 StPO)
- Kontradiktorische und schonende Einvernahme (§§ 165, 250 Abs.3 StPO)
- Anonyme Aussage (§162 StPO)
- Einvernahme der Zeugin in Anwesenheit einer Vertrauensperson (§ 160 Abs. 2 StPO)
- In Fällen von häuslicher Gewalt ist das Opfer unverzüglich von der Freilassung des Beschuldigten aus der Untersuchungshaft zu informieren (§ 177 Abs. 5 StPO)

Opfer von vorsätzlicher Gewalt, gefährlicher Drohung oder Sexualdelikten haben ein Recht auf kostenfreie, psychosoziale und juristische Prozessbegleitung, soweit dies zur Wahrung der prozessualen Rechte der Opfer unter größtmöglicher Bedachtnahme auf ihre persönliche Betroffenheit erforderlich ist. Psychosoziale Prozessbegleitung umfasst die Vorbereitung der Betroffenen auf das Verfahren und damit verbundene emotionale Belastungen. Diese kann auch schon vor Anzeigenerstattung in Anspruch genommen werden. Das Bundesministerium für Justiz hat geeignete Opferschutzeinrichtungen mit der Prozessbegleitung von Opfern zu beauftragen (z. B. Gewaltschutzzentren / Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie, Interventionsstelle für Betroffenen des Frauenhandels, Frauenhäuser Kinderschutzzentren).

Zusammenfassung

- Alle Gewaltdelikte sind sogenannte Offizialdelikte, die von der Staatsanwaltschaft verfolgt und bei ausreichender Beweislage angeklagt werden, sobald sie den Behörden (Polizei, Gericht) bekannt werden. Die Zustimmung des Opfers ist nicht erforderlich.
- Für das Strafverfahren wie für jegliches gerichtliche Verfahren sind Beweismittel unerlässlich. Leugnet der Täter, dann steht vor Gericht häufig „Aussage gegen Aussage". Oft gibt es keine 3. Person, die bei der Misshandlung zugegen war und darüber als Zeuge/Zeugin aussagen könnte. In diesen Situationen ist die ärztliche Dokumentation von entscheidender Bedeutung.
- Bei schwerwiegenden Taten wie Vergewaltigung, sexueller Nötigung, versuchter Tötung oder lebensbedrohlichen Angriffen sollte stets Rücksprache mit der Staatsanwaltschaft gehalten werden, ob eine „rechtsmedizinische" Untersuchung notwendig ist.
- Opfer von Straftaten können – neben den Interventionsstellen gegen Gewalt – auch von anderen entsprechenden Einrichtungen (Weißer Ring, Frauentelefon, Opfernotruf etc.) Unterstützung bekommen. Diese Einrichtungen können Patientinnen speziell auch zu allen Fragen, die im Zusammenhang mit Strafverfahren stehen, beraten.

Netzwerke gegen häusliche Gewalt

Schnittstelle zum Gesundheitswesen

Für viele gewaltbetroffene Frauen und Mädchen sind erste Anlaufstellen Arztpraxen und Notfallambulanzen, die eher und häufiger aufgesucht werden als beispielsweise eine Beratungsstelle für misshandelte Frauen, vertrauter sind als der Weg zum Gericht, um eine einstweilige Verfügung zu beantragen oder als eine Anzeige bei der Polizei zu erstatten. Folglich erweisen sich Arztpraxis und Notfallambulanz als wichtige Drehscheibe für intervenierende Maßnahmen. Neben Diagnostik und Versorgung finden Betroffene hier kompetente Ansprechpartner/innen, die die Weitervermittlung an spezialisierte Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen leisten können.

Aus dem Blickwinkel des Gesundheitswesens treten dabei besonders zwei Aspekte hervor: Ärzt/innen sowie das Praxis- und Krankenhauspersonal können den Kontakt für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen zu den psychosozialen Einrichtungen anbahnen, indem sie Informationen über das Gewaltschutzgesetz und Informationen über die örtlichen Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen bereithalten bzw. gezielt anbieten. Im praktischen Alltag ist es für Patientinnen besonders hilfreich, wenn die Ärztin/der Arzt oder eine Pflegeperson konkrete Angaben über Frauennotruf, Interventionsstelle oder Frauenhaus machen kann. Voraussetzung dafür ist die enge Kooperation und Vernetzung mit anderen regionalen Akteuren.

Gewaltschutz als interdisziplinäre Aufgabe

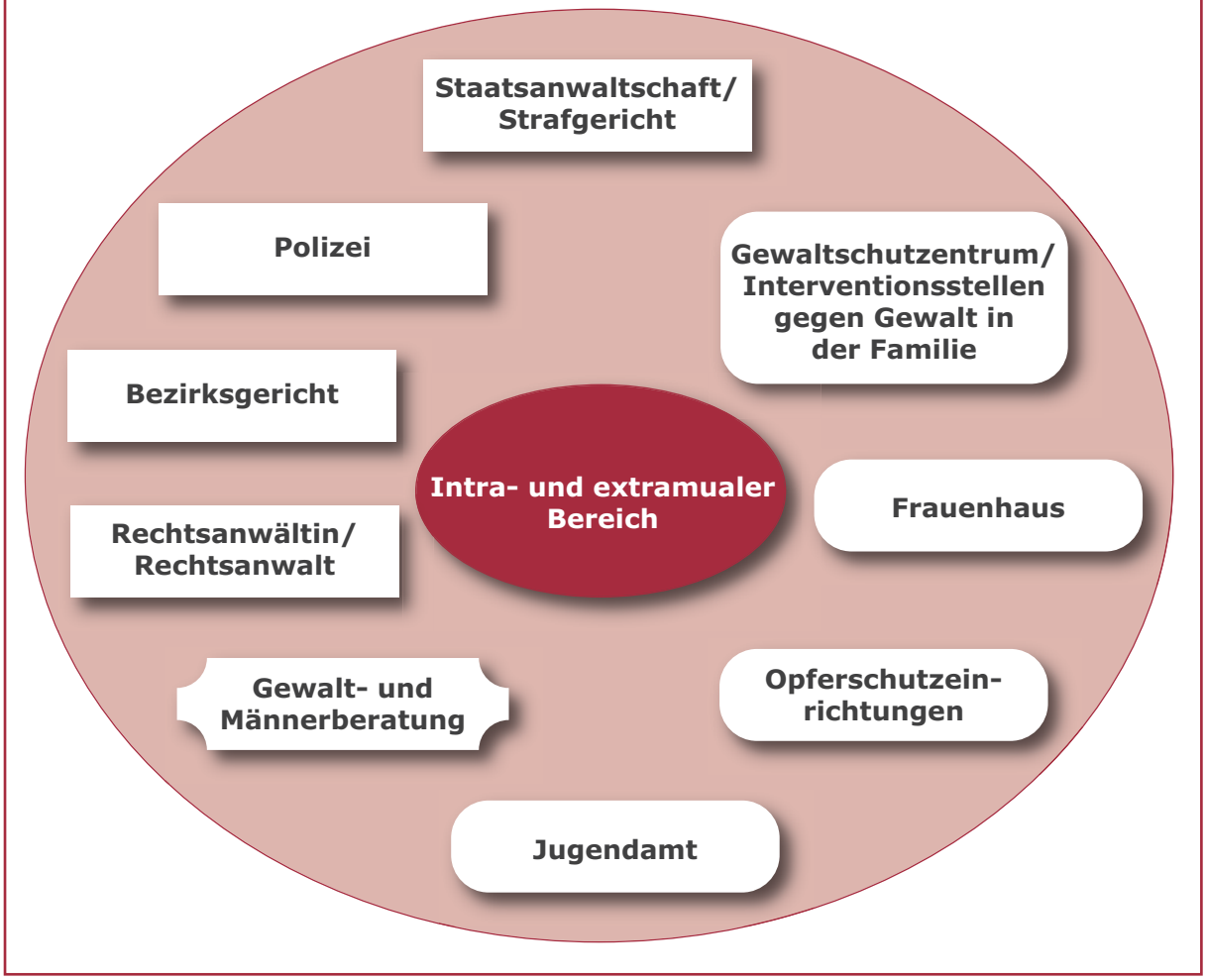
Die Beendigung häuslicher Gewalt und ein konsequenter Schutz der Opfer erfordern ein koordiniertes „Interventionssystem". Dazu müssen sich Polizei, Justiz, Frauenschutzeinrichtungen, Beratungsstellen und die gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen in einem Netzwerk zusammenschließen, in welchem Handlungsschritte, Abläufe und Standards für den Umgang mit misshandelten Frauen und ihren Kindern weiterentwickelt und abgestimmt werden:

- Das polizeiliche Eingreifen soll die Gewalt unterbrechen und die Voraussetzungen für einen nachhaltigen Schutz der Opfer schaffen. Erst durch die Wegweisung und das befristete Betretungsverbot für die Täter wird den Frauen der notwendige Freiraum eingeräumt, um sich – unterstützt von Beratungseinrichtungen – über ihre Lebenslage und mögliche Konsequenzen ein klares Bild zu verschaffen und selbst weitere Schutzmaßnahmen einleiten zu können. Damit dieser Interventionsschritt gelingt, müssen Polizeibeamt/innen über regionale Beratungs- und Unterstützungsangebote Bescheid wissen, um die Opfer bei einem Einsatz darauf hinweisen können. Notwendig ist also zunächst eine gute Kooperation zwischen den Sicherheitskräften und den frauenspezifischen Einrichtungen.
- Die Opfer häuslicher Gewalt können zivilrechtliche Schritte einleiten, um sich vor dem Täter zu schützen. Häufig werden diese Schritte im Anschluss an eine Wegweisung des Täters beantragt. Deshalb ist eine Kooperation der Familiengerichte mit der Polizei notwendig. Ergänzt werden die polizeilichen und gerichtlichen Maßnahmen durch eine professionelle Beratung und Begleitung der Frauen, die von den Interventionsstellen gegen Gewalt und anderen Einrichtungen geleistet werden. Diese werden nach polizeilichen Einsätzen umgehend informiert und nehmen Kontakt zu den betroffenen Frauen auf, um ihnen Unterstützung und ggf. Begleitung bei der Beantragung von zivilrechtlichen Schritten anzubieten.

- Neben akuten Verletzungen kann häusliche Gewalt auch zu vorübergehenden oder langfristigen psychischen Beeinträchtigungen führen. Deshalb benötigen viele Betroffene eine medizinische bzw. psychiatrische Versorgung, weshalb die Vernetzung der Notfallambulanzen bzw. Arztpraxen mit der Polizei und den Frauen- bzw. Opferberatungseinrichtungen sinnvoll ist.
- Täter von Gewalt sind frühzeitig und konsequent zur Verantwortung zu ziehen. Das ist wichtig, um ihnen die Folgen der Taten vor Augen zu führen und um damit zu dokumentieren, dass Gewalt keine Privatangelegenheit, sondern ein Straftatbestand ist. Im Gerichtsverfahren spielen medizinische Falldokumentationen und Atteste eine entscheidende Rolle – weshalb auch hier eine Kooperation notwendig ist.

Erst das koordinierte und kombinierte Zusammengehen vor allem von Polizei und Justiz sowie den Unterstützungseinrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich kann eine tragfähige Basis für die dauerhafte Beendigung von Misshandlungssituationen schaffen.

Abbildung 10: Zentrale Elemente für ein Netzwerk gegen "Häusliche Gewalt"



Quelle: GÖG/ÖBIG 2008

Den dargestellten Institutionen, Einrichtungen oder Organisationen obliegen unterschiedliche Aufgaben im Bereich der häuslichen Gewalt.

Institution, Organisation, Bereich im Netzwerk „Häusliche Gewalt"	Aufgaben und Funktionen
Intra- und extramualer Bereich	Versorgung von Verletzungen Dokumentation Atteste Vermittlung an spezialisierte Beratungseinrichtungen
Polizei	Wegweisung und Betretungsverbot Beweissicherung Dokumentation des Einsatzes Strafanzeige/Ermittlung gegen den Täter
Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	Information über die rechtlichen Schutzmöglichkeiten, Begleitung zu Behörden, Prozessbegleitung, Unterstützung bei Anzeigeerstattung Gefährdungseinschätzung, Sicherheitsplanung, Krisenintervention, Vermittlung weitergehender Hilfen Antragstellungen bei Gericht Juristische und psychosoziale Prozessbegleitung Hilfe auch bei Stalking
Rechtsanwalt/Rechtsanwältin	Juristische Beratung Privatbeteiligten-Vertretung Wahrnehmung der Opferinteressen Vertretung im Zivilverfahren Juristische Prozessbegleitung von Opfern und Zeugen Antrag auf Einstweilige Verfügung
Bezirksgericht	Einstweilige Verfügung Obsorgerechtsverfahren Scheidungsverfahren
Staatsanwaltschaft	Prüfung der polizeilichen Anzeige Führung der Ermittlungen Einstellung des Verfahrens, weil keine gerichtlich strafbare Handlung vorliegt oder weil Beweise als nicht ausreichend bewertet werden. Einstellung des Verfahrens wegen diversioneller Maßnahmen Erhebung der Anklage
Gericht zuständig für Strafsachen	Durchführung der Hauptverhandlung Urteilsspruch
Frauenhaus	Schutz/Unterkunft in akuten Gewaltsituationen für Frauen und Kinder Beratung und Unterstützung der Frauen Psychosoziale, medizinische, juristische Beratung und Betreuung

Frauenhelpline	Frauenhelpline 0800/222 555: täglich 24 Stunden, österreichweit, kostenlose und anonyme telefonische Beratung, auch in mehreren Sprachen
Frauennotrufe	Beratung und Unterstützung von Frauen und Mädchen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind
Opferschutzeinrichtung (spezialisierte Einrichtungen wie Frauenberatungsstelle, Migrantinnenorganisationen)	Schwerpunktsetzung je nach Einrichtung unterschiedlich für Kinder auch therapeutische Schwerpunktsetzung je nach Einrichtung unterschiedlich
Jugendwohlfahrtsträger	Wahrnehmung der Interessen der Minderjährigen Beratung von Kindern/Jugendlichen Beratung von Müttern Mitwirkung im Familiengerichtsverfahren
Gewalt- und Männerberatung	Beratung von (latent) gewalttätigen Männern, psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008

In den europäischen Nachbarländern haben sich regionale oder kommunale Netzwerke gebildet, die als zentrale Kommunikations- und Operationsbasis zur Abstimmung aller relevanten Angebote und Ressourcen zum Schutz der Opfer dienen. Die sogenannten „Runden Tische" fungieren als interdisziplinäres Kompetenzzentrum und arbeiten kontinuierlich zusammen und stimmen Maßnahmen aufeinander ab. Oberste Maxime ist immer die Verbesserung des Opferschutzes. In Österreich gibt es in Niederösterreich, der Steiermark und in Wien bereits Vernetzungstreffen. Österreich verfügt über ein Gewaltschutzgesetz, das die Rechte der Opfer eindeutig definiert, stärkt und deutlich macht, dass häusliche Gewalt gesellschaftlich nicht anders zu bewerten ist als Gewalt im öffentlichen Raum und zwischen Fremden. Häusliche Gewalt ist demnach kriminell. Das österreichische Gewaltschutzgesetz, mit Vorbildcharakter für die Judikatur anderer EU-Staaten, bedarf weiterer flankierender Maßnahmen – auch im Gesundheitswesen.

Literatur

Arbeitskreis Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Niedersachen (Hrsg.): Betrifft Häusliche Gewalt. Informationen und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte. Hannover 2004

AÖF – Verein Autonome österreichische Frauenhäuser (Hrsg.): Statistik der autonomen österreichischen Frauenhäuser 2007, Wien 2008

AÖF – Verein Autonome österreichische Frauenhäuser (Hrsg.): Statistik der Wegweisungen in Österreich 2007, Wien 2008

Ärztekammer Hamburg (Hrsg.): Leitfaden „Häusliche Gewalt". Hinweis zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement, Hamburg 2006

Ärztekammer Niedersachen (Hrsg.): Betrifft: Häusliche Gewalt. Information und Arbeitshilfen für Ärztinnen und Ärzte, Hannover 2004

Bildungsstelle Häusliche Gewalt Luzern (Hrsg.): Schulungsunterlagen. Luzern 2005

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Berlin 2004

Benard, C.; Schlaffer, E.; Mühlbach et al.: Gewalt gegen Frauen. Über das Ausmaß eines gesellschaftlichen Problems und die Notwendigkeit konsequenter Maßnahmen, Wien 1991

Berg D.: Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung - Leitlinien. In. Frauenarzt, H. 50/7 München 2009

BIG – Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Alte Ziele – Neue Wege, Berlin 1997

Brzank P.: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, H.52, Berlin 2009

Brückner M.: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Frankfurt 1998

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, BMGFJ (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen, Wien 2008

Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt (Hrsg.): Kriminalitätsbericht, Statistik und Analyse, Wien 2009

Burgstaller; Fabrizy: Im Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, 2. Auflage Wien 2003

Cohen, R. A.; Rosenbaum, A.; Kane, R. L. et al.: Neuropsychological correlates of domestic Violence and Victims, 14 (4), 397–411, 1999

Cokkinides, V. E.; Coker, A. L.; Sanderson M. et al.: Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes. In: Obstetrics & Gynaecology, Vol. 93, No. 5, Washington 1999

Curriculum "Gewalt gegen Frauen". Opferschutz an den Wiener Krankenanstalten. hrsg. von der MA 57, Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten, Fonds Soziales Wien, dieSie – Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien 2005

Day, T. The health-related costs of violence against women in Canada: The tip of the Iceberg. Centre of research on Violence against Woman and Children, hrsg. vom Centre of Excellence in Health Care Initiative, London 1995

Dearing, A.: Das österreichische Gewaltschutzgesetz. Referat im Rahmen der interdisziplinären Ringvorlesung am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien, WS 2002/2003

DHHS-Department of Health and Human Services: In Harm´s Way: Domestic Violence and Child Maltreatment, Washington 2003

Egger, R.; Fröschl, E.; Lercher, L. et al: Gewalt gegen Frauen in der Familie, Wien 1995

Elliot, L.; Nerney, M. et al.: Barriers to screening for domestic violence. In: Journal Gen Intern Med 17 H. 2, Chicago 2002

Entwurf des Magistrat Wien für ein Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – WR KAG geändert wird.

Enzmann, D.; Welzels, P.: Das Ausmaß häuslicher Gewalt und die Bedeutung innerfamiliärer Gewalt für das Sozialverhalten von jungen Menschen aus kriminologischer Sicht. In: Familie, Partnerschaft und Recht, H. 7, Hamburg 2001

Erdemgil-Bandstätter, A.; Fröschl, E.; Bauer M. et.al. (Hrsg.): Gewalt gegen Frauen. Schulungskonzept für die Sozialpsychiatrie, Wien 2007.

Europäische Kommission (Hrsg.): Unterschiedliche Systeme, ähnliche Resultate? Strafverfolgung von Vergewaltigung in elf europäischen Ländern; Länderbericht Österreich 2009.

Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli (Hrsg.): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, Bern 2007

Fröschl, E.; Löw, S.: Gegen Gewalt an Frauen. Fortbildungskonzept für medizinische Berufe, Wien 1997; Aktualisierung und Ergänzungen von Erdemgil-Brandstätter A., Wien 2008

Godenzi, A.: Gewalt im sozialen Nahraum. Basel, Frankfurt 1993

Godenzi, A.: Arbeit mit gewalttätigen Männern: What works? In: Frauenfragen Nr. 1, Hrsg. von der Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen, Bern 1997

Hagemann-White, C.; Bohne, S.: Versorgungsbedarf und Anforderungen im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen", Düsseldorf 2003

Hagemann-White, C.; Kavemann, B.; Schirrmacher, G. et al.: Dokumentation des Workshops Kinder und häusliche Gewalt. In: Materialienband zum Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2002

Haller, B.; Dawid, E.: Kosten häuslicher Gewalt in Österreich, Wien 2006

Hartwig, L.: Zusammenhänge zwischen Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder – Der Blick der Forschung. In: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, hrsg. von Kavemann B., Kreyssig Ulrike, Wiesbaden 2006

Heiskanen M.; Piispa M.: The price of violence. The cost of men´s violence against women in Finland, Helsinki 2001

Hellbernd, H.: Häusliche Gewalt gegen Frauen – Hintergründe und Folgen. Vortrag auf der Tagung der Fachstelle für Gleichstellung Zürich, 29.09.2005

Hellbernd, H.; Brzank, P.; Wieners, K. et al.: Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Versorgung – das SIGNAL-Interventionsprogramm, Berlin 2004

Hochmeister, M.; Grassberger, M.; Stimpfl, T.: Forensische Medizin für Studium und Praxis, Wien 2007

Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L.: Typologies of Male Batterers: Three subtypes and the differences among them. Psychological Bulletin, H.116 (3), Washington 1994

Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (Hrsg.): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregrad, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt, Berlin 2009

Jaspard, M.; Brown, E.; Lhomond, B. et al.: Reproduction ou résilience: Les situations vécues dans l`enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l`âge adultes? In: Revue francaise des Affaires sociales No. 3, Paris 2003

Jundt, K.; Peschers, U. et al.: Zur sexuellen Gewalt im frauenärztlichen Alltag – Ergebnisse einer Umfrage. In: Berichtsband des 53. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, hrsg. von Kindermann, G.; Dimpfl, T.; Stuttgart 2000

Kantor, G.; Straus, M. A.: The drunken bum theory of wife beating. Social Problems, 34 (3), New Hampshire 1987

Kavemann, B.: Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter, Osnabrück 2002

Kavemann, B.: Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten? In: Input 2, Sonderheft „Sexualisierte Gewalt", Hrsg. von Wildwasser e.V. Berlin 2000

Kindler, H.,: Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern, München 2002

Kindler, H.; Unterstaller, A.: Primäre Prävention von Partnergewalt: Ein entwicklungsökologisches Modell. In: Kavemann, B.; Kreyssig, U.: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006

Kranich-Schneiter, C.: Rechtliche Interventionsmöglichkeiten. In: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren, hrsg. von der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich et al., Bern 2007

Krug, E.G.; Dahlberg, L.L. et al.: World report on violence and health, hrsg. von WHO – World Health Organisation, Genf 2002

Lenz HJ. (Hrsg.): Männliche Opfererfahrungen. Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung, Weinheim 2000

Lenz HJ: Männer als Opfer von Gewalt. In: Aus Politik und Zeitgeschichte H. 52/53, Bonn 2004

Leonhard Kenneth, E.: Alcohol and Intimate Partner Violence. When can we say that heavy drinking is a contributing cause of Violence? In: Addiction 100, Oxford 2005,

Leonhard K.: Alkohol and Intimate Partner Violence: When can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? In: Addiction H. 100, London 2005

Mark, H.: Häusliche Gewalt gegen Frauen. Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Marburg 2001

Mark, H.: Häusliche Gewalt gegen Frauen aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – Ergebnis einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 8 (4), Köln 2000,

McCauley, I.; Youk, R. et al.: Inside "Pandora's box": abused women's experience with clinicians and health services. In: Journal Gen Inter Med, 13 (8), Indianapolis

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Diagnose: Häusliche Gewalt. Leitfaden, Düsseldorf 2005

Moffit, T.E.; Caspi, A.: Finding about partner violence from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Washington DC: National Institute of Justice, 1999

Moore T., Stuart G.: Review of Literature on Masculinity and Partner Violence. In: Psychology of Men and Masculinity, H. 6, Washington 2005

Müller I.: Ärzte sollten ganz genau hinsehen. In: Deutsches Ärzteblatt, H. 1-2, Köln 2008

Müller, U.; Schröttle, M.: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. In: IFF Info, Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (Sonderheft) Jg. 21 (28), Bielefeld 2004

Müller, U.; Schröttle, M.: Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Ausmaß, Ursachen und Folgen. In: Gewalt, hrsg. von Heitmeyer, W.; Schröttle, M., Bonn 2006

NCIPC NCIPC- National Center for Injury Prevention and Control: Costs of Intmate Partner Violence against Women in the United States, Atlanta 2003

Pfeiffer, C.; Wetzels, P.; Enzmann, D.: Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen, Hannover 1999

Pflichta, St. B.; Falik, M: Prevention of Violence and ist Impidcations (its implications?) from Women´s Health Issues 2001

Piispa, M.; Heiskanen, M.: The price of violence. The costs of Men´s Violence against Women in Finland, hrsg. von Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2001

Robert Koch Institut (Hrsg.) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, Berlin 2009

Römkens, R.: Prevalence of wife abuse in the Netherlands. Combining quantitative and qualitative methods in survey research. In: Journal of Interpersonal Violence, Heft 12, Utrecht 1997

Salzgeber, J.; Stadler, M.: Die Anhörung von Kindern als Zeugen häuslicher Gewalt durch Jugendamt, Familiengericht, Gutachter. In: Familie, Partnerschaft und Recht, Heft 7, München 2001

Schmid, G.: Die Situation von Frauen, die Gewalt in den Paarbeziehungen erleben. In: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, hrsg. von der Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich et al., Bern 2007

Schmuel, E.; Schenker, J.G.: Violence against women. The physicians role. In: European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, Vol. 80, Issue 2, Leeds 1998

Schrul, B.; Euhus, B.: Hintergründe und Auswirkungen häuslicher Gewalt – Ein Curriculum für die Familienbildung. Potsdam o. J.

Schumacher, J.A.; Feldbau-Kohn, S.; Smit Slep, A.M. et al.: Risk factors for male-to-female partner physical abuse. In: Aggression and violent behaviour, Vol. 6, Issues 2 3, New York 2001

Schweigert, B.: Gewalt ist kein Schicksal. Ausgangsbedingungen, Praxis und Möglichkeiten einer rechtlichen Intervention bei häuslicher Gewalt gegen Frauen unter besonderer Berücksichtigung von polizei- und zivilrechtlichen Befugnissen, Baden Baden 2000

Seth, C.; Kavemann, B.: „Es ist ganz wichtig, die Kinder da nicht allein zu lassen." Evaluationsstudie des Aktionsprogramms „Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt." Stuttgart 2007

Stradal, W: Handbuch der Verkehrsunfälle, 5. Teil, Wien 2003.

Truninger, A.: Was Gesundheitsfachleute gegen häusliche Gewalt tun können. In: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren, hrsg. von der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, Bern 2007

Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 2008, Wien 2009.

Wetzels, P.; Greve, W.; Mecklenburg, E. et al.: Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht, Stuttgart 1995

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr.KAG, LGBL. für Wien Nr. 23, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 21/2008

Wilsner, C.; Gilmer, T. et al.: Intimate Partner Violence against Women. Do victims cost health plans more? In: Journal of Family practice, H. 48 (6), Montvale 1999

World Health Organization: WHO multicountry study on women´s health and domestic violence against women: summary report of initial results onprevalence, health outcomes and women´s responses, Geneva 2005

Wolfe, D. A.; Crooks, C. V.; Lee, V. et al.: The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. Clinical child and family psychology review, H. (6 (3), 2003

World Health Organisation (WHO): World Report on violence and health, Genf 2002

Walker, E.: The battered Woman, New York 1979

Wimmer-Puchinger, B.; Lackner, R.: Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugendalter und seine gynäkologischen und sexuellen Kurz- und Langzeitfolgen, hrsg. vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien 1997

Yodanis, C.L.: Gender Inequality, Violence against Women and Fear. A Cross-National Test of the Feminist Theory of Violence Against Women. In: Journal of Interpersonal Violence, Vol. 19, 655 675, British Columbia 2004

Serviceteil

Checkliste der Interventionsschritte

Praxen und Krankenhäuser sind oft die erste und einzige Anlaufstelle, mit denen ein Gewaltopfer in Kontakt tritt. Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass sich die Opfer öffnen, wenn sie direkt nach ihren Gewalterfahrungen gefragt werden. Deshalb sollten Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonen, Hebammen und andere Gesundheitsberufe den ersten Schritt setzen und „häusliche Gewalt" sensibel ansprechen. Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsfachberufe nehmen auch deshalb eine Schlüsselstellung ein, weil professionelle und verständnisvolle Unterstützung auch Vertrauen in das übrige Unterstützungssystem schafft und damit den Frauen und Mädchen den Weg für die Inanspruchnahme spezialisierter Hilfe ebnen kann.

Wahrnehmen
Bereits im Wartezimmer ausgelegtes Material signalisiert den Patientinnen, dass bei Ihnen Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Gewalt gegen Frauen bestehen.

Ansprechen, zuhören, fragen
Betroffene sprechen selten von sich aus die Ursachen ihrer akuten Verletzungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen an. Wenn sie in ruhiger und vorurteilsfreier Atmosphäre sensibel angesprochen und vorsichtig befragt werden, besteht jedoch die Chance, dass sie sich anvertrauen und so den Kreislauf der Geheimhaltung und Isolation durchbrechen. Keinesfalls sollte eine Patientin bedrängt werden.

Untersuchen
In der Regel ist die Gewalterfahrungen schambesetzt. Eine Untersuchung ist immer auch ein ZurSchaustellen sichtbarer Zeichen der eigenen Gewalterfahrung und deshalb sehr belastend. Zu vermeiden ist eine Retraumatisierung oder sekundäre Viktimisierung. Die gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen sollte mit ausdrücklichem Einverständnis der Patientin erfolgen.

Schützen
Nach der medizinischen Versorgung ist das Schutzbedürfnis mit der Patientin abzuklären. Nur die Betroffene weiß, ob sie nach Hause zurück kann oder aktuell schutzbedürftig ist. In diesem Fall sind die Schutzmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Polizei ist nur nach Zustimmung der Patientin einzuschalten.

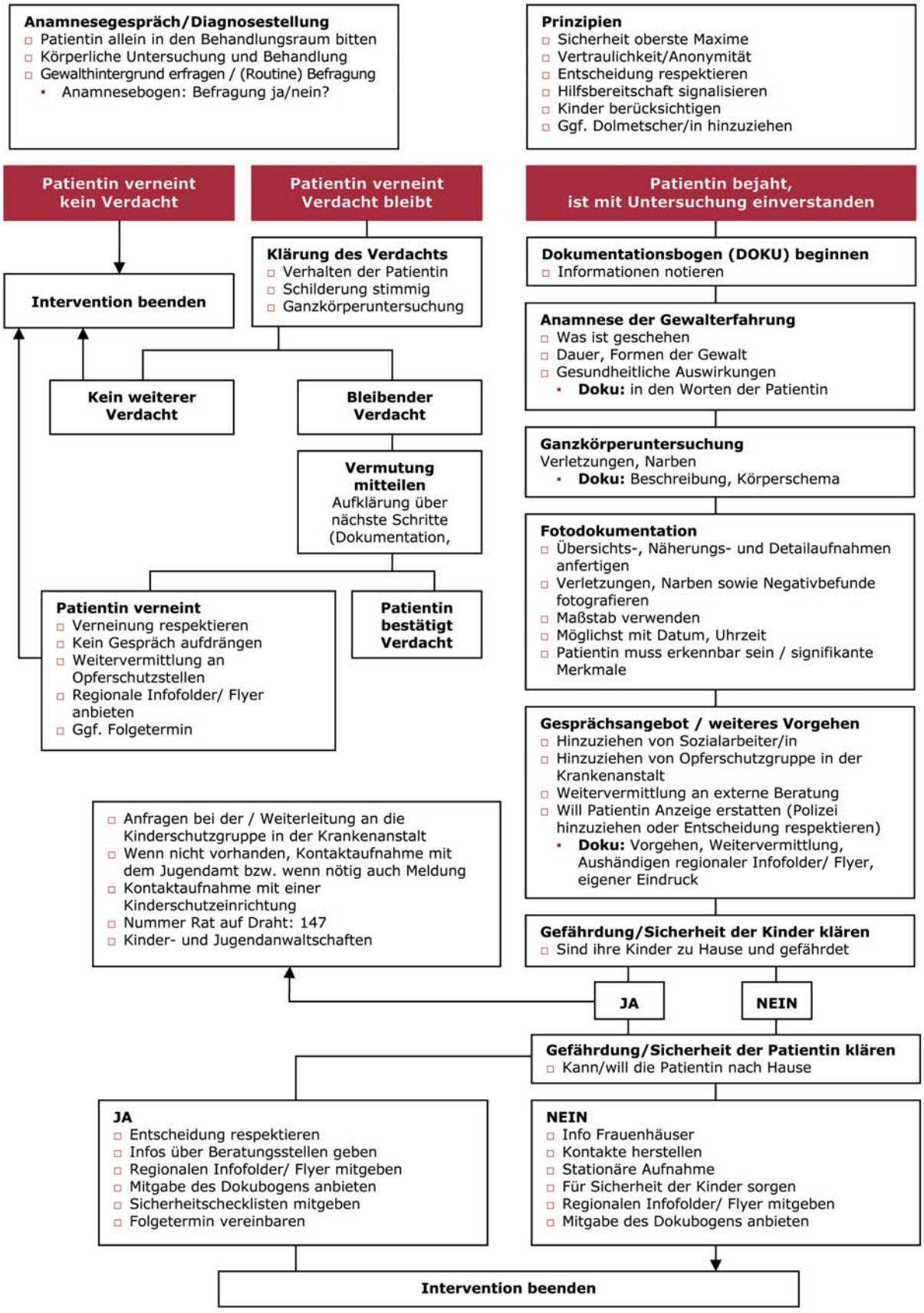
Dokumentieren
Die „Gewalt-Anamnese", die Untersuchungsergebnisse und alle Antworten der Patientin sollten exakt und präzise dokumentiert werden. In einem zivil- oder strafrechtrechtlichen Verfahren kann diese Dokumentation von ausschlaggebender Bedeutung für die Beweisführung sein. Fotografien sind zu Beweiszwecken von unschätzbarem Wert. Das Einverständnis der Patientin vorausgesetzt sind alle Verletzungen bildlich festzuhalten.

Informieren und Weitervermitteln
Gewaltbetroffenen Patientinnen kann mit Informationen über spezialisierte Beratungsstellen aus ihrer Schwäche, Perspektivenlosigkeit und (partieller) Lähmung geholfen werden. Wenn die Patientin offen für weitergehende Unterstützung ist, kann ein Erstkontakt hergestellt werden. Eine Liste mit Adressen und Rufnummern der Unterstützungseinrichtungen sollte auf jeden Fall ausgehändigt werden.

Die Ziele jeder Intervention sind Schutz, Sicherheit und die Beendigung von Gewalt

Ablaufdiagramm

Patientin mit gewaltbedingten Beschwerden und Verletzungen stellt sich vor



Quelle: SIGNAL Berlin adaptiert für Österreich

Erläuterungen zum Untersuchungsbogen

„Erweiterte Verletzungs-Dokumentation"

Der Untersuchungsbogen wird zur erweiterten, **gerichtsverwertbaren Dokumentation** von Verletzungen empfohlen (z. B. bei V. a. häusliche Gewalt, Verkehrsunfall etc.). Die Untersuchung gemäß einer Checkliste soll dem medizinischen Personal eine vollständige Dokumentation nach zeitgemäßen Untersuchungsstandards ermöglichen.

In folgenden Fällen empfiehlt es sich, einen/eine **Gerichtsmediziner/in** konsiliarisch beizuziehen:

- Bei Verdacht auf einen **Tötungsversuch**
- Wenn **akute Lebensgefahr** bestand, besteht oder diese nicht ausge¬schlossen werden kann
- Bei **Kindesmisshandlung**
- Bei **Sexualdelikten**
- Bei Hinweis auf eine **Strangulation** (Würgen, Drosseln)
- Bei **rekonstruktiven Fragestellungen** (z. B. Sturz, Schlag, Tritt, Verkehrsunfall etc.)
- Wenn **relevante bleibende Folgen** zu erwarten sind

Anamnese

Die **Angaben zum Ereignis** bilden die Grundlage für die klinische Untersuchung und eine gezielte Spurensicherung. Auf eine möglichst genaue Darstellung des Sachverhaltes und Art der Gewaltanwendung ist unbedingt zu achten (wenn möglich in den Worten der Patientin oder des Patienten). → **Wer** hat **wann**, **womit**, **wie intensiv** und **wie oft** gegen **welche Körperregion** eingewirkt?

ACHTUNG: Keine Suggestivbefragung von Kindern!

Spurensicherung

Die Kleidung der Patientin oder des Patienten kann Spuren aufweisen, die zur Aufklärung des Vorfalls dienen können. Muss die Kleidung aufgeschnitten werden, sollten Beschädigungen oder Verschmutzungen großräumig „umschnitten" werden.

Die **Sicherung von DNA-Spuren** (Speichel, Sperma, Blut, Hautzellen etc.) muss immer **vor** der körperlichen Untersuchung erfolgen. Entnahmestellen im Körperschema kennzeichnen.

Gibt das Opfer an, den Täter gekratzt zu haben, sollten die Unterseiten der Fingernägel der rechten und linken Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abgerieben werden (DNA-Spurensicherung).

Getragene **Kleidung**, insbesondere wenn diese beschädigt ist oder Spurenantragungen aufweist (z. B. Speichel, Sperma, Blut, Schmutz, Schnitt-, Schussbeschädigungen, Partikel vom Tatwerkzeug) unbedingt **einzeln in Papiersäcken** sicherstellen (Beschriftung: Namen, Zeit, Datum, Inhalt, gesichert durch).

→ Bei **Sexualdelikten** sind zusätzlich oder alternativ die **Checkliste und das Spurenabnahmeset „Sexualdelikt"** zu benutzen.

Schussverletzungen nach dem Einzeichnen im Körperschema spindelförmig exzidieren und markieren (die Wundexcidate anschließend gekühlt lagern oder alkoholfixieren).

Fremdkörper/Fremdmaterialien aus der Wunde sichern (Geschosse nur mit Kunststoffpinzetten oder manuell entfernen), an der Luft trocknen lassen und in Zellstoff weich gepolstert aufbewahren.

Für eine allfällige **Schusshandbestimmung** durch die Tatortgruppe die Hände wenn möglich nicht reinigen.

Körperliche Untersuchung

Bei **Gewalteinwirkung gegen den Hals** (Würgen, Drosseln) ist speziell auf **Stauungsblutungen** in den Augenbindehäuten, den Augenlidern, im Gesicht und im Bereich der Mundschleimhaut zu achten.

Im Rahmen der systematischen Ganzkörperuntersuchung sind insbesondere auch (aus klinischer Sicht) sog. **Bagatellverletzungen** zu dokumentieren.

Die **Dokumentation der Befunde** nach folgender **Klassifizierung** vornehmen:

Hautrötung, Schwellung, Abschürfung, Hämatom, Kratzspur, Rissquetsch- bzw. Platzwunde, Stich- oder Schnittwunde, Bissmarke, Verbrennung, Verbrühung, Knochenbruch, Narbe, subjektiver Druckschmerz.

Die **Beschreibung** der einzelnen Befunde mit folgenden **Detailangaben** versehen:

Ort bzw. Lage, Ausdehnung bzw. Größe, Farbe, Form, Abformung/Muster, Orientierung bzw. Richtung, Wundränder/Begrenzung, Beschaffenheit, Wundgrund, Wundwinkel, versorgte Wunde, geschätztes Alter, Lage mehrerer Verletzungen zueinander.

Die klinisch sehr häufig benutzten Ausdrücke wie „**Prellung**" oder „**Prellmarke**" müssen bei der Beschreibung von Verletzungen unter allen Umständen unterbleiben, da sich dahinter ein **uneinheitliches Kollektiv an subjektiven Verletzungsbefunden** verbirgt.

Fotodokumentation

- Aufnahmen wenn möglich vor neutralem Hintergrund
- **Maßstab** verwenden! Maßstab immer in Ebene der Verletzung ohne dabei Befund zu überdecken
- Aufnahmen **senkrecht** zur Hautoberfläche
- Immer **Übersichts-, Näherungs- und Detailaufnahmen** („Dreier-Regel")
- Bei Aufnahmen der Körperrückseite ggf. Kopf zur Seite drehen lassen, um **Identität** zu dokumentieren
- Beschädigung/Verunreinigung der Kleidung möglichst **vor dem Entkleiden** fotografieren
- Aufnahmen aus der Position des Täters mit Köperhaltung des Opfers zum Zeitpunkt der Einwirkung
- Auch **Negativbefunde** fotografisch festhalten
- Aufnahmen auf geeignetem Datenträger sichern (z. B. CD-Rom)

→ In einigen Fällen ist eine erneute Fotodokumentation zwei bis vier Tage später sinnvoll (bessere Erkennbarkeit z. B. von Hämatomen und oberflächlichen Abschürfungen).

Weiterführende Maßnahmen

Besteht der Verdacht auf eine **nicht-akzidentielle Entstehung** der dokumentierten Verletzungen oder wird diese vom Opfer angegeben, muss die Patientin/der Patient an eine **Opferschutzeinrichtung** verwiesen werden. Es empfiehlt sich, eine diesbezügliche Vorgangsweise in der Krankenakte/Ambulanzakte zu **dokumentieren**!

Die ordnungsgemäß beschrifteten **Asservate** sind so schnell wie möglich an die Exekutive übergeben. Die Übergabe ist im Untersuchungsbogen zu dokumentieren.

Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

Ort der Untersuchung:		**Patient/in:**	(ggf. Klebeetikett)
Ärztin/Arzt:	Tel.	**Geb.-Datum:**	**Tel.:**
Zugewiesen von:		**Adresse:**	
Beginn der Untersuchung: _____ (Datum) ____ : ____ (Uhrzeit)		Im Beisein von:	

PATIENTEN-BASISDOKUMENTATION

Körpergröße: Gewicht: Patient/in ist: ❒ Rechtshänder/in ❒ Linkshänder/in

Psychische Verfassung bei Untersuchung: Bewusstsein ❒ klar ❒ leicht ❒ deutlich beeinträchtigt ❒ bewusstlos

Verdacht auf ❒ Alkohol ❒ Drogen- bzw. Med.-Konsum

Sprachliche Verständigung: ❒ fließend ❒ gebrochen ❒ Übersetzung notwendig

↳ durch wen:

Besondere Gefahrenmomente für medizinisches Personal ❒ ja ❒ nein

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ort: ❒ Verursacher bekannt

Zeit: _____ (Datum) _____ : _____ (Uhrzeit) ❒ Verursacher unbekannt Anzahl:

(ungefähre) Dauer des Vorfalls: _____

Möglichst genaue **Darstellung des Sachverhaltes**, Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung, subjektive **Beschwerden**:
(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung. Keine Suggestivbefragung!)

Gibt es **Zeugen** des Vorfalls (z. B. Kinder, Nachbarn)? ↳ Falls ja, sind diese ebenfalls betroffen/verletzt?	❒ ja:	❒ nein	❒ weiß nicht
Wurden **Tatmittel** (Werkzeug, Waffe) benutzt?	❒ ja, welche:	❒ nein	❒ weiß nicht
Wurde seitens des/der Geschädigten **Widerstand geleistet**?	❒ ja:	❒ nein	❒ weiß nicht
Hat Patient/in den Verursacher **gekratzt**?	❒ ja ↳ Falls ja, Unterseite der Fingernägel der rechten und linken Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben (DNA!).	❒ nein	❒ weiß nicht
Fand eine **Gewalteinwirkung gegen den Hals** statt (Würgen, Drosseln)?	❒ ja ↳ ❒ Stauungszeichen (siehe nächste Seite) ❒ Bewusstlosigkeit ❒ Schwindel ❒ Urin- und/oder Stuhlabgang ❒ Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden	❒ nein	❒ weiß nicht
Wurden vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?	❒ ja wann, was, wieviel:	❒ nein	❒ weiß nicht
Handelt es sich um einen Wiederholungsfall?	❒ ja	❒ nein	❒ k. A.

SPURENSICHERUNG

Beschädigungen an der Kleidung (Foto!)? ❒ ja ❒ nein
Verunreinigungen der Kleidung (Blut, Erde etc.)? ❒ ja ❒ nein
Andere Spuren vorhanden? ❒ ja ❒ nein
↳ welche:

Kleidung sichergestellt
❒ ja ❒ nein
→ einzeln in **Papiersäcke** verpacken u. beschriften!

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Kopf	Behaarte Kopfhaut (absuchen und abtasten, kahle Stellen?):	❒ o.B.
	Stirn-/Schläfenregion:	❒ o.B.
	Augen (inkl. Bindehäute!):	❒ o.B.
	Ohren (Rückseite!):	❒ o.B.
	Nase (Nasenöffnungen!):	❒ o.B.
	Wangen:	❒ o.B.
	Mund (Lippenrot, Zähne, Mundvorhofschleimhaut!):	❒ o.B.
	Kinn:	❒ o.B.
	Liegen punktförmige Einblutungen (**Stauungszeichen**) vor? ❒ ja ❒ nein ↳ ❒ Haut der Augenlider ❒ Augenbindehäute ❒ Haut hinter den Ohren ❒ Gesichtshaut ❒ Mundvorhofschleimhaut	
Hals	Vorderseite:	❒ o.B.
	Nacken:	❒ o.B.
Thorax	Mammae:	❒ o.B.
	Brustkorbvorderseite:	❒ o.B.
	Rücken:	❒ o.B.
Arme	Schultern:	❒ o.B.
	Oberarme (auch Innenseite!):	❒ o.B.
	Unterarme (Handgelenke):	❒ o.B.
	Hände:	❒ o.B.
Abdomen		❒ o.B.
Gesäß		❒ o.B.
Genital-bereich		❒ o.B.
Beine	Oberschenkel (Innenseite!):	❒ o.B.
	Unterschenkel:	❒ o.B.
	Füße:	❒ o.B.

☞ Ist ein **auffälliges Verletzungsmuster** erkennbar? ❒ ja ❒ nein
(gruppierte oder geformte Verletzungen, Abdrücke, z. B. Schuhsohlenprofil, Reifenprofil, Doppelstriemen):

☞ **Schussverletzungen** exzidieren, markiert aufspannen und sicherstellen (siehe Beiblatt Erläuterungen!)

Vorläufige medizinische Beurteilung:

Weiterführende Maßnahmen (z. B. Konsiliaruntersuchung, psychologische Beratung, Verständigung der Exekutive etc.):

Information über Opferschutzeinrichtungen erfolgt? ❒ ja Bemerkungen:

Ende der Untersuchung: _____ Uhrzeit: _____ : _____ Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

WEITERGABE DER BEWEISMITTEL

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

Übergeben von: _____ (Blockschrift)	Übernommen von: _____ (Blockschrift)
Datum und Unterschrift: _____ , _____	Datum und Unterschrift: _____ , _____

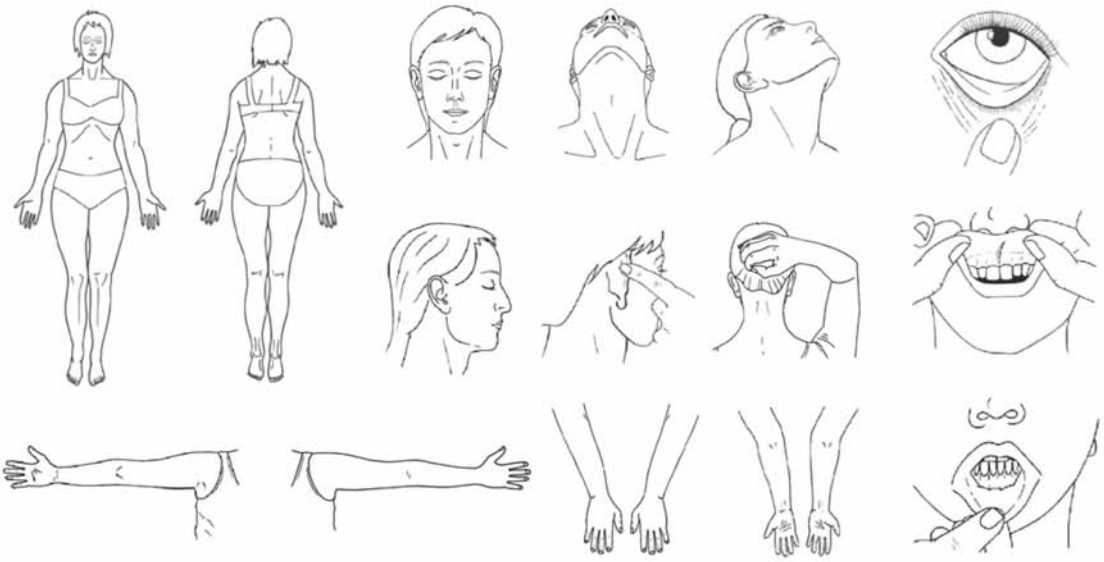
FOTODOKUMENTATION

Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt? ❒ ja ❒ nein Anzahl der angefertigten Aufnahmen: _____

↳ wenn „nein“, warum nicht:

↳ wenn „ja“, wo archiviert:

Empfehlungen zur Untersuchung und Fotobasisdokumentation:



Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikt

Ort der Untersuchung:	**Patient/in:**
Ärztin / Arzt: Tel.	**Geb.-Datum:** **Tel.:**
Zugewiesen von:	**Adresse:**
Beginn der Untersuchung: _____ (Datum) _____ : _____ (Uhrzeit)	Im Beisein von:

PATIENTEN BASISDOKUMENTATION

Körpergröße: Gewicht: Patient/in ist: ❒ Rechtshänder/in ❒ Linkshänder/in

Psychische Verfassung bei Untersuchung: Bewusstsein ❒ klar ❒ leicht ❒ deutlich beeinträchtigt ❒ bewusstlos

Verdacht auf ❒ Alkohol ❒ Drogen- bzw. Med.-Konsum

Sprachliche Verständigung: ❒ fließend ❒ gebrochen ❒ Übersetzung notwendig

↳ durch wen?:

ANAMNESE

Letzte Regelblutung: _____ (Datum) Verhütungsmaßnahmen:

Aktuelle (gynäkologische) Beschwerden:

Letzter freiwilliger Sexualkontakt: _____ Mit wem: ❒ unbekannt

Wie: ❒ mit Kondom

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ort: ❒ Täter bekannt

Zeit: _____ (Datum) _____ : _____ (Uhrzeit) ❒ Täter unbekannt Anzahl Täter:

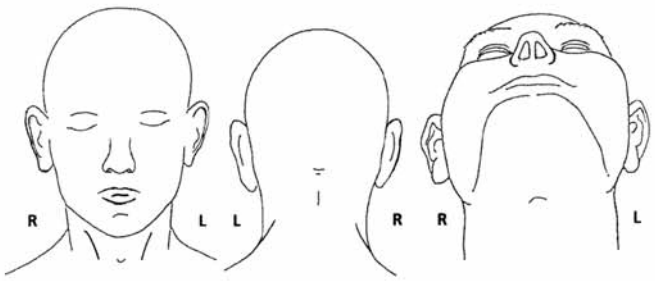
(ungefähre) Dauer des Vorfalls: _____

Möglichst genaue **Darstellung des Sachverhaltes**, Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung, subjektive **Beschwerden**:
(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung, Keine Suggestivbefragung!)

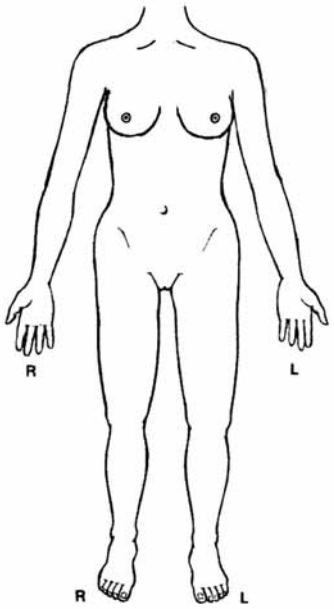
Orale Penetration	❒ ja	❒ nein	❒ versucht	❒ weiß nicht
Vaginale Penetration	❒ ja	❒ nein	❒ versucht	❒ weiß nicht
Anale Penetration	❒ ja	❒ nein	❒ versucht	❒ weiß nicht
Andere sexuelle Handlungen: (z.B. Oralverkehr durch Täter an Opfer)				
Wurde ein Kondom benutzt?	❒ ja, Verbleib:		❒ nein	❒ weiß nicht

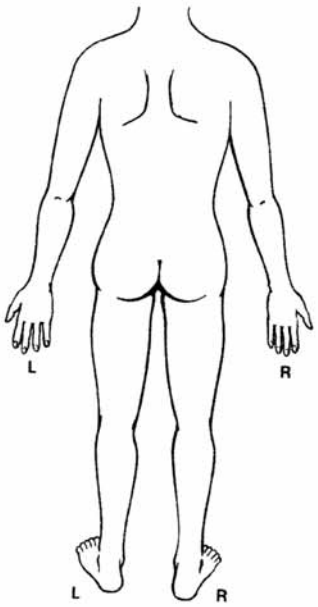
Wurden zur Reinigung Taschentücher oder dgl. verwendet?	❒ ja, was, Verbleib:	❒ nein	❒ weiß nicht
Hat sich Patientin / Patient zwischen Tat und Untersuchung abgewischt, gewaschen, geduscht; die Kleidung gewechselt, den Mund gespült; uriniert, Stuhlgang?	❒ ja, was:	❒ nein	
Haben Sie Erinnerungslücken (von - bis)?	❒ ja	❒ nein	❒ weiß nicht
Wenn ja, Haben Sie eine Erklärung dafür?			
Haben Sie vor, während oder nach der Tat Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?	❒ ja wann, was, wieviel:	❒ nein	❒ weiß nicht

	UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG	Sichergestellt
Schritt 1	**2 Abstriche Oral** (mit zwei trockenen Wattetupfern)	❒ ja ❒ nein
Schritt 2	**Kleidung (insbes. Unterwäsche)** (einzeln in Papiersäcke verpacken u. Beschriften + Beschreibung des Inhaltes)	❒ ja ❒ nein
Schritt 3	**Spuren am Körper**	
	Erfolgte eine Ejakulation? ❒ ja, wohin: ❒ nein ❒ weiß nicht (Ejakulat auf Hautoberfläche am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)	❒ ja ❒ nein
	Verklebte Kopfhaare vorhanden? (verklebte Haare abschneiden)	❒ ja ❒ nein
	Hat Sie der Täter irgendwo geküsst, geleckt, gesaugt, gebissen? ❒ ja, wo: ❒ nein ❒ weiß nicht (Speichelspuren auf der Haut am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)	❒ ja ❒ nein
	Haben Sie den Täter gekratzt? ❒ ja ❒ nein ❒ weiß nicht (Falls ja, Unterseite der Fingernägel der re und li Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben)	❒ ja ❒ nein
	Andere Spuren vorhanden ? (Spuren in Papiersäckchen sicherstellen u. Beschriften)	❒ ja ❒ nein
Schritt 4	**Körperliche Untersuchung / Verletzungen / Schmerzen** (Befunde wie Abschürfungen, Blutunterlaufungen, Kratzspuren auf Körperschemata dokumentieren. Nach Möglichkeit Fotodokumentation)	



Würgen / Drosseln ? ❒ ja ❒ nein ❒ weiß nicht
Falls ja: Liegen punktförmige Einblutungen (**Stauungszeichen**) vor? ❒ ja ❒ nein
↳ ❒ Haut der Augenlider
❒ Augenbindehäute
❒ Haut hinter den Ohren
❒ Gesichtshaut
❒ Mundvorhofschleimhaut

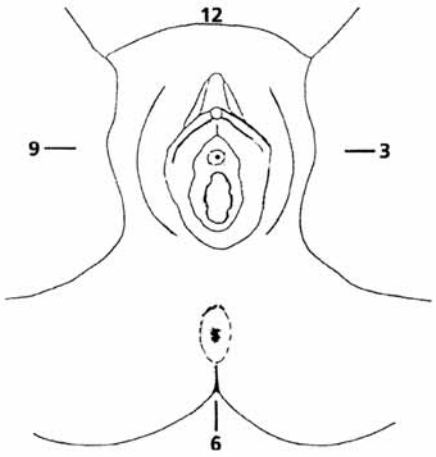




Fotodokumentation: ❒ ja ❒ nein

		Sichergestellt	
Schritt 5	**Anus und Rektum**		
	2 Abstriche Anus (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	❒ ja	❒ nein
	2 Abstriche Rektum (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	❒ ja	❒ nein
Schritt 6	**Gynäkologische Untersuchung**		
	Verklebte Schamhaare vorhanden ? (verklebte Haare abschneiden)	❒ ja	❒ nein
	Schamhaare ausgekämmt ? (Schamhaare - wenn vorhanden - mit Kamm auf Papierunterlage auskämmen)	❒ ja	❒ nein
	1 Abstrich äußeres Genitale (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)	❒ ja	❒ nein
	Tampon vorhanden ?	❒ ja	❒ nein
	Fremdmaterial vorhanden ?	❒ ja	❒ nein
	2 Abstriche Vagina (mit zwei trockenen Wattetupfern)	❒ ja	❒ nein
	2 Abstriche Zervikalkanal (mit zwei trockenen Wattetupfern)	❒ ja	❒ nein
	Abstriche für diagnostische Zwecke (STD) (an zuständiges Labor übermitteln)	❒ ja	❒ nein

Verletzungen im Genital- und Analbereich:
(Hautrötung, Schwellung, Blutunterlaufung, Schürfung, Einriss)



Hymen:

Toluidinblau-Färbung: ❒ ja ❒ nein
Fotodokumentation: ❒ ja ❒ nein

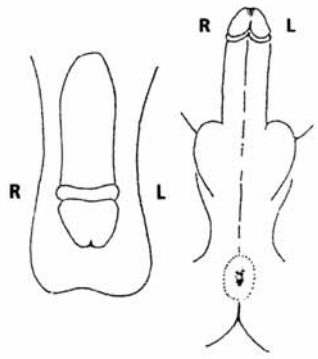
Schritt 7	**Blut / Urin**	Sichergestellt
	Serum für diagnostische Zwecke (HIV, Hepatitis B und C) (an zuständiges Labor übermitteln)	❒ ja ❒ nein
	Nativblut für Alkoholkonzentrationsbestimmung	❒ ja ❒ nein
	Nativblut für chemisch-toxikologische Untersuchungen	❒ ja ❒ nein
	Urin für chemisch-toxikologische Untersuchung (ca. 30- 50 ml)	❒ ja ❒ nein
	Uhrzeit der Asservierung von Blut und Urin _____ : _____	

Schritt 8	**Diagnostik, Therapie**			
	Schwangerschaftstest (Urin)	❒ positiv	❒ negativ	❒ nicht gemacht
	Pille danach	❒ ja	❒ nein	❒ Rezept mitgegeben
	HIV-Prophylaxe begonnen / mitgegeben	❒ ja	❒ nein	
	Hepatitis B Prophylaxe verabreicht	❒ ja	❒ nein	
	Verabreichte Medikamente:			
	Aktuelle körperl. Gefährdung des Opfers ?	❒ ja	❒ nein	❒ unklar
	Information bzgl. Opferschutzeinrichtung	❒ ja		

Ende der Untersuchung: _____ Uhrzeit: _____ : _____ Unterschrift Ärztin / Arzt: _____

Weitergabe der Beweismittel	
Serum für diagnostische Zwecke (HIV und Hepatitis B, C)	❒ An _____
Nativblut und/oder Urin für chemisch-toxikologische Untersuchungen	❒ An _____
Blut für Alkoholkonzentrationsbestimmung	❒ An _____
Asservate/Abstriche für spurenkundliche Untersuchungen	❒ An _____

Männliches Opfer	Sichergestellt
1 Abstrich Glans, Sulcus coronarius und Penisschaft (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben, Box „Abstrich Haut" beschriften)	❒ ja ❒ nein
1 Abstrich Peniswurzel und Haut Scrotum (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben, Box „Abstrich Haut" beschriften)	❒ ja ❒ nein
2 Abstriche Anus (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	❒ ja ❒ nein
2 Abstriche Rektum (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	❒ ja ❒ nein



Verletzungen im Genital- und Analbereich:

Andere Verletzungen am Körper:

Fotodokumentation: ❒ ja ❒ nein

Gesetze

1. Ärztegesetz

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) in BGBl 1998/169.

(§ 2 ÄrzteG) Der Beruf des Arztes

(1) Der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen.

(2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere

1. **die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind;**
2. Die Beurteilung von in Z1 angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel;
3. Die Behandlung solcher Zustände;
4. die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut;
5. **die Vorbeugung von Erkrankungen;**
6. die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe;
7. die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch diagnostischen Hilfsmitteln;
8. die Vornahme von Leichenöffnungen.

(§ 51 ÄrzteG) Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung

(1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl 1983/185 erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenden oder behandelnden oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachtes im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründeten Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewährleisten oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

(§ 54 ÄrzteG) Verschwiegenheit-, Anzeige- und Meldepflicht

(1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle Ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt geworden 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 sonstige 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 zuständigen Ärztekammern 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 anders bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Falle des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, 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 Jugendwohlfahrtsträger 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 Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten.

2. Wiener Krankenanstaltengesetz

Gesetz für die Wiener Krankenanstalten zur Einrichtung von Opferschutzgruppen zur Gewaltprävention (Wr. KAG 1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl für Wien Nr. 21/2008), das mit dem 1. Jänner 2009 in Kraft tritt.

(§ 15 d) Früherkennung von Gewalt

(1) In Zentral- sowie Schwerpunktkrankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten.

(2) Den Opferschutzgruppen obliegt die **Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt**.

(3) Den Opferschutzgruppen haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
3. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
4. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
5. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Die Betreuung von Opfern sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt innerhalb der Familie, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, obliegt den Kinderschutzgruppen gemäß Abs. 5. Dies gilt auch für Personen, die das 18. Lebensjahr zwar vollendet haben, auf Grund deren psychischen Reifegrades jedoch die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angezeigt erscheint.

(5) In Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie und in allgemeinen Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten für die genannten Sonderfächer sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen und die Früherkennung der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

(7) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(8) Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger beizuziehen.

(9) In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten kann anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

(10) Der Gewaltschutzgruppe gemäß Abs. 9 haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. **eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,**
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
3. **eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,**
4. **eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,**
5. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
6. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.“

Weitergehende Information im Internet

Die genannten Institutionen, Einrichtungen, Vereine stellen lediglich eine Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit dar.

AFRA – International Center for Black Women´s Perspectives	www.blackwomencenter.org
AÖF Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser	www.aoef.at
Bundesministerium für Gesundheit	www.bmg.gv.at
Bundeskanzleramt Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst Abteilung II/4: Gewaltprävention und Frauenspezifische Legistik	www.frauen.bka.gv.at
Bundesministerium für Inneres	www.bmi.gv.at
Bundesministerium für Justiz	www.bmj.gv.at
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	www.bmask.at
Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	www.bmwfj.gv.at www.kinderrechte.gv.at
Council of Europe: stop domestic Violence	www.coe.int/stopviolence
Das Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (FMBS)	www.netzwerk-frauenberatung.at
Die Kinder- und Jugend-Anwaltschaft	www.kija.at
Frauengesundheitszentrum Graz	www.fgz.co.at
Hotline gegen Gewalt	www.euline.net
Gewalt gegen Frauen Die Bedeutung des Gesundheitswesens	www.gewaltgegenfrauen.at
Homepage der österreichischen Frauennotrufe	www.frauennotrufe.at
Ihr offizieller Amtshelfer für Österreich	www.help.gv.at
Information und Hilfestellung für Opfer von Psychoterror	www.stalking.at

Institut für Gerichtliche Medizin, Medizinische Universität Innsbruck	www.gerichtsmedizin.at
Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel IBF	www.lefoe.at
Kriminalpolizei – Online	www.kripo-online.at
Männer gegen Männer-Gewalt	www.gewaltberatung.org
Orient Express: Beratungs-, Bildungs- und Kulturinitiative für Frauen	www.orientexpress-wien.com
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	www.oeggg.at
Österreichische Plattform gegen Genital-Verstümmelung	www.stopfgm.net
Peregrina: Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen	www.peregrina.at
Plattform gegen die Gewalt in der Familie	www.plattformgegendiegewalt.at
Plattform gegen Zwangsheirat	www.gegen-zwangsheirat.at
Psychosoziale und juristische Prozess-begleitung bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	www.prozessbegleitung.co.at
Trauma – Informations – Zentrum	www.trauma-informations-zentrum.de
WAVE- Women against violence Europe	www.wave-network.org
Weisser Ring Österreich	www.weisser-ring.at
White Ribbon Austria – Verein von Männern zu Prävention von männlicher Gewalt	www.whiteribbon.at
WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women	www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/en/index.html
Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	www.interventionsstelle-wien.at
World Health Organisation	www.who.int/en

Unterstützungseinrichtungen

Die nachfolgenden Institutionen, Einrichtungen und Organisationen bieten den Vertreter/innen der Gesundheitsfachberufe die Möglichkeit, verschiedene Probleme, die sich im Zusammenhang mit gewaltbetroffenen Frauen und Mädchen ergeben, zu besprechen und die Kontaktadressen den Betroffenen auszuhändigen. Alle Erstanfragen sind kostenlos und werden vertraulich behandelt.

Generelle telefonische Erst- und Krisenberatung für die Gesundheitsfachkräfte und für die Frauen und Mädchen, die von Gewalt betroffen sind, bieten neben den Sicherheitsbehörden, die überregionale Frauenhelpline und der Opfernotruf.

In den Bundesländern gibt es verschiedene Stellen, an die sich die Gesundheitsfachkräfte und die Opfer wenden können. Folgende Kategorien sind ausgewählt worden:

1. Polizeidienststellen
2. Gewaltambulanzen / Klinisch-Forensische Ambulanzen/Gerichtsmedizinische Institute
3. Frauenhelpline
4. Frauennotrufe
5. Gewaltschutzzentren / Interventionsstellen gegen Gewalt in der Familie
6. Frauenhäuser
7. Beratungsstellen für Opfer sexualisierter Gewalt
8. Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen
9. Frauengesundheitseinrichtungen
10. Migrantinneneinrichtungen
11. Männerberatung/Gewaltberatung

Neben diesen ausgewählten Stellen gibt es in den einzelnen Bundesländern noch eine Reihe weiterer frauenspezifischer Einrichtungen, die gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder beraten können. Der Leitfaden hat sich bewusst auf diese zentralen Einrichtungen beschränkt.

Die aufgelisteten Institutionen, Einrichtungen und Organisationen unterscheiden sich durch ihr Leistungsspektrum. Außerdem offerieren manche Beratungsstellen auch Seminare und Gesprächsgruppen. Nachfolgend werden die Charakteristika ausgewiesen:

Polizeidienststellen

Die Polizeidienststellen verfügen über rund 300 speziell geschulte „Präventionsbeamte gegen Gewalt in der Familie". Sie können von den Betroffenen sowie von Gesundheitsfachkräften über die Einsatzzentrale direkt telefonisch erreicht werden.

Gewaltambulanzen / Klinisch-Forensische Ambulanzen / Gerichtsmedizinische Institute

Bei diesen Instituten und Ambulanzen handelt es sich um Untersuchungsstellen für Menschen, die von körperlicher Gewalt, Kindesmissbrauch oder Kindesmisshandlung betroffen sind. Speziell ausgebildete Ärztinnen/Ärzte bieten den Betroffenen eine gerichtsmedizinische Untersuchung mit einer ausführlichen Dokumentation der Verletzungen sowie im Bedarfsfall eine Spurensicherung und Begutachtung an. Daneben erfolgt auf Wunsch auch eine Aufklärung über weitere Betreuungsmöglichkeiten und die Vermittlung entsprechender Angebote.

Frauenhelpline (Tel.: 0800 222 555)

Die bundesweite Frauenhelpline versteht sich als erste Anlaufstelle für alle Frauen im Zusammenhang mit Männergewalt. Themen sind die Gewalt in der Familie bzw. in Ehe und Partnerschaft, Stalking, Zwangsheirat, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, etc. Die Beratung ist eine professionelle, zielgruppenorientierte Einrichtung, die rund um die Uhr, kostenlos und bundesweit Beratung und Information anbietet. Muttersprachliche Beratung (arabisch, türkisch, serbokroatisch etc..) nach Bedarf.

Frauennotrufe

Österreichweit gibt es fünf Frauennotrufe, mit Beratung speziell für Frauen und Mädchen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind. Diese fünf österreichweiten (autonomen) Frauennotrufe sind der Verein Frauen gegen VerGEWALTigung (Innsbruck), Verein TARA (Graz), Frauennotruf Salzburg, Notruf Beratung für vergewaltigte Frauen und Mädchen (Wien) und das Autonome Frauenzentrum/Notruf Linz. Die Kontaktdaten sind den jeweiligen Bundesländern aufgelistet.

Gewaltschutzzentren / Interventionsstellen gegen die Gewalt in der Familie

Die regionalen Interventionsstellen leisten Krisenintervention und bieten kurzfristige Beratung für Opfer (Frauen und Männer) häuslicher Gewalt an. Im Anschluss an einen Polizeieinsatz (z. B. Wegweisung) wird von den Sicherheitskräften immer automatisch die zuständige Interventionsstelle benachrichtigt, die wiederum schnellstmöglich den Kontakt zum Opfer aufnimmt. Seitens der Interventionsstelle werden psychosoziale Beratung und rechtliche Unterstützung angeboten. Überdies können sich auch Rat suchende Einzelpersonen oder andere Einrichtungen an diese Stelle wenden. Die Beratung findet in der Regel in der häuslichen Umgebung, der Interventionsstelle oder einem anderen geschützten Ort statt. Die Beratung ist immer kostenlos. Die Interventionsstellen wurden als Begleitmaßnahme zum österreichischen Gewaltschutzgesetz eingerichtet. In jedem Bundesland gibt es eine bzw. mehrere Interventionsstellen.

Frauenhäuser

Frauenhäuser bieten Frauen als Opfer häuslicher Gewalt und ihren Kindern rund um die Uhr Sicherheit und stationären Schutz. Es besteht auch die Möglichkeit in ein Frauenhaus zu flüchten, wenn das Opfer trotz polizeilicher Maßnahme oder gerichtlicher Anordnung vom Täter weiter bedroht wird. Die Adressen sind anonym. Die Kontaktaufnahme geschieht telefonisch. Die Beraterin vereinbart einen Treffpunkt mit der Frau oder holt diese ab. Die Mitarbeiterinnen bieten Beratung und Unterstützung an. Für die Unterbringung fällt eine Nutzungsgebühr an, die bei geringem/keinem Einkommen übernommen wird (Kontaktadressen siehe Anhang).

Beratungsstellen für Opfer sexualisierter Gewalt

Die Beratungsstellen für Opfer sexualisierter Gewalt stehen allen Opfern für psychosoziale Unterstützung und Beratung offen. Das Angebot richtet sich an Kinder, Jugendliche, Frauen und Männer als Opfer sexualisierter Gewalt, aber auch an Familienmitglieder, Vertrauenspersonen, Erwachsene und an professionelle Helferinnen und Helfer (Kontaktadressen siehe Anhang).

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Das Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (FMBS) ist ein Zusammenschluss von 50 Frauen- und Mädchenberatungsstellen aus allen neun Bundesländern. Die Einrichtungen bieten kostenlose Information, Beratung, Krisenintervention, frauenspezifische Psychotherapie, medizinisch-fachärztliche Beratung, psychosoziale und rechtliche Prozessbegleitung.

Frauengesundheitseinrichtungen

In Österreich gibt es sieben Frauengesundheitszentren. Sie zeigen frauenspezifische gesundheitliche Probleme und Versorgungslücken auf (z. B. gesundheitliche Folgen von Gewalt). Durch Veranstaltungen, Beratung, Psychotherapie, Projekte und Interessenvertretung tragen sie zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen bei.

Migrantinneneinrichtungen

Das Angebot umfasst Einzel- und Gruppentherapie, telefonische und persönliche Krisenintervention in verschiedenen Sprachen. Zu den Schwerpunkten zählen u. a. auch die Unterstützung bei psychosozialen Krisen wie Trennung, Scheidung, Gewalt in der Familie, familiäre und partnerschaftliche Probleme sowie Generationskonflikte.

Männerberatung/Gewaltberatung

In den Einrichtungen der Gewaltberatung finden Männer und Jugendliche ein Beratungsangebot, mit dem nach Veränderungen und Lösungen bei der Gestaltung von Beziehung und im Umgang mit Konflikten und Entwicklungsproblemen im persönlichen Bereich, in Partnerschaft und Familie gesucht wird. Alle Anfragen und Gespräche werden vertraulich behandelt. Außerdem offerieren manche Beratungsstellen auch Täterprogramme.

Wichtige Adressen von Unterstützungseinrichtungen

Überregionale Einrichtungen

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Frauenhelpline gegen Männergewalt
Tel. 0800-222555
www.frauenhelpline.at
Österreichweit rund um die Uhr erreichbar, anonym kostenloser Anruf, kostenlose Erstberatung für Frauen

Rat auf Draht
Tel. 147
www.rataufdraht.at
Zentrale Anlaufstelle für die Probleme und Nöte von Kindern und Jugendlichen
Eine Initiative des ORF; österreichweit rund um die Uhr erreichbar, kostenlos, anonym

Verein autonome österreichische Frauenhäuser
1050 Wien, Bacherplatz 10/4
Tel. 01-5440820
informationsstelle@aoef.at
www.aoef.at

Helpchat für Frauen und Mädchen, die von Gewalt bedroht sind:
www.haltdergewalt.at
Montags von 19-22 Uhr mit Beratung

Hotline gegen Gewalt
Tel. 0820-439258
kontakt@gewaltberatung.net
www.euline.net

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Opfernotruf
Weisser Ring
1090 Wien, Nußdorfer Straße 67/7
Tel. 0800-112112 / 01-7121405
opfernotruf@weisser-ring.at
offive@weisser-ring.at
www.weisser-ring.at
Eine Initiative des BM für Justiz: Zentrale Anlaufstelle für Opfer von Straftaten; rund um die Uhr erreichbar, anonym, kostenloser Anruf, kostenlose Erstberatung

NINLIL
1030 Wien, Weißgerberstraße 41,
Tel. 01-7143939
office@ninlil.at
www.ninlil.at/kontakt.html

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (FMBS)
1060 Wien, Stumpergasse 41 43/II/R3
Tel. 01-5953760
netzwerk@netzwerk-frauenberatung.at
www.netzwerk-frauenberatung.at

LEFÖ – Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels
1040 Wien, Floragasse 7a/7
Tel. 01-7969298
ibf@lefoe.at
www.lefoe.at

White Ribbon Austria
Verein von Männern zur Prävention von männlicher Gewalt
1100 Wien, Erlachgasse 95
Tel. 01-6032828 28
office@whiteribbon.at
www.whiteribbon.at

Burgenland

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar
Landespolizeikommando Burgenland

Landeskriminalamt
Neusiedler Straße 84
7000 Eisenstadt
Tel. 059133-10

Frauenhaus Burgenland
Verein "Die Treppe"
7000 Eisenstadt, Postfach 4
Tel. 02682-61280
info@frauenhaus-burgenland.at

Frauenberatung Güssing
7540 Güssing, Hauptstraße 26
Tel. 03322-43001
frauenberatung-guessing@aon.at
www.frauenberatung-guessing.at

Frauenservicestelle Eisenstadt
"die Tür"
7000 Eisenstadt, Joachimstraße 11/5
Tel. 02682-66124
die.tuer-eisenstadt@aon.at
www.frauenservicestelle.org

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Caritas der Diözese Eisenstadt – Männerberatung
7000 Eisenstadt, St. Rochusstraße 15
Tel. 02682-73600313
zentrale@eisenstadt.caritas.at
Außenstelle in Oberpullendorf und Oberwart

Interventionsstelle Burgenland gegen Gewalt in der Familie
7400 Oberwart, Steinamangerer Straße 4/1
Tel. 03352-31420
intervention@utanet.at

Frauenberatung Oberpullendorf
7350 Oberpullendorf, Spitalstraße 11
Tel. 02612-42905
office@frauen-op
www.frauen-op.at

Frauenservicestelle Mattersburg
"die Tür"
7210 Mattersburg, Brunnenplatz 3/2/2
Tel. 02626-62670
fsst.dietuer@aon.at
www.frauenservicestelle.org

Kärnten

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Kärnten
Landeskriminalamt
9010 Klagenfurt, Buchengasse 3
Tel. 059133-203750

Frauenhaus Klagenfurt
9024 Klagenfurt, Postfach 53
Tel. 0463-44966
beratung@frauenhaus-klagenfurt.at

Frauenhaus Spittal/Drau
Oberkärnten
9800 Spittal/Drau, Postfach 9
Tel. 04762-61386
frauenhaus@frauenhilfe-spittal.at

Frauenberatung Villach
9500 Villach, Peraustraße 23
Tel. 04242-24609
info@frauenberatung-villach.at
www.frauenberatung-villach.at

Belladonna
9020 Klagenfurt, Villacher Ring 21/2
Tel. 0463-511248
frauenberatung.belladonna@aon.at
www.frauenberatung-belladonna.sid.at

Männerberatung Klagenfurt
9020 Klagenfurt, Kolpinggasse 6
Tel. 0463-599500
maennerberatung@caritas-kaernten.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Gewaltschutzzentrum Kärnten
9020 Klagenfurt, Radetzkystraße 9
Tel. 0463-590290
info@gsz-ktn.at
www.interventionsstelle.carinthia.at

Frauenhaus Villach
9500 Villach, Postfach 106
Tel. 04242-31031
hilfe@frauenhaus-villach.at
www.frauenhaus-villach.at

Frauenhaus Lavanttal
9402 Wolfsberg, Postfach 7
Tel. 04352-36929
lavanttaler.frauenhaus@aon.at

Frauengesundheitszentrum Kärnten
9500 Villach, Völkendorfer Straße 23
Tel. 04242-53055
fgz.sekretariat@fgz-kaernten.at
www.fgz-kaernten.at

Frauenservice und Familien-beratungsstelle Wolfsberg
9400 Wolfsberg, Johann Offner Straße 1
Tel. 04352-52619
frauenfamilienber@fraueninfo.at
www.fraueninfo.at

Mädchenzentrum Klagenfurt
9020 Klagenfurt, Karfreitstraße 8/II
Tel. 0463-508821
office@maedchenzentrum.at
www.maedchenzentrum.at

Niederösterreich

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Niederösterreich
3100 St. Pölten, Neue Herrengasse 15
Tel. 059-133-30
lpk-n-sta@polizei.gv.at

Gewaltschutzzentrum NÖ Zwettl
3910 Zwettl, Landstraße 42/1
Tel. 02822-530 03
office.zwettl@gewaltschutzzentrum-noe.at
www.gewaltschutzzentrum.at/noe

Frauenhaus Wiener Neustadt
2700 Wiener Neustadt, Neunkirchner-straße 65a
Tel. 02622-88066
frauenhaus.wr.neustadt@aon.at
www.frauenhaus-wienerneustadt.at

Frauenhaus Mistelbach
Haus der Frau
2130 Mistelbach, Postfach 99
Tel. 02572-5088
frauenteam@kolping.at
www.frauenhaus-mistelbach.at

Frauenhaus Mödling
Tel. 02236-46549
frh.moedl@frauenhaus-moedling.at

Frauenberatung Zwettl
3910 Zwettl, Galgenbergstraße 2
Tel. 02822-52271
office@frauenberatung.zwettl.at
www.frauenberatung.zwettl.at

Frauen für Frauen
2020 Hollabrunn, Kirchenplatz 1–2a
Tel. 02952-2182
frauenberatung@frauenfuerfrauen.at
www.frauenfuerfrauen.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Gewaltschutzzentrum NÖ St. Pölten
3100 St. Pölten, Kremsergasse 37, 1. Stock
Tel. 02742-31966
office.st.poelten@gewaltschutzzentrum-noe.at
www.gewaltschutzzentrum.at/noe

Gewaltschutzzentrum NÖ Wiener Neustadt
2700 Wiener Neustadt, Bahngasse 14/2/6
Tel. 02622-24300
office.wr.neustadt@gewaltschutzzentrum-noe.at
www.gewaltschutzzentrum.at/noe

Frauenhaus St. Pölten
3100 St. Pölten, Maximilianstraße 69
Tel. 02742-366514
hausderfrau.stpoelten@pgv.at

Frauenhaus Amstetten
3300 Amstetten, Postfach 4
Tel. 07472-66500
frauenhaus.amstetten@aon.at
www.frauenhaus-amstetten.at

Frauenhaus Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Postfach 22
Tel. 02635-68971
frauenhaus.nk@utanet.at
www.frauenhaus-neunkirchen.at

Frauenberatung Kassandra
Verein zur Beratung, Betreuung und Förderung von Mädchen und Frauen
2340 Mödling, Franz Skribany-Gasse 1
Tel. 02236-42035
kassandra@inode.at
www.frauenberatung-kassandra.at

Beratungszentrum Rat und Hilfe der Männerberatung St. Pölten
3100 St. Pölten, Heitzlergasse 4, 1. Stock
Tel. 02742-353510-35
Maennerberatung@ratundhilfe.net
www.ratundhilfe.net

Frauenberatung Mostviertel
3300 Amstetten, Hauptplatz 21
Tel. 07472-63297
info@frauenberatung.co.at
www.frauenberatung.co.at

Frauenberatungsstelle Undine
2500 Baden, Elisabethstraße 35/2
Tel. 02252-255036
frauenberatung@undine.at
www.undine.at

Oberösterreich

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Oberösterreich
4020 Linz, Gruberstraße 35
Tel. 059133-40

Gewaltschutzzentrum Oberösterreich Linz
4020 Linz, Stockhofstraße 40
Tel. 0732-607760
ooe@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at/ooe

Interventionsstelle des Gewaltschutzzentrums OÖ
Regionalstelle Ried im Innkreis
4910 Ried im Innkreis, Johannesgasse 3
Tel. 07752-21696 / 0732-607760
ooe@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at/ooe

Frauenhaus Wels
4600 Wels, Rablstraße 14
Tel. 07242-67851
kontakt@frauenhaus-wels.at
www.frauenhaus-wels.at
www.frauenhaus.at

Frauenhaus Vöcklabruck
4840 Vöcklabruck, Stelzhamerstraße 17
Tel. 07672-22722
office@frauenhaus-voecklabruck.at
www.frauenhaus-voecklabruck.at

Frauenberatungsstelle Wels
4600 Wels, Rablstraße 16
Tel. 07242-45293
frauenberatungsstelle.wels@liwest.at

Frauenberatung Babsi
4050 Traun, Heinrich Gruber Straße 9/II
Tel. 07229-62533
babsi.traun@aon.at
www.babsi-frauenberatungsstelle.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

NOTRUFE OBERÖSTERREICH
Autonomes Frauenhaus
Tel. 0732-602200

Interventionsstelle des Gewaltschutzzentrums OÖ
Regionalstelle Gmunden
4810 Gmunden, Ikarus, Esplanade 9/II
Tel. 07612-73784 bzw. 0732-607760
ooe@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at/ooe

Frauenhaus Linz
4021 Linz, Postfach 1084
Tel. 0732-606700
help@frauenhaus-linz.at
www.frauenhaus.at
www.frauenhaus-linz.at

Frauenhaus Steyr
4400 Steyr, Wehrgrabengasse 83
Tel. 07252-87700
office@frauenhaus-steyr.at
www.frauenhaus-steyr.at
www.frauenhaus.at

Frauenhaus Innviertel
4910 Ried im Innkreis, Postfach 133
Tel. 07752-71733
office@frauenhaus-innviertel.at
www.frauenhaus-innviertel.at
www.frauenhaus.at

Frauenberatung Babsi
4240 Freistadt, Ledererstraße 5
Tel. 07942-72140
babsi.freistadt@aon.at
www.babsi-frauenberatungsstelle.at

Frauentreff Rohrbach
4150 Rohrbach, Stadtplatz 16
Tel. 07289-6655
office@frauentreff-rohrbach.at
www.frauentreff-rohrbach.at

Oberösterreich

aFZ - autonomes Frauenzentrum
4020 Linz, Starhembergstraße 10, 2. Stock
Tel. 0732-602200
hallo@frauenzentrum.at
www.frauenzentrum.at

Männerberatung des Landes
Oberösterreich
4020 Linz, Figulystraße 27
Tel. 0732-603800
maennerberatung.ftz.post@ooe.gv.at

Migrare Zentrum für MigrantInnen OÖ
4020 Linz, Humboldtststraße 49
Tel. 070-667363
beratung@migration.at
www.migrare.at/cms/

Männerberatung der Diözese Linz
4020 Linz, Kapuzinerstraße 84
Tel. 0732-773676
beziehungleben@dioezese-linz.at
www.beziehungleben.at

Salzburg

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Salzburg
Alpenstraße 88-90
5020 Salzburg
Tel. 059133-50

Frauennotruf Salzburg
5020 Salzburg, Haydnstraße 2
ab Februar 2010: Paracelsusstraße 12
Tel. 0662-881100
frauennotruf.salzburg@aon.at
www.frauennotruf-salzburg.at

Frauenhaus Salzburg
5021 Salzburg, Postfach 313
Tel. 0662-458458
office@frauenhaus-salzburg.at
www.frauenhaus-salzburg.at

Frauengesundheitszentrum Isis
5020 Salzburg, Alpenstraße 48
Tel. 0662-442255

KoKon
5541 Altenmarkt, Schwimmbadgasse 615
Tel. 06452-6792
kokon@aon.at
www.kokon-frauen.com

Männerberatung Salzburg
5400 Hallein, Ahornweg 15
Tel. 06245-83256

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Gewaltschutzzentrum Salzburg
5020 Salzburg, Paris-Lodron-Straße 3a
Tel. 0662-870100
office.salzburg@gewaltschutzzentrum.at

Gerichtsmedizin Salzburg
5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 79
Tel. 0662-8044-3800
ingrid.landerer@sbg.ac.at

Frauennotruf Innergebirg/
Frauenhaus Pinzgau
5760 Saalfelden, Postfach 63
Tel. 06582-743021
Frauennotruf: 0664-50068 68
frauenhaus@aon.at
www.pinzpower.at/gewaltfrei/frauen-haus.html

Frauenhaus Hallein
Haus Mirjam
5400 Hallein, Postfach 36
Tel. 06245-80261
hausmirjam@aon.at

Frauenberatung Salzburg
Verein Frauentreffpunkt
5020 Salzburg, Paris Lodron Straße 32
Tel. 0662-875498
office@frauentreffpunkt.at
www.frauentreffpunkt.at

männerwelten gegen männer-gewalt
5020 Salzburg, Bergstraße 22
Tel. 0662-883464
office@maennerwelten.at
www.maennerwelten.at

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Steiermark
8020 Graz, Straßgangerstraße 280
Tel. 059133-60

Gewaltschutzzentrum Steiermark
8020 Graz, Granatengasse 4/2
Tel. 0316-774199
office@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at/steiermark

Gewaltschutzzentrum Steiermark bei der Frauenberatung Hartberg
8230 Hartberg, Grazerstraße 3
Tel. 0316-774199
office@frauenberatunghartberg.org
www.frauenberatunghartberg.org

Frauenschutzzentrum
Frauenhaus, Beratungsstelle
8605 Kapfenberg, Postfach 22
Tel. 03862-27999

Frauenhaus Graz
8018 Graz, Postfach 30
Tel. 0316-429900
graz@frauenhaeuser.at
www.frauenhaeuser.at

Beratungsstelle TARA
Beratung, Therapie und Prävention bei sexueller Gewalt
8010 Graz, Geidorfgürtel 34/2
Tel. 0316-318077
office@taraweb.at
www.taraweb.at

Innova Austria
8330 Feldbach, Hauptplatz 30/2
Tel. 03152-39554-0
office@innova.or.at
www.innova.or.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Beratungsstelle TARA
8010 Graz, Geidorfgürtel 34/2. Stock
Tel. 0316-318077
office@taraweb.at
www.taraweb.at

Gerichtsmedizin Graz
8010 Graz, Universitätsplatz 4/II
Tel. 0316-380-4325
KLINISCH-FORENSISCHE AMBULANZ
0664-843-8241 (0-24 Uhr)

Gewaltschutzzentrum Leoben
Beratungszentrum LIBIT
8700 Leoben, Vorderbergerstraße 7
Tel. 0316-774199
office@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at/steiermark/kontakt-aussenst.html

Gewaltschutzzentrum Feldbach
Innova Frauenberatung Feldbach
8330 Feldbach, Hauptplatz 30/2. Stock
Tel. 0316-774199
office@gewaltschutzzentrum.at
www.gewaltschutzzentrum.at

Frauengesundheitszentrum, Graz
8010 Graz, Joanneumring 3
Tel. 0316-837998
frauen.gesundheit@fgz.co.at
www.fgz.co.at/Kontakt.4.0.html

Omega Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit
8020 Graz, Albert-Schweitzer-Gasse 22
Tel. 0316-773554-0
office@omega-graz.at
www.omega-graz.at/index.shtml

Steiermark

Netzwerk Familienkompetenz
8443 Gleinstätten, Alter Bahnhof
Tel. 0664-8547585

ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
8010 Graz, Schönaugürtel 29
Tel. 0316-835630-0
www.zebra.or.at
Beratungsangebote für Migrantinnen

Männerberatungsstelle Obersteiermark
8700 Leoben, Mareckkai 6
Tel. 0699-12630802

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Tirol
Innrain 34
6020 Innsbruck
Tel. 059133-70

Gerichtliche Medizin Innsbruck
Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck
6020 Innsbruck, Müllerstraße 44
Tel. 0512-9003-70600
gmi@i-med.ac.at
www.gerichtsmedizin.at

Verein Frauen gegen VerGEWALTigung
6020 Innsbruck, Sonnenburgstraße 5
Tel. 0512-574416
office@frauen-gegen-verwaltigung.at
www.frauen-gegen-vergewaltigung.at

Autonomes Tiroler Frauenhaus
Stadtbüro
6020 Innsbruck, Mitterweg 25a
Tel. 0512-342112 / 0512-272303
office@tirolerfrauenhaus.at
www.tirolerfrauenhaus.at

B.A.S.I.S
Zentrum für Frauen im Außerfern
6600 Reutte, Planseestraße 6
Tel. 05672-72604
office@basis-beratung.net
www.basis-beratung.net/kontakt.html

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (FMBS)
6020 Innsbruck, Innrain 100/99
Tel. 0512-562865
netzwerk-ibk@netzwerk-frauenberatung.at
www.netzwerk-frauenberatung.at

Frauenzentrum Osttirol
9900 Lienz, Schweizergasse 26
Tel. 04852-67193
info@frauenzentrum-osttirol.at
www.frauenzentrum-osttirol.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Gewaltschutzzentrum Tirol
6020 Innsbruck, Museumstraße 27/3
Tel. 0512-571313
office@gewaltschutzzentrum-tirol.at
www.gewaltschutzzentrum-tirol.at

Universitätsklinik Frauenambulanz
Univ. Klinik für med. Psychologie und Psychotherapie; Frauenambulanz
6020 Innsbruck, Schöpfstraße 23a
Tel. 0512-504 26117

Frauenhaus und Beratungszentrum der Initiative Frauen helfen Frauen, Innsbruck
6020 Innsbruck, Museumstraße 10
Tel. 0512-580977
info@fhf-tirol.at
www.fhf-tirol.at

Manns-Bilder
Männerzentrum Innsbruck
6020 Innsbruck, Anichstraße 11
Tel. 0512-576644
beratung@mannsbilder.at
www.mannsbilder.at
Schwerpunkt: u.a. Männer-Gewalt im sozialen Nahraum

Praxis für Gewaltberatung
6022 Innsbruck, Postfach 18
Tel. 0650-2372836
tirol@gewaltberatung.org
www.gewaltberatung.org
Schwerpunkt: u.a. Unterstützung von Männern bei der Bewältigung ihrer Aggressionen; Konfliktbewältigung

Vorarlberg

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Landespolizeikommando Vorarlberg
Bahnhofstraße 45
6900 Bregenz
Tel. 059133-80

Gewaltambulanz Dornbirn
KH Dornbirn
6853 Dornbirn, Lustenauerstraße 4
Tel. 05572-303 2450
Untersuchung von weiblichen Gynäkologinnen rund um die Uhr gewährleistet

IfS-Beratungsstelle Hohenems
6845 Hohenems, Franz-Michael-Felder-Straße 6
Tel. 05576-73302-0
ifs.hohenems@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-hohenems.html

IfS-Beratungsstelle Dornbirn
6850 Dornbirn, Kirchgasse 4b
Tel. 05572-21331-0
ifs.dornbirn@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-dornbirn.html

IfS-Beratungsstelle Bregenzerwald
Impulszentrum
6863 Egg, Gerbe 1135
Tel. 05512-2079-0
ifs.bregenzerwald@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-bregenzerwald.html

Mädchenzentrum Amazone
6900 Bregenz, Kirchstraße 39
Tel 05574-45801
maedchenzentrum@amazone.or.at
www.amazone.or.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

IfS Gewaltschutzstelle Vorarlberg
6800 Feldkirch, Johannitergasse 6
Tel. 05522-82440
gewaltschutzstelle@ifs.at
www.ifs.at

IfS-Beratungsstelle Bregenz
6900 Bregenz, St.-Anna-Straße 2
Tel. 05574-42890-0
ifs.bregenz@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-bregenz.html

IfS-Frauennotwohnung
6850 Dornbirn, Postfach 187
Tel. 05572-29304 (rund um die Uhr)
frauennotwohnung@ifs.at
www.ifs.at

IfS-Beratungsstelle Bludenz
Innovationszentrum Bludenz
6700 Bludenz, Klarenbrunnstraße 12
Tel. 05552-62303-0
ifs.bludenz@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-bludenz.html

IfS-Beratungsstelle Feldkirch
6800 Feldkirch, Ganahl-Areal, Schießstätte 14
Tel. 05522-75902-0
ifs.feldkirch@ifs.at
www.ifs.at/beratungsstelle-feldkirch.html

Wien

Polizeinotruf
Tel. 133
In jedem Bundesland erreichbar

Bundespolizeidirektion Wien
1010 Wien, Schottenring 7-9
Tel. 01-31310

Department für Gerichtliche Medizin Wien
Medizinische Universität Wien
1090 Wien, Sensengasse 2
Tel. 01-4277-65784 (DNA-Labor)
Tel. 01-4277-65701 (Sekretariat)
www.meduniwien.ac.at/gerichtsmedizin/index.html

Verein Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen
1172 Wien, Postfach 214
Tel. 01-5232222
notruf@frauenberatung.at
www.frauenberatung.at/

Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und junge Frauen
1060 Wien, Theobaldgasse 20/1/9
Tel. 01-5871089
maedchenberatung@aon.at
www.maedchenberatung.at

Wiener Frauenhaus
Notruf 05 7722 Rund um die Uhr
www.frauenhaeuser-wien.at

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (FMBS)
1060 Wien, Stumpergasse 41 43/II/R3
Tel. 01-5953760
Fax. 01-5953761
netzwerk@netzwerk-frauenberatung.at
www.netzwerk-frauenberatung.at

Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels (IBF)
1040 Wien, Floragasse 7a/7
Tel. 01-7969298
ibf@lefoe.at
www.lefoe.at

Polizeiinformation
Tel. 059133
In jedem Bundesland erreichbar

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie
1070 Wien, Neubaugasse 1/3
Tel. 01-5853288
office@interventionsstelle-wien.at

Informationsstelle gegen Gewalt
1050 Wien, Bacherplatz 10/4
Tel. 01-5440820
Frauenhelpline 0800-222-555
informationsstelle@aoef.at
www.aoef.at
www.haltdergewalt.at

Frauennotruf der Stadt Wien (0-24 Uhr)
Tel. 01-71719
frauennotruf@wien.at
www.wien.gv.at/menschen/frauen/servicestellen/frauennotruf.html

Frauentelefon
1082 Wien, Friedrich-Schmidt-Platz 3
Tel. 01-4087066
frauentelefon@wien.gv.at
www.wien.gv.at/menschen/frauen

MAG ELF – Servicestelle
Tel. 4000-8011
service@ma11.wien.gv.at

Beratungsstelle Wiener Frauenhäuser
1010 Wien, Fleischmarkt 14/10
Tel. 01-5123839
kostenlose anonyme Beratung für Frauen mit Gewalterfahrungen, psychosoziale und juristische Prozessbegleitung von Gewaltopfern in Strafverfahren

Miteinander Lernen - Birlikte Ögrenelim
1160 Wien, Koppstraße 38/8
Tel. 01-4931608
birlikte@miteinlernen.at
www.miteinlernen.at/frameset.html

Wien

Orient Express
Beratungs-, Bildungs- und Kulturinitiative für Frauen Frauenservicestelle
1020 Wien, Hillerstraße 6/3 5
Tel. 01-7289725
office@orientexpress-wien.com
www.orientexpress-wien.com

„Die Möwe" – Kinderschutzzentrum GmbH
1010 Wien, Börsegasse 9/1
Tel. 01-5321414-117 / 01-5321515
www.die-moewe.at

Peregrina
Bildungs-, Beratungs- und Therapiezentrum für Immigrantinnen
1090 Wien, Währingerstraße 59
Tel. 01-4083352 / 01-4086119

Männerberatung & Informationsstelle
Männer Wien
1100 Wien, Erlachgasse 95/5
Tel. 01-6032828
info@maenner.at
www.maenner.at
Schwerpunkt: u.a. Gewaltprävention und Täterarbeit, Intervention und Beratung bei sexuellem Missbrauch an Kindern

Fortbildungsangebote

Einige Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen, Hebammen u. a. benennen neben unzureichendem Wissen über das Thema allgemein eine große Handlungsunsicherheit im Umgang mit betroffenen Frauen sowie fehlende Kenntnisse über weiterführende Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen.

Leitfäden sind hilfreich und notwendig, als alleinige Maßnahme jedoch nicht ausreichend. Diese Inhalte und weiterführende Informationen müssen in Fortbildungsseminaren vermittelt und eingeübt werden.

Auf **Anfrage** führen die nachfolgenden Einrichtungen spezielle Fortbildungsveranstaltungen auch für Gesundheitsfachkräfte durch:

Burgenland

Gewaltschutzzentrum Burgenland
Annemarie Reiss
Steinamangererstraße 4/2
7400 Oberwart
Tel. 03352-31420
burgenland@gewaltschutz.at

Niederösterreich

Schulungsprojekt „Gewalt gegen Frauen – Die Bedeutung des Gesundheitswesens"
Koordination und Kontakt: DPGKS Anneliese Erdemgil-Brandstätter
Grafengasse 40
2115 Ernstbrunn
Tel. 0676-3924707
Fortbildung_gewalt@gmx.at
www.gewaltgegenfrauen.at

Steiermark

Frauengesundheitszentrum Graz
Mag.ª Christine Hirtl
Joanneumring 3
8010 Graz
Tel. 0316-837998
christine.hirtl@fgz.co.at
www.fgz.co.at

Vorarlberg

IfS-Gewaltschutzstelle
DSA Ulrike Furtenbach
Johannitergasse 6
6800 Feldkirch
Tel. 05522-824-40
gewaltschutzstelle@ifs.at
Projekt S.I.G.N.A.L. Schulungen werden in allen Krankenhäusern in Vorarlberg durchgeführt. Das Projekt wird 2009/2010 voraussichtlich weitergeführt, geplant sind Schulungen für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte sowie ein Fortbildungsangebot für Krankenpflegeschulen, mobile Hilfsdienste und Krankenpflegevereine.

Wien

Medizinische Universität Wien
Department für Gerichtliche Medizin
Frau Univ.-Prof.in Dr.in Andrea Berzlanovich
Sensengasse 2
1090 Wien
Tel. 01-4277-65784 (DNA-Labor)
Tel. 01-4277-65701 (Sekretariat)
andrea.berzlanovich@meduniwien.ac.at
www.meduniwien.ac.at/gerichtsmedizin

Donauspital
Unfallchirurgie-Ambulanz
DGKS Margit Liebhart
Leiterin der Opferschutzgruppe Donauspital
Langobardenstraße 122
1220 Wien
Tel. 0664-5237664
Tel. 01-28802-0
mliebh@regenbogenleben.net
Fortbildungsangebot: www.regenbogenleben.net

Wilhelminenspital
Friedrich Anger-Schmid
Leiter der Opferschutzgruppe Wilhelminenspital
Montleartstraße 37
1160 Wien
Tel. 01-49150-4310
www.wienkav.at/kav/wil

Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser
Frau Mag.ª Maria Rösslhumer – Leiterin
Bacherplatz 10/4
1050 Wien
Tel. 01-5440820
informationsstelle@aoef.at
www.aoef.at

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie
DSA Rosa Logar - Leiterin
Neubaugasse 1/2
1070 Wien
Tel. 01-5853288
office@interventionsstelle-wien.at

Wiener Notruf
Tel. 01-5232222
Angebot von Workshops in Schulen

Projektbegleitende Arbeitsgruppe:

Der vorliegende Leitfaden ist das Ergebnis des Projektes „Häusliche Gewalt – Anforderungen und Handlungsbedarf im Gesundheitssystem", das von der Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG im Auftrag des ehemaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung Familienpolitik durchgeführt wurde. Für die Konzeptionierung und Klärung inhaltlicher Fragen wurde eine Arbeitsgruppe installiert, der Vertreter/innen verschiedener Institutionen, Einrichtungen, Berufsverbände und Fachgesellschaften angehörten:

Bundesärztekammer, Fachgruppe für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr.in Sigrid Maria Schmidl-Amann
Bundesärztekammer, Fachgruppe für Kinderpsychiatrie	Dr.in Charlotte Hartl
Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Öffentlichen Dienst, Abt. 4 Gewaltprävention und frauenspezifische Legistik	Dr.in Anna Lasser
Bundesministerium für Gesundheit, Abt. Prävention und Gesundheitsförderung	Dr.in Ines Stamm
Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt, Kriminalprävention und Opferhilfe	Oberrat Mag. Herwig Lenz
Bundesministerium für Justiz, Abt. II/3 Strafprozessrecht	Dr.in Gertraud Eppich
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abteilung Pflegevorsorge IV/4	Christian Göhring
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Männerpolitische Grundsatzfragen	Dr. Johannes Berchtold
Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Familiensektion	Dr.in Maria Orthofer Mag.a Veronika Ruttinger
Bundespolizeidirektion Wien, Abt. Organisation, Controlling und interne Revision	Hofrat Mag. Gerald Max
Donauspital, Opferschutzgruppe	DGKS Margit Liebhart
Fachhochschule St. Pölten	Dr.in Mag. Manuela Brandstetter

Fonds Soziales Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit	Univ.-Prof.in Beate Wimmer-Puchinger
24-Stunden-Frauennotruf Wien	Mag.a Barbara Michalek
Frauengesundheitszentrum Graz	Mag.a MAS Sylvia Groth Mag.a Christine Hirtl
Frauenhaus Salzburg	Mag.a Birgit Thaler-Haas
Gewaltschutzzentrum Burgenland	Annemarie Reiss
Interventionsstelle Vorarlberg	Dr.in Elisabeth Kiesenebner-Bauer Mag.a Mona Müller-Ganahl
Kassandra Mödling	DGKS Anneliese Erdemgil-Brandstätter
Krankenanstalt Rudolfstiftung	Priv.-Doz. DDr. Martin Grassberger
Landesklinik Voralpen Lilienfeld, Pflegedirektion	MAS Walpurga Seitz
Landesklinikum St. Pölten, Schmerzambulanz	OÄ Dr.in Margot Glatz
Landeskrankenhaus Salzburg, Abt. Qualitätsmanagement, Organisations-entwicklung und Riskmanagement	Dr.in Christine Rühle
Landespolizeikommando Wien, Koordination für Menschenrechtsangelegenheit	Oberstleutnant Friedrich Kovar
LEFÖ Beratung, Bildung und Begleitung für Migrantinnen, Wien	Mag.a Gabriella Könczei
Medizinische Universität Graz, Unfallchirurgie	Dr.in Renate Mauschitz
Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie	Univ.-Prof.in Dr. Éva Rásky
Medizinische Universität Wien, Department für Gerichtliche Medizin	Univ.-Prof.in Dr. Andrea Berzlanovich
Ninlil Wien	Mag.a Lisa Udl
Österreichische Ärztekammer	Dr.in Renate Wagner-Kreimer
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	Univ.-Prof. Dr. Martin Langer Univ.-Prof.in Dr. Daniela Dörfler

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach
Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie	OA Dr. Richard Maier
Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft	Dr.in Anelia Hochwarter
Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband	Präsidentin DGKS Ursula Frohner
Österreichische Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin	Dr.in Ursula Waibel
Österreichisches Hebammengremium	Renate Großbichler-Ulrich
Rotes Kreuz Wien, Forschungsstelle	Mag.a Anna Schopf
Steiermärkische Krankenanstalten GmbH Graz	Dr.in Ulrike Stark
Universität Wien, Österreichisches Institut für Familienforschung	Dipl.-Sozpäd. Olaf Kapella
Universität Wien, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Institut für Strafrecht und Kriminologie	Univ.- Prof.in Dr. Katharina Beclin
Verein Frauen gegen Vergewaltigung	Mag.a Helga Oberbichler
Verein Wiener Frauenhäuser	Mag.a Maria Rösslhumer
Wissenschaftlerin	Dr.in Eva Wagner
Weisser Ring Österreich	MMag.a Dina Nachbaur
Wiener Ärztekammer, Fachgruppe Notfallmedizin	Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Ilias
Wiener Frauenhaus	DSAin Irma Lechner
Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	DSAin Rosa Logar Mag.a Klara Weiss
Wiener Krankenanstaltenverbund, Abteilung Leistungsentwicklung	Dr.in Michaela Rauschmeier Dr.in Alexandra Leeb
Zentrum für Kompetenzen	Mag.a Tamara Grundstein

BUNDESMINISTERIUM FÜR
WIRTSCHAFT, FAMILIE UND JUGEND

1010 Wien | Franz Josefs-Kai 51| **www.bmwfj.gv.at**