

4. Voraussetzungen und Herausforderungen guter Opferschutzarbeit

Dieser Abschnitt basiert auf einer Fokusgruppenbefragung des Instituts für Konfliktforschung und auf einer fragebogengeleiteten Erhebung unter den Mitgliedern der Opferschutzgruppen. Die Bedingungen der Opferschutzarbeit unterscheiden sich zum Teil gravierend in den einzelnen Krankenhäusern.

4a Zusammenarbeit zwischen Abteilungen und Berufsgruppen

Die interdisziplinäre Herangehensweise, die gesetzlich für eine Opferschutzgruppe vorgesehen ist, setzt voraus, dass verschiedene Abteilungen und Berufsgruppen miteinander kooperieren. Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit wiederum setzt voraus, dass diese von den Vorgesetzten und von der Führungsebene unterstützt und mitgetragen wird. Schwierig wird es, wenn diese Unterstützung fehlt. Dann lässt sich interdisziplinäre Opferschutzarbeit nicht optimal umsetzen. Im Rahmen des Austausches und der Befragung für diesen Bericht war festzustellen, dass die Opferschutzgruppen nicht an jedem Wiener Krankenhaus abteilungsübergreifend arbeiten (können).

Abteilungen für Gynäkologie, Unfall- und Notfallmedizin betreuen am häufigsten akut gewaltbetroffene Patientinnen. Die Langzeitfolgen von Gewalt wie Depressionen, psychosomatische und körperliche Beschwerden führen Betroffene in weitere Abteilungen wie Psychiatrie, HNO, Dermatologie und Orthopädie.

Jedes Mitglied einer Opferschutzgruppe ist einer Abteilung zugeordnet. Doch nicht jede Abteilung verfügt über ein Mitglied der Opferschutzgruppe. Abteilungen fordern allerdings immer wieder Mitglieder der Opferschutzgruppe zur Konsultation oder Betreuung in einem Opferschutzfall an. Voraussetzung dafür ist, dass eine Kollegin oder ein Kollege bereit ist, einstweilen die Vertretung in der eigenen Station zu übernehmen. Häufen sich Unterstützungsanfragen beziehungsweise kommen diese am Wochenende oder in der Nacht, kann dies zu Engpässen in der eigenen Station führen. In Wiener Krankenhäusern wird in rund 60 Prozent der Opferschutzfälle ein Mitglied der Opferschutzgruppe hinzugezogen.

Hilfreich ist, ... wenn die Leitungsebene hinter der Opferschutzgruppe steht und abteilungsübergreifendes Arbeiten ermöglicht.

Hilfreich ist, ... wenn jede Abteilung je eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter von Pflege und Medizin beauftragt, in Kontakt mit der Opferschutzgruppe zu stehen.

Aus der Praxis

K.O.-Tropfenverdacht in der Unfallambulanz

Eine 20-jährige Frau wird mit der Rettung mit Verdacht auf Knöchelbruch gegen 7 Uhr früh in die unfallchirurgische Ambulanz gebracht. Eine Kollegin des Pflegedienstes – sie war vor kurzem bei einer Opferschutzfortbildung mit dem Schwerpunkt „K.O.-Mittel“ – wird hellhörig, als die Patientin erzählt, dass sie seit ihrem Besuch in einer Diskothek nicht mehr weiß, was passiert ist. Die Strumpfhose im Oberschenkelbereich ist innenseitig zerrissen.

Die Patientin wird noch in der Ambulanz damit konfrontiert, dass ihr vermutlich K.O.-Mittel verabreicht worden sind. Die unfallchirurgischen Verletzungen werden erhoben, dokumentiert und sofort Blut- und Harnproben abgenommen, um gerichtlich relevantes Untersuchungsmaterial zu sichern. Da die Frau so schnell als möglich operiert werden muss, führt ein Team der Frauenheilkunde die gynäkologische Untersuchung bzw. weitere Spurensicherung (DNA, Fotos) in der unfallchirurgischen Ambulanz durch.

Da die junge Frau eine Anzeige wünscht bzw. es sich um schwere Körperverletzung handelt, wird das Landeskriminalamt, Abteilung Sexualdelikte, kontaktiert, das die Anzeige direkt vor Ort aufnimmt. Kurz danach wird im Auftrag der Staatsanwaltschaft die forensische Untersuchung der Spuren eingeleitet. Die Patientin wird in den folgenden Tagen durch eine Kriminalbeamtin auf der Station befragt.

Die junge Frau und ihre Familie werden von der klinischen Psychologin während ihrer Aufenthalte am AKH – diese sind aufgrund des komplizierten Knöchelbruches notwendig – betreut. Bei einem späteren Aufenthalt erzählt ihre Mutter, dass die Spurenanalyse ergebnislos geblieben ist.

Das Fragezeichen, ob K.O.-Tropfen im Spiel waren, bleibt. Dennoch konnte in diesem Fall eine weitere Traumatisierung der Patientin durch das strukturierte Vorgehen und durch die sofortige psychosoziale Betreuung möglichst gering gehalten werden.

Sabine Eder, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Universitätsklinik für Unfallchirurgie, AKH Wien – Medizinische Universität Wien



Opferschutzgruppe AKH 2014



Monika Maier, Irene Tambornino und Pia Maria Stergar, AUVA-Unfallkrankenhäuser, bei einem Vernetzungstreffen der Opferschutzgruppen 2017
© Wiener Programm für Frauengesundheit/ A. Grasl-Akkilic

Interview

Opferschutz im Unfallkrankenhaus – „Eine Kultur implementieren“

Eine gewaltbetroffene Patientin kommt in die Ambulanz, wie gehen Sie vor?

Irene Tambornino: Die Aufnahme erfolgt am Empfangsschalter für Frischverletzte. Wenn die Patientin angibt, Opfer häuslicher Gewalt geworden zu sein, wird sie vorrangig untersucht, bekommt ein Kürzel „OS“ für Opferschutz. Die Patientin wird alleine aufgerufen, ohne dass andere im Raum sind.

Ist es schwierig, nach Gewalterfahrungen zu fragen?

Tambornino: Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ärztliches Personal sowie Pflegekräfte, sind darin geschult, den Verdacht anzusprechen. Dann wird der Patientin Raum gegeben in Form des diagnostischen Prozederes, etwa einer Röntgenuntersuchung oder einer klinischen Untersuchung, nachzudenken und eine Gewalttat anzugeben. Wenn die Patientin sagt, mir ist Gewalt angetan worden, kommt die Opferschutzdokumentation zum Einsatz sowie weitere psychologische Beratung auf der Station und Kontakt zur Opferschutzgruppe. Bleibt sie bei ihrer Unfallversion, dann wird ihr Infomaterial über Opferschutz- und Notfalleinrichtungen sowie ein paar Tage später ein Nachsorgetermin angeboten.

Sind alle in dieses Vorgehen eingebunden oder nur die Mitglieder der Opferschutzgruppe?

Tambornino: Über den Ablauf sind alle Personen, die mit Patientinnen und Patienten zu tun haben, informiert. Es gibt im Intranet einen Leitfaden, der kurz und einfach gehalten ist. Das sind ganz klare Richtlinien, weil jede und jeder zu jeder Tages- und Nachtzeit damit umgehen können muss.

Wie wichtig ist die Unterstützung durch die Leitung?

Tambornino: Die Leitungsebene ist wichtig, da alles, was in einem Krankenhaus funktionieren soll, von der kollegialen Führung unterstützt werden muss. Es muss eine Ärztin oder ein Arzt eingebunden sein. Die Pflege darf nicht allein gelassen werden. Es geht um Verletzungen, bei denen Ärztinnen und Ärzte medizinische Handlungen setzen.

Wie könnte man die Ärztinnen und Ärzte noch stärker zur Opferschutzarbeit motivieren?

Tambornino: Es muss von der ärztlichen Leitung klar sein, es ist der Auftrag des Gesetzgebers, dass wir das unseren Patientinnen anbieten. Und die Dokumentation muss einfach zu handhaben sein, dann wird es auch gemacht.

Wie geht es Ihnen mit dem Auftrag, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Opferschutz zu schulen?

Tambornino: Wir bieten im Haus ein- bis zweimal im Jahr eine Fortbildung dazu an. Es geht darum, eine Kultur zu implementieren: dass Gewalt ein Thema ist und wenn sich mal jemand nicht auskennt, zumindest weiß, wen er fragen kann. Das braucht einige Zeit.

Irene Tambornino ist als Fachärztin für Unfallchirurgie am Unfallkrankenhaus Wien Lorenz Böhler tätig.

4b Ressourcenfrage

Enge zeitliche Ressourcen, aber auch fehlende Strukturen führen dazu, dass Tätigkeit und Zeitaufwand der Opferschutzgruppen kaum dokumentiert sind und vieles nur geschätzt werden kann. In der Leistungserfassung der Krankenhäuser wird nur die direkte Arbeit mit den Patientinnen und Patienten erhoben, nicht jedoch die indirekt damit verbundene. Dazu zählt etwa der Zeitaufwand für das Organisieren einer Schulung oder die Teilnahme an einer Besprechung. Es wird auch nicht als Leistung erhoben, wenn ein Opferschutzgruppenmitglied zu einem Fall in eine andere Abteilung gerufen wird. Das bedeutet, drastisch formuliert, dass Opferschutzarbeit auf Kosten der Zeit für andere Patientinnen und Patienten und zulasten jener Kolleginnen und Kollegen, die die fehlende Kraft kom-

pensieren müssen, geht. Dürfen Angebote zu Fortbildung und Vernetzung nicht während der Arbeitszeit besucht werden, findet Opferschutzarbeit in der Freizeit von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen statt. Die Betreuung einer gewaltbetroffenen Patientin nimmt durchschnittlich 85 Minuten für nicht-kurative Tätigkeiten in Anspruch. Dazu zählen das Gespräch mit der Patientin, das Sichern und Dokumentieren von Spuren sowie die Kontaktaufnahme mit internen und externen Stellen. Komplizierter gelagerte Fälle benötigen bis zu vier Stunden.

Der Kontakt mit Einrichtungen, die Opfer von häuslicher und sexualisierter Gewalt nach der Behandlung im Krankenhaus weiter betreuen oder beraten, ist wichtig. Dazu zählen

u.a. der 24-Stunden Frauennotruf, Frauenhaus, Wiener Kinder- und Jugendhilfe und die Wiener Interventionsstelle für Gewalt in der Familie. Die Opferschutzgruppen kooperieren mit diesen Einrichtungen aus verschiedenen Gründen – benötigt wird etwa Coaching fürs Krankenhauspersonal, Rechtsberatung, Dolmetschen, sichere Unterkunft und sonstige Unterstützung für gewaltbetroffene Menschen sowie mitbetroffene Minderjährige. Schwierig ist offenbar, die Frage nach dem geschätzten Zeitaufwand für die weiteren

Tätigkeiten zu beantworten: Die verschiedenen Opferschutzgruppen wenden monatlich zwischen einigen wenigen und bis zu 80 Stunden für die nicht fallbezogene Arbeit wie Vernetzung, Organisation von Schulungen oder Öffentlichkeitsarbeit auf.

Hilfreich ist, ... organisatorische Tätigkeiten wie Prozessentwicklung, Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit als Arbeitsleistung anzuerkennen und zu erfassen.



© Patricia Holzmann

Interview

Gründung und Erhaltung einer Opferschutzgruppe – „Draußen ist man wieder die Lokomotive“

Die Opferschutzgruppe in der Rudolfstiftung wurde 2017 neu gegründet. Was war da unterstützend?

Patricia Holzmann: Es bedurfte unbedingt des Auftrags der ärztlichen Direktion, damit die Opferschutzgruppe gut eingebunden ist. Essenziell ist, dass Opferschutz nicht nur als Pflicht angeordnet, sondern von der Leitungsebene inhaltlich mitgetragen wird. Denn Gewalt ist ein hoch emotionales Thema, das zusätzliche Kapazitäten bindet.

Wie bekommen Sie alle Berufsgruppen ins Boot?

Holzmann: Es geht darum, klar zu machen, dass eine übergeordnete Vernetzung notwendig ist, denn den Auftrag kann eine Person allein im Haus nicht ausführen. Sehr hilfreich sind Kolleginnen und Kollegen, die im Haus abteilungs- und berufsgruppenübergreifend vernetzt sind. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind traditionell stark engagiert. Bei den Ärztinnen und Ärzten ist geplant, die Primärärzteebene zu gewinnen.

Wie bewältigen Sie neben der klassischen Fallarbeit den Zeitaufwand für Organisatorisches wie Vernetzung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Holzmann: Es ist hilfreich, dass Opferschutz in meiner Stellenbeschreibung verankert ist. Wäre mit dieser Arbeit ein Leistungscode verbunden, könnte man den Zeitaufwand dafür noch besser dokumentieren. Es hilft auch, dass ich fürs Schreiben der Protokolle und Aussendungen eine Schreibkraft habe. Auch gute Vernetzung mit dem extramuralen Bereich ist wichtig, denn dann tut man sich leichter bei einer Stelle anzurufen, damit jemand zu uns ins Spital kommt oder einen Vortrag hält.

Welche Widerstände beobachten Sie in der Opferschutzarbeit?

Holzmann: Die Psychodynamik der Patientinnen bildet sich in der Opferschutzarbeit ab: Gewaltopfer müssen mit viel Energie gegen äußere Widerstände aus ihrer Umgebung und innere Widerstände ihres Seelenlebens ankämpfen. Auf einer Metaebene ist das auch im Krankenhaus so: In der Opferschutzarbeit muss man mit viel Energie kämpfen, weil man nicht gehört oder ernst genommen wird, Ressourcen erst mobilisiert und Zweifel zunächst ausgeräumt werden müssen. Wir haben es aber auch mit inneren Haltungen und Ressentiments zu tun, die wir hinterfragen und letztendlich zu bearbeiten haben.

Was hilft da beim Teambuilding?

Holzmann: Unsere Opferschutzgruppe trifft sich einmal im Monat. Diese Frequenz ist wichtig, um gemeinsam Fallbeispiele zu klären und daran zu lernen. Sie nützt aber auch dem Zusammenhalt der Gruppe: um sich zu motivieren und Energie zu tanken, denn draußen ist man wieder die Lokomotive.

Patricia Holzmann ist Klinische und Gesundheitspsychologin und leitet die Opferschutzgruppe in der Krankenanstalt Rudolfstiftung

4C Zeitaufwendige Zusatzaufgaben

Die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus ist eine wichtige, gesetzlich vorgegebene Aufgabe

von Opferschutzgruppen. Coaching für neue Kolleginnen oder Kollegen sowie Fortbildungsangebote, die zur Bewusstseinsbil-

Grund um das Thema Gewalt beitragen, zählen dazu. Dafür müssen Räume und Vortragende organisiert und das Programm im Haus bekannt gemacht werden.

Öffentlichkeitsarbeit ist eine weitere Aufgabe. Einige Opferschutzgruppen haben einen Gewaltschutz-Infofolder für ihr Krankenhaus erstellt. Über das Intranet sind in allen Häusern Basisinformationen abrufbar. Weiters sind Infomaterialien bei den Gewaltschutzeinrichtungen zu bestellen und an die Stationen, in Wartezonen und Toiletten für Patientinnen zu verteilen.

Auch die Entwicklung einheitlicher Vorgaben für die Arbeit mit gewaltbetroffenen Patientinnen erfordert Ressourcen für Planung, Besprechungen, Konzepte, Feedbackschleifen und für die Implementierung im Betrieb.

Eine zusätzliche Aufgabe ist die regelmäßige Vernetzung mit Kolleginnen und Kollegen anderer Abteilungen und Krankenhäuser. Sich freizuspielen für regelmäßige Arbeitstreffen der Opferschutzgruppe oder für die Vernetzung der Wiener Opferschutzgruppen außer Haus ist oft sehr schwierig.

Hilfreich ist, ... wenn es im Krankenhaus eine Person oder eine Stabsstelle gibt, die Fortbildungen und die Koordination der Opferschutzarbeit übernimmt.

Hilfreich ist, ... wenn Vorgesetzte keinen Nachtdienst einteilen, wenn die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter am darauffolgenden Tag einen Termin zur Opferschutzarbeit eingetragen hat.

Interview

Ressourcen für Opferschutz –

„Eine Führungskraft, die Opferschutz ermöglicht“

Sie können ein gewisses Pensum Ihrer Arbeitszeit für den Opferschutz aufwenden. Wie kam es dazu?

Sabine Eder: Ich habe auf der Unfallambulanz begonnen und lernte 2006 bei einer Fortbildung die Opferschutzgruppe Donauespital kennen. Meine Stationsleitung ermöglichte mir, zu überlegen, was wir in unserem Bereich für die Patientinnen tun können; auch als Deeskalationstrainerin muss ich mich mit den verschiedenen Formen von Gewalt auseinandersetzen. Ich bin nun als Pflegeberaterin im Haus tätig, für Fortbildungen zuständig und habe mir als hausweiten Schwerpunkt „Gewalt in unterschiedlichem Kontext“ gewählt.

Ist Opferschutz Teil Ihrer Arbeitsplatzbeschreibung?

Eder: Ich habe kein eigenes Stundenkontingent für den Opferschutz zur Verfügung, doch habe ich seitens meiner Vorgesetzten freie Zeitgestaltung, die ich da hinein investiere.

Wie schaut ein typischer Tag in der Praxis aus?

Eder: Es gibt keinen typischen Ablauf. Wenn es darum geht, Leitlinien zu erarbeiten, werden dafür Termine vereinbart. Ich bin viel im Hintergrund mit Prozesssteuerung beschäftigt. Wenn es einen Opferschutzfall gibt, nehme ich mir die Zeit dafür.

Wie schwierig ist es, sich im Dienst für einen akuten Opferschutzfall frei zu machen?

Eder: Ich werde nicht zu jedem Opferschutzfall hinzugezogen. Ich komme ins Spiel, wenn es ein komplizierter Fall ist oder um Kolleginnen oder Kollegen im Umgang mit dem ersten Gewaltopfer zu coachen. Grundsätzlich haben wir die Möglichkeit, gewaltbetroffene Frauen aufzunehmen, dann kann ich später auf der Station vorbeischaun; wenn ich im Büro arbeite, kann ich anderes verschieben.

Was ist hilfreich, damit Opferschutzarbeit gelingt?

Eder: Für die Kolleginnen und Kollegen, die „nur“ mit den Patientinnen arbeiten, wäre es sehr hilfreich, wenn es im Haus eine Teilzeitkraft gäbe, die die Abläufe im Krankenhaus versteht, proaktiv in den Abteilungen nachfragt und im Hintergrund organisiert: Räume für Fortbildungen, Besprechungen, eine Person, die weiß, wo und wie Opferschutzfälle dokumentiert werden. Und man braucht eine Führungskraft, die Opferschutz ermöglicht und unterstützt. Wichtig ist es auch, Abläufe zu standardisieren, damit gute Kommunikation mit den verschiedenen Berufsgruppen nicht nur von persönlichen Beziehungen abhängt.

Sabine Eder ist Co-Leiterin der hausweiten Opferschutzgruppe des AKH Wien



Sabine Eder
© Wiener Programm für Frauengesundheit/A. Grasl-Akkilic

4d Gespräch mit Gewaltbetroffenen als Herausforderung

Zentral in der Gewaltfrüherkennung ist das Gespräch. Wenn eine Patientin angibt, vergewaltigt oder vom Partner angegriffen worden zu sein; wenn der vermutliche Täter die verletzte Frau begleitet und ihr nicht von der Seite weichen will; wenn die behandelnde Ärztin oder Arzt aufgrund des Verletzungsmusters einen Verdacht hat: Solche Gespräche erfordern einiges an Routine, außerdem Zeit und einen Raum, um ungestört und vertraulich mit der Patientin zu sprechen. Das Gespräch kann auch jemand vom Pflegedienst oder vom Psychologischen Dienst übernehmen. Doch nicht immer ist Zeit und eine geeignete Rückzugsmöglichkeit für ein diskretes Gespräch vorhanden.

Im Fall nicht-deutschsprachiger Patientinnen fehlt in vielen Krankenhäusern die Möglichkeit, professionell Dolmetschen zu lassen. Man behilft sich mit improvisierten Lösungen, bezieht mehrsprachige Kolleginnen oder Kollegen mit ein, die sprachkundige Be-

raterin einer frauenspezifischen Einrichtung, Botschaftsangehörige oder man lässt die Begleitperson übersetzen. Die Gefahr, dass Laiendolmetschende und Angehörige bewusst oder unbewusst falsch übersetzen, ist jedoch hoch. Die Kosten und Dienstwege, um zu einem Dolmetsch zu kommen, stellen ebenfalls eine Hürde dar. Abteilungen, die bereits mit Telefondolmetsch arbeiten, bewerten das Angebot als unterstützend. Videodolmetsch wird teilweise als hilfreich empfunden, wobei nicht jedes Gewaltopfer von einer dritten Person gesehen werden möchte.

Hilfreich ist, ... Gesprächsführung und die Frage nach etwaiger Gewalterfahrung in der Anamnese zu trainieren.

Hilfreich ist, ... unbürokratisch einen professionellen Dolmetschdienst mit weiblichen Mitarbeiterinnen in Anspruch nehmen zu dürfen.

4e Gerichtsverwertbare Dokumentation

Gerichtsverwertbare Spurensicherung und Dokumentation sind elementare Aufgaben im Opferschutz im Krankenhaus. Wichtig ist es, alle Auffälligkeiten und Spuren nach Gewalteinwirkung festzuhalten. Scheinbare

Bagatellverletzungen wie Hämatome, Kratzer, Druckstellen, Abschürfungen sind zu beschreiben, zu skizzieren und zu fotografieren sowie DNA-Spuren zu sichern. Dies muss in professioneller Weise erfolgen und er-

fordert Übung, um in einem Strafverfahren dem Opfer als gerichtsverwertbarer Beweis zu dienen. Wichtig ist, alle Fälle von häuslicher und sexualisierter Gewalt zu dokumentieren, um das Ausmaß der im Krankenhaus hilfesuchenden Betroffenen zu kennen.

Die Opferschutzgruppen verwenden derzeit unterschiedliche Dokumentationsbögen. Der vom Gesundheitsministerium empfohlene MEDPOL-Bogen, ein Erhebungsbogen, der den Spurensicherungssets für Sexualdelikte beigelegt ist, kommt vor allem in der Gynäkologie zum Einsatz. Diese Bögen erheben nicht nur Daten von medizinischer Relevanz, sondern beobachtete Auffälligkeiten, die

für die Beweisführung vor Gericht bedeutsam sein können. Vermerkt wird darin auch, welche nicht-medizinischen Maßnahmen ergriffen wurden. Zum Beispiel, ob die Polizei, die MA 11 – Wiener Kinder- und Jugendhilfe oder eine Opferschutzeinrichtung hinzugezogen wurden, ob Kinder eventuell gefährdet sind, ob einer Patientin Infomaterial weiter gegeben wurde.

Hilfreich ist, ... ein standardisiertes Prozedere zur Spurensicherung und Dokumentation.

Hilfreich ist, ... genügend Zeit für die Dokumentation zu haben.

Aus der Praxis

Standardisiertes Vorgehen bei Vergewaltigung

In der gynäkologischen Ambulanz und gynäkologischen Notfallambulanz wurden immer wieder Frauen nach sexualisierten Übergriffen vorstellig. Die Problematik einer adäquaten Erstversorgung, Spurensicherung sowie der korrekten Lagerung von Beweismaterial konnte ab Mai 1999 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gerichtsmedizin, dem 24-Stunden Frauennotruf und der Wiener Polizei schrittweise verbessert werden, auch die rechtlichen Grundlagen wurden abgeklärt. Die Rudolfstiftung war wesentlich in die Projektarbeit involviert. Es ist nun möglich, Frauen, die über eine Anzeigenerstattung noch nicht endgültig entschieden haben, eine Spurenabnahme zuzusichern, bei der das Material forensisch korrekt gelagert wird.

Zeitgleich erfolgte die Entwicklung und Adaptierung des „Spurensicherungssets für Sexualdelikte“ und des dazugehörigen Dokumentationsbogens, die einen standardisierten Ablauf sicherstellen. Damit kann der Ablauf von Betreuung, Anamneseerhebung und Untersuchung so geregelt werden, dass nichts übersehen oder vergessen werden kann. Das routinemäßige Vorgehen in der Ambulanz erfolgt in enger Zusammenarbeit von Pflege und Ärztinnen oder



Claudia Neudecker demonstriert bei einer Fortbildung für Spitalspersonal wie die Schachteln aus dem Spurensicherungsset zu falten sind
© Wiener Programm für Frauengesundheit/A.Grasl-Akkilic

Ärzten. Die notwendigen Materialien sind griffbereit gelagert. Auch die Weitergabe der sichergestellten Beweismittel an die Polizei ist auf diese Weise gesichert und dokumentiert.

Trotz allem ist es wesentlich, im Erstkontakt eine Retraumatisierung zu vermeiden. In möglichst ungestörter Atmosphäre erfolgt die Aufklärung über Bedeutung von Befunderhebung und das weitere schrittweise Vor-

gehen. Wesentlich erscheint auch der Hinweis auf die Bedeutung der Schweigepflicht, wenn die Untersuchung ohne polizeiliche Anzeige durchgeführt wird. Das schriftliche Einverständnis der Patientin ist für DNA-Untersuchungen und gegebenenfalls für ELGA einzuholen – auch das ist am Dokumentationsbogen festgehalten.

Kurz zusammengefasst erfolgt die Untersuchung mit folgenden Schwerpunkten:

- Erstkontakt
- Anamnese Tathergang (Polizeiprotokoll, Gespräch)
 - Wann? Wo? Was und wie ist es passiert? Wer?
 - Wurde Anzeige erstattet?
- Wann war der letzte von der Frau gewollte Geschlechtsverkehr?
- Welche Untersuchungen? Ist Weiterbetreuung notwendig?
- Spurensicherung der Körperoberfläche
- Verletzungsdokumentation (genital, extragenital) entweder auf Schemazeichnung oder fotografisch
- Spurensicherung im Genitalbereich
- Klinische Behandlung:
 - STD-Abstrichentnahme, Harn und wenn nötig Blutproben
 - Notfallkontrazeption, HIV – Postexpositionsprophylaxe
 - Versorgung von Verletzungen
 - Kontrolltermin anbieten (inklusive Befundbesprechung)
- Psychosoziale Betreuung sicherstellen, Anbieten stationärer Aufnahme, wenn von Patientin gewünscht

Claudia Neudecker, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Ärztin für Allgemeinmedizin, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Rudolfstiftung

Aus der Praxis

Ablauf einer Untersuchung zur Spurensicherung

5.30 Uhr: Eine vergewaltigte Frau wird von der Rettung in Polizeibegleitung gebracht: die Tat geschah vermutlich unter Einfluss von K.O.-Tropfen. Beim Eintreffen wirkt die Frau müde und verlangsamt. Sie wird sofort um eine Harnprobe gebeten. Der Spurensicherungswagen vulgo „der S-Wagen“ wird von der GYN-Ambulanz geholt, das Spurensicherungsset geöffnet, DNA-Faltschachteln sowie Stieltupfer und 10 ml NaCl-Ampullen auf eine sterile Unterlage aufgelegt und vier Bögen Klebeetiketten sowie eine Schachtel Handschuhe werden ebenfalls bereitgestellt.

Im Untersuchungsraum wird der Patientin erklärt, dass K.O.-Tropfen nur kurze Zeit nachweisbar sind. Die Blutabnahme wird anschließend durchgeführt und die Proben mittels Rohrpost ins Labor geschickt.

Nach der Blutabnahme wird die Patientin informiert, dass der diensthabende Gynäkologe ein Mann und die Pflegeperson ebenfalls ein Mann ist. Die Patientin ist auf Nachfrage mit männlichen Mitarbeitern einverstanden. Dann wird ihr erklärt, welche Untersuchungen, Abstriche und eventuell eine Fotodokumentation folgen werden. Sie wird darüber aufgeklärt, dass die Mitarbeiter während der Untersuchung Plastischürzen, Mundschutz und OP-Hauben tragen werden, um eine Verunreinigung der DNA-Träger zu vermeiden.

Der Gynäkologe beginnt den MEDPOL-Bogen zur Dokumentation auszufüllen und bittet die Patientin zu erzählen, was passiert ist. Der Pfleger bereitet die Abstriche vor und faltet die Kartonschachteln aus dem Spurensicherungsset, beklebt diese mit Namensetiketten und Bezeichnungen für die Abstrichstelle. Nachdem die Patientin den Tathergang geschildert hat, spricht die Kripobeamtin mit ihr wegen der Kleidungsstücke, die zur Spurensicherung benötigt werden und wegen der weiteren Vernehmung am Polizeirevier. Die Patientin möchte ihre Kleidung nicht abgeben. Der Pfleger informiert sie, dass sie Ersatzkleidung vom Krankenhaus bekäme, die Patientin lehnt ab, erklärt sich aber bereit, ihre Unterhose und die Damenbinde abzugeben.

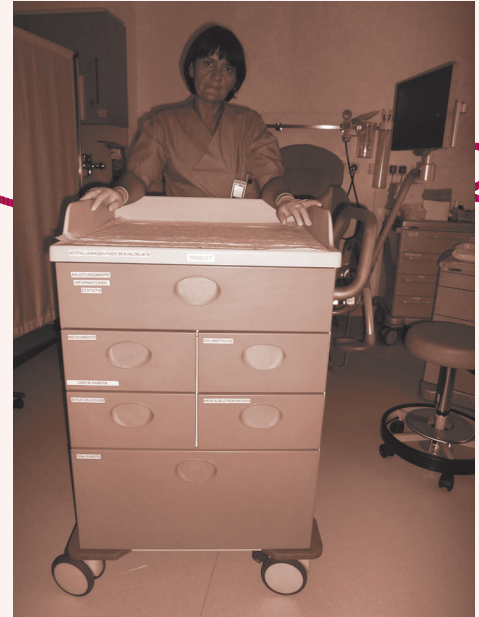
Nachdem die Beamtin gegangen ist, wird mit der körperlichen Untersuchung begonnen. Zuerst wird der Hals der Patientin begutachtet, sie ist noch bekleidet. Nachdem Abstriche vom Hals genommen wurden, wird die Patientin gebeten, den Oberkörper freizumachen. Nachdem sie wieder angezogen ist, wird sie ge-



Blutproben © Monika Neuherz



Vorbereitung des Inhalts des Spurensicherungssets © Monika Neuherz



© Monika Neuherz mit dem Spurensicherungswagen

beten, die Bluse etwas anzuheben und den Rock ein wenig hinunter zu schieben, um von Unterbauch und Schamregion Abstriche machen zu können. Anschließend wird sie gebeten, den Rock anzuheben, um die Beine zu begutachten, eine Fotodoku der deutlich geröteten Knie wird angefertigt. Nachdem die Beine der Patientin begutachtet wurden, wird sie gebeten, Rock und Unterwäsche abzulegen. Die Unterhose wird der Kripobeamtin ausgehändigt, die Damenbinde wird in das Spurensicherungsset gegeben. Nach Abstrichen im Intimbereich und einer vaginalen Untersuchung wird die Patientin gebeten, sich anzuziehen, eine Netzhose samt Damenbinde wurde ihr schon bereitgestellt.

Die Patientin wird gefragt, ob sie jemanden zum Reden benötigt. Sie verneint, weil ihre Angehörigen sie abholen werden. Der Pfleger gibt der Patientin die Opferschutz-Broschüre mit, falls sie doch ein Gespräch wünschen sollte. Die Patientin erhält eine Vikela-Tablette zur Schwangerschaftsprophylaxe und sie muss das Infoblatt dazu unterschreiben. Nach Rücksprache mit dem diensthabenden Oberarzt wird die Patientin in die 4. Med-Ambulanz zwecks Verabreichung der HIV-Prophylaxe gebracht. Der Pfleger organisiert, dass die Patientin sitzend und in Begleitung eines Angehörigen transportiert wird. Beim Verlassen der Ambulanz wirkt die Patientin noch müder als zuvor und immer noch verlangsamt.

Am Arbeitsplatz geht es an die Nachsorge: Foto für die Spurensicherung und Laboretiketten ausdrucken, Blut für die Patho vorbereiten, Harn- und Restblutproben, Abstriche und DNA-Träger ins Spurensicherungsset geben, den ausgefüllten MEDPOL-Dokubogen und die ausgedruckte Kurzdoku beigeben. Das Spurensicherungsset kommt in den Kühlschrank, der S-Wagen wird wieder aufgerüstet und in die GYN-Ambulanz zurückgebracht. Ende: 7.30 Uhr.

**Monika Neuherz, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Gynäkologische Abteilung, Kaiser-Franz-Josef-Spital – SMZ Süd**

4d Gespräch mit Gewaltbetroffenen als Herausforderung

Zentral in der Gewaltfrüherkennung ist das Gespräch. Wenn eine Patientin angibt, vergewaltigt oder vom Partner angegriffen worden zu sein; wenn der vermutliche Täter die verletzte Frau begleitet und ihr nicht von der Seite weichen will; wenn die behandelnde Ärztin oder Arzt aufgrund des Verletzungsmusters einen Verdacht hat: Solche Gespräche erfordern einiges an Routine, außerdem Zeit und einen Raum, um ungestört und vertraulich mit der Patientin zu sprechen. Das Gespräch kann auch jemand vom Pflegedienst oder vom Psychologischen Dienst übernehmen. Doch nicht immer ist Zeit und eine geeignete Rückzugsmöglichkeit für ein diskretes Gespräch vorhanden.

Im Fall nicht-deutschsprachiger Patientinnen fehlt in vielen Krankenhäusern die Möglichkeit, professionell Dolmetschen zu lassen. Man behilft sich mit improvisierten Lösungen, bezieht mehrsprachige Kolleginnen oder Kollegen mit ein, die sprachkundige Be-

raterin einer frauenspezifischen Einrichtung, Botschaftsangehörige oder man lässt die Begleitperson übersetzen. Die Gefahr, dass Laiendolmetschende und Angehörige bewusst oder unbewusst falsch übersetzen, ist jedoch hoch. Die Kosten und Dienstwege, um zu einem Dolmetsch zu kommen, stellen ebenfalls eine Hürde dar. Abteilungen, die bereits mit Telefondolmetsch arbeiten, bewerten das Angebot als unterstützend. Videodolmetsch wird teilweise als hilfreich empfunden, wobei nicht jedes Gewaltopfer von einer dritten Person gesehen werden möchte.

Hilfreich ist, ... Gesprächsführung und die Frage nach etwaiger Gewalterfahrung in der Anamnese zu trainieren.

Hilfreich ist, ... unbürokratisch einen professionellen Dolmetschdienst mit weiblichen Mitarbeiterinnen in Anspruch nehmen zu dürfen.

4e Gerichtsverwertbare Dokumentation

Gerichtsverwertbare Spurensicherung und Dokumentation sind elementare Aufgaben im Opferschutz im Krankenhaus. Wichtig ist es, alle Auffälligkeiten und Spuren nach Gewalteinwirkung festzuhalten. Scheinbare

Bagatellverletzungen wie Hämatome, Kratzer, Druckstellen, Abschürfungen sind zu beschreiben, zu skizzieren und zu fotografieren sowie DNA-Spuren zu sichern. Dies muss in professioneller Weise erfolgen und er-

4f Schutz sensibler Daten

Die Dokumentation von Opferschutzfällen ist Teil der Krankengeschichte und als solche zehn Jahre lang unter hohen Sicherheitsauflagen aufzubewahren. Jeder Zugriff auf elektronisch gespeicherte Daten von Patientinnen und Patienten im Krankenhaussystem wird protokolliert und ein missbräuchlicher Zugriff bestraft. Fotomaterial, das für ein Gerichtsverfahren als Beweismaterial angefordert werden kann, muss auf einem Laufwerk abgespeichert werden, zu dem nur ausgewählte Personen der Opferschutzgruppe Zugang haben.

Das Spannungsfeld zwischen Opferschutz und Datenschutz ist in fast allen Opferschutzgruppen ein Thema. Einerseits unterstützt es Diagnose und Therapie, wenn die

behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt weiß, dass die Patientin Gewalt erfahren hat. Wiederholte Verletzungen können darauf hinweisen, dass es kein „Unfall“ war. Die Ursache psychosomatischer Beschwerden und psychiatrischer Störungen lässt sich besser nachvollziehen. Andererseits wird eine Stigmatisierung der Betroffenen als „Opfer“ befürchtet. Besonders stark sind die Bedenken gegen eine elektronische Speicherung von Opferschutzfällen, wenn die betroffene Person selbst im Krankenhaus arbeitet. Nicht ausdiskutiert ist, inwieweit Befürchtungen, ein Gewaltopfer durch Informationsweitergabe an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu stigmatisieren, nicht zu einer weiteren Tabuisierung von häuslicher Gewalt führen können.

4g Vermehrte Awareness im Krankenhaus

Um das Thema Gewalt und seine Bedeutung gut im Krankenhaus zu verankern, sind verpflichtende Fortbildungen – auch für Führungskräfte – sowie die Einbettung in die Ausbildung unverzichtbar. Damit signalisiert das Krankenhaus, dass Beziehungs Gewalt und sexualisierte Gewalt nicht tabuisiert wird. Je mehr Personen in Gewaltfrüherkennung geschult sind, desto eher wird häusliche und sexualisierte Gewalt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Diagnose mitbedacht. Je besser die Opferschutzgruppe im Haus verankert und vernetzt ist, desto höher ist die Wahrchein-

lichkeit, dass Früherkennung praktiziert und die betroffene Patientin über hilfreiche extramurale Stellen informiert wird.

Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die selbst Opfer von häuslicher Gewalt wurden oder sind, fühlen sich ermutigt, Unterstützung zu suchen.

Hilfreich ist, ... Opferschutz sowie die Aufgaben der Opferschutzgruppe in Führungskräfte- und Newcomer-Schulungen vorzustellen.



Justyna Trzaska und Marianne Gradt, Wilhelminenspital, bei einem Treffen der Vernetzung der Wiener Opferschutzgruppen
© Wiener Programm für Frauengesundheit/A. Grasl-Akkilic

Aus der Praxis

Opferschutz im Intranet

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hanusch-Krankenhauses können Richtlinien, SOPs (Standard Operating Procedures) und Vorlagen für Medizin, Pflege und Verwaltung im Dokumenten-Leitsystem (DLS) abrufen. Unter der Suchfunktion „Opferschutz“ sind die wichtigsten Unterlagen leicht zu finden.

Die Richtlinien wurden von den Mitgliedern der Opferschutzgruppe unter der Leitung von Dr. Martin Kratochwil erstellt. Die Dokumente wurden seitens des Qualitätsmanagements geprüft und von der Kollegialen Führung freigegeben. Zur Verfügung stehen:

- Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation zum Ausdrucken
- Unterlagen der Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie
- Links zu aktuellem mehrsprachigem Infomaterial

Sofie Kordasch, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
1. Medizinische Abteilung, Station 3, Hanusch-Krankenhaus

Aus der Praxis

Coaching für neue Kolleginnen und Kollegen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die in der Notfall- oder in der Unfallabteilung des Wilhelminenspitals neu beginnen, erhalten im Rahmen der Newcomerinnen- bzw. Newcomer-Schulung eine Einführung in die Gewaltthematik. Schriftliche Informationsmaterialien werden in einer Mappe zur Verfügung gestellt. Nach sechs Monaten lädt die Opferschutz-Verantwortliche im Team die neue Kollegin bzw. den neuen Kollegen zu einem Feedbackgespräch. Dabei wird darüber gesprochen, ob der Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen bereits in der Praxis erprobt werden konnte und ob dabei Fragen oder Probleme aufgetaucht sind.

Justyna Trzaska, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Notaufnahme, Wilhelminenspital

4f Schutz sensibler Daten

Die Dokumentation von Opferschutzfällen ist Teil der Krankengeschichte und als solche zehn Jahre lang unter hohen Sicherheitsauflagen aufzubewahren. Jeder Zugriff auf elektronisch gespeicherte Daten von Patientinnen und Patienten im Krankenhaussystem wird protokolliert und ein missbräuchlicher Zugriff bestraft. Fotomaterial, das für ein Gerichtsverfahren als Beweismaterial angefordert werden kann, muss auf einem Laufwerk abgespeichert werden, zu dem nur ausgewählte Personen der Opferschutzgruppe Zugang haben.

Das Spannungsfeld zwischen Opferschutz und Datenschutz ist in fast allen Opferschutzgruppen ein Thema. Einerseits unterstützt es Diagnose und Therapie, wenn die

behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt weiß, dass die Patientin Gewalt erfahren hat. Wiederholte Verletzungen können darauf hinweisen, dass es kein „Unfall“ war. Die Ursache psychosomatischer Beschwerden und psychiatrischer Störungen lässt sich besser nachvollziehen. Andererseits wird eine Stigmatisierung der Betroffenen als „Opfer“ befürchtet. Besonders stark sind die Bedenken gegen eine elektronische Speicherung von Opferschutzfällen, wenn die betroffene Person selbst im Krankenhaus arbeitet. Nicht ausdiskutiert ist, inwieweit Befürchtungen, ein Gewaltopfer durch Informationsweitergabe an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu stigmatisieren, nicht zu einer weiteren Tabuisierung von häuslicher Gewalt führen können.

4g Vermehrte Awareness im Krankenhaus

Um das Thema Gewalt und seine Bedeutung gut im Krankenhaus zu verankern, sind verpflichtende Fortbildungen – auch für Führungskräfte – sowie die Einbettung in die Ausbildung unverzichtbar. Damit signalisiert das Krankenhaus, dass Beziehungs Gewalt und sexualisierte Gewalt nicht tabuisiert wird. Je mehr Personen in Gewaltfrüherkennung geschult sind, desto eher wird häusliche und sexualisierte Gewalt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Diagnose mitbedacht. Je besser die Opferschutzgruppe im Haus verankert und vernetzt ist, desto höher ist die Wahrchein-

lichkeit, dass Früherkennung praktiziert und die betroffene Patientin über hilfreiche extramurale Stellen informiert wird.

Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die selbst Opfer von häuslicher Gewalt wurden oder sind, fühlen sich ermutigt, Unterstützung zu suchen.

Hilfreich ist, ... Opferschutz sowie die Aufgaben der Opferschutzgruppe in Führungskräfte- und Newcomer-Schulungen vorzustellen.