

Sirkka Perttu
Verena Kaselitz

Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft

Handbuch für die
Geburts- und Kindermedizin



HELSINKIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI



ISBN 952-10-3036-4

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
1 Einleitung	7
2 Rolle und Verantwortung der Mitarbeiter/innen in der Geburts- und Kindermedizin.....	9
3 Das Erkennen von Gewalt	10
4 Durch Gewalt verursachtes psychologisches Trauma	12
5 Gewalt thematisieren	18
6 Die Kinder	23
7 Sicherheit	24
8 Der Screening-Fragebogen	30
9 Die medizinische Untersuchung	33
10 Zusammenarbeit der Institutionen	37
11 Professionelles Arbeiten und Selbstreflexion	39
Annex 1: Ergebnisse des Screenings in den Ländern	
der Partnerorganisationen	41
Annex 2: Zusammenfassung der finnischen Forschungsprojekte ...	45
Annex 3: Messinstrumente zur Erhebung von Gewalt	48
Annex 4: Zusammenfassung der internationalen Forschung	49
Quellenverzeichnis	55
Weiterführende Literatur	58
Hilfseinrichtungen	60

Vorwort

Dieses Handbuch ist Teil des Projektes „Vorbildliches Modell zur Identifizierung von Opfern von Gewalt in Partnerschaften in der Geburts- und Kindermedizin“, das vom Daphne II-Programm der EU-Kommission und dem finnischen Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit finanziert wurde. Durchgeführt wurde das Projekt in den Jahren 2005 und 2006.

Ziel des Projektes war es festzustellen, ob das Screening-Modell zu Gewalt in Beziehungen, das in Finnland entwickelt worden war, auch in anderen europäischen Ländern umsetzbar wäre. Im Zuge des Projektes wurde das Screening-Instrument weiter entwickelt, sodass es routinemäßig zur Früherkennung von Partnergewalt und Gewalt an Kindern eingesetzt werden kann. Das Projekt war auch darum bemüht, die verschiedenen kulturellen Hintergründe zu berücksichtigen sowie die Entwicklungen und die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Forschung in anderen Ländern Europas miteinzubeziehen.

Koordiniert wurde das Projekt vom Palmenia-Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Universität Helsinki in Vantaa. Finnische Partner waren das Gesundheitszentrum in Vihti, die Universitätshauptklinik Helsinki HUCH / Frauenklinik sowie der nationale Frauennotruf Finnland. Transnationale Partner waren das Gesundheitszentrum Tartu und das unabhängige Frauenhaus Tartu (Estland), die Entbindungsklinik in Vilnius, das Informationszentrum für Frauenangelegenheiten und das Heim für Mütter und Kinder in Vilnius (Litauen), die Medizinische Fakultät der Universität Kreta, das Frauen-Forschungszentrum KETHI in Heraklion und Thessaloniki (Griechenland) und Social Change – Institut für Innovation in der Genderforschung und Gewaltprävention (Österreich) (siehe auch Anhang 1).

Dieses Projekt beruht auf einem Pilotprojekt, das von 2000 bis 2003 in Finnland durchgeführt wurde. Ziel des finnischen Projektes war es, eine adäquate Methode zu entwickeln, um im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge in Geburtenkliniken und Kindergesundheitseinrichtungen Gewalt in Beziehungen zu identifizieren, anzusprechen und darüber zu reden. Dazu wurde ein Screening-Instrument entwickelt, das in der täglichen Arbeit angewandt werden kann. Mehrere Geburten- und Kindergesundheitskliniken in Finnland nahmen an diesem Projekt teil. Im Rahmen des Projektes wurden zwei Studien durchgeführt, die zeigten, dass Gewalt in Beziehungen in Finnland sehr häufig vorkommt. Auch während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes wurden Frauen Opfer von Partnergewalt (siehe Anhang 2).

Dieses Handbuch stellt das in Finnland entwickelte Screening-Instrument vor und bietet Richtlinien für die Arbeit der Mitarbeiter/innen in der Geburts- und Kindermedizin, um Gewalt in Beziehungen zu identifizieren und die Opfer dieser Gewalt bestmöglich zu unterstützen. In Finnland kommt dieses Screening-Instrument auf Empfehlung des finnischen Ministeriums für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit in den Routine-Untersuchungen während der Schwangerschaft (in Geburtenkliniken) und im ersten Jahr des Kindes (in Kindergesundheitseinrichtungen) zur Anwendung.

Mag.^a Sirkka Perttu
Projektleiterin, Diplomkrankenpflegerin
Universität Helsinki
Palmenia-Zentrum für Fort- und Weiterbildung

1 Einleitung

Ziel des Handbuchs

Dieses Handbuch betont die wichtige Rolle, die die Mitarbeiter/innen in der Geburts- und Kindermedizin bei der Unterstützung von Frauen, die von Gewalt durch ihren Partner betroffen sind, spielen. Es soll die Mitarbeiter/innen in der Geburts- und Kindermedizin in ihren Bemühungen, Gewalt früh zu erkennen und in Folge zu verhindern, praktisch unterstützen. Mit dem Handbuch soll die routinemäßige Befragung der Klientinnen zu Gewalterfahrungen erleichtert werden. Diese Standardbefragung zu Gewalt in Beziehungen dient auch dem Schutz des Kindes und zählt zur Primärprävention von Gewalt in der Familie.

Es empfiehlt sich im Bereich der Geburts- und Kindermedizin stets abzuklären, ob Frauen und Kinder von Gewalt betroffen sind, um ihnen so bestmöglich zu helfen. Routinemäßige Befragungen sollten anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt werden. Dem sollten Schulungen zum Thema Gewalt in Beziehungen, deren Konsequenzen für Frauen und Kinder sowie zur richtigen Verwendung des Screening-Bogens vorangehen.

Definitionen

Bei Gewalt in Beziehungen handelt es sich in erster Linie um eine Verhaltensweise, die durch die Ausübung von Kontrolle und den Missbrauch von Macht seitens einer Person, meist eines Mannes, über eine andere Person, meist eine Frau, in einer intimen Beziehung charakterisiert ist. Dies kann sich auf verschiedene Art und Weise ausdrücken, z.B. in physischer, sexueller, emotionaler und finanzieller Misshandlung sowie durch soziale Isolation und ist meist eine Kombination all dieser Gewaltformen (Greater London Authority 2001).

Obwohl sich dieses Handbuch mit Gewalt in intimen Beziehungen beschäftigt, sind alle anderen Formen der Gewalt gegen Frauen ebenso gravierend.

Gewalt in Beziehungen als weltweites Gesundheitsproblem

Gewalt stellt eine ernsthafte Bedrohung der Gesundheit von Frauen, Kindern und Ungeborenen dar; sie beeinträchtigt ihr physisches und psychisches Wohl sowohl akut als auch langfristig. Gewalt zählt zu den häufigsten Ursachen für Verletzung und Tod von Frauen. Neben selbst zugefügter und kollektiver Gewalt, die selbstverständlich auch Männer betrifft, kann interpersonelle Gewalt nicht ohne geschlechtsspezifische Differenzierung betrachtet werden; sie ist eindeutig geschlechtsspezifisch.

„Gewalt in intimen Beziehungen passiert in allen Ländern, unabhängig von sozialer, wirtschaftlicher, religiöser oder kultureller Zugehörigkeit. Obwohl auch Frauen gegenüber männlichen Partnern gewalttätig werden können und Gewalt auch in gleichgeschlechtlichen Beziehungen vorkommt, sind vor allem Frauen von Gewalt durch ihren Partner betroffen“ (WHO 2002:89).

Gewalt in Beziehungen ist wahrscheinlich die häufigste Form von Gewalt an Frauen, vor allem in hochentwickelten Regionen wie Europa. Die WHO bezieht sich auf weltweit 48 Bevölkerungsbefragungen, die zeigten, dass zwischen 10 und 69 Prozent der Frauen in ihrem Leben bereits physische Gewalt durch einen Intimpartner erlebt hatten (WHO 2002:89).

Gewalt gegen Frauen stellt eine schwere Belastung für das Gesundheitssystem dar, sie beeinträchtigt das Arbeitsvermögen von Frauen, ihre Lebensqualität und ihre Lebenserwartung. In hochentwickelten Ländern wie den USA ist Gewalt durch den Partner die häufigste Ursache für Verletzungen.

Eine Schwangerschaft bedeutet nicht das Ende der Gewalt – im Gegenteil. Die Zeit der Schwangerschaft sowie jene nach der Geburt stellt ein noch größeres Risiko dar vom Partner misshandelt zu werden.

In den 90er Jahren wurde Gewalt in Beziehungen dank einer Reihe von Studien als das größte Gesundheitsrisiko für Frauen erkannt. In Ländern wie den USA, Kanada, dem Vereinigten Königreich und Australien wurden Forschungsprojekte durchgeführt, die

sich im Besonderen dem Zusammenhang von Partnergewalt und Schwangerschaft sowie Nachgeburtphase widmeten (Johnson u.a. 2003; Huth-Bocks u.a. 2002). Die ersten in den USA, Kanada und Australien durchgeföhrten Studien zogen nur physische Gewalt in Betracht, fanden aber heraus, dass zwischen 0,9% und 20,1% der Frauen Gewalt in der Schwangerschaft erfahren hatten (Gazmararian u.a. 1996). In den USA schätzt man, dass eine von sechs erwachsenen Frauen und eine von fünf schwangeren Teenagern Opfer physischer Gewalt wird. Die Forschungsergebnisse zeigen außerdem, dass ein größeres Risiko besteht, in der Schwangerschaft Opfer von Gewalt zu werden als an Krankheiten wie Diabetes und Toxemia, nach denen routinemäßig gescreent wird, zu erkranken.

Es hat sich eindeutig gezeigt, dass die Schwangerschaft

- a) ein besonderes Risiko darstellt, vor allem wenn die Frau davor schon Gewalt erfahren hat, aber
- b) eine exzellente Gelegenheit für das medizinische Personal bietet, Opfer von Gewalt zu erkennen und zu unterstützen.

In Forschungsprojekten wurden bereits Modelle zur Erkennung und adäquaten Unterstützung von Gewaltopfern entwickelt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass mehr Fälle von Gewalt in Beziehungen entdeckt werden können, wenn das medizinische Personal geschult wurde und regelmäßig und wiederholt nach Gewalterfahrungen fragt. Zahlreiche Untersuchungsergebnisse weisen zudem auf die Wichtigkeit der Verwendung von Screening-Instrumenten und Fragebögen, da sie die Erkennungsrate deutlich erhöhen. Im vorliegenden Handbuch werden Screening-Instrumente und Fragebögen vorgestellt, die bereits zur Identifizierung von Gewalt im Bereich der Gesundheitsvorsorge zur Anwendung kommen (siehe Anhang 3, Seite 48).

Umgekehrt hat sich gezeigt, dass das Nicht-Erkennen von Gewalt in Beziehungen durch die Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen und damit das Ausbleiben von Unterstützung für die Betroffenen ein ernstes Problem ist (Bacchus u.a. 2004a). Obwohl zum Beispiel in Großbritannien zahlreiche Gremien Richtlinien für die Befragung zu Partnergewalt im Rahmen der Gesundheitsvorsorge entwickelt und die Notwendigkeit der Beratung betont haben, herrschen Zweifel daran, ob diese Empfehlungen auch umgesetzt werden (Bacchus u.a. 2004b).

Eine kurze Zusammenfassung der Studien zu Gewalt während und nach der Schwangerschaft findet sich in Anhang 4 (Seite 49). Anhang 5 bietet eine Liste an empfehlenswerter Literatur zu diesem Thema (siehe Seite 58).

2 Rolle und Verantwortung der Mitarbeiter/innen in der Geburts- und Kindermedizin

Vor allem im Bereich der Geburts- und Kindermedizin haben Sie gute Chancen von Gewalt Betroffenen zu helfen. Durch die vorgeschriebenen Untersuchungen, die oft gekoppelt an den Bezug von Sozialleistungen sind, bieten sich ausgezeichnete Möglichkeiten Opfer von Misshandlungen zu erkennen. Dazu kommt, dass die Verschwiegenheitspflicht eine gute Basis bietet, die es Frauen leichter macht über ihre Gewalterfahrungen zu sprechen. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass Sie das Thema ansprechen müssen, da es den meisten Frauen aus Scham, Angst vor den Folgen sowie dem Gefühl, dass ihnen nicht geholfen werden kann, sehr schwer fällt, über ihre Erfahrungen zu sprechen (Bacchus u.a. 2002).

Es wäre daher sehr wichtig, routinemäßige Befragungen nach Gewalterfahrungen einzuführen. Jeder Frau sollte die Möglichkeit zu mindestens einem vertraulichem Gespräch im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gegeben werden. Besteht auch nur der Verdacht, dass eine Frau von Gewalt betroffen ist, sollte immer Zeit sein dies anzusprechen.

Allerdings ist der Gesundheitsbereich nur ein Teil des Unterstützungssystems, das nötig ist, um Frauen umfassend zu unterstützen. Die besondere Rolle der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen liegt in der Erkennung von Gewaltpatienten und darin, den Prozess zur Beendigung der Gewalt in Gang zu bringen. Daher ist es wichtig, dass mit anderen Hilfseinrichtungen und Institutionen kooperiert wird. Es ist auch hilfreich, wenn in den Kliniken und Arztpraxen Infomaterial (Broschüren, Infokarten, Poster) aufliegt.

Zum Verantwortungsbereich der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen zählen:

- o das Erkennen von Gewalt
- o das Ansprechen des Themas
- o die Befragung, Unterstützung von und die Hilfestellung für Gewaltpatienten
- o die Einschätzung der Gefährdung des Opfers
- o die gründliche medizinische Untersuchung und Dokumentation
- o die Dokumentation der Folgen der Misshandlung (Verletzungen, psychische Auswirkungen, etc.)
- o über die Situation der Kinder zu sprechen
- o Gewaltpatienten an andere Hilfseinrichtungen und Helfer/innen weiterzuvermitteln
- o mit anderen Fachleuten zu kooperieren und die Hilfsmaßnahmen abzustimmen

Die wichtigsten Punkte im Bereich der Geburts- und Kindermedizin:

- o Junge Schwangere und Mütter mit Kleinkindern sind besonders gefährdet Opfer von Partnergewalt zu werden: Versuchen Sie die Opfer zu erkennen und mit den Frauen über die Gewalterfahrungen und ihre Auswirkungen zu sprechen!
- o Sprechen Sie mit den Frauen über deren Beziehungen. Achten Sie besonders auf Schilderungen von Dominanzverhalten/kontrollierendem Verhalten seitens des Mannes (Unterordnung, Isolation, Einschüchterungen)!
- o Die Befragungen nach Gewalterfahrungen sollten zur täglichen Routine gehören. Jede Frau sollte befragt werden. Verwenden Sie dazu einen standardisierten Fragebogen!

Opfern von Gewalt zu helfen gehört zu den ethischen Verpflichtungen des Berufs.

3 Das Erkennen von Gewalt

Gewalt möglichst früh zu erkennen ist nicht leicht. Dennoch hat die Wissenschaft herausgefunden, dass es eine Reihe von Faktoren gibt, die Mitarbeiter/innen im Gesundheitsbereich helfen können, Opfer von Gewalt leichter zu identifizieren. Es wurden Listen von Indikatoren erstellt, die auf Gewalterfahrungen hinweisen. Dennoch ist es wichtig sich zusätzlich über die Situation und die Lebensbedingungen der Frau zu informieren.

Frauen sprechen nur sehr zögerlich über ihre Gewalterfahrungen. Wenn sie sich jedoch an Personen wenden, die nicht zum engeren Familien- oder Freundeskreis gehören, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass sie sich jemandem aus dem Gesundheitsbereich anvertrauen. Normalerweise suchen von Gewalt betroffene Frauen erst dann Hilfe, wenn die Misshandlungen bereits längere Zeit angedauert haben. Daher ist es wichtig, dass Modelle für den Gesundheitsbereich entwickelt und umgesetzt werden, die die Früherkennung von Gewalt verbessern.

Folgende Anzeichen können auf Gewalterfahrungen hinweisen:

- o Die Schwangere kommt erst später als normal üblich zur Untersuchung.
- o Die Schwangere ist sehr jung bzw. noch Teenager.
- o Die Schwangerschaft ist unerwünscht/ungeplant.
- o Die Frau wirkt abgehetzt und nervös.
- o Sie vergisst Termine oder sagt sie ab.
- o Sie wirkt unordentlich.
- o Sie lebt sehr isoliert und hat wenig Kontakte zu Freundinnen/Freunden und Familie.
- o Sie klagt über Gereiztheit, Ungeduld und Müdigkeit (auch im Umgang mit ihren Kindern).
- o Sie hatte bereits Fehlgeburten und/oder Abtreibungen.
- o Sie raucht bzw. raucht nun vermehrt.
- o Sie trinkt bzw. trinkt mehr als zuvor.
- o Sie nimmt Drogen.
- o Sie nimmt Schlaf- oder Beruhigungsmittel oder Antidepressiva.
- o Sie leidet an Nieren- oder Harnwegsinfektionen oder gynäkologischen Infektionen während der Schwangerschaft, hat verfrühte Wehen oder Frühgeburten.
- o Sie hat physische Verletzungen (meist Hautausschläge, Kratzer, Wunden, Blutergüsse, Quetschungen, Prellungen, Verbrennungen oder Knochenbrüche).
- o Sie verzeichnet eine Reihe von wiederkehrenden Verletzungen und Unfällen (gestürzt, ausgerutscht, gestolpert usw.).
- o Die Verletzungen finden sich an Körperstellen, die normalerweise von Kleidung bedeckt sind: Oberkörper, Arme, Kopf (meist Kopfhaut), Beine, Bauch.
- o Sie weist psycho-somatische Symptome wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Alpträume, Essstörungen, ungewöhnliche Gewichtsveränderungen auf.
- o Sie hat Angst vor der Geburt.
- o Sie gerät während der Geburt in Panik.
- o Ihre Verhalten ändert sich, sobald ihr Ehemann/Partner anwesend ist.
- o Ihr Ehemann/Partner verhält sich übertrieben aufmerksam oder spielt die Situation herunter, ist seiner Frau/Partnerin bzw. seinen Kindernseinem Kind gegenüber gereizt oder ungeduldig.
- o Ihr Ehemann/Partner will ständig dabei sein und sie nicht alleine lassen.
- o Sie oder ihr Ehemann/Partner lehnen eine weitere Behandlung ab.

Indikatoren für physische Gewalt

- Verletzungen: Blutergüsse, Wunden, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Zahnverletzungen, Verletzungen der Kopfhaut, innere Verletzungen, Fehlgeburt, Trommelfell-Riss, Verbrennungen.
- Die Erklärungen, wie es dazu gekommen ist, stimmen nicht mit den Verletzungen überein.
- Sie verweigert eine Erklärung, wie es zu den Verletzungen gekommen ist.
- Es gibt bereits eine Reihe unerklärter Verletzungen.
- Bestimmte Verletzungen treten immer wieder auf.
- Die Verletzungen befinden sich an gut geschützten Körperstellen.
- Die Verbrennungen sind ungewöhnlich oder befinden sich an ungewöhnlichen Stellen.
- Zwischen der Verletzung und dem Aufsuchen eines Arztes liegt eine längere Zeitspanne.

Indikatoren für sexuelle Gewalt

- Verletzungen der Genitalien, des Anus, an der Innenseite der Oberschenkel und an der Brust
- Reizungen im Genital-, Harn- und Rektalbereich
- Häufige Infektionen im Genitalbereich und im Harntrakt
- Schmerzen oder Juckreiz im Genital- oder Rektalbereich
- Unterleibs- oder Beckenschmerzen
- Geschlechtskrankheiten und durch Geschlechtsverkehr übertragbare Infektionen
- Blutungen im Vaginal- und Rektalbereich
- schmerzhafter Stuhlgang / schmerhaftes Urinieren
- Schwierigkeiten beim Gehen und/oder Sitzen
- Probleme bei oder Verhinderung von Untersuchungen im Beckenbereich
- Vaginismus (Krämpfe der Muskel um die Vagina) bei der gynäkologischen Untersuchung
- offenes sexualisiertes Verhalten / sexualisierte Sprache
- „Liebes-Bisse“
- ungewollte Schwangerschaft / Abtreibung

Indikatoren für ökonomische Gewalt

Besonders ältere Frauen sind oft von ökonomischer Gewalt betroffen, die jedoch auch bei jüngeren/jungen Frauen anzutreffen ist.

- Armut
- Obdachlosigkeit
- Schulden
- ungenügende Versorgung der Familie mit Lebensmitteln und Dingen des Alltags
- nichtbezahlte Rechnungen/Rechnungen können nicht bezahlt werden
- ungenügende Ernährung/Kleidung
- unerklärliche Diskrepanz zwischen dem Einkommen und den Lebensbedingungen

Es ist jedoch wichtig zu berücksichtigen, dass ein einzelner Indikator nicht zuverlässig darauf schließen lässt, dass eine Frau von Gewalt betroffen ist. Manche Frauen zeigen eine Reihe von Symptomen, andere kein einziges.

4 Durch Gewalt verursachtes psychologisches Trauma

Ein psychologisches Trauma ist eine der Folgen von unüberwind- und unkontrollierbaren Erfahrungen, die jeder erleiden kann. Es führt oft zu Gefühlen der Hilflosigkeit, der Verletzlichkeit und zu einem Verlust an Kontrolle über das eigene Leben (Everstine / Everstine 1993).

Akute Traumareaktionen

Akute Traumareaktionen sind Schockreaktionen, die von wenigen Stunden bis zu Tagen andauern können. Sie können auch erst mit einer Verzögerung von einem bis zu drei Tagen auftreten und dann von einigen Tagen bis zu vier oder sechs Wochen dauern. Akute Traumareaktionen sind normale Auswirkungen eines traumatischen Ereignisses. Die folgenden Verhaltensweisen und Symptome können gleichzeitig auftreten.

Beobachtbare Verhaltensweisen und Symptome:

- o Unruhe (motorische Unruhe; ständiges Aufundabgehen, Unvermögen still zu sitzen, Händeringen, Weinen, feindselige/s Haltung/Benehmen)
- o Konversion (Stimmverlust, Erbrechen, Schmerzen, Frosch im Hals, Schwindel)
- o Gelassenheit, Apathie und Teilnahmslosigkeit oder Stupor (Unbeweglichkeit, scheint nichts um sicher herum zu bemerken)
- o irrationales Verhalten (z.B. Kichern, ständiges Lachen)
- o rationales Verhalten durch totale Verleugnung der psychischen Folgen der Gewalt (z.B. erzählt sie ruhig über ihre Vergewaltigung)

Emotionale/kognitive Symptome:

- o Angstzustände, Panik, Verwirrung
- o Erstarrung
- o Erlebtes nicht wahrhaben wollen („das kann nicht wahr sein“)
- o Gedächtnislücken
- o eingeschränkte Handlungsfähigkeit
- o verzerrte Zeitwahrnehmung
- o Verlust der Gefühle / Gefühllosigkeit
- o Depressionen, Gefühle der Wertlosigkeit
- o Schuldgefühle, Scham
- o Dissoziation
- o Depersonalisation, Desorientierung, außerkörperliche Erfahrungen, Halluzinationen
- o Amnesie

Langfristige Symptome / Posttraumatische Belastungsreaktionen (PTBR)

Unter langfristigen Symptomen meint man Anzeichen und Veränderungen im individuellen Verhalten, in den Emotionen, Beziehungen, im Sozialleben, in der Persönlichkeit, in der Lebenssituation und im gesundheitlichen Zustand. Akute Traumareaktionen und langfristige Symptome können verwechselt werden.

Bei Posttraumatische Belastungsreaktionen handelt es sich um eine medizinische Diagnose für langfristige Symptome, die durch wiederholte Erfahrungen von Todesbedrohung, ernsthaften körperlichen Verletzungen oder Bedrohungen der körperlichen Integrität hervorgerufen werden. Wiederholte Angriffe, die physische Nähe des Aggressors (= Misshandler) und die Wahrnehmung der Ereignisse als unkontrollierbar und unvorhersehbar vergrößern das Risiko ein posttraumatisches Stresssyndrom (PTSS) zu entwickeln. Andere traumatische Erfahrungen können ebenfalls zu posttraumatischen Belastungsreaktionen führen (z.B. Geiselhaft, Folter, Vergewaltigung, Entführung, Raub). Posttraumatische Belastungsreaktionen können

besonders schwerwiegend oder dauerhaft sein, wenn der Stressverursacher ein Mensch ist (im Gegensatz zu Naturkatastrophen).

Extremer Stress wirkt sich auf die Opfer in verschiedenster Weise aus (somatisch, emotional, kognitiv, auf das Verhalten und den Charakter) und kann zu einer Reihe von psychiatrischen Störungen wie dissoziative Störungen, Essstörungen, Suchtmittelmissbrauch und selbstzerstörerisches Verhalten führen (Dutton 1995, van der Kolk u.a. 1996).

Die Entwicklung einer posttraumatischen Erkrankung ist jedoch ein komplexer Prozess:

Traumareaktionen entwickeln sich nicht unweigerlich zu einer mentalen Störung (Krankheitsmodell). Viele misshandelte und geschlagene Frauen leiden aber an ernstzunehmenden Symptome, die als PTSS bekannt sind.

PTBR müssen als das Ergebnis eines Prozesses des In-die-Falle-Tappens angesehen werden. Man glaubt, nicht mehr entkommen zu können.

PTBR müssen als normale menschliche Reaktion des Körpers, der Seele und auch der Gesellschaft auf eine außergewöhnliche Erfahrung gesehen werden (interpersonelles und institutionelles Trauma).

Die Anwendung verschiedener Bewältigungsstrategien reduziert die Auswirkungen des Traumas entscheidend.

Emotionale und kognitive Symptome

- o ängstliches Verhalten / andauernde Wachsamkeit / wiederholtes Keuchen / Nach-Luft-Schnappen
- o Interesselosigkeit / Depression
- o übermäßige Abhängigkeit / Isolation
- o Feindseligkeit, Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- o rasche Stimmungswechsel / Ambivalenz
- o Gefühle der Einsamkeit, des Andersseins, des Stigmas
- o Gefühl, für immer geschädigt zu sein (Zukunftslosigkeit)
- o Ängste / Gefühl, in der Falle zu sein
- o Gefühlsverlust
- o Schlafstörungen (Problem beim Ein- oder Durchschlafen, Schlaflosigkeit, Alpträume)
- o vermehrte/r Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol / Drogen
- o Selbstmordabsichten (Gedanken/Versuche)

Verhaltenssymptome

- o Verlust von Freundschaften / Kontaktverlust zu Verwandten
- o geringe / keine Anteilnahme am Sozialleben, wenige/keine Hobbys, immer nach Hause eilen müssen
- o unterwürfiges / erstarrtes Verhalten
- o Entscheidungen rückgängig machen, Termine absagen
- o Rückzug und Isolation
- o Vermeidung von Situationen, Orten sowie Gesprächen, die mit dem Trauma assoziiert werden
- o Konzentrationsschwierigkeiten (z.B. beim Lesen oder Fernsehen)
- o dürftige Erfüllung der Elternrolle, Kindesmissbrauch

Somatische Symptome / Krankheiten

- o unerklärliche physische Symptome (z.B. Schmerzen, Kopfschmerzen)
- o Hypertonie

- Magenschmerzen, Magengeschwür
- Dickdarmreizung
- Menstruationsbeschwerden
- Schmerzen in der Brust / in der Herzregion / Arrhythmie / Infarkt
- Atembeschwerden / asthmatische Symptome / Asthma
- Essstörungen:
- Appetitlosigkeit / Gewichtsverlust
- übermäßiges Essen / Fresssucht

Die Folgen des Traumas – warum verlässt sie ihn nicht?

Die Auswirkungen des Traumas erschweren es Frauen, ihre gewalttätigen Partner zu verlassen. Dabei spielen die immer häufiger werdenden Übergriffe, Misshandlungen, Einschüchterungen und Drohungen eine essentielle Rolle. Die zentralen Elemente einer traumatischen Bindung sind der Missbrauch von Macht und Kontrolle sowie die Spirale der Gewalt.

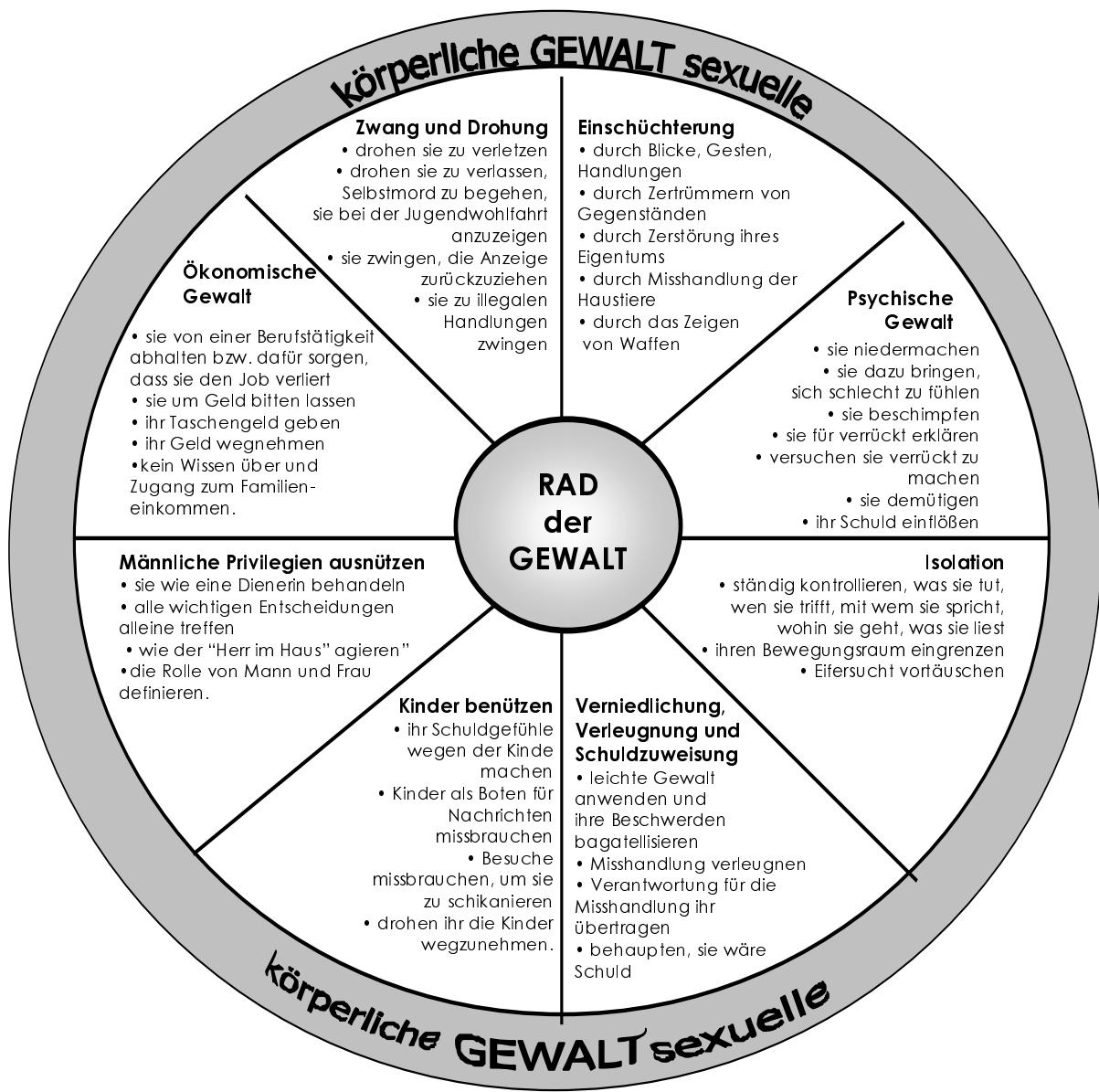
Macht und Kontrolle

Jede emotionale und/oder physische Gewalttat verstärkt die Macht und Kontrolle des Täters über das Opfer. Macht und Kontrolle bedeuten, dass der Täter die Handlungen, Gedanken, Emotionen und Anschauungen seines Opfers ständig manipuliert und sich dabei die Intimität der Beziehung und die Solidaritätsgefühle des Opfers zunutze macht. Dies wiederum schmälert das Vermögen des Opfers eigenständig über die Situation und das Verhalten nachzudenken. Macht und Kontrolle treten auf verschiedene Art und Weise auf: es gibt sichtbare wie unsichtbare Formen (siehe Bild 1 „Rad der Gewalt“, Seite 15) (Pence / Paymar 1993). Das „Rad der Partnerschaft“ (siehe Bild 2, Seite 16) (Pence / Paymar 1993) zeigt dagegen was Gewaltlosigkeit und Gleichstellung in einer Beziehung bedeuten.

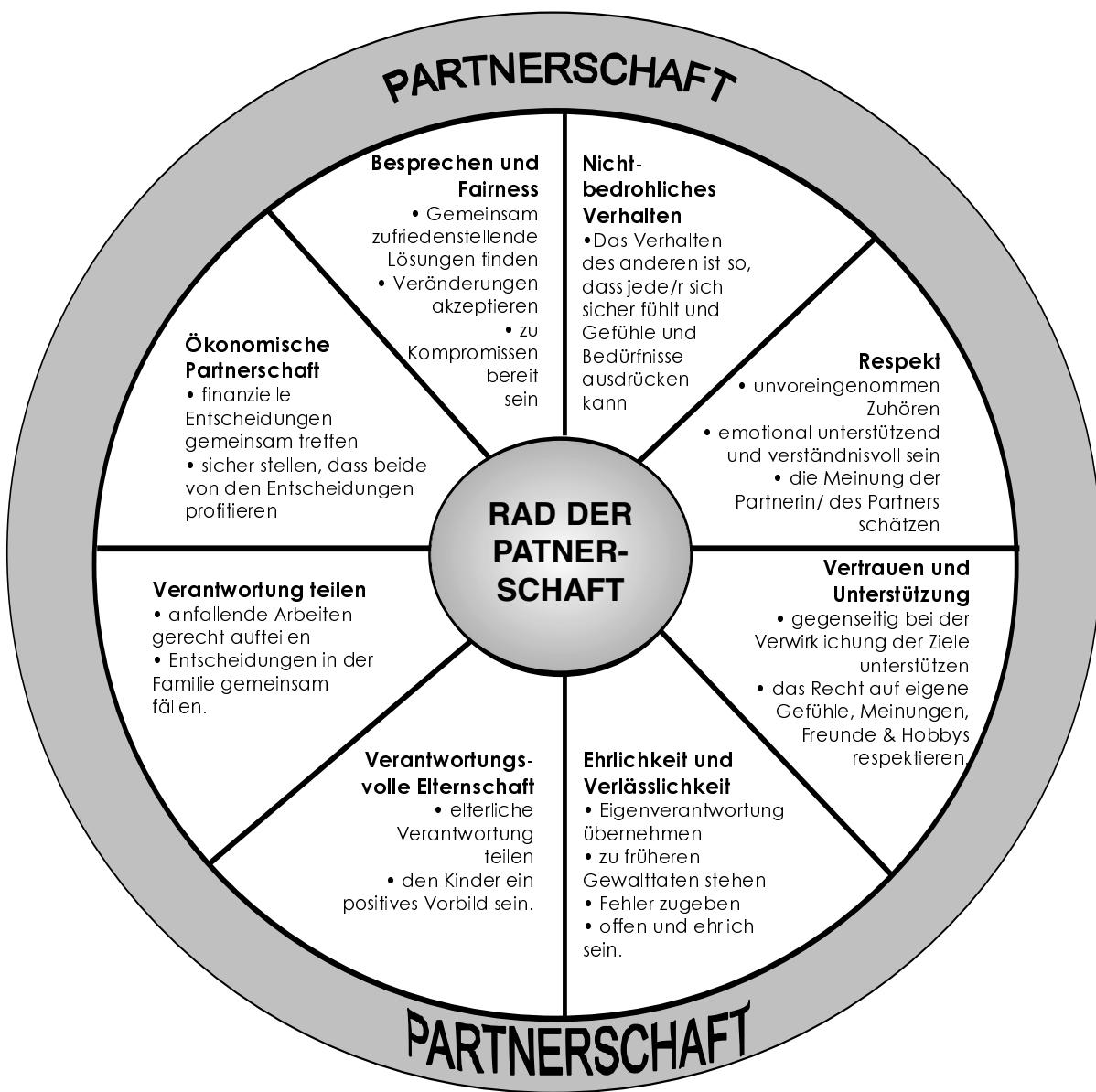
Spirale der Gewalt

Die Spirale der Gewalt (siehe Bild 3, Seite 17) (Status of Women Council of the Northwest Territories 1995) zeigt, dass Phasen der Gewalt/Misshandlung und friedliche Phasen einander abwechseln. Dieser Wechsel zwischen den Phasen ist aus der Lerntheorie bekannt und wird zwischenzeitliche Verstärkung genannt. Die Forschung hat gezeigt, dass dieses Verhaltensmodell emotionale Bande schafft und die Fähigkeit des Opfers, eigenständige Entscheidungen zu treffen, reduziert. Die gewalttätigen Phasen führen zu Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, die friedlichen Perioden jedoch zu Erleichterung und Hoffnung.

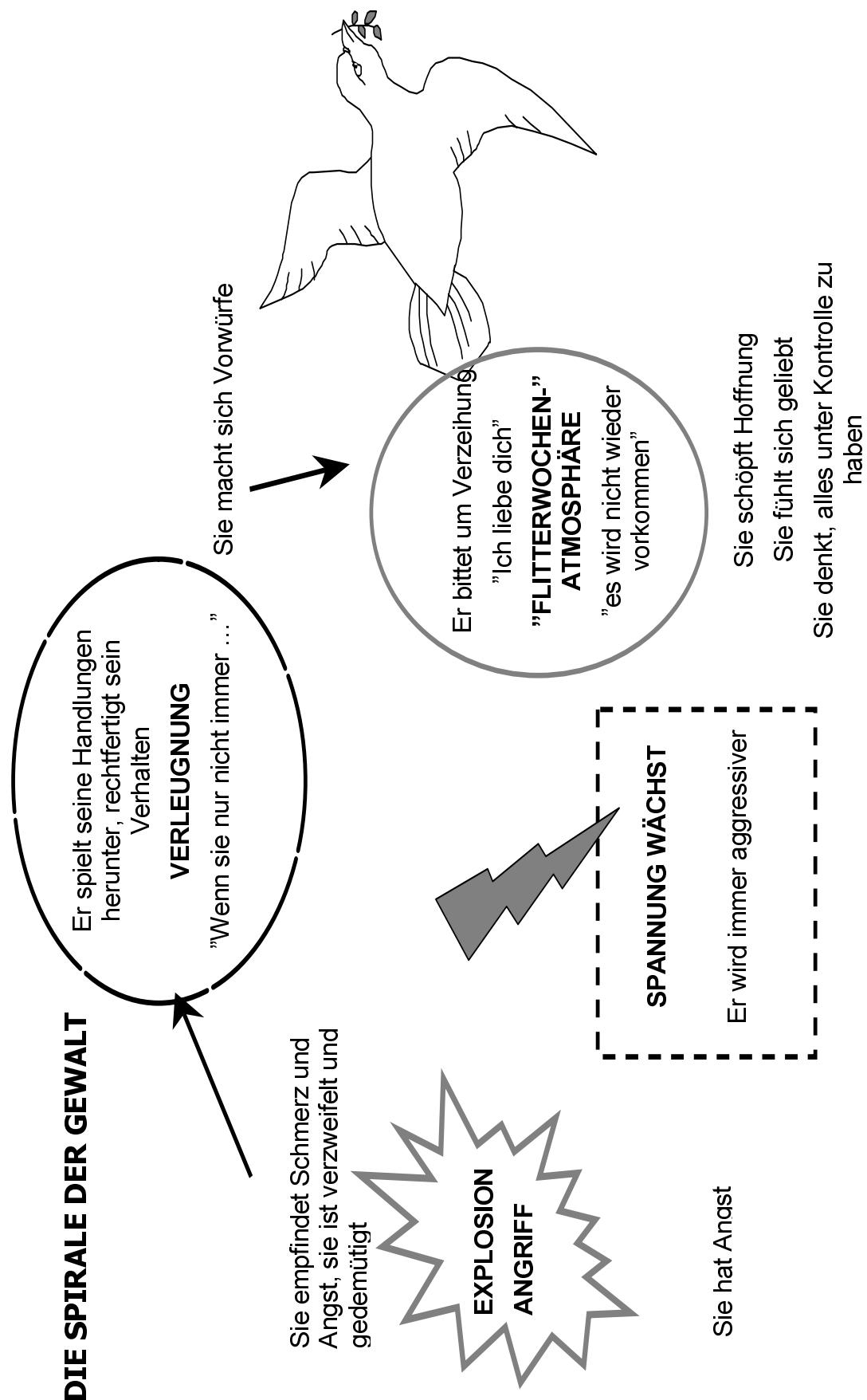
Sowohl das Rad der Gewalt, das Rad der Partnerschaft als auch die Spirale der Gewalt sind hilfreiche Mittel im Gespräch mit einem Opfer von Gewalt. Dadurch kann die Frau ihre Situation besser verstehen. Das Ziel der Unterstützung ist es, die Frau zu ermächtigen, so dass sie ihr Leben wieder in die eigenen Hände nehmen kann. Dazu sind Empathie und Geduld nötig, da der Ermächtigungsprozess sehr lange dauern kann.



Quelle: Pence E. & Paymar M. Education Groups For Men Who Batter. The Duluth Model. Springer Publishing Company. New York 1993.



Quelle: Pence E. & Paymar M. Education Groups For Men Who Batter. The Duluth Model. Springer Publishing Company, New York 1993.



Quelle: Status of Women Council of the Northwest Territories (1995).

5 Gewalt thematisieren

Frauen danach zu fragen, ob ihr Partner (oder jemand Nahestehender) ihr Gewalt angetan hat, ist eine schwierige, aber äußerst wichtige Aufgabe. Wie Studien gezeigt haben, reagieren die meisten Frauen positiv, wenn sie zu Gewalterfahrungen befragt werden, selbst wenn sie selbst das Problem nie anschneiden würden (Stenson u.a. 2001b, Bacchus u.a. 2002, Perttu 2005; siehe Anhang 2). Routinemäßige Befragungen, am besten unter Verwendung eines standardisierten Screening-Instruments, sind daher ein wichtiger Aspekt der medizinischen Vorsorge für schwangere Frauen und Mütter mit Kleinkindern.

Allgemeine Hinweise

Vertraulichkeit

Herrscht zwischen der Ärztin/dem Arzt bzw. der Hebamme und der betroffenen Frau eine vertrauliche Beziehung, so fällt es der Frau leichter sich zu öffnen und über intime Aspekte ihrer Partnerschaft zu sprechen.

Bei einer Migrantin kann es länger dauern bis eine vertrauliche Beziehung aufgebaut werden kann, da man die kulturellen Unterschiede wie Tabuthemen erst verstehen und respektieren lernen muss. Spricht sie über Schlafstörungen und Sorgen, könnte dies auf Gewalterfahrungen hinweisen. Falls ihre Sprachkenntnisse zu gering sind, kann es sehr hilfreich sein eine externe Dolmetscherin hinzuzuziehen. Dies trägt dazu bei eine Vertrauensbasis aufzubauen.

Eifersucht

Viele Frauen erzählen von der „Eifersucht“ ihres Partners, obwohl es sich dabei eigentlich um Gewalt handelt; sie erzählen z.B. von Versuchen ihre Bewegungen zu kontrollieren oder dass sie davon abgehalten werden ihre Freunde/Freundinnen zu sehen. Frauen könnten auch davon berichten, dass ihre Partner Fragen stellen, wo sie gewesen seien, wen sie getroffen und worüber sie gesprochen hätten. Manche Männer kontrollieren Gespräche und Nachrichten (SMS, E-Mail), fragen nach Arbeitskollegen und implizieren eine Affäre. Frauen müssen dieses eifersüchtige Verhalten ihrer Partner nicht notwendigerweise als einschränkend empfinden.

Auseinandersetzungen

Falls die Gewalt im Zuge von Auseinandersetzungen passiert, fällt es den Frauen sehr schwer zwischen Streit und Gewalt zu unterscheiden. In solchen Situationen fühlen sich Frauen für ihr Verhalten verantwortlich, versuchen es zu ändern, ohne sich dessen aber bewusst zu sein. So können sie sich z.B. mit ihren Meinungen zurückhalten, ihre Worte abschwächen, ihr Leben, ihren Bewegungsraum einschränken und sich so anpassen, dass Konflikte vermieden werden. Damit hat sich die Spirale der Gewalt zu drehen begonnen, die Frau ist dabei sich anzupassen (siehe Bild 3, Seite 17). Dies hat auch einen Einfluss auf die Kinder und auf die Atmosphäre in der Familie.

Alkohol/ismus

Es ist ebenso wichtig genau zuzuhören, wenn Frauen vom Verhalten ihres Partners unter Alkoholeinfluss erzählen. Das gewalttätige Verhalten Alkoholischer wird oft nicht wirklich ernst genommen. Es wird gerne unterschätzt oder gänzlich ignoriert. Selbst misshandelte Frauen neigen dazu, dies zu tun. Die Gewalt wird als kurzfristiges Verhalten angesehen, dem wenig Beachtung geschenkt wird. Ist der Partner gewalttätig und Alkoholiker, so handelt es sich um zwei Probleme, die getrennt voneinander behandelt werden müssen.

Befragung zu Partnergewalt

Eine natürliche, ungezwungene Befragung nach Gewalterfahrungen kann gelernt werden, so dass sie zur Alltagsroutine wird. Die Befragungen durch die Mitarbeiter/innen im Gesundheitsbereich sind ein Zeichen von Professionalität und Sorge um das Wohl von Frauen und Kindern.

Prinzipien für die Befragung zu Partnergewalt

- Die Sicherheit der Frau und ihres/r Kindes/r hat Priorität: Führen Sie die Befragung daher nur durch, wenn Sie mit der Frau alleine sind und nicht, wenn sie von ihrem Partner oder anderen Angehörigen bzw. Freund/innen begleitet wird.
- Konzentrieren Sie sich ganz auf sie. Augenkontakt ist sehr wichtig. Vermeiden Sie es nebenbei Büroarbeit zu machen.
- Vermeiden Sie es eine Position einzunehmen, die als bedrohlich empfunden werden kann: Sitzen Sie auf gleicher Höhe oder niedriger als die Frau.
- Beginnen Sie, indem Sie versuchen Vertrauen aufzubauen.
- Ihre verständnisvolle und aufnahmebereite Haltung signalisiert der Frau, dass Sie sie respektieren.
- Ergreifen Sie die Initiative und warten Sie nicht darauf, dass die Frau das Thema Gewalt anspricht. Dadurch signalisieren Sie ihr, dass Sie eine berufliche Verantwortung für ihre Situation übernehmen. Dies schafft auch Vertrauen.
- Fragen Sie offen, freundlich und gefühlvoll.
- Wenn Sie offen über Gewalt sprechen, zeigen Sie damit, dass es richtig ist, darüber zu reden und dass sie nicht die einzige Frau ist, der dies widerfährt.
- Reagieren Sie nicht schockiert, wenn sie zugibt von Gewalt betroffen zu sein. Ihre Überraschung, ihre Bestürzung würden dazu beitragen, dass sich die Frau isoliert fühlt und glaubt, nur ihr würde dies passieren.
- Betonen Sie, dass Partnergewalt ein Verbrechen ist; machen Sie der Frau keine Vorwürfe.
- Wenn die Frau Hör- oder Sehprobleme hat, fragen Sie sie, wie sie Sie am besten verstehen/sehen kann.
- Vergessen Sie nicht auf behinderte Frauen. Sie haben ein höheres Risiko von Gewalt betroffen zu sein. Fragen Sie sie, ob ihr Partner oder eine Person, die sich um sie kümmert, gewalttätig gegen sie ist.

Gespräche über Gewalt

- Verwenden Sie Fragen, die mit „Wie“, „Wann“ und „Wer“ beginnen.
- Unterstützende Sätze wie „Es tut mir Leid, was Ihnen passiert ist“ oder „Sie haben wirklich viel durchgemacht“ ermutigen die Frau noch mehr zu erzählen.
- Stellen Sie keine schulduweisenden Fragen wie „Warum bleiben Sie bei ihm?“, „Warum verlassen Sie ihn nicht einfach?“ oder „Haben Sie sich gestritten, bevor es zur Gewalt kam?“
- Versuchen Sie ihre Meinung zu den Ursachen der Gewalt zu ändern, z.B. wenn sie meint, „Ich rede zu viel“ oder „Er ist nur so, wenn er trinkt“. Betonen Sie, dass der Täter die Verantwortung für seine Handlungen übernehmen muss.
- Informieren Sie die Frau über Gewalt, über Häufigkeit, Dynamik und Folgen.
- Sprechen Sie über ihre persönlichen Ressourcen und Möglichkeiten, die sie stärken.
- Suchen Sie gemeinsam mit der Frau nach passenden Einrichtungen, die ihr weiterhelfen können.
- Lassen Sie ihr die „Tür offen“, damit sie jederzeit wieder kommen kann.

Beispiele für Fragen zu Gewalt

Zu Beginn des Gesprächs:

- „Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass viele Frauen von Misshandlungen und häuslicher Gewalt betroffen sind. Ist das auch für Sie in irgendeiner Weise ein Problem?“
- „Wir wissen, dass viele Frauen von Misshandlungen und häuslicher Gewalt betroffen sind, was sich direkt auf ihre Gesundheit auswirken kann. Ich frage mich, ob auch Sie schon einmal Gewalt zuhause erlebt haben?“
- „Haben Sie sich zuhause jemals unsicher oder bedroht gefühlt?“
- „Sind Sie schon jemals verletzt worden?“

Falls Sie Gewalt vermuten, obwohl die Frau keine Anzeichen physischer Gewalt trägt:

- „Aus meiner Erfahrung weiß ich, dass häusliche Gewalt ein Problem ist, das viele Frauen trifft. Haben Sie das Gefühl, dass auch Sie in irgendeiner Weise davon betroffen sind?“
- „Wir wissen, dass Gewalt direkte Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen hat. Darum frage ich auch Sie, ob Sie zuhause Gewalt erfahren?“
- „Fühlen Sie sich zuhause unsicher oder haben Sie Angst?“

Falls sie Anzeichen physischer Gewalt trägt:

- „Was ist Ihnen zugestoßen? Was ist passiert, wo und wann?“
- „Hat jemand diese Verletzungen verursacht?“
- „Ihre Verletzungen lassen vermuten, dass Sie jemand geschlagen hat? Ist das möglich?“
- „Wer hat Ihnen diese Verletzungen zugefügt?“
- „Die Verletzungen, die Sie tragen, scheinen durch einen Angriff verursacht worden zu sein. Ist das möglich?“
- „Aus Erfahrung ist uns bekannt, dass diese Verletzungen oft durch einen Angriff verursacht werden. Wer hat Sie angegriffen?“

Falls sie selbst das Thema Gewalt anspricht:

Versuchen Sie die Situation unter Verwendung des Screening-Instruments auf Seite 32 einzuschätzen. Versuchen Sie auch die Veränderungen im Gewaltverhalten mittels des Fragebogens auf Seite 28 einzuschätzen.

Sie können folgende Fragen stellen:

- „Wann ist Ihnen schon früher Gewalt widerfahren?“
- „Wie oft kommt es zu Gewaltausbrüchen?“
- „Was scheint die Gewalt auszulösen?“ (Falls sie glaubt, dass ihr eigenes Verhalten Schuld ist, geben Sie ihr genaue Informationen über die Ursachen von Gewalt, so dass sie sich nicht länger schuldig und verantwortlich fühlt.)
- „Wie hat sich die Gewalt verändert? Ist sie ernsthafter geworden, kommt sie nun häufiger vor?“
- „Hat Ihnen Ihr Partner Angst eingejagt und wie? Hat er gedroht Sie umzubringen, eine Waffe zu verwenden? Hat er eine Waffe verwendet?“
- „Haben Sie Angst vor Ihrem Partner? Haben Sie Angst um Ihr Leben und um das Leben Ihrer Kinder?“

Empfehlungen für spezielle Situationen

Sie leugnet angegriffen worden zu sein:

- Beharren Sie nicht darauf, üben Sie keinen Druck auf die Frau aus.
- Erzählen Sie ihr, warum Sie Gewalt vermuten.
- Erklären Sie ihr, dass sie jederzeit wieder kommen kann, um Hilfe zu bekommen, sollte sie sich (wieder) in einer schwierigen Situation befinden.
- Denken Sie nicht die Angelegenheit wäre nun erledigt. Sie haben ihre Pflicht getan, doch kommen Sie wieder auf das Thema in einem der nächsten Termine zu sprechen.
- Sprechen Sie mit Ihrem Team über Ihre Vermutungen.
- Dokumentieren Sie Ihre Vermutungen und auf welchen Beweisen sie fußen.

Sie steht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss:

- Sprechen Sie so wenig wie möglich.
- Helfen Sie ihr und geben Sie ihr Zeit sich in der Abteilung/im Spital zu erholen, bevor Sie versuchen mit ihr zu sprechen.
- Stellen Sie sicher, dass Sie ihre Telefonnummer notiert haben: Sie können Sie später anrufen (in den nächsten 1-3 Tagen).

Sie ist feindselig/beleidigend:

- Respektieren Sie ihren Zorn. Zorn ist oftmals eine Folge des durch Gewalt verursachten Traumas und Burnouts. Frauen haben oft auch keine Hilfe bekommen, da andere Fachleute nicht richtig darauf reagiert haben.
- Bieten Sie ihr Unterstützung / Hilfseinrichtungen an, aber üben Sie keinen Druck auf sie aus.

Sie möchte so schnell als möglich gehen:

- Stellen Sie sicher, dass Sie ihre Telefonnummer notiert haben: Sie können sie später anrufen (in den nächsten 1-3 Tagen).

Sie ist ernsthaft erkrankt oder halluziniert:

- Geben Sie ihr Zeit sich zu erholen, bevor Sie sie befragen.

Sie können sie aufgrund von Sprachbarrieren nicht verstehen:

- Ziehen Sie eine professionelle Dolmetscherin bei (Die Befragung kann auch per Telefon durchgeführt werden).
- Die Dolmetscherin darf auf keinen Fall der Ehemann/Partner, ein Kind, ein/e Verwandte/r, Freund/in usw. sein.
- Ziehen Sie nur DolmetscherINNEN bei (Hotch u.a. 1995).

Weitere Empfehlungen:

- Ihre wichtigste Aufgabe ist es zuzuhören und der betroffenen Frau zu versichern, dass ihre Gefühle gerechtfertigt sind. Helfen Sie ihr auch, die Realität zu akzeptieren.
- Zeigen Sie ihr, dass Sie ihrer Schilderung Glauben schenken. Wenn Sie ihr nur passiv zuhören und keine Kommentare abgeben, dann kommen in ihr Zweifel auf, ob alles wirklich so passiert ist.
- Abgesehen von physischer und sexueller Gewalt sollten Sie auch auf psychologische Gewalt achten, auf die Ausübung von Macht und Kontrolle seitens des Täters. Ihre Rolle ist es, die Frau dabei zu unterstützen, die Dinge beim Namen zu nennen.
- Fragen Sie nach ihren bisherigen Erfahrungen, was die Suche um Hilfe anbelangt. Hat sie schlechte Erfahrungen mit öffentlichen Einrichtungen und anderen Hilfsorganisationen gemacht, so nehmen Sie diese nicht in Schutz und entschuldigen deren Verhalten.
- Erklären Sie ihr die Auswirkungen von Gewalt (z.B. Burnout, Auswirkungen auf ihre Gesundheit).
- Diskutieren Sie ihre Vorstellungen von Gewalt. Erklären Sie ihr die Fakten: die Häufigkeit von Gewalt, eine Frau ist weder schuldig noch verantwortlich für die Gewalttätigkeit des Partners, eine Verhaltensänderung ihrerseits kann die Gewalt nicht beenden, Streitigkeiten und Gewalt sind zwei verschiedene Dinge, ein Alkoholproblem ist weder eine Erklärung noch eine Entschuldigung für gewalttägiges Verhalten.
- Beraten Sie die Frau und – falls Sie selbst Hebamme oder Krankenpfleger/in sind – helfen Sie ihr einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, auch wenn Sie nur den Verdacht hegen, dass sie von physischer und/oder sexueller Gewalt betroffen ist. Sagen Sie ihr, dass ein ärztliches Attest wichtig für die Wahrung ihrer Rechte ist.
- Beurteilen Sie, ob die Frau dringend der Hilfe einer/s Psychologin/en bzw. einer/s Psychiaterin/Psychiaters bedarf.
- Erklären Sie der Frau ihre rechtlichen Möglichkeiten:
- Erklären Sie ihr, dass Gewalt ein Verbrechen ist.
- Erklären Sie ihr die Bestimmungen des Strafrechts/Sexualstrafrechts und des Gewaltschutzgesetzes.
- Besprechen Sie mit ihr eine Anzeige, falls sie physisch oder sexuell misshandelt wurde.
- Erklären Sie ihr, wie wichtig es ist, Beweismittel zu sammeln: ärztliche Atteste, Dokumentationen durch das medizinische Personal oder durch andere Fachleute, Aufzeichnungen am Anrufbeantworter, SMS, E-Mails, Briefe, Tagebücher usw. können als Beweismittel vorgelegt werden.
- Informieren Sie sie über Hilfseinrichtungen. Geben Sie ihr Broschüren und Telefonnummern. Sie können auch einen Termin bei einer dieser Einrichtungen vereinbaren, falls sie dies wünscht.
- Ermutigen Sie die Frau psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine misshandelte Frau braucht spezielle Unterstützung, um die Folgen der Gewalt bewältigen zu können. Falls der Täter Hilfe in Anspruch genommen hat, sollte sich das Opfer an eine andere Einrichtung als der Täter wenden. Auch die Kinder sollten Hilfe bekommen. Die Kinder haben das Recht in Abwesenheit ihrer Eltern über ihre Erfahrungen zu sprechen.

6 Die Kinder

Ist eine Frau von Gewalt in ihrer Beziehung betroffen, so hat dies immer auch Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Jaffe u.a. 1990). Außerdem steigt in diesen Fällen das Risiko, dass auch die Kinder Opfer von häuslicher Gewalt werden, beträchtlich (vgl. Ross 1996), da einige Gewalttäter die Kinder ebenfalls misshandeln (vgl. Bowker u.a. 1998). Daher ist es wichtig zu fragen, ob der Partner den Kindern gegenüber gewalttätig geworden ist, sei es direkt, durch Drohungen oder indem die Kinder die Misshandlungen der Mutter mitansehen bzw. mitanhören mussten. Es ist jedoch auch notwendig die Mutter zu fragen, ob sie Angst hat gegen ihre Kinder gewalttätig zu werden. Stress oder Trauma, hervorgerufen durch die Gewalterfahrungen, können zu Ungeduld gegenüber den Kindern führen und erhöhen somit das Risiko, selbst den Kindern gegenüber gewalttätig zu werden.

Daher ist es wichtig auch über die Kinder zu sprechen, wie es ihnen geht und wie sie auf die Situation in der Familie reagieren. Auch wenn die Kinder nicht direkt von z.B. physischer Gewalt betroffen sind, so handelt es jedoch um psychische Gewalt, wenn sie Zeugen von Gewalt werden. Ist die Mutter Opfer von Gewalt, so kann dies ihre Fähigkeiten und die Wahrnehmung ihrer Aufgaben als Mutter vermindern und so zu Vernachlässigung und schlechter Behandlung ihrer Kinder führen.

Es ist daher wichtig die Frau in der Erfüllung ihrer Pflichten zu unterstützen und ihr damit auch die Angst zu nehmen, dass sie die Kinder verlieren könnte. Sie sollte zudem ermutigt und dabei unterstützt werden, mit der Kinder- und Jugendfürsorge zusammenzuarbeiten. Sie könnten z.B. gemeinsam mit der Mutter eine/n Beauftragte/n der Kinder- und Jugendschutzbehörde konsultieren. Auf alle Fälle sollte die Frau Informationen über die gesetzliche Lage erhalten, was dies für sie bedeutet und wie sie dabei unterstützt werden kann. Es ist wichtig der Frau klar zu machen, dass sie auch den Kindern hilft und sie beschützt, wenn sie selbst Hilfe und Schutz an Anspruch nimmt.

Einige Empfehlungen zum Thema Kinder:

- Sprechen Sie über die Auswirkungen von Gewalt auf Kinder. Betonen Sie dabei, dass die Kinder auch betroffen sind, selbst wenn sie nicht direkt physische Gewalt erleiden.
- Seien Sie genau mit den Fakten. Sprechen Sie so über das Thema, damit nicht der Eindruck entsteht, die Frau wäre nicht fähig ihre Kinder zu beschützen. Jede Gewalttat seitens des Partners erhöht das Risiko der Kinder selbst Opfer zu werden.
- Denken Sie darüber nach und besprechen Sie mit der Mutter, wie die Kinder am besten geschützt werden können. Wahrscheinlich hat ihr Partner ihr schon gedroht, indem er behauptet hat, sie wäre eine schlechte Mutter, und dass sie das Sorgerecht für ihre Kinder verlieren würde, sollten die Behörden davon erfahren. Drohungen, dass die Kinder weggenommen werden, zählen zu den häufigsten Beweggründen für Frauen in der Gewaltbeziehung zu verbleiben und sich nicht zu trennen.
- Besprechen Sie, welche Hilfseinrichtungen es für Kinder gibt, die Gewalt erfahren haben. Erklären Sie der Mutter, dass es für die Kinder sehr wichtig ist, in ihrer Abwesenheit über ihre Erfahrungen zu sprechen.

7 Sicherheit

Wenn Ihnen eine Frau anvertraut, dass sie Opfer von Gewalt durch ihren Partner ist, ist es äußerst wichtig, über ihre Sicherheit und die Gefährlichkeit des Täters zu sprechen. Es hat sich als sehr vorteilhaft erwiesen, einen schriftlichen Sicherheitsplan zu erstellen (siehe Seite 29), den Sie ihr mitgeben können. Dies stärkt das Gefühl von Mutter und Kindern, die Situation unter Kontrolle zu haben. Einige der Auswirkungen von Gewalt können mit einem Sicherheitsplan gemildert bzw. verhindert werden. Sollte eine Frau zu ihrem Partner zurückkehren, kommt dem Sicherheitsplan noch größere Bedeutung zu. Doch auch im Falle einer Scheidung/Trennung ist der Sicherheitsplan von entscheidender Bedeutung.

Die folgende Empfehlungen dienen zum leichteren Umgang mit Fragen der Sicherheit.

Einschätzung der Situation

- Besprechen Sie mit der betroffenen Frau, ob sie (mit ihren Kindern) in ein Frauenhaus gehen möchte.
- Gibt es kein Frauenhaus in der Nähe (oder ist kein Platz dort frei), prüfen Sie, ob sie im Spital oder von Freund/innen oder Familie aufgenommen werden kann.
- Falls sie nicht in ein Frauenhaus gehen möchte, geben Sie ihr Informationen über Notrufnummern, Frauenberatungsstellen und andere relevante Einrichtungen mit.
- Ersuchen Sie sie, die Informationen an einem sicheren Platz zu verwahren, wo sie der Täter nicht finden kann.
- Prüfen Sie, ob sie dringend medizinischer Behandlung bedarf.
- Wenn sie zu ihrem Partner zurück gehen will, vereinbaren Sie einen neuen Termin.
- Besprechen Sie ihre Rechte und rechtlichen Möglichkeiten (z.B. Wegweisung, Einstweilige Verfügung).
- Ermutigen Sie die Frau sich jemandem anzuvertrauen, der sie – falls nötig – unterstützen kann.

Schutz und Sicherheit

Es ist meist sicherer in einem Frauenhaus als bei Verwandten oder Freundinnen/Freunden Schutz zu suchen.

Gibt es in Ihrer Stadt kein Frauenhaus, versuchen Sie, andere sichere Orte wie Krisenwohnungen oder Spitalsabteilungen zu finden.

Falls eine betroffene Frau nach Hause zurückkehren möchte, raten Sie ihr eine Sicherheitstasche für Notfälle zu packen und irgendwo zu verstecken (z.B. bei einer Freundin oder Verwandten).

In einer SICHERHEITSTASCHE (siehe Seite 27) befinden sich wichtige Gegenstände für sie und die Kinder, die es ermöglichen, einige Tage von zu Hause fort zu bleiben.

Einschätzung der Gefährlichkeit

Ein Sicherheitsplan sollte auf die Gefährlichkeit der individuellen Situation abgestimmt sein. Basierend auf der Analyse von Morden wurden Indikatoren für besonders gefährliche und lebensbedrohende Situationen und Konstellationen ausgearbeitet. Die folgende Aspekte sind daher für die Einschätzung der Gefährlichkeit entscheidend:

- Der Verlauf der Gewalttätigkeit: Hat sich das gewalttätige Verhalten des Täters verändert, ist er während der Schwangerschaft bereits gewalttätig geworden, war der Vater des Täters schon gegen die Mutter und/oder Kinder gewalttätig gewesen, ist er vorbestraft?

- Welche Art der Gewalt hat er angewandt (Häufigkeit, Schwere der Verletzungen, lebensbedrohende Formen)?
- Hat der Täter Waffen benutzt oder gedroht sie zu verwenden?
- Ist der drogen- oder alkoholsüchtig?
- Versucht er Kontrolle auszuüben (stellt er dem Opfer nach, kontrolliert er ihre Bewegungen, Verabredungen und was sie sagt)?
- Ist er den Kindern gegenüber gewalttätig?
- Gibt es Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten wegen der Kinder?
- Möchte die Frau sich trennen oder ausziehen? Die Phase der Trennung ist die für die Frau gefährlichste Zeit!
- Hat er mit Selbstmord gedroht ? Täter können „Selbstmord“ an der ganzen Familie begehen!

Um die Gefährlichkeit eines Täters festzustellen, verwenden Sie den FRAGEBOGEN ZUR EINSCHÄTZUNG DER GEFÄHRLICHKEIT auf Seite 28. Beim Ausfüllen sollte die betroffene Frau nie alleine gelassen werden. Gehen Sie den Fragebogen gemeinsam mit der Frau durch und besprechen Sie die einzelnen Punkte. Zum Schluss werden die Antworten gemeinsam mit der Frau beurteilt. Es lohnt sich den Fragebogen auch dann auszufüllen, wenn die Frau beschlossen hat an einen sicheren Ort wie ein Frauenhaus zu gehen.

Sicherheitsplanung

Nachdem Sie die Situation der Frau und die Gefährlichkeit des Täters eingeschätzt haben, ist es wichtig einen individuellen Sicherheitsplan gemeinsam mit der Frau zu erstellen (siehe Seite 29).

Besprechen Sie mit der Frau, wie sie sich und ihre Kinder schützen kann:

- Gewalt vorausahnen: Gibt es Anzeichen dafür, wenn ihr Partner wieder gewalttätig wird?
- Fluchtwiege: Wie und wohin kann sie flüchten/sich in Sicherheit bringen? Welches ist das sicherste Zimmer, wo gibt es keine Ausgänge?
- Gefährliche Orte: Die Küche ist ein besonders gefährlicher Ort, da es dort u.a. Messer gibt. Räume wie Badezimmer sollten ebenfalls vermieden werden, da sie keinen zweiten Ausgang haben.
- Das Haus verlassen: Wie kann sie das Haus auf unauffällige Weise verlassen? Den Müll ausleeren, mit dem Hund nach draußen gehen, usw.
- Schutz im Falle eines Angriffs: Wie kann sie sich und ihre Kinder schützen? Die Frau kann lernen sich bei Angriffen zu schützen. Dies verhindert die Gewalt zwar nicht, mindert aber die Schwere der Verletzungen.
- Sie sollte mit den Kindern darüber sprechen, dass es zu Situationen kommen könnte, die es notwendig machen, das Haus/die Wohnung so schnell als möglich zu verlassen. Es ist sehr sinnvoll mit den Kinder darüber zu reden, was zu tun ist und wohin sie flüchten können. Sie kann die Kinder auch lehren bei Gefahr eine Notrufnummer anzurufen (die Kinder sollten die Telefonnummern auswendig lernen). Sind die Kinder noch sehr klein, sollte die Frau jemand finden, zu dem sie die Kinder bringen kann.
- Vereinbarungen mit vertrauenswürdigen Nachbarn/Nachbarinnen, Freund/innen oder Verwandten: Gibt es eine Nachbarin/einen Nachbarn, zu der/m sie flüchten und sich dort verstecken kann? Sie kann mit der Nachbarin/dem Nachbar auch vereinbaren, dass sie/er die Polizei ruft, wenn sie/er Geräusche hört, die auf Gewalt schließen lassen. Die Nachbarin/der Nachbar könnte z.B. auch die Sicherheitstasche aufbewahren.
- Raten Sie ihr zur Ausarbeitung eines zweiten Sicherheitsplans, falls der erste schief läuft.

Sollte die misshandelte Frau ihren Mann wegweisen haben lassen oder nun alleine leben, gehen Sie mit ihr folgende Möglichkeiten durch:

- Schlosser an Türen und Fenstern austauschen.
- Falls möglich die Sicherheitsmaßnahmen verbessern lassen (Fensterverriegelungen, Zusatzschlösser, bessere Beleuchtung, Feuerlöscher usw.).
- Die Kinder lehren, die Polizei oder Freunde bzw. Familie um Hilfe in gefährlichen Situationen zu rufen.
- Sie sollte mit Lehrer/innen und anderen Betreuungspersonen besprechen, wer die Erlaubnis hat die Kinder abzuholen und welche Maßnahmen zur Sicherheit und zum Schutz der Kinder getroffen werden können.
- Frauenhilfseinrichtungen finden, die über Kompetenz im Bereich Gewalt in der Familie verfügen und ihr bei Kindschaftsrecht- und Scheidungsfragen behilflich sein können.
- Unterstützung bei der Beantragung einer Wegweisung und/oder Einstweiligen Verfügung.

Falls die Frau den Täter verlassen möchte, besprechen Sie folgende Punkte mit ihr:

- Wie und wann kann sie am sichersten das Haus/die Wohnung verlassen? Hat sie eine Transportmöglichkeit? Geld? Einen sicheren Ort, wohin sie gehen kann?
- Fühlt sie sich gut dabei, die Polizei zu rufen, falls sie sie braucht?
- Wem kann sie von ihren Fluchtplänen erzählen, wem nicht?
- Was kann sie, können andere tun, damit der Täter sie nicht findet?
- Wie kann sie sicher zur Arbeit und nach Hause gehen bzw. die Kinder zur Schule/in den Kindergarten bringen und wieder abholen?
- Welche Angebote seitens der Gemeinde bzw. welche rechtlichen Möglichkeiten vermitteln ihr mehr Sicherheit? Schreiben Sie Adressen und Telefonnummern auf!
- Kennt sie die Nummer des örtlichen/nächstgelegenen Frauenhauses?
- Welche Vereinbarungen hinsichtlich Obsorge und Besuchsrechte würden ihr und den Kindern Sicherheit gewährleisten?
- Wäre eine Wegweisung / Einstweilige Verfügung eine Option?

Falls die Frau beim Täter bleibt, besprechen Sie folgende Punkte mit ihr:

- Was funktioniert in einer Krisensituation am besten?
- Wen kann sie in einer Krisensituation anrufen?
- Würde sie die Polizei anrufen, falls ihr Partner gewalttätig wird? Gibt es ein Telefon bzw. hat sie ein Mobiltelefon oder könnte sie mit den Kindern oder Nachbarn ein Zeichen vereinbaren, damit diese die Polizei rufen oder Hilfe holen?
- Wenn sie vorübergehend flüchten muss, wohin könnte sie gehen? Unterstützen Sie sie dabei, mehrere Möglichkeiten zu finden. Schreiben Sie Adressen und Telefonnummern auf!
- Falls sie flüchten muss, was sind die Fluchtwege aus dem Haus?
- Falls sich Waffen im Haus befinden, finden Sie Möglichkeiten sie zu entfernen.
- Erinnern Sie sie daran, dass sie sich auf ihr Gefühl und ihre eigene Einschätzung verlassen soll, falls es zu Gewalt kommt. Sie weiß am besten, was zu tun ist, wie sie sich am besten schützen kann, ob es besser ist zu flüchten oder den Täter zu beruhigen.

In allen Fällen sollte sie eine Sicherheitstasche bereit halten.

Die Sicherheitstasche

In die Sicherheitstasche gehören:

- Bargeld, Mobiltelefon oder Telefonwertkarte sowie wichtige Telefonnummern
- Ersatzschlüssel (für Haus und Auto)
- Dokumente und Papiere (Heiratsurkunde, Scheidungspapiere, Führerschein, usw.)
- Pass und Geburtsurkunde (im Original oder in Kopie)
- Sozialversicherungskarte(n)
- Einwanderungspapiere
- Bank- und Kreditkarten, Sparbücher
- Medikamente und Rezepte
- Kleidung zum Wechseln
- Toiletteartikel
- Lieblingsspielzeug der Kinder

Fragebogen zur Einschätzung der Gefährlichkeit

Wichtig: Füllen Sie diesen Fragebogen immer gemeinsam mit der Frau aus und besprechen Sie im Anschluss, was dies für ihre Situation bedeutet.

A Tragen Sie in Ihrem Kalender/Tagebuch ein, wann ungefähr Sie Ihr Ehemann/Partner im letzten Jahr misshandelt hat. Schreiben Sie dazu, wie lange der Vorfall gedauert hat und ordnen Sie den Vorfall der folgenden Skala zu:

- 1 Ohrfeigen/leichte Schläge, Stöße/Schubser; keine Verletzungen und/oder anhaltende Schmerzen;
- 2 Schläge, Fußtritte; Blutergüsse, Schnittwunden und/oder anhaltende Schmerzen;
- 3 Verprügelung; ernste Quetschungen, Verbrennungen, Knochenbrüche;
- 4 Drohung mit Waffe; Kopfverletzungen, innere Verletzungen, bleibende Verletzungen;
- 5 Waffengebrauch; Verletzungen durch Waffengebrauch.

(Trifft eine höhere Nummer auch zu, verwenden Sie die höhere Nummer.)

B Beantworten Sie die folgenden Fragen mit Ja oder Nein:

- 1 Haben die physischen Gewalttaten im letzten Jahr an Häufigkeit zugenommen? _____
- 2 Haben die physischen Gewalttaten im letzten Jahr an Heftigkeit zugenommen, und/oder wurden Waffen verwendet oder deren Gebrauch angedroht? _____
- 3 Hat er jemals versucht Sie zu würgen? _____
- 4 Befindet sich eine Waffe im Haus? _____
- 5 Hat er Sie schon einmal zum Geschlechtsverkehr gezwungen als Sie nicht wollten? _____
- 6 Nimmt er Drogen? _____
- 7 Hat er gedroht Sie umzubringen und/oder glauben Sie, dass er dazu fähig wäre? _____
- 8 Ist er jeden oder fast jeden Tag betrunken? _____
- 9 Kontrolliert er alle oder die meisten Ihrer täglichen Aktivitäten? _____
- 10 Hat er Sie jemals in der Schwangerschaft geschlagen? _____
(Falls Sie nie von ihm schwanger waren, notieren Sie dies hier _____.)
- 11 Ist er stets und extrem eifersüchtig? _____
- 12 Haben Sie je mit Selbstmord gedroht oder einen Selbstmordversuch unternommen? _____
- 13 Hat er je mit Selbstmord gedroht oder einen Selbstmordversuch unternommen? _____
- 14 Ist er zu den Kindern gewalttätig? _____
- 15 Verhält er sich auch außer Haus gewalttätig? _____

Individueller Sicherheitsplan

Klientin _____ Mediziner/in/ Hebamme etc. _____

Datum _____ Evaluierung (Datum) _____

- 1 Wenn meine Sicherheit oder die Sicherheit meiner Kinder zuhause bedroht ist, kann ich zu _____ oder _____ oder _____ gehen (Treffen Sie auch dann eine Entscheidung, wenn Sie glauben, dass es zu keiner Gewalt mehr kommen wird).
- 2 In einer bedrohlichen Situation kann ich sicher über _____ das Haus verlassen (z.B. könnte Tür, Fenster, Lift, Notstiege, Notausgang benützen).
- 3 Ich kann mich folgenden Personen anvertrauen und sie bitten, die Polizei zu rufen, wenn sie verdächtige Geräusche etc. wahrnehmen _____
- 4 Ich kann (z.B. ein Zeichen, ein Wort) _____ als Geheimzeichen mit meinen Kindern oder Freund/innen benützen, so dass sie Hilfe rufen.
- 5 Wenn ich nicht mehr mit meinem Partner zusammenlebe, kann ich meine Sicherheit zuhause durch (z.B. Schlosser, Schlüssel, Alarmanlage) _____ sicherstellen.
- 6 Ich kann eine Handtasche / eine Sicherheitstasche (z.B. bei Freund/innen) _____ unterbringen.
- 7 Im Falle, dass ich das Haus rasch verlassen muss, brauche ich folgende Dinge (Inhalt der Sicherheitstasche):
 - Geld/Bargeld
 - Ersatzschlüssel für Haus und Auto
 - Kleidung zum Wechseln
 - Toiletteartikel
 - Mobiltelefon, wichtige Telefonnummern, Telefonwertkarte
 - Medikamente/Rezepte
 - wichtige Dokumente/Versicherungskarten
 - Lieblingsspielsachen der Kinder
 - andere _____
- 8 Mein/e Ärztin/Arzt/Hebamme hat mir Folgendes erklärt:
 - Ich bin nicht für das gewalttätige Verhalten meines Partners verantwortlich, aber ich kann dafür sorgen, meine Sicherheit und die Sicherheit meiner Kinder zu verbessern.
 - Ich verdiene etwas Besseres: meine Kinder und ich habe das Recht auf ein Leben ohne Gewalt und Angst.
 - Gewalt ist ein Verbrechen, das ich bei der Polizei anzeigen kann.
 - Es gibt das Gewaltschutzgesetz sowie Einstweilige Verfügungen und ich weiß, wie ich zu meinem Recht kommen kann.
 - Es gibt Einrichtungen, die mich unterstützen können: _____
- 9 Mein/e Ärztin/Arzt/Hebamme hat mir vorgeschlagen/ wir haben uns geeinigt, dass ich mich um das Problem mit Hilfe der folgenden Hilfseinrichtungen und -Institutionen kümmern werde:

- 10 Zusammen mit meiner/m Ärztin/Arzt/Hebamme haben wir schriftlich die Gefährlichkeit der Situation eingeschätzt. In meinem Fall bedeutet dies, dass _____
- 11 Ich kann den Sicherheitsplan _____ aufbewahren ohne meine Sicherheit und die Sicherheit meiner Kinder zu gefährden.

8 Der Screening-Fragebogen

Die meisten Frauen erzählen ihrer/m Ärztin/Arzt/Hebamme nicht, dass sie von Gewalt betroffen sind, obwohl sie sich oft an sie/ihn um Unterstützung wenden. Da die meisten Ärztinnen/Ärzte/Hebammen nicht nach Gewalt in Beziehungen fragen, bleiben die meisten Fälle unerkannt (siehe Bacchus u.a. 2004a). Screening-Fragebögen zur Erkennung von Gewalt in Beziehungen und an Kindern sind daher sehr hilfreich bei der Thematisierung des Problems. Der Screening-Fragebogen in diesem Handbuch basiert auf zwei finnischen Untersuchungen (siehe Anhang 3) und auf dem Abuse Assessment Screen (AAS) (McFarlane und Parker 1994).

Dieser Screening-Fragebogen konzentriert sich in erster Linie auf das Verhalten des jetzigen Partners. Abgesehen von Fragen zu physischer und sexueller Gewalt gibt es auch Fragen zu psychischer Gewalt und kontrollierendem Verhalten, da dies oft zu physischer Gewalt führt bzw. als ein Anzeichen für physische/sexuelle Gewalt gewertet werden kann.

Ebenfalls enthalten sind Fragen zu den Erfahrungen der Kinder, als Zeugen von Gewalt an der Mutter (zusehen, zuhören) sowie als unmittelbar Betroffene. Diese Fragen gelten als äußerst wichtig und wurden daher in den Fragebogen aufgenommen. Außerdem wird der Bedarf nach weiterer Unterstützung abgeklärt.

Der Screening-Fragebogen ist Teil der medizinischen Untersuchung. Im Falle akuter Partnergewalt gehören dazu auch die Dokumentation unter Verwendung der Body Map und von Fotografien (siehe Kapitel 9).

Die Verwendung des Screening-Fragebogens

Bei Befragungen zu Partnergewalt gilt der Sicherheit der Frau und ihrer Kinder oberste Priorität. Es ist daher besonders wichtig, dass das Gespräch nur stattfindet, wenn Sie mit der Frau alleine sind. Die Anwesenheit eines potentiellen Täters kann das Opfer in große Gefahr bringen erneut misshandelt zu werden.

Manchmal kann es sich als sehr schwierig erweisen mit der Frau alleine zu sein, da der gewalttätige Partner immer dabei sein und alles kontrollieren möchte. Es besteht aber die Möglichkeit, dass Sie z.B. Untersuchungen einführen, zu denen Frauen alleine kommen müssen. Für Migrantinnen können diese Untersuchungen noch wichtiger sein, da ihre Ehemänner oft als Dolmetscher mitkommen und so keine Möglichkeit gegeben ist, über Gewalt zu sprechen. Daher sollte man sicherstellen, dass Migrantinnen alleine kommen können, indem eine externe Dolmetscherin zugezogen wird.

Die Verwendung des Screening-Fragebogens markiert nur den Beginn des Unterstützungsprozesses für eine betroffene Frau und ihre Kinder. Es ist sehr wichtig, dass es andere Hilfseinrichtungen gibt und dass Sie mit ihnen kooperieren. Der Screening-Fragebogen sollte routinemäßig verwendet und mit jeder Frau im Rahmen einer bestimmten Untersuchung ausgefüllt werden.

Anleitung für die Verwendung des Fragebogens

- Stellen Sie die Fragen ruhig und ohne Eile. Geben Sie der Frau Zeit zum Nachdenken und die Möglichkeit Fragen zu stellen.
- Sie können die Fragen auch durchgehen, während Sie mit der Frau reden. Es ist jedoch wichtig, dass die Fragen immer genauso wie auf dem Fragebogen gestellt werden.
- Geben Sie Beispiele, was z.B. kontrollierendes Verhalten bedeutet.
- Präzisieren Sie die Fragen falls notwendig.
- Auf der Rückseite des Fragebogens können Sie die Geschichte der Frau notieren:
- Dokumentieren Sie ihre Geschichte mit ihren eigenen Worten und Ausdrücken.
- Die Dokumentation ist wichtig für die Wahrung ihrer Rechte (und könnte für eine spätere Anzeige nötig sein).
- Es ist wichtig, wie Sie es und was Sie niederschreiben.
- Die Frau hat das Recht den Fragebogen zu lesen und eine Kopie zu bekommen.

Beispiele, wie Sie Gewalt bei Verwendung des Fragebogens ansprechen können:

"Hier in unserer Klinik/in meiner Praxis sprechen wir mit den Frauen über ihre Erfahrungen mit Gewalt in Beziehungen, vor allem in ihrer Partnerschaft. Wir tun dies, da wir wissen, dass Gewalt in Partnerschaften sehr häufig vorkommt. Wir verwenden dazu einen Fragebogen, den ich mit Ihnen nun durchgehen möchte."

"In der Geburts- und Kindermedizin ist es wichtig die Gesundheit und das Wohl von Mutter und Kind genau im Auge zu behalten. Es gibt viele Faktoren, die dies beeinflussen. Gewalt zählt zu den Faktoren, die Ihre Gesundheit und die Gesundheit Ihres Kindes stark beeinträchtigen. Daher haben wir nun begonnen, alle Mütter zu Gewalt in der Partnerschaft zu befragen. Dazu verwenden wir einen Fragebogen, der speziell dafür entwickelt wurde."

"In der Geburts- und Kindermedizin ist es wichtig über Partnerschaften und Familienangelegenheiten zu sprechen. Daher fragen wir jede Klientin über ihre Erfahrungen mit Gewalt in der Partnerschaft. Dazu verwenden wir einen Fragebogen, den ich nun mit Ihnen durchgehen werde. Wir können gerne auch genauer über das Thema sprechen, wenn Sie es möchten."

SCREENING-FRAGEBOGEN ZUR ERKENNUNG VON GEWALT IN BEZIEHUNGEN FÜR DIE GEBURTS- UND KINDERMEDIZIN

Die folgenden Fragen richten sich an Schwangere im ersten oder zweiten Trimester sowie an Müttern mit Kindern bis zu sechs Monaten. Sie können auch während der jährlichen Gesundenuntersuchungen des Kindes eingesetzt werden.

BEI DER BEFRAGUNG SOLLTE NIEMAND AUßER DER INTERVIEWERIN UND DER BEFRAGTEN ANWESEND SEIN.

Kreisen Sie die Antworten der Befragten ein.

1. Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht?

- 1 ja
- 2 nein

2. Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?

- 1 ja
- 2 nein

3. Hat Ihr Partner

- | | |
|-----|--|
| ja | nein |
| 1 2 | mit Gewalt gedroht (inkl. Drohungen mit einer Waffe/einem Gegenstand)? |
| 1 2 | Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten? |
| 1 2 | eine andere Form physischer Gewalt angewandt? Wenn ja, welche _____ |
| 1 2 | Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen? |

4. Wann war Ihr Partner gewalttätig?

- | | |
|-----|----------------------------|
| ja | nein |
| 1 2 | in den letzten 12 Monaten |
| 1 2 | in der Schwangerschaft |
| 1 2 | nach der Geburt des Kindes |

5. War Ihr Partner je zum Kind / zu den Kindern gewalttätig?

- 1 ja
- 2 nein

6. Hat eines der Kinder zugesehen oder zugehört, wenn Ihr Partner gewalttätig war?

- 1 ja
- 2 nein

7. Welche Unterstützung / Hilfe würden Sie sich in der jetzigen Situation wünschen?

9 Die medizinische Untersuchung

Eine sorgfältige medizinische Untersuchung fördert die Rechte einer von Gewalt betroffenen Frau. Die medizinische Untersuchung kann jedoch von der Klientin als sehr belastend empfunden werden. Es ist daher wichtig, die Untersuchung respektvoll und unter Wahrung der Selbstachtung der Frau durchzuführen. Die Untersuchung kann als demütigend empfunden werden, so dass die Klientin versucht, so rasch als möglich aus der Situation zu entkommen. Zu einer sorgfältigen medizinischen Untersuchung zählt das Fotografieren der Verletzungen, die Verwendung der Body Map und die Dokumentation.

Richtlinien für die Untersuchung von Gewaltopfern

- Erklären Sie, was zur medizinischen Untersuchung gehört, warum und wie sie gemacht wird.
- Fragen Sie die Frau um ihr Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung: Dadurch bekommt sie das Gefühl, Kontrolle darüber zu haben, was mit ihr geschieht.
- Verhalten Sie sich ruhig und mitfühlend. Dies macht es der Frau leichter über ihre Erlebnisse zu sprechen.
- Führen Sie die Untersuchung mit der Klientin alleine durch. Weder Partner noch Angehörige/Freund/innen sollen anwesend sein.
- Lassen Sie die Frau nie alleine (auch nicht während Sie auf die Untersuchung wartet).
- Erklären Sie ihr, was und wie es gemacht wird.
- Untersuchen Sie stets den ganzen Körper.
- Untersuchen Sie alle Verletzungen, nicht nur die schlimmsten oder jene, die behandelt werden müssen.
- Untersuchen Sie die Körperbereiche, die von Kleidung bedeckt sind, besonders sorgfältig.
- Beachten Sie die Stelle, die Schwere und den Heilungsfortschritt jeder Verletzung und jede schmerzempfindliche Stelle (nicht sichtbar!) und fragen Sie sie in die Body Map ein.
- Bei sexueller Gewalt:
 - Falls Sie sexuelle Gewalt vermuten, führen Sie eine gynäkologische Untersuchung durch.
 - Fragen Sie die Frau um ihr Einverständnis.
 - Beachten Sie alle Verletzungen/Schwellungen/schmerzempfindlichen Stellen im Genital- und Unterleibsgebiet.
 - Falls die Klientin Opfer einer Vergewaltigung/sexueller Gewalt ist, untersuchen Sie den ganzen Körper und nicht nur den Genital- und Unterleibsgebiet.
- Falls Sie nicht sicher sind, was die Verletzungen verursacht hat, ziehen Sie forensische Hilfe bei.
- Fragen Sie nach Alkohol- und Drogenabhängigkeit und dokumentieren Sie sie.
- Sollte die Frau betrunken sein, suchen Sie einen Ort, wo sie über Nacht bleiben kann. Am nächsten Tag können Sie die psychischen Auswirkungen der Gewalt besser einschätzen.
- Beachten Sie mögliche Diskrepanzen zwischen der Verletzung und der Erklärung dafür. Dokumentieren Sie diesen Widerspruch präzise.

- Falls eine Frau eine andere Erklärung als Gewalteinwirkung gibt, so müssen Sie dennoch dokumentieren, dass Sie Gewalt vermuten. Geben Sie Gründe für Ihre Vermutung an!
- Beachten Sie auch emotionale und psychologische Symptome und dokumentieren Sie diese.
- Beachten Sie nicht-medizinische Indikatoren für Gewalt wie z.B. zerrissene, beschädigte oder blutverschmierte Kleidung und dokumentieren Sie Ihre Beobachtungen.
- Geben Sie der Klientin eine Kopie des medizinischen Attests, falls sie dies wünscht.
- Sollte eine Frau von der Polizei zu Ihnen gebracht worden sein und während der Untersuchung neue Informationen geben, ersuchen Sie die Polizei sie noch einmal zu vernehmen.
- Falls eine Frau bewusstlos ist, führen Sie all jene Untersuchungen durch, die wichtig für die Wahrung ihrer Rechte sind.
- Um eine vollständige Beschreibung der Verletzungen geben zu können, vereinbaren Sie einen weiteren Untersuchungstermin in 1-3 Tagen.

Das Fotografieren der Verletzungen

Es sollte zum Standard einer medizinischen Untersuchung gehören, dass Verletzungen fotografiert werden. Sollte die betroffene Frau nicht wünschen fotografiert zu werden, so geben Sie ihr die Möglichkeit später wieder zu kommen, damit es dann unter Umständen doch gemacht werden kann.

Fragen Sie die Frau um ihr Einverständnis (sollte das Fotografieren nicht zur Standardroutine gehören, halten Sie das Einverständnis schriftlich fest). Erklären Sie ihr, warum Fotos wichtig sind.

Fotos können als Beweise vorgelegt werden, die die Aussage des Opfers stützen.

Fotos sind aktuelle Beweismittel und zeigen die tatsächliche Situation nach der Misshandlung. Das Verfahren findet oft lange Zeit nach der Misshandlung statt, so dass die Verletzungen bis dahin meist verheilt sind und der Täter seine Taten dadurch leicht herunterspielen kann („nur Selbstverteidigung“).

Fotos sind unmittelbare Beweismittel, da sie die Brutalität der Misshandlung, die Auswirkungen und die Schwere der Verletzungen oder die Absicht des Täters zu töten usw. dokumentieren können.

- Sofortbild- oder Digitalkameras sind empfehlenswert: Es braucht kein Film entwickelt zu werden und man weiß sofort, ob das Bild das Gewünschte darstellt. Die Angaben zur Identität der Klientin und das Datum können sofort auf das Foto geschrieben bzw. dazugegeben werden.
- Machen Sie von jeder Verletzung zwei Aufnahmen: eine vom Teil des Körpers, an dem das Opfer verwundet wurde, die andere soll die Verletzung aus der Nähe zeigen.
- Verwenden Sie ein Maßband oder einen anderen Gegenstand wie z.B. eine Münze, um die Größe der Verletzung beweisen zu können.
- Markieren Sie auf dem Foto z.B. die Kopf-Fuß-Ausrichtung.
- Mindestens ein Foto muss das Gesicht des Opfers zeigen, um die Identität klarzustellen.

Die Verwendung der Body Map

Die Body Map (siehe Seite 36) ist ein gutes Hilfsmittel, um die Verletzungen systematisch zu dokumentieren.

- Sie ist besonders hilfreich im Falle zahlreicher Verletzungen.
- Die Body Map hilft u.a. zu beschreiben, wie die Verletzungen zueinander in Beziehung stehen.
- Markieren Sie die Verletzung auf der Body Map mit der gleichen Nummer wie am Foto.

Richtlinien für die Dokumentation

- Es ist wichtig, dass jede Schilderung von Gewalt dokumentiert wird. Die Dokumentation muss den jeweils aktuellen professionellen Richtlinien entsprechen.
- Alles muss genau und detailliert dokumentiert werden. Die Aufzeichnungen können entscheidend sein, wenn eine Frau z.B. Anzeige erstattet oder vor Gericht geht, um ihren Schutz zu gewährleisten. Es ist jedoch nicht notwendig, dass sich die Frau zu diesem Schritt bereits entschlossen hat. Sie könnte dies auch erst in der Zukunft in Betracht ziehen.
- Dokumentieren Sie alle aktuellen, heilenden und verheilten Verletzungen, die sie im Rahmen der medizinischen Untersuchung festgestellt haben.
- Dokumentieren Sie die Schilderung des Opfers sorgfältig und verwenden Sie dabei Ihre Worte, Ausdrücke und Phrasen.
- Stellen Sie keine Suggestivfragen und verwenden Sie keine Interpretationen (ansonsten könnte die Dokumentation ihre rechtliche Signifikanz verlieren).
- Selbst wenn die Frau durcheinander ist, verwenden Sie stets ihre Worte.
- Notieren Sie alle andere Beobachtungen (psychische Symptome, Verhaltensäußerungen, usw.).
- Falls es rechtlich erlaubt ist, notieren Sie den vollständigen Namen des Täters und seine Beziehung zum Opfer, so wie vom Opfer angegeben.
- Falls Sie vermuten, dass die Aussagen der Frau nicht richtig sind und Sie sie damit konfrontiert haben, dokumentieren Sie die Diskrepanz zwischen der Aussage und den festgestellten Verletzungen.
- Falls das Opfer bewusstlos ist oder aus einem anderen Grund (z.B. Schock) keine Aussage machen kann, dokumentieren Sie die Aussage ihrer Begleitung und ebenfalls mögliche Diskrepanzen zwischen Aussage und festgestellten Verletzungen.
- Verwenden Sie neutrale Ausdrücke bei der Beschreibung der Aussage der Frau und ihrem Verhalten (vergleichen Sie die folgenden Phrasen):
 - die Patientin behauptet ... / die Patientin berichtet ...
 - die Patientin ist feindselig, nicht-kooperativ und betrunken ... / die Patientin ist erschöpft, traumatisiert und zur Zeit nicht in der Lage genaueres zu sagen ...

Name der Ärztin/des Arztes/des Spitals:

BODY MAP

Adresse:

Tel/Fax:

Name
Identifikation

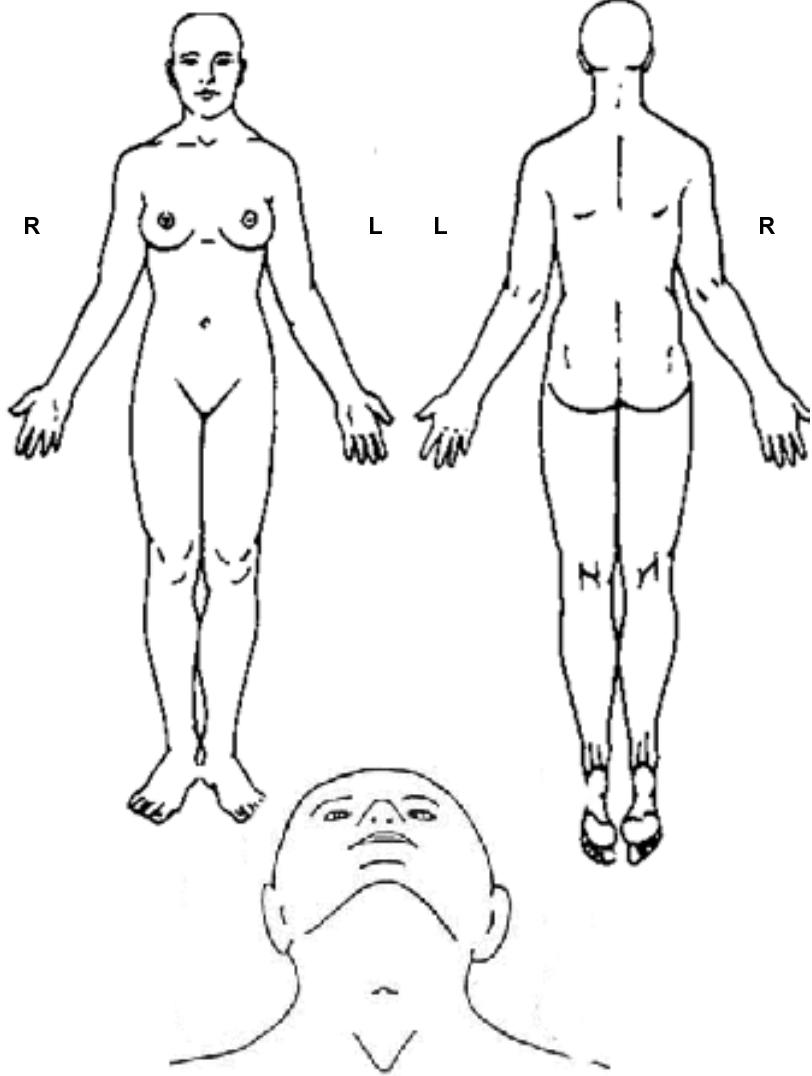
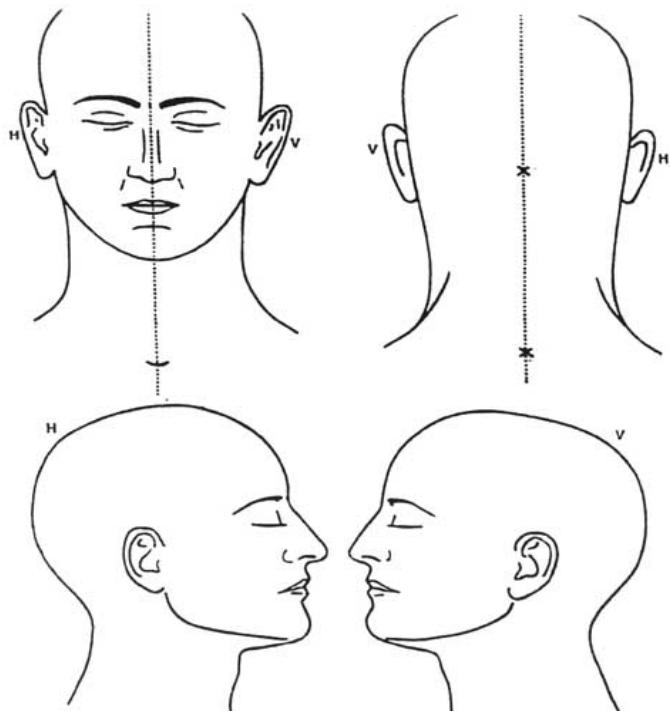
UNTERSUCHUNG:

Datum/Uhrzeit: _____
Doktor _____
Pfleger/in _____

Fotos: ja _____ Stück nein _____

**ZEICHNEN SIE DIE VERLETZUNGEN EIN
(INKLUSIVE MASSANGABEN):**

<input checked="" type="checkbox"/> Bluterguss	--- Kratzer
<input type="checkbox"/> blauer Fleck	Schnittwunde
<input type="checkbox"/> Beule/Schwellung	/// Schmerz
<input type="checkbox"/> Bruch / Luxation	



10 Zusammenarbeit der Institutionen

i

Die koordinierte Zusammenarbeit und der Austausch von Informationen spielen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Gewaltpatienten und ihren Familien. Die Zusammenarbeit manifestiert sich im Besonderen in gemeinsamen Vereinbarungen zur Vorgangsweise, in den zu treffenden Maßnahmen, in der Klarstellung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben jedes Partners und im Austausch von Informationen. Es sollte immer ein Partner für die Koordinierung aller Beteiligten zuständig sein. Eine Vereinbarung hinsichtlich Verschwiegenheit sowie der zu treffenden Maßnahmen ist vorteilhaft, um eine flexible Kooperation aufzubauen zu können.

Die Zusammenarbeit im konkreten Fall

- o Sprechen Sie mit Ihrer Klientin über das Thema und ersuchen Sie sie um ihr Einverständnis, ihren Fall im Team oder der multi-professionellen Arbeitsgruppe besprechen zu dürfen. Fragen Sie auch um ihr Einverständnis (falls notwendig schriftlich), wenn Sie noch Informationen zu ihrem Fall einholen wollen.
- o Falls die Klientin nicht zustimmt, bleiben Sie mit ihr in Kontakt und motivieren Sie sie, damit ihr Fall weiter behandelt wird. Sie könnte befürchten, dass sie in Gefahr gerät, wenn ihr Fall öffentlich gemacht wird. Vergessen Sie nicht, dass die Frau die Expertin ihrer eigenen Situation ist.
- o Die Kinder- und Jugendwohlfahrtsgesetze können Sie zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden verpflichten, falls die Kinder Gewalt erfahren oder sie unter Bedingungen leben, die ihr Wohl gefährden. Versuchen Sie mit der Mutter zusammen zu agieren.
- o Arbeiten Sie heraus, welche Hilfseinrichtungen und Institutionen nötig sind, um die Frau und ihre Familie zu unterstützen.
- o Erstellen Sie in Ihrem Team einen Plan.
- o Thematisieren Sie den Fall in einem Treffen Ihrer lokalen multi-professionellen Arbeitsgruppe (falls sie existiert).
- o Die Klientin (sowie eine Begleitperson) kann auch an diesem Treffen teilnehmen.
- o Einigen Sie sich auf eine Person in Ihrer Arbeitsgruppe, die für die Unterstützung und Koordination der Aktivitäten verantwortlich ist.

Prinzipien für die Kooperation

Sicherheit:

In der gesamten Präventionsarbeit ist die wichtigste Aufgabe sicherzustellen, dass sämtliche Aktivitäten aller involvierter Personen und Institutionen die Sicherheit des Opfers nicht gefährden. Sich um die Sicherheit der Frau zu kümmern, schützt auch die Kinder vor Gewalt und ihren negativen Folgen.

Vertraulichkeit:

Es ist wichtig, der Frau zu ermöglichen ständig mit ihren Helferinnen/Helfern in Kontakt zu bleiben. Das bedeutet, dass Sie (und alle anderen Beteiligten) ihr absolute Vertraulichkeit garantieren.

Individuelle Unterstützung:

Wenn Sie mit der betroffenen Frau über ihre Gewalterfahrungen sprechen, müssen Sie stets betonen, wie wichtig es ist, dass sie Hilfe in Anspruch nimmt und dass dies auch wichtig für den Schutz der Kinder ist. Um sich selbst und die Kinder zu beschützen, braucht sie Unterstützung. Schlagen Sie keine Gespräche mit dem Täter vor, da dies

ihre und die Sicherheit der Kinder gefährden könnte. Jedes Familienmitglied braucht spezielle Unterstützung.

Kinder

Falls eine Frau Kinder hat, kann ein/e Kinder- und Jugendschutzbeauftragte/r kontaktiert werden (wenn die Mutter zustimmt). Der Mutter sollten nie Vorwürfe gemacht werden, wenn sie es nicht schafft ihre Kinder zu schützen. Frauen agieren normalerweise auf bestmögliche Weise, wenn es zu Gewalt kommt. Auf alle Fälle sollten Sie sich stets auf Ihre Urteilsfähigkeit verlassen: Beurteilen Sie die Situation der Kinder. Falls die Kinder gefährdet sind, können Sie je nach Gesetzeslage dazu verpflichtet sein, sofort zu reagieren.

Täter

Eine der größten Herausforderungen bei der Unterstützung von Gewaltpfern ist es, die Täter dazu zu bewegen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Viele misshandelte Frauen möchten wissen, wie dem Täter geholfen werden kann, so dass er aufhört gewalttätig zu sein. Es ist wichtig, der Frau zu erklären, dass sie nicht verantwortlich dafür ist, dem Täter zu helfen, aber dass sie ihm Informationen über Hilfseinrichtungen und Täterprogramme geben kann. Es ist aber Ihre Aufgabe sicherzustellen, dass dies die Sicherheit der Frau und ihrer Kinder nicht gefährdet. Sie könnten auch mit Einverständnis der Klientin eine adäquate Einrichtung kontaktieren, die sich dann mit dem Täter in Verbindung setzt. Auf alle Fälle müssen die Sicherheitsfragen gut bedacht werden.

11 Professionelles Arbeiten und Selbstreflexion

Es ist wichtig, dass Sie sich der Faktoren bewusst sind, die Ihre Arbeit beeinflussen. Wenn man mit Gewalt zu tun hat, so kann dies die eigene Professionalität von Zeit zu Zeit vor Herausforderungen stellen. Sie brauchen vor allem Geduld und eine ausgeprägte Fähigkeit mit Stress umzugehen, da die Arbeit emotional sehr anstrengend ist. Gewalterfahrungen können zu Traumata führen, denen sich die Helferinnen und Helfer oft nicht bewusst sind. Aber gerade deswegen können Opfer von Gewalt als sehr schwierige Klientinnen empfunden werden, da sie oft passiv und vom Täter abhängig sind und wieder zu ihm zurückkehren. Es kann frustrierend sein, wenn das Opfer trotz Ihres Rates nichts unternimmt, um ihr Leben zu ändern; weder trennt sie sich von ihrem Partner und unternimmt etwas zum Schutz ihrer Kinder, noch geht sie zur Polizei.

Weitere Faktoren spielen – auch in Ihrer Arbeit im Gesundheitsbereich – eine Rolle. Sie sollten erkannt und im Auge behalten werden. Unser Denken wird von vorherrschenden Meinungen, Normen und Werten zu Familie, Frauen, Kinder und Gewalt beeinflusst. Es ist daher wichtig, sich Gedanken über die eigenen Einstellungen und Stereotypen sowie über Denkweisen und Werthaltungen der Gesellschaft zu Gewalt in der Familie (und auch zu Alkoholismus, psychische Erkrankungen usw.) zu machen. Allgemein vorherrschende Einstellungen zu Opfern von Gewalt haben auch Auswirkungen auf Ihre Arbeit. Sie können die Erfahrung machen, dass die Opfer von Gewalt nicht über Gewalt sprechen wollen und unfähig sind Entscheidungen zu treffen. Zu wenig Wissen und Erfahrung kann dazu führen, dass Sie denken, die Frau könnte doch einfach ihren Partner verlassen, wenn sie wirklich wollte; ansonsten ist sie nur masochistisch veranlagt (siehe Schornstein 1997).

Gefühle zu Gewalt

Hier finden Sie eine Zusammenstellung von Gefühlen, die häufig bei der Arbeit mit Gewaltopfern auftreten:

- Sie können sich Sorgen um die Sicherheit und das Wohl des Opfers machen.
- Sie können Angst vor dem Täter haben. Sie können sich Sorgen um die Sicherheit Ihrer eigenen Familie machen, wenn der Täter Ihnen droht.
- Sie können Wut und Zorn empfinden, verursacht durch das Verhalten des Opfers oder des Täters.
- Sie können Hassgefühle gegen die Gesellschaft im Allgemeinen empfinden, da das Leben ungerecht erscheint. Die Arbeit in der Gewaltprävention kann Ihre Wahrnehmung von der Gesellschaft, in der wir leben, verändern und Sie können sie als einen lebensfeindlichen Ort wahrnehmen.
- Sie können sich hilflos und frustriert fühlen, wenn die Gewalt nicht aufhört und das Opfer immer wieder zu Ihnen kommt und um Hilfe bittet, wenn die Situation nicht rasch bereinigt werden kann usw.
- Sie können Ihre Kapazitäten und Möglichkeiten zu helfen überschätzen.
- Sie können Ihre Möglichkeiten, die Situation zu beeinflussen, unterschätzen.
- Sie können widersprechende Gefühle haben: Hoffnung, Enttäuschung, Depression, Wahrnehmen, aber nicht wissen, was tun, usw.
- Sie können selbst als Kind oder Erwachsene/r Gewalt erfahren haben. Wie Sie mit den Misshandlungen zurecht gekommen sind, beeinflusst Ihr berufliches Handeln.

Sich beruflich mit Gewalt zu beschäftigen, einem hässlichen, gesellschaftlichen Phänomen, kann zu berufsbedingtem Trauma und Erschöpfung führen. Wenn Sie über Ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen im Rahmen von Supervision sprechen können, schützen Sie sich selbst und schaffen es mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.

Schulungen, Supervision und weitere Unterstützungsangebote im Gesundheitsbereich

Hier finden Sie Hinweise, wie Sie Ihre professionellen Standards aufrechterhalten und für Ihr eigenes Wohl sorgen können:

WISSEN: Es ist wichtig, die Ursachen und Auswirkungen von Gewalt auf Frauen und Kinder zu kennen. Wie viel Sie wissen, beeinflusst Ihre Fähigkeiten mit den Aufgaben, die sich in der Arbeit mit Gewaltpfern stellen, zurechtzukommen.

Es wäre gut, wenn Sie an einer SCHULUNG teilnehmen würden, bevor Sie ein Screening-Instrument verwenden. Das genaue Studium von Fachinformationen, wie z.B. dieses Handbuchs, ist ebenfalls empfehlenswert, um sich das nötige Wissen zu Gewalt in Beziehungen anzueignen.

Bevor Sie mit dem Screening beginnen, sollten Sie sich einen Überblick über das HILFSSYSTEM in Ihrer Region verschaffen, damit Sie Opfer von Gewalt an adäquate Einrichtungen verweisen können bzw. mit den Expertinnen/Experten dieser Einrichtungen (Frauenberatungsstellen, Sozialarbeiter/innen, Polizei, Justiz, usw.) zusammenarbeiten und Ihre Fälle diskutieren können.

Sie sollten in einem TEAM arbeiten. Alleine zu arbeiten birgt ein Sicherheitsrisiko in sich. Sie sollten auch wissen, wer Ihnen in gefährlichen Situationen helfen kann.

Sie sollten für Ihren Arbeitsplatz/Ihre Praxis einen Sicherheitsplan entwickeln, da ein Gewalttäter Ihnen und Ihrer Familie mit Rache drohen könnte. Mit einer Partnerin/einem Partner oder im Team zu arbeiten erhöht Ihre Sicherheit. Bei akuter Gefahr rufen Sie die Polizei! Nach einem gewalttätigen Vorfall sollten auch Sie Hilfe in Anspruch nehmen (z.B. mit einer Vertrauensperson sprechen).

Die Arbeit mit Gewaltpfern sollte nicht die alleinige Verantwortung einer einzigen Person sein, sondern immer von einem Team geteilt werden. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie eine Pause von der Arbeit mit Gewaltpfern brauchen, sollte dies jederzeit möglich sein.

VERNETZUNG mit staatlichen Einrichtungen und anderen Institutionen:
Gewaltprävention bedarf der Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen und Institutionen und den Aufbau eines Netzwerkes. Durch die Netzwerkbildung kann das Wissen und die Erfahrung der verschiedenen Berufsgruppen effizient genutzt und die Arbeit der/s Einzelnen unterstützt werden.

SUPERVISION: Es sollte selbstverständlich sein, Supervision in Anspruch nehmen zu können, wenn man im Gesundheits- und Sozialbereich tätig ist, besonders dann, wenn man in der Gewaltprävention arbeitet.

MÖGLICHKEIT FÜR BERATUNGEN: Es ist empfehlenswert, dass Sie die Möglichkeit haben mit einer erfahrenen Person aus Ihrem Berufsfeld oder mit einer/m Expertin/Expertin aus speziellen Bereichen wie Justiz zu sprechen und sich zu beraten.

FORTBILDUNG: Alle im Hilfssystem Tätigen sollten die Möglichkeit zu Fortbildung über Methoden in der Gewaltprävention haben, zusätzlich zur spezifischen Fachbildung.

GENÜGEND ERHOLUNG UND FREIZEIT: Als Fachkraft im Gesundheitswesen brauchen Sie genügend Zeit, um sich zu erholen, ansonsten wird die Arbeitsbelastung zu groß. Als Ausgleich zur Arbeit brauchen Sie Hobbys, positive Erfahrungen und gesunde Beziehungen. Es ist leichter sich um die Probleme anderer Menschen zu kümmern, wenn das eigene Leben im Gleichgewicht ist.

ANHANG 1

Die Ergebnisse des Screenings in den Ländern der Partnerorganisationen

Estland

Tartu Gesundheitszentrum

Zeitraum: Mai-Juni 2005

Durchführung: in der Praxis einer Allgemeinmedizinerin

Ergebnisse:

Die Gesamtzahl befragter Frauen war 21, davon hatten fünf Gewalt durch ihren Partner erfahren. Die häufigsten Gewaltformen waren Drohungen, Demütigungen und kontrollierendes Verhalten des Partners. Eine Frau verweigerte die Antwort.

Kommentare:

Da das durchschnittliche Alter der Patientinnen in der Praxis der Ärztin relativ hoch war und die meisten von ihnen bereits geschieden oder verwitwet waren, können die Fragen zu Gewalt in der jetzigen Beziehung wenig über die lebenslangen Gewalterfahrungen aussagen. Daraus lässt sich schließen, dass Praxen von Allgemeinmediziner/innen nicht optimal für den Einsatz des Screening-Instruments sind. Es scheint adäquater für Frauen im gebärfähigen Alter, Schwangere und Mütter mit Kleinkindern zu sein.

Finnland

Das Screening wurde an zwei verschiedenen Stellen durchgeführt: in einem Spital und in einer Geburts- und Kinderklinik, die Teil der primären Gesundheitsversorgung in Finnland sind. Zusätzlich wurde eine Umfrage unter den Hebammen und Krankenpflegerinnen über ihre Erfahrungen mit der Verwendung des Screening-Instruments durchgeführt.

Universitätshauptklinik Helsinki/ Frauenklinik/ Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie

Zeitraum: März-Mai 2005

Durchführung: Hebammen

Ergebnisse:

Die Gesamtzahl befragter Frauen war 233. Viele Formulare blieben unausgefüllt (146), obwohl niemand die Antwort verweigerte. 87 Frauen antworteten, davon hatten 8 (9 Prozent) Gewalt erfahren. Die häufigsten Gewaltformen waren Demütigungen und Kontrollverhalten des Partners. Vier Frauen waren grob angepackt, gestoßen und getreten worden. Eine Frau wurde körperlich misshandelt. Alle Frauen äußerten sich positiv zu den Befragungen; sie erachteten es als professionelles Handeln.

Kommentare:

Die große Anzahl an unausgefüllten Fragebögen ist darauf zurückzuführen, dass viele Frauen nicht alleine sondern in Begleitung ihres Partners oder Kindes kommen. Frauen, die in die Frauenklinik kommen, haben Probleme in der Schwangerschaft und werden daher oft von ihrem Partner begleitet. Es ist zudem typisch für Finnland, dass die Väter ermutigt werden, aktiv an der Schwangerschaft teilzuhaben, vom Frühstadium der Schwangerschaft bis zu den Untersuchungen in den Kindergesundheitskliniken.

In der Universitätshauptklinik von Helsinki wird nicht routinemäßig nach Gewalt gefragt, nur wenn der Verdacht besteht, dass es Probleme mit Gewalt gibt. In diesen Fällen wird ein standardisierter Fragebogen verwendet.

Die Umfrage

Die Umfrage wurde im Frühjahr 2005 von Rauni Kortesalmi, einer Hebamme in einer Pränatal-Klinik, durchgeführt. Hebammen wurden über ihre Erfahrungen gefragt. 21 Fragebögen wurden ausgeschickt, 14 beantwortet.

Die Bedenken der Hebammen vor dem Beginn des Screenings:

Habe ich genügend Kompetenzen, um Opfern von Gewalt zu helfen?

Wie kann ich ganz natürlich nach Gewalterfahrungen fragen?

Wenn eine Frau über ihre Gewalterfahrungen zu reden beginnt, habe ich dann genügend Zeit für sie?

Wie werden die Frauen reagieren, wenn ich sie zu Gewalt befrage? Ganz allgemein macht es mich nervös, wenn ich schwierige Dinge fragen soll.

Die Hebammen erzählten, dass sie anfangs sehr nervös gewesen waren, aber im Verlaufe des Gesprächs hatte die Anspannung nachgelassen und sie empfanden es als berufliche Pflicht nach Gewalt zu fragen. Es war somit auch eine Art Ermächtigungsprozess für die Hebammen.

Einige Hebammen hatten das Gefühl, als würden sie die Büchse der Pandora öffnen, wenn sie nach Gewalt fragten, da dann meist zu wenig Zeit für Gespräche blieb.

Am schwierigsten empfanden die Hebammen den Mangel an Zeit. Die beste Erfahrung war, dass die Frauen so positiv reagierten.

Die Schulungen vermittelten gutes Grundwissen zu Gewalt, das als notwendig für die Durchführung des Screenings empfunden wurde.

Die Nachhaltigkeit des Screening-Instruments in der täglichen Arbeit: Das Screening-Instrument wurde als nützlich und adäquat, klar und kurz genug beurteilt. Es machte es leichter nach Gewalterfahrungen zu fragen. Die Hebammen meinten zudem, dass es zu ihren Aufgaben/ den Aufgaben des Spitals gehört, danach zu fragen.

Gesundheitszentrum der Gemeinde Vihti

Zeitraum: April-Mai 2005

Durchführung: Hebammen und Krankenpflegerinnen in sechs verschiedenen Geburts- und Kinderkliniken, die zum Gesundheitszentrum Vihti gehören

Ergebnisse:

Die Gesamtzahl befragter Frauen war 87, davon waren 7 (8 Prozent) von Gewalt betroffen. Niemand verweigerte die Antwort. Die häufigsten Formen der Gewalt waren angstinfößendes, drohendes und demütigendes Verhalten des Partners. Festes Anpacken und Stoßen waren ebenfalls häufig. Drei Frauen waren während der Schwangerschaft von Gewalt betroffen, vier nach der Geburt des Kindes.

Kommentare:

Alle Frauen außer einer äußerten sich positiv darüber, dass das Thema Gewalt im Gesundheitszentrum angesprochen worden war.

Im Mutter- und Kind-Gesundheitszentrum in Vihti gehört das Screening bereits zur Routine. Zu Beginn empfanden es einige Mitarbeiterinnen als schwierig über Gewalterfahrungen zu sprechen, doch mit der Zeit erschien es zusehends natürlicher. Für sie leistet das Screening einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit von Mutter und Kind. Die Hebammen stellten drei Schwierigkeiten fest: Zeitmangel, die Anwesenheit des Partners und zudem empfanden sie es als etwas unangenehm nach einem Jahr wieder die gleichen Fragen zu stellen, wenn schon beim ersten Mal keine Anzeichen von Gewalt festzustellen waren.

Die Umfrage

Zwei Studentinnen des Gesundheitspflege-Polytechnikums, Marjo Sinkko und Kati Savolainen, führten im Rahmen ihrer Diplomarbeit im Mai 2005 am Gesundheitszentrum Vihti eine Umfrage durch. Ziel war es, die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen bei den Befragungen zu Gewalt und beim Erkennen von Gewalt zu erheben sowie die Notwendigkeit von Schulungen zum Umgang mit Gewalt in

Beziehungen/in der Familie festzustellen. Es wurden neun Krankenschwestern befragt. Die Erhebung umfasste zwölf offene Fragen. Alle Teilnehmerinnen an der Studie hatten das Screening-Instrument bereits verwendet. Ihre Erfahrungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Befragungen zu Gewalterfahrungen werden als sehr wichtig erachtet. Die Mütter empfanden dies ebenso, unabhängig davon, ob sie selbst Gewalt erlebt hatten oder nicht.

Das Bild, dass sich die Krankenschwestern von den Familien gemacht hatten (die sie teilweise schon seit Jahren kannten), machte es schwieriger nach Gewalterfahrungen zu fragen. Dies war besonders dann der Fall, wenn es zuvor noch nie irgendwelche Probleme in einer Familie gegeben hatte.

Mehr als die Hälfte der Befragten zählten die Befragungen zu Gewalterfahrungen zur Routinearbeit in der Geburts- und Kindermedizin. Viele Krankenschwestern verfügten bereits über Erfahrung bei der Befragung zu Gewalt und einige empfanden es als leichter genau und spezifische Fragen zu stellen. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass je erfahrener eine Krankenschwester ist, desto leichter fällt ihr die Befragung zu Gewalterfahrungen.

Das Screening-Instrument wurde als sehr gutes Mittel angesehen, ein Gespräch über Gewalt zu beginnen. Es ermöglicht es, über Gewalt in Beziehungen/in der Familie und ihre schädlichen Auswirkungen auf die Kinder zu sprechen.

Am schwierigsten wurde empfunden, wenn sich Anzeichen für Gewalt erkennen ließen.

Griechenland

Universität Kreta, Medizinische Fakultät, Universitätsklinik, Abteilung für Geburtsmedizin und Gynäkologie, Heraklion

Zeitraum: Juli – September 2005

Durchführung: Ärztinnen/Ärzte und Hebammen

Ergebnisse:

Insgesamt wurde 101 Frauen befragt, davon hatten 35 Gewalt erlebt. Niemand verweigerte die Antwort. Die häufigsten Formen der Gewalt waren angststeinflößendes und kontrollierendes Verhalten des Partners. Zwei Frauen wurden während der Schwangerschaft misshandelt. Fast alle Frauen empfanden es als peinlich und unangenehm befragt zu werden. Die Mehrheit derjenigen, die keine Gewalt erlebt hatten, reagierte mit Unbehagen oder Gleichgültigkeit auf die Fragen. Nur acht Frauen äußerten sich positiv darüber, befragt worden zu sein.

Kommentare:

Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass es in der griechischen Kultur besonders schwierig ist über Gewalt zu sprechen. Frauen scheinen es eher als Familienangelegenheit zu empfinden, die man nicht gerne öffentlich macht.

Bevor sie an einer Schulung teilnahmen, wurden fünf Ärztinnen und Ärzte der Universitätsklinik Kreta über ihre Einstellungen zu Gewalt in der Familie/in Beziehungen befragt. Zu den interessantesten Ergebnissen zählen, dass die Mehrheit der Ansicht ist, dass Misshandler in all ihren Beziehungen gewalttätig sind, dass Therapie zur Beendigung der Gewalt führen kann, dass Gewalt in der Familie ein privates Problem ist und dass die Kinder bei ihrem Vater bleiben sollten, auch wenn er gewalttätig ist.

Litauen

Geburtenklinik Vilnius, Abteilung für Geburtshilfe

Zeitraum: Februar-April 2005

Durchführung: Hebammen

Ergebnisse

Die Gesamtzahl befragter Frauen war 104, davon hatten 26 Gewalt durch ihren Partner erfahren. Niemand verweigerte die Antwort. Die häufigsten Formen der Gewalt waren angstinförßendes und kontrollierendes Verhalten des Partners, aber auch grobes Anfassen, Tritte und erzwungener Geschlechtsverkehr. Acht Frauen hatten Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft, vier nach der Geburt des Kindes. Die Mehrzahl der Frauen fühlte sich unbehaglich bei der Beantwortung der Fragen.

Kommentare:

In der Geburtenklinik in Vilnius wird das Screening bereits seit vier Jahren durchgeführt. Je mehr Erfahrung die Hebammen und Krankenschwestern bei der Befragung zu Gewalt haben, umso mehr positive Fälle können entdeckt werden. Dies deckt sich mit Erkenntnissen von Studien in anderen Ländern. In Litauen ist es für Frauen nicht leicht mit ihrem/r praktischen Arzt/Ärztin über Gewalterfahrungen zu sprechen, da er/sie meist die ganze Familie kennt und behandelt (auch den Misshandler). Frauen empfinden es als schwierig, gefährlich und peinlich über dieses heikle Thema zu reden.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass es kulturelle Unterschiede zwischen den Partnerländern gibt, was die Einstellungen zu Gewalt in Beziehungen und Befragungen betrifft. Trotz der kulturellen Unterschiede schien der Screening-Fragebogen, der in Finnland entwickelt worden war, jedoch in der Praxis überall gut anwendbar. Allerdings wurde das Screening nur über einen kurzen Zeitraum durchgeführt und müsste daher weiter getestet werden.

ANHANG 2

Screening von Gewalt in Beziehungen in Geburten- und Kindergesundheitskliniken

Im Rahmen des Programms STAKES zur Prävention von Prostitution und Gewalt an Frauen (1998-2002), gefördert vom finnischen Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit, wurde ein Forschungsprojekt zur Entwicklung einer geeigneten Methode zur Erkennung und Thematisierung von Gewalt in Beziehungen für Geburten- und Kindergesundheitskliniken durchgeführt. Das Vorhaben wurde von 2000 bis 2002 durchgeführt und umfasste zwei Umfragen. Hebammen und Krankenschwester erhielten Schulungen und praktische Unterstützung zur Erkennung und Thematisierung von Gewalt in Beziehungen. Es war beabsichtigt, den Katalog an Screening-Fragen, der im Rahmen des Projekts entwickelt werden sollte, an Geburten- und Kindergesundheitskliniken im ganzen Land einzuführen. Die Idee für dieses Projekt basierte auf den Ergebnissen der landesweiten Erhebung der Statistik Finnland (Heiskanen und Piispa 1998). Die Erhebung hatte ergeben, dass junge Frauen, die in einer Beziehung leben und Frauen mit Kindern unter sieben, öfter Gewalt durch ihren Partner erfahren als jede andere Altergruppe.

Die erste Studie wurde 2000 in den Geburts- und Kindergesundheitskliniken in Vantaa und Porvo in Südfinnland und im Palokka Gesundheitsverband in Mittelfinnland (vier Gemeinden) durchgeführt. Zum Untersuchungsdesign gehörten Fragebogen-Interviews, die Krankenschwestern und Hebammen mit schwangeren Frauen und Müttern von Kleinkindern führten. Zum Zeitpunkt des Interviews war das jüngste Kind ein Jahr oder jünger.

In Vantaa wurde die Befragungen vom 1.5.-31.12.2000 durchgeführt, in Porvoo vom 1.9.-31.12.2000. Um ein besseres Vertrauensverhältnis zu schaffen und um den Frauen Sicherheit zu vermitteln, wurde das Interview immer von der Hebamme/Krankenschwester durchgeführt, die die Frau schon mindestens einmal zuvor betreut hatte. Zum Schutz der Mütter und Kinder wurde das Interview nur dann durchgeführt, wenn die Frau alleine kam.

Ziel der Studie war es, die Häufigkeit und die Charakteristiken von Gewalt in Beziehungen zu erheben, die die Klientinnen der Geburts- und Kindergesundheitskliniken erlebt hatten. Ein weiteres Ziel war es, Hebammen und Krankenschwestern in ihren Bemühungen zu unterstützen, Gewalt in Beziehungen zu erkennen und sie zu ermutigen, das Thema anzusprechen. In dieser Studie umfasste Misshandlung durch den Partner Drohungen mit Gewalt und körperliche und sexuelle Gewalthandlungen. Die Fragen, die zu Misshandlungen gestellt wurden, gliederten sich in acht Abschnitte. In den Interviews wurde auch nach kontrollierendem Verhalten durch den Partner gefragt. Dazu zählten Machtausübung, Isolation und Einschüchterung. Kontrollierendes Verhalten wurde mittels eines 14-teiligen Fragenkatalogs erhoben.

Die erste Studie

Insgesamt wurden in dieser ersten Erhebung im Jahr 2000 1020 Frauen interviewt. Jede Frau wurde im Untersuchungszeitraum einmal befragt. Fünf Frauen verweigerten die Teilnahme. Mehr als die Hälfte der Interviewten (56 %) waren Klientinnen in der Geburtsklinik, die restlichen 44 Prozent waren Klientinnen der Kindergesundheitsklinik. Das Durchschnittsalter betrug 29,5 Jahre. 57,4% waren verheiratet, 38,1 % lebten in einer Partnerschaft und 3,5% waren alleinstehend. Die meisten Frauen (73,4 %) hatten bereits Kinder (Gesamtzahl 898; davon waren 79,6% zwischen 0 und 6 Jahren alt). Ein Viertel der Frauen (26,6%) erwartete ihr erstes Kind. Mehr als die Hälfte (68,3%) war in Mutterschutz oder Kinderkarenz.

Die in dieser Studie verwendete Definition für „Opfer“ war eine Frau, die in ihrer jetzigen Partnerschaft mindestens eine Form von Partnergewalt – wie im Fragebogen beschrieben – erlitten hatte. Von den Interviewten hatten 17,9% körperliche oder sexuelle Gewalt oder Drohungen durch ihren jetzigen Partner erfahren (17% der Klientinnen der Geburtskliniken und 19% der Kindergesundheitskliniken). Zu physischer Gewalt zählte normalerweise eine Einschränkung der Mobilität der Frau, Misshandlung, Stoßen, Ohrfeigen und Drohungen. Junge Frauen stellten eine besondere Risikogruppe dar. Ein Viertel (25%) der 18- bis 24-Jährigen hatten irgendwann bereits physische, sexuelle Gewalt oder Drohungen durch ihren jetzigen Partner erlebt. Von den Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten, hatten 15,6% Gewalt in der aktuellen Beziehung erlebt.

Mehr als ein Viertel (26,8%) der Männer hatte mindestens eine Form von kontrollierendem Verhalten –

wie im Fragebogen beschrieben – gezeigt. Meist war dieses Verhalten verbunden mit körperlicher oder sexueller Gewalt oder mit Drohungen. Von jenen Männern, die Gewalt angewandt hatten, erniedrigten oder demütigten 74,9% ihre Partnerinnen. Beschimpfungen, Einschüchterungen und Eifersucht kamen ebenfalls häufig vor. Selbst unter den Männern, die keine Gewalt ausübten, fand sich bei 15,7% die Tendenz ihre Partnerin zu kontrollieren.

Kontrollierendes Verhalten vergrößerte das Risiko von physischer und sexueller Gewalt sowie Drohungen. Einschüchterungen vergrößerten das Risiko um das Zehnfache (Risiko-Quotient 10,7; p-Wert 0,0001), die Ausübung von Macht vergrößerte das Risiko um das Siebenfache (Risiko-Quotient 7,36; p-Wert 0,0001), die Tendenz die Frau zu isolieren mehr als verdoppelte das Risiko (Risiko-Quotient 2,59; p-Wert 0,0001).

Jene Frauen, die angegeben hatten, von Partnergewalt betroffen zu sein, wurden gebeten weitere Fragen zu beantworten. 99 von ihnen (54%) wurden genauer interviewt. Die Teilnahme an diesen Interviews erfolgte freiwillig. Jene, die ein ausführlicheres Interview ablehnten, meinten, dass die Misshandlungen nicht ernsthaft seien und nicht wieder passieren würden bzw. dass es sich dabei nur um einen Streit bzw. Konflikt gehandelt habe, bei dem der Partner wütend geworden war und daher gewalttätig reagiert habe.

Jene Frauen, die sich zu einem ausführlichen Interview bereit erklärt hatten, hatten eine relativ kurze Misshandlungsgeschichte. Ein Fünftel (21,4%) hatte erst im vergangenen Jahr Gewalt erfahren und etwa die Hälfte (41,8%) hatte Gewalt weniger als fünf Jahre erlitten. Die Mehrheit der Frauen in dieser Gruppe (77,3%) war auch während der Schwangerschaft misshandelt worden; 17 Prozent gaben an, dass die Gewalt erst in der Schwangerschaft begonnen hatte. Meist handelte es sich dabei um physische Gewalt. Hatten die Misshandlungen während der Schwangerschaft begonnen, so gaben die Frauen als Grund Betrunkenheit oder Eifersucht an. Eine andere Erklärung, die die Frauen fanden, war ihr eigenes Verhalten, etwa „Ich habe ihm nicht genug Aufmerksamkeit gewidmet“ oder „Er fühlt sich ignoriert“. Kam es bereits vor der Schwangerschaft zu Misshandlungen, so wurden diese während der Schwangerschaft fortgesetzt.

Zwei Drittel (66%) der Teilnehmerinnen an einem weiteren Interview (n=99) erwähnten ein durch Gewalt verursachtes Symptom. Die Misshandlungen führten häufig zu Angst- oder Reizzuständen (36,7%), zu Depression (31,6%), Angst (29,9%) oder Wut (26,5%). Ein Drittel gab an, dass die Kinder die gewalttätigen Auseinandersetzungen wahrscheinlich gesehen oder gehört hätten. Die meisten glaubten, dass dies keine Auswirkungen auf die Kinder gehabt hätte, ein Fünftel jedoch nahm an, dass es den Kindern Kummer bereitet hätte: die Kinder hätten sich gefürchtet, wären eingeschüchtert oder aggressivgewesen oder hätten Schwierigkeiten in der Schule / in den Kinderbetreuungseinrichtungen gehabt.

Von den Teilnehmerinnen am zweiten Interview (n=99) hatten 17,4% einen Arzt oder ein Gesundheitszentrum aufgesucht, 11,2% waren zur Polizei gegangen und 11,2% hatten sich an eine staatliche Sozial- und Wohlfahrtseinrichtung gewandt. Gesamt gesehen wandte sich ein Drittel (34%) an Behörden, ebenso wie 15% der gewalttätigen Männer. 70,4% der Frauen vertrauten sich einer nahestehenden Person an, meist ihrer Mutter; ein Drittel (29,6%) erzählte niemandem von den Vorfällen.

Alle Teilnehmerinnen an der Studie (n=1020) wurden danach befragt, wie sie es empfanden in Geburts- und Kindergesundheitskliniken diese Fragen gestellt zu bekommen. Im Allgemeinen reagierten die Frauen positiv und betrachteten es als wichtig, dass man sich in den Kliniken um dieses Problem kümmert. Auch die Hebammen und Krankenschwestern erachteten es grundsätzlich als wichtig dieses Thema anzusprechen. Gewalt in der Familie gefährdet die kindliche Entwicklung und kann die Elternschaft beeinträchtigen. Daher ist das Erkennen von Gewalt ein wesentlicher Aspekt der Arbeit in diesen Kliniken.

Die zweite Studie

In der zweiten Studie, die 2002 durchgeführt wurde, wurden 510 Frauen interviewt. Ziel dieser Erhebung war es, genauere Informationen zu Gewalt in der Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum ersten Geburtstag des Kindes zu erhalten. Alle Interviewten wurden zu ihren Gewalterfahrungen während dieses Zeitraumes befragt. Diese zweite Studie wurde an den gleichen Kliniken wie in der ersten Studie durchgeführt; die Teilnehmerinnen waren jedoch andere.

Elf Prozent der Frauen (n=55) waren Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt oder Drohungen während ihrer Schwangerschaft geworden. Sieben Prozent (n=35) gaben an, während einer anderen Schwangerschaft betroffen gewesen zu sein, drei Prozent (n=15) während der jetzigen

Schwangerschaft und ein Prozent (n=5) während dieser und einer vorherigen Schwangerschaft. In der Mehrzahl (76%) waren die Gewalttäter die Ehemänner oder Lebensgefährten. Ein Fünftel der Täter waren Ex-Ehemänner oder Ex-Lebensgefährten, vier Prozent waren Freunde oder Ex-Freunde. Ein Drittel der Frauen waren am Kopf attackiert worden, ein Drittel am Oberkörper und an den Armen und ein Zehntel am Bauch sowie ein weiteres Zehntel am ganzen Körper. Sechs Prozent waren am Unterkörper und an den Beinen attackiert worden.

Elf Prozent (n=43) der Frauen, die ein Kind geboren hatten (n=384) wurden bis zum ersten Geburtstag des Kindes misshandelt. In 72% der Fälle war der Täter der Ehemann oder Lebensgefährte, in mehr als einem Viertel der Fälle war es der Ex-Ehemann oder Ex-Lebensgefährte. Ein Drittel der Frauen berichtete, dass sie am Kopf attackiert worden waren, ein Viertel am Oberkörper oder an den Armen und ein Fünftel am ganzen Körper. Meist handelte es sich bei den Misshandlungen während und nach der Schwangerschaft um physische Gewalt.

In der zweiten Studie berichteten 18% der Frauen von körperlichen Verletzungen, meist blauen Flecken und Blutergüssen. Die Frauen berichteten über folgende Auswirkungen der Gewalt auf die Schwangerschaft: Fehlgeburt oder drohende Fehlgeburt (2,2%), Frühgeburt oder drohende Frühgeburt (0,2%), Probleme während der Geburt oder Angst vor der Geburt (0,2%). Ein Prozent der Frauen begann Schlaftabletten oder andere Medikamente zu nehmen, ein Prozent erhöhte den Alkoholkonsum.

Basierend auf den Studienergebnissen und unter Bezugnahme auf den in den USA entwickelten Abuse Assessment Screen (AAS) wurde IM HERBST 2002 EIN SCREENING-FRAGEBOGEN ENTWICKELT. Dazu wurden Richtlinien zur Erkennung und Thematisierung von Gewalt in Beziehungen sowie zur Kooperation mit Behörden entwickelt.

Aus den zwei Studien konnte eine Reihe von Schlussfolgerungen gezogen werden:

ERSTENS ist es wichtig, dass in den Geburts- und Kindergesundheitskliniken Opfer von Partnergewalt erkannt werden. Zudem ist die Entwicklung verschiedener unterstützender Maßnahmen für schwangere Frauen und Mütter von Säuglingen nötig sowie die Vermittlung von Informationen über Gewalt und ihre Folgen.

ZWEITENS ist es wichtig, dass die Frauen die Möglichkeit erhalten über ihre Erfahrungen in der Ehe/Beziehung zu sprechen. Gespräche über das Dominanz- und Kontrollverhalten der Männer eröffnet die Möglichkeit Partnergewalt früh zu erkennen und anzusprechen.

DRITTENS sollten die Befragungen zu Partnergewalt routinemäßig durchgeführt und Teil des Beobachtungsprogramms werden. Alle Frauen sollten somit anhand eines standardisierten Fragebogens zu Partnergewalt gefragt werden.

Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit in Finnland empfiehlt, dass an den Geburtskliniken mindestens einmal während der ersten beiden Trimester der Schwangerschaft, in den Kindergesundheitskliniken nicht später als zur Untersuchung im sechsten Lebensmonat des Kindes und danach bei der jährlichen Untersuchung der Fragebogen zu Gewalt in der Partnerschaft, der im Rahmen dieses Projekts entwickelt wurde, zur Anwendung kommt.

In: Perttu, Sirkka (2004), Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2004:6, Helsinki, Finnland
(in Finnisch)

ANHANG 3

Messinstrumente zur Erhebung von Gewalt in Beziehungen

Messinstrumente und Forschungsprojekte	Beschreibung und Forschungsergebnisse
ISA (Index of Spouse Abuse) Index für Misshandlungen des Ehepartners Hudson / McIntosh 1981; Mc Farlane u.a. 1992.	Misst die Schwere und das Ausmaß von physischer Gewalt des männlichen Partners gegen die Frau sowie nicht-physische Gewalt. Es umfasst 30 gewalttätige Handlungen. Nicht-physische Gewalt, von Frauen selbst zuzuordnen, umfasst u.a.: er tut der Frau weh und stellt sie vor anderen bloß, er schreit sie an, er verlangt von ihr seinen Launen zu gehorchen, er behandelt sie wie seine Dienerin, er gibt ihr wenig Haushaltsgeld.
TSC-33 (Trauma Symptom Checklist) Prüfliste für Trauma-Symptome Straus 1979; Briere / Runtz 1989; Hedin/ Janson 1999.	Misst vor allem die Langzeitfolgen von Trauma, das durch Gewalt in der Kindheit verursacht wurde. TSC-33 umfasst fünf Punkte: Dissoziation, Angst, Depression, Schlafstörungen und Folgen sexueller Gewalt (z.B. sexuelle Probleme). Das TSC-33-Instrument hat gezeigt, dass es eine leichte Korrelation mit Erfahrungen von physischer Gewalt im vergangenen Jahr gibt (Hedin und Janson 1999).
SVAWS (Severity of Violence Against Women Scale) Skala zur Schwere von Gewalt an Frauen Marshall 1992; Hedin und Janson 1999.	Misst die Häufigkeit und die Schwere von Drohungen und physischer bzw. sexueller Gewalt. Es umfasst die folgenden Punkte: symbolische Gewalt (z.B. Türen eintreten / gegen Wände treten, mit Gegenständen nach ihr werfen), mit leichter Gewalt drohen (z.B. Fäuste zeigen, angstinfößende Gesten und Ausdrücke), mit mittelschwerer Gewalt drohen (z.B. ihre persönlichen Gegenstände zu zerstören; jemand, der ihr nahe steht, zu verletzen) und mit schwerer Gewalt drohen (z.B. drohen, sie oder sich selbst umzubringen); leichte physische Gewalt (z.B. sie schütteln, sie grob anpacken), geringe physische Gewalt (z.B. ins Gesicht oder auf den Kopf schlagen) und schwere physische Gewalt (z.B. würgen, Verbrennungen zufügen); sexuelle Gewalt (zum Geschlechtsverkehr zwingen, Drohungen mit physischer Gewalt, um zum Geschlechtsverkehr zu nötigen, Verwendung von Objekten beim physischen Geschlechtsverkehr). Insgesamt umfasst das Messinstrument 46 gewalttätige Handlungen.
PMWI (Psychological Maltreatment of Women Inventory) Bestandsaufnahme von psychologischer Misshandlung von Frauen Tolman 1989; Hedin / Janson 1999.	Misst psychische Gewalt von männlichen Partner an Frauen. Tolman (1989) entwickelt das Instrument aus der CTS und dem ISA. Es umfasst zwei Punkte: Dominierung - Isolation und mental-verbale Gewalt. Dominierung – Isolation meint Handlungen, die auf männliche Kontrolle hinweisen, z.B. er macht Witze über ihr Aussehen, kritisiert ihre Haushaltsführung, kontrolliert ihr Zeitbudget, gibt Geld aus ohne sie zu fragen, benimmt sich eifersüchtig oder misstrauisch ihren Freunden gegenüber, beschuldigt sie einer Beziehung mit einem anderen Mann, schränkt ihren Möglichkeiten zu telefonieren ein, grenzt ihre Bewegungsfreiheit außer Haus ein. Mental-verbale Gewalt umfasst u.a. folgende Handlungen: er behandelt sie, als wäre sie dumm, würdigt sie herab, gibt ihr Schimpfwörter, beschuldigt sie gewalttätig zu sein, verändert unerwartet seine Stimmung. Die in der PMWI verwendeten Verhaltensäußerungen beschreiben Gewalt gegen Frauen sehr gut. Allerdings können manche Verhaltensweisen auch von Zeit zu Zeit in jeder Beziehung vorkommen z.B. sich anschreien (Tolman 1989).
AAS (Abuse Assessment Screen) Fragebogen zur Erhebung von Misshandlungen McFarlane u. a. 1992; McFarlane / Parker 1994; Norton u.a. 1995; Stenson u.a. 2001a.	Der AAS umfasst fünf Punkte, die die Anzahl der physischen und sexuellen Gewalttaten sowie die Angst vor dem Täter während des gesamten Lebens, in den letzten 12 Monaten und nach der Schwangerschaft messen. Der Fragebogen beinhaltet auch eine Body Map, in der die durch Gewalt verursachten Verletzungen eingetragen werden können. Gewalt wird zuverlässig und akkurat erhoben (McFarlane u.a. 1992). Der AAS sollte um Fragen zu psychischer Gewalt ergänzt werden (Stenson 2001a).
PVS (Partner Violence Screen) Fragebogen zu Gewalt in Partnerschaften Feldhaus u.a. 1997.	Der PVS besteht aus 3 Fragen, einer zu physischer Gewalt und zwei zur Wahrnehmung der Frau hinsichtlich ihrer Sicherheit. Die Forschergruppe testete die Genauigkeit des PVS gegenüber CTS und ISA in zwei Spitalsnotaufnahmen in Denver, USA. Ihre Schlussfolgerungen: Die Sensitivität des PVS ist ungenügend; mindestens eine Frage sollte sexuelle Gewalt ansprechen, eine weiter Frage sollte in etwa lauten „Sind Sie hier wegen einer Verletzung oder Krankheit, die durch Partnergewalt verursacht wurde?“. Die Forschergruppe empfiehlt, dass die Fragen nach Gewalt in Beziehungen nicht auf den jetzigen Partner beschränkt sein sollten, sondern frühere Partnerschaften mit einbeziehen sollten, da dies das Risiko für Verletzungen und Gewalt erhöht.

ANHANG 4

Prävalenz und Folgen von Gewalt während und nach der Schwangerschaft

Forscher/innen, Kurztitel der Studie, Jahr und Land	Ziel	Zielgruppe und Datensammlung	Resultate
McFarlane u.a. Assessing for abuse during pregnancy 1992 USA	Erhebung der Beziehung zwischen Vorkommen, Häufigkeit bzw. Schwere von physischer Gewalt während der Schwangerschaft und Beginn der pränatalen Vorsorge.	691 Frauen wurden mit dem AAS während ihres ersten Besuchs in einer Pränatal-Einrichtung interviewt. Zusätzlich wurden Fragen von CTS und ISA verwendet. Einschätzung des Tötungsrisikos von Opfern von Gewalt (Danger Assessment Screen).	17 % hatten physische oder sexuelle Gewalt während der Schwangerschaft erlebt. Frauen, die Gewalt erfahren hatten, kamen zweimal so häufig erst im letzten Trimester zur Untersuchung als Frauen, die keine Gewalt erlebt hatten.
Berenson u.a. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women 1994 USA	Erhebung der Beziehung zwischen physischer Gewalt in der Schwangerschaft und niedrigem Geburtsgewicht.	32 Frauen, die in Schwangerschaft Gewalt erfahren haben und 352 Frauen ohne Gewalterfahrungen wurden interviewt.	Frauen, die Gewalt in der Schwangerschaft erfahren hatten, hatten zweimal so häufig Frühgeburten und ein doppelt so großes Risiko für Infektionen des Uterus im Vergleich zu Frauen, die angaben, keine Gewalt erfahren zu haben.
Gielen u.a. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year 1994 USA	Erhebung der Häufigkeit und Schwere von Gewalt nach der Geburt.	275 Frauen wurden dreimal während der Schwangerschaft und sechs Monate nach der Geburt interviewt.	Mäßige bzw. schwere Gewalt war häufiger nach der Geburt (bei 25% der Frauen) als vor der Geburt (19%). Frauen, die Gewalt erlebten, waren besser ausgebildet, ihre Partner nahmen gelegentlich Drogen. Faktoren, die Frauen schützen, waren höheres Alter und Unterstützung durch Freunde.
Stewart Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy 1994 Kanada	Einschätzung des Risikos Opfer von Gewalt nach der Geburt zu werden, wenn die Frauen bereits während der Schwangerschaft von Gewalt betroffen waren.	Interviews mit 30 Frauen, die während der Schwangerschaft von physischer Gewalt betroffen waren. Erhoben wurde die Häufigkeit von Gewalt drei Monate vor der Schwangerschaft, einmal in jedem Trimester der Schwangerschaft und drei Monate nach der Entbindung.	27 der insgesamt 30 Frauen berichteten von gesamt 57 gewalttätigen Vorfällen in den drei Monaten nach der Geburt. Die durchschnittliche Häufigkeit lag signifikant höher als in den anderen 3-Monatszeiträumen. 16 Frauen litt an schweren Depressionen, 9 hatten andere psychiatrische Störungen. 14 Frauen wurden nach der Schwangerschaft Verletzungen zugefügt, die ärztlich behandelt werden mussten.
Dye u.a. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia 1995 USA	Untersuchung der Auswirkung physischer Gewalt während der Schwangerschaft.	364 schwangere Frauen. Untersucht wurden die ärztliche Dokumentation zu Geburt und zur Zeit nach der Geburt. Interviews.	15,9 % der Frauen berichteten während der Schwangerschaft von Gewalt betroffen gewesen zu sein. Die misshandelten Frauen waren häufig Teenager, Erstpatientinnen, sie rauchten häufiger und hatten öfter Komplikationen mit dem Fötus oder Fehlgeburten.

Gazmarian u.a. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns	Untersuchung der Verbindung zwischen physischer Gewalt und nicht-geplanter/ungewollter Schwangerschaft.	12 612 Frauen. Fragebogen-Studie zu physischer Gewalt 12 Monate vor der Geburt und 3-6 Monate nach der Geburt in vier US-Staaten in den Jahren 1990 und 1991.	3,8% - 6,9% (je nach Bundesstaat) der Frauen waren von physischer Gewalt betroffen. Eine ungewollte Schwangerschaft vergrößerte das Risiko um das 4,1-fache von physischer Gewalt durch den Partner betroffen zu sein verglichen mit Frauen, die gewollt schwanger geworden waren.
1995 USA			
McFarlane u.a. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy	Untersuchung der Auswirkung von physischer Gewalt, Rauchen und Alkohol- bzw. Drogenkonsum auf das Geburtsgewicht.	1203 schwangere Frauen. Interviews mit AAS während des ersten und zweiten Besuchs in den Pränataleinrichtungen und während des letzten Trimesters. Geburtsgewicht der Dokumentation entnommen.	16% der Frauen waren von physischer Gewalt betroffen, 30% rauchten und 12% konsumierten während der Schwangerschaft Alkohol bzw. Drogen. Physische Gewalt und Alkohol- und Drogenkonsum bedingten ein höheres Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht.
1996 USA			
Saurel-Cubizolles u.a. Violence conjugale après une naissance	Erhebung der Prävalenz von Gewalt in Beziehungen in den 12 Monaten nach der Geburt.	Umfrage in drei Geburtenstationen unter Erst- und Zweitgebärenden. Interviews drei Tage nach der Entbindung. Postalische Fragebogen nach 5 und 12 Monaten nach der Geburt. 706 Frauen nahmen teil.	4,1% der Frauen waren von Gewalt durch den Partner nach der Geburt betroffen. Höhere Rate an Fehlgeburten, häufiger Gebrauch von Psychopharmaka und häufigeres Auftreten von Depressionen. Risikofaktoren: instabile Beziehung, getrennt lebend, Partner arbeitslos. Das Alter der Frauen, ihr Bildungsniveau und ihr Beruf waren insignifikant. Keine Wechselbeziehung zwischen Gewalt an der Mutter und Gesundheit des Kindes. Schlussfolgerung: Viele von Gewalt betroffene Frauen suchen Hilfe bei ihrer/m Gynäkologin/en bzw. praktischer/m Ärztin/Arzt, da sie sich der psychischen, psychosomatischen Probleme bewusst sind. Problem ist, dass sie selten nach Gewalterfahrungen gefragt werden.
1997 Frankreich			
Grimstad u.a. Abuse history and health risk behaviors in pregnancy	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen vorherigen Erfahrungen von sexueller/physischer Parthergewalt und Rauchen/ Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.	Interview mit 83 Frauen, die ein Kind unter 2500g geboren hatten und 92 Frauen, die ein normalgewichtiges Kind bekommen hatten.	26% hatten sexuelle oder physische Gewalt erlebt. Kein Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht und Gewalt. Opfer von Gewalt rauchten und konsumierten Alkohol häufiger als Frauen ohne Gewalterfahrungen.
1998 Norwegen			
Campbell u.a. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight	Untersuchung der Auswirkung von Parthergewalt auf das Geburtsgewicht.	1004 Frauen. Interviews mit modifiziertem AAS und ISA im Zeitraum von 72 Stunden nach der Entbindung. Getrennte Analyse von 252 Normalgeburten und 326 Frühgeburten.	Sowohl physische als auch nicht-physische Gewalt erhöhten das Risiko für geringes Geburtsgewicht bei vollausgetragenen Schwangerschaften. Bei Frühgeburten spielten Gewalterfahrungen keine Rolle.
1999 USA			

Cokkinides u.a. Physical violence during pregnancy 1999 USA	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen physischer Gewalt im Jahr vor der Geburt und Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburtsgewicht und Frühgeburten.	6143 Frauen, die von 1993-1995 ein Baby geboren haben. Fragebogen-Studie.	11 % der Frauen hatten physische Gewalt erlebt. Sie hatten häufiger einen Kaiserschnitt und mussten überdurchschnittlich oft vor der Geburt in Spitalsbehandlung wegen Niereninfektionen, vorzeitigen Kontraktionen oder Verletzungen verursacht durch Schläge auf den Bauch oder durch Stürze.
Renker Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents 1999 USA	Untersuchung der Folgen von physischer Gewalt während der Schwangerschaft	139 Frauen wurden interviewt. Dokumente der Gesundheitseinrichtungen über die Interviewpartnerinnen wurden analysiert.	22 % der Frauen berichteten über physische Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft.
Hedin und Janson The invisible wounds: the occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year 1999 Schweden	Erhebung der Häufigkeit von Drohungen mit Gewalt sowie von physischer und sexueller Gewalt vor und während der Schwangerschaft.	207 schwangere, per Zufall ausgewählte Frauen in drei Pränatal-Kliniken in Göteborg. Interviews mit standardisiertem Fragebogen (unter Verwendung u.a. des SVAW) zu Gewalterfahrungen im vergangenen Jahr und während der jetzigen Schwangerschaft.	24,5 % der Frauen waren während der letzten 6 Monate Opfer von Drohungen mit Gewalt, physischer oder sexueller Gewalt. 14,5% waren von psychischer Gewalt betroffen. 14,5% waren mit leichter Gewalt bedroht worden, 2,9% mit schwerer Gewalt. 11% hatten leichte Gewalt erfahren, 4,3% geringfügige, 2,4% mäßige und 4,3% schwere Gewalt. 3,3% waren Opfer von sexueller Gewalt geworden.
Goodwin u.a. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy 2000 USA	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen ungewollten Schwangerschaften und körperlicher Gewalt vor und während der Schwangerschaft.	Fragebogen-Studie in 14 US-Bundesstaaten mit 39 348 Teilnehmerinnen, die zwei bis sechs Monate davor entbunden haben.	Eine ungewollte Schwangerschaft erhöhte das Risiko von physischer Gewalt vor und während der Schwangerschaft betroffen zu sein um das 2,5-fache. Opfer von Gewalt waren jünger, farbig, unverheiratet, weniger gebildet, lebten in beengten Verhältnissen, kamen später zu den Untersuchungen und rauchten im letzten Trimester der Schwangerschaft häufiger als jene, die nicht von Gewalt betroffen waren.
Hedin und Janson Domestic violence in pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance abuse, abortions and miscarriages 2000 Schweden	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft und Körperverletzungen, Alkoholkonsum, Rauchen und Fehlgeburten sowie ein Vergleich sozio-ökonomischer Faktoren zwischen von Gewalt betroffenen und nicht betroffenen Frauen.	207 Frauen. Interview unter Verwendung des SVAW im ersten, zweiten und letzten Trimester der Schwangerschaft in drei Pränatalkliniken in Göteborg.	30 Frauen hatten symbolische Gewalt durch den Partner erlebt. 4,3% waren Opfer von schwerer Gewalt. Frauen, die Gewalt erfahren hatten, waren signifikant jünger, hatten ein geringeres Einkommen, waren weniger gebildet und hatten mehr Fehlgeburten als durchschnittlich. Es ergaben sich keine Unterschiede, was den Alkoholkonsum und das Rauchen anbelangte.

Hedin Postpartum, also a risk period for domestic violence 2000 Schweden	Untersuchung der Prävalenz von physischer und sexueller Gewalt nach der Entbindung.	207 Frauen. Fragebogen-Studie unter Verwendung des SVAW zu Drohungen mit Gewalt und physischer und sexueller Gewalt in den acht Wochen nach der Geburt geworden. 22 von ihnen gaben an, dass sie zuvor noch keine Gewalt erfahren hatten. Frauen, die nach der Geburt von Gewalt betroffen waren, waren älter und häufiger verheiratet als Frauen, die vor oder in der Schwangerschaft Gewalt erlebt hatten.	32 Frauen waren Opfer von Drohungen mit Gewalt oder physischer oder sexueller Gewalt in den acht Wochen nach der Geburt geworden. 22 von ihnen gaben an, dass sie zuvor noch keine Gewalt erfahren hatten. Frauen, die nach der Geburt von Gewalt betroffen waren, waren älter und häufiger verheiratet als Frauen, die vor oder in der Schwangerschaft Gewalt erlebt hatten.
Stenson u.a. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden 2001a Schweden	Untersuchung von Gewalt durch den jetzigen Partner oder ein anderes Familienmitglied vor und während der Schwangerschaft. Schwerpunkt auf physischer Gewalt.	1038 Frauen. Interviews unter Verwendung des AAS in Pränatalkliniken in Uppsala in den Jahren 1997 bis 1998. Die Interviews wurden entweder dreimal (n=797), zweimal (n=195) oder einmal (n=46) im Schnitt in der 15. und/oder 34. Schwangerschaftswoche und/oder 11 Wochen nach der Entbindung durchgeführt.	19,4 % hatten emotionale, physische oder sexuelle Gewalt in ihrem Leben erfahren. 2,8% berichteten, Opfer von physischer Gewalt im Jahr vor, während oder in den Wochen nach der Schwangerschaft geworden zu sein. Opfer von Gewalt hatten häufiger Fehlgeburten und allgemeine Gesundheitsprobleme (gynäkologische Erkrankungen oder Operationen, Bronchitis, Asthma, oder bedurften psychiatrischer Behandlung), Harnwegsinfektionen während der Schwangerschaft und/oder Frühgeburten (im Vergleich zu den Frauen, die keine Gewalt erlebt hatten).
Hellbernd u.a. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung 2003 Deutschland	Untersuchung der Prävalenz häuslicher Gewalt.	806 Face-to-Face-Interviews mit Patientinnen zwischen 18 und 60 Jahren in der Notaufnahme der Universitätsklinik Benjamin Franklin in Berlin.	Von den Frauen, die bereits Gewalt erfahren hatten und auch schwanger waren, berichteten 13,5% auch während der Schwangerschaft körperlich misshandelt worden zu sein.
Gloor und Meier Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum 2004 Schweiz	Erhebung der Prävalenz von häuslicher Gewalt.	1772 Fragebögen, hauptsächlich bei Post versandt und von den Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli in Zürich selbst ausgefüllt.	8,5% der Frauen, die in den letzten 12 Monaten schwanger gewesen waren, gaben an durch Gewalt ihres Partners betroffen gewesen zu sein. Dem gegenüber standen 7,3% an von Gewalt betroffenen Frauen, die während dieses Zeitraums nicht schwanger gewesen waren.
Perttu Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic 2004 Finnland	Erhebung der Prävalenz von Partnergewalt in der jetzigen Beziehung, während der Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum ersten Geburtstag des jüngsten Kindes.	1020 Frauen (2000) und 510 (2002) wurden von Hebammen und Krankenschwestern in Pränatal- und Postnataalkliniken in sieben Gemeinden interviewt. Die erste Untersuchung wurde 2000, die zweite 2002 durchgeführt.	Ergebnisse von 2000: 18% der Frauen hatten in ihrer jetzigen Beziehung physische oder sexuelle Gewalt oder Drohungen mit Gewalt erlebt. Die Risikogruppen waren Frauen zwischen 18 und 24 Jahren in einer Lebensgemeinschaft und mit einem Kind unter sieben Jahren. Ergebnisse von 2002: 11% der Frauen waren Opfer von physischer oder sexueller Gewalt oder Drohung mit Gewalt während der Schwangerschaft gewesen, 11% im ersten Lebensjahr des Kindes.

Molzan Turan u.a. Violence against women around pregnancy: a study in Italy	Erhebung der Häufigkeit von Gewalt während der Schwangerschaft und nach der Entbindung; Identifikation von Risikofaktoren.	352 Patientinnen der Geburtsklinik in Triest wurden unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens von geschulten Frauen interviewt. 2-3 Tage nach der Geburt face-to-face, 7 Monate nach der Entbindung per Telefon.	Geringe Häufigkeit von Partnergewalt: 1,1% waren Opfer von physischer Gewalt vor (12 Monate) oder während der Schwangerschaft geworden, 2,3% hatten andere Formen von Gewalt erlebt (nicht aber sexuelle Gewalt). Risikofaktoren: nicht-geplante/ungewollte Schwangerschaft, niedriges Alter, Migrantin, 3 oder mehr Kinder, unverheiratet, unregelmäßige Beschäftigung (auch des Partners).
Bacchus u.a. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy	Erhebung der Prävalenz von häuslicher Gewalt durch Hebammen, die in der Befragung geschult worden waren.	1561 Frauen im Alter von 16 Jahren und darüber wurden zwischen 14.9.1998 und 21.1.1999 in der Geburtenabteilung des Guy and St. Thomas NHS Hospital Trusts in Südlondon nach häuslicher Gewalt befragt. Hebammen sollten routinemäßig beim Erstkontakt, in der 34. Schwangerschaftswoche und nach der Entbindung (max. 10 Tage) fragen. Unter Verwendung einer Variante des AAS. 265 Aufzeichnungen wurden für die rückblickende Fallstudie herangezogen.	Die Prävalenz von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft war 1,8% beim Erstkontakt, 5,8% in der 34. Woche und 5% in den 10 Tagen nach der Entbindung. 892 Frauen wurden mindestens einmal befragt, davon 67 zweimal und 19 dreimal. Von den 892 berichteten 22 (2,5%) mindestens einmal von Gewalt während der Schwangerschaft. In der rückblickenden Fallstudie wurde ein Fall (0,37%) von häuslicher Gewalt entdeckt. Schlussfolgerung: Routinemäßige Befragungen im Bereich der Geburtsmedizin erhöhen die Erkennungsrate und ermöglichen es den Frauen früher Hilfe zu bekommen.
Bacchus u.a. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health	Erhebung der Prävalenz von häuslicher Gewalt und ihrer Beziehung zu Geburtskomplikationen sowie zur psychischen Gesundheit von Frauen auf Prä- und Postnatalstationen.	200 englischsprachige Frauen im Alter von 16 Jahren und darüber wurden in einem innerstädtischen Lehrspital in London zwischen Juli 2001 und April 2002 interviewt. Zur Feststellung von Erfahrungen von häuslicher Gewalt wurde der AAS verwendet. Depression wurde mit Hilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) erhoben.	23,5 % der Frauen hatten in ihrem Leben Gewalt erfahren, 3% während der jetzigen Schwangerschaft. Frauen mit Gewalterfahrungen waren signifikant häufiger alleinstehend, getrennt oder nicht-zusammenwohnend lebend und hatten im Jahr vor und /oder während der Schwangerschaft geraucht. Höhere Ergebnisse in der EPDS standen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, alleinstehend, getrennt oder nicht-zusammenwohnend lebend und mit Geburtskomplikationen. Eine Geschichte an Gewalterfahrungen und höhere Ergebnisse auf der EPDS waren signifikant verbunden mit Geburtskomplikationen. Schlussfolgerung: Gewalt in Beziehungen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Geburtskomplikationen und depressiver Symptomatologie.

Trotz einiger Unterschiede ergaben die meisten Studien gewisse Indikatoren für Gewalt in der Schwangerschaft. Das Risiko von Gewalt betroffen zu sein ist größer, wenn die Frauen in ärmlichen sozialen Verhältnissen leben, wenn die Schwangerschaft nicht geplant oder unerwünscht war und wenn es sich bei den Mütter noch um Teenager handelt (vgl. McFarlane u.a. 1992, Dye u.a. 1995, Gazmararian u.a. 1995, Goodwin u.a. 2000, Hedin und Janson 2000, Saurel-Cubizolles u.a. 1997). Frauen, die in der Schwangerschaft Gewalt erleiden, haben öfter Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten, Frühgeburten, verschiedene Komplikationen, allgemeine Gesundheitsproblem und Kaiserschnitte (vgl. Berenson u.a. 1994; Dye u.a. 1995; Cokkinides u.a. 1999; Renker 1999; Hedin und Janson 2000; Stenson u.a. 2001a; Saurel-Cubizolles u.a. 1997).

Misshandelte Frauen kommen später in die Geburts- und Kindermedizinkliniken als durchschnittlich (McFarlane u.a. 1992; Goodwin u.a. 2000). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass physische Gewalt durch den Partner und die Ausübung von Macht und Kontrolle die Frauen daran hindern in die Gesundheitseinrichtungen zu kommen (McFarlane u.a. 1992).

Frauen, die während der Schwangerschaft Opfer von Partnergewalt werden, rauchen, konsumieren Alkohol und Drogen öfter als jene Frauen, die keine Gewalt erleben (Dye u.a. 1995; McFarlane u.a. 1996; Grimstad u.a. 1998; Renker 1999; Goodwin u.a. 2000).

Hinsichtlich eines niedrigen Geburtsgewichts gibt es keine schlüssigen Ergebnisse. Während einige Studien auf einen Zusammenhang zwischen Misshandlung und niedrigem Geburtsgewicht schließen lassen (McFarlane u.a. 1996; Renker 1999), lassen sich in anderen keine Zusammenhänge finden (Grimstad u.a. 1999).

Aus den deutschsprachigen Ländern ist bis dato wenig über die Prävalenz von Gewalt in der Schwangerschaft bekannt. In Österreich scheint es keinerlei Forschungen zu diesem Thema gegeben zu haben (Korrespondenz der Autorin mit Dr. Erika Baldaszi vom Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung im April 2005).

Schwangerschaften durch Vergewaltigungen und ihre Folgen

Obwohl die nationale Umfrage zu Gewalt an Frauen in Frankreich ENVEFF (Enquête nationale - Les violences envers les femmes en France) (Jaspard u.a. 2003) sehr umfassend war (6970 Telefoninterviews im Jahr 2000), gab es keine expliziten Fragen zu Gewalt in der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Die einzigen Daten, die zu diesem Thema in Verbindung stehen, beziehen sich auf Schwangerschaften, die durch erzwungenen Geschlechtsverkehr zustande kamen. 11,6% der Frauen, die vergewaltigt worden waren, wurden schwanger. Ein Drittel von ihnen war jünger als 18 Jahre. Zwei Drittel entschieden sich für eine Abtreibung.

Die Schätzungen für Schwangerschaften durch Vergewaltigungen liegen zwischen 5 und 18 Prozent (Heise 1994). In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2000, durchgeführt von Susanne Heynen (basierend auf Interviews mit 445 Frauen), stellte sich heraus, dass alle Frauen, die von ihrem Partner vergewaltigt worden waren und Kinder hatten, auch durch eine Vergewaltigung schwanger geworden waren (Heynen 2003). Sie gebaren das Kind oder erlitten eine Fehlgeburt. Frauen werden hin- und hergerissen zwischen dem Bemühen, die Kinder zu lieben - was auch von Müttern erwartet wird - und Gefühlen der Ablehnung dieses Kindes. Normalerweise gestehen sich diese Frauen keine negativen Gefühle zu und sprechen zu niemandem darüber. Die Mutter-Kind-Beziehung ist jedoch über Jahre hinweg gestört, besonders dann, wenn das Kind ein Junge ist, da die Assoziationen mit dem Täter dadurch stärker sind.

Quellenverzeichnis

- Bacchus, Lorraine / Mezey G. / Bewley S (2002), Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, S.9-16
- Bacchus, Lorraine / Gill Mezey / Susan Bewley / Alison Haworth (2004a), Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy, in: *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, May 2004, Vol. 111, S. 441-445
- Bacchus, Lorraine / Gillian Mezey / Susan Bewley (2004b), Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health, in: *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology*, Vol. 113 (2004), S. 6-11
- Berenson AB, Wieman CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD (1994), Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 6, S. 1760-1766
- Bowker LH, Arbitell M, McFerron JR (1988), On the relationship between wife beating and child abuse. In: Ylö K. & Bograd M (Hrsg.), *Feminist perspectives on wife abuse*. Sage Publications, Thousand Oaks/London/New Delhi
- Briere J and Runtz M (1989), The trauma symptom checklist, TSC 33. *Journal of Interpersonal Violence* 4, S. 151 – 162
- Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, Fuchs SC (1999), Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multi-ethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology* 7, S. 714-726
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L (1999), Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 5 Pt 1, S. 661-666
- Dutton D (1995), *The Domestic Assault of Women. Psychological and Criminal Justice Perspectives*. UBC Press, Vancouver, Kanada.
- Dye TD, Tolliver NJ, Lee RV, Kenney CJ (1995), Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1, S. 35-47.
- Ekholm T and Sorsa H (2004), Malmi Hospital of Helsinki City / The Emergency Unit.
- Everstine D and Everstine L (1993), *The Trauma Response: Treatment for Emotional Injury*. New York and London: W.W. Norton & Company.
- Feldhaus K.M, Koziol-McLain J, Amsbury H.L, Norton I.M, Lowenstein S.R, Abbot J.T (1997), *JAMA*, May 7, 1997, Vol 277, No 17, S. 1357-1361.
- Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, Johnson CH, Bruce FC, Marks JS, Zahniser SC (1995), The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstetrics and Gynecology* 6, S. 1031 – 1038.
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS (1996), Prevalence of violence against pregnant women. *The Journal of the American Medical Association* 24, S. 1915-1920.
- Gielen AC, O'Campo PJ, Faden RR, Kass NE, Xue X (1994), Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Social Science & Medicine* 6, S. 781-787.
- Gloor, D and Meier H (2004), Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung der Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bern.
- Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE and the PRAMS Working Group (2000), Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the pregnancy risk assessment monitoring system 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal* 2, S. 85-92.
- Greater London Authority (2001), *The London Domestic Violence Strategy*, in: Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (2005), *Domestic violence Guidelines for Midwives and Obstetricians*
- Grimstad H, Backe B, Jacobsen G, Schei B (1998), Abuse history and health risk behaviors in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 9, S. 893-897.
- Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G (1999), Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight. *Journal of Women's Health & Gender – Based Medicine* 6, S. 847-853.
- Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO (1999), Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 4, S. 310-315.

- Hedin LW and Janson PO (1999), The invisible wounds: the occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 3, S. 136 - 144
- Hedin LW (2000), Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 1, S. 41 – 45
- Hedin LW and Jansson PO (2000), Domestic violence in pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance abuse, abortions and miscarriages. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 8, S. 625-630
- Heise, Lori (1994), Gender-based violence and women's reproductive health, in: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 46 (1994), S. 221-229
- Heiskanen M and Piispa M (1998), Faith, Hope and Battering. A Survey of Men's Violence against Women in Finland. Statistics Finland; Council of Equality: Justice 1998:20. Helsinki
- Hellbernd, Hildegard/ Petra Brzank / Karin Wieners / Ulrike Maschewsky-Schneider (2003), *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung*. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Berlin
- Heynen Susanne (2003), *Häusliche Gewalt: direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder*, www.karlsruhe.de/Jugend/Kinderbuero/Download/pg.pdf, 2005-04-12
- Hotch D, Grunfeld A, Mackay K, & Covan L. (1995), Domestic Violence Intervention By Emergency Department Staff. Vancouver Hospital & Health Sciences Centre. Kanada.
- Hudson W and McIntosh S (1981), The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family* 43 (November 1981), S. 873-885
- Huth-Bocks AC / AA Levendosky / GA Bogart (2002), The effects of violence during pregnancy on maternal and infant health, in: *Violence and Victims*, Vol. 17 (2002), S. 169-185
- Jaffe P.G, Wolfe D.A, Wilson S.K (1990), *Children of Battered Women*. Sage Publications
- Jaspard, M / E Brown / S Condon / D Fougeyrollas-Schwebel / A Houel / B Lhomond / F Maillochon / M-J Saurel-Cubizolles / M-A Schiltz (2003), *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris
- Johnson, JK / F Haider / K Ellis / DM Hay / SW Lindow (2003), The prevalence of domestic violence in pregnant women, in: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 110 (2003), S. 272-275
- Marshall LL (1992), Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence* 2, S. 103-121.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L (1992), Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *The Journal of the American Medical Association* 23, S. 3176-3178
- McFarlane J and Parker B (1994), Preventing abuse during pregnancy: An assessment and intervention protocol. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing* 6, S. 321-324
- McFarlane J, Parker B, Soeken K (1996), Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 4, S. 313-320
- Molzan Turan J, Romito P, Lucchetta C and Scrimin F (2004), Violence against women around pregnancy: a study in Italy. Presentation in CAHRV (Co-ordination Action on Human Rights) conference in the University Paris 1 –La Sorbonne, Paris 26.-28.9.2005.
- Norton L, Peipert J, Zierler S, Lima B, Hume L (1995), Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods. *Obstetrics and Gynecology* 3, S. 321 – 325
- Pence E. and Paymar M (1993), Education groups for men who batter, The Duluth model. Springer Publishing Company. New York
- Perttu S (2004), Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic. *Reports of the Ministry of Social Affairs and Health*, ISSN 1236-2115; 2004:6. Helsinki, Finland (in Finnish). Annex 2.
- Renker PR (1999), Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents. *Journal of Obstetric and Neonatal Nursing* 4, S. 377-388
- Ross SM (1996), Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child Abuse & Neglect* 7, S. 589-598
- Saurel-Cubizolles, M-J / B Blondel / N Lelong / P Romito (1997), Violence conjugale après une naissance, in: *Contraception Fertilité Sexualité*, 1997, Vol. 25, no 2, S. 159-164

- Schornstein SL (1997), Domestic violence and health care. What every professional needs to know. Sage Publications, London.
- Stark E and Flitcraft A (1996). Women at Risk. Domestic Violence and Women's Health, Sage Publications, London.
- Status of Women Council of the Northwest Territories (1995), From Dark to Light. Regaining a Caring Community. Kanada.
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A (2001 a), The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 4, S. 189-197.
- Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B (2001 b), Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery 1, S. 2-10.
- Stewart DE (1994), Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. Canadian Medical Association Journal 11, S. 1602 – 1604.
- Straus MA (1979), Measuring intrafamily conflict and violence. The conflict tactics, CT, scales. Journal of Marriage and the Family 41 (Februar 1979), S. 75 – 88.
- Tolman RM (1989), The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. Violence Victims 3, S. 159-177.
- van der Kolk B A, McFarlane A C & Weisaeth L (ed.) (1996), Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. The Guilford Press.
- WHO (2002), World Report on Violence and Health, Genf.

Weiterführende Literatur

- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) (Hg.) (1997): Weg aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) 9. und 10. November 1996 in Bad Pyrmont. Bünde
- Benard, Cheryl; Schlaffer, Edith; Mühlbach, Britta; Sapik, Gabriele (1991): Gewalt in der Familie: Teil I: Gewalt gegen Frauen. Wien (BMfUJF).
- Büttner, Monika (1997): Weibliche Biographie und Gewalterfahrung in Paarbeziehungen. Integrationschancen subjektiver Bewältigungs- und Präventionsstrategien (Siegener Frauenforschungsreihe, Bd. 5). Frankfurt am Main.
- Dutton, Mary Ann (1992/2002): Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention. (Org.: Empowering and Healing the Battered Women). Bern.
- Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hg.) (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart (2. Aufl.).
- Ehler, Martin; Lorke, Beate (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. In: Psyche, 42. Jg., H. 6, S. 502-531.
- Erfmann, Anja (2001): Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Diplomarbeit. Kiel.
- Feldmann, Harald (1991): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur post-traumatischen Belastungsreaktion. Stuttgart.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart.
- Friedrich, Jule (1997): Auswirkungen negativer sexueller Erfahrungen auf Schwangerschaft und Geburtserleben. In: Dr. med. Mabuse, Jg. 1997, H. 110.
- Friedrich, Jule (1996): Betreuung von Frauen, die sexuell mißbraucht worden sind. Deutsche Hebammenzeitschrift 1996, Dez, 48(12), 564-7
- Godenzi, Alberto (1994): Gewalt im sozialen Nahraum. Basel / Frankfurt am Main.
- Hagemann-White, Carol (1998): Gewalt gegen Frauen und Mädchen – welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit? In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Verbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern, S. 142-154.
- Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese (1996): Hilfen für vergewaltigte Frauen: Theoretische Konzepte und praktische Hilfen. Freiburg im Breisgau.
- Hellbernd, Hildegard; Wieners, Karin (2002): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. In: Jahrbuch Kritische Medizin 35, Hamburg.
- Herman, Judith L. (1994): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München
- Kavemann, Barbara; Hagemann-White, Carol; Leopold, Beate; Schirrmacher, Gesa (2001): Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt. „Wir sind ein Kooperationsmodell, kein Konfrontationsmodell.“ Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG) - Universität Osnabrück - (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 193). Stuttgart/ Berlin/ Köln. www.bmfsfj.de/Anlage7800/Bd._193.pdf
- Kretschmann, Ulrike (2002): Das Vergewaltigungstrauma: Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen. 2. Aufl. Münster.
- Lamprecht, Friedhelm; Lempa, Wolfgang; Sack, Martin (2000): Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen mit EMDR. In: Psychotherapie im Dialog (PID). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, H. 1, S. 45-51.
- Langkafel, Mathias (2000): Die Posttraumatische Belastungsstörung. In: Psychotherapie im Dialog (PID). Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, H. 1, S. 3-12.
- Mark, Heike (2000): Häusliche Gewalt gegen Frauen. In: Gesundheitsjournal der Plan- und Leitstelle Gesundheit Hohenschönhausen. Sonderausgabe. Bestelladresse: www.berlin.de/home/Land/Bas/Hohenschoenhausen/aktuell/Studie/Gewalt/
- Olbricht, Ingrid (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau, München (3. Aufl.).
- Peschers U./K. Jundt/G. Kindermann (2003): Gynäkologische Erkrankungen, Schwangerschaft und Geburt nach sexuellem Missbrauch, in „Der Gynäkologe Vol. 36/No. 1.

- Rauchfuß, Martina (1996): Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaftskomplikationen. In: Rauchfuß, Martina / Kuhlmeier, Adelheid / Rosemeier, Peter (Hg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neuefrauenheilkundliche Perspektive. Berlin , 65-93.
- Richter-Appelt, Hertha (Hg.) (1997): Verführung – Trauma – Missbrauch: (1896-1996). Giessen.
- Springer-Kremser, Marianne / Ringler, Marianne / Eder, Anselm (Hg.) (1991): Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Wien.
- Teege, F.; Schliefer, J. (2002): Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. In: Psychotherapeut, Vol. 47, H. 2, S. 90-97.
- Vogt, Irmgard (1993): Gewaltsame Erfahrungen. „Gewalt gegen Frauen“ als Thema in der Suchtkrankenhilfe. Bielefeld.
- Wenzlaff, R.; Goesmann, C.; Heine-Brüggerhoff, W. (2001): Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, Jg. 2001, H. 12, S. 16-18.
- Wetzels, Peter (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden.
- Wieners, Karin; Hellbernd, Hildegard (2000): Gewalt macht krank. Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit. Im Länderbericht Bundesrepublik Deutschland des European Women's Health Network EWHNET. www.gesundheit-nds.de/countries/germany/native/new/partOne.html#361
- Wimmer-Puchinger, Beate (1992): Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin / Heidelberg.

HILFSEINRICHTUNGEN

Österreich

Gewalt gegen Frauen

Verein Autonomer Österreichischer Frauenhäuser (Informationen und Adressen)

<http://www.aoef.at>

Frauenhelpline gegen Männergewalt (bundesweit, kostenlos 0800 222 555)

<http://www.frauenhelpline.at/>

Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen (Adressen)

<http://www.netzwerk-frauenberatung.at/>

Frauengesundheit

F.E.M. / M.E.N. – Institut für Frauen- und Männergesundheit (Wien)

<http://www.fem.at/home4x.htm>

Frauengesundheitszentrum Graz

<http://www.fgz.co.at>

Feministisches Frauengesundheitszentrum Trotula (Wien)

Tel: 01/319 45 74; E-mail: judith.trotula@aon.at

Linzer Frauengesundheitszentrum

<http://www.fgz-linz.at>

ISIS Frauengesundheitszentrum Salzburg

<http://www.frauengesundheitszentrum-isis.at>

Beratung für Migrantinnen

MAIZ – Autonomes Integrationszentrum für und von Migrantinnen (Linz)

<http://www.maiz.at/>

LEFO - Lateinamerikanische Emigrierte Frauen Österreichs (Beratung für Migrantinnen, Wien)

<http://www.lefoe.at>

Orient Express - Beratungs-, Bildungs- und Kulturinitiative (Wien)

<http://www.orientexpress-wien.at>

Peregrina - Beratungs-, Bildungs- und Therapieeinrichtungen für Migrantinnen (Wien)

<http://www.peregrina.at>

Gewalt gegen Kinder

Kinder und Jugendanwaltschaften Österreichs

<http://www.kija.at/>

die möve - Kinderschutzzentren

<http://www.die-moewe.at/index2.html>

Männerberatungsstellen

Männerberatungsstellen

<http://www.maenner.at>

weitere Adressen und Kontakte auf: <http://www.frauenratgeberin.at>

Deutschland

Gewalt gegen Frauen

Frauenhauskoordinierung (Informationen und Adressen)

<http://www.frauenhauskoordinierung.de/>

Autonome Frauenhäuser (Informationen und Adressen)

<http://www.autonome-frauenhaeuser-zif.de>

Frauennotrufe (Informationen und Adressen)

<http://www.frauennotrufe.de>

Frauengesundheit

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“

<http://ag.geburtskanal.de/asgsgw/>

Bundeskoordination Frauengesundheit
<http://www.bkfrauengesundheit.de>
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
<http://www.bzga.de>
EWHNET - Europäisches Netzwerk Frauengesundheit
<http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/start.htm>

Beratung für Migrantinnen

agisra Köln e.V.
<http://www.e-migrantinnen.de>
KOK- Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im
Migrationsprozess e.V.
<http://www.kok-potsdam.de/>
SOLWODI – Solidarität mit Frauen in Not
<http://www.solwodi.de/>

Gewalt gegen Kinder

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz
<http://www.bag-jugendschutz.de/index-baj.html>
Wildwasser (Beratung und Hilfe bei sexueller Gewalt an Kindern)
<http://www.wildwasser.de/>

Männerberatungsstellen

Gewaltberatungsstellen für Männer
http://www.4uman.info/seiten/wo/adressen/listen/liste_d.html

Schweiz und Liechtenstein

Gewalt gegen Frauen

Schweizer Frauenhäuser (Adressen und Informationen)
http://www.frauenhaus-schweiz.ch/d_start.html
BIF - Beratungs- und Informationsstelle für Frauen gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft
<http://www.bif-frauenberatung.ch>
Notruf und Beratungsstelle für Frauen - gegen sexuelle Gewalt
<http://www.frauenberatung.ch>

Beratung für Migrantinnen

FIZ – Fraueninformationszentrum für Frauen aus Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa (Beratung
und Information
<http://www.fiz-info.ch/>

Gewalt gegen Kinder

Kinderschutz Schweiz
<http://www.kinderschutz.ch>
Mädchenhaus
<http://www.maedchenhaus.ch>

Männerberatungsstellen

Männerbüro Region Basel
<http://mrb.ch/>
Mannebüro Züri
<http://www.mannebuero.ch/>

Luxemburg

Femmes en détresse (Frauenhäuser und Hilfseinrichtungen in Luxemburg)
<http://www.fed.lu>