

Häusliche Gewalt: Wie können Hebammen wirkungsvoll intervenieren?

Eine systematische Literaturreview

Bachelor-Thesis

Ming Mira

Rediger Tabea

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 31.7.2012

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	6
1.2 Eingrenzung	6
2 Theoretische Grundlagen	7
Um wirksame Betreuungsmethoden einschätzen zu können, werden in dieser Arbeit die Definition und der Themenbereich der häuslichen Gewalt, die rechtlichen Grundlagen in der Schweiz, den Umgang mit der gewaltbetroffenen Frau im Gesundheitswesen und das Konzept der Salutogenese aufgezeigt. Abschliessend wird der Kompetenzbereich der Hebamme in Bezug auf häusliche Gewalt dargestellt, um festzustellen, wo das Handlungsfeld für Hebammen liegt...	
2.1 Definition ‚häusliche Gewalt‘	7
2.2 Rechtliche Grundlagen in der Schweiz	12
2.3 Umgang mit der gewaltbetroffenen Frau im Gesundheitswesen in der Schweiz.....	12
2.4 Konzept der Salutogenese	17
2.5 Tätigkeitsfeld der Hebamme	18
3 Methode	19
3.1 Literatursuche	19
3.2 Literatúrauswahl.....	20
3.3 Literaturanalyse	20
4 Ergebnisse	24
4.1 Hausbesuche	35
4.2 Betreuung in der Klinik.....	38
5 Diskussion	46
6 Schlussfolgerungen	54
7 Literaturverzeichnis	56
8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	64
9 Abkürzungsverzeichnis	65

ABSTRACT

Problemlage: Die negativen Gesundheitsfolgen und damit verbundene Kosten der häuslichen Gewalt haben in den letzten Jahren weltweit dafür gesorgt, dass diesem Tabuthema mehr Beachtung geschenkt wird. Bei Schwangeren und Müttern, welche von häuslicher Gewalt betroffen sind, erreichen die Auswirkungen auch das (ungeborene) Kind. Eine Best Practice zur Gewaltverminderung im Gesundheitswesen gibt es nicht.

Zielsetzung und Fragestellung: Aus der aktuellen Literatur werden wirkungsvolle Interventionen und Betreuungsmöglichkeiten herausgearbeitet, wie Hebammen betroffene Frauen bedürfnisorientiert begleiten können. Folgende Fragestellung wurde abgeleitet: Welche Interventionen existieren und sind wirksam im Umgang mit Frauen, die vor, während und nach der Geburt von häuslicher Gewalt betroffen sind? Wie können Hebammen betroffene Frauen evidenzbasiert und bedürfnisorientiert betreuen?

Theoretischer Hintergrund: Die Definition und der Themenbereich der häuslichen Gewalt, die Rechtslage in der Schweiz, der Umgang mit den betroffenen Frauen im Gesundheitswesen, das Konzept der Salutogenese und der Kompetenzbereich der Hebamme werden diskutiert.

Methoden: Im Zeitraum von 2002 bis 2012 wurde auf vier medizinischen Datenbanken eine systematische Literatursuche durchgeführt. Neun Studien, zwei Reviews und zwei Leitlinien wurden ausgewählt. In der Analyse wurden deren Inhalte, Qualität und die Aussagekraft für die Beantwortung der Fragestellungen herausgearbeitet.

Ergebnisse: Fünf Interventionen in Form von Hausbesuchen oder Beratungen in der Klinik konnten häusliche Gewalt bedeutend reduzieren. Die Art der Interventionen und Qualität der Publikationen sind sehr unterschiedlich. Eine Betreuung von schwangeren Gewaltbetroffenen auch durch Hebammen wird empfohlen.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Wirkungsvolle Interventionen sollten kulturell angepasst und in die Praxis implementiert werden. Hebammen, wie auch andere Gesundheitsfachpersonen bringen bereits Kompetenzen mit, um betroffene Frauen adäquat betreuen zu können. Es besteht jedoch noch Schulungsbedarf. Bedürfnisse gewaltbetroffener Frauen vor-, während und nach der Geburt und wirkungsvolle Interventionen sollten weiter erforscht werden.

Schlüsselwörter: häusliche Gewalt, Schwangere, Mütter, Interventionen, bedürfnisorientiert, Hebammen

1 EINLEITUNG

In der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 steht im Artikel 3 geschrieben: „Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person“ (Office of the High Commissioner for Human Rights, n.d.). Dennoch sterben laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) jährlich weltweit mehr als 1.6 Millionen Menschen infolge von Gewalttaten. Jene Gewaltopfer, welche überleben, leiden an zahlreichen unterschiedlichen Gesundheitsproblemen (WHO, 2005). Die allgemeinen Kosten der Gewalt belaufen sich beispielsweise in England gemäss WHO (2004) auf 40.2 Milliarden US Dollar pro Jahr. Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitskosten wird durch häusliche Gewalt ausgelöst, eine in allen Ländern und allen Gesellschaftsschichten vorkommende und tabuisierte Gewaltform (WHO, 2003). Die Mehrheit der Opfer sind nach wie vor Frauen. In einer Studie von WHO (2005) wurden Erhebungen in zehn Ländern weltweit durchgeführt, wonach 15-71% der Frauen angaben, irgendwann in ihrem Leben von einem männlichen Intimpartner tätlich angegriffen worden zu sein.

Gemäss der letzten durchgeführten repräsentativen Studie über das Ausmass von häuslicher Gewalt in der Schweiz (Killias, Simonin & De Puy, 2004, zit. in Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau [EBG], 2009) werden 39,4% der Frauen mindestens einmal in ihrem Erwachsenenleben Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt. Wie viele Frauen insgesamt von häuslicher Gewalt betroffen sind, ist unklar. Es existiert keine gesamtschweizerische Statistik zum Thema häusliche Gewalt (EBG, 2007). So gibt es in der Schweiz beispielsweise die Opferhilfestatistik oder die polizeilich registrierten Tötungsdelikte, welche aber nur in begrenztem Ausmass Auskunft zum gesamten Themenbereich geben können (EBG, 2007). Ausserdem unterscheiden sich Zahlen über die Prävalenz, was durch die hohe Dunkelziffer in diesem Bereich erklärt wird (EBG, 2007).

In der Schweiz ist die Gewalt in Ehe und Partnerschaft seit 2004 als Straftat anerkannt (EBG, 2007). Diese Gesetzesänderung trug massgebend zu einer allgemeinen Enttabuisierung des Themas und Entwicklung interkantonalen Präventionsmassnahmen bei (Egger & Schär Moser, 2008). Trotzdem gibt es für dieses vielschichtige Problem der häuslichen Gewalt nicht eine einfache Lösung. Laut der WHO (2003, S. 33) lässt sich Gewalt „am ehesten verhüten, wenn man dabei umfassend und auf gesicherter wissenschaftlicher Grundlage vorgeht“. Dabei sind frühzeitig angesetzte und langfristige Inter-

ventionen am wirksamsten (WHO, 2003). In der Schweiz hat sich das EBG seit 2003 auf die Prävention und Bekämpfung von Gewalt in Paarbeziehungen und Trennungssituationen konzentriert. Aufgrund der Gesetzesanpassung konnten auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene Vernetzungs-, Koordinations- und Kooperationsstrukturen eingerichtet werden (Schwander, 2006). In einer Analyse von sechs Kantonen konnte gezeigt werden, dass bis im Jahr 2007 zahlreiche Fachstellen zum Thema häusliche Gewalt eingerichtet wurden, wobei sich bei der Finanzierung und der Erreichung von Migrantinnen Schwierigkeiten zeigten (Egger & Schär Moser, 2008).

Für die Risikofaktoren, Ursachen und Folgen von häuslicher Gewalt gibt es viele verschiedene Erklärungsansätze, weil Gewalt ein äusserst komplexes Phänomen darstellt und in Wechselwirkung mit zahlreichen biologischen, sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren steht (WHO, 2003). Die Risikofaktoren Schwangerschaft und Geburt als mögliche Auslöser für häusliche Gewalt, werden in Forschungsarbeiten zum Thema zahlreich aufgeführt (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010; EBG, 2009; Egger & Schär Moser, 2008; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004). Laut WHO (2005) erfahren weltweit zwischen 13-50% der Frauen das erste Mal in der Schwangerschaft physische Gewalt von einem Intimpartner. Es kann davon ausgegangen werden, dass Hebammen in ihrem Tätigkeitsfeld einer beträchtlichen Anzahl betroffener Frauen im gebärfähigen Alter begegnen. Die negativen physischen sowie psychischen Folgen sind verheerend (WHO, 2005). Im geburtshilflichen Kontext kommt die Problematik der möglichen Gefährdung des ungeborenen Kindes wie beispielsweise Aborte und Fehlgeburten (WHO, 2005) sowie ein signifikant leichteres Geburtsgewicht und eine höhere Anzahl an Frühgeburten hinzu (Shah, Shah & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births, 2010).

Entgegen dieser Erkenntnisse sowie der vorhandenen Gesetzgebung und Massnahmen von Polizei und Justiz wird die häusliche Gewalt im Gesundheitsbereich immer noch selten als Ursache gesundheitlichen Leidens wahrgenommen oder angesprochen (EBG, 2006). Im Rahmen des deutschen S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojektes in den Jahren 2000-2003 liegt der Grund dafür bei mehreren Barrieren seitens des Gesundheitspersonals sowie der betroffenen Frauen (Hellbernd, Brzank, Wieners & Maschewsky-Schneider, 2004). Nicht nur in der Schweiz wird durch die Aufnahme der Gesundheitsgeschichte (Anamnese) im geburtshilflichen Kontext eine Möglichkeit geschaffen, über Gewalterfahrungen zu sprechen. Das Problem liegt aber darin, dass die meisten Ge-

sundheitsfachpersonen, aus Angst, einer betroffenen Frau nicht genügend Hilfestellung bieten zu können, die Frage nach erlebter Gewalt nicht stellen (Bailey, 2010; Bänzinger, Bass, Fleischli, Triofini & Weingartner, 2007). Da Methoden existieren, um betroffene Frauen zu erkennen, ist es unumgänglich, dass Hebammen wirksame Interventionen kennen, um betroffene Frauen adäquat betreuen zu können. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Schritt in Form einer Literaturreview gemacht, um die Verantwortung der Gesundheitsprävention gegenüber Frauen, Familien und damit der Gesellschaft wahrzunehmen.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Diese Arbeit zielt darauf ab, wirkungsvolle Interventionen von Frauen prä-, peri- und postpartal, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, anhand bestehender Literatur darzustellen. Die Betreuung entspricht den Bedürfnissen der betroffenen Frauen. Der Handlungsbereich der Hebammen in der Praxis wird geklärt und Umsetzungsmöglichkeiten für wirkungsvolle Interventionen werden aufgezeigt. Aufgrund der Zielsetzung haben sich folgende drei Fragestellungen ergeben:

Welche Interventionen existieren im Umgang mit Frauen, die vor, während und nach der Geburt von häuslicher Gewalt betroffen sind?

Welche Interventionen schützen die betroffenen Frauen vor häuslicher Gewalt?

Wie können Hebammen betroffene Frauen evidenzbasiert und bedürfnisorientiert betreuen?

1.2 Eingrenzung

Der Fokus liegt auf dem Umgang mit häuslicher Gewalt, respektive wenn die Frau nachgewiesen davon betroffen ist und nicht auf den Erfassungsmethoden wie etwa der routinemäßigen Erfassung von häuslicher Gewalt. Die Arbeit konzentriert sich auf den Zeitraum, in welchem gewaltbetroffene Frauen von Hebammen betreut werden.

Eine Schwangerschaft, die durch sexuelle Nötigung entstanden ist oder die Betreuung einer Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch in Folge einer Vergewaltigung wird ausgeschlossen. Zudem wird die Frau als Täterin und der Mann als Opfer bei häuslicher Gewalt nicht thematisiert. Wenn die Betreuung angesprochen wird, geht es in dieser Arbeit um Frauen und diese werden auch als solche benannt.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Um wirksame Betreuungsmethoden einschätzen zu können, werden in dieser Arbeit die Definition und der Themenbereich der häuslichen Gewalt, die rechtlichen Grundlagen in der Schweiz, den Umgang mit der gewaltbetroffenen Frau im Gesundheitswesen und das Konzept der Salutogenese aufgezeigt. Abschliessend wird der Kompetenzbereich der Hebamme in Bezug auf häusliche Gewalt dargestellt, um festzustellen, wo das Handlungsfeld für Hebammen liegt.

2.1 Definition ‚häusliche Gewalt‘

Das Thema „häusliche Gewalt“ wird erst seit wenigen Jahrzehnten in der Öffentlichkeit diskutiert. Als Vorreiter gilt die Kinder- und Frauenbewegung der USA in den 60er Jahren. Im deutschsprachigen Raum wurde die häusliche Gewalt erst in den 70er Jahren wissenschaftlich thematisiert (Gloor & Meier, 2007; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006). In der Schweiz besteht der Begriff „häusliche Gewalt“ seit den 80er Jahren, als das Thema Gewalt gegen Frauen von der Neuen Frauenbewegung aufgegriffen wurde und erste Frauenhäuser entstanden. Mitte der 90er Jahre kristallisierte sich von Begriffen wie „Männergewalt gegen Frauen“ oder „Misshandlung von Frauen“ der Begriff „häusliche Gewalt“ heraus (Gloor & Meier, 2007, S. 15; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006). Mit diesem Begriff wurde ein Nenner gefunden, der für verschiedene Institutionen verwendbar ist und zum ersten Mal auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt, welche direkt oder indirekt von Gewalt betroffen sind. Der Grund für die späte Diskussion des Themas in der Öffentlichkeit ist, dass die Familie als Ort des Geschehens lange Zeit als unantastbares, in sich geschlossenes System angesehen wurde und deshalb die Kontrolle durch Polizei und Rechtspflege beschränkt war (Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006).

In der aktuellen Literatur existieren verschiedene wissenschaftliche Definitionen zum Thema häusliche Gewalt, weil keine eindeutige Problemdefinition vorliegt. Die Vorstellung, was angemessene und was nicht angemessene Verhaltensweisen sind, unterliegt kulturellen Einflüssen und ist zudem ohne feste Abgrenzung, weil sich Wertvorstellungen und Normen ständig verändern (WHO, 2003; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006).

In dieser Arbeit wird die Definition von Schwander (2006, S. 9) verwendet, da diese weite Bereiche des Themas abdeckt:

„Häusliche Gewalt liegt vor, wenn eine Person in einer bestehenden oder einer aufgelösten familiären oder partnerschaftlichen Beziehung in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität verletzt oder gefährdet wird und zwar entweder durch Ausübung oder Androhung von Gewalt oder durch mehrmaliges Belästigen, Auflauern oder Nachstellen.“

Um häusliche Gewalt festzustellen, ist eine differenzierte Sichtweise erforderlich. Nicht jede aggressive Handlung im sozialen Nahraum kann als häusliche Gewalt bezeichnet werden. Ein sogenannter einmaliger Ausrutscher wie beispielsweise eine Ohrfeige muss klar von systematischen, wiederholtem Kontroll- oder Gewaltverhalten unterschieden werden (Gloor & Meier, 2007). Gewalt als „spontanes Konfliktverhalten“ meint Situationen, in welchen Paare hin und wieder physisch aggressiv reagieren und gewalttätig werden, beispielsweise bei Meinungsverschiedenheiten. Die gewaltausübende Person ist dabei nicht unbedingt dieselbe. Beim „systematischen Gewalt- und Kontrollverhalten“ wird immer derselbe Paarteil gewalttätig oder droht Gewalt an, wobei die andere Person systematisch in einer unterlegenen Stellung ist (Gloor & Meier, 2007, S.18).

Gewalt in Paarbeziehungen und die Abhängigkeit von Täter und Opfer lässt sich anhand des Gewaltkreislaufs, erstmals beschrieben nach Walker (1983, zit. in EBG, 2007, S. 1ff.), erklären. Insgesamt werden drei Phasen unterschieden. In der ersten Phase erfolgt ein *Spannungsaufbau*. Sie ist geprägt von Beschimpfungen und Abwertungen. Das Opfer richtet seine Aufmerksamkeit auf den Täter und versucht, Gewalthandlungen zu vermeiden. In der *Misshandlungsphase* entlädt der Täter seine unkontrollierbare Gewalt beim Opfer. Die Betroffenen wissen nicht, wann die Gewalt enden wird, sie erleben nebst körperlichen oder psychischen Verletzungen eine absolute Hilflosigkeit. In der *Honeymoon-Phase* zeigt der Täter nach der Tat Reue, möchte das Geschehene rückgängig machen und verspricht, sein Verhalten zu ändern. Erinnerungen an die Gewalt werden in dieser Phase auch vom Opfer verdrängt und die erlittene Gewalt verharmlost. Die Verantwortung für den Gewaltausbruch wird vom Täter auf eine aussenstehende Ursache abgeschoben. Häufig zieht sich der Täter aus der Verantwortung, indem er die Schuld beim Opfer sucht, sich zugesteht, dass „einfach etwas über ihn gekommen“ sei oder Alkohol und/oder Drogen der Grund für den Ausbruch waren. Ein unbedeutendes

Ereignis kann zu einem erneuten Spannungsaufbau und damit zu weiteren Gewalteskalationen führen - der Gewaltkreislauf beginnt von neuem. Ein Ausbrechen aus diesem Kreislauf wird dadurch erschwert, dass das Opfer die Gewalt zwar beenden möchte, die Beziehung aber nicht. Die Honeymoon-Phase als gute Zeit in der Beziehung, die Anwesenheit von Kindern, das partnerabhängige Aufenthaltsrecht bei Migranten und Migrantinnen erschweren den Ausstieg (EBG, 2007; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006). Auch eine Trennung heisst nicht, dass die Gewalt stoppt. Laut WHO (2005) ist die Zahl der betroffenen Frauen höher, welche Gewalt durch den ehemaligen Partner erfahren, als in intakten Beziehungen.

Prävalenz und Kosten häuslicher Gewalt

Wie in der Einleitung erwähnt, ist die Erfassung von Zahlen bezüglich Prävalenz und Inzidenz sowie ein Vergleich im internationalen und gesamtschweizerischen Kontext mit zahlreichen Eingrenzungen behaftet, weil sich die Definitionen von Gewalt je nach Gesellschaft stark unterscheiden (Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006; WHO, 2003). Auch wenn keine gesamtschweizerische Statistik besteht, konnte anhand von polizeilichen Kriminalstatistiken das Hellfeld und mittels repräsentativen Umfragen die Prävalenz näher betrachtet werden. Laut dem Bundesamt für Statistik (2012) wurden im Jahre 2011 21 Frauen Opfer eines vollendeten Tötungsdeliktes im häuslichen Bereich. Jede zehnte Frau wird mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von häuslicher Gewalt (Killias, 2003, zitiert in EBG, 2007, S.5). Die Wahrscheinlichkeit liegt auch im internationalen Vergleich bei über 90%, dass es sich bei den Tätern um Männer handelt (EBG, 2007).

Bezogen auf die Schwangerschaft sind laut einer repräsentativen Studie der WHO (2005) zwischen 1% (in Japan) und 28% (in Peru) der Frauen von physischer häuslicher Gewalt betroffen. In den USA wurde gemessen, dass schätzungsweise 3%-11% der schwangeren Frauen von häuslicher Gewalt betroffen sind. 38% davon sind einkommensschwache Teenagermütter (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). In der Schweiz existieren keine vergleichbaren Statistiken. Häusliche Gewalt kostet laut Godenzi & Yodanis (1998) in der Schweiz 445 Millionen Schweizer Franken. Der United Nation Development Fund For Women (UNIFEM, 2010) veröffentlichte die Kosten im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt in der Höhe von 5.8 Milliarden US Dollar in

den USA, 1.16 Milliarden US Dollar in Kanada, 11.38 Milliarden US Dollar in Australien und 32.9 Milliarden US Dollar in England und Wales pro Jahr.

Ursachen und Risikofaktoren

Die Suche nach den Ursachen ist komplex. Klar ist einzig, dass verschiedene Faktoren zur Entstehung von Gewalt beitragen (Gloor & Meier, 2007; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006; WHO, 2003). Eine englische Studie (Yodanis, 2004) konnte herausfinden, dass der Status der Frau eines Landes stark mit der Prävalenz von häuslicher Gewalt zusammenhängt. So geht mehr Gleichstellung in der Gesellschaft mit weniger Gewalt gegen Frauen einher. Auch die männliche Geschlechtsrollensozialisation scheint einen Einfluss zu haben (Moore & Stuart, 2005). So konnte untersucht werden, dass Männer, die dominanz- und überlegenheitsbezogene Männlichkeitsbilder haben und die Weiblichkeit diskriminieren, häufiger gewalttätig werden. Gemäss der Studie von Abramsky et al. (2011) konnte bewiesen werden, dass eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit erhöht, im Erwachsenenalter Gewalt zu erleben oder auszuüben. Weitere Faktoren wie beispielsweise Alkohol- oder Drogenkonsum kann die Gewaltbereitschaft erhöhen, ist aber nicht primäre Ursache von Gewalt (Egger & Schär Moser, 2008). Ein weiterer für diese Arbeit wesentlicher Aspekt betrifft die Paardynamik. Es konnte gezeigt werden, dass Ereignisse wie Eheschliessung, Migration, Schwangerschaft und Geburt, Veränderungen der Erwerbssituation oder Trennung vom Partner eine Zunahme von Gewalt begünstigen können. Trotzdem sind einzelne Faktoren nie alleinige Ursache von Gewalt (Egger & Schär Moser, 2008; EBG, 2009; WHO, 2005).

Die Risikofaktoren von häuslicher Gewalt können auf verschiedene Ebenen aufgeteilt werden (Egger & Schär Moser, 2008, S. 17ff.; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Auf der *individuellen* Ebene stehen Faktoren wie Gewalterfahrung als Opfer und als Zeuginnen in der Kindheit, Alkohol-/Drogenkonsum, Delinquenz und Armut im Vordergrund. Auf der Ebene von *Partnerschaft*, *sozialem Umfeld* und *Gesellschaft* werden unter anderem Dominanz und Kontrollverhalten, Partnerschaftskonflikte, Kommunikation, Stress und Belastung, Ereignisse wie Schwangerschaft, Geburt und Trennung, soziale Isolation, gewaltbejahende Einstellungen, gewaltbejahendes Umfeld als Risikofaktoren angesehen. Einen *soziodemographischen* Risikofaktor stellt das Alter dar, demnach junge Frauen häufiger von häuslicher Gewalt betroffen sind (WHO, 2005). *Sozioökonomische* Risikofaktoren sind ein tiefes Einkommen und fehlender Erwerbs-

oder Beschäftigungsstatus. Das Bildungsniveau wird kontrovers diskutiert. *Soziokulturelle* Risikofaktoren sind Migrationshintergrund und starker Stellenwert des religiösen Hintergrunds im Alltag (Egger & Schär Moser, 2008). Wichtig ist, die verschiedenen Risikofaktoren geschlechterspezifisch zu betrachten, weil gewisse Faktoren wie soziodemographische bei Frauen das Risiko für erlebte Gewalt erhöht, bei Männern wiederum nicht (Egger & Schär Moser, 2008).

Auswirkungen häuslicher Gewalt

Im Jahre 2003 bot erstmals die Untersuchung des Triemli Spitals in Zürich Einblick auf die Folgen häuslicher Gewalt in der Schweiz (Gloor & Meier, 2007). 1772 Frauen nahmen an der Untersuchung teil. Daraus geht hervor, dass insgesamt 55.1% der betroffenen Frauen gesundheitliche Beeinträchtigungen davongetragen haben (Gloor & Meier, 2007, S. 26). Direkte Folgen wie blaue Flecken, Beulen oder Prellungen, ausgerissene Haare, Verletzungen im Gesicht, Übelkeit und Erbrechen, Schürfwunden, Unterleibschmerzen, Verstauchungen, offene Wunden, Schnitt- oder Brandwunden, Ohnmacht, Bewusstlosigkeit und Komplikationen bei der Schwangerschaft sind nur einige davon, die genannt wurden.

Die seelischen und psychosomatischen Beschwerden als Folge häuslicher Gewalt wird sogar mit 73.4% angegeben (EBG, 2008; Gloor & Meier, 2007, S. 27). Gewaltbetroffene Frauen haben einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand und die Beschwerden sind umso grösser, je stärker das Ausmass der erlittenen Gewalt war. Der subjektiv erlebte Gesundheitszustand, die Belastbarkeit und die Zufriedenheit bei betroffenen Frauen sind deutlich schlechter als bei Frauen, welche keine Gewalt erlebten (Gloor & Meier, 2007, S. 27ff.). Laut der Studie von WHO (2005) gibt es bei betroffenen Frauen mehr ungewollte Schwangerschaften und Aborte, Geschlechtskrankheiten inklusive Humanes Immundefizienz Virus (HIV), sowie Depressionen, Angstzustände und Schlafprobleme, als bei Frauen ohne erlebte häusliche Gewalt. Für das (ungeborene) Kind sind folgende Auswirkungen bekannt: fetale Verletzungen, Aborte, Totgeburten und geringes Geburtsgewicht (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; WHO, 2005).

Für das Gesundheitspersonal gibt es Warnsignale auch bekannt als „red flags“, die mögliche Hinweise für häusliche Gewalt geben können (Hagemann-White & Bohne, 2003, S.33). Je mehr Beschwerden bestehen, desto wahrscheinlicher ist eine Gewalteinwir-

kung (Fausch & Wechlin, 2007; Hagemann-White & Bohne, 2003). Das Gesundheitsfachpersonal sollte mit Gewalt als Ursache rechnen, wenn chronische Beschwerden auftreten, die keine offensichtlichen Ursachen haben (Hagemann-White & Bohne, 2003, S.33), bei Schmerzen während der vaginalen Untersuchung, vaginalen oder analen Entzündungen, starken Blutungen, Zyklusstörungen, sexuellen Problemen oder Infertilität (Fausch & Wechlin, 2007, S. 140), sowie bei Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen oder bei verschiedenen Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien, Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung, sowie wenn der Partner übermässig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will (Hagemann-White & Bohne, 2003, S.33). Auch bei spätem Beginnen oder Versäumen der Schwangerschaftsvorsorge, häufigen Fehlgeburten, häufigen Suizidversuchen und -gedanken (Hagemann-White & Bohne, 2003), geringem Geburtsgewicht des Säuglings und Alkohol-, Drogen- oder Tablettenmissbrauch bei bestehender Schwangerschaft (Fausch & Wechlin, 2007, S.140) muss an häusliche Gewalt als Ursache gedacht werden.

2.2 Rechtliche Grundlagen in der Schweiz

In der Schweiz ist die Gewalt in der Ehe seit dem 1. April 2004 als Straftat anerkannt und gilt als Offizialdelikt, wonach einfache Körperverletzung, wiederholte Tötlichkeiten, Drohung, Nötigung, sowie sexuelle Nötigung und Vergewaltigung von Amtes wegen verfolgt werden müssen (EBG, 2009). Für das Gesundheitspersonal heisst es, dass die Schweigepflicht bei einem Verdacht auf eine Straftat gegen Leib und Leben gebrochen werden darf. Eine Anzeigepflicht besteht nur bei aussergewöhnlichen Todesfällen (Truninger, 2007). Ein Opferhilfegesetz besteht in der Schweiz seit dem 1. Januar 1993. So wurde sichergestellt, dass alle Kantone verpflichtet sind, Opfer- und Beratungsstellen einzurichten (EBG, 2009). Diese Gesetzesänderung vereinfacht es dem Opfer, wie auch Drittpersonen sowie Amtspersonen, gegen häusliche Gewalt vorzugehen.

2.3 Umgang mit der gewaltbetroffenen Frau im Gesundheitswesen in der Schweiz

Experten sagen, dass häusliche Gewalt bis zu 75% reduziert werden könnte, wenn die Identifikation und Intervention im primären Gesundheitswesen angeboten würde (Rosenberg & Fenley, zit. in 1991 in McFarlane, Soeken & Wiist, 2000). Darum wird im folgenden Kapitel auf die Art, wie häusliche Gewalt erfasst wird, die Schulung des Ge-

sundheitspersonals, auf den Umgang mit der Akutsituation und die Haltung den betroffenen Frauen gegenüber eingegangen.

Routinemässiges Screening

Die Leitlinie des National Institut of Health and Clinical Excellence ([NICE], 2008) „Antenatal Care“ empfiehlt wegen fehlender Wirkung von bisher untersuchten Interventionen kein routinemässiges Screening (systematische Erfassung), jedoch eine Sensibilisierung des Gesundheitspersonals auf den Zusammenhang von gesundheitlichen Symptomen und häuslicher Gewalt. Dies würde bedeuten, dass nur Frauen befragt würden, bei denen ein Gewaltvorkommen offensichtlich ist, beispielsweise in Form der „red flags“.

In einem australischen Artikel von Bruist et al. (2002) wird der Frage nachgegangen, ob es moralisch vertretbar ist, Frauen nicht nach postpartaler Depression zu screenen, weil bestehende Interventionen nicht nachgewiesen wirksam sind. Ihre Argumentation basiert auf dem Grundsatz, dass auch bei nicht statistischer Signifikanz das Leben einer jeden Frau zählt, die Hilfe bekommt. Deshalb sollte trotz fehlendem Wirksamkeitsbeweis der Intervention gescreent und vor allem weiter interveniert werden. Dieselbe Frage kann auch auf das Screening bei häuslicher Gewalt übertragen werden. Vor, während und nach der Geburt ist zudem noch die Gesundheit des Kindes gefährdet (O'Reilly, Beale & Gillies, 2010). Darum sollte während der Schwangerschaft auf häusliche Gewalt gescreent werden.

Mehrfaches Erfassen während der Schwangerschaft erhöht dabei das Erkennen von häuslicher Gewalt (O'Reilly et al., 2010). Die Studie Kang, Gottlieb, Raker, Aneja, & Boardman (2010) ergab, dass eher nach häuslicher Gewalt gescreent wird, wenn auch andere psychosoziale Faktoren eingehend erfasst werden. Damit können sowohl begünstigende Faktoren für Gewalt wie auch Auswirkungen davon erfasst werden. Standardisierte Screeninginstrumente erscheinen dafür geeignet. Die japanische Studie Kataoka Yaju, Eto, & Horiuchi (2010) zeigte, dass selbständig ausgefüllte Fragebogen bei Schwangeren mehr häusliche Gewalt aufdecken als standardisierte Interviews.

Screeninginstrumente

Laut der NICE-Leitlinie Antenatal Care (2008) existieren standardisierte validierte Screeninginstrumente. Zu benennen ist dabei das von McFarlane et al. (1992) entworfe-

ne „Abuse Assesment Screen“ (AAS), welches für die Geburtshilfe entwickelt wurde. Dabei wird „häusliche Gewalt“ identifiziert, wenn drei von fünf gestellten Fragen zu häuslicher Gewalt positiv ausfallen. Die Fragen können auf die Schwangerschaft wie auch auf das Wochenbett bezogen werden. Ein weiteres Screening-Instrument stellt das „Antenatal Psychosocial Health Assessment“ (ALPHA) dar. Es umfasst 15 Fragen zu häuslicher Gewalt und bezieht auch andere gesundheitsrelevante Themen wie mütterliche und familiäre Einflussfaktoren ein. Die Studie von Carroll et al. (2005) konnte dessen Wirksamkeit zur Aufdeckung von häuslicher Gewalt beweisen. Obwohl es keine Fragen zu Gewalt in der Schwangerschaft enthält, wird es in der Geburtshilfe eingesetzt (Carroll et al., 2005). Auch das deutsche Instrument „Screening Partnergewalt“ von Nyberg, Hartmann, Stieglitz & Reicher-Rössler (2008, S. 28ff.) ist validiert und umfassend, jedoch nicht auf die Geburtshilfe abgestimmt und nur an einer kleinen Studienteilnehmerzahl getestet worden. Die Instrumente AAS und ALPHA erscheinen neben dem „Screening Partnergewalt“ für die Geburtshilfe am geeignetsten, wobei nur das Letzte in deutscher Sprache existiert.

Laut O'Reilly et al. (2010) sollten alle Screeninginstrumente den kulturellen Kontexten angepasst werden, weil dies eine wesentliche Rolle bei der Identifikation von häuslicher Gewalt bei Schwangeren spielt. Darum sollte das AAS oder ALPHA auf Deutsch übersetzt werden. Zu beachten ist, dass auch andere psychosoziale Faktoren wie beispielsweise eine postpartale Depression Einfluss auf häusliche Gewalt haben können. Dazu können jedoch nur Aussagen gemacht werden, wenn diese mit einer passenden Scala erfasst werden, beispielsweise der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Was macht es so schwer, über häusliche Gewalt zu sprechen?

Es gibt verschiedene Barrieren, die das Gesundheitspersonal behindern, nach häuslicher Gewalt zu fragen (Truninger, 2007). Das Gesundheitsfachpersonal weiss kaum etwas über das Thema oder fürchtet sich davor, über häusliche Gewalt zu sprechen, weil es nicht weiss, was zu tun ist, wenn die Frau anfängt zu erzählen (Department of Health, 2005; Hellbernd, Brzank, Wieners & Maschewsky-Schneider 2004; Bohne, 2003). Auch eigene ambivalente Gefühle bezüglich häuslicher Gewalt oder strukturelle Hindernisse wie Zeitnot oder fehlende Finanzierung der Beratung stellen Barrieren dar (Hellbernd et al., 2004).

Auch von Seiten der *betroffenen Frauen* gibt es *Barrieren*, die diese daran hindern, über ihre Erlebnisse zu sprechen. Sie schämen sich für die Gewalt, sehen sich selbst als

Grund der Gewalt oder haben das Gefühl, Beziehungen seien Privatsache. Sie haben aufgrund von Drohungen Angst vor weiterer Gewalteskalation oder sind sich dem Ausmass der Gewalt gar nicht erst bewusst (Truninger, 2007; Department of Health, 2005; Hellbernd et al., 2004). Es kann sogar so weit reichen, dass Gewalterfahrungen das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl von Frauen so stark schädigen, dass sie keine Unterstützung suchen (Hellbernd et al., 2004). Zudem haben Frauen Angst, dass ihr Sprechen über häusliche Gewalt beim Gesundheitspersonal Handlungsketten auslösen könnte. Sie reagieren sensibel auf ungünstige Rahmenbedingungen, die Gesprächsatmosphäre und das Verhalten der Gesprächsführer (Bohne, 2003). Eine Umfrage bei 806 Patientinnen im Zusammenhang mit dem SIGNAL-Interventionsprogramm, einem Programm an der Berliner Universitätsklinik zur Sensibilisierung von häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen, zeigte, dass betroffene Frauen das Thema nicht ansprechen, sich jedoch wünschen, darauf angesprochen zu werden (Hellbernd et al., 2004).

Um bei den Gesundheitsfachpersonen ein besseres Fachwissen und bessere Handlungskompetenz aufzubauen, ist eine Schulung zum Thema sinnvoll (NICE, 2008). Damit können sie eine wichtige Rolle in der präventiven Gesundheitsförderung wahrnehmen. Diese sollte die Erkennung, die Befragung, die Darstellung von Interventionsmöglichkeiten sowie die rechtsmedizinischen Aspekte beinhalten (Bänziger, Bass, Fleischli, Trionfini & Weingartner, 2007; Hellbernd et al., 2004).

Grundvoraussetzungen für das Gespräch

Damit ein förderliches Gespräch stattfinden kann, sind folgende Punkte zu beachten:

- **Schutz und Sicherheit:** Die Wahrung der Vertraulichkeit und die Information über die Rechte und Beratungsmöglichkeiten sind wichtig, um die Frau nicht erhöhter Gefahr auszusetzen (Fausch & Wechlin, 2007; Peña et al., 2008).
- **Informationsmaterial:** Betroffene Frauen sind in der Regel isoliert, verfügen über ein kleines soziales Netz und haben wenig Zugang zu relevanten Informationen und lokalen Hilfsangeboten (Fausch & Wechlin, 2007). In jedem medizinischen Wartezimmer sollte deshalb leichtverständliches illustriertes Informationsmaterial mit Telefonnummern und Adressen bereit liegen (Department of Health, 2005). Dies signalisiert, dass das Gesundheitspersonal über Kenntnis und Erfahrung bezüglich des Themas häusliche Gewalt verfügt (Fausch & Wechlin, 2007). Auch wenn die Frau-

selbst nicht betroffen ist, kann es sein, dass sie jemandem aus dem Bekanntenkreis mit solchen Informationen helfen kann (Peña et al., 2008).

- Sichere und angenehme Gesprächsatmosphäre: Gewaltbetroffene Frauen sind sich gewohnt, ihre Situation zu verbergen. In einer akzeptierenden und wertfreien Atmosphäre sprechen Frauen eher über ihre Erlebnisse. Das Gespräch muss dafür mit der Frau alleine geführt werden (Fausch & Wechlin, 2007; Peña et al., 2008).
- Spezielle Situation von Frauen mit Migrationshintergrund: Solche Frauen wissen oft noch weniger über ihre Rechte und Hilfsangebote. Je nach dem ist ihre soziale Unterstützung klein, sie haben Sprachbarrieren, wenig Geld oder sind durch ihren Aufenthaltsstatus an ihren Ehemann gebunden (Fausch & Wechlin, 2007). Es ist wichtig, auf die sprachliche Verständigung zu achten und vorzugsweise eine Übersetzerin beizuziehen. Zudem sollte Informationsmaterial (in der richtigen Sprache) nur abgegeben werden, wenn die Frau lesen kann. Ebenso sollte sie über ihre Rechte und die Strafbarkeit von häuslicher Gewalt in der Schweiz aufgeklärt werden. Solche Situationen sind komplex; es ist hilfreich, mit dem Einverständnis der Frau eine professionelle Beratungsstelle beizuziehen (Fausch & Wechlin, 2007).

Wie nach Gewalt fragen?

Die Frau soll bei der Befragung verstehen, warum nach Gewalt gefragt wird (Peña et al., 2008) (Bsp. „Wir erleben häufig, dass Frauen von ihrem Partner verletzt, bedroht, unter Druck gesetzt oder ignoriert werden. Wir haben uns daher angewöhnt, immer zu fragen, ob so etwas geschehen ist.“). Die Fragen sollen möglichst direkt sein (z.B. „Wurden Sie schon einmal von einer anderen Person geschlagen, getreten, geschubst, gebissen, verbrannt, etc.?“). Es kann wichtig sein, bei Antworten zwischen den Zeilen zu lesen und dies zu spiegeln, da Gewalt je nach dem verharmlost wird (Peña et al., 2008).

Wenn eine Frau den begründeten Verdacht auf Gewalt verneint, soll offen gesagt werden, dass man sich Sorgen macht und den Eindruck habe, sie sei betroffen (z.B. „Ich mache mir Sorgen um Ihre Sicherheit und die ihres Kindes. Sie sind nicht verantwortlich für das Handeln anderer Menschen. Ich würde Ihnen gerne Telefonnummern von Beratungsstellen anbieten, bei denen Sie jederzeit Unterstützung erhalten können“). Die Frau soll wissen, dass sie sich an die Fragende wenden kann, wenn sich die Situation einmal verändert (Peña et al., 2008).

Wenn eine Frau auf das Gesprächsangebot eingeht und von Gewalterfahrungen berichtet, ist es wichtig, der Patientin Glauben zu schenken, sie ernst zu nehmen und ihr zuzuhören. Sie erzählen oft zuerst nur einen Teil der Misshandlungen, obwohl weitere, massivere Misshandlungen geschehen sind (Fausch & Wechlin, 2007).

Wertschätzung und Verständnis für die schwierige Situation der Frau sind wichtig. Sie hat je nach dem über Jahre eine Vernachlässigung ihrer Rechte, Bedürfnisse und Wünsche erfahren (Fausch & Wechlin, 2007; Peña et al., 2008). Sie soll daher nicht zu Handlungen gedrängt werden. Trotzdem sollte die ablehnende Haltung gegenüber Gewalt klar zum Ausdruck kommen. Laut Fausch und Wechlin (2007) realisieren Betroffene oft selbst nicht, dass gesundheitliche Symptome einen Zusammenhang mit Gewalt haben. Darum ist es wichtig, die Frau darüber aufzuklären.

Sicherheitsplan

Das Erstellen eines Sicherheitsplans und Erörtern von Ressourcen der Frau können laut Fausch & Wechlin (2007) zur Stabilisierung der Situation beitragen. Der Sicherheitsplan ist ein Plan, der genau beschreibt, was die Frau in Akutsituationen für Fluchtmöglichkeiten hat (wohin? was vorbereiten und mitnehmen?), wo sie Hilfe holen kann (Codewort definieren, wer ruft die Polizei? Kinder instruieren) und wie sie sich selbst helfen kann (mit wem kann die Frau sprechen? Was machen, wenn sie sich schlecht fühlt und in die frühere Situation zurück möchte?).

Gerichtsverwendbare Dokumentation

Kommt es zur Anzeige, kann der Täter bei Bestreitung der Straftat nur für schuldig gesprochen werden, wenn es dafür Beweise gibt. Damit die Dokumentation im Gericht verwendbar ist, soll ein vorgefertigter Bogen wie die 8-Punkte-Dokumentation von Fausch & Wechlin (2007; S.173 genauer beschrieben) verwendet werden. Um einen Verlauf zu erkennen, wenn sich Gewalttaten wiederholen, ist darum die Dokumentation des Gesundheitspersonals eine wichtige Erinnerungsstütze und die Betroffene fühlt sich ernst genommen (Fausch & Wechlin, 2007).

2.4 Konzept der Salutogenese

Das von Aaron Antonovsky (1997) entwickelte Gesundheitsmodell geht davon aus, dass sich jeder Mensch auf einem Gesundheits-Krankheitskontinuum befindet (Franke, 2010). Das heisst ein Mensch ist nicht entweder krank oder gesund, sondern besteht

immer aus beiden Anteilen. Gesundheit wird dabei als Prozess und nicht als Zustand definiert. Der von Antonovsky eingeführte Begriff „sense of coherence“ (Kohärenzgefühl) bezeichnet das Ausmass der selbst eingeschätzten Gesundheit und setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen:

Gefühl der **Verstehbarkeit** der Dinge, die geschehen

Gefühl der **Handhabbarkeit** über Ressourcen und Problemlösungsstrategien

Gefühl von **Bedeutsamkeit** bzw. **Sinnhaftigkeit** des Lebens

(Antonovsky, 1997; Franke, 2010).

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Verlauf des Lebens durch verschiedene Einflussfaktoren und hängt mit der individuellen Persönlichkeit zusammen. Je grösser es ist, desto besser kann der Mensch möglichen Stressoren standhalten und Ressourcen nutzen. Mit der Stärkung des Kohärenzgefühls verkleinert sich laut Antonovsky (1997) der kranke Anteil. Es wird stärker, je häufiger eine Person Stressoren wie einer Stresssituation standhalten kann. Umso wahrscheinlicher wird sie in einer vergleichbaren Situation verstehen, was mit ihr geschieht, was von ihr verlangt wird und davon überzeugt sein, dass sie das Leben meistern kann (Franke, 2010).

Im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt ist es daher wesentlich, das Kohärenzgefühl zu stärken, indem Stressoren erfasst und Ressourcen genutzt werden können. Wenn beispielsweise eine Frau in der Schwangerschaftsvorsorge erzählt, dass ihr Mann sie zu Hause täglich anschreit, könnte es sein, dass die Frau gar nicht realisiert, dass diese Situation nicht alltäglich ist, oder sie den Zusammenhang zwischen Schreien und Konfliktbewältigung nicht kennt. Wird das Kohärenzgefühl gestärkt, indem die Frau durch ein Beratungsgespräch zu diesem Zusammenhang ihre Verstehbarkeit verbessert, sieht sie womöglich selbst mehr Bedarf an einer Veränderung ihrer Situation und nimmt so angebotene Hilfsangebote eher in Anspruch.

2.5 Tätigkeitsfeld der Hebamme

In der Berufsdefinition der Hebammen steht unter anderem geschrieben, dass die Hebamme in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung der Familie agiert (SHV, 2007). Im klinischen und ausserklinischen Bereich wird die Frau und deren soziales Umfeld vor, während und nach der Geburt von ihr betreut. Durch die langfristige Begleitung und dem partnerschaftlichen Umgang kann die Hebamme mit ihren Kompeten-

zen einen geschützten Rahmen bieten, um mit belastenden Situationen umgehen zu können. Da häusliche Gewalt im reproduktiven Zeitraum vorkommt, gehört die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsprävention von häuslicher Gewalt in das Tätigkeitsfeld der Hebamme. Dies beinhaltet beispielsweise die Stärkung des Kohärenzgefühls aller Frauen durch ihre Betreuungs- und Beratungskompetenz (primär), das frühzeitige Fragen nach häuslicher Gewalt (primär) und die Unterstützung der Frau bei bestehenden Gewalterfahrungen (sekundär und tertiär). Nach Rohman (2007) ist die Schwangerschaft ein Wendepunkt, in der sich das Leben der Frau einschneidend verändert. Eine solche Veränderung kann zu persönlicher Neuausrichtung und Reifung der Persönlichkeit führen. Interventionen können gerade in dieser Situation wirkungsvoll sein, die Hebamme hat während dieser Zeit einen Zugang zur Frau. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, arbeitet die Hebamme auch interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen (Berner Fachhochschule Gesundheit [BFH], 2008). Nach NICE (2010) ist die Hebamme die Fachperson, die zum ersten Mal in Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen kommen kann.

3 METHODE

In dieser systematischen Review werden Interventionen miteinander verglichen, um bereits vorhandenes Wissen zu nutzen und in die Hebammenarbeit zu integrieren.

3.1 Literatursuche

Die systematische Literatursuche wurde im Zeitraum zwischen November 2011 und Juni 2012 elektronisch durchgeführt. Die für die Fragestellung ausgewählten Datenbanken Pubmed, Cochrane und das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden im Zeitraum von Januar 2002 bis April 2012 durchsucht. Offizielle Internetseiten von WHO, NICE, United Nations Children's Fund (Unicef), Schweizerischer Hebammenverband (SHV) und die Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER) wurden auf Leitlinien und Studien überprüft. Folgende englische Suchbegriffe, welche sich aus der Fragestellung ergeben haben, wurden verwendet: midwife, domestic violence, partner violence, pregnancy, intervention, needs, battered women, psychotherapy. Folgende deutsche Suchbegriffe wurden verwendet: häusliche Gewalt, Intervention, Schwangerschaft. Es wurden verschiedene Zusammenstellungen der Suchbegriffe und Schlagwörter angewendet. Bei vielen Treffern

wurden weitere Begriffe einbezogen. Studien, welche in der Literaturliste von gefundenen Studien vorkommen, wurden ebenfalls mit eingeschlossen, wenn sie den unten genannten Kriterien entsprachen. Die Limitationen bei der Suche beschränkten sich auf den genannten Zeitraum, Menschen und die Sprachen Englisch, Deutsch und Französisch.

Um sich in der Datenmenge zurechtzufinden, wurden als Erstes alle Studien und Reviews mit Titel und Abstract gesammelt, welche auf Grund ihres Titels für die Arbeit in Frage kamen. Nachfolgend wurde anhand der Abstracts entschieden, inwieweit die Studien zur Beantwortung der Fragestellung hilfreich waren. Die Studien wurden nach den Einschlusskriterien (siehe Studienwahl) ausgewählt, Meinungsverschiedenheiten durch Diskussionen gelöst.

3.2 Literatúrauswahl

Die folgenden Studienarten wurden eingeschlossen: Randomisiert kontrollierte Studien, kontrollierte Studien ohne Randomisierung, systematische Literaturreviews, Meta-Analysen, Leitlinien, qualitative Studien. Aufgrund des komplexen Themenbereiches, ethischen Aspekten und der Frage, *wie* häusliche Gewalt überhaupt *gemessen* werden kann, wurden experimentelle sowie quasi-experimentelle Studiendesigns mit einbezogen. Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen sind Frauen vor, während und nach der Geburt, welche von häuslicher Gewalt betroffen sind und Männer, falls diese in den Interventionen eingeschlossen wurden. Die Studienauswahl schloss nur gesunde Frauen ein, um die Aussagen so klar wie möglich zu halten. Alle Interventionen wurden berücksichtigt, welche zum Ziel hatten, das Vorkommen von häuslicher Gewalt zu reduzieren. Es gab keine Limitationen bezüglich des Herkunftslandes der Studie oder in welcher interdisziplinären Zusammenarbeit die Intervention stattfand. Die relevanten Ergebnisparameter waren folgende: Frau erlebt weniger häusliche Gewalt, Familien werden mit einbezogen, Bedürfnisse der Frau werden berücksichtigt, Gesundheitszustand verbessert sich oder bleibt stabil, Betreuung im Wochenbett und darüber hinaus, Motivation, Aufbau der interdisziplinären Zusammenarbeit, Ganzheitlichkeit der Frauen- und Familiengesundheit wird gefördert, ambulante Betreuungsformen.

3.3 Literaturanalyse

Alle ausgewählten Daten wurden nach Kriterien kritisch gewürdigt. Die Kriterien für die Studien wurden nach Polit, Beck & Hungler (2004), Bucher (2000) und Kunz, Frit-

sche & Neumayer (2000), für die Reviews nach Behrens & Langer (2006) und für die Leitlinien nach dem Dokument Deutsches Instrument zur Methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] & Ärztliche Zentrum für Qualität [ÄZQ], 2008) zusammengestellt.

Studien

Um die methodische Qualität der ausgewählten Studien zu überprüfen wurden folgende Kriterien untersucht:

Das Kriterium *Fragestellung* wurde überprüft, inwieweit eine Fragestellung existiert und wie genau diese gestellt wurde (Polit, Beck & Hungler, 2004). Unter *Methode* wurden die gewählten Instrumente zur Beantwortung der Fragestellung wie das Forschungsdesign, das Setting, die Datenerhebung und –analyse berücksichtigt. Es galt herauszufinden, wie die Variablen operationalisiert wurden und welche statistischen Tests am besten für die Beantwortung der Fragestellung sind. Es war wichtig, dass die Fragestellung mit der Methode übereinstimmte (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Das Kriterium *Studienteilnehmende* beinhaltet die Rekrutierung, die Ein- und Ausschlusskriterien der Population und die Stichprobengröße. Die Zuteilung in Interventions- und Kontrollgruppen zeigt auf, inwieweit eine *Randomisierung* stattfand. Damit wird erreicht, dass jede/r StudienteilnehmerIn die gleiche Chance hat, in eine der Gruppen aufgenommen zu werden, um eine systematische Verzerrung zu vermeiden, die sich auf die Variablen auswirken kann. Unter *Verblindung* wird verstanden, inwieweit die Forschenden oder Teilnehmerinnen und Teilnehmer wussten, ob sie Teil der Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe waren. Dies hilft Störfaktoren zu minimieren. In der Studie sollten demografische Daten und weitere Einflussfaktoren ersichtlich sein, um die Vergleichbarkeit der StudienteilnehmerInnen zu beurteilen (Polit, Beck & Hungler, 2004; Bucher, 2000).

Bei der *Intervention* musste ersichtlich sein, *was* die forschende Person mit den Studienteilnehmerinnen gemacht hat, *wie* sie es gemacht hat und *wie* die Kontrolle, meist in Form einer Kontrollgruppe, durchgeführt wurde (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Die *Ergebnisse* sollten in frühere Forschungsergebnisse eingegliedert sein und mit diesen möglichst übereinstimmen. Stimmt diese nicht überein, sollten die Gründe dafür erklärt sein. Signifikante, wie auch nicht signifikante Ergebnisse sollten glaubwürdig

interpretiert und deren Wichtigkeit eingeschätzt worden sein. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse wurde eruiert, um die Übertragbarkeit auf andere Gruppen, Umgebungen oder Bedingungen zu prüfen. Fehlende Daten sollten erklärt worden sein, um Nachvollziehbarkeit zu erreichen. Schliesslich wurde identifiziert, wie die Ergebnisse implementiert, also wie mit ihnen weitergearbeitet und geforscht werden kann (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Das Kriterium *Risiko für systematische Fehler* behandelt die Frage, inwiefern methodische Fehler wie zum Beispiel eine kleine Stichprobe oder eine fehlende Validität zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Das *Evidenzniveau* wurde nach den Kriterien des „Bewertungssystems der Canadian Hypertension Society für Studien und Empfehlungen“ (Level 3, in AWMF & ÄZQ, 2008) eingeschätzt. Die Qualität der Studie hängt aber nicht nur vom Evidenzniveau ab, sondern von allen Kriterien. Folglich wurde durch erfüllte und nicht erfüllte Kriterien die Qualität der Studie evaluiert (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Das Kriterium *Nützlichkeit der Ergebnisse für die eigene Fragestellung* zeigt für die Beantwortung der Fragestellung relevante Ergebnisse auf.

Reviews

Folgende Kriterien wurden bei der Überprüfung der methodischen Qualität der ausgewählten Reviews benützt: Die Kriterien *Fragestellung, Ergebnisse, Evidenzniveau und Qualität des Reviews* (Level 4), sowie *Nützlichkeit für eigene Fragestellung* unterscheiden sich nicht von der kritischen Würdigung von Studien.

Die angemessene Ein- und Ausschlusskriterien wurden auf ihre Relevanz für die Fragestellung durchleuchtet und aufgelistet. Es wurde bewertet, ob eine systematische Suchstrategie angewandt wurde, die alle *relevanten Studien einschliesst*. Die *Glaubwürdigkeit der Studien* wurde *eingeschätzt*, indem geschaut wurde, wie nachvollziehbar die Studien, im speziellen deren Methode und die Qualität beschrieben wurden. Dabei sollte die *Beurteilung* der Studien klar *nachvollziehbar* sein. Die *Übereinstimmung der Forschenden in der Bewertung* meint, ob deklariert ist, wie die Forschenden bei Meinungsunterschieden agierten. Weiter sollte die *Ähnlichkeit der Studien* beschrieben worden sein. Bei der *Übertragbarkeit der Ergebnisse* wurde die Verallgemeinerbarkeit der un-

tersuchten Studienpopulationen untersucht. Allgemeine *Nutzen und Risiken der Intervention* wurden gesucht (Behrens & Langer, 2006).

Leitlinien

Zur Leitlinienanalyse wurden nach AWMF & ÄZQ (2008) folgende Kriterien analysiert: *Geltungsbereich und Zweck* zur Bewertung, ob und wie die Leitlinie auf die gesuchte Zielgruppe und Zielbereich ausgerichtet ist. Unter dem Punkt *Beteiligung von Interessengruppen* wurde durchleuchtet, ob die Entwicklergruppe repräsentativ für die Anwendergruppe ist. Beim Teil *Methode der Leitlinienentwicklung* wurde untersucht, wie genau diese beschrieben war und es wurde auf die Berücksichtigung und Benennung relevanter Literatur und Datenbanken geachtet. Zudem sollte die Leitlinie extern begutachtet worden sein und ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie angegeben sein. Bei *Klare Gestaltung* wurde die Übersichtlichkeit, die Einbettung in den Kontext, verschiedene Handlungsoptionen für das Problem und die schnelle Erkennbarkeit der Schlüsselempfehlungen, sowie die Existenz von zusätzlichen Materialien, welche die Leitlinienanwendung unterstützen geprüft. Mögliche organisatorische Einschränkungen und finanzielle Auswirkungen wurden unter *Generelle Anwendbarkeit* untersucht. Die *Redaktionelle Unabhängigkeit* wurde anhand der finanziellen Unabhängigkeit und der Deklaration der Interessenskonflikte eruiert. Beim Punkt *Anwendbarkeit* wurde überprüft, ob die Empfehlungen in das schweizerische Setting und in die Praxis übertragbar sind. Schliesslich wurde das *Evidenzniveau und die Qualität* der Leitlinie nach dem „Bewertungssystem der Canadian Hypertension Society für Studien und Empfehlungen“ (Grade 5: in AWMF & ÄZQ, 2008) bestimmt und *für die Fragestellung relevante Empfehlungen* aufgelistet.

Anschliessend wurden die Analyseraster in Übersichtstabellen reduziert. Die wichtigsten Aspekte wie Autoren, Ort, Methode, Population, Betreuungspersonen, Intervention und relevante Ergebnisse (Tabelle 2) wurden aufgeführt. In einer weiteren Tabelle wurden die Stärken und Schwächen der jeweiligen Publikationen eingeschätzt, um einen genaueren Überblick zu ermöglichen. Die gesammelten Ergebnisse werden im Ergebnisteil (Kapitel 4) vorgestellt, mögliche Gemeinsamkeiten herausgearbeitet.

Ethik

Beim Kriterium *Ethik* wurde sowohl in den Studien und Reviews als auch in der Leitlinie überprüft, ob es Verletzungen ethischer Grundsätze gab. Laut der Schweizerischen

Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([SAMW], 2009, S. 25) gelten in der Forschung drei Grundprinzipien: der Respekt für Personen (Autonomie und Schutz), das Wohltun (Pflicht zur Schadensvermeidung und zur Nutzenmaximierung) und die Gerechtigkeit (faire Verteilung von Chancen und Nutzen). Zusätzlich sollten in den Daten folgende Anforderungen ersichtlich und erfüllt sein: der gesellschaftliche Wert einer Studie, die adäquate wissenschaftliche Methodik, die faire Auswahl der Teilnehmenden, ein vertretbares Risiko-Nutzen-Verhältnis, eine unabhängige Begutachtung, die informierte Zustimmung durch die Teilnehmenden und der Respekt gegenüber allen Involvierten (AWMF, 2009, S. 25).

4 ERGEBNISSE

Im Ergebnisteil wird zuerst die Literatursuche in Form einer Tabelle dargestellt, damit ersichtlich wird, wie die neun Studien, zwei Reviews und zwei Leitlinien gesucht und ausgewählt wurden (Tabelle 1). Die folgenden Ergebnistabellen zeigen die wichtigsten Parameter der untersuchten Literatur (Tabelle 2, 3, 4). Eine weitere Reduktion stellt die Tabelle 5 dar, welche die Stärken und Schwächen der Daten aufgreift und das Evidenzniveau sowie die Qualität einschätzt. Bei der Sichtung der Literatur hat sich herausgestellt, dass der Ort, an dem die Intervention stattfand, wesentlich war. Deshalb werden im anschließenden Text Hausbesuche und Betreuungen in der Klinik zusammenfassend dargestellt. Die vollständigen Analyseraster sind im Anhang abgelegt.

Wie im Methodenteil ersichtlich ist, wurden die ausgewählten Datenbanken systematisch durchsucht und dabei Publikationen ausgewählt, welche in der Tabelle Literatursuche aufgeführt sind. Die Studie von McFarlane, Soeken & Wiist (2000) war in mehreren ausgewählten Studien zitiert. Da diese in die Auswahlkriterien passte, wurde sie trotz des älteren Erscheinungsjahrs ausgewählt. Auch die Studie Bair-Merritt, Jennings, Chen, Burrell, McFarlane, Fuddy et al. (2010) wurde im theoretischen Hintergrund der Studie von Zlotnick, Capezza & Parker (2011) erwähnt und wegen den übereinstimmenden Einschlusskriterien für die Datenanalyse ausgewählt.

Die folgenden Publikationen wurden nicht in die Analyse miteinbezogen: Joseph, El-Mohandes, Kiely, El-Khorazaty, Gantz, Johnson et al. (2009), Katz, Blake, Milligan, Sharps, White, Rodan et al. (2008) und El-Mohandes, Kiely, Joseph, Subramanian,

Johnson, Blake et al. (2008), da diese die gleiche Datenlage mit unterschiedlicher Fragestellung wie die ausgewählte aktuellste Studie von Kiely, El-Mohandes & El-Korazaty & Gantz (2010) verwendeten. Rose, Alhusen, Bhandari, Soeken, Marcantonio, Bullock et al. (2010) und Macy, Martin, Kupper, Casanueva & Guo (2007) wurden wegen fehlender Intervention ausgeschlossen. Gunn, Hegarty, Nagle, Forster, Brown & Lumley (2006) führten lediglich eine Personalschulung durch. Das Review von O'Reilly, Beale & Gillies (2010), weil es die gleiche Fragestellung wie die vorliegende Arbeit beantwortet. Die kanadische Leitlinie „Intimate Partner violence consensus statement“ (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2005) ist inhaltlich übersichtlich, enthält jedoch wenig Informationen zu Frauen vor, während und nach der Geburt.

Tabelle 1: elektronische Literatursuche

Datenbank 2002-2012	Suchbegriffe/ Schlagworte/ Mesh-Funktion	Studien/ Reviews	Abstract	Volltext	Analyse	Autoren
Pubmed	midwife, domestic violence, intervention	19	5	2	-	-
	intimate partner violence, pregnancy	52	17	1	1	Taft et al., 2011
	battered women, intervention, pregnancy	19	6	1	1	Curry et al., 2006
	domestic violence, pregnancy, intervention study (Mesh)	3	2	2	2	Zlotnick et al., 2011; Cripe et al., 2010
	pregnancy, domestic violence home visiting (Schlagwort)	11	3	1	1	Sharps et al., 2008
	domestic violence, midwife, pregnancy, intervention	12	3	1	1	Espinosa & Osborne, 2002
	domestic violence, pregnancy, training, intervention	38	12	1	1	Tiwari et al., 2005
Cochrane	intimate partner violence, pregnancy	40	8	4	2	Miller et al., 2010 Kiely et al., 2008
DIMDI	Häusliche Gewalt, Schwangerschaft, Intervention	32	9	1	-	-
WHO	guideline, domestic violence, pregnancy	-	-	-	-	-
NICE	guideline, domestic violence, pregnancy	1	-	1	1	NICE, 2010
GMFER	guideline, domestic violence, pregnancy	2	-	2	1	Women's Health Policy and Projects Unit, 2007
Unicef	guideline, domestic violence, pregnancy	-	-	-	-	-
SHV	Leitlinien, Häusliche Gewalt, Schwangerschaft	-	-	-	-	-
		229	65	17	11	

Tabelle 2: Übersicht der analysierten Studien

Autor, Jahr, Methode	Betreuungspersonen/Stichprobe	Intervention	Relevante Ergebnisse
Miller et al., 2010 randomisiert kontrollierte Studie (RCT), Pilot-Studie	Stichprobe: n=906, englisch/spanisch sprechend, 16-29 jährig. 156 von häuslicher Gewalt betroffen Betreuungspersonen: trainierte Familienplanungs-Berater Schulung nicht ersichtlich.	Schulung zu Fortpflanzungszwang, Formen von häuslicher Gewalt, Einfluss auf Gesundheit und Sexualität	71% Reduktion des Fortpflanzungszwang nach der Intervention (0.29, 95% CI 0.09-0.91) Bewusstseinsstärkung für häusliche Gewalt (p< 0.001) bei beiden Gruppen. Datingstopp in Interventionsgruppe (p<0.001) unsichere, ungesunde Beziehung beendet in Interventionsgruppe (p=0.013)
Bair-Merritt et al., 2010 RCT	Stichprobe: n=643 Familien, hohes Risiko für Kindesmisshandlung Betreuungspersonen: Hausbesucher (paraprofessionell)	Wöchentlicher Besuch während 3 Jahren ab erster Woche nach Geburt. Informationen zu Kindesentwicklung, Rollenfindung, Lösungsstrategien, emotionale Hilfe anbieten, oder die Familien auf weitere Adressen aufmerksam machen oder an Beratungsstellen verweisen.	Reduktion von häuslicher Gewalt wenn Mutter Opfer (IRR 0.86, 95% CI 0.73-1.01) & signifikant weniger Täterinnen (IRR 0.83, 95% CI 0.72- 0.96) in Interventionsgruppe. Signifikante Reduktion physisch sexuelle Angriffe & Übergriffen (IRR 0.85; 95% CI 0.71-1.00) bzw. (IRR 0.82; 95% CI 0.70-0.96) in Interventionsgruppe Signifikante Reduktion von mütterlicher Täterschaft gegenüber Kind (IRR, 0.83; 0.72-0.96)
Kiely et al., 2007 RCT	Stichprobe: einkommensschwache Afroamerikanerinnen n= 1'044, ab 18 Jahren, 336 mit häuslicher Gewalt Betreuungspersonen: geschulte „SchwangerschaftsberaterInnen“ mit Master in Beratung	Intervention: Frauen nach Risiken eingeteilt: (passiver) Nikotinabusus, Depression, häusliche Gewalt, je nach Risiko jeweilige entwickelte Beratungssitzungen (Z.Bsp. Sicherheitsplan-&-code, Form: Powerpoint, Diskussion, Hausaufgaben), 8 Sitzungen vor der 28. SSW, 2 Sitzungen bis 8 Wochen postpartal	Signifikant weniger häusliche Gewalt im 2. & 3. Trimenon (p=0.012 bzw. p=0.05), postpartal Tendenz. Signifikant weniger frühe Frühgeburten (<33 SSW, p=0.03) und Neugeborene <1500g (p=0.052). Schwangerschaftsdauer signifikant länger (36.9 versus 38.2 SSW, p=0.016).
Taft et al., 2011	Stichprobe: n=133, ab 16 Jahren, schwanger/ Mutter von Kind bis 5 Jah-	Wöchentlicher Besuch während 12 Monaten von Mentorinnen bei Frauen	Signifikanz bei Reduzierung von häuslicher Gewalt in Interventionsgruppe bei

Cluster-randomisierte Studie	ren, erlebte häusliche Gewalt oder psychisch gestresst. Betreuungsperson: geschulte, nicht-professionelle Mentorinnen.	Behandelte Themenbereiche mit den Frauen: Anwaltschaft, Empfehlungen, Elternsupport, Überweisungen an Beratungsstellen.	Follow up (-8.67. 95% CI -16.2-1.15. p=0.03). Keine statistische Signifikanz bei Reduzierung von Depression oder Gesundheitsförderung
Tiwari et al., 2005 RCT	Stichprobe: n=106, 18-30. Schwangerschaftswoche, positives häusliche Gewalt-Screening Betreuungspersonen: Hebamme mit Master in Beratung	Intervention: 30 min. Beratung bez. Sicherheit, Entscheidungsfindung, Problemlösung. Entwicklung von Sicherheitscode und -plan; Empowerment	Interventionsgruppe signifikant weniger Auftreten von häuslicher Gewalt: weniger geringfügige physische Gewalt (-1, CI 95% -1.8, -0.17) psychische Misshandlung (-1.2, CI 95% -2.2, -0.04), bessere physische Tätigkeit (10, CI 95% 2.5, 18), weniger einschränkende physische (19, CI 95% 1.5, 37) und psychische Gesundheitsprobleme (28, CI 95%, 9, 47), jedoch mehr Schmerzen am Körper (-13, CI 95%, -23, -2.2). Signifikant weniger postpartale Depression (relatives Risiko: 0.36, 0.15-0.88).
McFarlane et al., 2000 RCT, Längsschnitt	Stichprobe: n=329 Schwangere, 15-42-jährig, positiv auf häusliche Gewalt gescreent, lateinamerikanisch Betreuungspersonen: professionelle BeraterInnen mit Erfahrung in häuslicher Gewalt Nicht-professionelle Mentorinnen für Outreach-Gruppe	Brief-Interventionsgruppe: Broschüre, Telefonnummern von Beratungsstellen, Informationen zu Sicherheit. Counseling-Interventionsgruppe: Beratungen in Klinik für Frauen, spanisch oder englisch sprechend Outreach-Interventionsgruppe: Beratung inkl. Mentorinnen mit Unterstützung, Schulung, Überweisungen, Telefonkontakte, Nutzung Hilfsangebote	Signifikanter Rückgang von Gewaltandrohung (p=0.001) & Rückgang häuslicher Gewalt (p=0.003) in allen Interventionsgruppen zwischen erster Messung und 2 Monate postpartal. Physische Gewalt in Outreach-Gruppe signifikant kleiner (p<0.05) als in Counseling-Gruppe, aber nicht als in Brief-Gruppe (Signifikanzniveau bei 99%)
Zlotnick et al., 2011 RCT, Pilot-	Stichprobe: n=54, schwanger, 18-40jährig, einkommensschwach, positiv auf häusliche Gewalt gescreent Betreuungspersonen: zwei Interventio-	Interpersonale Psychotherapie: in Schwangerschaft 4x 60min, 1 Puffer-Sitzung 2 Wochen postpartal Themen: Beziehungsarbeit, Unterstützung soziales Netzwerk, Rollenfindung, Em-	Keine signifikanten Ergebnisse, jedoch Trend, dass Intervention Depression, PTSD Symptome reduzieren kann

Studie	nisten, nicht näher erklärt.	powerment, Stressmanagement, Sicherheitsplan, Gewaltkreislauf, Symptome von Baby-blues, Depression & PTSD, Drogenabusus	
Cripe et al., 2010 Zweiarmige RCT	Stichprobe: n=220, Spanischsprechende Schwangere (12.-26. Schwangerschaftswoche), häusliche Gewalt in letzten 12 Monate, 18-45jährig Betreuungspersonen: geschulte Sozialarbeiter	Empowerment-Interventionsgruppe: unterstützende Beratung, Erstellung Sicherheitsplans & -codes, Abgabe einer Liste mit Unterstützungsinstitutionen, Angebot zur Unterstützung bei wichtigen Telefonaten.	Gruppen unterschieden sich nicht signifikant ihres sozioökonomischen Status. Gewaltvorkommen nicht statistisch signifikant vermindert. Die Empowerment-Gruppe wendete tendenziell mehr Sicherheitsmassnahmen an (ursprünglich 1.8% → 30.3%).
Curry et al., 2005 RCT	Stichprobe: n=1000 englisch sprechende Schwangere (13.-23. SSW), gescreent auf häusliche Gewalt / hoher Stress (n=130) Betreuungspersonen: Pflegefachfrauen, 5 Jahren Erfahrung mit Mutter & Kind	Intervention: nach standardisierter Einführung 11min. Video. 24h-Nummer & Infobrief. Danach individuelle telefonische Begleitung (Nurse Case Managed Care, NCM). Sicherheitsplan, 88% der Assessments über Telefon (dokumentiert).	Stress score der Interventions- und Kontrollgruppe nahm signifikant ab, Unterschied zwischen Gruppen nicht signifikant.

Tabelle 3: Übersicht der analysierten Reviews

AutorInnen, Jahr, Ort	Fragestellung	eingeschlossene Studien	Relevante Ergebnisse
Sharps et al., 2008 Systematische Review USA	aktuelles Wissen bewerten, Grundlage schaffen zur Entwicklung von Interventionen für misshandelte Frauen prä & postpartal. diskutiert Wichtigkeit Einführung von evidenzbasierter Praxis & analysiert genauen Forschungsbedarf	8 RCT oder cross-sectionale Studien	Verminderung von häuslicher Gewalt in nur einer Studie.: Eckenrode, 2000, 324 Frauen untersucht, $p < 0.04-0.001$. häusliche Gewalt und Kindsmisshandlungen korrelieren (Cerney & Inouye, 2001: 142 Frauen untersucht, $p < 0.04$). Keine klare Aussage, wer betroffene Frauen betreuen soll
Espinosa & Osborne, 2002 Unsystematische Review USA	Artikel diskutiert Vorkommen von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft & fasst Assessment & Interventionsstrategien zusammen.	Nicht ersichtlich	Primäre Intervention: Bedarf an politischer Aktivität Sekundäre Interventionen: flächendeckendes Screening, Weiterleitung an sicheren Ort oder Behandlung, wertfreie Unterstützung, mit Männern allgemein über Gewalt reden, Gewalttherapien für Männer, Gesundheitspersonal schulen, Finanzierung zeitaufwändige Sitzungen, Screeningmethode optimieren (evtl. Abuse Assessment Screen, AAS). Zwei Interventionsstudien beschrieben (Parker et al., 1999 und Mc Farlane et al. 1997), beide nur Tendenz, keine Signifikanz zur Gewaltverminderung.

Tabelle 4: Übersicht der analysierten Leitlinien

Autorinnen/Jahr	Zweck	Beteiligte Interessengruppen	Methode	relevante Empfehlungen
NICE, 2010	unbehandelte Probleme bei Schwangeren mit komplexen sozialen Faktoren beleuchten	3 Gynäkologen, 1 Kommissionsmitglied, 1 Sozialarbeiter, 1 Spezialist für perinatale psychische Gesundheit, 1 Spezialist für elterliche psychische Gesundheit, 2 Hebammen, 1 Suchtmittelexperte, 3 Leistungsempfänger	Systematische Evidenzsuche. Sorgfältig entwickelt	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung Gesundheitsfachpersonen in Identifikation & Begleitung, Protokollführung, Hilfsmöglichkeiten für Betroffene & Gesundheitsfachpersonen, Hinweise auf Gewaltverletzungen, Gesprächsführung, erste Schritte - interdisziplinäre Zusammenarbeit - betroffenen Frauen Hebamme für ganze Schwangerschaft zuteilen - Abgabe Informationskarte mit Adressen & Nummern, Sicherheitsinformationen, weitere Treffen planen, Telefonnummer von Frau erfragen - zuständigen Arzt informieren
Women's Health Policy and Projects Unit, 2007	Leitlinie für Gesundheitspersonal: Wissen & Schulung für adäquaten Umgang	Departement of Health, Government of Western Australia, Women's Health Policy and Projects Unit	Nicht beschrieben	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung und Supervision Gesundheitspersonal - Interdisziplinäre Zusammenarbeit - Motivation, Unterstützung zu Selbstsicherheit, Ressourcenaufdeckung, Empowerment - Case Management: Gespräch, Rollenklärung, Sicherheitsplan, Fortschritt - reguläre Termine vereinbaren, externe Agenturen involvieren, Beobachten - Spezifisch für schwangere Frauen nur Empfehlungen zu Screening, Dokumentation

Tabelle 5: Stärken und Schwächen der analysierten Daten

AutorInnen, Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenz-niveau/ Quali-tät
Miller et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> - ausführliches Screening mit Frauen durchgeführt - auf Bedürfnisse der Frauen eingegangen und dies explizit erwähnt (warum sind sie hier? Was brauchen sie?) - Zeitpunkt: Betreuung schon während Familienplanung - weitere Einflussfaktoren durch Analysemethode vermindert 	<ul style="list-style-type: none"> - Typ I Fehler möglich, wegen kleinem n - Schulung der Trainer nicht klar ersichtlich - Partnereinbezug unklar - Intervall für Follow-up sehr klein (12-24 Wochen nach Intervention) - keine Ethikkommission erwähnt 	I, hohe Qualität
Bair-Merritt et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterentwicklung einer früheren Studie (wobei Gewalt-Dynamik besser erfasst) - Kodierungen der Interviews sind detailliert angegeben 	<ul style="list-style-type: none"> - wöchentliche Begleitung während 3 Jahren war schwierig - paraprofessionellen Hausbesucher nur knapp beschrieben 	I, hohe Qualität
Kiely M, et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> -Grosse Stichprobe -Individuelle Begleitung nach Risikofaktoren -signifikante Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> -Zu kurze Begleitung postpartal, postpartal keine signifikante Wirkung mehr -Verallgemeinerbarkeit gering -1.&2. Datenerhebung vor 28.SSW (Einschlusskriterium: vor 28.SSW) -Auswahl des Settings nicht genau Beschrieben 	I, hohe Qualität
Taft et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Operationalisierung ersichtlich, Skalen angezeigt, für Einschätzung häusliche Gewalt/ Depression - Studie in Literatur eingebettet, obwohl nicht-professionelles Mentoring kaum erforscht. - Limitationen ersichtlich 	<ul style="list-style-type: none"> - geringe Teilnehmerinnenanzahl - Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe: 90 zu 43. - geringe Aussagekraft der Ergebnisse - nicht ganz klar, was Mentorinnen genau machten, ob nur Informationsabgabe, wie und wo Treffen stattfand. - Studienbeschreibung teilweise unverständlich 	I, mittlere Qualität
Tiwari et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> -Messinstrumente an Kultur angepasst -Signifikante Ergebnisse -Gütekriterien erfüllt 	<ul style="list-style-type: none"> -Kleine Stichprobengröße -Verallgemeinerbarkeit gering -Keine langfristige Untersuchung und Intervention 	I, mittlere Qualität

McFarlane et al., 2000	<ul style="list-style-type: none"> - eingebettet in Literatur, Gruppen detailliert beschrieben - drei verschiedene Gruppen mit jeweils signifikanten Ergebnissen - Screening von grosser Bedeutung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollgruppe nicht angegeben - Randomisierung ohne Computer - Fokus nur auf Schwangerschaft - Zeitrahmen für Betreuung nicht klar - nur one-way Screening (fokussiert auf 1 Outcome) 	I, mittlere Qualität
Zlotnick et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> - auf Limitationen hingewiesen - weite Themenbereiche abgedeckt - breit angelegtes Screening mit zahlreichen Skalen zu häuslicher Gewalt, PTSD und Depression - individuelle Betreuung gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> - limitierte Power, kleine Teilnehmerzahl - Schulung & Durchführende der Intervention kaum erwähnt - erschwerte Vertrauensbasis, weil Frauen nicht alleine - Verblindung nicht angegeben 	II, mittlere Qualität
Cripe et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> - ganzheitliche Intervention genau beschrieben - Frauen werden vergütet - Kontrollgruppe hat nach Studienschluss Möglichkeit auf Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobe - Verallgemeinerbarkeit gering - Datenerhebung im frühen Wochenbett, keine langfristige Betreuung - Keine signifikanten Ergebnisse 	II, mittlere Qualität
Curry et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Frauen werden vergütet - Gute Validierung der Kategorien der Aktivitäten - Beratung an Bedürfnisse der Frau angepasst - Eigeninitiative der Frauen gefördert 	<ul style="list-style-type: none"> - Zugänglichkeit eingeschränkt wegen Telefon, v.a. sehr gefährdete Frauen schwierig zu erreichen - Demographisch grosse Unterschiede. - Keine langfristige Untersuchung und Intervention - Sensitivität der Ergebnisparameter schlecht 	II, mittlere Qualität
Sharps et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Folgen von häuslicher Gewalt auf Kind ausführlich untersucht. - Methode gut beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> - Verallgemeinerbarkeit gering, Studiensuche nur in USA - v.a. Querschnittstudien untersucht. - Kosten und Aufwand zu hoch wenn keine signifikanten Ergebnisse - Ergebnisse sehr unübersichtlich, unklare Aussagen - nur 8 Studien untersucht 	III, tiefe Qualität
Espinosa & Osborne, 2002	<ul style="list-style-type: none"> - primäre, sekundäre & tertiäre Interventionen, - Thema breit beleuchtet 	<ul style="list-style-type: none"> - Methode nicht beschrieben, unstrukturiertes Review - Keine Interventionsstudien mit signifikanten Ergebnissen benannt 	IV, mittlere Qualität
NICE, 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisse der Frau berücksichtigt - zusätzliche Empfehlungen: Schulung, Protokollführung, Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> - keine wirkungsvolle Interventionsstudien untersucht - Empfehlungen teilweise unspezifisch wegen fehlender Evidenz 	A, hohe Qualität

	-Einflussfaktoren bezgl. häuslicher Gewalt berücksichtigt		
Women's Health Policy and Projects Unit, 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Aktionsplan vorhanden - übersichtliche Darstellung -Empfehlungen zu Akutsituationen, Screening, umfassendes Assessment, Fragen zu häuslicher Gewalt 	<ul style="list-style-type: none"> - Methoden nicht deklariert - verwendete Studien für Evidenz nicht ersichtlich - limitierte Verwendungsmöglichkeit auf Westaustralien 	Nicht einschätzbar

4.1 Hausbesuche

In den Studien von Taft, Small, Hegarty, Watson, Gold & Lumley (2011), McFarlane et al. (2000), Bair-Merritt et al. (2010) und der Review von Sharps, Campbell, Baty, Walker & Bair-Merritt (2008) wurden als Interventionen bei betroffenen Frauen Hausbesuche durchgeführt und ausgewertet. Die Studien unterschieden sich voneinander und werden im Folgenden separat aufgeführt. Zahlreiche weitere Ergebnisse, welche nicht direkt mit dem hier behandelten Themenbereich zu tun haben, können im Analyseraster (Kapitel 10.1) nachgelesen werden. Die Reihenfolge der Publikationen erfolgt nach deren Qualität, Evidenzniveau und Erscheinungsjahr.

In der amerikanischen Studie von Bair-Merritt et al. (2010) „Reducing Maternal Intimate Partner Violence After the Birth of a Child: A Randomized Controlled Trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program“ wurden Familien untersucht, um den Themenkomplex häusliche Gewalt besser erfassen zu können. Dabei wurde das Augenmerk auf die Mütter gelegt, welche als Opfer sowie als Täterinnen untersucht wurden. Insgesamt 643 Familien in Hawaii mit hohem Risiko für Kindsmisshandlung ab dem frühen Wochenbett, nahmen für drei Jahre wöchentlich an der Studie teil. Die Frauen wurden mit Hilfe von Conflict Tactic Scale (CTS), in dem nach dem Verhalten des Partners in Konfliktsituationen gefragt wird und Mental Health Index 5-item gescreent. Folgende Gewalttypen wurden unterschieden: physische, sexuelle oder verbale häusliche Gewalt. Die Familien erhielten Hausbesuch von paraprofessionellen Hausbesuchern. Auf deren Schulung wird nicht eingegangen. Die Eltern wurden über die Entwicklung ihrer Kinder informiert, in der Elternrollenfindung und dem Suchen von Lösungsstrategien im Alltag unterstützt. Ihnen wurde emotionale Unterstützung angeboten. Es konnte gezeigt werden, dass die Mütter in den Interventionsfamilien weniger Opfer von häuslicher Gewalt wurden (IRR, 0.86; 95% CI, 0.73,1.01) und mütterliche Täterschaft signifikant reduziert werden konnte (IRR, 0.83; 95% CI 0.72,0.96). In der Interventionsgruppe konnte eine signifikante Reduktion von physischen Angriffen auf die Mutter (IRR, 0.85; 0.71-1.00) und auf das Kind (IRR, 0.82; 0.70-0.96) aufgezeigt werden. Als die Kinder eins bis drei Jahre und sieben bis neun Jahre alt waren, wurden die Eltern interviewt.

Das Evidenzniveau ist I (AWMF, 2008), Limitationen werden benannt. Beispielsweise war es schwierig, während drei Jahren einen wöchentlichen Besuch einzuhalten. Die

Qualität der Studie wird als hoch eingestuft. Die Kriterien sind mehrheitlich erfüllt und aus der Studienbeschreibung herauszulesen. Zudem wird dem Themenkomplex häusliche Gewalt Rechnung getragen.

In der australischen Studie von Taft et al. (2011) „Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)- Non-Professional Mentor Support to Reduce Intimate Partner Violence and Depression in Mothers: a Cluster Randomised Trial in Primary Care“ wurden 90 gewaltbetroffene oder psychisch gestresste australische Schwangere oder Mütter mit mindestens einem Kind unter 5 Jahren (kulturell und sprachlich unterschiedlich) von nicht-professionellen Mentorinnen betreut. Die Frauen wurden während 12 Monaten wöchentlich zu Hause besucht und in verschiedenen Themenbereichen unterstützt (Elternrollenfindung, Anwaltschaft, Erziehungshilfen, Sicherheit und Eigenverantwortlichkeit, Verweisung an weitere Beratungsstellen). Die Intervention begann in der Schwangerschaft oder postpartal, genaueres ist nicht ersichtlich. Geschultes Krankenhauspersonal screenete die Frauen mittels Composite Abuse Scale (CAS), EPDS, Parenting Stress Index short form (PSI-SF) und Medical Outcomes Scale Short form (MOS-SF). Bei ernsthaften psychischen Erkrankungen wurden die Frauen nicht in die Studie eingeschlossen. Die Mentorinnen wurden aufgrund ihrer empathischen Persönlichkeit ausgesucht und erhielten während fünf Tagen eine Schulung in den Themenbereichen Beziehung aufbauen, Anwaltschaft von häuslicher Gewalt, Arbeit mit Depressionen, Unterstützung von Eltern, Sicherheit und Selbstsicherheit. Im 1., 4., 8. und 12. Monat wurden die Mentorinnen von einem Forscher der Studie supervisiert. Die Kontrollgruppe umfasste 43 Frauen, welche Informationen und Adressen zu häuslicher Gewalt und die normale Gesundheitsversorgung bekam. In den Ergebnissen konnte gezeigt werden, dass die Interventionsgruppe 12 Monate nach Beginn der Intervention signifikant weniger häusliche Gewalt erfuhr (-8.67. 95% CI -16.2-1.15. $p=0.03$). Es konnte keine statistische Signifikanz bei der Reduzierung von Depression oder Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

Das Evidenzniveau der Studie beträgt I (AWMF, 2008), wobei es zahlreiche Limitationen gab, welche von den Forschern zwar deklariert werden, verallgemeinernde Aussagen aber verunmöglichen. Beispielsweise ist die Aufteilung von Kontroll- und Interventionsgruppe (43 zu 90) fragwürdig und die Anzahl Teilnehmerinnen klein, was Fehler in der Auswertung erhöhen kann. Die Studienbeschreibung ist teilweise unverständlich.

Trotzdem sind die Gütekriterien mehrheitlich erfüllt, ein detailliertes Studienprotokoll kann eingesehen werden. Die Qualität der Studie wird mittel eingestuft.

In der amerikanischen Studie von McFarlane et al. (2000) „An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women“ wurden 329 gewaltbetroffene Schwangere zwischen 15 und 29 Jahren mit lateinamerikanischem Hintergrund in insgesamt drei Interventionsgruppen eingeteilt. Die erste Gruppe (Brief-Group) wurde mit Adressen und Informationen zu häuslicher Gewalt versorgt, die zweite Gruppe (Counseling-Group) wurde von professionellen Beraterinnen und Beratern, welche Experten im Umgang mit häuslicher Gewalt waren, in der Klinik betreut oder konnten sich per Telefon oder Pager bei den Betreuern melden. Die Themen der Beratung sind nicht ersichtlich. Die dritte Gruppe (Outreach-Group) erhielt nebst der Beratung in der Klinik Hausbesuche von nicht-professionellen Mentorinnen, welche die Frauen in der Schwangerschaft unterstützten und schulten. Diese Mentorinnen wurden zum Thema häusliche Gewalt, Einführung in die Dokumentation und Kontaktaufnahme zu den Frauen geschult. Der Zeitrahmen der Schulung sowie die Einschlusskriterien für die Mentorinnen gehen nicht aus der Studienbeschreibung hervor. Die Datenerhebung erfolgte mit dem Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) zu Beginn der Studie sowie 2, 6, 12 und 18 Monate nach der Intervention. Die Frauen wurden zudem befragt, welchen Gemeinschaften sie beitraten, um aus dem Gewaltkreislauf zu gelangen wie beispielsweise Alkohol- oder Drogenentzug, Selbsthilfegruppen, Kirchen, Bildungsstätten, Arbeitsplatz, Gesundheitsversorgung u.a.

Das Evidenzniveau liegt bei I (AWMF, 2008). Es konnte gezeigt werden, dass in allen drei Interventionsgruppen zwischen dem ersten Messzeitpunkt und zwei Monaten postpartal die Rate an Gewaltandrohungen ($p < 0.001$) und angewendeter häuslicher Gewalt signifikant zurück ging ($p = 0.03$). Physische Gewalt in der Outreach-Group ging signifikant zurück ($p < 0.05$) im Gegensatz zur Counseling-Group, nicht aber im Vergleich zur Brief-Group. Der Zusammenhang zwischen Beratung und Nutzung von Ressourcen der Frauen war signifikant mit 30%. Die Studie zeigt einige Limitationen auf, welche eine Verallgemeinerung verunmöglichen. So erfolgte die Randomisierung ohne Computerprogramm, das Setting war ein stark begrenztes Gebiet und der Fokus lag auf der Schwangerschaft. Die Qualität der Studie wird als mittel eingeschätzt, weil zu wenig ersichtlich ist, wie und wo die Frauen unterstützt wurden. Zudem erfolgte das Screening

nur mit einer Skala zur Gewalt, weitere (gesundheitliche) Einflussfaktoren wurden nicht ermittelt.

Im amerikanischen Review von Sharps et al. (2008) „Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence“ wurden acht quantitative Studien analysiert, in denen Hausbesuche bei Frauen mit häuslicher Gewalt während der Schwangerschaft bis ein Jahr postpartum durchgeführt wurden. Die Stichprobengröße der Studien reichten von 142 (Cerni & Inouye, 2001) bis 1139 Frauen (Olds et al., 2004). Die Interventionen der Paraprofessionellen, Pflegefachfrauen, Sozialarbeiter oder Gesundheitspädagogen beinhalteten meist eine Entwicklung eines Plans für die Zukunft, Massnahmen zur Förderung des Elternwerdungsprozesses, Kindsentwicklung und zur sozialen Unterstützung und praktischen Hilfe von Pflegenden sowie Überweisung an öffentliche Anlaufstellen. Die Ergebnisse der Review sind nicht eindeutig und beschreiben entgegen der Fragestellung eher die Kindsmisshandlung. Eine darin enthaltene Studie konnte die Prävalenz von häuslicher Gewalt vermindern (Eckenrode, 2000: 324 Frauen untersucht, $p < 0.04-0.001$). In den anderen Studien war dieser Effekt nicht signifikant oder ist nicht ersichtlich. Eine Studie konnte zeigen, dass Kindsmisshandlung mit häuslicher Gewalt korreliert (Cerney & Inouye, 2001: 142 Frauen untersucht, $p < 0.04$).

Bezüglich der Ausbildung der HausbesucherInnen ist die Aussage unklar, wer am geeignetsten dafür ist. Es wird jedoch gesagt, dass Pflegefachfrauen oft lange Kontakt mit den Frauen haben und darum ideal für das Screening erscheinen. Der Ergebnisteil ist sehr unübersichtlich und lückenhaft beschrieben. Limitationen sind, dass die Studien vor allem Querschnittstudien sind, die sich mit Risikofamilien und Familien mit tiefem Einkommen beschäftigen. Die Evidenzniveau liegt bei III (AWMF, 2008), die Qualität des Reviews ist wegen der Unübersichtlichkeit tief.

4.2 Betreuung in der Klinik

Sechs der untersuchten Interventionsstudien fanden in der Klinik statt (Miller, Decker, McCauley, Tancredi, Levenson, Waldman et al., 2010; Zlotnick et al., 2011; Kiely et al., 2010; Tiwari, Leung, Leung, Humphreys, Parker & Ho, 2005; Curry, Durham, Bullock, Bloom & Davis, 2005; Cripe, Sanchez, Sanchez, Quintanilla, Hernández Alarcon et al., 2010). Keine Interventionen fanden während der Geburt statt. Alle ausgewählten und analysierten Studien dieses Reviews haben gemeinsam, dass die Frauen über Hilfsangebote und Anlaufstellen informiert wurden und unterstützende Beratungen erhielten.

Trotzdem unterschieden sich die Interventionen in den Kliniken teilweise grundlegend voneinander.

In der Studie von Miller et al. (2010) „A Family Planning Clinic Partner Violence Intervention to Reduce Risk Associated with Reproductive Coercion“, welche in vier Familienplanungs-Kliniken in den USA angesiedelt war, wurde bei 906 Frauen zwischen 16 und 29 Jahren nach einem ausführlichen Screening zu häuslicher Gewalt eine Schulung über Fortpflanzungszwang durchgeführt. Mit Fortpflanzungszwang ist gemeint, wenn eine Frau zu einer Schwangerschaft oder zur Manipulation ihrer Geburtenkontrolle gezwungen wird. Ziel der Studie war die Reduktion von häuslicher Gewalt und die Schulung und Bewusstseinssteigerung über Fortpflanzungszwang als eine mögliche Form von häuslicher Gewalt vor der Schwangerschaft. Mit Hilfe des Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) und des Sexual Experiences Survey wurde die Erfahrung von psychischer und sexueller Gewalt in Form eines Fragebogens am Computer ermittelt. Die Datenerhebung erfolgte vor und 12-24 Wochen nach der Intervention mit einem Interview, wobei die Fragen dazu in der Studienbeschreibung aufgelistet sind. Die Beratung fand durch trainierte Familienplanungs-BeraterInnen statt, inwieweit es Männer oder Frauen waren, ist nicht ersichtlich. Die Kontrollgruppe erhielt die gängige Beratung. Die Intervention begann, sobald die Frauen in die Familienplanungsklinik kamen und das Screening zu häuslicher Gewalt positiv war, sofern die Frauen zustimmten. Die Forscher erwähnten, dass sie versuchten, auf die Bedürfnisse der Frauen einzugehen und während der Beratung herausfinden wollten, was sie am dringendsten benötigten. Weitere behandelte Themen waren Einfluss von häuslicher Gewalt auf die Gesundheit, Informationen über Gewaltformen und Aufklärung zu Fortpflanzungszwang.

Es konnte gezeigt werden, dass Frauen aus der Interventionsgruppe 71% weniger Fortpflanzungszwang erlebten als Frauen der Kontrollgruppe (0.29, 95% CI 0.09-0.91). Trotzdem konnte bei der nachfolgenden Untersuchung keinen statistisch signifikanten Unterschied erkannt werden, dass Frauen weniger von häuslicher Gewalt betroffen waren. Signifikant war aber, dass sich das Bewusstsein für häusliche Gewalt bei einem Signifikanzniveau von 95% in beiden Gruppen erhöhte ($p < 0.001$). Zudem hörten Frauen aus der Interventionsgruppe signifikant häufiger auf, sich mit jemandem zu treffen ($p < 0.001$) oder verliessen signifikant häufiger eine Partnerschaft, wenn ihnen diese als ungesund oder unsicher vorkam ($p = 0.013$).

Das Evidenzniveau ist I (AWMF, 2008). Die Forscher der Studie limitierten die Aussagekraft und gaben an, dass das Follow-up Interview nur drei Monate nach der Intervention zu früh angesetzt wurde, um mögliche Veränderungen erreicht haben zu können. Die Qualität der Studie wird als hoch eingestuft, weil die Forscher mithilfe von computergestützten Fragebogen, persönlichen Beratungen und Interviews bei den Bedürfnissen der Frau angesetzt haben und mit Schulung über mögliche Formen von häuslicher Gewalt schon vor der Schwangerschaft begonnen haben.

In der amerikanischen Studie von Kiely et al. (2010, siehe auch Katz et al., 2007) „An Integrated Intervention to Reduce Intimate Partner Violence in Pregnancy: a Randomized Trial“ wurden 1044 Afro-Amerikanerinnen mit tiefem Einkommen eingeschlossen, davon 521 in die Interventionsgruppe eingeteilt. Zu Beginn wurden sie mehrmals auf ihr Risiko für Nikotinabusus, passiver Nikotinabusus, Depression und häusliche Gewalt (N=336) gescreent, zu häuslicher Gewalt anhand des Abuse Assessment Score (AAS), welcher den Status der häuslichen Gewalt in einem bestimmten Zeitraum ermittelt. Für das Screening nach anderen Risikofaktoren wurden jeweils spezifische Skalen verwendet. Die Kontrollgruppe erhielt eine Liste von Anlaufstellen regulärer Schwangerschaftsvorsorge, die Interventionsgruppe zusätzlich vor oder nach der regulären Vorsorge eine 35-50minütige Beratung durch Sozialarbeiter mit Masterabschluss oder Psychologen, die über die Durchführung der Intervention geschult worden waren. Die Beratungen waren speziell für das betreffende Risiko entwickelt. Bei häuslicher Gewalt wurden die Themen Gewaltformen, Informationen zu Sicherheit, Sicherheitsplan und Gewaltkreislauf behandelt. Ein Viertel der Frauen hatten keine Interventionsberatung, 51% hatte vier und mehr Sitzungen. Die Datenerhebung erfolgte über Telefon (bei Studieneintritt, 22.-26. und 36.-38. Schwangerschaftswoche und acht bis zehn Wochen postpartal).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionsgruppe signifikant weniger Vorkommen von häuslicher Gewalt während dem zweiten ($p=0.012$) und dritten ($p=0.05$) Schwangerschaftstrimenon aufweist, jedoch nur eine Tendenz postpartal ($p=0.63$). Die Interventionsgruppe zeigt nicht signifikant weniger Frühgeburten unter der 37. Schwangerschaftswoche und Neugeborene die leichter sind als 2500g, jedoch zeigt sie signifikant weniger frühe Frühgeburten vor der 33. Schwangerschaftswoche ($p=0.03$) und Neugeborene, die leichter als 1500g ($p=0.052$) sind. Die Schwangerschaftsdauer der Interventionsgruppe war signifikant länger (36.9 versus 38.2 Schwangerschaftswochen,

$p=0.016$). In der erweiterten Version von Kiely et al. (2010, Katz et al. 2008) ist ersichtlich, dass die Frauen die Informationsgabe zu 72,7% als sehr hilfreich und die nach Risiken eingeteilte multifaktorielle Begleitung zur Reduktion von anderen Risiken (Nikotinabusus, passiver Nikotinabusus, Depression) zu 60% hilfreich fanden.

Das Evidenzniveau der Studie liegt bei I (AWMF, 2008), die Qualität ist wegen der grossen Stichprobe, dem übersichtlichen Aufbau und der einseitig verblindeten Datenerhebung hoch. Bedürfnisse der Frauen wurden dabei umfassend berücksichtigt und in die Beratung miteinbezogen. Hingegen erfolgt die erste und zweite Datenerhebung vor der in den Einschlusskriterien festgelegten 28. Schwangerschaftswoche. Dies könnte zu systematischen Fehlern geführt haben. Weiter ist die ausgewählte Population sehr spezifisch, Verallgemeinerungen daher nur bedingt möglich.

Als weiteres Beispiel für eine Intervention dient die amerikanische Studie von Zlotnick et al. (2011), welcher den Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt untersuchte. Eingeschlossen wurden 54 schwangere Frauen zwischen 18 und 40 Jahren mit tiefem Einkommen. Das Screening und die Datenerhebung der Frauen erfolgte durch verschiedene Tests wie EPDS, Psychiatric Status Rating (PSR), Davidson Trauma Scale und CTS2. Mit 28 Frauen wurde eine interpersonale Psychotherapie mit den Themen Beziehungsarbeit, Unterstützung des sozialen Netzwerks, Empowerment, Stabilisierung, Stressmanagement, Symptome von Babyblues, Depression und posttraumatische Belastungsstörung, Entwicklung eines Sicherheitsplans, Informationen zu Sicherheit, Gewaltkreislauf und Rollenfindung durchgeführt. Auf das Training der zwei Interventionsdurchführenden wird nicht näher eingegangen, jedoch dass sie wöchentlich supervisiert wurden.

Das Evidenzniveau liegt bei II (AWMF, 2008). Es konnten keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden, wohl aber ein Trend, dass die Intervention posttraumatische Stresssymptome und Depression während der Schwangerschaft bis drei Monate nach der Geburt reduzieren konnte. Die Studie zeigt zahlreiche Limitationen auf wie zum Beispiel die kleine Anzahl Teilnehmerinnen, welche die Quote für systematische Fehler erhöht, oder der Einbezug von Frauen aus nur drei Kliniken. Die Qualität der Studie wird als mittel eingestuft. Zum einen wurden die Einflussfaktoren bei den Frauen mit zahlreichen Skalen erfasst, der Studienbeschrieb ist detailliert und verständlich geschrieben, die Gütekriterien sind mehrheitlich erfüllt. Die Forscher deklarieren, dass

sich nicht signifikanten Ergebnissen ergeben haben, weil zu wenig Zeit (fünf bis sechs Wochen nach Interventionsstart in Schwangerschaft, zwei Wochen postpartum und drei Monate postpartal) zwischen der Intervention und der Datenerhebung nach der Intervention lag.

Die Interventionen der peruanischen Studie von Cripe et al. (2010) „Intimate Partner Violence during Pregnancy: a Pilot Intervention Program in Lima, Peru“ und der chinesischen Studie von Tiwari et al. (2005) „A Randomized controlled Trial of Empowerment Training for Chinese Abused Pregnant Women in Hong Kong“ sind nach dem Vorbild von McFarlane et al. (2000) aufgebaut. Die Frauen wurden mit dem AAS gescreent. Die Studie von Tiwari et al. (2005), teilte die häusliche Gewalt in psychische, physische und sexuelle Gewalt mit jeweiligen Schweregraden auf. Dafür wurde die CTS verwendet. Um die Lebensqualität der Frauen zu messen, wurde in beiden Studien der „Short Form Health Survey“ (SF-36) verwendet, welcher die körperliche und mentale Gesundheit misst. Bei Cripe et al. (2010) wurden 110 Frauen der Interventionsgruppe durch geschulte Sozialarbeiter (in Interviewführung, Sicherheitsplan entwickeln und ethisches Verhalten in der Gewaltforschung) betreut. Bei Tiwari et al. (2005) wurden 51 in der Interventions- und 55 gewaltbetroffene Frauen in der Kontrollgruppe von Hebammen mit Master in Beratung betreut. Die spezifische Schulung der Hebammen ist nicht ersichtlich. In der Interventionsgruppe absolvierten die Frauen neben der regulären Schwangerschaftsvorsorge eine 30-45minütige Sitzung, in der sie emotionale Unterstützung erhielten und Themen wie Entscheidungsfindung und Problemlösung besprochen wurden.

Beide Studien beschreiben, dass die wertneutrale Haltung, das empathische Zuhören und das Akzeptieren der Gefühle der Frau bei den Interventionen zentral waren, entwickelten mit den Frauen einen Sicherheitsplan- und code und gaben Informationen zu Sicherheit ab. Sie beteuern die Wichtigkeit der Akzeptanz der Entscheidungen der Frauen, beispielsweise auch, wenn sie trotz Gewalt beim Partner bleiben wollen. Cripe et al. (2010) beschreibt zusätzlich, dass den Frauen gesagt wurde, dass sie nichts Falsches getan haben und viele Frauen dasselbe erleben. Die behandelten Themen in der Interventionsgruppe waren Gewaltkreislauf, Unterstützung bei wichtigen Telefonaten und Informationen zu Schwangerschaften, Stillen und Ernährung. Die Kontrollgruppen erhielten eine Informationskarte mit Hilfsanlaufstellen in Kreditkartengröße. Die Ergebnisse sind trotz der Ähnlichkeiten sehr unterschiedlich. Die Intervention der chinesi-

schen Studie zeigte weniger geringfügige physische Gewalt (-1, CI 95% -1.8, -0.17) psychische Misshandlung (-1.2, CI 95% -2.2, -0.04), bessere physische Tätigkeit (10, CI 95% 2.5, 18), weniger einschränkende physische (19, CI 95% 1.5, 37) und psychische Gesundheitsprobleme (28, CI 95%, 9, 47), jedoch mehr Schmerzen am Körper (-13, CI 95%, -23, -2.2). Signifikant weniger Frauen hatten postpartale Depression (relatives Risiko: 0.36, 0.15-0.88). Sowohl das Screeninginstrument wie auch die Intervention wurden an die chinesische Kultur angepasst. Es wird geschrieben, dass durch den Empowerment-Ansatz der Studie, die Frauen zu unterstützen in Sicherheitsfragen, Problemlösung und Entscheidungsfindung die Bedürfnisse der chinesischen Frauen gut angegangen wurden. Bei Cripe et al. (2010) konnte das Gewaltvorkommen nicht statistisch signifikant vermindert werden. Die Empowerment-Gruppe wendete tendenziell mehr Sicherheitsmassnahmen an (pre- & post Intervention: 1.8% zu 30,3%). Die chinesische Studie hat das Evidenzniveau I, jedoch wegen der kleinen Population mittlere Qualität, die peruanische das Niveau II und mittlere Qualität (AWMF, 2008). Bei beiden wurden keine langfristigen Daten erhoben.

Die amerikanische Studie von Curry, Durham, Bullock, Bloom & Davis „Nurse Case Management for Pregnancy Women Experience or at Risk for Abuse“(2005) erhob Daten von 1000 Frauen. Nach dem AAS wurden 106 Frauen aus der Interventions- und 101 aus der Kontrollgruppe zu den „high risk“-Frauen gezählt, d.h. sie waren von Gewalt betroffen oder hatten einen erhöhten Stresspegel. Der Interventionsgruppe wurde zu Beginn ein elfminütiges Video zur Bewusstseinschärfung für häusliche Gewalt gezeigt. Im Anschluss bekamen sie ein Kühlschrankschrankmagnet mit einer Nummer, die 24 Stunden während sieben Tagen der Woche durch eine auf häusliche Gewalt geschulte Pflegefachperson, die schon fünf Jahre Erfahrung in Mutter-Kind-Betreuung hatte, bedient war. Die Gewaltbetroffenen und Frauen in Stresssituationen wurden (je nach Risikostärke mehrmals) kontaktiert und in individuellen, von den Frauen angesprochenen Themen beraten. Die Gesprächsthemen wurden dokumentiert: 38% der Gespräche thematisierten Unterstützung (emotional, in der Familie, mit Kindsvater, Entscheidungsfindung), 32% Hilfe im Alltag (Essen beschaffen, Wohnungs- und Arbeitssuche, soziale Unterstützung, Rollenfindung, Unterstützung suchen im Gesundheitssystem, Personensicherheit, Bedürfnisse der mentalen Gesundheit, Beziehungsfragen, Suchtmittelmissbrauch), Schulung in verschiedenen Gesundheitsfragen und Hilfsangeboten (9%), Planung von weiteren Interventionssequenzen (7%), Koordination mit anderen Anlaufstel-

len (7%) und Coaching bezüglich Unabhängigkeit und der eigenen Sicherheit (2%). Heraus kam, dass sowohl bei der Interventions-, wie auch der Kontrollgruppe zwischen der ersten und der zweiten Datenerhebung der Stressscore signifikant abnahm ($p=0.001$), der Unterschied der Gruppen war aber nicht signifikant.

Die Studie hat das Evidenzniveau II (AWMF, 2008) und mittlere Qualität wegen Limitationen wie die niedrige Erreichbarkeitsrate durch das Telefon, trotzdem orientierte sich die Studie an den Bedürfnissen der Frauen.

Die unsystematische Review von Espinosa & Osborne (2002) „Domestic Violence during Pregnancy: Implications for Practice“ diskutiert das Vorkommen von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft und fasst Assessment und Interventionsstrategien zusammen. Es umfasst sowohl eine Auswahl an primären, sekundären wie auch tertiäre Interventionen: Bei ersteren zeigen die Autorinnen u.a. den Bedarf an Bekanntmachung von Anlaufstellen und Hilfsangeboten sowie die Prägung des gesunden Frauenbildes auf. Bei sekundären Interventionen kristallisiert sich die Wichtigkeit des flächendeckenden Screenings (wobei prozentual mehr Frauen durch Hebammen als durch Ärzte erfasst werden) und die Behandlung oder Weiterleitung der Frau an einen sicheren Ort heraus. Sie gewichten sehr stark, dass diese Frauen eine wertfreie Unterstützung erhalten sollen, da das Gesundheitspersonal nur einen kurzen Einblick in die Geschichte einer Frau bekommt. Sie zeigen Bedarf an Präzisierung von Screeningmethoden und Interventionsprogramme für Männer und statuieren die Wichtigkeit von Schulung vom Gesundheitspersonal, um Frustration und Hilflosigkeit gegenüber häuslicher Gewalt zu vermindern. Bezüglich der tertiären Intervention beschreiben die Autoren, wie wichtig es ist, dass Gesundheitsfachpersonen Verständnis für die Phasen nach der Trennung zeigen (Gegenaktion/Widerstand, Ausreissen, nicht zurück gehen, selbst weitergehen) und die Betroffenen darin unterstützen.

Die Review enthält schlüssige, belegte Empfehlungen, ist aber nicht systematisch recherchiert und hat darum das Evidenzniveau V (AWMF, 2008) und mittlere Qualität wegen der Übersichtlichkeit des Artikels und der Beachtung verschiedener Einflussfaktoren.

In der Leitlinie von NICE (2010) „Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors“ wird ein ganzes

Kapitel der häuslichen Gewalt gewidmet. Sie schreiben, dass Gesundheitsfachpersonen in der Identifikation und Begleitung gewaltbetroffener Frauen geschult werden sollten: Screening, Protokollführung, Hilfsmöglichkeiten für Betroffene sowie Gesundheitsfachpersonen, Interdisziplinarität, Hinweise auf Gewaltverletzungen, Gesprächsführung, Reaktion auf nachgewiesene häusliche Gewalt.

Die Autoren betonen, dass es mehr Zeit für Screening und Intervention von häuslicher Gewalt und mehrere Konsultationen braucht. Zudem soll eine gewaltbetroffene Frau eine kontinuierliche Betreuung während der ganzen Schwangerschaft bekommen: Eine Hebamme sollte mindestens 50% aller Beratungen durchführen, da in Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass es für die Frauen wichtig war, von jemandem betreut zu werden, zu dem sie eine Beziehung hatten (NICE, 2010). Dies vereinfacht auch das Ansprechen heikler Themen wie fortbestehende Gewalt. Damit Hebammen das leisten können, sollten zusätzliche Strukturen geschaffen werden, um diese Begleitung zu ermöglichen. Staatlich anerkannte Protokolle und Pathway's sollen erstellt werden. Darin sollte auch die Betreuung von Frauen enthalten sein, bei denen man nur einen Verdacht auf häusliche Gewalt hat. Hebammen sollten einen grossen Umfang an Informationen für betroffene Frauen oder für Frauen mit Verdacht auf Gewalterfahrungen zur Verfügung stellen und sie in der sicheren Entscheidungsfindung unterstützen. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen beruhigt sind, wenn Professionelle über Vorkommen von häuslicher Gewalt Bescheid wissen. Wegen der Sicherheit des Ungeborenen sollte der zuständige Arzt während der Schwangerschaft über die häusliche Gewalt informiert werden. Auf die Frage, welche Intervention nun wirksam sei, gibt die Leitlinie mangels Evidenz an, dass keine spezifische Intervention wirklich wirksam ist.

Die Leitlinie hat das Evidenzniveau A (AWMF, 2008), die Vorgehensweise ist gut nachvollziehbar, die Ergebnisse gut übertragbar, jedoch wegen fehlender Evidenzen zu wirkungsvollen Interventionen teilweise unspezifisch. Die Qualität ist hoch, da das Review sorgfältig und übersichtlich gestaltet ist und die Gütekriterien erfüllt sind.

Eine weitere untersuchte Leitlinie „Guidelines for responding to Family and Domestic Violence“ kommt aus Australien (Women's Health Policy and Projects Unit, 2007). Die Leitlinie wurde für das Gesundheitspersonal entwickelt, damit ihnen Wissen und Umgang mit Betroffenen von häuslicher Gewalt vermittelt werden kann. Für folgende Themenbereiche werden Empfehlungen abgegeben: Kommunikation mit Klientinnen,

Assessment, Beratung, Erkennungsmerkmale häuslicher Gewalt, Dokumentation, Interdisziplinarität, Gespräche mit Täter, spezielle Gruppen (u.a. schwangere Frauen), wichtige Adressen und Rechtsfragen. Schwangere Frauen sind in einem separaten Kapitel kurz erwähnt, spezifische Empfehlungen dagegen werden nicht abgegeben. In einer Tabelle wird in vier Schritten dargestellt, was bei (Verdacht auf) häuslicher Gewalt getan werden soll: Schritt 1: Kommunikation und Beratung, Schritt 2: Assessment, Schritt 3: Überweisungen, Schritt 4: Management. Des Weiteren wird ein Ablaufplan erstellt, wann was bei hohem oder unmittelbarem Risiko von häuslicher Gewalt gemacht werden kann. Die Forscher deklarieren, dass die Verwendbarkeit ihrer Empfehlungen sehr limitiert und auf den Westen Australiens beschränkt ist. Schritt 4 hebt die Wichtigkeit hervor, dass reguläre Termine vereinbart werden sollen, externe Agenturen involviert werden, das Gesundheitspersonal unterstützen und beobachten soll, vor allem, wenn die Frau trotz bestehendem Gewaltrisiko wieder nach Hause geht. Auch wird die Notwendigkeit eines Sicherheitsplans aufgezeigt, in dem Ressourcen aufgedeckt und Informationen und Adressen abgegeben werden.

Das Evidenzniveau der Studie kann nicht angegeben werden, weil die Methoden, welche Studien und Reviews als Grundlage dienten, sowie das Vorgehen bei der Leitlinienentwicklung nicht ersichtlich sind. Die Qualität der Leitlinie wird als niedrig eingestuft, da zu relevanten Kriterien keine Angaben gemacht werden konnten.

5 DISKUSSION

Interventionen

Aus der Theorie ist bekannt, dass das Setting weniger entscheidend ist als die Atmosphäre, in welcher die Intervention stattfindet. So ist nach Fausch & Wechlin (2007) die Einhaltung der Vertraulichkeit, die wertfreie Haltung gegenüber der Frau sowie das Gespräch unter vier Augen entscheidend für eine professionelle Vertrauensbasis und damit für die Zusammenarbeit mit den Frauen. Auch in Publikationen mit mittlerer und hoher Qualität wurde das Setting wenig bis gar nicht erläutert. So ist bei den Hausbesuchen nicht klar, ob die Ehemänner dabei waren oder wie lange die Besuche dauerten (Zlotnick et al., 2000; Taft et al., 2011; Bair-Merritt et al., 2010; Sharps et al., 2008; Miller et al., 2010). Diese Informationen sind aber wichtig, um herausfinden zu können,

in welcher Umgebung die Besuche stattfanden, wie viel Zeit für die Frauen aufgewendet wurde, um die Relevanz und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse überprüfen und der Betreuung der Frauen gerecht werden zu können. Denn eine Frau, welche sich nicht sicher fühlt, spricht kaum über ihre Gewalterfahrungen (NICE, 2010). Dies könnte bedeuten, dass die durchgeführten Interventionen bei den Frauen gar keinen Effekt erzielen konnten, weil sie nicht über Probleme und damit über mögliche Lösungen sprechen konnten und dadurch eine signifikante Reduktion von häuslicher Gewalt ausblieb. Aus oben genannten Gründen sind dies aber nur Mutmassungen, weil zu wenig über das Setting bekannt ist.

Die Zeitpunkte der Interventionen im Zusammenhang mit wirkungsvollen Effekten unterscheiden sich in der analysierten Literatur stark. Drei Studien erzielten eine Reduzierung von häuslicher Gewalt bereits in der Schwangerschaft (Tiwari et al., 2005; Kiely et al., 2010; Taft et al., 2011). Beispielsweise senkte die Reduzierung von häuslicher Gewalt die Rate früher Frühgeburten und Neugeborene mit tiefen Geburtsgewicht (Kiely et al., 2010), verminderte physische und psychische Gesundheitsprobleme und postpartale Depression der Frau (Tiwari et al., 2005). Aus der Theorie ist bekannt, dass möglichst früh angesetzte und langfristige Interventionen am wirkungsvollsten sind (WHO, 2003). Daher erscheint es sinnvoll, die Intervention so früh wie möglich in der Schwangerschaft oder wie bei Miller et al. (2011) bereits während der Familienplanung anzusetzen. Zudem ist aus der Theorie bekannt, dass häusliche Gewalt auch erst durch eine Geburt ausgelöst werden kann (Gloor & Meier, 2007; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006; WHO, 2003). Aus diesem Grund sind auch Interventionen, die postpartal beginnen, notwendig.

Bei der Dauer der Intervention konnte gezeigt werden, dass sowohl langfristig als auch kurzfristig angelegte Studien wirkungsvoll waren. Aus der Datenanalyse kann geschlossen werden, dass Interventionen in der Schwangerschaft unabhängig von deren Dauer wirkungsvoll sein können. Da aus der Theorie jedoch bekannt ist, dass Frauen erst mit der Zeit mehr über ihre Erlebnisse preisgaben (Zlotnick et al., 2011) und langfristige Interventionen nachhaltiger erscheinen (WHO, 2003), sollten möglichst langfristige Interventionen angestrebt werden.

Ein weiterer entscheidender Punkt, welche die Art der Interventionen voneinander unterscheidet, ist der Zeitpunkt der Datenerhebung *nach* der Intervention. Diese reichten

von einer Woche postpartal (Cripe et al., 2010) bis sieben Jahre nach der Intervention (Bair-Merritt et al., 2010). Von einigen Forscher und Forscherinnen werden fehlende signifikante Effekte teilweise den frühen abschliessenden Datenerhebungen nach den Interventionen zugeschrieben (Miller et al., 2010). Diese Vermutung wird gestützt von der Tatsache, dass späte abschliessende Datenerhebungen (ab zwölf Monaten) bedeutende Ergebnisse in der Reduktion von häuslicher Gewalt zeigten (Taft et al., 2011; Bair-Merritt et al., 2010; McFarlane et al., 2000). Dieser Punkt ist insofern entscheidend, als dass bedacht werden muss, dass systematische Gewalt nicht von einem Tag auf den anderen endet. Der Gewaltkreislauf wiederholt sich stetig, ein Ausstieg ist schwierig, die Betreuung braucht viel Geduld und Zeit und Rückfälle sind häufig (EBG, 2007; Gloor & Meier, 2007). Alle Angaben zu Zeit und Dauer bestätigen die Wichtigkeit von früh angesetzten, langfristigen Interventionen und spät angesetzten abschliessenden Datenerhebungen, wie aus der Datenanalyse hervorgeht.

Die Durchführenden und deren Schulung der analysierten Interventionen gegen häusliche Gewalt in der analysierten Datenlage sind sehr unterschiedlich. Psychotherapeuten, Gesundheitsfachpersonal (mit oder ohne spezielle Schulung), nicht-professionelle Frauen, Pflegefachpersonen und Psychiater oder Psychiaterinnen werden aufgeführt. Vielfach wurde zu wenig detailliert beschrieben, wer was genau gemacht hat. Das ist bedauerlich, denn in der Literatur herrscht Einigkeit darüber, welche Betreuungsspezifika Barrieren in der Betreuung und dem Screening von betroffenen Frauen darstellen (NICE, 2010, S. 138ff.). So sind beispielsweise männliche Betreuungspersonen bei einer Intervention, zu wenig Zeit und schlecht ausgebildetes Gesundheitspersonal laut einer repräsentativen Umfrage mit schwangeren Frauen hinderlich. Das kann dazu führen, dass viele Frauen gar nicht erst positiv auf häusliche Gewalt gescreent werden, weil zahlreiche Hemmschwellen oder fehlendes Wissen im Umgang seitens des Gesundheitspersonals bestehen. Oder Frauen machen falsch-negative Angaben, weil sie keine Vertrauensbeziehung zur Betreuungsperson aufbauen können (NICE, 2010). Dies wiederum führt dazu, dass gewaltbetroffene Frauen „unentdeckt“ bleiben, keine Hilfestellungen bekommen und dadurch viel öfters in einer Gewaltbeziehung bleiben. Obwohl bekannt ist, dass eine Intervention von aussen in einem sich gefestigten Gewaltkreislauf teilweise der einzig mögliche Ausweg ist (EBG, 2007; Mayer, 2007). Zlotnick et al. (2011) konnte aufzeigen, dass Frauen erst nach zwei Sitzungen über ihre Gewaltgeschichte sprachen, weil davor das Vertrauensverhältnis noch nicht vorhanden war. Eine

weiterführende Überlegung in dieser Hinsicht betrifft die Interdisziplinarität, wenn nach der Intervention geplant wird, ob und wie die Familie weiter begleitet wird. NICE (2010) betont die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen, bei allen untersuchten Interventionen wurden mit anderen spezialisierten Hilfsanlaufstellen zusammengearbeitet.

Die Einteilung von betroffenen Frauen in die Kontrollgruppe einer Studie ist aus ethischer Sicht bedenklich, weil das bedeutet, dass wissentlich gewaltbetroffene Frauen die normale Gesundheitsversorgung erhielten und auch nach der Studie kein spezifisches Training bekamen. Andererseits werden dadurch auch Frauen nicht in die Studien eingeschlossen, weil sie laut dem Gewaltscreening nicht von häuslicher Gewalt betroffen sind, wobei dies aber nicht der Realität entspricht. Es ist aus der Literatur bekannt, dass es viele Gründe gibt, die eigene Betroffenheit nicht preisgeben zu wollen (vgl. Kapitel 3.2; Greber, 2007). Mit primärer Gesundheitsprävention in Form von Informationen zum Thema könnten alle Frauen, auch Betroffene, die negativ gecreent wurden, erreicht werden. McFarlane et al. (2000) konnte zeigen, dass bereits die Informationsabgabe in Form von Karten bei der Kontrollgruppe zu einer Reduktion von häuslicher Gewalt führte.

Aus ethischer Sicht stellt sich die Frage, ob eine Interventionsstudie mit guter Qualität aber nicht signifikanter Reduzierung von häuslicher Gewalt, wie bei Zlotnick et al. (2011) nicht in die Praxis implementiert werden soll. Wenn dies trotzdem durchgeführt würde, bedeutet das, dass auch einzelnen Frauen ohne statistische Signifikanz geholfen werden könnte.

Die Verallgemeinerbarkeit aller Studien ist schwierig, entweder aufgrund einer kleinen Stichprobengrösse oder wegen der Anpassung an eine bestimmte Kultur. Die Studie von Tiwari et al. (2005) stimmte eine bereits bestehende Intervention auf eine chinesische Region ab und erzielte signifikante Ergebnisse bei hohem Evidenzniveau. Das unterstützt die Annahme, dass sich die Definition und der Umgang mit Gewalt von Gesellschaft zu Gesellschaft unterscheidet (WHO, 2003; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006). In der Schweiz ist die Gesetzgebung und der Umgang der Polizei mit häuslicher Gewalt weit entwickelt. Dagegen besteht im Gesundheitssystem noch kein routinemässiger Umgang mit betroffenen Frauen, was heisst, dass das Gesundheitspersonal zum

Thema geschult werden muss, damit wirkungsvolle Interventionen professionell durchgeführt werden können.

Die Beratungsthemen sind in den Studien aufgeführt, es ist jedoch nicht ersichtlich, wie deren Gewichtung war und für welche bedeutenden Ergebnisse sie mitverantwortlich waren. Dies macht es schwer zu erkennen, welche Themen mit den Frauen besprochen werden sollten. Es ist bekannt, dass der Themenbereich häusliche Gewalt ein multifaktorielles Phänomen darstellt und sich demnach der Umgang damit als schwierig gestaltet (Gloor & Meier, 2007; Lamnek, Luedtke & Ottermann, 2006; WHO, 2003). Das bedeutet auch, dass nicht mit jeder Frau dieselben Themen besprochen werden, um ihr helfen zu können. Der bedürfnisorientierte Zugang zu den Frauen erscheint sinnvoll.

Hebammentätigkeitsfeld

Die Berufsdefinition der Hebamme zeigt auf, dass der Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen vor, während und in der Phase nach der Geburt zu ihrem Arbeitsfeld gehört (SHV, 2007). Aus den analysierten Daten geht hervor, dass nur in einer Studie mit mittlerer Qualität und bedeutender Verminderung von häuslicher Gewalt, die Intervention von einer Hebamme durchgeführt wurde (Tiwari et al., 2005). Laut NICE (2010) und SHV (2007) ist die Hebamme in einer Position, in der sie Vertrauensbeziehung zur Frau aufbauen kann. Dies ist speziell bei gewaltbetroffenen schwangeren Frauen wichtig, weil sie damit eine Kontinuität in der Betreuung erfahren und Barrieren zum Ansprechen der Gewalt auf Seiten der Betroffenen vermindert werden. Trotzdem besteht nicht der Anspruch, dass bei jeder Frau ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Es ist wichtig, dass die Hebamme einen sorgfältigen Umgang mit ihren eigenen Grenzen pflegt und nicht allen Ansprüchen gerecht wird (Truninger, 2007). Es liegt nicht in ihrer Macht oder Verantwortung, häusliche Gewalt zu beenden (Fausch & Wechlin, 2007). In Zlotnick et al. (2011), Taft et al. (2011) und Curry et al. (2005) wurde dieser Schwierigkeit mit Supervisionen für die Durchführenden entgegengewirkt. Die Hebamme kann ihren Kompetenzen gerecht werden, indem sie vor, während und nach der Geburt das Kohärenzgefühl der Frau stärkt und damit ihre Gesundheit fördert. Wenn sie mehr über die Dynamik der häuslichen Gewalt Bescheid weiss, hilft das, angemessen zu reagieren und verhindert ein zu grosses Verantwortungsgefühl, so dass Frustration vorgebeugt werden kann (Fausch & Wechlin, 2007; Espinosa & Osborne, 2002; Garcia-Moreno, 2002). Die Hebamme kann somit auf die Situation der Frau in gewissem Masse Einfluss nehmen. Da in den Studien nicht beschrieben wurde, wie der Täter in der Intervention

involviert war, kann nicht abschliessend gesagt werden, welchen Einfluss die Hebamme auf diesen haben kann.

In der Schweiz bestehen bereits zahlreiche Hilfsangebote zu häuslicher Gewalt (Egger & Schär Moser, 2008). Diese nützen aber nichts, wenn das Gesundheitspersonal darüber nicht Bescheid weiss (NICE, 2010). Das bedeutet für die Hebamme, dass sie über das Angebot Bescheid wissen muss, um ihrer Aufklärungsaufgabe zu häuslicher Gewalt gerecht werden zu können. Möglich ist dies mit der Abgabe von Informationskarten, was in der Studie von McFarlane et al. (2000) bereits zur Verminderung von häuslicher Gewalt führte. Auch kann die Hebamme den Aufklärungsbedarf bezüglich des Zusammenhangs von Gesundheitsbeschwerden und häuslicher Gewalt stillen. Dies wurde nur in der Studie von Miller et al. (2010) mit den Betroffenen thematisiert, obwohl in der Literatur klarer Bedarf dafür angegeben wird (Fausch & Wechlin, 2007).

Aus der Datenanalyse ist ersichtlich, zu welchen Themenbereichen die Durchführenden geschult wurden. Diese decken sich mit zahlreichen Inhalten, die in der Ausbildung zur Hebamme gelehrt werden: empathisches Zuhören, Begleitung in der Rollenfindung, Empowerment und Stärkung des Kohärenzgefühls, wertfreie, individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung, informierte Wahl, Stressmanagement, Symptome für Depression und PTSD und emotionale Hilfe (BFH, 2008). Zu spezifischen Themen wie Gewaltformen und deren Erkennung, Gewaltkreislauf, Warnzeichen, Entwicklung von Sicherheitsplan und –code, Grundvoraussetzungen für das Gespräch mit der betroffenen Frau und Gesprächsführung sowie Dokumentation sollte zusätzlich geschult werden. Dieser Weiterbildungsbedarf ist auch aus der Theorie bekannt, wobei dies auf Ärzte, Ärztinnen, Hebammen und Pflegefachfrauen abgestimmt wurde (Bänziger, Bass, Fleischli, Trionfini & Weingartner, 2007).

Die Hebamme kann in ihrer Rolle mit der Erhebung einer umfassenden Gesundheitsgeschichte, also auch mit der Befragung über häusliche Gewalt, bereits einen Schritt zur Verminderung von häuslicher Gewalt beitragen. McFarlane et al. (2000) konnte zeigen, dass bereits das Assessment als wirkungsvolle Intervention gelten kann. Das führt dazu, dass Ressourcen sowie Stressoren aufgedeckt werden und in die Betreuung einbezogen werden können. Das führt zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls, weil die Bedürfnisse, sowie die Versteh- und Handhabbarkeit berücksichtigt werden. Trotz der Wichtigkeit der Bedürfniserhebung wurden diese nur in den Studien von Miller et al. (2010) und

Curry et al. (2005) explizit erfragt. Die Erhebung der Ressourcen und Stressoren wurde in den Studien nicht thematisiert.

Die Hebamme kann die Verstehbarkeit der Frau verbessern, wenn diese begreift, wieso sie in einer Abhängigkeitsbeziehung ist. Sie verbessert ihre Handhabbarkeit mit einem Sicherheitsplan oder wenn sie weiss, dass sie mit jemandem über ihre Situation sprechen kann. Die Bedeutsamkeit verbessert sich, wenn im Gespräch Stärken erarbeitet werden, wodurch sie mehr Sinn für ihre Existenz sieht und eine Aufgabe eher als lösbarere Herausforderung ansehen kann (Antonovsky, 1997).

Beantwortung der Fragestellungen

Die erste Fragestellung beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten von Interventionen zu häuslicher Gewalt. In der Literaturanalyse konnte gezeigt werden, dass Interventionen bei gewaltbetroffenen Frauen existieren, welche sich in Zeitpunkt, Dauer, Stichprobe, behandelten Themen, durchführenden Personen und Qualität stark unterscheiden. Aufgrund fehlender Daten zur genauen Durchführung der Intervention bleiben viele Fragen offen, insbesondere in Bezug auf die Art und Weise, *wie* die Frauen tatsächlich betreut wurden.

Keine der Publikationen stach aufgrund ihrer Interventionsart mit bedeutenden Ergebnissen und einer hohen Qualität heraus. Vielmehr konnten von allen Interventionen wichtige Erkenntnisse zu wirkungsvollen Interventionen gewonnen werden. Die Wirksamkeit zeigte sich in früh angesetzten, langfristigen, kulturell und individuell angepassten Interventionen in Form von Hausbesuchen oder Beratungen in der Klinik, welche durch geschulte Professionelle oder Nichtprofessionelle ausgeführt wurden. Dies beantwortet sogleich die zweite Fragestellung, welche herausfinden will, welche Interventionen Frauen vor häuslicher Gewalt schützen. Gleichzeitig musste von *schützen* in dem Sinne, dass nach der Intervention keine häusliche Gewalt mehr existiert, Abstand genommen werden. Aus der Analyse geht hervor, dass einige Interventionen eine Reduktion von häuslicher Gewalt erzielen konnten, nicht aber, dass gar keine häusliche Gewalt mehr vorkommt.

Bei der dritten Fragestellung, wie Hebammen betroffene Frauen evidenzbasiert und bedürfnisorientiert betreuen können, konnten weitere wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, wie sie ihren Kompetenzbereich in der Gesundheitsprävention und Aufklä-

rungsarbeit wahrnehmen können. So erscheint es zentral, dass Hebammen zum Thema geschult werden, auf einer vertrauensvollen und wertneutralen Basis eine umfassende Gesundheitsgeschichte der Frau erheben, welche unter anderem Ressourcen und Stressoren genauer erfassen. Das bedeutet auch, dass die Hebamme nach häuslicher Gewalt fragt und mit ihrem Wissen und Handeln eine Unterstützung für betroffene Frauen darstellt.

Einschränkungen, Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

Nach der Sichtung der Literatur für den Theorieteil zeigte sich eine starke Tendenz auf das Screening und den Umgang mit Frauen in der Akutsituation. Dies entspricht jedoch nicht dem Fokus der vorliegenden Arbeit. Trotzdem konnten aus dieser Literatur brauchbare Informationen für die Beantwortung der Fragestellung gezogen werden, weil klar geworden ist, dass der Umgang in Akutsituationen als Grundlage für eine langfristige Begleitung zentral ist.

Während der Literatursuche hat sich gezeigt, dass zahlreiche qualitative und quantitative Studien und Reviews zum Themenbereich häusliche Gewalt mit Fokussierung auf das Screening existieren. Bei Interventionsstudien hingegen wurden nur quantitative Publikationen gefunden, obwohl diese Eingrenzung anfangs nicht bestanden hat. Obwohl die Literatursuche auf verschiedenen Datenbanken stattfand, wurden die meisten Publikationen auf Pubmed gefunden, weil diese sehr ergiebig war. Dies könnte kritisch betrachtet werden. Trotzdem entstand eine breit gefächerte Auswahl an Publikationen aus verschiedenen Ländern und mit verschiedenen Interventionsarten.

Wie in den Ergebnissen ersichtlich, wurden in vielen Studien zu wenig genau beschrieben, was wie gemacht worden ist. Das führte dazu, dass die Auswertung Mängel aufweist, weil nicht bewertet werden konnte, ob nicht beschriebene Inhalte nicht durchgeführt worden sind oder lediglich nicht explizit erwähnt wurden. Weiterführende Studienprotokolle konnten teilweise eingesehen werden, trotzdem wurde der Aufwand nicht betrieben, alle zusätzlichen Dokumente systematisch einzusehen, weil dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt hätte.

Die Ziele der vorliegenden Arbeit konnten mehrheitlich erreicht werden. Wirkungsvolle Interventionen wurden dargestellt, der Einbezug der Bedürfnisse der Frau und das Hebammentätigkeitsfeld im Bereich häuslicher Gewalt wurden diskutiert. Die Unterschiede

der Publikationen und der meist fehlende Einbezug der Bedürfnisse der Frauen lassen noch weiteren Spielraum für die Optimierung einer wirkungsvollen Intervention. Trotzdem konnte mit dieser Arbeit die Aktualität und der Handlungsbedarf für das Gesundheitswesen in der Schweiz aufgezeigt werden. Möglichkeiten und Chancen der Hebamme in diesem Bereich sind ersichtlich.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Bei Frauen in der reproduktiven Phase existiert häusliche Gewalt. Es ist daher notwendig, dass auch im geburtshilflichen Bereich nach häuslicher Gewalt gefragt und in jedem Fall darauf reagiert wird. Früh angesetzte, langfristige, kulturell und individuell angepasste Interventionen in Form von Hausbesuchen oder Beratungen in der Klinik, welche durch geschulte Professionelle oder Nichtprofessionelle ausgeführt werden, müssen daher in die Praxis implementiert werden. Möglichst viele Frauen, auch nicht nachweislich Betroffene, sollen damit erreicht werden.

Durch das Literaturreview konnte aufgezeigt werden, dass es wichtig ist, dass das Gesundheitspersonal Wissen über häusliche Gewalt mitbringt und darin umfassend geschult wird. Zudem sind die Inhalte der Schulung der durchführenden Personen einer Intervention bei häuslicher Gewalt eng mit spezifischen Hebammenkompetenzen verknüpft. Daraus folgt, dass Hebammen wichtige Ansprechpersonen während der Familienplanung und vor, während und nach der Geburt bei häuslicher Gewalt sein können. Dies bedingt jedoch, dass Hebammen einen frühen Zugang zu diesen Frauen haben, was in der Schweiz im freischaffenden Hebammentätigkeitsbereich teilweise bereits realisiert wird. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Betreuung, den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und ist die Basis für das Ansprechen von häuslicher Gewalt und der weiterführenden bedürfnisorientierte Betreuung und Beratung von Betroffenen. So kann angenommen werden, dass die Hebamme viele betroffene Frauen erreichen kann.

Der weitere Forschungsbedarf für wirkungsvolle Interventionen ist noch nicht ausgeschöpft. Grössere Stichproben und die kulturelle Anpassungen der Interventionen sind nur zwei der zahlreichen Faktoren, welche bei weiteren Studien berücksichtigt werden müssen. Trotzdem sollten mit dem jetzigen Wissensstand wirkungsvolle Interventionen

angewendet werden. Auch wenn Studien statistisch gesehen keine Reduzierung von häuslicher Gewalt erreichen, ist es jede einzelne Frau wert, der geholfen werden kann.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abramsky, T., Watts, Ch., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M. et al. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BioMed Central Public Health*, 11, 109ff. Abgefragt am 5.6.2012 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049145/?tool=pubmed>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Abgefragt am 15.5.2012 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/hilfenwerkzeuge/publikationen/leitlinien-manual.html>.
- Bailey, B. A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2. Abgefragt am 17.10.2011 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971723/pdf/ijwh-2-183.pdf>
- Bänzinger, V., Bass, B., Fleischli, M., Triofini, A. & Weingartner, M. (2007). Ein Spital wird aktiv. Das Projekt „Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren“ in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (S. 187-213). Bern: Hans Huber.
- Bair-Merritt, M. H., Jennings, J. M., Chen R., Burrell, L., McFarlane, E., Fuddy, L. et al. (2010). Reducing Maternal Intimate Partner Violence After the Birth of a Child: A Randomized Controlled Trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1).
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Huber.
- Berner Fachhochschule Gesundheit (2008). *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc. Berufsdefinition der Hebamme*. Abgefragt am 15.5.2012 unter

http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/2_bachelor/hebamme/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf

- Buist, A. E., Barnett, B. E. W., Milgrom, J., Pope, Sh., Condon, J. T., Ellwood, D. A. et al. (2002). To screen or not to screen - that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177, S. 101-105.
- Bohne, S. (2003). *Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Rolle der Pflegefachprofessionen und Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung. Implementierungsworkshop der Bundeskoordination Frauengesundheit zu dem Thema. Dokumentation*. Bielefeld.
- Bucher, H. C. (2000). Kritische Bewertung von Screening und Diagnostik. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Kolkmann, F.-W., Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis (S.108-119). Köln: deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesamt für Statistik. (2012). *Verzeigung nach StGB. Häusliche Gewalt*. Abgefragt am 11.7.12 unter-
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/key/02/04.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abgefragt am 15.3.2012 unter
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen-teil-eins.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Caroll, J. C., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L., et al. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173, S. 253-259.
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Sanchez, E., Quintanilla, B. A., Hernández Alarcon, C. et al. (2010). Intimate Partner Violence during Pregnancy: a Pilot Intervention Program in Lima, Peru. *Journal of Interpersonal Violence*. 25(11), 2054-2076.
- Curry, M. A., Durham, L., Bullock, L., Bloom, T. & Davis J. (2005). Nurse Case Management for Pregnancy Women Experience or at Risk for Abuse. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 35, 181-192.

- Department of Health. (2005). *Responding to domestic Abuse: a handbook for health professionals*. London: Department of Health. Abgefragt am 25.2.2012 unter http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4126619.pdf
- Egger, Th. & Schär Moser, M. (2008). *Gewalt in Paarbeziehungen, Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen. Schlussbericht*. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG). (2006). *Übersicht Statistiken häusliche Gewalt*. Abgefragt am 11.7.12 unter <http://www.equality.ch/d/gewalt.htm>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG). (2007). *Informationsblatt: Zahlen der häuslichen Gewalt*. Abgefragt am 17.10.2011, unter <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG). (2009). *Informationsblatt: Ursachen und Risikofaktoren von Gewalt in Paarbeziehungen*. Abgefragt am 9.3.2012 unter <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG). (2009). *Informationsblatt: Häusliche Gewalt in der Schweizer Gesetzgebung*. Abgefragt am 5.7.2012 unter <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>
- Espinosa, L. & Osborne, K. (2002). Domestic Violence during Pregnancy: Implications for Practice. *Journal of Midwife & Women's Health*. 47, 305-317.
- Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.). (2007). *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*. Bern: Hans Huber.
- Fausch, S. & Wechlin, A. (2007). Anleitungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.). *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 135-173). Bern: Hans Huber.

- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*, 2. Abgefragt am 9.3.2012 unter <http://www.smw.ch/content/smw-2010-13099/>
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 164-179) Bern: Huber.
- Gloor, D. & Meier, H. (2007). *Zahlen und Fakten zum Thema häusliche Gewalt*. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 15-32). Bern: Hans Huber.
- Greber, F. (2007). *Barrieren beim Erkennen und Handeln*. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 175-185). Bern: Hans Huber.
- Hagemann-White, C. & Bohne S. (2003). *Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen. Expertise für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsforschung in Nordrheinwest-Westfalen"*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). *Häusliche Gewalt gegen Frauen. Das SIGNAL Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis*. Technische Universität Berlin: Institut für Gesundheitswissenschaften. Abgefragt am 9.3.2012 unter <http://www.signal-intervention.de/download/Handbuch.pdf>
- Kang, J., Gottlieb, A., Raker, C., Aneja, S. and Boardman, L. (2010). Interpersonal violence screening for ambulatory gynecology patients. *Obstetrics and Gynecology*, 115(6), S. 1159-1165.
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H. & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, S.84ff.
- Katz, K. S, Blake, S. M., Milligan, R. A., Sparps, P. W., White, D. B. & Rodan, M .F. et al. (2008). The Design, Implementation, and Acceptability of a Integrated Intervention to Adress Multiple Behavioral and Psychosozial Risk Factors among Pregnant African American Women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 8, 22.

- Kiely, M., El-Mohandes, A., El-Korazaty, N. M. & Gantz, M.G. (2010). An Integrated Intervention to Reduce Intimate Partner Violence in Pregnancy: a randomized Trial. *Obstetrics and Gynecology*. 115 (2 Pt 1), S. 273-283.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R.. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organisation. Abgefragt am 16.6.2012 unter <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
- Kunz, R., Fritsche, L. & Neumayer, H.-H. (2000). Kritische Bewertung von präventiven oder therapeutischen Interventionen. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz, F.-W. Kolkmann, *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (S.120-135). Köln: deutscher Ärzte-Verlag.
- Lamnek, S., Luedtke, J. & Ottermann, R. (2006). *Tatort Familie: Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext* (2., erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mandela, N. (2002). Foreword. In World Health Organisation. *World report on violence and health: Summary*. Genf. Abgefragt am 31.7.2012 unter http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
- Mayer, K. (2007). Männer, die Gewalt gegen die Partnerin ausüben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 65-75). Bern: Hans Huber.
- McFarlane, J., Soeken, K. & Wiist, W. (2000). An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women. *Public Health Nursing* 17(6).
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. *The Journal of the American Medical Association*, 17(267), S. 3176-3178.
- Miller, E., Decker, M. R., McClauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J. et al. (2010). A family planning clinic partner violence intervention to reduce risk associated with reproductive coercion. *Contraception* 83(3). Abgefragt am 15.3.2012 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052939/pdf/nihms-225037.pdf>
- Moore, T. M. & Stuart, G. L. (2005). A Review of the literature on masculinity and partner violence. *Psychology of Men and Masculinity*, 6. S. 46-61.

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2010). *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Abgefragt am 15.3.2012 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13167/50861/50861.pdf>
- National Institute of Clinical Excellence (2008). *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline*. London: National Collaborating Centre Women's and Children's Health. Abgefragt am 13.5.2012 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>
- National Institute of Clinical Excellence (2010). *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. London : National Collaborating Centre Women's and Children's Health. Abgefragt am 13.5.2012 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13167/50861/50861.pdf>
- Nyberg, E., Hartmann, P., Stieglitz, R.-D. und Riecher-Rössler, A. (2008). Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 76, S. 28- 36.
- Office of the high commissioner for human right (OHCHR). (n. d.). *Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Abgefragt am 3.3.2012 unter <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>
- O'Reilly, R. Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Traumata, Violence & Abuse*. 11(4) S. 190-201.
- Peña, M., Greenleaf, D., Galvon, E., Chavez, L. M., Pilkey, D., Taylor, P, et al. (2008). *Domestic Violence and Pregnancy. Guidelines for Screening and Referral* (August 2008 Revision). Washington State Department of Health: Maternal and Child Health.
- Polit, D. F., Beck, Ch. T., & Hungler, B. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Rohman, M. (2007). Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft. In Mändle, Ch. & Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5.Aufl.). Stuttgart: Schattauer. S. 114-136.

- Schwander, M. (2006). *Häusliche Gewalt: Situation kantonaler Massnahmen aus rechtlicher Sicht*. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: Schwabe. Abgefragt am 10.7.2012 unter <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html>
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2007). *Berufsdefinition der Hebamme*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband. Abgefragt am 3.3.2012 unter http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/Berufsdefinition%20der%20Hebamme%20d.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2009). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband. Abgefragt am 3.3.2012 unter http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/Ethikkodex%20d_Logo.pdf
- Shah P.S., Shah J. & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Women's Health, 19*(11). Abgefragt am 15.3.12 unter <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8576d46d-68b2-48fb-a96a-95031da13581%40sessionmgr12&vid=4&hid=104>
- Sharps, Ph. W., Campbell, J., Baty, M. L., Walker, K. S. & Bair-Meritt, M. H. (2008). Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal nursing, 37*(4). S. 480-490.
- Taft, A. J., Small, R., Hegarty, K. L., Watson, L. F., Gold, L. & Lumley, J. A. (2011). Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)- non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers : a cluster randomised trial in primary care. *Biomed Central Public Health, 11*(178). Abgefragt am 15.3.2012 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074545/pdf/1471-2458-11-178.pdf>
- Tiwari, A., Leung, W. C., Leung, T. W., Humphreys, J., Parker, B. & Ho, P. C. (2005). A Randomized controlled Trial of Empowerment Training for Chinese Abused Pregnant Women in Hong Kong. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*, 1249-1256.

- Truninger, A. (2007). Was Gesundheitsfachleute gegen häusliche Gewalt tun können. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 35-49). Bern: Hans Huber.
- United Nations Development Fund For Women [UNIFEM]. (2010). *The Facts: Violence against Women & Millennium Development Goals*. Abgefragt am 15. 6.2012 unter http://www.unifem.org/attachments/products/EVAWkit_02_VAWandMDGs_en.pdf
- World Health Organisation (WHO). (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit - Zusammenfassung*. Abgefragt am 8.3.2012 unter http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf
- World Health Organisation (WHO). (2004). *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Abgefragt am 5.7.2012 unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>
- World Health Organisation (WHO). (2005). *Summary report. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genf.
- Yodanis, C. (2004). Gender Inequality, Violence Against Women, and Fear. A Cross-National Test of the Feminist Theory of Violence Against Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 19. Abgefragt am 13.5.2012 unter <http://jiv.sagepub.com/content/19/6/655.abstract>
- Zlotnick, C., CApezza, N. M. & Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Womens Mental Health*, 14(1).

8 ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Rediger, 2012.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 1: elektronische Literatursuche	26
Tabelle 2: Übersicht der analysierten Studien	27
Tabelle 3: Übersicht der analysierten Reviews.....	30
Tabelle 4: Übersicht der analysierten Leitlinien.....	31
Tabelle 5: Stärken und Schwächen der analysierten Daten	32

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAS	Abuse Assessment Screen (Gewaltscreening)
ALPHA	Antenatal Psychosocial Health Assessment (vorgeburtliches psychosoziales Gesundheitsassessment)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutschland
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität, Deutschland
BFH	Berner Fachhochschule Gesundheit, Schweiz
CAS	Composite Abuse Scale (Gewaltscreening)
CI	Confidence interval (Konfidenzintervall, statistische Messgrösse)
CTS	Conflict Tactic Scale (Gewaltscreening)
DELBI	Dokument Deutsches Instrument zur Methodischen Leitlinienbewertung
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, Schweiz
EPDS	Edinburgh postnatal depression scale (Erfassungsinstrument von Postpartaler Depression)
GFMER	Geneva Foundation for Medical Education and Research (Genfer Stiftung für Medizinische Ausbildung und Forschung)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immundefizienz Virus)
IRR	Incidence Rate Ratio (Häufigkeitsrate, statistische Messgrösse)
MOS-SF	Medical Outcomes Scale Short Form (Gesundheitsfragebogen)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Grossbritannien)
PSI-SF	Parenting Stress Index short form (elterlicher Stressindex)
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (posttraumatische Belastungsstörung)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SIGNAL	Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen
SVAWS	Severity of Violence Against Women Scale (Erfassung Schweregrad Gewalt gegen Frauen)
Unicef	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
UNIFEM	United Nation Development Fund For Women (Entwicklungsfond der Vereinten Nationen für die Frau)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Nach: AWMF & ÄZQ (2008)
