

Erfassung von häuslicher Gewalt in der Hebammenarbeit

Ein Implementierungsprojekt

Bachelor-Thesis

Franziska Thüer und Daniela Wittwer

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang BSc Hebamme

Bern

2010

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	4
2	Einleitung.....	5
2.1	Ziel der Arbeit.....	9
2.2	Fragestellung.....	10
3	Theoretischer hintergrund.....	10
3.1	Gewalt- Screening - ja oder nein?.....	10
3.2	Welche Erhebungsinstrumente sind sinnvoll?.....	14
3.3	Wirkungsvolle Interventionen bei häuslicher Gewalt	17
3.4	Salutogenese	20
3.4.1	Das Kohärenzgefühl	20
3.4.2	Salutogenetische Unterstützung für die Klientin	21
3.4.3	Salutogenetische Unterstützung für die Hebamme.....	22
4	Methode	22
4.1	Projektmethode	22
4.1.1	Datenerhebungsmethode für die aktuelle Situation in der Praxis.....	23
4.1.2	Erhebung der qualitativen Daten zum Thema häusliche Gewalt.....	24
4.2	Auswertung der Interviews	26
4.3	Evaluation	27
5	Ergebnisse.....	28
5.1	Ausgangslage und Informationen über die Praxisinstitution	29
5.1.1	Organisation.....	29
5.1.2	Organisatorische und fachliche Bedingungen auf der Abteilung	29
5.2	Auswertungen der Interviews mit den Mitarbeitenden.....	31
5.3	Ist- Sollzustand- Vergleich	34
5.4	Planung der Implementierung der neuen Massnahmen	38
6	Diskussion	40
7	Schlussfolgerung	45
8	Literaturverzeichnis	47
9	tabellenverzeichnis.....	53
10	Abkürzungsverzeichnis	53
11	Anhang	54
11.1	Projektplan	54

11.2	Vorschlag für Schulungstag.....	55
11.3	Screening-Instrumente	56
11.4	Evaluationsinstrument für Mitarbeitende	60
11.5	Evaluationsinstrument für Klientinnen.....	61
11.6	Checkliste zum Vorgehen bei einem positiven Screening.....	62
11.7	Hinweise auf Gewaltereignisse.....	64

1 ZUSAMMENFASSUNG

Fast jede vierte Frau in der Schweiz ist von psychischer, physischer und/ oder sexueller Gewalt betroffen. Gerade die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett sind eine Hochrisikozeit für das erstmalige oder vermehrte Auftreten von häuslicher Gewalt. Dies hat soziale, ökonomische wie auch gesundheitliche Folgen für die Betroffenen.

Obwohl Hebammen es als ihre Aufgabe ansehen, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen, fehlt es in der Praxis an der Umsetzung. In der Fachliteratur wird kontrovers über ein Gewalt-Screening diskutiert. Einige Studien empfehlen kein Screening, da in der Regel die getroffenen Massnahmen häusliche Gewalt nicht verhindern und die Gesundheit der Betroffenen nicht langfristig fördern können. Die Befürworter gehen davon aus, dass ein Screening die Partnergewalt anerkennt und somit ein erster Schritt zum Schutz der Frau gemacht wird. Mit dem „Abuse Assessment Screen“ oder dem „Antenatal Psychosocial Health Assessment“ gibt es zwei effektive Screening-Instrumente für ein Gewalt-Screening in der Geburtshilfe.

Ziel dieser Arbeit ist es, dass dem Thema häusliche Gewalt mehr Beachtung geschenkt wird. Diese Arbeit soll als Grundlage zur Umsetzung eines Gewalt-Screenings und entsprechender Interventionen nach aktuellem Wissensstand in der Praxis dienen. Damit in der Praxis ein Screening eingeführt werden kann, wurde die aktuelle Situation am ausgewählten Praxisort systematisch erfasst. Im Vergleich mit dem Soll-Zustand, der mittels Literaturrecherche erfasst wurde, wurden Massnahmen zur Implementierung eines Screenings nach häuslicher Gewalt abgeleitet. Im geburtshilflichen Team zeigt sich, dass Interesse und Bereitschaft für das Thema seitens der Mitarbeitenden vorhanden sind. Es fehlen Grundlagen, Fachwissen und Interventionsmöglichkeiten, zudem bestehen diverse Barrieren für das Screening nach häuslicher Gewalt. Durch eine Schulung der Mitarbeitenden, der Erarbeitung eines Leitfadens und dem Abbau von Barrieren wird die Einführung eines Gewalt-Screenings möglich.

Das Screening durch die Hebamme ist ein unerlässlicher Schritt häusliche Gewalt in der Gesellschaft zu anerkennen und die Gesundheit von Frau, Kind und Familie zu schützen und zu fördern.

2 EINLEITUNG

Weltweit erleben 10- 50% der Frauen körperliche Gewalt und 10- 25% der Frauen sexuelle Gewalt durch ihren Partner (Weltgesundheitsorganisation, WHO 2002). Bei einer Umfrage in Schweden wurden Frauen gefragt, ob sie im letzten Jahr durch ihren Partner geschlagen wurden. 2 % der Frauen haben der Frage zugestimmt (Radestad, Rubertsson, Ebeling und Hildingson, 2004).

In der Schweiz liegen die Zahlen für körperliche Gewalt bei 5,6%, für psychische, sowie sexuelle Gewalt bei je 26% (Godenzi und Yodanis, 1998). Häusliche Gewalt ist in unserer Gesellschaft kein neues Phänomen, sondern Realität. Gewalt gegen Frauen und Kinder war in früheren Jahrhunderten toleriert. Langsam erfolgte ein Veränderungsprozess vom privaten zum gesellschaftlichen Problem. Dieser Form von Gewalt konnte keine Aufmerksamkeit geschenkt werden, da keine rechtlichen Bestimmungen vorhanden waren. Allmählich wurden Interventionsprojekte ins Leben gerufen, die das Ziel verfolgten, häusliche Gewalt zu mindern. Langfristige Massnahmen wie Beratung und Unterstützung für Opfer und Täter, sowie rechtliche Konsequenzen wurden erarbeitet. Ein Erfolg zeigte sich, als im April 2004 häusliche Gewalt in der Schweiz zum Offizialdelikt wurde, was bedeutet, dass Gewaltprobleme im häuslichen Bereich nicht mehr nur auf Antrag des Opfers verfolgt werden können, sondern auch von der Polizei und den Strafverfolgungsbehörden (Eggenberger, 2007, S.132).

Häusliche Gewalt wird nach Schwander (2003, S. 196) wie folgt definiert: „Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung physische, psychische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen.“

In einem Projekt in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli in Zürich, wurden 1772 Patientinnen zu ihrer gesundheitlichen Situation, sowie zu psychischen und körperlichen Übergriffen, Drohungen und ungewollten sexuellen Handlungen schriftlich befragt. Gloor und Meier (2004) haben in der Untersuchung herausgefunden, dass etwas mehr als jede vierte Frau (28,1 %), in stärkerem Ausmass von psychischer und physischer und/ oder sexueller Gewalt in häuslicher Umgebung betroffen ist.

Im Jahre 2004 zeichnete das Bundesamt für Statistik 29 Fälle von Frauen in der Schweiz auf, welche durch ihren Partner im häuslichen Bereich getötet wurden („Bundesamt für Statistik“, 2010).

Die Prävalenz von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft schwankt in unterschiedlichen, internationalen Populationen zwischen 1- 20,6% (Espinosa und Osborne, 2002).

Gerade Schwangerschaft und Geburt gelten als wichtige Phasen für das erstmalige Auftreten von Gewalt (Müller und Schröttle, 2004). Die Autorinnen konnten bei einer epidemiologischen Untersuchung in Deutschland herausfinden, dass bei 30 Prozent der Frauen das erstmalige Gewalterlebnis mit der Schwangerschaft, Geburt und/ oder Wochenbett einhergeht.

Die Gründe für häusliche Gewalt in der Schwangerschaft sind vielfältig. Einerseits werden Zweifel des Täters über die Ehrlichkeit seiner Partnerin genannt, andererseits werden der nicht ausgeführte Vorschlag des Täters, die Schwangerschaft abubrechen, oder auch die Angst, dass das Kind zur Konkurrenz werden könnte angegeben (Perrin, Boyett und McDermott, 2000).

Häusliche Gewalt während der Schwangerschaft steht in einem engen Zusammenhang mit dem Heranwachsen des Kindes. Für die Frau bedeutet häusliche Gewalt einen negativen Stressfaktor, welcher sie dazu führen kann, sich schlecht zu ernähren oder aber auch zu rauchen und vermehrt Alkohol zu konsumieren. Kindliche Verletzungen, sogar der Tod des Kindes folgen aus Bauchverletzungen durch Partner, welche als häufigste Verletzungen in der Schwangerschaft gelten (Hart und Jamieson, 2001).

Bailey und Daugherty (2007) konnten in ihrer Untersuchung in einer ländlichen Region Amerikas feststellen, dass physische Gewalt in der Schwangerschaft mit einer signifikant hohen Rate an Raucherinnen sowie mit erhöhtem Alkoholkonsum und späterem Beginn der Schwangerschaftsvorsorge verbunden ist.

Die schweizerische Kriminalprävention schreibt auf ihrer Website, dass die Folgekosten von häuslicher Gewalt für die Schweizer Volkswirtschaft vermutlich weit mehr als 400 Millionen Franken betragen. Diese Schätzung beinhaltet Folgekosten für medizinische Behandlungen, Polizei, Justiz, sowie opferbezogene Unterstützung. Nicht mit dabei sind

Kosten für die Invalidenversicherung, Lohnausfallkosten, Kosten der Arbeitsgeber und Kosten, die das Opfer selbst trägt („Schweizerische Kriminalprävention“, 2009).

Häusliche Gewalt wird von Truninger (2007, S.35) als Gesundheitsproblem benannt und kann beim Nichterkennen drastische Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt haben. Beispiele sind heftige Emotionen während und nach der Geburt, Fehlgeburten, ungewollte Schwangerschaften und Schmerzen, aber auch Traumata, die durch die Geburt reaktiviert werden können. Weitere Folgen von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft können Blutungen im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel, Anämie, ungenügende Gewichtszunahme der Mutter und ein kleines Geburtsgewicht des Kindes sein (Espinosa und Osborne, 2002).

Die WHO fordert seit 1996, dem Thema häusliche Gewalt im Gesundheitswesen Priorität einzuräumen. Weiter wird postuliert, dass jede Berufsgruppe sich des eigenen Auftrages bewusst sein muss und interdisziplinär gearbeitet werden soll, um mit vielfältigen Massnahmen häusliche Gewalt langfristig zu vermindern.

Fausch und Wechlin (2007, S. 136) gehen davon aus, dass Frauen, die Gewalt in ihrer Partnerschaft erleben, das erste Mal mit Fachpersonen im Gesundheitswesen darüber sprechen. Von häuslicher Gewalt betroffene Frauen werden teilweise von ihrer Umwelt isoliert, so dass ihr einziger Kontakt nach aussen die Besuche während der Schwangerschaft im Gesundheitszentrum sind. Schwangerschaftsvorsorge besteht meist aus mehreren Besuchen, somit besteht die Möglichkeit einer vertraulichen, aufbauenden Beziehung zwischen der Frau und der Hebamme (Espinosa und Osborne, 2002).

Die Aufgabe der Hebamme liegt darin, das Wohlbefinden und die Gesundheit jeder Frau zu unterstützen und zu fördern. Die Hebamme setzt sich in erster Linie auf der Mikroebene für das Individuum einer Frau und ihrer Familie ein. Andererseits weitet sich ihr Auftrag in Bezug auf die Gesundheitsförderung über Familie und Gesellschaft aus. Weiter schützt die Hebamme die Privat- und Intimsphäre der Frau, vertritt ihre Interessen aktiv und achtet, dass soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit vorhanden sind („Berufsprofil und Eignung, Schweizerischer Hebammenverband“, n.d.).

Im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett finden durch die partnerschaftliche Betreuung der Hebamme immer wieder persönliche Gespräche mit der Frau statt. Flury (2007, S. 87) beschreibt, dass psychische und/ oder physische Gewalt in einem Gespräch, zum Beispiel mit dem Hausarzt oder der Hebamme, zur Sprache kommen kann. Die wichtigsten Aufgaben des Fachpersonals im Gesundheitsbereich sind, häusliche Gewalt wahrzunehmen, zu erkennen, anzusprechen, aber auch der Klientin einen geschützten Raum anzubieten, ihr mit Verständnis zu begegnen und geeignete Interventionen zur Stabilisierung einzuleiten.

Die Schwangerschaft wird aus psychologischer Sicht als Lebenskrise betrachtet. Lebenskrisen gelten als Abschnitte im Leben, welche von Veränderungen geprägt sind. Solche Veränderungen können zu persönlichen Neuausrichtungen führen und Identitätsanpassungen anregen (Romahn, 2007, S.133). Deshalb könnten gerade in dieser Zeit Interventionen wirkungsvoll sein.

Es ist die Aufgabe der Hebamme, die Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen. Ein Hauptproblem besteht jedoch darin, wie die Hebamme herausfinden soll, wer betroffen sein könnte oder wen sie überhaupt befragen soll. Ist es sinnvoll jede Frau nach Gewalt-erlebnisse zu fragen und dies in Form eines Screenings zu machen?

In einer Studie zu diesem Thema wurden Hebammen befragt. Diese sehen es ganz klar als ihre Aufgabe, Klientinnen nach häuslicher Gewalt zu fragen. Sie selber finden das Screening nach häuslicher Gewalt akzeptabel (Stenson, Sidenvall und Heimer, 2005).

Im Studium der Hebamme in der Schweiz ist häusliche Gewalt ein zentraler Inhalt. Das Thema wird von verschiedenen Seiten beleuchtet. Im Rahmen einer Studie im 2005 in der Schweiz wurde analysiert, ob freiberufliche Hebammen mit ihren Klientinnen Gespräche über Gewalt führen. Als Grundlage der Studie dienten freipraktizierende Hebammen, deren Leistungen durch den Schweizerischen Hebammenverband erhoben wurden. Laut den Untersuchungsergebnissen wurden 1,2 % der Frauen von der Hebamme nach Gewalt befragt, was als geringe Anzahl bewertet werden kann (Forster, 2008). Da die Freiberuflichkeit nicht sofort das Arbeitsfeld von frisch diplomierten Hebammen sein wird, wird die Situation bezüglich der Erfassung von häuslicher Gewalt in einer Praxisinstitution angeschaut.

Bei der für die vorliegende Untersuchung ausgewählten Praxisinstitution handelt es sich um ein ländliches Spital mit rund 230 Geburten pro Jahr. Das Spital arbeitet mit dem Beleghebammensystem, was bedeutet, dass die Hebammen in der Freiberuflichkeit tätig sind und ihre Klientinnen für die Geburt ins Spital begleiten. Das Implementierungsprojekt gilt also der Wochenbettstation. Auf dieser Station liegt ein ganzheitliches, ausführliches Pflege- und Gesundheitsassessment vor, das bei allen Klientinnen durchgeführt wird. Das Assessment enthält keine Fragen zum Thema häusliche Gewalt. Die Institution besitzt kein Dokument in Form eines Leitfadens oder einer Richtlinie, um das Phänomen der häuslichen Gewalt zu erfassen.

Es werden in dieser Arbeit nur geburtshilfliche Situationen betrachtet. Der Schwerpunkt liegt auf der Erfassung von häuslicher Gewalt in Form des Screenings und auf der Frage, was es dazu braucht. In der Arbeit wird nicht weiter auf psychische und physische Auswirkungen sowie Langzeitfolgen von häuslicher Gewalt eingegangen. Der Bereich von häuslicher Gewalt und Migration ist ein wichtiges und grosses Thema, der jedoch den zeitlichen Rahmen und den Umfang dieser Arbeit sprengen würde. Gleichzeitig gehören Migrantinnen in der ausgewählten Praxisinstitution nicht zum Hauptklientel.

2.1 Ziel der Arbeit

Aufgrund der beschriebenen Problematik zeigt sich, dass dem Thema häusliche Gewalt in der Praxis wenig Beachtung geschenkt wird.

Die vorliegende Bachelor-Thesis verfolgt das Ziel, Ressourcen und Barrieren von Seiten den Mitarbeitenden und der Praxisinstitution darzustellen. Es soll erarbeitet werden, welche Voraussetzungen für eine Gewalterfassung auf der Wochenbettstation bestehen müssen. Ebenfalls wird untersucht, wie eine Befragung nach häuslicher Gewalt nach aktuellen, wissenschaftlichen Beweisen in das bestehende Pflegeassessment implementiert werden kann. Es werden unterstützende Massnahmen für Mitarbeitende, aber auch für betroffene Frauen aufgezeigt. Zudem wird ein Projektplan erarbeitet, welcher schliesslich der Institution bei einer Implementierung zur Verfügung gestellt wird und die Umsetzung des Projekts erleichtern soll.

2.2 Fragestellung

Aus dem Ziel der Bachelor-Thesis ergeben sich folgende Fragestellungen:

Wie kann häusliche Gewalt professionell erhoben und bewertet werden?

Wie kann die Erhebung wirkungsvoll in der Praxis umgesetzt werden?

3 THEORETISCHER HINTERGRUND

3.1 Gewalt- Screening - ja oder nein?

Wie in der Einleitung aufgezeigt wurde, wird über ein Screening nach häuslicher Gewalt kontrovers diskutiert. Einerseits fehlt es an effektiven Interventionen, die die Gesundheit der betroffenen Frauen langfristig verbessert, andererseits ist das Screening ein erster Schritt in diese Richtung und kann der Frau Schutz, aber auch Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten und Anerkennung der Partnergewalt bieten. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, warum ein Gewalt-Screening sinnvoll ist, wie Frauen das Screening erleben, worauf bei der Kommunikation zu achten ist und welche Hindernisse es für ein Screening gibt.

Ein Screening wird grundsätzlich mit dem Ziel durchgeführt, dass Personen mit einem spezifischen Gesundheitsrisiko frühzeitig identifiziert werden, um die Entstehung einer Erkrankung zu verhindern, die Heilungschancen zu verbessern oder gesundheitliche Folgen zu minimieren (Brzank und Blättner, 2010). Ist die Prävalenz für ein gesundheitliches Risiko hoch, die individuelle und gesellschaftliche Belastung durch das Screening in Relation zum Nutzen vertretbar und bei einem positiven Ergebnis eine Intervention möglich, ist das Screening gerechtfertigt (Brzank und Blättner, 2010).

Da effektive Interventionen, um die Gesundheit der betroffenen Frau zu verbessern, fehlen, empfiehlt das Britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008) kein Gewalt-Screening, obwohl es laut NICE (2008) effektive Screening-Instrumente gibt und das Screening von Frauen akzeptiert wird. Für diese Empfehlungen wurden Studien aus den Jahren 1998-2002 ausgewertet und vor allem Reviews berücksichtigt. Es gibt bisher nur wenige Studien, die die Auswirkungen auf

die Gesundheit der betroffenen Frauen, vor allem langfristige Folgen, nach einer Intervention erfassen und beurteilen (NICE, 2008). In einigen europäischen Ländern wie zum Beispiel in Spanien, aber auch von grossen amerikanischen medizinischen Fachorganisationen wird das Screening nach Partnergewalt als Bestandteil der Standardversorgung empfohlen, um betroffene Frauen zu erkennen, das Thema häusliche Gewalt zu entstigmatisieren und die Achtsamkeit für Partnergewalt zu fördern (Brzank und Blättner, 2010).

Wie in der Einleitung dieser Arbeit aufgezeigt wurde, ist häusliche Gewalt ein Problem mit sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen. Das Erfragen von Gewalterfahrungen kann auch eine Intervention sein, wie eine qualitative Studie aus Neuseeland zeigt (Kiozol-McLain, Giddings, Rameka und Fyfe, 2008). Ebenso kann ein Screening ein wichtiger Schritt in Richtung effektive Interventionen und zum Schutz der Frauen sein (Campbell, 2002). Eine aktuelle randomisiert kontrollierte Studie aus den USA konnte mit einem Screening und entsprechenden Interventionen erreichen, dass betroffene Frauen weniger wiederholende Episoden von häuslicher Gewalt erlebten und signifikant weniger Frühgeburten hatten (Kiely, El-Mohandes, El-Khorazaty und Gantz, 2010). Dass Frauen durch das Screening zukünftig weniger der häuslichen Gewalt ausgesetzt sind, dass eine Kontaktaufnahme zu gemeinschaftlicher Hilfe stattfindet und die häusliche Gewalt dokumentiert werden kann, zeigt auch die Studie von Houry et al. (2008). In der Schweiz wurde unter anderen in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli in Zürich ein routinemässiges Screening nach häuslicher Gewalt eingeführt, um den gewaltbetroffenen Frauen Gelegenheit zu geben über ihre Erfahrungen zu sprechen, um zu zeigen, dass die Betroffenen ernst genommen werden und um den Frauen Informationen zu geben und Unterstützung zu vermitteln (Bänzinger, Bass, Fleischli, Trionfini und Weingartner, 2007, S. 227). Erfahrung von Frauen, die nach häuslicher Gewalt gescreent wurden, zeigen, dass die Klientinnen Fragen dazu akzeptieren, sich dabei sicher fühlen und realisieren, dass die Gewalt nicht ihre eigene Schuld ist und sie nicht die einzigen davon Betroffenen sind (Koizol-McLain et al., 2008). Auch Hebammen sehen es als ihre Aufgabe, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen und finden das Screening dafür geeignet (Stenson et al., 2005).

Zusammenfassend zeigen die berücksichtigten Studien auf, dass ein Screening nach häuslicher Gewalt aus folgenden Gründen zu empfehlen ist:

Das Gewalt- Screening...

- ...ist ein wichtiger erster Schritt zum Schutz der Frauen.
- ...kann betroffenen Frauen Gelegenheit bieten, sich in einem sicheren und geschützten Rahmen zu äussern.
- ...gibt den Betroffenen Informationen und Unterstützung.
- ...ist eine erste Intervention.
- ...kann das Thema häusliche Gewalt in der Gesellschaft anerkennen.
- ...wird von Frauen akzeptiert.
- ...wird auch von Hebammen akzeptiert und sie sehen es als ihre Aufgabe, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen.

Bei der Durchführung des Screenings hat die Kommunikation eine wichtige Bedeutung. Viele betroffene Frauen betrachten die erlebte Gewalt nicht als solche, ihre Rechte, Bedürfnisse und Wünsche wurden vernachlässigt oder missachtet, weshalb ein respektvoller und einfühlsamer Umgang wichtig ist (Fausch und Wechlin, 2007, S.148). Andere betroffene Frauen schämen sich, fühlen sich schuldig oder denken, die erlebte Gewalt verdient zu haben, weshalb sie auf ein behutsames Nachfragen, Ermutigung und Verständnis bei möglichen Sprechhemmungen angewiesen sind (Fausch und Wechlin, 2007, S.149). Zu beachten ist Folgendes:

- Die Fragen werden von Angesicht zu Angesicht gestellt (Hindin, 2006).
- Es werden immer die gleichen direkten Fragen zur Gewalt gestellt, egal ob Symptome oder Verdachtsmomente vorhanden sind oder nicht (Hindin, 2006).
- Die Fragen werden sorgfältig gestellt (Hindin, 2006).
- Die Fragen werden an einem nicht öffentlichen Ort gestellt und der Frau wird die strikte Geheimhaltung versichert (Hindin, 2006).
- Die Fragen werden mit der Hilfe eines standardisierten Screening-Instruments gestellt (Hindin, 2006).
- Vor der Frage wird häusliche Gewalt umschrieben, da viele Frauen die erlebte Gewalt nicht als solche betrachten (Bänzinger et al., 2007, S. 230).
- Die Frage nach häuslicher Gewalt wird begründet (Bänzinger et al., 2007, S. 230).
- Fachperson kennen Indikatoren und Warnsignale (im Anhang 11.7) für erlittene Gewalt (Fausch und Wechlin, 2007, S. 138).

- Der Schutz und die Sicherheit der Frau haben oberste Priorität, das heisst jede weitere Gefährdung der Frau ist zu vermeiden, insbesondere durch Wahrung der Vertraulichkeit und Bereitstellung von Informationen über Rechte und Beratungsmöglichkeiten (Fausch und Wechlin, 2007, S. 144).
- Informationsmaterial steht bereit. Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, leben oft isoliert und kennen ihre Möglichkeiten und Rechte nicht (Fausch und Wechlin, 2007, S 144).

Die Etablierung einer vertrauensvollen Beziehung ist der Schlüssel zu einem erfolgreichen Screening auf häusliche Gewalt (Hindins, 2006). In einer weiteren Studie aus den USA konnte gezeigt werden, dass mehr Betroffene erfasst werden konnten, wenn sie durch geschulte Hebammen oder Pflegefachpersonen (12.2%) als durch einen privaten Arzt (8.5%) gescreent wurden (Sampselle, Peterson, Murtlan und Oakley, 1992). Die Geburtshilfe ist in der einzigartigen Position eine wichtige Rolle bei der Sicherheit der Frau zu haben, indem ein Gewalt-Screening vor, während und nach der Schwangerschaft angeboten wird (Cheng und Horon, 2010). Es ist sinnvoll, Frauen in jedem Schwangerschaftsdrittel nach häuslicher Gewalt zu fragen, denn einige Frauen ohne Gewalterfahrung zu Beginn der Schwangerschaft erleben im weiteren Verlauf der Schwangerschaft Gewalt. (McFarlane, Parker, Soeken und Bullock, 1992).

Haupthindernis für ein Gewalt- Screening ist die Anwesenheit des Mannes. Weitere Probleme sind Zeitmangel, Sprachschwierigkeiten, die Fülle an Aufgabenbereichen der Gesundheitsfachperson, das Vergessen der Erfassung sowie der Glaube der Fachperson ohne Screening zu erkennen, wer betroffen ist und wer nicht (Stenson et al., 2005). Hilfreich ist es, wenn die Fragen zu häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit anderem Gesundheitsverhalten wie Rauchen Alkohol und Drogen erfasst werden, um diese so in einem neutraleren Kontext zu halten (Kang, Gottlieb, Raker, Aneja und Boardman, 2010; Stenson et al., 2005).

Wie in der Einleitung dieser Bachelor-Thesis aufgezeigt wurde, haben Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett ein erhöhtes Risiko für häusliche Gewalt. Ein Screening kann betroffene Frauen identifizieren, ihnen Unterstützungsmöglichkeiten bieten und ihnen ihre Rechte aufzeigen. Ein Gewalt-Screening ist ein erster Schritt zum Schutz der Gesundheit der Frau und des Kindes.

3.2 Welche Erhebungsinstrumente sind sinnvoll?

Es wurde im vorangehenden Abschnitt aufgezeigt, weshalb eine Screening nach häuslicher Gewalt unverzichtbar ist. Um häusliche Gewalt professionell zu erheben, braucht es validierte Screening-Instrumente. Ein Ziel dieser Arbeit ist es, Screening-Instrumente zur effektiven Erfassung von häuslicher Gewalt darzustellen. Um validierte Screening-Instrumente zu finden, wurde ein systematisches Literaturreview gemacht. Im Zeitraum vom März 2010 bis Mai 2010 wurden in den Datenbanken Pubmed, Cochrane Library, Dimdi, Metager und Gefmer, Studien mit folgende Suchbegriffen gesucht: screening tool, screening assessment, domestic violence, pregnancy, intimate partner abuse screen. Aus den gefundenen 58 Artikeln wurden fünfzehn nach Titel, neun Abstracts und fünf Volltexte ausgewählt. Einschlusskriterien waren Screening-Instrumente für häusliche Gewalt, erwachsene Frauen sowie Instrumente zur mündlichen Befragung.

Aufgrund des ausgewählten Reviews wurde aus den Referenzen zusätzlich die Studie zum Screening-Instrument mit der höchsten Sensitivität und Spezifität gesucht. Einige Studien wurden nicht berücksichtigt, weil sie aufgrund des Abstracts oder des Volltextes nicht passend erschienen. Die Limitation der systematischen Literaturrecherche sind die geringe Anzahl an Studien und der Ausschluss von Studien, bei denen trotz intensiver Suche der Volltext nicht auffindbar war. Auf der nächsten Seite werden in Tabelle 1 kurz die ausgewählten Studien dargestellt und auf ihre Evidenz hin beurteilt (Analyseraster im Anhang 11.8). Der Evidenz-Level wurde nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aus Deutschland eingeschätzt.

Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten Studien und Beurteilung des Evidenz-Levels

Studie/ Review	Autorinnen und Autoren	Jahr	Titel	Screening-Instrumente	Evidenz-Level nach AWMF 2005
Review	Feder et al.	2009	How fare does screening for domestic (partner) violence in different health care settings meet criteria for a screening program	Übersicht über diverse Screening-Instrumente	I
Primärstudie	Nyberg, Hartmann, Stieglitz und Reicher-Rössler	2008	Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen	Screening Partnergewalt 5 Items	IV
Primärstudie	Chen, Rovi, Vega Jacobs und Johnson	2005	Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting	Hurts, Inults, Threatens and Screams at her-Scale (HITS) 4 Items	IV
Primärstudie	Caroll et al.	2005	Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial	Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) 14 Items zu häuslicher Gewalt	I
Primärstudie	Anderson, Marshak, und Hebbeler	2002	Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information	Abuse Assessment Screen (ASS) 5 Items	IV
Primärstudie	McFarlane, Parker, Soeken und Bullock	1992	Assessing for abuse during pregnancy	Abuse Assessment Screen (ASS) 5 Items	IV

Der Review von Feder et al. (2009) gibt einen Überblick über die verschiedenen Screening-Instrumente. In einer Querschnittsstudie beweist die „Hurts, Insults, Threatens and Screams at her“-Skala (HITS) eine gute Validität und Reliabilität (Chen et al., 2005). Das „Abuse Assessment Screen“ (AAS) wurde für die Geburtshilfe entwickelt und kann mehr von häuslicher Gewalt betroffene Frauen erfassen als im Vergleich zur nationalen erfassten Prävalenz (Anderson et al., 2002; McFarlane et al., 1992). Ein weiteres Instrument ist das „Antenatal Psychosocial Health Assessment“ (ALPHA), mit dem mehr psychosoziale Anliegen, besonders im Bezug auf häusliche Gewalt, entdeckt werden als ohne dieses Instrument (Carroll et al., 2005). ALPHA erfasst nebst der häuslichen Gewalt auch familiäre und mütterliche Einflussfaktoren und Suchtmittelmissbrauch. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird vom ALPHA nur der Teil zur häuslichen Gewalt betrachtet. Nyberg et al. (2008) haben das „Partner Violence Screen“ (PVS) aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Die Autorinnen und Autoren nennen das neue Instrument „Screening Partnergewalt“ und konnten aufzeigen, dass es eine hohe Sensitivität (80%) und Spezifität (78%) hat. In nachfolgender Tabelle werden die ausgewählten Screening-Instrumente inhaltlich zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 2. Inhalte der ausgewählten Screening-Instrumente

	ALPHA	AAS	Screening Partnergewalt	HITS
Physische Gewalt	√	√	√	√
Psychische Gewalt	√	√	√	√
Sexuelle Gewalt	√	√	√	-
Gewalt in Familie	√	-	-	-
Vergangene Gewalt	√	√	√	-
Aktuelle Gewalt	√	√	√	√
Gewalt in Schwangerschaft	-	√	-	-
Kindererziehung	√	-	-	-

Die Tabelle 2 zeigt deutlich, dass das Screening-Instrument ALPHA häusliche Gewalt am ausführlichsten erfasst. Obwohl es in der Schwangerenvorsorge angewendet wird, enthält es keine spezifischen Fragen dazu. Der hohe Evidenz-Level spricht für dieses Screening-Instrument, es ist umfassend und bezieht im Vergleich zum AAS auch

Gewalt in der Familie mit ein. Weiter spricht für das ALPHA, dass ein Screening nach häuslicher Gewalt öfters durchgeführt wird, wenn es zusammen mit anderen gesundheitsrelevanten Themen erfasst wird (Kang et al., 2010; Stenson et al., 2005).

Das AAS ist ebenfalls umfassend und erfragt explizit die Gewalt während der Schwangerschaft. Das Evidenz-Level IV nach AWMF 2005 ist eher tief, jedoch wurden in der Studie von McFarlane et al. (1992) ein für dieses Thema angemessenes Design gewählt und eine grosse Zahl von Teilnehmenden rekrutiert. Ein Vorteil dieses Screening-Instruments ist, dass mit drei von fünf Fragen aus dem AAS Betroffene von häuslicher Gewalt sicher identifiziert werden können (McFarlane et al., 1992). Weiter kann das AAS problemlos auch für ein Screening im Wochenbett angepasst werden (Parker, McFarlane, Soeken, Silva und Reel, 1994). Dies ist ein grosser Nutzen dieses Screening-Instruments, da in der Schwangerschaft, wie auch im Wochenbett, erstmals oder vermehrt häusliche Gewalt auftritt (Müller und Schröttle, 2004).

Das „Screening Partnergewalt“ ist ebenfalls sehr umfassend und in deutscher Sprache validiert. Auch bei diesem Screening-Instrument fehlen unter anderem Fragen zur Schwangerschaft. Das Instrument wurde im psychiatrischen Bereich getestet und wird für andere Bereiche empfohlen (Nyberg et al., 2008). Neben dem tiefen Evidenz-Level hat diese Studie auch eine sehr kleine Anzahl an Studienteilnehmenden. Der Vorteil dieser Studie kann die Sprache sein, jedoch ist eine Anwendung in der Geburtshilfe nicht überprüft worden.

Auch beim HITS zeigt die Tabelle 2 klar auf, welche Gewalt nicht erfasst wird. Es erscheint wenig sinnvoll ein Instrument zu wählen, das nicht für die Geburtshilfe entwickelt wurde und nur wenige Aspekte der Gewalt erfasst.

Welches Screening-Instrument letztlich ausgewählt wird, soll der Praxis überlassen werden. Es erscheint jedoch empfehlenswert, sich dabei für das umfassende ALPHA oder das AAS, welches ebenfalls zuverlässig Gewalt erfasst, zu entscheiden. Beide Instrumente wurden in der Geburtshilfe angewendet und konnten erfolgreich betroffene Frauen erfassen.

3.3 Wirkungsvolle Interventionen bei häuslicher Gewalt

Nach einem positiven Gewalt- Screening steht der betroffenen Frau Beratung und Informationen zu. Um wirkungsvoll intervenieren zu können, müssen Gesundheitsfachpersonen die Dynamik der Gewalt in Paarbeziehungen verstehen.

Die Gewalt beginnt in der Regel sehr subtil, zuerst wird das Opfer kontrolliert, danach wird es isoliert. Weiter wird das Opfer gezielt gedemütigt, abgewertet oder beschimpft. Dies dient dazu, Macht zu gewinnen und das Opfer zu schwächen. Erzielen diese Handlungen nicht die gewünschte Wirkung, wird weiter psychische Gewalt angewendet und mit physischer Gewalt gedroht. Diese Misshandlungsbeziehung unterliegt einer eigenen Dynamik, die in drei Phasen zusammengefasst werden kann (Schmid, 2007, S.51- 53):

1. *Spannungsaufbau*: In dieser Phase wird zuerst verbal angegriffen. Der Täter nimmt äusseren Faktoren als Anlass für kleinere Übergriffe, die Frau versucht dem Täter alles recht zu machen, um die Gewalt zu verhindern (Schmid, 2007, S.51- 53).
2. *Gewaltausbruch*: In der zweiten Phase kommt es zu körperlicher und/ oder sexueller Gewalt. Das Opfer ist hilflos, da es keinen Einfluss auf die Gewalt nehmen kann. Aufgrund von Verletzungen suchen Opfer oft medizinische Hilfe. Hier können Interventionen hilfreich sein, da betroffene Frauen offen gegenüber Hilfsangeboten sind (Schmid, 2007, S.51- 53).
3. *Entschuldigungs- und Entlastungsversuche*: In der dritten und letzten Phase entschuldigt sich der Täter und versucht, seine Tat herunterzuspielen. Da sich der Täter seiner Partnerin gegenüber oft liebevoll und aufmerksam zeigt, sind Frauen in dieser Phase bereit, ihrem Partner nochmals eine Chance zu geben. (Schmid, 2007, S. 51-53).

Dieses emotionale Wechselbad verunsichert und verwirrt die betroffenen Frauen sehr (Schmid, 2007, S. 53). Weiter geben gewaltbetroffene Frauen gerne Verantwortung ab. Betroffene Frauen werden über lange Zeit fremdbestimmt und kontrolliert, Handlungen, die dem gewaltausübenden Partner nicht passen, werden bestraft. Dies führt dazu, dass Betroffene das Gefühl haben, ihre Situation nicht alleine ändern zu können. Zudem können betroffene Frauen in ihrem Verhalten ambivalent sein, dies aufgrund der erlittenen Gewalt und der Dynamik in Gewaltbeziehungen (Fausch und Wechlin, 2007, S. 166). Andererseits sind schwangere Frauen in einer Phase der Veränderung, welche zu Neuorientierung führt (Romahn, 2007, S.132). Dadurch kann sie sich für Interventionen zum Schutz von sich und dem heranwachsenden Kind öffnen.

Wie schon im Kapitel 3.1 aufgezeigt wurde, ist das Screening an sich eine erste Intervention, da die Frauen in einem sicheren Rahmen über die erlebte Gewalt sprechen können und Akzeptanz und Unterstützung erfahren (Koizol-McLain et al., 2008). Erfolgreiche Interventionen, die wiederholende Episoden von häuslicher Gewalt vermindern und zu signifikant weniger Frühgeburten führen, beinhalten nach Kiely et al. (2010) Folgendes:

- Betroffene Frauen erhalten Informationen über die Arten der häuslichen Gewalt und Erklärungen zu den Phasen der Gewaltdynamik in Beziehungen.
- Gemeinsam mit den Klientinnen wird das Gewaltrisiko eingeschätzt und ein Sicherheitsplan erstellt.
- Die Frauen erhalten eine Liste mit wichtigen Adressen und Telefonnummern.

Ähnliche Interventionen zur Prävention von zukünftiger Gewalt wurden von Parker et al. (1994) getestet. Zusammen mit den betroffenen Frauen wurde einen Sicherheitsplan erstellt. Dieser beinhaltet das Kopieren und Aufbewahren von wichtigen Dokumenten wie Hochzeitsurkunde, Geburtsurkunde und Ausweise, das Erstellen von Schlüsselduplikaten und die Etablierung eines Codes in der Familie und/ oder mit Freunden, um im Notfall Hilfe zu erhalten (Parker et al., 1994). Besprochen wurde auch, welche Verhaltensweisen des Täters ein Indiz für eine erhöhte Gefahr für häusliche Gewalt darstellen. Beispiele hierfür sind etwa Mord- oder Selbstmorddrohungen. Zudem erhielten die Frauen Telefonnummern von Hotlines und Schutzeinrichtungen, Informationen über Strafverfolgungen und Erstattung von Strafanzeigen (Parker et al., 1994). Obwohl diese Interventionen dazu führten, dass die Frauen weniger häusliche Gewalt erlebten, konnte die Gesundheit der betroffenen Frauen nicht langfristig gefördert werden (Parker et al., 1994). Neuere und ganzheitlichere Interventionsprogramme kommen aus den USA und sind seit 2000 auch in der Schweiz zu finden (Decurtins und Huwiler, 2007, S.84-85). In diesen Programmen wird der Fokus nicht mehr nur auf die betroffene Frau gelegt, sondern auch auf den gewaltausübenden Partner, in Form von Trainingsprogrammen für Männer. Dabei gibt es zwei Kategorien: Programme für Freiwillige und solche, die von der Justiz verordnet werden. Beide Trainingsarten bewirken mittels verschiedener Methoden eine Einstellungs- und Verhaltensänderung der Gewaltausübenden, die vorerst kurzfristig Gewalt verhindern soll. (Decurtins und Huwiler, 2007, S.84-85).

Paartherapie und Paarberatung sowie Mediation sind Interventionen, die vermieden werden sollten. Ebenso sollte alles unterlassen werden, was betroffene Frauen destabilisiert. Dies sind Interventionen, die Gefühle aufbrechen, Gewalterfahrungen heranziehen oder diese mit früheren Gewalterfahrungen verknüpfen (Flury, 2007, S.92). Auch eine Trennung scheint bei häuslicher Gewalt keine Lösung zu sein. Oft bleiben Frauen aus Liebe zum Partner und der Angst, den Kindern den Vater wegzunehmen in der Beziehung (Schmid, 2007, S. 53). Erfahrungen von Opferberatungsstellen und Frauenhäuser zeigen, dass die Gefahr bei einer Trennung für Frau und Kind erhöht ist, da gewalttätige Männer mit massiver Gewalt oder Tötung drohen und diese Drohungen notfalls auch umsetzen (Schmid, 2007, S. 53).

In der Schweiz muss jeder Kanton gemäss dem Opferhilfegesetz unentgeltliche Beratung und Hilfe für Opfer von Gewalt anbieten (Flury, 2007, S. 93). Solche Angebote von ausgebildeten Fachpersonen sind unter anderem Kriseninterventionen, Informationen und Beratungen. Ausserdem gibt es Frauenhäuser, welche betroffenen Frauen und ihren Kindern Schutz, Unterkunft und Beratung verschaffen (Flury, 2007, S. 93). Seit April 2004 ist Gewalt in der Ehe und Partnerschaft ein Offizialdelikt und wird von Amtes wegen verfolgt (Eggenberger, 2007, S.132). Fachpersonen stehen unter Schweigepflicht, sie dürfen ihre Kenntnisse nicht ohne Einwilligung der Betroffenen weitergeben (Kranich Schneiter, 2007, S.116). Nur bei Tötungsdelikten besteht für Gesundheitsfachpersonen eine Verpflichtung zur Anzeigeerstattung, sonst gilt der Grundsatz, dass sie keine Anzeigepflicht haben (Kranich Schneiter, 2007, S. 117).

3.4 Salutogenese

Das Thema häusliche Gewalt ist ein anspruchsvolles Thema und der Umgang damit ist herausfordernd. Wie können Hebammen, die ein Gewalt-Screening durchführen, mit Erzählungen betroffener Frauen umgehen? Wie kann die Klientin in einem Gespräch mit der Hebamme über Gewalt aus der salutogenetischen Perspektive unterstützt werden?

3.4.1 Das Kohärenzgefühl

Das Modell der Salutogenese vom Medizinsoziologe A. Antonovsky kann bei einem Gespräch über Gewalterfahrung hilfreich sein. Antonovsky (1997) beschreibt die Ge-

sundheit als ein Kontinuum und unterscheidet nicht zwischen gesund und krank. Die primäre Frage ist dadurch nicht, warum Menschen krank werden, sondern warum sie trotz möglicher vorhandener Risikofaktoren gesund bleiben. Dieses Modell kann die Arbeit der Hebamme im Zusammenhang mit dem Gewalt-Screening unterstützen, denn Hebammen betätigen sich für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frau.

Antonovsky (1997, S. 34) bezeichnet als zentraler Faktor für Gesundheit den „Sense of Coherence“ (SOC), was mit „Kohärenzgefühl“ übersetzt werden kann. Dieser setzt sich aus drei Komponenten zusammen: *Verstehbarkeit*, *Sinnhaftigkeit* und *Handhabbarkeit*. Das Kohärenzgefühl beschreibt, in welchem Ausmass ein Mensch ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat.

Antonovsky (1997, S. 34) beschreibt, dass eine Person mit grossem Ausmass an *Verstehbarkeit* unerwartete Einflüsse in ihrem Leben einordnen und erklären kann. Die zweite Komponente, die *Handhabbarkeit*, lässt den Menschen erkennen, dass er geeignete Ressourcen zu Verfügung hat, um Anforderungen, die an ihn gestellt werden, zu bewältigen. Der Mensch, der ein hohes Ausmass an Handhabbarkeit erlebt, lässt sich nicht durch Ereignisse in eine Opferrolle drängen oder vom Leben unrecht behandeln. Die *Sinnhaftigkeit* oder auch „Bedeutsamkeit“ genannt, beruht eher auf dem emotionalen Bereich des Menschen. Dazu gehören Emotionen, die ein Mensch im Leben sinnvoll empfindet.

Ein Mensch mit einem hohen Kohärenzsinn stellt sich den Anforderungen des Lebens und sieht sie als Herausforderung. Er ist sich bewusst, dass er mit Anstrengung und Engagement weiterkommen wird. Weiter wählt eine Person mit einem starken Kohärenzsinn eine Copingstrategie aus, die zu seiner Situation passt und ihm hilft, den bevorstehenden Stressor zu bekämpfen (Antonovsky, 1997, S. 39).

3.4.2 Salutogenetische Unterstützung für die Klientin

Im Bewusstsein dieses Kohärenzsinn, kann die Hebamme in Gesprächen mit Frauen, sei es zu Gewalt oder aber auch anderen Gesundheitsfragen, herausfinden, ob der Kohärenzsinn der Klientin eine Schwachstelle aufweisen könnte. Die Gesundheitsfachfrau bespricht mit der Klientin, wie mit schwierigen Aufgaben oder Situationen im Leben umgegangen wird und welches ihre Copingstrategien sind. Zudem versucht sie, Ressourcen transparent zu machen, damit die Klientin diese zu aktivieren und nutzen weiss.

3.4.3 Salutogenetische Unterstützung für die Hebamme

Um im Umgang mit diesen anspruchsvollen Thema gesund zu bleiben, muss die Hebamme ihren eigenen Kohärenzsinn beachten. Hebammen sehen es als ihre Aufgabe, Frauen nach häuslicher Gewalt zu befragen (Feder et al., 2009; Stenson et al., 2005). Komplexe Enthüllungen und ungesunde Copingstrategien belasten das Wohlbefinden jener Hebammen, die Frauen nach häuslicher Gewalt screenen. (Mollart, Newing und Foureur, 2009). Weiter nehmen Stress und Frustration durch das Screening zu, sodass sich Hebammen Support und Beratung für sich selbst wünschen, um von Gewalt betroffene Frauen optimal zu betreuen können (Feder et al., 2009; Mollart et al., 2009; Stenson et al., 2005). Ein sorgfältiger Umgang mit den eigenen Grenzen ist laut Truninger (2007, S. 45) notwendig. Es ist wichtig die eigenen Grenzen zu kennen und zu respektieren. Die Hebammen können häusliche Gewalt erkennen, ansprechen, Sicherheit bieten, Informationen abgeben und dokumentieren. Es liegt jedoch nicht in der Macht und Verantwortung der Gesundheitsfachperson die häusliche Gewalt zu beenden. Ihre Aufgabe ist es, einen geschützten Rahmen zu bieten, um über das schwierige Thema sprechen zu können und erste Interventionen in die Wege zu leiten (Fausch und Wechlin, 2007, S. 156).

4 METHODE

Die Frage zu den optimalen Screening-Instrumenten wurde im Abschnitt 3.2 beantwortet. Die zweite Frage dieser Arbeit befasst sich mit der wirkungsvollen Umsetzung eines Gewalt-Screenings in der Praxis. Damit dies gelingt, braucht es eine systematische Erfassung der aktuellen Situation in der Praxisinstitution und einen Projektplan. Weiter wird aufgezeigt wie eine Umsetzung von neuen Massnahmen evaluiert werden kann.

4.1 Projektmethode

Um eine Veränderung in der Praxis einzuführen, muss der einzigartigen *Beziehung zwischen Klientin beziehungsweise Klient und Gesundheitsfachperson* Beachtung geschenkt werden (Behrens und Langer, 2006, S. 259). Weiter muss sich die *Arbeits-*

organisation anpassen können und die Implementierung der neuen Massnahmen muss nach *aktuellem Wissensstand* geschehen (Behrens und Langer, 2006, S. 259).

Im Kapitel zum theoretischen Hintergrund dieser Arbeit wurde die Beweislage für ein Gewalt-Screening eingeschätzt und aufgezeigt. Dies ist ein Teil der Ausgangslage für eine erfolgreiche Implementierung. Die *persönliche Erfahrung der Mitarbeitenden* zu diesem Thema muss gleichermassen beachtet werden (Rycroft-Malone et al., 2004). Mittels Interviews mit den Mitarbeitenden am Praxisort konnte die persönliche Erfahrung erfasst und eingeschätzt werden.

Die *Kultur in der Organisation* (Wertschätzung, kontinuierliche Weiterbildung), die *Führung* (Rollenverteilung, Organisation) und die *Beurteilung* (kontinuierliche Audits, Feedback) bilden eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung (Behrens und Langer, 2006, S. 272).

Folgende zwei Aspekte erleichtern eine Implementierung:

1. *Facilitatoren*: Dabei handelt es sich um Personen, welche Unterstützung bieten, um die Arbeitsgewohnheit und -einstellung zu ändern, klare Rollen, Aufgaben und Weisungsbefugnis haben sowie flexibel und präsent sind (Behrens und Langer, 2006, S. 267).
2. *Projektleitung*: Die Leitung des Projektes sollte eine begeisterungsfähige, glaubwürdige und kommunikative Person mit Fachwissen inne haben, welche die Fähigkeit zur Koordination des Projektes und eine positive Einstellung aufweist (Rycroft-Malone et al., 2004).

Bei jedem Projekt und jeder Forschungsarbeit mit Menschen müssen auch ethische Aspekte berücksichtigt werden. Die drei wichtigsten Prinzipien sind *Nutzen* (nicht schaden), *Achtung der Menschenwürde* und *Gerechtigkeit* (Polit, Beck und Hungler, 2004, S. 112). Bei der Datenerhebung wurde auf diese Prinzipien geachtet. Die Achtung der Menschenwürde durch Information zum Inhalt des Interviews und das Recht der Verweigerung, Gerechtigkeit durch die angepasste Sprache.

4.1.1 Datenerhebungsmethode für die aktuelle Situation in der Praxis

Um die organisatorischen und fachlichen Bedingungen für das Assessment von häuslicher Gewalt erfassen zu können, aber auch um das Screening erfolgreich

implementieren zu können, braucht es eine systematische Erhebung, deren Hauptaspekte in Folgenden aufgelistet und ausführlich beschrieben werden:

- *Organisation*: Zur Organisation gehören die Art des Spitals, das Leitbild, die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die Betriebskultur und der Leitungsstil (Rycroft-Malone et al., 2004). Um die Organisation zu erfassen wurden Angaben über den Praxisort im Internet, in Informationsbroschüren für Klientinnen und Klienten und in Einführungsunterlagen für neue Mitarbeitende gelesen und analysiert.
- *Organisatorische und fachliche Bedingungen auf der Abteilung*: Dazu werden die Anzahl der Mitarbeitenden und Berufsgruppen, das Arbeitsklima, die Arbeitsbelastung, die klientinnenzentrierte Arbeit, die kritische Reflexion der Praxis und das Vorgehen bei Veränderung erfasst (Rycroft-Malone et al., 2004). Die klientinnenzentrierte Arbeit, das Arbeitsklima und die Arbeitsbelastung wurden durch Beobachtungen auf der Abteilung festgehalten. Weiter wurde in Gesprächen mit Leitungspersonen die Vorgehensweise bei Veränderungen erhoben. Es gab keine systematische Befragung der Mitarbeitenden zu Arbeitsklima und –belastung. Die Anzahl der Mitarbeitenden und Berufsgruppen wurde auf dem Arbeitsplan ersichtlich.
- *Erhebung des Problems*: Hierfür werden qualitative Daten wie Werthaltung der Mitarbeitenden und Erfahrung mit dem Thema sowie quantitative Daten wie neu erhobene Daten und Statistiken erhoben (Rycroft-Malone et al., 2004). Für die Erhebung der quantitativen Daten wurde bei der Stationsleitung nachgefragt, ob in der Praxisinstitution häusliche Gewalt erfasst und dokumentiert wird und ob es bestehende Statistiken zum Thema gibt. Für die Erhebung der qualitativen Daten wurden Interviews mit Mitarbeitenden durchgeführt. Im nächsten Abschnitt wird dieses Vorgehen erläutert.

4.1.2 Erhebung der qualitativen Daten zum Thema häusliche Gewalt

Das *Ziel der Interviews* war es, herauszufinden, was die Mitarbeitenden zum Thema häusliche Gewalt bereits wissen, welche Barrieren vorhanden sind und was Fachpersonen sich noch wünschen, um eine allfällige Veränderung vorzunehmen. Im Ver-

gleich mit den aktuellen Daten aus der Forschung soll aufgezeigt werden, welcher Veränderungsbedarf besteht und welche Massnahmen sich daraus ergeben.

Die Interviewfragen (im Anhang 11.9) wurden aus der gelesenen Fachliteratur entwickelt:

- Die *erste Frage* im Interview soll als Einstieg ins Thema dienen und Erfahrungen aufzeigen.
- Bei der *zweiten Frage* werden eigene Gefühle erfragt und möglicherweise auch die persönliche Einstellungen und Haltungen zum Thema ersichtlich.
- Die *dritte Frage* soll klären, ob sich die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter grundsätzlich eine Erhebung zu häuslicher Gewalt vorstellen kann. Gloor und Meier (2004) konnten in ihrer Studie aufzeigen, dass die befragten Klientinnen in hohem Ausmass akzeptieren, dass sich das Gesundheitswesen mit häuslicher Gewalt beschäftigt.
- Die *vierte Frage* sucht nach Schwierigkeiten oder Hindernissen für das Screening. Das Haupthindernis für ein Gewalt-Screening ist die Anwesenheit des Mannes, weitere Hindernisse sind Zeitmangel, Sprachschwierigkeiten, die Fülle an Aufgabenbereichen der Fachperson, Vergessen der Erfassung sowie die Überzeugung des Gesundheitspersonals Gewalt ohne Screening zu erkennen (Stenson et al., 2005).
- *Frage fünf* erfasst, welche Unterstützung die Mitarbeiterin und der Mitarbeiter zum Assessment brauchen. Kang et al. (2010) wie auch Stenson et al. (2005) können aufzeigen, dass es hilfreich ist, wenn die Fragen nach häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit anderem Gesundheitsverhalten wie Rauchen, Alkohol und Drogen erfasst werden, um diese so in einem neutraleren Kontext zu stellen. Bei den Fragen vier und fünf können zudem organisatorische und praktische Belangen für eine erfolgreiche Implementierung erhoben werden (Rycroft-Malone et al., 2004).
- Die *letzte Frage* erfasst, ob es die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter als ihre/ seine Aufgabe ansieht, nach häuslicher Gewalt zu fragen. Auch hier zeigt die Studie von Stenson et al. (2005), dass es Hebammen als ihre Aufgabe sehen Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen und sie selber das Screening akzeptabel finden.

Die Interviews wurden mit Pflegefachfrauen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Mit der Stationsleitung wurden zwei Tage für die Befragung der Mitarbeitenden festgelegt. Die Mitarbeitenden wurden zuvor über das Thema der Arbeit und die Termine informiert. Alle an diesen beiden Tagen anwesenden Fachpersonen, die sich zur Teilnahme am Interview bereit erklärt haben, wurden befragt. Die Interviews wurden in einem separaten Raum und einzeln durchgeführt. Vor der Befragung wurden die Mitarbeitenden über das Thema der Bachelor-Thesis, die Vertraulichkeit der Daten und der Möglichkeit, das Interview abzubrechen, informiert.

Das Interview beinhaltete einerseits offene Fragen (Frage eins, vier und fünf), bei welchen die Aussagen der befragten Fachpersonen paraphrasiert und zusammengefasst protokolliert wurden. Die Aufzeichnungen wurden den Interviewten mit der Frage, ob die Antworten richtig notiert wurden, vorgelesen. Bei Bedarf wurden die Notizen verbessert. Andererseits wurden im Interview auch geschlossene Fragen (Frage zwei, drei und sechs) gestellt, bei denen die Antworten deskriptiv ausgewertet wurden.

4.2 Auswertung der Interviews

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring (2003, S. 62) bietet die Möglichkeit, Texte systematisch auszuwerten. Das Ziel der Inhaltsanalyse ist eine Reduktion auf die wesentlichen Aspekte des Textmaterials. Durch das strukturierte Vorgehen sind die Resultate überprüfbar. Zum ersten Schritt der Auswertung gehört das *Paraphrasieren*, wobei nicht inhaltstragende Textbestandteile gestrichen und in transformierter, grammatikalischer Kurzform festgehalten werden. Das Paraphrasieren wurde im Rahmen dieser Erhebung bereits während des Interviews gemacht. In einem zweiten Schritt wurden die Paraphrasen auf ein Abstraktionsniveau gebracht, das Mayring (2003, S. 62) *Generalisierung* nennt. Bei der Generalisierung ist es wichtig, dass alte Textbestandteile in der neuen Formulierung impliziert sind. Der dritte Schritt ist die *Reduktion*, welche in der Arbeit aufgrund der geringen Datenmenge in einen einzigen Arbeitsschritt durchgeführt und nicht, wie in der Theorie beschrieben, in erste und zweite Reduktion unterteilt wurde. Die Reduktion beinhaltet das Wegstreichen von bedeutungslosen und unwesentlichen Paraphrasen. Die Paraphrasen mit gleichen oder ähnlichen Inhalten wurden gebündelt und schliesslich zu Hauptkategorien mit ihren Aspekten zusammengefasst (Mayring, 2003, S. 63).

4.3 Evaluation

Die Evaluation eines Projektes kann in drei Bereiche eingeteilt werden: Prozess-, Produkt- und Ergebnisevaluation (Kraus und Westermann, 2004, S. 121).

In der *Prozessevaluation* werden die praktische Durchführung und die Bedingungen vom Projekt untersucht. Das Ziel der Prozessanalyse ist es, Probleme zu erheben, Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren und Veränderungen einzuleiten. Dafür wird das bestehende Gefäss der Teamsitzung genutzt. Im Laufe der Prozessevaluation wird der Austausch mit der Projektleiterin und der Projektgruppe im Mittelpunkt stehen. So werden Probleme erhoben, Lösungsmöglichkeiten diskutiert und dokumentiert sowie Strategien zur Veränderung entwickelt, die gemeinsam mit dem Arbeitsteam umgesetzt werden. Inhaltlich wird der Austausch durch ein Protokoll dokumentiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dieser Austausch ist zeitlich begrenzt und wird während der Projektzeit monatlich eingehalten. Die Themensammlung zum Austausch an der Teamsitzung erfolgt fortlaufend durch alle Beteiligten, die eine Notiz auf einem vorbereiteten Formular hinterlassen können (Kraus und Westermann, 2004, S. 122).

Nach der offiziellen Pilotphase des Projektes erfolgt eine mündliche Befragung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Projektgruppe. Laut Rycroft-Malone et al. (2004) ist die Übereinstimmung mit praktischem und organisatorischem Belangen von Relevanz, für Behrens und Langer (2006, S. 272) ist insbesondere die Veränderung in der Beziehung zwischen Gesundheitsfachpersonal und Klientin von Bedeutung. Diese Aspekte werden erfragt sowie inhaltsanalytisch und deskriptiv ausgewertet, was wiederum zu Veränderung und Neuanpassung führen kann. Im Anhang 11.4 ist ein Evaluationsinstrument für Mitarbeitende zu finden.

Behrens und Langer (2006, S. 259) deuten auf eine erfolgreiche Implementierung von Forschungsergebnissen hin, wenn die Klientin systematisch und partnerschaftlich miteinbezogen wird. Alle Klientinnen erhalten nach dem Gewalt-Screening einen Fragebogen, der anonym ist und während dem Spitalaufenthalt oder zu Hause ausgefüllt werden kann. Dazu wird ein Couvert mit Anschrift an Projektgruppe abgegeben und auf der Abteilung wird einen Kasten zum Einwurf aufgestellt. Das Erleben der Massnahme sollte Schwerpunkt dieser nachträglichen Befragung sein (Anhang 11.5). Diese Erhebung müsste dann von einer Ethikkommission bewilligt werden. Ethische Aspekte dabei sind das informierte Einverständnis zur Teilnahme und das Recht zur Ver-

weigerung (Prinzip der Achtung der Menschenwürde). Zudem sollte die Frau keine negativen Auswirkungen erleben (Prinzip des Nutzens) und die Erhebung sollte in einer angepassten Sprache durchgeführt werden (Prinzip der Gerechtigkeit) (Polit, Beck und Hungler, 2004, S. 112).

Die *Produktevaluation* beinhaltet die Evaluation des ausgewählten Gewalt-Screenings und der erarbeiteten Leitlinie für die Praxisinstitution (Kraus und Westermann, 2004, S. 126). Die Projektgruppe wertet das verwendete Instrument auf seine Handhabbarkeit, Effizienz und Gültigkeit anhand von erhobenen Daten aus, die zum Beispiel aus der Befragung der Mitarbeitenden gewonnen werden.

Die *Ergebnisevaluation* beinhaltet die Wirkung der Durchführung des Gewalt-Screenings auf die Mitarbeitenden (Kraus und Westermann, 2004, S. 126). Die qualitative Auswertung wird bei den Mitarbeitenden mittels Befragung erfasst (Anhang 11.4). Quantitativ wird die Anzahl erfragten Klientinnen erfasst und das Outcome des Screenings wird erhoben. Diese Daten können aus den bestehenden Pflege- und Gesundheitsassessments der Klientinnen am Praxisort in elektronischer Form abgerufen werden. Ebenfalls wird aus dem Pflege- und Gesundheitsassessment ersichtlich, ob betroffene Frauen an die entsprechende Fachstelle für häusliche Gewalt weiter vermittelt wurden.

Die Evaluationen des Gewalt-Screenings, der erarbeiteten Leitlinie und die Befragung der Klientinnen sind zeitaufwendig, anspruchsvoll und ergeben neue Forschungsprojekte.

5 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel wird die aktuelle Situation am ausgewählten Praxisort detailliert beschrieben. Die Resultate aus Literatur werden mit dem Ist-Zustand der Praxis verglichen. Der Vergleich zeigt den Veränderungsbedarf auf, wonach angemessene Massnahmen für eine erfolgreiche Implementierung eines Gewalt-Screenings erarbeitet werden.

5.1 Ausgangslage und Informationen über die Praxisinstitution

5.1.1 Organisation

Beim ausgewählten Praxisort handelt es sich um ein ländliches *Regionalspital*, welches zusammen mit zwei weiteren regionalen Spitälern eine Aktiengesellschaft (AG) bildet. Aus zeitlichen und organisatorischen Gründen wurden nur in einem Spital Daten erhoben. Das ausgesuchte Spital bietet eine medizinische Grundversorgung (Medizin, Chirurgie, Onkologie und Gynäkologie/ Geburtshilfe) mit einem Notfallbetrieb rund um die Uhr. Im Jahr 2009 gab es laut des Geburtenbuches 232 Geburten. Das Spital ist der grösste Arbeitsgeber der Region.

Das *Leitbild* des Regionalspitals stellt das Wohlbefinden und die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und deren Umfeld in den Mittelpunkt. Jeder Mensch soll in seiner Einzigartigkeit und Würde respektiert werden, in der Pflege und der Betreuung wird in partnerschaftlicher Weise auf individuelle Bedürfnisse eingegangen.

Zur *Betriebskultur* gehören eine offene und ehrliche Kommunikation, ein respektvoller gegenseitiger Umgang und das Ausrichten des Denkens und Handelns auf die sachlichen Ziele des Spitals. Weiter wird auf gezielte Weiterbildungen, fortschrittliche Arbeitsbedingungen, Orientierung an den neusten Entwicklungen und Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Qualitätsüberwachung und –verbesserung geachtet.

Die *Ziele des Spitals* sind eine qualitativ gute, vernünftige und kostenbewusste Medizin und eine rasche Behandlung aller Patientinnen und Patienten aus dem Einzugsgebiet. Weiter soll hochstehende Medizin unabhängig von der Versicherungsklasse angeboten werden und die Patientenzufriedenheit im Zentrum stehen.

Die *Zufriedenheit des Personals* wurde im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement im Jahre 2007 durch eine Befragung der Mitarbeitenden erhoben. Die allgemeine Zufriedenheit liegt im mittleren Bereich. Als besondere Stärken werden das gute Sozialverhalten unter Kolleginnen beziehungsweise Kollegen und Vorgesetzten, die hohe Verantwortung, der grosse Handlungsspielraum sowie die Möglichkeit für Weiterbildungen genannt.

5.1.2 Organisatorische und fachliche Bedingungen auf der Abteilung

Zur *Infrastruktur* der ausgewählten Abteilung gehören ein Vierbettzimmer für Wöchnerinnen, ein Familienzimmer und drei weitere Zweibettzimmer für

gynäkologische und geburtshilfliche Klientinnen. Es gibt noch ein Säuglingszimmer und einen Aufenthaltsraum für die Frauen mit ihren Neugeborenen.

Das *Team* der gynäkologischen Abteilung mit Wochenbettbetreuung besteht aus sechzehn Mitarbeiterinnen und zwei Lernenden. Es setzt sich aus neun Pflegefachfrauen, drei Hebammen, vier Pflegeassistentinnen, einer Stillberaterin, einer Lernenden Fachangestellte Gesundheit und einer Hebamme-Studierenden zusammen. Mehr als die Hälfte der Gesundheitsfachfrauen hat mehr als fünf Jahre Berufserfahrung. Eine Stillberaterin ist von der Institution angestellt, zwei weitere Pflegefachfrauen haben sich ebenfalls zur Stillberaterin weitergebildet.

Ziel des Teams ist es, der Wöchnerin einen optimalen Start im Familienalltag zu ermöglichen. Durch Unterstützung soll die Wöchnerin Sicherheit in der Pflege und mit dem Stillen beziehungsweise der Ernährung ihres Kindes erlangen. Das Team steht den Frauen beratend zur Seite.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Das Team der Gynäkologie/ Geburtshilfe arbeitet eng mit dem Team der Chirurgie zusammen. Die beiden Teams helfen sich oft gegenseitig aus, auf der Nachtwache sind die Mitarbeitenden für beide Abteilungen zuständig. Das Ärzteteam besteht aus einer Assistenzärztin, einem Chefarzt, einem Co-Chefarzt und einer leitenden Ärztin. Täglich findet eine Visite mit der Assistenzärztin statt, einmal pro Woche ist Chefarztvisite.

Die Physiotherapie bietet unter der Woche täglich ein Rückbildungsprogramm für Wöchnerinnen an.

Ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit des Teams liegt auf der Kooperation mit den fünf Beleghebammen. Jede Frau wird von einer der fünf Beleghebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut. Zwei Stunden nach einer Spontan- geburt oder nach einer Sectio caesarea ohne Komplikationen wird die Frau und das Neugeborene auf die Abteilung verlegt. Die Hebamme rapportiert das Wichtigste, ebenfalls erhält das Team eine schriftliche Dokumentation mit den wichtigsten Daten zur Frau, Kind, Schwangerschaft und Geburt. Eine enge Zusammenarbeit mit den frei praktizierenden Hebammen besteht, wenn eine schwangere Frau hospitalisiert wird. Das Team übernimmt die Pflege, die Aufgabe der Beleghebamme ist es, das Cardio- Togramm durchzuführen und das Procedere mit den Ärzten zu besprechen.

Eine Sozialberatung gibt es im Spital nicht, bei Bedarf wird mit dem Sozialamt der entsprechenden Wohngemeinde zusammengearbeitet.

Organisation der Abteilung: Jeden Tag findet im Team eine kurze Feedbackrunde statt, in deren Rahmen Bedürfnisse, Anliegen und die Zusammenarbeit besprochen werden. Das *Arbeitsklima* wird als angenehm und unterstützend empfunden. Neben der Teamsitzung wird einmal pro Monat eine Fallbesprechung durchgeführt, die zusammen mit dem Team der Chirurgie abgehalten wird. In schwierigen Situationen können Ethikgespräche mit dem Seelsorger organisiert werden. Für beide Teams steht eine Pflegeexpertin zur Verfügung, die auf der Chirurgie arbeitet. Die Arbeits- und Ferienplanung obliegt der Stationsleitung in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung. Mit der Stationsleitung findet ein jährliches Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräch statt. Die *Arbeitsbelastung* variiert stark. Es gibt Zeiten ohne Patientinnen und Patienten, aber auch Zeiten mit sehr hoher Arbeitsbelastung, vor allem im Winter, wenn die Abteilung mit chirurgischen Patientinnen und Patienten aufgefüllt wird.

Veränderungen im Spitalbetrieb werden durch Informationsveranstaltungen oder Schulungen eingeführt. Teaminterne Änderungen werden an der Teamsitzung besprochen, welche einmal pro Monat stattfindet. Dafür ist eine Genehmigung der Pflegedienstleitung und Stationsleitung nötig.

Das Spital hat ein umfangreiches *Anamneseinstrument*, welches Pflegeassessment genannt wird. Es umfasst verschiedene Bereiche wie funktionaler Bereich, physiologischer Bereich, psychosozialer Bereich und Umwelt. Im psychosozialen Bereich werden Verhalten, Kommunikation, Coping, Emotionen, Rollen/Beziehungen und Selbstwahrnehmung festgehalten. Nach dem Eintrittsgespräch, welches mit jeder Klientin innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden soll, werden die erhobenen Informationen im Pflegeassessment mittels Computer dokumentiert. Das Grundraster für das Assessment ist von der Spitalvereinigung vorgegeben, kann aber angepasst werden. Das Thema häusliche Gewalt wird im Assessment nicht erfasst und es gibt auch keine Leitlinie dazu.

Quantitative Daten zum Thema häusliche Gewalt wurden bislang keine erhoben, es existieren keine Statistiken zu diesem Phänomen.

5.2 Auswertungen der Interviews mit den Mitarbeitenden

Im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis wurden insgesamt elf Personen befragt, wovon vier Hebammen, vier Pflegefachfrauen und drei Personen aus der Ärzteschaft.

Alle angefragten Fachpersonen erklärten sich sofort bereit, an der Erhebung teilzunehmen.

Berufserfahrung: Drei der vier Beleghebammen haben über 20 Jahre Berufserfahrung, die vierte Hebamme weist eine bisherige Berufstätigkeit von viereinhalb Jahren auf. Bei den Pflegefachpersonen zeigt sich, dass drei Personen fünf Jahre und weniger Berufserfahrung haben, eine Person ist seit sechzehn Jahren im Beruf.

Erfahrung mit häuslicher Gewalt: Neun der insgesamt elf befragten Gesundheitsfachpersonen haben im Laufe ihrer Berufstätigkeit mindestens eine Situation mit einer von häuslicher Gewalt betroffenen Frau erlebt.

Bereitschaft, Gewalt anzusprechen: Alle befragten Hebammen und drei der vier Pflegenden können es sich vorstellen, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen. Die befragten Ärztinnen und Ärzte geben hingegen an, dass sie dies nur im Falle von entsprechenden Hinweisen tun würden. Es wurde nicht explizit nachgefragt, weshalb die Ärzteschaft nur bei Hinweisen nach häuslicher Gewalt fragt.

Das Gesundheitspersonal zeigt vielfältig und umfangreich *Emotionen betreffend häuslicher Gewalt*. Genannt wurden Betroffenheit, Mitgefühl, Mitleid, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Wut/Aggression, Misstrauen, Machtlosigkeit, Bedauern und Ablehnung.

In den Interviews mit den Mitarbeitenden wurden *Barrieren für eine Befragung nach häuslicher Gewalt* erfasst. Bei den Barrieren für das Screening wurden nachfolgend erläuterte vier Kategorien gemacht, die wiederum ähnliche Aspekte beinhalten.

Zur Kategorie der *fehlenden sicheren Umgebung für die Befragung* gehören eine fehlende Intimsphäre, fehlende Anonymität, die Anwesenheit des Partners und fehlende Einzelzimmer. Eine der befragten Hebammen sieht in ihrem Berufsumfeld gute Möglichkeiten, um eine sichere Umgebung zu schaffen.

Mit *persönlichen Barrieren der Befragenden* ist gemeint, dass häusliche Gewalt ein Tabuthema in der Gesellschaft und allgemein ein heikles und sehr persönliches/ nahes Thema ist, das Fingerspitzengefühl erfordert. Zu dieser Kategorie gehören aber auch die Angst vor dem, was die Frau erzählt, und eine private Beziehung zur Frau.

Zu den *persönlichen Barrieren der Klientin* gehören laut den Befragten das Abblocken der Frau, kürzlich zurückliegende Gewaltereignisse, die Wochenbettzeit als diffizile Zeit und die Tatsache, dass Gewalterfahrungen im Erstgespräch oft nicht erzählt werden.

Sprachliche Barrieren und eine kurze Aufenthaltsdauer wurden unter dem Begriff der *gegebenen Barrieren* zusammengefasst und zweimal genannt. Nur eine befragte Person sieht keine Barrieren für ein Screening. Die folgende Tabelle zeigt die wichtigen Resultate (detaillierte Ausführung im Anhang 11.10).

Tabelle 3: Hauptkategorie und Subkategorien zu Barrieren für eine Befragung

Barrieren/ Faktoren, die Mitarbeitende hindern nach häuslicher Gewalt zu fragen	Anzahl Nennungen
Fehlende sichere Umgebung für die Befragung	9
Persönliche Barrieren der Befragenden	7
Persönliche Barrieren der Klientin	4
Gegebene Barrieren	2

Der *Unterstützungsbedarf*, um eine Befragung nach häuslicher Gewalt durchzuführen, war ein weiterer Teil der Mitarbeitendenbefragung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigen mit einer klaren Mehrheit auf, dass sie sich *Interventionsmöglichkeiten* aufgezeigt wünschen, wenn sie ihre Klientinnen zu häuslicher Gewalt befragen würden. Das *Grundlagewissen* wurde als weiterer Schwerpunkt genannt. Dazu gehören beispielsweise mögliche Fragestellungen oder das Vorgehen bei einem positiven Screening. Eine *Schulung/Weiterbildung* wird zudem gewünscht.

Tabelle 4: Hauptkategorie und Subkategorien zum Unterstützungsbedarf

Unterstützungsbedarf der Mitarbeitenden, damit sie nach häuslicher Gewalt fragen können	Anzahl Nennungen
Interventionen	7
Grundlagewissen	7
Schulung/ Weiterbildung	1

Fünf Gesundheitsfachpersonen sehen ein *Screening nach häuslicher Gewalt* nicht als ihre Aufgabe an, geben jedoch an, die Erfassung bei Verdacht oder entsprechenden Hinweisen trotzdem durchzuführen. Eine befragte Person empfindet das Screening zwar nicht explizit als ihre Aufgabe, kann sich aber vorstellen, dass es sinnvoll wäre. Sechs Gesundheitsfachpersonen betrachten ein Screening nach häuslicher Gewalt als ihre Aufgabe. Sie merken jedoch an, dass sie nur bei klarem Vorgehen bei positivem Screening oder bei Verdacht auf häusliche Gewalt fragen würden. Die Antworten der interviewten Fachpersonen zeigen, dass es alle befragten Hebammen als ihre Aufgabe sehen, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen.

5.3 Ist- Sollzustand- Vergleich

Der Soll-Zustand wurde im Kapitel 3 erarbeitet, der Ist-Zustand im Kapitel 5. Zur übersichtlichen Darstellung werden in einer Tabelle die Aspekte des Soll- Zustandes mit denjenigen des Ist-Zustandes verglichen und daraus die Massnahmen für die Praxis abgeleitet und aufgelistet dargestellt.

Eine umfassende Implementierung von der Durchführung des Screenings bis zu den wirkungsvollen Interventionen, verlangt von den Mitarbeitenden viel neue Kenntnis, Kompetenz und Zeit nebst der sonstigen Arbeit. Es erscheint sinnvoll, sich auf die Durchführung des Screenings festzulegen und sich dabei auf folgende Schwerpunkte von Truninger (2007, S. 43-45) zu konzentrieren: Häusliche Gewalt erkennen, ansprechen, Sicherheit bieten, Informationen abgeben und dokumentieren. Es liegt nicht in der Macht und Verantwortung der Fachperson die häusliche Gewalt zu beenden (Fausch und Wechlin, 2007, S. 156).

Interventionsschwerpunkte bei positivem Screening am ausgewählten Praxisort sollten folgende sein: Die Frau hat die Möglichkeit, über ihre Gewaltsituation oder Gewalterfahrung zu sprechen, erhält Informationsmaterial mit Adressen und Telefonnummern, wird beim Anmelden bei einer spezifischen Fachstelle unterstützt und bei sichtbaren Verletzungen wird eine ärztliche Dokumentation veranlasst. Vertiefte Interventionen zum Thema häusliche Gewalt, zum Beispiel das Erstellen eines Sicherheitsplans, führen am ausgewählten Praxisort noch zu weit.

Tabelle 5: Ist- und Soll-Zustandsvergleich und Massnahmen dazu

Phänomen	Soll- Zustand	Ist- Zustand	Massnahmen
Screening nach häuslicher Gewalt	Screening empfohlen	Kein Screening vorhanden	Einführung eines Screenings in der Praxisinstitution
Screening- Instrument	Validierte Screening-Instrumente vorhanden	Kein Screening-Instrument	Auswahl eines Screening-Instruments durch die Projektgruppe Einführung des ausgewählten Screening-Instruments
Grundvoraussetzungen für das Ansprechen von häuslicher Gewalt	Indikatoren und Warnsignale für erlittene Gewalt erkennen	Grundlagewissen zu Gewalt wird in der Befragung als Unterstützungsbedarf genannt	Schulung (im Anhang 11.2)
	Sicherheit/Schutz der Frau hat oberste Priorität	Sichere Umgebung noch unzureichend vorhanden, Datenschutz ist gewährleistet	Sichere Umgebung schaffen
	Informationen für Betroffen bereitstellen	Kein Informationsmaterial vorhanden	Informationsbroschüren an verschiedenen Orten (Toilette, Empfang) auflegen
Unterstützung der Befragenden beim Screening	Support und Beratung für Mitarbeitende notwendig wegen anspruchsvollem Thema	Screening wird nicht durchgeführt, es ist noch kein Thema in der Praxisinstitution	Fachpersonen werden durch die Institution unterstützt Externe Fachberatung wird eingesetzt Austauschrunden und Fallbesprechungen werden für die Verbesserung der Copingstrategien genutzt
Umgang mit eigenen Grenzen	Eigene Grenzen kennen, respektieren, transparent machen	Gegenseitiger respektvoller Umgang, offene und ehrliche Kommunikation	Persönliche Grenzen der Mitarbeitenden im Zusammenhang mit Betroffenen ernst nehmen und respektieren Austausch in der täglichen Feedbackrunde im Team oder an der Teamsitzung Entlastung der Mitarbeitenden grosszügig planen, wie beispielsweise Wechsel der Bezugsperson

Aufgabe der Mitarbeitenden	Häusliche Gewalt erkennen, ansprechen, Sicherheit bieten, Informationen abgeben, dokumentieren.	Erkennung von häuslicher Gewalt nur bei Hinweisen	Mitarbeitende erhalten durch Schulung das entsprechende Fachwissen Entwicklung eines Leitfadens durch die Projektgruppe Mitarbeitende üben sich in der Durchführung eines Screenings und erhalten so die Fähigkeit, die neue Aufgabe wahrzunehmen
Barrieren	Barrieren sind in der Literatur bekannt: Schwieriges Thema zum Befragen, Partner bei Schwangerschaftskontrollen anwesend, zeitliche Grenzen, vergessen, Fülle an anderen Aufgabenbereiche, Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten	Fehlende sicher Umgebung, persönliche Barrieren der Befragenden, persönliche Barrieren der Klientin, gegebene Barrieren wie sprachliche Schwierigkeiten und kurze Aufenthaltsdauer	Das Screening wird im Einzelzimmer oder im Aufenthaltsraum oder im Säuglingszimmer durchgeführt und mit einem entsprechenden Türschild wird gesorgt, dass niemand das Zimmer betritt Das Screening wird nur durchgeführt, wenn Partner nicht anwesend ist Befähigung der Mitarbeitenden durch Schulung, gegenseitiges Lob und Wertschätzung Persönlich Auseinandersetzung der Mitarbeitenden mit dem Thema fördern Unterstützung für Mitarbeitende bieten durch Schulung, Leitfaden für das Vorgehen bei positivem Screening Die Projektgruppe bekommt auch Unterstützung bei Bedarf durch die externe Fachstelle Grenzen der Klientin respektieren, bei positivem Screening Gespräche und Informationsmaterial anbieten Professionelle Dolmetscher bei allfällige Sprachprobleme organisieren Screening integriert im Eintrittsgespräch durchführen Vorgehen bei positiven Screening nach erarbeitetem Leitfaden (Checkliste zum Vorgehen bei einem positives Screening im Anhang 11.6)

Unterstützungsbedarf	Basiswissen zu häuslicher Gewalt, Wissen um Interventionen, Kontakt zu Fachstelle, einfacher Zugang zur Fachstelle, Übung für Durchführung des Screenings, Unterstützung durch Institution und Umgebung	Die Auswertung der Interviews zeigt den Unterstützungsbedarf auf: gewünscht werden Fachwissen, eine Schulung und eine Leitlinie für das Vorgehen bei einem positiven Screening	Schulung (Inhalt, Anhang 11.2) Entwicklung eines Leitfadens durch die Projektgruppe Unterstützung durch eine externe Fachstelle für häusliche Gewalt (Schulung für Projektgruppe, Mit-hilfe bei der Schulung des Teams, Weiterbetreuung von betroffenen Frauen) Das Handbuch „Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren“, das als Grundlageliteratur zum Thema dient, für die Abteilung kaufen
Erfahrungen von betroffenen Frauen mit dem Screening zu häuslicher Gewalt	Screening-Fragen werden von betroffenen Frauen akzeptiert, sie fühlen sich sicher beim Screening, realisieren, dass sie nicht schuld und nicht alleine mit diesem Problem sind	Wurde in dieser Arbeit nicht erhoben	Wird mittels Fragebogen nach dem Gewalt-Screening anonym erhoben und ausgewertet (Anhang 11.5)
Wirkungsvolle Intervention	Screening selbst wird als Intervention benannt Die betroffene Frau soll wissen, was häusliche Gewalt ist und was dazu gehört, gemeinsam mit der Frau Gewaltrisiko einschätzen, Sicherheitsplan erstellen, Informationsmaterial mit wichtigen Adressen und Telefonnummern abgeben, Unterstützung bei administrativen Aufgaben wie Telefonate und Briefverkehr mit Behörden, Informationen zu gesetzlichen Rechten bezüglich häuslicher Gewalt Trainingsprogramm für Männer	Die Mitarbeitenden erwähnen, dass sie dazu noch wenig Wissen und Möglichkeiten haben, Interventionen noch gar nicht kennen	Screening wird durchgeführt Abgabe von Informationsmaterial wie zum Beispiel die Notfallkarte („Notfallkarte, Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern“, 2010) oder eine durch die Projektgruppe ausgearbeitete Adressliste Weiterleitung an eine Fachstelle, bei positivem Screening und wenn die Frau dies wünscht

5.4 Planung der Implementierung der neuen Massnahmen

Im methodischen Teil der Arbeit wurde erläutert, dass es für eine erfolgreiche Implementierung eine Evidenz braucht. Im Kapitel zum theoretischen Hintergrund wurde aufgezeigt, dass ein Screening empfohlen werden kann, validierten Screening-Instrumente und wirkungsvolle Interventionsmöglichkeiten vorhanden sind. Aus dem Vergleich zwischen Ist- und Sollzustand, der in Tabelle 5 dargestellt ist, konnten verschiedene Massnahmen abgeleitet werden. Um diese Massnahmen in der Praxis umzusetzen, müssen einige organisatorische und planerische Punkte beachtet werden, die im Folgenden aufgeführt werden.

Eine Genehmigung des Projekts durch die Spitalleitung gehört zu den ersten Schritten der Implementierung neuer Massnahmen.

Die Projektgruppe sollte sich aus drei interessierten Fachpersonen aus dem geburtshilflichen Team zusammensetzen. In erster Linie sollten sich die Personen des Projektteams für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema interessieren, damit sie im Rahmen der Einführungsphase glaubwürdig wirken und die Mitarbeitenden begeistern können. Einer Person aus dem Projektteam die Projektleitung zu übertragen, wird als sinnvoll beschrieben (Rycroft- Malone et al., 2004). Weiter ist eine fachliche Schulung zum Thema, wie sie zum Beispiel von Bildungsstelle Häusliche Gewalt in Luzern („Frauenhaus Luzern“, n.d.) angeboten wird, für das Projektteam sinnvoll, um Grundlage-, aber auch erweitertes Fachwissen zu erlangen.

Die Facilitatoren sind für eine erfolgreiche Implementierung bedeutsam (Behrens und Langer, 2006, S.267). Eine regelmässige Anwesenheit einer Person aus der Projektgruppe zur Unterstützung kann die Umsetzung einer Massnahme erleichtern. Die Pflegeexpertin erscheint aufgrund ihrer erweiterten Ausbildung und ihrer zusätzlichen Kompetenzen als wichtige Person im evidenzbasierten Arbeiten. Dies kann von der Projektgruppe einerseits für das Aneignen von Fachwissen genutzt werden, andererseits kann die Pflegeexpertin auch als Moderatorin bei Fallbesprechungen oder auch bei Fragen in Bezug auf das bestehende Pflegeassessment beigezogen werden. Die Pflegeexpertin arbeitet vorwiegend tagsüber und ist somit auch im Falle von unerwarteten schwierigen Situationen regelmässig anwesend.

Rycroft-Malone et al. (2004) erachten die Übereinstimmung von organisatorischen und praktischen Belangen als bedeutsam, was im vorliegenden Projekt mit dem vorhandenen Pflegeassessment erleichtert werden kann. Das Pflegeassessment wird am untersuchten Praxisort bereits bei jeder Klientin durchgeführt. Das Gesundheitspersonal plant sich dafür genügend Zeit. Eine Erweiterung dieses Instruments mit dem Screening nach häuslicher Gewalt wäre daher durchaus möglich.

Bestehende Gefäße der Institution, um sich auszutauschen, werden für dieses Projekt genutzt. So können die Mitarbeitenden zum Beispiel in der Feedback-Runde am Ende des Tagdienstes erlebte Situationen reflektieren sowie Rückmeldungen und Unterstützung von Arbeitskolleginnen und der Projektgruppe erhalten. Das Know-how und die Erfahrung der Mitarbeitenden machen sie zu Expertinnen und Experten für ihre Arbeit auf dieser Station, sie verfügen über vielfältige Ressourcen, um sich gegenseitig zu stärken.

Die monatliche Teamsitzung wurde als Evaluations- und Rückmeldungsinstrument bereits im vorangehenden Kapitel erläutert. Dem Protokoll der Sitzung können Schwierigkeiten, noch vorhandene Barrieren sowie Veränderungsvorschläge entnommen werden, damit allfällige Anpassungen in der Evaluationsphase oder auch fortlaufend in den Prozess integriert werden können.

Bei Klientinnen mit positivem Gewalt-Screening wird mit deren Einwilligung die Fachstelle für häusliche Gewalt involviert. Als Koordinationsstelle und zusätzliche Unterstützungsmöglichkeit kann die Sozialberatung der Wohngemeinde der Klientin beigezogen werden. Die Anmeldung bei der entsprechenden Fachstelle liegt im Aufgabenbereich der Mitarbeitenden, die das Screening durchführte.

Die Mitarbeit einer externen Fachberatungsperson ist nötig, um die Mitarbeitenden zu schulen. Sie kann bei Fragen telefonisch kontaktiert werden und ist im Verlauf des Projektes dreimal vor Ort anwesend, um konkrete Probleme und Unklarheiten oder Fallbeispiele zu bearbeiten.

Während der Projektzeit werden neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von einem Mitglied der Projektgruppe in das Thema häusliche Gewalt eingeführt und bezüglich des Screenings geschult.

Nach der einjährigen Projektphase muss das Screening- Instrument überprüft und der Entscheid gefällt werden, ob das Screening in der Praxisinstitution definitiv beibehalten

wird. Dies wird aufgrund der Evaluationen von der Projektgruppe und der Spitalleitung entschieden.

Um eine erfolgreiche Implementierung einer neuen Massnahme in der Praxis zu erreichen, muss das Vorhaben geplant werden. Dafür wurde ein detaillierter Projektplan für die Praxisinstitution erstellt, welcher im Anhang 11.1 zu finden ist. Eine Kurzfassung ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6: Kurzfassung des Projektplans

Phase	Zeit	Projektgruppe	Mitarbeitende
Vorbereitungsphase		1 Monat	Schulung extern, Vorbereitungen für Projektstart
Pilotphase	3 Monate	Unterstützung der Mitarbeitenden	Durchführung des Screenings
	1. Evaluation	Auswertung	Feedback
Weiterführung	6 Monate	Anpassung, Unterstützung der Mitarbeitenden	Durchführung des Screenings
Abschlussphase Evaluation des Projektes	2. Evaluation	Auswertung, definitiver Entscheid für oder gegen das Screening	Feedback

6 DISKUSSION

In den vorangehenden Kapiteln der Arbeit wurden die Fragestellungen bearbeitet und beantwortet. Dies erreicht keine Vollständigkeit, wenn nicht verschiedene Aspekte des Themas kritisch betrachtet reflektiert werden.

Ob ein Screening nach häuslicher Gewalt durchgeführt werden soll, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Während die NICE Guideline (2008) kein Screening empfehlen, wird in den USA die Erfassung der häuslichen Gewalt mittels Screening befürwortet (Kiely et al., 2010). Dadurch gibt es im Gesundheitsbereich keine ein-

heitliche Haltung und Handhabung bezüglich Gewalt-Screening. Es ist anzunehmen, dass fehlende wissenschaftliche Beweise beziehungsweise unterschiedliche Studienergebnisse zu einer Unsicherheit im Umgang mit diesem Thema führen. Dabei muss diskutiert werden, ob ein Screening nach häuslicher Gewalt den gleichen Anspruch haben muss, wie ein medizinisches Screening, das der Früherkennung einer Krankheit dient. In Studien konnte belegt werden, dass die Erfassung der häuslichen Gewalt eine Intervention sein kann (Koizol- McLain et al., 2008) und deshalb nicht nur ausschliesslich der Identifizierung des Gesundheitsrisikos dient. In der Diskussion für oder gegen das Screening darf nicht nur mit fehlender effektiver Intervention (NICE, 2008) argumentiert werden, sondern muss auch berücksichtigt werden, dass ein Screening das Problem der Gewalt in der Gesellschaft anerkennen und die Achtsamkeit für Partnergewalt fördern kann. Weiter können betroffene Frauen durch das Screening ein Gefühl von Fürsorge und Unterstützungsbereitschaft erfahren (Brzank und Blättner, 2010).

Es ist nicht einfach, Frauen als Betroffene von häuslicher Gewalt zu erkennen. Wird anstelle eines routinemässigen Gewalt-Screenings nur im Falle von Hinweisen nach Gewalt gefragt, haben die betroffenen Frauen nicht die gleichen Chancen, Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten. Eine neu publizierte Studie von Cheng und Horon (2010) zeigt, dass in den USA die Hauptursache für den Tod von Frauen während der Schwangerschaft und dem ersten Jahr nach der Geburt Tötungsdelikte bei häuslicher Gewalt sind. Auch in der Schweiz gibt es jedes Jahr Todesfälle von Frauen im häuslichen Bereich („Bundesamt für Statistik“, 2010). Daher ist es in der Geburtshilfe wichtig, die Frauen durch ein Screening nach häuslicher Gewalt vor, während und nach der Schwangerschaft zu erfassen, um so Sicherheit und Schutz bieten zu können (Cheng und Horon, 2010).

Im Zusammenhang mit den Screening-Instrumenten kann eine erste Grenze dieser Arbeit aufgezeigt werden. Die systematische Literaturrecherche wurde in einem kleinen Rahmen mit wenigen Studien durchgeführt. Es konnte aufgezeigt werden, dass es effektive Screening-Instrumente gibt und diese genutzt werden können. Viele Screening-Instrumente sind in englischer Sprache und der Nachweis der Validität der ins Deutsche übersetzten Screenings fehlt. Offen bleibt, ob die englischsprachigen Instrumente, die von den Anwenderinnen und Anwendern ins Deutsche übersetzt werden ebenfalls zuverlässig häusliche Gewalt erfassen können. Ein Hinweis, dass

häusliche Gewalt auch mit diesen Screening-Instrumenten im deutschsprachigen Raum effektiv erfasst wird, gibt die Studie von Nyberg et al., (2008). Die Autorinnen und Autoren übersetzen ein englischsprachiges Screening-Instrument auf Deutsch und erzielten bei der Überprüfung eine gute Validität.

Es gibt vielfältige Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt, jedoch konnte bisher keine die Gesundheit von betroffenen Frauen langfristig fördern. Hier braucht es noch viel Forschungsarbeit, vor allem im Hinblick auf die Langzeitwirkung der Interventionen. Ein erster Schritt zu einer ganzheitlichen Betreuung ist mit den neueren Trainingsprogrammen für gewalttätige Männer getan (Decurtins und Huwiler, 2007, S. 84). Wie in Studien aufgezeigt werden konnte, können Interventionen bei den Frauen die Gewalt vermindern, aber nicht stoppen (Parker et al, 1992).

Im Verlauf dieser Arbeit kam immer wieder die Frage nach dem geeigneten Zeitpunkt für das Screening auf. Die diffizile Phase des Wochenbettes wurde auch von einer befragten Mitarbeiterin als Barriere benannt. Es ist berechtigt, sich zu überlegen, ob die Zeit nach der Geburt, in der viele neue Einflussfaktoren auf die Frau einwirken, sie Neues erlernen muss und eine physiologische hormonelle Umstellung stattfindet, der richtige Zeitpunkt für das Screening nach häuslicher Gewalt ist. Dennoch nehmen Fachpersonen im Bereich der Geburtshilfe eine wichtige Rolle ein, indem sie den Frauen eine Möglichkeit bieten, vor, während und nach der Schwangerschaft über häusliche Gewalt zu sprechen (Cheng und Horon, 2010). Bei einer Befragung in Schweden wurde festgestellt, dass Frauen, die in der Frühschwangerschaft unter einer Komplikation litten, ein erhöhtes Risiko haben, im Wochenbett und bis ein Jahr nach der Geburt eine Erfahrung mit häuslicher Gewalt zu machen (Radestad et al., 2004). Dies zeigt auf, dass die Relevanz der Befragung nicht vom Zeitpunkt abhängt. Viel wichtiger scheint es, dass häusliche Gewalt überhaupt ein Thema im ganzen Betreuungsbogen der Frau ist. Zudem konnte festgestellt werden, dass eine mehrmalige Befragung als positiv und effektiv bewertet wird, weil die Frauen oftmals beim Erstgespräch noch nicht über ihre Gewalterfahrungen sprechen oder erst im Verlauf der Schwangerschaft häusliche Gewalt erleben (Müller und Schröttle, 2004; McFarlane et al., 1992).

Ein weiterer Punkt, weshalb das Screening nicht in der Schwangerenvorsorge implementiert wurde, sind die organisatorischen Gegebenheiten des ausgewählten Praxisortes. Die untersuchte Praxisinstitution zeichnet sich durch das Beleghebammensystem aus, sodass die Hebammen nicht vom Spital angestellt sind. Ein Gewalt-Screening in der Schwangerschaft kann den Beleghebammen empfohlen werden. Die Beleghebammen haben ein grosses Potential für die Durchführung eines Screenings, denn sie lernen die Frauen bereits während der Schwangerschaft kennen. Eine im Rahmen der Bachelorthesis befragten Hebammen erachtet es insbesondere dann als möglich, eine Frau zu häuslicher Gewalt zu befragen, wenn die Frau zu einem zusätzlichen Termin bewegt werden kann und so die Gelegenheit entsteht, die Frau alleine zu sprechen. Die Hebammen betreuen „ihre“ Frauen nach dem Spitalaufenthalt häufig zu Hause weiter und sind somit Vertrauenspersonen der Frauen. Mit den diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnose Related Groups, DRG), welche in den nächsten Jahren in den Spitälern eingeführt werden, sind Frauen nach der Geburt im Vergleich zur heutigen Situation noch kürzere Zeit im Spital und die Hebammen erhalten für die Wochenbettbetreuung ein noch grösserer Arbeitsbereich („Positionspapier des schweizerischen Hebammenverbands“, 2010). Aufgrund dieser Argumente muss überlegt werden, ob es möglich wäre, das Screening nach häuslicher Gewalt in der Wochenbettbetreuung zu Hause durchzuführen. Hier zeigt sich wiederum die Schwierigkeit der sicheren Umgebung, da der Partner oder auch andere Familienmitglieder allenfalls anwesend sein werden.

Damit die freiberuflichen Beleghebammen der Praxisinstitution ein Gewalt-Screening durchführen können, sollten sie an der Schulung zu häuslicher Gewalt teilnehmen. Bei der Leitung der Praxisinstitution muss dafür ein Antrag gestellt werden und aufgezeigt werden, dass zu einer erfolgreichen Implementierung die Integration eines ganzen Systems gehört (Rycroft-Malone et al., 2004). Die Zusammenarbeit zwischen den Beleghebammen und dem Personal der Praxisinstitution kann gefördert werden und führt zu einem quantitativ, aber auch qualitativ höheren Ergebnis des Gewalt-Screenings. Falls die Frauen bereits in der Schwangerschaft durch die Hebamme nach häuslicher Gewalt befragt werden, ist die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen besonders wichtig, damit die Frau eine optimale, ganzheitliche Betreuung erleben kann. Der Austausch zwischen Hebamme, Pflegenden

der Abteilung und Ärzteschaft darf nur stattfinden, wenn die Klientin einverstanden ist. Die Vertraulichkeit bleibt in der interdisziplinären Zusammenarbeit stets zu wahren.

Die Rolle der Ärzteschaft wurde in dieser Arbeit nur am Rande erwähnt. Die Ärztinnen und Ärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Dokumentation der Gewalteinwirkung, welche bei einem allfälligen rechtlichen Verfahren als Grundlage dient (Fausch und Wechlin, 2007, S.159).

Um eine ganzheitliche interdisziplinäre Betreuung einer betroffenen Klientin zu erreichen, müssten der Aufgabenbereich und die Ressourcen in Bezug auf häusliche Gewalt zusätzlich mit der Sozialberatung der umliegenden Wohngemeinden abgeklärt werden, was im Rahmen dieser Arbeit nicht gemacht wurde.

Zur Erstellung des Projektplans wurde nur das geburtshilfliche Team am ausgewählten Praxisort berücksichtigt. Eine Implementierung auf den anderen Abteilungen des gewählten Spitals, sowie in den zwei dazugehörigen Spitälern würde mehr Erfahrungen und Resultate im Umgang mit betroffenen Menschen und dem Screening-Instrument bringen.

Durch die Implementierung einer neuen Maßnahme in den Alltag des Pflegepersonals erfahren Mitarbeitende einen Zuwachs an Fachwissen und werden befähigt, sich mit einem schwierigen Thema auseinanderzusetzen. Die Möglichkeit, an einem Veränderungsprozess teilzunehmen, der sich auf ein wichtiges Gesundheitsproblem bezieht, kann Mitarbeitende bestärken, ihre Zufriedenheit erhöhen und sie auffordern, sich selber mit diesem aktuellen Gegenstand zu befassen.

Dass das Thema häusliche Gewalt bis jetzt am ausgesuchten Praxisort nicht erfasst wurde und es keine Mitarbeitenden aus dem geburtshilflichen Team gibt, die fachliches Grundlagewissen dazu haben, könnten Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Projektplans sein. Diese, vor allem für die Projektgruppe, grosse Herausforderung, erfordert von den beteiligten Fachpersonen viel Motivation, um das nötige Fachwissen zu erlernen und das Projekt umzusetzen (Rycroft-Malone et al., 2004).

Bei der Erfassung der aktuellen Situation am gewählten Praxisort wurden nicht alle Mitarbeitende aus dem Team befragt. Offen bleibt, ob die Mitarbeitenden anders geantwortet haben, weil sie wussten, dass das Thema der Bachelor-Thesis „häusliche Gewalt“ war. In der Fachliteratur wird dies als soziale Wünschbarkeit bezeichnet, das

heisst, Antworten werden so gegeben, dass sie mit vorherrschenden sozialen Anschauungen übereinstimmen (Polit et al., 2004, S. 269).

Zudem wurden das Arbeitsklima und die Arbeitsmotivation nicht mittels Befragung erhoben. Die Frage, ob sich die Mitarbeitenden ein Gewalt- Screening am ausgewählten Praxisort vorstellen können, wurde nicht gestellt. Wäre dies erfasst worden, hätte der Projektplan noch expliziter auf die Abteilung erstellt werden können. Es bleibt anzumerken, dass eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes viel Initiative von der Projektgruppe, dem geburtshilflichen Team und der Ärzteschaft verlangt und die Leitung der Institution das Projekt zwingend befürworten muss.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Häusliche Gewalt geschieht auf der ganzen Welt, in verschiedenen sozialen Schichten und in allen Altersstufen. Viele Studien, die in der Arbeit verwendet wurden, sind aus den USA sowie Kanada. Der mitteleuropäische Raum bietet kaum Studien zu den Themenbereichen Prävalenz, validierte Erhebungsinstrumente sowie erprobte Interventionsmassnahmen bei häuslicher Gewalt. Es ist anzunehmen, dass häusliche Gewalt in den verschiedenen Bevölkerungen unterschiedliche Aspekte aufweist. Daraus ergibt sich, dass es für den deutschsprachigen Raum eigene Studien zu wirkungsvollen Erhebungsinstrumente und Interventionen braucht, damit die Gesundheit von Mutter und Kind gefördert werden kann.

Eindeutige wissenschaftliche Beweise, dass ein Gewalt-Screening mit den entsprechenden Interventionen häusliche Gewalt verhindert, fehlen zurzeit. Dies bedeutet aber nicht, dass ein Screening nach häuslicher Gewalt nutzlos ist. Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, ist das Screening ein erster wichtiger Schritt zur Erkennung von Betroffenen und es bietet den Frauen die Möglichkeit, sicher und geschützt an Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu gelangen. Weiter ist ein Screening eine Chance häusliche Gewalt in der Gesellschaft zu enttabuisieren und zu anerkennen. Frauen in der Schwangerschaft erfahren physische und psychische Veränderung und sind dadurch bereit für Impulse von aussen. Aus diesen Gründen sollte in der Hebammenarbeit unbedingt ein Screening nach häuslicher Gewalt eingeführt werden.

Auch in der Hebammenausbildung in der Schweiz ist häusliche Gewalt ein Thema. Obwohl es Hebammen als ihre Aufgabe sehen, Frauen nach häuslicher Gewalt zu fragen, wird diese in der Praxis ungenügend erfasst. Hier besteht ein grosses Potential, mit einer entsprechenden Schulung und der Einführung eines Gewalt-Screenings betroffene Frauen zu erfassen, ihnen Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten und das Thema Partnergewalt ernst zu nehmen. Mit dem „Abuse Assessment Screen“ oder dem „Antenatal Psychosocial Health Assessment“ gibt es effektive Screening-Instrumente für die Geburtshilfe.

Es gibt viele Barrieren für ein Screening nach häuslicher Gewalt, sei es durch die Betroffenen selbst, die Befragenden oder die fehlende sichere Umgebung. Diese Barrieren können und müssen aufgearbeitet und behoben werden, damit die Implementierung des Screenings möglich wird. Weiter ist es für eine erfolgreiche Umsetzung des Screenings wichtig, den Unterstützungsbedarf der Mitarbeitenden am jeweiligen Praxisort zu erfassen, um individuelle Massnahmen zu ergreifen und die Mitarbeitenden somit zum Screening zu befähigen. Zudem ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, den Pflegenden, der Sozialberatung und externen Fachstellen für eine ganzheitliche Betreuung der betroffenen Frau zentral.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind eine Hochrisikozeit für das Auftreten von häuslicher Gewalt. Hinzu kommt, dass in diesem Zeitraum ein heranwachsender Mensch zusätzlich von der Tragik betroffen ist. Das Gewalt-Screening durch die Hebamme ist also ein unerlässlicher Schritt, um häusliche Gewalt zu erkennen, zu enttabuisieren und die Gesundheit von Frau, Kind und Familie zu schützen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Anderson, B.A., Marshak, H., and Hebbeler, D.L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: Clustering routine clinical information. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 47, No. 5, p. 353-359.
- Antonovsky, A. (1997). Das Konzept des Kohärenzgefühls. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 33-43). Tübingen: dgvt- Verlag.
- Bänzinger, V., Bass, B., Fleischli, M., Trionfini, A., und Weingartner, M. (2007). Ein Spital wird aktiv. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 230-237). Bern: Hans Huber Verlag.
- Bailey, B.A. and Daugherty, R.A. (2007). Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Maternal Child Health Journal*, Vol. 11, p. 495-503
- Behrens, J. und Langer, G. (2006). Evidence- based nursing and caring. Interpretativ, hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen (2. Auflage, S. 259-283). Bern: Hans Huber Verlag.
- Berufsprofil und Eignung, Schweizerischer Hebammenverband (n.d.). Abgerufen am 23.6.2010 auf: <http://www.hebamme.ch/de/heb/beruf/profil.cfm>
- Brzank, P. und Blättner, B. (2010). Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 2/3, S. 221-233.
- Bundesamt für Statistik: Todesopfer bei Tötungsdelikten im häuslichen Bereich (2004). Neuchatel. Abgerufen am 23.6.2010 auf: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/dos/02/03.html>

- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, Vol. 359, p. 1331-1336.
- Carroll J.C., Biringier, 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*, Vol 173, p. 253-259.
- Chen, P-H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A. and Johnson M.S. (2005). Screening for domestic violence in a predominantly hispanic clinical setting. *Family Practice*, Vol. 22, p. 617-623.
- Cheng, D., and Horon, I. (2010). Intimate partner homicide among pregnant and postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 115, No 6, p. 1181-1186.
- Decurtins, L., und Huwiler, W. (2007). Angebote für Täter. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 83-85). Bern: Hans Huber Verlag.
- Eggenberger, M. (2007). Interventionsprojekte gegen 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. 129-134). Bern: Hans Huber Verlag.
- Espinosa, L., and Osborne, K. (2002). Domestic violence during pregnancy: Implications for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 47, No. 5, p. 305-317.
- Fausch, S., und Wechlin, A. (2007). Anleitung 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 Verlag.

- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., et al. (2009) Chapitre 5: Are screening tools valid and reliable? In How fare does screening for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening program? *Health Technology Assessment*, Vol. 13, No. 16, p. 29-37.
- Flury, R. (2007). Grundsätze der Beratung gewaltbetroffener Frauen. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 87-94). Bern: Hans Huber Verlag.
- Forster, R. (2008). *Der Beitrag der freischaffenden Hebammen zur Gewaltprävention in der Schweiz*. Unveröffentlichte Master-Thesis. Weiterbildungsstudiengang Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Frauenhaus Luzern, Bildungsstelle häusliche Gewalt (n.d.). Abgerufen am 05.07.2010 auf <http://www.frauenhaus-luzern.ch/index.php?id=53>
- Gloor, D., und Meier, H. (2004). Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Herausgeber: Büro für Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich und Maternité Triemli.
- Godenzi, A., und Yodanis, C. (1998). Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt an Frauen. Freiburg: Universität.
- Hart, L., and Jamieson, W. (2001). Responding to abuse during pregnancy. *National clearinghouse on family violence*. Ottawa: Health Canada.
- Hindin, P. (2006). Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 51, 216-221.
- Houry, D., Kaslow, N., Kemball, R., McNutt, L.A., Cerulli, C., et al. (2008). Does screening in the emergency department help or hurt victims of intimate partner violence? *Annual Emergency Medicine*, Vol. 51, No. 4, p. 433-442.
- Kang, J., Gottlieb, A., Raker, C., Aneja, S. and Boardman, L. (2010). Interpersonal violence screening for ambulatory gynecology patients. *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 115, No. 6, p. 1159-1165.

- Kiely, M., El-Mohandes, A., El-Khorazaty, N., and Gantz, M. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 115, p. 273-283
- Koziol- McLain J., Giddings, L., Rameka, M., and Fyfe, E. (2008). Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two new zealand health care settings. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 53, p. 504-510.
- Kranich Schneiter, C., (2007). Rechtliche Interventionsmöglichkeiten. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 105-125). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kraus, G. und Westermann, J. (2004). *Projektmanagement mit System: Organisation, Methoden, Steuerung* (3., erw. Aufl. ed, S. 120-128). Wiesbaden: Gabler.
- Mayring, P. (2003). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In *Qualitative Inhaltsanalyse* (8. Aufl., S. 42-77). Weinheim: Belts.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., and Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. *The Journal of the American Medical Association*, No.17, Vol. 267, p. 3176-3178.
- Mollart, L., Newing, C, and Foureur, M. (2009). Midwives' emotional wellbeing: Impact of conducting a structured antenatal psychosocial assessment. *Women and Birth*, Vol. 22, p. 82-88.
- Müller, U., und Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abgerufen am 27.4. 2010 auf <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichtetid=20560.html>
- NICE Guideline (2008). Domestic violence. In: *Antepartal Care*. p. 117-118.

- Notfallkarte, Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern POM (2010). Abgerufen am 09.07.2010 auf http://www.pom.be.ch/pom/de/index/direktion/ueber-die-direktion/dossiers/haeusliche_gewalt/notfallkarten.html
- 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*, Vol. 76, S. 28-36.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C., and Reel, S. (1994). Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Research in Nursing & Health*, Vol. 22, p. 59- 66.
- Perrin, K., Boyett, T., and Mc Dermott, R. (2000). Continuing education about physically abusive relationships: Does education change the perceptions of health care practioners? *Journal of Continuing Education in Nursing*, Vol. 31, p. 269- 274.
- Polit, D., Beck, C. und Hungler, B. (2004). Die Ethik der Pflegeforschung verstehen. In *Lehrbuch der Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung* (S. 95-113). Bern: Hans Huber Verlag.
- Polit, D., Beck, C. und Hungler, B. (2004). Kritische Betrachtung von Datenerhebungsmethoden. In *Lehrbuch der Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung* (S. 257- 292). Bern: Hans Huber Verlag.
- Positionspapier des schweizerischen Hebammenverbandes, Diagnose Related Groups DRG, (2010). Abgerufen am 28.7.2010 auf http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnlld/Positionspapier%20DRG%2012_09.pdf
- Rådestad, I., Rubertsson, C., Ebeling, M., and Hildingson, I. (2004). What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? *Birth*, Vol. 31, p. 84- 92.
- Romahn, M. (2007). Physiologische Abläufe im mütterlichen Körper während der Schwangerschaft. In C. Mändle und S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das*

Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe (5.Aufl., S. 114-136). Stuttgart: Schattauer.

- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., et al. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practise. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 13, p. 913-924.
- Sampsel, C., Peterson, B., Murtlan, T. and Oakley, D. (1992). Prevalence of abuse women among pregnant women choosing certified nurse-midwife or physician providers. *Journal of Nurse-Midwifery*, Vol. 37, p. 269-273.
- Schmid, G. (2007). Die Situation von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung erleben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich und Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren* (S. 51- 64). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schwander, M. (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse- neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, Vol. 121, S. 195- 215.
- Schweizerische Kriminalprävention. Tatsachen und Zahlen zum Thema „Häusliche Gewalt“ (2009). Abgerufen am 20. Juni 2010 auf http://www.skppsc.ch/1/de/5gewalt/521_kampagne_stopp_haeusliche_gewalt_zahlen_fakten.php
- Stenson, K., Sidenvall, B., and Heimer G. (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Journal of Midwifery*, Vol. 21, p. 311- 321.
- 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- 50). Bern: Hans Huber Verlag.
- World Health Organisation, WHO (2002): World report on violence and health. Geneva.

World Health Organisation, WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit.
Deutsche Zusammenfassung aus World report on violence and health. Geneva.

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Übersicht der ausgewählten Studien und Beurteilung des Evidenz- Levels	16
Tabelle 2.	Inhalte der ausgewählten Screening- Instrumente.....	17
Tabelle 3:	Hauptkategorie und Subkategorien zu Barrieren für eine Befragung.....	34
Tabelle 4:	Hauptkategorie und Subkategorien zum Unterstützungsbedarf.....	34
Tabelle 5:	Hauptkategorie und Subkategorien zum Unterstützungsbedarf.....	36
Tabelle 6:	Kurzfassung des Projektplanes.....	41

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAS	Abuse Assessment Screen (Screening- Instrument)
AG	Aktiengesellschaft
ALPHA	Antenatal Psychosocial Health Assessment (Screening- Instrument)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland)
DRG	Diagnose Related Groups
HITS	Hurts, Insults, Threatens and Screams at her“-Skala (Screening- Instrument)
n.d.	no date
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Grossbritannien)
PVS	Partner Violence Screen (Screening- Instrument)
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

11 ANHANG

11.1 Projektplan

Nach der Genehmigung des Projekts und Wahl der Projektgruppe

			Projektgruppe	Mitarbeitenden
Vorbereitungsphase	3 Monate	-	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung extern - Auswahl des Screening-Instrumentes - Entwicklung des Leitfadens mit der Mitarbeit einer externen Fachexpertin - Vorbereitung der internen Schulung der Mitarbeitenden 	
	1 Monat	-	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> - An der Schulung teilnehmen
Pilotphase	3 Monate		START Screening	START Screening
			<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der Massnahme - Regelmässige Anwesenheit eines Projektgruppen-Mitgliedes auf dem Dienst - Motivieren, unterstützen, wertschätzen und bedanken - Besprechung 	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der Massnahme
		Erste Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Befragung der Mitarbeitenden - Auswertung der Dokumente wie Protokoll der Teamsitzung, Pflegeassessment - Rückmeldungen der Klientinnen auswerten 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback geben - Änderungsmöglichkeiten, Schwierigkeiten aufzeigen
			<ul style="list-style-type: none"> - Anwesenheit der externen Fachberatung an der Teamsitzung 	
Weiterführung der Massnahme	6 Monate		<ul style="list-style-type: none"> - Änderung und Anpassung mit Hilfe der externen Fachberatung - Weiterführung der Massnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterführung der Massnahme
Abschlussphase und Evaluation des Projektes		Zweite Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Befragung der Mitarbeitenden - Auswertung der Dokumente wie Protokoll der Teamsitzung, Pflegeassessment - Rückmeldungen der Klientinnen auswerten - Erneute Anpassungen wenn nötig - Definitiver Entscheid für oder gegen das Screening aufgrund der Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback geben - Änderungsmöglichkeiten aufzeigen

11.2 Vorschlag für Schulungstag

Ziele der Schulung: Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter der gynäkologisch/ geburtshilflichen Abteilung setzt sich intensiv mit dem Thema häusliche Gewalt auseinander, erarbeitet sich seine eigenen einleitenden Worte, weiss wie die Screening-Fragen lauten und kann angemessen auf ein positives Screening reagieren.

Ablauf:

8.00- 9.00: Einstieg ins Thema Gewalt

Vorlesen eines Fallbeispiels, Video zum Einstieg. Jede/ Jeder mach sich Notizen mit eigenen Gefühlen und Gedanken. Überlegungen, wann man im Leben diesem Thema schon einmal begegnet ist, die persönlichen Erfahrungen mit dem Thema.

Kurzer Austausch, schauen, ob etwas vorhanden ist, das besprochen werden sollte oder jemand etwas zu erzählen hat.

9.00- 9.30: Pause

9.30- 11.45 Uhr: Theoretische Grundlagen zum Thema häusliche Gewalt durch externe Beraterin (120 Min. mit 15 Min. Pause)

Definition häusliche Gewalt, Gewaltspirale, aktuelle Lage, Warnsignale/ Hinweise/ Red Flags, Auswirkungen und Folgen häuslicher Gewalt v.a. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, rechtliche Lage, Dokumentation des Screening, Interventionsmöglichkeiten bei positivem Screening

11.45- 13.00 Uhr: Mittagspause

13.00- 14.00: Screening- Instrument vorstellen durch Projektgruppe

Grundlagen zur Kommunikation bei der Erfragung nach Gewalt. Screening-Fragen vorstellen, mögliche einleitende Worte aufzeigen, Rahmenbedingungen für das Screening und Kommunikationsregeln aufzeigen, Vorgehen bei positiven Screening

14.00- 14.15 Uhr: Pause

14.15- 15.15 Uhr: Arbeit in Kleingruppen Begleitung durch Projektgruppe

Eigene einleitende Worte erarbeiten, diese zusammen mit den Screening-Fragen in einer Partnerübung üben und erste Erfahrungen sammeln

Ab 15.15 Uhr: Offene Runde (30 Min.)

Offene Fragen klären, Diskussion zum Thema, Ängste und Befürchtungen thematisieren

11.3 Screening-Instrumente

Abuse Assessment Screen (AAS)

Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C. und Reed, S. (1999). Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Research in Nursing and Health*, Vol. 22, p.59-66

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?
2. In the year before you were pregnant, were you pushed, shoved slapped, hit, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
If yes, by whom? Total numbers of time?
3. Since the last pregnancy began were you pushed, shoved slapped, hit, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
If yes, by whom? Total numbers of time?
4. In the year before you were pregnant, did anyone force you to have sexual activities?
If yes, by whom? Total numbers of time?
5. Since the pregnancy began did anyone force you to have sexual activities?
If yes, by whom? Total numbers of time?
6. Are you afraid of your partner or anyone you listed above?

Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1994). Testing an Intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Research in Nursing and Health*, Vol. 22, p. 59-66

Modification for the Abuse Assessment Screen after delivery:

Question 3 and 5: "While you were pregnant" instead of "since the pregnancy began"

Gewalt Assessment Screen

Übersetzung: Inge Loos

1. Wurde Ihnen jemals emotional oder körperlich Gewalt angetan durch Ihren Partner oder eine andere für Sie wichtige Person?
2. Im Jahr bevor Sie schwanger wurden, wurden Sie gestossen, geschubst, geschlagen, getreten oder wurde Ihnen auf eine andere Weise weh getan von irgendjemand?

Wenn ja, von wem? Total, wie häufig?

3. Seit Beginn der Schwangerschaft wurden Sie gestossen, geschubst, geschlagen, getreten oder wurde Ihnen auf eine andere Weise weh getan von irgendjemand?

Wenn ja, von wem? Total, wie häufig?

4. Im Jahr bevor Sie schwanger wurden, hat Sie irgendjemand zu sexuellen Handlungen gezwungen?

Wenn ja, von wem? Total, wie häufig?

5. Seit Beginn der Schwangerschaft, hat Sie jemand zu sexuellen Handlungen gezwungen?

Wenn ja, von wem? Total, wie häufig?

6. Haben Sie Angst vor Ihrem Partner oder einer oben aufgeführten Person?

Werden Frage 2, 3, 4 oder 5 mit „Ja“ beantwortet, so wird die Frau als betroffene von häuslicher Gewalt angesehen.

Modifikation der Gewalt Assessment Screen für das Wochenbett:

Frage 3 und 5: „Während Sie schwanger waren“ statt „seit Beginn der Schwangerschaft“

Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)

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*, Vol 173, p. 253 – 259

Family Violence	concern
Woman or partner experienced or witnessed abuse (physical, emotional, sexual): -what was your parents' relationship like? -did your father ever scare or hurt your mother? -did your parents' ever scare or hurt you?	low some

-were you ever sexually abused as a child?	high
Current or past women abuse: -how do you and your partner solve arguments? -do you ever feel frightened by what your partner says or does? -have you ever been hit/ pushed/ slapped/ by a partner? -has your partner ever humiliated you or psychologically abused you in other ways? -have you ever been forced to have sex against you will?	low some high
Previous child abuse by women or partner -do you/ your partner have children not living with you? If so, why? -have you ever had involvement with a child protection agency?	low some high
Child discipline -how were you disciplined as a child? -how do you think you will discipline your child? -how do you deal with your kids at home when they misbehave?	low some high

Concern that rated as „high“ would be those they were more likely to act on.

Vorgeburtliches psychosoziales Gesundheitsassessment

Übersetzung: Daniela Wittwer

Familiengewalt	Besorgnis
Erfahrung oder Zeuge von Gewalt der Frau oder des Partners (physisch, emotional, sexuell): -Wie war die Beziehung Ihrer Eltern? -Hat Ihr Vater Ihre Mutter jemals verängstigt oder verletzt? -Haben Ihre Eltern Sie jemals verängstigt oder verletzt? -Ist Ihnen als Kind jemals sexuell Gewalt angetan worden?	Tief Mittel Hoch
Aktuelle oder vergangene Gewalt an der Frau: -Wie lösen Sie und Ihr Partner Auseinandersetzungen? -Haben Sie sich jemals verängstigt gefühlt durch das, was Ihr Partner gesagt oder getan hat? -Wurden Sie jemals von Ihrem Partner geschlagen/ gestossen/ geohrfeigt?	Tief Mittel Hoch

<p>-Hat Ihr Partner Sie jemals gedemütigt oder Sie auf eine andere Weise psychisch erniedrigt?</p> <p>-Wurden Sie jemals gegen Ihren Willen zum Geschlechtsverkehr gezwungen?</p>	
<p>Vorangehende Gewalt an den Kindern durch die Frau oder den Partner:</p> <p>-Haben Sie/ Ihr Partner Kinder, die nicht mit Ihnen zusammen leben? Wenn ja, wieso?</p> <p>-Standen Sie jemals in Verbindung mit der Vormundschaftsbehörde für Kinder und Jugendschutz?</p>	<p>Tief</p> <p>Mittel</p> <p>Hoch</p>
<p>Erziehung der Kinder:</p> <p>-Wie wurden Sie als Kind erzogen?</p> <p>-Was denken Sie, wie werden Sie Ihr Kind erziehen?</p> <p>-Wie gehen Sie mit Ihren Kindern zu Hause um, wenn sie sich schlecht benehmen?</p>	<p>Tief</p> <p>Mittel</p> <p>Hoch</p>

Bei Besorgnis, die mit „Hoch“ bewertet werden, gilt es zu handeln.

11.4 Evaluationsinstrument für Mitarbeitende

Zur Auswertung des Projektes „Einführung eines Screening- Instruments für häusliche Gewalt“

Du arbeitest auf der gynäkologischen/ geburtshilflichen Abteilung als Pflegepersonal oder als Hebamme. Du hast aktiv am neuen Projekt Screening für häusliche Gewalt teilgenommen. Im Namen der Projektgruppe danken wir dir recht herzlich dafür und wissen deinen Einsatz zu schätzen.

Um Anpassungen und Änderungen vorzunehmen, die auch deiner Arbeit im Praxisalltag von Nutzen sind, möchten wir dich als Fachperson gerne befragen.

1. Wie ergeht es dir mit der neuen Aufgabe, das Screening für häusliche Gewalt durchzuführen?
2. Was sind positive Aspekte? Was sind negative Aspekte?
3. Was sind die häufigsten Reaktionen, die dir bei der Durchführung des Screenings bei den Frauen auffallen?
4. Stehen dir immer Räumlichkeiten zur Verfügung, um das Screening im geschützten Rahmen durchzuführen?
5. Hast du genügend Hintergrundwissen zum Thema häusliche Gewalt, um das Screening in dieser Form durchzuführen?
6. Kannst du die Interventionsmöglichkeiten nutzen?
7. Was müsste deines Erachtens noch verändert werden an der Handhabung des Screening?
8. Hast du noch einen Wunsch/ ein Anliegen/ eine Veränderung an die Projektgruppe?

11.5 Evaluationsinstrument für Klientinnen

Liebe Wöchnerin

Sie wurden im Verlauf Ihres Aufenthaltes nach häuslicher Gewalt gefragt. Diese Screening-Fragen wurden hier im Spital neu eingeführt. Gerne würden wir Ihnen zur Überprüfung dieser Massnahme einige Frage stellen. Die Antworten werden anonym und vertraulich behandelt, es wird kein Rückschluss auf ihre Person möglich sein. Es entstehen für Sie keine negativen Auswirkungen, wenn Sie den Bogen nicht ausfüllen möchten.

1. Wurden Ihnen beim Eintrittsgespräch Fragen zum Thema häusliche Gewalt gestellt?
2. Wie haben Sie die Befragung zum Thema häuslichen Gewalt erlebt?
3. Wurden die Fragen Ihrer Meinung nach angepasst gestellt?
4. War die Umgebung passend/ angebracht um die Fragen betreffend häuslicher Gewalt zu beantworten?
5. Welche Auswirkung hatte diese Fragen auf Sie?

Bitte werfen Sie den Fragebogen im beiliegenden Couvert im grünen Briefkasten neben dem Stationszimmer oder senden Sie ihn per Post.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

11.6 Checkliste zum Vorgehen bei einem positiven Screening

Die Gesundheitsfachperson...

- ...anerkennt den Mut und das Vertrauen der Klientin zur ehrlichen Antwort
- ...fragt die Klientin, ob sie über ihre Situation sprechen möchte
- ...zeigt Möglichkeiten auf, mit wem die Klientin sprechen kann und welche Unterstützung sie erhalten kann
- ...unternimmt keine Interventionen ohne Absprache mit der Klientin
- ...respektiert es, wenn die Klientin nicht über die erlebte Gewalt sprechen möchte
- ...evaluiert gemeinsam mit der Klientin deren Sicherheit und die ihres Kindes
- ...vermittelt der Klientin auf Wunsch den Kontakt zu einer Fachstelle
- ...involviert mit dem Einverständnis der Klientin die Sozialberatung

In der Institution...

- ...liegt Informationsmaterial zu häuslicher Gewalt auf, damit Adressen und Telefonnummern von Hilfsangeboten öffentlich zugänglich sind
- ...werden Möglichkeiten geschaffen, Frauen alleine in einem sicheren Rahmen sprechen zu können
- ...ist der Empfang informiert, wenn eine Frau anonym im Spital ist und die Telefonanrufe werden über die Station umgeleitet
- ...wird, falls notwendig, Hausverbot für gewisse Personen erlassen

Dokumentation

Fachpersonen sind laut Fausch und Wechlin (2007) oftmals einzige Zeugen der (Folgen) häuslichen Gewalt, deshalb kommt der Behandlung und Dokumentation eine grosse Bedeutung zu. Die Dokumentationen sind oft einzige Beweise und ein ärztliches Zeugnis kann in rechtliche Verfahren sehr wichtig sein. Fausch und Wechlin (2007) fassen die wichtigsten Punkte der Dokumentation zusammen:

- Formales, wie Befund der erhebenden Person, Ort der Untersuchung, Datum und Uhrzeit der Untersuchung, zuweisende stelle/ Institution

- Patientinnenbasisdokumentation: Beschreibung des Hergangs der Misshandlung in Worten der Patientin festhalten
- Vorgeschichte
- Systematische Untersuchung am ganzen Körper, dabei wird die Verletzung genau beschrieben
- Diagnose oder Verdachtsdiagnose
- Weiterführende Massnahmen notieren, wie die genaue Behandlung, Medikamente- Abgabe, Laborbefunde, Röntgenbefunde, Arbeitsfähigkeit, Arbeitszeugnis, Weitervermittlung und Beizug weiterer Fachärzte
- Fotodokumentation: Detailabbildung mit Zentimetermass oder genormten Gegenstand wie Kugelschreiber, Abbildung der Verletzung auch in der Übersicht, Digitalkamera mit einblendbarem Datum verwenden
- Sexuelle Gewalt, hier ist die zusätzlich die Sicherstellung von Beweismaterial wichtig

Weitere und ausführlichere Interventionsmöglichkeiten sind im Buch:

Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité Stadtspital Triemli, Zürich und Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg., 2007). *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren*. Bern: Hans Huber Verlag

11.7 Hinweise auf Gewaltereignisse

Red Flags: Warnsignale

- Chronisch Beschwerden, die keine Ursache haben
- Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen
- Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien
- Partner, der übermässig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will
- Physische Verletzungen
- Später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge
- Häufige Fehlgeburten
- Häufige Suizidversuche und -gedanken
- Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung

Gynäkologischer Indikatoren

- Schmerzen bei vaginalen Untersuchungen
- Verletzungen von Brust, Unterleib und Genitalbereich
- Diffuse Unterleibs- und Bauchbeschwerden ohne organische Ursache
- Vaginale, anale Entzündungen
- Starke Blutung, Zyklusstörungen
- Sexuelle Probleme, Infertilität
- Versäumen von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
- Alkohol-, Drogen- oder Tablettenmissbrauch bei bestehender Schwangerschaft
- Geringes Geburtsgewicht des Säuglings

Situative Indikatoren im direkten Kontakt mit Betroffenen

- Nervöses, ängstliches, ausweichendes Verhalten oder Auftreten
- Verheimlichung, Nicht-Erwähnen, Verharmlosen von Verletzungen, Beschwerden und allfälligem Medikamentenkonsum

- Widersprüchliche und lückenhafte Erklärung über die Ursache von Verletzungen oder Beschwerden
- Auffällig langer Zeitraum zwischen der Entstehung einer Verletzung oder dem Beginn der Beschwerde und dem Aufsuchen einer Gesundheitseinrichtung
- Hartnäckige Begleitperson, welche nicht von der Seite der Betroffenen weicht
- Betroffene vermeidet Blickkontakt und/ oder Gespräch mit Begleitperson
- Versäumen/ Verschieben von Terminen
- Vorzeitiger Abbruch der Behandlung oder des Kontakts

Körperliche Indikatoren

- Frakturen ohne nachvollziehbare adäquate Ursache
- Hämatome, Quetschungen, Prellungen, Würgemale, Schürf- und Kratzverletzungen,
- Schnittwunden
- Verbrennungen
- Narben, schlecht verheilte Frakturen
- Ess- und Verdauungsstörungen, Mangelernährung
- Schlafstörungen, Erschöpfung, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten
- Schmerzsyndrome wie Spannungskopfschmerzen, Reizdarmsyndrom, Bauchbeschwerden, Herzbeschwerden
- Atemstörungen, Asthma
- Allergien, Ekzeme

Zusammenfassung aus: Fausch, S., und Wechlin, A. (2007). Anleitung 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 Verlag