

Heidi Siller / Susanne Perkhofer / Martina König-Bachmann / Margarethe Hochleitner

Recht auf gewaltfreies Sein – auch für Frauen: ein Kooperationsprojekt zu Gewalt in der Anamnese

126 - Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Brücken bilden für Gesundheit und Lebensqualität vulnerabler Gruppen im österreichischen Kontext

Abstract

Ein Leben ohne Gewalt sowie eine Beziehung ohne Gewalt sind Menschenrechte (UN General Assembly 1948). Um Betroffene von Gewalt möglichst frühzeitig zu identifizieren und Unterstützung zu bieten, könnten Fragen nach interpersoneller Gewalt in die Anamnese eingebaut werden. Dabei sind beispielsweise ÄrztInnen, aber auch andere Gesundheitsberufe, wie KrankenpflegerInnen und Hebammen, wichtige Stellen, um diese Fragen zu stellen (NICE 2014). Gewalt, z.B. interpersonelle Gewalt, beeinflusst auch die Gesundheit (Dong et al. 2004; Felitti et al. 1998) und kann sich in chronischen Erkrankungen, aber auch unspezifischen Beschwerden äußern. Zudem zeigt sich, dass in der Schwangerschaft (10%) oder nach der Geburt des Kindes (20%) intime PartnerInnengewalt erstmals auftreten (Müller/Schröttle 2004), eskalieren oder abnehmen kann (Chambliss 2008; Coker/Sanderson/Dong 2004) und Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft gesundheitliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind und die werdende Mutter haben können (Alhusen et al. 2015; Mauri et al. 2015). Vor diesem Hintergrund wurde ein Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Universität Innsbruck (Frauengesundheitszentrum) und der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (Studiengang Hebammen) entwickelt, um Handhabung und Einstellung zu Fragen zu Gewalt bei Hebammen zu erfassen. Ärztinnen für Allgemeinmedizin (n=3), Hebammen (n=5) und Hebammen in Ausbildung (n=24) wurden in Interviews und Fokusgruppen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen bzw. Vorstellungen zu Fragen zu Gewalt befragt. Die Daten wurden mittels Grounded Theory nach Strauss und Corbin (Strauss und Corbin, 1990) analysiert. Die Ergebnisse zeigten, dass im direkten Kontakt mit Patientinnen die Kommunikationsfertigkeiten eine wesentliche Rolle spielen. Auch Vertrauen und Transparenz bezüglich Weitervermittlung sind wichtige Aspekte. Weitere Faktoren, die ebenfalls eine zentrale Rolle spielten, waren Tools, Training und Awareness zu diesen Themen. Gleichzeitig zeigte sich in den Ergebnissen auch die Bedeutung von gesellschaftlichen Aspekten, wie die Tabuisierung des Themas und dadurch der erschwerte Zugang zu Fragen nach Gewalt. Für eine nachhaltige Verankerung von Fragen nach Gewalt im medizinischen Kontext müssen gesellschaftliche Aspekte mitbedacht und diskutiert werden. Kooperationen zwischen verschiedenen Einrichtungen, wie in diesem Fall zwischen der Medizinischen Universität und der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH ermöglichen damit auch, dass Ergebnisse und notwendige Umsetzungen dieser so wichtigen Thematik im Rahmen von Forschungsprojekten interprofessionell gemacht werden. Dadurch werden die Kooperation und die Nachhaltigkeit gestärkt.

Keywords:

Gewalt gegen Frauen, Anamnese, Kooperationsprojekt, Hebammen

1. Interpersonelle Gewalt und Gesundheit

Ein Leben ohne Gewalt sowie eine Beziehung ohne Gewalt sind Menschenrechte (UN General Assembly 1948). Um Betroffene von Gewalt möglichst frühzeitig zu identifizieren und Unterstützung zu bieten, könnten Fragen nach interpersoneller Gewalt in die Anamnese eingebaut werden. Dabei sind beispielsweise ÄrztInnen, aber auch andere Gesundheitsberufe, wie KrankenpflegerInnen und Hebammen, wichtige Stellen, um diese Fragen zu stellen (NICE 2014). Gewalt, z.B. interpersonelle Gewalt, beeinflusst auch die Gesundheit (Dong et al. 2004; Felitti et al. 1998) und kann sich in chronischen Erkrankungen, aber auch unspezifischen Beschwerden äußern. Zudem zeigt sich, dass in der Schwangerschaft (10%) oder nach der Geburt des Kindes (20%) intime PartnerInnengewalt erstmals auftreten (Müller/Schröttle 2004), eskalieren oder abnehmen kann (Chambliss 2008; Coker/Sanderson/Dong 2004) und Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft gesundheitliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind und die werdende Mutter haben können (Alhusen et al. 2015; Mauri et al. 2015). Damit stellt interpersonelle Gewalt ein wichtiges Thema auch in der Medizin dar, auch aufgrund der gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf den Menschen.

Gewalt lässt sich in verschiedene Typologien fassen, wie beispielsweise interpersonelle Gewalt, die intime PartnerInnengewalt, aber auch Gewalt durch Fremde, Bekannte oder FreundInnen einschließt; oder auch gegen sich selbst gerichtete Gewalt (Autoaggression) sowie kollektive Gewalt (WHO 2015). In diesem Beitrag wird über interpersonelle Gewalt gesprochen. Dennoch soll an dieser Stelle auch betont werden, dass der Großteil der Artikel zu Umgang mit Personen mit Gewalterfahrungen im medizinischen Kontext (z.B. Trainings von ÄrztInnen, um Screenings nach Gewalt einzusetzen) intime PartnerInnengewalt fokussiert (z.B. Feder et al., 2011).

Zu Gewalt und besonders zu intimer PartnerInnengewalt wird in stetig steigendem Ausmaß geforscht. Neben zahlreichen Theorien zu Erklärungsansätzen für intime PartnerInnengewalt (siehe dafür z.B. Lawson 2012; Wood 2015), werden auch Interventionen im Gesundheitsbereich fokussiert, wie beispielsweise Trainings von Gesundheitspersonal (z.B. Feder et al. 2011), Empfehlungen zum Umgang mit dem Thema Gewalt im Gesundheitsbereich (z.B. NICE 2014; WHO 2013) oder Instrumente zum Erfassen von intimer PartnerInnengewalt (Hussain et al. 2015). Es zeigte sich beispielsweise bei Medizinstudierenden, dass Trainings (zu intimer PartnerInnengewalt) sich dahingehend positiv auswirken, dass PatientInnen häufiger nach Gewalterfahrungen gefragt wurden (Edwardsen et al. 2006). Barrieren, ein Gespräch zu Gewalt mit PatientInnen zu führen, zeigten sich beispielsweise in mangelnden zeitlichen Ressourcen (Minsky-Keller et al. 2005; Mezey et al. 2003), aber auch in zu wenig Personal und mangelndem Sicherheitsgefühl aufgrund von gewalttätigen PartnerInnen der befragten Personen (Mezey et al. 2003).

2. Projekt zur Handhabung von interpersoneller Gewalt – eine Studie mit Hebammen

Vor diesem Hintergrund wurde ein Kooperationsprojekt zwischen der Medizinischen Universität Innsbruck (Frauengesundheitszentrum) und der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (Studiengang Hebammen) entwickelt, um Handhabung und Einstellung zu Fragen zu Gewalt bei

Hebammen in Tirol zu erfassen. Ein vorangegangenes Projekt in einer Frauengesundheitsambulanz hat gezeigt, dass Frauen die Frage nach Gewalt als wichtig ansahen und auch in Zukunft dazu befragt werden möchten. Zudem berichteten 59% der damals befragten Frauen von Gewalterfahrungen zeit ihres Lebens, jedoch waren 80% noch nie zu Gewalt von einem Arzt/einer Ärztin befragt worden (Siller/Hochleitner 2015).

2.1 Derzeitige Teilnehmerinnen an der Studie

Ärztinnen für Allgemeinmedizin (n=3), Hebammen (n=5) und Hebammen in Ausbildung (n=24) (Alter: $MW_{\text{Ärztinnen}}=49$ Jahre; $MW_{\text{Hebammen}}=43$ Jahre; $MW_{\text{Hebammen in Ausbildung}}=22$ Jahre) wurden in Interviews und Fokusgruppen zu Erfahrungen und Einstellungen zu Fragen nach Gewalt befragt.

In den Interviews und Fokusgruppen wurden Fragen gestellt, beispielsweise nach bisherigen Erfahrungen zu Fragen nach Gewalt in der praktischen Tätigkeit, Einstellung zu routinemäßigem Screening nach Gewalt, Bedürfnissen zu weiteren Ausbildungen/Fortbildungen. Alle Teilnehmerinnen an der Studie hatten ausschließlich Patientinnen in der Betreuung und Behandlung. Die Studie wurde der Ethikkommission vorgelegt und für unbedenklich erklärt.

2.2 Auswertung der Daten

Die Daten wurden mittels Grounded Theory nach Strauss und Corbin (Strauss und Corbin, 1990) analysiert. Die Grounded Theory wurde angewendet, um eine Theorie entwickeln zu können, die es ermöglicht, Aus- und Fortbildungen zu Gewalt für diese Medizinische Universität bzw. Fachhochschule in einen theoriegestützten Rahmen zu betten. Trotz verschiedener bereits entwickelter Trainings für Gesundheitsberufe (z.B. IRIS, siehe dazu Feder et al., 2011), ist es auch wesentlich, dass die tatsächliche Gegebenheit an einer (medizinischen) Universität oder Fachhochschule untersucht und Trainings darauf abgestimmt wurden.

Die Grounded Theory wurde als Methodik gewählt, um die erwartete Komplexität des Themas abzubilden sowie auch eine Theorie ableiten zu können, welche die Barrieren nach (interpersoneller) Gewalt zu fragen, an diesem Standort abbildet und eine Einbettung von weiterführender Aus- und Fortbildung von Gesundheitspersonal ermöglicht.

3. Erste Ergebnisse

3.1. Kommunikation, Vertrauen und Transparenz

Die Ergebnisse zeigten, dass im direkten Kontakt mit Patientinnen die Kommunikationsfertigkeiten eine wesentliche Rolle spielen. Auch Vertrauen und Transparenz bezüglich Weitervermittlung sind wichtige Aspekte. Dabei wurde von den Teilnehmerinnen betont, dass ein Vertrauensverhältnis zur Patientin und Informationen wichtig sind, wer von mitgeteilten Gewalterfahrungen erfährt, und welche Weitervermittlungsmöglichkeiten es gibt.

Patientinnen wurden dahingehend erlebt, dass sie diese Information einerseits einforderten, andererseits eher bereit waren, über dieses Thema zu sprechen, wenn das „Wie“ und „Wer“ bei der Verwendung der Information transparent war.

Weiters wurde die Relevanz der Fragen nach Gewalt diskutiert und damit die Bedeutung der Information „Gewalterfahrung ja/nein“ für die weitere Betreuung bzw. Behandlung sowie auch die Bedeutung der Informationspreisgabe für die Patientin.

3.2. Tools, Training und Awareness

Weitere Faktoren, die ebenfalls eine zentrale Rolle spielten, waren Tools, Training und Awareness zu diesen Themen. Es wurde angemerkt, dass Tools und Training, insbesondere Training, das auf Üben von Fertigkeiten eingeht (z.B. wie werden Fragen gestellt) noch weiter ausgebaut werden könnten, da diese derzeit noch nicht flächendeckend in Aus- und Fortbildung vorhanden zu sein scheinen. Zudem sollte die Rolle weiterer Personen nicht vergessen werden, im Sinne von Rollenmodellen (besonders für Hebammen in Ausbildung), Unterstützung durch die Organisation (keine EinzelkämpferInnen, sondern ein stärkeres Zusammenarbeiten), und Wissen um ineinandergreifende Unterstützungssysteme für Betroffene. Gleichzeitig zeigte sich in den Ergebnissen auch die Bedeutung von gesellschaftlichen Aspekten, wie die Tabuisierung des Themas und dadurch der erschwerte Zugang zu Fragen nach Gewalt. So wurde kritisch reflektiert, ob tatsächlich die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit besteht, jede Frau unabhängig vom Kontext (z.B. Stadt/Land) nach Gewalt zu fragen.

3.3. Wissen und Erfahrung

Einstellungen zu Fragen nach Gewalt zeigten sich auch darin, dass die Teilnehmerinnen, insbesondere diejenigen mit weniger praktischer Erfahrung, ihre Unsicherheit diskutierten, wie Fragen nach Gewalt von Patientinnen aufgenommen werden. Diese Unsicherheit wurde auch in Verbindung gebracht mit fehlender Ausbildung zu dem Thema, Wunsch nach mehr Wissen zu Gewalt, Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit und Umgang mit Personen, die Gewalt erfahren haben, sowie dem Wunsch nach einem einfach einsetzbaren und brauchbaren (im Sinne von wenig zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmenden) Tool für Fragen nach Gewalt.

4. Diskussion der Ergebnisse

Es zeigte sich in dieser Erhebung, dass derzeit noch nicht flächendeckend nach (interpersoneller) Gewalt in der Anamnese gefragt wird. Dabei spielten nicht nur zeitliche Ressourcen eine Rolle, wie bereits in anderen Studien im medizinischen Setting aufgezeigt (Minsky-Keller et al. 2005; Mezey et al. 2003), sondern auch der Wunsch, dass eine ineinandergreifende, reibungslose Betreuung der Betroffenen möglich ist (im Sinne von ineinandergreifenden Unterstützungssystemen).

Besonders der Wunsch, zu wissen, dass die Betroffenen optimal versorgt sind und diese Versorgung nahtlos anläuft ohne Barrieren für die Betroffenen, zeigt auch auf, dass das Vertrauen in die derzeitigen Weitervermittlungsmöglichkeiten noch nicht gegeben ist. Zudem zeigen die Diskussionen zu tatsächlichen Möglichkeiten, jede Frau nach Gewalt zu befragen, und dabei die Diskussion zu

Tabuisierung in z.B. kleinen Gemeinden auf dem Land und hohe Bekanntheit, dass eine alleinige spezifische Ausbildung von Hebammen, aber auch anderem medizinischen und Gesundheitspersonal ohne gleichzeitige gesellschaftliche Sensibilisierung nicht ausreicht. Ausbildungen für Gesundheitsberufe, Bewusstseinsbildung auf gesellschaftlicher Ebene und Entgegenwirken von Tabuisierung in der Gesellschaft sind damit verknüpft.

4.1. Schlussfolgerungen

Interpersonelle Gewalt findet (auch) außerhalb einer Klinik statt, und damit sollten ebenso gesellschaftliche Bewusstseinsbildungen mitgeplant und nicht alleinig auf die Optimierung der Ausbildung innerhalb der Klinikmauern fokussiert werden. Zugleich sollten nicht nur einzelne medizinische und Gesundheitsberufe (z.B. nur Hebammen oder nur ÄrztInnen) geschult werden, sondern alle Berufsgruppen, die im medizinischen Kontext mit PatientInnen zu tun haben.

Kooperationen zwischen verschiedenen Einrichtungen, wie in diesem Fall zwischen der Medizinischen Universität und der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH ermöglichen damit auch, dass Ergebnisse und notwendige Umsetzungen dieser so wichtigen Thematik im Rahmen von Forschungsprojekten interprofessionell gemacht werden und Ergebnisse solcher Projekte in verschiedene Professionen Einzug finden.

Literaturliste/Quellenverzeichnis:

Alhusen, J. L./Ray, E./Sharps, P./Bullock, L. (2015): Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. In: *Journal of Women's Health (Larchmt)* 24(1), 100-106.

Chambliss, L. R. (2008): Intimate partner violence and its implication for pregnancy. In: *Clinical Obstetrics and Gynecology* 51(2), 385-397.

Coker, A. L./Sanderson, M./Dong, B. (2004): Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. In: *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 18, 260-269.

Dong, M./Anda, R. F./Felitti, V. J./Dube, S. R./Williamson, D. F./Thompson, T. J./Loo, C. M./Giles, W. H. (2004): The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. In: *Child Abuse and Neglect* 28(7), 771-784.

Edwardsen, E. A./Morse, D. S./Frankel, R. M. (2006): Structured Practice Opportunities With a Mnemonic Affect Medical Student Interviewing Skills for Intimate Partner Violence. In: *Teaching and Learning in Medicine* 18(1), 62-68.

Feder, G./Davies, R. A./Baird, K./Dunne, D./Eldridge, S./Griffiths, C./Gregory, A./Howell, A./Johnson, M./Ramsay, J./Rutterford, C./Sharp, D. (2011): Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: A cluster randomised controlled trial. In: *The Lancet* 378(9805), 1788-1795.

Felitti, V. J./Anda, R. F./Nordenberg, D./Williamson, D. F./Spitz, A. M./Edwards, V./Koss, M. P./Marks, J. S. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In: *American Journal of Preventive Medicine* 14(4), 245-258.

Hussain, N./Sprague, S./Madden, K./Hussain, F. N./Pindiprolu, B./Bhandari, M. (2015): A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. In: *Trauma Violence Abuse* 16(1), 60-69.

Lawson, J. (2012). Sociological Theories of Intimate Partner Violence. In: *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 22(5), 572-590.

Mauri, E. M./Nespoli, A./Persico, G./Zobbi, V. F. (2015): Domestic violence during pregnancy: midwives experiences. In: *Midwifery* 31(5), 498-504.

Mezey, G./Bacchus, L./Haworth, A./Bewley, S. (2003): Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110(8), 744-752.

Minsky-Kelly, D./Hamberger, L. K./Pape, D. A./Wolff, M. (2005): We've Had Training, Now What?: Qualitative Analysis of Barriers to Domestic Violence Screening and Referral in a Health Care Setting. In: *Journal of Interpersonal Violence* 20(10), 1288-1309.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2014): Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/PH50> (8.7.2014)

Siller, H./Hochleitner, M. (2015). News From the International Council on Women's Health Issues. In: Health Care for Women International 36(7), 751-752.

Strauss, A./Corbin, J. M. (1990): Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques: Sage Publications, Inc.

UN General Assembly (1948): The Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>. (19.11.2015)

WHO (World Health Organization). (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1 (29.4.2015)

WHO (World Health Organization). (2015). Definition and typology of violence. Retrieved from <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> (3.4.2015)

Wood, L. (2015): Hoping, empowering, strengthening: Theories used in intimate partner violence advocacy. In: Affilia: Journal of Women & Social Work 30(3), 286-301.