

7. Ergebnisteil mit Schwerpunkt *Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind*

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse aufgeführt, die benötigt werden, um einen tieferen Einblick in die relevante Literatur zum Thema *Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind* zu erhalten.

Dafür wird sowohl eine deskriptive als auch eine inhaltliche Analyse vorgenommen. Die deskriptive Analyse enthält einen Überblick über die im Zuge der systematischen Recherche identifizierten Publikationen, während die inhaltliche Analyse die einzelnen Handlungsoptionen von Fachkräften und dafür benötigte Rahmenbedingungen abbildet. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengetragen und diskutiert.

7.1 Deskriptive Analyse

Die deskriptive Analyse legt die Studiendesigns, die Stichproben, die ermittelte Qualität, die Erscheinungsjahre, die geografische Verteilung, die vorgenommene geschlechtliche Zuweisung sowie die Differenzierung der Gewaltbegriffe in den Publikationen dar.

Studiendesigns

Die Studiendesigns der 57 inkludierten Artikel fielen heterogen aus. Es wurden insgesamt 21 Studien mit qualitativen Forschungsmethoden inkludiert, die meisten davon mit semi-strukturierten Interviews, gefolgt von Fokusgruppen-Studien und problemzentrierten Interviews. Quantitative Forschungsmethoden wurden in insgesamt neun Querschnittstudien angewandt, die mithilfe von Fragebögen oder der Analyse von Krankenakten erstellt wurden. Neben randomisiert kontrollierten Studien wurde auch eine retrospektive Auswertung von Krankenakten durchgeführt. Unter den inkludierten Publikationen fanden sich weiterhin fünf Mixed-Methods-Studien und zwei Evaluationen bereits implementierter Maßnahmen.

Stichproben

Die Teilnehmenden der Studien sind zum einen von einer Form von Gewalt betroffene oder nicht betroffene Personen, die zum Zeitpunkt der Studien schwanger waren oder bereits eine Schwangerschaft hinter sich hatten. Zum anderen wurden Hebammen, weiteres medizinisches Fachpersonal und Lehrende in den Ausbildungen der Fachkräfte als Teilnehmende der Studien vorgestellt. In insgesamt 24 Studien waren Hebammen die Teilnehmenden, in zwölf Studien weitere medizinische Fachkräfte, darunter Gynäkolog:innen, Geburtshelfer:innen oder Ärzt:innen und Pflegepersonal in Krankenhäusern. An zehn Studien nahmen aktuell oder ehemals von Gewalt betroffene Personen teil, 19 Studien befragten schwangere oder ehemals schwangere Personen unabhängig von persönlichen Gewalterfahrungen. Einige Studien befragten sowohl schwangere oder ehemals schwangere Personen als auch Hebammen oder weiteres Gesundheitspersonal. Eine detaillierte Übersicht der Stichproben ist Anhang 2 zu entnehmen.

Ermittelte Qualität der Publikationen

Die Qualität der durchgeführten Studien in den Publikationen wurde mithilfe der Checklisten des Critical Appraisal Skills Programme (CASP) durchgeführt. Dabei wurden, abhängig vom Forschungsde-

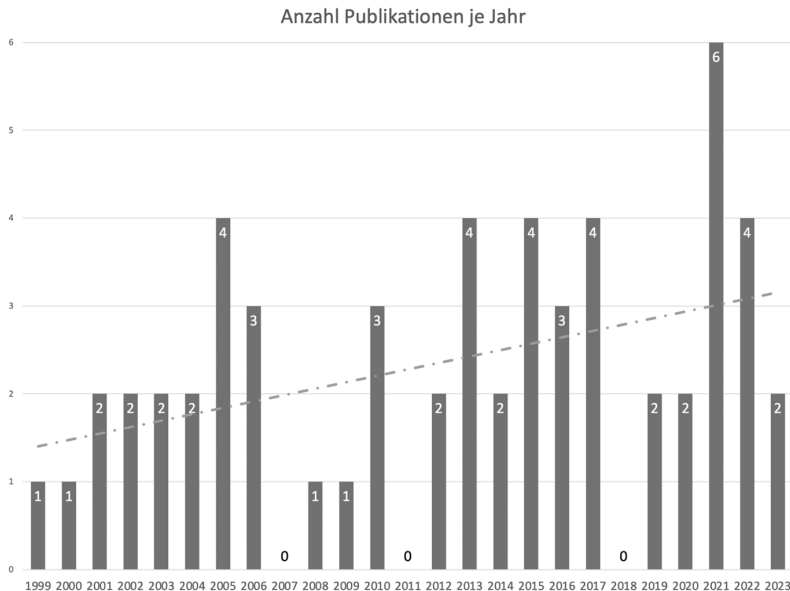
sign, die Ausführung der Datenerhebung, die Auswertung, die Unabhängigkeit der Forschenden und die Finanzierung der Forschung jeder Publikation überprüft (Critical Appraisal Skills Programme, 2022). Mit 38 Studien wurde der Großteil der Publikationen mit einem niedrigen Publikations-Bias eingestuft. Insgesamt 14 Studien erhielten den Status *mittlerer Bias* und eine Studie das Prädikat *hoher Bias*. Vier Studien enthielten zu wenige Informationen über das Forschungsdesign, um eine nachvollziehbare Bewertung durchzuführen. Sowohl die Studien mit mittlerem und hohem Bias als auch die nicht auswertbaren Studien wurden nicht aus der Literaturanalyse ausgeschlossen, wurden allerdings mit weniger Gewichtung in das abschließende Ergebnis einbezogen.

7. Ergebnisteil

Erscheinungsjahre der Publikationen

Die 57 inkludierten Publikationen erschienen in einem Zeitraum von mehr als 20 Jahren. Die Anzahl der Artikel stieg über die Jahre fortlaufend an. In der nachfolgenden Abbildung (Abb. 2) wird ersichtlich, dass es bereits zwischen 1999 und 2010 einige Publikationen zu den Vorgehensweisen von Fachkräften in Bezug auf Gewalt gegen schwangere Personen gab, die Anzahl der Publikationen aber in der Tendenz stetig ansteigt. Dies könnte auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein. Die Ratifikation der Istanbul Konvention von europäischen Staaten in den Jahren seit 2012 und eine damit gewachsene Aufmerksamkeit für Gewalt gegen weibliche Personen sowie die Finanzierung entsprechender Forschungsprojekte könnte dabei ebenso eine Rolle spielen wie die allgemein ansteigende Zahl von Publikationen im Wissenschaftsbetrieb in den letzten Jahren (Chiriboga, 2019).

Abbildung 2: Erscheinungsjahre der Publikationen

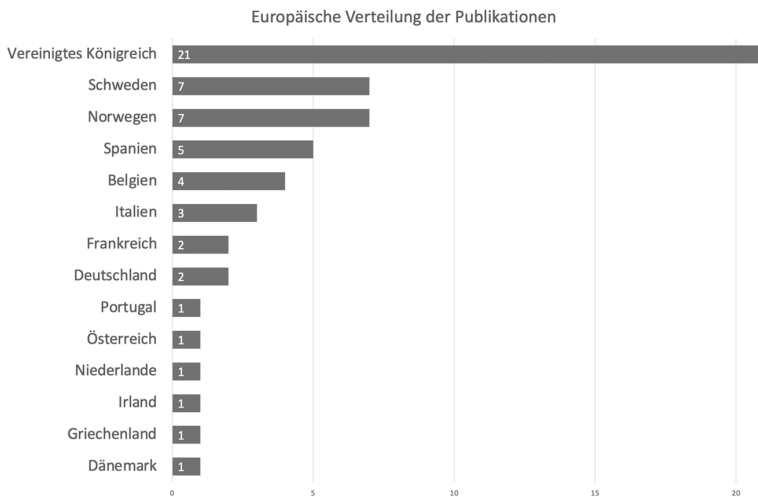


Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

Geografische Verteilung der Publikationen

Die geografische Verteilung der Publikationen (siehe Abb. 3) zeigt einen deutlichen Forschungsschwerpunkt in den Ländern des Vereinigten Königreichs. Auch Schweden, Norwegen und Belgien sind unter den identifizierten Publikationen häufig vertreten. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass sich bei dieser Verteilung eine Verzerrung aufgrund der In- und Exklusionskriterien hinsichtlich der Sprache der Publikationen ergeben könnte. Es ist unklar, wie viele Publikationen nicht eingeschlossen werden konnten, weil die Veröffentlichungssprache weder Deutsch noch Englisch war.

Abbildung 3: Geografische Verteilung der Publikationen



Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

Geschlechterzuweisung der Publikationen

Die fast ausschließlich in englischer Sprache verfassten Publikationen nehmen in der Geschlechterzuweisung von schwangeren Personen eine deutliche heteronormative Zuschreibung vor. In keiner der 57 identifizierten Publikationen wurde von schwangeren Personen ausgegangen, der Fokus lag auf der Beschreibung von Gewalt gegen *Frauen* (women) und *schwangere Frauen* (pregnant women). Obwohl die Schwierigkeiten von trans* Männern im Rahmen einer Schwangerschaft bereits in europäischen Studien aufgegriffen werden (Van Amesfoort et al., 2023) und die Gewalt gegen trans* und inter* Personen¹¹ aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur LGBTI Community europaweit ein besorgniserregendes Niveau erreicht hat (European Union Agency for Fundamental Rights., 2020, S. 40), finden sich in den identifizierten Publikationen keine Hinweise auf eine Verschränkung dieser Problemstellungen. Aufgrund dieser Tatsache wird im Kapitel zur Darstellung der Ergebnisse von der inklusiven Schreibweise dieser Arbeit abgewichen und auf die in den Publikationen für die von Gewalt betroffenen Personen verwendete binäre Form zurückgegriffen.

Hinsichtlich der Geschlechter der Fachkräfte lässt sich diese Schlussfolgerung aufgrund der englischen Sprache nicht ziehen. Die beispielsweise im Englischen verwendeten Begriffe *gynaecologist* (Gynäkolog:innen), *social worker* (Sozialarbeitende) oder *psychologist* (Psycholog:innen) sind grundsätzlich geschlechtsneutral. Diese sprachliche Geschlechtsneutralität soll im Kapitel 6.2 zur Darstellung der Ergebnisse beibehalten werden.

Die Berufsbezeichnung *midwife* (Hebamme) ist sowohl im Englischen als auch im Deutschen per se ein heteronormativer Begriff, doch die als Hebammen tätigen Personen müssen nur in einigen Staaten verpflichtend weiblich sein. In europäischen Staaten sind zwischen 0% bis über 10% der tätigen Hebammen männlich (Sannomiya et al., 2019,

11 Die Verfasserin versucht eine Orientierung an den emanzipatorisch gewählten Selbstbezeichnungen der queeren Community, auch wenn diese aufgrund der heterogenen Einstellungen innerhalb der Community nicht einheitlich sind oder einheitlich sein müssen (Trans*Inter*Beratungsstelle, o. J.)

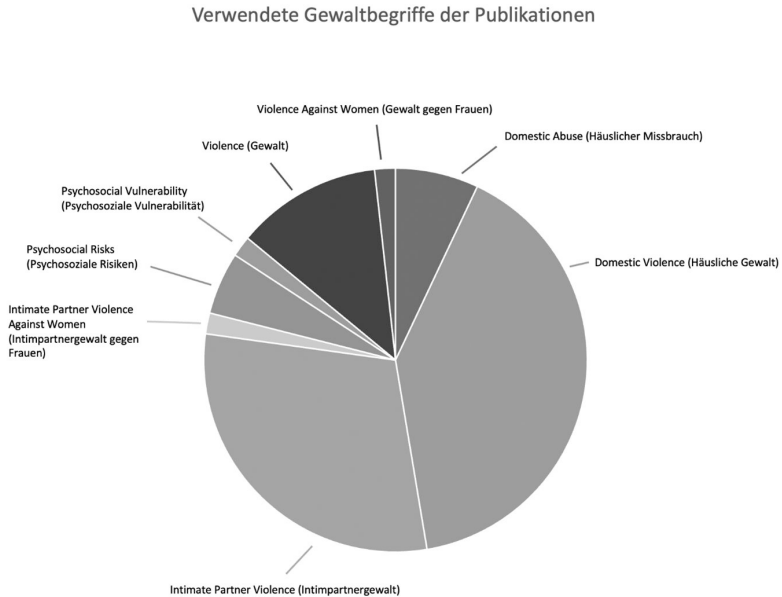
S. 5). Deshalb kann die Berufsbezeichnung der Hebamme im Kapitel 6.2 zur Darstellung der Ergebnisse ebenfalls als geschlechtsneutrale Berufsbezeichnung aufgefasst werden.

Gewaltbegriffe der Publikationen

Die Literatur zu geschlechtsspezifischer Gewalt gegen weibliche Personen ist in der Verwendung der Gewaltbegriffe sehr heterogen. Besonders dann, wenn sich der Beobachtungszeitraum über mehr als zwei Jahrzehnte und verschiedene Länder erstreckt, werden verschiedene Begrifflichkeiten zu geschlechtsspezifischer Gewalt gegen weibliche Personen verwendet. Um diese Literaturanalyse nicht durch den Ausschluss einiger Begrifflichkeiten ungewollt zeitlich oder regional zu beschränken, wurden alle in der Fachliteratur gängigen Begrifflichkeiten, die dem Überbegriff *geschlechtsspezifische Gewalt gegen weibliche Personen* zuzuordnen sind, inkludiert. Dennoch soll eine Aufarbeitung der verwendeten Begrifflichkeiten stattfinden, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. In Abbildung 4 sind alle verwendeten Begrifflichkeiten und deren Verteilung in den identifizierten Publikationen dargestellt. *Domestic Violence* (Häusliche Gewalt) und *Intimate Partner Violence* (Intimpartnergewalt) decken dabei den Großteil der Publikationen ab. Daneben wurden unbestimmte Begriffe wie *Violence* (Gewalt) oder *Violence Against Women* (Gewalt gegen Frauen) ebenso genutzt wie sehr spezifische Begriffe wie *Intimate Partner Violence Against Women* (Intimpartnergewalt gegen Frauen) oder *Domestic Abuse* (Häuslicher Missbrauch). Nicht direkt mit dem Gewaltbegriff verbunden sind die Begriffe *Psychosocial Vulnerability* (Psychosoziale Vulnerabilität) und *Psychosocial Risks* (Psychosoziale Risiken). Diese beziehen sich neben einer gewaltvollen Partnerschaft auf weitere Risikofaktoren wie Probleme hinsichtlich der mentalen Gesundheit, Substanzkonsum, eines niedrigen sozioökonomischen Status oder einer Einwanderungs- oder Fluchtbioografie (Spyridou et al., 2014). Publikationen mit diesen Begriffen wurden dennoch einbezogen, wenn die Gewichtung der Gewalt in der Beziehung von der Verfasserin als ausreichend hoch eingestuft wurde.

7. Ergebnisteil

Abbildung 4: Verwendete Gewaltbegriffe der Publikationen



Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

Im Verlauf der Forschung zu geschlechtsspezifischer Gewalt gegen weibliche Personen lassen sich verschiedene Gewaltbegriffe zeitlich zuordnen. Diese Beobachtung konnte auch unter den 57 inkludierten Publikationen gemacht werden. Die zeitliche Verteilung der Gewaltbegriffe lässt sich Abbildung 5 entnehmen. Deutlich zu erkennen ist hierbei ein Übergang in der Verwendung des Begriffs *Domestic Violence* zu dem Begriff der *Intimate Partner Violence*. Aus dieser Verteilung lässt sich außerdem entnehmen, dass eine Beschränkung dieser Literaturanalyse auf den Begriff *Intimate Partner Violence*, obwohl dieser in der deutschen Übersetzung in der Forschungsfrage genannt wird, vergangene Forschungsergebnisse zu einem großen Teil ausgeblendet hätte.

7.2 Darstellung der Handlungsoptionen von Fachkräften

Abbildung 5: Zeitlich verortete Verwendung der Gewaltbegriffe der Publikationen



Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

In der Darstellung der Ergebnisse der systematischen Litertaturanalyse im folgenden Kapitel werden die in den Publikationen verwendeten Gewaltbegriffe unter der übergreifenden Kategorie der *Gewalt gegen Frauen* bezeichnet, um den Lesefluss zu gewährleisten.

7.2 Darstellung der Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind

Die Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, werden nachfolgend in Kategorien zusammengefasst. In der Auswertung der Ergebnisse wurden die Kategorien *Screening-Tools*, *Systematische und fallbezogene Befragung*, *Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal*, *Hal- tung des Fachpersonals*, *Spezifische Situation geflüchteter Frauen*, *Inter-*

multi- und intradisziplinäre Zusammenarbeit unter Fachkräften und Institutionelle Anforderungen gebildet.

Obwohl diese Kategorien gebildet wurden, lassen sich die Ergebnisse nicht strikt voneinander trennen, sondern gehen teilweise ineinander über. Die Zuteilung zu den einzelnen Kategorien erfolgte nach dem eigenen Ermessen der Verfasserin, basierend auf den 57 inkludierten Studien. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit können nicht alle Ergebnisse detailliert abgebildet werden. Weiterhin ergeben sich aus den inkludierten Publikationen inhaltliche Überschneidungen, weswegen lediglich die wichtigsten Erkenntnisse exemplarisch aufgezeigt werden. In Anhang 3 sind die Publikationen einzeln mit den jeweils zugeordneten Kategorien aufgelistet.

7.2.1 Screening-Tools

Die Entwicklung oder Weiterentwicklung von analogen und digitalen Screening-Tools zur regelmäßigen Befragung thematisieren zwölf der 57 identifizierten Publikationen. Screening-Tools können zur standardisierten Form der Ansprache als Hilfestellung für das Gesundheitspersonal dienen, um systematisch alle Patientinnen anzusprechen (Escribà-Agüir et al., 2016). Dabei weisen sie eine adäquate Zuverlässigkeit in der Identifikation von Gewalt auf, auch wenn sie nicht immer ausschließlich auf die Ermittlung von Gewalt ausgelegt sind, sondern die allgemeine psychosoziale Vulnerabilität einer Person messen sollen, und einer lokalen und sprachlichen Anpassung bedürfen. Trotz der Anwendung von Screening-Tools bleibt die individuelle Aufmerksamkeit des Gesundheitspersonals bei der Erkennung von Gewalt von großer Bedeutung (Amuli et al., 2021; Escribà-Agüir et al., 2016; Ruf-Leuschner et al., 2016; Spyridou et al., 2014, 2015). Neben analog konzipierten Screening-Tools wächst das Interesse an digitalen Screening- und Interventionsmöglichkeiten. Sechs der identifizierten Publikationen widmen sich digitalen Tools, die in Anwendungszeitpunkt, Anwendungsumgebung und Zielgruppe variierten (Andreasen et al., 2023; Fernández López et al., 2022; Flaathen et al., 2021, 2022; Garnweidner-Holme

et al., 2020; Walter et al., 2021). Die norwegische Studie *Safe Pregnancy* entwickelte unter der Beteiligung von ehemals oder aktuell von Gewalt gegen Schwangere betroffene Frauen eine Intervention, in der ein kultursensibles Video mit Informationen zu Gewalt und die Sicherheit stärkendem Verhalten vermittelt wurde (Flaathen et al., 2021). Obwohl eine kulturelle Vielfalt der Teilnehmerinnen erreicht werden konnte, konnte keine Veränderung in der Lebensqualität oder Verhaltensweisen zur Bewahrung der eigenen Sicherheit festgestellt werden. Dennoch, so argumentiert das Forschungsteam nach Entwicklung und Test, könnte das Video als Hilfsmittel in der Befragung von Frauen durch Hebammen genutzt werden (Flaathen et al., 2022). In einer spanischen Publikation sollten Bedürfnisse, Bedenken und Präferenzen von ehemals gewaltbetroffenen Frauen hinsichtlich einer *Safety Planning App* mittels Interviews erhoben werden. Die App sollte unter anderem sowohl die Dokumentation persönlicher Erfahrungen und das Absetzen von Notrufen beinhalten als auch die Möglichkeit, Videoberatungen in Anspruch zu nehmen. Die Teilnehmerinnen der Studie äußerten in Bezug auf die Videoberatung Zweifel, besonders wenn Kinder im Haushalt leben oder der gewalttätige Partner das Zimmer betreten würde. Auch das Besprechen dieses sensiblen Themas auf eine distanzierte digitale Weise ließ die Teilnehmerinnen an der Machbarkeit zweifeln. Die Teilnehmerinnen äußerten zur Gestaltung und den Funktionen der App einige Vorschläge, darunter die Möglichkeit, die App als gängige Schwangerschaftsapp zu tarnen, das Einbauen eines Exit-Buttons, falls der Partner während der Nutzung das Zimmer betritt, oder das Konzipieren eines eigenen Sicherheitsplans für akute Notfallsituationen. Um die App der Zielgruppe zur Verfügung zu stellen und die Einführung in Funktionen zu erleichtern, werde weiterhin die Hebamme benötigt, stellte das Forschungsteam fest. Diese verfüge demnach über das richtige Arbeitsumfeld, um die benötigte vertrauensvolle Beziehung zu der gewaltbetroffenen Schwangeren aufzubauen (Fernández López et al., 2022).

7.2.2 Systematische und fallbezogene Befragung

Aspekte zu systematischer und fallbezogener Befragung wurden in 41 Publikationen ausfindig gemacht. Inwiefern eine systematische oder eine fallbezogene Befragung zielführender erscheint, wann und wo eine solche Befragung stattfinden sollte, wie diese Befragungen von befragten Frauen aufgenommen werden, die Rahmenbedingungen für die Akzeptanz der Befragung durch die schwangeren Frauen, die Rahmenbedingungen für eine gelingende Befragung aus Sicht der Fachkräfte und Erleichterungen und Hindernisse in der Befragung von Frauen werden im Folgenden vertieft anhand der identifizierten Publikationen dargestellt.

Systematische oder fallbezogene Befragung

In den Publikationen wird deutlich, dass eine systematische Befragung aller schwangeren Patientinnen die Wahrscheinlichkeit erhöhen könnte, tatsächlich betroffene Frauen zuverlässig zu erkennen und zu unterstützen (Bacchus et al., 2004, 2010). Außerdem äußerten befragte Frauen die Wahrnehmung, dass eine systematische Befragung, unabhängig von äußerlichen oder medizinischen Merkmalen, das Stigma der Befragung auflockerte. Das Wissen, nicht aufgrund des eigenen Verhaltens, sondern als Teil eines Prozesses zu Gewalt befragt zu werden, vermittelte den befragten Frauen ein positiveres Gefühl (Bacchus et al., 2002). Systematische Befragungen eröffnen betroffenen Frauen weiterhin die Möglichkeit, Gewalterfahrungen auch im späteren Verlauf der Behandlungsbeziehung zu thematisieren, da mithilfe der Thematisierung eine Kultur geschaffen wird, in der sich sowohl Gesundheitspersonal als auch Patientinnen der Auswirkungen von Gewalt bewusst sind (Salmon et al., 2013). Auch für das Fachpersonal kann sich die systematische Befragung im Arbeitsalltag erleichternd auswirken. Doch obwohl eine systematische Befragung in einigen internen und nationalen Vorgaben enthalten ist, wird die Befragung in dieser Systematik nur selten praktisch umgesetzt. Fachkräfte befragen zwar zu Gewalt, allerdings nicht bei allen Schwangeren (Foy et al., 2000; Marchant et al., 2001;

Martins et al., 2023; Onifade et al., 2010). Eine Vorgehensweise, die jeder Frau ein persönliches Gespräch anbietet, könnte die Befragung an sich erleichtern, da sie Teil einer Routine wird (Stenson et al., 2005). Weiterhin könnten strukturierte Fragebögen zur Erfassung von Gewalt gegebenenfalls sensibler im Umgang mit schwangeren Personen wirken als eine weniger strukturierte Herangehensweise (Foy et al., 2000). Hebammen wünschen sich mitunter solche strukturierten Instrumente, die eine objektive Erkennung von Gewalt im Arbeitsalltag ermöglichen oder erleichtern (Gómez-Fernández et al., 2019; Stenson et al., 2005). Auch die Forderung nach einer Vorgabe, die die systematische Befragungen mithilfe eines strukturierten Fragebogens als Standard setzt, wird vorgebracht (Edin & Högberg, 2002). Die Bereitstellung von Hilfsmitteln und Screening-Tools ist nicht nur eine von Hebammen benannte Voraussetzung für eine gute Befragungspraxis, auch weitere medizinische Disziplinen benennen den Bedarf (Roelens et al., 2006), gegebenenfalls auch von anonymen schriftlichen Fragebögen, die den Frauen zur Verfügung gestellt würden (Zobbi et al., 2022). Die Notwendigkeit einer systematischen Erfassung von Partnerschaftsgewalt gegen schwangere Personen kann sich außerdem aus den bereits routiniert im Rahmen der Schwangerenvorsorge erfassten Daten ergeben. Wie bei anderen geburtshilflichen Risikofaktoren könnte ein systematisches Screening aller schwangeren Frauen auf Gewalt durchgeführt werden, beginnend mit dem ersten pränatalen Besuch (Jeanjot et al., 2008). In der nicht systematischen, fallbezogenen Befragung ergeben sich Unklarheiten hinsichtlich der praktischen Umsetzung. Einerseits kann die Erkennung von potenziellen Opfern von Partnerschaftsgewalt fehlerbehaftet sein. Stereotype Vorstellungen von Opfern von Gewalt (Stenson et al., 2005), Sorgen der Fachkräfte hinsichtlich einer negativen Reaktion der befragten Person (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Mauri et al., 2015), das Warten auf vermeintlich eindeutige Hinweise auf Gewalt (Edin & Högberg, 2002) und das Unterschätzen der Prävalenz von Gewalt (Lazenbatt et al., 2009) können eine Rolle dabei spielen, wie viele und welche Personen fallbezogen befragt werden. Darüber hinaus könnte bei einer fallbezogenen Befragung in den jewei-

ligen Einrichtungen unklar sein, welche Patientinnen ab welchem Grad von vermuteter Partnerschaftsgewalt befragt werden sollten (Protheroe et al., 2004). Die Meinungen des Fachpersonals zu systematischen Befragungen scheinen gespalten. Hebammen sprechen sich in einigen der identifizierten Publikationen zu einem größeren Anteil für eine systematische Befragung aus (Lazenbatt et al., 2009; Mauri et al., 2015; Zobbi et al., 2022), während von anderen medizinischen Fachkräften die Wirksamkeit eines prozesshaften Screenings eher in Frage gestellt und abgelehnt wird (Roelens et al., 2006).

Die Ablehnung einer systematischen Befragung durch Fachkräfte kann durch persönliche Einstellungen (Torres-Vitolas et al., 2010) oder eine Verortung von Gewalt in einem privaten, nicht medizinischen, Umfeld beeinflusst sein (Procentese et al., 2019). Ein weiterer Grund für die Ablehnung liegt in der fehlenden theoretischen Vorbereitung von Fachkräften. In Fällen, in denen Hebammen ohne ausreichende Schulungen eine Vorgabe zur systematischen Befragung erhalten haben, reagierten sie potenziell ablehnend auf diese Einführung (Mezey et al., 2003).

Verortung der Befragung

Die Schwangerenvorsorge erscheint sowohl befragten Frauen (Bacchus et al., 2010; McDonnell et al., 2006) als auch Fachkräften als eine günstige Gelegenheit (Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017), um Partnerschaftsgewalt zu thematisieren. Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine explizit frühzeitige Anlaufstelle für Opfer. Manche Frauen, die ihre Gewalterfahrungen in der Schwangerenvorsorge besprechen, haben bereits eine jahrelange Historie von Partnerschaftsgewalt hinter sich (Bacchus et al., 2010; Stenson et al., 2001) und gerade Frauen, die am Beginn einer solchen Partnerschaft stehen, könnten sich aufgrund der inhärenten Dynamik von Partnerschaftsgewalt auch in der Schwangerenvorsorge besonders um die Geheimhaltung ihrer Situation bemühen (Bacchus et al., 2010). Eine günstige Möglichkeit bietet die Schwangerenvorsorge durch die Begleitung von Hebammen. Zwischen der Patientin und der Hebamme kann sich über den Verlauf

der Schwangerschaft eine kontinuierliche, vertrauliche Beziehung bilden, die das Potenzial hat, die Thematisierung von Gewalt positiv zu beeinflussen (Stenson et al., 2001). Auch abseits von Hebammen werden Angehörige von Gesundheitsberufen von befragten Frauen in einer einzigartigen Position gesehen, um potenzielle Opfer zu identifizieren und Unterstützung, Ermutigung und nützliche Ratschläge anzubieten (McDonnell et al., 2006). Uneinigkeit besteht unter befragten Hebammen hinsichtlich des Zeitpunkts der Befragung. Befürworter:innen gibt es sowohl für die Befragung beim Termin zur Anmeldung zur Hebammenbetreuung als auch für eine spätere Befragung ab der 16. Schwangerschaftswoche (Lazenbatt et al., 2009; Zobbi et al., 2022). Wenn Interventionen an das Screening von Partnerschaftsgewalt angeschlossen wurden, vermuteten Andreasen et al. (2023), dass die Schwangerschaft eine geeignete Möglichkeit für das Screening, aber nicht für die Intervention sein könnte, da die Teilnahme an der Interventionsmaßnahme in ihrer Studie sehr gering ausfiel.

Akzeptanz der Befragungen

Wie in mehreren Publikationen festgestellt werden konnte, empfinden dazu befragte Frauen die Befragungen zu Gewalterfahrungen als akzeptabel (Bacchus et al., 2002; Boyle & Jones, 2006; McDonnell et al., 2006; Stöckl et al., 2013) und möchten ausdrücklich in der Schwangerenvorsorge über ihre persönlichen Erfahrungen mit Partnerschaftsgewalt sprechen (Garnweidner-Holme et al., 2017). Einige Frauen betrachten die Frage der Fachkräfte nach Gewalterfahrungen als eine fürsorgliche und solidarische Geste (Stenson et al., 2001). Frauen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen waren, hielten es für wichtig, dass Hebammen Routine-Befragungen durchführen, um das Thema entweder direkt anzusprechen oder die Möglichkeit zu eröffnen, auch im weiteren Verlauf der professionellen Beziehung Gewalt thematisieren zu können (Salmon et al., 2013). Frauen, die nicht von Gewalt in Partnerschaften betroffen waren, waren der Meinung, dass sie durch die Befragung des Fachpersonals auf das Thema besser vorbereitet sein könnten, wenn sie einmal in diese Situation geraten sollten (Stenson

et al., 2001). Inwiefern die persönlichen Erfahrungen von Frauen im Hinblick auf Gewalt eine Rolle bei der Akzeptanz spielen, hängt sowohl von der Art der erlebten Gewalt ab (Stöckl et al., 2013) als auch davon, wie weit diese bereits in der Vergangenheit liegt (Boyle & Jones, 2006). Selbst wenn die Befragung unangenehme Gefühle und Erinnerungen in ihnen auslöste, waren die Frauen froh, dass sie zu Gewalterfahrungen befragt wurden (Stenson et al., 2001). Es gab allerdings unter den befragten Frauen auch Teilnehmende, die das Konzept einer Routine-Befragung ablehnten, weil sie das Thema als zu privat empfanden (Stenson et al., 2001) oder Angst davor hatten, mit der Offenlegung von Gewalt in der Partnerschaft als potenziell unzulängliche Eltern zu gelten (Stöckl et al., 2013).

Rahmenbedingungen für eine von schwangeren Personen akzeptierte Befragung

Die Voraussetzungen für die Akzeptanz der systematischen oder fallbezogenen Befragung unter schwangeren Frauen werden von mehreren Faktoren beeinflusst. Dazu befragte Frauen sehen die Notwendigkeit, dass Fragen nach Gewalt in der Partnerschaft im Verlauf der Schwangerschaft nicht nur einmal, sondern mehrmals gestellt werden (Bacchus et al., 2002, 2004). Das betrifft auch die anonymisierte Anwendung von digitalen Screening-Tools (Andreasen et al., 2023). Um das Screening erfolgreich durchzuführen, erwarten befragte Frauen empathisches und geschultes Personal (Bacchus et al., 2002, 2003, 2010), andernfalls könnte die Akzeptanz für die Befragung bei den Frauen sinken (Duchesne et al., 2021). Teilnehmende der Studie von Bacchus, Mezey & Bewley (2002) wünschen sich Fachkräfte vor Ort, die explizit auf Gewalt gegen Frauen spezialisiert sind, um den Druck von den Hebammen zu nehmen. In verschiedenen Publikationen wurde thematisiert, dass Frauen ausreichend Zeit (Bacchus et al., 2002; Boyle & Jones, 2006), eine vertrauensvolle Beziehung zur Hebamme (Byrskog et al., 2016; Garnweidner-Holme et al., 2017), eine geschützte räumliche Umgebung (Bacchus et al., 2002) und garantierte Vertraulichkeit (Byrskog et al., 2016; Garnweidner-Holme et al., 2017) benötigen, um Gewalt offen zu besprechen. Deutlich wird außerdem, dass Frauen, ob

systematisch oder nicht, direkt und explizit auf ihre Erfahrungen mit Gewalt angesprochen werden wollen. Wird Gewalt von den Fachkräften nicht souverän und konkret thematisiert, könnten sich potenziell betroffene weibliche Personen ebenfalls nicht in der Lage fühlen, das Thema offen zu kommunizieren (Bacchus et al., 2003, 2010; Boyle & Jones, 2006). Einige Teilnehmende der Studie von Garnweidner-Holme, Lukasse & Solheim (2017) thematisierten den Wunsch nach Informationen zu Formen der Gewalt und deren Intentionalität, um das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass sie Opfer gewaltvollen Verhaltens geworden sind. Neben diesen Informationen erwarten Frauen von Hebammen auch eine Aufklärung über die Folgen von Partnerschaftsgewalt für das ungeborene Kind. Weiterhin wünschen sich betroffene Frauen mehr Informationen zu und Anerkennung von psychischer Gewalt. Diese sei Fachpersonal kaum bewusst und würde deshalb selten thematisiert (Flaathen et al., 2021). Erleichternd für die Thematisierung von Gewalt durch die betroffenen Frauen könnte außerdem das Auslegen von schriftlichen Informationen in verschiedenen Sprachen in Wartezimmern und Praxen sein (Garnweidner-Holme et al., 2017). Trotz der Hinweise auf die Wirkung von expliziter Befragung zu Gewalt sollte in der Beratung Raum für eine individuelle Anpassung der Fragetechnik auf die Schwangere gegeben sein. Nicht alle Frauen favorisierten eine direkte Ansprache. Viele erwarteten von Hebammen zunächst allgemeine Informationen zu gewaltvollen Beziehungen, bevor sie persönlich zu ihren Erfahrungen befragt werden. Zudem äußerten Frauen mit Migrations- und Fluchtbiografie den Wunsch, ethnische und kulturelle Unterschiede und ihre individuellen Erfahrungen in der Befragung zu berücksichtigen (Garnweidner-Holme et al., 2017). Auch wenn die Befragungen zu Gewalt durch Fachkräfte von den meisten Frauen anerkannt und akzeptiert werden, wird auch ein schädliches Potenzial erkannt. Wenn systematische Screenings nicht sensibel, empathisch und kompetent durchgeführt werden, könnte dieses Vorgehen bei Betroffenen erneut Leid verursachen und schlimmstenfalls Gefühle von Schuld und Scham verstärken (Bacchus et al., 2002). Einen weiteren potenziell schädigenden Faktor in der systematischen Befragung

von schwangeren Personen zu Gewalt stellt die vertrauliche Dokumentation dar. Diese muss einerseits stichhaltig und qualitativ hochwertig sein, um gegebenenfalls in einem Gerichtsverfahren gegen Täter herangezogen werden zu können, und andererseits mit vertraulichen Codes in den Patientinnenakten hinterlegt sein. Wird diese Dokumentation nicht einheitlich und in der vorgesehenen Weise geführt, können Informationen über in der Beratung besprochene Gewalterfahrungen gewaltvollen Partnern zugänglich sein (Bacchus et al., 2010). Weiterhin ist zu bedenken, dass einige schwangere Personen Gewalt nicht gerne gegenüber staatlich wirkenden Einrichtungen und deren Personal offenlegen. In den Publikationen thematisierten vor allem migrantische Frauen die Angst, ihre Kinder könnten durch das Jugendamt in Obhut genommen werden, wenn die gewaltvolle Beziehung aktenkundig wird (Flaathen et al., 2021; Garnweidner-Holme et al., 2017).

Rahmenbedingungen der Fachkräfte zur gelingenden Befragung

In einer Vielzahl der identifizierten Publikationen wird der Bedarf an geschulten Fachkräften zur gelingenden Befragung zu Partnerschaftsgewalt gegen Schwangere deutlich. Befragte Patientinnen erwarten, dass Fachkräfte souverän, kompetent und empathisch auftreten und die Komplexität von gewaltvollen Beziehungen erfassen und verstehen können (Bacchus et al., 2002, 2003, 2004). Fachkräfte erkennen, dass sie ohne ausreichende Schulungen in der Praxis nicht oder nur eingeschränkt handlungsfähig sind, derzeit die benötigten Unterstützungssysteme für die Befragten und sich selbst nicht kennen (Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; Procentese et al., 2019) und sich mit der Aufgabe überfordert fühlen (Jeanjot et al., 2008; Roelens et al., 2006). Ein ausschlaggebender Punkt, der sowohl die geschulte als auch die empathische Ansprache von Fachkräften beeinflusst, sind die erforderlichen zeitlichen Ressourcen. Für eine qualitativ hochwertige Befragung benötigen die Fachkräfte Zeit. Zeitmangel wird allerdings in Studien häufig als eine der größten Herausforderungen in der Befragung thematisiert (Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Stenson et al., 2005). Einige Hebammen lösen die zeitliche Ver-

knappung im Arbeitsalltag auf, indem sie potenziell betroffenen Frauen Gespräche außerhalb ihrer regulären Sprechstunden anbieten (Fenne Fredriksen et al., 2021).

Herausforderungen in der Durchführung der Befragung

Sowohl von befragten Frauen als auch von Fachkräften können eine Vielzahl an Herausforderungen in der Durchführung der Befragung benannt werden. Eine ausschlaggebende Herausforderung stellt eine kontinuierliche Präsenz des Partners bei der Befragung dar (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017). Diese Herausforderung kann auf verschiedene Weisen umgangen werden. In Bristol gingen die Hebammen dazu über, schwangere Frauen unter einem Vorwand für die Dauer der Befragung von ihrem Partner zu isolieren. Genutzt wurden dazu Situationen wie Urinproben, zu denen die Hebammen die Schwangeren auf die Toilette begleiteten oder Waagen, die in einem separaten Raum platziert wurden, in dem Hebamme und Patientin vertraulich sprechen konnten (Baird et al., 2013). Eine andere Möglichkeit nutzten Hebammen in Norwegen, die bei Anwesenheit des Partners sehr allgemein über das Thema Partnerschaftsgewalt informierten, aber keine Befragung durchführten (Fenne Fredriksen et al., 2021; Henriksen et al., 2017). Doch nicht alle Hebammen fühlten sich sicher genug, um solche Strategien zu entwickeln oder durchzuführen, besonders wenn bereits eine gewaltvolle Beziehung vermutet wurde (Price et al., 2005). In Interviews mit Hebammen im Vereinigten Königreich wurde der Eindruck geschildert, dass Partner in den Fällen, in denen Hebammen von Partnerschaftsgewalt wussten, eher anwesend waren (Protheroe et al., 2004). Das gibt Grund zu der Annahme, dass insbesondere die Schwangeren, die von ihrem Partner zu jedem Vorsorgetermin begleitet werden, in jedem Fall befragt werden sollten. Betroffene Frauen hofften, dass Hebammen in Beratungen, in denen ihr gewalttätiger Partner anwesend war, die Anzeichen von Gewalt wahrnehmen würden und wünschten sich, dass Informationen in kleinem Format in Wartezimmern ausliegen würden. So hätten sie die Möglichkeit, eine Kontakt-

karte zu einem Frauenhaus unauffällig mitzunehmen, selbst wenn ihr Partner beim Termin anwesend ist (Garnweidner-Holme et al., 2017). Besonders herausfordernd ist die Anwesenheit des Partners, wenn nationale Praxisleitlinien existieren, die Schwangerenvorsorge als eine Verantwortung für die gesamte Familie konzipieren. Diese Ausrichtung kann für viele schwangere Personen eine positive Erfahrung sein, in Bezug auf die Befragung zu Gewalt in der Partnerschaft stellen sich solche Leitlinien allerdings als Hindernis für die Betroffenen heraus (Mezey et al., 2003; Stenson et al., 2005). Eine weitere Herausforderung besteht in der Sprachbarriere zwischen Fachkräften und zu befragenden Schwangeren (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Garnweidner-Holme et al., 2017; Gómez-Fernández et al., 2019). In einer Anschlussstudie von Baird et al. (2013), die fünf Jahre nach der Implementierung von Schulungen und systematischen Befragungen durchgeführt wurde, zeigte sich, dass viele anfängliche Hürden bei der Durchführung der Befragung umgangen oder gelöst werden konnten. Lediglich die Sprachbarriere konnte nur bedingt aufgehoben werden. Die zur Verfügung gestellten Übersetzungshotlines wurden von den Fachkräften für die Besprechung von Partnerschaftsgewalt als unpassend empfunden und bei der Anwesenheit von Übersetzerinnen kamen Bedenken hinsichtlich deren Verbindungen in die lokalen Communitys und damit bezüglich der Vertraulichkeit des Gesprächsinhalts auf. Die befragten Hebammen der Studie forderten, dass verstärkt nach Lösungen für diese Sprachbarriere gesucht werden müsse und schlugen vor, zumindest schriftliche Informationen in allen gängigen Sprachen zur Verfügung zu stellen. In einer schwedischen Studie wurde die Nutzung einer Übersetzungshotline als gewinnbringend bewertet, da die dolmetschende Person nicht in einer lokalen Community verwurzelt war (Stenson et al., 2005). Besonders schwierig stellt sich für Fachkräfte die Befragung einer migrantischen schwangeren Person dar, wenn der Partner als Übersetzer auftritt und deshalb die Bitte um Einzeltermine mit der Schwangeren schwerer nachvollziehbar zu vermitteln sein kann (Gómez-Fernández et al., 2019). In der Interview-Studie von Garnweidner-Holme, Lukasse & Solheim (2017) wird deutlich, dass migrantische

schwängere Personen mit begrenzten Sprachkenntnissen in der Sprache der Fachkräfte Schwierigkeiten hatten, über Partnerschaftsgewalt zu sprechen. Die Teilnehmerinnen der Studie waren der Meinung, dass professionell ausgebildete Dolmetscherinnen mit Erfahrung im Gebiet der Partnerschaftsgewalt diese Sprachbarriere überwinden könnten. Die Rahmenbedingungen in den Organisationen, in denen die Fachkräfte angestellt sind, können ebenfalls Hindernisse in der Durchführung der Befragung darstellen. Als organisationale Barrieren können fehlende geschützte Räumlichkeiten, fehlende Zeit in Verbindung mit der steigenden Arbeitsbelastung von Fachkräften, fehlende Unterstützung durch den Arbeitgeber und fehlende Sicherheitsmaßnahmen definiert werden (Baird et al., 2013; Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Protheroe et al., 2004; Roelens et al., 2006; Stenson et al., 2001). Fehlende geschützte Räumlichkeiten stellen für das Gesundheitspersonal ein tägliches Hindernis in der Befragung dar. Stationen in Krankenhäusern, die frei zugänglich sind (Finnbogadóttir et al., 2020), oder nicht ausreichend schallisolierte Zimmer in Praxen (Gómez-Fernández et al., 2019) könnten in der Befragung zu Partnerschaftsgewalt ein Sicherheitsrisiko darstellen und verhindern, dass schwängere Personen über ihre Gewalterfahrungen sprechen. Fehlende zeitliche Ressourcen können als ein weiteres organisationales Hindernis ausgemacht werden (Baird et al., 2013; Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Protheroe et al., 2004; Roelens et al., 2006; Stenson et al., 2005). Hebammen aus dem Vereinigten Königreich äußerten die Angst, aufgrund von zeitlichen Vorgaben und beruflicher Kapazitäten nicht angemessen auf eine Offenbarung von Partnerschaftsgewalt durch eine betroffene Frau reagieren zu können (Baird et al., 2013). In einer Studie unter schwedischen Hebammen wurde thematisiert, dass die Hebammen am Arbeitsplatz nicht genügend Zeit für alle Verpflichtungen hatten und folglich auch nicht genügend Zeit blieb, um auf mögliche Anzeichen von Gewalt zu achten. Die hohe Arbeitsbelastung führte dazu, dass eine rein medizinische

Abklärung Vorrang hatte (Finnbogadóttir et al., 2020). Auch spanische Hebammen sind der Meinung, dass sie mehr Zeit für die Betreuung der Frauen benötigen. Besonders bei einem mutmaßlichen oder bestätigten Fall von Partnerschaftsgewalt ist für den Besuch bei der Schwangeren mehr Zeit und organisationale Unterstützung erforderlich (Gómez-Fernández et al., 2019). Norwegische Hebammen benannten deutlich, dass sie sich im Klaren darüber sind, dass Gewalt ein Thema ist, das von ihnen angesprochen werden muss, und dieses Gespräch zeitaufwendig sein kann. Dabei äußerten sie Unsicherheit, wie sich dieser Zeitaufwand auf ihre anderen Aufgaben an dem Tag auswirken würde, und gaben an, das Thema Gewalt im stressigen Arbeitsalltag zu vergessen (Henriksen et al., 2017). Die fehlende Unterstützung der Fachkräfte durch den Arbeitgeber stellt ein weiteres organisationales Hindernis für die Durchführung der Befragung dar (Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017). Schwedische Hebammen fühlten sich in ihrer Herangehensweise an die von Gewalt betroffene Mutter und damit auch in Bezug auf das ungeborene Kind ungenügend. Um ihrem beruflichen Selbstverständnis entsprechend handeln zu können, benötigen sie Unterstützung durch den Arbeitgeber in Form von definierten Prozessen und klaren Richtlinien, die eine Weiterleitung an Einrichtungen oder eine Meldung von Gewalt erleichtern. Auch das Angebot von Supervision, Fallberatung oder persönlicher Beratung könnte den Arbeitsalltag der Hebammen erleichtern (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Mangelnde Sicherheitsmaßnahmen oder eine mangelnde Aufklärung über existierende Sicherheitsmaßnahmen (Fenne Fredriksen et al., 2021; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005) sind ebenfalls als organisationales Hindernis einzustufen. In einer Studie mit Hebammen aus dem Vereinigten Königreich übertrugen sich die Angst und mangelnde Sicherheit der betroffenen Frauen in einem hohen Maß auf die Hebammen. Obwohl das Screening vertraulich stattfand, äußerten die Hebammen häufig die Befürchtung, von wütenden Partnern der Frauen angegriffen zu werden. Einige Hebammen berichteten von bedrohlichen Begegnungen

mit Partnern von befragten Frauen. Auch die Sorge um die befragte Frau und eine eventuelle Verschärfung der Situation durch ihre durchgeführte Befragung beschäftigte die Hebammen (Mezey et al., 2003). Der Eindruck von Hebammen, ihre eigene Sicherheit sei in Gefahr, wenn sie Partnerschaftsgewalt aufdeckten, wurde auch in einer norwegischen Studie festgehalten (Fenne Fredriksen et al., 2021). Hierbei hat der Arbeitgeber dafür Sorge zu tragen, dass Hebammen und weiteres Gesundheitspersonal sich an ihrem Arbeitsplatz sicher genug fühlen, um ihre täglichen Aufgaben erfüllen zu können.

Erleichternde Faktoren in der Durchführung der Befragung

Neben den bereits exemplarisch vorgestellten Hindernissen in der Durchführung der Befragung wurden in verschiedenen Publikationen auch erleichternde Faktoren benannt. Hebammen und weitere medizinische Fachkräfte äußerten die Annahme, dass eine institutionelle oder nationale Verankerung der Befragung die Durchführung erleichtern könnte (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003). Norwegische Hebammen bestätigten, dass eine nationale Verankerung die Befragung erleichtert (Fenne Fredriksen et al., 2021). Ein weiterer erleichternder Faktor besteht in der Verknüpfung der Befragung mit dem beruflichen Rollenverständnis (Baird et al., 2013; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017). Dies konnten insbesondere Baird, Salmon & White (2013) in ihrer durchgeführten Nachfolgestudie feststellen. Die befragten Hebammen aus dem Vereinigten Königreich berichteten, dass sie eine deutliche Veränderung in ihrer beruflichen Rolle hinsichtlich der Ansprache von Gewalt wahrgenommen hatten und stolz darauf waren, potenziell betroffene Frauen zu unterstützen und ihren Weg zur Aufarbeitung ein Stück weit zu begleiten. Damit einher geht auch die Entwicklung von kreativen und innovativen Vorgehensweisen der Hebammen in dieser Studie, Hindernisse in der Befragung zu überwinden. Weitere erleichternde Faktoren können ein Zugewinn an Sicherheit in der Befragung durch Schulungen und Praxiserfahrungen (Baird et al., 2013), ein regelmäßiger Aus-

tausch unter Kolleginnen und Kollegen (Fenne Fredriksen et al., 2021) und das persönliche Interesse der Fachkräfte an dem Thema *Gewalt gegen schwangere Personen* sein (Henriksen et al., 2017; Martins et al., 2023). Ausschlaggebend aus der Perspektive der Fachkräfte schien der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu Klientinnen zu sein (Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir et al., 2020; Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015). Die in Italien befragten Hebammen betonten im Verlauf der durchgeführten Interviews wiederholt die Bedeutung eines Beziehungsaufbaus zu und einer Kontinuität in der professionellen Beziehung mit potenziell von Partnerschaftsgewalt betroffenen Frauen. Dies würde das vertrauensvolle Umfeld schaffen, das die Personen dazu ermutigen würde, auch intime Themen wie Gewalt in der Partnerschaft zu besprechen (Mauri et al., 2015).

7.2.3 Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal

Aspekte zur Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal wurden in insgesamt 23 Publikationen ausfindig gemacht. In den nächsten Unterkapiteln wird vertieft auf den Schulungsbedarf, die Ausgestaltung und Ergebnisse von durchgeführten Schulungen und Wünsche hinsichtlich der Schulungsinhalte eingegangen.

Der Schulungsbedarf des Fachpersonals

Das Fachpersonal ist sich nicht immer sicher, inwiefern Partnerschaftsgewalt im eigenen Tätigkeitsbereich eine Rolle spielt (Henriksen et al., 2017) und wie hoch die entsprechende Prävalenz sein kann (Lazenbatt et al., 2009; Roelens et al., 2006). In einer Querschnittstudie mit Hebammen im Vereinigten Königreich stellten Lazenbatt, Taylor & Cree fest, dass zwei Drittel der befragten Hebammen das Ausmaß von Partnerschaftsgewalt unter ihren Patientinnen unterschätzten (Lazenbatt et al., 2009). In Interviews mit norwegischen Hebammen wurde von einigen Teilnehmenden die Annahme geäußert, sie würden in einem geografischen Gebiet mit wenig Gewaltvorkommnissen arbeiten, da

die betreuten Schwangeren zu einem großen Teil akademisch gebildet waren (Henriksen et al., 2017).

Zurückzuführen ist dieser Schulungsbedarf möglicherweise auf die fehlenden (Finnbogadóttir & Dykes, 2012) oder nicht flächendeckend angebotenen (Marchant et al., 2001; Torres-Vitolas et al., 2010) Schulungen, sodass die Kenntnisse der Fachkräfte zu Gewalt gegen Frauen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind (Fenne Fredriksen et al., 2021; Torres-Vitolas et al., 2010). Eine marginale Thematisierung von Gewalt gegen Frauen in der Ausbildung von Hebammen kann in diesem Zusammenhang ebenfalls problematisiert werden (Salmon et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999). Mit diesem Umstand waren auch Salmon, Ed & Murphy (2006) konfrontiert, die eine Evaluation mit Hebammen zu einer Intervention mit Schulungen zu Gewalt im Vereinigten Königreich durchgeführt hatten. Sie konnten feststellen, dass die 79 teilnehmenden Hebammen nur wenig Ausbildung oder Erfahrung im Umgang mit Partnerschaftsgewalt vorweisen konnten, was sich durch die angebotene Schulung eindeutig änderte. Weiterhin können Fachkräfte nur in vereinzelten Fällen spezifische Einrichtungen für Opfer von Gewalt gegen Frauen benennen, was auf eine fehlende Vernetzung schließen lässt (Foy et al., 2000; Marchant et al., 2001) und die Übermittlung von gesichert gewaltbetroffenen Schwangeren erschwert. Dennoch konnte in verschiedenen Studien eine Basis von theoretischen Kenntnissen zum Thema Gewalt gegen Frauen unter den Fachkräften festgestellt werden (Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015; Gómez-Fernández et al., 2017, 2019; Lazenbatt et al., 2009; Roelens et al., 2006). Vom Fachpersonal selbst wird die teilweise unzureichende Ausbildung zu Gewalt gegen Schwangere ebenfalls thematisiert und problematisiert, besonders hinsichtlich des Gefühls, für die Befragungen von Schwangeren nicht ausreichend vorbereitet zu sein (Foy et al., 2000; Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015; Scobie & McGuire, 1999). Italienische Hebammen sprachen ihre Unsicherheiten hinsichtlich der Erkennung von und dem Umgang mit Gewalterfahrungen bei ihren Klientinnen an. Diese Unsicherheit führten sie auf fehlende Schulungen zurück (Mauri et al., 2015). Einzelne Hochschulen schei-

nen auf dieses Thema zu reagieren, wie in der Fokusgruppen-Studie von Bradbury-Jones und Broadhurst (2015) deutlich wird. Studierende im letzten Abschnitt der Hebammenwissenschaften und Krankenpflege im Vereinigten Königreich wurden zu den gelehrten Inhalten hinsichtlich Partnerschaftsgewalt befragt. Dabei wurde deutlich, dass theoretisches Wissen zu Gewalt in Partnerschaften gelehrt und von den Studierenden als wichtig empfunden wird. Dieser theoretische Wissensstand konnte allerdings nur selten in der Praxis eingeübt werden. Die Studierenden problematisierten die fehlende Übersetzung der Theorie in die Praxis und waren besorgt über ihre fehlende Kompetenz in der Befragung zu Gewalt. Da es vorwiegend junge Fachkräfte sind, die mit theoretischem Wissen ausgestattet wurden, können ältere Fachkräfte ohne weiterführende Schulungen eine Herausforderung in der Praxis darstellen. In einer portugiesischen Studie von Martins et al. (2023) wurden Fachkräfte in einer Querschnittstudie befragt. Das Forschungsteam empfiehlt als Schlussfolgerung für die Praxis unter anderem, älteren Fachkräften besondere Aufmerksamkeit im Hinblick auf Schulungsangebote zukommen zu lassen, um ihre fachlichen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten wiederkehrend in ihrer beruflichen Laufbahn zu aktualisieren.

Schulungswünsche des Fachpersonals

Das Fachpersonal äußerte in verschiedenen Studien Wünsche zum Umfang oder der Ausgestaltung von Schulungen. Grundsätzlich wünschen sich Fachkräfte mehr Schulungen von den Einrichtungen, in denen sie tätig sind (Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015; Gómez-Fernández et al., 2019; Roelens et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999). Spanische Hebammen wurden zu möglichen Verbesserungsstrategien im Erkennen von Gewalt interviewt und schlugen, neben einigen anderen Maßnahmen, mehr Fortbildungen zum Thema vor. Alle Teilnehmenden waren der Meinung, dass sie bisher zu wenig von ihrem Arbeitgeber informiert wurden und eingehendere Informationen benötigen, um ihre Fähigkeiten bei der Erkennung von Gewalt zu verbessern (Gómez-Fernández et al., 2019). Hebammen in Schweden wünschen

sich landesweite und alle medizinischen Disziplinen abdeckende Schulungen, um sich einerseits auf alle Fachkräfte im Gesundheitssystem in der Zusammenarbeit verlassen zu können und andererseits ein Betreuungsnetz für betroffene Frauen zu garantieren (Finnbogadóttir et al., 2020). Ähnliche Ergebnisse lassen sich bei der Befragung von norwegischen Hebammen feststellen (Fenne Fredriksen et al., 2021). In der Befragung von Dozierenden an spanischen Hochschulen wurde deutlich, dass der Umfang der Thematisierung von Gewalt in der Ausbildung von Krankenpflegerinnen und Hebammen davon abhängig ist, an welcher Hochschule sie unterrichtet werden. Befragte Dozierende sprechen sich deshalb dafür aus, dass Bildungsbehörden sicherstellen sollten, dass das Thema Partnerschaftsgewalt an allen Hochschulen und Universitäten in Studiengängen von Gesundheitsberufen in die Ausbildungspläne aufgenommen werden (Gómez-Fernández et al., 2017). Die Schulungen der Fachkräfte sind nicht nur hinsichtlich der Vermittlung von Methoden zur Ansprache von Gewalt ausschlaggebend, sondern können für Hinweise auf Gewalt sensibilisieren (Bacchus et al., 2003) und das Verständnis für die Situation der gewaltbetroffenen Frauen fördern (Baird & Salmon, 2012).

Ausgestaltung und Ergebnisse durchgeführter Schulungen

Zur Entwicklung von nachhaltigen und wirksamen Schulungen wurden verschiedene Faktoren benannt. Deutlich wurde, dass Schulungen an die Zielgruppe der Schulung angepasst sein (Bacchus et al., 2010; Martins et al., 2023; Torres-Vitolas et al., 2010), nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern auch einen Schwerpunkt auf die Entwicklung von Fähigkeiten zur Befragung setzen (Bacchus et al., 2003; Gómez-Fernández et al., 2017; Martins et al., 2023; Price et al., 2005; Salmon et al., 2006; Torres-Vitolas et al., 2010) und nicht als einmalige Einheit durchgeführt, sondern mit kontinuierlicher Anleitung und Supervision verbunden werden (Bacchus et al., 2002, 2010; Onifade et al., 2010; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010) sollten. Eine Intervention zur Verhinderung von Gewalt gegen schwangere Frauen im Vereinigten Königreich beinhaltete unter anderem gemein-

schaftliche Schulungen für verschiedene medizinische Disziplinen. In der Evaluation wurde deutlich, dass Fachkräfte es bevorzugen würden, angepasste Schulungen für ihren jeweiligen Arbeitsbereich zu erhalten. Weitere Vorschläge der Fachkräfte bezogen sich auf eine vermehrte Nutzung von erfahrungsorientiertem Lernen in den Schulungen und ein verstärktes Vermitteln von Fähigkeiten, verbunden mit Feedback-Runden. Die während der Intervention durchgeführten Schulungen erreichten nicht die umfassende Etablierung von systematischen Befragungen durch die Fachkräfte. Das Forschungsteam schlussfolgerte, dass Folge-Schulungen und regelmäßige Supervision notwendig sind, um nachhaltige Effekte in der Praxis des Gesundheitspersonals zu erzielen (Bacchus et al., 2010). Die Notwendigkeit von Folge-Schulungen bestätigte sich ebenfalls in einer französischen Studie, in der Fachkräfte eines Pariser Krankenhauses eine kurze einmalige Schulung erhielten und im Nachgang keine Veränderung hinsichtlich der Screening-Bereitschaft des Personals und kein erweitertes Verständnis der Problematik festzustellen waren (Duchesne et al., 2021). Weitere Ergebnisse von Schulungen für Fachkräfte, die im Rahmen von Studien durchgeführt wurden, sind der statistisch signifikante Anstieg der Kenntnisse, eine Veränderung der vorherigen Überzeugungen, die zu einem wirksamen Abbau von Stereotypen führen können (Salmon et al., 2006) und die gewonnene Sicherheit in der Befragung schwangerer Frauen zu Gewalt und hinsichtlich Gewalt im allgemeinen (Torres-Vitolas et al., 2010).

7.2.4 Haltung des Fachpersonals

Die Haltung des Fachpersonals kann in persönliche Einstellungen und ein berufliches Rollenverständnis untergliedert werden und wird in insgesamt zehn identifizierten Publikationen thematisiert.

Die persönlichen Einstellungen und die Sozialisation des Fachpersonals können unter Umständen handlungsleitend in der Erkennung von und Befragung zu Partnerschaftsgewalt sein (Martins et al., 2023). Lazenbatt, Thompson-Cree & McMurray (2005) haben zu diesem Zweck ein Tool auf seine Eignung getestet. Der *Midwives' Attitudes to*

Domestic Violence Scale (MADVS) wurde konzipiert, um Einstellungen und stereotype Vorstellungen von Hebammen im Zusammenhang mit der Erkennung von und dem Umgang mit Gewalt in der Praxis zu bewerten. Neben der Feststellung, dass der MADVS ein zuverlässiges Instrument zur Messung der Ein- und Vorstellungen von Hebammen sein kann, wurden die Einstellungen der untersuchten Hebammen deutlich. Der Großteil stimmte zahlreichen Mythen oder Stereotypen im Zusammenhang mit Gewalt nicht zu. Bei Hebammen, die für Stereotype empfänglich waren, wurde ein Zusammenhang mit fehlenden Schulungen und Informationen zum Thema festgestellt. In Interviews mit italienischen Fachkräften wurde deutlich, dass sich persönliche Einstellungen auf das berufliche Rollenverständnis übertragen können. Einige der Teilnehmenden äußerten die Ansicht, dass eine Frau im Falle von Partnerschaftsgewalt auf ihr eigenes Selbstwertgefühl zurückgreifen kann, um sich selbst zu respektieren und in diesem Zuge Respekt von ihrem Partner zu verlangen. Diese Verortung von Partnerschaftsgewalt im individuellen Verhalten der Frau führte dazu, dass die befragten Personen das Thema nicht als eine Angelegenheit des Gesundheitswesens betrachteten (Procentese et al., 2019).

Zu einem großen Teil erkennen Hebammen das Thema Gewalt gegen Frauen allerdings als eine hohe Priorität an (Fenne Fredriksen et al., 2021; Gómez-Fernández et al., 2019; Lazenbatt et al., 2009; Stenson et al., 2005; Zobbi et al., 2022) und sehen dabei das Gesundheitswesen und insbesondere Hebammen in einer führenden Rolle zur Thematisierung dieser Gewalt und Unterstützung für die Betroffenen (Salmon et al., 2006, 2013; Scobie & McGuire, 1999; Siller et al., 2022; Stenson et al., 2005). In drei der identifizierten Publikationen wird herausgestellt, dass Hebammen sich eher in der Rolle der Erkennung von Gewalt sehen, um die betroffene Frau anschließend an Fachstellen weiterzuleiten. Die Beratung gewaltbetroffener Frauen kann von Hebammen nicht geleistet werden (Gómez-Fernández et al., 2019; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005). Um den Umfang der Leistungen von Hebammen gegenüber gewaltbetroffenen Frauen festzulegen, sollte eine klare Regelung getroffen werden, welche Profession bis zu welchem Punkt

Verantwortung für die Betroffenen übernimmt (Mauri et al., 2015; Price et al., 2005; Stenson et al., 2005). In einer Studie mit Hebammen aus dem Vereinigten Königreich wurde das Rollenverständnis der Befragten deutlich. Obwohl die Hebammen zu Beginn der Intervention unsicher in der Befragung zu Gewalt waren, sahen sie die Thematisierung davon nicht nur als Priorität aller Gesundheitsberufe, sondern sich als Hebammen in einer führenden Rolle. Sie waren der Meinung, eine Schlüsselrolle im Umgang mit Gewalt innezuhaben, und äußerten die Wahrnehmung, eine Verpflichtung zu haben, soziale Aspekte in ihren Arbeitsalltag einzubeziehen (Price et al., 2005). Die Hebammen einer weiteren Studie aus dem Vereinigten Königreich schlossen sich am Ende ihrer Schulung und der Implementierung von systematischen Befragungen dieser Einschätzung zum großen Teil an. Einige der Befragten waren allerdings schon zu Beginn der Meinung, dass sie mit der Verpflichtung zur Befragung eine weitere neue Rolle übernehmen müssten, in der sie sich schlecht vorbereitet fühlten. Im Laufe der Zeit lehnten selbst die zu Beginn begeisterten Hebammen ihre neue Verpflichtung ab. Dieser abnehmende Enthusiasmus wurde von dem Forschungsteam auf einen allgemeinen Mangel an Moral innerhalb des Hebammenwesens, eine hohe Personalfuktuation und eine ständig zunehmende Arbeitsbelastung zurückgeführt (Mezey et al., 2003). Italienische Hebammen sahen alle Gesundheitsfachkräfte in der Pflicht, Anzeichen für Gewalt erkennen zu können. Gleichzeitig erkannten sie zu einem großen Teil an, dass die Hebamme eine wichtige Rolle in der Erkennung von Gewalt spielt. Ihre eigene Rolle sei wie eine Brücke zu verstehen: Sie können von Partnerschaftsgewalt betroffene Frauen erkennen, müssen diese aber anschließend an entsprechende Fachkräfte weiterleiten (Mauri et al., 2015).

7.2.5 Spezifische Situation geflüchteter Frauen

In insgesamt zwei inkludierten Studien wurde die spezifische Situation migrantischer Frauen thematisiert. In den zwei schwedischen Studien von Byrskog et al. (2015, 2016) wird die Situation von schwangeren

Frauen, die in Somalia geboren sind, untersucht. Dabei wurden in einer Studie schwedische Hebammen und in einer weiteren Studie die somalischen Frauen befragt. Die somalischen Frauen reagierten zögerlich auf die Fragen der schwedischen Hebammen nach Gewalt. Ihre Reaktion führten die Frauen darauf zurück, dass sie ihre von Kriegs- und teilweise Partnerschaftsgewalt geprägte Vergangenheit hinter sich lassen und nicht mehr darüber sprechen wollten. Außerdem waren die Frauen unsicher, da sie die Fragen der Hebammen als eine Einmischung des Staates in private Angelegenheiten wahrnahmen. Erst eine vertrauliche Beziehung zur Hebamme konnte diese Unsicherheiten mindern (Byrskog et al., 2016). Die schwedischen Hebammen wiederum befragten die somalischen Frauen selten zu Partnerschaftsgewalt, da sie die Frauen zwar als vulnerabel, aber dennoch als stark und unabhängig wahrnahmen. Diese Wahrnehmung führte zu der Annahme, dass diese Klientinnen Partnerschaftsgewalt nicht zulassen würden. Außerdem waren viele der Frauen ohne ihren Partner nach Schweden gekommen (Byrskog et al., 2015). Wenn die Partner der schwangeren Frauen nach Schweden flüchten konnten, überwogen zunächst die Glücksgefühle über die Familienvereinigung. Langfristig konnte allerdings eine Entwicklung von Spannungen innerhalb der Partnerschaft auftreten. Diese konnten durch die, von den somalischen Frauen geschätzten, schwedischen rechtlichen Regelungen zur Gleichberechtigung der Geschlechter entstehen. Die dadurch stattfindende Machtverschiebung konnte zu gewaltvollen Übergriffen in der Partnerschaft führen (Byrskog et al., 2016). Den schwedischen Hebammen fiel es in der Arbeit mit den somalischen Frauen oft schwer, Gewalt zu definieren, um sie zu besprechen. Besonders verschiedene Ansichten hinsichtlich psychischer und emotionaler Gewalt, aber auch zu nicht konsensuellem Sex in der Ehe, forderten von den schwedischen Hebammen kulturelle Kompetenz. Dennoch konnten die schwedischen Hebammen für die somalischen Frauen eine Brücke in die neue Heimat bilden. Die befragten Hebammen machten die Erfahrung, dass Fragen zu Gewalt häufig Möglichkeiten wurden, ihre Klientinnen über ihre Rechte und die verfügbare soziale Unterstützung aufzuklären (Byrskog et al., 2015).

7.2.6 Inter-, multi- und intradisziplinäre Zusammenarbeit unter Fachkräften

Sowohl die Zusammenarbeit unter den Fachkräften einer Disziplin als auch die Zusammenarbeit mit Fachkräften anderer Disziplinen kann die Unterstützung schwangerer Frauen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, beeinflussen und wurde in elf identifizierten Publikationen behandelt.

Intradisziplinäre Zusammenarbeit wurde in drei Publikationen als hilfreich unter Hebammen herausgestellt. Hebammen befinden sich häufig in unterschiedlichen Arbeitsumgebungen und -bereichen und sehen Formate zum Austausch als eine wichtige Ressource an (Halsall & Marks-Maran, 2014; Henriksen et al., 2017; Lazenbatt et al., 2009). In dem Artikel von Halsall und Marks-Maran wird die Methode eines World Café im Rahmen eines Workshops für Hebammen und Hebammen-Studierende im Vereinigten Königreich als eine Form des intradisziplinären Austauschs angewandt. Das World Café soll einen freien Austausch zu beruflichen Themen in einer gelockerten Umgebung erleichtern. Dazu wurde eine anleitende Frage zu Möglichkeiten der Motivation für Hebammen, Opfer von Gewalt besser zu informieren und zu unterstützen, gestellt. Diese wurde zunächst in Kleingruppen und anschließend im Plenum besprochen. Die anschließende Auswertung der Methode ergab, dass die Teilnehmenden den Workshop sehr geschätzt hatten. Sie fanden dort Anregungen und einen sicheren Ort für die Entwicklung von Ideen für den eigenen Arbeitsalltag (Halsall & Marks-Maran, 2014).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann sowohl hinsichtlich der Konzeption und Durchführung von Interventionen im Anschluss an die Identifizierung von Gewalt gewinnbringend sein (Bacchus et al., 2010; Zobbi et al., 2022) als auch einen wichtigen Faktor zur Weiterentwicklung und Anpassungen von Befragungspraktiken darstellen (Martins et al., 2023; Mauri et al., 2015; Price et al., 2005; Salmon et al., 2006). So hat es sich beispielsweise positiv für die Betroffenen ausgewirkt, wenn sie durch medizinische Fachkräfte als von Gewalt betroffen identifiziert und an eine spezialisierte Beratungsstelle weiter-

geleitet wurden. Der Großteil der Frauen, die noch zum Zeitpunkt der Weiterleitung mit dem Täter zusammenlebten, konnten sich mit Unterstützung der Beratungsstelle sicher von ihm lösen (Bacchus et al., 2010). Bereits das Vorhandensein einer Beratungsstelle vor Ort kann als Unterstützung für die medizinischen Fachkräfte wirksam werden und direkte Weiterleitungen von betroffenen Frauen erleichtern (Onifade et al., 2010). Der Wunsch von Fachkräften zur Etablierung professioneller Netzwerke zur Unterstützung der betroffenen schwangeren Frauen und ihnen selbst wird in einigen der identifizierten Publikationen benannt (Bacchus et al., 2002; Edin & Högberg, 2002; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Mauri et al., 2015; Salmon et al., 2006). In einer schwedischen Studie äußerten Hebammen den Wunsch nach einer interdisziplinären Vernetzung, um betroffene schwangere Frauen zuverlässig an die richtige Einrichtung weiterleiten zu können (Edin & Högberg, 2002). Dieser allgemeine Wunsch wurde weiterhin spezifiziert. Die Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren zu Gewalt gegen Frauen (Gómez-Fernández et al., 2019; Salmon et al., 2006; Torres-Vitolas et al., 2010) und ein interdisziplinäres Gewaltmanagement (Mauri et al., 2015) wurden dabei explizit benannt. Spanische Hebammen sprachen sich für eine enge Zusammenarbeit mit auf Partnerschaftsgewalt spezialisierten Zentren aus, um Weiterleitungen zu vereinfachen und Fragen zu spezifischen Fällen zu ermöglichen (Gómez-Fernández et al., 2019). Ein weiterer Wunsch sieht vor, dass in jeder Einheit der Schwangerenvorsorge und in gynäkologischen Praxen eine Liste bestehender Dienste zur Weiterleitung vorhanden sein sollte (Henriksen et al., 2017; Roelens et al., 2006). In einer belgischen Studie konnte herausgestellt werden, dass eine Routine hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden besteht. Jede schwangere Frau hat im Rahmen ihrer Schwangerenvorsorge mindestens einen Termin mit einer Sozialarbeitenden (Jeanjot et al., 2008). Hinsichtlich der Arbeit mit geflüchteten Frauen merken Byrskog et al. an, dass eine Zusammenarbeit von lokalen Communitys, Schwangerenvorsorge und Sozialer Arbeit für die geflüchteten schwangeren Frauen eine nachhaltige Unterstützung in der Umbruchszeit sein könnte (Byrskog et al., 2016).

Um eine solche Zusammenarbeit unter den Disziplinen anzustoßen und zu fördern, müssen zunächst Barrieren zwischen den Berufsgruppen abgebaut werden, was eine langwierige Aufgabe darstellen kann. In der Studie von Martins et al. wurde deutlich, dass auch innerhalb von Einrichtungen Barrieren zwischen den angestellten Disziplinen existieren, die zum Gelingen einer Zusammenarbeit für die Klientinnen abgebaut werden sollten. Weiterhin schlussfolgert das Forschungsteam, dass zusammenhängende, koordinierte und vorbereitete multidisziplinäre Gesundheitsteams ein wichtiger Faktor zur Förderung besserer Praktiken in der portugiesischen Gesundheitsversorgung sein könnten (Martins et al., 2023). Eine Möglichkeit zur interdisziplinären Vernetzung präsentierten Baird und Salmon, die eine Kohortenstudie zu einem interaktiven Theaterstück im Vereinigten Königreich durchführten. Die Teilnehmenden waren in unterschiedlichen Disziplinen tätig, von Sozialarbeit über Bewährungshilfe zu Gefängnisaufsicht. Das Theaterstück diente als fiktionaler Fall einer schwangeren, von Partnerschaftsgewalt betroffenen Frau, in dem die Teilnehmenden eine von ihrem beruflichen Alltag abweichende Rolle einnehmen und somit einen Perspektivwechsel vornehmen mussten. Im Anschluss berichteten die Teilnehmenden von einem größeren Verständnis für die anderen Disziplinen. Eine langfristige Vernetzung der Teilnehmenden konnte durch die breite geografische Verteilung nicht erreicht werden, allerdings konnte die Bedeutung von interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Arbeit für die Klientinnen nachdrücklich vermittelt werden (Baird & Salmon, 2012).

7.2.7 Institutionelle Anforderungen

Institutionelle Anforderungen werden in insgesamt 29 der identifizierten Publikationen thematisiert. Als Kern der institutionellen Anforderungen lässt sich aus einer Vielzahl der Publikationen die Etablierung interner Vorgaben und Prozesse für Fachkräfte entnehmen (Bacchus et al., 2003; Edin & Högberg, 2002; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Halsall & Marks-Maran, 2014; Henriksen et al., 2017; Marchant et al., 2001; Price et al., 2005; Roelens

et al., 2006; Salmon et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010). Die Notwendigkeit solcher Leitlinien konnte sowohl aus direkten Forderungen der Fachkräfte als auch aus den Einschätzungen der Forschenden hervorgehen. In einer Studie aus Schweden, in der Fokusgruppengespräche mit Hebammen durchgeführt wurden, wird die Bedeutung interner Leitlinien deutlich. Hierbei wurden die Unsicherheit und das Unwohlsein der Befragten thematisiert. Die Hebammen in den Fokusgruppen schilderten, dass sie sich ohne funktionierende Prozesse der Weiterleitung und Aufgabenzuschreibung selbst in der Verantwortung für den Schutz der betroffenen Frau und des ungeborenen Kindes sahen. Grundsätzlich schilderten sie einen Mangel an aktuellen Richtlinien, der zu Ratlosigkeit führte, wenn sie mit Gewalterfahrungen von schwangeren Frauen konfrontiert wurden. Ein detaillierter interner Aktionsplan, der Weiterleitung und die Zusammenarbeit mit weiteren Professionen einbezieht, könnte Fachkräften Handlungssicherheit vermitteln (Finnbogadóttir et al., 2020). Einen in solchen Leitlinien zu regelnden Aspekt stellt die Dokumentation der festgestellten Gewalt dar. Diese sollte intern einheitlich durchgeführt werden und für die Patientinnen sicher und gleichzeitig ausführlich genug für ein eventuelles gerichtliches Vorgehen konzipiert sein (Bacchus et al., 2010; Gómez-Fernández et al., 2019; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004). Weiterhin stellen eine Reihe von Publikationen fest, dass Fachkräfte, insbesondere Hebammen, hinsichtlich ihrer zeitlichen und räumlichen Ressourcen von ihrem Arbeitgeber unterstützt werden müssten (Bacchus et al., 2002, 2003; Byrskog et al., 2015; Finnbogadóttir et al., 2020; Garnweidner-Holme et al., 2020; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004; Stenson et al., 2005; Zobbi et al., 2022). In einer Studie aus dem Vereinigten Königreich wird die Belastung von Hebammen deutlich. Zunächst konnten einige Hebammen aufgrund des Personalmangels und der Personalfluktuations an den Schulungen zu Gewalt gegen Schwangere nicht teilnehmen, andere benötigten individuelle Schulungseinheiten, weil ihr voller Terminkalender eine Teilnahme an den regulären Schulungen nicht zuließ. In den Interviews äußerten die Hebammen eben-

falls Zeitmangel als eines der größten Hindernisse der Befragung. Das Forschungsteam äußerte in der Auswertung die Bedenken hinsichtlich der Praktikabilität von regelmäßigen Screenings unter den belastenden Bedingungen des klinischen Dienstes und schlussfolgerte, dass ein Programm zur Bekämpfung von Gewalt unter anderem dann umgesetzt und aufrechterhalten werden kann, wenn aktive Unterstützung bei der Bewältigung der zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt wird (Mezey et al., 2003). In einigen Publikationen konnte außerdem die Bedeutung von Unterstützungsmechanismen für die Fachkräfte selbst identifiziert werden (Bacchus et al., 2010; Finnbogadóttir et al., 2020; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004; Scobie & McGuire, 1999). In einer, bereits zu fehlenden Leitlinien diskutierten, schwedischen Studie äußern Hebammen auch das Aufkommen eigener Emotionen, wenn Klientinnen ihre Gewalterfahrungen offenlegten. In diesen Situationen fühlten sich die Hebammen einsam und empfanden es als schwierig, die Gedanken an die Situation der betroffenen Frau nach Feierabend loszulassen. Das Forschungsteam schlussfolgert aus diesen erhobenen Daten, dass Einrichtungen Hebammen in jedem Fall unterstützen und für diese Arbeitssituation mehr Verantwortung übernehmen müssen (Finnbogadóttir et al., 2020). Stöckl et al. subsumieren in ihrer deutschen Studie, dass Programme zur Bekämpfung von Partnerschaftsgewalt am erfolgreichsten hinsichtlich der Befragungs- und Erkennungsraten sind, wenn sie mit institutioneller Unterstützung, wirksamen Befragungsprotokollen, gründlicher Aus- und Fortbildung der Fachkräfte und einem sofortigen Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten für die gewaltbetroffenen Frauen einhergehen. Eine institutionelle Unterstützung, konkretisieren sie, umfasst Investitionen, Genehmigungen und Unterstützung für die Implementierung eines solchen Programms und beinhaltet auch die Herstellung von Netzwerken im Umkreis (Stöckl et al., 2013). Fehlen diese internen Strategien und organisatorischen Prozesse in den Einrichtungen, kann dies auch die Überzeugungen der Mitarbeitenden hinsichtlich der Befragung und Intervention zu Gewalt gegen Schwangere negativ beeinflussen (Procentese et al., 2019) oder dazu führen, dass sich einzelne Fachkräfte mit

der Anforderung an sie allein gelassen fühlen (Finnbogadóttir et al., 2020).

Diese institutionelle Unterstützung und die geforderten Leitlinien lassen sich allerdings nicht auf einzelne Einrichtungen beschränken. Das gesamte Gesundheitssystem sollte Vorgaben zum Schutz gewaltbetroffener Schwangerer und zur Entlastung von alleiniger Verantwortung einzelner Berufsgruppen implementieren (Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Martins et al., 2023). Zu diesem Zweck und zur Steuerung der Arbeitsbelastung, der Förderung der Vernetzung und dem Bereitstellen von Übersetzungsdiensten werden entsprechende finanzielle Mittel aus der Politik benötigt (Gómez-Fernández et al., 2019; Price et al., 2005). Die Politik ist, mit Torres-Vitolas, Bacchus & Aston gesprochen, ausschlaggebend für den Erfolg der Maßnahmen im Gesundheitssektor zur Bekämpfung von Gewalt gegen schwangere Frauen (Torres-Vitolas et al., 2010). Denn nicht nur die Bereitstellung finanzieller Mittel oder die Steuerung der Ressourcen ist von politischen Entscheidungen abhängig, auch die Vorgabe zu flächendeckenden Schulungen zu Gewalt in Partnerschaften könnte von Bildungs- und Gesundheitsbehörden festgelegt und durchgeführt werden, ebenso wie die Verpflichtung zur systematischen Befragung von schwangeren Frauen und die Weiterleitung an spezialisierte Einrichtungen (Gómez-Fernández et al., 2017; Procentese et al., 2019; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010).

Zur Aufrechterhaltung eines bereits implementierten Programms zur Bekämpfung von Gewalt gegen Schwangere sind mehrere Faktoren von Bedeutung. Fünf Publikationen treffen die Aussage, dass die Aufrechterhaltung einer aktiven Überwachung und Prüfung ebenso wie Unterstützungs- und Verstärkungsstrategien und einer unermüdlichen Beteiligung der Leitungen in den unterschiedlichen Einrichtungen bedarf (Mezey et al., 2003; Procentese et al., 2019; Roelens et al., 2006; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010). Diese Beteiligung der Leitungen kann die Festlegung und Überwachung von Routinen, die Bereitstellung von Schulungen, das persönliche Gespräch und die Be-

ratung als auch das Feedback an Fachkräfte umfassen (Stenson et al., 2005).

7.3 Synthese

Die Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, kann mit folgenden Bereichen zusammengefasst werden: *Systematische und fallbezogene Befragung, Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal, Haltung des Fachpersonals, Spezifische Situation geflüchteter Frauen, Inter-, multi- und intradisziplinäre Zusammenarbeit unter Fachkräften und Institutionelle Anforderungen*. Im Folgenden werden die aufgezeigten Vorgehensweisen kurz zusammengefasst, um im nächsten Unterkapitel einer Diskussion unterzogen zu werden.

7.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die *systematische Befragung* kann die Wahrscheinlichkeit, von Gewalt betroffene schwangere Frauen zuverlässig zu erkennen, erhöhen (Bacchus et al., 2004, 2010). Weiterhin könnte die systematische Vorgehensweise ein Stigma zu Partnerschaftsgewalt aufbrechen und Gesprächsräume zum Thema eröffnen (Bacchus et al., 2002; Salmon et al., 2013). Einige Fachkräfte befragen schwangere Frauen bereits zu Partnerschaftsgewalt, allerdings nicht systematisch (Foy et al., 2000; Marchant et al., 2001; Martins et al., 2023; Onifade et al., 2010). Manche Hebammen (Gómez-Fernández et al., 2019; Stenson et al., 2005) und Angehörige weiterer medizinischer Disziplinen (Roelens et al., 2006) formulieren den eindeutigen Wunsch nach objektiven Instrumenten zur Feststellung von Gewalt bei schwangeren Frauen. Während Hebammen sich eher für die Implementierung systematischer Befragung aussprechen (Lazenbatt et al., 2009; Mauri et al., 2015; Zobbi et al., 2022), wird die Wirksamkeit solcher Befragungen von anderen medizinischen Disziplinen eher in Frage gestellt (Roelens et al., 2006). Eine *fallbezogene Befragung* scheint in der Durchführung häufig unklar in

den Vorgaben (Protheroe et al., 2004; Stenson et al., 2005) und fehleranfällig hinsichtlich der Beurteilung der potenziellen Gewaltbetroffenheit der schwangeren Frauen (Edin & Högberg, 2002; Lazenbatt et al., 2009). Die Schwangerenvorsorge scheint für die Befragung zu vorliegender Partnerschaftsgewalt eine passende Gelegenheit (Bacchus et al., 2010; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; McDonnell et al., 2006), insbesondere wenn sie durch Hebammen durchgeführt wird (Stenson et al., 2001). Ob die Schwangerschaft auch der geeignete Zeitraum für Interventionen sein kann, scheint bisher noch unklar (Andreasen et al., 2023). Die Befragungen werden größtenteils von schwangeren Frauen akzeptiert (Bacchus et al., 2002; Boyle & Jones, 2006; McDonnell et al., 2006; Stöckl et al., 2013), wenn sie durch geschultes und empathisches Personal (Bacchus et al., 2002, 2003, 2010; Duchesne et al., 2021) mit genügend Zeit (Bacchus et al., 2002; Boyle & Jones, 2006), in einem geschützten Raum (Bacchus et al., 2002) und unter vertraulichen Bedingungen (Byrskog et al., 2016; Garnweidner-Holme et al., 2017) durchgeführt werden. Die Befragung zu Partnerschaftsgewalt sollte dabei mehrmals (Bacchus et al., 2002, 2004) und souverän innerhalb des Zeitraums der Schwangerschaft durch Fachkräfte durchgeführt werden (Bacchus et al., 2003, 2010; Boyle & Jones, 2006). Die Möglichkeit einer individuellen Ansprache sollte dabei weiterhin gegeben sein (Garnweidner-Holme et al., 2017) und eventuelle Vorbehalte schwangerer Frauen gegenüber staatlich wirkenden Einrichtungen sollten berücksichtigt werden (Flaathen et al., 2021; Garnweidner-Holme et al., 2017). Fachkräfte erkennen selbst an, dass sie Schulungen benötigen, um gegenüber potenziellen Opfern von Partnerschaftsgewalt handlungsfähig (Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; Procentese et al., 2019) und nicht überfordert (Jeanjot et al., 2008; Roelens et al., 2006) zu sein. Um den Anforderungen an die Befragungen gerecht zu werden, benötigen Fachkräfte genug Zeit, die ihnen im Arbeitsalltag oft nicht zur Verfügung steht (Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Stenson et al., 2005).

Herausforderungen hinsichtlich der Befragung von schwangeren Frauen zu erlebter Partnerschaftsgewalt stellen die kontinuierliche An-

wesenheit des Partners (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017), Sprachbarrieren (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Garnweidner-Holme et al., 2017; Gómez-Fernández et al., 2017), fehlende geschützte Räume (Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019), fehlende zeitliche Ressourcen (Baird et al., 2013; Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Protheroe et al., 2004; Roelens et al., 2006; Stenson et al., 2005), mangelnde Sicherheitsmaßnahmen oder eine mangelnde Aufklärung über diese (Fenne Fredriksen et al., 2021; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005) und die fehlende Unterstützung durch die Arbeitgeber dar (Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017). Erleichtert wird die Befragung wiederum durch eine institutionelle oder nationale Verankerung der Befragung zu Partnerschaftsgewalt (Baird et al., 2013; Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mezey et al., 2003), eine Verknüpfung der Notwendigkeit der Befragung mit der beruflichen Rolle (Baird et al., 2013; Gómez-Fernández et al., 2019; Henriksen et al., 2017), einen Zugewinn an Sicherheit in der Befragung durch Schulungen und Praxiserfahrungen (Baird et al., 2013), einen kontinuierlichen Austausch mit Kolleg:innen (Fenne Fredriksen et al., 2021), ein persönliches Interesse am Thema Gewalt gegen Frauen (Henriksen et al., 2017; Martins et al., 2023) und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Klientin (Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir et al., 2020; Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015).

Hinsichtlich der *Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals* kann festgestellt werden, dass die Fachkräfte einen unterschiedlich hohen, aber grundsätzlich vorhandenen Schulungsbedarf zu Partnerschaftsgewalt in der Schwangerschaften haben (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Lazenbatt et al., 2009; Marchant et al., 2001; Roelens et al., 2006; Salmon et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999; Tor-

res-Vitolas et al., 2010). Einige Fachkräfte wünschen sich deshalb mehr (Bradbury-Jones & Broadhurst, 2015; Gómez-Fernández et al., 2019; Roelens et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999) und flächendeckende Schulungen (Fenne Fredriksen et al., 2021; Finnbogadóttir et al., 2020). Die Inhalte der Schulungen sollten an die teilnehmende Zielgruppe angepasst sein (Bacchus et al., 2010; Martins et al., 2023; Torres-Vitolas et al., 2010) und nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern vor allem die Möglichkeit zur Entwicklung von Fähigkeiten hinsichtlich der Befragung schwangerer Frauen zu Partnerschaftsgewalt beinhalten (Bacchus et al., 2003; Gómez-Fernández et al., 2017; Martins et al., 2023; Price et al., 2005; Salmon et al., 2006; Torres-Vitolas et al., 2010). Ausschlaggebend scheint weiterhin zu sein, dass die Schulungen nicht als einmalige Veranstaltung abgehalten werden, sondern wiederholt und mit kontinuierlicher Anleitung und Supervision für die Fachkräfte konzipiert sind (Bacchus et al., 2002, 2010; Onifade et al., 2010; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010).

Die *Haltung des Fachpersonals* kann in der Praxis handlungsleitend sein (Martins et al., 2023). Es konnte herausgearbeitet werden, dass ein großer Teil der Hebammen Gewalt gegen Frauen als eine hohe Priorität in der eigenen Arbeit erkennt (Fenne Fredriksen et al., 2021; Gómez-Fernández et al., 2019; Lazenbatt et al., 2009; Stenson et al., 2005; Zobbi et al., 2022) und das Gesundheitswesen und besonders die eigene Profession in der Erkennung von dieser Gewalt in einer führenden Rolle sieht (Salmon et al., 2006, 2013; Scobie & McGuire, 1999; Siller et al., 2022; Stenson et al., 2005). Verunsichernd wird von einigen Hebammen wahrgenommen, dass es eine unklare Verteilung der Verantwortung hinsichtlich der Identifikation von Gewalt und der Beratung und Vermittlung von betroffenen schwangeren Frauen zu geben scheint (Mauri et al., 2015; Price et al., 2005; Stenson et al., 2005).

In einer *besonderen Situation befinden sich geflüchtete Frauen* und ihre Hebammen. In diesen Beziehungen müssen Hürden wie die existierende Sprachbarriere, alternative Bewältigungsstrategien von Gewalt und unterschiedliche Einordnungen des Gewalt-Begriffs gemeinsam

bewältigt werden. Die Hebammen geflüchteter Frauen benötigen Verständnis und Sensibilität für die Bedürfnisse dieser Zielgruppe und vermitteln in der Zeit der Betreuung neben Wissen zu Schwangerschaft und Gewalt gegen Frauen auch Wissen zu den Rechten und Gegebenheiten im neuen Heimatland (Byrskog et al., 2015, 2016).

Die *inter-, multi- und intradisziplinäre Zusammenarbeit unter Fachkräften* stellt eine gewichtige Säule in der Erkennung und Unterstützung gewaltbetroffener schwangerer Frauen dar. Die intradisziplinäre Zusammenarbeit gilt besonders unter Hebammen als eine wichtige Ressource des Austauschs (Halsall & Marks-Maran, 2014; Henriksen et al., 2017; Lazenbatt et al., 2009). Die meisten Fachkräfte wünschen sich Möglichkeiten zum interdisziplinären Austausch mithilfe der Etablierung professioneller Netzwerke zur Unterstützung der von Partnerschaftsgewalt betroffenen schwangeren Frauen und ihrer selbst (Bacchus et al., 2002; Edin & Högberg, 2002; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Mauri et al., 2015; Salmon et al., 2006).

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich einige *institutionelle Anforderungen* formulieren. Die Etablierung interner Vorgaben und Prozesse für Fachkräfte hinsichtlich der Befragung, Vermittlung und Beratung von schwangeren Frauen, die partnerschaftlicher Gewalt ausgesetzt sind, scheint dabei ausschlaggebend (Bacchus et al., 2003; Edin & Högberg, 2002; Finnbogadóttir et al., 2020; Gómez-Fernández et al., 2019; Halsall & Marks-Maran, 2014; Henriksen et al., 2017; Marchant et al., 2001; Price et al., 2005; Roelens et al., 2006; Salmon et al., 2006; Scobie & McGuire, 1999; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010). In diesen internen Vorgaben und Prozessen sollte sowohl die Dokumentation der Fachkräfte von Gewalt festgehalten sein (Bacchus et al., 2010; Gómez-Fernández et al., 2019; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004) als auch die Unterstützung der Fachkräfte hinsichtlich ihrer zeitlichen und räumlichen Ressourcen, die für die Befragung benötigt werden (Bacchus et al., 2002, 2003; Byrskog et al., 2015; Finnbogadóttir et al., 2020; Garnweidner-Holme et al., 2020; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004; Stenson et al., 2005; Zobbi et al., 2022). Weiterhin sollten sich Fachkräfte in der Durchfüh-

Die Befragung der Unterstützung des Arbeitgebers sicher sein können (Bacchus et al., 2010; Finnbogadóttir et al., 2020; Mezey et al., 2003; Price et al., 2005; Protheroe et al., 2004; Scobie & McGuire, 1999). Diese notwendige Implementierung von Vorgaben und Prozessen lässt sich allerdings nicht auf einzelne Institutionen beschränken, sondern sollten im gesamten nationalen Gesundheitssystem Beachtung finden (Finnbogadóttir et al., 2020; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Martins et al., 2023). Um dieses Vorhaben umzusetzen, bedarf es wiederum Unterstützung und Vorgaben aus der Politik (Gómez-Fernández et al., 2019; Price et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010). Wurden entsprechende Vorgaben und Prozesse implementiert, werden aktive Überwachung und Prüfung der Prozesse, Unterstützungs- und Verstärkungsstrategien und die unermüdliche Beteiligung der Leitungen an diesen Prozessen benötigt, um diese nachhaltig aufrechtzuerhalten (Mezey et al., 2003; Procentese et al., 2019; Roelens et al., 2006; Stenson et al., 2005; Torres-Vitolas et al., 2010).

7.3.2 Diskussion der Ergebnisse

Die ausgewählten Studien verdeutlichen die Handlungsoptionen von Fachkräften in der Arbeit mit schwangeren Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, und liefern dabei konkrete Handlungsansätze für Berufe des Gesundheitsbereichs und lassen Rückschlüsse auf die Möglichkeiten der emanzipatorischen Unterstützung aus der Sozialen Arbeit zu. Bevor die Ergebnisse inhaltlich unter Einbezug der methodologischen Annahmen diskutiert und auf ihre emanzipatorische Ausrichtung und die Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit geprüft werden, soll die durchgeführte Forschung kritisch eingeordnet werden.

Reflexion der durchgeführten systematischen Literaturanalyse

Obwohl die Vorgehensweise in der Konzeption des Suchstrings explizit die Soziale Arbeit als Profession enthält, konnte keine Studie identifiziert werden, die die Handlungsoptionen von Sozialarbeitenden hinsichtlich der Unterstützung gewaltbetroffener schwangerer Frauen

thematisiert. Dafür könnten mehrere Gründe in Frage kommen. Zunächst handelt es sich bei der Sozialen Arbeit um eine junge Profession, deren Akteur:innen in Praxis und Forschung in Diskursen noch um eine eigene Identität ringen (P. Fuchs, 2021). Evaluation und empirische Überprüfung eigener Vorgehensweisen in der Praxis sind nicht umfänglich etabliert, Vertreter:innen bestimmter Theorien sprechen sich explizit dagegen aus, da sie die Ganzheitlichkeit Sozialer Arbeit in Evaluationen und Sozialarbeitsforschung nicht widergespiegelt sehen (Erath & Balkow, 2016, S. 371). Dagegen sind Forschungsbestrebungen in medizinischen Professionen bereits tief verankert, was zu einer deutlichen Differenz in der Anzahl wissenschaftlicher Publikationen führt (Madison & Sundell, 2022). Auch wenn der Druck zu immer mehr wissenschaftlichen Publikationen für Forschende durchaus kritisch zu hinterfragen ist (Chiriboga, 2019), wird gerade bei der gewählten Methode der systematischen Literaturanalyse deutlich, dass die Soziale Arbeit in den ausgewählten Publikationen kaum eine Rolle spielt. Gegebenenfalls könnten Ansätze zum expliziten Einbezug von grauer Literatur eine Möglichkeit darstellen, um systematische Literaturarbeiten mit mehr Ergebnissen aus der Sozialen Arbeit anzureichern (Christensen et al., 2022). Eine weitere Erklärung könnte in dem Hilfesuchverhalten von Personen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, liegen. Dieses ist, wie bereits in Kapitel 3.5 aufgeführt, komplex und führt nur in seltenen Fällen direkt zu Einrichtungen der Sozialen Arbeit (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2015, S. 46; Müller & Schröttle, 2004, S. 281). Wie ebenfalls bereits in Kapitel 3.5 thematisiert, findet sich das Misstrauen oder Unbehagen gewaltbetroffener Frauen gegenüber staatlich oder behördlich anmutenden Einrichtungen (Lelaurain et al., 2017) auch in den Ergebnissen der Literaturanalyse wieder (Flaathen et al., 2021; Garnweidner-Holme et al., 2017). Die Sorge der schwangeren Frauen, eine nicht zu steuernde Fremdwahrnehmung der Sozialarbeiter:innen als möglicherweise gefährdende oder gefährdete Mutter auszulösen, und die Angst vor einer Konfrontation mit dem Jugendamt könnten hier ebenfalls eine Rolle spielen. Weiterhin könnte die Kontrolle des gewaltausübenden Partners

die Wahrscheinlichkeit verringern, dass schwangere Frauen den Weg zu einer spezialisierten Einrichtung der sozialen Arbeit auf sich nehmen (Fugate et al., 2005). Diese Faktoren könnten den ersten Kontakt der gewaltbetroffenen Frauen mit einem potenziellen Unterstützungssystem von Einrichtungen der sozialen Arbeit hin zu Notaufnahmen und Praxen von niedergelassenen Ärzt:innen verlagern und somit auch den Fokus der Forschung dorthin lenken. Frauen, die von Partnerschaftsgewalt betroffen sind, ob schwanger oder nicht schwanger, wenden sich gegebenenfalls zur Versorgung von Verletzungen trotz ihrer Ängste an Notaufnahmen und Praxen (Kothari et al., 2009). Insbesondere schwangere Frauen haben zu einem überwiegenden Teil trotz der Partnerschaftsgewalt im Laufe ihrer Schwangerschaft zwangsläufig Kontakt zu medizinischen Fachkräften, spätestens zum Zeitpunkt der Geburt. Diese Gründe sind hinsichtlich der fehlenden Vertretung der Sozialen Arbeit in den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse denkbar.

Weiterhin beschrieben nur vereinzelte Publikationen Interventionen, die über das Erkennen von Gewalt durch Fachkräfte hinausgingen, obwohl auch die Möglichkeit von Interventionen im Suchstring berücksichtigt wurde. Die Verfasserin führt dies auf die bereits in den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse thematisierte Kompetenzverlagerung zurück. Medizinische Fachkräfte sehen sich selbst nicht in der zu Partnerschaftsgewalt beratenden, allenfalls in der diese Gewalt identifizierenden Rolle (Gómez-Fernández et al., 2019).

Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Die identifizierten Publikationen weisen eine Vielzahl von Handlungsoptionen für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen auf. Einige Ergebnisse sollen im Folgenden unter Einbezug der methodologischen Vorannahmen kritisch diskutiert und auf einen möglichen Transfer zur Sozialen Arbeit mit betroffenen schwangeren Personen geprüft werden.

Die in der Arbeit von Salmon et al. (2013) herausgestellten Stimmen der befragten Frauen, die die Thematisierung von Partnerschaftsgewalt als eine Möglichkeit empfanden, den Raum für Gespräche über diese Gewalt zu öffnen und einer Stigmatisierung durch fallbezogene Befra-

gung entgegenzutreten, zeigen, wie aktuell die Forderungen aus der zweiten Frauenbewegung heute noch sind. Der systematischen Befragung liegt unter anderem die Annahme zugrunde, dass jede weibliche Person betroffen sein könnte, da es sich bei Partnerschaftsgewalt um einen Ausdruck der vorherrschenden Geschlechterordnung handelt und nicht um eine individuelle Verfehlung der betroffenen Person. Hier kann das Private politisch werden. Die Systematik und die direkte Ansprache können Betroffenen suggerieren, dass Gewalt thematisiert werden kann und soll. Partnerschaftsgewalt soll nicht hinter verschlossener Tür bleiben, sondern kann mit ausgebildeten Fachkräften besprochen werden.

Dagegen kann eine fallbezogene Befragung, die einige Fachkräfte der systematischen Befragung vorziehen würden (Roelens et al., 2006), Narrative zu vermeintlich angemessenem Verhalten von Opfern von Gewalt verstärken. In seinem Aufsatz *The Ideal Victim* schildert Christie (1986, S. 18 f.) die Faktoren, die Opfern von Gewalt eine soziale Legitimierung in ihrer Viktimisierung zukommen lässt. Das ideale Opfer ist demnach schwach, verfolgt zum Zeitpunkt der Viktimisierung ein ehrbares Ziel in einem Zustand oder an einem Ort, der keinen Vorwurf zulässt, und sah sich mit einem Täter konfrontiert, der groß, böse und ihr unbekannt war (Christie, 1986, S. 19). Diese Beschreibung ist durchzogen von Konstruktionen zur vermeintlichen Passivität und Aktivität der Geschlechter innerhalb einer differenzierten und hierarchisierten Geschlechterordnung. Frauen als passive Wesen, die von Unbekannten überfallen werden, konstruiert als Gegensatz zu aktiven Männern (Beauvoir, 2021, S. 884 ff.). Erlebnisse von tatsächlichen Opfern von Gewalt können dabei allerdings sowohl diese idealtypischen Faktoren als auch alternative oder konträre Erfahrungen enthalten (Jarnkvist & Brännström, 2019). Eine fallbezogene Befragung läuft Gefahr, weibliche schwangere Personen an einem Idealtyp eines Opfers zu messen. Diese individuelle Idealvorstellung kann im Wechselspiel des historischen Materialismus (siehe Kapitel 2) aus den historisch gewachsenen gesellschaftlichen Narrativen entstanden sein und kann in der unwidersprochenen Reproduktion, im Sinne einer Orientierung

des beruflichen und persönlichen Handelns an diesen Narrativen, gefestigt werden. Dabei kann die individuelle Vorstellung eines idealen Opfers durchaus differenzierter konstruiert sein als das von Christie (1986, S. 19) skizzierte Ideal. Dennoch entstammen diese persönlichen Annahmen den patriarchalen Grundannahmen unserer Gesellschaft und führen gegebenenfalls dazu, dass weibliche schwangere Personen nicht befragt und, im schlimmsten Fall, in ihren Schilderungen nicht ernstgenommen werden, weil sie auf die Fachkraft nicht wie ein Opfer von Partnerschaftsgewalt wirken.

Der von Hebammen geäußerte Wunsch nach Instrumenten, die eine objektive Erkennung von Gewalt ermöglichen (Gómez-Fernández et al., 2019), scheint dagegen wie eine Handlungsoption, die einer individuellen Opfer-Legitimation von Fachkräften entgegenwirken kann. Instrumente zur Feststellung von Risiken werden in den letzten Jahren, besonders in Verbindung mit Machine Learning, mit einem wachsenden Interesse konzipiert und eingesetzt (Medina & Myhill, 2023, S. 255 ff.), so beispielsweise das Risikobewertungssystem VioGén in Spanien. Systeme wie VioGén, eine Risikobewertungssoftware, die spanischen Polizeibehörden den Schutz gewaltbetroffener weiblicher Personen erleichtern soll (Eticas Foundation, 2022, S. 10), stehen allerdings in der Kritik. Medina & Myhill (2023, S. 268 ff.) weisen auf den hohen Forschungsbedarf hinsichtlich der Effektivität dieser Systeme und den verknüpften Maßnahmen hin. Die Eticas Foundation problematisiert am Beispiel VioGén unter anderem die Intransparenz solcher Systeme (2022, S. 31) und die unhinterfragte Übernahme der Risikobewertung durch Fachkräfte (2022, S. 6). Instrumente, die Fachkräfte in ihrer Einschätzung von Gewalt unterstützen, müssten demnach in einem ausreichend evaluierten Status stets von Fachkräften angewandt werden, die durch Aus- und Weiterbildung eigene umfassende Kompetenzen zu Partnerschaftsgewalt vorweisen können, um das Ergebnis eines standardisierten Instruments fundiert hinterfragen zu können.

Der Wunsch der Fachkräfte, das notwendige Wissen und die Kompetenzen zu erwerben, wurde in den Ergebnissen der Studien wiederholt deutlich (bspw. Mauri et al., 2015) und spiegelt die Vorgaben des

Art. 15 Abs. 1 IK. Sowohl die adäquate Begleitung und Unterstützung gewaltbetroffener schwangerer Personen als auch die Reflexion tradierter geschlechtlicher Rollenzuweisungen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IK sind von einer Erweiterung des Wissensbestands abhängig. Mithilfe von Änderungen in den Ausbildungsinhalten von Gesundheitsberufen und Sozialer Arbeit und der Implementierung von obligatorischen Fort- und Weiterbildungen könnten Fachkräfte in die Lage versetzt werden, adäquat auf die Herausforderungen in der Arbeit mit betroffenen Personen zu reagieren und ihre eigenen bisherigen Wissensbestände zu Partnerschaftsgewalt zu hinterfragen (Harrer-Amersdorffer & Auner, 2022).

Um die Systematik und die damit einhergehende strukturelle Komponente von Befragungen nicht auf der Mikro-Ebene zwischen medizinischer Fachkraft und betroffener schwangerer Person zu belassen, ist Netzwerkarbeit erforderlich. Auf der Meso-Ebene sind Einrichtungen und Fachkräfte verschiedener Disziplinen gefragt, Netzwerkstrukturen aufzubauen. In den Ergebnissen der durchgeführten Literaturanalyse wurde wiederholt deutlich, so beispielsweise bei Bacchus et al. (2010), dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gesundheitspersonal und Sozialer Arbeit gewaltbetroffenen schwangeren Personen eine effektive Unterstützungsmöglichkeit bietet. Die Kooperation verschiedener Disziplinen bietet außerdem für die Fachkräfte eine wertvolle Ressource zum Perspektivwechsel und Wissenstransfer (Martins et al., 2023).

Die kompetente und reflektierte Befragung und Beratung der individuellen gewaltbetroffenen schwangeren Person und die Netzwerkarbeit auf regionaler Ebene sind in hohem Maße von den strukturellen Gegebenheiten und damit von der Makro-Ebene abhängig. Mit Blick auf die Ergebnisse der Literaturanalyse ließe sich konstatieren, dass der Gesundheitsbereich ebenso wie die Soziale Arbeit einem ökonomischen Referenzsystem unterliegt. Die fehlende Zeit der Fachkräfte für ihre Patient:innen (Finnbogadóttir et al., 2020), das steigende Arbeitspensum der einzelnen Fachkräfte (Baird et al., 2013) und die unzureichenden und nicht flächendeckenden Schulungen (Finnbogadóttir &

Dykes, 2012) können als Symptome einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitsbereichs (Bundesärztekammer, 2022) eingestuft werden. Analog zu den Ausführungen der Verfasstheit der Sozialen Arbeit im bisherigen Verlauf dieser Arbeit kann angenommen werden, dass die Qualität der Arbeit im Gesundheitsbereich in direktem Zusammenhang mit fehlenden respektive verknüpften finanziellen Ressourcen steht.

Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit

Die Rückschlüsse, die sich aus den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse für die Soziale Arbeit ergeben, sollen im Folgenden dargelegt werden. In Rückgriff auf die methodologische Ausrichtung dieser Arbeit, die von der wechselseitigen Beeinflussung gesellschaftlicher Verhältnisse und individuellen Verhaltens geprägt ist, sollen die Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit angelehnt an das Modell der politischen Produktivität (Kunstreich, 2018, S. 71 ff.) diskutiert werden. Das praktische Handeln von Individuen wird dabei als von gewachsenen Verhältnissen beeinflusst erkannt, ebenso wie diese Verhältnisse durch das Individuum geschaffen und verändert werden können. Die gesellschaftlichen Verhältnisse, das Objekt, sind damit abhängig von dem Handeln des Subjekts. Handeln Sozialarbeitende im Einklang mit ausschließenden Prinzipien, bekräftigt das den Ausschluss betroffener Gruppen, handeln Sozialarbeitende emanzipierend und bestärkend, können Ausschlussprozesse zurückgedrängt werden. In diesem emanzipierenden Handeln und dessen Wirkung auf die Verhältnisse agiert die Soziale Arbeit politisch, es ist ein Akt politischer Produktivität (Kunstreich, 2018, S. 72 f.). Dieses Modell ist für Handlungsoptionen, die die Emanzipation von gewaltbetroffenen schwangeren Personen stärken soll, besonders geeignet, da Emanzipation in einem demokratischen System durch das Erschließen von Teilhabemöglichkeiten respektive das Zurückdrängen von Ausschlüssen erreicht werden kann. Emanzipation ist möglich, wenn die Verhältnisse Emanzipation zulassen. Um unter derzeitig herrschenden Verhältnissen Voraussetzungen zu schaffen, in denen Emanzipation für schwangere Personen, die von

Partnerschaftsgewalt betroffen sind, möglich ist, ist die Soziale Arbeit aufgerufen, sich zu politisieren.

Die politische Produktivität der Sozialen Arbeit kann in drei Ebenen stattfinden, die im Nachfolgenden erläutert und auf die Ergebnisse der systematischen Literaturanalyse bezogen werden.

In der ersten Ebene politischer Produktivität wird die Teilhabemacht von individuellen Adressat:innen gestärkt. Diese Stärkung verläuft selten ohne Konflikte, da sie bestehende Normen und Narrative innerhalb der gesellschaftlichen Verhältnisse infrage stellt. Diese Konflikte finden nicht zwischen den Adressat:innen und Bedenkenträger:innen statt, sondern zwischen professionellen Akteur:innen und Bedenkenträger:innen (Kunstreich, 2018, S.73). In den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse und im geschilderten Hilfesuchverhalten wurde deutlich, dass gewaltbetroffene Personen von Gefühlen der Scham und Schuld davon abgehalten werden, Gewalterfahrungen offenzulegen oder Unterstützung zu suchen und anzunehmen. In diesem Zusammenhang kann es nur als Missstand aufgefasst werden, dass derzeit aufgrund mangelnder Ressourcen der Einrichtungen nur wenig aktive Öffentlichkeitsarbeit von Akteur:innen der Sozialen Arbeit stattfindet (Harrer-Amersdorffer & Auner, 2022). Obwohl in der Ausgestaltung von Öffentlichkeitsarbeit in der Sozialen Arbeit stets ethische und rechtliche Sachverhalte und die zu erreichende Zielgruppe vorab besprochen werden müssen (Beranek, 2020, S. 429 ff.), liegt darin eine vielversprechende Ressource, die einen Kommunikationsprozess anstoßen kann (Sartorius, 2005). Öffentlichkeitsarbeit zu Partnerschaftsgewalt und im Speziellen Partnerschaftsgewalt gegen schwangere Personen könnte außerdem bei den Rezipient:innen, ob selbst betroffen oder nicht, ein Bewusstsein dafür schaffen, dass es sich dabei nicht um ein individuelles, sondern ein strukturelles Phänomen handelt (Bader, 2005). In Studien zur Wirksamkeit von videogestützten Interventionen mit jungen Menschen konnte festgestellt werden, dass diese Form der Informationsvermittlung kurzfristig effektiver gegen Stigmata wirken kann als klassische persönliche Aufklärung (Janoušková et al., 2017). Über Soziale Medien wie YouTube, Instagram oder TikTok könnten so

besonders junge Menschen mit Videoinhalten erreicht werden (Kantar, 2023, S. 24) und dadurch Zugang zu Informationen zur Sensibilisierung und Anlaufstellen für Beratungen erhalten. Auch wenn aufgrund der Konvention, in Sozialen Medien leicht konsumierbare Inhalte zu erstellen, Kontexte gegebenenfalls verlorengehen könnten, sollte dieser Bereich der Öffentlichkeitsarbeit neben klassischen Formen wie regionaler Presse oder Veranstaltungen nicht vernachlässigt werden. In der Nutzung Sozialer Medien liegt großes Potenzial, Aufsehen für das Thema bei einem breiten Publikum zu erregen und so nicht nur die politische, sondern auch die soziale Sphäre anzusprechen.

Aufbauend auf die erste Ebene können sich Konflikte oder eine neu entstandene Aufmerksamkeit ergeben, die nachfolgend im Rahmen der zweiten Ebene regional diskutiert und bearbeitet werden (Kunstreich, 2018, S. 73). Regionale Netzwerke, die eine enge und persönliche Kooperation vorsehen (Sondern & Pfeleiderer, 2020, S.126), können Wissenstransfer unter den Fachkräften gewährleisten, Perspektivwechsel anregen, Zuständigkeiten unter den Professionen festlegen, Weitervermittlungsstandards für betroffene schwangere Personen setzen und potenzielle Versorgungslücken schließen. Der Bedarf an solchen Netzwerken von medizinischen Fachkräften wurde auch in den Ergebnissen der systematischen Literaturanalyse deutlich (Mauri et al., 2015). Die Zusammenstellung dieser Netzwerke kann sich dabei an den möglichen Anlaufstellen von gewaltbetroffenen schwangeren Personen, wie im Hilfesuchverhalten dargestellt, orientieren. Ärzt:innen, Hebammen, Polizist:innen, Richter:innen, Anwält:innen, Sozialarbeitende und Vertreter:innen von zivilgesellschaftlichen Vereinigungen wie Nachbarschaftshilfen an einen *Runden Tisch* und in dauerhafte Kooperation zu bringen (Quilling et al., 2013, S. 17), stellt eine langwierige, doch für die Betroffenen gewinnbringende Aufgabe dar. Die Finanzierung solcher Netzwerke, allen voran die Personalkosten für die Zeit, in der die Mitarbeitenden im Netzwerk und nicht direkt in der Einrichtung tätig sind, kann dabei der Schlüsselfaktor sein (Quilling et al., 2013, S. 145). So bleibt die Initiierung von Netzwerken zunächst dem Engagement einzelner Vertreter:innen von Professionen überlassen, bis eine öffent-

liche Finanzierung der Netzwerkarbeit erfolgen kann. Hier ist auch die regionale Politik in der Pflicht, auf Hinweise in Versorgungslücken von Expert:innen und Öffentlichkeit zu reagieren und gegebenenfalls Netzwerkarbeit mithilfe von finanziellen Ressourcen anzustoßen. Die dazu benötigte Öffentlichkeit kann weiterhin über die bereits beschriebene Form der Gemeinwesenarbeit entstehen. Die regionalen Zusammenschlüsse, vereint in nachbarschaftlichem Engagement, treiben eine Sensibilisierung der Bevölkerung voran und machen demokratische *Politik von unten*. Angeleitet werden sie dabei im Sinne der Gemeinwesenarbeit nur zu Beginn eines Projekts von Sozialarbeitenden, die nach Festigung des Engagements häufig eine eher koordinierende Rolle einnehmen (Stövesand, 2020, S. 159 ff.).

Resultierend aus der Öffentlichkeit, die in der ersten und zweiten Ebene durch politische Produktivität erzeugt wurde, können Optionen in der dritten Ebene möglich werden. In dieser Ebene werden Themen in bundespolitische Diskurse eingebracht. Die Soziale Arbeit ist in ihrer aktuellen Verfasstheit nicht in der Lage, Themen ihrer Adressat:innen selbständig in der dritten Ebene zu platzieren. Unterstützung benötigt die Soziale Arbeit von sozialen Bewegungen, vom politischen Handeln der Zivilgesellschaft oder von menschenrechtlichen Konventionen (Kunstreich, 2018, S. 73 f.). Die Istanbul Konvention und die Bestrebungen zu ihrer Durchsetzung müssen deshalb von einer Sozialen Arbeit, die emanzipatorische Verhältnisse für gewaltbetroffene schwangere Personen schaffen will, unterstützt und genutzt werden. Prasad (2023, S. 71 ff.) schlägt vor, strategische Prozessführung zu nutzen, um strukturelle Veränderungen zu forcieren. Die strategische Prozessführung besteht in der Schaffung eines Präzedenzfalls, der bis zur höchsten Instanz durchgeklagt wird, um nicht nur die individuelle Klärung des Falls zu erreichen, sondern strukturellen Wandel zu initiieren (Prasad, 2023, S. 72). In der strategischen Prozessführung verbinden sich die Disziplinen Recht und Soziale Arbeit in einer fruchtbaren Zusammenarbeit: Die Soziale Arbeit hat die Möglichkeit, in der Praxis mögliche Personen für die strategische Prozessführung auszumachen und diese Personen während des Prozesses zu unterstützen, während Anwält:in-

nen die rechtliche Vorgehensweise prüfen und durchführen (Prasad, 2023, S. 73 ff.). So können in der Praxis der Sozialen Arbeit beobachtete Menschenrechtsverletzungen von gewaltbetroffenen schwangeren Personen unter Wahrnehmung der Öffentlichkeit auf einer strukturellen Ebene ausgefochten werden und Veränderungen bewirken, die deren Emanzipation weiterhin stärkt.

In dem Handeln der Sozialen Arbeit liegt die Möglichkeit, Verhältnisse zu formen, statt ihnen im eigenen Verhalten ausgeliefert zu sein. Eine emanzipierte und Kritische Soziale Arbeit kann Strukturen für die Emanzipation ihrer Adressat:innen schaffen, statt mit ihnen inadäquate Wege innerhalb der Strukturen zu suchen.

