

Aus der Klinik für Geburtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Frauengesundheit in der Schwangerschaft –  
Bedarfsanalyse für ein  
Screening nach Gewalt in der Schwangerschaft“

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Susen Schulze

aus Kyritz

Datum der Promotion: 09.09.2016



## **Für Schulle**

---

„Was wir wissen, ist ein Tropfen; was wir nicht wissen, ein Ozean.“

Isaac Newton

## Inhaltsverzeichnis

Abstrakt.....	6
1 Einleitung.....	8
2 Grundlagen zum Verständnis der Studie.....	11
2.1 Körperliche Züchtigung.....	11
2.2 Gewalt – Häusliche Gewalt.....	12
2.3 Mißhandlungszyklus.....	13
2.4 Rad der Gewalt.....	14
2.5 Folgen der Gewalt.....	16
3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen.....	20
3.1 Untersuchungen in der Schwangerschaft.....	20
3.2 Screening.....	24
3.3 Prävalenz von Gewalt in der Schwangerschaft und im Wochenbett.....	25
3.3 Fragestellung und Hypothesen.....	27
4 Methoden.....	28
4.1 Definitionen für die Studie.....	28
4.2 Studienpopulation.....	28
4.3 Auswahl des Instrumentes.....	29
4.4 Planung und Vorbereitung der Studie.....	35
4.4.1 Inhaltliche Vorbereitung.....	35
4.4.2 Sprachliche Vorbereitung.....	37
4.4.3 Klinikinterne Vorbereitungen.....	39
4.4.4 Räumliche Vorbereitung.....	39
4.4.5 Ansprechen der Frauen.....	39
4.4.6 Aufklärung / Patientinneninformation.....	40
4.4.7 Interview / Fragebögen Zeitpunkt I (In der Schwangerschaft).....	40
4.4.8 Datenerhebungsbögen Zeitpunkt II (postpartal).....	41
4.4.9 Fragebögen Zeitpunkt III (1-2 Jahre postpartal).....	41
4.5 Statistische Analyse.....	42
5 Ergebnisse.....	43
5.1 Soziodemographische Daten.....	46
5.1.1 Alter (in Jahren).....	46
5.1.2 Staatsangehörigkeit.....	46
5.1.3 Geburtsland.....	46
5.1.4 Muttersprache(n).....	47
5.1.5 Deutschkenntnisse.....	47
5.1.6 Leben in Deutschland.....	48
5.1.7 Bildungsabschluss.....	48
5.1.8 Familienstand.....	48
5.1.9 Wohnsituation.....	49
5.1.10 Beruf und Einkommen in der Familie/Haushalt.....	50
5.1.11 Angaben zum Allgemeinzustand.....	51
5.1.12 Angaben zur Schwangerschaft.....	52
5.2 Screeningfragebogen.....	52
5.2.1 Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht.....	53
5.2.2 Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend.....	53
5.2.3 Hat Ihr Partner mit Gewalt gedroht.....	55

## Inhaltsverzeichnis

5.2.4 Hat Ihr Partner Sie grob gepackt.....	55
5.2.5 Hat Ihr Partner eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt.....	56
5.2.6 Hat Ihr Partner Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt.....	57
5.2.7 Hat Ihr Partner Sie zu sexuellen Praktiken genötigt.....	57
5.2.8 Wann war Ihr Partner gewalttätig.....	58
5.2.9 Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren.....	59
5.2.10 Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung durchgeführt werden	61
5.2.11 weiterführendes Gespräch.....	61
5.2.12 freie Kommentare.....	62
5.3 Postpartale Datenerhebung.....	63
5.3.1 Entbindungen in der Charité.....	63
5.3.2 Schwangerschaftswoche (SSW) zur Entbindung.....	63
5.3.3 Entbindung.....	64
5.3.4 Komplikationen unter der Geburt/Wochenbett.....	65
5.3.5 Medikation unter der Geburt.....	66
5.3.6 Geburtsdaten Kind.....	67
5.4 Auswertung nach 2 Jahren.....	68
6 Diskussion.....	72
6.1 Stärken und Schwächen der Bedarfserhebung.....	72
6.2 Berücksichtigungen für ein Screening.....	77
6.3 Implementierung des Screenings an der Charité.....	81
6.3.1 Gründung einer Steuerungsgruppe.....	81
6.3.2 Ermittlung von Bedarf und Ressourcen.....	85
6.3.4 Screeningprogramm ausgestalten.....	87
6.3.5 Screeningprogramm umsetzen.....	90
6.3.6 Kontinuität sichern.....	90
6.4 weiterer Forschungsbedarf.....	91
7 Literaturverzeichnis.....	92
8 Abkürzungsverzeichnis.....	100
9 Abbildungsverzeichnis.....	101
10 Tabellenverzeichnis.....	103
11 Anlagen.....	105
Anlage 1: Patientinneninformation.....	105
Anlage 2: Einwilligungserklärung.....	108
Anlage 3: Fragebogen soziodemographische Daten.....	109
Anlage 4: Datenerhebungsbogen Geburt.....	113
Anlage 5: Befragung postpartum.....	115
Anlage 6: Alle Informationen in englischer Sprache.....	123
Anlage 7: Alle Informationen in französischer Sprache.....	131
Anlage 8: Alle Informationen in türkischer Sprache.....	139
Anlage 9: S.I.G.N.A.L. Dokumentationsbogen.....	148
Anlage 10: Kriterien des UK National Screening Committee.....	156
Anlage 11: Abuse Assessment Screen (AAS).....	158
Anlage 12: Screening Partnergewalt (SPG)- Lebenszeitversion.....	158
Anlage 13: Ergebnistabellen/weitere Abbildungen.....	159
12 Lebenslauf.....	166
13 Eidesstattliche Versicherung.....	168
14 Danksagung .....	169

## Abstrakt

**Hintergrund und Fragestellung:** Häusliche Gewalt ist ein häufiges Problem von dem auch schwangere Frauen betroffen sind. Vor der Einführung eines Routinescreenings in der Schwangerschaftsvorsorge der Charité wurde mit dieser Arbeit eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Beobachtet wurden Häufigkeit und Formen häuslicher Gewalt.

**Methode:** In einer prospektiv angelegten Kohorten-Studie wurden **3 Beobachtungszeitpunkte** gewählt - in der Schwangerschaft, zur Geburt und 1 Jahr danach. **Zum Zeitpunkt I** von Juli 2009 bis Juni 2010 wurden an 107 Tagen 1000 Frauen angesprochen. Bei 118 Frauen (11,8%) wurden in einem Face-to-Face-Interview soziodemographische Daten ermittelt, sowie der Screeningfragebogen zur Erkennung von Gewalt in der Schwangerschaft bearbeitet. Dieser orientierte sich am validierten Abuse Assessment Screen. **Zum Zeitpunkt II** wurden anhand der PC-Akten die Daten dieser Wöchnerinnen systematisch eruiert. **Zum Zeitpunkt III** wurde den 118 Frauen 1 Jahr postpartal ein rückfrankierter Fragebogen zum Selbstaussfüllen nach Hause geschickt. 12 wurden ausgefüllt.

**Ergebnisse:** Von den 118 Frauen waren 34 (28,8%) von häuslicher Gewalt betroffen. 86 (=73,5%) der befragten Schwangeren würden eine Routinebefragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren befürworten. Unter den Frauen mit häuslicher Gewalt waren es 25 Frauen (80,6%). Negativ gescreente Frauen haben signifikant häufiger die Schwangerschaft geplant ( $p=0,01$ ) und das Kind war signifikant häufiger erwünscht ( $p=0,02$ ) als bei Frauen mit häuslicher Gewalt. Frauen, die Gewalt in der Schwangerschaft erleben müssen, rauchen signifikant häufiger ( $p=0,04$ ). Der „Spontanpartus“ war bei Frauen mit Kontakt zu häuslicher Gewalt signifikant häufiger ( $p=0,05$ ).

**Diskussion:** Der Bedarf für ein Routinescreening in der Schwangerschaftsvorsorge der Charité ist vorhanden und wird von den befragten Frauen zum Großteil gewünscht. Es müssen die verschiedenen Schritte zur weiteren Implementierung und Umsetzung eines Screenings an der Charité diskutiert werden.

## Abstract

**Background and Hypotheses:** Domestic violence is a common problem which also affects pregnant women. This work is a needs assessment prior the implementation of a screening while antenatal check ups. This feasibility study aims to assess prevalence and forms of domestic violence during pregnancy and one year postpartum and seeks to evaluate a possible implementation of a screening programme.

**Methods:** We choose 3 observation points in this cohort survey – during pregnancy, after child birth and 1 year postpartum. At **point I** we recruited 118 women who underwent a face-to-face interview. We collected social and demographic data and used a questionnaire which detects intimate partner violence during pregnancy. This questionnaire was based on the validated Abuse Assessment Screen. At **point II** we collected childbirth related data from the files. At **point III** women were sent the questionnaire 1 year postpartum.

**Results:** 34 (28,8%) women had experienced intimate partner violence. 86 women (73,5%) would support a screening interview to assess violence in all pregnant woman. Among the women who experienced intimate partner violence 25 (80,6%) would support such a questionnaire. Women who were negatively screened were planning the pregnancy more often ( $p=0,01$ ) and said more often that the baby is welcome ( $p=0,02$ ). Women with intimate partner violence smoked more frequently ( $p=0,04$ ). Furthermore women who had contact to violence had vaginal deliveries more often ( $p=0,05$ ).

**Discussion:** There is a need for screening of intimate partner violence during antenatal check ups at the Charité. The majority of women in our cohort would appreciate such a survey. Steps to implement this screening at Charité hospital has to be discussed.

### 1 Einleitung

Schwangerschaft und Geburt sind aufregende Ereignisse im Leben von Frauen und Paaren. Es sind lebenszeitliche Ereignisse, in denen aus einem Paar eine Familie erwächst bzw. sich die bereits bestehende Familie vergrößert. Das Paar sieht neuen Herausforderungen entgegen. Erforderliche Anpassungen an die neue Situation betreffen nicht nur die Wohnung durch Herrichten eines neuen Lebensraumes für den Familienzuwachs.

Die ganze Beziehung befindet sich im Zeitraum von Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Es ist eine sensible Phase mit Veränderungen, wachsender Spannung und Anspannung. Die Verantwortung, die vor allem nach der Geburt auf das Paar zukommt, bringt Streß in die Beziehung. Dieser verändert die Interaktionen und das partnerschaftliche Verhalten, er kann sowohl konstruktiv als auch destruktiv sein.

Stress, ausgelöst durch normale Alltagsprobleme, oder wie hier durch die Schwangerschaft bedingte Veränderungen, durchlebt jede Beziehung. Es gibt Partner, die sich gegenseitig den Rücken stärken und ihrer Beziehung den dringend nötigen Schutz geben. Es gibt auch Beziehungen, in denen die Partner beginnen, sich angesichts der Schwierigkeiten gegen den anderen zu richten, sie streiten. Destruktives Verhalten wie zum Beispiel falsche oder gar fehlende Rücksicht sowie mangelnder Umgang mit der Verantwortung kann dazu führen, dass Frauen erstmals Gewalt durch den Partner erfahren oder bereits bestehende gewaltförmige Handlungsweisen eskalieren.

So berichteten in einer 2004 veröffentlichten US-amerikanischen Studie zur Gewaltprävention 180 (23%) der 784 gewaltbetroffenen Frauen, dass sie erstmals im Rahmen von Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett häusliche Gewalt erleiden mussten (Neggers 2004).

Internationale Untersuchungen, die sich mit der Auswirkung häuslicher Gewalt auf die Schwangerschaft und Geburt befassen, verweisen neben kindlichen Risiken wie ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten oder niedriges Geburtsgewicht (McFarlane 1996, Renker 1999, Neggers 2004, WHO 2013) auch auf mütterliche Komplikationen im Rahmen der Geburt wie vorzeitige Lösung der Plazenta, postpartale Depression oder zu späte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten (Cokkinides 1999, Leithner 2009).

Wie ist die Situation in Deutschland?

Nach Auswertung von 10264 Interviews, die von Februar bis Oktober 2003 in einer „repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland“ geführt wurden, befanden sich 6367 Frauen in einer Partnerschaft (Schröttle/Müller 2004). Laut der sekundär-analytischen

## 1 Einleitung

Untersuchung mußten 38% dieser in Partnerschaft befindlichen Frauen in der aktuellen Beziehung psychische, körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erleben (Schröttle/Ansorge 2008, S.19-103). Gewalt in Beziehungen ist ein Problem, das unabhängig von soziokulturellen Faktoren wie Alter, Bildung, beruflicher und ökonomischer Situation, ethnischem und Migrationshintergrund besteht (Campbell 1999, Schröttle/Ansorge 2008, S.106-142).

Auswirkungen der häuslichen Gewalt auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt wurden in der Studie von Schröttle/Müller 2004 nicht erhoben. Die körperliche und seelische Gesundheit der Schwangeren bestimmt wesentlich den Verlauf der Schwangerschaft mit. Deshalb muss es zur Aufgabe der ÄrztIn gehören, sich über diese körperlichen und seelischen Zustände zu informieren, um zu versuchen, den gesunden Zustand beizubehalten oder in anderen Fällen zu intervenieren, Hilfe anzubieten und wenn gewünscht entsprechend der Situation zu handeln.

Im Rahmen meiner Dissertation musste ich immer wieder feststellen, dass niemand gerne über das Thema häusliche Gewalt redet. Gazmararian vermutete schon 1996, dass etwa eine von zwanzig schwangeren Frauen Opfer von Gewalt geworden ist. Für Deutschland gibt es noch keine Datenlage zu dieser Thematik. Es ist wünschenswert, repräsentative Zahlen für unser Land zu erhalten und zu untersuchen welche genauen Auswirkungen physische oder psychische Gewalt auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt in Deutschland hat.

Um diese Forschungslücke zu beseitigen, soll an der Charité Universitätsmedizin Berlin ein Screening eingeführt werden, zu der meine Doktorarbeit die Vorarbeit leistet.

Es handelt sich bei meiner Untersuchung um eine Vorstudie im Sinne einer Bedarfsanalyse. Angelegt ist sie als prospektive Kohortenstudie mit einer Stichprobenerhebung für die Population Schwangere in Berlin. Das Ziel dieser Teilerhebung ist es, Aufschlüsse über die gesamte Population zu erhalten. Die Auswahl der Patientinnen für die Stichprobe erfolgt systematisch im Rahmen der ambulanten Schwangerschaftsvorsorge bzw. bei nicht in einer Akutsituation befindlichen stationär liegenden Schwangeren.

Als Einschlusskriterien für die Studie wird festgelegt, dass weibliche Schwangere im Alter zwischen 18 und 45 Jahren ohne Beisein ihres Partners befragt werden sollen. Diese Patientinnen stellen sich im Rahmen ihrer Schwangerschaft ambulant oder stationär an einem der drei Campi der Charité Universitätsmedizin Berlin vor.

Diese Schwangeren werden während der Wartezeit auf eine eigentliche Untersuchung befragt. In einer Face-to-Face-Situation zwischen der Schwangeren und mir erfasse ich soziokulturelle Merkmale und identifiziere mittels eines Screeningfragebogens Gewalt in der Schwangerschaft.

## 1 Einleitung

Nach der Entbindung werden der Verlauf der Geburt und das kindliche sowie mütterliche Befinden anhand der Aktenlage der Charité erfasst, so dass ein Rückschluss mit den in der Schwangerschaft erhobenen Daten möglich ist, stets unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

1 Jahr postpartum soll die abschließende Nachsorge durch einen weiteren Fragebogen den Status quo erfassen. Dieser wird den Frauen nach Hause gesandt.

Beantwortet werden soll unter anderem die Frage, wie häusliche Gewalt in der Schwangerschaft, in Form von Drohungen, Erniedrigungen und sozialer Isolation bis hin zu körperlichen Gewalttaten und zum Erzwingen sexueller Handlungen, einhergeht mit Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf oder unter der Geburt. Und falls es sich um ein erstmaliges Ereignis handelt: Zu welchem Zeitpunkt im Rahmen von Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett tritt die häusliche Gewalt auf?

Zum Verständnis der Arbeit wird zunächst auf häusliche Gewalt, ihren Kreislauf und die unterschiedlichen Formen eingegangen. Ferner werden die Schritte zur Vorbereitung auf das Interview mit den Frauen beleuchtet. Im zentralen Teil schildere ich die Ergebnisse der drei Beobachtungszeitpunkte und veranschauliche die Stärken und Schwächen meiner Arbeit.

Abschließend liefere ich Vorschläge zur Umsetzung für ein flächendeckendes Routine-Screening nach Gewalt in der Schwangerschaft sowie einen Ausblick auf weitere Forschungsfragen, die im Rahmen einer solchen Einführung noch geklärt werden sollten.

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

### 2.1 Körperliche Züchtigung

Im Ehegelöbnis verspricht man sich, den anderen an allen Tagen des Lebens zu lieben, zu achten und zu ehren, in guten und in schlechten Zeiten, in Gesundheit und Krankheit (standesamtliches Eheversprechen).

Natürlich ist davon auszugehen, dass in ehe-ähnlichen Gemeinschaften und stabilen partnerschaftlichen Beziehungen auch ohne Schwur vor einer StandesbeamtIn gegenseitige Achtung und Liebe Grundlage der Beziehung ist.

Im Laufe der Historie kam es immer wieder zu **innerehe-**

**lichen Verletzungen der Würde und der Menschenrechte,**

was unter anderem bedingt ist durch die fehlende Gleichberechtigung und wirtschaftliche Abhängigkeiten eines Ehepartners vom anderen. Im letzten Jahrhundert wurde der Umsetzung des Eheversprechens durch diverse gesetzliche Veränderungen eine entsprechende juristische Grundlage gegeben.

**Heutzutage sind körperliche Züchtigungen in Deutschland per Gesetz verboten.** Bei Strafantrag wird diese Handlung strafrechtlich verfolgt. Einige gesetzliche Veränderungen die häusliche Gewalt betreffend sind im Folgenden kurz aufgeführt.

Bereits seit dem 18.08.1896, der Einführung des BGB, ist die Züchtigung der Ehefrau in Deutschland untersagt und kann seit einer Gesetzesänderung im Jahre 1928 bestraft werden.

Seit einer weiteren Modifikation im § 1365 des BGB, die am 1.7.1977 in der BRD in Kraft trat, musste die Ehefrau bei Arbeitseinstellung keine schriftliche Zustimmung des Ehemannes mehr bei ihrem Arbeitgeber vorlegen, dass sie arbeiten darf. In der DDR war es aufgrund der weltanschaulichen Konzeption sowie der ökonomischen Erfordernisse um die **innereheliche Gleichberechtigung** besser bestellt. Sie war per Gesetz vorgeschrieben und in den §9-16 des Familiengesetzbuches der DDR (FGB) geregelt. Das **Züchtigungsrecht der Eltern gegenüber ihren Kindern** wurde in jüngster Vergangenheit nach Verschärfung des § 1631 BGB im Jahr 2000 ersatzlos gestrichen. Im BGB § 1631 Abs. 2 heißt es jetzt: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende



Abbildung 1: JJ Grandville „Qui aime bien châtie bien“

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Maßnahmen sind unzulässig.“ Seit Juni 2013 existiert das StORMG, ein Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Mißbrauchs, was die Rechte der Betroffenen erheblich verbessert.

Im StGB § 177 ist sexuelle Nötigung und Vergewaltigung geregelt. Die Vergewaltigung in der Ehe ist seit Juli 1997 strafbar, und gilt seit 2004 als Officialdelikt; d.h. die Justiz und Polizei sind verpflichtet, ein Verfahren einzuleiten, sobald sie davon erfahren.

### **2.2 Gewalt – Häusliche Gewalt**

Doch was ist Gewalt? Was ist häusliche Gewalt? Die **WHO definiert Gewalt** als den *„absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen, Deprivation oder Tod führt.“* (WHO 2002)

Die WHO unterscheidet dabei **psychische, körperliche und sexualisierte Gewalt**, sowie bei Kindern und zu pflegenden Personen die **Vernachlässigung** (WHO 1996, Krug/Dahlberg et al. 2002=WHO 2002).

Weltweit umfasst der Begriff viele Arten von Gewalt: Partnergewalt, Vergewaltigung, sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern, Frauenhandel, Zwangsprostitution, „Date-Raping“ (wenn der erste sexuelle Kontakt mit einem Partner erzwungen wird) oder als „acquaintance rape“ durch Bekannte vollzogen wird. Je nach Region oder Kultur gibt es Vergewaltigung in Kriegs- und Krisengebieten, Zwangsverheiratungen, Genitalverstümmelungen (Krug/Dahlberg et al. 2002=WHO 2002).

Der Begriff **„häusliche Gewalt“** beschreibt Gewalt zwischen Erwachsenen, die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen (Kavemann/Leopold/Schirmacher 2001, Hellbernd/Wieners 2009 Basisfortbildung, S.I.G.N.A.L. e.V.).

Meist vollführen Männer die Gewalt gegenüber der Frau und/oder den Kindern (Krug/Dahlberg et al. 2002=WHO 2002, Schröttle/ Müller 2004, Hirigoyen 2005, Schröttle/Ansorge 2008). Gewalttätige Handlungen existieren allerdings auch in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften (Ohms 2004, Ohms/Müller 2004) und sie werden, wenn auch viel seltener, von Frauen gegenüber Männern begangen (Jungnitz/Lenz et al. 2004, Kavemann/ Hellbernd/ Brzank/ Schröttle et al 2008). Laut Bundesländer abhängigen Polizeistatistiken sind Frauen in 70-90% der Fälle die Opfer häuslicher Gewalt. In der polizeilichen Kriminalstatistik von Berlin, „die Zahlen zur häuslichen Gewalt gesondert ausweist, war beispielsweise 2010 ein Frauenanteil von 23,8% bei den

Tatverdächtigen in Fällen häuslicher Gewalt zu verzeichnen“ (Kriminalitätsstatistik der Polizei Berlin 2010, S.171).

### 2.3 Mißhandlungszyklus

Der Mißhandlungszyklus ist komplex. Leonore Walker beschrieb in den 70-iger Jahren die Theorie des in mehreren Zyklen ablaufenden Kreises der Gewalt bestehend aus: Spannungsaufbau, Gewaltausbruch, Entschuldigungsversuche und Ruhe. (Walker 1981, Herman 2010)

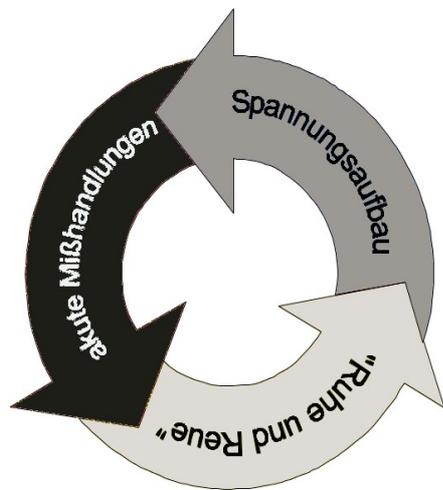


Abbildung 2: „Mißhandlungszyklus“, nach Leonore Walker, 1979 (modifiziert)

1. **Spannungsaufbau:** Zunächst kommt es zu **verbalen Angriffen, kleineren Übergriffen, angedeuteter Gewalt** (Tritt gegen die Wand, Schmeißen von Türen). In der Regel werden Alltagsprobleme als Eskalationsanlass genannt. Dies sind zum Beispiel: Streß mit Vorgesetzten, Stau auf dem Arbeitsweg, Unstimmigkeiten über Kindererziehungsfragen und Haushaltsführung, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Eifersucht, Folgen eines übermäßigen Alkohol- bzw. Drogenkonsums. Der gewaltbetroffene Partner versucht es dem anderen Recht zu machen, um ihn friedlich zu stimmen. Dabei werden in der Regel die eigenen Gefühle der Verzweiflung, der Angst oder gar die eigene Meinung unterdrückt. Selbstverleugnung setzt ein. Dem Partner wird nach dem Mund geredet. Falls Außenstehende die Situation mitbekommen, wird der Sachverhalt verharmlost. Der unterdrückte Partner hat Angst vor Gewalt. Dadurch kann sich das Machtgefälle vergrößern. Das Drangsalieren wird stärker, die Spannung nimmt zu.

2. **Gewaltausbruch:** Nach zumeist belanglosem Anlass kommt es zu einem Ausbruch von **Gewalt mit unkontrollierbarem teilweise zerstörerischem Handeln**. Diese Phase ist geprägt von massiver Gewalt. Art, Zeitpunkt und Schwere sind im Vorfeld nicht kalkulierbar. Jegliche Intervention könnte zu diesem Zeitpunkt die Lage verschlimmern. Das Opfer ist dieser Situation völlig hilflos ausgeliefert.

3. **Entschuldigungsversuche und Ruhe:** Leonore Walker unterteilt in „The battered women“ diese Phase in 3. *Reconciliation* =Aussöhnung / *Honeymoon* = Flitterwochen oder Honigmond und 4. *Calm*=Ruhe. In den deutschsprachigen Texten werden diese beiden Phasen zusammengefasst. In der sogenannten „**Honeymoon-Phase**“ zeigt sich der zuvor gewalttätige

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Partner **aufmerksam und liebenswürdig**, umwirbt die Frau mit Geschenken. Zumeist bereut der Partner die vorherigen Taten und ist gegebenenfalls **erschrocken** über das gezeigte Verhalten. Es wird beteuert sich zu ändern. Teilweise finden Versuche statt, die Gewalt zu legitimieren. **Es kehrt Ruhe ein.**

Die 3 theoretischen Phasen gehen in der Praxis fließend ineinander über. Je nach Dauer der Beziehung, Macht und Kontrolle sind die Abschnitte unterschiedlich lang und intensiv. Auch können die Gewaltformen wechseln.

### 2.4 Rad der Gewalt

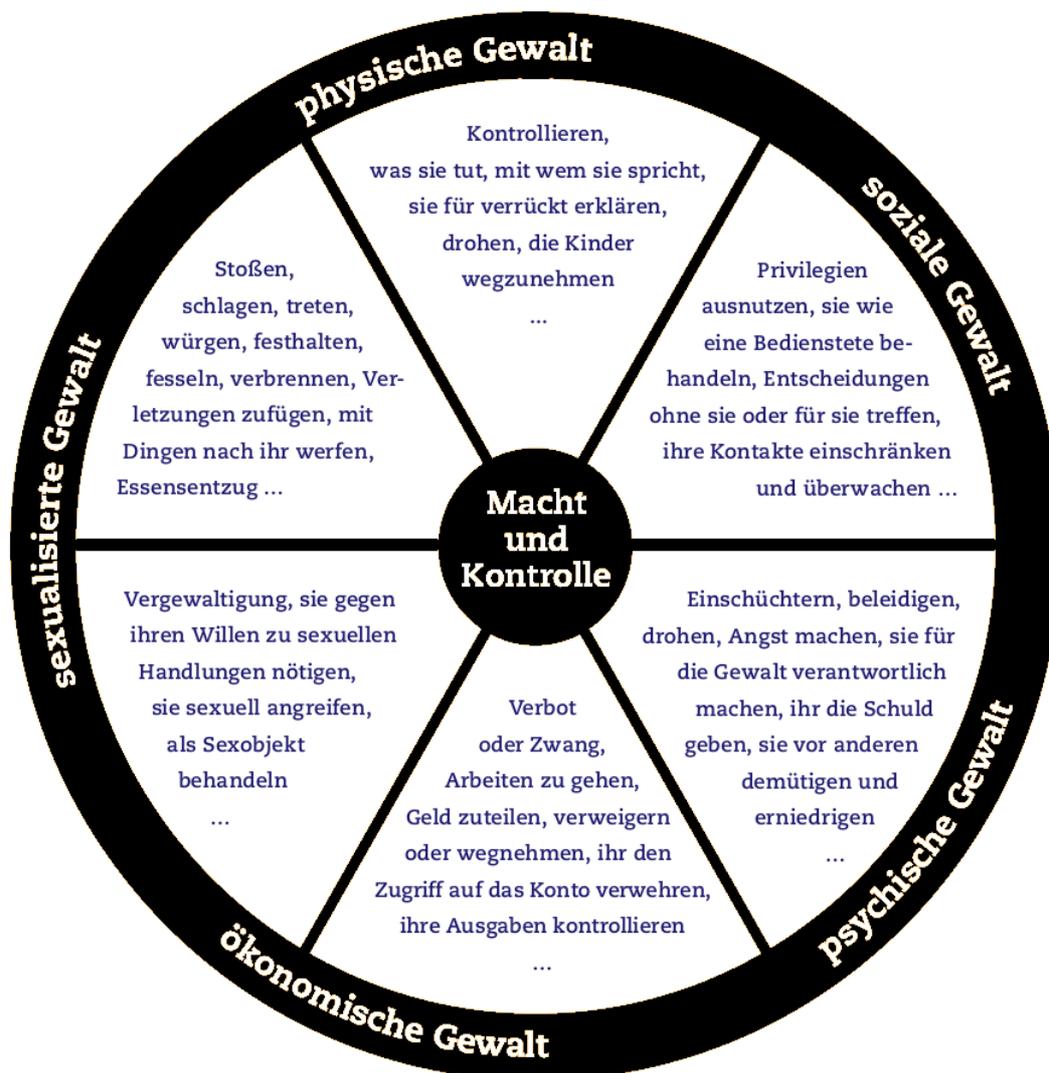


Abbildung 3: „Rad der Gewalt: Macht und Kontrolle“, in Anlehnung an Pence /Paymar (1983), entnommen dem S.I.G.N.A.L Handbuch S.24)

Bereits 1983 wurden diese Formen von Pence und Paymar vom „Domestic Abuse Intervention Project“ (DAIP) im *Rad der Gewalt* zusammengefasst. (Siehe Abb.11 im Anhang; S. 102)

Im *Rad der Macht und Kontrolle* wird neben der Geltendmachung der männlichen Vorrechte, dem

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Benutzen von Kindern und dem „Verniedlichen, Verleugnen oder Beschuldigen“ auf 3 der 5 Grundtypen der Gewalt eingegangen. **Diese 5 Grundtypen sind körperliche, psychische, sexualisierte, soziale und ökonomische Gewalt.**

Ziel der **sozialen Gewalt** ist die Kontrolle über soziale Beziehungen. Dies geschieht mittels Überwachung von Gesprächen und Kontakten, Begrenzung der Kontakte bis hin zur sozialen Isolation. Fließende Übergänge in andere Gewaltformen sind Einsperren, Herabwürdigung im sozialen Umfeld wie z. B. am Arbeitsplatz und das Benutzen der Kinder als Druckmittel.

Eine weitere Gestalt des häuslichen Terrors ist die **psychische Gewalt**. Sie ist umfassend und reicht vom emotionalen Mißbrauch über Einschüchterungen, Drohungen bis hin zu Zwangsmaßnahmen. Beim **emotionalen Mißbrauch** wird der Partner unter anderem abgewertet und niedergemacht. Es werden Schuldgefühle vermittelt, das Opfer sei für die Gewalt verantwortlich. Demütigungen werden ausgesprochen. Als **Einschüchterungstaktik** wird das Opfer durch Blicke, Gesten und Handlungen erschreckt oder verängstigt. Es kann zum Zerschlagen von Gegenständen, Zerstörung von Eigentum oder gar dem Mißbrauch von Haustieren kommen.

Psychische Gewalt mittels **Drohungen und Zwangsmaßnahmen** meint das Androhen und gegebenenfalls auch das Ausführen von Verletzungen, das Androhen das Opfer zu verlassen, ihr/ihm die Kinder wegzunehmen bis hin zur Androhung von Selbstmord. Da es eine spezielle Bindung zum Gewalttäter gibt, die zuweilen unlösbar erscheint, sind diese Drohungen ein Teil der psychischen Gewalt und kein Weg heraus (Brückner 1983).

Der Unterdrückte wird dazu gebracht, bereits eingeleitete Schritte zum Beenden der Beziehung rückgängig zu machen, z.Bsp. Anzeigen oder gerichtliche Klagen zurückzuziehen.

**Ökonomische Gewalt**, auch als wirtschaftlicher Missbrauch bezeichnet, verhindert, dass das Opfer über eigenständiges Geld verfügt. Falls das Opfer einen Job ausübt, wird der Verdienst abgenommen und ggf. nur ein bestimmter kleiner Betrag zugestanden. Zugang zum Familieneinkommen wird verwehrt. Es muss nach Geld gefragt werden.

Neben diesen 3 **Grundtypen von Gewaltformen** werden in der Literatur noch 2 weitere Typen beschrieben: die sexualisierte und die körperliche Gewalt.

**Sexualisierte Gewalt** reicht von Nötigungen bis hin zur Vergewaltigung und Zwangsprostitution.

**Körperliche Gewalt** umfaßt ein großes Spektrum: vom Essensentzug über Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesselungen, Angriffe mit Waffen (Gegenstände, Schlag-, Stich-, Schusswaffen), Morddrohung bis zum Tötungsdelikt. (Vgl. Hellbernd et al. 2004, S.I.G.N.A.L. - Handbuch für die Praxis S.23)

## **2.5 Folgen der Gewalt**

In der BMFSFJ-gestützten Studie von Schröttle und Müller (2004) “Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wurde erstmals flächendeckend das Ausmaß der Gewalt gegen Frauen in Deutschland erfasst. In den 10264 verwertbaren Interviews gaben 25% der Befragten - also jede 4. Frau(!) - an, in der aktuellen oder früheren Beziehung körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch den Partner erlebt zu haben. Bei 25-30% der gewaltbetroffenen Frauen kam es zur Beendigung der Beziehung. Allerdings dauerte die Gewaltbeziehung bei 40% über 1 Jahr und bei 17% sogar über 5 Jahre.

Körperliche Verletzungen nach Gewalt (wie z.Bsp.: Hämatome, Verstauchungen, Frakturen, Kopf- und Gesichtsverletzungen) bejahten 64% der gewaltbetroffenen Frauen. Medizinische Hilfe nahm nur knapp 1/3 in Anspruch. Und das, obwohl medizinische Intervention bei 14% der Frauen mit körperlicher Gewalt und bei 27% der Frauen nach sexueller Gewalt notwendig gewesen wären. Ein Überblick über die gesundheitlichen Folgen zeigt die folgende Tabelle1.

Tabelle 1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen (Heise et al, CHANGE 1999, entnommen: S.I.G.N.A.L.-Handbuch S.28)

<b>Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen</b>		
<b>nicht-tödliche Folgen</b>		<b>tödliche Folgen</b>
<b>Körperliche Folgen</b>	<b>Gesundheitsgefährdende (Überlebens-)Strategien</b>	•tödliche Verletzungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verletzungen</li> <li>• funktionelle Beeinträchtigungen</li> <li>• dauerhafte Behinderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rauchen</li> <li>• Alkohol- und Drogengebrauch</li> <li>• risikoreiches Sexualverhalten</li> <li>• selbst verletzendes Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mord</li> <li>• Suizid</li> </ul>
<b>(Psycho-)somatische Folgen</b>	<b>Reproduktive Gesundheit</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische Schmerzsyndrome</li> <li>• Reizdarmsyndrom</li> <li>• Magen-Darm-Störungen</li> <li>• Harnwegsinfektionen</li> <li>• Atemwegsbeschwerden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eileiter- und Eierstockentzündungen</li> <li>• Sexuell übertragbare Krankheiten</li> <li>• ungewollte Schwangerschaften</li> <li>• Schwangerschaftskomplikationen</li> <li>• Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht</li> </ul>	
<b>Psychische Folgen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatische Belastungsstörungen</li> <li>• Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken</li> <li>• Eßstörungen</li> <li>• Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl</li> </ul>		

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Das Trauma der Gewalt hat weitreichende Auswirkungen auf die Strukturen der Familie und des sozialen Umfeldes, auf die ökonomischen Strukturen und die Wohnsituation. Alle Formen der Gewalt haben psychische Beschwerden zur Folge, z.Bsp: Eßstörungen, Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Ängste, Niedergeschlagenheit, Depression, Selbstverletzungen, Suizidgedanken. Oft wird über einen erhöhten Substanzmittelkonsum berichtet und über psychosomatische Symptome wie u.a. chronische Beschwerden ohne offensichtliche Ursache, chronische Unterbauchschmerzen, wechselnde Schmerzsyndrome, häufige Harnwegsinfekte, Zyklusstörungen, herzbezogene Streßsymptome (Vgl. AWMF-S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, AWMF S2-Leitlinie Chronischer Unterbauchschmerz der Frau, Mezey/ Bewley 1997, Heyen 2000, Hellbernd/Wieners 2002, Schöttle/Khelaifat 2007, RKI 2008, Hellbernd/Wieners 2009 – Basisfortbildung, DGGG 2010, BMGS (2013) 4.Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung).

Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ist die Arbeitsplatzsituation kritisch. Betroffene sind häufiger unpünktlich, nur eingeschränkt belastbar und öfter krank geschrieben als Partner aus normalen Beziehungen. Sie können die anfallenden Anforderungen seltener häufig erfüllen. Kündigungen werden ausgesprochen. Frauen mit Gewalterfahrungen haben im Laufe ihres Lebens immer wieder Phasen von Arbeitslosigkeit. Aufgrund des geringen Selbstwertfühles, Niedergeschlagenheit oder Depression verkaufen sie sich in Bewerbungsgesprächen unter Wert. Sie bekommen seltener einen langfristigen Job (Lloyd / Taluc 1999, Moe/Bell 2004, Swanberg/Macke/Logan 2006).

Weniger Geld hat in vielen Fällen einen sozialen Absturz zur Folge mit erhöhtem Armuts- und Verwahrlosungsrisiko und entsprechenden Chronifizierungen der gesundheitlichen Beschwerden. Neben dem Trauma und den persönlichen Folgen für die Frau zeigt die folgende Tabelle 2 eine Aufstellung der sozioökonomischen Kosten von Gewalt gegen Frauen.

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Tabelle 2: Aufstellung der sozioökonomischen Kosten von Gewalt gegen Frauen (entnommen von Brzank 2009 in Anlehnung an Kavemann 2000)

### Aufstellung der sozioökonomischen Kosten von Gewalt gegen Frauen I

#### I. Wert der Dienste zur Strafverfolgung/Behandlung/Prävention von Gewalt Direkte Kosten Kosten für

Medizin

- Psychologische Beratung/ Behandlung (Psychotherapien, Psychriaufenthalte)
- Medizinische Behandlung (Notfallbehandlung, Krankenhausaufenthalte, Erst- und Folgebehandlungen in Kliniken und Arztpraxen)
- Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz
- Hauspflege
- Medikamente und Hilfsmittel
- Behandlungen von psychosomatischen, chronifizierten und sexuell übertragbaren Krankheiten
- Suchttherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren
- Behandlungsaufwand für Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten und Geburtsfehler

Polizei

- Bearbeitung von Anrufen, Einsätze, Sachbearbeitung, Ermittlung, Verfolgung und Festnahmen

Justizsystem

- Festnahme, Anklage, Verfahren und Haftaufenthalte, Prozesskostenhilfe, Gutachterhonorare, Bewährungshilfe, Sozialtherapie in der Haftanstalt

Schutzangebote - Geschützte Unterkünfte für Frauen und Kinder

Sozialbereich

- soziale, ökonomische, Rechts-, Sucht-, Familien-, Täterberatung, Unterstützungsprogramme, Supervision, Jugend- und Familienhilfemaßnahmen
- lang- und kurzfristige Fremdunterbringung von Kindern, Hilfe zum Lebensunterhalt
- Jobtraining, Fortbildung, Wiedereingliederungsangebote
- Präventionsmaßnahmen und Aufklärungstraining für Polizei, Ärzte, Justiz und Medien

Individuell

- Zuzahlungen zu medizinischen Behandlungen oder Kuren
- Psychotherapien, Betroffenengruppen
- Selbstverteidigungskurse
- Rechtsberatung oder anwaltliche Vertretung
- Einrichtung einer neuen Wohnung nach der Trennung oder Flucht
- Verdienstaufschlag aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Krisensituation
- Aufnahme von betroffenen Frauen und Kindern aus dem sozialen Umfeld
- ehrenamtliche Unterstützungsarbeit

## 2 Grundlagen zum Verständnis der Studie

Fortsetzung Tabelle 2: Brzank 2009 in Anlehnung an Kavemann 2000

### Aufstellung der sozioökonomischen Kosten von Gewalt gegen Frauen II

<b>II.</b> <b>Nichtmonetäre Kosten</b>	<b>Schmerz und Leid zulasten der Gewaltbetroffenen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- erhöhte Morbidität</li><li>- erhöhte Mortalität durch Verletzung, Tötung, Mord und Selbstmord</li><li>- erhöhter Nikotin-, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum</li><li>- depressive Störungen, Angststörungen und weitere psychische Probleme</li></ul>
<b>III.</b> <b>Ökonomische Multiplikations effekte</b>	<b>Makroökonomisch, Arbeitsmarkt, generationsübergreifend, Produktivitätseinfluß</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- verringerte Arbeitsproduktivität und erhöhter Absentismus</li><li>- geringere Löhne</li><li>- Verlust von Rentenansprüchen</li><li>- sinkende Arbeitsmarktpartizipation, d.h. Steuerausfälle, Arbeitslosen- und Krankengeld, Frühberentung oder Hilfe zum Lebensunterhalt</li><li>- Bewerbungstrainings sowie Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen</li><li>- Generationsübergreifender Einfluss auf die Produktivität aufgrund schlechter Schulergebnisse und als Folge einen geringen Bildungsstand der Kinder</li><li>- geringere Kapitalanlage und Sparguthaben</li><li>- Kapitalflucht</li></ul>
<b>IV.</b> <b>Soziale Multiplikations effekte</b>	<b>Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen und Lebensqualität</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- generationsübergreifende Übertragung der Gewalterfahrung auf die Kinder</li><li>- Verlust von familiären und sozialen Bezügen durch Trennung, Flucht, Fremdunterbringung, Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel bzw. Wohnungslosigkeit</li><li>- reduzierte Lebensqualität aufgrund von Krankheiten, Suchtverhalten, psychischen Problemen, verringertes Selbstwertgefühl, Angst, Schlaflosigkeit, Mißtrauen, Stigmatisierung, Ausgrenzung, erneute Gewalterlebnisse, Probleme mit Kindern, Suizidversuche, sexuelle Probleme</li><li>- Beeinträchtigung der Lebensplanung und des möglichen beruflichen Erfolges</li><li>- Zerfall des sozialen Kapitals und der sozialen Kompetenz</li><li>- verringerte Partizipation am demokratischen Prozess</li><li>- Kollisionen mit Normen und Gesetzen durch Drogenkonsum, Beschaffungskriminalität, Prostitution, Misshandlung oder Vernachlässigung der eigenen Kinder.</li></ul>

## 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

### 3.1 Untersuchungen in der Schwangerschaft

Die ab dem ersten Tag der letzten Menstruation gerechnete Schwangerschaft dauert durchschnittlich etwa 280 Tage oder 40 Wochen. In den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (G-BA „Mutterschafts-Richtlinien“) ist die Schwangerschaftsbetreuung gesetzlich geregelt.

Die Feststellung einer intrauterinen Schwangerschaft sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen. Zur **Erstuntersuchung beim niedergelassenen Gynäkologen** gehören (siehe auch Goerke 2012):

1. Die **Anamnese und Allgemeinuntersuchung** mit Erhebung des gynäkologischen Status, Gewichtskontrolle und Blutdruckmessung. Ausstellung eines Mutterpasses (ca. 12. SSW).

2. **Beratung** der Schwangeren zu den Themen

- Ernährung (u.a. Energiebedarf, Gewicht, Mahlzeitenhäufigkeit, Iod- und Fluorzufuhr, Folsäuresupplementierung, Kochsalz, Flüssigkeit, vegetarische Ernährung, sowie spezielle Ernährungshinweise zu Milch, Fleisch, Fisch, Eiern etc.), Medikamente, Genussmittel (Alkohol, Tabak und andere Drogen), je nach Religion: Empfohlene Verhaltensweisen im Ramadan oder bei der Fastenzeit im Christentum, Zahngesundheit.
- Tätigkeit/Beruf, Sport, Geschlechtsverkehr, Reisen, Autofahren (Gurtpflicht)
- Risikoberatung, Impfen, Krebsfrüherkennungsuntersuchung, HIV, Antikörpertest
- Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik

3. Die **obligatorischen Untersuchungen** (auf Kassenleistung) laut „Mutterschafts-Richtlinien“ sind Untersuchung:

- des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker, Sediment
- des Morgenurins auf das Bakterium Chlamydia trachomatis (anstelle des früher üblichen Gebärmutterhalsabstrichs) mittels Pooling
- des Blutes mit Bestimmung der Blutgruppe, des Rhesusfaktors, dem 1. Antikörpersuchtest, des aktuellen Hämoglobinwertes , ggf. Röteln (Ak) , Syphilis , HIV (nur mit Einverständnis)

4. Beratung zu **individuellen Gesundheitsleistungen** (IGel):

- Folsäure-Prophylaxe (so früh wie möglich beginnen, am besten 4 Wochen vor der geplanten

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

Schwangerschaft mit mindestens 400µg/d bis mindestens 12. SSW). In der Praxis werden Dosierungen von 400-800 µg pro Tag verabreicht.

- Jod-Prophylaxe,
- TSH-Bestimmung,
- Erhebung des Antikörper (Ak)-Status: Zytomegalie (Ak), Windpocken (Ak), Ringelröteln (Ak) Toxoplasmose (Ak), ggf. Hepatitis C (Ak). Bei sogenanntem „begründetem Verdacht“ auf eine akute Infektion werden diese Kosten von der Krankenkasse getragen.

**Bis zur 32. SSW ist die Schwangere alle 4 Wochen, danach alle 2 Wochen bis zum errechneten Entbindungstermin** zur Vorsorge. Ab 6 Wochen vor Entbindung besteht der Mutterschutz, in dem die Frau nur beschäftigt werden darf, wenn sie sich ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit erklärt (Mutterschutzgesetz). Ab 40+0 SSW, der sogenannten Terminüberschreitung, werden individuelle engmaschigere Kontrollen durchgeführt, in der Regel ist die Betreuung alle 2-3 Tage in der 41. SSW, danach täglich.

In der Schwangerschaftsvorsorge werden bei jeder Vorstellung Gewicht und Blutdruck kontrolliert, sowie nach Gebärmutterstand, kindlichen Herztönen und Lage des ungeborenen Kindes geschaut. Im Mittelstrahlurin bestimmt die Hebamme oder AssistentIn der ÄrztIn jedes Mal Eiweiß, Zucker und Sediment. Es wird nach Ödemen und Varizen geschaut.

Ab der 24. SSW wird auch das Hämoglobin im Blut regelmäßig kontrolliert.

In der 24.-27. SSW findet der 2. Antikörpersuchtest sowie ein **Screening auf Gestationsdiabetes mellitus (GDM)** mittels oralem Glukosetoleranztest (= oGTT) mit 50g Glukose in 200 ml Wasser und entsprechenden Blutentnahmen statt. (AMWF-Leitlinie GDM S. 14ff) Seit März 2012 bezahlt die Krankenkasse den oGTT inklusive der Zuckerlösung.

Wenn bei Frauen kein Rhesusfaktor im Blut nachweisbar ist, sie also Rhesus negativ sind, empfiehlt der gemeinsame Bundesausschuss in der 28.-30. SSW die **Anti-D-Prophylaxe** mittels intramuskulärer oder intravenöser Verabreichung von Anti-D-Immunglobulin. Die Gefahr der Rhesus-Sensibilisierung kann bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft die Verabreichung der Immunglobuline notwendig machen: Z.Bsp. bei drohender Fehlgeburt im 1. Trimenon, Entnahme von Fruchtwasser, Fetalblut oder Chorionzotten, bei Blutungen der Plazenta, sowie Fehlgeburt oder bei einem Schwangerschaftsabbruch.

Ab der 32. SSW wird auf Vorliegen einer Hepatitis B Infektion geschaut, mittels Bestimmung des **HBsAG** aus dem mütterlichen Blutserum. In der 35-37. SSW kann anhand eines vaginalen und rektalen Abstriches auf Existenz von B-Streptokokken gescreent werden, dieses sogenannte **GBS-**

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

**Screening** ist eine IGeL.

Die FrauenärztIn sonographiert routinemäßig zu den laut „Mutterschafts-Richtlinien“ vorgeschriebenen Terminen:

- 9. bis 12. SSW (1. Ultraschall-Screening)
- 19. bis 22. SSW (2. Ultraschall-Screening)
- 29. bis 32. SSW (3. Ultraschall-Screening)

Im Paragraph 70 des V. Teils des Sozialgesetzbuches (SGB V §70 Abs.1) ist die „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ geregelt, dort heißt es: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“

Zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen sind also zu verschiedenen Zeitpunkten in der Schwangerschaft möglich. Da sie in der Regel (Ausnahmen sind Risikoschwangere) nur der Verbesserung der individuellen Bedürfnisse der Schwangeren dienen, sind dies zusätzliche individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Dazu zählen neben den bereits aufgeführten: in der 12-14. SSW das „**Erst-Trimester-Screening**“ auf Trisomie 21 und ein **Screening auf Präeklampsie**, zwischen der 16-20. SSW ein **Screening auf Neuralrohrdefekte** (z.Bsp. Spina bifida, offener Rücken), zwischen der 20-24. SSW eine **sonographische Feindiagnostik** und in der 35/36. SSW ein Ultraschall zur Kontrolle, ob der geplante Geburtsmodus zum Zeitpunkt der Sonographie realisierbar scheint.

Trotz eines allgemeinen Risikos in der Schwangerschaft kommen 95-97% der Kinder gesund zur Welt. Momentan gibt es wie oben erwähnt diverse Screening-Methoden.

Im Rahmen der Recherche zu meiner Arbeit bin ich in Texten immer wieder mit der Frage konfrontiert worden, warum es kein Screening auf häusliche Gewalt gibt, aber ein Screening für Gestationshypertonie, auf Streptokokken, gegen Chlamydien und auf Gestationsdiabetes. Deshalb möchte ich kurz zu der Wichtigkeit dieser 4 existierenden Screenings etwas schreiben, ohne auf die entsprechenden Krankheitsbilder näher einzugehen, die zur optimalen Behandlung teilweise Facharztpezialisierungen brauchen und komplette Bücher füllen.

- **Gestationshypertonie:** In der Bundesrepublik Deutschland kommt es bei 5-10% aller Schwangeren zu hypertensiven Erkrankungen (Baltzer 2006 S.239 ff). 2 von 100 Schwangeren

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

bekommen eine Verlaufsform der **Präeklampsie** (Lachmann, Schlembach 2013). Die **Eklampsie** bekommen 3 von 10000 bis 1 von 1000 Schwangeren (Baltzer 2006 S.239 ff). Beim **HELLP-Syndrom** wird die Inzidenz, also die Anzahl der Neu-Erkrankten, mit 0,2 bis 0,85 % angegeben, was 1 Erkrankungsfall auf 150 - 300 Entbindungen entspricht (Rath 1998). Hypertensive Erkrankungen tragen zu 20 bis 25% der perinatalen Mortalität bei und führen somit die mütterlichen Todesursachen an (AWMF – Leitlinie Hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen).

- **Gruppe B Streptokokken (GBS) – Screening:** Während der Schwangerschaft sind 10-35% aller Frauen im Bereich der Vagina und des Rektums mit dieser Art des Streptokokkus besiedelt. Eine Kolonisation von Neugeborenen mit Streptokokkus agalactiae findet in der Hälfte der Fälle statt. Diese Infektion ist eine vertikale Infektion, also die Übertragung des Erregers von einem Wirt zu seinen Nachkommen, in diesem Falle eine perinatale Infektion, die bei reifen Neugeborenen 0,2% beträgt (Bernier R. 2003). Momentan sind Streptokokken der Gruppe B die häufigsten Erreger der Sepsis und Meningitis bei Neugeborenen und Kindern. (Schuchat A. 1999 ) Ihre Inzidenz für EOD (0-6 Tage) und LOD (7-90 Tage) beträgt in Deutschland ca. 1 pro 2000 Geburten (Martius 2000, Fluegge K. 2006, AWMF – Leitlinie: Prophylaxe der Neugeborenenensepsis (frühe Form) durch Streptokokken der Gruppe B).

- **Chlamydien-Screening:** Circa 3 bis 8 von 100 Schwangeren sind mit Chlamydia trachomatis besiedelt. Um wie viel sich damit das Risiko auf einen vorzeitigen Blasensprung und die Frühgeburt erhöht wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Indiskutabel bleibt allerdings das Risiko der vertikalen Infektion: bei 10% der Neugeborenen kommt es zu einer atypischen Pneumonie und bei 30 % zu einer Chlamydien-Konjunktivitis (Martius J. 1988, Dudenhausen 2011 S.32). Seit einer Bekanntmachung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 22.11.1994 mit Inkrafttreten am 01.04.1995 ist das Chlamydien-Screening in den “Mutterschafts-Richtlinien” verankert (KBV 1995).

- **Gestationsdiabetes mellitus (GDM):** Die Prävalenzen, also die Anzahl der Kranken zum Untersuchungszeitpunkt, variierten in den letzten 20 Jahren zwischen 0,6% und 22 % (King 1998, Murgia 2006). **Die Prävalenz des GDM liegt also ähnlich wie die der häuslichen Gewalt.** Die Häufigkeit der Diagnose ist Abhängig von der Suchfrequenz: Wer häufiger sucht, diagnostiziert öfter GDM. Ferner gibt es Abhängigkeiten zu den Risiken für Diabetes mellitus – je mehr, desto öfter – und den Grenzen der Laborparameter – je niedriger, umso häufiger.

GDM ist ein sehr umfassendes Krankheitsbild. Ein nicht erkannter oder unbehandelter GDM hat sowohl akute als auch langfristige Folgen für die Mutter und für das Kind. So besteht durch eine

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

schlechte Stoffwechsellage ein höheres Risiko für den späten intrauterinen Fruchttod. Ferner nimmt der Fetus bei unbehandeltem GDM aufgrund von Glykogeneinlagerungen und vermehrter Adipogenese stark an Gewicht zu, was zu Komplikationen unter der Geburt führen kann wie z.Bsp. Schulterdystokie oder ein höhergradiger Dammriss Grad 3 oder 4. Bei großem Kind und zusätzlichem Polyhydramnion besteht ein hohes Risiko für eine Uterusatonie, es kann zu schweren (transfusionspflichtigen) postpartalen Blutungen kommen.

Der Säugling dieser Mütter mit schlecht/nicht eingestelltem GDM ist in seinem kompakten, fertigen Aussehen in einigen Entwicklungspunkten noch unreif und kann postnatal diverse Anpassungsprobleme entwickeln; z.Bsp.:

- beim Blutzucker
- beim Atmen mit Atemstörungen (wegen unzureichender Surfactantproduktion)
- aufgrund des intrauterin erhöhten Sauerstoffbedarfs kommt es zu einer gesteigerten Blutneubildung mit erhöhter Erythrozytenzahl (Polyglobulie)
- wegen der vielen fetalen Erythrozyten, die nach der Umstellung abgebaut werden müssen, zur Hyperbilirubinämie,
- eine sehr seltene, aber schwerwiegende Komplikation ist die Nierenvenenthrombose

Langfristig besteht ein hohes Risiko bei der Mutter für eine bleibende Glukosetoleranzstörung mit Manifestation eines Diabetes mellitus im weiteren Lebensverlauf (AWMF-GDM).

## 3.2 Screening

Claudia Spix und Maria Blettner haben sich 2012 in ihrer Übersichtsarbeit aus der Reihe „Bewertung wissenschaftlicher Publikationen“ dem Thema *Screening* gewidmet. Sie haben unter anderem beleuchtet, wann „sekundäre Prävention“ im Sinne einer Früherkennung sinnvoll ist und dies am Beispiel Krebs (Brust-, Prostata- und Darmkrebs) verdeutlicht. Die Erkenntnisse vereinen das Wissen von Wilson/Jungner (1968) und deren Weiterentwicklung mit der aktuellen Datenlage.

Bei häuslicher Gewalt handelt es sich nicht um eine Krankheit im klassischen Sinn, sondern um eine Problematik mit weitreichenden Folgen (siehe Kapitel 2 – Grundlagen, Tabelle: 2, S. 18/19). Nichtsdestoweniger versuche ich die von Spix und Blettner gewählten Kriterien auf häusliche Gewalt anzuwenden. Im Abschnitt *Diskussion* wird die Frage, ob ein Screening sinnvoll ist, noch einmal aufgegriffen und hinterfragt.

Um ein Screening auf häusliche Gewalt einzuführen, sollte es sich um ein „erhebliches Problem“ handeln und/oder „schwerwiegende Folgen“ nach sich ziehen. Außerdem sollte das zu

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

untersuchende Problem einem bestimmten Ablauf folgen: eine „präklinische Phase“, in der die Symptome noch nicht sichtbar sind, gefolgt von einer „klinischen Phase“, in der die Symptome offensichtlich werden, und einem Endpunkt. Findet man Frauen mit häuslicher Gewalt mittels Screening in der „präklinischen Phase“, sollten diese Frauen von einer Intervention in einer solchen Phase erheblich mehr profitieren, als wenn man dies erst bei klinischer Manifestation aufgedeckt hätte. Auch sollte diese „präklinische Phase“ ausreichend lang sein, um eine Intervention möglich zu machen.

Das gewählte Screening-Verfahren sollte „valide, risikoarm und akzeptabel“ sein. Überdiagnosen, also falsch positiv gescreeente Frauen, sollten nicht vorkommen. Das gewählte Verfahren darf den nicht-gewaltbetroffenen Frauen keinen Schaden zufügen. Auch dürfen die betroffenen Frauen keinen Nachteil erleiden.

Ist ein Programm zusammengestellt, dass alle Bedingungen erfüllt, sollte mittels hinreichender Evaluation auch ein Erfolg belegt und der Nutzen nachgewiesen werden.

Es sollte nachgewiesen werden, dass ein individueller Erfolg auf die gesamte Gruppe anwendbar ist. Zum Beweis eines positiven Nutzens wäre eine kontrollierte Studie mittels Vergleichsgruppe Schwangere mit häuslicher Gewalt MIT versus OHNE Intervention erforderlich. Ferner sollte die Effektivität eines Screenings beurteilt werden: Kommt es nach der Intervention zu einer Reduzierung der Gewaltanwendungen? Endet die Gewalt oder die Beziehung früher, als wenn man nicht interveniert hätte? Können Auswirkungen auf die Schwangerschaft verhindert werden? Und somit gegebenenfalls einen Abort oder eine Behinderung des zukünftigen Kindes?

### **3.3 Prävalenz von Gewalt in der Schwangerschaft und im Wochenbett**

Im internationalen Raum liegen schon seit über 20 Jahren Zahlen zur Prävalenz von Gewalt während der Schwangerschaft vor. Je nach Screeningverfahren und Häufigkeit der Befragungen kommen die Interviewer zu einem Vorliegen von körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt in der Schwangerschaft von 0,9 bis 20,1 %. Mehrheitlich wurde eine Verbreitung von 4–8 % aufgezeigt (McFarlane/Parker 1992, Gazmararian 1996, Cokkinides 1998, Martin 2001, Saltzman 2003, Bacchus 2004, Bowen 2005).

Um den Zeitpunkt der Geburt und die darauf folgenden 24 Monate interviewte Harrykisson et al. in einer multi-ethnischen prospektiven Kohortenstudie 570 Frauen zu „Intimate Partner Violence“. 41% (n=233) berichteten in diesem Zeitraum über häusliche Gewalt. 49 (21%) dieser 233

### 3 Herleitung der Fragestellung und Hypothesen

gewaltbetroffenen Frauen erlebten diese Ausbrüche während der ersten 3 Monate post partum. 38 (78 %) der betroffenen Mütter, die während der ersten 3 Monate post partum Partnergewalt erlitten, gaben an, vorher noch keine Gewalt erlebt zu haben. Im Laufe des Beobachtungszeitraumes nahm die Gewaltrate zwar ab, wurde allerdings bei bestehender Gewalt heftiger und häufiger ausgeführt (Harrykissoon 2002).

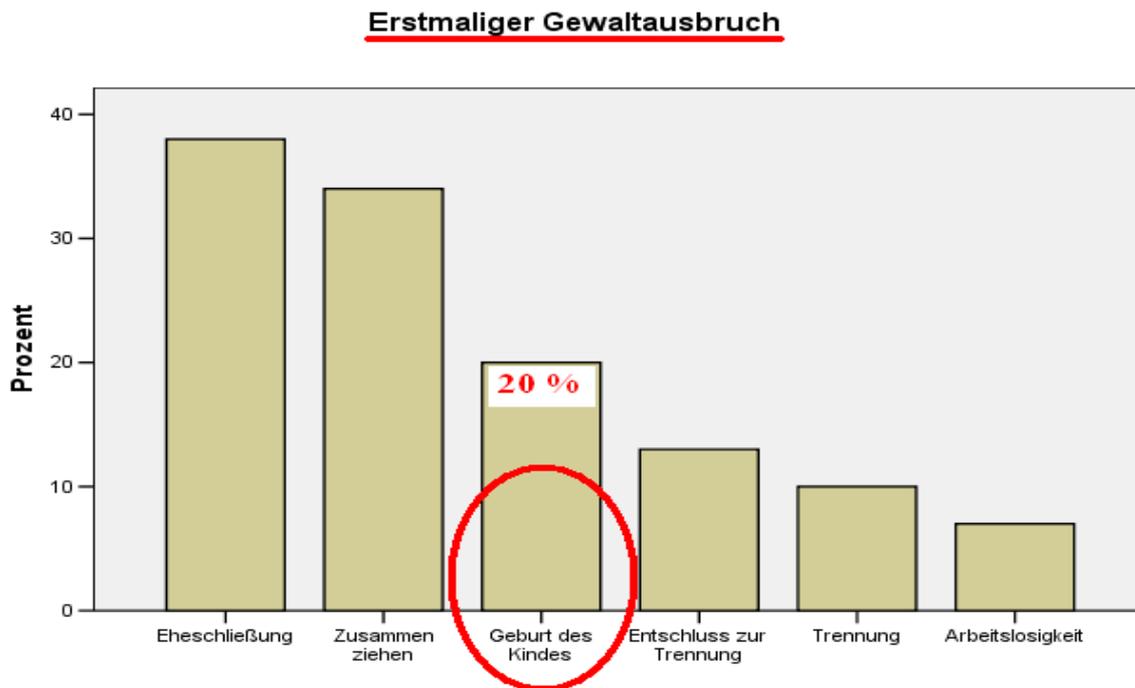


Abbildung 4: „Erstmaliger Ausbruch der häuslichen Gewalt“ (Schröttle/Müller 2004)

In Deutschland fragten Schröttle und Müller et al. in ihrer repräsentativen Studie (N=10.264) unter anderem nach dem Lebensereignis/Auslöser, zu dessen Zeitpunkt erstmals die Gewalt in der Partnerschaft auftrat. 10% nannten die Schwangerschaft und 20% die Geburt des Kindes als jenes Ereignis (Schröttle/Müller 2004, Langfassung, S. 261,262).

Von 02/2000-03/2003 wurde in der Begleitforschung vom S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt eine Befragung von Patientinnen der 1. Hilfe am Campus Benjamin Franklin der Charité Berlin durchgeführt. Interviewt wurden 806 Frauen. 293 Frauen, also 36,6%, berichteten von häuslicher Gewalt in Form von körperlichen, sexuellen oder emotionalen Gewalthandlungen nach dem 16. Lebensjahr. 13,5% der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen gaben an, während der Schwangerschaft körperliche Gewalt erlitten zu haben (Hellbernd/Brzank et al. 2004).

Alles in allem erschreckend hohe Zahlen.

### 3.3 Fragestellung und Hypothesen

In der deutschen Literatur fehlen größere Studien zu den Auswirkungen der häuslichen Gewalt auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt. Auch auf regionaler Ebene gibt es keine Veröffentlichungen zu konkreten Untersuchungen bezüglich dieser Thematik.

- Welche Frauen lassen sich befragen?
- Warum kommen Frauen nicht zur Befragung?
- Wie ist die Prävalenz unter den Frauen der Schwangerschaftsberatung der Charité Universitätsmedizin Berlin?
- Gibt es einen Versorgungsbedarf für gewaltbetroffene Frauen in der Schwangerschaft?
- Werden die Hilfsmaßnahmen angenommen?
- Welche Folgen hat die häusliche Gewalt auf die Schwangere, den Geburtsverlauf, das Neugeborene?
- Welche Folgen hat das Interview auf die Frau?
- Wünschen sich die Frauen ein Screening?
- Was macht die Befragung mit dem Interviewer?
- In welche Fallen kann man geraten?
- Gibt es störungsfreie Räumlichkeiten im Universitätsklinikum?
- Wie lässt sich die Studie im Rahmen der Bedarfsanalyse als Großprojekt realisieren?
- Wie würde ein reguläres Screening aussehen?

#### Hypothesen

Frauen mit körperlicher Gewalterfahrung

- haben häufiger Fehlgeburten
- haben häufiger Komplikationen unter der Geburt
- haben häufiger Früh- bzw. Mangelgeburten
- haben später mit der Mutterschaftsvorsorge begonnen bzw. nehmen weniger der angebotenen Termine wahr

als Frauen ohne diese Form der Gewalterfahrung.

Frauen mit Gewalterfahrung

- haben häufiger Übertragungen
- haben häufiger postnatale Depression

als Frauen ohne diese Form der Gewalterfahrung.

## 4 Methoden

### 4.1 Definitionen für die Studie

Für die Bedarfsanalyse an der Charité wird Gewalt gegen Frauen definiert als "jeglicher Akt von geschlechtsspezifischer Gewalt, der unabwendbar oder mit hoher Wahrscheinlichkeit physische, sexuelle oder psychologische Schädigung oder Leid für Frauen bewirkt, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, Zwangskontrolle oder willkürlicher Freiheitsberaubung, ob im öffentlichen oder privaten Raum erfolgend" (UN-Generalversammlung 1993).

### 4.2 Studienpopulation

Als Gesamtpopulation werden bestimmt: Alle Schwangeren zwischen 18 und 45 Jahren, die sich zwischen Juli 2009 und Februar 2010 zu einer Schwangerschaftsberatung in der Charité vorstellen. Schwangere zwischen 18 und 45 Jahren, die sich zwischen Februar 2010 und Juni 2010 zu einer Schwangerschaftsberatung im Oskar-Ziethen-Krankenhaus Berlin vorstellen.

Die Altersgrenze nach unten wurde von der Ethikkommission der Charité festgelegt. Die Frauen sollten mündig sein, um selbstständig die Einverständniserklärung zu unterschreiben und nicht die Erlaubnis zur Studienteilnahme von den Sorgeberechtigten einholen zu müssen. Ferner sollten sie bei gewünschter Intervention im Falle häuslicher Gewalt keinem Schutzbefohlenen unterstellt sein. Die Obergrenze des Alters wurde von der betreuenden Ärztin festgelegt, da aufgrund ihrer langjährigen geburtshilflichen Erfahrung, mit erhöhtem Alter der Schwangeren die körperlichen Veränderungen der Mutter und Anpassungen an die Gravidität schwieriger zu verkraften sind. Bei Problemen während der Schwangerschaft – Geburt – im Wochenbett könnten Kausalbeziehungen im Falle häuslicher Gewalt bei Komplikationen unter der Geburt und/oder mit dem Feten/Säugling nicht ermittelt werden.

Folgende Ausschlußkriterien wurden gewählt:

- Schwangere <18 und >45 Lebensjahren
- Frauen, die nicht allein befragt werden wollen/können
- Frauen, die nicht deutsch, englisch, französisch oder türkisch sprechen
- Frauen in einer Akutsituation
- Frauen nach Sterilitätsbehandlung (ICSI/IVF)
- Bereits befragte Frauen

### 4.3 Auswahl des Instrumentes

Bis zur Recherche im Februar 2009 gab es nur einen in deutscher Sprache veröffentlichten, validierten Fragebogen, der für unsere Bedarfsanalyse nicht geeignet schien. Somit wurde zunächst in Pubmed nach englischsprachigen Fragebögen bezüglich Häuslicher Gewalt gesucht (ohne Einbeziehung der Fragebögen betreffend die häusliche Gewalt und Vernachlässigung gegenüber Kindern).

Gefunden wurden 50 verschiedene Instrumente (alphabetisch geordnet):

1. Abuse Assessment Screen (AAS)
2. American Medical Association Screening Questions
3. Abuse Risk Inventory (ARI)
4. Assessment of Immediate Safety Screening Questions
5. Bartlett Regional Hospital Domestic Violence Assessment
6. Behavioural Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS)
7. Composite Abuse Scale (CAS)
8. Computer Based IPV Questionnaire
9. Computer Screening Intimate Partner Violence (CSIPV)
10. Conflict Tactics Scale (CTS)
11. Conflict Tactics Scale Revised (CTS 2)
12. Danger Assessment Scale (DAS)
13. Domestic Abuse Assessment Questionnaire (DAAQ)
14. Domestic Violence Initiative Screening Questions
15. Domestic Violence Screening Tool (DVST)
16. Emergency Department Domestic Violence Screening Questions (EDDVSQ)
17. Feeling safe at Home
18. HARK (Humiliation, Afraid, Rape, Kick)
19. Hurt, Insult, Threaten and Scream (HITS)
20. Index of Spouse Abuse (ISA) – Physical / Non-Physical
21. Intimate Justice Scale (IJS)
22. Measurement of Wife Abuse (MWA)
23. Minnesota Tool
24. New South Wales Department of Health Survey
25. NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ)

## 4 Methoden

26. Ongoing Abuse Screen (OAS)
27. Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)
28. Partner Violence Screen (PVS)
29. Patient Satisfaction and Safety Survey (PSSS)
30. Perinatal Self-Adminstrated Inventory (PSAI)
31. RADAR (R=Remember to ask Routinely, A=Always ask, D=Document findings, A=Assess safety and lethality, R=Review options with your patient)
32. RADAR/SA (for sexual asult)
33. RADAR for Men: A Domestic Violence Intervention
34. Relationship Chart
35. SAVE: A Tool for Screening for Sexual Assault
36. Screening Tools – Domestic Violence
37. Screening Tools – Sexual Assault
38. Sexual and Physical Abuse History Questionnaire
39. Sexual Coercion in Intimate Relationships (SCIRS)
40. Severity of violence against Women Scale (SVAWS)
41. Slapped, Threatened and Throw (STaT)
42. Suggested Screening Questions
43. Two – Question Screening Tool
44. Universal Violence Prevention Screening Protocol
45. Universal Violence Prevention Screening Protocol – Adapted
46. Victimization Assessment Tool
47. Women Abuse Screening Tool (WAST)
48. WAST – Short
49. Women’s Experience with Battering Scale (WEB)
50. Work/School Abuse Scale

In die Entscheidungsfindung für das Instrument dieser Bedarfserhebung wurden die Reviews von Rabin (05/2009) und Feder/ Ramsay (03/2009) einbezogen.

Rebecca F. Rabin et al. fanden 210 englischsprachige Abstracts bezüglich häuslicher Gewalt. 76 waren kein Screening auf „Intimate Partner Violence“, sondern beispielsweise Fallberichte. 58 wurden nicht in einer Gesundheitseinrichtung durchgeführt. 38 waren Reviews oder Metaanalysen und 5 wurden ausgeschlossen, da Verwaltungsfragen bezüglich häuslicher Gewalt thematisiert

## 4 Methoden

wurden. Somit erfüllten 33 Studien die Einschlusskriterien für ihr Review.

Leider gab es keine Studie, die die Effektivität eines Screenings für die Reduzierung der Gewaltanwendungen, frühzeitigen Tod und Behinderung testete. Auch wurden keine Nachteile der Screenings und Interventionen untersucht.

**Die meist genutzten Screening – Instrumente waren** (alphabetisch geordnet):

- AAS: Abuse Assessment Screen (Sensitivität 93%–94%, Spezifität 55%–99%)
- HITS: Hurt, Insult, Threaten and Scream (Sensitivität 30%–100%, Spezifität 86%–99%)
- PVS: Partner Violence Screen (Sensitivität 35%–71%, Spezifität 80%–94%)
- WAST: Woman Abuse Screening Tool (Sensitivität 47%, Spezifität 96%)

Da die Charité als erstes Klinikum deutschlandweit plant, ein Screening in der Geburtshilfe einzuführen, muss die Wahl des Instrumentes auch in Hinblick auf Realisierbarkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit erfolgen.

Das UK National Screening Comitee (NHS 2013) hat unter <http://www.screening.nhs.uk/criteria> 22 Kriterien für eine solche Bewertung zusammengestellt, mit deren Hilfe die Bedingungen, das Testverfahren, die Behandlung und das Screening Programm bewertet werden können (Siehe Anlage 10 im Anhang S. 156).

Gene Feder und Jean Ramsay et al haben geprüft, inwieweit ein Screening nach häuslicher Gewalt diese Kriterien erfüllen würde. Mittels des Beantwortens von 7 Fragen sind sie auf 9 dieser 22 Kriterien eingegangen. Im März 2009 wurde der Bericht als Heath – Technology – Assessment (HTA) veröffentlicht.

Frage 1: Wie hoch ist die Prävalenz von Partnergewalt gegen Frauen und welches sind die gesundheitlichen Folgen?

Frage 2: Sind die Screeninginstrumente zu Partnergewalt valide und reliabel?

Frage 3: Ist ein Screening nach Partnergewalt für die Frauen akzeptabel?

Frage 4: Sind die Interventionen nach aufgedeckter häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung effektiv?

Frage 5: Kann Mortalität und Morbidität durch ein Screening reduziert werden?

Frage 6: Ist ein Screening nach Gewalt in der Partnerschaft für die Gesundheitsfachkräfte und die Öffentlichkeit akzeptabel?

Frage 7: Ist ein Screening nach Partnergewalt kosteneffektiv?

Für dieses Unterkapitel „Auswahl des Instrumentes“ steht vor allem Frage 2 im Fokus.

## 4 Methoden

Ob das entsprechende Instrument misst, was man messen möchte (Validität) und wie zuverlässig diese Messung ist (Reliabilität), dahingehend wurden 18 verschiedene Messinstrumente aus 15 validierten Studien überprüft.

**Laut des HTAs waren die besten Screening – Instrumente** (alphabetisch geordnet):

- HITS: Hurt, Insult, Threaten, and Scream (Sensitivität 86%–100%, Spezifität 86%–99%)
- OVAT: Ongoing Violence Assessment Tool (Sensitivität 86%, Spezifität 83%)
- PVS: Partner Violence Screen (Sensitivität 49-79%, Spezifität 70%–94%)
- STaT: Slapped, Threatened and Thrown Scale (Sensitivität 62-95%, Spezifität 37-66%)

Das Abuse Assessment Screen (AAS) hatte im HTA nur eine Sensitivität von 32% und Spezifität von 99%.

Für den deutschsprachigen Raum gibt es lediglich einen validierten Fragebogen aus dem Jahr 2001 den „SPG – Screening Partnergewalt“ (Siehe Anlage 12 im Anhang S. 158; Nyberg E, Stieglitz RD, Flury M, Riecher-Rössler A 2013). Er stellt eine modifizierte Version des PVS (Partner Violence Screen) dar. Gegen den ISA (Index of Spouse Abuse) validiert, hat er eine Sensitivität von 80% und Spezifität von 78% (Nyberg E, Stieglitz RD, Flury M, Riecher-Rössler A 2008, Brzank/ Blättner 2010).

Über die 6 bisher am häufigsten genannten Instrumente und den ISA als “Goldstandard beim Vergleich” (Rabin et al. 2009) soll die folgende Tabelle einen Überblick verschaffen:

- AAS = Abuse Assessment Screen;
- HITS = Hurt, Insult, Threaten, and Scream
- ISA = Index of Spouse Abuse, P = physisch, NP = nicht physisch
- OVAT = Ongoing Violence Assessment Tool
- PVS=Partner Violence Screen
- STaT=Slapped Threatened and Thrown
- WAST=Woman AbuseScreening Tool

## 4 Methoden

**Tabelle 3: kleine Übersicht validierter Instrumente für ein Screening nach häuslicher Gewalt**

Akronym	Skala	Punkteverteilung	Beschreibung	Artikel
<b>AAS</b>	5 Items + Zeichnung dichotom (Ja/Nein)	1 positive Antwort reicht für ein positives Screening	strukturiertes Interview (clinician-administered ) bzgl. - psychischer und körperlicher Gewalt sowie sexuellem Zwang - Gewalt in Bezug auf die Schwangerschaft, das aktuelle Geschehen, die Lebenszeit (AAS – Original: siehe Anlage 11 im Anhang S.158 )	McFarlane Parker et al(1992)
<b>HITS</b>	4 Items, Likert-Skala (1-5)	4-20 Pkt. ≥11 unterscheidet zwischen positivem/negativem Screening	-Nutzbar als strukturiertes Interview oder Selbsteinschätzungs-Fragebogen bzgl. der Frequenz körperlicher und verbaler Gewalt -Zu jedem Item äußert man sich mittels vorgegebener Abstufungen: 1 (niemals) bis 5 (häufig) „How often does your partner physically <b>Hurt</b> you? How often does your partner <b>Insult</b> or talk down to you? How often does your partner <b>Threaten</b> you with physical harm? How often does you partner <b>Scream</b> or curse at you?“ 1 „Wie oft -verletzt ihr Partner Sie körperlich? -beleidigt oder erniedrigt Sie Ihr Partner? -droht Ihr Partner Ihnen Verletzung/Leid an? -schreit Ihr Partner Sie an oder verflucht Sie?“	Sherin et al (1998)
<b>ISA</b>	30 Items Likert-Skala (0-5)	0-100 Pkt. Höhere Pkt.zahl = höhere Frequenz und Härte der Gewalt	-2 Selbsteinschätzungs – Fragebögen: -für körperlichen Mißbrauch: 11 Items (ISA-P) -für nicht-körperlichen Mißbrauch: 19 Items (ISA-NP) -durch Coker et al (2001) modifiziert: 15 Items für körperlichen Mißbrauch (nur ISA-P, kein ISA-NP) ( ! Coker benutzt anderes Bewertungssystem: Summieren aller Punkte, Anzahl der beantworteten Fragen davon subtrahieren (n = 15) mit 100 multiplizieren und anschließend durch 90 dividieren! Punktzahl > 2 positives Screening hinsichtlich körperlicher Gewalt)	Hudson, McIntosh (1981)
<b>OVAT</b>	4 Items 3x dichotom (Ja/Nein) 1x 5er Skala	0-4 Pkt.	-Selbsteinschätzungs – Fragebogen: Screening auf aktuelle nicht-körperliche und körperliche Gewalt „1. At the present time does your partner threaten you with a weapon? (Yes/No) 2. At the present time does your partner beat you up so badly that you must seek medical help? (Yes/No) 3. At the present time does your partner act like he/she would like to kill you? (Yes/No) 4. My partner has no respect for my feelings. (Never, Rarely, Occasionally, Often, Always)“ 1 „1. Hat Ihr Partner Sie kürzlich mit einer Waffe bedroht? 2. Hat Ihr Partner Sie kürzlich so stark geschlagen, dass Sie medizinische Hilfe aufsuchen mussten? 3. Hat Ihr Partner sich kürzlich verhalten als würde er/sie Sie töten? 4. Mein Partner respektiert meine Gefühle: (nie, selten, zeitweise (manchmal), häufig, immer)“	Weiss SJ, Ernst AA, Cham E, Nick TG. (2003).

AAS = Abuse Assessment Screen; HITS = Hurt, Insult, Threaten, and Scream; ISA = Index of Spouse Abuse, P = physisch, NP = nicht physisch; OVAT = Ongoing Violence Assessment Tool; <sup>1</sup> = Übersetzt durch S. Schulze

## 4 Methoden

Akronym	Skala	Punkte- verteilung	Beschreibung	Artikel
<b>PVS</b>	3 Items dichotom (Ja/Nein)	0-3 Pkt. 1 positive Antwort = 1 Punkt	-strukturiertes Interview bzgl. vergangener Gewalt und wahrgenommenem Sicherheitsgefühl: „1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone within the past year? If so, by whom? 2. Do you feel safe in your current relationship? 3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?“ 1.,1. Sind Sie im vergangenen Jahr gestoßen, getreten, geschlagen oder verletzt worden? Wenn ja, durch wen? 2. Fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Partnerschaft sicher? 3. Gibt es einen Partner aus einer früheren Beziehung, der Ihnen jetzt ein unsicheres Gefühl vermittelt?“	Feldhaus et al (1997)
<b>STaT</b>	3 Items dichotom (Ja/Nein)	0-3 Pkt. 1 positive Antwort = 1 Punkt, mehr als 1 Pkt. =positives Screening	-Selbsteinschätzungs – Fragebogen bzgl. körperlicher, psychischer Gewalt sowie Bedrohung „Have you ever been in a relationship where a) your partner has pushed or slapped you?; b) your partner threatened you with violence?; c) your partner has thrown, broken or punched things?“ 1.,Befanden Sie sich jemals in einer Beziehung, in der a) Ihr Partner Sie gestoßen oder geschlagen hatte? b) Ihr Partner Ihnen mit Gewalt gedroht hatte? c) Ihr Partner Dinge geworfen, zerbrochen oder geschlagen hatte?“	Paranjape A.Liebschutz J.(2003)
<b>WAST</b>	8 Items 3er Skala	0-16 Pkt. Frage 1-2: a=2Pkt. b=1Pkt c=0 Pkt. Frage 3-8: 0=niemals (n) 1=manchmal (m) 2=häufig (h) Ergebnis mittels Summation: ≥4 Pkt. = positives Screening	-Selbsteinschätzungs – Fragebogen für körperliche, sexualisierte und emotionale Gewalt innerhalb der letzten 12 Monate „1. In general how would you describe your relationship? a)a lot of tension - b)some tension - c) no tension 2. Do you and your partner work out arguments with a) great difficulty - b) some difficulty - c) no difficulty 3. Do arguments ever result in you feeling put down or bad about yourself? never - sometimes - often (n-s-o) 4. Do arguments ever result in hitting,kicking or pushing? n-s-o 5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does? n-s-o 6. Has your partner ever abused you physically? n-s-o 7. Has your partner ever abused you emotionally? n-s-o 8. Has your partner ever abused you sexually? n-s-o“ 1.,1. Wie würden Sie allgemein gesehen Ihre Beziehung beschreiben: a) viele – b) einige – c) keine Spannungen 2. Lösen Sie und Ihr Partner Diskussionen/Streits mit a) großen – b) einigen – c) keinen Schwierigkeiten? 3. Lösen Auseinandersetzungen Gefühle aus, die Sie herunter ziehen oder Sie schlecht fühlen lassen? Nie-manchmal-häufig (n-m-h) 4. Enden Streit jemals mit Schlägen, Tritten oder Stoßen? n-m-h 5. Wurden Sie sich jemals eingeschüchtert durch Dinge, die Ihr Partner gesagt oder getan hat? n-m-h 6.Hat Ihr Partner Sie irgendwann körperlich missbraucht? n-m-h 7.Hat Ihr Partner Sie irgendwann emotional missbraucht?n-m-h 8.Hat Ihr Partner Sie irgendwann sexuell missbraucht? n-m-h“	Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G.(2000)
PVS=Partner Violence Screen; STaT=Slapped Threatened and Thrown; WAST=Woman AbuseScreening Tool				

Von all den genannten Fragebögen befassen sich lediglich 2 direkt mit Schwangerschaft:

- Perinatal Self-Adminstrated Inventory (PSAI) (Sagrestano et al 2001)
- Abuse Assessment Screen (AAS) (Mc Farlane, Parker et al. 1992)

Der PSAI wurde entwickelt für den Erstkontakt bei der Aufnahme in der Geburtshilfe. Mittels dieses Instrumentes werden unter anderem Schwangerschaftsverlauf, psychische und physische Gewalt in der Kindheit und aktuell erfragt. Leider konnten im HTA von Feder/Ramsay (2009) aufgrund unzureichender Angaben in der Studie keine weiteren Aussagen zum PSAI gemacht werden.

Da die anderen o.g. Screening-Tools aufgrund fehlendem Einbeziehen der Gravidität als unzureichend empfunden wurden, blieb nur der Abuse Assessment Screen (AAS).

Getestet wurde der AAS an schwangeren und nicht schwangeren Frauen unterschiedlicher Ethnizität (afrikanisch-amerikanischen, hispanischen und weißen Frauen) im klinischen Setting der Schwangerschaftsvorsorge und in der Ersten Hilfe. In der Messwiederholungsmethode (Test – Retest) war die Reliabilität von schwangeren Frauen im selben Trimester von 83%. Bei Benutzung des ISA als Goldstandard ermittelten Rabin et al (2009) eine Sensitivität von 93% und Spezifität von 55%.

Für die Bedarfserhebung wird somit der validierte Abuse Assessment Screen (AAS) als Grundlage genommen und von Dr. med. Silke Michaelis unter zu Hilfenahme von Perttus 2004 modifiziert.

## 4.4 Planung und Vorbereitung der Studie

Unter Berücksichtigung der Deklaration von Helsinki wird eine intensive zweimonatige Vorbereitung durchgeführt um „*das Leben, die Gesundheit, die Würde, die Integrität, das Selbstbestimmungsrecht, die Privatsphäre und die Vertraulichkeit persönlicher Informationen der Teilnehmerinnen zu schützen*“ (WMA 2008).

### 4.4.1 Inhaltliche Vorbereitung

Um voraussehbare Risiken und Belastungen sorgfältig abzuschätzen, ist es sinnvoll, an einer **Basisfortbildung zum Beispiel von S.I.G.N.A.L. e.V.** teilzunehmen. Dies habe ich im Juni 2009 getan.

Ziel dieser inhaltlichen Vorbereitungen sollte das Aneignen von Hintergrundwissen und von Grundlagen zu Interventionskonzepten sein. Eines dieser Konzepte ist der hinter dem Akronym S.I.G.N.A.L. stehende Leitfaden (Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U 2004):

## 4 Methoden

- S**etzen Sie ein Signal: Sprechen Sie die Patientin an.
- I**nterview mit konkreten, einfachen Fragen.
- G**ründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen.
- N**otieren und dokumentieren aller Ergebnisse und Antworten.
- A**uflären des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin.
- L**eitfaden über Hilfsangebote und Notrufnummer geben.

In der Basisfortbildung wurden die TeilnehmerInnen mittels Vortrag, Erfahrungsaustausch, Falldiskussionen, Rollenspielen und dem Anfang des Spielfilmes „Öffne meine Augen“ auf diese Thematik vorbereitet. Die Sensibilisierung für das Thema und die Ausbildung der entsprechenden Fertigkeiten fand anhand des **S.I.G.N.A.L.-Curriculums** statt. Es umfasste die Basismodule 1-3:

- die Grundlagen - Die Problematik häuslicher und sexualisierter Gewalt
- die Intervention I - Erkennen und Ansprechen häuslicher und sexualisierter Gewalt
- die Intervention II - Gesprächsführung, Schutz, Aufklärung und Weitervermittlung.

In weiteren Gesprächen mit **Hilde Hellbernd und Karin Wieners von S.I.G.N.A.L. e.V.** wurde die **Bedeutung der rechtssicheren ärztlichen Dokumentation** bei häuslicher und sexualisierter Gewalt thematisiert.

Um den betroffenen Frauen adäquate Unterstützung anzubieten, wurde zudem die Kooperation und Vernetzung der AkteurInnen in Berlin verdeutlicht. Ferner händigte man uns kleine „Notfallkarten bei Gewalt gegen Frauen“ aus. Mittels Geldern der **zentralen Frauenbeauftragten der Charité, Frau Kurmeyer**, wurden im Rahmen dieser Dissertation 2000 Notfallkarten in Visitenkartengröße gedruckt und im entsprechenden Klinikum auf den Damentoiletten ausgelegt.

Über das Hochschulsportangebot kam ich zu einer weiteren wichtigen Vorbereitung: die Teilnahme an dem Wochenendkurs **„Selbstverteidigung für Frauen“** der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW). Dort hatte ich erstmals direkten Kontakt zu Opfern von Gewalt. Nach einem Erfahrungsaustausch brachte ein professioneller Trainer den TeilnehmerInnen das Verhalten in der Opfer- und Täterrolle nahe. Anhand dieses Wissens konnte das Körperbewusstsein durch gezielte Übungen gestärkt werden, um sich nicht mittels Körpersprache in eine Opferrolle zu begeben. Ferner wurden die Fertigkeiten in Konfliktsituationen zur Deeskalation und Aktion optimiert. Es gab eine intensive Technikschiulung, wobei auch die Grenzen der vorhandenen Möglichkeiten aufgezeigt wurden. Im Hinblick auf die Gewaltprävention sollte auch das Erlernen von Fertigkeiten in Konfliktsituationen in die Vorbereitung gehören.

## 4 Methoden

Abbildung 5: Notfallkarte bei Gewalt gegen Frauen (Vorderseite)

<p><b>Online-Information</b></p> <p>www.gewaltschutz.info mehrsprachig, barrierefrei</p> <p>www.big-hotline.de Beratung bei häuslicher Gewalt mehrsprachig, auch online-Beratung</p> <p>www.lara-berlin.de Krisen- u. Beratungszentrum sex. Gewalt auch e-mail-Beratung</p> <p>www.wildwasser-berlin.de sexuelle Gewalt in der Kindheit auch online-Beratung</p> <p>www.netzwerk-behinderter-frauen-berlin.de</p> <p>www.sibel-papatya.org Beratung bei Zwangsverheiratung</p>	<p><b>Frauen-/Menschenhandel</b></p> <p>Ban Ying Südostasien 440 63 73/74 Beratung und Zuflucht</p> <p>ONA Osteuropa 48 09 62 81 Beratung und Zuflucht</p> <p><b>Notdienste</b></p> <p>Frauenkrisentelefon 615 42 43 mehrsprachig</p> <p>Berliner Krisendienst 390 63 10/20 rund um die Uhr ...90</p> <p>Polizei-notruf 110</p>	<p>Werden Sie unter Druck gesetzt, belästigt, bedroht, geschlagen, gedemütigt oder zu sexuellen Handlungen gezwungen?</p> <p><b>Es gibt Hilfe und Unterstützung</b></p> <p>SIGNAL e.V. Intervention im Gesundheitsbereich www.signal-intervention.de</p>	<p><b>Notfallkarte</b> bei Gewalt gegen Frauen</p> <p><b>SIGNAL</b> STOP! HILFE FÜR FRAUEN</p>
--	---	--	--

Abbildung 6: Notfallkarte bei Gewalt gegen Frauen (Rückseite)

<p><b>Beratung bei häuslicher und sexueller Gewalt</b></p> <p>kostenlose telefonische und/oder persönliche Beratung, auch Rechtsberatung</p> <p>Frauenberatung Bora 925 37 73 Berlin-Weißensee</p> <p>Frauenberatung Tara 78 71 83 40 Berlin-Schöneberg</p> <p>Frauenraum 448 45 28 Berlin-Mitte</p> <p>Frauentreffpunkt 621 20 05 Berlin-Neukölln</p> <p>Interkultur. Initiative 80-19 59 80 Berlin-Steglitz</p>	<p><b>LARA</b> 216 88 88 Krisen- u. Beratungszentrum sexuelle Gewalt</p> <p>Wildwasser Info-Laden 693 91 92 Sexuelle Gewalt i. d. Kindheit</p> <p>TIO 612 20 50 Beratung für türk. Frauen</p> <p>Al Nadi 852 06 02 Beratung für arab. Frauen</p> <p>Netzwerk behind. Frauen 61 70 91 67</p> <p>Lesbenberatung 215 20 00</p>	<p><b>Frauenhäuser</b> Aufnahme rund um die Uhr</p> <p>2. Autonom. Frauenhaus 37 49 06 22</p> <p>4. Frauenhaus Berlin 91 61 18 36</p> <p>Hestia Frauenhaus 559 35 31</p> <p>Frauenhaus Bora 986 43 32</p> <p>Frauenhaus Caritas 851 10 18</p> <p>Frauenhaus der Interkulturellen Initiative 80 10 80 50</p>	<p><b>Zufluchtswohnungen</b></p> <p>Augusta 28 59 89 77 auch f. gehörlose Frauen</p> <p>Flotte Lotte 451 15 80</p> <p>FrauenOrt 46 60 02 17/18</p> <p>Frauenschmiede 687 60 81</p> <p>Frauenzimmer rollstuhlgerecht 787 50 15</p> <p>Kontaktbüro Hestia 440 60 58</p> <p>Mathilde e.V. 56 40 02 29</p> <p>Offensiv '91 631 60 60</p> <p>Paula Panke 485 47 02</p> <p>Zuff e.V. 694 60 67/68</p>
---	---	---	---

**BIG-Hotline bei häuslicher Gewalt 611 03 00**  
täglich 9 - 24 Uhr; telefonische Beratung, mehrsprachig, anonym  
Vermittlung an Frauenhäuser, Zufluchtswohnungen u. Beratungsstellen

### 4.4.2 Sprachliche Vorbereitung

In der AWMF-S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung wird von Empathie und aktivem Zuhören gesprochen, welches eine wichtige Grundlage bei Interventionen und der Herstellung einer guten Therapiebeziehung ist. Da im Vorfeld einer Befragung nicht abschätzbar ist, inwieweit es Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen und ihren gewalttätigen PartnerInnen geben wird, sollte neben der direkten inhaltlichen Vorbereitung auch eine sprachliche Vorbereitung eingeplant werden.

„**Aktives Zuhören**“ nach Carl Rogers meint gefühlsbetonte Reaktionen auf die Botschaft des Gesprächsstoffes bzw. die Information zwischen den Zeilen inklusive der Reaktionen auf non-verbale Äußerungen. Das Erlernen dieser Technik setzt natürlich eine entsprechende Grundeinstellung voraus. Einen Überblick über die Technikbestandteile gibt die Tabelle 4.

## 4 Methoden

Einfache Verhaltensregeln beachten	Wertende Aussagen vermeiden
Begrüßung inkl. Vorstellung/Verabschiedung	Bei Unklarheiten nachfragen
Empathische offene Grundhaltung	Zum Weitersprechen ermuntern: Non-/verbal
Authentisches Auftreten	Feedbackregeln beachten
Sich auf den Gesprächspartner einlassen	Geduld haben
Den Gesprächspartner wertschätzen	Pausen ein- und aushalten
Positive Beachtung des Gegenübers	Den Sprecher nicht unterbrechen
Unvoreingenommen sein	Sitzposition zueinander beachten
Sich konzentrieren	Entsprechende Körperhaltung
Aufmerksam sein	Hinwendung des Oberkörpers
Inhaltliches Paraphrasieren	Blickkontakt halten
Stimmung und Gefühle erkennen	Mimik+Gestik beachten
Gefühle ansprechen (Verbalisieren)	Sprachtempo / Tonhöhe /Lautstärke beachten
Missverständnisse vermindern	Auf eigenen Gefühle achten

*Tabelle 4: Carl Rogers – Aktives Zuhören*

Zum Herstellen einer positiven therapeutischen Beziehung ist allerdings nicht nur aktives Zuhören wichtig, sondern auch eine **empfindsame und verbindende Kommunikation**. Zum Entwickeln einer solchen wertschätzenden Beziehung kann die von **Marshall B. Rosenberg** entwickelte „**Gewaltfreie Kommunikation**“ (GfK) genutzt werden. Rosenberg war Schüler von Carl Rogers und baut seine GfK auf den Erkenntnissen der humanistischen Psychologie Rogers auf. Das Einarbeiten in die GfK ist mittels qualifiziertem Training möglich (Seminarkosten ab 2000 Euro aufwärts), oder durch ein Selbststudium der einschlägigen Literatur. Das Selbststudium habe ich mithilfe des Buches **“Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens”** (Rosenberg, 2012) und den 3 DVDs des Auditorium Netzwerkes (720 Minuten), **„Marshall Rosenberg: Einführung in die Gewaltfreie Kommunikation - Originalaufzeichnung eines Seminars in München 2006“** betrieben.

Rosenberg geht davon aus, dass der Mensch von Natur aus mitfühlend ist. Aufgrund unserer Erziehung, die in der Regel wertend ist, werden Abwehrreaktionen beim Gegenüber ausgelöst. Es entstehen Konflikte. Dank der GfK können diese Konflikte sprachlich entschärft werden bzw. bei richtiger Anwendung kommt es gar nicht zu einem Entstehen eines solchen Streits.

### 4.4.3 Klinikinterne Vorbereitungen

Bei der Ethikkommission der Charité ist ein Antrag auf Durchführung dieser Bedarfserhebung gestellt worden. Dem Gesuch wurde unter Einhalten des volljährigen Mindestalters der Teilnehmerinnen am 08. 07. 2009 zugestimmt.

An den Beratungsstellen der Frauenklinik am Campus Benjamin Franklin (CBF), Campus Virchow Klinikum (CVK) und Campus Charité Mitte (CCM) wurde den Mitarbeiterteams die Studie und das Studienziel erklärt. Ferner wurde um Mithilfe gebeten, dass während der Gesprächszeit das Gespräch bitte nicht zu unterbrechen ist. Von je einem Teammitglied des entsprechenden Campus wurde die Interviewerin in die Abläufe der Ambulanz eingewiesen. Gemeinsam wurde nach einem Weg der zeitlichen und räumlichen Umsetzung gesucht.

Bei entsprechenden notwendigen Interventionsmöglichkeiten die Frau oder mich als Interviewerin betreffend, wurde mir im Vorfeld „*Hilfe auf dem kurzen Dienstweg*“ (Zitat der Erstbetreuerin: Dr. med. S. Michaelis) zugesichert. Als Ansprechpartnerin für das Krisenmanagement im Bereich Psychosomatik bekam ich die Frauenärztin Frau Dr. med. Christine Klapp zugeteilt.

Von klinischer Seite wurde als Kleidung ein weißer Arztkittel gewünscht, sowie ein Namensschild.

### 4.4.4 Räumliche Vorbereitung

Aufgrund der Thematik sollte die Räumlichkeit ruhig gelegen sein und genügend Anonymität gewährleisten. Da das Interview ohne Partner stattfinden wird, ist in dem möglichst hellen Raum mit angenehmer Atmosphäre ein Tisch und zwei Sitzmöglichkeiten wünschenswert. Für eine störungsfreie Atmosphäre soll an der jeweiligen Tür ein laminiertes Schild mit der Aufschrift „Bitte nicht stören. Befragung zur Frauengesundheit in der Schwangerschaft“ sorgen.

### 4.4.5 Ansprechen der Frauen

Bevor die Frau im zentralen Aufenthaltsraum des jeweiligen Charité-Campus auf die behandelnde ÄrztIn wartet, muss sie sich bei der zuständigen Schwester im Empfangsbereich melden. Dort gibt sie ihren Mutterpass, die Über- bzw. Einweisung und andere für den Arzt relevante Unterlagen ab. Dementsprechend konnte ich schon vor dem Ansprechen direkt nach der Anmeldung die jeweiligen Mutterpässe und Überweisungen durchschauen, um nur Frauen innerhalb der gewählten Auswahlkriterien anzusprechen. Frauen außerhalb der Einschlusskriterien, in Akutsituationen oder schwierigen Diagnosen (bspw. Zweitmeidung bei V.a. fetale Erkankung) wurden somit heraus gefiltert und nicht in das Ansprechen einbezogen.

## 4 Methoden

Zur Rekrutierung wurden die im Wartebereich der entsprechenden Frauenklinik sitzenden Frauen mit folgendem standardisierten Satz angesprochen: „Guten Tag. Ich bin Susen H., Studentin im Reformstudiengang Medizin. Ich schreibe eine Doktorarbeit über das Thema „Frauengesundheit in der Schwangerschaft“. Dazu führe ich eine 15 minütige Umfrage durch. Würden Sie mir bei der Umsetzung der Arbeit helfen?“

### 4.4.6 Aufklärung / Patientinneninformation

Das Interview fand unter 4 Augen statt. Nach einführenden Worten über die Schwangerschaft als besondere Lebensphase im Leben einer Frau, wurden innerhalb von ca. 5-10 Minuten Ablauf der Teilnahme, Zweck der Studie, Risiken und Unannehmlichkeiten, alternative Möglichkeiten sowie das Prozedere des Datenschutzes besprochen und die ausführliche Patientinneninformation ausgehändigt (siehe Anlage 1 im Anhang S. 105) sowie die Einwilligung an der Studienteilnahme unterschrieben (siehe Anlage 2 im Anhang S. 108).

### 4.4.7 Interview / Fragebögen Zeitpunkt I (In der Schwangerschaft)

In einer Face-to-Face-Situation werden von der InterviewerIn die Fragen vorgelesen und von der Frau beantwortet. Es sollen eigens für diese geplante Studie Daten erhoben werden.

Gefragt wird in 2 Teilen (siehe Anlage 3 im Anhang S. 109):

Im **Teil 1** werden in 13 Fragen, teilweise mit Unterkategorien, **sozio-demographische Daten** ermittelt. Es gibt Fragen zu Alter, Herkunft, Sprache, Bildungsabschluss, Familienstand, Wohnsituation, Beruf/Einkommen in der Familie oder dem Haushalt, zum Allgemeinzustand, Angaben zur aktuellen und vorausgegangenen Schwangerschaften inklusive der im Mutterpass erwähnten Risiken.

Im **Teil 2** wird der **Screeningfragebogen zur Erkennung von Gewalt in der Schwangerschaft** bearbeitet. Der Screeningfragebogen orientiert sich am validierten Abuse Assessment Screen (Parker/McFarlane 1991).

Er umfaßt 3 Gewaltebenen: die psychische, die körperliche und die sexualisierte Gewalt.

**Psychische Gewalt** wird erfragt mittels: Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht? Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?

**Körperliche Gewalt** wird erfragt mittels: Hat Ihr Partner mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)? Hat Ihr Partner Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten? Hat Ihr Partner eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?

**Sexualisierte Gewalt** wird erfragt mittels: Hat Ihr Partner Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen? Hat Ihr Partner Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?

Die Frauen bekamen für den 2. Teil des Fragebogens noch einmal eine kleine Einführung. „Dieser Fragebogen dient dem Erkennen von Gewalt in der Schwangerschaft und wird in der Regel mit JA oder NEIN beantwortet. Bei Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, sagen Sie „Weiter“. Sie dürfen die Antworten gerne kommentieren.“

Bemerkungen, die nicht den einzelnen Fragen zuzuordnen sind, werden im Ergebnisteil dieser Arbeit unter *5.2.12 Kommentare (Siehe S. 62)* aufgeführt. Die Kommentare sind kurze Überblicke und Zusammenfassungen ohne direkte Darstellung von Gewalt. Nichtsdestoweniger können durch bestimmte Worte selbst durchlebte Ereignisse hochkommen. Wer damit keinen Kontakt herstellen möchte, sollte die **Kommentare NICHT lesen**.

### **4.4.8 Datenerhebungsbögen Zeitpunkt II (postpartal)**

Alle Daten der Frauen, die an der Charité entbunden wurden, sind im Computerprogramm KIM gespeichert. Die Daten der eingeschlossenen Frauen wurden nach der Entbindung anhand des postpartalen Fragebogens systematisch eruiert.

Die Datenerfassung umfasst: Alter, Schwangerschaftswoche (SSW), Gravida/Para, Aufnahmezustand zur Geburt (Muttermundsweite der Gebärenden, Wehenabstand usw.), Medikation unter der Geburt Entbindung, Geburtsmodus, Kindslage, Entbindungsposition, Angaben zur Austreibungsperiode, Geburtsverletzungen, Komplikationen unter der Geburt, CTG, Geburtsdaten Kind/-er.

### **4.4.9 Fragebögen Zeitpunkt III (1-2 Jahre postpartal)**

Ein abschließender Fragebogen zum Selbstauffüllen wurde den Frauen nach Hause geschickt und ist 7 DIN A4 Seiten lang (siehe Anlage 5 im Anhang S. 115 ff.). Zur besseren Compliance wurde ein adressierter und frankierter Briefumschlag beigelegt.

Die Fragen betreffen: die Schwangerschaft, die Geburt, das Wochenbett, die ersten 12 Wochen daheim, das erste Jahr daheim, die Zeit danach.

## 4.5 Statistische Analyse

Die Dissertation wurde mit Libre office writer auf Ubuntu erstellt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels GNU-PSPP, einer freien Alternative zu SPSS (Version: pspp 0.7.9+git20120319-1, GNU general public license Copyright (C) 1989, 1991 Free Software Foundation, Inc. 51 Franklin Street, Fifth Floor, Boston, MA 02110-1301, USA; ID: #5802 der Savannah Administration). Die Daten wurden von mir eingegeben. Falsch übertragene und fehlende Werte wurden bei den Häufigkeitsauswertungen bzw. logische Fehler bei der statistischen Analyse erkannt und nach entsprechendem Vergleich mit den Originaldaten korrigiert. Die fehlenden Werte lagen unter 4 %. Diese fehlenden Werte wurden vom System als „ungültige Stimmen“ deklariert.

Deskriptive Statistiken wurden mittels Häufigkeitenanalyse ausgewertet. Bei den Prävalenzen wurde das 95. Konfidenzintervall mittels Libre office-calc/ Libre office-formel-editor berechnet. Ob zwischen den Häufigkeiten der positiv und negativ gescreenten Frauen eine Signifikanz besteht, wurde mittels  $\chi^2$ -Test (Mc Nemar) ermittelt. Zur Erstellung der Tabellen ist eine Calc-Applikation von Libre Office 3.4 verwendet worden.

## 5 Ergebnisse

In den Ambulanzen der Frauenklinik am Campus Benjamin Franklin (CBF), Campus Virchow Klinikum (CVK) und Campus Charité Mitte (CCM) wurden im Erhebungszeitraum vom 20.07.2009 bis 15.01.2010 an 87 Tagen **960 Frauen angesprochen**. Davon sind 110 (11,45%) Frauen in das entsprechende Arbeitszimmer zum Gespräch mitgekommen.

Vom 1. März 2010 bis 30. Juni 2010 wurden im Oskar-Ziethen-Krankenhaus (Sana Klinikum Berlin Lichtenberg) an 20 Tagen 40 Frauen angesprochen. Davon haben 8 Frauen an der Befragung teilgenommen.

Verteilt auf die entsprechenden Ambulanzen wurden insgesamt 1000 Frauen angesprochen. Die Befragung wurde bei 124 Frauen (12,4%) begonnen und 118 Frauen (11,8%) durchgeführt. Von den 118 Frauen waren 92 (77,9%) ohne Begleitung gekommen.

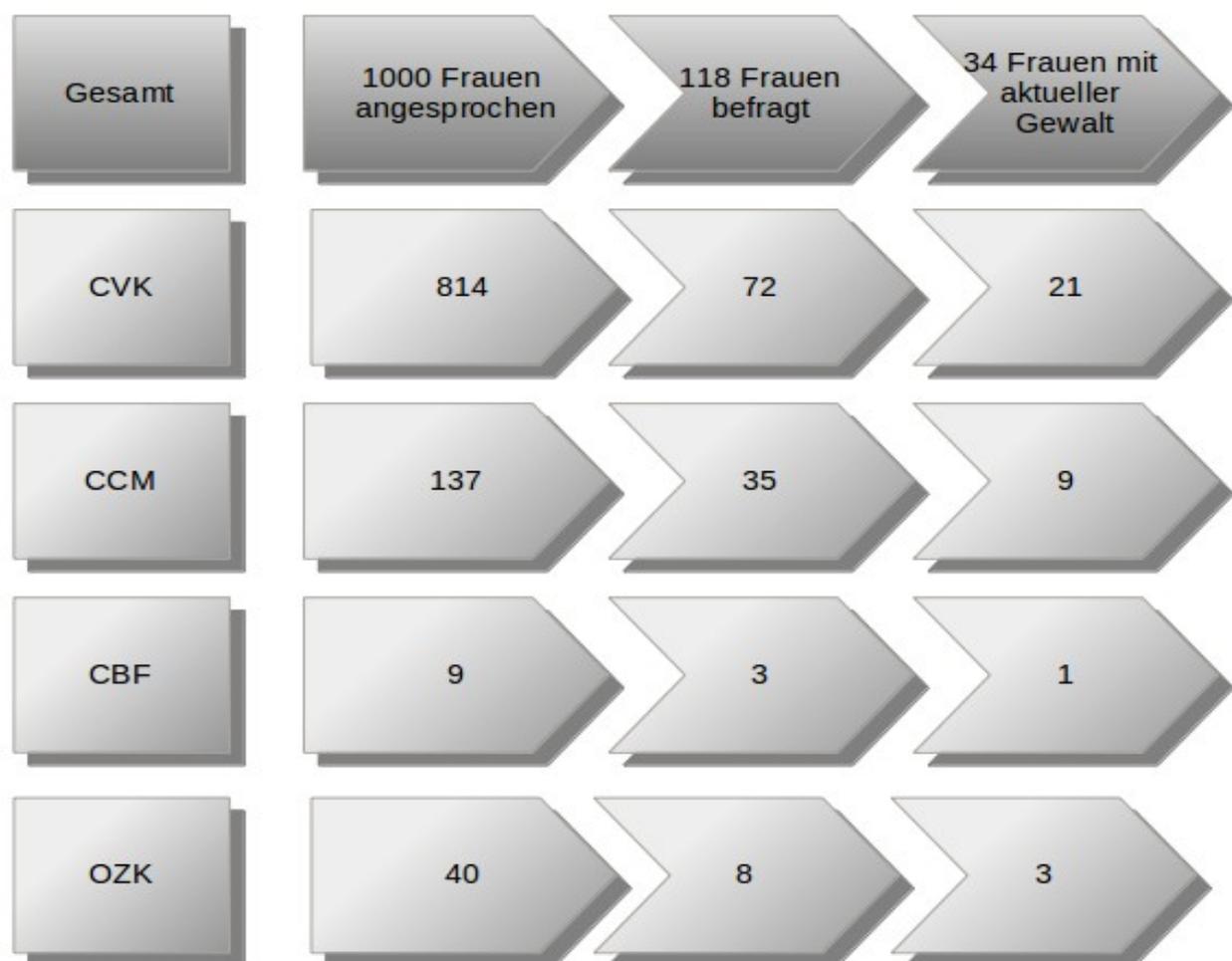


Abbildung 7: Überblick Studienpopulation

## 5 Ergebnisse

**Gründe, die Ambulanz-Sprechstunde aufzusuchen, waren:** Ersttrimester-Screening, Feindiagnostik im 2. Trimenon bzw. Zweitmeinung nach bereits stattgehabter Feindiagnostik, fetaler Echokardiographie und/oder fetaler Neurosonographie, ambulante Zervixkontrolle mittels Sonographie nach vorheriger stationärer Überwachung, Feto-Maternale Dopplersonographie zur Abklärung einer Wachstumsrestriktion und zur Kontrolle bei auffälligem Doppler, Ultraschallkontrollen bei Risikoschwangerschaften (Gestationsdiabetes, Geminigravidität, Z.n. HELLP, Z.n. Präeklampsie, Z.n. mehreren Aborten, Z.n. Frühgeburt, Hypertonie), CTG-Kontrollen bei den Hebammen, zum oralen Glukose-Toleranztest, Infektionsausschluss bei Infektions-Kontakt auf Arbeit, Suchtprobleme, Geburtsplanung bei Beckenendlage, Geburtsplanung bei Z.n. Uterus-OP (bspw. laparoskopischer Myomenukleation), Termin in der Diabetes-Sprechstunde und Termin zur invasiven Diagnostik (Amniozentese, Chorionbiopsie).

**Gründe, warum Frauen nicht mit zur Umfrage kamen, waren:**

- Begleitperson lehnt ab n=276
- Frau würde teilnehmen, wenn Begleitperson n=196  
(PartnerIn, Kind, SozialarbeiterIn) mitkommen darf
- Frau lehnt ab, kein Grund genannt n=165
- kein Interesse n=74
- Frau lehnt ab, da bereits an anderer Studie teilgenommen n=61
- kein Raum frei n=45
- keine Zeit n=42
- Sprachbarriere n=14
- Infektionsgefahr n=2
- zu betrunken n=1

7 Frauen brachen die Befragung ab und wurden nicht in die Studie eingeschlossen: 3 von ihnen nach der Einführung, bevor die Einverständniserklärung hätte unterschrieben werden sollen; 2 unterschrieben und wurden dann zum Termin beim Arzt herausgerufen. 1 Frau brach während der Einführung zum Screening das Interview kommentarlos ab. 1 Frau brach während des Screenings das Interview ab und widerrief ihre Einverständniserklärung.

## 5 Ergebnisse

**Von den 118 Personen wurden mittels Screeningsfragebogen 34 Frauen positiv auf häusliche Gewalt getestet und 84 Frauen negativ.** Die Gesamtprävalenz von häuslicher Gewalt beträgt 28%, bezogen auf den Zeitraum der aktuellen Schwangerschaft beträgt die Prävalenz 10,1%.

Tabelle 5: Studienpopulation

	Angesprochen	Befragt	Prozent (Gesamtpopulation)	Prozent (Campus-bezogen)	Positives Screening	Prozent (Gesamt- populati- on)	Prozent (Campus- bezogen)
CCM	137	35	29,7	25,5	9	7,6	25,7
CVK	814	72	61,0	8,84	21	17,79	29,1
CBF	9	3	2,5	33,3	1	0,84	11,1
OZK	40	8	20,0	17,5	3	2,5	37,5
Total	1000	118	100,0		34	28,8	

### 5.1 Soziodemographische Daten

Zuerst wird stets die Gesamtkohorte (A) betrachtet und anschließend die Frauen, die im Screening positiv auf häusliche Gewalt getestet wurden (B). Wo es sich anbietet, werden die Daten im direkten Vergleich gegenübergestellt.

Bezogen auf positiv und negativ gescreente Frauen bestehen signifikante Unterschiede beim

- Nikotinkonsum (siehe 5.1.11, S. 51)
- der Planung und Erwünschtheit der Schwangerschaft (siehe 5.1.12, S. 52)
- dem Entbindungsmodus (siehe 5.3.3, S.64)

#### 5.1.1 Alter (in Jahren)

Das Alter der Frauen ist sowohl in der Gesamtkohorte, als auch im Gruppensplitting (negativ/positiv) je normal verteilt.

(A) Das Durchschnittsalter der 118 Patientinnen lag bei 31 Jahren (Std.dev. 5,57). 50. Perzentile lag bei 31 Jahren. Die jüngste Patientin war 18 Jahre alt, die älteste 44 Jahre.

(B) Die jüngste positiv gescreente Schwangere war 20 Jahre alt und die älteste 42 Jahre, 50. Perzentile lag bei 29 Jahren.

### 5.1.2 Staatsangehörigkeit

(A) 92 Frauen (77,97%) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, 1 Frau (0,85%) hatte eine Doppelstaatsbürgerschaft Deutsch-Türkisch, 7 Frauen (5,93%) kamen aus anderen Ländern der Europäischen Union (EU), 18 Frauen (15,25%) kamen aus Nicht-EU-Ländern.

(B) 21 Frauen (67,74%) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, es gab 1 Doppelstaatsbürgerschaft Deutsch-Türkisch, 4 Frauen (12,9%) kamen aus anderen Ländern der Europäischen Union (EU), 5 Frauen (16,13%) kamen aus Nicht-EU-Ländern.

### 5.1.3 Geburtsland

Aus Deutschland kamen

- (A) 77,97% (B) 64,52 % der Schwangeren,
- (A) 65,25 % (B) 51,61% der Partner oder wenn nicht mehr in einer Beziehung zueinander befindlich, der Erzeuger des Kindes
- (A) 68,64% (B) 54,84% der Väter der Schwangeren
- (A) 70,34 % (B) 54,84% der Mütter der Schwangeren
- (A) 63,56% (B) 51,61% der Schwiegerväter der Schwangeren
- (A) 64,56 % (B) 51,61% der Schwiegermütter der Schwangeren

(Eine genaue Aufschlüsselung der Geburtsländer geben die Tab. 29/30 im Anhang 13 S.159/160.)

### 5.1.4 Muttersprache(n)

(A) 85 Frauen hatten Deutsch als Muttersprache angegeben, das entspricht 72% der Befragten. Die anderen Muttersprachen waren Albanisch (n=1), Arabisch (n=6), Bosnisch (n=3), Bulgarisch (n=2), Englisch (n=1), Französisch (n=1), Ibo (n=1), Polnisch (n=3), Russisch (n=6), Schwedisch (n=1) und Türkisch (n=7). Es gab 1 ungültige Angabe.

15 Frauen ( 12,7%) hatten eine zweite Muttersprache angegeben; diese waren Arabisch (n=1), Deutsch (n=9), Englisch (n=2), Portugiesisch (n=1), Türkisch (n=1), und Weißrussisch (n=1), 1 Frau gab als 3. Muttersprache Englisch an.

(B) 20 Frauen hatten Deutsch als Muttersprache angegeben, das entspricht 57,58 % der Befragten. Die anderen Muttersprachen waren Arabisch (n=2), Bosnisch (n=1), Bulgarisch (n=1), Englisch (n=1), Ibo (n=1), Polnisch (n=2), Russisch (n=4), Schwedisch (n=1) und Türkisch (n=1). 7 Frauen ( 15,15%) hatten eine zweite Muttersprache angegeben; diese waren Deutsch (n=5), Englisch (n=5) und Weißrussisch (n=1).

## 5 Ergebnisse

### 5.1.5 Deutschkenntnisse

Der Fragebogen wurde neben Deutsch in englischer, französischer und türkischer Sprache erstellt. (Siehe Anlage 6 (S.123), Anlage 7 (S. 131) und Anlage 8 (S. 139)). Frauen, die keine der 4 Sprachen verstanden, wurden nicht eingeschlossen.

Die Befragten schätzten Ihre Deutschkenntnisse wie folgt ein:

Tabelle 6: Deutschkenntnisse

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Sehr gut	98	83,05	27	79,4
gut	9	8,03	2	6,06
mäßig	6	5,36	2	6,06
kaum	3	2,68	2	6,06
Gar nicht	2	1,79	1	3,03
Total	118	100,0	34	100,0

### 5.1.6 Leben in Deutschland

(A) 92 Frauen (77,9%) leben schon immer in Deutschland, 25 (21,1%) sind zugezogen und 1 Frau (0,84%) ist auf Bildungsreise.

(B) 22 Frauen (64,7%) leben schon immer in Deutschland, 12 (35,29%) sind zugezogen .

### 5.1.7 Bildungsabschluss

Häusliche Gewalt ist in allen Bildungsschichten vertreten.

Die Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss beantworteten die Frauen wie folgt:

Tabelle 7: Bildungsabschluss

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Promotion/Habilitation	7	5,93	2	5,88
Hochschulstudium mit Abschluss	23	19,49	8	23,52
Fachhochschulstudium mit Abschluss	16	13,56	1	2,94
Allgemeine Hochschulreife (Abitur, Gymnasium, EOS)	15	12,71	5	14,7
Mittlere Reife (Realschule, Gesamtschule, POS)	44	37,29	16	47,1
Hauptschulabschluss	7	5,93	2	5,9
Schule ohne Abschluss beendet	2	1,69	0	0
Anderer Abschluss	2	1,69	0	0
Total	118	100,0	34	100,0

### 5.1.8 Familienstand

**(A)** 108 Frauen (91,5%) lebten zum Zeitpunkt der Befragung in einer Beziehung. 47 (39,83%) von ihnen waren verheiratet, 3 (2,54%) waren verlobt, 5 (4,2%) waren geschieden und lebten in einer neuen Partnerschaft, 9 Frauen (7,6%) waren ohne aktuellen Partner. 1 Stimme war ungültig. Von den Frauen in der Partnerschaft war für 12 Frauen (10,16%) die Schwangerschaft der Auslöser für das Eingehen einer Beziehung. 9 Frauen (7,6%) haben sich zu Beginn der Schwangerschaft von ihren Partnern getrennt, davon sind 6 Frauen (5,08%) während der Schwangerschaft eine neue Beziehung eingegangen. 40 Frauen (33,9%) waren in einer mehr als 5 Jahre dauernden Beziehung. Die kürzeste Beziehung bestand seit 3 Monaten, die längste Beziehung seit 20 Jahren.

**(B)** Von den 34 Frauen befanden sich 12 (35,29%) in einer eheähnlichen Gemeinschaft, 12 waren verheiratet und 8 waren Single (23,5%). 3 der Singlefrauen (8,8%) waren dies bereits im 2. Jahr, 5 (14,7%) trennten sich während der aktuellen Schwangerschaft vom Partner. 1 Frau reichte die Scheidung in der Schwangerschaft ein, lebt getrennt - ist allerdings noch nicht geschieden und entschied sich die Fragen als „in einer Beziehung befindlich“ zu beantworten.



Abbildung 8: Familienstand

### 5.1.9 Wohnsituation

Es wurde gefragt, mit wie vielen Personen zusammenlebt und wo gewohnt wird. Die Frage nach dem Ort bezieht sich einerseits auf Wohnen zur Miete bzw. im Eigenheim und andererseits der Angabe wie viele Räume zur Verfügung stehen.

## 5 Ergebnisse

Tabelle 8: Mit wie vielen Personen wird zusammengelebt

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Allein lebend	6	5,09	5	14,7
Zu zweit	58	49,15	13	38,24
Zu dritt	33	27,97	13	38,24
Zu viert	16	13,56	1	2,94
Zu fünft	2	1,69	1	2,94
Großfamilie	3	2,54	1	2,94
Total	118	100,0	34	100,0

Frauen, die zu zweit lebten, wohnten entweder mit einem Kind oder dem Partner zusammen.

Frauen, die zu dritt lebten, teilten ihre Wohnung mit 2 weiteren Personen; das waren entweder der Partner bzw. die Partnerin und ein Kind oder 2 Kinder.

Frauen, die zu viert oder zu fünft lebten, wohnten neben dem Partner und Kindern mit näheren Verwandten wie einem Großelternanteil oder Anverwandten, also Onkel bzw. Tanten.

Von den Frauen in Großfamilie lebte (A) 1 Frau mit 10 anderen Menschen zusammen, 2 Frauen mit 11 weiteren. 1 Frau, die mit 11 weiteren Personen zusammenlebt war auch in Gruppe (B) zu finden. (Genauere Aufschlüsselung zeigen die Tabellen 31 und 32 in Anlage 13 S. 160.)

### 5.1.10 Beruf und Einkommen in der Familie/Haushalt

#### Frauen ohne eigenes Einkommen leiden nicht häufiger an häuslicher Gewalt ( $p=0,22$ )

**(A)** In einem festen Einkommensverhältnis standen 76 Frauen (64,4%). Der Partner arbeitete bei 96 (81,4%) der Frauen. Bei 22 Frauen (18,6%) hatte der Partner keinen Job. Die Kombination beide ohne Job gab es 5mal (4,2%).

Von den 76 arbeitenden Frauen hatten 65 Frauen (55,1%) ausreichend Geld zum Lebenserhalt aus dem eigenen Einkommen zur Verfügung, 17 Frauen hatten einen Minijob und bekamen zusätzlich Geld vom Jobcenter. Die anderen Frauen erhielten zusätzlich Geld aus Unterhaltszahlungen, Kindergeld oder Waisenrente. Insgesamt bekamen 17 Frauen (14,41%) Geld vom Jobcenter, 13 Frauen (11,02%) bekamen von der Agentur für Arbeit Hartz IV. 2 Frauen (1,69%) erhielten Berufsausbildungsbeihilfe, 4 Frauen (3,39%) erhielten ein Stipendium. 9 Frauen (7,62%), die ohne Einkommen waren, bekamen auch sonst kein Geld zur eigenen Verfügung zugeteilt.

**(B)** In einem festen Einkommensverhältnis standen 19 Frauen (55,88%). Der Partner arbeitete bei 23 (67,64%) der Frauen. Die Kombination beide kein Job gab es 2 mal (5,88%).

Von den 19 arbeitenden Frauen hatten 14 Frauen (41,17%) ausreichend Geld zum Lebenserhalt aus

## 5 Ergebnisse

dem eigenen Einkommen zur Verfügung, 6 Frauen (17,64%) hatten einen Minijob und bekamen zusätzlich Geld vom Jobcenter. Insgesamt bekamen 8 Frauen (23,52%) Geld vom Jobcenter, 8 Frauen (23,52%) bekamen von der Agentur für Arbeit Hartz IV ausgezahlt. 1 Frau (3,03%) erhielt Berufsausbildungsbeihilfe, 1 Frau (2,94%) erhielt ein Stipendium. 2 Frauen (5,88%), die ohne Einkommen waren, bekamen auch sonst kein Geld zur eigenen Verfügung zugeteilt.

### 5.1.11 Angaben zum Allgemeinzustand

**Nikotinkonsum: Frauen, die Gewalt in der Schwangerschaft erleben müssen, rauchen signifikant häufiger. (P=0,04)** (Siehe Anlage 13: Tabelle 33 S. 160)

(A) 27 Frauen (22,88%) rauchten bei Wissen von der Schwangerschaft in der Schwangerschaft weiter. (B) 12 Frauen (35,29%) rauchten bei Wissen von der Schwangerschaft in der Schwangerschaft weiter.

**Alkoholkonsum: Es lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in beiden Gruppen darstellen. (P=0,86)**

(A) 3 Frauen (2,54%) tranken nach Kenntnisnahme der Schwangerschaft weiterhin Alkohol.

(B) 1 Frau (2,94%) trank nach Kenntnisnahme der Schwangerschaft weiterhin Alkohol.

**Drogenkonsum: Es lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied in beiden Gruppen darstellen. (P=0,86)**

(A) 3 Frauen (2,54%) nahmen nach Kenntnisnahme der Schwangerschaft weiterhin Drogen.

(B) 1 Frau (2,94%) nahm nach Kenntnisnahme der Schwangerschaft weiterhin Drogen.

**Medikamenteneinnahme während des bisherigen Schwangerschaftsverlaufs: Frauen mit häuslicher Gewalt nehmen nicht häufiger Medikamente in der Schwangerschaft (P=0,18)**

(A) 8 Frauen (6,78%) nahmen keinerlei pharmazeutische Produkte in der Schwangerschaft. Insgesamt nahmen 98 Frauen (83%) Nahrungsergänzungsmittel und 75 (63,55%) Medikamente.

(B) 3 Frauen (8,82%) nahmen keinerlei pharmazeutische Produkte in der Schwangerschaft. Insgesamt nahmen 31 Frauen (91,17%) Nahrungsergänzungsmittel und 21 Frauen (61,76%) Medikamente. (Genaue Aufschlüsselung Siehe Anlage 13: Tabelle 34 S. 161/162)

### 5.1.12 Angaben zur Schwangerschaft

Gefragt wurde nach Anzahl der bisherigen Schwangerschaften sowie der bisher geborenen Kinder. Unter den Frauen waren 47 Frauen mit der ersten Schwangerschaft, 15 mit der zweiten und 3 mit der Dritten. 65 Frauen hatten bereits eigene Kinder. 6 Frauen hatten in einer vorherigen Schwangerschaft eine Interruptio oder einen Abort. Es gab 2 Adoptivkinder, diese wurden nur bei den im Haushalt lebenden Kindern erfasst. (siehe Anlage 13: Tabelle 35+36, S. 162)

Es folgten 3 Fragen zur Planung und Erwünschtheit sowie ob diese Schwangerschaft erzwungen wurde. Keine der Schwangerschaften ist erzwungen worden. Es gab 1 Stimmenthaltung von einer negativ auf häusliche Gewalt gescreenten Frau (siehe Anlage 13: Tabelle 39, S. 163). 69 Frauen (59%) planten die Schwangerschaft. Von den 49 ungeplanten Schwangerschaften wurden 45 im Laufe der Schwangerschaft akzeptiert. Insgesamt war bei 3 Frauen das Kind nicht erwünscht, 2 von ihnen waren häuslicher Gewalt ausgesetzt. **Negativ gescreente Frauen haben signifikant häufiger die Schwangerschaft geplant ( $p=0,01$ )** (siehe Anlage 13: Tabelle 37+38, S. 162) **und das Kind war signifikant häufiger erwünscht ( $p=0,02$ ) als bei Frauen mit häuslicher Gewalt** (siehe Anlage 13: Tabelle 40+41, S. 164/165).

Erfasst wurden weiterhin die aktuelle Schwangerschaftswoche sowie Schwangerschaftsrisiken. 1,69% der Frauen befanden sich im 1. Trimenon, 16,95% im 2. Trimenon, 73,73% im 3. Trimenon und 7,63% hatten zum Befragungszeitpunkt den errechneten Entbindungstermin überschritten. Ohne anamnestiche und ohne befundete Risiken waren insgesamt 26 Frauen (22%). Bei 92 Frauen (78%) waren Risiken im Mutterpaß verzeichnet (Verteilung siehe siehe Anlage 13: Tabelle 42, 43, 44. S. 164/165) **Hinsichtlich der Risiken in der Schwangerschaft und positives Screening gab es keinen signifikanten Unterschied. ( $p=0,39$ )**

## 5.2 Screeningfragebogen

Zuerst wird stets die Gesamtkohorte (A) betrachtet und anschließend die Frauen, die im Charité-Screening positiv auf häusliche Gewalt getestet wurden (C). Wo es sich anbietet, werden die Daten im direkten Vergleich gegenübergestellt. Die Frauen mit häuslicher Gewalt aus dem OZK entfallen in der detaillierten Betrachtung, da aus der Betrachtung Schlußfolgerungen für ein Routine-Screening an der Charité gezogen werden sollen.

## 5 Ergebnisse

### 5.2.1 Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht?

Dies beantworteten 12 Frauen (=10,26%) der Gesamtkohorte mit Ja.

Tabelle 9: Screening: Frage 1

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	12	10,1	10,26	10	32,26
Gültig Nein	105	88,9	89,74	21	67,74
Gültig Total	117	99,1	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,9		0	
Total	118	100,0		31	100,0

Kommentar 1: Sie wurde von einem Mann aus einem Liebesabenteuer schwanger. Der Ehemann hatte mitbekommen, dass das Kind nicht von ihm ist. Wie es in der ehelichen Beziehung weiter geht, stand zum Befragungszeitpunkt noch aus. Die Vorwürfe und Demütigungen machen ihr Angst, ebenso die ungeklärten finanziellen Aspekte.

Kommentar 2: Der Freund hat eine unipolare Störung (aus dem ICD-10 F20-Bereich) Diese Erkrankung kam nach Geburt des 1. Kindes erstmalig zum Ausbruch, seitdem hat die Patientin Angst vor ihrem Mann.

Kommentar 3: Sie streitet sich sehr viel mit ihrem Partner, wollte nicht über den Inhalt reden. Nach der Geburt ihres ersten Kindes ist die Beziehung in die Brüche gegangen, da das Paar mit der neuen Dreier-Konstellation nicht zurecht kam. Das Muster in der neuen Beziehung verläuft schon wieder ähnlich. Im Moment ist die Situation für die Frau schwierig, sie wird von ihrer Familie unterstützt. Möchte keine professionelle Hilfe!

### 5.2.2 Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?

Dies beantworteten 31 Frauen (=26,27%) der Gesamtkohorte mit Ja.

Tabelle 10: Screening: Frage 2

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	31	26,27	26,5	28	90,32
Gültig Nein	86	72,88	73,5	3	9,68
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

## 5 Ergebnisse

Tabelle 11: Screening: Frage 2 Detailliert

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum.Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
keine Angabe	86	72,88	73,5	3	9,68
herabwürdigend	2	1,69	1,71	1	3,23
herabwürdigend + demütigend	3	2,54	2,56	3	9,68
herabwürdigend + demütigend + kontrollierend	6	5,08	5,12	5	16,13
herabwürdigend + kontrollierend	2	1,69	1,71	2	6,45
demütigend	2	1,69	1,71	2	6,45
demütigend + kontrollierend	4	3,39	3,4	3	9,68
kontrollierend	11	9,32	9,4	11	35,48
unter Druck setzen	1	,85	,85	1	3,23
Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig				0	
System	1	0,85			
Total	118	100,0		31	100,0

**Kommentar 4:** Der Partner schreit sie an und demütigt sie. Das Streitthema ist vor allem die Ex-Frau des Partners, mit der er ein Kind und für das die Ex-Frau das Sorgerecht hat. Der Partner darf alle 2 Wochen seinem Besuchsrecht nachkommen. Nähere Details wollte die Frau dazu nicht erzählen.

**Kommentar 5:** Eine weitere Schwangere hatte vor der Gravidität eine Affäre. Ihr Partner bekam das mit. Seitdem hat sie Angst, da das zerbrochene Vertrauensverhältnis der Beziehung sehr schadet. Der Partner kontrolliere seitdem das Telefon, bestimme wen sie sehen und was sie dabei an Kleidung tragen darf etc. Auch müsse sie sich Vorwürfe gefallen lassen, das Kind sei nicht von ihm.

**Kommentar 6:** Die Frau überlegt lange, wie sie Frage 2 beantworten soll und entscheidet sich am Ende der Befragung für ein JA. Allerdings gibt sie als Einschränkung an, dass sie ihren Partner fast nur während der Schwangerschaft kennt, dann sofort mit ihm zusammengezogen ist und nun in einer Art Patchwork-Familie mit ihm lebt. Der Partner bringt ein Kind mit, das allerdings nur im 2-wöchigen Rhythmus bei ihnen ist. Sie selbst bringt auch ein Kind mit in die Beziehung. Prinzipiell ist die Kennenlernphase noch nicht beendet und als Schwangere ist man empfindlicher als nicht – Schwangere. Diese Konstellation birgt genug Zündstoff, denn alle müssen sich erst an die jetzige Situation gewöhnen. Ob sie die Konflikte unter anderen Umständen vielleicht nicht so scharf beurteilen würde, kann sie momentan nicht sagen. Denn sie ist schließlich schwanger. Und die Streitigkeiten und die psychische Belastung sind ein Stressfaktor. Zudem merkt sie, wie sich das

## 5 Ergebnisse

Kind in solchen Streitsituationen in ihrem Bauch bewegt und wie sich ihre Aufgewühltheit auf das Kind überträgt...deshalb „so von oben betrachtet“ beantwortet sie diese Frage mit einem JA.

Kommentar 7: Die Schwangere thematisiert das Thema häufiger mit ihrem Partner, weiß auch, dass es zu einem Problem werden könnte. Sie möchte keine professionelle Hilfe. Die Notfallkarte wollte sie unbedingt besprechen, dass sie im Falle eines Falles weiß an wen sie sich wenden könnte.

### 5.2.3 Hat Ihr Partner mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)?

Dies beantworteten 4 Frauen (=3,39%) der Gesamtkohorte mit Ja.

Table 12: Screening: Frage 3.1 Gewaltandrohung

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	4	3,39	3,42	2	6,45
Gültig Nein	113	95,76	96,58	29	93,55
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

Kommentar 8: Eine Frau kommentierte den Sachverhalt: „na klar wird auch mal nach Tellern gegriffen, das gehört zu einer ordentlichen Streitkultur mit dazu, sonst funktioniert ja die Familie nicht richtig.“

### 5.2.4 Hat Ihr Partner Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten?

Dies beantworteten 5 Frauen (=4,27%) der Gesamtkohorte mit Ja.

Table 13: Screening: Frage 3.2 grob gepackt gerissen gestoßen geohrfeigt getreten

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	5	4,27	4,27	4	12,90
Gültig Nein	112	94,92	95,73	27	87,10
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

Kommentar 9: Wiedervorstellung wegen Symphysenlockerung. Die Pat. ist mit dem Erzeuger des Kindes seit einigen Wochen nicht mehr zusammen aufgrund der psychischen und physischen Gewalt in der Beziehung. Sie hat einen guten Freund und die Familie, die sich um sie kümmern.

## 5 Ergebnisse

Durch pro familia wurde sie über ihre Möglichkeiten der staatlichen Unterstützung informiert, hat für den Notfall die Notfallkarte mitgenommen.

Kommentar 10: Wiedervorstellung zum Ultraschall nach vaginaler Blutung und sonographisch kleinem retroplazentaren Hämatom bei unauffälligem biophysikalischem Ultraschallprofil des Feten und auch nach 2 Kontrollen unauffälligem Doppler. Sie war mit der Blutung und dem Hämatom in 2 verschiedenen Krankenhäusern und ist in die Ultraschallsprechstunde für eine Zweitmeinung gekommen. Niemand habe sie bisher nach der Entstehungssituation der vaginalen Blutung gefragt. Sie hat Tränen in den Augen. Überlegt bei der Screeningfrage sehr lange und entscheidet sich für NEIN. Notfallprogramm durchgesprochen.

Kommentar 11: Eine weitere Frau hat sich von ihrem Partner getrennt, nachdem er nach Alkoholkonsum ausgerastet ist. Sie hat sich mit ihren Fäusten gewehrt. Das Kind im Bauch sei unversehrt, aber um sicher zu gehen, ist sie zur Feindiagnostik an die Charité gekommen. Professionelle Hilfe lehnt sie konsequent ab! Sie hat Hilfe durch ihre Freunde und ihre Mama.

Kommentar 12: „Natürlich gibt es immer wieder Eifersuchtsstreits und *kleinere* Handgreiflichkeiten.“ Ihre Ehe sei okay, so etwas gehöre schließlich hinzu. Diese Schwangere wünscht keine Hilfe und auch kein Durchsprechen der Notfallkarte. Die Frage wird mit NEIN beantwortet.

Kommentar 13: Nach dem Gespräch mit einer russischen Muttersprachlerin hatte ich auf dem Screeningbogen folgende Notiz vermerkt: Screeningfragen wurde alle verneint. Die Patientin hatte verschieden farbige gelbe, grüne und blaue Flecke sichtbar am Jochbein, am Hals, Gewalt wurde verneint. Die älteren und neueren Hämatome kamen unter einem verrutschten Schal und den Ärmeln zum Vorschein. Aufgrund von Sprachschwierigkeiten weiß ich nicht, ob die Frau mich und den Sinn der Befragung richtig verstanden hatte. Sie hatte ein großes Schamgefühl, lehnte jegliches weitere Gesprächsangebot ab. Ihr Ehemann saß im Wartezimmer.

### **5.2.5 Hat Ihr Partner eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?**

Aus der Gesamtkohorte beantwortete 1 Frau diese Frage mit Ja, ohne weiteren Kommentar.

## 5 Ergebnisse

Tabelle 14: Screening: Frage 3.3 andere Form körperlicher Gewalt

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Ja	1	0,85	,85	0	0
Gültig	Nein	116	98,31	31	100,0
	Total	117	99,15	31	100,0
Ungültig	System	1	,85	0	
Total		118	100,0	31	100,0

### 5.2.6 Hat Ihr Partner Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen?

Aus der Gesamtkohorte beantworteten 2 Frauen diese Frage mit Ja.

Kommentar 14: Die Schwangere liegt stationär wegen vorzeitiger Wehentätigkeit und verkürzter Zervix. Vor 2 Tagen erst sei es geschehen. Ihr Mann kam von der Montage. „Na wenn man halt nicht will, dann macht man die Augen zu und läßt es über sich ergehen“.

Kommentar 15: Eine Schwangere erzählte sehr detailliert von mehreren Vergewaltigungen, die sie im Bosnienkrieg durchleben mußte. In einem Nebensatz erwähnte sie, dass das „Beine breit machen“ für einen Mann, den sie kennt und der sie ernährt, nicht annähernd so dramatisch ist.

Kommentar 16: Diese sehr schöne polnische Schwangere wurde von ihrem Mann im „Katalog“ für eine Heirat ausgesucht. Da ist es ihrer Ansicht nach verständlich, dass sie nie Lust auf ihn hat. Aber ihr gehe es finanziell gut, so dass sie nichts dagegen unternehmen wird.

Tabelle 15: Screening: Frage 3.4 zum GV genötigt/gezwungen

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Ja	2	1,69	1,71	2	6,45
Gültig	Nein	115	97,46	29	93,55
	Total	117	99,15	31	100,0
Ungültig	System	1	,85	0	
Total		118	100,0	31	100,0

### 5.2.7 Hat Ihr Partner Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?

Aus der Gesamtkohorte beantworteten 2 Frauen diese Frage mit Ja. Dabei beantworteten diese Frage 2 andere Frauen mit JA als bei der Frage davor.

## 5 Ergebnisse

Tabelle 16: Screening: Frage 3.5 zu sexuellen Praktiken benötigt

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	2	1,69	1,71	1	3,23
Gültig Nein	115	97,46	98,21	30	96,77
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

### 5.2.8 Wann war Ihr Partner gewalttätig?

Insgesamt berichteten 13 Frauen, in den letzten zwölf Monaten körperliche, sexualisierte und/oder emotionale Gewalt durch den Partner, den ehemaligen Partner oder Familienangehörige ausgesetzt gewesen zu sein. 6 Frauen von ihnen nach einer vorangegangenen Schwangerschaft, in den letzten 12 Monaten und der aktuellen Gravidität. 3 Frauen machten erstmals in dieser Schwangerschaft diese Erfahrung.

Die Ein-Jahres-Prävalenz für häusliche Gewalt ist in Bezug zur Studienpopulation (n=118) 11%.

Kommentar 17: Eine Schwangere wollte, dass ich bei der 12 Monats-Frage ein NEIN umkreise. Sie erzählte allerdings ganz zum Ende, dass ihre bisherigen Kinder in Pflegefamilien untergebracht sind und sie sich in der Schwangerschaft vom Freund getrennt hat. Er macht eine Therapie (Alkoholentzug+Therapie wg. häuslicher Gewalt) in Polen. Die Schwangere lebt in ihrer Wohnung, steht in engem Kontakt mit einem Berliner Frauenhaus und ist wegen Alkoholabusus in der Suchtberatung. Nach eigenen Angaben hat sie während der Schwangerschaft nichts getrunken.

Tabelle 17: Screening: Frage 4.1 Gewalt wann: in letzten 12 Monaten

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	13	11,01	11,11	10	32,26
Gültig Nein	104	88,14	88,89	21	67,74
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

Tabelle 18: Screening: Frage 4.2 Gewalt wann: in der Schwangerschaft

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	8	6,78	6,84	6	19,35
Gültig Nein	109	92,37	93,16	25	80,65
Gültig Total	117	99,15	100,0	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

## 5 Ergebnisse

Tabelle 19: Screening: Frage 4.3 Gewalt wann: nach der Geburt des Kindes/der Kinder

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)	
Keine Kinder	57	48,31	48,72	13	41,94	
Gültig	Ja	11	9,32	9,4	8	25,81
	Nein	49	41,53	41,88	10	32,26
	Total	117	99,15	100,00	31	100,0
Ungültig	System	1	,85	0		
Total	118	100,0		31	100,0	

### 5.2.9 Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren? Durch einen Ex-Partner? Durch eine andere Person? Wenn ja, wen? In der Kindheit?

Gewalterfahrungen mit dem Ex-Partner machten 31 Frauen (=26,96%) und durch andere Personen 39 Frauen (=33,62%). Andere Personen waren bei 9 Frauen (= 7,69%) Familienangehörige und bei 38 Frauen (=32,74%) Fremde. Aufgrund von Mehrfachnennungen kommt es hier zu Prozentverschiebungen. Gewalt in der Kindheit mußten 28 Frauen (=23,93%) der befragten Frauen erleben.

Kommentar 18: Nachdem sie ihren vorigen Partner verlassen hatte, gab es richtig Streß. Er stand nächtelang vor ihrer Tür und hat versucht diese zu öffnen. Sie hatte sich kaum aus der Wohnung getraut. Ihr jetziger Partner half ihr. Sie will gar nicht wissen, was der Mann mit ihrem Ex-Partner veranstaltet hat und fragt deshalb nicht nach. Sie weiß nur, dass sie seitdem Ruhe vor ihm hat...

Kommentar 19: Eine Frau wurde vom Vater mißhandelt und hatte in der Jugend einen Suizidversuch deswegen durchgemacht. Der Kontakt zum Vater besteht seit einiger Zeit wieder und ist seit der Schwangerschaft auch "recht gut".

Kommentar 20: Eine andere Frau ist vor einigen Jahren 2x vergewaltigt worden durch Kosovo-Albaner. Sie kommt aus einer größeren Stadt im Umland und immer wenn sie ihnen begegnet, wird sie wieder verfolgt. Weil diese Männer es immer wieder darauf anlegen, meidet sie die Stadtbezirke in denen diese Truppe von Männern unterwegs ist. Sie ist eingeschüchtert worden und hat keine Anzeige erstattet. Sie wird es auch nicht tun. Die Angst ist groß, wenn sie alleine unterwegs ist. Ihr Freund weiß Bescheid und beschützt sie so gut er kann. Für sie selbst haben die Vergewaltigungen, die im Alter von 14 und 16 Jahren stattfanden, nach eigenen Angaben keinen Einfluss auf die Schwangerschaft, auch beim Verkehr mit ihrem Freund hat sie keine Gedanken an diese Ereignisse. Hilfsprojekte (v.a. Lara und Opferhilfe) mit ihr besprochen, für den Fall, dass sie zu irgendeinem Zeitpunkt doch mal mit jemandem darüber reden möchte oder Hilfe in irgendeiner Art und Weise

## 5 Ergebnisse

benötigt.

Tabelle 20: Screening: Frage 5.1 Gewalt früher: Ex-Partner

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	31	26,27	26,96	12	38,71
Gültig Nein	84	71,19	73,04	19	61,29
Gültig Total	115	97,46	100,0	31	100,0
Ungültig System	3	2,54		0	
Total	118	100,0		31	100,0

Tabelle 21: Screening: Frage 5.2 Gewalt früher: durch einen andere Person

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	39	33,05	33,62	11	35,48
Gültig Nein	77	65,25	66,38	20	64,52
Gültig Total	116	98,3	100,0	32	96,96
Ungültig System	2	1,7		1	3,03
Total	118	100,0		33	100,0

Tabelle 22: Screening: Frage 5.2 Detailliert

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig keine Angabe	68	57,63	58,62	19	61,29
Gültig Familie: beide Eltern	1	,85	,86	0	0
Gültig Familie: Vater	4	3,39	3,45	2	6,45
Gültig Familie: Stiefvater	1	,85	,86	1	15,15
Gültig Familie: Mutter	2	1,69	1,72	1	3,23
Gültig Familie: Bruder	1	,85	,86	0	0
Gültig Fremde: Exhibitionismus	7	5,93	6,03	0	0
Gültig Fremde: in Bahn belästigt	10	8,37	8,62	3	9,68
Gültig Fremde: in Diskothek belästigt	2	1,69	1,72	1	3,23
Gültig Fremde: bedroht	1	,85	,86	0	
Gültig Fremde: bedroht mit Waffe	1	,85	,86	0	
Gültig Fremde: Überfallen worden	2	1,69	1,72	0	
Gültig Fremde: keine Nähere Angabe	16	12,71	12,93	4	12,9
Gültig Total	116	98,31	100,0	31	100,0
Ungültig System	2	1,69		0	
Total	118	100,0		31	100,0

## 5 Ergebnisse

Tabelle 23: Screening: Frage 5.3 Gewalt früher: in der Kindheit

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Gültig Ja	28	23,73	23,93	11	35,48
Gültig Nein	89	75,42	76,07	19	61,29
Gültig Total	117	99,15	100,00	31	96,96
Ungültig System	1	,85		0	
Total	118	100,0		31	100,0

### 5.2.10 Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren durchgeführt werden?

**86 (=73,5%) der befragten Schwangeren würden eine Routinebefragung befürworten. Unter den Frauen mit häuslicher Gewalt sind es 25 Frauen (=80,65%).**

Kommentar 21: Diese Schwangere hat sich in der Gravidität vom Erzeuger des Kindes getrennt und einen neuen Partner gefunden. Sie hätte es gut gefunden, wenn früher gefragt worden wäre und somit der Weg zu den entsprechenden Einrichtungen (z.Bsp. Frauenhaus und Jugendamt) schneller gegangen wäre.

Kommentar 22: Eine Frau sagte, im Verdachtsfall sollte natürlich gefragt werden, ansonsten würde sie selbst diese Frage als Vertrauensbruch und Anschuldigung empfinden.

Kommentar 23: Diese Frau meinte, dass sich die Regierung etc. in Deutschland viel zu wenig in die Gesundheitsangelegenheiten der Bürger einmischt, das ist in Schweden ganz anders. Sie würde es begrüßen, wenn jede Frau befragt wird und die Stellung dieser Frage auch eine Konsequenz nach sich ziehen würde.

Tabelle 24: Screening: Frage 6 Routinierte Frage nach Gewalt

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Kum. Prozent (A)	Frequenz (C)	Prozent (C)
Stimmhaltung	2	1,69	1,77	1	3,23
Gültig Ja	86	72,88	73,50	25	80,65
Gültig Nein	29	24,58	24,79	5	16,13
Gültig Total	117	99,15	100,00	31	100,0
Ungültig System	1	,85		0	
Total	112	100,0		31	100,0

### 5.2.11 Weiterführendes Gespräch

Allen Frauen wurde die Notfallkarte gezeigt und ein Angebot über ein weiterführendes Gespräch

## 5 Ergebnisse

unterbreitet.

Von den Frauen ohne häusliche Gewalt haben 63 (79,74%) eine Notfallkarte mitgenommen. 42 (53,16%) haben das Gesprächsangebot aufgegriffen und Fragen gestellt. Das kürzeste Nachgespräch dauerte 2 Minuten, das längste 91 Minuten.

Von den im Screening positiv getesteten Frauen lehnten 11 Schwangere (35,5%) jegliches weitere Gespräch ab. 5 von Ihnen hatten bereits selbstständig Informationen über Hilfsangebote eingeholt. Außer der angebotenen Notfall-Karte wurde keine weitere Intervention gewünscht.

22 Frauen (65,5%) erhielten von mir ein Beratungsgespräch über Unterstützungsangebote. Mit einer Frau habe ich direkt bei B.I.G. e.V. angerufen, da die gestellten Fragen bezüglich staatlicher Hilfsangebote, finanzieller Unterstützung, Vaterschaftszustimmung für diesen Einzelfall nicht durch mich zu klären waren. Wir wurden weiter vermittelt zu Pro familia und haben dort telefonisch ein Beratungstermin arrangiert. Ob die Frau diesen Termin wahrgenommen hat, weiß ich nicht.

Insgesamt läßt sich aufgrund fehlender Daten nicht feststellen, ob und welche der Angebote im Kontext von häuslicher Gewalt genutzt wurden.

### 5.2.12 Freie Kommentare

Kommentar 24: Auch diese Patientin war im Krieg. Sie hat beim Screeningfragebogen sehr mit den Antworten gezögert, aber alles verneint.

Kommentar 25: Eine Patientin aus der Suchtberatung mit Vorinformationen aus ihrer Akte: „Sie hat bekannte häusliche Gewalt in der Familie und mit dem Freund, sowie ein Abhängigkeitssyndrom seit dem 13 Lebensjahr mit 150-160 Tropfen Tilidin pro Tag. In der Schwangerschaft hat sie noch Diazepam genommen. Feststellung der Gravität in der 15. SSW, bis dahin: Konsum von THC, Koks, Speed.“

Sie selbst verneint die Screeningfragen. Schwebt gerade auf Wolke 7, da der Freund ihr einen Heiratsantrag gemacht hat. Über die Zeit davor möchte sie nicht reden. Sie würde es gut finden, wenn es eine Studie gibt, welche Drogen man wann in der Schwangerschaft nehmen darf, ohne dass das Kind Probleme bekommt. Sie möchte außerdem wissen, welche Drogen machen welche Probleme beim Kind. Aufgrund der Drogenanamnese organisierten wir über die Suchtberatung eine Familienhebamme.

Kommentar 26: 6-9 Monate nach der Geburt des ersten Kindes gab es durch die partnerschaftliche

## 5 Ergebnisse

Umstellung vs. Familie viele Probleme mit Eifersuchtsszenen, Erregungszuständen und so. Die Frau brach in Tränen aus. Ein tiefer gehendes Gespräch lehnte die Schwangere zum Befragungszeitpunkt ab. Hilfsangebote der S.I.G.N.A.L.-Karte sowie Opferberatung mit Traumaambulanz besprochen.

### 5.3 Postpartale Datenerhebung

Die von den Hebammen und ÄrztInnen im perinatalen PC-Programm „KIM“ eingetragenen Daten wurden für die postpartale Erfassung und Auswertung genutzt. (A) bezeichnet die Gesamtkohorte der befragten Schwangeren, (C) die im Charité - Screening positiv auf häusliche Gewalt getesteten Frauen.

#### 5.3.1 Entbindungen in der Charité

Von den 118 befragten Frauen sind 59 Frauen (50%) in der Charité entbunden worden. Über die anderen 59 Frauen kann keine Aussage getroffen werden. Unter den Frauen mit häuslicher Gewalt in der aktuellen Beziehung wurden 21 der 31 Frauen postpartal erfasst.

Bezogen auf Schwangerschaftswoche, Entbindungsmodus, Medikamente unter der Entbindung und den Komplikationen lassen sich keine signifikanten Unterschiede ermitteln.

#### 5.3.2 Schwangerschaftswoche (SSW) zur Entbindung

Das Gestationsalter wurde mit ganzen (vollendeten) Schwangerschaftswochen erfasst (beispielsweise 38 + 4 SSW der Gruppe „39 Schwangerschaftswochen“ zugeordnet).

**Die Kinder bei den positiv gescreenten Frauen kamen nicht signifikant früher ( $p=0,75$ ) oder später ( $p=0,73$ ) zur Welt.**

(A) 31 Frauen (52,54%) haben ihr Kind im errechneten Zeitraum geboren, 18 Frauen (30,5%) haben ihr Kind nach dem errechneten Entbindungstermin bekommen, 4 Frauen (6,77%) haben bis in die 42. SSW übertragen. Der Mittelwert liegt bei 39. SSW, der Median in der 40. SSW (Std.Dev. 4,01). Darunter waren 54 Einlingsgraviditäten (91,53%) und 5 Zwillingschwangerschaften (8,47%).

(C) 10 Frauen haben ihr Kind im errechneten Zeitraum geboren, 18 Frauen (15,25%) haben ihr Kind nach dem errechneten Entbindungstermin bekommen, 1 Frau (4,76 %) hat bis in die 42. SSW übertragen. Der Mittelwert liegt bei 39. SSW, der Median in der 40. SSW (Std.Dev. 4,01). Darunter

## 5 Ergebnisse

waren 20 Einlingsgraviditäten (95,24%) und 1 Zwillingschwangerschaft (4,76%).

Tabelle 25: PP\_SSW\_Detail

		Häufigkeit (A)	Prozent (A)	Gültige Prozente (A)	Häufigkeit (C)	Prozent (C)	Gültige Prozente (C)
Gültig	25-28.SSW	1	,8	1,7	1	3,23	4,76
	29-32.SSW	4	3,4	6,8	2	6,45	9,52
	33-36.SSW	5	4,2	8,5	1	3,23	4,76
	37-40	31	26,3	52,5	10	32,36	47,62
	>40.SSW	18	15,3	30,5	7	22,58	33,33
	Gesamt	59	50,0	100,0	21	67,74	100,00
Fehlend	System	59	50,0		10	32,26	
Gesamt		118	100,0		31	100,0	

Tabelle 26: PP\_1\_2\_3

		Häufigkeit (A)	Prozent (A)	Gültige Prozente (A)	Häufigkeit (C)	Prozent (C)	Gültige Prozente (C)
Gültig	Einlingsgravidität	54	45,8	91,5	20	64,52	95,24
	Zwillingsgravidität	5	4,2	8,5	1	3,23	4,76
	Gesamt	59	50,0	100,0	21	67,74	100
Fehlend	System	59	50,0		10	32,26	
Gesamt		118	100,0		31	100,0	

Aufgrund unzureichender Anamneseeingaben bzw. eingeschränkten Benutzerrechten im KIM sind folgende Daten nur informativ: Erstvorstellung, Krankenhausvorstellungen über die Rettungsstelle.

**(A)** Von den 59 Frauen wurden 11 Erstvorstellungen erfasst: diese waren in der 7. SSW (n=1), 9.SSW (n=4), 10.SSW (n=2), 11.SSW (n=1), 14. SSW (n=2) und 16. SSW (n=1). Bei 8 Frauen wurde in der Schwangerschaft die stationäre Aufnahme vermerkt.

**(C)** Von den 21 Frauen wurden 2 Erstvorstellungen erfasst: diese waren in der 11.SSW (n=1), und 14. SSW (n=1). Bei 3 Frauen wurde in der Schwangerschaft die stationäre Aufnahme vermerkt.

### 5.3.3 Entbindung

**Der Geburtsmodus „Spontanpartus“ war bei Frauen mit Kontakt zu häuslicher Gewalt signifikant häufiger (p=0,05).**

**(A)** 33 Frauen (55,93%) bekamen ihr 1. Kind, 18 Frauen (30,51%) das zweite, 6 Frauen (10,17%) das dritte und je eine Frau (1,69%) ihr 4. und 5. Kind. Darunter waren 29 Spontangeburt, 9 vaginal-operative Entbindungen und 20 Sektiones. Das entspricht einer Sektiorate von 33,89% der Entbindungen (primäre Sektio 20,4%, sekundäre Sektio 13,6%)

**(C)** 11 Frauen (52,38%) bekamen ihr 1. Kind, 8 Frauen (38,1%) das zweite, je ein Frau (4,76%) ihr

## 5 Ergebnisse

3. und 4. Kind. Darunter waren 14 Spontangeburt, keine vaginal-operative Entbindung und 7 Sektiones. Das entspricht einer Sektiorate von 33,33% der Entbindungen (primäre Sektio 23,8%, sekundäre 9,5%)

Tabelle 27: PP\_Geburtsmodus

	Häufigkeit (A)	Prozent (A)	Gültige Prozente (A)	Häufigkeit (C)	Prozent (C)	Gültige Prozente (C)
Gültig Spontan	29	24,6	49,2	14	45,16	66,7
VE	9	7,6	15,3			
prim. Sektio	12	10,2	20,4	5	16,13	23,8
Sek. Sektio	8	6,88	13,6	2	6,45	9,5
Gesamt	59	50	100,0	21	67,74	100,0
Fehlend System	59	50		10	32,26	
Gesamt	118	100,0		31	100,0	

Tabelle 28: Kreuztabelle Screenig\_positiv \* Spontanpartus

		Spontanpartus		Gesamt
		Ja	Nein	
Screenig_positiv	positiv	14	7	21
	negativ	15	23	38
Gesamt		29	30	59

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,0	1	,05
Anzahl der gültigen Fälle	59		

### 5.3.4 Komplikationen unter der Geburt/Wochenbett

Aufgrund unzureichender Anamneseeingabe bzw. eingeschränkten Benutzerrechten im KIM sind folgende Daten nur informativ: erfaßte mütterliche und fetale Komplikation. Bei den erfaßten Daten gab es keinen Unterschied in den einzelnen Gruppen bezüglich der Komplikationen.

**(A)** Bei den Vorstellungen zur Kreißsalaufnahme wurden 26 Frauen mit Komplikationen erfaßt und 3 ohne Komplikationen. Die mütterlichen Komplikationen waren: Hypertonus (n=4), Präeklampsie (n=3), Gestationsdiabetes (n=3), vorzeitige Wehentätigkeit (n=2), vorzeitiger Blasenprung (n=8) und andere Komplikationen (n=6).

- **Antenatal:** 1 andere Schwangere (I.Para) kam mit vorzeitiger Plazentalösung in der 27. SSW und erhielt die Notsectio.
- **Postpartal:** 1 Frau mit >24 stündiger Wehenaktivität bekam wegen pathologischem CTG die sekundäre Not-Sektio und postoperativ eine Atonie III°, die unter konservativer Therapie

## 5 Ergebnisse

und B-Lynch-Naht am Uterus nicht sistierte. Sie erhielt die abdominelle Hysterektomie.

- **Wochenbett:** 1 Frau entwickelte im Wochenbett einen Milchstau und bekam Fieber, im Sinne einer Mastitis puerperalis. 1 andere Wöchnerin entwickelte ein Serom im Bereich der Hautnaht bei Z.n. Re-Sektio.

Bei 18 Feten wurde eine Komplikation benannt, 5 waren ohne Komplikationen. Fetale Komplikationen sind z.Bsp. intrauterine Wachstumsrestriktion bzw. - stillstand, pathologischer Doppler und oder pathologisches CTG (n=8), drohende Frühgeburt (n=7) und andere Komplikationen (n=3).

**(C)** Bei den Vorstellungen zur Kreißsalaufnahme wurden 10 Frauen mit Komplikationen erfaßt und 2 ohne Komplikationen. Die mütterlichen Komplikationen waren: Präeklampsie (n=2), Gestationsdiabetes (n=2), vorzeitiger Blasensprung (n=5) und andere Komplikationen (n=1).

- **Antenatal:** 1 andere Schwangere (I.Para) kam mit vorzeitiger Plazentalösung in der 27. SSW und erhielt die Notsektio.

Bei 8 Feten wurde eine Komplikation benannt, bei 1 Fetus gab es keine Komplikationen. Fetale Komplikationen sind z.Bsp. intrauterine Wachstumsrestriktion bzw. - stillstand, pathologischer Doppler und oder pathologisches CTG (n=4), drohende Frühgeburt (n=3) und andere Komplikationen (n=1).

### 5.3.5 Medikation unter der Geburt

**Es gab keinen Unterschied in den einzelnen Gruppen bezüglich der Medikamentengabe.**

**(A)** 46 Frauen (77,9%) bekamen unter der Geburt Medikamente. Mehrfachnennungen waren möglich.

- Es wurden 6 Frauen (10,17%) eingeleitet: 3 (6,52%) mit Cytotec (Misoprostol), und 3 (6,52%) mit Prostaglandin E2.
- Oxytocininfusion benötigten 25 Frauen (42,37%).
- Partusisten intrapartal erhielten 5 Frauen (8,47%).
- Analgesie erhielten 14 Frauen (23,72%): 8 Frauen (13,5%) bekamen von den ÄrztInnen der Anästhesie einen Periduralkatheter gelegt, 6 Frauen (10,17%) erhielten Meptid. Ein Pudendusblock (1,69%) wurde gesetzt.
- Spasmolyse (Buscopan) erhielten 7 Frauen (11,87%).

## 5 Ergebnisse

- Unter den 20 Frauen, die eine Sektio erhielten benötigten 3 Frauen (6,52%) eine Vollnarkose, 17 Frauen (28,8%) erhielten eine Spinalanästhesie.
- 1 Frau (1,69%) benötigte intrapartal ihr Insulin.

**(C)** 17 Frauen (80,9%) bekamen unter der Geburt Medikamente. Mehrfachnennungen waren möglich.

- Es wurden 2 Frauen (9,5%) eingeleitet: 1 (4,76%) mit Cytotec (Misoprostol), und 1 (4,76%) mit Prostaglandingel E2.
- Oxytocininfusion benötigten 10 Frauen (47,61%).
- Partusisten intrapartal erhielten 3 Frauen (14,1%).
- Analgesie erhielten 5 Frauen (23,8%): 3 Frauen (14,28%) bekamen von den ÄrztInnen der Anästhesie einen Periduralkatheter gelegt, 2 Frauen (9,5%) erhielten Meptid. Ein Pudendusblock (4,76%) wurde gesetzt.
- Spasmolyse (Buscopan) erhielten 4 Frauen (19,05%) .
- Unter den 7 Frauen, die eine Sektio erhielten benötigten 1 Frau (4,76%) eine Vollnarkose, 6 Frauen (28,5%) erhielten eine Spinalanästhesie.
- 1 Frau (4,76%) benötigte intrapartal ihr Insulin.

### 5.3.6 Geburtsdaten Kind

**(A)** Unter den 59 Gebärenden waren 3 Zwillingschwangerschaften. Es kamen 62 Kinder lebend zur Welt, 29 Knaben (=47%) und 33 Mädchen (=53%), darunter 48 eutrophe Säuglinge (77%), 15 Säuglinge (24%) unter 2500g und 1 (1,6%) makrosomes Kind über 4500g. Das mittlere durchschnittliche Geburtsgewicht der geborenen Kinder lag bei 2985 g; Median 3010 g, Standardabweichung 839 g (Min 1060 g; Max 4700 g).

- 54 Feten (84,37%) hatten einen arteriellen Nabel-pH von >7,2, bei 9 Feten (14,06%) lag der pH zwischen 7,10 und 7,19; 1 Nabel-pH befand sich unter 7,10.
- 13 Säuglinge (11,98% ) hatten einen auffälligen APGAR.
- Insgesamt 20 Kinder (18,43%) wurden postnatal auf die Neonatologie verlegt.
- 1 Zwillingspäarchen verstarb innerhalb der ersten 7 Tage postnatal. Aufgrund fehlender Zugangsrechte zur Pädiatrie konnten die anderen Säuglinge nicht nachbetrachtet werden.

## 5 Ergebnisse

(C) Unter den 21 Gebärenden war 1 Zwillingschwangerschaft. Es kamen 22 Kinder lebend zur Welt, 10 Knaben (=45%) und 12 Mädchen (=55%). Darunter 17 eutrophe Säuglinge (80,9%), 4 Säuglinge (19%) unter 2500g und 1 (4,76%) makrosomes Kind über 4500g. Das mittlere durchschnittliche Geburtsgewicht der geborenen Kinder lag bei 2988 g; Median 2900 g, Standardabweichung 967 g (Min 1060 g; Max 4700 g).

- 18 Feten (85,7%) hatten einen arteriellen Nabel-pH von  $>7,2$ , bei 2 Feten (9,5%) lag der pH zwischen 7,10 und 7,19.
- 4 Säuglinge (19%) hatten einen auffälligen APGAR.
- Insgesamt 8 Kinder (38%) wurden postpartal auf die Neonatologie verlegt.

### 5.4 Auswertung nach 2 Jahren

Von 118 Fragebögen, welche mit rückfrankierten und adressierten Umschlägen versehen wurden, kamen 12 innerhalb von 6 Monaten nach dem Absenden an. Das ist eine Rückläuferquote von 10,1%. Keine der positiv gescreenten Frauen antwortete. Es kamen 44 ungeöffnete Briefe retour (37%) mit der Angabe „Empfänger verzogen“. Die Auswertung der Geburtsdaten ist im Ergebnisteil 5.3 *Postpartale Datenerhebung* mit eingeflossen.

**Wer war bei der Geburt anwesend** beantworteten 7 Frauen mit Partner oder Ehemann, 3 mit niemand, 1 mit Mutter und eine enthielt sich der Aussage.

Alle Frauen blieben postpartum zu Hause. 1 Frau den vorgeschriebenen Mutterschutz, 1 Frau 7 Monate, 1 Frau 11 Monate, 7 Frauen 1 Jahr und 2 Frauen 2 Jahre. Bei 2 Frauen blieb zusätzlich der Mann 2 Monate daheim. In diesem Jahr daheim nahmen 10 Frauen an einem Beckenbodengymnastikkurs teil.

#### **Wie empfanden Sie Ihre Schwangerschaft? Freie Kommentare:**

-Schön, sogar sehr schön. Es ging mir blendend (abgesehen von der Tatsache, dass ich fast 2 Monate in Charité Mitte verbringen mußte.) Sie hat meinem Körper und meiner Seele gut getan.

-Bis zur 22. SSW sehr gut. Danach sehr verunsichert, da ungewöhnlicher Befund beim Screening.

-Sehr anstrengend, meine behandelnde Gynäkologin verbreitet gerne Panik.

-Ich habe mich gefreut, als es vorbei war.

-Ich empfand die Schwangerschaft sehr anstrengend. Da ich ab dem 3. Monat unter einer Hepatose litt: ständiger Juckreiz an den Händen und Füßen.

## 5 Ergebnisse

- Angenehm schön.
- Trotz Präeklampsie okay.
- Sehr schön und total unkompliziert.
- Große Freude. Viel Sorge wegen Komplikationen.
- Anstrengend, wie die erste. Viel Übelkeit.
- Anstrengend, mit viel Sorge um das Kind.
- Entspannt. Komplikationslos.

### **Wie empfanden Sie die Geburt? Freie Kommentare:**

- Sehr schmerzhaft die Wehen, da auch die Zervix zerrissen wurde (weil nur 1 Cerclagefaden gezogen wurde statt 2).
- Sehr gut und schnell gelungen. Tolle Hebamme.
- Sehr angenehm. Fühlte mich sehr wohl in der Charité.
- Furchtbar.
- Sie ging sehr schnell. 3x gepreßt. Leider hatte ich einen sehr großen Dammschnitt und 2 Wochen danach Schmerzen beim Sitzen, Laufen etc.
- Anstrengend, einzigartig.
- Beckenendlage: schmerzhaft.
- Ohne große Komplikationen. Nicht angenehm.
- Glück mit der Hebamme, nett, nachfolgend Sorge wegen Stauung.
- Positiv, anstrengend, aber klar, dass es bald vorbei geht.
- Schmerzhaft, aber ging schnell vorbei.
- Kurz, intensiv, war glücklich über normale Geburt. d.h. ohne PDA, Kaiserschnitt, Dammriss.

## 5 Ergebnisse

### **Was hätten Sie gerne anders gehabt/ erlebt? Freie Kommentare:**

-Ja. Die Hebamme war sehr unfreundlich und hat mich mehrmals allein gelassen für lange Zeit. Das Zimmer sah sehr nach Abstellzimmer aus – dunkel und nicht schön. Auch das Bett war zum Gebären nicht geeignet. (Was anderes hat mir keiner angeboten).

-Keine Intubationsnarkose!

-Die Schmerzen danach waren unerträglich. Ich musste 2 Wochen Schmerztabletten nehmen. Ständig war alles wund und die Fäden mussten ständig entfernt werden.

-Wannengeburt. Bessere Hebamme. Richtig gelegte PDA (Es lief alles daneben statt ständig in mich rein), Kein Wehentropf! = Eine gute Hebamme hätte mich wahrscheinlich vorher gut aufgeklärt.

-Nach eigener Erfahrung Beckenendlage nur noch per Kaiserschnitt.

-Betreuung auf der Wochenstation, da mein Kind 5 Tage auf der Kinderstation bleiben mußte (ohne Kind auf der Wochenstation war ich ein Störfaktor).

-Mehr Kraft.

-Nichts.

### **Zu Hause: Das erste Jahr**

Jedes Kind und jede Geburt ist anders. Die Frage, wie lange die Mütter brauchten um sich in Ihrer Mutterrolle zurechtzufinden, wurde wie folgt beantwortet: sofort (n=8), über 2 Tage (n=1), 1 Woche (n=1), 2 Wochen (n=1) bis zu 3 Wochen(n=1).

Die Eingewöhnungsphase mit dem Kind zu Hause war ganz individuell und dauerte von sofort (n=3), über 1 Woche (n=2), 2-3 Wochen (n=2), 4-6 Wochen (n=4) bis zu 3 Monaten (n=1).

9 Frauen sind noch mit dem Partner zusammen, 2 davon fühlen sich in ihrer Beziehung nicht wohl. Bei 1 Frau gab es nach der Geburt die Trennung. 2 Frauen hatten keinen Partner und haben weiterhin keinen.

**Nach der Geburt ist zu der partnerschaftlichen Beziehung die familiäre Beziehung hinzugekommen.** Wie empfanden diese 12 Frauen die Umstellung? Freie Kommentare:

-Herausfordernd, zeigt, ob man in allen Situationen zusammenhält und es gemeinsam schaffen will.

-Unser 3. Wunschkind hat nur Freude gebracht. Alle sind vernarrt in ihre Mini-Schwester, natürlich mehr zu tun, aber sehr nett...

## 5 Ergebnisse

-Ganz okay, mußte nur noch mehr und besser organisieren

-Gab keine, da jetzt insgesamt 3 Mäuse da sind.

-Keine Angabe.

-Man hat für sich und den Partner zu wenig Zeit, da die Kinder jetzt an 1. Stelle stehen. Ansonsten überwiegt die Freude.

-Es gab keine Umstellung, es ist ja das zweite Kind (3x).

### **Hat sich die Partnerschaft der Frauen verändert? Freie Kommentare:**

-Ja, zum Positiven. Es hat uns zusammengeschweißt. Und zum Negativen: mehr Streit, mehr unterschiedliche Aufgaben (einer Job, einer mehr Kinder), öfter Unstimmigkeiten.

-Ja, zum Negativen. Sind noch zusammen, fühlt sich in Partnerschaft unwohl.

-Ja, zum Negativen, erhalte keine Hilfe vom Partner. Sind noch zusammen, fühlt sich in Partnerschaft unwohl.

-Ja, zum positivem, fühlt sich wohl in Partnerschaft. (2x)

-Ja, zum Positiven, wir haben das Gefühl nun komplett zu sein, das Wunder mit fast 40 noch mal ein Baby zu haben, verbindet uns.

-Ja, zum Positiven. Wir lachen noch mehr und freuen uns an unserem Kind. Und zum negativen: Die Zweisamkeit hat etwas gelitten, ebenso die Spontanität

-Ja, zum Positiven. Es gibt nichts schöneres als 2 gesunde Kinder zu haben. Das macht uns glücklich.

-Ja, zum Positiven. Gutes familiäres Zusammenleben. Und zum Negativen: Geschwisterliches Verhältnis.

-Nein. (2x)

### **Den Fragebogen zur Wochenbettdepression (Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS)**

beantworteten alle 12 Frauen. Laut des Bogens hätten 2 Frauen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollen. 6 gaben an, einen *Baby Blues* durchlebt zu haben. Eine Depression entwickelte sich bei niemandem.

### 6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die anfangs gestellten, grundlegenden Fragen der Studie aufgearbeitet und eine Begutachtung hinsichtlich wissenschaftlicher Ansprüche getätigt. Für die Überprüfung werden als Maßstab die 12 Fragen des „© Critical Appraisal Skills Programmes (CASP) 2004“ für Kohortenstudien herangezogen. Das CASP ist ein Programm aus der Zusammenarbeit des „© Milton Keynes Primary Care Trust 2002“ des staatlichen Gesundheitssystems NHS in Großbritannien.

Des Weiteren wird die Basis für die Einführung des Screenings an der Charité erörtert. Dazu habe ich die Unterlagen des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogrammes herangezogen. Die Grundlagen für die deutsche Version der Materialzusammenstellung von Frau Brzank bilden neben den von S.I.G.N.A.L. getätigten Erfahrungen das „Manual for health Care Providers“ (Warshaw 1996/Ganley et al 1996 und 1998) sowie das Handbuch des Department of Health (2000).

#### 6.1 Stärken und Schwächen der Bedarfserhebung

Mit dieser Arbeit sollte die Grundlage für ein Routinescreening gelegt werden. Im Januar 2009, in den Vorgesprächen dieser Bedarfserhebung, wurden die Vorstellungen meiner ersten Betreuerin Dr. med. Silke Michaelis für mich sehr überzeugend dargelegt: Der Vorteil dieser prospektiv angelegten Kohorten-Studie sollte sein, das Vorhandensein von Gewalt in der Schwangerschaft zu erkennen, bevor die Schwangerschaft zu Ende ausgetragen ist und gewaltbetroffene Frauen zu erfassen. Das medizinische Personal könnte dementsprechend auf Wunsch der Patientin intervenieren. Im Rahmen der Datenerhebung könnten Komplikationen wie z.Bsp. Spätschwangerschaft/ Frühgeburt/ Geburtskomplikationen erfasst werden. Zusätzlich könnte durch das Screening ein direkter Bezug zwischen der häuslichen Gewalt und bestimmten Komplikationen gezogen werden. Soweit die Vorstellungen!

Die Arbeit befaßt sich mit dem klar fokussierten Thema: „häusliche Gewalt in der Schwangerschaft“. Seit Jahrzehnten deklariert die WHO „Häusliche Gewalt“ als ein gesundheitsschädigendes Problem (WHO 1996, WHO 2013). Die für die Beobachtungsstudie gewählten 3 Befragungszeitpunkte - in der Schwangerschaft, zur Geburt und 1 Jahr danach - sind prinzipiell gut gedacht, methodisch allerdings nicht in allen 3 Phasen gut umgesetzt.

Die Studienpopulation ist klar definiert. Systematische Fehler bei der Auswahl der Frauen sind minimiert, da im Wartebereich der Ambulanzen alle Frauen innerhalb der Einschlusskriterien

## 6 Diskussion

angesprochen werden. Weitere systematische Fehler lassen sich für den ersten Befragungszeitpunkt nicht finden. Es gibt eine von außen nicht beeinflussbare Selektion im Interviewkollektiv, da sich nicht alle angesprochenen schwangeren Frauen befragen lassen wollen.

Trotz der Tatsache, dass es sich bei der Charité um ein Perinatalzentrum der Stufe I mit neonatologischer Maximalversorgung handelt, kommen zur Entbindung prozentual nicht wesentlich mehr Frauen aus dem Riskokollektiv als zu anderen Krankenhäusern in Berlin. (Charité Jahresbericht 2009). Die Daten aus dem unten aufgeführten Qualitätsbericht der Charité lassen darauf schließen, dass die angesprochene Kohorte die komplette Population der Schwangeren in Berlin widerspiegelt. Die Krankheitsfälle der Kinder und Komplikationen unter der Geburt sind mit dem Krankenhaus der Maximalversorgung in Zusammenhang zu bringen. Die Häufung der erfassten Fälle ist zufällig und nicht explizit auf ein Vorhandensein von häuslicher Gewalt zurückzuführen.

Dem Qualitätsbericht aus dem Jahr 2009 vom Charité Campus Mitte (CCM) und Virchow (CVK) ist zu entnehmen, dass es 2009 an beiden Campi 4568 Geburten gab und 4777 Kinder zur Welt kamen, darunter 4742 lebendgeborene und 35 totgeborene Kinder. Insgesamt gab es 3290 Schwangere mit erfaßten Schwangerschaftsrisiken und 3306 Kinder mit Geburtsrisiken.

Bezogen auf die Berliner Gesamtkohorte von 33135 Geburten mit 33851 Kindern (33703 Lebendgeborene und 149 tote Kinder) waren es am CCM und CVK zusammen 13,7% der Berliner Geburten und 14,11% der geborenen Feten. Im Gesamtkollektiv hatten 71,9% der Schwangeren anamnestiche und befundete Risiken, an der Charité waren diese 72,0 %. Kinder mit Geburtsrisiken lagen mit 69,2% sogar 7% unter dem Berliner Schnitt. Lediglich eine differenzierte Betrachtung der befundeten Risiken zeigt bezogen auf das Gesamtkollektiv eine Kumulation am Campus Mitte.

Als Methode wird für das Gewalt-Screening in der Schwangerschaft ein im Englischen validierter, ins Deutsche übersetzter Fragebogen verwendet. Es ist ein Manko, dass dieser Fragebogen in deutscher Sprache nicht validiert ist.

Die einzelnen Risikofaktoren werden anhand der unterschiedlichen Grundtypen der Gewalt in der soziodemographischen Erhebung und den Screeningfragen erfaßt. Im Screening-Fragebogen werden körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt bezogen auf verschiedene Prävalenz-Zeitpunkte (Schwangerschafts-, 1-Jahres- und Lebenszeitprävalenz) erfragt. In der vorangegangenen soziodemographischen Erhebung wird indirekt auch die soziale und ökonomische Gewalt bedacht. Direkte Fragen wären in diesem Zusammenhang sinniger gewesen. Zum Beispiel:

## 6 Diskussion

Werden Entscheidungen ohne Sie getroffen? Wird Ihr Telefon/SMS/E-Mailverkehr kontrolliert? Werden Ihre Kontakte überwacht oder eingeschränkt? Schreibt Ihnen jemand vor, welche Kleidung Sie tragen? Verbieht Ihnen jemand arbeiten zu gehen? Wird Ihnen der Zugriff auf Ihr Bankkonto verwehrt oder eingeschränkt? Wird Ihnen Geld zugeteilt? Werden Ihre Ausgaben kontrolliert?

Nicht bedacht wurden die Kosten und Folgen der bisherigen Gewalt. Gab es beispielsweise schon Inanspruchnahme medizinischer, polizeilicher oder juristischer Versorgung? War die Betroffene aufgrund von Verletzungen oder Einschränkungen arbeitsunfähig? Müssen vermehrt Schmerzmittel, Einschlafmittel oder andere Medikamente eingenommen werden? Wurden schon einmal Schutzangebote (Opferhilfe, Frauenhaus, Unterkunft bei Freunden etc.) genutzt? (Vgl. Tabelle 2, S. 18/19, Brzank 2009 in Anlehnung an Kavemann 2000).

Für die Einführung eines Screenings sollte man gegebenenfalls in Betracht ziehen direkte Fragen zu allen Gewalttypen und die Folgen in den Screeningfragebogen zu integrieren bzw. in der Begleitforschung zu erfassen. Der Fragebogen ist leicht verständlich und schnell auszufüllen. Ob im Vorfeld allerdings alle zur Verwechslung führenden Faktoren identifiziert und ausgeschaltet wurden, ist an dieser Stelle nicht beurteilbar.

Als positiv zu werten ist die direkte Face-to-Face-Befragung. Allerdings war aufgrund der einmaligen Befragung in der Schwangerschaft nicht nachvollziehbar, ob sich der Expositionsstatus bei den zuvor negativ auf häusliche Gewalt gescreenten Frauen im Laufe der Schwangerschaft geändert hat. Angesichts der geringen Rücklaufquote von 10,1% beim 3. Fragebogen lässt sich dies nicht verifizieren. (Meine Vorschläge zur Verbesserung: siehe 6.3.4 *Screeningprogramm ausgestalten*. S.87)

**„Im Allgemeinen gibt es bei Kohortenstudien Fallzahlprobleme und hohe Bias durch Drop-outs.“** (Zitat Prof. Hopfenmüller aus der statistischen Beratung) Hier auch?

Da es sich um eine Bedarfserhebung handelt, wurde bei dem Termin mit dem Statistiker keine Fallzahl berechnet.

Es hätten mindestens **150 Frauen mit Gewalt** in der Schwangerschaft **und Schwangerschaftskomplikationen** sein müssen, um erste repräsentative Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren zu erörtern. Nach Erreichen einer solchen Zahl sollte ich mich gegebenenfalls Zurückmelden, um Hilfe bei der statistischen Auswertung zu bekommen.

Wäre denn das Erreichen einer solchen Fallzahl für die Bedarfserhebung realistisch gewesen?

In der Studie von Schröttle/Müller "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland" gab jede 4. Frau an, in der aktuellen oder einer früheren Beziehung körperliche und

## 6 Diskussion

oder sexuelle Gewalt durch den Partner erlebt zu haben. Wenn man diese Zahlen als Grundlage nimmt, müssten zunächst mindestens 600 Frauen befragt werden.

In der S.I.G.N.A.L.-Befragung von Patientinnen der 1. Hilfe am Campus Benjamin Franklin der Charité Berlin ergaben die Frauen, die unter die Ausschlusskriterien fielen und diejenigen, die eine Befragung ablehnten, 51,7% (Hellbernd/Brzank et al. 2004, S.102).

Bei ähnlichem Patientinnenklientel und wahrscheinlich vergleichbaren Ablehnungszahlen und Ausschlusskriterien müssten somit mindestens 1200 Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge befragt werden. Dies klang bei meinem „Einfrauprojekt“ sowie einem Freisemester utopisch. Die im Vorfeld entstandene Frage, ob die Befragung auf eine Fallzahl bezogen werden soll oder aufgrund der Funktion als Bedarfserhebung zeitlich begrenzt werden kann, mußte somit mit letzterem beantwortet werden.

Da man die Kohorte der befragten Schwangeren über einen längeren Zeitraum beobachten muss, gibt es auch hier Verzerrungen (Bias) aufgrund von „Abbrechern“.

Während der Rekrutierung bzw. der Interviews gab es bis auf ein nicht freies Befragungszimmer und die Störungen durch Akten bzw. Material holen keine gravierenden Störvariablen, die beeinflussbar gewesen wären.

Hätte man in der Rekrutierungsphase etwas anders machen sollen? Beim Ansprechen auf ein Interview zum Thema „Frauengesundheit in der Schwangerschaft“ gab es natürlich Frauen, die nicht teilnehmen mochten. Das muß akzeptiert werden. Weiterhin gab es viele potentielle Teilnehmerinnen, die aufgrund des Wunsches der Anwesenheit von erwachsenen Begleitpersonen nicht eingeschlossen wurden. Aus Sicherheitsgründen ließ sich auch dies nicht verändern. Ebenso wünschte das anwesende medizinische Personal keine Befragung von Patientinnen, die zur genetischen Beratung kamen oder von ICSI/IVF-Patientinnen. Argumentiert wurde dies mit einer psychischen Doppelbelastung für die Schwangere.

Ein weiterer Schwachpunkt waren die Studienabbrecher: Das erste Kriterium, um zum „**Studienabbrecher**“ zu werden, wurde durch den Ort der Geburt bestimmt. Nicht alle Schwangeren, die zur Beratung in die Charité kommen, entbinden dort. Bei nicht an der Charité gebärenden Frauen wurde keine postpartale Erfassung durchgeführt. Da die Frauen in ihrer Einwilligungserklärung mit der Erhebung der postpartalen Daten einverstanden waren, hätte die Vervollständigung der Aktenlage über den behandelnden Frauenarzt geschehen können. Nachdem in telefonischer Nachfrage 2 niedergelassene Frauenärzte diese Datenweitergabe trotz Einverständniserklärung nicht genehmigten, wurde diese Methode zur Datenvervollständigung

## 6 Diskussion

verworfen.

Den endgültigen Fragebogen erhielten alle Frauen zu der im Interview eingetragenen Adresse inklusive frankiertem Rückumschlag. Weitere „Abbrecher“ gab es dementsprechend unter den verzögerten Frauen und den nicht Antwortenden.

**Objektiv meßbar** ist häusliche Gewalt mit diesem Fragebogen nicht. Zum Aufdecken ist die subjektive Selbsteinschätzung der Frau gefordert. Allerdings gibt es durch dieses Verfahren keine „Überdiagnosen“ durch falsch-positive Erhebungen.

Über Patientinnen, die erfahrene Gewalt verheimlichen, kann leider keine Aussage getroffen werden. Außerdem kann es Schwangere geben, bei denen zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Exposition von Gewalt stattfand und die im postpartalen Screening nicht erfaßt wurden.

Die Zusage zu der Befragung machten zu 82% nur Schwangere ohne Begleitung. Unter den Frauen, die positiv gescreent wurden, kam keine Frau in männlicher Begleitung zur Untersuchung, die 34 Frauen kamen allein. Ähnlich den Ergebnissen der „repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland“ (Schröttle/Müller 2004, S.106-142) kamen die positiv gescreenten Frauen aus verschiedenen sozialen Schichten unabhängig von Alter, Ethnizität oder kultureller Herkunft.

Wie ist die **Prävalenz** unter den Frauen der Schwangerschaftsberatung der Charité Universitätsmedizin Berlin im Vergleich zu den Literaturangaben?

Laut der sekundär-analytischen Untersuchung mußten 38% dieser in Partnerschaft befindlichen Frauen in der aktuellen Beziehung psychische, körperliche und oder sexualisierte Gewalt erleben. (Schröttle/Ansorge 2008, S.19-103). In der hier untersuchten Schwangerschaftskohorte lag die aktuelle Prävalenz bei 28,8 % und die Prävalenz von häuslicher Gewalt in der Schwangerschaft bei knapp 7%. **Die Frage nach einem Bedarf eines Screenings gewaltbetroffener Frauen in der Schwangerschaft wird somit bekräftigt.** Unterstützt wird dieser Bedarf durch den Wunsch nach einem solchen Screening von 73,5% aller Befragten.

Die in dieser Studie ermittelte aktuelle Gewaltprävalenz in der Schwangerschaft liegt mit 6,78% innerhalb der in der Literatur beschriebenen Prävalenzspanne von 0,9 bis 20,1 % und in dem mehrheitlich angegebenen Median von 4-8% (McFarlane/Parker 1992, Gazmararian 1996, Cokkinides 1998, Saltzman 2003, Bowen 2005).

Durch die geringe Quote des letzten Follow-up läßt sich nicht nachvollziehen, ob sich bei negativ getesteten Frauen der Expositionsstatus in der Gravidität oder im Wochenbett änderte und häusliche Gewalt auftrat.

Ferner kann keine Aussage getroffen werden, ob positiv-gescreente Frauen häufiger

## 6 Diskussion

Komplikationen unter der Geburt erlitten. Wegen der geringen Fallzahl an positiv gescreenten Frauen läßt sich nicht herausfinden, ob die Komplikationen zufällig sind oder in einer signifikanten Korrelation stehen.

Im Computerprogramm KIM wurden die Daten zur abgeleisteten Mutterschaftsvorsorge zumeist unzureichend für die hier anberaumte Datenauswertung ausgefüllt. Da die Zugangsberechtigungen zum PC-System für mich lediglich die Berechtigung für das entsprechende geburtshilfliche Programm (KIM) des Kreißsaales vorsahen und keine Berechtigung bestand, die Daten der Rettungsstelle oder der Station einzusehen, kann die Häufigkeit der Vorstellungen während der Gravidität nicht dargelegt werden. Aufgrund all dieser fehlenden Werte können die übrigen Hypothesen weder bestätigt noch negiert werden.

Welche Folgen das Interview auf die Frau hat, läßt sich nicht nachvollziehen; auch nicht ob und welche Angebote nach dem Gespräch genutzt wurden.

Für mich als Befragerin war es zum Teil sehr erschütternd, wenn die Frauen von den Vergewaltigungen und Mißhandlungen berichteten. Bei 4 Fällen habe ich die Befragungen an diesen Tagen abgebrochen, da ich mich im nächsten Gespräch emotional nicht auf die neue Schwangere einlassen konnte.

### **6.2 Berücksichtigungen für ein Screening**

Im Laufe der Befragung kam bei mir immer wieder die Frage auf, wie sich ein Routinescreening im Alltag einer Universitätsklinik durchsetzen läßt. Muß nicht das Selbstbestimmungsrecht der Frau akzeptiert werden, keine Fragen zu diesem Thema zu beantworten? Muß nicht auch das Selbstbestimmungsrecht der Frau in Person der ÄrztIn akzeptiert werden, keine Fragen zu diesem Thema zu stellen?

Krankenhäuser sind Dienstleistungsunternehmen, hinter denen in der Regel große Konzerne stehen, die Gewinne „einfahren“ wollen. (Klinikbetreiber sind z.Bsp. Fresenius (Helios), Rhön, Asklepios, Sana, Schön, Vivantes oder die Kirche.) Im Rahmen der hohen Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung sind die Abläufe im Krankenhaus so stark komprimiert, das ein Ausreden lassen auf die Eingangsfrage „Was führt Sie her?“ schon eine Herausforderung für die unter Zeitdruck stehende ÄrztIn ist. Will man schnell und zielstrebig vorankommen und nur Informationen zur Problemlösung erhaschen, bleibt die nötige Empathie natürlich auf der Strecke und das Herstellen einer stabilen Arzt-PatientInnen-Beziehung rückt in die Ferne. Eine desinteressierte ÄrztIn wird sicherlich kaum intensiv mit der schweigenden Frau reden können oder sie gar dazu bringen sich

## 6 Diskussion

seelisch ein wenig zu öffnen.

Die ärztliche Gesprächsführung, Interaktion und Kommunikation war fester Bestandteil des Humanmedizinstudiums im Reformstudiengang an der Charité. 5 Jahre lang gab es im Semester alle 2 Wochen einen dreistündigen Kurs für die Ausbildung dieser ärztlichen Fertigkeit.

Nichtsdestoweniger ist die Interaktion mit der PatientIn beim Thema häusliche Gewalt noch einmal sehr speziell. Zum Aufbau einer wertschätzenden, positiven Arzt-PatientInnen-Beziehung ist nicht nur aktives Zuhören und eine einfühlsame sowie verbindende Kommunikation wichtig, sondern man sollte sich auch der Gefahren dieser Interaktion gewiß sein.

Wenn ein Screening eingeführt werden soll, muß im Vorfeld für alle Beteiligten klar sein, dass man die Frauen nicht nur unterstützen kann, sondern auch das Mißhandlungssystem, in dem sich die Frauen befinden.

Für das CHANGE-Projekt haben Frau Heise et al. (1999) zur Veranschaulichung das „Rad der Gewalt“ weiterentwickelt und ein Rad namens „**Medical Power and Control**“ (Medizinische Macht und Kontrolle) konstruiert. In dem Rad (siehe Abb. 9) wird veranschaulicht, welche Gefahren bestehen und in welche Fallen man als Mitarbeiter im Gesundheitssystem geraten kann, um dieses Mißhandlungssystem zu stützen.

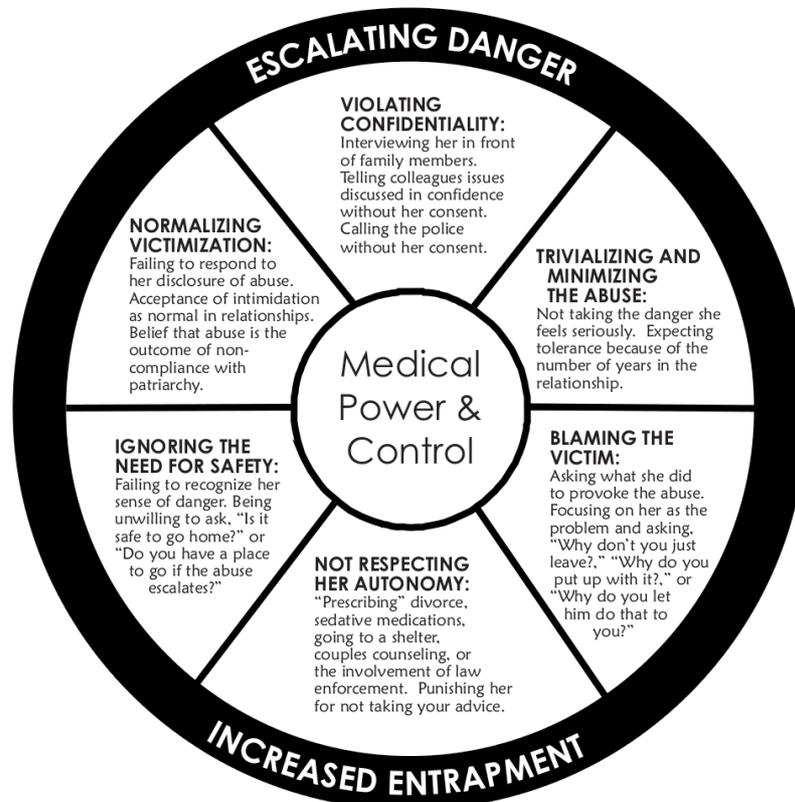


Abbildung 9: Rad der Gewalt „Medical Power and Control“ vom „ Domestic Abuse Intervention Project“ Heise et al. (1999), CHANGE-Projekt

## 6 Diskussion

Meine Übersetzung des Rades:

1. **Gefahren verstärken durch Normalisierung der Opfersituation:** Enthüllungen zu den Misshandlungen ignorieren. Einschüchterungen und Gewalt in Partnerbeziehungen als normales Verhalten betrachten. Der Annahme verfallen, der Mißbrauch beruht auf Nicht-Befolgen der Hausautorität.
2. **Gefahren verstärken durch Mißachtung der Diskretion:** Dies geschieht, wenn die Patientin im Beisein von Familienmitgliedern befragt wird; vertrauliche Informationen ohne ihr Einverständnis an KollegInnen weitergeben werden. Die Polizei ohne die Einwilligung der Frau eingeschaltet wird.
3. **Gefahren verstärken durch Verharmlosen oder Minimieren der Gewalt:** Die Gefahr und Angst der Patientin nicht ernst nehmen. Aufgrund bspw. jahrelanger Beziehung annehmen, dass die Gewalt nicht so schlimm sein kann.
4. **Das Mißhandlungssystem stützen durch das Beschuldigen des Opfers:** Die Frau fragen, wodurch sie die Gewalt provoziert hat. Sie und ihr Verhalten als Problem fokussieren und fragen: „Warum haben Sie ihn nicht verlassen?“ „Warum haben Sie ihn angestiftet?“ „Warum haben Sie das mit sich machen lassen?“ „Warum haben Sie das zugelassen?“
5. **Das Mißhandlungssystem stützen durch nicht-respektieren ihrer Selbstständigkeit:** Der Patientin Vorschriften machen, z.Bsp. zu den Themen: Trennung/Scheidung, Beruhigungsmittel nehmen, Schutz aufsuchen (z.Bsp. Im Frauenhaus), zur Paarberatung gehen, Strafverfolgung einleiten und Anzeige erstatten. Sie bei Nicht-Befolgen bestrafen.
6. **Das Mißhandlungssystem stützen durch Ignorieren von Sicherheits- und Schutzbedürfnis:** Nicht Erkennen der Bedrohlichkeit der Situation. Nicht fragen: „Wenn Sie zu Hause sind, ist es dort sicher?“ „Haben Sie einen Ort, an den Sie im Falle einer Eskalation gehen können?“

**Wie man sich Verhalten sollte, um die Frauen zu unterstützen und nicht das Mißhandlungssystem in dem sie stecken, zeigt das von S.I.G.N.A.L. übersetzte Rad der Unterstützung.** (siehe Abb. 10, S. 80)

Wer diese Unterhaltung mit der Frau führt ist meist nicht wesentlich. In der S.I.G.N.A.L.-Befragung in der 1. Hilfe im CBF favorisierten 67% für das 1. Gespräch ärztliches Personal und 55% der Frauen eine weibliche Person. (Hellbernd/Brzank 2006) Alles in allem ist allerdings eine verständnisvolle und mitfühlende Person das ausschlaggebende. Dafür werden bei der Begrüßung und Einführung die Grundsteine für die Gesprächsbereitschaft gelegt. Mittels Begleitfrage auf dieses Thema angesprochen, bestätigten ebenso wie in der Studie von Rodriguez, Quiroga, Bauer

(1996) 28 der 34 der Frauen mit häuslicher Gewalt, das es Ihnen aufgrund der direkten und nicht verurteilenden Worte leicht viel, über dieses schwere Thema so offen zu reden.



Abbildung 10: Rad der Unterstützung vom „ Domestic Abuse Intervention Project“, veröffentlicht von Heise et al. (1999), CHANGE-Projekt. Übersetzt von Karin Wieners und Hilde Hellbernd

## 6.3 Implementierung des Screenings an der Charité

Im Folgenden möchte ich anhand der praxisorientierten Materialien, die Frau Petra Brzank zusammenstellte, aufzeigen, was zur Einführung einer routinierten Untersuchung nach Gewalt in der Schwangerschaft notwendig ist. Tiefer gehende Details gibt das Handbuch „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm.“ (vor allem in: Kapitel 4 und 5, S.59-78).

Eingehen werde ich auf die **Schlüsselprozesse** wie das **Screeningprogramm initiiert, ausgestaltet und umgesetzt** werden kann.

### 6.3.1 Gründung einer Steuerungsgruppe

Nach den Erfahrungen des S.I.G.N.A.L.-Programmes ist es sinnvoll, eine **5-10-köpfige Projektgruppe** zu bilden. Es werden **Schlüsselpersonen** gesucht, die verschiedene Tätigkeitsbereiche abdecken. Die Mitglieder dieser Gruppe sollten sich sowohl für die Einführung eines solchen Screening-Programmes interessieren als auch Strukturen in den Bereichen schaffen, um gewaltbetroffenen Frauen Hilfsangebote zu vermitteln.

Wenn die Projektsteuerungsgruppe in der unten aufgeführten Form mit den 11 Personen zu groß erscheint, kann diese in Anlehnung an die S.I.G.N.A.L.-Befragung selbstverständlich auch in eine „**Projektgruppe**“ und ein oder zwei (CCM und CVK) „**Vor-Ort-Gruppen**“ unterteilt werden.

Diese **interdisziplinäre Steuerungsgruppe** sollte meiner Meinung nach bestehen aus:

- **Pflegepersonal:** Mindestens 1 VertreterIn des Ambulanzbereiches der Geburtsklinik vom Campus Charité Mitte (CCM) und vom Campus Virchow Klinikum (CVK). Ggf. noch je 1 VertreterIn aus der Rettungsstelle? **(2-4 Personen)**
- **ÄrztInnen:** Mindestens 2 ÄrztInnen, 1 aus dem CCM und 1 aus dem CVK. Aufgrund der Fluktuation der ÄrztInnen in Weiterbildung ist die Besetzung mit FachärztInnen in Erwägung zu ziehen. **(2 Personen)**
- **Hebammen/Geburtshelfer:** Mindestens 1 aus dem CCM und 1 aus dem CVK. **(2 Personen)**
- **S.I.G.N.A.L. e.V.** - 1 Vertreterin aus dem lokalen Interventionsnetzwerk **(1 Person)**
- **S.I.G.N.A.L. Beauftragte der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten** (Hinweis: 2009 wurde aus den Kapazitäten der zentralen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten Frau Kurmeyer eine 1/2 Stelle für das S.I.G.N.A.L.-Projekt an der Charité initiiert und besetzt)

bzw. ein Mitglied des Interventionsprogramms **Häusliche und sexualisierte Gewalt (HuSG)** an der Charité. **(1 Person)**

- eine MitarbeiterIn aus dem **Charité Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie**, z.Bsp. aus dem Bereich Prävention **(1 Person)**

Aufgrund der verschiedenen Tätigkeitsfelder der Mitglieder sind klinikinterne Strukturen, Arbeitsabläufe sowie Wissen um ärztliche und pflegerische Aufgaben bereits bekannt. Diese können ebenso wie die Infrastruktur im Bereich der Anti-Gewaltarbeit auf „kurzem Weg“ kommuniziert werden.

**Ziel dieser Steuerungsgruppe** ist als Nahziel zunächst die Einführung der Routinebefragung zu Gewalt in der Schwangerschaft, als Fernziel die dauerhafte Implementierung.

Ein Mitglied der Gruppe sollte als **KoordinatorIn** bzw. LeiterIn bestimmt und mit Name, Telefon und E-Mail-Adresse in einer Liste vermerkt werden. Ebenso sollten alle anderen Mitglieder erreichbar sein, weshalb die Erstellung einer Liste aller TeilnehmerInnen mit Name, Arbeitsplatz, Telefon und E-Mail-Adresse ratsam ist. Die Gruppe muss festlegen, ob eine Rotation der KoordinatorIn vorgesehen ist und ob es eine StellvertreterIn geben soll.

Diese Treffen müssen protokolliert werden. Somit ist zu Beginn jeder Sitzung eine SchriftführerIn festzulegen, die auch für den Versand des Protokolls verantwortlich ist.

Die Projektgruppe sollte sich innerhalb von **12 Monaten** im **4-wöchentlichen** Abstand zu ca. 90 minütigen Sitzungen zusammenfinden, um die wesentlichen organisatorischen Aufgaben zu besprechen, umzusetzen, von Fortschritten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung zu berichten, sowie Problemlösungen zu finden. Die **Sitzungstermine** sollten zur besseren Planung an einem **festen Zeitpunkt** stattfinden, bspw. dem letzten Donnerstag im Monat.

Nach den Erfahrungen der Implementierung des S.I.G.N.A.L.-Projektes am Krankenhaus Benjamin Franklin in Berlin-Steglitz wird für die ProjektleiterIn die Einrichtung einer **„KoordinatorInnenstelle auf Vollzeitbasis“** empfohlen (Hellbernd et al 2004, S.I.G.N.A.L.-Handbuch S. 62).

### **Aufgaben:**

- Zustimmung der **Krankenhausleitung** und des **Betriebsrates** einholen
- ggf. Stellen eines Antrages bei der **Ethikkommission** der Charité
- **Akzeptanz** in den jeweiligen Teams schaffen
- **Basisfortbildungen** zum Thema häusliche Gewalt organisieren

## 6 Diskussion

- **Informationsmaterial** für die gewaltbetroffenen Frauen zusammenstellen
- **Beschaffung von Geldern** für dieses Material (Friedrich-Ebert-Stiftung?)
- Ggf. Anfrage beim **BMFSFJ** oder beim **Berliner Senat** stellen für die finanzielle Unterstützung des Projektes
- **Befragungskonzept** erörtern: welcher Stil? Anonym vs. integriert in Anamnese? Papier vs. Computergestützt? Wer ist erster Ansprechpartner? Arzt vs. Pflegepersonal?
- **Beratungskonzept** erstellen: Pro-aktive Beratung (Berater macht ersten Schritt) vs. Aufsuchende Beratung (gewaltbetroffene Frau macht den ersten Schritt)
- finden weiterer **Schlüsselpersonen** zum Aufbau eines internen und externen **Netzwerkes** :
  - Wer ist für die Auswertung des Screenings zuständig? DoktorandInnen? Externe? Wissenschaftliche Begleitforschung für 1 oder 2 Jahre?
  - **Begleitforschung**
    - *extern*: Durch die Erfahrung auf dem Gebiet Intervention, Fortbildung, Begleitforschung und häusliche Gewalt sollte auf S.I.G.N.A.L. e.V. nicht verzichtet werden.
    - *intern*: Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Auswertung nach Beendigung einer Begleitforschung sollten zeitnah Charité-interne Strukturen z.Bsp. aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie in Anspruch genommen werden.
  - externes Netzwerk: Wer wird alles eingeschaltet? S.I.G.N.A.L. e.V. - Hildegard Hellbernd, Karin Wieners? Netzwerk Frauengesundheit Berlin - Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk? BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ? B.I.G.? Frauenhäuser? Regionale Opferschutzambulanz? Unterstützungsnetzwerk häusliche Gewalt – Family Justice Center?
- **Interventionskonzept** für die Charité anhand des S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm erstellen
  - Möchte die Frau Soforthilfe oder hat sie Beratungsbedarf und kann vermittelt werden an ein entsprechendes Interventionsprogramm?
  - Sind Kinder involviert?
  - Supervisionsmöglichkeiten für die MitarbeiterInnen schaffen

Vor der Implementierung einer Routinebefragung an schwangeren Frauen sollte ermittelt werden,

## 6 Diskussion

welcher Bedarf für die Befragung und die Entwicklung eines Interventionsprogramms besteht.

**Bundesweite Erkenntnisse** sind durch das Team um Schröttle/Müller bekannt geworden. Sie fragten unter anderem nach dem Ereignis in dessen Zusammenhang zum ersten Mal häusliche Gewalt aufgetreten ist: 10% beantworteten diese Frage mit *Schwangerschaft* und 20% mit *Geburt des Kindes* (Schröttle/Müller 2004, Langfassung, S. 261,262). In der Sekundäranalyse der „repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland von 2004“ zeigten Schröttle/Ansorge auf, dass sich zum Befragungszeitpunkt 6367 Frauen in einer Beziehung befanden. 2419 dieser Frauen (38,11%) erlebten in der aktuellen Partnerschaft psychische, körperliche und oder sexualisierte Gewalt. (Schröttle/Ansorge 2008, S.19-103).

**Regionale Daten** für Berlin kamen durch die S.I.G.N.A.L.-Befragung von Patientinnen der 1. Hilfe am Campus Benjamin Franklin der Charité Berlin zutage. 109 (13,5%) von den 806 befragten Frauen gaben an, während der Schwangerschaft körperliche Gewalt erlitten zu haben (Hellbernd/Brzank et al. 2004).

Bei meinen Gesprächen mit dem **Personal in den einzelnen Ambulanzen** bestätigten sich die von S.I.G.N.A.L gemachten Erfahrungen: Es wurde nur eine geringe Zahl von gewaltbetroffenen Frauen vermutet. Nur die wenigsten MitarbeiterInnen konnten sich vorstellen, dass diese Frauen darauf angesprochen werden möchten. Zudem bezweifelten die meisten, dass die Frauen bereitwillig von ihren Erfahrungen erzählten.

In der von mir durchgeführten **Bedarfsanalyse in den Ambulanzen der Geburtshilfe** erlebten 34 Frauen (28,81%) der 118 Befragten psychische, körperliche und oder sexualisierte Gewalt in der aktuellen Beziehung und 8 Schwangere (6,78%) in der aktuellen Gravidität bis zum Zeitpunkt der Befragung.

86 (73,5%) der 118 befragten Schwangeren würden eine Routinebefragung befürworten. Unter den Frauen mit häuslicher Gewalt sind es sogar 80,65%.

Die **personelle, materielle und finanzielle Ressourcenanalyse** war nicht Teil der Dissertation und müsste durch die Projektgruppe ermittelt werden.

- Bei Soforthilfe: Wie wird die Frau versorgt: ambulant vs. stationäre Aufnahme? Frauenhaus vs. Zufluchtwohnung? Wer übernimmt die psychosoziale Erstbetreuung der Betroffenen? Wer informiert über rechtliche Möglichkeiten? Ist ein spezieller Schutz oder eine Sicherheitsmaßnahme notwendig? Muss die Polizei eingeschaltet werden? Muss der Partner in ein Täterprogramm überführt werden?

### 6.3.2 Ermittlung von Bedarf und Ressourcen

Welche personellen Ressourcen gibt es? Wären die Teams bereit, an einem Interventionsprojekt mitzuwirken? Die befragten DoktorandInnen eher nicht. Sie brachten dem Projekt wenig Wertschätzung entgegen, da „kein Blut abgenommen“ und nicht „an Zellen geforscht“ wurde. Die MitarbeiterInnen der einzelnen Versorgungseinheiten hingegen respektierten das Projekt. Ähnlich den Ergebnissen der Erstbefragung niedergelassener ÄrztInnen vom Modellprojekt „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“ (MIGG) bemängelte das Personal der Ambulanzen vor allem die fehlende Zeit für eine solche Intervention und die Sorge, „Pandoras Box“ zu öffnen. Einige konnten sich nach entsprechender Fortbildung mit (u.a. Grundlagen in der Gesprächsführung, rechtlicher Basis und Dokumentation) durchaus eine Beteiligung an einem Großprojekt vorstellen. Im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Modellprojektes (2000-2003) wurden bereits 122 MitarbeiterInnen des Pflegebereiches und 213 ÄrztInnen im Klinikum Benjamin Franklin (CBF) in Berlin Steglitz geschult (Hellbernd et al 2004, S.I.G.N.A.L.-Handbuch, Kapitel 2, S.17/18). Die klinikinterne Schließung der Geburtshilfe am CBF im Jahre 2009 läßt diese Ressource für ein Routinescreening zum Großteil versiegen. Wer von den GynäkologInnen bzw. Hebammen an einen anderen Campus rotierte, müßte eruiert werden.

Im Januar 2010 signalisierte Frau Kurmeyer, die zentrale Gleichstellungsbeauftragte, die Bereitschaft zur MitarbeiterInnen-Fortbildung (inklusive Hebammen, Pflegepersonal und ÄrztInnen) zum Thema häusliche Gewalt. Wie weit die Umsetzung bereits fortgeschritten ist, sollte bei ihr als zentrale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Charité erfragt werden.

Zur **Ausgestaltung des externen Netzwerkes** sollten bereits vorhandene Strukturen genutzt werden. Ein Kontakt zur **Infektions- und Suchtambulanz** am Virchow-Klinikum ist empfehlenswert. In Gesprächen mit dem dortigen Personal kam immer wieder die bereits vorhandene Sensibilität für diese Thematik zur Sprache. Auch die Erfahrungen der Arbeitsgruppe um Dr. Saskia Guddat (Rechtsmedizin) und Dagmar Reinemann (Gynäkologie) sollten genutzt werden. Ihre **AG Stuprum** veröffentlichte 2010 ein Pilotprojekt an der Charité zwischen der Rechtsmedizin und der Gynäkologie zu dem Thema „Sexualdelikte“. Ebenfalls nützliche Informationen wird das Interventionsprogramm **Häusliche und sexualisierte Gewalt (HuSG)** liefern. Falls für die Projektsteuerung kein Mitglied dieser Gruppe gewonnen werden konnte, sollte spätestens bei der Netzwerkausgestaltung darauf zurückgegriffen werden (<http://husg.charite.de>).

## 6 Diskussion

Aus den Unterlagen von S.I.G.N.A.L. e.V. ist außerdem zu erfahren, dass es in Berlin viele bereits existierende Hilfsangebote gibt. Folgende Kontaktadressen bzw. Telefonnummern sollten herausgesucht werden (siehe auch Abbildung 6, S 37: Notfallkarte bei Gewalt gegen Frauen):

- Berliner Krisendienst
- BIG-Hotline
- Kinderschutz-Hotline
- Kinder- und Jugendschutz
- den 6 Frauenhäusern mit knapp 300 Plätzen
- 10 Zufluchtswohnungsträgern
- 5 Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung
- 2 Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt
- Beratungsstellen für z. B. behinderte Frauen oder Frauen mit Migrationshintergrund
- staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen bei Gesundheitsämtern und von 14 freien Trägern
- Berliner Zentrum für Gewaltprävention (BzfG) mit ihrem „Trainingsprogramm für Männer mit Neigung zu gewalttätigem Verhalten“. Diese stehen in Kooperation mit Justiz und Justizvollzugsanstalt.

Die **Finanzierung des Projektes** (Materialien, Fortbildungen, Datenauswertung) sowie die KoordinatorInnenstelle auf Vollzeitbasis sollte innerhalb der ersten 6 Monate durch die Projektgruppe geklärt werden. Es könnten Drittmittel angeworben und finanzielle Unterstützung durch die Klinik für Geburtsmedizin oder von der Krankenhausleitung eingefordert werden. Ebenso ist die Finanzierung der Begleitforschung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Siehe 6.3.5., S. 96) oder dem Berliner Senat denkbar.

Laut Implementierungsunterlagen werden für die Entwicklung und die Screeningeinführung Gelder für Materialien, Honorare für die Fortbildungen und Freistellungen der MitarbeiterInnen und Honorare für die Trainer benötigt.

- Festgelegt werden muß, wie viele Personen an den **spezifischen Fortbildungen** im 1. Jahr sowie den darauf folgenden Jahren teilnehmen. Zu berücksichtigen sind dabei alle teilnehmenden Bereiche: leitende ÄrztInnen, ÄrztInnen, leitende Angestellte, Pflegepersonal aus den Ambulanzen, der Rettungsstelle sowie Hebammen. Falls aus anderen Bereichen

## 6 Diskussion

MitarbeiterInnen hinzukommen, sind auch diese zu schulen. Je nach Fortbildungsart, es gäbe interne und externe, fallen unterschiedlich hohe Kosten an: Trainerhonorar, Fortbildungskosten, Reisekosten, ggf. Raummiete, Infomaterial etc.

- Weitere **Personalkosten** setzen sich zusammen aus: der Vollzeitstelle der KoordinatorIn, den Freistellungen für die Teilnahme an der Arbeitsgruppe, den Freistellungen zur Teilnahme an den Fortbildungen, der Freistellung von Führungskräften zur Programmunterstützung, den MitarbeiterInnen der Begleitforschung, Evaluation und Qualitätsbewertung.
- Je nach Anzahl des benötigten Materials fallen Kosten an für: Infomaterial, Photokopien, Notfallkarten, Poster, Dokumentationsbögen, Checklisten, Fragebögen, Digitalkamera inklusive Druck- und Speichermedien, administrativen Materialien für Evaluation, Qualitätssicherung, die Begleitforschung, Anschaffung von Handbüchern, Sets zur Spurensicherung, Untersuchungsmaterialien und ggf. noch anderen Dingen.
- Falls keine vorhandene Interventionsstruktur genutzt werden kann, fallen Kosten für das Büro inklusive Einrichtung, PC, Telefon an. Ferner ist Geld für laufende Betriebskosten wie Strom, Heizung, Telefon, Büromaterial, Papier, Porto etc. notwendig.

### 6.3.4 Screeningprogramm ausgestalten

Die Projektsteuerung muß sich bei der Ausgestaltung sowohl die **Ausgestaltung des Screenings** überlegen als auch die zu beantwortenden **Fragen für die Begleitforschung**.

Die von mir durchgeführte Variante der Befragung ist für die **Ausgestaltung des Screenings** so nicht umsetzbar. Durch ein direktes Ansprechen für die Teilnahme an einer „Umfrage zum Thema: Frauengesundheit in der Schwangerschaft“ sind lediglich 11,8% der angesprochenen 1000 Frauen befragt worden.

Überlegen sollte man sowohl Ort, Zeitpunkt, Art der Durchführung für das Routinescreening und für die Begleitforschung eine Befragung direkt nach der Geburt sowie eine Befragung im Zeitraum bis 12 Wochen post partum.

Nach Sichten der Literatur würde ich in Anlehnung an Johnson/Haider/Ellis/Hay/Lindow (2003) **für die Befragung das folgende Prozedere vorschlagen**, welches der Frau einerseits Anonymität gewährleistet, andererseits im Falle einer gewünschten Intervention aber auch den Austritt aus dieser Anonymität in die Vertraulichkeit des Krankenhauspersonals:

- Jede Schwangere wird vor der entsprechenden Untersuchung durch das Pflegepersonal oder

## 6 Diskussion

eine Hebamme **allein** in einen separaten Untersuchungsraum geführt, ideal wäre das Vorhandensein eines kleinen Vorhanges oder Paravents zur Raumabtrennung. Offiziell werden dort das aktuelle Gewicht, Blutdruck, Auffälligkeiten im Urin bestimmt sowie ggf. Blutwerte kontrolliert. Nach der Gewichts- und Blutdruckmessung wird die Frau in den abgetrennten Bereich des Raumes geführt. Dort stehen ein Stuhl und ein kleiner Tisch.

- Auf dem Tisch liegt ein kurzgefaßtes, laminiertes Aufklärungsblatt über die Hintergründe des Screenings auf häusliche Gewalt, der Fragebogen (anonym, in mehreren Sprachen ausliegend) sowie eine Box, ähnlich einer Wahlurne. Die Frau hat nun die Möglichkeit, selbst zu entscheiden und ein Kreuz zu machen bei „ich möchte den Fragebogen nicht ausfüllen“ oder den Fragebogen ohne Druck auszufüllen und völlig anonym in die Box zu werfen. Erst am Ende des Tages wird die verschlossene Box geleert.
- Aufgrund fehlendem Verbrauchsmaterial und einfacherer Datenauswertung kann sich anstelle eines Fragebogens auf Papier auch für die PC-gestützte Variante entschieden werden. Hierbei sollte allerdings der Datenschutz und die hinreichende Anonymisierung wegen der gespeicherten Uhrzeiten beachtet werden.
- Anschließend füllt die Frau auf dem WC den Urinbecher und hat mittels eines **Kreuzes oder Klebchens**, das auf den Becher angebracht wird, die Möglichkeit, Gesprächsbereitschaft gegenüber dem Pflegepersonal oder der behandelnden ÄrztIn zu signalisieren. Somit wird **jeder Frau freigestellt, sich als gewaltbetroffene Schwangere zu offenbaren oder zu schweigen**. Ein Kreuz könnte stehen für „ich habe Gesprächsbedarf und möchte einen separaten Termin“ und z.Bsp. ein orangefarbenes rundes Klebchen für „ich möchte jetzt ein Gespräch“.
- Idealerweise organisiert das Pflegepersonal dann mittels eines „**Code-Wortes**“ (zum. Beispiel „**im Urin zeigt sich ein 8, 7**“ - 8 für H=häusliche und 7 für G=Gewalt) eine geschulte ÄrztIn aus einer Gesprächsliste des Interventionsprogramms oder vergibt einen neuen Termin für eine „Blut-/Urin-Kontrolle“. Damit wäre im streßigen Universitätsalltag die Weiterführung der Klinikroutine in der Ambulanz möglich und die Selbstbestimmungsrechte der Schwangeren und der ÄrztIn sind berücksichtigt.

In der Vorbereitungsphase auf das Screening wird dementsprechend klinikintern festgelegt, wer an den freiwilligen Fortbildungen zur häuslichen Gewalt teilnimmt. Da auch unter den ÄrztInnen Opfer häuslicher Gewalt sein können, sollte Ihnen die Befragung nicht einfach „übergeholfen“ werden.

## 6 Diskussion

Es wird sicherlich geschehen, dass sich die Frau trotz häuslicher Gewalt nicht zu erkennen geben möchte. Dann gilt, was auch außerhalb von Studien beachtet werden sollte: Hat das Personal eine bestimmte Kompetenz, sollte im Verdachtsmoment nach möglicher Gewalt gefragt bzw. Gesprächsbereitschaft signalisiert werden. *Signalisiert* ist hierbei das Stichwort, um noch einmal auf das Akronym **S.I.G.N.A.L.** hinzuweisen:

- S**etzen Sie ein Signal: Sprechen Sie die Patientin an.
- I**nterview mit konkreten, einfachen Fragen.
- G**ründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen.
- N**otieren und dokumentieren aller Ergebnisse und Antworten.
- A**bklären des aktuellen Schutzbedürfnisses der Patientin.
- L**eitfaden über Hilfsangebote und Notrufnummer geben.

Die Projektsteuerungsgruppe hat weiterhin zu überlegen, ob es ein **prospektives Screening bei ALLEN Schwangeren** wird. Jede Schwangere, die nicht in der Eröffnungs- oder Austreibungsperiode der Geburt ist, inklusive Frauen der Rettungsstelle und Vorstellungen im Kreißsaal oder nur Schwangere aus den Ambulanzen? Oder **retrospektiv**? Werden nur stationär liegende entbundene Frauen über den zurückliegenden Aufenthalt befragt? Oder beides? Eine Befragung in der Gravidität und bei allen Entbundenen – wobei dann zu klären ist, ob die 2-zeitige Befragung nur in der Zeit der Begleitforschung stattfindet oder kontinuierlich?

**Festlegung des Befragungsinstrumentes:** Entscheidet sich die Steuerungsgruppe gegen den von mir genutzten Abuse Assessment Screen (AAS), sind zum leichteren Einarbeiten in dieses Thema unter 4.3. die meisten der gängigen Screeninginstrumente zusammengefaßt.

Für die **Begleitforschung** ist es außerdem empfehlenswert, sich die Kriterien zur Bewertung der Realisierbarkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit eines Screeningverfahrens des britischen National Screening Committee (NHS) anzuschauen (Anlage 10, S. 156) und das Health-Technology-Assessment (HTA) von Gene Feder und Jean Ramsay et al. (2009).

Möglicherweise gelingt durch die Begleitforschung während der Einführungsphase eine Klärung der noch offenen Fragen für die Umsetzung eines solchen Screenings: **Ist ein Screening nach Partnergewalt gegen Frauen gerechtfertigt? Sind die Interventionen nach aufgedeckter häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung effektiv? Welche negativen Auswirkungen kann ein Screening haben? Kann Mortalität und Morbidität durch ein Screening reduziert werden? Ist ein Screening nach Partnergewalt kosten-effektiv?**

### 6.3.5 Screeningprogramm umsetzen

Ab den Zustimmungen des damaligen Dekans Professor Martin Paul im März 1998, benötigte das Team von S.I.G.N.A.L. e.V. 2 Jahre um das Projekt in der 1. Hilfe umzusetzen. (S.I.G.N.A.L.-Handbuch, Kapitel 2 S. 11-21). Die Zustimmung muß von der aktuellen Dekanin Professorin Annette Grüters-Kieslich eingeholt werden.

Für die Einführung des Routinescreenings ist eine 2-jährige Vorbereitungsphase durchaus denkbar. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und geknüpften Beziehungen lassen sich wahrscheinlich einige Prozesse verkürzen.

Die Begleitforschung von März 2000 bis April 2003 wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert. Unter Heranziehen des im September 2007 verabschiedeten "Aktionsplans II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen", des „Implementierungsleitfadens zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen“ und das Berufen auf das erste Klinikum, das ein flächendeckendes Screening einführt, ist eine erneute Bezahlung für die projektbezogene Begleitforschung durchaus denkbar.

Für die Basis-Schulung der MitarbeiterInnen muß je nach Kapazitäten des S.I.G.N.A.L.-Teams und der Anzahl der bereits geschulten MitarbeiterInnen ca. 1 Jahr eingeplant werden.

Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ist während aller Phasen anzustreben, um eine Enttabuisierung zu erreichen.

Erste Schritte im ärztlichen Bereich wurden durch die GMA (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung) gesichert. Im Lernzielkatalog - gültig für ÄrztInnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz - im Themenkomplex *Organsystem übergreifende Fertigkeiten* lautet die ärztliche Fertigkeit von Lernziel 224: „Anamnese und körperliche Untersuchung bei interpersoneller Gewalt durchführen und gerichtsfest “dokumentieren können. Der Katalog ist abrufbar unter: <http://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org>.

### 6.3.6 Kontinuität sichern

Mithilfe der Handlungsempfehlungen der DGGG (DGGG 2009) und den Qualitätsstandards von S.I.G.N.A.L. sollten diese Grundsätze für die Geburtshilfe der Charité angepaßt und Checklisten entwickelt werden.

Durch die Einrichtung des Interventionsprogrammes **Häusliche und sexualisierte Gewalt (HuSG)** zeigte die Kinikleitung bereits Bereitschaft, sich einem solch langfristigen Projekt zu stellen. Wenn

## 6 Diskussion

das Routineverfahren implementiert ist, sollte es auf andere Bereiche (Rettungsstelle, Pädiatrie, Chirurgische und Innere Abteilungen etc.) ausgeweitet werden.

Die Expansion beinhaltet natürlich auch Schulungen von MitarbeiterInnen neuer Bereiche und Schulungen von neuem Personal. Zur Qualitätssicherung wird im Handbuch von S.I.G.N.A.L Wert auf jährliche Fortbildungen gelegt, da bereits nach 6 Monaten Beratungs- und Handlungssicherheit nachlassen (Hellbernd et al 2004, S.I.G.N.A.L.-Handbuch Kap. 5, S. 76).

### **6.4 weiterer Forschungsbedarf**

Im Rahmen einer klinischen Studie sollte der im englischen validierte Fragebogen in deutscher Sprache für ein Screening in der Schwangerschaft als selbstadministrierter Fragebogen validiert werden. Gegebenenfalls sollten für die Einführung eines Screenings in Betracht gezogen werden, direkte Fragen zu allen Gewalttypen und die Folgen in den Screeningfragebogen zu integrieren bzw. in der Begleitforschung zu erfassen .

Ferner sollten in einer klinischen Studie die Auswirkungen der häuslichen Gewalt auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt in Deutschland untersucht werden. Dazu wäre ein engmaschiger Zeitraum mit mehreren Terminen in der Schwangerschaft wünschenswert, bspw. alle 4 Wochen.

Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, um eine Enttabuisierung zu erreichen, ist anzustreben.

## 7 Literaturverzeichnis

- 1 AWMF 2007. S 1 - Leitlinie: Hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen (Diagnostik und Therapie). In: DGGG. RATH, W. A., KOORDINATION), FISCHER, T. M., LANDSHUT SCHRIFTFÜHRUNG). & KLOCKENBUSCH, W. M. (eds.). *abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-018\\_S1\\_Diagnostik\\_und\\_Therapie\\_hypertensiver\\_Schwangerschaftserkrankungen\\_05-2008\\_12-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-018_S1_Diagnostik_und_Therapie_hypertensiver_Schwangerschaftserkrankungen_05-2008_12-2011.pdf)
- 2 AWMF 2008. S2 - Leitlinie Prophylaxe der Neugeborenenensepsis (frühe Form) durch Streptokokken der Gruppe B. *abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/024-020l\\_S2k\\_Neugeborenenensepsis\\_Streptokokken.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-020l_S2k_Neugeborenenensepsis_Streptokokken.pdf): Neonatologie.
- 3 AWMF 2009. S2 – Leitlinie: Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. *abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/016-001l.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/016-001l.pdf): DGPfG.
- 4 AWMF 2011a. S3 – Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnostik, Therapie u. Nachsorge. In: DDG, H., KELLERER, M., MATTHAEI, S., DGGG, H., KREIENBERG, A., AUTOREN:, KLEINWECHTER, H., SCHÄFER-GRAF, U., BÜHRER, C., HOESLI, I., KAINER, F., KAUTZKY-WILLER, A., PAWLOWSKI, B., SCHUNCK, K., SOMVILLE, T. & SORGE, M. (eds.). *abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/057-008l\\_S3\\_Gestationsdiabetes\\_2011-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008l_S3_Gestationsdiabetes_2011-08.pdf).
- 5 AWMF 2011b. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Trauma & Gewalt*. FLATTEN, G., GAST, U., HOFMANN, A., KNAEVELSRUD, C., LAMPE, A., LIEBERMANN, P., MAERCKER, A., REDDEMANN, L. & WÖLLER, W. (eds.). *abgerufen am 15.07.2013* [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-010l\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2012-03.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf)
- 6 BACCHUS, L., MEZEY, G. C. & BEWLEY, S 2004. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *EJOG*. Volume 113, Issue 1, P. 6–11, March 15, 2004
- 7 BALTZER, J., FRIESE, K., GRAF, M. & WOLFF, F. H. 2006. Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe: Das komplette Praxiswissen in einem Band, Stuttgart, *Thieme*. Sonderausgabe, ISBN: 3131442611
- 8 BASILE, K. C., HERTZ, M. F. & BACK, S. E. 2007. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings. *National Center for Injury Prevention and Control* Version 1. Atlanta (GA) ed.: Centers for Disease Control and Prevention.
- 9 BGB-BÜRGERLICHES GESETZBUCH, Titel 5, Wirkungen der Ehe im Allgemeinen § 1356, Absatz 2. *abgerufen 22.07.2013* <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/index.html>.
- 10 BERNER, R. 2003. Infektionen durch Gruppe -B - Streptokokken in der Neonatalperiode. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. April 2003, Volume 151, Issue 4, pp 373-383
- 11 BMGS. 2013. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Lebenslagen in Deutschland. Der 4.Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung., *abgerufen am 03.07.2013*  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/126/1712650.pdf>
- 12 BOWEN, E., HERON, J., WAYLEN, A., WOLKE, D. & ALSPAC, S. T. 2005. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG*, Vol.112 (8), S. 1083-1090.
- 13 BROWN, J. B., LENT, B., SCHMIDT, G. & SAS, G. 2000. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*, Vol.49

## 7 Literaturverzeichnis

- (10), S.896-903.
- 14 BRZANK, P. 2009. (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesundheitliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Vol.52 (3) S.330-338
- 15 BRZANK, P. 2012. Hilfesuchverhalten im Kontext von Partnergewalt gegen Frauen Sekundärdatenanalyse der Repräsentativbefragung 'Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland'. ISBN: 978-3-531-18755-6, Technische Universität Berlin, Datenbank für Dissertationen. *abgerufen am 03.07.2013*  
<http://opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/frontdoor/index/index/docId/2711>
- 16 BRZANK, P. & BLÄTTNER, B. 2010. Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner: Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. Vol.53 (2), S.221-232, *Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, Vol.48 (3), S.337-345.
- 17 BRÜCKNER, M. 1983. Die Liebe der Frauen - über Weiblichkeit und Misshandlung, Frankfurt, Verlag Neue Kritik. Zweitveröffentlichung: Frankfurt (Fischer Taschenbuch Verlag, Reihe: Die Frau in der Gesellschaft), 1. Auflage 1988, 2. Auflage 1990, 3. Auflage 1991, 4. Auflage 1991 ISBN: 359624708X
- 18 CAMPBELL, J., TORRES, S., RYAN, J., KING, C., CAMPBELL, D.W., STALLINGS, R.Y., FUCHS, S.C. 1999; Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology*. 1999 Oct 1;150(7):pages 714-726.
- 19 CASP - Critical Appraisal Skills Programme 2004  
<http://www.casp-uk.net/> abrufen der Cohort Study Checklist vom 31.05.13 am 15.07.2013  
[http://media.wix.com/ugd/dded87\\_36c5c76519f7bf14731ed1985e8e9798.pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_36c5c76519f7bf14731ed1985e8e9798.pdf)  
Licence-Link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>
- 20 CHARITE – JAHRESBERICHT 2009  
[http://www.charite.de/charite/organisation/download\\_links/](http://www.charite.de/charite/organisation/download_links/)  
*abgerufen am 14.02.2011 im Intranet der Charité*  
-QSLQS Berlin , Jahresauswertung 2009, Charité - Universitätsmedizin Berlin , be065g4, CVK und Berlin Gesamt  
-QSLQS Berlin , Jahresauswertung 2009, Charité - Universitätsmedizin Berlin , be065g5, CCM und Berlin Gesamt
- 21 COKER, A. L., POPE, B. O., SMITH, P. H., SANDERSON, M. & HUSSEY, J. R. 2001. Assessment of clinical partner violence screening tools. *J Am Med Womens Assoc*, Vol.56 (1), S.19-23.
- 22 COKKINIDES, V. & COKER, A. 1998. Experiencing physical violence during pregnancy. *Family Community Health*, Vol.20, S.19-37.
- 23 COKKINIDES, V. E., COKER, A. L., SANDERSON, M., ADDY, C. & BETHEA, L. 1999. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol*, Vol.93, 5 Pt 1, S.661-666.
- 24 DGGG - LEITLINIE, 2009. Ärztliche Gesprächsführung, Untersuchung und Nachbetreuung von Frauen nach mutmaßlicher sexueller Gewaltanwendung. *Frauenarzt*, 50 (7), S.622-625.  
*Abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Dokumente/Leitlinien/015-068-S1-Sexuelle-Gewalt-2010.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/015-068-S1-Sexuelle-Gewalt-2010.pdf)
- 25 DGGG- LEITLINIE, 2010. Umgang mit häuslicher Gewalt. S. 4 ff. *abgerufen am 01.11.2010*  
[www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Leitlinien/1-8-4-haeusliche-gewalt.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/1-8-4-haeusliche-gewalt.pdf)

- 26 DUDENHAUSEN, J. 2011. *Praktische Geburtshilfe: mit geburtshilflichen Operationen*, 21. Auflage Berlin, Boston, *de Gruyter*. ISBN: 3110228688
- 27 FEDER, G., RAMSAY, J., DUNNE, D., ROSE, M., ARSENE, C., NORMAN, R., KUNTZE, S., SPENCER, A., BACCHUS, L., HAGUE, G., WARBURTON, A. & TAKET, A. 2009. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*, Vol.13 (16), S.iii-iv, S.xi-xiii, S.1-113, S.137-347.
- 28 FELDHAUS, K. M., KOZIOL-MCLAIN, J., AMSBURY, H. L., NORTON, I. M., LOWENSTEIN, S. R. & ABBOTT, J. T. 1997. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, Vol.277 (17), S.1357-1361.
- 29 FGB 1965-1990. *Familiengesetzbuch der DDR, II. Abschnitt: die eheliche Gemeinschaft*, Verlag Rockstuhl; Auflage: 1. Reprintausgabe 2006/1975(Neu gesetzt) (2. Mai 2006). ISBN: 3938997230  
<http://www.k-p-d-online.de/dokumente/familiengesetzbuch.htm>
- 30 FLUEGGE, K., SIEDLER, A., HEINRICH, B., SCHULTE-MOENTING, J., MOENNIG, M. J., BARTELS, D. B., DAMMANN, O., VON KRIES, R., BERNER, R. & GROUP, G. P. S. U. S. 2006. Incidence and clinical presentation of invasive neonatal group B streptococcal infections in Germany. *Pediatrics*, Vol.117 (6), S.e1139-1145.
- 31 GANLEY, A., FAZIO, J., HYMAN, A., JAMES, L. & RUIZ-CONTRERAS, A. 1998. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer's Manual for Health Care Providers. Langfassung *abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal\\_Health/HealthTrainerManual.pdf](http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal_Health/HealthTrainerManual.pdf) ed.: Family Violence Prevention Fund (Hrsg.). San Francisco, USA.
- 32 GANLEY, A. & WARSHAW, C. 1996. Improving the Health Care Response to Domestic Violence: a resource manual for health care providers. *abgerufen am 15.07.2013*  
<http://www.markwynn.com/wp-content/uploads/Healthcare-Protocol.pdf> ed.: The Family Violence Prevention Fund (Hrsg.). San Francisco, USA.
- 33 GAZMARARIAN, J. A., LAZORICK, S., SPITZ, A. M., BALLARD, T. J., SALTZMAN, L. E. & MARKS, J. S. 1996. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, Vol.275 (24), S.1915-1920.
- 34 G-BA, GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS 2013a. "Mutterschafts-Richtlinien" Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in der Fassung vom 10.Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27.März 1986) zuletzt geändert am 21. März 2013 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 29.05.2013 B5 in Kraft getreten am 1. Juli 2013. *abgerufen am 15.07.2013*  
<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>
- 35 G-BA, GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS 2013b. Mutterschaftsrichtlinien - Historie der Beschlüsse des G-BA 1965 bis heute. In: FAMILIENPLANUNG, K.-. (ed.). *abgerufen am 03.07.2013* <http://www.kbv.de/39319.html>.
- 36 GOERKE, K., STELLER, J. & VALET, A. 2012. *Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe*, 7. Auflage, S.150ff., *Urban und Fischer*. ISBN: 978-3-437-22212-2
- 37 HARRYKISSOON, S. D., RICKERT, V. I. & WIEMANN, C. M. 2002. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Vol.156 (4), S.325-330.
- 38 HEISE, E. A. & CHANGE. 1999. Health Outcomes of Violence Against Women. In: *Population Reports*. PROGRAM, John Hopkins University School of Public Health – Population

## 7 Literaturverzeichnis

- Information Program. Baltimore, Series L, No. 11: 18
- 39 HELLBERND, H. 2004. When the SIGNAL lamp goes on. *Pflege Aktuell*, Vol.58, S.280-283.
- 40 HELLBERND, H. & BRZANK, P. 2006. Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Vol2. S.88 ff.*(HRSG), Kavemann/Kreyssig (Hrsg) ISBN: 3531153773 ed. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- 41 HELLBERND, H., BRZANK, P., MAY, A. & MASCHESKY-SCHNEIDER, U. 2005. The S.I.G.N.A.L.-Intervention Project to combat violence against women. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, Vol.48 (3), S.329-336.
- 42 HELLBERND, H., BRZANK, P., WIENERS, K. & MASCHESKY-SCHNEIDER, U. 2004. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis - Teil A, Wissenschaftlicher Bericht - Teil B. In: BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (ed.). <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt55> Berlin: BMFSFJ.
- 43 HELLBERND, H. & WIENERS, K. 2002. Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich: Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. *Jahrbuch Kritische Medizin*. Hamburg: Argument Verlag.
- 44 HELLBERND, H. & WIENERS, K. 2009. Aufzeichnungen der Basisfortbildung „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“. 22. Juli 2009. ed. Berlin: Signal e.V. / Bundesmodellprojekt MIGG.
- 45 HERMAN, J.L. (2010). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. S 114 ff. *Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 2002, 3. Auflage 2010, first published 1992 Basic Books N.Y. ISBN 978-3-87387-525-8*
- 46 HIRIGOYEN, M.F. 2005. Warum tust du mir das an?: Gewalt in Partnerschaften. S101-106 *Verlag C.H.Beck, 2006, ISBN-10: 3406542158*
- 47 HEYNEN, S. 2000. Vergewaltigt. Die Bedeutung subjektiver Theorien für Bewältigungsprozesse nach einer Vergewaltigung Taschenbuch, S.20 ff. – 7. März 2000 *Verlag: Beltz Juventa; Auflage: 1 (7. März 2000) ISBN-10: 3779914077*
- 48 HUDSON, W. W. & MCINTOSH, S. R. 1981. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of marriage and the family*, Vol.43, S.873-886.
- 49 JOHNSON, J. K., HAIDER, F., ELLIS, K., HAY, D. M. & LINDOW, S. W. 2003. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*, 110, 272-275.
- 50 JUNGNITZ, L. & LENZ, E. 2004. Gewalt gegen Männer in Deutschland - Ergebnisse der Pilotstudie. Berlin: Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte.html> <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publicationen/publikationen,did=20558.html>. (abgerufen: 01.06.2009).
- 51 KAVEMANN, B. 2000. Was lässt sich die Gesellschaft die Gewalt im Geschlechterverhältnis kosten?, Input 2, Aktuell zum Thema sexualisierte Gewalt S.27-46, *Ruhnmark, Mebes & Noack*.
- 52 KAVEMANN, B., HELLBERND, H., BRZANK, P., SCHRÖTTLE, M., RUPP, M., BECKMANN, S., BRANDFAß, U., GLAMMEIER, S., GRIEGER, K., HELFFERICH, C., HEINEMANN, A., HERBERS, K., KATENBRINK, J., RABE, H., PUCHERT, R., SEIFERT, D., KROETSCH, M., LEHMAN, K. & MARK, H. 2008. Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis, *Budrich- Verlag*. ISBN: 3866490542
- 53 KAVEMANN, B., LEOPOLD, B. & SCHIRRMACHER, G. 2001. Wir sind ein Kooperationsmodell, kein Konfrontationsmodell. Ergebnisse der wissenschaftlichen

## 7 Literaturverzeichnis

- Begleitung des Berliner Interventionsprojekts gegen häusliche Gewalt (BIG). In: BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (ed.). Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer. (*Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 193*) ISBN 3-17-017017-1
- 54 KING, H. 1998. Epidemiology of Glucose Intolerance and Gestational Diabetes in Women in Childbearing Age. *Diabetes Care*, Vol.21 (Suppl2), S.B9-B13.
- 55 KRIMINALITÄTSSTATISTIK der Polizei Berlin 2010, S.171  
<http://www.berlin.de/polizei/verschiedenes/polizeiliche-kriminalstatistik/>  
Abgerufen am 15.07.2013  
<http://www.berlin.de/polizei/assets/verschiedenes/pks/pksbln2010.pdf>
- 56 KRUG & DAHLBEER 2002. WHO 2002. Weltbericht: Gewalt und Gesundheit (Zusammenfassung, deutsch 2003). In: WHO (ed.) abgerufen: 01.06.2009. ISBN: 92 4 154562 3 ed.  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf):  
World Health Organisation.
- 57 LACHMANN, R. & SCHLEMBACH, D. 2013. Präeklampsiescreening - Prädiktion und Prävention im 1., 2. und 3. Trimenon. *Frauenarzt*, Vol.54 (4), S.326-331.
- 58 LEITHNER, K., ASSEM-HILGER, E., NADERER, A., UMEK, W. & SPRINGER-KREMSER, M. 2009. Physical, sexual and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Vol.144 (2), S.168-172.
- 59 LLOYD, S. & TALUC, N. 1999. Chicago: The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, Vol.5 (4), S.370–392.
- 60 MARTIN, S. L., MACKIE, L., KUPPER, L. L., BUESCHER, P. A. & MORACCO, K. E. 2001. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA*, Vol.285 (12), S.1581-1584.
- 61 MARTIUS J, KROHN MA, HILLIER SL ET AL. 1988. Relationships of vaginal Lactobacillus species, cervical Chlamydia trachomatis, and bacterial vaginosis to preterm birth. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 89–95
- 62 MARTIUS J, HOYME UB, ROOS R ET AL 2000. Empfehlungen zur Prophylaxe der Neugeborenen Sepsis (frühe Form) durch Streptokokken der Gruppe B. *Frauenarzt* Nr. 41 (2000) S. 689–691
- 63 MCFARLANE, J., PARKER, B. & SOEKEN, K. 1996. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, Vol.25 (4), S.313-320.
- 64 MCFARLANE, J., PARKER, B., SOEKEN, K. & BULLOCK, L. 1992. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, Vol.267 (23), S.3176-3178.
- 65 MEZEY, G. C. & BEWLEY, S. 1997. Domestic violence and pregnancy - Risk is greatest after delivery. *BMJ*, Vol.314 (7090), S.1295.
- 66 MOE, A. M. & Bell, P. M. 2004. Abject economics. The effects of battering and violence on women's work and employability. In: *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings*. PRIVITERA, M. R. (ed.) Sociology Faculty Publications. Paper 5.  
[http://scholarworks.wmich.edu/sociology\\_pubs/5](http://scholarworks.wmich.edu/sociology_pubs/5)
- 67 MURGIA, C., BERRIA, R., MINERBA, L., MALLOCI, B., DANIELE, C., ZEDDA, P., CICCOTTO, G., SULIS, S., MURENU, M., TIDDIA, F., MANAI, M. & MELIS, G. 2006. Gestational Diabetes Mellitus in Sardinia: Results from an early, universal screening procedure. *Diabetes Care*, Vol.29, S.1713-1714.

## 7 Literaturverzeichnis

- 68 NEGGERS, Y., GOLDENBERG, R., CLIVER, S. & HAUTH, J. 2004. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*, Vol.83 (5), S.455-460.
- 69 NHS – UK NATIONAL SCREENING COMMITTEE, Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. *abgerufen 15.07.2009*, zuletzt 03.10.2013 <http://www.screening.nhs.uk/criteria>  
© Crown Copyright 2013: dies ist eine "Open Government Licence" free to copy, publish, distribute and transmit, <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/2/> ed.: UK National Screening Committee. © Crown Copyright.
- 70 NYBERG, E., STIEGLITZ, R. D., FLURY, M. & RIECHER-RÖSSLER, A. 2008. Screening Partnergewalt *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Vol.76 (1):S. 28-33
- 71 NYBERG, E., STIEGLITZ, R. D., FLURY, M. & RIECHER-RÖSSLER, A. 2013. Häusliche Gewalt bei Frauen einer Kriseninterventionspopulation - Formen der Gewalt und Risikofaktoren. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Vol.81 (6), S.331-336.
- 72 OHMS, C. 2004. Broken Rainbow - Gewalt gegen Lesben und häusliche Gewalt in lesbischen Zusammenhängen - Auswertung der Erhebungsbögen der Lesbenberatungsstellen und Lesbentelefone. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (ed.). *abgerufen am 23.07.2013* [http://www.broken-rainbow.de/material/BR\\_Bundeserhebung\\_02\\_04.pdf](http://www.broken-rainbow.de/material/BR_Bundeserhebung_02_04.pdf)
- 73 OHMS, C. & MÜLLER, K. 2004. Macht und Ohnmacht - Gewalt in lesbischen Beziehungen. Berlin: Querverlag.
- 74 PARANJAPE, A. & LIEBSCHUTZ, J. 2003. STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*, Vol.12 (3), S.233-239.
- 75 PARKER, B. & MCFARLANE, J. 1991. Identifying and helping battered pregnant women. *MCN Am J Matern Child Nurs*, Vol.16 (3), S.161-164.
- 76 PERTTU, S., KASELITZ, V. 2004. Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft. Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin. EU-Daphne-Projekt.  
*abgerufen am 14.4.2009* [http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Gewalt\\_an\\_Frauen\\_SF.pdf](http://schwanger-und-gewalt.de/pdf/Gewalt_an_Frauen_SF.pdf)
- 77 RABIN, R. F., JENNINGS, J. M., CAMPBELL, J. C. & BAIR-MERRITT, M. H. 2009. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*, Vol.36 (5), S. 439-445.e4.
- 78 RATH, W. 1998. Das HELLP-Syndrom - eine interdisziplinäre Herausforderung. *Dt Ärztebl*, 95 (Heft 47), A2997-A3002.
- 79 RENKER, P. R. 1999. Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, Vol.28 (4), S. 377-388.
- 80 RODRIGUEZ, M. A., QUIROGA, S. S. & BAUER, H. M. 1996. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med*, 5, 153-158.
- 81 ROSENBERG, M. B. 2012. Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens, Gestalten Sie Ihr Leben, Ihre Beziehungen und Ihre Welt in Übereinstimmung mit Ihren Werten., Paderborn, Junfermann Verlag. ISBN: 3873874547
- 82 RKI – Robert Koch Institut 2008, Gesundheitliche Folgen von Gewalt. GBE, Heft 42. S. 13 ff.  
*abgerufen am 15.07.2013*  
[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?__blob=publicationFile)
- 83 SAGRESTANO, L. M., RODRIGUEZ, A. C., CARROLL, D., BIENIARZ, A., GREENBERG, A., CASTRO, L. & NUWAYHID, B. 2002. A comparison of standardized measures of psychosocial variables with single-item screening measures used in an urban obstetric clinic. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, Vol.31 (2), S.147-155.

- 84 SALTZMAN, L. E., JOHNSON, C. H., GILBERT, B. C. & GOODWIN, M. M. 2003. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Matern Child Health J*, Vol.7 (1), S.31-43.
- 85 SCHRÖTTLE, M. & ANSORGE, N. 2008. Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen: Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (ed.). *abgerufen am 14.04.2009* <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewalt-paarbeziehung-langfassung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- 86 SCHRÖTTLE, M. & KHELAIKAT, N. 2007. Gesundheit – Gewalt – Migration: Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (ed.). *abgerufen am 14.04.2009* <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheits-gewalt-migration-langfassung-studie.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- 87 SCHRÖTTLE, M. & MÜLLER, U. 2004. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, S., FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (ed.). *abgerufen am 14.04.2009* <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen-teil-eins.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- 88 SCHUCHAT, A. 1999. Group B streptococcus. *Lancet*, Vol.353 (9146), S.51-56.
- 89 SHERIN, K. M., SINACORE, J. M., LI, X. Q., ZITTER, R. E. & SHAKIL, A. 1998. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*, Vol.30 (7), S.508-512.
- 90 SPIX, C. & BLETNER, M. 2012. Screening. *Dt Ärztebl*, 109 (21), S.385-390.
- 91 SWANBERG, J., MACKE, C. & LOGAN, T. K. 2007. Working women making it work: intimate partner violence, employment, and workplace support. *J Interpers Violence*, Vol.22 (3), S.292-311.
- 92 UN-GENERALVERSAMMLUNG. 1993. Resolution 48/104 vom 20. Dezember 1993. *abgerufen 14.04.2009:* [http://www.humanrights.ch/upload/pdf/050330\\_erklärung\\_gg\\_gewalt.pdf](http://www.humanrights.ch/upload/pdf/050330_erklärung_gg_gewalt.pdf)
- 93 WALKER, L. E. 1981. *The Battered Woman Syndrome*, William Morrow Paperbacks. Reprint edition (April 30, 1980) ISBN: 0060907428
- 94 WARSHAW, C. 1996. Domestic violence: changing theory, changing practice. *J Am Med Womens Assoc*, 51, 87-91, 100.
- 95 WEISS, S. J., ERNST, A. A., CHAM, E. & NICK, T. G. 2003. Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence Vict*, Vol.18 (2), S.131-141.
- 96 WHO 1996. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. In: *World Health Organization. WHO/EHA/SPI.POA.2*. *abgerufen am 14.04.2009* [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)
- 97 WHO 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines 20.06.2013. *abgerufen: 15.07.2013* In: WHO (ed.). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
- 98 WILSON, J. M. 1968. The evaluation of the worth of early disease detection. *J R Coll Gen Pract*, 16 Suppl 2, S.48-57.
- 99 WILSON, J. M. & JUNGNER, G. 1968. Principles and Practice of Screening for disease. Langfassung *abgerufen am 01.07.2009:* [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf) ,

## 7 Literaturverzeichnis

Public Health Papers Nummer 34.: WHO Chronicle Geneva.

100 WMA 2008. DEKLARATION VON HELSINKI: Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. *abgerufen 14.04.2009*

*In: World Medical Association. WELTÄRZTEBUND (ed.) Verabschiedet von der 18. WMA - Generalversammlung, Juni 1964 Helsinki (Finnland) und revidiert durch die 29. WMA - Generalversammlung, Oktober 1975, Tokio (Japan), 35. WMA-Generalversammlung, Oktober 1983, Venedig (Italien), 41. WMA -Generalversammlung, September 1989, Hong Kong, 48. WMA - Generalversammlung, Oktober 1996, Somerset West (Republik Südafrika), 52. WMA - Generalversammlung, Oktober 2000, Edinburgh (Schottland), 53. WMA - Generalversammlung im Oktober 2002, Washington (Vereinigte Staaten) (ergänzt um einen klarstellenden Kommentar zu Ziffer 29), 55. WMA - Generalversammlung im Oktober 2004, Tokio (Japan), (ergänzt um einen klarstellenden Kommentar zu Ziffer 30), 59. WMA - Generalversammlung im Oktober 2008, Seoul (Korea) ed. Seoul (Korea)*

## 8 Abkürzungsverzeichnis

### 8 Abkürzungsverzeichnis

AAS	Abuse Assessment Screen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
B.I.G. e.V.	Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BVerfG	Senat des Bundesverfassungsgerichts
DAIP	Domestic Abuse Intervention Project
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGPfG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
EOD	Early-Onset-Disease
FGB	Familiengesetzbuch der DDR
GBS	Gruppe B Streptokokken
GDM	Gestationsdiabetes mellitus
GfK	Gewaltfreie Kommunikation
HTA	Heath-Technology-Assessment
HITS	Hurt, Insult, Threaten, and Scream
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
ICSI	intra-cytoplasmic sperm injection, eine Methode der künstlichen Befruchtung.
IVF	in vitro fertilisation, eine Methode der künstlichen Befruchtung.
IPV	intimate partner violence
ISA	Index of Spouse Abuse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LOD	Late-Onset-Disease
NSC	National Screening Comitee (UK)
oGTT	oraler Glukosetoleranztest
OVAT	Ongoing Violence Assessment Tool
PVS	Partner Violence Screen
SSW	Schwangerschaftswoche
STaT	Slapped, Threatened, and Throw
WHO	World Health Organisation /Weltgesundheitsorganisation
WMA	World Medical Assocaition (Weltärztebund)

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: JJ Grandville „Qui aime bien châtie bien“ .....	11
<i>Who loves well, punishes well. Illustration von JJ Grandville`s „Cent Proverbes“ 1845. Quelle: Public domain. Urheberrechte verjährt.</i>	
Abbildung 2: „Mißhandlungszyklus“, nach Leonore Walker, 1979 (modifiziert).....	13
<i>Hellbernd H, MPH; Wieners K, MPH, Aufzeichnungen der Basisfortbildung „Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen“, 22. Juli 2009. Signal e.V.</i>	
Abbildung 3: „Rad der Gewalt: Macht und Kontrolle“, in Anlehnung an Pence /Paymar (1983).....	14
<i>S.I.G.N.A.L. - Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen: das S.I.G.N.A.L.-Programm (S.24)</i>	
Abbildung 4: „Erstmaliger Ausbruch der häuslichen Gewalt“ (Schröttle/Müller 2004).....	26
<i>Schröttle/Müller 2004), Langfassung S. 261,262: Lebensereignisse/Auslöser zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Gewalt in der Paarbeziehung</i>	
Abbildung 5: Notfallkarte bei Gewalt gegen Frauen (Vorderseite).....	37
<i>S.I.G.N.A.L. e.V. H. Hellberndt</i>	
Abbildung 6: Notfallkarte bei Gewalt gegen Frauen (Rückseite).....	37
<i>S.I.G.N.A.L. e.V. H. Hellberndt</i>	
Abbildung 7: Überblick Studienpopulation.....	43
Abbildung 8: Familienstand.....	49
Abbildung 9: Rad der Gewalt „Medical Power and Control“ vom „ Domestic Abuse Intervention Project“ Heise et al. (1999), CHANGE-Projekt.....	78
<i>Abgerufen am 15.07.2013 <a href="http://www.theduluthmodel.org/pdf/PowerandControl.pdf">http://www.theduluthmodel.org/pdf/PowerandControl.pdf</a></i>	
Abbildung 10: Rad der Unterstützung vom „ Domestic Abuse Intervention Project“, veröffentlicht von Heise et al. (1999), CHANGE-Projekt. Übersetzt von K. Wieners und H. Hellbernd.....	80
Abbildung 11: „Rad der Gewalt: Macht und Kontrolle“, Pence /Paymar vom „ Domestic Abuse Intervention Project“ (1983) abgerufen am 15.07.2013 <a href="http://www.theduluthmodel.org/pdf/PowerandControl.pdf">http://www.theduluthmodel.org/pdf/PowerandControl.pdf</a> .....	102

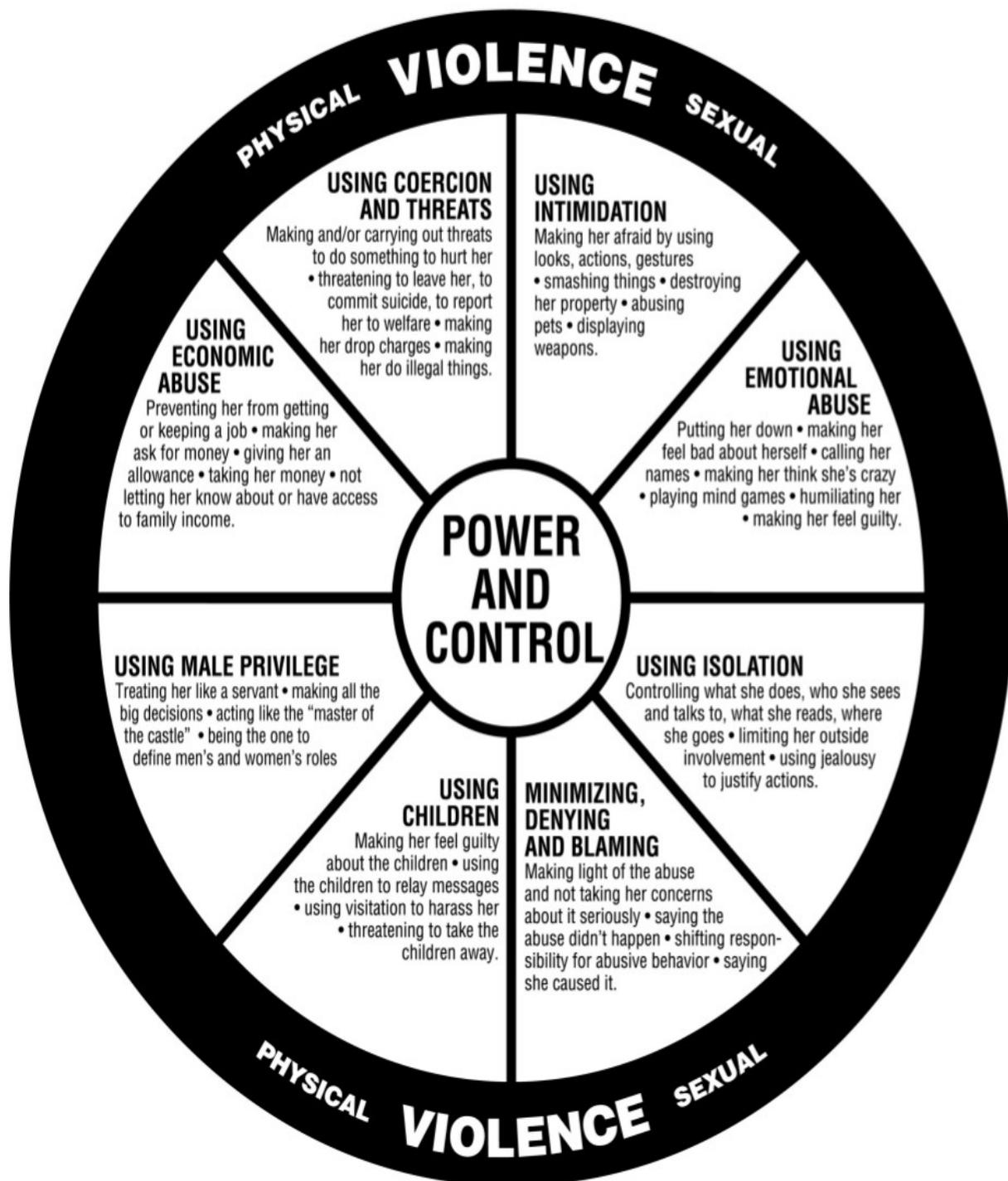


Abbildung 11: „Rad der Gewalt: Macht und Kontrolle“, Pence /Paymar vom „ Domestic Abuse Intervention Project“ (1983)

## 10 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen .....</b>	<b>16</b>
<i>Quelle: Hellbernd, H., Brzank, P., May, A. &amp; Maschewsky-Schneider, U. 2005 ursprünglich von Heise et al, CHANGE 1999) übersetzt und modifiziert von Hellbernd/ Wieners/ Brzank, entnommen aus S.I.G.N.A.L.-Handbuch zur Implementierung von Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt an Frauen: das S.I.G.N.A.L.-Programm (S.28)</i>	
<b>Tabelle 2: Aufstellung der sozioökonomischen Kosten von Gewalt gegen Frauen .....</b>	<b>18,19</b>
<i>Quelle: Brzank, Petra; Dissertation „Hilfesuchverhalten im Kontext von Partnergewalt gegen Frauen Sekundärdatenanalyse der Repräsentativbefragung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ S. 34Ff (Brzank 2009 in Anlehnung an Kavemann 2000)</i>	
<b>Tabelle 3: kleine Übersicht validierter Instrumente für Screening nach häuslicher Gewalt. .</b>	<b>33</b>
<i>Quellen: Basile KC, Hertz MF, Back SE. (2007) (S. 22, 23, 42, 43, 51, 52) Rabin R, Jennings J, Campbell J, Bair-Merritt M (2009) (S.20-24,90, 91, 93) Feder G, Ramsay J (2009) (S. 29-37, 73-77)</i>	
<b>Tabelle 4: Carl Rogers – Aktives Zuhören.....</b>	<b>38</b>
<i>Quellen: entnommen den eigenen Aufzeichnungen aus dem Psychologie Unterricht der Krankenpflegeausbildung am Martin-Luther-Krankenhaus Berlin 1999-2002, keine Original-Quelle auf dem Handout angegeben</i>	
Tabelle 5: Studienpopulation.....	45
Tabelle 6: Deutschkenntnisse.....	47
Tabelle 7: Bildungsabschluss.....	48
Tabelle 8: Mit wie vielen Personen wird zusammengelebt.....	50
Tabelle 9: Screening: Frage 1.....	53
Tabelle 10: Screening: Frage 2.....	53
Tabelle 11: Screening: Frage 2 Detailliert.....	54
Tabelle 12: Screening: Frage 3.1 Gewaltandrohung.....	55
Tabelle 13: Screening: Frage 3.2 grob gepackt gerissen gestoßen gehohlet getreten.....	55
Tabelle 14: Screening: Frage 3.3 andere Form körperlicher Gewalt.....	57
Tabelle 15: Screening: Frage 3.4 zum GV genötigt/gezwungen.....	57
Tabelle 16: Screening: Frage 3.5 zu sexuellen Praktiken genötigt.....	58
Tabelle 17: Screening: Frage 4.1 Gewalt wann: in letzten 12 Monaten.....	58
Tabelle 18: Screening: Frage 4.2 Gewalt wann: in der Schwangerschaft.....	58
Tabelle 19: Screening: Frage 4.3 Gewalt wann: nach der Geburt des Kindes/der Kinder.....	59
Tabelle 20: Screening: Frage 5.1 Gewalt früher: Ex-Partner.....	60
Tabelle 21: Screening: Frage 5.2 Gewalt früher: durch einen andere Person.....	60
Tabelle 22: Screening: Frage 5.2 Detailliert.....	60
Tabelle 23: Screening: Frage 5.3 Gewalt früher: in der Kindheit.....	61
Tabelle 24: Screening: Frage 6 Routinierte Frage nach Gewalt.....	61
Tabelle 25: PP_SSW_Detail.....	64
Tabelle 26: PP_1_2_3.....	64
Tabelle 27: PP_Geburtsmodus.....	65
Tabelle 28: Kreuztabelle Screenig_positiv * Spontanpartus.....	65
Tabelle 29: Geburtsländer der Befragten und ihrer nahen Verwandtschaft (A).....	159
Tabelle 30: Geburtsländer der Befragten und ihrer nahen Verwandtschaft (B).....	160
Tabelle 31: Eigentum/Miete.....	160
Tabelle 32: Wie viele Wohnräume.....	160

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 33: Kreuztabelle Screenig_positiv * Nikotinkonsum.....	161
Tabelle 34: Medikamenteneinnahme.....	161
Tabelle 35: Wievielte Schwangerschaft.....	162
Tabelle 36: Anzahl der Kinder.....	162
Tabelle 37: Planung der Schwangerschaft.....	162
Tabelle 38: Kreuztabelle Screenig_positiv * Grav_geplant.....	162
Tabelle 39: Schwangerschaft erzwungen.....	163
Tabelle 40: Schwangerschaft erwünscht.....	163
Tabelle 41: Kreuztabelle Screenig_positiv * Grav_erwünscht.....	164
Tabelle 42: Aktuelle Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Befragung.....	164
Tabelle 43: Risiken lt. MP 1-26 zum Zeitpunkt der Befragung.....	165
Tabelle 44: Risiken lt. MP 27-52 zum Zeitpunkt der Befragung.....	165

## 11 Anlagen

### Anlage 1: Patientinneninformation



CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Charité | Campus Virchow-Klinikum | Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin  
Charité | Campus Benjamin Franklin | Hindenburgdamm 30 | 12200 Berlin  
Charité | Campus Mitte | Chariteplatz 1 | 10117 Berlin

## Klinik für Geburtsmedizin

Direktor Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen

### Campus Virchow Klinikum

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel.: (030) 450 564 072  
Fax: (030) 450 564 901

### Campus Benjamin Franklin

Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin  
Tel.: (030) 8445 2594  
Fax: (030) 8445 4477  
Unser Zeichen: kow

### Campus Mitte

Chariteplatz 1, 10117 Berlin  
Tel.: (030) 450 564 202  
Fax: (030) 450 564 941

## TEILNEHMERINFORMATION

### Zur Studie: Umfrage zur Frauengesundheit in der Schwangerschaft

**Studienleiterin: Frau Dr. Silke A.M. Michaelis, MRCOG**

**Studienärzte: Frau Anna Dückelmann (CVK), Frau Dr. Gabriele Gossing (CCM), Frau Dr. Silké Michaelis (CBF)**

**Doktorandin: Frau Susen Hönisch (Charité Berlin)**

Die Studie wird an der Klinik für Geburtsmedizin, Universitätsmedizin Charité, Berlin an den Campi Campus Benjamin Franklin, Campus Charité Mitte sowie Campus Virchow Klinikum durchgeführt.

## 11 Anlagen

### Einleitung:

Die Schwangerschaft ist eine besondere Lebensphase im Leben einer Frau. Während dieser Zeit ändert sich der Alltag einer Frau grundlegend. Die schwangere Frau durchlebt an sich selbst eine Entwicklung, und auch das Verhalten der Umgebung ihr gegenüber verändert sich.

Die körperliche und seelische Gesundheit der schwangeren Frau bestimmen wesentlich den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt sowie naturgemäß das Wohlergehen des Kindes.

Zurzeit gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige Informationen über das Befinden von werdenden Müttern während derer Schwangerschaft.

### Ablauf der Teilnahme:

Routinemäßig sollen Schwangere – gegebenenfalls mehrfach - mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden im Laufe der Schwangerschaft befragt werden. Diese Befragung erfolgt im Rahmen eines Vorstellungstermins in den Schwangerenberatungen der drei Campi der Klinik für Geburtsmedizin an der Charité während der Wartezeit oder während der Konsultation von geschulten Studienärztinnen. Mit erfragt werden Daten über soziale Tatsachen (wie Alter, Ausbildung, Herkunft...).

Weiterhin besteht die Möglichkeit, stationär liegende Schwangere zu befragen, sofern sie sich nicht in einer Akutsituation befinden. Es wird darauf geachtet, dass die Befragung in einer ruhigen, angemessenen Umgebung stattfindet.

Nach der Geburt werden der Verlauf der Geburt und das kindliche und mütterliche Befinden erfasst, so dass ein Rückschluss mit den in der Schwangerschaft erhobenen Daten möglich ist.

### Zweck der Studie:

Das Ziel dieser Studie ist es, mehr über die Lebensumstände und das Befinden der Schwangeren zu erfahren, so dass die Mitarbeiter/Innen des Gesundheitswesens letztlich mehr für den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit der schwangeren Frau tun können.

Die routinemäßige Befragung unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens ist ein wichtiger Aspekt der medizinischen Vorsorge für schwangere Mütter und deren Kinder. Die Einführung einer Routinebefragung ist langfristiges Ziel dieser Studie.

### Risiken und Unannehmlichkeiten:

Es entstehen für Sie KEINE Risiken durch die Teilnahme an der Studie. In einer Notsituation oder einer Situation, bei der für Sie erhebliche Risiken bestehen könnten, hat Ihre Sicherheit Vorrang über die Studie.

### Alternative Möglichkeiten:

Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig. Sie können sich gegen eine Teilnahme entscheiden und können selbstverständlich jederzeit von der Studie zurücktreten. Auf Ihren Wunsch brechen wir das Gespräch ab. In keinem Fall werden Ihnen daraus Nachteile erwachsen oder

## 11 Anlagen

Vorteile verloren gehen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie selbstverständlich das Recht haben, ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie abzulehnen, ohne dass hierdurch die ansonsten bei Ihnen als Studienteilnehmerin notwendigen medizinischen Maßnahmen beeinträchtigt werden. Gleiches gilt für den Abbruch der Studienteilnahme und den Widerruf der Einwilligung sowie bei einem Widerspruch gegen die Weiterverarbeitung der Daten. Sie können auch jederzeit der Weiterverarbeitung Ihrer im Rahmen der o. g. Studie erhobenen Daten und/oder weiteren Untersuchungen widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen.

### Datenschutz:

Die gewonnenen Fragebögen werden nummeriert und Ihre Daten pseudonymisiert. Das bedeutet, dass nur die Studienverantwortliche und ihre an der Studie beteiligten Mitarbeiter Zugang zu ihren Daten haben, alle anderen jedoch nicht.

Die Studienverantwortliche behält sich das Entscheidungsrecht vor, die Studienteilnehmerin aus Sicherheitsgründen, Änderung der Maßnahmen und anderen medizinischen Gründen aus der Studie herauszunehmen.

Die Ergebnisse der Studie sind nach heutigem Kenntnisstand weder für Sie noch für Ihr Kind von klinischer Relevanz und haben keine medizinischen Konsequenzen. Die Fragebögen werden 10 Jahre in der Klinik für Geburtsmedizin am CBF in pseudonymisierter Form aufbewahrt, so dass weitere Untersuchungen, welche ALLE zu Untersuchungen der Frauengesundheit in der Schwangerschaft dienen, in Zukunft durchgeführt werden können. Nur die Studienleiterin und ihre Mitarbeiter haben Zugriff auf die Daten und werden die Personenbeziehbarkeit nach Pseudonymisierung sofort löschen. Die Fragebögen werden mit laufenden Nummern versehen, so dass bei der Auswertung und Verarbeitung der Daten KEINE Personenbeziehbarkeit möglich ist.

Durch Ihre Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Studienarzt/-ärztin und seine Mitarbeiter ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der oben genannten Studie erheben und verarbeiten dürfen. Personenbezogene Daten sind z.B. Ihr Name, Geburtsdatum, Ihre Adresse und Daten zu Ihrer Schwangerschaft, zu Ihrer Gesundheit oder Erkrankung, sowie Daten über Ihr Kind (Gesundheit, Erkrankung bei der Geburt, Geburtsgewicht, Schwangerschaftswoche bei der Geburt). Der Studienarzt/-ärztin wird Ihre personenbezogene Daten für Zwecke der Verwaltung und Durchführung der Studie sowie für Zwecke der Forschung und statistischen Auswertung verwerten. Die Daten werden für die Zeit von 30 Jahren gespeichert.

Sie haben das Recht auf Auskunft über alle beim Studienarzt/-ärztin vorhandenen personenbezogenen Daten über Sie. Sie haben auch das Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an Ihren Studienarzt. Die Adresse und Telefonnummer der Studienverantwortlichen finden Sie am Ende dieses Formblatts.

Bitte beachten Sie, dass die Ergebnisse der Studie in der medizinischen Fachliteratur veröffentlicht werden können, wobei jedoch Ihre Identität anonym bleibt.

## 11 Anlagen

### Zum Versicherungsschutz:

Üblicherweise wird keine Versicherung für die Studienteilnehmerin abgeschlossen, lediglich der Studienarzt/-ärztin ist durch die Berufshaftpflichtversicherung gegen Haftansprüche, welche aus seinem schuldhaften Verhalten resultieren können, versichert.

Sie haben als Studienteilnehmerin jederzeit gegenüber dem Studienarzt/-ärztin das Recht, Fragen zu stellen, über alle Angelegenheiten, welche die Studien betreffen. Fragen sind zu richten an die verantwortliche Studienärztin (s. u.).

Ein Honorar bzw. eine Aufwandsentschädigung kann nicht geleistet werden.

### Kontakt:

Frau Dr. S. A. M. Michaelis, MRCOG ([silke.michaelis@charite.de](mailto:silke.michaelis@charite.de)) ist Studienverantwortliche, sie ist stellvertretende Klinikdirektorin an der Klinik für Geburtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin und unter der Telefonnummer 030/8445 64 1360 bzw. 8445 2544 für Sie zu erreichen.

## **Anlage 2: Einwilligungserklärung**

### **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

#### **Zur Studie: Umfrage zur Frauengesundheit in der Schwangerschaft**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname),  
geboren am \_\_\_\_\_, wohnhaft in:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_,

dass ich durch Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_ (Name des Arztes/Ärztin),

Klinik für Geburtsmedizin, Campus CCM/CBF/CVK (zutreffendes bitte unterstreichen) mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/-Studienärztin zu klären.

## 11 Anlagen

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o. g. Studie teilzunehmen.

### **Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung:**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Angaben über meine Gesundheit und über die Gesundheit meines Kindes verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnete und verarbeitet werden und die anonymisierte Studienergebnisse veröffentlicht werden.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versuchsteilnehmerin

Hiermit erkläre ich, die o. g. Versuchsteilnehmerin am \_\_\_\_\_ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o. g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der aufklärenden Studienarztes/  
Studienärztin

### **Anlage 3: Fragebogen intrapartal: soziodemographische Daten und Screening**

**ROUTINEBEFRAGUNG:**

Patientencode 

--	--	--	--	--

  
 Studiennummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl: \_\_\_\_\_

**Alter** (in Jahren) 

--	--

**Staatsangehörigkeit** (Mehrfachangaben möglich):

Deutsch  andere EU \_\_\_\_\_  andere nicht EU \_\_\_\_\_

**Geburtsland:**  Deutsche  andere \_\_\_\_\_

**Geburtsland:**

Ihres Partners?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_  
 Ihres Vaters?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_  
 Ihrer Mutter?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_  
 Ihres Schwiegervaters?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_  
 Ihrer Schwiegermutter?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_  
 Ihrer Kinder?  Deutsche  andere \_\_\_\_\_

**Muttersprache(n):** \_\_\_\_\_

**Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein (1:sehr gut;2:gut;3:mäßig;4:kaum;5:gar nicht?)**

1  2  3  4  5

**Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland?: (in Jahren)** 

--	--

**Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?:**

- Promotion/Habilitation
- Hochschulstudium mit Abschluss
- Fachhochschulstudium mit Abschluss
- Fachschulabschluss
- allgemeine Hochschulreife (Abitur, Gymnasium)
- mittlere Reife (Realschule, Gesamtschule, POS)
- Hauptschulabschluss
- Schule beendet ohne Schulabschluss
- Anderer Abschluss \_\_\_\_\_

**Familienstand:**

- Single, seit \_\_\_\_\_
- in Beziehung lebend /eheähnliche Gemeinschaft, seit \_\_\_\_\_
- verlobt, seit \_\_\_\_\_
- verheiratet, seit \_\_\_\_\_
- getrennt lebend, seit \_\_\_\_\_
- geschieden, seit \_\_\_\_\_
- verwitwet, seit \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**

**10.1 Mit wie vielen Personen leben Sie zusammen?**

**Mit wem?**

- Partner/-in
- Verwandte (Cousin, Eltern, Geschwister etc.)
- Eigene Kinder
- Andere \_\_\_\_\_

**10.2. Wo leben Sie?**

- Eigentumswohnung/eigenes Haus
- Mietswohnung/Mietshaus
- Heim /andere Einrichtung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**10.3 Wie viele Zimmer haben Sie?**

**Beruf / Einkommen in der Familie/Haushalt:**

**Sind Sie berufstätig?**

J  N

**Ist Ihr Partner berufstätig?**

J  N

**Sind andere Mitglieder der Familie berufstätig?**

J  N

**Wenn 11.3. mit ja, Wer? \_\_\_\_\_**

**Haben Sie ein Einkommen?**

J  N

**Art des Einkommens \_\_\_\_\_**

(Bsp. Aus eigenem Einkommen, BAföG, Hartz IV, Unterhalt etc.)

**Angaben zum Allgemeinzustand:**

Rauchen Sie?

J  N

Trinken Sie Alkohol?

J  N

Nehmen Sie andere Substanzen /Drogen ein?

J  N

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

J  N

- Medikament? Dosis? Applikationsform? \_\_\_\_\_

**Angaben zur aktuellen und vorausgegangenen Schwangerschaften:**

Die wievielte Schwangerschaft ist das?

Wie viele eigene Kinder haben Sie?

Alter der Kinder? \_\_\_\_\_

Ist diese Schwangerschaft geplant gewesen?

J  N

Ist diese Schwangerschaft erzwungen worden?

J  N

-wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

Ist diese Schwangerschaft erwünscht?

J  N

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell?

Risiken laut Mutterpass \_\_\_\_\_

(Nr. 1- 26)

Risiken während des Schwangerschaftsverlaufs? \_\_\_\_\_

(Nr. 27 - 52)

**Befragung durchgeführt am \_\_\_\_\_ (Datum)**

**Durchführende/r \_\_\_\_\_**

## 11 Anlagen

### SCREENING-FRAGEBOGEN ZUR ERKENNUNG VON GEWALT IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die folgenden Fragen richten sich an Schwangere

Patientencode \_\_\_\_\_ Studiennummer \_\_\_\_\_  
Voraussichtlicher ET \_\_\_\_\_

#### **Kreisen Sie die Antworten der Befragten ein:**

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

Ja

Nein

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

4. Ja

5. Nein

Hat Ihr Partner

Ja/ Nein

a....b mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)?

a....b Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten?

a....b eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
a....b Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen, a....b Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?

Wann war Ihr Partner gewalttätig?

Ja/Nein

a....b In den letzten 12 Monaten?

a....b In der Schwangerschaft

a....b nach der Geburt des Kindes/der Kinder

Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren?

Ja/ Nein

a.....b durch einem Ex-Partner?

a.....b durch eine andere Person? Wenn ja, wen? \_\_\_\_\_

a.....b in der Kindheit?

Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren durchgeführt werden?

Ja

Nein

Welche Unterstützung / Hilfe würden Sie sich in der jetzigen Situation erwünschen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Befragung durchgeführt am \_\_\_\_\_ (Datum); Durchführender \_\_\_\_\_**

## Anlage 4: Datenerhebungsbogen Geburt

Patientencode: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

Alter

SSW

Gravida \_\_\_ Para \_\_\_

Entbindung (Krankenhaus): \_\_\_\_\_

### Stationäre Aufnahme in Kreißsaal

Aufnahme CTG

unauffällig  keine Angabe

MM-Weite bei Aufnahme

0 -  1 -  2 -  3 -  4 -  5 -  6 -  7 -  8 -  9 -  10

Anzahl der zu gebährenden Kinder

keine Angabe

Wehentätigkeit

min  keine Angabe  
 keine Wehen

Zeitpunkt der regelmäßigen Wehen

unbekannter Beginn  
 regelmäßige Wehen: \_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_\_ um \_\_\_ . \_\_\_ Uhr

Kontinuierliches CTG

keine Angabe  
 ab \_\_\_ cm MM-Weite  
 keine Angabe

Medikation unter der Geburt

keine Angabe  
 keine  
 Wehenmittel  
-Oxytocin (Syntocinon) i.v.  
- \_\_\_\_\_  
 Analgetika  
-Spasmolytica(Spasmex/Buscopan)  
- \_\_\_\_\_  
 Antidiabetica  
-Insulin  
- \_\_\_\_\_  
 Tokolyse  
-Fenoterol-Bolus (P. Intrapartal)  
- \_\_\_\_\_

Eröffnung der Fruchtblase

am  
 keine Angabe  
 durch spontanen BSP,  
 Amniotomie

Fruchtwasser:

klar  
 ohne Vernix  
 keine Angabe

11 Anlagen

med. Geburtseinleitung /med. Cervixreifung  keine Angabe \_\_\_\_\_

Indikation zur Geburtseinleitung \_\_\_\_\_

CTG intern  CTG extern  keine Angabe  
 CTG physiologisch  CTG pathologisch  
 Pulsoxymetrie intrapartal  keine Angabe  
 Fetalblutanalyse (MBU) pH-Wert \_\_\_\_  
Base Exces (mm/l)  keine Angabe

Modus  spontan  operativ  keine Angabe  
 Vakuumextraktion  Forzeps  
 Primäre Sectio  Sekundäre Sektio  
 Indikation zur operativen Entbindung: \_\_\_\_\_

Kindslage  vHHL  hHHL  vVHL  hVHL  
 BEL  QL  keine Angabe

Geburtsverletzung:  Dammriss  keine Angabe  
 Episiotomie: medio-laterale  
 Episiotomie genäht

Dauer der Austreibungsperiode \_\_\_\_\_ min  keine Angabe  
Dauer der aktiven Preßperiode \_\_\_\_\_ min  keine Angabe  
Nabelschnurumschlingungen des Halses \_\_\_\_ NSU  keine Angabe

Komplikationen unter der Geburt  Ja  keine Angabe  
 Nein

CTG pathologisch  
 vorzeitiger Blasensprung  
\_\_\_\_\_

Anästhesien  keine Angabe  
 PDA  
\_\_\_\_\_

Geburt am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_  
Geschlecht  männlich  weiblich  Intersex

Gewicht \_\_\_\_\_ g  
Größe \_\_\_\_ cm  
Kopfumfang \_\_\_\_ cm  
APGAR 1` \_\_\_\_ 5` \_\_\_\_ 10` \_\_\_\_  
regelmäßige Einatmung innerhalb 1 min. ja nein

## 11 Anlagen

NapH \_ , \_ \_

NvpH \_ , \_ \_

Base Excess (mmol/l)

Kontroll pH

Reanimation postpartum ja nein

Augenprophylaxe im KRS nicht durchgeführt, Credé keine Angabe

Vitamin K Prophylaxe im KRS nicht durchgeführt keine Angabe

Mutter

Plazenta vollständig

Plazenta-gewicht (g)

Blutverlust (ml)

Komplikationen in der Plazentatherapie / Geburtsverletzungen

Therapeutische Maßnahmen

Befunde

### **Anlage 5: Befragung postpartum**

## 11 Anlagen

<b>1. Schwangerschaft</b> (siehe Mutterpass S 15.) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> k.A.</span>					
Alter	<input type="text"/>	alleinstehend	<input type="text"/>	deutsch	<input type="text"/>
				andere	_____
Schwangerschaften (mit dieser)	<input type="text"/>	Geburten (mit dieser)	<input type="text"/>	Erst-Untersuchung in SSW	<input type="text"/>
Anzahl der Vorsorge- untersuchungen	<input type="text"/>	vor Entbindung Klinik vorgestellt	<input type="text"/>	stat. Aufenthalt ante partum in Wochen	<input type="text"/>
Nach Katalog A/B (Seite 5/6) dokumentierte wichtige Risikofaktoren:					
_____					
<b>2. Geburt</b>					
<b>2.1. Warum sind Sie ins Krankenhaus/Geburtshaus gegangen bzw. Warum haben Sie sich bei Ihrer Hebamme gemeldet?</b>					<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/>	geplant	<input type="checkbox"/>	Einweisung		
<input type="checkbox"/>	Wöhentätigkeit	<input type="checkbox"/>	Unsicherheit, zur Kontrolle		
<input type="checkbox"/>	Zeichnungsblutung	<input type="checkbox"/>	Terminüberschreitung		
<input type="checkbox"/>	Blasensprung	<input type="checkbox"/>	andere Ursache: _____		
<b>2.2. Gab es Komplikationen am Ende Ihrer Schwangerschaft, weswegen die Schwangerschaft beendet werden mußte?</b>					<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
<b>Wenn ja, könnten Sie bitte nähere Angaben machen?</b>					
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	vorzeitige Wehen		
<input type="checkbox"/>	Blutungen	<input type="checkbox"/>	Eiweiß im Urin		
<input type="checkbox"/>	Blutzuckerentgleisung	<input type="checkbox"/>	“Schwangeschaftsvergiftung” (HELLP)		
<input type="checkbox"/>	CTG-Veränderungen	<input type="checkbox"/>	(Ganzkörper-) Krämpfe (Eklampsie)		
<input type="checkbox"/>	Zervixinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	andere Ursache: _____		
<b>2.3. Wo haben Sie ihr Kind geboren? (Ort, Bsp. Name des Krankenhauses etc.)</b>					<input type="checkbox"/> k.A.
<b>2.4. Gab es dort die Möglichkeit von einer Beleghebamme betreut zu werden?</b>					<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Wenn ja, Haben Sie das in Anspruch genommen?					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung kurz:					
<b>2.5. War jemand aus Ihrem Freundeskreis bei der Geburt anwesend?</b>					<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		
<b>Wenn ja, wer?</b>			<b>Wenn nein, warum nicht?</b>		
Wenn ja, fanden Sie die Anwesenheit hilfreich?					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein		



## 11 Anlagen

<b>2.8. Haben Sie unter der Geburt Medikamente bekommen?</b>		<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>wenn ja:</b>	<b>welche Art:</b>	<b>falls Sie es genauer wissen, bitte ankreuzen</b>
<input type="checkbox"/> Entspannungsmethode	<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Einleitung	<input type="checkbox"/> Zytotec®	<input type="checkbox"/> Vaginaltabletten <input type="checkbox"/> Vaginalgel
<input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente	<input type="checkbox"/> Wehentropf	<input type="checkbox"/> Wehencocktail <input type="checkbox"/> anderes
<input type="checkbox"/> Homöopathisches	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Anthroposophisches	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> _____	
<b>2.9. Wie lange hat die Geburt gedauert?</b>		<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/> Insgesamt _____	<input type="checkbox"/> Eröffnungsphase _____	
	<input type="checkbox"/> Austreibungsphase _____	
	<input type="checkbox"/> Nachgeburtsperiode _____	
<b>2.10. Gab es Komplikationen unter der Geburt bzw nach der Entbindung?</b>		<input type="checkbox"/> k.A.
<input type="checkbox"/> Anämie = zu wenig roter Blutfarbstoff		
<input type="checkbox"/> vermehrte Blutung	<input type="checkbox"/> I. Grad	<input type="checkbox"/> II. Grad <input type="checkbox"/> III. Grad
d.h. Atonie	<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Entfernung der Gebärmutter
<input type="checkbox"/> Kreislaufversagen/Schock		
<input type="checkbox"/> Lösungsstörung des Mutterkuchens		
<input type="checkbox"/> Mutterkuchen nicht vollständig, Nachtasten in Narkose		
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung der Geburtsverletzung		
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung des Kaiserschnittnarbe		
<input type="checkbox"/> Gefäßverschluss (Thrombose)		
<input type="checkbox"/> Stau des Wochenflusses		
<input type="checkbox"/> Milchstau		
<input type="checkbox"/> Entzündung der Brust (Mastitis)		
<input type="checkbox"/> andere: _____		
<b>2.11. Jede Frau hat ihre eigenen Vorstellungen von der Schwangerschaft und Geburt.</b>		
Versuchen Sie bitte Ihre ersten Empfindungen kurz wiederzugeben .		
<b>Wie empfanden Sie Ihre Schwangeschaft?</b>	<input type="checkbox"/> k.A.	
<b>Wie empfanden Sie Ihre Geburt?</b>	<input type="checkbox"/> k.A.	
<b>Was hätten Sie gerne anders gehabt/erlebt?</b>	<input type="checkbox"/> k.A.	

## 11 Anlagen

### 3. Wochenbett

Bitte übertragen Sie die im Mutterpass angegebenen Geburtsdaten (siehe Mutterpass S15.)

<b>3.1.</b>	Wochenbett normal	ja	nein	<input type="checkbox"/> k.A.
	Gyn. Befund normal	ja	nein	
	Hb			
	Blutdruck (RR)			
	Anti D- Prophylaxe	ja	nein	
	Beratung: ausreichend Jod-Zufuhr	ja	nein	
	Besonderheiten: _____			
	Datum: Entlassungsuntersuchung			

#### 3.2. Wie lange waren Sie im Geburtshaus/Krankenhaus?

k.A.

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> Ambulant: _____ Stunden |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag     | <input type="checkbox"/> 5 Tage                  |
| <input type="checkbox"/> 2 Tage    | <input type="checkbox"/> 6 Tage                  |
| <input type="checkbox"/> 3 Tage    | <input type="checkbox"/> 7 Tage                  |
| <input type="checkbox"/> 4 Tage    | <input type="checkbox"/> ____ Tage               |

Bitte übertragen Sie die im Mutterpass angegebenen Geburtsdaten (siehe Mutterpass S16.)

#### 3.3. Zweite Untersuchung (6-8. Woche)

k.A.

Besonderheiten im Wochenbett \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gynäkologischer Befund unauffällig  Ja  Nein Hb \_\_\_\_\_

RR \_\_\_\_\_

Urin 

Z.pos.	E.pos.
--------	--------

 Sediment  o.B

Besonderheiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mutter stillt  hat nicht gestillt  hat abgestillt

	1. Kind	2. Kind (Zwilling)
Kind U3 durchgeführt	ja nein	ja nein
lebt und ist gesund	ja nein	ja nein
ist lt U3 behandlungsbedürftig		
ist verstorben am		

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

#### 3.4. Haben Sie oder Ihr Partner/Partnerin nach der Geburt ein Babyjahr genommen?

- Ja  Nein  k.A.

**Wie lange?**

**warum nicht?**

#### 3.5. Rückbildungsgymnastik (auf Wunsch: Beckenbodenfragebogen)

k.A.

- Ja  Nein

**wann?**

**warum nicht?**

#### 4. Zu Hause: die ersten 12 Wochen

**4.1. Die Eingewöhnungsphase zu Hause ist ganz individuell. Wie lange hat es bei Ihnen gedauert, bis Sie mit Ihrem Kind Ihren eigenen Tagesrhythmus fanden?**

\_\_\_\_\_

k.A.

**4.2. Jede Geburt und jedes Kind ist anders. Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich in Ihrer Mutterrolle mit diesem zurechtfinden?**

\_\_\_\_\_

k.A.

**4.3. Konnten Sie lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen?**

- genauso oft wie früher
- nicht ganz so oft wie früher
- eher weniger als früher
- überhaupt nie

k.A.

**4.4. Gab es vieles, auf das Sie sich freuten?**

- so oft wie früher
- eher weniger als früher
- viel seltener als früher
- fast gar nicht

k.A.

**4.5. Hatten Sie sich unberechtigter Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging?**

- ja, sehr oft
- ja, manchmal
- nicht sehr oft
- nein, nie

k.A.

**4.6. Waren Sie ängstlich und machten sich Sorgen?**

- nein, nie
- ganz selten
- ja, manchmal
- ja, sehr oft

k.A.

**4.7. Fühlten Sie sich verängstigt und fühlten sich panisch ohne Grund?**

- ja, ziemlich oft
- ja, manchmal
- nein, fast nie
- nein, überhaupt nie

k.A.

**4.8. War Ihnen alles zu viel geworden?**

- ja, Sie wußten sich überhaupt nicht zu helfen
- ja, Sie wußten sich manchmal überhaupt nicht zu helfen
- nein, Sie wußten sich meistens zu helfen
- nein, Sie konnten alles so gut wie immer bewältigen

k.A.

**4.9. Sie waren so unglücklich, dass Sie kaum schlafen konnten?**

- ja, fast immer
- ja, manchmal
- nein, nicht so sehr
- nein, nie

k.A.

**4.10. Sie waren traurig und fühlten sich elend?**

- ja, sehr oft
- ja, ziemlich oft
- nein, nicht sehr oft
- nein, nie

k.A.

## 11 Anlagen

<b>4.11. Waren Sie so unglücklich, dass Sie weinen mußten?</b>	<input type="checkbox"/> ja, sehr oft <input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft <input type="checkbox"/> nur manchmal <input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> k.A.
<b>4.12. Hatten Sie den „Baby Blues“ (= die sogenannten Heultage) ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> k.A.
<b>4.13. Hatten Sie gelegentlich den Gedanken sich etwas anzutun?</b>	<input type="checkbox"/> ja, oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> k.A.
<b>4.14. Hatten Sie im Wochenbett eine Wochenbettdepression?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> k.A.
wenn ja, wie wurde diese behandelt?		
_____		
_____		
_____		
<b>5. Zu Hause: das erste Jahr</b>		
<b>5.1. Nach der Geburt ist zu der partnerschaftlichen Beziehung die familiäre Beziehung hinzugekommen. Wie empfanden Sie diese Umstellung?</b>		<input type="checkbox"/> k.A.
<b>5.2. Hat sich durch diese Umstellung ihre Partnerschaft verändert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja <input type="checkbox"/> zum positiven <input type="checkbox"/> zum negativen (bitte Frage 5.3. beantworten)	<input type="checkbox"/> k.A.
können Sie das näher beschreiben?		
_____		
_____		
_____		
<b>5.3. Sind Sie noch mit Ihrem Partner/Partnerin zusammen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> k.A.
<b>Wenn ja, fühlen Sie sich jetzt in Ihrer Partnerschaft gut?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> k.A.
Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich wieder wohl gefühlt haben?		
_____		
<b>Wenn nein, hatten Sie sich von ihrem Partner/Partnerin getrennt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> k.A.
wann?		

## 11 Anlagen

### 6. Bis jetzt

**6.1. Waren Sie seit der Schwangerschaft 2009/Anfang 2010 erneut schwanger?**

Ja  Nein

k.A.

wenn ja, wie oft waren Sie erneut schwanger?

\_\_\_\_\_

k.A.

wenn ja, war(en) diese Schwangerschaft von demselben Partner?

Ja  Nein

k.A.

**6.2. Haben Sie diese neue Schwangerschaft ausgetragen?**

Ja  Nein

k.A.

**6.3. wenn 6.2. mit nein beantwortet, kam es zu einer**

Fehlgeburt  Abtreibung

k.A.

### 7. Sonstiges

**7.1. Möchten Sie die Auswertung ihres Beckenbodenbogens für ihren Frauenarzt oder für Ihre Unterlagen?**

Ja  Nein

k.A.

wenn ja, bitte geben Sie hier ihre E-Mail oder Postadresse an, zu der diese Informationen geschickt werden sollen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.2. Mitte nächsten Jahres sollen die Studiendaten der letzten 2 Jahre (selbstverständlich anonymisiert) veröffentlicht werden.**

**Sind Sie an den Ergebnissen interessiert?**

Ja  Nein

k.A.

wenn ja, bitte geben Sie hier ihre E-Mail oder Postadresse an, zu der diese Informationen geschickt werden sollen

Siehe 7.1.  
 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.3. Haben Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder Anregungen für mich, ich bin für jeden Hinweis dankbar.**

**7.4. Datum**

**Recht herzlichen Dank für Ihre Teilnahme**

## **Anlage 6 Alle Informationen in englischer Sprache**

### **Study- participant ´s Information**

**Study: Survey of Women´s Heath during Pregnancy**

**Study leader: Dr. Silke A.M. Michaelis, MRCOG**

**Study doctors: Ms. Anna Dückelmann (Hospital Charité Virchow, CVK), Dr. Gabriele Gossing (Hospital Charité Mitte, CCM), Dr. Silké Michaelis (Hospital Charité Benjamin Franklin, CBF)**

**Ph.D. Student: Ms. Susen Hönisch (University Charité Berlin)**

This study will take place in the department of obstetrics at the Hospitals Charité Mitte, Hospital Charité Virchow and Hospital Charité Benjamin Franklin

#### **Introduction:**

Pregnancy is a special phase in a woman´ s life. During this time daily routines change dramatically. The pregnant woman herself undergoes a specific development. The behavioural factors in her environment are also changing. The physical and mental health of the pregnant woman determines the course of her pregnancy and birth, as well as the well-being of her child.

Currently there is little information about the physical and mental health of future mothers during pregnancy.

#### **Course of participation:**

As a part of routine care, pregnant women should be asked (if necessary several times) about their health and well-being during their pregnancy with a standardized questionnaire.

This interview should take place when the pregnant woman consults her doctor for antenatal check ups or while waiting for her appointment at a Charité Hospital.

In addition, to a series of the health-related questions, she should also be asked for some social information e.g. age, employment situation, means of income etc.

A part from

during emergencies and in some stressful settings, it is the possible to interview pregnant women when they are on the ward, and not in an acute or distressed situation.

In all interviews it is important the questioner ensures there is a calm and suitable atmosphere.

After the woman has given birth to her baby, there is an evaluation report of the progress of labour and birth and the condition of mother and child. The data from the interview during the pregnancy and the post-partial information will be analyzed retrospectively

#### **Purpose of this study**

The aim of the study is to learn more about the conditions experienced by pregnant women.

With this information the members of the health system may be able to do more to maintain the good

situations and even more to improve difficult cases.

Routine interviews, using standardized questionnaires, could be an important component at antenatal classes for future mothers. To routinely perform this kind of interview for every pregnant woman is one of the long term aims of this study.

### **Risks and annoyance**

No risk should arise from taking part in this interview.

In the case of an emergency or in a situation where a risk could arise, your safety has precedence.

### **Alternative possibilities**

Taking part in this study is voluntary.

You can decide against participation and naturally you are free to withdraw from this study at any time.

At any time you are also free to break any part of the conversation.

There will be no situation where you should feel you are at a disadvantage or where you feel you have lost an advantage.

We also want to emphasise that you have the right to refuse the participation or further participation without giving any

reasons. There will be absolutely no difference in your medical treatment whether you take part in this study or whether you decide not to participate or withdraw part way through the study.

At any time you are free to stop further questions and can demand that your data is deleted.

### **Protection of your particulars / Data privacy protection**

The questionnaires will be numbered and your data will be anonymous

That means only the study leader and her staff will have access to the data, individuals in the study can not be identified.

The doctor with responsibility for this study reserves the right to remove participants for reasons of safety, a change in methodology or for medical reasons.

The results of this study have no clinical relevance and no medical consequence for you and your child. They might provide the basis for changed practise in the future.

The questionnaires will be kept at Hospital Charité Benjamin Franklin in their anonymous form for 10 years, so that any further enquiries related to this study, "Women's health during pregnancy" can be answered.

As mentioned above, only the study leader and her staff have data-access and they will ensure that any personal references are deleted. The

questionnaires are only delineated by running numbers, so there can be NO match between your personal data and

your answers during the analysis.

By signing the declaration of consent, you agree that the study doctor and her staff can evaluate and analyse your completed questionnaire for the purpose of this study.

Normal personal reference data e.g. your name, date of birth, your address and information concerning your pregnancy, your health or illness and data about your child (health, diseases during delivery, weight of birth, week of pregnancy at delivery etc., will be stored in a central database for 30 years and the patient identifiers will be kept confidential. This is for purposes of administration and execution of this study, and also for purpose of checking the method of investigation and statistical analysis.

You have the right to obtain information about all your existing data from the study

## 11 Anlagen

doctors. You naturally also have the right to correct any false personal information. In such cases please contact your study doctors. You can find the address and phone numbers of the study leader at the end of this participant information.

Please be aware that the results of this study may be published in specialist medical journals. However, your identity will always remain anonymous.

### **Insurance protection**

No insurance will be given to study participants.  
The study doctors have job liability insurance,  
for the protection against inappropriate conduct.

At any time you have the right to ask for all information concerning this study.  
Please direct these questions to the study leader whose contact details are given below.

We are not able to pay any fee or compensation for your expenses.

Contact:

Mrs Dr. S. A. M. Michaelis, MRCOG ([silke.michaelis@charite.de](mailto:silke.michaelis@charite.de)) is the study leader  
She is the deputy leader of the Department of Obstetrics at Hospital Charité Benjamin Franklin.

Address:

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30  
122000 Berlin

**Her contact phone numbers are: 030/8445 64 1360 or 030/8445 2544**

---

### **Declaration of consent**

#### **Study: Survey of Women's Health during Pregnancy**

I hereby declare, \_\_\_\_\_ (Surname, First  
name), born at \_\_\_\_\_, living in:

\_\_\_\_\_ participation number \_\_\_\_\_,

that Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ (Name of the doctor/PhD.student), at the  
Department of Obstetrics at the Hospitals Charité, Campus CCM/CBF/CVK (please underline the  
correct Campus) informed me in both an oral and written way about the character, meaning,  
significance and risks of the scientific enquiry within the framework of the study mentioned above.  
I had sufficient opportunity to get answers to all my questions in my discussions with the study  
doctor

I understand the Study Participant's Information and have received a copy together with this  
Declaration of Consent. I understand that at any time I have the right to revoke my consent without  
giving any reasons. I also know there will be no disadvantage for me, in doing that. Furthermore, I  
know I can revoke my consent for the analysis of my data and I can demand this be deleted or

destroyed.

I am ready to take part in this study “Survey of Women’s Health during Pregnancy”

**Declaration of consent for data processing**

**I declare that I agree with the encoding of my data to make it anonymous for the purpose of this study about my health and the health of my child. I agree that the data will be saved in an electronic central database. I also agree that anonymous results of the study can be published**

Berlin,

\_\_\_\_\_  
Participant’s signature

I declare that I \_\_\_\_\_ informed the abovementioned participant in both an oral and written way about the character, meaning, significance and risks of the scientific enquiry. I also gave her a copy of the Study Participant’s Information document.

Berlin,

\_\_\_\_\_  
**Study Doctor’s signature**

---

**ROUTINEBEFRAGUNG/ Routine Background Survey**

Patientencode/ participant’s number

--	--	--	--	--

Studennummer/ Study number:

\_\_\_\_\_

Postleitzahl/ postal code:

\_\_\_\_\_

**Alter/ age** (in Jahren/ years)

**Staatsangehörigkeit / Nationality** (Mehrfachangaben möglich/ multiple choices are possible):

- Deutsch  andere EU \_\_\_\_\_  andere nicht EU \_\_\_\_\_  
*German other country in EU not EU*

**Geburtsland / Country of birth:**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Geburtsland / Country of birth:**

**Ihres Partners / of your Partner**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Ihres Vaters / of your Father**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Ihrer Mutter/ of your Mother**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Ihres Schwiegervaters / of your father-in-law**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Ihrer Schwiegermutter / of your mother-in-law**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

**Ihrer Kinder / of your children**

- Deutschland / Germany  andere / other \_\_\_\_\_

Muttersprache(n) / *mother-tongue* (s): \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? / *How would you describe your German language ability?*

1: sehr gut      2: gut      3: mäßig      4: kaum      5: gar nicht  
 1: *perfect*      2: *good*      3: *moderate*      4: *barely*      5: *no knowledge*

1       2       3       4       5

Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland? (in Jahren)  
*How many years have you lived in Germany?*

--	--

Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?  
*What is your highest educational achievement?*

- Promotion/Habilitation – *doctor/ post doctorate studies*
- Hochschulstudium mit Abschluss - *university degree*
- Fachhochschulstudium mit Abschluss - *university of applied sciences*
- Fachschulabschluss - *technical college*
- allgemeine Hochschulreife (Abitur, Gymnasium) - *A-levels*
- mittlere Reife (Realschule, Gesamtschule, POS) – *O-levels*
- Hauptschulabschluss - *General secondary school*
- Schule beendet ohne Schulabschluss - *finished school without graduating*
- Anderer Abschluss - *other qualification* \_\_\_\_\_

Familienstand/ *marital status*

- Single / *Single*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- in Beziehung lebend/eheähnliche Gemeinschaft –  
*living with someone*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- verlobt / *engaged*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- verheiratet / *married*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- getrennt lebend / *living apart*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- geschieden / *divorced*      seit/ *since* \_\_\_\_\_
- verwitwet / *widowed*      seit/ *since* \_\_\_\_\_

Wohnsituation/ *Living situation:*

10.1 Mit wievielen Personen leben Sie zusammen?

*How many people are living with you?*

--	--

Mit wem? / *With whom?*

- Partner/-in - *partner*
- Verwandte (Cousin, Eltern, Geschwister etc.) / *relatives*
- Eigene Kinder / *own children*
- Andere / *other* \_\_\_\_\_

10.2 Wo leben Sie? / *Where do you live?*

- Eigentumswohnung / eigenes Haus - *freehold house/flat*
- Mietwohnung / Mietshaus – *rented flat*
- Heim / andere Einrichtung - *Hostel /other arrangement*
- Sonstige/ *other* \_\_\_\_\_

10.3 Wie viele Zimmer haben Sie? / *How many rooms do you have?*

11 Beruf / Einkommen in der Familie/Haushalt –  
*Occupation/ income in your family/household:*

11.1 Sind Sie berufstätig? *Are you employed??*

Yes No

Y  N

11.2 Ist Ihr Partner berufstätig? *Is your partner employed?*

Y  N

11.3 Sind andere Mitglieder der Familie berufstätig?

Y  N

*Are there other members of your family in employment?*

Wenn 11.3. mit ja, Wer? *If Yes, who?* \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Einkommen? *Do you have an employment income?*

Y  N

Art des Einkommens / *Kind of employment income* \_\_\_\_\_

Bsp.: Aus eigenem Einkommen, BAföG, Hartz IV, Unterhalt etc.)

E.G.: own income, student loan (BAföG), social welfare, alimony etc.)

12 Angaben zum Allgemeinzustand / *Your general state of health:*

Yes No

12.1 Rauchen Sie? / *Do you smoke?*

Y  N

12.2 Trinken Sie Alkohol, wenn Ja wie viel? / *Do you drink alcohol?*

Y  N

12.3 Nehmen Sie andere Substanzen / Drogen ein? *Do you take illegal drugs?*

Y  N

12.4 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

*Do you take drugs regularly? Over the counter drugs? Which one/(s)?*

Y  N

- Medikament? Dosis? Applikationsform? *Drug, dose rate, form of application* \_\_\_\_\_

13 Angaben zur aktuellen und vorausgegangenen Schwangerschaften

*Data on your actual and earlier pregnancies:*

13.1 Die wievielte Schwangerschaft ist das? *How many times have you been pregnant?*

13.2 Wie viele eigene Kinder haben Sie? *How many children do you have?*

13.3 Alter der Kinder? / *Age of your children?* \_\_\_\_\_

13.4 Ist diese Schwangerschaft geplant gewesen?

Yes No

*Did you plan to get pregnant?*

Y  N

13.5 Ist diese Schwangerschaft erzwungen worden?

*Have you been forced to get pregnant?*

Y  N

-wenn ja, durch wen? *If yes, who did it?* \_\_\_\_\_

13.6 Ist diese Schwangerschaft erwünscht? *Is your pregnancy wanted??*

Y  N

13.7 In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell?

*What is your actual week of pregnancy now?*

13.8 Risiken laut Mutterpass /

*Do you have any risks that have been noted from prenatal and / or natal care*

(Nr. 1- 26)

13.9 Risiken während des Schwangerschaftsverlaufs?

*Do you know of any specific risks to your pregnancy?*

(Nr. 27 - 52)

Befragung durchgeführt am *You were interviewed at* \_\_\_\_\_ (Datum/date)

Durchführende/r/ by \_\_\_\_\_

11 Anlagen

SCREENING-FRAGEBOGEN ZUR ERKENNUNG VON GEWALT IN DER SCHWANGERSCHAFT

Screening questionnaire for identification of violence during pregnancy

Die folgenden Fragen richten sich an Schwangere  
The following questions are targeted to the pregnant woman

Patientencode/ participant's number \_\_\_\_\_  
Studiennummer/Study number \_\_\_\_\_  
Voraussichtlicher ET /date of delivery \_\_\_\_\_

**Kreisen Sie die Antworten der Befragten ein/please encircle the woman's answers:**

Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht?  
Does your partner sometimes behave, that you fear him/her?

Ja - Yes  
Nein - No

Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?  
Does your partner behaves towards you derogative, abasing/ mortifying or supervising?

Ja - Yes  
Nein - No

Hat Ihr Partner/ Does your partner ever...

Ja-Yes/ Nein-No

- a....b mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)?  
Threaten you with something (inclusive a weapon or another item?)
- a....b Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten?  
Grabed you in a rude way, bursted, encountered, slapped or kicked you ?
- a....b eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_ applied force in another way? Which one? \_\_\_\_\_

- a....b Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen,  
coerced, forced or try to force you to do carnal knowledge?
- a....b Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?  
coerced you to do sexual practices, that you do not wanted?

Wann war Ihr Partner gewalttätig? / Did your partner got violent

Ja-Yes/ Nein-No

- a....b In den letzten 12 Monaten?  
In the last 12 month
- a....b In der Schwangerschaft  
during your pregnancy
- a....b nach der Geburt des Kindes/der Kinder  
after delivery?

11 Anlagen

Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren?  
Do had experienced violence before?

Ja-Yes/ Nein-No

a.....b durch einem Ex-Partner?

By an ex-partner?

a.....b durch eine andere Person? Wenn ja, wen? \_\_\_\_\_  
by another person? Whom? \_\_\_\_\_

a.....b in der Kindheit?  
During your childhood

Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren durchgeführt werden?

Do you think there should be an interview toward the topic experiences with violence for every pregnant woman?

Ja - Yes

Nein - No

Welche Unterstützung / Hilfe würden Sie sich in der jetzigen Situation erwünschen?

Which encouragement / help would you like to have at your present situation?

---

---

---

---

**Befragung durchgeführt am/You where ask at \_\_\_\_\_(Datum/date)**

**Durchführende/r / By \_\_\_\_\_**

## **Anlage 7: Alle Informationen in französischer Sprache**

### **INFORMATIONS POUR LES PARTICIPANTES**

#### **POUR L'ÉTUDE: ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES**

**Directrice de l'étude: Mme le Docteur Silke A.M. Michaelis, MRCOG**

**Médecins de l'étude: Mme Anna Dückelmann (CVK), Mme le Docteur Gabriele Gossing (CCM), Mme le Docteur Silke Michaelis (CBF)**

**Candidate au doctorat: Mme Susen Hönisch (Charité Berlin)**

L'étude est menée dans la Clinique Pour l'Obstétrique (Charité Berlin), ainsi qu'au campus Benjamin Franklin, campus Charité Mitte et campus Virchow Klinikum.

#### **Préliminaire**

La grossesse est une phase spéciale dans la vie d'une femme. Pendant cette phase-là, le quotidien est complètement renversé. La femme enceinte vit un développement et le comportement de son entourage change pareillement. Ce qui est important pour le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et par conséquent pour le bien-être de l'enfant, c'est surtout la santé physique et psychique de la femme. Présentement, il n'existent que très peu d'informations sur le bien-être des femmes enceintes pendant la grossesse.

#### **Déroulement**

Des femmes enceintes seront interrogées sur leurs santé et bien-être par l'aide d'un questionnaire standardisé, si nécessaire plusieurs fois. Cette interrogation aura lieu pendant l'attente, ou bien pendant la consultation menée par un des médecins de l'étude spécialisés, lors d'un rendez-vous de présentation dans un des trois centres de la consultation pour la grossesse de la clinique pour l'obstétrique de la Charité. Les faits démographiques, comme âge, education, origine etc., seront rassemblés aussi.

Il se peut aussi que des femmes enceintes seront interrogées qui sont gardées en hospitalisation, pourvu qu'elles soient dans une bonne condition. Il faut faire attention à établir une situation calme et convenable pour l'interrogation. Après la naissance, le déroulement de l'accouchement ainsi que les états de santé de l'enfant et de la femme seront enregistrés pour avoir la possibilité de les comparer avec les données enregistrées pendant la grossesse.

#### **But de l'étude**

Le but de cette étude est tout d'abord d'apprendre plus sur les conditions de vie et le bien-être des femmes enceintes, afin que les collaborateurs dans les services de la salubrité publique puissent conserver mieux et améliorer la santé des femmes enceintes. Interroger routinièrement par l'aide d'un questionnaire standardisé fait partie d'un aspect important de la prévoyance pour des mères futures et leurs enfants. Il est le but à long terme de cette étude d'établir une telle interrogation routinière.

#### **Les risques et les désagréments**

Pour vous, il n'y a aucune risque si vous participez à cette étude. Dans une situation critique, ou

## 11 Anlagen

bien dans une situation où il y a des risques considérables, bien sûr, votre sécurité primera l'étude.

### Les possibilités alternatives

Bien sûr, votre participation à cette étude est parfaitement facultative et vous pouvez vous résoudre à ne pas participer, ainsi qu'abandonner l'étude avant la fin. À votre demande, nous arrêterons l'interrogation à l'instant, cela ne se fera pas à votre détriment, bien entendu. Nous faisons remarquer que vous avez le droit de refuser de participer à cette étude sans indication des motifs. Votre décision n'influera pas du tout sur votre traitement médical. Cela s'applique pareillement si vous vous résoudriez à quitter l'étude, ou si vous retirez l'accord pour l'utilisation des données, tout cela n'influera pas le traitement médical, bien entendu. Vous avez aussi la faculté de retirer l'accord pour l'utilisation des données enregistrées pendant l'étude à tout moment et de refuser chaque enquête future, et vous pouvez réclamer l'effacement des données enregistrées.

### La protection des données

Les questionnaires remplis seront numérotés et vos données seront rendues anonymes. Par conséquent, seulement la personne qui est responsable de l'étude aura accès à vos données, et personne d'autre. Cette personne se réserve le droit de décider si une participante sera exclue de l'étude pour des raisons de sécurité, des raisons médicales ou par conséquence d'une modification des mesures ou paramètres de l'étude.

Par rang des connaissances dernières, les résultats de l'étude n'ont pas de pertinence clinique, ni pour vous ni pour votre enfant et n'auront pas de conséquences médicales. Dans leur forme anonyme, les questionnaires seront conservés pour 10 ans dans la Clinique pour Obstétrique au CBF, en sorte que des recherches ultérieures, qui serviront toutes à l'exploration de la santé des femmes enceintes, peuvent être effectuées. Seulement la directrice de l'étude et ses collaborateurs auront accès aux données et vont effacer tout de suite la possibilité d'attribuer des personnes à des données anonymes. Les questionnaires seront numérotés afin d'empêcher que des personnes réelles peuvent être attribuées à des données.

Par votre signature, vous vous déclarez d'accord, que le médecin de l'étude et ses collaborateurs peuvent enregistrer et traiter vos données pour l'étude précitée. Des données relatives aux personnes sont: votre nom, date de naissance, adresse, des données sur votre grossesse, santé ou vos maladies, ainsi que les données sur votre enfant (santé, maladies de naissance, poids de naissance, semaine de la grossesse de la naissance). Le médecin de l'étude traitera vos données personnelles pour des raisons administratives et pour l'analyse statistique. Les données seront conservées pour 30 ans.

Vous avez le droit du renseignement sur toutes données relatives à votre personne. Vous pouvez aussi réclamer que des données incorrectes seront corrigées. Dans ce cas, veuillez contacter votre médecin de l'étude. Vous trouverez l'adresse et le numéro de téléphone de la personne responsable à la fin de ce formulaire.

Prenez en considération que les résultats de l'étude peuvent être publiés dans la littérature spécialisée médicale, sans mentionner ou utiliser des données relatives aux personnes, bien entendu.

## 11 Anlagen

### Couverture d'assurance

Il n'est pas habituel de contracter une assurance pour les participantes. Seulement le médecin de l'étude, avec son assurance de responsabilité civile que chaque médecin doit avoir, est assuré contre toute réclamation qui résulte de sa culpabilité.

Vous, étant participante, avez le droit de poser toute question au médecin de l'étude qui traite n'importe quel aspect de l'étude. Dans ce cas-là, veuillez contacter le médecin qui est responsable (cf ci-dessous).

Il n'est pas possible de payer une compensation pour vos dépenses ou de verser des honoraires.

### Contact:

Mme le Docteur S. A. M. Michaelis, MRCOG (silke.michaelis@charité.de) est la directrice de l'étude, elle est la directrice adjointe de la clinique obstétrique de la Charité/Médecine universitaire: Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30  
12200 Berlin

joignable au téléphone sous 030/8445 64 1360 et 030/8445 2544.

---

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Par la présente, moi, \_\_\_\_\_(nom, prénom), née le \_\_\_\_\_, habitant \_\_\_\_\_ avec le numéro de patiente \_\_\_\_\_, déclare que j'ai été informée à l'orale et à l'écrit par M./Mme. \_\_\_\_\_ (nom du médecin/candidat), Klinik für Geburtsmedizin/Campus CCM/CBF/CVK (entourez ce qui est exact), du contenu, du sens, de la portée et des risques des recherches qui s'effectueront lors de l'étude mentionnée ci-dessus. J'ai eu la possibilité suffisante de poser des questions dans un entretien avec le médecin de l'étude.

En particulier, j'ai compris les informations présentes pour le patient et j'ai reçu un exemplaire de ces informations ainsi qu'une copie du formulaire de consentement. Je me rends compte que je peux retirer mon consentement à tout moment sans justification et sans conséquences négatives pour moi ou mon enfant, et je peux réclamer à tout moment que mes données soient effacées et qu'elles ne soient plus utilisées.

Je suis disposée à participer à l'étude mentionnée ci-dessus.

### Consentement à la protection des données

Par la présente, j'autorise les responsables de l'étude mentionnée ci-dessus à enregistrer électroniquement les données rassemblées sur ma santé et la santé de mon enfant de manière cryptographique et pseudonyme. J'autorise les responsables de l'étude mentionnée ci-dessus à analyser et traiter ces données et à publier les résultats de l'étude, si ces résultats sont rendues anonymes.

## 11 Anlagen

Berlin, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(signature de la patiente)

Je déclare que j'ai instruit la patiente mentionnée ci-dessus le \_\_\_\_\_ du sens, de la portée et des risques de l'étude mentionnée ci-dessus, non seulement à l'orale mais aussi par écrit. Je lui ai rendu une copie des informations ainsi qu'une copie du formulaire de consentement.

Berlin, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin qui a donné  
l'instruction)

### ROUTINEBEFRAGUNG/ Questionnaire routinière:

Patientencode/ Code de patiente

--	--	--	--	--

Studiennummer/ code de l'étude

\_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Code postale

\_\_\_\_\_

Alter/ Âge (in Jahren/ ans)

--	--

Staatsangehörigkeit / Nationalité (Mehrfachangaben möglich/plusieurs réponses possibles):

- Deutsch  andere EU \_\_\_\_\_  andere nicht EU \_\_\_\_\_  
*Allemande autre UE) autre, non-UE*

Geburtsland / Votre pays de naissance:

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Geburtsland / Pays de naissance:

Ihres Partners / De votre partenaire

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Ihres Vaters / De votre père?

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Ihrer Mutter/ De votre mère?

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Ihres Schwiegervaters / De votre beau-père?

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Ihrer Schwiegermutter / De votre belle-mère?

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Ihrer Kinder / De vos enfants?

- Deutschland / Allemagne  andere / autre \_\_\_\_\_

Muttersprache(n) / Langue(s) maternelle(s): \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?/ Veuillez évaluer vos connaissances d'Allemand?

1: sehr gut      2: gut      3: mäßig      4: kaum      5: gar nicht

1: excellent      2: bien      3: modéré      4: à peine      5: aucunes

1       2       3       4       5

Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland? (in Jahren)

--	--

*Depuis quand habitez-vous en Allemagne?*

**Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?**

**Quel niveau d'études avez-vous obtenu?**

- Promotion/Habilitation – *doctorat/habilitation*
- Hochschulstudium mit Abschluss - *diplôme d'études supérieures*
- Fachhochschulstudium mit Abschluss - *diplôme d'études dans un IUT*
- Fachschulabschluss - *diplôme d'une école professionnelle*
- allgemeine Hochschulreife (Abitur, Gymnasium) - *baccalauréat*
- mittlere Reife (Realschule, Gesamtschule, POS) – *brevet*
- Hauptschulabschluss –
- Schule beendet ohne Schulabschluss - *Okulu diplôme de fin d'études*
- Anderer Abschluss - *autre* \_\_\_\_\_

**Familienstand/ État civil**

- Single / *célibataire* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- in Beziehung lebend/eheähnliche Gemeinschaft –  
*en relation/PACS* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- verlobt / *fiancée* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- verheiratet / *mariée* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- getrennt lebend / *vivant disjointe* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- geschieden / *divorcée* seit/ depuis \_\_\_\_\_
- verwitwet / *veuve* seit/ depuis \_\_\_\_\_

**Wohnsituation/ Conditions de logement:**

**10.1 Mit wievielen Personen leben Sie zusammen?**

--	--

*Avec combien de personnes cohabitez-vous?*

**Mit wem? / à qui?**

- Partner/-in - *partenaire*
- Verwandte (Cousin, Eltern, Geschwister etc.)  
*/ parents (cousin, parents, frères et soeurs, etc)*
- Eigene Kinder / *enfants propres*
- Andere / *autres* \_\_\_\_\_

**10.2. Wo leben Sie?/ Où habitez-vous?**

- Eigentumswohnung / eigenes Haus - *logement en copropriété/maison individuelle*
- Mietwohnung / Mietshaus - *appartement loué*
- Heim / andere Einrichtung - *dans un foyer/établissement*
- Sonstige/ *autres* \_\_\_\_\_

**10.3 Wie viele Zimmer haben Sie? / Combien chambre vous avez?**

--	--

**Beruf / Einkommen in der Familie/Haushalt – profession/ revenu**

**Oui Non**

**Sind Sie berufstätig? Travaillez-vous?**

J	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

**Ist Ihr Partner berufstätig? Est-ce que votre partenaire travaille?**

J	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

**Sind andere Mitglieder der Familie berufstätig?**

J	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

*Est-ce que d'autres membres de la famille travaillent?*

## 11 Anlagen

Wenn 11.3. mit ja, Wer? *Qui?* \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Einkommen? *Vous avez revenu?*

J  N

Art des Einkommens / *genre revenu* \_\_\_\_\_

Bsp.: Aus eigenem Einkommen, BAföG, Hartz IV, Unterhalt etc.)

Örnek: *revenu, ? (BAföG), aide sociale, entretien et cetera.*

Angaben zum Allgemeinzustand / *Données générales*

Oui Non

Rauchen Sie? / *Fumez-vous?*

J  N

Trinken Sie Alkohol? / *Buvez-vous de l'acool?*

J  N

Nehmen Sie andere Substanzen / Drogen ein?

*Est-ce que vous droquez?*

J  N

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

*Prenez-vous des médicaments régulièrement?*

J  N

- Medikament? Dosis? Applikationsform?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zur aktuellen und vorausgegangenen Schwangerschaften

*Données sur la grossesse actuelle*

Die wievielte Schwangerschaft ist das? *Il s'agit de votre 1ère/2ème/3ème/...  
grossesse?*

Wie viele eigene Kinder haben Sie? *Kaç çocuğunuz var?*

Alter der Kinder? / *Çocuklarınız kaç yaşındalar?* \_\_\_\_\_

Ist diese Schwangerschaft geplant gewesen?

*Votre grossesse, as-t-elle été envisagée*

Oui Non

J  N

Ist diese Schwangerschaft erzwungen worden?

*Est-elle force?*

J  N

-wenn ja, durch wen? *Par qui?* \_\_\_\_\_

13.6 Ist diese Schwangerschaft erwünscht? *Est-elle désirée?*

J  N

13.7 In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell?

*Vous êtes dans quelle semaine de la grossesse actuellement?*

13.8 Risiken laut Mutterpass / *Risques selon carnet de grossesse*

(Nr. 1- 26)

13.9 Risiken während des Schwangerschaftsverlaufs? / *Risques pendant la grossesse*

(Nr. 27 - 52)

Befragung durchgeführt am/ *Questionnaire rempli le* \_\_\_\_\_ (Datum)

Durchführende/r / *par* \_\_\_\_\_

## 11 Anlagen

### SCREENING-FRAGEBOGEN ZUR ERKENNUNG VON GEWALT IN DER SCHWANGERSCHAFT - *Questionnaire pour l'identification de la violence pendant la grossesse*

Die folgenden Fragen richten sich an Schwangere  
*Les questions suivantes s'adressent aux femmes enceintes.*

Patientencode/ *Code de patiente* \_\_\_\_\_  
Studiennummer/ *code de l'étude* \_\_\_\_\_  
Voraussichtlicher ET / *Date d'accouchement prévu* \_\_\_\_\_

#### **Kreisen Sie die Antworten der Befragten ein/ *Marquer la réponse de la personne interrogée:***

Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht?  
*Est-ce que votre partenaire se comporte d'une manière que vous fait peur de temps en temps?*  
Ja - *Oui*  
Nein - *Non*

Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?  
*Est-ce que votre partenaire se comporte envers vous d'une manière dénigrante, humiliante ou contrôlante?*

Ja - *Oui*  
Nein - *Non*

Hat Ihr Partner/ *Est-ce que votre partenaire:*

Ja- *Oui* / Nein- *Non*

- a....b mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)?  
*...vous a menacé de violence (y compris des menaces avec une arme/ un autre objet)?*
- a....b Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, gehohlet oder getreten?  
*...vous a touché rudement, giflé ou piétiné?*
- a....b eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
*...a utilisé une autre forme de la force? Laquelle?*
- a....b Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen,  
*...vous a obligé/essayé de vous obliger au rapport sexuel?*
- a....b Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?  
*...vous a obligé aux pratiques sexuelles que vous ne voulez pas?*

## 11 Anlagen

Wann war Ihr Partner gewalttätig ?

*Votre partenaire, quand a-t-il été violent? quand a-t-elle été violente?*

Ja- *Oui* / Nein- *Non*

a....b In den letzten 12 Monaten?

*pendant les derniers 12 mois*

a....b In der Schwangerschaft

*pendant la grossesse*

a....b nach der Geburt des Kindes/der Kinder

*après la naissance du/des enfant(s)*

Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren?

*Avez-vous déjà subi de la violence auparavant?*

Ja- *Oui* / Nein- *Non*

a.....b durch einem Ex-Partner?

*par un ex-partenaire?*

a.....b durch eine andere Person? Wenn ja, wen? \_\_\_\_\_

*par une autre personne? Si oui, quelle personne?*

a.....b in der Kindheit?

*pendant votre enfance^*

Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren durchgeführt werden?

*À votre avis, est-ce qu'on devrait faire de tels interrogations routinières, qui ont comme sujet les expériences de violence, avec toutes les femmes enceintes?*

Ja - *Oui*

Nein - *Non*

Welche Unterstützung / Hilfe würden Sie sich in der jetzigen Situation erwünschen?

*Dans votre situation actuelle, quelle aide ou quel soutien est-ce qu'il vous faut?*

---

---

---

---

---

**Befragung durchgeführt am/ Questionnaire rempli le \_\_\_\_\_ (Datum)**

**Durchführende/r / par \_\_\_\_\_**

## **Anlage 8: Alle Informationen in türkischer Sprache**

### **KATILIMCI BİLGİLERİ**

**Araştırma konusu: Hamilelik döneminde kadın sağlığı konulu anket çalışması**

**Araştırma yöneticisi: Dr. Silke A.M. Michaelis, MRCOG**

**Araştırma kapsamında çalışan doktorlar: Dr. Anna Dückelmann (CVK), Dr. Gabriele Gossing (CCM), Dr. Silké Michaelis (CBF)**

**Doktora öğrencisi: Susen Hönisch (Charité Berlin)**

Bu çalışma, Berlin Charité Tıp Fakültesi'nin, Benjamin Franklin, Charité Mitte ve Virchow Klinikum kampüslerinde bulunan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmektedir.

#### Giriş:

Hamilelik bir kadının yaşamındaki en özel dönemlerden biridir. Hamilelik döneminde kadınların gündelik yaşamlarında oldukça belirleyici temel değişimler görülür. Bu dönemde hamile kadınlar bu belirgin değişimi bizzat yaşarken, çevrenin onlara karşı davranışlarında da değişiklikler gözlemlenir.

Hamile bir kadının bedensel ve ruhsal sağlığı, hamilelik sürecini, doğumu ve doğum sonrasında çocuğun sağlıklı olarak gelişimini bariz bir şekilde etkiler.

Günümüzde, Almanca konuşulan ülkelerde, anneliğe geçiş aşamasındaki kadınların hamilelik dönemlerindeki sağlık durumlarıyla ilgili elimizde pek az bilgi bulunuyor.

#### Katılım süreci:

Bu çalışmada hamile kadınlara rutin bir şekilde, standart bir anket aracılığıyla -bir veya birkaç defaya mahsus olmak üzere- hamilelik dönemindeki sağlık durumlarıyla ilgili sorular sorulmaktadır. Söz konusu anket çalışması, Charité'ye bağlı üç ayrı kampüste bulunan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin hamile kadınlara yönelik danışmanlık hizmetleri kapsamında öngörülen bir görüşme esnasında gerçekleştirilmektedir. Bu görüşmeler, ilgili doktorların çalışma ve danışmanlık saatlerinde yürütülmektedir. Anket kapsamında; yaş, eğitim/öğrenim durumu ve köken gibi sosyal olgularla ilgili sorular sorulmaktadır.

Ayrıca, hastanede doktor gözetimi altında bulunan hamile kadınlar da -akut bir sağlık sorunları olmadığı sürece- anket çalışmasına katılabilmektedirler. Bu gibi durumlarda anket çalışmasının sakin ve uygun bir ortamda yürütülmesine dikkat edilmektedir.

Doğum sonrasında, hamilelik sırasında ortaya çıkan verilerden gerekli sonuçların ortaya çıkarılabilmesi amacıyla doğum süreci ve anne ile çocuğun sağlık durumlarıyla ilgili bilgiler kaydedilecektir.

## 11 Anlagen

### Çalışmanın amacı:

Bu çalışma, sağlık sektörü çalışanlarının hamilelik yaşayan kadınların sağlıklarını korumalarına veya iyileşmelerine yardımcı olabilmeleri için onların yaşam koşullarına ve sağlık durumlarına dair daha fazla bilgi edinmelerini amaçlamaktadır.

Bu anlamda, standart bir anket aracılığıyla rutin olarak sorulan sorular, gerek anneliğe hazırlanan hamile kadınlar için, gerekse doğacak olan çocuklar için gerekli tıbbi tedbirlerin alınmasında önemli bir bakış açısı oluşturmaktadır. Çalışmanın uzun vadeli amacı ise rutin bir anket çalışmasının uygulamaya konulmasıdır.

### Risk ve rahatsızlıklar:

Bu çalışmaya katılmanız sizin için hiçbir risk oluşturmayacaktır. Acil veya sizin için önemli ölçüde risk oluşturabilecek olası bir durumda güvenliğiniz elbette öncelikli olarak değerlendirilecektir.

### Alternatif olanaklar:

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmayı reddedebilir ve dilediğiniz zaman çalışmadan geri çekilebilirsiniz. İsteddiğiniz takdirde görüşmeler kesilecektir. Bu durum nedeniyle sizin için hiçbir şekilde bir dezavantaj oluşmayacak veya olası avantajlar kaybedilmeyecektir. Çalışmaya katılmayı, herhangi bir sebep belirtmeksizin reddetme hakkınızın bulunduğunu ve katılımcı olarak sizin için sağlanmış olan tıbbi tedbirlerin aksatılmadan devam ettirileceğini belirtmek istiyoruz. Aynı durum, çalışmaya katılımın kesilmesi, verilen onayın iptali ve toplanan verilerin kullanılmasına karşı itiraz durumlarında da geçerlidir. Yukarıda adı geçen çalışma çerçevesinde sizinle ilgili elde edilen veri ve/veya inceleme sonuçlarının kullanılmasına dilediğiniz zaman itiraz edebilir; silinmelerini veya imha edilmelerini talep edebilirsiniz.

### Verilerin korunması:

Elde edilen anket formları numaralandırılıp size ait veriler takma isimlerle kaydedilecektir. Bu, sadece proje sorumlularının ve projede aktif olarak çalışan personelin sizin verilerinize ulaşabileceği ve başka hiçkimsenin böyle bir yetkisi bulunmadığı anlamına geliyor.

Araştırma yöneticisi, güvenlik, tedbirlerde değişiklik ve diğer tıbbi nedenler gibi gerekçelerle herhangi bir katılımcıyı çalışmadan çıkarmaya karar verme yetkisine sahiptir.

Söz konusu çalışmanın sonuçları, bugünkü bilgi düzeyi açısından sizin için de, çocuğunuz için de klinik bir önem taşımamakta ve tıbbi bir sonuç ifade etmemektedir. Anket formları, hamilelik döneminde kadın sağlığı konusunda yapılacak tüm çalışmalar için ileride değerlendirilmek üzere, Benjamin Franklin Kampüsü'nde bulunan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği arşivinde, takma isimlerle isimlendirilerek 10 yıl boyunca korunacaktır. Sadece araştırma yöneticisi ve ona bağlı olarak çalışan personel bu verilere ulaşabilecek ve verileri takma isimlerle arşivleyerek, kişilere ait özel bilgilere ulaşması olasılığını ortadan kaldıracaklardır. Anketler sıralı bir şekilde numaralandırılarak, verilerin kullanımı ve değerlendirilmesi aşamasında kişilere ait özel bilgilere ulaşılması engellenmiş olacaktır.

Onay belgesindeki imzanızla, ilgili doktor ve ona bağlı olarak çalışan personelin size ait verileri

## 11 Anlagen

yukarıda adı geçen çalışmanın yürütülmesi amacıyla alıp değerlendirebileceğini kabul etmiş oluyorsunuz. Burada sözü edilen veriler; adınız, doğum tarihiniz ve adresiniz ile ilgili bilgilerin yanısıra, hamileliğiniz, sağlık veya hastalık durumunuz ve çocuğunuzla ilgili (sağlık durumu, doğumunda ortaya çıkan hastalıklar, doğum kilosu, doğum öncesi son hamilelik haftası vb.) bilgilerden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında çalışan doktorlar size ait bu verileri, söz konusu çalışmanın yönetimi ve yürütülmesi için ve aynı zamanda araştırma ve istatistiksel değerlendirme amacıyla kullanacaklardır. Veriler 30 yıllık bir süre için kaydedilip saklanacaktır.

Araştırma kapsamında çalışan doktorlardan sizinle ilgili veriler hakkında bilgi alma hakkınız bulunmaktadır. Yanlış veriler için düzeltme talep etme hakkınız da bulunmaktadır. Bu gibi durumlarda, araştırma kapsamında çalışan sorumlu doktorunuza başvurunuz. İlgili doktorun adres ve telefon numarasını bu formun son kısmında bulabilirsiniz.

Bu çalışmaya ait sonuçların, kimliğinizin saklı kalması koşuluyla, tıbbi yayın organlarında yayınlanabileceğine lütfen dikkat edin.

### Sigorta güvenliği:

Alışlageldiği üzere, katılımcılar için herhangi bir sigorta güvenliği sağlanmayacaktır. Sadece araştırmadan sorumlu olan doktor(lar), meslekî güvenlik sigortası dolayısıyla, hatalı tutum ve davranışları sonucunda ortaya çıkabilecek sorumluluk iddialarına karşı korunmaktadır(lar).

Katılımcı olarak sizin, projeden sorumlu doktorlara araştırmayla ilgili konular hakkında soru sorma hakkınız bulunmaktadır. Soruların, araştırmadan sorumlu olan doktorlara sorulması gerekmektedir. (Aşağıya bakınız!)

Katılım karşılığında katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

### İletişim:

Araştırma sorumlusu: Dr. S. A. M. Michaelis, MRCOG (silke.michaelis@charite.de)

Adres:

Frau Dr. S. A. M. Michaelis, MRCOG  
Stellvertretende Klinikdirektorin an der Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30, 122000 Berlin

Tel.: 030/8445 64 1360 veya 8445 2544

## ONAY AÇIKLAMASI

### **Konu: Hamilelik döneminde kadın sağlığı içerikli anket çalışması**

İşbu belgeyle, \_\_\_\_\_ soyadı ve adıyla \_\_\_\_\_ tarihinde doğmuş olan, \_\_\_\_\_ adresinde ikamet eden ve Hasta numarası: \_\_\_\_\_ olan ben, \_\_\_\_\_ (doktorun veya doktora öğrencisinin adı ve soyadı) tarafından, CCM/CBF/CVK kampüsünde (bulduğunuz kampüsü altını çizerek belirtiniz!) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde sözlü ve yazılı olarak, yukarıda adı geçen çalışma kapsamında yapılan bilimsel araştırmanın varlığı, anlamı, önemi ve riskleri hakkında bilgilendirildiğimi ve araştırmadan sorumlu doktorla yaptığım görüşmede konu ile ilgili sorularımın aydınlatılması için yeteri kadar imkânımın bulunduğunu açıklıyorum.

Özellikle, bana gösterilen hasta bilgilerinin içeriğini anladığımı, ayısının benim için de hazırlanarak, bu onay açıklaması ile birlikte bana verildiğini belirtiyorum.

Bu onay açıklamasını, dilediğim zaman sebep belirtmeksizin ve benim için herhangi bir olumsuz sonuç yaratmayacağını bilerek geri çekebileceğimi ve bana ait veri ve numunelerin kullanılmasına dilediğim zaman karşı çıkabileceğimi; bu veri ve numunelerin silinmesini veya imha edilmesini talep edebileceğimi biliyorum.

Yukarıda adı geçen çalışma kapsamında gerçekleştirilen bu bilimsel araştırmaya katılmak için hazır olduğumu belirtiyorum.

### **Verilerin kullanılmasıyla ilgili onay açıklaması:**

**Bu çalışma kapsamında benim ve çocuğumun sağlık durumuyla ilgili elde edilen veri ve bilgilerin şifreli bir şekilde (takma isimlerle isimlendirilerek) elektronik veri dosyalarına kaydedilebileceğini, kullanılabileceğini ve anonim çalışma sonuçlarının yayınlanabileceğini kabul ediyorum.**

Berlin, Tarih: \_\_\_\_\_

Katılımcının imzası

Yukarıda adı geçen katılımcının \_\_\_\_\_ Kampüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde; yukarıda adı geçen bilimsel araştırmanın varlığı, anlamı, önemi ve riskleri hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildiğini ve gerekli bilgiler ile onay açıklamasını içeren belgelerin kendisine verildiğini açıklıyorum.

Berlin, Tarih: \_\_\_\_\_

Bilgilendirmeyi yapan sorumlu doktorun imzası

**ROUTINEBEFRAGUNG/ RUTİN SORULAR:**Patientencode/ *Hasta kodu*

--	--	--	--	--

Studivnummer/ *Araştırma numarası:*


---

Postleitzahl/ *Posta kodu:*


---

**Alter/ Yaş** (in Jahren/ *yaşında*)

--	--

**Staatsangehörigkeit / Vatandaşlık durumu** (Mehrfachangaben möglich/ *Birden fazlası mümkün*):  Deutsch andere EU \_\_\_\_\_  andere nicht EU \_\_\_\_\_*Alman diğer (Avrupa Birliği üyesi) (Avrupa Birliği üyesi olmayan)***Geburtsland / Doğduğu ülke:** Deutschland / *Almanya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Geburtsland / Aile fertlerinin doğduğu ülke:****Ihres Partners / Eşinin doğduğu ülke** Deutschland/ *Almanya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Ihres Vaters / Babasının doğduğu ülke** Deutschland / *Almanya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Ihrer Mutter/ Annesinin doğduğu ülke** Deutschland / *Almanya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Ihres Schwiegervaters / Kayınbabasının doğduğu ülke** Deutschland / *Alma ya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Ihrer Schwiegermutter / Kayınvalidesinin doğduğu ülke** Deutschland / *Almanya*  andere / *diğer* \_\_\_\_\_**Ihrer Kinder / Çocuklarının doğduğu ülke** Deutschland / *Almanya*  andere/ *diğer* \_\_\_\_\_**Muttersprache(n) / Anadil(ler):** \_\_\_\_\_**Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?/ Almanca bilginizi hangi düzeyde görüyorsunuz?****1: sehr gut      2: gut      3: mäßig      4: kaum      5: gar nicht****1: Çok iyi      2: İyi      3: orta derece      4: yetersiz      5: çok kötü** 1       2       3       4       5**Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland? (in Jahren)*****Kaç yıldır Almanya'da yaşıyorsunuz? (yıl olarak)***

--	--

**Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie erworben?*****Öğrenim düzeyiniz nedir?:*** Promotion/Habilitation – *Doktora / Doçentlik* Hochschulstudium mit Abschluss - *Üniversite mezunu* Fachhochschulstudium mit Abschluss - *Yüksekokul mezunu* Fachschulabschluss - *Meslek yüksekokulu mezunu* allgemeine Hochschulreife (Abitur, Gymnasium) - *Lise mezunu* mittlere Reife (Realschule, Gesamtschule, POS) – *Orta okul mezunu* Hauptschulabschluss - *Ortaokul mezunu* Schule beendet ohne Schulabschluss - *Okulu diploma almadan bıraktım*

Anderer Abschluss - *Diğer* \_\_\_\_\_

**Familienstand/ Medenî hal/ Medeni durum**

- Single / *yalnız yaşıyorum* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- in Beziehung lebend/eheähnliche Gemeinschaft – *ilişki / evlilik benzeri birliktelik yaşıyorum* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- verlobt / *nişanlı* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- verheiratet / *evli* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- getrennt lebend / *ayrı yaşıyorum* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- geschieden / *boşandım* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*
- verwitwet / *dul* seit/ \_\_\_\_\_ *beri*

**Wohnsituation/ İkâmet durumu::**

**10.1 Mit wievielen Personen leben Sie zusammen? Kaç kişiyle birarada yaşıyorsunuz?**

**Mit wem? / Kimle?**

- Partner/-in - *Eşimle*
- Verwandte (Cousin, Eltern, Geschwister etc.)  
*/Akrabalarım (Anne-baba, kardeşler, kuzen vs.)*
- Eigene Kinder / *Kendi çocuklarımla*
- Andere / *diğer* \_\_\_\_\_

**10.2. Wo leben Sie?/ Nerede yaşıyorsunuz?**

- Eigentumswohnung / eigenes Haus - *bana / bize ait bir evde*
- Mietwohnung / Mietshaus - *Kiralık bir evde*
- Heim / andere Einrichtung - *Yurt veya benzeri bir yerde*
- Sonstige/ *diğer* \_\_\_\_\_

**10.3 Wie viele Zimmer haben Sie? / Evinizde kaç oda var?**

**Beruf / Einkommen in der Familie/Haushalt -Ailenin gelir durumu**

**Evet Hayır**

Sind Sie berufstätig? *Çalışıyor musunuz?*

J  N

Ist Ihr Partner berufstätig? *Eşiniz çalışıyor mu?*

J  N

Sind andere Mitglieder der Familie berufstätig?

J  N

*Çalışan başka aile fertleri var mı?*

Wenn 11.3. mit ja, Wer? *Varsa, kim?* \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Einkommen? *Bir geliriniz var mı?*

J  N

Art des Einkommens / *gelirin niteliği* \_\_\_\_\_

**Bsp.:** Aus eigenem Einkommen, BAföG, Hartz IV, Unterhalt etc.)

**Örnek:** *Kendi kazancım, öğrenim bursu (BAföG) , sosyal yardım, aile bütçesi vs.)*

**Angaben zum Allgemeinzustand / Genel durumla ilgili bilgiler:**

**Evet Hayır**

Rauchen Sie? / *Sigara içiyor musunuz?*

J  N

Trinken Sie Alkohol, wenn Ja wie viel? / *Alkol kullanıyor musunuz?*

J  N

Nehmen Sie andere Substanzen / Drogen ein?

*Yasadışı madde veya uyuşturucu kullanıyor musunuz?*

J  N

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

*Düzenli olarak ilaç alıyor musunuz?*

J  N

## 11 Anlagen

- Medikament? Dosis? Applikationsform? *Aliyorsanız, hangileri?*

---

---

### Angaben zur aktuellen und vorausgegangenen Schwangerschaften

#### *Şimdiki hamileliğinizle ve önceki hamileliklerinizle ilgili bilgiler:*

Die wievielte Schwangerschaft ist das? *Bu kaçınıcı hamileliğiniz?*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie viele eigene Kinder haben Sie? *Kaç çocuđunuz var?*

Alter der Kinder? / *Çocuklarınız kaç yaşındalar?* \_\_\_\_\_

Ist diese Schwangerschaft geplant gewesen?

*Planlı bir hamilelik miydi?*

	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>
<b>J</b>	<input type="checkbox"/>	<b>N</b>	<input type="checkbox"/>

Ist diese Schwangerschaft erzwungen worden?

*Bu hamileliğe birisi tarafından zorlandınız mı?*

-wenn ja, durch wen? *Evetse, kim tarafından?* \_\_\_\_\_

<b>J</b>	<input type="checkbox"/>	<b>N</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

13.6 Ist diese Schwangerschaft erwünscht? *İstediđiniz bir hamilelik miydi?*

<b>J</b>	<input type="checkbox"/>	<b>N</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

13.7 In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie aktuell?

*Hamileliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

13.8 Risiken laut Mutterpass / *Annelik karnesine göre mevcut riskler*

\_\_\_\_\_ (Nr. 1- 26)

13.9 Risiken während des Schwangerschaftsverlaufs? / *Hamilelik sürecindeki riskler*

\_\_\_\_\_ (Nr. 27 - 52)

**Befragung durchgeführt am \_\_\_\_\_ (Datum)**

**Durchführende/r \_\_\_\_\_**

## 11 Anlagen

### SCREENING-FRAGEBOGEN ZUR ERKENNUNG VON GEWALT IN DER SCHWANGERSCHAFT - **HAMİLELİKTE ŞİDDET KULLANIMININ TESPİTİNE YÖNELİK TARAMA-ANKET FORMU**

Die folgenden Fragen richten sich an Schwangere  
*Aşağıdaki sorular hamile olan kişiye sorulmaktadır.*

Patientencode/ *Hasta kodu* \_\_\_\_\_  
Studiennummer/ *Araştırma numarası* \_\_\_\_\_  
Voraussichtlicher ET / *Öngörülen* \_\_\_\_\_

#### **Kreisen Sie die Antworten der Befragten ein/ Verilen cevapları işaretleyiniz::**

Verhält sich Ihr Partner manchmal so, dass es Ihnen Angst macht?  
*Eşiniz ara sıra sizi korkutacak davranışlarda bulunuyor mu?*

Ja - *Evet*  
Nein - *Hayır*

Verhält sich Ihr Partner Ihnen gegenüber herabwürdigend, demütigend und kontrollierend?  
*Eşinizin size karşı onur kırıcı, aşağılayıcı ve denetleyici davrandığı oluyor mu?*

Ja - *Evet*  
Nein - *Hayır*

Hat Ihr Partner/ *Eşinizin,*

Ja- *Evet/* Nein- *Hayır*

- a....b mit Gewalt gedroht (inkl. Drohung mit einer Waffe/einem Gegenstand)?  
*şiddet kullanarak (herhangi bir silah veya başka bir madde de dahil olmak üzere)  
sizi tehdit ettiği oldu mu?*
- a....b Sie grob gepackt, gerissen, gestoßen, geohrfeigt oder getreten?  
*sizi kabaca tutup savurduğu, itip çektiği, tokatladığı veya tekmelediği oldu mu?*
- a....b eine andere Form körperlicher Gewalt angewandt? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
*size karşı daha farklı bir fiziksel şiddet uyguladığı oldu mu? Olduysa, ne tür bir  
şiddet, uyguladı?\_\_\_\_\_*
- a....b Sie zum Geschlechtsverkehr genötigt, gezwungen oder versucht zu zwingen,  
*sizi cinsel ilişkiye zorladığı veya zorlamaya çalıştığı oldu mu?*
- a....b Sie zu sexuellen Praktiken genötigt, die Sie nicht wollten?  
*sizi, istemediğiniz cinsel ilişki yöntemlerine zorladığı oldu mu?*

## 11 Anlagen

Wann war Ihr Partner gewalttätig? / Eşiniz hangi dönemde şiddet kullanmaya eğilimliydi?

Ja- *Evet*/ Nein- *Hayır*

- a....b In den letzten 12 Monaten?  
*Son 12 ay içerisinde*
- a....b In der Schwangerschaft  
*Hamilelik döneminde*
- a....b nach der Geburt des Kindes/der Kinder  
*Doğumdan sonra*

Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt Gewalt erfahren?

*Daha önceden şiddete maruz kaldığınız oldu mu?*

Ja- *Evet*/ Nein- *Hayır*

- a.....b durch einem Ex-Partner?  
*eski eşinizin/partnerinizin şiddetine mi maruz kaldınız?*
- a.....b durch eine andere Person? Wenn ja, wen? \_\_\_\_\_  
*başka birinin şiddetine mi maruz kaldınız? Kaldıysanız, kimin? \_\_\_\_\_*
- a.....b in der Kindheit?  
*çocukluğunuzda mı maruz kaldınız?*

Sollte Ihrer Meinung nach eine routinemäßige Befragung zu Gewalterfahrungen bei allen Schwangeren durchgeführt werden?

*Sizce hamilelikteki şiddet kullanımının tespitine yönelik rutin bir tarama-anket çalışmasının bütün hamile kadınlara uygulanması gerekir mi?*

Ja - *Evet*

Nein - *Hayır*

Welche Unterstützung / Hilfe würden Sie sich in der jetzigen Situation erwünschen?

*Şu anki durumda kendiniz için nasıl bir destek veya yardım arzu edersiniz?*

---

---

---

---

**Befragung durchgeführt am/ Bu anket çalışması**

\_\_\_\_\_ **Datum/ tarihinde yapılmıştır)**

**Durchführende/r / Anketi uygulayan:** \_\_\_\_\_

## Anlage 9: S.I.G.N.A.L. Dokumentationsbogen

**Beschwerden** (z.B. Schmerzlokalisierung, Hörminderung, Übelkeit/Erbrechen)

### Körperliche Untersuchung

Nutzen Sie zur Befundbeschreibung bitte das Beiblatt: Körperschemata und Verletzungstabellen

Die Befunde vollständig in die **Körperschemata** einzeichnen und in den **Tabellen** beschreiben.

<b>Kopf</b>	Behaarte Kopfhaut (absuchen, abtasten, kahle Stellen?)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Stim- / Schläfenregion	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Augen, incl. Bindehäute	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Ohren, incl. Rückseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nase / Nasenöffnungen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Wangen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Mund (Lippenrot, Zähne, Schleimhaut)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Kinn	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Liegen punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) vor?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein
		Haut der Augenlider	<input type="checkbox"/> ja
	Augenbindehäute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haut hinter den Ohren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gesichtshaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mundvorhofschleimhaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hals</b>	Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nacken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Thorax</b>	Mammae	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Brustkorb-Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Rücken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Arme</b>	Schultern	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Oberarme, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterarme / Handgelenke	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Hände	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Abdomen</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Gesäß</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Genitalbereich</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
<b>Beine</b>	Oberschenkel, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Füße	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.

## 11 Anlagen

<b>Angaben zur Patientin / zum Patienten</b> <i>Nutzen Sie wenn möglich das Patienten-Etikett</i>	<b>Angaben zur Untersuchung</b>
Name _____	Name Arzt / Ärztin _____
Geburtsdatum _____	Ort der Untersuchung _____
Adresse _____	Beginn der Untersuchung _____
Telefon _____	Datum _____ Uhrzeit _____
Im Beisein von _____	
Sprachliche Verständigung <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Dolmetscher/in, Name: _____	
Bewusstseinslage bei der Untersuchung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	

**Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die heutige Untersuchung und Dokumentation mit meinem Einverständnis erfolgt. Diese Einverständniserklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Sorgen Sie für eine ungestörte Gesprächs- und Untersuchungssituation, und dass Sie mit d. Patientin/Patienten alleine sind. Bestehen Sie nicht auf Angaben, die d. Patientin/Patient nicht machen möchte. Notieren Sie mit den Worten d. Patientin/Patienten kurz Angaben zum Ereignis.*

**Angaben zum Ereignis**  
*Nach Darstellung der Geschädigten/des Geschädigten = Grundlage für die Untersuchung. Keine Suggestivfragen!*

Ort des Ereignisses \_\_\_\_\_  Verursacher unbekannt Anzahl \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_  Verursacher bekannt Anzahl \_\_\_\_\_

(Ungefäher) Zeitpunkt/Zeitraum \_\_\_\_\_ Wer \_\_\_\_\_

Art der Gewaltawendung/Gewalteinwirkung \_\_\_\_\_

---

Wurden **Tatmittel** benutzt?  ja ▼  nein  keine Angabe  
(Gegenstand, Waffe) welche \_\_\_\_\_

Wurde seitens d. Geschädigten **Widerstand** geleistet?  ja  nein  keine Angabe

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals statt?  ja ▼  nein  keine Angabe  
(z.B. Würgen, Drosseln)

- Stauungszeichen / Punktblutungen (S.2+ Körperschema)
- Aura / Wahrnehmungsstörung
- Bewusstlosigkeit
- Schwindel
- Urin- und Stuhlabgang
- Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden
- Heiserkeit

Wurden vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen?  ja ▼  nein  keine Angabe  
wann, was, wieviel \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Wiederholungsfall?  ja  nein  keine Angabe

## 11 Anlagen

### Fotodokumentation

Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt?  ja  nein

Anzahl der Aufnahmen: \_\_\_\_\_

Wo archiviert: \_\_\_\_\_

*Immer mit Maßstab/Winkellineal fotografieren – Detail- und Übersichtsaufnahmen*

### Befunde und Ergebnisse

Röntgen  ja, Befund: \_\_\_\_\_  nein

Sono  ja, Befund: \_\_\_\_\_  nein

Urin-Stix  ja, Befund: \_\_\_\_\_  nein

Labor (Blut)  ja, Befund: \_\_\_\_\_  nein

Abstrich  ja, wo: \_\_\_\_\_  nein

Konsil  ja, wer: \_\_\_\_\_  nein

### Spurensicherung

Wurden Spuren am Körper gesichert?  ja  nein

Wenn ja, Art der Spuren:

Abstrich für DNA, Entnahmeort \_\_\_\_\_

Fingemagelränder  Anderes \_\_\_\_\_

Wo gelagert? \_\_\_\_\_

*Für Abstrich immer Papierbehälter nutzen (kein Plastik). Auf dem Behälter Datum, Uhrzeit und Patientendaten vermerken. Behälter versiegeln!*

### Weiterführende Maßnahmen

Folgetermin  ja, Datum: \_\_\_\_\_  nein

Überweisung / Einweisung  ja, wohin: \_\_\_\_\_  nein

AU ausgestellt  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Vermittlung in Schutzeinrichtung  ja, wohin: \_\_\_\_\_  nein

Vermittlung an Beratungsstelle  ja, wohin: \_\_\_\_\_  nein

Notfallkarte ausgehändigt  ja  nein

Anderes \_\_\_\_\_

### Fragen zum Schutzbedürfnis

Ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll / möglich / gewünscht?

Möchte die Patientin in ein Frauenhaus / in eine Zufluchtswohnung?

Möchte die Patientin / der Patient zu einer Freundin / einem Freund oder Verwandten?

Sind Kinder mit betroffen? Wenn ja, sind sie sicher und gut versorgt?

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin / Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegekraft / MFA

## 11 Anlagen



**S.I.G.N.A.L. e.V.**  
Intervention im  
Gesundheitsbereich  
gegen Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde in der interdisziplinären Fachgruppe „Rechtssichere Dokumentation“ der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. erstellt unter Berücksichtigung des Dokumentationsvordruck von Grassberger/Hochmeister (Wien, 2008). Beteiligt waren Vertreter/-innen des Instituts für Rechtsmedizin und der Rettungsstelle Campus Virchow der Charité Universitätsmedizin Berlin, der Polizei Berlin, des Krisen- und Beratungszentrums LARA sowie Rechtsanwältinnen. Letzte Aktualisierung Juli 2013.

Bezugsadresse: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle  
Sprengelsr. 15, 13353 Berlin, Telefon (030) 27 59 53 53  
als PDF oder Online-Formular von der Homepage [www.signal-intervention.de](http://www.signal-intervention.de).

Der Dokumentationsbogen wird unterstützt von:



Senatsverwaltung  
für Gesundheit und Soziales



## Körperschemata und Befundtabellen

<b>Patient/in</b>	Name:	Geburtsdatum:
<b>Arzt/Ärztin</b>	Name:	Tagesdatum:

**Art der Verletzung** (letzte Spalte in der Tabelle)

**A** Abschürfung    **B** Hämatom    **C** Riss-/ Quetschwunde    **D** Fraktur    **E** Schnitt-/ Stichwunde    **F** Thermische Verletzung

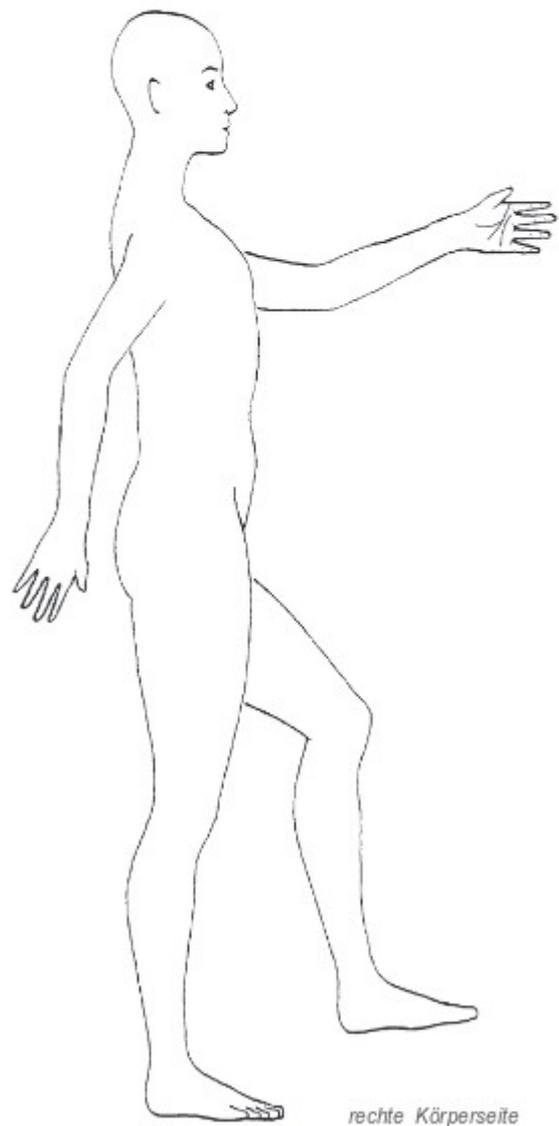
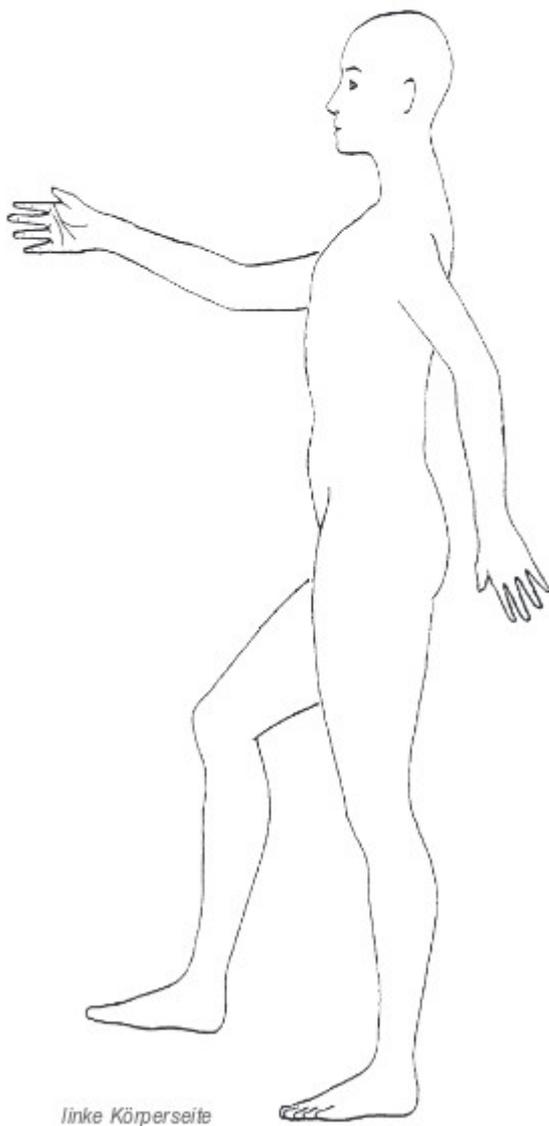
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

## 11 Anlagen

### Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen (Schemata zur Befundtabelle)

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata.

Patient/in	Name:
------------	-------



## 11 Anlagen

### Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer aus den Körperschemata. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.

<b>Patient/in</b>	Name:
-------------------	-------

#### Art der Verletzung *(letzte Spalte in der Tabelle)*

**A** Abschürfung    **B** Hämatom    **C** Riss-/ Quetschwunde    **D** Fraktur    **E** Schnitt-/ Stichwunde    **F** Thermische Verletzung

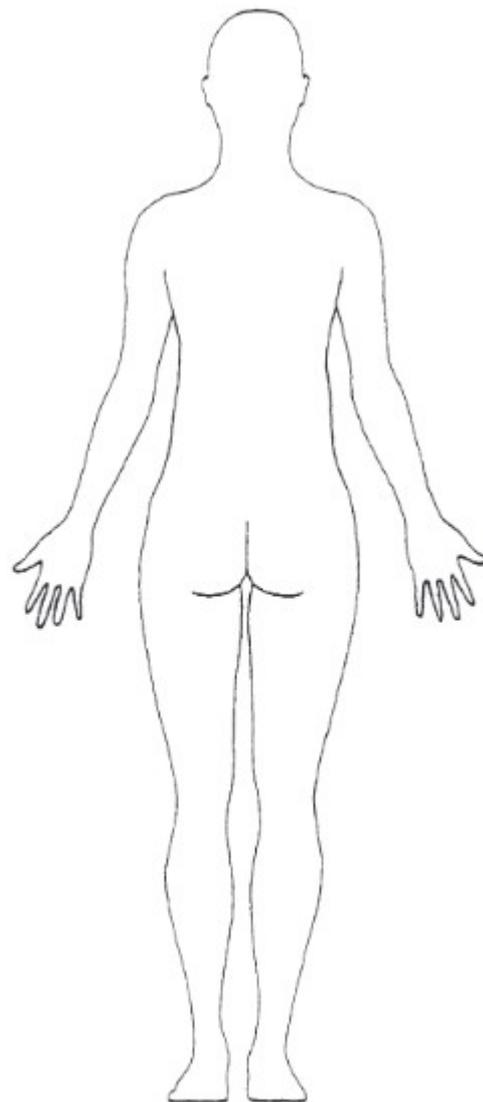
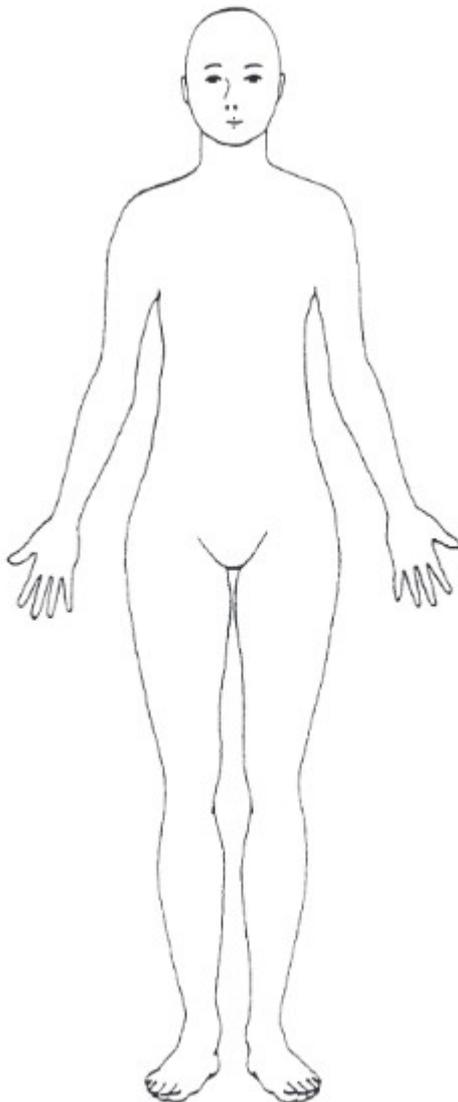
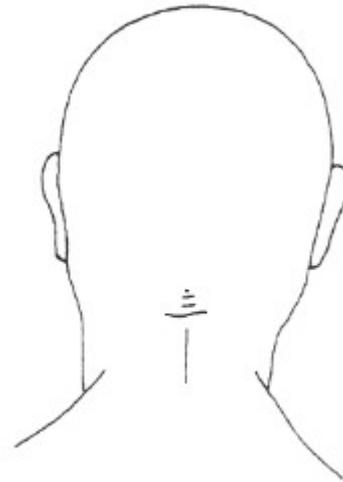
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

## 11 Anlagen

### Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen (Schemata zur Befundtabelle)

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata.

Patient/in	Name:
------------	-------



## **Anlage 10: Kriterien des UK National Screening Committee**

### **Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - <http://www.screening.nhs.uk/criteria>**

Ideally all the following criteria should be met before screening for a condition is initiated:

#### **The Condition**

1. The condition should be an important health problem
2. The epidemiology and natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood and there should be a detectable risk factor, disease marker, latent period or early symptomatic stage.
3. All the cost-effective primary prevention interventions should have been implemented as far as practicable.
4. If the carriers of a mutation are identified as a result of screening the natural history of people with this status should be understood, including the psychological implications.

#### **The Test**

5. There should be a simple, safe, precise and validated screening test.
6. The distribution of test values in the target population should be known and a suitable cut-off level defined and agreed.
7. The test should be acceptable to the population.
8. There should be an agreed policy on the further diagnostic investigation of individuals with a positive test result and on the choices available to those individuals.
9. If the test is for mutations the criteria used to select the subset of mutations to be covered by screening, if all possible mutations are not being tested, should be clearly set out.

#### **The Treatment**

10. There should be an effective treatment or intervention for patients identified through early detection, with evidence of early treatment leading to better outcomes than late treatment.
11. There should be agreed evidence based policies covering which individuals should be offered treatment and the appropriate treatment to be offered.
12. Clinical management of the condition and patient outcomes should be optimised in all health care providers prior to participation in a screening programme.

#### **The Screening Programme**

13. There should be evidence from high quality Randomised Controlled Trials that the screening programme is effective in reducing mortality or morbidity. Where screening is aimed solely at providing information to allow the person being screened to make an “informed choice” (eg. Down’s syndrome, cystic fibrosis carrier screening), there must be evidence from high quality trials that the test accurately measures risk. The information that is provided about the test and its outcome must be of value and readily understood by the individual being screened.
14. There should be evidence that the complete screening programme (test, diagnostic procedures, treatment/ intervention) is clinically, socially and ethically acceptable to health professionals and the public.

## 11 Anlagen

15. The benefit from the screening programme should outweigh the physical and psychological harm (caused by the test, diagnostic procedures and treatment).
16. The opportunity cost of the screening programme (including testing, diagnosis and treatment, administration, training and quality assurance) should be economically balanced in relation to expenditure on medical care as a whole (ie. value for money). Assessment against this criteria should have regard to evidence from cost benefit and/or cost effectiveness analyses and have regard to the effective use of available resource.
17. All other options for managing the condition should have been considered (eg. improving treatment, providing other services), to ensure that no more cost effective intervention could be introduced or current interventions increased within the resources available.
18. There should be a plan for managing and monitoring the screening programme and an agreed set of quality assurance standards.
19. Adequate staffing and facilities for testing, diagnosis, treatment and programme management should be available prior to the commencement of the screening programme.
20. Evidence-based information, explaining the consequences of testing, investigation and treatment, should be made available to potential participants to assist them in making an informed choice.
21. Public pressure for widening the eligibility criteria for reducing the screening interval, and for increasing the sensitivity of the testing process, should be anticipated. Decisions about these parameters should be scientifically justifiable to the public.
22. If screening is for a mutation the programme should be acceptable to people identified as carriers and to other family members.

### References:

- Department of Health, Screening of pregnant women for hepatitis B and immunisation of babies at risk. London: Dept of Health, 1998 (Health Service Circular : HSC 1998/127).
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Paper Number 34. Geneva: WHO, 1968.
- Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. Br Med Bull. 1971, 27, 3.
- Sackett DL, Holland WW. Controversy in the detection of disease. Lancet 1975;2:357-9.
- Wald NJ (Editor). Antenatal and Neonatal screening. Oxford University Press, 1984.
- Holland WW, Stewart S. Screening in Healthcare. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1990.
- Gray JAM. Dimensions and definitions of screening. Milton Keynes: NHS Executive Anglia and Oxford, Research and Development
- Angela Raffle/Muir Gray Screening Evidence and Practice, Oxford University Press 2007

## Anlage 11: Abuse Assessment Screen (AAS)

**ABUSE ASSESSMENT SCREEN**

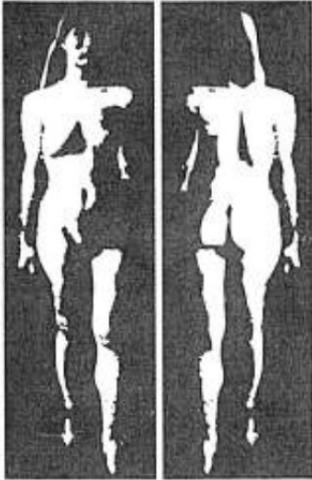
1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?  
YES  NO

2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone?  
YES  NO   
If YES, by whom \_\_\_\_\_  
Number of times \_\_\_\_\_

3. Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?  
YES  NO   
If YES, by whom \_\_\_\_\_  
Number of times \_\_\_\_\_  
Mark the area of injury on body map.

4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?  
If YES, who \_\_\_\_\_  
Number of times \_\_\_\_\_

5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above?  
YES  NO



\*Developed by the Nursing Research Consortium on Violence and Abuse of which both authors are members. 1989. Readers are encouraged to reproduce and use this assessment tool.

## Anlage 12: Screening Partnergewalt (SPG)- Lebenszeitversion (A. Riecher-Rössler 2001, modifiziert nach Feldhaus 1997)

Aus NYBERG, E., STIEGLITZ, R. D., FLURY, M. & RIECHER-RÖSSLER, A. 2013. Häusliche Gewalt bei Frauen einer Kriseninterventionspopulation - Formen der Gewalt und Risikofaktoren. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Vol.81 (6), S.331-336.

SPG - Screening Partnergewalt

1. Wurden Sie während der letzten 12 Monate von jemandem geschlagen, geohrfeigt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt? Wen ja, von wem?
2. Verspüren Sie in Ihrer jetzigen Beziehung/Ehe Angst oder fühlen sich bedroht?
3. Fürchten Sie im Moment einen ehemaligen Partner?
4. Hat ihr jetziger oder ein früherer Partner Sie in den letzten 12 Monaten je zu Geschlechtsverkehr gezwungen?
5. Hängt Ihre Vorstellung bei uns mit Gewalt in Ihrer Partnerschaft zusammen?

## 11 Anlagen

### Anlage 13: Ergebnistabellen/weitere Abbildungen

Tabelle 29: Geburtsländer der Befragten und ihrer nahen Verwandtschaft (A)

	Schwangere	Erzeuger	Vater	Mutter	Schwiegervater	Schwiegermutter	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Deutschland	92	77	81	83	75	75	47	17	4	2
Australien		1			1	1				
Bosnien	2	2	2	2	2	2				
Bulgarien	2	1	2	1	1	1	1			
Ghana	1	2	1	1	1	1				
Indien		1			1	1				
Irak		1			1	1				
Italien		1			1	1				
Jamaika			1							
Kamerun	1	1	1	1	1	1				
Kasachstan	1	2	1	2	2	2				
Kenia	1		1	1			1			
Kosovo	1	1	1	1	1	1	1			
Kroatien				1						
Libanon	1	5	4	3	5	5				
Mazedonien		2	1	1	1	1				
Nigeria	1		1	1						
Oman	1	1	1	1	1	1	1	1		
Österreich	1	1	1	1	2	1				
Pakistan		2			2	2				
Polen	3	3	3	3	3	3	1			
Portugal		1								
Schweden	1	1	1		1	1				
Sierra Leone		1			1	1				
Sowjetunion	3	2	2	2	2	2				
Syrien			1	1						
Thailand				1						
Türkei	5	7	9	9	11	11	1			
Ukraine	1		2	2						
U.S.A.		2			2	2				
Weißrussland							1			
Nicht bekannt			1							

## 11 Anlagen

Tabelle 30: Geburtsländer der Befragten und ihrer nahen Verwandtschaft (B)

	Schwangere	Erzeuger	Vater	Mutter	Schwiegervater	Schwiegermutter	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Deutschland	22	17	18	18	17	17	16	4	3	0
Bulgarien	2	1	2	1	1	1	1			
Ghana	1	1	1	1	1	1				
Kasachstan		1		1	1	1				
Libanon		2	2	1	2	2				
Mazedonien		1	1	1	1	1				
Nigeria	1		1	1						
Österreich	1	1	1	1	1	1				
Pakistan		1			1	1				
Polen	2	2	2	2	2	2				
Schweden	1	1	1		1	1				
Sowjetunion	3	2	2	2	2	2	1			
Thailand				1						
Türkei	1	4	2	2	4	4				
Ukraine			1	1						
Weißrussland							1			

Tabelle 31: Eigentum/Miete

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Miete	97	82,2	28	82,3
Eigentum	21	17,8	6	17,6
Total	118	100,0	34	100,0

Tabelle 32: Wie viele Wohnräume

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
1-Raumwohnung	3	2,54	1	2,94
2-Raumwohnung	23	19,94	8	23,53
3-Raumwohnung	56	47,46	17	50,0
4-Raumwohnung/4 Räume im Haus	23	19,49	5	14,7
5-Raumwohnung/5 Räume im Haus	10	8,47	3	8,82
6 Räume im Haus	2	1,69	0	0
20 Räume im Haus	1	,85	0	0
Total	118	100,0	34	100,0

## 11 Anlagen

Tabelle 33: Kreuztabelle Screenig\_positiv \* Nikotinkonsum

		Nikotinkonsum		Gesamt
		Ja	Nein	
Screenig_positiv	positiv	12	22	34
	negativ	15	69	84
Gesamt		27	91	118

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,17	1	,04
Anzahl der gültigen Fälle	118		

Tabelle 34: Medikamenteneinnahme

Name	A	B
Keine Medikamente	<b>8 (6,77%)</b>	<b>3 (8,82%)</b>
<b>Nahrungsergänzungsmittel Mehrfachnennungen möglich</b>	<b>100 (84,74%)</b>	<b>31 (91,17%)</b>
Centrum materna bzw. Plus DHA	19 (16,1%)	7 (20,58%)
Femibion bzw. Plus DHA	30 (25,42%)	8 (23,52%)
Folsäure/Folio	36 (30,5%)	11(32,35%)
Herz vital	1 (0,84%)	
Hipp natal	3 (2,54%)	1 (2,94%)
Milupa Kombi	2 (1,69%)	1 (2,94%)
Neovin	6 (5,08%)	1 (2,94%)
Vita Verlan	3 (2,54%)	2 (5,88%)
Doppelte Einnahme	2 (1,69%)	
<b>Medikamente Mehrfachnennungen möglich</b>	<b>75 (63,55%)</b>	<b>21 (61,76%)</b>
Medikamente gegen vorzeitige Wehentätigkeit: Partusisten, Nifedipin und oder Magnesium.	30 (25,42)	5 (14,70%)
Eisentabletten/ -kapseln	47 (39,83%)	12 (35,29%)
Asthmamedikation.	5 (4,23%)	1 (2,94%)
Insulin	5 (4,23%)	1 (2,94%)
Hypertonus: alpha-Methyldopa-Präparat, ein Metoprolol-Präparat und oder ein Lercanidipin-Präparat.	2 (1,69%)	1(2,94%)
L-Thyroxin	7 (5,35)	1(2,94%)
Thrombo-embolie-Prophylaxe (Framin P forte, Heparin s.c.	3 (2,54)	
Digitoxin	1 (0,84)	

## 11 Anlagen

	Utrogest	1 (0,84)	
	Antibiotika	2 (1,69)	
	ASS	1 (0,84)	

Tabelle 35: Wievielte Schwangerschaft

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)	
Gültig	1. Schwangerschaft	47	39,83	12	33,33
	2. Schwangerschaft	31	26,27	12	36,36
	3. Schwangerschaft	23	19,49	6	18,18
	4. Schwangerschaft	8	6,78	3	9,09
	5. Schwangerschaft	5	4,24	1	3,03
	6. Schwangerschaft	4	3,39	0	
Total	118	100,0	34	100,0	

Tabelle 36: Anzahl der Kinder

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)	
Gültig	Nullipara	65	55,08	17	50,0
	Erstpara	34	28,81	14	41,18
	Zweitpara	15	12,71	1	2,94
	Drittpara	3	2,54	2	5,88
	Viertpara	1	,85	0	
	Fünftpara	0		0	
Total	118	100,0	34	100,0	

Tabelle 37: Planung der Schwangerschaft

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)	
Gültig	geplant	69	58,47	15	44,1
	ungeplant	49	41,53	19	55,9
Total	118	100,0	34	100,0	

Tabelle 38: Kreuztabelle Screenig\_positiv \* Grav\_geplant

		Grav_geplant		Gesamt
		Ja	Nein	
Screenig_positiv	positiv	13	21	34
	negativ	56	28	84
Gesamt		69	49	118

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,057 <sup>a</sup>	1	,01
Anzahl der gültigen Fälle	118		

## 11 Anlagen

Tabelle 39: Schwangerschaft erzwungen

		Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Gültig	Nicht erzwungen	117	99,15	34	100
	Erzwungen	0	0	0	
	Enthaltung	1	,85	0	
	Total	118	100,0	34	100,0

Tabelle 40: Schwangerschaft erwünscht

		Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Gültig	erwünscht	114	96,61	32	94,1
	unsicher	1	,85	0	
	Nicht erwünscht	3	2,54	2	5,9
Total		118	100,0	34	100,0

## 11 Anlagen

Tabelle 41: Kreuztabelle Screenig\_positiv \* Grav\_erwünscht

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,96	1	,02
Anzahl der gültigen Fälle	118		

Tabelle 42: Aktuelle Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Befragung

	Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Gültig 1. Trimenon	2	1,69	1	2,94
Gültig 2. Trimenon	20	16,95	5	14,7
Gültig 3. Trimenon	87	73,73	27	79,41
Übertragen	9	7,63	1	2,94
Total	118	100,0	34	100,0

## 11 Anlagen

Tabelle 43: Risiken lt. MP 1-26 zum Zeitpunkt der Befragung

		Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Gültig	Risiken	65	55	16	47,1
	Keine Risiken	53	45	18	52,9
Total		118	100,0	34	100,0

Tabelle 44: Risiken lt. MP 27-52 zum Zeitpunkt der Befragung

		Frequenz (A)	Prozent (A)	Frequenz (B)	Prozent (B)
Gültig	Risiken	60	50,8	17	50,0
	Keine Risiken	58	49,2	17	50,0
Total		118	100,0	34	100,0

## **12 Lebenslauf**

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

## 12 Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

## 13 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Susen Schulze, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Frauengesundheit in der Schwangerschaft – Bedarfsanalyse für ein Screening nach Gewalt in der Schwangerschaft“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der unten stehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Berlin, 02.05.2016

Susen Schulze

### Wissenschaftliche Vorträge

- 30.01.2010 Symposium „Schutz vor Gewalt in der Schwangerschaft“  
Vortrag: Ausmaß von Partnergewalt in der Schwangerschaft
- 19.02.2010 Fachtagung „Erwünscht und integriert?“ Interventionsprojekte in der gesundheitlichen Versorgung gegen Gewalt an Frauen -  
Vortrag: Gewalt in der Schwangerschaft - Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen der Geburtshilfe

### Anteilerklärung

Die Doktorandin Susen Schulze plante eigenständig das Studiendesign, rekrutierte die Studienteilnehmerinnen, führte die Studie praktisch aus, erfasste die erhobenen Daten und wertete diese aus. Sie verfasste das Abstract eigenständig und präsentierte die eigenständig erstellten Präsentation auf dem von ihr und S.I.G.N.A.L. e.v. vorbereitetem Symposium „Schutz vor Gewalt in der Schwangerschaft“ sowie der Fachtagung von S.I.G.N.A.L. e.v. „Erwünscht und integriert?“

Berlin, 02.05.2016

Susen Schulze

## 14 Danksagung

### Mein Dank gilt:

**-Frauenärztin Dr. med. Andrea Antolic**, damals Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Trainingszentrums für ärztliche Fertigkeiten und zuständig für den 2. Abschnitt in „meinem“ Reformstudiengang. Sie brachte den ersten Stein für diese Dissertation zum Rollen, in dem sie mir ein Gespräch mit Frau Dr. Michaelis ermöglichte.

**-Frauenärztin Dr. med. Silke Michaelis**, zu Beginn meiner wissenschaftlichen Arbeit Oberärztin der geburtshilflichen Abteilung des Campus Benjamin Franklin der Charité, für die Überlassung des hochinteressanten Thema und dem Herstellen des Kontaktes zu S.I.G.N.A.L.e.v..

**-Frauenärztin PD Dr. med. Kaven Baeßler**, Leiterin der urogynäkologischen Abteilung des Campus Benjamin Franklin der Charité, für die intensive Betreuung dieser Promotion, die produktive wissenschaftliche Zusammenarbeit sowie die aufmunternden und motivierenden Worte in der Endphase.

**-Frauenärztin Dr. med. A. Dückelmann**, damals noch Assistenzärztin der Geburtshilfe am Campus Mitte und selbst Doktorandin, für die Hilfe beim Ethikantrag und die ersten Schritte mit den Teams vor Ort.

-den **MitarbeiterInnen** der jeweiligen **Ambulanzen** für Ihre Unterstützung und Zusammenarbeit.

**-Frau Dipl. Pol. Karin Wieners, MPH und Frau Dipl. Päd. Hildegard Hellbernd, MPH** von S.I.G.N.A.L.e.v., ohne deren Hilfe die Umsetzung der Arbeit nicht möglich geworden wäre. Sie legten meinen Grundstein für ein einfühlsames, empathisches und professionelles Arbeiten im Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt. In jede Phase dieser Arbeit wurde ich von ihnen intensiv, professionell und warmherzig begleitet. Ihr kompetenter Rat und ihre Hilfe kamen mir in zahlreichen Angelegenheiten sehr zugute. Außerdem ermöglichten sie mir die Daten in wissenschaftlichen Vorträgen zu präsentieren und internationale Kontakte u.a zu Lorraine Bacchus zu knüpfen.

**-Frau Kurmeyer**, der zentralen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der Charité, für ihr Vertrauen in mich und meine Arbeit, die Finanzierung der 2000 Notfallkarten und ihre Eröffnungsrede des Symposiums „Schutz vor Gewalt in der Schwangerschaft“.

**-Prof. Dr. med. Dudenhausen**, der dieses Thema als damaliger Chefarzt bewilligte und mir die Teilnahme am 9th World Congress of Perinatal Medicine (2009) ermöglichte, um dem Vortrag von Frau Dr. med. Michaelis „Screening for domestic violence in pregnancy-preliminary data from

## 14 Danksagung

German maternity hospitals“ beizuwohnen, in dem die erste Präsentation meiner Ergebnisse stattfand; sowie der Finanzierung des Caterings beim Symposium „Schutz vor Gewalt in der Schwangerschaft“.

-den **Hebammen Ulrike Thürkow, Dagmar Dräger, Heidrun Ebel und Ina Pröfrock** sowie der **Frauenärztin und Ärztin für anthroposophische Medizin Andrea Merholz**. Sie ermöglichten mir durch ihre individuelle Betreuung ein solides Fundament in der Geburtshilfe zu schaffen und über den schulmedizinischen Tellerrand hinauszuschauen. Die Schwangeren, die ich betreue profitieren noch heute von dem geburtshilflichen Wissen, welches mir von ihnen vermittelt wurde.

-**Stephanie Matthews** und **Jacob Rösler**, den fleißigen HelferInnen für die Übersetzungen der Fragebögen.

-Dipl. Psychologin und psychologische Psychotherapeutin **Sabine Eikermann** für die Fleißarbeiten, Korrekturen und Optimierungen am Ende: das Lektorat.

-ein besonderer Dank gilt **all den Frauen**, die durch ihre Teilnahme an meiner Umfrage zur Frauengesundheit in der Schwangerschaft“ diese Dissertation ermöglichten. Ich danke den betroffenen für ihren Mut einen Teil ihrer Erlebnisse in Worte zu fassen und mich an ihrem Alltag teilhaben zu lassen.

-Last but not least: meinem geliebten **Ehemann**. Ich bedanke mich für deine uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung in diesen 6 langen Doktorarbeitsjahren mit all ihren kritischen Diskussionen sowie äußerst konstruktiven und wertvollen inhaltlichen Anmerkungen. Diese Arbeit widme ich dir.