

**Gewaltbetroffene Frauen als „Hard to Reach“-
Klientinnen im Wiener Gesundheitssystem? –
Ein möglicher Auftrag für die Klinische Soziale Arbeit?**

Elisabeth Gruber

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

*Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!*

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Elisabeth Gruber

Gewaltbetroffene Frauen als „Hard to Reach“ - Klientinnen im Wiener Gesundheitssystem?

Ein möglicher Auftrag für die Klinische Soziale Arbeit?



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Elisabeth Gruber

Gewaltbetroffene Frauen als „Hard to Reach“ - Klientinnen im Wiener Gesundheitssystem? – Ein möglicher Auftrag für die Klinische Soziale Arbeit?

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-45-1

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Kurzfassung

In der vorliegenden Masterarbeit wurde erforscht, wie es Gesundheitsfachkräften sowohl im stationären als auch im ambulanten Gesundheitsbereich gelingen kann, gewaltbetroffene Frauen in Paarbeziehungen im Wiener Gesundheitssystem als solche zu erkennen und daran anschließend eine Unterstützung zu bieten, die es den Frauen gleich oder nach einiger Zeit möglich macht, sich an Opferschutzeinrichtungen zu wenden.

Dabei wurde erforscht, welche Ideen und Verbesserungsvorschläge Expertinnen sowohl aus dem Gesundheitsbereich als auch aus dem Opferschutzbereich für eine verbesserte Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem haben und welche Bedeutung dabei der klinischen Sozialen Arbeit zukommt. Die Datenerhebung erfolgte qualitativ durch problemzentrierte Leitfadeninterviews mit ExpertInnen sowohl aus dem Gesundheitssystem als auch aus dem Opferschutzbereich.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem nur dann über ihre erlittenen Misshandlungen sprechen, wenn die Gesundheitsfachkräfte psychosozial agieren. Auf Grund mangelnder Schulungen und der derzeit herrschenden Rahmenbedingungen in den Krankenanstalten, gelingt es den Gesundheitsfachkräften jedoch nur teilweise psychosoziales Handeln umzusetzen. Die seit 2009 verpflichtenden Opferschutzgruppen sind als Chance zu betrachten, die Situation zu verbessern. Dies geht jedoch nur mit Unterstützung von „höheren“ Stellen, die Gewalt als gesundheitliches Problem anerkennen und somit psychosoziale Hilfe im Gesundheitssystem fördern. Die klinische Soziale Arbeit, könnte einen wichtigen Beitrag zur verbesserten Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem leisten.

Abstract

In my Masterthesis it was examined how people working in the Austrian health care system in the inpatient section as well as in the ambulant section can be assisted to help them recognize women who are affected by a violent relationship. People working in the health care system should also be able to support women to apply to an institution which protects victims from a perpetrator.

It was examined which ideas visions and proposals for improvements experts in the health care system and the area of victim protection have to help abused women within the health care system. The data acquisition included interviews with experts from the health care system and the area of victim protection.

The results show that abuse women within the health care system of Vienna only talk about their experience if the experts in the health care system act psychosocial. Due to the deficient education and the current conditions in the hospitals it is only partly possible by the specialists to work psychosocial. Since the introduction of compulsory victim-protecting groups in 2009 there is a chance to improve the situation. However, this is only possible by the support of new work positions which acknowledge violence as a health problem and hence promote psychosocial help in the health care system. The clinical social work which is anchored in the health care as well as in the welfare system could contribute to improve reaching women affected by violence

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	8
2.	Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften - gesundheitliche Folgen.....	10
	2.1 Definitionen.....	10
	2.1.1 Definition „Gewalt in Partnerschaften“	10
	2.1.2 Definition "Gesundheit"	12
	2.2 Gewaltprävalenz.....	12
	2.3 Gesundheitliche Folgen.....	13
	2.3.1 Körperliche Folgen von Gewalt in Partnerschaften.....	14
	2.3.2 Psychische Folgen von Gewalt in Partnerschaften.....	15
	2.3.3 Exkurs: Definition „Trauma“	16
	2.3.4 Biopsychosoziale Folgen von Gewalt in Partnerschaften	18
3.	Wiener Gesundheitssystem als Ort für Gewaltprävention	20
	3.1 Gesundheitssystem und Gewaltprävention	21
	3.1.1 Gesundheitssystem als erste Anlaufstelle	21
	3.1.2 Adäquate Versorgung im Gesundheitssystem.....	22
	3.1.3 Frühzeitige Versorgung im Gesundheitssystem	23
	3.2 Resümee	23
	3.3 Gewaltpräventionsmaßnahmen im Wiener Gesundheitssystem.....	24
	3.3.1 Begriffsklärung „Wiener Gesundheitssystem“.....	24
	3.3.2 Opferschutzgruppen im Wiener Gesundheitssystem.....	24
	3.3.3 Projekte im Wiener Gesundheitssystem	25
	3.3.4 Exkurs: Maßnahmen in Niederösterreich.....	26
4.	Gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als „Hard to Reach“ - Klientinnen?	27
	4.1 Gewaltbetroffene Frauen als „Hard to Reach“ - Klientinnen.....	27
	4.1.1 Theoretischer Abriss - „Hard to Reach“	27
	4.1.2 Definition „Hard to Reach“	31
	4.1.3 Voraussetzungen für die Erreichung.....	32
	4.2 Möglichkeiten im Gesundheitssystem	33
	4.2.1 Anerkennung von Gewalt als gesundheitliches Problem.....	34
	4.2.2 Zwischenmenschliche Solidarität.....	35
	4.2.3 Schaffung von Sicherheit	36
	4.2.4 Alternativenverfahren.....	38
	4.2.5 Geschlechtsspezifisches Empowerment	39
	4.2.6 Vernetzung	41
	4.3 Resümee	42
5.	Klinische Soziale Arbeit im Umgang mit „Hard to Reach“ - KlientInnen	43
	5.1 Bedeutung der Klinischen Sozialen Arbeit.....	43
	5.2 Methoden der Klinischen Sozialen Arbeit	44
	5.2.1 „Person-in-Environment“ Konzept.....	44
	5.2.2 Psychosoziale Traumalogie	45
	5.2.3 Klinisch-Sozialarbeiterische Diagnostik	49
6.	Empirische Forschung.....	49
	6.1 Forschungsziel und Forschungsfrage	49
	6.2 Forschungsfeld	50
	6.3 Forschungsmethode.....	50
	6.4 Forschungsinstrumentarien	50
	6.4.1 Leitfadengestütztes ExpertInneninterview	50

	6.4.2Analyse von Vorträgen	51
	6.5Durchführung	51
	6.5.1Vorbereitungsphase	52
	6.5.2Interviewphase	52
	6.5.3Auswertungsphase	52
7.	Forschungsergebnisse	54
	7.1Hinderliche Faktoren im Gesundheitssystem	54
	7.1.1Institutionelle Barrieren	54
	7.1.2Individuelle Barrieren	55
	7.1.3Gesellschaftliche Barrieren	57
	7.2Förderliche Faktoren im Gesundheitssystem	59
	7.2.1Erkennen von Gewalthinweisen	59
	7.2.2Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen	61
	7.3Hinderliche Faktoren bei niedergelassene ÄrztInnen	65
	7.3.1Gefährder und Opfer in der Praxis	66
	7.3.2Angst vor schlechtem Ruf	66
	7.3.3Unsicherheit	66
	7.3.4Medizinischer Blick	66
	7.3.5Zeitdruck	67
	7.4Förderliche Faktoren bei niedergelassenen ÄrztInnen	67
	7.4.1Vernetzung	67
	7.4.2Installierung einer Koordinationsstelle	68
	7.4.3Schulungen für niedergelassene ÄrztInnen	68
	7.5Gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund	69
	7.5.1Information und Aufklärung durch Infomaterialien	70
	7.5.2DolmetscherInnen und verschiedensprachige Fachkräfte	70
	7.5.3Vernetzung mit migrationsspezifischen Einrichtungen	71
	7.5.4Vorurteile verhindern	72
	7.5.5Lebensweltlicher Zugang	72
	7.6Opferschutzgruppen	72
	7.6.1Bekanntheit der Opferschutzgruppen	72
	7.6.2Chancen durch Opferschutzgruppen	73
	7.6.3Tätigkeiten und Funktionen der Opferschutzgruppen	73
	7.6.4Mitglieder von Opferschutzgruppen	75
	7.6.5Voraussetzung für eine professionelle Opferschutzgruppe	76
	7.7Wichtige Berufsgruppen	77
	7.7.1Pflege	77
	7.7.2Rettung	77
	7.7.3ÄrztInnen	77
	7.7.4SozialarbeiterInnen	78
	7.7.5Sprechstundenhilfe	78
	7.7.6Sonstige Berufsgruppen	78
8.	Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse	79
	8.1Problemaufriss	79
	8.2Beantwortung der Fragestellung	80
	8.2.1Bildung als Voraussetzung für die Erreichung	80
	8.2.2Gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund	83
	8.2.3Opferschutzgruppen als Chance	83
	8.2.4Einbezug von niedergelassenen ÄrztInnen	85
	8.2.5Klinisch-Sozialarbeiterische Interventionen sind förderlich	85
9.	Resümee und Ausblick	87
10.	Quellenverzeichnis	91
11.	Anhang	98

11.1 Interviewausschnitte	98
11.2 Interviewleitfaden	100

Einleitung

Gewalt in Paarbeziehungen hat enorme biopsychosoziale Folgeerscheinungen für die betroffenen Frauen (vgl. Egger et al., 1995, S. 13). Die am häufigsten auftretenden Leiden sind körperliche Verletzungen, somatische Erkrankungen, psychische und psychosomatische Beschwerden. Ferner kann Gewalt in Paarbeziehungen zu Problemen bei der reproduktiven Gesundheit, zu gesundheitsgefährdendem Verhalten - wie etwa Rauchen - führen und im schlimmsten Falle auch tödlich sein (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 26ff). Soziale Isolation (vgl. Egger et al., 1995, S. 13) und sozioökonomische Probleme (vgl. GiG-net, 2008, S. 62-68) sind weitere Folgeerscheinungen von Gewalt in Paarbeziehungen. Viele der gewaltbetroffenen Frauen sprechen jedoch trotz dieser starken biopsychosozialen Belastungen nicht über ihre erlittenen Misshandlungen. Wenn Frauen davon erzählen, dann sind die Ansprechpersonen mehrheitlich (62%) Menschen im sozialen Nahraum (vgl. Müller et al., 2004, S. 162). Professionelle HelferInnen sind zwar weniger oft AnsprechpartnerInnen als nahe Bezugspersonen, stellen aber trotzdem für 20% der gewaltbetroffenen Frauen in Paarbeziehungen wichtige AnsprechpartnerInnen dar (vgl. ebenda).

Speziell Fachkräfte im medizinischen System haben die Chance solche AnsprechpartnerInnen zu werden, denn die medizinische Hilfe wird von den betroffenen Frauen gegenüber der psychosozialen Hilfe oder polizeilichen präferiert (medizinische Hilfe 21% / psychosoziale Hilfe 17% / polizeiliche Hilfe 13%). Die Zahl der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe erhöht sich von 21% auf 37%, wenn die betroffenen Frauen direkte Verletzungsfolgen haben oder sich vor einer lebensgefährlichen Verletzung fürchten (vgl. ebenda, S. 159). Grundsätzlich nimmt ca. jede fünfte Frau, die von körperlicher Gewalt innerhalb von Paarbeziehungen betroffen ist, das Medizinsystem in Anspruch (vgl. Müller et al., 2004, S. 160ff). Folglich nimmt dieses als „niederschwelliger Interventionsbereich“ (Schleicher, 2011, S. 20) eine bedeutende Rolle bei der Erreichung gewaltbetroffener Frauen in Paarbeziehungen ein (vgl. ebenda; Campbell, 2002, S.1331ff).

Der Schluss, dass auf Grund der hohen (jede fünfte gewaltbetroffene Frau in Paarbeziehungen) Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen das Gesundheitssystem die meisten Vermittlungen zu Gewaltschutzeinrichtungen durchführt, liegt nahe. Die Statistik des Vereins Wiener Frauenhäuser zeigt jedoch mit einem Anteil von 4% aller Vermittlungen ein anderes Bild: nur 4% der Frauen in den Wiener Frauenhäusern erfuhren durch das Wiener Gesundheitssystem von der Existenz des Vereins (vgl. Kronberger, 2011, S. 52 - 57). Nimmt man Bezug auf die Zahlen der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“

(Müller et al., 2004, S. 1), könnte es viele gewaltbetroffene Frauen geben, die das Gesundheitssystem zwar als Anlaufstelle nutzen, dort jedoch nicht von ihren erlittenen Misshandlungen erzählen beziehungsweise keine AnsprechpartnerInnen für diese Problematik finden und folglich auch keine psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen. Daraus ergibt sich die Frage, wie Gesundheitsfachkräfte agieren und handeln müssten beziehungsweise welche Rahmenbedingungen sie bräuchten, um vermehrt zu AnsprechpartnerInnen von gewaltbetroffenen Frauen zu werden.

Gahleitner et al. definieren Personen, die mehrere Problemlagen gleichzeitig aufweisen und trotzdem keine psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen beziehungsweise nehmen können, als „Hard to Reach“ KlientInnen (vgl. Gahleitner et al., 2009^a, S. 321 – 322). Demzufolge könnten gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als sogenannte „Hard to Reach“ - Klientinnen bezeichnet werden. In welchem Ausmaß von gewaltbetroffenen Frauen im Wiener Gesundheitssystem nun sogenannte „Hard to Reach“ - Klientinnen im sind, welche Ideen und Verbesserungsvorschläge die einzelnen ExpertInnen im Gesundheits- und Gewaltschutzsystem zur Lösung der Problematik haben und welche Strategien zur besseren Erreichung gewaltbetroffener Frauen im Wiener Gesundheitssystem bereits angewendet werden, ist der Inhalt dieser Forschungsarbeit. Die Ergebnisse sollen Rückschlüsse für einen möglichen Auftrag für die Klinische Soziale Arbeit liefern. Basierend auf diesen Überlegungen lautet die forschungsleitende Fragestellung folgendermaßen:

„Wie können gewaltbetroffene Frauen in Paarbeziehungen im Wiener Gesundheitssystem besser auf einer psychosozialen Ebene erreicht werden – und welche Aufträge ergeben sich daraus für die Klinische Soziale Arbeit?“

Der theoretische Teil gliedert sich in drei Kapitel. Im ersten Kapitel werden die biopsychosozialen Folgeerscheinungen von Gewalt in Paarbeziehungen beschrieben. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der Bedeutung des Gesundheitssystems für den Gewaltschutz, zudem werden die bisherigen Gewaltschutzmaßnahmen und die gesetzlichen Regelungen zu den Opferschutzgruppen geschildert. Im dritten Teil „Klinische Soziale Arbeit im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen als ‘Hard to Reach’- Klientinnen im Gesundheitssystem“, wird zuerst auf den kontrovers diskutierten Begriff „Hard to Reach“ eingegangen. Anschließend wird beschrieben ab wann gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als „Hard to Reach“ Klientinnen gesehen werden können und welchen Beitrag die Klinische Soziale Arbeit für die Erreichung dieser Personengruppe leisten kann. Dabei wird der Fokus vor allem auf die psychosoziale Traumatalogie und das „Person-in-Environment“ Konzept gelegt.

Im empirischen Teil wird auf die konkrete Situation der gewaltbetroffenen Frauen im Wiener Gesundheitssystem eingegangen. Dabei werden die Ergebnisse der qualitativen Leitfadeninterviews, die mit acht Fachkräften sowohl aus dem Gewaltschutzsystem als auch aus dem Gesundheitssystem durchgeführt wurden, präsentiert. Den Abschluss bildet eine theoretische Diskussion mit der Analyse der Ergebnisse.

Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen - gesundheitliche Folgen

2.1 Definitionen

2.1.1 Definition „Gewalt in Paarbeziehungen“

Die WHO unterscheidet zwischen individuumsbezogener Gewalt (Selbstverletzung), Beziehungsgewalt (Familie, Partnerschaft), Gewalt in der Gemeinschaft (Nachbarn) und struktureller Gewalt (Politik, Wirtschaft) (vgl. WHO, 2002, S. 7). Die vorliegende Arbeit bezieht sich allgemein auf die Beziehungsgewalt und speziell auf gewaltbetroffene Frauen in Paarbeziehungen. Wenn somit von Gewalt gesprochen wird, so ist, wenn nicht ausdrücklich anders ausgewiesen, die Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen im Gesundheitssystem gemeint. Folglich wird auch nur die Gewalt in Paarbeziehungen definiert. Die Definition der anderen Gewaltformen würde den Rahmen der Arbeit übersteigen.

Gewalt in bestehender oder aufgelöster Ehe und Partnerschaft bzw. Gewalt in Paarbeziehungen stellt eine Kombination aus physischer, sexualisierter, psychischer, sozialer und ökonomischer „Kontrollstrategien“ dar (vgl. Wieners et al., 2012^b, S. 30). Außerdem handelt es sich, wie aus dem Bericht „Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend hervorgeht, bei „häuslicher Gewalt“, „männlicher Gewalt gegen Frauen“ oder bei dem derzeit im Sprachgebrauch verwendeten Ausdruck „Gewalt in der Ehe und Partnerschaft“ beinahe immer um geschlechtsbezogene Gewalt gegen Frauen, welche in Beziehung zu den männlichen Tätern stehen (vgl. Schleicher, 2011, S. 5). Gewalt im Geschlechterverhältnis bzw. Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen ist weltweit, so Brückner, in die

„kulturell vorherrschende Konstruktion des Geschlechterverhältnisses eingebettet und zwar als grundsätzliche Dominanz des einen Geschlechtes über das andere.“ (Brückner, 2002, S. 9)

Auch Egger et al. definieren Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen als geschlechtsbezogene Gewalt, wenn sie schreiben, dass „Gewalt gegen Frauen tief in den Strukturen der patriarchalen Gesellschaft verankert ist“ (Egger et al., 1995, S. 11). Laut

Hagemann-White, welche ebenso die männliche Vorherrschaft und die patriarchalen Machtverhältnisse als Grund für die Gewalt im Geschlechterverhältnis sieht, beginnt Gewalt im Geschlechterverhältnis dort, wo Frauen in ihrer körperlichen und seelischen Integrität verletzt werden (vgl. Hagemann-White et al., 1997, S. 237ff). Gewalt im Geschlechterverhältnis ist laut der Autorin:

„jede Verletzung der körperlichen oder seelischen Integrität einer Person, welche mit der Geschlechtlichkeit des Opfers und des Täters zusammenhängt und unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses durch die strukturell stärkere Person zugefügt wird.“ (Hagemann-White, 1992, S. 23)

Aus dieser Definition von Hagemann-White et al. geht deutlich hervor, dass Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen nicht losgelöst von gesellschaftlichen Machtverhältnissen gesehen werden kann und starke gesundheitliche Auswirkungen für die betroffenen Frauen hat. Diese Definition von Gewalt in Paarbeziehungen ist die Grundlage für die vorliegende Forschungsarbeit. Dies nicht zu letzt deswegen, weil auch die Wiener Gewaltschutzeinrichtungen Definitionen liefern, welche patriarchale Machtstrukturen als Grund für Gewalt in Paarbeziehungen anführen (vgl. Homepage: Wiener Interventionsstelle, 2012; vgl. Homepage: Verein Wiener Frauenhäuser, 2012) und weil aus der österreichischen Prävalenzstudie „Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld“ deutlich wird, dass Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen deren Integrität verletzt. Denn laut der österreichischen Prävalenzstudie erleben Frauen körperliche Übergriffe grundsätzlich bedrohlicher als Männer. So berichten in erwähnter Studie etwa 13,3% der Frauen, getreten, gestoßen und/oder hart angefasst worden zu sein – und dies als bedrohlich empfunden zu haben. Auch die psychische Gewalt, welche von den Frauen als „auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet und gedemütigt“ beschrieben wird, empfinden die Frauen bedrohlicher als Männer (Kapella et al., 2011, S.61ff).

Schlussendlich eignet sich die Definition von Hagemann-White et al. für diese Forschungsarbeit sehr gut, weil sie neben gesellschaftlichen Machtverhältnissen auch gesundheitliche Folgen ausdrückt und es in vorliegender Forschungsarbeit um gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem und somit auch um gesundheitliche Aspekte geht. Folglich wird für vorliegende Forschungsarbeit angenommen, dass sich Gewalt in Paarbeziehungen in unterschiedlichen Formen zeigt und dass gerade Frauen diese als sehr bedrohlich empfinden. Außerdem, wird davon ausgegangen, dass sie nicht unabhängig von patriarchalen Machtstrukturen ausgeübt wird und negative gesundheitliche Auswirkungen hat.

2.1.2 Definition "Gesundheit"

Laut der 1986 begründeten Ottawa-Charta ist Gesundheit als ein „ [...] umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden [...]“ (Ottawa-Charta, 1986, S.1) zu verstehen. Folglich ist Gesundheit nicht in erster Linie ein Lebensziel, sondern ein „wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens“ (ebenda). Soziale und individuelle Ressourcen sind in Bezug auf Gesundheit ebenso wichtig wie körperliche. Das heißt, dass die Verantwortung für die Gesundheit von Menschen nicht nur beim medizinischen Gesundheitswesen, sondern auch bei allen Bereichen der Politik liegt (ebenda). Auch Pauls gibt an, dass Krankheiten und Störung nicht nur auf einzelne Personen, sondern auch auf „größere soziale Einheiten“ (Pauls, 2010, S. 95) wie Familie, Nachbarn und Institutionen zurückzuführen sind (vgl. ebenda). Laut dem Autor muss der soziale Aspekt bei körperlichen und/oder bei psychischen Erkrankungen beachtet werden (vgl. ebenda). Deswegen ist Gesundheitsförderung mehr als nur die Beseitigung von Symptomen und Risikofaktoren. Der Blick ist zusätzlich auf Stärken, Ressourcen und Schutzfaktoren von Menschen zu richten (vgl. Sting et al., 2000, S. 10).

Dieses Verständnis von Gesundheit ist Grundlage von vorliegender Forschungsarbeit. Erstens weil sich die Klinische Soziale Arbeit daran anlehnt (vgl. Gahleitner et al., 2009^a, S. 322) und zweitens weil auch der Wiener Krankenanstaltenverbund im Leitbild erwähnt, dass kranke und pflegebedürftige Menschen entsprechend ihren medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und psychosozialen Bedürfnissen versorgt werden müssen (vgl. Homepage: Wiener Krankenanstaltenverbund, 2012).

2.2 Gewaltprävalenz

Durch Gewaltprävalenzstudien wird es möglich, das Ausmaß der Gewaltbetroffenheit in einer Bevölkerung quantitativ zu erfassen. Sie stellen die Häufigkeit der erlebten Gewalt im bisherigen Leben oder innerhalb eines bestimmten Erfassungszeitraumes von Menschen dar. Die Gewaltprävalenz bei Frauen zeigt somit auf, wie häufig Frauen Gewaltübergriffe innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erlebt haben (vgl. Kapella et al., 2011, S. 33).

Da es bei vorliegender Forschungsarbeit um die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Wiener Gesundheitssystem geht, spricht um Frauen, welche zuvor weder eine Anzeige erstattet haben, noch in einer Beratungseinrichtung waren, ist eine Prävalenzstudie notwendig, welche sich ganz allgemein mit dem Ausmaß und auch mit der Streuung von Gewalt innerhalb der Bevölkerung befasst (vgl. Kapella et al., 2011, S. 33). Kriminalstatistiken und Statistiken von

Institutionen wie etwa Beratungseinrichtungen oder Krankenhäusern zeigen nur Daten derer, die diese Angebote nutzen (vgl. ebenda).

Bis 2011 gab es in Österreich keine repräsentative Gewaltprävalenzstudie. Die Zahlen wurden aus Deutschland übernommen. Dort ist jede vierte Frau (16-85 Jahre), welche in einer Partnerschaft lebt, sowohl von körperlicher als auch teilweise von sexueller Gewalt, einmal oder auch mehrmals in ihrem Leben, betroffen (vgl. Müller et al., 2004, S. 30). Seit 2011 gibt es nun auch in Österreich die erste repräsentative Gewaltprävalenzstudie zu „Gewalt an Frauen und Männern“. In dieser Studie wird einerseits die Prävalenz über Gewalt in der Familie und über die Gewalt im sozialen Nahraum thematisiert. Folgende Gewaltformen wurden dabei beleuchtet: psychische Gewalt, körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt (vgl. Kapella et al., 2011, I). Dabei erlebten Frauen in Österreich Gewalt mehrheitlich in der Wohnung. Männer hingegen erfahren Gewalt eher im öffentlichen Raum. So erlebt beispielsweise jede zweite Frau körperliche Gewalt und jede dritte Frau sexuelle Gewalt in ihrer Wohnung. Bezogen auf die erforschten Gewaltformen ergeben sich folgende Gewaltprävalenzen in Österreich bei Frauen in Partnerschaften:

- Psychische Gewalt: 44,6%
- Körperliche Gewalt: 29,1%
- Sexuelle Belästigung: 12,4%
- Sexuelle Gewalt: 10,7%

(vgl. Kapella et al., 2011, S. 63)

2.3 Gesundheitliche Folgen

Gesundheitliche Folgeerscheinungen von Gewalt in Partnerschaften sind mittlerweile sehr gut erforscht. Diese Forschungsarbeiten machen deutlich, dass “die multiplen Folgen von häuslicher Gewalt für die einzelnen Opfer gravierend sind [...]“ (GiG-net, 2008, S. 50). Geschlechtsbezogene Gewalt überschreitet folglich die Grenzen der persönlichen Integrität einer Frau (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 16ff). So haben beispielsweise bei einer Befragung der Rettungsstelle des Klinikums Charité in Berlin 57% der gewaltbetroffenen Frauen in Partnerschaften über gesundheitliche Probleme, welche auf Grund der Gewalt entstanden sind, berichtet (vgl. Wieners et al., 2012^a, S. 68). Eine systematisierte Erfassung der Gesundheitsschäden ist jedoch kaum möglich. Zu komplex sind die Folgen und deren

Wechselwirkungen (vgl. GiG-net, 2008, S. 50). So beschreiben beispielsweise Hornberg et al., dass neben dem Gewaltereignis auch individuelle Bewertungen und individuelle Verarbeitungen Einfluss auf körperliche und psychische Auswirkungen nehmen (vgl. Hornberg et al., 2008, S. 16). Außerdem, so Hagemann-White et al., hinterlässt Gewalt je nach persönlicher Geschichte und den vorliegenden Umständen unterschiedliche Symptome (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 16ff).

2.3.1 Körperliche Folgen von Gewalt in Partnerschaften

Körperliche Folgen beinhalten sowohl „typische Verletzungen“ als auch sogenannte Mehrfachverletzungen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 43). Dies sind jedoch nicht die einzigen körperlichen Folgeerscheinungen. Zusätzlich kann noch unterschieden werden zwischen akuten direkten Folgen, dauerhaften Behinderungen, gynäkologischen Leiden, (psycho)somatischen Folgen und chronischen Folgen. Diese unterschiedlichen Folgeerscheinungen werden nun aufgelistet.

Akute direkte Verletzungen

Dazu zählen beispielsweise Stich- bzw. Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Risswunden, Prellungen, Hämatome/Trommelfellverletzungen) (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 112). Eine Befragung von Betroffenen der Rettungsstelle der Charité Berlin hat folgende Zahlen ergeben:

- Körperliche Hämatome/Prellungen (44%),
- Knochenbrüche/Quetsch – Riss - Verletzungen (10%) sowie
- Stich-/Schuss- und Brandverletzungen (10%)

Mehr als die Hälfte der körperlichen Verletzungen sind laut Wieners et al. Kopfverletzungen (vgl. Wieners et al., 2012^a, S. 68). Auch Campbell berichtet, dass die meisten verletzten gewaltbetroffenen Frauen Wunden im Bereich Kopf, Gesicht, Hals, Brust, Brustkorb und Unterleib haben (mehr als Frauen, die nicht gewaltbetroffen sind) (vgl. Campbell, 2003, S. 1332).

Dauerhafte Behinderungen

Dazu zählt die Einschränkung der Beweglichkeit und die verminderte Seh- bzw. Hörfähigkeit (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 26).

Gynäkologische Leiden

Dies sind vor allem Krankheiten, welche die reproduktive Gesundheit einer Frau gefährden (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 43). Hellbernd et al. nennen beispielsweise Eileiter- und Eierstockentzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, usw. (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 28). Dazu wird aus einer Forschung im Klinikum Charité Berlin deutlich, dass von Gewalt betroffene Frauen ein dreimal so großes Risiko an gynäkologischen Beschwerden haben, als nicht gewaltbetroffene Frauen (vgl. Wieners et al., 2012^a, S. 68). Auch Campbell gibt an, dass gynäkologische Leiden die schwerwiegendsten körperlichen Folgeerscheinungen von Gewalt sind (vgl. Campbell, 2003, S. 1332)

Chronische Folgen

Hagemann-White et al. erwähnen beispielsweise „chronische-reizbare-Magendarmstörung“, Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen und auch den Gebrauch von psychotropen Medikamenten (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 43). Aus der Forschung der Charité Berlin gehen passend dazu folgende chronische Beschwerden hervor:

- Magen-Darm Beschwerden (23%)
- Herz-Kreislauf-Beschwerden (14%)
- Kopfschmerzen/Migräne (18%)

(vgl. Wieners et al., 2012^a, S. 68)

Auch sexuell übertragbare Krankheiten können zu den chronischen Folgen gezählt werden. Gerade die sexuelle Gewalt geht sehr oft einher mit sogenannten „controlling acts“, sexueller Herabwürdigung und dem Verbot von Verhütung. Laut Campbell kann daraus eine Verbindung zwischen sexueller Gewalt und sexuell übertragbaren Krankheiten hergestellt werden (vgl. Campbell, 2003, S. 1331ff).

(Psycho) somatische Folgen

Gewaltbetroffene Frauen erzählen von chronischen Anspannungen, Angst und Verunsicherung. Diese „Stressreaktionen“ können psychosomatische Gesundheitsfolgen auslösen. Typische Beschwerden sind beispielsweise Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen. Des Weiteren zählen Magen-Darmstörungen wie Übelkeit und Brechreiz zu den Folgeerscheinungen. Auch Atemnot und Essstörungen können zu den psychosomatischen Folgeerscheinungen gezählt werden (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 27).

2.3.2 Psychische Folgen von Gewalt in Partnerschaften

Gewalt in Paarbeziehungen kann zu einer psychiatrischen Beeinträchtigung und zu psychiatrischen Erkrankungen führen (Wieners et al., 2012^a, S. 68). Erforschte psychische Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen sind vor allem Depressionen, Angstattacken, Panikattacken, Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Störungen des sexuellen Empfindens, Angst vor Nähe und Intimität und der Verlust von Selbstachtung bzw. des Selbstwertgefühles (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 28). Hagemann-White et al. erwähnen zusätzlich noch die Suizidalität und die Posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 34). Laut Schulze et al. führt gerade die Posttraumatische Belastungsstörung nicht selten zu langfristigen psychosomatischen und psychischen Erkrankungen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 24).

2.3.3 Exkurs: Definition „Trauma“

Laut Herman ist ein traumatisches Ereignis, eine Situation

„[...] wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist diese Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten. (Herman, 2003, S. 53)

Die posttraumatische Belastungsstörung (Typ 1) ist als Reaktionen von Menschen auf ein traumatisches Ereignis zu verstehen (vgl. Streeck-Fischer et al., 2001, S. 16). Treten traumatische Ereignisse immer wieder auf, so kann dies außerdem eine „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (Typ 2) mit sich bringen (vgl. ebenda.)

Posttraumatische Belastungsstörung (Typ1)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist laut dem ICD 10 eine psychische Störung (ICD 10, 2013, F43.1). Sie ist als eine Reaktion eines Menschen auf ein traumatisches Ereignis zu verstehen (vgl. Streeck-Fischer et al., 2001, S. 16). Traumatische Erfahrungen sind Ohnmachtserfahrungen. Diese Ohnmachtserfahrungen können, wenn unterstützende Bedingungen fehlen, zur posttraumatischen Belastungsstörung (Typ 1) führen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 6-7).

Laut dem ICD 10

„[...] entsteht [diese] als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder

katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweigung hervorrufen würde [...]“ (ICD 10, 2013, F43.1).

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung (Typ 2)

Treten diese Ohnmachtserfahrungen bzw. traumatisierenden Ereignisse bei fehlenden unterstützenden Bedingungen immer wieder auf, so wird von „kumulativen Traumata“ gesprochen. Diese Art von Traumatisierung entsteht unter anderem beim Erleben von regelmäßiger zwischenmenschlicher Gewalt (vgl. Schulze et al., 2012, S. 11). Aus dem ICD 10 geht das „kumulative Trauma“ als „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung“ hervor. Sie wird von Streeck-Fischer et al. als „Typ 2 Traumata“ bezeichnet (vgl. Streeck-Fischer, 2001, S. 16). Nicht selten sind solche Traumatisierungen auf Gewalt beziehungsweise „inadäquate soziale Umstände“ zurückzuführen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 12). Dazu geht aus dem ICD 10 folgendes hervor:

„Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss.“ (ICD 10, 2013, F62.0)

Folgen

Je nachdem, ob es sich um eine Posttraumatische Belastungsstörung (Typ 1) oder um eine „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung“ (Typ 2) handelt, sind die Folgen andere. So ist bei den „Typ I Traumata“ (Posttraumatische Belastungsstörungen) das Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses in Form von „Flashbacks“ oder „Intrusionen“ bezeichnend. Dieses Wiedererleben ist sowohl körperlich als auch psychisch belastend. Betroffene versuchen folglich, dieses „Wiedererleben“ zu vermeiden. Eine bekannte Umgangsweise damit ist beispielsweise die Vermeidungsstrategie. Dabei werden Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten und auch Orte vermieden, welche die traumatischen Erinnerungen beleben könnten. Das Gefühl von „Losgelöstheit“ von Anderen bzw. eine Art Entfremdung kann aus dieser Vermeidungshaltung resultieren. Ferner können auch emotionale Instabilität und depressive Verstimmungen die Folge sein. Diese wiederum führen zu folgenden psychischen Beeinträchtigungen:

- körperliche Übererregung (Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwäche,

Überwachbarkeit, Schlafschwierigkeiten)

- selbstschädigendes Verhalten
- Suizidhandeln
- Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation

(vgl. Schulze et al., 2012, S. 24 - 25).

Typ 2 Traumata (andauernde Persönlichkeitsstörungen nach Extrembelastungen) zeichnen sich im Gegensatz zum Typ 1 durch ihre andauernden Traumatisierungen aus. Dies ist der Fall, wenn sich traumatische Erfahrungen, wie beispielsweise Gewalt über Jahre hinweg ständig wiederholen. Streeck-Fischer et al. dazu:

„Besonders gravierende Folgen haben chronisch traumatische Belastungen, die von nahen und vertrauten Personen ausgeübt werden.“ (Streeck-Fischer et al., 2001, S. 8)

Auswirkungen von solchen kumulativen Traumatisierungen sind nicht selten Persönlichkeitsveränderungen, welche kaum von psychiatrischen Erkrankungen zu unterscheiden sind (vgl. Schulze et al., 2012, S. 25).

2.3.4 Biopsychosoziale Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen

Gewalt in Paarbeziehungen verursacht körperliche, psychische und soziale Probleme, welche sich wechselseitig beeinflussen. Folglich verursacht geschlechtsbezogene Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen:

„[...] nicht nur körperliche, sexuelle und/oder psychische Schäden, sondern auch zunehmend soziale Isolation, hohe Folgekosten und eine Lebenssituation der Angst und Unfreiheit für die Betroffenen.“ (Egger et al., 1995, S. 13)

Die AutorInnen machen die wechselseitige Beeinflussung der körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von Gewalt deutlich. Psychische Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen wie etwa die Angst vor Nähe und intimen Beziehungen können beispielsweise (vgl. siehe Kapitel 2.3.2) die Aufrechterhaltung von stabilen sozialen bzw. familiären Netzwerken verhindern. Für eine Bewältigung der Gewalterfahrung wären jedoch genau diese von besonderer Bedeutung. Auch körperliche Folgeerscheinungen sind von psychischen Beeinträchtigungen beeinflusst. Denn körperliche Folgeerscheinungen bestehen nicht nur aus körperlichen Verletzungen wie etwa Stich-, Wund- und Hiebverletzungen, sondern auch aus psychosomatischen Erkrankungen

(z. B. Unterleibsschmerzen, Magen-Darmstörungen). Psychische Probleme wiederum resultieren nicht selten aus dem Posttraumatischen Belastungssyndrom, welches durch soziale Ereignisse hervorgerufen wird (vgl. ICD 10, 2013, F43.1). Passend dazu folgendes Zitat von Streeck-Fischer et al.:

"Psychische Traumatisierungen führen zu tiefen Verletzungen und Veränderungen in Körper, Geist und Seele." (Streeck-Fischer et al., 2001, S. 7)

Die biospsychosozialen Folgen von Gewalt sind bisher kaum erforscht worden. Vor allem langfristige Gewaltfolgen wie etwa persönliches Leid, Beeinträchtigung des Lebensentwurfes bzw. der Lebenschancen, Verlust der Lebensfreude und Lebenszeit, wurden bisher kaum erfasst (vgl. GiG-net, 2008, S. 49). Ferner fehlen fundierte Forschungsergebnisse zum Einfluss der Gewalterfahrung auf die Lebenswelt der Betroffenen zu Wechselwirkungen von verschiedenen Gewalterfahrungen und zur Auswirkung auf nachkommende Generationen (vgl. GiG-net, 2008, S. 49). Trotzdem lässt sich aus der bestehenden Literatur sagen, dass Gewalt in Paarbeziehungen biopsychosoziale Folgen wie etwa Beziehungsprobleme (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 20), soziale Isolation (Hagemann-White et al., 2003, S. 30), sozioökonomischen Probleme (vgl. GiG-net, 2008, S. 62-68) und gesundheitsgefährdendem Verhalten (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 18) mit sich bringt.

Beziehungsprobleme

Gewalt in Paarbeziehungen verändert sowohl die familiären als auch die sozialen Beziehungen der Opfer (vgl. GiG-net, 2008, S. 62). Je länger die Gewalt andauert, umso eher entstehen Beziehungsprobleme (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 20). Obwohl viele ehemals Gewaltbetroffene beruflich und sozial engagiert sind, haben diese Probleme, Nähe und somit Beziehungen zuzulassen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 20). Gewaltbetroffene Frauen sind im Vergleich zu nicht Betroffenen seltener verheiratet, seltener in Partnerschaften, häufiger geschieden (vgl. Müller et al., 2004, S. 149) und sind folglich von instabilen sozialen Netzen betroffen. Ein stabiles soziales Netzwerk bzw. eine stabile soziale Unterstützung ist jedoch im Hinblick auf die Bewältigung von psychischen und körperlichen Erkrankungen, welche auf Grund der Gewalterfahrungen entstehen können, eine dringende Notwendigkeit. Besteht keine stabile Beziehungsstruktur, so können sich diese negativen gesundheitlichen Auswirkungen stärker manifestieren (vgl. GiG-net, 2008, S. 63). Grund für die Beziehungsprobleme der Opfer sind die folgenden psychosozialen Auswirkungen von Gewalt:

- mangelndes Vertrauen,

- geringes Selbstwertgefühl,
- sich nicht mehr auf andere Menschen einlassen können,
- affektive Gefühle wie Wut und Angst (vgl. Hagemann-White, 2008, S. 20) und
- Traumatisierungen (vgl. Streeck-Fischer et al. , 2001, S. 7).

Sozioökonomische Probleme

Es sind unterschiedliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Problemen und Gewalterfahrungen bekannt. Wohnungsverlust und Erwerbslosigkeit sind nicht selten Folgen von Gewalterfahrungen (vgl. GiG-net, 2008, S. 67). Speziell traumatisierte Gewaltopfer ziehen sich aus der Arbeit zurück (vgl. Streeck-Fischer et al., 2001, S. 7). Außerdem bestehen Hinweise, dass gewaltbetroffene Personen häufiger an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen (vgl. GiG-net, 2008, S. 67). Da Gewalt in Paarbeziehungen nicht selten den sozialen Abstieg zur Folge hat, ist das Armutsrisiko für die Betroffenen ebenfalls hoch. Es wird deutlich, dass sich Gewalt in Paarbeziehungen auf die individuellen Lebensentwürfe negativ auswirken kann (vgl. GiG-net, 2008, S. 67).

Gesundheitsgefährdendes Verhalten

Laut der aktuellsten deutschen Repräsentativstudie „Lebenssituation, Lebenssicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ nehmen 9-20% der gewaltbetroffenen Frauen Substanzmittel oder Medikamente zur Kompensation des Erlebten ein. Dabei werden Beruhigungs- und Schlafmittel, Alkohol und Antidepressiva am häufigsten konsumiert. Grundsätzlich wird aus der Studie deutlich, dass gewaltbetroffene Frauen im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen häufiger täglich Alkohol konsumieren und außerdem zwei- bis dreimal öfters zumindest zehn Zigaretten täglich rauchen (vgl. GiG-net, 2008, S. 60). Nicht selten ist es das Posttraumatische Belastungssyndrom, welches die Betroffenen dazu veranlasst, zu Alkohol oder Tabletten zu greifen. Damit können sie die „immer wiederkehrenden Schreckensbilder“, welche die Traumatisierung mit sich bringt, kurzfristig ausschalten (vgl. Streeck-Fischer et al., 2001, S. 7).

Es wird deutlich, dass Gewalt in Paarbeziehungen enorme biopsychosoziale Folgeerscheinungen für die betroffenen Frauen hat. Diese erweisen sich als besonders schlimm, wenn die Frauen auf Grund der erlittenen Misshandlungen traumatisiert sind.

Wiener Gesundheitssystem als Ort für Gewaltprävention

3.1 Gesundheitssystem und Gewaltprävention

3.1.1 Gesundheitssystem als erste Anlaufstelle

Bevor sich gewaltbetroffene Frauen von der Polizei oder anderen sozialen Einrichtungen Hilfe holen, wenden sie sich an das Gesundheitssystem. Dies verdeutlichen laut Campbell die unterschiedlichsten US- amerikanischen Forschungen (vgl. Campbell, 2002, S.1331ff). Auch Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum bestätigen dies. So zeigt die Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“, dass jede fünfte Frau, welche von sexueller und körperlicher Gewalt in Paarbeziehungen betroffen ist, medizinische Hilfe in Anspruch nimmt. Bei akuten Verletzungen erhöht sich diese Zahl fast auf das Doppelte (vgl. Müller et al., 2004, S. 259ff). Dies ist auf den starken Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheit zurückzuführen (vgl. Campbell, 2002, S. 1331ff). Denn wie im Kapitel „Gesundheitliche Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen“ (vgl. siehe Kapitel 2.3) bereits beschrieben wurde, wirkt sich Gewalt im Geschlechterverhältnis negativ auf die biopsychosoziale Gesundheit der betroffenen Frauen aus (vgl. siehe Kapitel 2.3.4). Nachstehendes Zitat von Campbell verdeutlicht diesen Zusammenhang:

„Increased health problems such as injury, chronic pain, gastrointestinal, and gynaecological signs including sexually-transmitted diseases, depression, and post-traumatic stress disorder are well documented by controlled research in abused women in various settings.“ (Campbell, 2002, S. 1331)

Auch Bryer et al. betonen die Verbindung zwischen Gewaltbetroffenheit und der Nutzung des Gesundheitswesens, in dem sie angeben, dass bis zu 56% der Frauen in der stationären Psychiatrie wiederholende Misshandlungen aufweisen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 16 zitiert nach Bergmann und Ericsson, 1996). Laut einer Studie von Bergmann und Ericsson es sogar bis zu 80% der Frauen in der Psychiatrie (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 16, zitiert nach Bryer, Jacobson, Richardson, 1987). Außerdem kann laut Hagemann-White et al. in der Psychiatrie davon ausgegangen werden, „dass Gewaltbetroffenheit eine Art Normalität darstellt“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 24).

Dieser gerade beschriebene starke Zusammenhang zwischen der Gewaltbetroffenheit und der Nutzung des Gesundheitswesens kann an der zunehmenden Bedeutung von professionellen HelferInnensystemen liegen. Denn Erkrankungen machen Menschen abhängiger von ihrem Umfeld. Dazu zählen neben Angehörigen auch Nachbarn, Freunde, Bekannte und auch Professionelle des Gesundheitssystems. Auf Grund der Individualisierung von Lebensweisen

und Lebenslagen wird diese zwischenmenschliche Abhängigkeit, wie Pauls sie formuliert, vermehrt auf professionelle Systeme übertragen. Diese Übertragung betrifft somit auch Professionelle im Gesundheitssystem (vgl. Pauls, 2010, S. 95). Dazu Campbell:

„Battered women [are] present in all health-care settings with many different physical and mental-health problems and demographic characteristics.“ (Campbell, 2002, S. 1334)

Im Kontext von beispielsweise Krankenanstalten wird diese „Abhängigkeitsarbeit“ (Pauls, 2010, S. 96) von den verschiedensten Fachkräften durchgeführt. So behandeln ÄrztInnen die somatische bzw. biologische Seite der Krankheit. PflegerInnen übernehmen in erster Linie die Körperpflege. Die Soziale Arbeit ist zuständig für das Management von Problematiken auch außerhalb der Institution. Die rein seelische Bewältigung von Krankheiten geschieht durch die Psychologie bzw. Psychotherapie (vgl. Pauls, 2010, S. 96). Nichtzuletzt weil in individualisierten Gesellschaften Menschen immer mehr vom professionellen HelferInnensystem, wozu auch das Gesundheitssystem zählt, abhängig werden, sind die Professionellen innerhalb dieses Settings angehalten, Verantwortung für deren KlientInnen zu übernehmen (vgl. Pauls, 2010, S. 95f).

3.1.2 Adäquate Versorgung im Gesundheitssystem

US-amerikanische Studien zeigen, dass die Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen oftmals erst dann wahrgenommen werden, wenn sich Gewalterfahrungen bereits in einem sogenannten gesundheitsgefährdenden Verhalten äußern. Dazu zählt beispielhaft Rauchen, schlechte Ernährung, Drogenmissbrauch und Stress (vgl. Campbell, 2002, S. 1334). Eine zu späte Intervention kann, so Hellbernd et al., zu chronifizierten Beschwerden und Behinderungen führen (Hellbernd et al., 2004, S. 31). Des Weiteren resultiert aus inadäquaten und zu späten Interventionen im Gesundheitssystem bei gewaltbetroffenen Frauen eine sogenannte „Übersorgung bzw. Überdiagnostik“. So erleben beispielsweise Patientinnen mit sexuellen Gewalterfahrungen nicht selten eine Art

„invasive Diagnostik und weniger, dass körperliche Reaktionen im Kontext von traumatisierender Gewalterfahrung thematisiert und in die Behandlung einbezogen werden.“ (Hellbernd et al, 2004, S. 30-31)

Die enormen gesundheitlichen Folgeschäden bei zu späten bzw. inadäquaten Versorgung, werden somit deutlich. Hagemann-White et al. dazu:

„Erhalten misshandelte Frauen keine adäquate und effektive Hilfe, kann dies nicht nur ihre Gesundheit sondern auch ihr Leben gefährden.“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 33)

3.1.3 Frühzeitige Versorgung im Gesundheitssystem

Eine frühzeitige Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem kann langfristige biopsychosoziale gesundheitliche Folgeerscheinungen verhindern. Zwar wirkt sich Gewalt in Paarbeziehungen je nach Regelmäßigkeit der Gewalterfahrung, den persönlichen Ressourcen, der körperlichen Dispositionen und sozialen Netzen unterschiedlich aus, trotzdem ist eine adäquate Behandlung im Gesundheitssystem ein zentraler Indikator für eine positive Bewältigung der Gewalterfahrung (vgl. Hellbernd et al., 2004, S. 30). Ergänzend zum ursachenadäquaten Behandeln erwähnen Hagemann-White et al. auch die Wichtigkeit einer früh angesetzten Behandlung. Nur so können laut den Autorinnen Gewalterfahrungen ohne größere gesundheitlichen Folgeerscheinungen bewältigt werden (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 43). Dies bestätigen auch Wieners et al. in ihrem Schulungsleitfaden für Intervention und Prävention bei Gewalt in Paarbeziehungen im Gesundheitssystem, in welchem sie angeben, dass eine „rechtzeitige und kurze Intervention im Rahmen der Gesundheitsversorgung“ dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen verhindern kann (vgl. Wieners, 2012^a, S. 66ff).

3.2 Resümee

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass das Gesundheitssystem als „niederschwelliger Interventionsbereich“ (Schleicher, 2011, S. 20) einen bedeutenden „Ort für die Prävention und Intervention bei Gewalt in Paarbeziehungen“ (Wieners et al., 2012^a, S. 65) darstellt. Dies nicht zu letzt deswegen, weil

- Gewalt enorme biopsychosoziale Folgeerscheinungen hat
- bei Krankheiten professionelle HelferInnensystem immer wichtiger werden
- das Gesundheitssystem zumeist die erste Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen ist

Vermehrte Interventionen in Bezug auf gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem sind folglich eine dringende Notwendigkeit bei deren Gesundheitsförderung (vgl. Campbell, 2002, S. 1331). Campbell dazu:

„Intimate partner violence, which describes physical or sexual assault, or both, of a spouse or sexual intimate, is a common health-care issue.“ (Campbell, 2002, S. 1331)

Dies bestätigt auch nachstehendes Zitat von Schröttle aus der Studie „Gesundheit – Gewalt – Migration“:

„Gesundheitsförderung ist, wie die Ergebnisse der Studie nahe legen, ohne Gewaltprävention nicht denkbar und andersherum benötigt Gewaltprävention den Gesundheitssektor, da Gewaltbetroffenheiten hier als erstes und am häufigsten institutionell sichtbar werden.“ (Schröttle, 2008, S. 19)

3.3 Gewaltpräventionsmaßnahmen im Wiener Gesundheitssystem

Im vorliegenden Kapitel werden sowohl Projekte, welche zum Thema „gewaltbetroffene Frauen im Wiener Gesundheitssystem“ in den letzten Jahren stattgefunden haben, als auch die gesetzliche Bestimmung zu den Opferschutzgruppen innerhalb der Krankenanstalten aufgezeigt. Grundsätzlich hat das Gesundheitssystem, so Erdemgil-Brandstätter beim 2. Symposium „Migration von Frauen und strukturelle Gewalt“, in der Auseinandersetzung mit gewaltbetroffenen Frauen im Vergleich zur Polizei oder zur Sozialen Arbeit einen Nachholbedarf (vgl. Vortrag: Erdemgil-Brandstätter, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen).

3.3.1 Begriffsklärung „Wiener Gesundheitssystem“

Weil in der Klinischen Sozialen Arbeit Gesundheit nicht nur an biomedizinischen Problemen, sondern auch an sozialen und psychischen Faktoren festgemacht wird (vgl. Geißler-Piltz, 2005^a, S. 21), wird eingangs eine ganzheitlicher Blick auf das Wiener Gesundheitssystem geliefert. Zum Gesundheitswesen zählen im Allgemeinen alle Einrichtungen, welche einen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten (vgl. Hoffmann, 2002, S. 418). Das Wiener Gesundheitssystem besteht folglich neben medizinischen Institutionen (Wiener Krankenanstalten, niedergelassenen ÄrztInnen, Ambulatorien) auch aus sozialen Institutionen (Frauenhäuser, Interventionsstelle gegen Gewalt an Frauen, Beratungsstellen).

Da es jedoch in vorliegender Forschungsarbeit um die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen in medizinischen Kontexten geht, sind mit der Bezeichnung Wiener Gesundheitssystem ausschließlich medizinische Einrichtungen gemeint.

3.3.2 Opferschutzgruppen im Wiener Gesundheitssystem

Im Zuge der Novellierung des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG §15 d) 2009, sind die sechs Wiener Zentral- und Schwerpunktkrankenhäuser zur Einrichtung von Opferschutz- und Kinderschutzgruppen verpflichtet worden. Dabei kann eine Opferschutzgruppe nur dann für mehrere Krankenanstalten gleichzeitig tätig sein, wenn dies deren Tätigkeiten nicht

beeinträchtigt (vgl. RIS, 2011, S. 19f). Außerdem ist die Etablierung einer „fachübergreifenden“ Gewaltschutzgruppe, welche dann sowohl Opfer- als auch Kinderschutzarbeit leistet, möglich. Dies betrifft vor allem größere Krankenanstalten (vgl. RIS, 2011, S. 19f).

Die Aufgabe der Opferschutzgruppen bzw. Gewaltschutzgruppen ist einerseits die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt (besonders bei Frauen) und andererseits die Sensibilisierung der Berufsgruppen, welche mit gewaltbetroffenen Personen in Kontakt kommen (vgl. RIS, 2011, S. 19f).

In den Opferschutzgruppen müssen folgende Berufsgruppen vertreten sein:

- eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie
- eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Gynäkologie
- eine Ärztin bzw. ein Arzt der Unfallabteilung (wenn vorhanden)
- einE VertreterIn des Pflegedienstes
- eine Person aus der psychologischen oder psychotherapeutischen Betreuung

Bei einer Gewaltschutzgruppe ist zusätzlich eine fachärztlich ausgebildete Person aus der Jugendheilkunde, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendchirurgie verpflichtend (vgl. RIS, 2011, S. 19f).

3.3.3 Projekte im Wiener Gesundheitssystem

Fortbildungsprojekt und Handbuch: Gewalt gegen Frauen und Kinder (2001 -2006)

Das 2001 gestartete Fortbildungsprojekt „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ stellt eine wesentliche Grundlage für die Novellierung des Kranken- und Kuranstaltengesetzes dar (vgl. Schleicher, 2011, S. 52). Bei diesem Projekt, welches insgesamt vier Jahre dauerte, haben der Wiener Krankenanstaltenverbund, das Wiener Frauengesundheitsbüro, der 24-Stunden-Frauennotruf, die MA 57, die MAG 11, die Bundespolizeidirektion, die Gerichtsmedizin Wien und die Unfallabteilungen des Wilhelminenspitales und des Sozialmedizinischen Zentrums Ost interdisziplinär zusammengearbeitet (vgl. Schleicher, 2011, S. 51).

Während dieser vier Jahre wurde das Fortbildungsprojekt an den sechs Wiener Schwerpunktkrankenanstalten durchgeführt. Ziel war sowohl die Sensibilisierung des

medizinischen Personals als auch die Etablierung von Versorgungsstandards in Bezug auf gewaltbetroffene Frauen und Kinder (vgl. Laska, et al., 2005, S. 5). Diese erarbeiteten Richtlinien wurden im Handbuch „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ zusammengefasst, welches eine Grundlage für Schulungen von interessierten MitarbeiterInnen der Unfallabteilungen, gynäkologischen Abteilungen, Ambulanzen und von Kinderabteilungen darstellen soll (vgl. Schleicher, 2011, S. 51ff). Seither, sprich seit 2006, hat in Wien kein vergleichbares Fortbildungsprojekt stattgefunden (vgl. Vortrag: Altun et al., 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen).

Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis zur Versorgung gewaltbetroffener Frauen

Das Familienministerium hat ExpertInnen aus dem Gesundheitssystem und aus den Gewaltschutzeinrichtungen beauftragt, einen Leitfaden zum Thema „Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen“ zu erstellen. Dieser soll ExpertInnen im Gesundheitswesen befähigen, die betroffenen Frauen zu erreichen (vgl. Homepage: Orthofer, 2013). Dazu wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gegründet, in welcher unterschiedliche Institutionen, Einrichtungen, Berufsverbände und Fachgesellschaften mitgearbeitet haben (vgl. Schleicher, 2011, S. 112). Dieser Leitfaden wurde 2010 (vgl. Schleicher, 2011, S. III) mit standardisierten Untersuchungs- bzw. Dokumentationsbögen herausgegeben (vgl. Homepage: Orthofer, 2013).

Die nachstehenden Organisationen bieten den Professionellen im Gesundheitssystem Unterstützung an:

- Medizinische Universität Wien – Departement für Gerichtsmedizin
- Donauspital – Unfallchirurgie Ambulanz
- Wilhelminenspital – Opferschutzgruppe Wilhelminenspital
- Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser
- Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie
- Wiener Notruf

(vgl. Schleicher, 2011, S. 110f)

3.3.4 Exkurs: Maßnahmen in Niederösterreich

Gemeinsam mit anderen Kolleginnen hat Erdemgil-Brandstätter vor 13 Jahren das Schulungsprojekt „Gewalt gegen Frauen – die effiziente Intervention im Gesundheitswesen“ ins Leben gerufen (vgl. Vortrag: Erdemgil-Brandstätter, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen).

Ab Mai 2013 werden in Niederösterreich die MitarbeiterInnen der Opferschutzgruppen in allen niederösterreichischen Krankenanstalten geschult. Das Schulungsteam hat interdisziplinären Charakter und wird aus MitarbeiterInnen des Opferschutzes, der Polizei und der Rechtsmedizin bestehen (vgl. Vortrag: Erdemgil-Brandstätter, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen). Dies ging aus dem schon vorher erwähnten Symposium hervor. Zusätzlich plant Erdemgil-Brandstätter standardisierte Schulungen der Opferschutzgruppen in ganz Österreich. Sie sieht die neuen gesetzlichen Regelungen zu den Opferschutzgruppen als „historische Chance“, österreichweit unter denselben Standards Schulungen durchzuführen (vgl. ebenda).

Gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als „Hard to Reach“ - Klientinnen?

4.1 Gewaltbetroffene Frauen als „Hard to Reach“ - Klientinnen

4.1.1 Theoretischer Abriss - „Hard to Reach“

In der Klinischen Sozialen Arbeit sind laut Gahleitner et al. unter „Hard to Reach“- KlientInnen jene Menschen zu verstehen, welche Multiproblemlagen aufweisen und trotzdem keine psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen bzw. nehmen können (vgl. Gahleitner et al., 2009, S. 321 – 322). Borde fasst den Begriff „Hard to Reach“ etwas weiter und bezieht ihn nicht nur auf die Erreichung von Menschen in Bezug auf soziale HelferInnensysteme, sondern auch auf die Inklusion und die gesellschaftliche Repräsentation von Menschen (vgl. Borde, 2010, S. 253). In vorliegender Arbeit wird jedoch ausschließlich die institutionelle Erreichung thematisiert. Die Thematisierung von Inklusion würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen.

Immer wieder werden Menschen in Multiproblemlagen innerhalb von Institutionen nicht erreicht. Dies kann einerseits an der Nichtinanspruchnahme von bestehenden Leistungen liegen und andererseits am mangelnden Angebotsspektrum der Organisationen, welche für bestimmte Problemlagen noch keine Konzepte haben (vgl. Brachertz, 2007, S. 1). Menschen, die auf Grund von mangelnden Leistungen innerhalb von Organisationen nicht erreicht werden, bezeichnet die US-amerikanische Autorin Brachertz als „underserved“ (vgl. ebenda).

Nun stellt sich die Frage, was diese Personen schwer erreichbar macht. Die Gründe, welche für dieses „schwer erreichbar sein“ von Individuen bzw. Personengruppen angegeben werden, sind

vielfältig. Sie lauten beispielsweise: niedriger sozioökonomischer Status, geringe Bildung, Ausgrenzungen bzw. Diskriminierungen, psychische Krankheiten, körperliche und geistige Beeinträchtigungen (vgl. Pauls, 2010, S. 101; vgl. Borde, 2010, S. 251). Das heißt, damit sind Lebensweisen beziehungsweise Lebenssituationen, welche von der Mehrheitsgesellschaft differieren, gemeint (vgl. Borde, 2010, S. 251). Als Beispiele werden zumeist folgende Personengruppen genannt:

- obdachlose Menschen,
- drogenabhängige Menschen,
- Asylsuchende,
- psychisch kranke Menschen,
- HIV-positive Menschen,
- arbeitslose alleinstehende Männer, Prostituierte und auch
- von Gewalt betroffene Frauen

(vgl. Pauls, 2010, S. 101; vgl. Borde, 2010, S. 251; vgl. Brachertz, 2007, S. 2)

Sowohl im englischsprachigen Raum (vgl. Brachertz, 2007) als auch im deutschsprachigen Raum (vgl. Kleve, 2010; vgl. Borde, 2010; vgl. Wright, 2010), wird der Begriff „Hard to Reach“ immer wieder diskutiert und hinterfragt. Borde beispielsweise übt Kritik am gerade beschriebenen grundsätzlichen Verständnis von „Hard to Reach“- KlientInnen. Denn, so die Autorin, geht die Definition von „Hard to Reach“- KlientInnen immer von einer bevorzugten Gruppe aus. Deren Normen und Wertvorstellungen geben die Orientierung bei der Bestimmung der Erreichbarkeit an (vgl. Borde, 2010, S. 251). Dadurch wird nicht selten eine höchst heterogene Gruppe unter den Termini „Benachteiligte, Unkooperative“ usw. subsumiert (vgl. ebenda). Außerdem, so Brachertz, sind Menschen, je nachdem, in welchem Kontext sie sich befinden, mehr oder weniger schwer zu erreichen (vgl. Brachertz, 2007, S. 2). Passend dazu geht aus der englischen Forschungsarbeit „Delivering service to Hard to Reach families“ hervor, dass unterschiedliche Professionelle „Hard to Reach“-KlientInnen unterschiedlich beschreiben. So sehen etwa freiwillige HelferInnen Minderheiten als schwer zu erreichen. Professionelle aus dem sozialen Bereich bezeichnen vermehrt Menschen mit Beeinträchtigungen (psychisch und körperlich) als schwer zu erreichen. Im Gesundheitssystem gelten laut dieser Studie Menschen, welche sich weigern, Angebote anzunehmen, als schwer zu erreichen (vgl. Harradine, 2004, S.

1). Je nachdem, welcher Definition die Professionellen folgen, gestaltet sich deren Hilfeleistung anders (vgl. ebenda). Folglich ist die Definition sehr bedeutsam in Bezug auf die Erreichung von Menschen.

Wie bereits beschrieben wurde, werden „Hard to Reach“- KlientInnen zumeist durch negative Attribute wie etwa „niedriger sozialer Status“, „drogenabhängig“, usw. beschrieben. Brachertz, welche eine Kritikerin dieser gewöhnlichen Bezeichnung von „Hard to Reach“- KlientInnen ist, setzt dem eine Beschreibung entgegen, welche sich weniger durch die Benennung von Defiziten von KlientInnen als mehr durch die Verdeutlichung von Differenzen innerhalb der Gruppe auszeichnet (vgl. Brachertz, 2007, S. 4). Borde erwähnt passend dazu, dass der

„[...] potentiell `stigmatisierende` und eher negativ besetzte Begriff `Hard to Reach` [eine höchst heterogene Gruppe] [...] verallgemeinert.“ (Borde, 2010, S. 252)

Brachertz gibt vier unterschiedliche Faktoren an, welche Menschen zu „Hard to Reach“- KlientInnen werden lassen können:

- demographische Gründe („the quantity and characteristics of the group“)
- kulturelle Gründe („the way of life of a group of people“)
- psychosoziale Gründe („the way the group's attitude to council influences their behavior“)
- strukturelle Gründe („The way council processes and structures influence access“)

(vgl. Brachertz, 2007, S. 4-5)

Laut Brachertz werden vor allem demographische Gründe für die Nichterreichung von bestimmten Personengruppen genannt. Dies sei jedoch nur einer von vielen Gründen, so die Autorin. Sie beschreibt beispielsweise, dass manche Menschen auch schwer zu erreichen sind, weil sie glauben, dass sich die Gesellschaft bzw. zuständige Gemeinde nicht um sie kümmert, nicht auf sie hört bzw. nicht wichtig für sie ist. Menschen mit wenig bzw. einem mangelndem Vertrauen in Institutionen sind laut der Autorin viel schwerer zu erreichen als jene mit einem bestimmten demographischen Hintergrund (vgl. Brachertz, 2007, S. 2). Zusätzlich zu den demographischen Daten und zum mangelnden Vertrauen (psychosoziale Gründe) Institutionen gegenüber, gibt die Autorin kulturelle und strukturelle Gründe an. „Strukturell“ bezieht sich auf die Organisation an sich beziehungsweise auf deren Art und Weise, auf Menschen zuzugehen (vgl. ebenda, S. 2-3).

Es wird deutlich, dass Menschen nicht per se auf Grund von diversen Problematiken (drogenabhängig, wohnungslos, von Gewalt betroffen) für Institutionen schwer erreichbar sind, sondern viel mehr auf Grund von komplexen Zusammenhängen bzw. Wechselwirkungen zwischen demographischen, psychosozialen, kulturellen und strukturellen Gründen. Damit ist klar, dass es sich nicht um eine homogene Gruppe an Menschen handeln kann. Im weiteren Verlauf werde ich mich nur mehr den psychosozialen Gründen widmen. Denn die zusätzliche Beleuchtung von demographischen, kulturellen, und strukturellen Gründen, würde den Rahmen der Arbeit übersteigen.

Psychosoziale Gründe für die „schwere Erreichbarkeit“

Für Pauls hat, ähnlich wie für Brachertz (vgl. Brachertz, 2007, S. 4-5), die schwere Erreichbarkeit von KlientInnen nicht in erster Linie etwas mit deren Multiproblemlagen (vgl. siehe Kapitel 4.1.1) zu tun. Pauls sieht, und hier unterscheidet er sich von Brachertz, welche vier Faktoren (vgl. siehe Kapitel 4.1.1) für die Nichterreichung verantwortlich macht, die schwere Erreichbarkeit in der Lebenseinstellung des sogenannten „Alleinganges“ (Pauls, 2010, S. 101). Diese Einstellung ist mit den psychosozialen Gründen von Brachertz vergleichbar (vgl. Brachertz, 2007, S. 4-5). Der sogenannte Alleingang ist für Pauls durch folgende Haltung geprägt:

„Da ich mich auf niemanden verlassen kann, niemandem vertraue, muss ich alleine zurecht kommen. Niemand kann mir helfen.“ (vgl. Pauls, 2010, S. 101)

Grund für das Nichterreichen ist für Pauls folglich nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe, sondern die individuelle Lebenseinstellung einer Person (vgl. Pauls, 2010, S. 101). Ein ähnliches Phänomen erkennt Schulze bei traumatisierten Menschen. Diese, so die Autorin, spüren nicht selten ein Misstrauen ihrer sozialen Umwelt gegenüber. Dieses Misstrauen ist für die AutorInnen jedoch nicht pathologisch zu sehen, sondern vielmehr als eine Art von Sicherheitsstrategie (vgl. Schulze et al., 2012 S. 138).

Diese Sicherheitsstrategie von traumatisierten Menschen, wie Schulze et al. sie bezeichnen würde (vgl. Schulze et al., 2012, S. 138), oder laut Pauls "die Lebenseinstellung des Alleinganges" (Pauls, 2010, S. 102), führt sowohl zur Nichtinanspruchnahme von professionellen Institutionen (psychosoziale Hilfen, Bildungseinrichtungen, medizinischen Einrichtungen) als auch zum grundsätzlichen Verzicht auf „zwischenmenschliche Solidarität“ (Pauls, 2010, S. 103; vgl. Schulze et al., 2012, S. 138). Menschen, welche sich dieser solidarischen Hilfe verweigern, tragen innere Konflikte nicht nach außen. Deswegen zeigen sich „Hard to Reach“- KlientInnen „in der Regel unspektakulär“ (Pauls, 2010, S. 103). Diese

Menschen leben laut Pauls in einem Spannungsfeld zwischen „Autonomie und Angewiesenheit“ (Pauls, 2010, S. 103). Denn sie verzichten auf zwischenmenschliche Hilfe, um sich möglichst autonom zu erleben (vgl. Pauls, 2010, S. 103). Wenn folglich Menschen auf Grund von mangelndem Vertrauen in Institutionen nicht erreicht werden (vgl. Brachertz, 2007, S. 4-5), so hat dies psychosoziale Gründe (vgl. Pauls, 2010, S.101ff).

4.1.2 Definition „Hard to Reach“

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, hat die Definition von „Hard to Reach“ - KlientInnen einen wesentlichen Einfluss auf die Art der Unterstützung und sollte deswegen bedürfnisorientiert und nicht stigmatisierend sein (vgl. siehe Kapitel 4.1.2). Die nachstehende Definition von „Hard to Reach“- KlientInnen, welche für diese Forschungsarbeit leitend ist, versucht, diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

In vorliegender Forschungsarbeit sind als „Hard to Reach“ - KlientInnen jene Menschen zu verstehen, welche ihrem Umfeld nicht vertrauen (vgl. Pauls, 2010, S. 104) und deswegen innerhalb von Institutionen innere Konflikte bzw. emotionale Erfahrungen nicht von sich aus äußern (vgl. GiG-net, 2008, S. 84), für das Erzählen ihrer erlittenen Misshandlungen keinen passenden Raum erhalten (vgl. Schulze et al., 2012, S. 135-142) und somit auch keine adäquate psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen, bzw. nehmen können (vgl. Gahleitner et al., 2009, S. 321 – 322).

Das bedeutet, jene gewaltbetroffenen Frauen gelten im Kontext des Gesundheitswesens als „Hard to Reach“ - Klientinnen, welche über ihre erlittenen Misshandlungen nicht erzählen bzw. erzählen können. Folglich ist das Erzählen auch gleichzeitig als das Erreichen zu sehen. Eine für diese Definition beispielgebende Personengruppe sind Frauen mit Traumatisierungen. Denn, folgt man Herman, so ist das „psychologische Trauma“ (Herman, 2003, S. 183) geprägt von Isolation, Ohnmacht und mangelndem Vertrauen in andere Menschen (vgl. ebenda). Gerade Gewalt in Paarbeziehungen ist laut Herman als ein traumatisches Ereignis zu verstehen (vgl. ebenda, S. 54). Hagemann-White et al. geben außerdem an, dass Gewalt in der Familie die „Bewertung Trauma“ verdient (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 21). Auch Catani et al. beschreiben die Beziehungsgewalt als traumatische Erfahrung (vgl. Catani et al. 2010, S. 27). Aus ihrer 2010 durchgeführten Studie in Konstanz ging hervor, dass über die Hälfte (53,6%) der betroffenen Frauen an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet (vgl. Catani et al. 2012, S. 16-23). Sie ist somit die am meisten diagnostizierte psychische Erkrankung bei Gewalt in der Familie (vgl. ebenda, S. 22).

Wenn diese Frauen innerhalb des Gesundheitssystems keinen Raum für das Erzählen ihrer Gewalterfahrungen bekommen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 135-142) und nur auf der Symptomebene behandelt werden, gelten sie laut der gelieferten Definition als „Hard to Reach“-Klientinnen.

4.1.3 Voraussetzungen für die Erreichung

Damit Menschen von ihren Erfahrungen aus ihrer Lebenswelt berichten, brauchen diese Vertrauen in ihre Umwelt. Um dieses Vertrauen wieder zu erlangen, benötigen die betroffenen Menschen einen Kontext, welcher sich durch Solidarität auszeichnet (vgl. Pauls, 2010, S. 101ff). Folglich können auch gewaltbetroffene Frauen, welche diese Vertrauensbasis nicht mehr haben, nur innerhalb eines solidarischen Kontextes erreicht werden. Denn durch solidarische Hilfe können Ohnmachtsgefühle bzw. das Gefühl der Perspektivlosigkeit überwunden werden und die Betroffenen können ihre Autonomie leben, ohne auf zwischenmenschliche Hilfe zu verzichten (vgl. Pauls, 2010, S. 104). Dazu Pauls:

„Autonomie ist kein Zustand, sondern ein `Weg`, der nur dann bestritten werden kann, wenn er sich über nicht nur instrumentell-bewältigende, sondern emotional tief greifende und als sinnstiftende erfahrende zwischenmenschliche Angewiesenheit und Solidarität führt.“ (Pauls, 2010, S. 101)

Herman, welche über traumatisierte Menschen schreibt, übersetzt Autonomie ähnlich, nämlich als die Fähigkeit eigene Interessen definieren zu können (vgl. Herman, 2003, S. 184). Auch für Herman kann die Überwindung von Ohnmachtserfahrungen und Isolation nur durch die „Stärkung der Persönlichkeit und die Schaffung neuer Kontakte“ (Herman, 2003, S. 183) geschehen (vgl. Herman, 2003, S. 183). Schulze et al. drücken dasselbe Phänomen mit folgenden Worten aus: „sich selbst besser verstehen lernen“ (vgl. Schulze, 2012, S. 136).

Um diese Art von Unterstützung anbieten zu können, sind laut Pauls Institutionen notwendig, welche sowohl bereit für „emotional tiefe zwischenmenschliche Solidarität“ (Pauls, 2010, S. 103) sind, als auch Autonomie ermöglichen. Beziehungsweise müssen laut Schulze et al. Räume geschaffen werden, in denen es Menschen möglich gemacht wird, ihre Geschichten zu erzählen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 136).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass für die Erreichung der Betroffenen sowohl ein gestärktes Individuum (Selbstständigkeit) als auch ein gestärkter Kontext (Solidarität) notwendig sind. Nun stellt sich die Frage in wie weit es im Gesundheitssystem möglich ist, diese beschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen.

4.2 Möglichkeiten im Gesundheitssystem

Grundsätzlich gibt es laut Hageman-White et al. kein gesundheitliches Problem, welches nicht mit Gewalt in Verbindung gebracht werden könnte. Eine eindeutige Zuordnung von Gewaltformen zu spezifischen gesundheitlichen Auswirkungen ist jedoch kaum möglich. Die Übergänge sind fließend (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 16). Besonders schwer fällt eine Zuweisung, wenn die Folgen nicht sofort und klar ersichtlich sind (vgl. GiG-net, 2008, S. 51). Hagemann-White et al. bezeichnen diese Auswirkungen als „unspezifische Symptomkomplexe“ (Hagemann-White et al., 2003, S.19ff) und nennen hierfür unter anderem Angst- und Schlafstörungen, Beziehungs- und Sexualstörungen und schlussendlich das Posttraumatische Belastungssyndrom (vgl. ebenda).

Es geht aus der Literatur hervor, dass im Gesundheitssystem jener grundsätzliche Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheit oft nicht erkannt wird. Auf diese Versorgungslücke wird in Deutschland seit den 1980ern verwiesen. Die gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen zeichnet sich in diesem Setting nicht selten durch die Vergabe von Medikamenten, Verdrängung des Problems (GiG-net, 2008, S. 85) und die starke Fokussierung auf Verletzungen statt auf eine ganzheitliche Sichtweise (vgl. Campbell, 2002, S. 1331ff) aus. Gerade traumatisierte Frauen werden immer wieder fehlversorgt (vgl. GiG-net, 2008, S. 85).

In den meisten Fällen verhindern Angst, Scham und Schuldgefühle das Sprechen über erlittene Misshandlungen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 45). Aus der repräsentativen deutschen Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“, geht hervor, dass sich 25% der gewaltbetroffenen Frauen auf Grund ihrer Schamgefühle an keine Institution wenden. 12% haben Angst, unglaublich zu wirken und 15% fürchten Druck durch Nachfragen, wenn sie angebotene Hilfe nicht annehmen (vgl. Müller et al., 2004, S.172f). Nun stellt sich die Frage, was die Frauen mit diesen geschilderten Angstgefühlen brauchen, bzw. wie Professionelle im Gesundheitssystem reagieren müssten, damit diese trotz dieser eben geschilderten Scham und Angstgefühle einen Raum finden, um über ihre erlittenen Misshandlungen zu sprechen. Denn möglicherweise sind gerade Frauen, die unspezifische Symptomkomplexe, wie etwa Traumatisierungen oder Angststörungen zeigen (vgl. siehe Kapitel 2.3.3) schwer zu erreichen, bzw. als „Hard to Reach“- Klientinnen zu bezeichnen. Erstens, weil diese auf Grund ihrer Symptome möglicherweise kaum Vertrauen in ihre Umwelt haben und zweitens, weil das Gesundheitssystem wenig Raum für deren Lebenswelt lässt (vgl. siehe Kapitel 4.2).

Deswegen wird nun beschrieben, was Frauen, welche von den unspezifischen Symptomkomplexen Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen sind, bräuchten, um über ihre erlittenen Misshandlungen zu sprechen (vgl. GiG-net, 2008, S. 84) und andererseits, welchen Raum das Gesundheitssystem dafür zur Verfügung stellen müsste, um diese zu erreichen. Daraus lässt sich dann wiederum schlussfolgern, inwieweit von Gewalt betroffene Frauen im Gesundheitssystem als „Hard to Reach“-Klientinnen bezeichnet werden können.

4.2.1 Anerkennung von Gewalt als gesundheitliches Problem

Gewaltbetroffene Frauen, welche auf Grund diverser Angst-, Scham- und Schuldgefühle aus eigener Motivation heraus nicht über ihre Lebensverhältnisse in Gewalt sprechen können, wünschen sich die Anerkennung von Gewalt als gesundheitliches Problem. Das heißt, sie wollen keine Verharmlosung von psychischen Problemen auf Grund von Gewalt oder auch keine Verschreibung von Medikamenten, ohne die dahinterliegende Ursache zu ergründen (vgl. GiG-net, 2008, S. 87ff). Vielmehr wünschen sie sich einen Behandlungsraum, innerhalb welchem ihre Gewalterfahrungen (vgl. GiG-net, 2008, S. 91) und auch sie in ihrem Sein respektiert und angenommen werden (vgl. Schulze et al., 2012, S. 133). Auch Brzank erwähnt, bezogen auf das Gesundheitssystem, die Wichtigkeit eines vertrauensvollen und wertschätzenden Umgangs von Seiten der ÄrztInnen bei der Erreichung der Frauen (vgl. GiG-net, 2008, S. 89).

Bezogen auf das Gesundheitssystem geben Hagemann-White et al. an, dass beispielsweise akut verletzte Frauen in der Regel nur medizinisch versorgt werden. Das bedeutet, die Gewalt wird nicht anerkannt bzw. die Frau auch nicht wertschätzend angenommen. So werden die Frauen nur selten nach der Ursache für die Verletzung gefragt. Die Autorin gibt außerdem an, dass

„eine systematische Untersuchung auf Gewalteinwirkung, Erstellung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation, Klärung des Schutzbedürfnisses, sowie die Vermittlung von Informationen über das bestehende Hilfesystem [...] [fehlen].“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 47).

Es dominieren noch immer verschiedenste Stereotypen und Mythen zu gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem. Beispielsweise Mythen wie jene, dass Gewalt hauptsächlich bei Minderheiten vorkäme. Des weiteren, dass Frauen masochistisch und provozierend seien und schlussendlich auch, dass wenn die Frauen wollten, sie den Täter verlassen könnten (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 44). Der Mythos, welcher aussagt, dass Frauen selber schuld

seien, weil sie provozieren, führt gerade bei Frauen mit starken Scham- und Schuldgefühlen dazu, dass sie ihre Gewalterlebnisse nicht ansprechen (vgl. GiG-net, 2008, S. 84). Ebenfalls werden Frauen, welche unter starken Versagensgefühlen leiden, unter diesem Mythos nicht sprechen, da sie ohnehin schon glauben, versagt zu haben, obwohl sie schon mehrmals versucht haben die Beziehung zu retten (vgl. GiG-net, 2008, S. 120). Auch der Mythos, welcher besagt, dass Gewalt nur in „unteren“ Bevölkerungsschichten stattfindet, verhindert, dass Frauen über ihre Misshandlungen sprechen, da sie den Verlust ihres Status fürchten, also Angst- und Schamgefühle haben. Somit wird deutlich, dass Frauen geprägt von Angst und Schamgefühlen, nicht von sich aus über ihre Gewalterfahrungen sprechen, wenn ihnen mit Vorurteilen begegnet wird, bzw. wenn die Gewalt als gesundheitliches Problem nicht anerkannt wird (GiG-net, 2008, S. 120). Dazu aus dem Forschungsnetzwerk Gewalt im Geschlechterverhältnis:

„Die gesellschaftlichen Schuldzuweisungen an das Opfer wirken subtil, aber beständig und nachdrücklich.“ (GiG-net, 2008, S. 120)

4.2.2 Zwischenmenschliche Solidarität

Sowohl empathisches Verhalten als auch das allgemeine Interesse hinsichtlich der Lebenssituation der Betroffenen, wenn diese psychosomatische Störungen aufweisen, hat betroffenen Frauen trotz ihrer Angst und Schamgefühle geholfen, über ihre Gewaltsituationen zu sprechen. Dies belegt eine Gruppendiskussion mit betroffenen Frauen, welche im Rahmen der deutschen Prävalenzstudie durchgeführt wurde (vgl. GiG-net, 2008, S. 91 zitiert nach Schröttle 2004). Auch Hagemann-White et al. betonen die Wichtigkeit von Professionellen, welche im Bereich der Kommunikation gut ausgebildet sind und auch die Ursachen der Störung, Krankheit bzw. Verletzung erkennen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 38).

So hat beispielsweise das einfühlsame Verhalten einer Ärztin bei einer betroffenen Frau einen „Tränenausbruch“ ausgelöst (vgl. GiG-net, 2008, S. 90). Diese Frau hat daraufhin auf Anraten der Ärztin eine Psychotherapie in Anspruch genommen (vgl. GiG-net, 2008, S. 90). Pauls gibt an, dass gerade Menschen, welche aus verschiedensten Gründen zwischenmenschliche Hilfe nicht mehr in Anspruch nehmen, nur durch neue Erfahrungen „solidarischer Hilfe“ (Pauls, 2010, S. 104) wieder erreicht werden können (vgl. ebenda).

Aus dem „Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis“ geht hervor, dass es im Gesundheitssystem immer wieder vorkommt, dass ÄrztInnen die Frauen mit unglücklich gestellten Fragen unter Druck setzen. So schildert beispielsweise eine betroffene Frau eine

Frage eines Arztes:

„Na kommen Sie, nun sagen Sie doch mal, ist doch offensichtlich, Ihr Typ hat zugelangt.“ (GiG-net, 2008, S. 88, zitiert nach Brzank 2002)

Diese Frau hätte sich gewünscht, dass der Arzt folgende Fragen stellt:

„Wissen sie was, mir ist das und das aufgefallen“

„Möchten sie mir erklären, wie es dazu gekommen ist?“ (GiG-net, 2008, zitiert nach Brzank 2002).

Die gewaltbetroffene Frau gibt außerdem an, dass sie, bevor sie über die Gewalt sprach, etwas Zeit benötigt hätte, denn Drucksituationen kenne sie schon genug. Die Frau dazu:

„Aber wenn die Frau schon das Gefühl hat, da wird ihr ein Angebot gemacht, dann gibt sie sich vielleicht beim nächsten Mal einen Ruck und dann kann der Arzt da sein und dann kann er sagen: Gut, wenn sie erzählen möchten, erzählen Sie mir. So könnte ich mir das vorstellen. Denn die Frauen sind oft erschreckt, wenn da schon wieder ein Mann was von ihnen will“ (GiG-net, 2008, S. 88, zitiert nach Brzank 2002).

Als hinderlich wird von einer betroffenen Frau außerdem eine sehr zurückgezogene Haltung eines Arztes beschrieben. Sie hätte sich gewünscht, dass ihr der Arzt in die Augen sieht und nicht ständig mit seinem Rezeptblock spielt (vgl. GiG-net, 2008, S. 88-89).

Zwischenmenschliche Solidarität bzw. Sensibilität erfordert neben dem Stellen der richtigen Fragen auch die Übernahme von Verantwortung. Dieser Verantwortung sind sich laut Hagemann-White et al. jedoch viele ÄrztInnen nicht bewusst. So gibt die Autorin an, dass ein „fehlendes Gefühl der Verantwortung der Professionen im Gesundheitswesen“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 44) ein Hindernis darstellt (vgl. ebenda).

4.2.3 Schaffung von Sicherheit

Schutz und Sicherheit stellt für die betroffenen Frauen im Hinblick auf deren Erreichung eine dringende Notwendigkeit dar (vgl. siehe Kapitel 4.2.3). Speziell Frauen, welche aus Angst vor einer Gewalteskalation ihres Mannes nicht sprechen, benötigen einen geschützten institutionellen Rahmen (vgl. GiG-net, 2008, S. 84). Neben dieser institutionellen Sicherheit gibt es auch die Sicherheit, welche durch Kommunikation bzw. durch Wissensvermittlung entsteht (vgl. siehe Kapitel 4.2.3). So kann beispielsweise durch mangelndes Wissen der

Professionellen das Gefühl von Sicherheit bei den Betroffenen verloren gehen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 46). Sowohl das Wissen von Professionellen über den Zusammenhang zwischen Gewalt und gesundheitlichen Problemen, als auch das Wissen über Vernetzungsmöglichkeiten wurden von betroffenen Frauen als hilfreich empfunden. Eine betroffene Frau gibt dazu an:

„Ich würde mir von den Ärzten wünschen, dass sie sich mit der ganzen Thematik mehr befassen.“ (GiG-net, 2008, S. 91, zitiert nach Brzank 2002)

Zusätzlich zu diesem kognitiven Wissen betonen Schulze et al. die Bedeutung des sogenannten affektiven Wissens, welches das persönliche Einlassen auf Begegnungen meint. Beide Wissensarten, welche immer zusammenwirken, müssen Professionelle in Institutionen sicherstellen, wenn sie Menschen mit Angst und Schamgefühlen erreichen wollen. Es ist dies

„[...] [die] Fähigkeit, sich emotional auf eine persönliche Begegnung einzulassen und gleichzeitig diese durch Fachwissen und Reflexionshaltung zu transzendieren [...]“ (Schulze et al., 2012, S. 130)

Laut Hagemann-White gibt es im Gesundheitssystem viele Wissenslücken (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 46) und somit auch Unsicherheiten (vgl. siehe Kapitel 4.2.3). Die Autorin gibt folgende Bereiche im Gesundheitswesen an, bei denen es noch immer an ausreichendem Wissen mangelt:

- Wissen über Opferdynamiken
- Wissen über Gewalt im Geschlechterverhältnis
- Wissen über Mythen und Vorurteile
- Wissen über andere Unterstützungsangebote

Die Autorin erwähnt weiter, dass

„[...] eine Verankerung und Thematisierung der Problematik in der gesundheitlichen Versorgung, Aus- und Fortbildung [...] erst vereinzelt zu erkennen [ist] und frauengerechte Konzepte und Behandlungsansätze [...] zu wenig verbreitet [sind].“ (Hagemann-White et al., 2003, S.46)

Da gewaltbetroffene Frauen aus Angst- und Schamgefühlen sich nicht sofort ihrer Umwelt anvertrauen, benötigen diese einen Raum, welcher Schutz und Sicherheit sowohl in Bezug auf die Institution als auch in Bezug auf die Kommunikation bietet. Die Schilderungen haben

verdeutlicht, dass dieser Raum nicht immer vom Gesundheitssystem geboten werden kann.

4.2.4 Alternativerfahrenungen

Damit speziell traumatisierte Menschen Hilfe annehmen können, brauchen diese regelmäßige positive Beziehungserfahrungen, welche ihnen sowohl Struktur als auch Sicherheit geben (vgl. Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen). Traumatisierte gewaltbetroffene Frauen benötigen daher wiederholende sicherheitsgebende und strukturgebende Beziehungserfahrungen innerhalb von Institutionen (vgl. ebenda). Nachstehendes Zitat einer gewaltbetroffenen Frau, welche im Rahmen der deutschen Prävalenzstudie an einer Gruppendiskussion teilgenommen hat, verdeutlicht die Wichtigkeit einer sicherheitsgebenden Beziehung. So gibt die Frau Folgendes an:

„Der Arzt muss wissen, wenn er der Frau das Hilfsangebot macht, dass er dann am Ball bleibt, dass er der Frau das Gefühl gibt, ich begleite Sie.“ (vgl. GiG-net, S. 89, zitiert nach Brzank 2002)

Ohne diese regelmäßige immer wieder kehrende sicherheitsgebende Beziehung ist es Menschen, welche ein starkes Misstrauen sich selbst und ihrer Umwelt gegenüber empfinden, kaum möglich, aus eigener Motivation heraus diese Zweifel zu bezwingen (vgl. Gahleitner et al., 2012, S. 35). Ähnlich verhält es sich mit strukturgebenden Beziehungen. Damit soll keine rigide Struktur gemeint sein, sondern viel mehr eine Struktur, welche sich durch Partizipation auszeichnet. Dies ist eine Struktur, innerhalb derer Menschen spüren, dass die Annahme von Hilfe etwas Positives ist (vgl. Seminar: Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen). So beschreibt Gahleitner einen Fall, bei dem ein Jugendlicher erst nach einer gewissen strukturgebenden Beziehungsarbeit bemerkt hat, dass in seinem Alltag etwas nicht stimmt. Erst dann hat er seine Gewalterfahrung angesprochen (vgl. ebenda). Dazu geht aus dem „Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis“ hervor, dass

„[...] ein sensibles Eingehen von MitarbeiterInnen und Mitarbeitern der Gesundheitsversorgung auf die Situation einer von Gewalt betroffenen Frau dazu führen kann, dass Veränderungen angestoßen werden.“ (GiG-net, 2008, S. 90)

Gerade in Bezug auf traumatisierte Frauen, welche diese positiven Erfahrungen immer wieder machen müssen, bevor sie ihre erlittenen Misshandlungen offenlegen, haben ÄrztInnen dann eine Chance, wenn sie sowohl die Gesundheit als auch das Leben der Frau in den Fokus nehmen (vgl. GiG-net, 2008, S. 89).

Weil Professionellen im Gesundheitssystem oft eine gewisse Sicherheit in der Kommunikation mit den Betroffenen fehlt (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 56), können diese den Frauen kaum eine sicherheitsgebende Beziehung anbieten. Nicht selten sind die Professionellen selber von Gefühlen wie Wut oder gar Angst in Bezug auf ihre persönliche Sicherheit geprägt (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S.44). Auch strukturgebende Beziehungen sind innerhalb dieses Settings kaum möglich. Laut Gahleitner gibt es diverse Institutionen, welche rigide Rahmenbedingungen schaffen. Als Beispiel nennt sie Institutionen der Justiz und Asylheime (vgl. Seminar: Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen). Nun stellt sich die Frage, inwieweit Krankenanstalten möglicherweise auch solch rigide Institutionen darstellen. Auf eine gewisse Rigidität weist jedenfalls folgendes Zitat hin, in welchem eine betroffene Frau kritisiert, dass

„ärztliche Empfehlungen, die sich nach ihrer Einschätzung jedoch nicht an ihrer Situation orientieren, sondern von ihr erneut als Vorschrift und Maßregelung erachtet werden.“ (vgl. GiG-net, 2008, S. 87, zitiert nach Brzank 2002)

Jedenfalls ist es in Krankenanstalten sehr schwierig, einen strukturierten Rahmen zu finden, in welchem in ein „ruhiges, länger dauerndes Gespräch“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 56) und somit regelmäßige positive Beziehungserfahrungen stattfinden können.

4.2.5 Geschlechtsspezifisches Empowerment

In Bezug auf die Traumaverarbeitung (Erreichung ist gleich Verarbeitung) wurden in den letzten Jahren vermehrt geschlechtsspezifische Unterschiede thematisiert. Nicht zuletzt passierte dies deswegen, weil die Geschlechtszugehörigkeit das Wahrnehmen, Fühlen, Denken und Handeln sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der sozialen Ebene, beeinflusst (vgl. Gahleitner et al., 2012, 41-42). Wird dieses geschlechtsspezifische „Konzept des Selbst“ von einem traumatischen Erlebnis beeinflusst, so wird dieses Ereignis in das Selbstkonzept integriert. So zeigen beispielsweise Männer als Reaktion auf Traumatisierungen eher „aggressive Durchbrüche“ (Gahleitner et al., 2012, S. 41ff) und Frauen vermehrt psychosomatische Erkrankungen beziehungsweise selbstverletzendes Verhalten. Diese Folgeerscheinungen tragen zwar die Chance, Traumatisierungen zu verarbeiten, in sich, können die Frauen aber auch gleichzeitig in eine Opferrolle versetzen, welche dazu führen kann, dass Frauen für ihr Leben kaum mehr Verantwortung übernehmen. Deswegen ist es wichtig, diese Frauen möglichst oft zu stärken (vgl. ebenda).

Die nachfolgenden Beispiele zeigen, dass diese Stärkung von Fall zu Fall unterschiedlich

durchzuführen ist. So geht etwa aus dem Forschungsnetz „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ hervor, dass eine Stärkung von gewaltbetroffenen Frauen schon durch sensibles Handeln von ÄrztInnen erreicht werden kann, ohne dass sie die Gewalt direkt ansprechen muss. So gibt etwa eine gewaltbetroffene Frau an, dass es ihr schon gereicht hätte, wenn der Arzt ihr geholfen hätte, nach Möglichkeiten zu suchen, welche sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken – beispielsweise ein Kuraufenthalt (vgl. GiG-net, 2008, S. 89). Eine andere Frau hingegen, welche etwas mehr Unterstützung zur Stärkung gebraucht hätte, erwähnt folgende Reaktion eines Arztes als hilfreich:

„Wir tun das für dich, darum brauchst du dich nicht zu kümmern.“ (GiG-net, 2008, S. 89, zitiert nach Brzank 2002)

Für sie war dieser Satz des Arztes „wie eine Erlösung“ (GiG-net, 2008, S. 89, Brzank). Diese zwei unterschiedlichen Bedürfnisse, einmal ein sensibles Eingehen und einmal die Übernahme der Verantwortung für einen gewissen Bereich, machen deutlich, dass geschlechtersensibles Handeln, je nach dem mit welcher Frau man in Kontakt kommt, unterschiedlich aussehen muss. Es ist nicht möglich, bei allen Frauen Geschlechtlichkeit zu dekonstruieren. Die AutorInnen erwähnen weiter, dass es sehr bedeutend ist, „Handlungsspielräume und Veränderbarkeiten“ (Schulze et al. 2012, S. 44) passend einzuschätzen. Denn es ist wichtig, dass „die Verhaftung von Individuen in momentan historisch-gesellschaftlich und psychisch gewachsenen Situationen“ (Schulze et al. 2012, S. 44) gewürdigt werden. Aus dieser Einschätzung heraus sollten sich dann Möglichkeiten der Intervention entwickeln. Grundsätzlich wichtig ist, so Hagemann-White et al., dass die Frauen

„in ihrer eigenen Entscheidung und Wahl respektiert und ermutigt werden. Es sollten keine Entscheidungen über ihren Kopf hinweg getroffen werden.“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 56)

Hagemann-White betont außerdem die Wichtigkeit der Stärkung von gewaltbetroffenen Frauen im Sinne des Empowerment. Denn erst mit einem gestärkten Selbstwert sind diese in der Lage, wieder Entscheidungen über ihr Leben zu treffen. Im Sinne des Empowerments muss an den Stärken und Ressourcen der Frauen angesetzt werden (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 37). Auch Campbell gibt an, dass jede Intervention in Bezug auf gewaltbetroffene Frauen und ihre Gesundheit deren Stärken und Ressourcen beachten muss. Laut der Autorin muss jede diesbezügliche Intervention eine Art solidarische Zusammenarbeit sein, welche geprägt von einer Haltung der Verantwortung ist und Sicherheit gewährleistet (vgl. Campbell, 2002, S. 1335).

Gewaltbetroffene Frauen bekommen im Gesundheitssystem jedoch häufig Diagnosen gestellt, welche nur als sogenannte „Sekundär Diagnosen“ (Hellbernd et al, 2004, S. 31). gesehen werden können. So werden beispielsweise bei psychischen Beschwerden nicht selten psychotrope Medikamente verschrieben. Dies führt dazu, dass die Frauen durch die Medikamente die Gewalt weiterhin ertragen (vgl. ebenda). Gerade durch solche Fehldiagnosen im Gesundheitssystem wird Empowerment bei gewaltbetroffenen Frauen immer wieder verhindert. So hat beispielsweise eine „akut traumatisierte“ Frau unter Angstzuständen die Diagnose Depression bekommen (vgl. GiG-net, 2008, S. 88). Die betroffene Frau schildert diese Situationen folgendermaßen:

„Das hat mich so geärgert. Ich fand das furchtbar. Und dieser Begriff `Depression` schwemmt dann über allem, wenn [man] also wirklich einfach so kaputt ist und sich mies fühlt durch die Situation in der Ehe, dann hat man als Frau `Depression` und das ärgert mich.“ (GiG-net, 2008, S. 88)

Dieses Zitat verstärkt, was Gahleitner bei einem Seminar am FH Campus Wien 2013 erwähnte. Diese gab an, dass gerade MedizinerInnen kein so genanntes „doppeltes Verständnis“ (Seminar, Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen) im Hinblick auf Traumatisierungen haben und nicht in Komplexitäten denken. Unter dem doppelten Verständnis versteht sie, dass Menschen sowohl einen fachlichen Wissenshintergrund zum Thema Traumatisierung als auch einen reflexiven Hintergrund. MedizinerInnen besitzen zumeist ein rein naturwissenschaftliches Verständnis, welches einen sehr starken von „oben herab“ (ebenda) Charakter hat. Sie gibt an, dass sich dieses Verständnis im Umgang mit Traumatisierten negativ auswirkt. Dazu Gahleitner:

„Die Betroffenen fühlen sich dadurch gegängelt.“ (Seminar, Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen)

4.2.6 Vernetzung

Gahleitner betont in ihrem Seminar am FH Campus Wien 2013 immer wieder die Bedeutung von guter Vernetzung innerhalb der Einrichtungen (vgl. Seminar: Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen). Auch Hagemann-White et al. erwähnen in ihrem Buch „Strategien zur Gewalt im Geschlechterverhältnis“, die große Bedeutung von Vernetzung und Kooperation (vgl. Hagemann-White et al. 1992, S. 123). Dafür, so die Autorin, sind jedoch Einrichtungen bzw. Zentren notwendig, welche sich ausschließlich um die Vernetzung aller relevanten Träger kümmern (vgl. ebenda, S. 128). Auch aus dem „Forschungsnetzwerk Gewalt im

Geschlechterverhältnis“ geht hervor, dass „Interventionschancen“ (vgl. GiG-net, 2008, S. 111) in Bezug auf gewaltbetroffene Frauen nur bei einer guten Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und dem Gewaltschutzsystem funktionieren können (vgl. ebenda).

Nach Einschätzung von ExpertInnen können Hindernisse zur Erfragung von Gewalt darin bestehen, dass lokale bzw. regionale Hilfeeinrichtungen, an die betroffene Frauen und Mädchen weitervermittelt werden könnten, nicht bekannt sind. So gehen

„sexuell traumatisierte Frauen [...] häufig lange Irrwege durch das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem, ehe sie eine Therapie finden, die zu den Ursachen der Symptome vordringt. Durch Fehl-, Unter- und Überversorgung kann es zu Chronifizierungen kommen.“ (Hagemann-White et al., 2003, S. 46)

4.3 Resümee

Es wird deutlich, dass gewaltbetroffene Frauen, welche unter Angst und Schamgefühlen leiden bzw. traumatisiert sind, hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem stellen. Nicht zuletzt deswegen sind Fachkompetenz und Handlungssicherheit unbedingt notwendig. Folgendes Zitat verdeutlicht dies:

„Fachkompetenz und Handlungssicherheit auf Seiten der Fachkräfte in Rettungsstellen sind entscheidend dafür, ob Präventions- und Interventionschancen realisiert werden.“ (Wieners et al., 2012^a, S. 65)

Diese notwendige Fachkompetenz und Handlungssicherheit scheint es im Gesundheitssystem, wie in diesem Kapitel deutlich wurde, nicht immer und selbstverständlich zu geben. So bräuchte es beispielsweise einen Raum frei von Zuschreibungen, mehr Wissen, sowohl affektives als auch kognitives, und ganz allgemein mehr zwischenmenschliche Solidarität. Ansonsten kann die notwendige Vertrauensbasis nicht entstehen (vgl. siehe Kapitel 4.1.3).

Es wird außerdem deutlich, dass gewaltbetroffene Frauen ein interessiertes, empathisches Eingehen von Seiten der Professionellen auf ihre Lebensgeschichte brauchen, ehe sie ihre Gewaltverhältnisse offen legen. Im Gesundheitswesen findet dieses Eingehen aus den verschiedensten Gründen wie etwa Zeitnot, mangelndem Verantwortungsbewusstsein, mangelndem Wissen zur Gesprächsführung usw. kaum statt. Wenn außerdem traumatisierte von Gewalt betroffene Frauen im Gesundheitssystem keine regelmäßigen positiven Alternativerfahrungen im Sinne von struktur- und sicherheitsgebenden Beziehungen machen können, sich das Gesundheits- und Gewaltschutzsystem nicht vernetzt und die Betroffenen

nicht auf einer geschlechtersensiblen Ebene Unterstützt werden, können (traumatisierte) gewaltbetroffenen Frauen als „Hard to Reach“ - Klientinnen im Gesundheitssystem bezeichnet werden.

Klinische Soziale Arbeit im Umgang mit „Hard to Reach“ - KlientInnen

Im vorangegangenen Kapitel „Theoretischer Abriss `Hard to Reach`“ (siehe Kapitel 4.1.1) wurde beschrieben, ab wann gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als „Hard to Reach“-Klientinnen in dieser Forschungsarbeit beschrieben werden. Dies ist erstens der Fall, wenn sie auf Grund von mangelndem Vertrauen bzw. Traumatisierungen, ihre Geschichte nicht von sich aus erzählen und zweitens, wenn ihnen kein Raum für diese Erzählungen zur Verfügung gestellt wird (vgl. siehe Kapitel 4.1.2). Nun stellt sich die Frage, welchen Beitrag die Klinische Soziale Arbeit mit ihren Konzepten und Methoden im Hinblick auf eine verbesserte Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem leisten kann.

5.1 Bedeutung der Klinischen Sozialen Arbeit

Das Wort „klinisch“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet ursprünglich Lager bzw. Bett. In der Sozialen Arbeit kennzeichnet dieser Begriff die Arbeit in der Mikroebene. Das bedeutet, wer kranke Menschen unmittelbar behandelt, arbeitet klinisch (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005^b, S. 12).

Die Klinische Soziale Arbeit hat einen Auftrag bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem. Dies kann durch drei wesentliche Aspekte begründet werden. Erstens, weil die Klinische Soziale Arbeit laut Hahn et al. sowohl auf die Förderung als auch auf den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit von Menschen abzielt. Gerade im Kapitel „Gesundheitliche Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen“ (vgl. siehe Kapitel 2.3) wird deutlich, welche starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Traumatisierungen, psychosomatische Erkrankungen, soziale Benachteiligungen, etc.) Gewalt in Paarbeziehungen für die betroffenen Frauen auf einer biopsychosozialen Ebene mit sich bringen kann (vgl. siehe Kapitel 2.3). Zweitens, weil VertreterInnen der Klinischen Sozialen Arbeit sich über das Sozialsystem hinaus auch für das Gesundheitssystem zuständig fühlen (vgl. Geißler-Piltz, 2005^a, S. 29) und sich diese Fachsozialarbeit nicht zuletzt deswegen in gesundheitsbezogenen Diensten ansiedelt (vgl. Hahn et al., 2005, S. 22-43). Drittens beschäftigt sich die Klinische Soziale Arbeit mit sogenannten „Hard to Reach“- KlientInnen (vgl. Gahleitner et al., 2009^a, S. 321 – 322).

Dass gewaltbetroffene Frauen im Setting des Gesundheitswesens aus den verschiedensten Gründen als „Hard to Reach“- Klientinnen bezeichnet werden können, wird im Kapitel

„Gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem als `Hard to Reach`- Klientinnen“ (vgl. siehe Kapitel 4.) deutlich.

5.2 Methoden der Klinischen Sozialen Arbeit

5.2.1 „Person-in-Environment“ Konzept

Im „Person-in-Environment“ Konzept von Mary Richmond wird menschliches Verhalten durch sowohl individuelle als auch soziale Verhältnisse erklärt. Wer diesem Konzept folgt, geht von einem Zusammenspiel zwischen individuellen und sozioökonomischen Faktoren aus. Das „Person-in-Environment“ Konzept stellt somit eine wichtige Grundlage dar, wenn es um Interventionen geht, welche sowohl die Persönlichkeit als auch die Umwelt von Menschen stärken sollen (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005^b, S. 15-18). Mary Richmond wollte mit dieser Konzeption die Bedeutung des Umwelteinflusses auf Menschen verdeutlichen. Geißler-Piltz beschreibt ihre Idee folgendermaßen:

“Sie [Mary Richmond] war überzeugt, dass die Umgebung auch an den Menschen anzupassen sei.” (Geißler-Piltz, 2005^a, S. 17)

Das „Person-in-Environment“ Konzept nimmt folglich sowohl das Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit, als auch die sozialen Beziehungen, sozialen Unterstützungen und sozialen Chancen in den Fokus (vgl. Geißler-Piltz, 2005^a, S. 17-18).

„Person-in-Environment“ und schwer erreichbare KlientInnen

Aus dem Kapitel „Voraussetzung für die Erreichung“ wurde deutlich, dass die Erreichung von Menschen mit mangelndem Vertrauen in ihre Umwelt sowohl die Stärkung der Betroffenen als auch einen gestärkten Kontext voraussetzt (vgl. siehe Kapitel 4.1.3). Das „Person-in-Environment“ Konzept beachtet mit seinem „doppelten Fokus“ sowohl die Stärkung der betroffenen Person als auch die Stärkung ihres Umfeldes. Diese Stärkung findet sowohl durch die Aktivierung der KlientInnen als auch durch die Aktivierung der anderen Beteiligten statt (vgl. Pauls, 2010, S. 103-104). Hierfür ist laut Pauls eine stabile Beziehung zwischen KlientIn und professioneller HelferIn unumgänglich (vgl. Pauls, 2010, S. 104). Denn, so Pauls, welcher sich dabei auf das „Person-in-Environment“ Konzept bezieht,

„[...] klinisch-sozialarbeiterische Hilfe muss in eine tragfähige professionelle Bindungsbeziehung eingebettet werden, die an die zwischenmenschliche Bindungserfahrung familiär-nachbarschaftlicher Unterstützung anknüpft.“ (vgl. Pauls, 2010, S. 104)

Das Gesundheitswesen zeichnet sich laut Geißler-Piltz et al. jedoch sehr stark durch ein passives, neutrales, zurückhaltendes und nicht selten sogar zurückweisendes Verhalten aus. Deswegen empfiehlt die Autorin gerade in diesem Kontext eine Haltung, welche von Respekt und Achtung geprägt ist (Geißler-Piltz et al., 2005^b, 61f). Denn, so Herman,

„[...] [erst] wenn die Wahrheit anerkannt ist, kann die Genesung des Opfers beginnen. Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrechterhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom.“ (Herman, 2003, S. 10)

Somit wird deutlich, dass die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem auch gleichzeitig eine Art Genesung für die Betroffenen darstellt. Auch wurde klar, dass das „Person-in-Environment“ Konzept ein wichtiges Grundkonzept für die Erreichung darstellt, da es sich sowohl auf den Kontext als auch auf Individuen in psychosozialen Notlagen spezialisiert.

5.2.2 Psychosoziale Traumatologie

Psychosoziale Traumatologie als geeignete Methode

Gewalt in Paarbeziehungen führt mehrheitlich zu Traumata (vgl. siehe Kapitel 2.3.3). Deswegen macht es Sinn, sich methodisch mit der „psychosozialen Traumatologie“, wie sie Schulze et al. beschreiben, zu beschäftigen (vgl. Schulze et al., 2012). Traumabezogene Professionalität bedeutet laut Schulze et al., den Menschen reflektiert in Bezug auf Macht und Hierarchien zu begegnen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 135). Auch das „Person-in-Environment“ Konzept verlangt dies (vgl. Geißler-Piltz, 2005^a, S. 18). Dazu gibt Geißler-Piltz an:

„Das theoretische Konzept und die methodische Strategie dieser anspruchsvollen `Person-in-Environment` Anforderung heißt, den Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren.“ (Geißler-Piltz, 2005^a, S. 18)

Es wird somit deutlich, dass sowohl in der "psychosozialen Traumatologie", als auch im „Person-in-Environment“ Konzept das Ziel herrscht, Begegnung und Beziehung nie unreflektiert zu lassen (Geißler-Piltz, 2005^a, S. 18; vgl. Schulze et al., 2012, S. 135). Auf Grund dieser Ähnlichkeit kann die psychosoziale Traumatologie als eine klinisch-sozialarbeiterische Methode gesehen und deren Methoden folglich auch herangezogen werden.

Psychosoziale Traumatologie – die Methode

Schulze et al. beschreiben professionelles Handeln mit traumatisierten Menschen

folgendermaßen: „Traumabezogenes Handeln, ist auch ein `Raumhandel`“ (Schulze et al., 2010, S. 135). Institutionen müssen folglich, wenn sie traumatisierte Menschen erreichen wollen, ihren KlientInnen einen Raum zur Verfügung stellen, innerhalb welchem

- Gespräche und Beratungen in Bezug auf Machtungleichheiten reflektiert werden
- Alltagshandlungen richtig gedeutet werden
- Sicherheit zur Verfügung gestellt wird
- Erzählungen angeregt und unterstützt werden
- regelmäßig positive Erfahrungen möglich sind

(vgl. Schulze et al., 2012, S. 135-140)

Erreichung durch eine reflektierte Haltung

Öffentliche Räume stellen nur selten einen geeigneten Ort dar, innerhalb welchem Menschen ihre Geschichten unabhängig von Tabuisierungen, Marginalisierungen oder „Skandalisierungen“ erzählen können. Gerade gewaltbetroffene Frauen erleben solche Missachtungen vermehrt bzw. laut Hagemann-White et al, doppelt. Doppelt deswegen, weil sie sowohl in ihren Grundrechten als auch hinsichtlich ihrer Weiblichkeit verletzt wurden (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 37).

Gerade in medizinischen Organisationen, so Schulze et al., gibt es verfestigte Kommunikationsmuster (vgl. Schulze et al., 2012, S. 137). Das heißt, eine Art Kultur, wie auf Menschen zugegangen bzw. wie mit ihnen kommuniziert wird. So herrscht immer eine Idee darüber, was erzählt werden kann und wie Erzähltes interpretiert wird (vgl. Schulze et al., 2012, S. 136ff). Nur durch die Reflexion von Macht und zwischenmenschlicher Kommunikation kann ein lebensweltlicher Zugang (vgl. Schulze et al., 2012, S. 137) oder, mit den Worten von Pauls, ein solidarischer Zugang (vgl. Pauls, 2003, S.101ff) innerhalb von Organisationen hergestellt werden (vgl. Schulze et al., 2012, S. 137). Ansonsten besteht die Gefahr, dass Erzähltes nur unter den herrschenden „Dominanzstrukturen“ wiedergegeben wird bzw. dass „Interaktionszuweisungen“ entstehen, welche bei anderen MitarbeiterInnen zur Verweigerung von Hilfe führen können (vgl. ebenda).

Speziell bei gewaltbetroffenen Frauen in Paarbeziehungen im institutionellen Kontext bräuchte es Professionelle, welche sich über Geschlechterverhältnisse bewusst sind. Konkret bedeutet dies, dass Handlungen von Betroffenen innerhalb einer Institution statt

„geschlechterdeterminierend“ (Schulze et al., 2012, S. 140). eher im Hinblick auf Geschlechterverhältnisse reflektiert werden sollten (vgl. ebenda). Das bedeutet, es ist das Wissen notwendig, dass Gewalt auf Grund von geschlechtsspezifischer Machtungleichheiten entstehen kann (vgl. Schulze et al., 2012, S. 140). Passend dazu Schleicher, welche schreibt, dass es sich bei Gewalt in Paarbeziehungen so gut wie immer um geschlechtsbezogene Gewalt handelt (vgl. Schleicher, 2011, S. 5).

So beschreibt beispielsweise Herman, welche sich während ihrer Arbeit als Ärztin in der Psychiatrie sehr stark innerhalb der Frauenbewegung engagierte, dass sie als Ärztin in der Psychiatrie viele Geschichten von gewaltbetroffenen Frauen gehört hat (vgl. Herman, 2003, S. 11). Ihre reflektierte Haltung zu diesem Thema hat möglicherweise für die betroffenen Frauen einen Raum eröffnet, in dem sie sich trauten, ihre Gewalterfahrung anzusprechen.

Erreichung durch die Nutzung alltäglicher Begegnungen innerhalb von Institutionen

Schwer erreichbare Menschen fallen nicht immer sofort auf, ihr Verhalten ist in der Regel „unspektakulär“ (Pauls, 2010, S. 103). Hinter scheinbar gewöhnlichen Begegnungen innerhalb von Institutionen kann somit eine lebensweltliche Bedeutung stecken (vgl. Schulze et al., 2012, S. 141). Als Beispiel für eine alltägliche Situation, in der eine Person im stationären Setting erreicht werden kann, nennen Schulze et al. das `Nebenbei-Gespräch`. So ergab sich bei einer Interviewpartnerin im Rahmen der Studie „Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen“ (vgl. Gahleitner, Schluzer, Loch, 2012, S. 1), beim Insbettbringen eines Klienten ein Gespräch, welches sich später als sehr bedeutsam erwies (vgl. Schulze et al., 2012, S. 130f).

Folglich sind Begegnungen im Alltag, auch wenn sie Professionellen nur „funktional“ (Schulze et al., 2012, S. 130) erscheinen, immer auch emotionale Erlebnisse (vgl. Schulze et al., 2012, S. 130f) und somit Begegnungen, welche Chancen der Erreichung mit sich bringen (vgl. Pauls, 2010, S. 101ff). Kommunikation im institutionellen Alltag läuft daher sowohl auf der affektiven als auch auf der kognitiven Ebene ab. Deswegen ist es wichtig, dass Professionelle neben der Anwendung ihres Fachwissen auch in der Lage sind, sich auf persönliche Begegnungen einzulassen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 130-131). Sie müssen die Fähigkeit besitzen, in Situationen, welche alltäglich erscheinen, „unterschiedliche Bedeutungsebenen“ (Schulze et al., 2012, S. 141) (individuell, sozial, gesellschaftlich) zu erkennen. Dazu braucht es sowohl ein empathisches Zugehen als auch eine Art hermeneutisches Sinnverstehen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 141).

Erreichung durch die Schaffung von Sicherheit

Grundsätzlich zählt die Schaffung von Schutz und Sicherheit zu den wichtigsten Handlungen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Denn, so Schulze et al.:

„Betroffene leben oftmals in einem tiefen Gefühl von Misstrauen und Entfremdung gegenüber Personen und sozialen Welten. Dabei handelt es sich nicht um eine individuelle Pathologie, sondern um individuelle Sicherheitsstrategien [...].“ (Schulze et al., 2012, S. 138)

Auch Herman beschreibt, dass die Herstellung von Sicherheit einen wichtigen Teil der „Genesung“ bei traumatisierten Menschen darstellt (vgl. Herman, 2003, S.12). Schulze et al. beziehen den Begriff Sicherheit auf drei unterschiedliche Kontexte:

- Sicherheit durch eine Institution
- Sicherheit durch das soziale Umfeld
- Sicherheit durch einen „inneren sicheren Ort“

(Schulze et al., 2012, S. 138-139)

Erreichung durch Unterstützung bei Erzählungen

Weil das Erzählen der Misshandlungen in dieser Forschungsarbeit auch als Erreichung der betroffenen Frauen gesehen wird (vgl. siehe Kapitel 4.1.3), ist es wichtig, Menschen im Erzählen zu unterstützen. Denn Traumatisierungen treten in den meisten Fällen als Symptom und eher weniger in Form von Erzählungen auf. Dies hat etwas mit der sogenannten „Dialektik des psychischen Traumas“ zu tun, was bedeutet, dass Betroffene in einer Art Dilemma stecken. Einerseits wollen sie ihre Erlebnisse aussprechen und andererseits darüber schweigen. Die Folge dieser Dialektik sind widersprüchliche Erzählungen. Diese machen Sinn, da sie einen Ausweg aus dem Dilemma Schweigen oder Reden bieten. In den meisten Fällen schweigen die Betroffenen und das Ereignis taucht dann, wie oben schon erwähnt, „nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom“ (vgl. Herman, 2003, S. 9).

Um zu verhindern, dass Traumata nur auf der Symptomebene auftauchen, müssen Professionelle „den AdressatInnen genügend Raum zum Erzählen ihrer Geschichten lassen“ (Schulze et al., 2012, S. 136). Das heißt, es ist notwendig, den Menschen ein Erzählen zu ermöglichen, auch, wenn diese auf Grund von Alter, Sprache usw. Schwierigkeiten haben, sich zu äußern (Schulze et al., 2012, S. 136).

Erreichung durch regelmäßige positive Erfahrungen

Wie im Kapitel „Theoretischer Abriss zu `Hard to Reach`“ (vgl. siehe Kapitel 4.1.1) dargestellt wurde, ist speziell bei Menschen, welche jegliches Vertrauen in ihre Umwelt verloren haben, eine Erreichung erst möglich, wenn deren Persönlichkeit gestärkt wird (vgl. siehe Kapitel 4.1.3). Diese Persönlichkeitsstärkung kann gerade bei traumatisierten Menschen nur durch regelmäßige positive Erfahrungen stattfinden. Gahleitner spricht von Alternativerfahren (vgl. Seminar: Gahleitner, 2013, Arbeit mit traumatisierten KlientInnen). Denn nur dann kann es irgendwann gelingen, dass diese Menschen zu erzählen beginnen (vgl. ebenda).

Ein Gespräch beispielsweise während einer ganz normalen `Versorgungssituation`, kann eine solche Alternativerfahrung darstellen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 130). Gerade in Situationen, in denen „Nähe und Vertrautheit“ möglich ist, können kommunikative Handlungen im stationären Bereich zwischen KlientInnen und Professionellen Einfluss auf Erleben, Verarbeiten und Entwickeln von Menschen haben (vgl. Schulze et al., 2012, S. 131).

Räume, in denen neue Erfahrungen hinsichtlich Fühlen, Denken, Verstehen und Entwickeln möglich sind, entstehen meist durch „informelle Situationen“, welche sich durch emotionalen Halt und Sicherheit auszeichnen. Sprich in „lebensweltlichen Situationen“ wenn „Handlungen gerade nicht auf ein rein rationales Erkennen gerichtet sind [...]“ (vgl. Schulze et al., 2012, S. 131).

5.2.3 Klinisch-Sozialarbeiterische Diagnostik

Die klinisch-sozialarbeiterische Diagnostik unterscheidet sich wesentlich von der medizinischen und psychotherapeutischen. Ihr Fokus liegt mehr auf der Erfassung von Biografie und Lebenswelt der Betroffenen und weniger auf somatischen und psychischen Faktoren (vgl. Gahleitner et al. 2009^a, S. 325).

Empirische Forschung

6.1 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit ist die Erfassung von Ideen, Visionen, Verbesserungsvorschläge usw., welche ExpertInnen sowohl aus dem Gewaltschutzbereich als auch aus dem Gesundheitswesen zur verbesserten Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem haben, bzw. schon umsetzen. Schlussendlich werden auf Basis dieser Ergebnisse Rückschlüsse auf einen möglichen Auftrag für die Klinische Soziale Arbeit gezogen. Basierend auf dieser Zielsetzung lautet die forschungsleitende Fragestellung folgendermaßen:

„Wie können von Gewalt betroffene Frauen in Paarbeziehungen im Wiener Gesundheitssystem besser auf einer psychosozialen Ebene erreicht werden – und welche Aufträge ergeben sich daraus möglicherweise für die Klinische Soziale Arbeit?“

6.2 Forschungsfeld

Die Datenerhebung für die Masterarbeit fand sowohl in Einrichtungen des Gesundheitssystems als auch in Einrichtungen des Gewaltschutzsystems in Wien statt. Im Gesundheitssystem wurden Sozialarbeiterinnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Ärztinnen und Opferschutzbeauftragte aus den verschiedenen Wiener Schwerpunktkrankenanstalten und eine niedergelassene Ärztin durch problemzentrierte Leitfaden-Interviews befragt. Die Interviews im Gewaltschutzsystem wurden mit Expertinnen aus unterschiedlichen Gewaltschutzeinrichtungen durchgeführt. Alle Interviewpartnerinnen werden auf deren Wunsch hin anonymisiert.

6.3 Forschungsmethode

Da versucht wurde ein neues wissenschaftliches noch nicht behandeltes Phänomen zu erfassen und evtl. Erklärungsmöglichkeiten durch Interpretation dafür zu finden (vgl. Erzberger, 1998, S. 35/67) und nicht bereits bestehende Hypothesen auf Basis mathematischer Formeln überprüft wurden (quantitativ), war ein qualitativer Zugang naheliegend.

6.4 Forschungsinstrumentarien

6.4.1 Leitfadengestütztes ExpertInneninterview

ExpertInneninterview

In dieser Forschungsarbeit wurden ausschließlich ExpertInnen befragt. Diese zeichnen sich durch einen Wissensvorsprung hinsichtlich einer bestimmten Thematik aus. (vgl. Meuser et al., 2003, S. 57). Przyborski und Wohlrab-Sahr beschreiben ExpertInnen etwas enger und empfehlen, den Begriff für jene Personen zu verwenden, die ein spezielles Rollenwissen haben, bzw. zugeschrieben bekommen und dieses dann auch in Anspruch nehmen. Dies wird häufig mit Berufen in Verbindung gebracht (vgl. Przyborski et al., 2009, S. 132).

Die Befragten der vorliegenden Forschungsarbeit hatten sowohl einen Wissensvorsprung der Thematik gegenüber als auch eine Rolle inne, innerhalb welcher sie dieses Wissen anwendeten. Das heißt, sie waren alle in einem Beruf, welcher dieses Wissen auch erforderte.

Das leitfadengestützte ExpertInneninterview nach Gläser und Laudel

Diese Interviewmethode zeichnet sich durch ihren Fokus auf die Informationsgewinnung zu vorher definierten Sachverhalten aus. Das Ziel ist die Wissensermittlung der ExpertInnen (vgl. Gläser et al., 2009, S. 43). Bei leitfadengestützten ExpertInneninterviews werden die „Kommunikationsprozesse“ (ebenda) schon vorher geplant.

6.4.2 Analyse von Vorträgen

Zusätzlich zur Durchführung von leitfadengestützten ExpertInneninterviews wurden diverse Vorträge und Seminare, welche einen Bezug zur Thematik darstellen, im Hinblick auf die Fragestellung analysiert.

Wahlpflichtfach: „Arbeit mit traumatisierten KlientInnen“ 2013 am FH Campus Wien:

Bei diesem Seminar hat Gahleitner die elementaren Qualitäten, welche für die psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Menschen notwendig sind, dargestellt. Dieses Seminar war für die vorliegende Masterarbeit deswegen von Bedeutung, da hier die aktuellsten Erkenntnisse zur „psychosozialen Traumatologie“ diskutiert wurden und diese ein zentraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit sind.

Workshop: Konkrete Hilfe für (gewaltbetroffene) Migrantinnen im Gesundheitssystem

In diesem Workshop diskutierten ExpertInnen aus den Bereichen Psychotherapie, Pflege, Medizin, Sachwalterschaft, Wissenschaft und dem Gewaltschutzbereich über die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen im Gesundheitssystem. Diese Forschungsarbeit thematisiert zwar nicht konkret Migrantinnen, zählt diese aber zur beschriebenen Personengruppe dazu. Deswegen war dieser Workshop für die Forschungsarbeit von Relevanz.

Symposium: Migration von Frauen und strukturelle Gewalt

Im Rahmen dieses Symposiums gab es einen Themenblock mit dem Inhalt „Konkrete Hilfe im Gesundheitswesen für MigrantInnen“. Dabei referierten Expertinnen sowohl aus dem Gesundheitswesen als auch aus dem Gewaltschutzbereich über die derzeitige Situation gewaltbetroffener Frauen im Allgemeinen und gewaltbetroffener Migrantinnen im Speziellen. Dieser Themenblock ist insofern relevant, als hier die aktuellsten Informationen im Zusammenhang mit gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem, thematisiert werden.

6.5 Durchführung

6.5.1 Vorbereitungsphase

Die Erstellung des Leitfadens war der wichtigste Vorbereitungsschritt für die Durchführung der leitfadengestützten ExpertInneninterviews. Dabei wurden die methodischen Prinzipien des Leitfadeninterviews nach Gläser und Laudel verwendet. Durch deren Prinzipien wird es möglich, sowohl theoriegeleitet als auch mit genügend Raum für Offenheit hinsichtlich dem Gesagten der InterviewpartnerInnen, einen leitfadengestütztes ExpertInneninterview zu erstellen bzw. durchzuführen. Dabei wurden einerseits die Forschungsfrage und andererseits die vorangegangenen theoretischen Überlegungen sowohl in Form von Fragen als auch in Form von Themen im Leitfaden formuliert (vgl. Gläser et al., 2009, S. 115).

Schlussendlich bestand der Leitfaden aus sechs Themenblöcken, welche als Interviewgrundlage dienten. Innerhalb von jedem Themenblock gab es Hauptfragen und Steuerungsfragen, welche eine ergänzende Funktion hatten.

6.5.2 Interviewphase

Bei der Durchführung der Interviews wurden, gefolgt von Gäser und Laudel, Offenheit und Verstehen als leitender Gedanken verwendet. Diese beiden Gedanken erfordern, so die AutorInnen, vier wesentliche Prinzipien. So müssen nach dem Prinzip der Reichweite Probleme angesprochen werden, auf welche die ExpertInnen eine Chance haben, reagieren zu können. Das Prinzip der Spezifizierung erfordert außerdem, dass angesprochene Themen von den InterviewpartnerInnen in Form von Rückfragen der forschenden Person konkretisiert werden. Außerdem muss, folgt man dem Prinzip der Tiefe, den InterviewpartnerInnen ein Raum geschaffen werden, welcher es möglich macht, Situationen und Sachverhalte klar darzustellen. Schlussendlich erfordert das vierte Prinzip, nämlich dass Prinzip des personalen Kontextes, den Einbezug der sozialen Situation während des Interviews in die Auswertung (vgl. Gläser et al., 2009, S. 115-116).

Insgesamt wurden acht ExpertInneninterviews nach diesen Prinzipien durchgeführt. Davon kommen drei Expertinnen aus welche im Opferschutzbereich tätig sind, vier aus den verschiedenen Wiener Schwerpunktkrankenanstalten und eine Ärztin aus dem niedergelassenen Bereich. Zusätzlich wurde ein sogenanntes Preinterview mit einer Expertin einer Gewaltschutzeinrichtung durchgeführt.

6.5.3 Auswertungsphase

Transkription

Die Interviews wurden mit dem vorher eingeholten Einverständnis der Interviewpartnerinnen, auf Tonband aufgenommen. Diese Aufnahme ist durch die wörtliche Transkription in einen Text umgeschrieben worden (vgl. Mayring, 2002, 89). Dabei wurde alles in Schriftdeutsch verfasst (Mayring, 2002, 91). Damit ist es möglich, Dialekte von InterviewpartnerInnen ins Schriftdeutsch zu übersetzen. Grammatikalische und Rechtschreibfehler wurden nur in den direkt zitierten Ausschnitten verändert (vgl. ebenda).

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Ausgewertet wurde nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring. Diese Analyse erfolgt durch das Festlegen von grundsätzlichen Interpretationsschritten. Das macht die Analyse nachvollziehbar und gleichzeitig auch „intersubjektiv“ (Mayring, 2010, S. 59) überprüfbar. Zusätzlich zur Festlegung von Interpretationsschritten steht die Bildung von Categoriesystemen bei der qualitativen Inhaltsanalyse im Mittelpunkt. Diese ergeben sich aus dem vorhandenen Material und werden sowohl theoriegeleitet als auch in Hinblick auf die Fragestellung produziert (vgl. Mayring, 2010, S. 49). Dabei unterscheidet Mayring zwischen der induktiven und deduktiven Kategoriebildung. Bei der induktiven Definition werden Kategorien nur aus dem Material abgeleitet. Bei der deduktiven Definition werden theoretische Überlegungen miteinbezogen (vgl. ebenda S. 83). Bei vorliegender Forschungsarbeit wurde sowohl die induktive als auch die deduktive Kategoriebildung verwendet.

Folgende drei Analysemöglichkeiten werden von Mayring beschrieben:

- Zusammenfassende Analyse
- Explizierende Analyse
- Strukturierende Analyse

(vgl. ebenda S. 65). In vorliegender Forschungsarbeit wurden die einzelnen Interpretationsschritte auf Basis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse festgelegt (vgl. ebenda S. 68). Durch diese Analyse wird das Datenmaterial auf wesentliche Inhalte reduziert (vgl. ebenda S. 65). Auf Basis dieser Analysemethode wurde in vorliegender Forschungsarbeit als erster Schritt die Fragestellung festgelegt, nach welcher die auszuwertenden Interviewpassagen selektiert wurden. Anschließend wurde das Abstraktionsniveau festgelegt. Danach ist das Interview durchgearbeitet und kategorisiert worden. Diese ersten Kategorieentwürfe wurden anschließend für die weitere Textanalyse verwendet. Als etwa die

Hälfte des Materials durchgearbeitet wurde, wurden die bis dahin entstandenen Kategorien rücküberprüft (vgl. Mayring, 2010, S. 69).

Forschungsergebnisse

7.1 Hinderliche Faktoren im Gesundheitssystem

Gewaltbetroffene Frauen erleben laut Wolf immer wieder einen langen „Leidensweg durch das Medizinsystem“ (Vortrag: Wolf, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen), bevor sie beispielsweise mit der Diagnose Depression an andere Gesundheits- bzw. Sozialeinrichtungen, wie das FEM Süd¹, überwiesen werden. Diese stellen dann häufig eine dahinterliegende „chronifizierte Gewalterfahrung“ (ebenda) fest. Welche Probleme möglicherweise für diese langen Irrwege von gewaltbetroffenen Frauen im Medizinsystem verantwortlich sind, wird in vorliegender Kategorie thematisiert.

7.1.1 Institutionelle Barrieren

Die institutionellen Rahmenbedingungen einer Krankenanstalt erschweren immer wieder effektiven Gewaltschutz. Sowohl Zeit als auch Ressourcenmangel (vgl. A8: 133-137; A5: 572-577; A1: 157) verhindern das Ansprechen von einem Verdacht. Gerade wenn sich viele PatientInnen in den Wartesälen aufhalten, entsteht bei den behandelnden Professionen Stress und Druck. Dies wirkt sich doppelt schlecht auf die Erreichung der betroffenen Frauen aus. Erstens geschieht dies, weil die betroffenen Frauen für das Erzählen der Ursache ihrer Verletzung bzw. Krankheit ein ruhiges (vgl. A7: 30-32; A7: 76-85) und ein wertschätzendes (vgl. A1: 81-88) Setting benötigen. Die betroffenen Frauen spüren die hektische Stimmung und sprechen folglich nicht über ihre erlittenen Misshandlungen (vgl. A7: 30-32; A7: 76-85). Zweitens ist es auch Professionellen, welche einen Verdacht auf Gewalt haben, in einer Situation in welcher alles „rasch, rasch“ (A1: 87) gehen muss, kaum möglich, die Frau adäquat zu beraten (vgl. A5: 70-72). Ein zusätzliches Hindernis stellen die starren hierarchischen Strukturen in den Krankenanstalten (vgl. A3: 650-655; A3: 1126-1134; A8: 10-16) und die grundsätzlich misstrauische Atmosphäre zwischen den Berufsgruppen dar. Dies ist laut den Expertinnen² auf die strengen Reglementierungen in den Krankenanstalten (vgl. A8: 81-88) zurückzuführen. Auf Grund dieser rigiden Regelungen (vgl. A8: 81-88) haben die Fachkräfte ständig „Angst, etwas zu verabsäumen, etwas nicht richtig zu machen, etwas nicht zu

¹ Das FEM Süd ist ein Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen in Wien (vgl. Homepage: FEM Süd, 2013)

² Da es sich bei den befragten nur um Frauen handelt, wird der Expertinnenbegriff nicht gegendert.

dokumentieren“ (A8: 327-329). Diese Angst verhindert laut einer Professionellen im Gesundheitssystem den konstruktiven Austausch im multiprofessionellen Team und führt dazu, dass Informationen falsch weitergegeben bzw. interpretiert werden (vgl. A8: 254-261; A8: 327-340). Diese Kommunikationsdefizite werden von derselben Befragten als die größte Barriere bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen geschildert (vgl. A8: 8-16).

Schulze et al. beschreiben passend dazu, dass jede Organisation bzw. Institution dominierende Kommunikationsmuster hat, nach welchen Sachverhalte beschrieben werden (vgl. Schulze et al., 2012, S. 137). So werden laut der Autorin in vielen Institutionen Handlungen von Frauen eher „geschlechterdeterminierend“ als im Hinblick auf herrschende Geschlechterverhältnisse reflektiert (vgl. siehe Kapitel, 5.2.2).

7.1.2 Individuelle Barrieren

Irritationen

Für Professionelle im Gesundheitssystem ist es sehr irritierend, wenn die betroffene Frau vom Gefährder ins Spital begleitet wird (vgl. A1: 75-79; A1: 312-317). Fachkräften im Gesundheitsbereich fällt es außerdem schwer, Menschen, die keine Hilfe wollen, trotzdem ein Hilfeangebot zu machen (A5: 255-261). Auch das Nichtvorhandensein einer Trennungsabsicht von Seiten der betroffenen Frauen macht Professionelle ohnmächtig. Dazu eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich:

„[...] [Die] meisten Opfer möchten den Partnern unter Anführungszeichen nicht schaden, sondern was sie möchten ist, dass die Gewalt aufhört. Und diese Botschaft macht Menschen, die sich mit dem Thema nicht sehr intensiv auseinandergesetzt haben, ein Stück weit ohnmächtig.“ (A5: 195-207)

Ängste

Viele Professionelle im Gesundheitssystem haben sogenannte „Berührungsängste“ (A6: 1338). Sie haben Angst, mit gewaltbetroffenen Frauen über ihre erlittenen Misshandlungen zu sprechen (vgl. A6: 1337-1343). Es handelt sich deswegen um Angst, weil viele glauben, dadurch dem Opfer noch mehr zu schaden (vgl. A5: 341).

Persönliche Gewaltbetroffenheit

Eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich geht davon aus, „dass [...] bei jedem Radldienst³ in jeder Station in jedem Spital, je eine Frau dabei [ist] [...], die selber Gewalterfahrung hat“ (A5: 515-516). Dies kann sowohl förderlich als auch hinderlich in bei der Erreichung von betroffenen Frauen sein. Förderlich dann, wenn die Betroffene die Gewaltspirale überwunden hat und somit mit einen verstehenden Zugang zu den betroffenen Frauen entwickeln kann. Ist diese jedoch noch nicht aus der Spirale befreit und hat selber kein Vertrauen mehr in Institutionen, kann es sein, das sie keine Interventionen⁴ setzt (vgl. A5: 515-543).

Fehlendes Wissen über Interaktionen mit gewaltbetroffenen Patientinnen

ÄrztInnen haben kaum Kenntnisse über Gesprächsführungstechniken (vgl. A1: 147-151; A6: 976-982; A6: 687-694), welche jedoch für die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen wichtig wären (vgl. A5: 262-263). Ferner fehlt Fachkräften im Gesundheitssystem das Wissen über Opferdynamiken (vgl. A5: 203-209; A1: 71-76). Dieses Nichtwissen macht Professionelle im Gesundheitssystem ohnmächtig.

Des Weiteren sollten Professionelle im Gesundheitssystem interkulturelles Wissen, beziehungsweise Wissen über die Lebenswelten der betroffenen Frauen besitzen. Beide Wissensarten sind eine wichtige Voraussetzung für einen achtsamen Umgang mit den Frauen, welcher eine dringende Notwendigkeit im Hinblick auf deren Erreichung darstellt (vgl. A8: 166-169). Zusätzlich wird von einem fehlenden Wissen über Traumatisierungen und deren Folgen für die Betroffenen berichtet (vgl. A1: 171-176; A5: 328-329). Fehlt das Wissen über Traumatisierungen, so schätzen Professionelle die traumabedingten widersprüchlichen Aussagen von Betroffenen oft als unglaubwürdig ein und setzen folglich keine Interventionen (vgl. A1: 171-176).

Fehlendes Wissen über Interaktionen im multiprofessionellen Team

Neben dem Wissen über Interaktionen mit Betroffenen ist auch ein Wissen über Interaktionen zwischen den Professionellen notwendig. Beispielsweise: Wie funktioniert Kommunikation in stark hierarchisch organisierten Teams (vgl. A3: 696-700), bzw. wie kann Vertrauen zwischen den Teammitgliedern hergestellt werden (vgl. A8: 44-49)? Darüber hinaus ist das Wissen über die Schritte, welche in der jeweiligen Krankenanstalt gesetzt werden (vgl. A5: 335-337), bzw. wo

³ Radldienst ist das österreichische Wort für Schicht- oder Wechseldienst (vgl. Homepage: Sprache in Österreich, 2013)

⁴ Mit Intervention ist sowohl das aktive Ansprechen des Verdachtes bei der betroffenen Frau, als auch die Weitervermittlung an eine geeignete Einrichtung gemeint.

die Informationen hin sollen (vgl. A5: 56-58), wenn erkannt wird, dass die Verletzung bzw. Erkrankung aus erlittenen Misshandlungen entstanden ist, notwendig (vgl. A5: 335-337). Fehlt dieses Wissen, kann es passieren, dass „wenn [...] [man] nicht wirklich aktiv um Hilfe gebeten wird“ (A5: 336-337) nicht interveniert wird (vgl. A5: 335-337). Schlussendlich sollten Professionelle im Gesundheitssystem Kenntnisse über diverse andere HelferInnensysteme wie beispielsweise Polizei (vgl. A5: 332-333), Opferschutzgruppen (vgl. A5: 387-391), etc. haben.

Fehlendes Wissen über eigene Rolle

Professionelle im Gesundheitssystem haben eine bedeutende Rolle bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem (vgl. A5: 237). Diese ist jedoch vielen nicht bewusst (A5: 237-241; A3: 81-83). Das hat weitreichende Folgen für die Erreichung der betroffenen Frauen. Denn durch das „Nicht-bewusst-Sein“ wird selbst wenn Gewalt erkannt wird, keine Intervention (vgl. A4: 44-45; A5: 206-207) gesetzt. Außerdem beeinflusst das fehlende Rollenbewusstsein die Kommunikation zwischen der helfenden Person und der Patientin. Die Patientinnen spüren, „dass da jemand gar nicht daran denkt“ (A7: 39) und sprechen folglich nicht über das Problem, welches hinter der Krankheit bzw. Verletzung steckt (vgl. A7: 36-40; A7: 50-58).

Als Ursache für diese Wissensmängel wird die schlechte Verankerung der Gewaltthematik in der Grundausbildung genannt. Inwieweit dies gelehrt wird, hängt sehr stark vom jeweiligen Engagement der Ausbildungseinrichtungen ab (vgl. A5: 127-136).

7.1.3 Gesellschaftliche Barrieren

Gesellschaftliche Machtverhältnisse führen immer wieder zum sogenannten „Victim Blaming“. Dieses Phänomen, das von einer Professionellen aus dem Gewaltschutzsystem beschrieben wird (vgl. A5: 651-683), führt dazu, dass die Schuld für die erlittene Gewalt in erster Linie dem Opfer zugeschrieben (vgl. A5: 651-657; A3: 71-79) wird. „Victim Blaming“ passiert sowohl gesellschaftlich durch beispielsweise die weit verbreiteten Redewendungen „Da gehören immer zwei dazu“ oder „Einer alleine kann nicht streiten“ (A5: 662), als auch individuell, in dem Professionelle beispielsweise der Meinung sind, sie würden selber sofort aussteigen (A5: 622). Diese Einstellung, welche sich sowohl verbal als auch nonverbal (vgl. A5: 644) ausdrücken kann, hat Konsequenzen für das Handeln der Professionellen im Gesundheitssystem und somit für die Erreichung der Betroffenen.

So kann diese Einstellung beispielsweise zu einem unglaublichen Blick der Professionellen den betroffenen Frauen gegenüber führen. So ein Blick kann bei den Opfern den Gedanken,

„mir wird nicht geglaubt“ oder „die glaubt, ich bin verrückt“ (A5: 644) auslösen und somit verhindern, dass die erlittenen Misshandlungen angesprochen werden. Ein weiterer Ausdruck von „Victim Blaming“, welcher im Gesundheitssystem immer wieder vorkommt ist, dass Hilfe nur dann geleistet wird, wenn die Frauen von ihren erlittenen Gewalttätigkeiten von sich aus erzählen (A1: 159-162; A4: 11-13). Folgender Gedanke führt zu dieser Haltung: „Wenn sie nicht herausspricht, ist sie selber schuld, da kann ich ihr nicht helfen“ (A1: 161-162). Dadurch bleiben viele Hinweise auf Gewalt im Gesundheitssystem unhinterfragt (A7: 129-132) und die Frauen werden somit nicht erreicht. Ferner wird durch „Victim Blaming“ Hilfe immer nur geknüpft an eine Bedingung geleistet. Das heißt Hilfe wird nur angeboten, wenn sich die betroffene Frau so verhält, wie das von ihr erwartet wird (A5: 458-465). Wenn sich eine Frau beispielsweise nicht scheiden lassen will, dann sehen Professionelle oftmals keinen Grund zur weiteren Verantwortungsübernahme, so eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich (vgl. A5: 225-227). Schlussendlich führt „Victim Blaming“ auch dazu, dass die gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem immer wieder auf ihre Glaubwürdigkeit überprüft werden. Das hat zur Folge, dass Frauen, obwohl sie sich Hilfe holen, nicht erreicht werden, weil ihnen auf Grund einer „unglaubwürdigen“ Geschichte nicht geglaubt wird (A1: 268-176; A3: 71-79; A3: 120-130). Dazu eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich:

[...] Frauen wird oft auch nicht geglaubt. [...]. Sie werden permanent geprüft [...] Und das überfordert viele in dieser schwierigen Situation.“ (A1: 491-493)

Aus dem Forschungsnetz „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ gehen ebenfalls institutionelle, individuelle und gesellschaftliche Barrieren für die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitsbereich hervor. Diese Barrieren verhindern sowohl das direkte Ansprechen des Verdachtes als auch die Weitervermittlung an passende Beratungseinrichtungen. Dabei spielen die institutionellen Rahmenbedingungen eine nachrangige Rolle, so die AutorInnen (vgl. GiG-net, 2008, S. 82-83). Treffen diese allerdings auf individuelle Barrieren wie etwa mangelndes Wissen zur Gesprächsführung oder über Opferdynamiken, wirken sie sich „zusätzlich hemmend auf die Gesprächsbereitschaft von Gesundheitsfachkräften aus“ (GiG-net, 2008, S. 83). Auch das Weitervermitteln von betroffenen Frauen, bzw. von Frauen bei denen der Verdacht besteht, findet nur statt, wenn die Fachkräfte im Gesundheitssystem Wissen über weitere Unterstützungsmöglichkeiten haben (vgl. GiG-net, 2008, S. 82).

In den durchgeführten Interviews hingegen wird den institutionellen Rahmenbedingungen im Allgemeinen und der Kommunikation innerhalb der Professionellen im Krankenhaus im Speziellen eine große Bedeutung hinsichtlich der Erreichung zugeschrieben. Gerade mangelndes Vertrauen zwischen den einzelnen Berufsgruppen, starre Hierarchien und der

Einfluss der Rolle, welche Professionelle im System haben, wird als starke institutionelle Barriere gesehen.

Sowohl aus der Theorie als auch aus den durchgeführten Interviews geht schlussfolgernd hervor, dass Betroffenen nur dann aktiv auf den Verdacht angesprochen bzw. an andere Institutionen weitervermittelt werden, wenn diese von sich aus über ihre erlittenen Misshandlungen sprechen (vgl. GiG-net, 2008, S. 82-85). Aktives Handeln bzw. eine Intervention von Seiten der Professionellen ist nur möglich, wenn dieses Wissen zugänglich gemacht wird (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 38).

7.2 Förderliche Faktoren im Gesundheitssystem

Gewaltbetroffene Frauen reagieren sehr unterschiedlich auf ihre erlittenen Misshandlungen. Nicht immer zeigen sich die Folgen durch Verletzungen. Auch „verwahrlostes“ Aussehen kann ein Zeichen sein (vgl. A6: 814 - 823). Gerade die nicht körperlichen Folgen machen das Erkennen bzw. Erreichen schwierig (vgl. ebenda). Doch auch, wenn Professionelle die dahinterliegende Gewalt erkennen bzw. einen Verdacht haben, führt das nicht zwangsläufig zu einer Intervention (A4: 43-48), denn die meisten Fachkräfte im Gesundheitswesen wissen nicht, wie sie mit ihrem Verdacht umgehen sollen (A1: 132-136).

7.2.1 Erkennen von Gewalthinweisen

Verhaltensweisen

Wenn Frauen sich regelmäßig mit ähnlichen Problematiken in Ambulanzen aufhalten und „irgendwie komisch“ (A6: 1075) sind, könnte dies ein Hinweis auf Gewalt sein (vgl. A6: 1074 - 1075). Ein weiteres Zeichen ist der ständige Wechsel der Krankenanstalten (vgl. A6: 1074-1075; A6: 1194-1195). Außerdem ist es sehr wichtig, die Körpersprache bzw. äußere Erscheinung zu beachten (vgl. A2: 182-183; A2: 364-367). Als Beispiel werden das Tragen von Halstüchern und oder Kopftüchern im Sommer genannt (vgl. A2: 937-946), wobei das Tragen von Kopftüchern eher seltener vorkommt (vgl. A2: 924-926). „Auch wenn jemand sehr verwahrlost aussieht“ (A6: 822), kann das ein Signal für Misshandlungen sein (vgl. A6: 822). Ferner ist auch ängstliches Verhalten beim Verlassen der Gesundheitseinrichtung als Hinweis zu sehen (vgl. A6: 825-828). Dazu eine Expertin:

„ [...] ja oder wenn man fragt jetzt: ‚Wie kommen sie nach Hause?‘ Und dann schaut einen die mit großen Augen an und sagt: ‚Ich kann nicht nach Hause‘, ja.“ (A6: 826-828)

Sichtbare Körperverletzungen

Als eindeutiges Zeichen für Gewalt werden im Allgemein Hämatome im Gesicht und im Speziellen jene am Auge gesehen (vgl. A6: 815-819, A3: 38-40, A3: 61-62; A1: 13-17). Zusätzlich zählen Schnittverletzungen, Blutergüsse, Verbrühungen, Würgemale am Hals und Hämatome an Schulter, Rippe, Oberschenkel und Unterschenkel als Signal (vgl. A6: 815-819; A3: 64-66; A2: 41-43; A2: 922-931). Als besonders auffallend werden Hämatome genannt, welche Fingerabdrücke abzeichnen, beziehungsweise „eigenartig“ (A2: 922-931) aussehen (vgl. A2: 45-46; A2: 922-931). Dazu eine Professionelle aus dem Krankenhaus:

„Genauso sieht man an den Hämatomen am Oberarm. Genauso [...], genauso dieser Griff ist es. Also das wäre so ein typischer Hinweis.“ (A2: 48-50)

Erkrankungen und Störungen

Frauen, die immer wieder mit „Nervenzusammenbrüchen“ (A6: 822) ins Krankenhaus kommen, können als gefährdet gesehen werden (vgl. A6: 813-822). Auch Sexualstörungen sind ein Signal, so eine Expertin (vgl. A6: 1060-1061). Darüber hinaus sind psychosomatische Erkrankungen wie beispielsweise chronische Beschwerden im Magen-Darm-Bereich wichtige Anhaltspunkte bei der Erkennung von Gewalt in Paarbeziehungen (vgl. A1: 108-119; A1: 128-138). Außerdem sind psychische Erkrankungen ein Hinweis (A1: 134). Hinter den genannten Erkrankungen steht oft eine Posttraumatische Belastungsstörung. Dies hinter einer Krankheit zu erkennen, beschreibt eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich als sehr schwierig (A1: 134-136).

Ungutes Gefühl von Seiten der Betroffenen

Wenn Professionelle im Gesundheitswesen verspüren, dass mit einer Frau irgendetwas nicht stimmt, bzw. sie sich denken, „ich kann die so nicht heimlassen“ (vgl. A6: 1275-1276), ist es laut einer Professionellen im Gesundheitswesen Grund genug, eine Intervention zu setzen (A6: 848-849). Eine Intervention zu viel ist besser als eine zu wenig (A6: 848-849). Denn, so die Expertin, alle Menschen haben ein Bauchgefühl, auf welches sie sich in der Regel verlassen können (A6: 955-961). Dazu die Expertin:

„jeder Mensch hat ein Gefühl für Gutes und Schlechtes. Bis jetzt war hinter jedem Verdacht etwas Zentrales. Dein Verdacht ist immer richtig. Und wenn nichts raus kommt, dann ist es auch gut. Dann hat man halt einmal einen Verdacht gehabt. Aber ich muss ehrlich sagen, in den vielen Jahren, [in denen] ich mich mit diesem Thema beschäftige, wenn jemand einen Verdacht geäußert hat, war immer in irgendeiner Weise was dahinter.“ (vgl. A6: 957-960)

Gerade bei Symptomen, welche sich nicht in Form von Verletzungen zeigen, ist das Bauchgefühl eine wichtige Hilfe bei der Erkennung von Gewalt (A6: 813-816).

7.2.2 Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen

Professionelle im Gesundheitswesen erkennen an den soeben genannten Zeichen immer wieder, dass es sich um Gewalt in Paarbeziehungen handeln könnte. Das Erkennen alleine führt jedoch noch nicht immer zur Erreichung der betroffenen Frauen. Gerade das Nachfragen über den Hintergrund einer psychischen Erkrankung stellt sich in der Praxis als sehr schwierig heraus (vgl. A1: 132-136). Welche Methoden trotzdem angewendet werden bzw. werden sollten, wenn ein Signal für eine Misshandlung erkennbar ist, wird nun beleuchtet.

Verdacht muss zur Intervention führen

Wenn eine Frau Symptome, Verletzungen und oder Erkrankungen hat, welche auf Gewalt hinweisen, ist im Hinblick auf ihre Erreichung ein auf sie aktives Zugehen eine dringende Notwendigkeit (vgl. A1: 503-504). Auch das Verspüren eines unguten Gefühles muss eine Intervention zur Folge haben (vgl. A6: 813-814). Die Frauen dürfen mit dem Problem nicht alleine gelassen werden (vgl. A6: 983-985). Denn viele sprechen nicht von sich aus ihre erlittenen Misshandlungen an. Das Weiterleiten an eine andere Professionelle (vgl. A6: 802-804), oder ein aktives Nachfragen (vgl. A1: 469) sind Beispiele für Interventionen, die zur Erreichung führen können. Dieses aktive Zugehen bzw. Handeln bei Verdachtsmomenten muss gefördert werden, so eine Expertin (vgl. A6: 955-961).

Haltung der Professionellen

Als grundsätzlich wichtig wird eine ganzheitliche Haltung, sprich die Betrachtung der PatientInnen als „Gesamtbild“ (vgl. A2: 921) und nicht nur der „verletzten Stelle“ (vgl. A2: 922) geschildert. Ob das medizinische Personal eher ganzheitlich oder im Sinne der klassischen Medizin denkt, macht einen wichtigen Unterschied in der Herangehensweise aus (vgl. A5: 39-41; A5: 341-346; A8: 110-113). Förderlich ist außerdem eine Haltung, welche den Gewaltschutz als Selbstverständlichkeit (vgl. A2: 379-386) sieht. Dazu eine Professionelle aus dem Krankenhaus:

„Wir sagen immer, das [Gewaltschutz] ist Service am Kunden. Genauso wenn sie bei uns einen Gips kriegen. Bei uns stehen Krücken bereit, damit sie mit ihrem Gips nach Hause gehen können und zu Hause in der Wohnung herum hüpfen können.“ (A2: 379-386)

Ferner wird eine „unterstützende und gleichzeitig akzeptierende“ Haltung als förderlich beschrieben. Dies steht für eine Haltung, innerhalb derer sich die Professionellen als UnterstützerInnen sehen und gleichzeitig aber auch Akzeptanz für die Entscheidungen der betroffenen Frau zeigen, auch dann, wenn sie diese persönlich nicht nachvollziehen können (vgl. A2: 737-742).

Wertschätzung

Eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich gibt an, dass Frauen in einer wertschätzenden Atmosphäre durchaus über ihre erlittenen Gewalterlebnisse sprechen können (vgl. A1: 84-92). Auch Çinar betont die Wichtigkeit einer wertschätzenden Haltung (Vortrag: Çinar, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen). Auch Hagemann-White et al. betonen die Wichtigkeit einer wertschätzenden Haltung den betroffenen Frauen gegenüber. Wertschätzung bedeutet für die Autorinnen in erster Linie, die betroffenen Frauen in ihrem Selbstwert zu stärken und sie und ihre Entscheidungen zu akzeptieren (vgl. Hagemann-White, et al., 2003, S. 37).

Annehmbare Hilfe anbieten

Jede gewaltbetroffene Frau ist unterschiedlich und benötigt infolgedessen ein anderes Unterstützungsangebot. Diese Unterschiede müssen anerkannt und daraus folgend passend interveniert werden (vgl. A5: 705-707). So ist es beispielsweise für eine sehr religiöse Frau ein Problem gewesen, die Wegweisung auszusprechen. Ein Aufenthalt im Frauenhaus war ihr jedoch möglich, so eine Expertin im Gesundheitssystem (vgl. A6: 165-171). Folglich ist weniger die Frage wichtig, wie die perfekte Intervention bei gewaltbetroffenen Frauen aussieht, sondern es geht viel mehr darum, wie innerhalb ihres Systems Gewaltfreiheit erreicht werden kann (vgl. A5: 707-711). Dazu ein Beispiel einer Expertin des Gesundheitssystems:

[...] Einige sagen, ja, sie wollen [eine Anzeige] und andere sagen nein. Das sind erwachsene Menschen. Die Entscheidung liegt ja nicht bei uns. Wir können ja nur beraten oder helfen.“ (A2: 237-239)

Sicherheit vermitteln und Sicherheit schaffen

Professionelle sollten, um Frauen zu erreichen, ein Gefühl von Sicherheit vermitteln (vgl. A6: 829-830). Auch Hagemann-White betonen, dass wenn ein Verdacht auf Gewalt besteht, ein besonderer Fokus auf Schutz und Sicherheit gelegt werden muss. So sollten Gesundheitsfachkräfte nach jedem Kontakt mit gewaltbetroffenen Frauen der Frage nachgehen, wie groß die Gefahr von weiterer Gewalt ist. Auch bei stationären Aufenthalten muss den

betroffenen Frauen Sicherheit geboten werden. Denn nicht selten tauchen die Gefährder im Krankenhaus auf und bedrohen die Frauen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 36). Sicherheit bedeutet außerdem für die AutorInnen Vertraulichkeit, das Zurverfügungstellen relevanter Informationen wie beispielsweise über die rechtlichen Möglichkeiten und passende Beratungseinrichtungen. Diese Informationen sollte nach jeder Beratung bereitgestellt werden (vgl. ebenda).

Vertrauensbasis herstellen

Um gewaltbetroffene Frauen zu erreichen, ist es wichtig, ein „natürliches Vertrauensverhältnis“ (A1: 503) zu schaffen (vgl. A1: 503). Dies ist speziell dann wichtig, wenn der Gefährder die Frau im Krankenhaus besucht. Um diesen zu identifizieren, ist ein Vertrauensverhältnis zur betroffenen Frau, die diese Information an das Fachpersonal wie beispielsweise der Pflege im Krankenhaus weitergibt, eine dringende Notwendigkeit (vgl. A1: 412-418; A1: 428-433). Neben einem Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen ist auch ein Vertrauensverhältnis innerhalb der Teams in den Krankenanstalten wichtig. Ist dieses nicht vorhanden, werden wichtige Informationen nicht ausgetauscht (vgl. A8: 44-49).

Wiederholte Hilfe ohne Druck anbieten

Wenn gewaltbetroffene Frauen gegenüber Professionellen im Gesundheitswesen kein Vertrauen zeigen bzw. Hilfe nicht annehmen, ist es für die Fachkräfte schwierig, weitere Interventionen zu setzen. Nicht zuletzt deswegen, weil diese in der Regel mit PatientInnen arbeiten, welche mit einem klaren Anliegen an sie herantreten. Bei gewaltbetroffenen Frauen gestaltet es sich auf Grund von beispielsweise Scham und Angstgefühlen (vgl. A5: 272-274) zumeist anders (vgl. A5: 255-263). Sie bräuchten Hilfe, signalisieren aber „Lasst mich bitte in Ruhe“ (A5: 263).

Hier ist es wichtig, sich vorsichtig, mit einer entsprechenden Gesprächsführung, der Frau zu nähern und ihr neue Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die Gewalt ihres Mannes gestoppt werden könnte (vgl. A5: 262-264; A5: 217-231). Hilfe (vgl. A2: 532-563) und Zuspruch (vgl. A1: 192-200) müssen, wenn die betroffene Frau nicht gleich die Hilfe annehmen kann, immer wieder ohne Druck angeboten werden (vgl. A2: 350-356). Dazu eine Befragte:

„[...] Da will ich dann auch nicht einen dann noch mehr bedrängen, weil das ist ja dann [...] auch wieder so eine Art von Gewalt, wenn ich irgendjemanden etwas aufs Auge drücke, sondern ich sage, so wie ich es gesagt habe. `Vielleicht wollen Sie momentan nicht, vielleicht können Sie momentan nicht. Ich gebe Ihnen mal die Infobroschüre. Lesen Sie sich das durch, schauen Sie,

welche Möglichkeiten Sie haben.' Man kann das anbieten, aufzwingen kann man es niemandem [...].“ (A2: 350-356)

Sie gibt weiter an:

„Und wenn es beim ersten Mal kein Erfolg ist. Vielleicht ist [...] beim zweiten oder dritten Mal ein Erfolg da.“ (A2: 532-563)

Für die gerade zitierte Professionelle im Gesundheitswesen tritt dann ein Erfolg ein, wenn die angebotene Hilfe angenommen wird, unabhängig davon, ob sich die betroffene Frau später für oder gegen eine Hilfe entscheidet (vgl. A2: 535-536). Sowohl im Hinblick auf die grundsätzliche Annahme von Hilfeangeboten als auch in Bezug auf eine Anzeigenerstattung muss den Frauen Zeit für die Entscheidung gelassen werden (vgl. A3: 722-730, A3: 726-730; A3: 824; A2: 532-563; A2: 986-992). Von einer Professionellen im Gewaltschutzbereich wird jedoch betont, dass eine Anzeige nicht das primäre Ziel einer Intervention darstellen muss. Ziel kann das Stoppen der Gewalt von Seiten des Gefährders sein, nicht zuletzt deswegen, weil die Zeit der Trennung oftmals die gefährlichste ist (vgl. A5: 217-231).

Sensible Auswahl von AnsprechpartnerInnen nach einem Verdacht

Wenn ein Verdacht auf Gewalt besteht, so macht es Sinn, die betroffene Frau an eine weibliche Professionelle im Gesundheitssystem weiter zu vermitteln. Denn, wenn die Frau schon ein Problem mit einem Mann hat (vgl. A6: 249-250) ist es für diese möglicherweise einfacher, mit einer Frau über ihre erlittenen Misshandlungen zu sprechen (vgl. A6: 249-251; A7: 96-101). Neben dieser geschlechtsspezifischen Auswahl der AnsprechpartnerInnen ist es auch wichtig, diese fachspezifisch auszuwählen (vgl. A6: 486-488). Dazu eine Professionelle:

„Und die hat gesagt: ‚Bitte schön, holen sie mir einfach die Seelsorgerin. Ich will keinen Psychologen.‘ [...] Da lernt man auch als Helfer, dass jeder seinen Ansprechpartner hat. Und das ist gut so.“ (A6: 486-488)

Auch Hagemann-White et al. betonen, dass, wenn gewaltbetroffene Frauen bereit sind, über ihre erlittenen Misshandlungen zu sprechen, diese an fachlich kompetente Personen weitergeleitet werden sollten, am besten an solche, welche in der Gesprächsführung zu dieser Thematik geschult sind (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 37).

Informationsmaterialien richtig einsetzen

Das Auflegen von Informationsmaterialien ist eine gängige Methode, Frauen zu erreichen (vgl.

A2:140; A2: 270-272). Kliniken und Ambulanzen eignen sich sehr gut, um Folder und Plakate aufzulegen, bzw. aufzuhängen. Diese Informationsmaterialien bieten den betroffenen Frauen die Möglichkeit, sich über die Opferschutzeinrichtungen zu informieren und wichtige Telefonnummern zu notieren (vgl. A1: 140-147; A1: 460-462). Außerdem signalisieren Informationsmaterialien, dass in der betreffenden Institution Raum für die Gewaltthematik zur Verfügung steht, ohne dass das von Professionellen im Gesundheitssystem extra erwähnt wird. Professionellen wird somit auch das Ansprechen erspart (vgl. A7: 706-709), was möglicherweise auch eine Gefahr sein kann. Eine Gefahr könnte es deshalb darstellen, weil dadurch bei den Fachkräften im Gesundheitssystem das Gefühl entstehen kann, mit den Flyern das Thema Gewaltschutz erledigt zu haben. Für manche Frauen können diese Informationsmaterialien einen Anreiz darstellen, über ihre erlittenen Gewalterfahrungen zu sprechen (vgl. A4: 90). Dazu eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich:

„[...] dann wissen sie gleich: ‚Aha, die gibt es.‘ Da wissen sie gleich: ‚Aha‘. Da weiß man davon. und das kann auch erleichtern, darüber zu sprechen.“ (A7: 714-715).

Zusätzlich bieten die Informationsmaterialien die Chance, dass sich Frauen selber direkt an Gewaltschutzeinrichtungen wenden (vgl. A7: 165-166). Die Wirkung der Folder hängt jedoch sehr stark von deren Einsatz ab. Das persönliche Mitgeben kann beispielsweise deren Effekt verstärken (vgl. A6: 469-477; A7: 356-364; A2: 354-356). Zusätzlich ist die richtige Platzierung wichtig (vgl. A4: 91), etwa im WC-Bereich (vgl. A2: 793-796) oder als zentraler Blickpunkt im Warteraum (vgl. A4: 90-91).

7.3 Hinderliche Faktoren bei niedergelassene ÄrztInnen

Neben AllgemeinmedizinerInnen werden auch Ambulanzen, Laboratorien und Institute zu niedergelassenen ÄrztInnen gezählt (vgl. A1: 583-592). Diese sind, um gewaltbetroffene Frauen zu erreichen, in einer privilegierten Position, oder wie eine Interviewpartnerin formuliert, als „Favorit“ (A5: 162-165) zu sehen. Auch Brzank betont die wichtige Rolle von niedergelassenen ÄrztInnen bei der Erreichung der betroffenen Frauen und dass gerade niedergelassene ÄrztInnen die Chance hätten, betroffene Frauen über einen längeren Zeitraum zu begleiten (vgl. GiG-net, 2008. S. 89, zitiert nach Brzank, 2002). Trotzdem setzen sich nur wenige niedergelassene ÄrztInnen mit der Gewaltthematik auseinander (vgl. A5: 150; A1: 610-612; A1: 583-585). Folglich werden Frauen in ärztlichen Praxen nur selten aktiv auf ihre erlittenen Misshandlungen angesprochen (vgl. A5: 156) bzw. zu Gewaltschutzeinrichtungen weitervermittelt. Was der Grund dafür sein könnte und welche Methoden der Erreichung förderlich sind bzw. wären, wird in vorliegender Kategorie thematisiert.

7.3.1 Gefährder und Opfer in der Praxis

Die Behandlung sowohl von Gefährder als auch Opfer (vgl. A5: 156-157; A5: 157) bringt niedergelassene ÄrztInnen immer wieder in unangenehme Situationen. Einerseits wollen sie die gefährdende Person auf Grund des Wissens über die Gewalttätigkeit nicht behandeln, andererseits können sie diese nicht aus der Praxis ausschließen (vgl. A4: 62-67).

7.3.2 Angst vor schlechtem Ruf

Aus Angst, PatientInnen zu verlieren, sprechen niedergelassene ÄrztInnen ihren Verdacht auf Gewalt nicht an (vgl. A6: 875-860; A6: 522-525). Sie wollen nicht als ÄrztInnen gesehen werden, welche sofort Anzeige erstatten (vgl. A6: 538-544). Eine Professionelle aus dem Krankenhaus berichtet über niedergelassene ÄrztInnen folgendes:

„Ich war einmal bei Pädiatern und Pädiaterinnen, die natürlich sagen, schau, das ist meine Existenz, dass die Familien weiter zu mir kommen. [Wenn] [...] ich jetzt da umrühre, dann spricht sich das natürlich im Bezirk weiter. Die Ärztin ist komisch.“ (A6: 875-860)

7.3.3 Unsicherheit

Mangelndes Wissen über Opferdynamiken (vgl. A4: 28-30) und fehlende Chancen, alle Verletzungen der Frau zu sehen (Behandlung oft mit Kleidung) (vgl. 336-337), könnten Grund für die Nicht-Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen in ärztlichen Praxen sein. Doch auch wenn niedergelassene ÄrztInnen über Opferdynamiken informiert sind (vgl. A4: 23-27) und bei bestimmten Verletzungen (vgl. A5: 155-157; A4: 110-112) beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungen (vgl. A4: 348-350) immer wieder den Verdacht auf Gewalt in Paarbeziehungen haben, setzen diese keine Interventionsschritte (vgl. A5: 158). Die Verantwortung wird aus der eigenen Unsicherheit heraus (vgl. A4: 110-112) der betroffenen Frau überlassen. Folglich wird diese auch nicht aktiv angesprochen (vgl. A5: 155-157) bzw. zu Gewaltschutzeinrichtungen weitervermittelt (vgl. A7: 322-328). Eine niedergelassene Ärztin gibt dazu an:

„Also ich erinnere mich an zwei. Und das ist eigentlich für neun Jahre Praxis wirklich wenig. Ja, es gibt wohl mehrere, wo ich es mir schon gedacht habe, aber angesprochen haben es zwei.“ (A4: 32-35)

7.3.4 Medizinischer Blick

Niedergelassene ÄrztInnen handeln in der Regel symptomorientiert. Selten wird auf die

Ursache der Erkrankung bzw. Verletzung geachtet. Dazu eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich:

„[...] Niedergelassene Ärzte [neigen] sehr schnell zur Verschreibung von Antidepressiva [...].“
(A5:152-153)

Auch Brzank betont, dass wenn die betroffenen Frauen erreicht werden sollen, neben der psychischen oder physischen Gesundheit der Frau auch ihr Leben in den Blickpunkt genommen werden muss (vgl. GiG-net, 2008, S. 89, zitiert nach Brzank, 2002).

7.3.5 Zeitdruck

Niedergelassene ÄrztInnen haben einen enormen Zeitdruck. Länger als zehn Minuten bleibt kaum für eine Patientin:

„Es warten alle. Wenn da jemand eine halbe Stunde drinnen sitzt, dann ist draußen der Teufel los. Ich mache das schon manchmal, also wenn es klar, wenn es akut ist und wenn jemand eine Krise hat. Ja, dann darf er hier sitzen. Ist klar, aber ... aber, wenn es halt.“ (A4: 356-360)

7.4 Förderliche Faktoren bei niedergelassenen ÄrztInnen

7.4.1 Vernetzung

Niedergelassene ÄrztInnen vernetzen sich manchmal mit Opferschutzeinrichtungen. Dabei werden sowohl Informationen eingeholt (vgl. A7: 322-324) als auch versucht, Frauen weiterzuvermitteln (vgl. A7: 324-328). Mit der Vernetzung zu Opferschutzgruppen verhält es sich ähnlich. Diese erhalten immer wieder Anrufe von niedergelassenen ÄrztInnen, die sich Informationen einholen. Eine Akteurin einer Opferschutzgruppe gibt an, dass

„[...]FrauenärztInnen[...], KinderärztInnen und auch praktische ÄrztInnen anrufen und sagen: ‚Schauen sie, das und das Problem habe ich mit der und der Familie. Was könnte ich als nächsten Schritt machen?‘“ (A6: 541-544)

Auch zu Opferschutzgruppen in den Krankenanstalten finden immer wieder Weitervermittlungen statt. Dadurch müssen die niedergelassenen ÄrztInnen den Verdacht nicht selber ansprechen, sondern können die betroffene Frau mit einer Diagnose ins Krankenhaus zu ÄrztInnen einer Opferschutzgruppe senden. Diese klären dann den Verdacht ab (vgl. A6: 61-66). Eine Ärztin einer Krankenanstalt, welche in einer Opferschutzgruppe aktiv ist, gibt dazu an:

„Ich sage immer, schickt sie mir einfach mit einer Diagnose. Ich kenne mich dann eh aus. Wie gesagt, besser ist, was zu tun als nichts zu tun. Und wenn sie [niedergelassene Ärztin] sie in die nächste Rettung setzt.“ (A6: 536-538)

Auch Hagemann-White et al. beschreiben die Wichtigkeit der Zusammenarbeit zum Thema Gewaltschutz zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und von qualifizierten niedergelassenen ÄrztInnen (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 46f).

7.4.2 Installierung einer Koordinationsstelle

Die Vermittlung von Informationen zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen an niedergelassene ÄrztInnen sollte von einer übergeordneten Stelle aus koordiniert werden. Nur so ist es möglich, ÄrztInnen regelmäßig Informationen und Folder zukommen zu lassen. Ansonsten gehen bereits geknüpfte Kontakte wieder verloren und Informationsfolder werden nicht mehr aufgelegt (vgl. A7: 765-775). Das zeigt laut einer Expertin ein Beispiel aus der Vergangenheit. So hat Johanna Dohnal 1994 als damalige Frauenministerin eine flächendeckende Aussendung von Informationsmaterialien zum Thema „Gegen Gewalt an Frauen und Kindern handeln“, an alle Personen, die beruflich mit dem Thema zu tun haben, gesendet (vgl. Homepage: Mautz, 2013), folglich auch an niedergelassene ÄrztInnen. Diese Aussendung wurde jedoch nicht wiederholt und somit haben sich die meisten niedergelassenen ÄrztInnen wieder von diesem Thema abgewandt (vgl. A7: 765-755).

Durch eine Koordinationsstelle wäre es möglich, sowohl regelmäßig Informationsmappen an alle ärztlichen Praxen zu senden (vgl. A7: 752-754), als auch eine Liste aller Anlaufstellen zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen den ÄrztInnen zur Verfügung zu stellen (vgl. A7: 755-747). Diese Informationen sollten vor allem, so eine Expertin, an GynäkologInnen und AllgemeinmedizinerInnen geschickt werden (vgl. A7: 757-760). Als mögliche Koordinationsstellen nennt sie beispielsweise die Ärztekammer (vgl. ebenda).

7.4.3 Schulungen für niedergelassene ÄrztInnen

Wissensvermittlung durch Schulungen von ÄrztInnen zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen wird als sehr wichtig beschrieben (vgl. A4: 178-180; A1: 589-592); erstens, damit diesen ein sensiblen Umgang mit den betroffenen Frauen möglich wird (vgl. A1: 589-592), zweitens, dass sie über Opferdynamiken Bescheid (vgl. A1: 600-605) wissen und sie drittens Vernetzungskompetenzen erlangen (vgl. A4: 120-124; A4: 178-180). Hagemann-White et al. beschreiben außerdem die Wichtigkeit des Wissens über rechtliche Möglichkeiten und einem

standardisiertem Vorgehen nach einem Verdacht (vgl. Hagemann-White et al., 2003, S. 46f).

Gerade das Wissen über Vernetzungsmöglichkeiten entlastet die niedergelassenen ÄrztInnen, weil sie damit nicht mehr alleine mit der Problematik sind (vgl. A4: 136-137; A4: 62-67). Dazu eine Ärztin:

„Also ich glaube. Ich könnte mir vorstellen, dass viele Kollegen, KollegInnen überfordert sind. Dass sie sich denken [...] was mache ich den jetzt. Die erzählt mir womöglich die Wahnsinnsgeschichte und ich, weiß nicht, was ich tun soll“ (A7: 137-140).

Außerdem muss beim Thema Vernetzung thematisiert werden, dass dafür ein Verdacht reicht, sprich sie müssen sich der Gewaltbetroffenheit einer Frau nicht total sicher sein. Dazu eine niedergelassene Ärztin:

„Da ist dann die Frage, kann man sie gleich wo hinschicken, wenn man selber noch so ein bisschen im Unklaren ist. Was da eigentlich los ist.“ (A4: 364 – 365)

Als Beispiel für eine solche Schulung nennt eine Ärztin die ärztliche Zusatzqualifikation „psychosoziale Medizin“. Sie meint, dass man bei dieser vermittelt bekommt, wo man sich hinwenden kann (vgl. A4: 178-180).

7.5 Gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund

Als besonders schwer zu erreichen gelten Menschen, welche schlechte Deutschkenntnisse haben und aus einer Lebenswelt kommen, die den Professionellen als fremd erscheint (vgl. A7, 67-70; A8, 171-174). Dies betrifft laut den Expertinnen zumeist Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. A7, 67-70; A8, 171-174). So wünscht sich beispielsweise eine Professionelle aus dem Gesundheitswesen noch mehr Beschäftigung mit der Thematik gewaltbetroffene MigrantInnen (vgl. A2, 829-830). Auch Hagemann-White et al., betonen, dass ein besonderer Fokus auf benachteiligte Frauen gelegt werden sollte. Als Beispiel nennen die Autorinnen Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Hagemann-White, et al., 2003, S. 41). Eine Expertin gibt dazu an:

„Also ich glaube, dass da sicher sehr viel im ‚Argen‘ ist und dass da im Migrationsbereich sicherlich noch viel, viel getan werden kann und muss.“ (A2, 784-786)

Gerade die Lebenswelt einer Frau bestimmt laut einer Expertin aus dem Gesundheitssystem sehr stark, inwieweit diese ihre erlittenen Misshandlungen offen legt oder nicht. Sie formuliert zugespitzt:

„Es spielen aber auch sehr viele Kulturen eine wesentliche Rolle. Muslimischer Glaube und Leben, das ist eine.“ (vgl. A2, 766-767)

Die nachstehenden Punkte wurden als förderlich in Bezug auf die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen beschrieben.

7.5.1 Information und Aufklärung durch Infomaterialien

Als positiv bei der Erreichung werden mehrsprachige Informationsbroschüren beschrieben. Solche Broschüren gibt es in verschiedensten Sprachen, „sogar in arabisch“ (vgl. A2, 146-148), so eine Professionelle aus dem Gesundheitswesen. Gerade auf der Damentoilette gehen diese Folder sehr schnell weg:

„[...] [Man] würde nicht glauben, was da an Infobroschüren weggeht, auf der Damentoilette. Was da weggeht. Da geht am meisten weg. Ich denke mir, das ist auch unbeobachtet [...].“ (vgl. A2, 793-796)

Hinsichtlich dem vermehrten Einsatz von Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen hat sich in den letzten Jahren „irre viel getan“ (A2, 148). Beim Workshop zum Thema „gewaltbetroffene Migrantinnen im Gesundheitssystem“ ging jedoch hervor, dass gerade Menschen mit Migrationshintergrund sehr oft AnalphabetInnen sind (vgl. Workshop: Autonome Österreichische Frauenhäuser, 2013, Konkrete Hilfe für [gewaltbetroffene] Migrantinnen im Gesundheitsbereich) und folglich diese Flyer nur begrenzt nutzen können. Außerdem wird während diesem Workshop die Wichtigkeit einer persönlichen Übergabe dieser Flyer betont. Zusätzlich zur Übergabe wäre auch noch die Angabe einer direkten Ansprechperson, so die WorkshopteilnehmerInnen (vgl. ebenda), notwendig.

7.5.2 DolmetscherInnen und verschiedensprachige Fachkräfte

Professionelle DolmetscherInnen werden in den Wiener Krankenanstalten durch muttersprachliches Personal ersetzt. Das heißt, es gibt eine Liste, in welcher genau angeführt ist, welche MitarbeiterInnen der Krankenanstalt welche Muttersprache sprechen. Wenn eine Sprache benötigt wird, so werden diese Mitarbeitenden als DolmetscherInnen herangezogen (vgl. Workshop: Autonome Österreichische Frauenhäuser, 2013, Konkrete Hilfe für [gewaltbetroffene] Migrantinnen im Gesundheitsbereich; A2, 242-254; A8: 176-179). Eine ExpertIn aus dem Gesundheitswesen gibt dazu an:

„Ja weil es gibt [...] die türkischen oder polnischen [Bediensteten] [...] es gibt immer jemanden,

der dolmetscht und im Zweifelsfall haben wir sogar eine Liste [für professionelle DolmetscherInnen]. Das [...] ist allerdings dann kostenpflichtig. Die kommen [...] von auswärts. Die wir nie in Anspruch nehmen müssen.“ (A2, 246-252)

Es wird deutlich, dass in den Wiener Krankenanstalten kaum mit professionellen DolmetscherInnen gearbeitet wird. Die Meinung darüber differiert. So sieht beispielsweise eine Professionelle aus dem Gesundheitswesen die Heranziehung von MitarbeiterInnen als Übersetzerin als positiv (vgl. A2, 254), wohingegen eine andere diese Vorgehensweise kritisiert. Sie gibt an, dass MitarbeiterInnen gerade wenn es um Multiproblemlagen von Menschen geht, immer wieder emotional mit den Thematiken überfordert sind. Dazu die Expertin:

„Ich habe da einmal einen [japanischen] Arzt [und eine Frau] gehabt [...], die keine Wohnung hatte, und gesagt hat, sie kann nirgends hin. Die hat gerade entbunden und gefragt [...] wo wir sie unterbringen können. [...] Die konnte überhaupt kein Deutsch. Und dann kam dieser Arzt und er hat zwar gedolmetscht und dann hätte ich ihn noch einmal gebraucht und habe ihn angerufen und er hat gesagt, sie müssen entschuldigen aber ich kann das nicht. Es geht mir viel zu nah. Ich halte das nicht aus [...].“ (A8, 176-193)

Sowohl Expertinnen aus dem Opferschutzbereich als auch die TeilnehmerInnen des Workshops „Konkrete Hilfe für (gewaltbetroffene) Migrantinnen im Wiener Gesundheitssystem“ betonen die Wichtigkeit von DolmetscherInnen und auch von medizinischem Personal mit unterschiedlichen Muttersprachen in den Krankenanstalten (vgl. A5: 586-589; A5: 690; Workshop: Autonome Österreichische Frauenhäuser, 2013, Konkrete Hilfe für [gewaltbetroffene] Migrantinnen im Gesundheitsbereich).

Eine Expertin wünscht sich beispielsweise,

[...] dass es eine größere Selbstverständlichkeit gibt, [...] auch [DolmetscherInnen] hierzu dazu zu holen [...].“ (A5: 586-589)

7.5.3 Vernetzung mit migrationsspezifischen Einrichtungen

Die Vernetzung wird grundsätzlich als sehr wichtig hinsichtlich der Erreichung von gewaltbetroffenen MigrantInnen gesehen (vgl. Workshop: Autonome Österreichische Frauenhäuser, 2013, Konkrete Hilfe für [gewaltbetroffene] Migrantinnen im Gesundheitsbereich). Im Gesundheitssystem sind jedoch MigrantInneneinrichtungen noch

weitgehend unbekannt. So schildert eine Expertin beispielsweise den Verein „Orient Express“⁵ als wichtige Anlaufstelle für Betroffene. Welche Angebote es sonst noch gäbe, bzw. wofür der Verein konkret zuständig ist, weiß die Expertin nicht (vgl. A2: 586-589; A2: 757-769).

7.5.4 Vorurteile verhindern

Eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich erwähnt, dass es im Gesundheitssystem in den letzten Jahren durchaus Bestrebungen gegeben hat, unterschiedliche Zugänge in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems für MigrantInnen zu schaffen. Bezüglich gewaltbetroffener Migrantinnen gibt es jedoch, so die Expertin, noch wenig Auseinandersetzung. Viel mehr herrsche immer wieder die folgende Vorannahme: „Ja bei denen dort, ja da ist das ganz normal“ (A5: 700). Diese Haltung muss sich laut der Autorin in Bezug auf Migrantinnen im Gesundheitssystem ändern (vgl. A5: 687-701).

7.5.5 Lebensweltlicher Zugang

Das Wissen über bzw. ein achtsames Zugehen auf die Lebenswelten der betroffenen Frauen ist hinsichtlich deren Erreichung laut einer Expertin unumgänglich:

„Ja eine eine wohlwollende bewusste [...] achtsame Art des des Umganges, ja wo einfach auch [...] das Klinikpersonal vielleicht [...] geschult wäre, worauf zu achten ist. [...] Wie leben die Menschen, mit denen wir da arbeiten gerade im [...] Bezirk. Die [Personal im Krankenhaus] haben wirklich oft keine Ahnung von den Lebenswelten [...].“ (A8, 165-174)

Immer wieder, wenn in den Interviews von einer erfolgreichen Erreichung gesprochen wird, so wird auch gleichzeitig die Lebenswelt der Betroffenen dargestellt (vgl. A4: 38-47; A2: 760-765; A2: 117-121). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass wenn sich Professionelle im Gesundheitssystem mit den Lebenswelten der PatientInnen auseinandersetzen, diese möglicherweise besser bzw. eher erreichen.

7.6 Opferschutzgruppen

7.6.1 Bekanntheit der Opferschutzgruppen

Die Existenz von Opferschutzgruppen ist sowohl im niedergelassenen Bereich (vgl. A4: 149-155) als auch im stationären Bereich (vgl. A5: 389-390; A8: 269- 271) noch nicht zur Gänze

⁵ Der Verein „Orient Express“ ist eine Frauenberatungsstelle in Wien mit dem Schwerpunkt auf Zwangsheirat (vgl. Homepage: Orient Express, 2013)

bewusst, bzw. werden diese kaum wahrgenommen (vgl. A7: 198-203). Auch sind sich nicht alle ExpertInnen sicher, ob die Opferschutzgruppen bereits in allen Krankenanstalten installiert wurden (vgl. A5: 108-110; A1: 579-581). Wenn die Opferschutzgruppen bekannt sind, dann fehlt zumeist trotzdem das Wissen über deren Auftrag (vgl. A7: 229-234; A8: 269- 271) und deren Arbeitsinhalte (vgl. A7: 217-218; A3: 549-563; A3: 579-590; A8: 269- 271). Wahrgenommen werden, beziehungsweise bekannt sind vor allem jene Opferschutzgruppen, welche durch ihr besonders Engagement bereits aufgefallen sind (vgl. A1: 382-384; A5: 19-23).

7.6.2 Chancen durch Opferschutzgruppen

Vor allem die Schaffung von einheitlichen Regelungen bzw. Standardisierungen des Opferschutzes in den Krankenanstalten wird als eine Chance der Opferschutzgruppen gesehen (vgl. A6: 975; A7: 558-569). Diese Standardisierungen werden von einer Opferschutzbeauftragten als dringende Notwendigkeit beschrieben (vgl. A6: 975; A6: 92-93). Einerseits ist das der Fall, weil standardisierte Instrumente die Kompetenzen (vgl. A6: 948-950) der MitarbeiterInnen erweitern können und andererseits, weil Standards⁶ Handlungssicherheit schaffen und mehr Raum für Begegnung ermöglichen. Dazu eine Expertin aus einer Opferschutzgruppe:

„Und ich denke, man sollte einfach das standardisieren. Ein Standard macht Sicherheit. Man kann sich dann mehr auf den Menschen konzentrieren.“ (vgl. A6: 998-999)

Zusätzlich wird die Sensibilisierung sowohl der Öffentlichkeit (vgl. A1: 243-245; A1: 520-523) als auch der Fachkräfte (vgl. A7: 208-212; A5: 352-354) des Gesundheitswesens als Chance der Opferschutzgruppen beschrieben. Gerade Professionelle im Gesundheitssystem können dadurch einen neuen Zugang zur Thematik bekommen (vgl. A5: 241-245).

7.6.3 Tätigkeiten und Funktionen der Opferschutzgruppen

Vernetzungsarbeit

Ein großer Teil der Opferschutzarbeit nimmt die Vernetzungsarbeit ein. Dies wird als sehr wichtig erachtet, denn durch vernetztes Arbeiten können mehr Ideen zum Opferschutz entstehen (vgl. A7: 282-292), die Opferschutzgruppen sind gegenüber öffentlichen Entscheidungsträger wie etwa der Politik stärker und können somit Interessen besser

⁶ Mit der Standardisierung sind die Schritte nach einem Verdacht gemeint. Das heißt, wenn eine Gesundheitsfachkraft einen Verdacht hat, wäre es sinnvoll, wenn diese dann einem standardisiertem Ablauf folgen kann.

durchsetzen (vgl. A6: 1327-1332). Schlussendlich kann durch eine breite Vernetzung auch die Hilfe breiter gestaltet werden, was es folglich leichter macht, den Bedürfnissen der gewaltbetroffenen Frauen möglichst zu entsprechen (vgl. A6: 495-496). Grundsätzlich werden drei unterschiedliche Arten der Vernetzung genannt: erstens die Vernetzung im Opferschutzteam, zweitens die Vernetzung im Krankenhaus intern und drittens die Vernetzung nach außen. Die Vernetzung im Team findet durch regelmäßige Treffen der Opferschutzmitglieder statt (vgl. A6: 269-271). Die intramurale⁷ Vernetzung betrifft die unterschiedlichen Abteilungen (vgl. A2: 138-140; A2: 80-82) wie beispielsweise die Psychiatrie (vgl. A6: 158) oder Psychosomatik (vgl. A6: 143-151). Diese Vernetzung findet zumeist durch bzw. bei Schulungen der Opferschutzgruppen statt (vgl. A6: 513-516) und durch den Einsatz von KonsiliarärztInnen⁸ (vgl. A6: 255-260).

Die Vernetzung nach außen wird von einer Expertin des Gewaltschutzsystems als sehr wichtig empfunden. Denn die Richtlinien, welche in den Opferschutzgruppen vereinbart werden, sollten laut dieser Expertin mit jenen der Gewaltschutzeinrichtungen übereinstimmen (vgl. A7: 564-568; A7: 574-578). Diese Vernetzung zu Gewaltschutzeinrichtungen findet statt (vgl. A6: 164-166; A5: 19-23), wobei sich die Gewaltschutzeinrichtungen noch mehr Kooperation wünschen (vgl. A7: 198-203). Zusätzlich findet diese extramurale Vernetzung auch zu niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenanstalten Wiens und anderer Bundesländer statt (vgl. A6: 1010-1013).

Opferschutzgruppe als wichtige Ankerstelle

Opferschutzgruppen stellen sowohl für interne Fachkräfte (vgl. A6: 163-164) wie beispielsweise die Pflege (vgl. A6: 136-143), als auch für jene außerhalb der Krankenanstalten, wie etwa niedergelassene ÄrztInnen (vgl. A6: 61-66; A6: 1266-1278), eine wichtige Anlaufstelle dar: erstens, weil sie für Fragen über den Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen zur Verfügung stehen (vgl. A5: 292-295) und zweitens weil sie, wenn Fachkräfte einen Verdacht haben, sich aber mit dem Thema schwer tun, das Gespräch mit der betroffenen Frau übernehmen. Das passiert beispielsweise durch das Zurverfügungstellen einer Konsiliarbetreuung (A6: 708-714; A6: 975-978) oder bei externen Stellen durch das Anbieten einer Überweisungsmöglichkeit (vgl. A6: 1266-1278). Wenn diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen beispielsweise bei einer Frau ein ungutes Gefühl haben,

„[...] dann sind die [Schwestern] sehr nett, trotz der Routine, die sie bewältigen müssen und

⁷ Intramural meint innerhalb einer Mauer oder eines Hohlraumes (vgl. Homepage: Duden, 2013^a) und extramural meint außerhalb einer Mauer bzw. eines Hohlraumes (vgl. Homepage: Duden, 2013^b)

⁸ KonsiliarärztInnen sind jene ÄrztInnen, welche zur Beratung von behandelnden ÄrztInnen zusätzlich herangezogen werden, wenn bei einer Krankheit Unklarheit herrscht (vgl. Homepage: Duden, 2013^c)

fragen nach und informieren uns auch und sagen uns auch, da stimmt was nicht. Bitte schau nach, da ist was nicht in Ordnung.“ (A6: 136-143)

Speziell für niedergelassene ÄrztInnen stellt diese Überweisungsmöglichkeit eine wichtige Funktion der Opferschutzgruppen dar (vgl. A6: 1302). Denn diese fühlen sich einerseits oft unsicher mit der Gewaltthematik (vgl. A6: 1266-1278) und andererseits wollen sie in ihrer Ordination die Thematik nicht ansprechen (vgl. A6: 62-66). Folglich ist es durch Opferschutzgruppen möglich, dass auch Fachkräfte, welche einerseits bei einer Frau spüren, „da stimmt etwas nicht“ (A6: 1270) sich aber gleichzeitig mit dem Thema überfordert fühlen oder einen schlechten Ruf in der Praxis fürchten, trotzdem Opferschutz leisten können. Diese ÄrztInnen können Hilfe leisten, in dem sie sich mit Opferschutzgruppen in Verbindung setzen. Dazu eine Opferschutzbeauftragte:

„Ich glaube, das Wesentliche im Opferschutz ist einfach, wenn man ein schlechtes Gefühl hat, zu schauen, was ist der nächste Ansprechpartner.“ (A6: 445-447)

Schulungen und sonstige Tätigkeiten

Opferschutzgruppen bieten innerhalb der Krankenanstalten immer wieder Schulungen für Fachkräfte an. Diese beinhalten Themen über Spurensicherung, Gewaltschutznetzwerke und informieren über die Funktion der Opferschutzgruppen an sich (vgl. A6: 369-378). In diesen Schulungen werden außerdem Handlungsmöglichkeiten bei einem Verdacht auf Gewaltbetroffenheit geschildert. Einerseits wird beschrieben, wie die Fachkräfte den Verdacht selber ansprechen können (vgl. A6: 964-970) und andererseits, an wen sie sich wenden können, wenn sie sich selber überfordert fühlen (vgl. A6: 954-959). Geschultes Personal in den Krankenanstalten wird von einer Expertin einer Opferschutzeinrichtung als sehr wichtig empfunden (vgl. A1: 625-626).

Zusätzlich zu den Schulungen fühlen sich Opferschutzbeauftragte für das Auslegen von Informationsmaterialien zuständig (vgl. A2: 155-156). Sie betreiben außerdem Öffentlichkeitsarbeit (vgl. A6: 273-274), arbeiten Konzepte zur Fotodokumentation aus (vgl. A2: 155) und erstellen diverse Arbeitsblätter (vgl. A2: 156-168).

7.6.4 Mitglieder von Opferschutzgruppen

Zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Professionen in den Opferschutzgruppen, werden in den Interviews auch andere Professionen bzw. Personengruppen genannt, welche als wichtig erachtet werden. Die Seelsorge wird als Beispiel genannt. Diese empfindet eine

Ärztin aus dem Gesundheitssystem als besonders wichtig für stark religiöse Frauen aus ländlichen Gebieten (vgl. A6: 113-117). Denn, so die Expertin, wenn ich diesen Frauen die „Psychologin schicke, dann sind die immer ein bisschen überfordert“ (A6:117). Außerdem werden Angehörige der Dermatologie, der HIV-Station, der Augenheilkunde, der Psychosomatik (vgl. A6: 121-126; A6: 359-362) und der Gerichtsmedizin (vgl. A6: 404-412) als besonders wichtig genannt. Als wichtige bereits gesetzlich verankerte Gruppen werden Angehörige der Unfallchirurgie, der Notfallmedizin, der Psychiatrie und der Pflege (vgl. A6: 908-916; A6: 152-154), erwähnt.

Grundsätzlich wird betont, dass sowohl alle Fachkräfte im Gesundheitswesen, welche in irgendeiner Weise Interesse an und Engagement (vgl. A6: 416-421) für dieser Arbeit haben, als auch Personen aus externen Einrichtungen wie etwa Gewaltschutzeinrichtungen mitarbeiten sollten (vgl. A6: 440-490).

Schlussendlich wird auch betont, dass bei der Besetzung von Opferschutzgruppen nicht nur auf eine Vielfalt an Berufsgruppen, sondern auch auf eine gerechte Geschlechterverteilung und eine gerechte Repräsentation verschiedenster Personengruppen wie beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund geachtet werden sollte (Vortrag: Erdemgil-Brandstätter, 2013, Konkrete Hilfe im Gesundheitssystem für Migrantinnen).

7.6.5 Voraussetzung für eine professionelle Opferschutzgruppe

Damit Opferschutzgruppen professionell arbeiten können, brauchen sie ausreichend (finanzielle) Ressourcen (vgl. A5: 355-357; A5: 375-378). Außerdem ist ein klarer Auftrag notwendig, um gezielt arbeiten zu können (vgl. A5: 376-378). Des Weiteren benötigen die Mitglieder Entscheidungskompetenzen, denn ansonsten ist in einem so stark hierarchischen System wie dem in den Krankenanstalten keine effektive Arbeit möglich (vgl. A5: 292-298). Außerdem stellt ein professionell agierendes Team eine dringende Notwendigkeit dar. Ein Team handelt laut den Interviewpartnerinnen dann professionell, wenn auch bei persönlichen Diskrepanzen (vgl. A2: 694-706) zusammenarbeitet werden kann, das Team sich gemeinsam sicher fühlt (vgl. A6: 948) und deren Mitglieder ihre Kompetenzen ständig erweitern. Zusätzlich sollte dem Team Supervision zur Verfügung stehen, einerseits zur persönlichen „Psychohygiene“ (A6: 93) und andererseits, um schwierige Fälle gemeinsam zu besprechen (vgl. A6: 93-96). Grundsätzlich sollte jedoch Supervision nicht für die Fallarbeit verwendet werden. Des Weiteren ist eine klare Aufgabenteilung im Team sinnvoll. Diese Aufgaben sollten je nach Kompetenzen eingeteilt sein (vgl. A6: 1028-1042).

7.7 Wichtige Berufsgruppen

7.7.1 Pflege

Die Pflegefachkräfte, werden als sehr wichtig bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen beschrieben (vgl. A8: 386; A2: 667-672). Diese Berufsgruppe verbringt am meisten Zeit (vgl. A6: 1236-1238) mit den PatientInnen, steht mit ihnen in engem Kontakt und zählt auch sehr oft zu den ersten AnsprechpartnerInnen der betroffenen Frauen (vgl. A6: 306-307).

Angehörige dieser Berufsgruppe, speziell jene mit langer Berufserfahrung (vgl. A2: 187), haben immer wieder wertvolle Ideen, wie betroffene Frauen erreicht werden können (vgl. A7: 696-698; A2: 978-982). So berichtet beispielsweise eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin während Wartezeiten beim Röntgen die Chance, ihren Verdacht auf Gewalt mit den Frauen zu thematisieren (vgl. A6: 309-3013). Diese gibt an:

„Da checkt der Arzt die Verletzungen und dokumentiert das. In der Zwischenzeit können wir die Patientinnen [in] ein Gespräch verwickeln.“ (A2: 92-94)

Außerdem wird berichtet, dass gewaltbetroffene Frauen gegenüber Pflegekräften weniger Scham haben, ihre erlittenen Gewaltereignisse anzusprechen, als bei ÄrztInnen (vgl. A4: 256). Als möglicher Grund wird die bessere Schulung und somit Sensibilität der Pflegekräfte genannt (vgl. A7: 690-698).

7.7.2 Rettung

Das Rettungspersonal hat oft Informationen und Wissen, welches für die Erreichung wichtig wäre. Diese Informationen werden jedoch nur wenig kommuniziert (vgl. A5: 396-399; A5: 390-393). Deswegen sollten auch diese Fachkräfte gut geschult werden und möglichst auch in Opferschutzgruppen vertreten sein (vgl. A1: 256-264), so eine Expertin aus dem Gewaltschutzbereich.

7.7.3 ÄrztInnen

ÄrztInnen werden, weil alle PatientInnen mit ihnen in Kontakt kommen (vgl. A2: 9-10), als grundsätzlich wichtig bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen beschrieben (vgl. A2: 667; A7: 587). Trotzdem erreicht diese Berufsgruppe die betroffenen Frauen nur schwer. Dafür werden verschiedenste Gründe angegeben. Beispielsweise werden ÄrztInnen kaum mit Fortbildungsangeboten erreicht (vgl. A7:694-695). Außerdem kann deren Berufssprache für die

PatientInnen eine Hemmschwelle, über ihre erlittenen Gewalterlebnisse zu sprechen, darstellen (vgl. A8: 24-25). Schlussendlich wird der Kontakt als zu kurz beschrieben (vgl. A6: 307-309).

7.7.4 SozialarbeiterInnen

Die Sozialarbeit wird im Prozess der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen eher selten genannt. Wenn diese erwähnt werden, dann als sehr bedeutend (vgl. A6: 820-822; A3: 659-664). Betont wird vor allem die Möglichkeit, sich bei Unsicherheiten von der Sozialen Arbeit beraten zu lassen (vgl. A6: 820-822). Gerade der ganzheitliche Blickwinkel der Sozialen Arbeit wird beschrieben. Dazu eine Sozialarbeiterin:

„Für uns als Sozialarbeiter ist nicht immer der Patient der Klient. Also wir müssen da wieder ganz wo anders hinschauen.“ (A3: 508-514)

Damit die Sozialarbeit jedoch effektiv arbeiten kann, ist eine wertschätzende interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig. Dies wird von einer Expertin aus dem Gesundheitssystem stark betont (vgl. A8: 103-104).

7.7.5 Sprechstundenhilfe

Die Sprechstundenhilfe, bzw. die Rezeptionistin am Schalter hat eine bedeutende Rolle bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen (vgl. A4: 256, A7: 589; A2: 668). Diese sind noch vor der Pflege und Medizin die ersten AnsprechpartnerInnen (A7: 592; A2: 669). Außerdem zeigen die Frauen ihnen gegenüber weniger Scham (vgl. A4: 254-259), Dinge aus ihrer Lebenswelt zu erzählen (vgl. A4: 267-268), so die Erfahrung einer Ärztin. Da diese Berufsgruppe sehr oft den Erstkontakt zu den betroffenen Frauen hat und grundsätzlich eine wichtige Anlaufstelle für die Frauen darstellt, ist es wichtig, dass diese einen sensiblen Umgang mit den PatientInnen haben. Dies ist laut einer Expertin aus dem Gewaltschutzbereich jedoch nicht immer der Fall (vgl. A7: 589-597).

7.7.6 Sonstige Berufsgruppen

Grundsätzlich sind alle Berufsgruppen, welche mit den betroffenen Frauen in Kontakt treten, bedeutsam für deren Erreichung (vgl. A6: 316-318). So wird beispielsweise das Reinigungspersonal als wichtig angegeben (vgl. A6: 314-317) und die Wichtigkeit einer funktionierenden Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen betont (A6: 675-678). Denn , so eine Expertin aus dem Gesundheitswesen:

„Es müssen alle im Zahnrad ineinander arbeiten, weil sonst ein Spital [...] nicht funktionieren [kann].“ (vgl. 675-678)

Zusammenfassung und Diskussion der empirischen Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse, die sich aus den Interviews ergeben haben, in Bezug auf die Fragestellung dargestellt und theoretisch diskutiert. Die Fragestellung lautet:

„Wie können gewaltbetroffene Frauen in Paarbeziehungen im Wiener Gesundheitssystem besser auf einer psychosozialen Ebene erreicht werden – und welche Aufträge ergeben sich daraus für die Klinische Soziale Arbeit?“

Vor der Beantwortung der Fragestellung wird zunächst die aktuelle Problematik in Bezug auf die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Wiener Gesundheitssystem beschreiben.

8.1 Problemaufriss

Beim Versuch gewaltbetroffene Frauen im Wiener Gesundheitssystem zu erreichen, stoßen die Gesundheitsfachkräfte immer wieder auf gesellschaftliche, institutionelle und individuelle Barrieren. Institutionelle Probleme manifestieren sich vor allem in Zeitmangel, Druck, starren Hierarchien und schlechte Kommunikationsstrukturen beziehungsweise in mangelndes Vertrauen in andere MitarbeiterInnen. Diese Rahmenbedingungen verhindern, dass Gesundheitsfachkräfte sich der Gewaltthematik annehmen. Auch Wert- und Normvorstellungen, die durch gesellschaftliche Machtstrukturen geprägt sind, beeinflussen die Gesundheitsfachkräfte und dies führt dazu, dass auch professionelle Arbeitskräfte im Gesundheitssystem von Vorurteilen und Stereotypen betroffen sind. Das kann zur Folge haben, dass die Schuld für die Gewalttätigkeiten den betroffenen Frauen zugeschrieben wird. Diese Haltung, welche auch "Victim Blaming" genannt wird, hemmt einerseits die professionellen Arbeitskräfte die Gewalt anzusprechen. Andererseits wird dadurch auch verhindert, dass die Betroffenen über ihre erlittenen Misshandlungen sprechen. Auch individuelle Barrieren, wie etwa Ängste, eigene Betroffenheit, Unsicherheiten, Wissensdefizite zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen usw. blockieren die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem. Niedergelassene ÄrztInnen sind von denselben individuellen und gesellschaftlichen Barrieren betroffen wie die Gesundheitsfachkräfte in den Krankenanstalten. Zusätzlich haben sie das Problem, dass sie in der Regel sowohl Gefährder als auch Opfer behandeln. Außerdem fürchten niedergelassene ÄrztInnen oft einen schlechten

Ruf für ihre Praxis, wenn sie den Verdacht auf Gewalt thematisieren.

Gewaltbetroffene Frauen im Wiener Gesundheitssystem werden aus den eben genannten Gründen zumeist nur dann erreicht, wenn sie von sich aus über ihre erlittenen Misshandlungen berichten. Sprechen die Frauen nicht, so setzen Gesundheitsfachkräfte, sofern sie nicht besonders engagiert sind oder jahrelange Erfahrung mit der Thematik haben, keine Interventionen im Sinne von aktivem Ansprechen oder weitervermitteln. Das bedeutet jedoch nicht, dass Fachkräfte Gewalt nicht erkennen. Viele bemerken gerade bei Verletzungen immer wieder, dass es sich um Gewalt handelt. Auch den Verdacht auf Gewalteinwirkung beziehungsweise ein unsicheres Gefühl, die Frau nach Hause zu entlassen, haben viele Gesundheitsfachkräfte. Auf Grund der genannten gesellschaftlichen Tabuisierungen, institutionellen und individuellen Barrieren, führt das Erkennen der Gesundheitsfachkräfte von Gewalt bzw. der Verdacht auf Gewalt in Paarbeziehungen jedoch nicht immer zur Erreichung⁹ der betroffenen Frauen. Außerdem erschwert sich die Erreichung, wenn individuelle Barrieren mit gesellschaftlichen beziehungsweise institutionellen Barrieren zusammentreffen. Wenn beispielsweise eine Fachkraft im Gesundheitssystem aufgrund verschiedenster Informationsdefizite nicht weiß, wie sie / er mit einem Verdacht auf Gewalt umgehen soll und dann zusätzlich Zeitmangel auftritt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass trotz eines Verdachtes auf Gewalt keine Intervention gesetzt wird.

Im folgenden Abschnitt werden nun einige Interventionen genannt, die die individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Barrieren bei der Erreichung der betroffenen Frauen etwas ausgleichen können.

8.2 Beantwortung der Fragestellung

8.2.1 Bildung als Voraussetzung für die Erreichung

Die verstärkte Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte hinsichtlich der Gewaltthematik ist notwendig, damit die Fachkräfte ihre Unsicherheiten beim Erkennen von Gewalt verlieren können und trotz gesellschaftlicher Tabuisierung, hinderlichen institutionellen Rahmenbedingungen und eigenen Ängsten der Thematik gegenüber handlungsfähig bleiben. Auf Grund der Folgeerscheinungen von Gewalt,- Scham-, Schuld-, oder Angstgefühle, Traumatisierungen sowie mangelndes Vertrauen in das soziale Umfeld - ist es den betroffenen

⁹ Erreichung bedeutet in vorliegender Forschungsarbeit entweder das aktive Ansprechen des Verdachts auf Gewalt oder die Weitervermittlung der betroffenen Frau zu einer Einrichtung, durch die dieses Erreichen übernommen wird.

Frauen ohne eine unterstützende Umgebung im Gesundheitssystem nämlich kaum möglich, von den Gewalttaten ihres Partners bzw. Ehemannes von sich aus zu erzählen. Es wird somit deutlich, dass gewaltbetroffene Frauen nur dann erreicht werden können, wenn die Gesundheitsfachkräfte in dieser Thematik erreicht werden und darin geschult werden, Verantwortung für die Frauen zu übernehmen. Damit Gesundheitsfachkräfte bei einem Verdacht auf Gewaltbetroffenheit bei einer Patientin Verantwortung übernehmen beziehungsweise intervenieren, sind sowohl die Verankerung der Thematik in der Grundausbildung als auch regelmäßige Schulungen für bereits in der Praxis Tätige eine dringende Notwendigkeit.

Ferner sollten die Gesundheitsfachkräfte durch Schulungen befähigt werden gewaltbetroffene Frauen nicht nur zu erkennen sondern auch zu erreichen. Dies setzt vielschichtige Inhalte in der Ausbildung voraus. Das heißt, neben der kognitiven Wissensvermittlung ist dabei auch eine emotionale Bearbeitung der Gewaltthematik in Schulungen wichtig. Schulze et al. sind der Meinung, dass emotionale zusätzlich zu kognitiven Inhalten deswegen so wichtig sind, da „professionelle Interaktionen [...] immer auch Begegnungen und damit emotional und kognitiv“ (Schulze et al., 2012, S. 130) sind. Schulungen müssen folglich (damit das Erkennen einer gewaltbetroffenen Frau zu einem aktivem Handeln von Seiten der Gesundheitsfachkräfte wird, statt zu verunsichern) die Fähigkeit fördern, „sich emotional auf eine Begegnung einzulassen und gleichzeitig diese durch Fachwissen und Reflexionshaltung zu transzendieren“ (Schulze et al., 2012, S. 130). Auch Hagemann-White et al. betonen die Wichtigkeit eines emotionalen Zugangs bei der Bildungsarbeit (vgl. Hagemann-White et al., 1992, S. 130). Gesundheitsfachkräfte sollten daher in Schulungen die Möglichkeit bekommen, sowohl Faktenwissen – beispielsweise über das Erkennen von Gewalt - zu erhalten, als auch zu erfahren, wie sie selbst die Begegnung mit gewaltbetroffenen Frauen erleben.

Auf der kognitiven Ebene ist es wichtig, den Gesundheitsfachkräften grundsätzlich die Bedeutung des Gesundheitssystems als wichtige Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen zu vermitteln. Denn sind sich jene ihrer wichtigen Rolle nicht bewusst, setzen sie auch keine Interventionen. Des Weiteren ist für das Erkennen von Gewalt die Vermittlung der gesundheitlichen Folgeerscheinungen von Gewalt notwendig. Zusätzlich sollte Wissen vermittelt werden, wie die Gesprächsführung mit den betroffenen Frauen stattfinden soll. Dabei ist ein besonderer Fokus auf die Auswirkungen von Traumatisierungen auf die Gesprächssituationen zu legen. Wissen Gesundheitsfachkräfte nicht, dass Traumatisierungen teilweise zu widersprüchlichen Aussagen führen können, zweifeln diese nicht selten an der Glaubwürdigkeit der Gesprächspartnerinnen. Außerdem benötigen die Fachkräfte Informationen über interne sowie externe Vernetzungsmöglichkeiten. Dazu zählen auch das Wissen über

Opferschutzgruppen und deren Funktionen. Des Weiteren sollten Gewalt in Paarbeziehungen als geschlechtsbezogene Gewalt und die dafür verantwortlichen patriarchalen Machtverhältnisse Teile von Schulungen sein. Ist dieses Wissen nicht vorhanden, werden nicht selten auf Grund eigener Wert- und Normvorstellungen keine Interventionen gesetzt. Stattdessen passiert immer wieder das sogenannte „Victim Blaming“. Dabei werden Opfer für das Handeln der Täter verantwortlich gemacht. Eine Verhinderung von „Victim Blaming“ muss folglich in allen Schulungen zur Gewaltthematik verankert werden. Einerseits, weil sie die Professionellen hemmt zu intervenieren und andererseits, weil die Betroffenen diese Haltung spüren und folglich nicht über ihre erlittenen Misshandlungen sprechen. Darüber hinaus sind auch interkulturelle Aspekte ein wichtiger Bestandteil von Schulungen. Diese sind wichtig, da es immer wieder vorkommt, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine höhere Gewalttoleranzgrenze zugeschrieben wird und Interventionen deswegen auch nicht unmittelbar gesetzt werden. In den Schulungen sollte Gewalt in Paarbeziehungen enttabuisiert werden, denn Gewalt in Paarbeziehungen stellt noch immer ein gesellschaftliches Tabuthema dar und betrifft somit auch den Gesundheitsbereich. Schlussendlich ist auch eine Abstimmung der Inhalte auf die unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen von Bedeutung. Denn die unterschiedlichen Fachkräfte haben teilweise unterschiedliche Zugänge zu den betroffenen Frauen, beziehungsweise auch unterschiedliche Chancen diese zu erreichen. Deswegen sollten auch die Schulungen unterschiedlich gestaltet sein. So könnten beispielsweise die Pflegefachkräfte während Wartezeiten mit den Frauen in Kontakt treten. Außerdem haben Angehörige dieser Berufsgruppe durch ihre permanente Präsenz und ihren intensiven Kontakt zu den PatientInnen auch die Möglichkeit, eine Vertrauensbasis aufzubauen.

Die emotionale Wissensvermittlung geschieht einerseits durch die Schaffung eines Raumes, in dem sich die Fachkräfte persönlich mit diesem „emotional sehr aufgeladenen Feld von Gewalt im Geschlechterverhältnis“ auseinandersetzen können (vgl. Hagemann-White et al., 1992, S. 130) und andererseits durch die Vermittlung der Bedeutung von zwischenmenschlichen Begegnungen (vgl. Schulze et al., 2012, S. 130). Das setzt voraus, dass Fachkräften des Gesundheitswesens bei Schulungen ein Raum zur Verfügung gestellt werden sollte, in dem sie sich persönlich mit der Thematik Gewalt in Paarbeziehungen auseinandersetzen können (vgl. Hagemann-White et al., 1992, S. 130). Dabei wäre Reflexion wichtig, hinsichtlich

- der Haltung zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen
- der Haltung zu gewaltbetroffenen Frauen und
- der möglichen Vorurteile.

Zusätzlich sollte in Schulungen auf Professionelle geachtet werden, die selbst von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind. Dieser Umstand wirkt sich auf deren Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen aus und kann sowohl förderlich als auch hinderlich sein. Schulungen sollten den betroffenen Professionellen die Möglichkeit bieten, sich intensiv mit der Thematik auseinanderzusetzen.

8.2.2 Gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund

Gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund sind eine besonders schwer zu erreichende Personengruppe im Gesundheitswesen. Für deren bessere Erreichung ist es auf der individuellen Ebene wichtig, dass die einzelnen Gesundheitsfachkräfte ihre Vorurteile in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund reflektieren und versuchen, ihnen möglichst auf einer lebensweltlichen Ebene zu begegnen. Interventionen auf der institutionellen Ebene sind beispielsweise das zur Verfügung stellen von mehrsprachigen Informationsmaterialien und von professionellen DolmetscherInnen in den Krankenanstalten. Außerdem wäre es wichtig, möglichst viele Sprachen durch Fachkräfte abzudecken. Zusätzlich sollte eine verstärkte Vernetzung mit migrationsspezifischen Einrichtungen stattfinden. Schlussendlich wäre auch die Mitarbeit von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund ein wichtiger Schritt, um gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen.

8.2.3 Opferschutzgruppen als Chance

Opferschutzgruppen stellen eine große Chance für einen verbesserten Gewaltschutz im Gesundheitssystem dar. Denn diese machen Interventionen sowohl auf der individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Ebene möglich. Individuellen Wissensdefiziten beziehungsweise Begegnungsängsten von Gesundheitsfachkräften kann beispielsweise durch regelmäßige Schulungen der Mitglieder der Opferschutzgruppen entgegengewirkt werden. Dabei ist jedoch wichtig, dass die Mitglieder dieses Wissen an die Gesundheitsfachkräfte in ihrer zuständigen Krankenanstalt weitergeben. Auch institutionelle Barrieren, wie etwa schlechte multiprofessionelle Zusammenarbeit oder Zeitmangel können durch Opferschutzgruppen verbessert bzw. ausgeglichen werden. Beispielsweise durch die internen und externen Vernetzungstätigkeiten der Opferschutzgruppen ist es möglich, die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Dies ist eine sehr wichtige Funktion der Opferschutzgruppen, denn um gewaltbetroffene Frauen zu erreichen, muss neben einer funktionierenden Interaktion mit den Betroffenen auch eine intakte Interaktion zwischen den Fachkräften in den Krankenanstalten stattfinden. Diese Interaktion kann dann gut funktionieren,

wenn die einzelnen Fachkräfte einander vertrauen, sich regelmäßig austauschen, sich Informationen zukommen lassen, offen für Veränderungen sind und trotz Hierarchien wertschätzend kommunizieren. Neben der Förderung des Austausches der Gesundheitsfachkräfte untereinander ist auch eine Förderung der Kommunikation der Gesundheitsfachkräfte mit den Opferschutzgruppen wichtig. Wenn die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften und den Opferschutzgruppen gut funktioniert, wird das Zeit- und Raumproblem relativiert. Relativiert deswegen, weil dann jene, die sich nicht selbst der Gewaltthematik annehmen wollen bzw. können, die Möglichkeit haben, ihren Verdacht beziehungsweise ihr „komisches Bauchgefühl“ an die zuständige Opferschutzgruppe weiterzuleiten, ohne sich dabei selbst mit der Gewaltthematik auseinandersetzen zu müssen. Folglich wird deutlich, dass gerade Opferschutzgruppen eine wichtige „Ankerstelle“ für Gesundheitsfachkräfte, die Hemmungen haben den Verdacht anzusprechen, darstellen und die multiprofessionelle Zusammenarbeit durch Vernetzungstätigkeiten fördern. In Bezug auf die gesellschaftlichen Barrieren könnten die Opferschutzgruppen durch diverse Sensibilisierungskampagnen innerhalb des Gesundheitswesens Gewalt gegen Frauen als Tabuthema minimieren.

Für diese Aufgaben auf den individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen brauchen Opferschutzgruppen jedoch Ressourcen, Entscheidungskompetenzen und auch übergeordnete Stellen, die die Mitglieder der Opferschutzgruppen schulen. Eine weitere grundsätzliche Voraussetzung für eine funktionierende und effiziente Opferschutzgruppe ist eine ausreichende finanzielle Ausstattung. Inhaltlich sind einheitliche Richtlinien zwischen Opferschutzgruppen und Opferschutzeinrichtungen bezüglich dem Vorgehen bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen notwendig. Ferner sollten alle Opferschutzgruppen einem klaren Auftrag folgen. Außerdem wird die Supervision für MitarbeiterInnen in Opferschutzgruppen als eine dringende Notwendigkeit angesehen. Die Ressourcen für die genannten Aufgaben fehlen derzeit, was zur Folge hat, dass

- die verschiedenen Opferschutzgruppen sehr unterschiedlich arbeiten.
- die Aktivitäten der Opferschutzgruppen vom persönlichen Engagement abhängen.

Eine effektive Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen kann jedoch nur dann gelingen, wenn alle Opferschutzgruppen professionell arbeiten.

Hagemann-White et al. haben für die professionelle Arbeit gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis ein, den Opferschutzgruppen ähnliches, Konzept namens „Ressource Center“ beschrieben (vgl. Hagemann-White et al., 1992, S. 128). Das Ziel dieser „Ressource

Centers“ ist es, verschiedenste Ressourcen zum Thema Gewalt im Geschlechterverhältnis zu sammeln, die dann den verschiedensten interessierten Gruppen, unabhängig von ihrer Trägerschaft, weitergeleitet werden (vgl. Hagemann-White et al., 1992, S. 128ff). Zum Unterschied zu den derzeitig aktiven Opferschutzgruppen in Wien fungieren diese „Ressource Centers“ jedoch weniger als „Ankerstellen“, die die direkte Arbeit mit den betroffenen Frauen übernehmen, sondern vielmehr als Einrichtungen, die es den einzelnen AkteurInnen durch Informationsvermittlung leichter machen wollen, selbst aktiv gegen Gewalt zu handeln. Diese Einrichtungen sollen durch die Verbindung von Wissen und Kontakten zu unterschiedlichen Einrichtungen unterstützt werden, ihre Arbeit „im Gesamtzusammenhang der Auseinandersetzung mit Gewalt im Geschlechterverhältnis immer wieder zu sehen und entsprechende Verbindungen herzustellen“ (Hagemann-White et al., 1992, S. 128).

Nicht zuletzt auf Grund der Ähnlichkeit von Opferschutzgruppen zu „Ressource Centers“, die sich der Thematik Gewalt im Geschlechterverhältnis inhaltlich annehmen und diese Informationen an unterschiedliche Stellen weiterleiten, wird deutlich, dass die gesetzliche Verankerung von Opferschutzgruppen in den Wiener Schwerpunktkrankenanstalten eine Chance für vermehrte Gewaltschutzmaßnahmen im Gesundheitssystem darstellen.

8.2.4 Einbezug von niedergelassenen ÄrztInnen

Niedergelassene ÄrztInnen stellen eine wichtige erste Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen dar. Sie haben die Chance, betroffene Frauen über einen längeren Zeitraum hinweg zu unterstützen. Damit niedergelassene ÄrztInnen gewaltbetroffene Frauen erreichen können, ist eine Vernetzung sowohl mit Opferschutzgruppen als auch mit Opferschutzeinrichtungen wichtig. Diese Vernetzung könnte durch übergeordnete Koordinationsstellen, die regelmäßig und somit wirkungsvoll niedergelassene ÄrztInnen mit Informationen versorgen, durchgeführt werden. Außerdem sind Schulungen, die Opferdynamiken thematisieren, zur Sensibilisierung beitragen und das HelferInnennetz vermitteln, eine dringende Notwendigkeit bei der Erreichung von niedergelassenen ÄrztInnen und somit auch der gewaltbetroffenen Frauen.

8.2.5 Klinisch-Sozialarbeiterische Interventionen sind förderlich

Speziell von Expertinnen aus dem Opferschutzbereich wird immer wieder betont, dass gewaltbetroffene Frauen eine Atmosphäre benötigen, die ihnen das Gefühl vermittelt, über ihre erlittenen Gewalterlebnisse sprechen zu können. Deswegen ist ein aktives Handeln der Fachkräfte im Gesundheitssystem wichtig. Folgende Punkte werden in den Interviews hinsichtlich einer förderlichen Interaktion mit den Betroffenen erwähnt:

- Erreichung durch reflektierte Haltung
- Vertrauensbasis zwischen Professionellen und Patientin
- Vermittlung von Sicherheit
- ruhiges Setting
- Wertschätzung den Frauen gegenüber.

Es wird deutlich, dass die Strategien zur Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen, wie sie von den Expertinnen aus dem Gesundheits- und Opferschutzbereich beschrieben wurden, viele Ähnlichkeiten sowohl mit der psychosozialen Traumatologie nach Schulze et al. (vgl. siehe Kapitel 5.2.2), als auch mit dem „Person-in-Environment“ Konzept nach Mary Richmond (vgl. siehe Kapitel 5.2.1) haben. So wird passend zur „psychosozialen Traumatologie“ das Vermitteln von Sicherheit, die Bedeutung einer wertschätzenden Haltung und auch die Möglichkeit, regelmäßig und immer wieder positiven Kontakt zu den Frauen zu haben, unabhängig davon, ob diese Hilfe annehmen können oder nicht, beschrieben. Bezüglich des „Person-in-Environment“ Konzeptes, das sowohl die Person als auch deren Umwelt analysiert, wird beispielsweise erwähnt, dass eine Haltung wichtig ist, die auf die gesamte Person und nicht nur die verletzte Stelle fokussiert. Außerdem wird die Wichtigkeit einer an die Klientin angepassten Hilfe erwähnt. Damit ist eine Hilfe gemeint, die das System der Betroffenen in die Intervention miteinbezieht. Passend zur Theorie des „Alleingangs“ nach Pauls wird die große Bedeutung einer Vertrauensbeziehung für die Erreichung erwähnt (vgl. siehe Kapitel 5.2.1).

Einige für die Erreichung wichtige Aspekte (vgl. siehe Kapitel 4.1.3), bleiben jedoch unerwähnt, beispielsweise die dringende Notwendigkeit, betroffene Frauen zu stärken. Dies kann beispielsweise durch einen regelmäßigen sensiblen Umgang der ÄrztInnen mit den betroffenen Frauen stattfinden. Grundsätzlich, so die Autorin, ist für zukünftige Interventionen die regelmäßige Stärkung der Betroffenen eine wichtige Voraussetzung (vgl. GiG-net, 2008. S. 89, zitiert nach Brzank 2002). Ein weiterer Aspekt der „psychosozialen Traumatologie“, nämlich das Unterstützen bei Erzählungen, geht ebenfalls nicht aus den Interviews hervor. Auch die Bedeutung von alltäglichen Situationen, wie beispielsweise einem „Nebenbei-Gespräch“ (siehe Kapitel 5.2.2).beim zu Bett gehen einer Patientin (vgl. ebenda), wird bei Sprechstundenhilfen erwähnt, nicht jedoch bei Fachkräften.

Resümee und Ausblick

Die Erfahrungen der Gesundheitsfachkräfte und der Expertinnen aus dem Opferschutzbereich zeigen, dass gewaltbetroffene Frauen über ihre erlittenen Misshandlungen auf Grund von Scham- und Schuldgefühlen im Gesundheitssystem zumeist nur dann sprechen und daran anschließend Informationen von Gesundheitsfachkräften über Opferschutzeinrichtungen erhalten, wenn die zuständigen Gesundheitsfachkräfte nach dem Erkennen bzw. dem Verdacht auf Gewalt psychosozial intervenieren und damit Verantwortung für die betroffenen Frauen übernehmen.

Geeignete psychosoziale Interventionen im Gesundheitssystem sind laut den Expertinnen aus dem Gesundheits- und Opferschutzbereich solche, die sich durch eine möglichst vorurteils- und schuldzuschreibungsfreie Haltung auszeichnen. Des Weiteren wird betont, dass psychosoziales Handeln durch das Vermitteln von Schutz und Sicherheit den Frauen gegenüber geprägt ist. Im Rahmen von psychosozialen Interventionen sollte laut den Expertinnen außerdem versucht werden, das Vertrauen der betroffenen Frauen sowohl in Personen als auch in Institutionen wiederherzustellen. Dabei wird betont, dass ein solcher Vertrauensaufbau gerade für traumatisierte gewaltbetroffene Frauen wichtig ist. Ein solcher Vertrauensaufbau kann beispielsweise durch das Ermöglichen von regelmäßigen positiven Erfahrungen mit Gesundheitsfachkräften im Gesundheitssystem erreicht werden. Schlussendlich zählt zu einer professionellen psychosozialen Arbeit, so die Expertinnen auch das Vernetzen zu anderen helfenden Organisationen, wie beispielsweise Opferschutzeinrichtungen. Diese genannten psychosozialen Interventionen, die die ExpertInnen sowohl aus dem Gesundheitsbereich als auch aus dem Opferschutzbereich als wichtig im Hinblick auf die Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen erwähnten, haben starke Ähnlichkeiten mit der „psychosozialen Traumatologie“. Damit wird deutlich, dass es im Gesundheitssystem durchaus psychosoziales Handeln gibt. Dies passiert jedoch eher unbewusst und nicht auf einer standardisierten Basis.

Grund dafür ist einerseits die mangelnde psychosoziale Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte, was dazu führt, dass sich diese mit der Thematik überfordert fühlen und somit einem Verdacht nicht nachgehen, und andererseits institutionelle Rahmenbedingungen, die psychosoziales Handeln erschweren. Als größte institutionelle Barrieren werden von den Befragten die schlechte multidisziplinäre Zusammenarbeit bzw. Kommunikation, starre Hierarchien zwischen den Berufsgruppen, das Fehlen von Schulungen und Zeitmangel genannt.

Psychosoziales Handeln setzt folglich geschultes Gesundheitspersonal und veränderte institutionelle Rahmenbedingungen voraus. Damit dies möglich wird, ist es unumgänglich, dass

EntscheidungsträgerInnen (Ärztammer, Gesundheitsministerium, Wiener Krankenanstaltenverbund) Gewalt als gesundheitliches Problem, und damit einhergehend psychosozialen Hilfen als wichtige Gesundheitsinterventionen, anerkennen und fördern. Dies erfordert einen Paradigmenwechsel innerhalb des Gesundheitssystems, innerhalb welchem soziale Probleme als gesundheitliche Probleme anerkannt werden. Damit wird deutlich, dass eine veränderte Gesundheitspolitik eine veränderte Bildungspolitik bedingt. Das heißt eine Bildungspolitik, die es ermöglicht, dass Gesundheitsfachkräfte schon in der Ausbildung psychosoziale Kompetenzen erwerben und auch bereits in der Ausbildung in Kontakt mit anderen Gesundheitsberufen kommen. Nur so kann laut Gutiérrez-Lobos (vgl. Vortrag: Gutiérrez-Lobos, K. 2013, Gesundheitsbildung neu denken) multidisziplinäres Zusammenarbeiten gelingen und laut Pelikan psychosoziale Interventionen möglich werden (vgl. Vortrag: Pelikan, 2013, Gesundheitsbildung neu denken).

Die Novellierung des Kranken- und Kuranstaltengesetzes, das seit 2009 alle Wiener Schwerpunktkrankenanstalten zur Etablierung von Opferschutzgruppen verpflichtet, stellt nun die Chance dar, Bildung und somit auch psychosoziale Hilfe im Gesundheitssystem zu etablieren. Denn diese könnten sowohl durch Schulungen die Gesundheitsfachkräfte unterstützen psychosozial zu arbeiten, als auch innerhalb der Rahmenbedingungen in den Krankenanstalten psychosoziales Arbeiten möglich machen. Beispielsweise in dem sie mit EntscheidungsträgerInnen und anderen helfenden Organisationen Vernetzungsarbeit betreiben und somit die Zusammenarbeit innerhalb der Professionen stärken. Jedoch werden Opferschutzgruppen nicht finanziell unterstützt und somit ist es für deren Mitglieder schwer, den Auftrag der Opferschutzgruppen, nämlich der Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt (besonders bei Frauen) und die Sensibilisierung der Berufsgruppen, die mit gewaltbetroffenen Personen in Kontakt kommen, umzusetzen. Trotzdem gibt es engagierte MitarbeiterInnen in Opferschutzgruppen die versuchen, ihrem Auftrag gerecht zu werden. So lange diese nicht finanziert werden, bleibt die Aktivität in den Opferschutzgruppen jedoch vom persönlichen Engagement der MitarbeiterInnen abhängig.

Bedeutung der Klinischen Sozialen Arbeit

Die Klinische Soziale Arbeit, die die Förderung von Gesundheit in den Mittelpunkt stellt sich zusätzlich zum Sozialsystem auch im Gesundheitssystem ansiedelt und „Hard to Reach“ - KlientInnen zu ihrer Zielgruppe zählt, kann mit ihren Methoden und Konzepten einen Beitrag zur Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem leisten. Denn bei klinisch-sozialarbeiterischen Interventionen wird „Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung im

Wesentlichen biografisch [...] [verankert]“ (Gahleitner et al. 2009, S. 322). Folglich werden Menschen auf einer lebensweltlichen statt auf einer symptomorientierten Ebene (Gahleitner et al. 2009, S. 322) behandelt. Klinische SozialarbeiterInnen sind ExpertInnen im Hinblick auf psychosoziale Beratung, Behandlung und Intervention. Dazu gehört unter anderem:

- Beziehungsarbeit
- Vernetzungsarbeit
- Psychosoziale Diagnostik
- Psychosoziale Beratungstechniken (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005b, S. 98-99)
- Psychosoziale Traumatologie (vgl. Schulze et al., 2012)

Ziel der Klinischen Sozialen Arbeit ist keine medizinische oder therapeutische Beratung, sondern vielmehr eine Fokussierung auf eine psychosoziale lebensweltorientierte Beratung (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005^b, S. 98-99). Eine Verankerung der Klinischen Sozialen Arbeit in den Opferschutzgruppen ist folglich eine dringende Notwendigkeit im Hinblick auf eine verbesserte psychosoziale Arbeit im Gesundheitssystem. Denn diese könnte schulend tätig sein, wichtige Vernetzungsarbeiten durchführen und psychosoziale Beratung für die betroffenen Frauen anbieten.

Ausblick

- Zukünftig wären verstärkte Interventionen bzw. Kooperationen mit niedergelassenen ÄrztInnen, Ambulatorien, FachärztInnen und AmtsärztInnen notwendig. Denn diese sind noch weniger als Gesundheitsfachkräfte im Spitalsbereich hinsichtlich der Bedeutung von Gewalt und Gesundheit sensibilisiert.
- Außerdem sollte mehr Fokus auf gewaltbetroffene Frauen mit besonderen Bedürfnissen gelegt werden. Dazu zählen beispielsweise gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund. Für diese Frauen sollten professionelle Dolmetschdienste etabliert werden, denn ansonsten ist für diese Frauen psychosoziale Hilfe kaum möglich.
- Des Weiteren wäre eine Verankerung der Thematik in der Anamnese beziehungsweise eine routinemäßige Befragung zukünftig eine Möglichkeit, Gewalt zu thematisieren. Dies muss jedoch von geschultem Gesundheitspersonal durchgeführt werden.
- Zusätzlich könnte eine Koordinationsstelle, die regelmäßig und forschungsbasiert

Gesundheitsfachkräfte und vor allem auch Mitglieder von Opferschutzgruppen informiert und interdisziplinär schult, eine Chance darstellen, psychosoziale Hilfe im Gesundheitssystem zu etablieren.

- Eine Verankerung der Klinischen Sozialen Arbeit in den Opferschutzgruppen könnte die Verankerung biopsychosozialer Arbeit im Gesundheitssystem stärken beziehungsweise vorantreiben.

Quellenverzeichnis

Brachertz, N. 2007: ISR Working Paper/Who is hard to reach and why?, Online im WWW unter URL: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf> [05.03.2013].

Borde, T. 2010: Erreichbarkeit – Eine Frage des Standpunktes, in: Labonté-Roset, C., Hoefert, H., Cornel, H. (Hrsg.): Hard to Reach/Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Berlin, S. 250 - 259.

Brückner, M. 2002: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen/Eine Einführung, 2. Aufl., Frankfurt am Main.

Campbell, J.C. 2002: Violence against women II/Health consequences of intimate partner violence, in: the lancet/359 (Hrsg.), S. 1331 - 1336.

Catani, C., Ruck, B. 2012: Misshandelte Frauen/Zusammenhänge zwischen Kindesmissbrauch, Beziehungsgewalt, und Posttraumatischer Belastungsstörung, in: Seidler, G., Freyberger, H., Steil, R. 2012 (Hrsg.): Trauma und Gewalt/Forschung und Praxisfelder, Stuttgart.

Egger, R., Fröschl, E., Lercher, L., Logar, R., Sieder, S. 1995: Gewalt gegen Frauen in der Familie, Wien.

Gahleitner, S.B., Schulze, H., Loch, U., 2012 (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen/Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie, Ettenheim.

Gahleitner, S.B., Schleiffer, R. 2010: Bindung und Trauma, in: Gahleitner, S.B., Hahn, G. 2010 (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit/Gefährdete Kindheit- Risiko, Resilienz und Hilfen/Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3, Bonn, S. 28–42.

Gahleitner, S.B., Heidrun, S., Pauls, H. 2009a: ‚hard to reach‘ - ‚how to reach‘?/Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit, in: Pantucek, P., Dieter R. 2009 (Hrsg.): Perspektiven Sozialer Diagnostik/Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards, Wien. S. 322 - 341.

Gahleitner, S.B., Miethe, I. 2009b: Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit, in: Gahleitner, S.B., Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit/Forschung aus der Praxis-Forschung für die Praxis/Beiträge für psychosoziale Praxis und Forschung, Bonn.

Geißler-Piltz, B. 2005a: Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen, in: Klein, U. 2005 (Hrsg.): Klinische Soziale Arbeit – die Kunst des psychosozialen

Helfens, Gießen. S. 17-29.

Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. 2005b: Klinische Sozialarbeit, München/Basel.

GiG-net. 2008 (Hrsg.): Gewalt im Geschlechterverhältnis/Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis, Wuppertal/Leverkusen/Warschau.

Gläser, J., Laudel, G. 2009: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Aufl., Wiesbaden.

Hagemann-White, C., Bohne, S. 2003: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen/Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen, Osnabrück, Online im WWW unter URL: http://www.gesine-intervention.de/images/pdf/gewalt_expertise_endfassung2.pdf [02.11.2012].

Hagemann-White, C. 1997: Die feministische Gewaltdiskussion/Paradoxe, Blockaden und neue Ansätze, in: Hagemann-White, C., Kavemann, B., Ohl, D. (Hrsg.): Parteilichkeit und Solidarität, Praxiserfahrung und Streitfragen zur Gewalt im Geschlechterverhältnis, Bielefeld, S. 237 - 256.

Hagemann-White, C., Gensior, S. 1992 (Hrsg.): Strategien gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis/Bestandsaufnahme und Perspektiven, Pfaffenweiler.

Hahn, G., Pauls, H., 2008: Bezugspunkte Klinischer Sozialer Arbeit, in: Gahleitner, S.B., Hahn, G. 2008 (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit/Zielgruppen und Arbeitsfelder, Bonn, S. 22-43.

Harradine, S. 2004 (Hrsg.): Delivering services to hard to reach families in On Track areas: definition, consultation and needs assessment, London, Online im WWW unter URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110220105210/rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/dpr15.pdf> [04.04.2013].

Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K., Maschewsky-Schneider, U. 2004: Häusliche Gewalt gegen Frauen/Gesundheitliche Folgen - Das S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramm/Handbuch, Berlin, Online im WWW unter URL: <http://www.signal-intervention.de/download/Handbuch.pdf> [30.07.2012].

Herman, J. 2003: Die Narben der Gewalt/Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn.

Hoffmann, P. 2002: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, in: Schwarzer W. (Hrsg.): Lehrbuch

der Sozialmedizin für Sozialarbeit/Sozial- und Heilpädagogik, 4. Aufl., Dortmund, S. 411-440.

Homepage: Duden. 2013a (Hrsg.): Duden/Intramural, Online im WWW unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/intramural> [06.05.2013].

Homepage: Duden. 2013b (Hrsg.): Duden/Extramural, Online im WWW unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/extramural> [06.05.2013].

Homepage: Duden. 2013c (Hrsg.): Duden/Konsiliararzt, Online im WWW unter URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Konsiliararzt> [06.05.2013].

Homepage: FEM-Süd (Hrsg.): FEM-Süd Gesundheitszentrum/FEM Süd ist, Online im WWW unter URL: http://www.fem.at/FEM_Sued/femsued.htm [10.06.2013].

Homepage: Mautz, A. 2013: Gewalt gegen Frauen/Fakten, Wien, Online im WWW unter URL: <http://www.johanna-dohnal.at/gewalt-gegen-frauen> [19.04.2013].

Homepage: Orient Express. 2013, Online im WWW unter URL: <http://www.orientexpress-wien.com/> [12.05.2013].

Homepage: Orthofer, M. 2013: Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen, Wien, Online im WWW unter URL: <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Seiten/GesundheitlicheVersorgunggewaltbetroffenerFrauen.aspx> [12.04.2013].

Homepage: Sprache in Österreich, <http://www.ostarrichi.org/wort-13309-at-Raddienst.html> [14.05.2013].

Homepage: Verein Wiener Frauenhäuser, 2012: Hilfe für Betroffene, Online im WWW unter URL: <http://www.frauenhaeuser-wien.at/hilfe.htm> [29.10.2012].

Homepage: Wiener Krankenanstaltenverbund. 2013 (Hrsg.): Leitbild des Wiener Krankenanstaltenverbundes/Unser Qualitätsanspruch, Online im WWW unter URL: <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?ID=42697> [12.03.2013].

Homepage: Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie. 2012: Gewalt gegen Frauen und Kinder. Online im WWW unter URL: <http://www.interventionsstelle-wien.at/start.asp?ID=308&b=43> [29.10.2012].

Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N. 2008: Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen, in: Robert Koch

Institut 2008 (Hrsg.): Online im WWW unter URL: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/26Herxag1MT4M_27.pdf [12.05.2013].

ICD 10. 2013: F62.0/Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, Online im WWW unter URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html> [12.03.2013].

ICD 10. 2013: F43.1/Posttraumatische Belastungsstörung, Online im WWW unter URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> [12.03.2013].

Kapella, O., Baierl, A., Rille-Pfeiffer, C., Geserick, C., Schmidt, E. 2011: Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld/Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern, in: Österreichisches Institut für Familienforschung. 2011 (Hrsg.): Online im WWW unter URL: http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Documents/Gewaltpraevalenz_final.pdf [31.10.2012].

Kleve, H. 2010: System als Problem – Eine Präzisierung der systemischen Perspektive, in: Labonté-Roset, C., Hoefert, H., Cornel, H. (Hrsg.): Hard to Reach/Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Berlin. S.220-228.

Kronberger, G. 2011: Statistik der 4 Frauenhäuser 2011, in: Verein Wiener Frauenhäuser (Hrsg.): Tätigkeitsbericht, Wien, S. 52-57.

Laska, G., Brauner, R., Whesely, S. 2005: Vorwort, in: MA 57/Fonds Soziales Wien (Hrsg.): Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder/Opferschutz an Wiener Krankenanstalten – Ein Handbuch, Wien, 2005, Online im WWW unter URL: <http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/GewaltHandbuch.pdf> [30.07.2012].

Mayring, P. 2010: Qualitative Inhaltsanalyse/Grundlagen und Techniken, 11. Aufl, Weinheim/Basel.

Mayring, P. 2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung/Anleitung zum qualitativen Denken, 5. Aufl., Weinheim/Basel.

Meuser, M., Nagel, U. 2003: Experteninterview, in: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M.: Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, Opladen.

Müller, U., Schröttle, M. 2004: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland/Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld, Online im WWW unter URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie->

frauen-teil-eins,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [30.07.2012].

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung: Online im WWW unter URL: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf [12.03.2013].

Pauls, H. 2010: „Hard-to-Reach“ - Gedanken zur Aporie des Alleingangs, in: Labonté-Roset, C., Hoefert, H., Cornel, H. 2010 (Hrsg.): Hard to Reach/Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Berlin, S.94 - 106.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2009: Qualitative Sozialforschung/Ein Arbeitsbuch. 2. Aufl., München.

RIS. 2011 (Hrsg.): Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl für Wien Nr. 21/2008, Wien, Online im WWW unter URL: http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrW/LRWI_S740_000/LRWI_S740_000.pdf [31.07.2012].

Schleicher, B. 2011: Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen/Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, in: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen/Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, Wien, Online im WWW unter URL: http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/3/5/8/CH0617/CMS1263827099785/gewalt_egen_frauen.pdf [30.07.2012].

Schröttle, M. 2008: Gesundheit-Gewalt-Migration/Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland/Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2008 (Hrsg.): Online im WWW unter URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheit-gewalt-migration-kurzfassung-studie,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [03.03.2013].

Schulze, H., Loch, U., Gahleitner, S.B. 2012 (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen/Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie, Ettenheim.

Seminar: Gahleitner, S.B., 2013: Arbeit mit traumatisierten KlientInnen, Wien, in: Wahlpflichtfach SS 2013, FH Campus Wien.

Sting, S., Zurhorst, G. 2000 (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit/Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Weinheim/München.

Streeck-Fischer, A., Sachsse U., Özkan, I. 2001 (Hrsg.): Körper-Seele-Trauma/Biologie, Klinik, Praxis, 2. Aufl., Göttingen.

Vortrag: Altun, S., Çinar, F., Erdemgil-Brandstätter, A., Wolf, H. 2013: Konkrete Hilfe im Gesundheitswesen für Migrantinnen, in: Autonome Österreichische Frauenhäuser. 2013 (Hrsg.): 2. Symposium/Migration von Frauen und strukturelle Gewalt, Wien.

Vortrag: Çinar . 2013: Konkrete Hilfe im Gesundheitswesen für Migrantinnen, in: Autonome Österreichische Frauenhäuser. 2013 (Hrsg.): 2. Symposium/Migration von Frauen und strukturelle Gewalt, Wien.

Vortrag: Erdemgil-Brandstätter. 2013: Konkrete Hilfe im Gesundheitswesen für Migrantinnen, in: Autonome Österreichische Frauenhäuser. 2013 (Hrsg.): 2. Symposium/Migration von Frauen und strukturelle Gewalt, Wien.

Vortrag: Gutiérrez-Lobos, K. 2013: Gesundheitsbildung neu denken, in: Karl-Landsteiner-Gesellschaft 2013 (Hrsg.): Veranstaltung der Reihe ZUKUNFT GESUNDHEIT, Wien.

Vortrag: Pelikan, J. 2013: Gesundheitsbildung neu denken, in: Karl-Landsteiner-Gesellschaft 2013 (Hrsg.): Veranstaltung der Reihe ZUKUNFT GESUNDHEIT, Wien.

Vortrag: Wolf. 2013: Konkrete Hilfe im Gesundheitswesen für Migrantinnen, in: Autonome Österreichische Frauenhäuser. 2013 (Hrsg.): 2. Symposium/Migration von Frauen und strukturelle Gewalt, Wien.

Wieners, K., Hellbernd, H., Jenner, S.C., Oesterhelweg, L. 2012a: Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen/Intervention und Prävention, in: Organ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Organ des Deutschen Rates für Wiederbelebung – German Resuscitation Council. (Hrsg.): Notfall und Rettungsmedizin, Berlin/Essen/Ludwigshafen, S. 65 - 79, Online im WWW unter URL: http://www.signal-intervention.de/download/CME_Artikel_Haeusliche_Gewalt_Intervention_2012.pdf [13.04.2013].

WHO. 2002: Weltbericht Gewalt und Gesundheit/Summary, Online im WWW unter URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf [29.10.2012].

Wieners, K., Hellbernd, H., Oesterhelweg, L. 2012b: Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen, in: Berliner Ärzte 2012 (Hrsg.), S. 30-32, Online im WWW unter URL: [http://www.signal-](http://www.signal-intervention.de/download/CME_Artikel_Haeusliche_Gewalt_Intervention_2012.pdf)

intervention.de/download/Rechtssichere_Dokumentation_bae1201_030.pdf [31.10.2012].

Workshop: Autonome Österreichische Frauenhäuser. 2013 (Hrsg.): Konkrete Hilfe für (gewaltbetroffene) Migrantinnen im Gesundheitsbereich, Wien.

Wright, M. 2010: Wer ist für Wen schwer erreichbar, in: Labonté-Roset, C., Hoefert, H., Cornel, H. (Hrsg.): Hard to Reach/Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit, Berlin, S. 229-236.

Anhang

11.1 Interviewausschnitte

Hier werden auszugsweise zwei Passagen aus zwei Interviews anonymisiert und ohne sprachliche Bereinigung dargestellt.

Der erste Ausschnitt zeigt die Anfangsphase eines Interviews, bei welchem die institutionellen Barrieren bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen angesprochen werden.

I: Also so grundsätzlich die erste Frage ist „e“ was fällt Ihnen so spontan ein, wenn sie an gewaltbetroffene Frauen im Krankenhaus denken?

A: Was fällt mir ein? Na ja mir fällt einfach das System im Krankenhaus ein. Ja, ich meine ich bin momentan vielleicht etwas sensibilisiert auf Systemfehler oder auch auf schlecht funktionierende Systeme, ja. Weil ich gerade das selber auch erlebt habe. Und also im Krankenhaus ist es wirklich sehr extrem. Ich meine gerade wenn ich denke, wie im Krankenhaus die verschiedenen Berufsgruppen gegeneinander arbeiten, ja bewusst gegeneinander, ja da gibts die Frau Primaria, dann gibts denn Herrn und die Frau Oberarzt, dann gibts die Schwestern, die PflegehelferInnen und dann irgendwann kommt die Sozialarbeiterin, die ömm nicht dazu gehört [...]. Es gibt auch andere Varianten von Spitälern, das weiß ich schon aber wir eben nicht. ja und und die Kommunikation im Krankenhaus ist ist ganz ganz schlecht, ja. Also es man bekommt dieselbe Information von fünf verschiedenen Personen nacheinander. Ja und genauso läuft es aber jetzt nicht nur mit der Sozialarbeit, sondern auch zwischen den Schwestern, den Ärzten, den Ärztinnen, ja „ömm“ und in diesem schlecht funktionierenden System gibt es halt dann Frauen, die wirklich Besonders brauchen würden, ja.und das. Wenn sie das kriegen, wenn sie das Glück haben vielleicht, dass sie erstens sprechen wollen, ja das ist ja kein Thema, das man gern bespricht. ja. Und schon gar nicht mit einem Arzt oder mit einer Krankenschwester die halt irgendwie mit Ausdrücken um sich wirft, wo man vielleicht sich „e“ nicht auskennt, ja und dann kriegt man das vielleicht mitgeteilt, ja dass man von einer Schwester oder von einer Ärztin da gibts eine Frau, die hat eben Verletzungen oder die sagt sie wird geschlagen. Was natürlich schon auch vorkommt. und dann versucht halt mit der Frau zu sprechen und im besten Falle ist es halt dann so, dass man halt ein Platz im Frauenhaus organisiert, dass die Frau halt bereit ist sich zu trennen um dem ganzen ein Ende zu setzten. Ich habe auch eine Frau erlebt, die schwanger war und und so getreten wurde, im achten Monat, dass sie eben aufgenommen werden musste. [...] wo ich

auch sagen musste, gut, dass wird natürlich weitergeleitet und wenn sie da so davon überzeugt ist, dann wird sie sicherlich „ömm“ einiges auch zu tun bekommen und einiges auch an Kontrolle erleben müssen. Wenn sie das wirklich so will. Nein und das war ihr. Das war so. Da war sie nicht davon abzubringen.

Folgender Abschnitt eines Interviews zeigt die Bedeutung des Gesundheitswesens bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen.

I: Und da hat das Gesundheitssystem eine wichtig Rolle?

A: Da hat das Gesundheitssystem eine wichtige Rolle, die vielen im Gesundheitsbereich nicht wirklich bewusst ist. Sie erkennen Teile davon. Sie erkennen zum Beispiel das Opfer von Gewalt immer wieder in andere Spitäler gehen. Damit das sozusagen nicht so auffällt gehen sie in andere Spitäler. Sie sehen, dass ömm, dass sie wenig darüber erzählen. Aber was ihre Rolle dabei sein könnte, sehen relativ wenige und und wir. Die Opferschutzgruppen, die wirklich fantastische Arbeit leisten, haben da einen anderen Zugang. Mann muss nur sagen, Wien ist eine Großstadt und es ist sozusagen auch nicht so leicht diese wenigen Menschen sozusagen so einzubetten, dass das auch für einen ganzen Betrieb klare Auswirkungen hat.

I: Kennen Sie ein Beispiel von einer Frau, die jetzt wirklich „ö“ über Jahre im Gesundheitssystem war und erst später dann ins Opferschutzsystem gekommen ist? Oder wo die Gewalt erst später..?

A: Gibt es relativ viele. Gibts viele. Also es gibt viele Frauen, die immer wieder sozusagen wegen. Das kann sein von (...) Hämatomen bis hin zu Brüchen jeglicher Art. Nasenbeinbrüche, ja. Also sämtliche Formen von Verletzungen wo, wo sozusagen lange, lange, „ömm“. Ja, wo das im Gesundheitssystem sozusagen bleibt. Aus den "e" schon genannten Gründen, ja. Und es ist "ööm" also was auch ist "ömm". Es ist schwer (...). Im Sozialbereich sind die meisten Menschen und das ist auch im Gesundheitsbereich so, gewohnt, dass was wir etwas tun auf Wunsch. Ja, wir sind gewohnt jemand kommt und sagt, ich hätte das gerne bitte. Und jetzt haben wir einen vor uns, der etwas braucht, ja aber gleichzeitig signalisiert, lasst mich bitte in Ruhe, ich will das alles nicht, ja. Und da, das „flashed“ einfach. Das macht es sozusagen für viele ganz schwierig. Wie setzte ich ein Angebot, wenn ich eigentlich sozusagen die Botschaft kriege, ich möchte nicht. Und das ist etwas, was man erfahren haben muss, ja. Diese. Dieses vorsichtige herantasten in einer Gesprächsführung um jemanden sozusagen davon zu überzeugen, dass es doch jetzt wichtig ist. Und das kann die Medizin eher im medizinischen Bereich. Also das gibt es ja in anderen Bereichen auch. Wo sich die Medizin viel leichter tut. Also zum Beispiel wenn jemand eine schwere Krankheit hat und eigentlich auch.

11.2 Interviewleitfaden

1. Frageeinheit: Gewaltbetroffene Frauen im Wiener Gesundheitssystem

- Das Gesundheitssystem ist oft die erste Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen. Welche Assoziationen haben Sie dazu?
- Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem denken?

2. Frageeinheit: Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen

- Wo sehen Sie Hindernisse bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen in den Krankenanstalten?
- Wo sehen Sie Hindernisse bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen bei niedergelassenen ÄrztInnen?
- Wo sehen Sie förderliche Faktoren bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen in den Krankenanstalten?
- Wo sehen sie förderliche Faktoren bei der Erreichung von gewaltbetroffenen Frauen bei niedergelassenen ÄrztInnen?

3. Frageeinheit: Opferschutzgruppen

- „Seit 2009 werden in den Wiener Schwerpunktkrankenhäusern Opferschutzgruppen zur „Früherkennung von häuslicher Gewalt“ eingerichtet“. Welche Bedeutung haben diese Opferschutzgruppen für gewaltbetroffene Frauen im Gesundheitssystem?

4. Frageeinheit: Definition

- Wie würden Sie eine „erfolgreiche Erreichung“ einer gewaltbetroffenen Frau im Wiener Gesundheitssystem definieren?

5. Frageeinheit: Zukunftsaussichten

- Inwieweit hat sich der Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen im Gesundheitssystem im Laufe Ihrer Tätigkeit im Frauenhaus verändert?

- Welche Entwicklungen sind in den nächsten Jahren zu erwarten?
- Was wünschen Sie sich für gewaltbetroffenen Frauen im Wiener Gesundheitssystem in den nächsten Jahren

