

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe Claudiana

Claudiana Polo Universitario delle Professioni Sanitarie

LAUREATSSTUDIENGANG FÜR HEBAMMEN

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

DIPLOMARBEIT

TESI DI LAUREA

**Die Rolle der Hebammen bei Intimpartnergewalt: Prävention, Früherkennung und
Betreuung - eine Literaturrecherche**

**Il ruolo delle ostetriche nella violenza domestica: prevenzione, individuazione
precoce e presa in carico - Revisione della letteratura**

Erstbetreuer/Relatore:

Dott. ssa Brioschi Manuela

Zweitbetreuer/Correlatore:

Dott.ssa Schrettenbrunner Christa

Verfasserin der Diplomarbeit/Laureanda

Lea Elisabeth Dietl

Akademisches Jahr/Anno accademico 2024/2025

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Einleitung	5
Kapitel 1: Definitionen und theoretische Grundlagen	6
1.1 Definition IPV	6
1.2 Formen und Erscheinungsbild	6
1.3 Aktuelle Situation	9
1.3.1 Europa.....	9
1.3.2 Italien	10
1.3.3 Südtirol.....	12
1.4 Folgen der IPV.....	14
1.4.1 Gesundheitliche Folgen.....	14
1.4.2 Auswirkung auf die Schwangerschaft.....	16
1.4.3 Auswirkung auf das Wochenbett	22
1.4.4 Auswirkung auf das Neugeborene	24
1.4.5 Auswirkung auf die Menopause.....	26
1.5 Gesetzliche Lage.....	28
1.5.1 Die Konvention von Istanbul.....	28
1.5.2 Inhalte des italienischen Strafgesetzbuches.....	34
1.6 Projekte des Landes Südtirol	37
1.6.1 Projekt Erika	37
1.6.2 Projekt „frühe Hilfen“	38
1.6.3 Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen & geschützte Wohneinrichtungen	39
1.6.4 Emotionelle erste Hilfe – EEH.....	42
Die Rolle der Hebamme	44
Kapitel 2: Literaturrecherche	44
2.1 Forschungsfrage	44
2.2 PIO	44
2.3 Materialien + Methoden	44
2.4 Analyse und Ergebnisse	48
2.5 Zusammenfassung der systematischen Literaturrecherche	51
2.5.1 Die Hebamme als Schlüsselperson	51
2.5.2 Prävention	52
2.5.3 Früherkennung	52
2.5.4 Betreuung und Interventionsmöglichkeiten	54
2.5.5 Barrieren.....	56
2.5.6 Best practices	59

Kapitel 3: Interview	60
3.1 Forschungsfrage:	60
3.2 PIO	60
3.3 Methodik	60
3.4 Zusammenfassung des Interviews	62
3.4.1 Wahrnehmung der Rolle der Hebamme im Umgang mit IPV	62
3.4.2 Strukturen, Vorgehen und rechtliche Abläufe	63
3.4.3 Protokolle, Netzwerke und interdisziplinäre Zusammenarbeit	63
3.4.4 Herausforderungen und Verbesserungsbedarf	64
3.4.5 Fazit	64
Diskussion.....	66
Fazit	69
Danksagung.....	71
Literaturverzeichnis	73
Anhang	81
Interviewleitfaden:	81
Transkript Interview	82

Abstract

Hintergrund:

Laut Daten der WHO erlebt jede 3. Frau einmal in Ihrem Leben Gewalt von Seiten Ihres Partners. Besonders die Schwangerschaft und Stillzeit sind Lebensabschnitte, in welchen sich Gewalt in Partnerschaften häufen und somit ein Risiko darstellen.

Zielsetzung:

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden welche Rolle die Hebamme in der Prävention, Erkennung und Betreuung von Frauen die Gewalt erleben spielt, welche Protokolle und Richtlinien den Hebammen zur Verfügung gestellt werden und in welchen Bereichen noch Verbesserungsbedarf herrscht. Zudem soll die aktuelle Situation in Südtirol mit der Studienlage verglichen werden.

Methoden und Materialien:

Für diese Arbeit wurden Virtuelle Datenbanken wie PubMed und Google Scholar genutzt, um wissenschaftliche Artikel, Reviews und aktuelle Studien zu identifizieren, die sich mit der Rolle der Hebamme in der Prävention, Erkennung und Betreuung der von Intimpartnergewalt betroffenen Frauen beschäftigen. Um die Situation in Südtirol zu erfassen und mit der aktuellen Studienlage zu Vergleichen, wurde ein Interview mit einer im Sprengel tätigen Hebamme durchgeführt.

Resultate:

Sowohl aus der Studienlage als auch aus dem Interview geht hervor, dass Hebammen einen besonderen Einblick in das Leben einer Frau haben und durch ein vertrauensvolles Verhältnis oft zu Ansprechpartnerinnen und Vertrauten der betroffenen Frauen werden. Als essentiell stellt sich hierbei die ständige Fort- und Weiterbildung der Hebammen dar, welche die Grundlage für die Erkennung und Informationsgabe bildet, und somit, zusammen mit dem Empowerment der Frauen, einen wichtigen Teil der geleisteten Präventionsarbeit darstellt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist in der Betreuung von gewaltbetroffenen Personen besonders von Bedeutung. Vor allem zeitliche und strukturelle Barrieren gestalten die Umsetzung der Theorie in die Praxis oft als schwierig.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse aus Literatur und Interview ein konsistentes Bild zeichnen: Hebammen sind Schlüsselfiguren im Umgang mit IPV, benötigen dafür jedoch klare Strukturen, ausreichende Zeitressourcen, kontinuierliche Schulung und ein starkes interdisziplinäres Netzwerk. Vertrauen, Empathie und ein traumasensibler Ansatz bilden die Grundlage ihrer Arbeit.

Keywords: “intimate partner violence”, “midwife”, “pregnancy”, “antenatal care”

Background:

Secondo i dati della OMS una donna su tre subisce violenza da parte del partner almeno una volta nella vita. Soprattutto la gravidanza e il puerperio sono momenti vulnerabili nella vita di una donna, dove il rischio di subire violenza dal partner è aumentato.

Obiettivo:

L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare quale ruolo svolge l'ostetrica nella prevenzione, nel riconoscimento e nell'assistenza delle donne che subiscono violenza, quali protocolli e linee guida sono a disposizione delle ostetriche e in quali ambiti sono ancora necessari miglioramenti. Inoltre, si intende confrontare la situazione attuale in Alto Adige con i risultati presenti nella letteratura scientifica.

Materiali e metodi

Per questo lavoro sono state utilizzate banche dati virtuali come PubMed e Google Scholar per identificare articoli scientifici, revisioni e studi recenti che trattano il ruolo dell'ostetrica nella prevenzione, nel riconoscimento e nell'assistenza delle donne vittime di violenza da parte del partner intimo. Per analizzare la situazione in Alto Adige e confrontarla con i risultati presenti nella letteratura, è stata inoltre condotta un'intervista con un'ostetrica operante nel territorio.

Risultati:

Sia dai risultati degli studi che dall'intervista emerge che le ostetriche hanno una visione privilegiata della vita delle donne e, grazie a un rapporto di fiducia, diventano spesso figure di riferimento e di confidenza per le donne coinvolte. Fondamentale risulta la formazione continua delle ostetriche, che rappresenta la base per il riconoscimento dei segnali di violenza e per la trasmissione di

informazioni adeguate. Insieme all'empowerment delle donne, essa costituisce una parte essenziale della prevenzione fornita dalle ostetriche. La collaborazione interdisciplinare con altre figure professionali riveste un ruolo particolarmente importante nell'assistenza alle persone vittime di violenza. Tuttavia, barriere di tipo temporale e strutturale rendono spesso difficile la piena applicazione della teoria nella pratica.

Conclusioni:

In sintesi, i risultati provenienti dalla letteratura e dall'intervista delineano un quadro coerente: le ostetriche rappresentano figure chiave nella gestione della violenza da parte del partner intimo, ma necessitano di strutture chiare, di risorse di tempo adeguate, di formazione continua e di una solida rete interdisciplinare. Fiducia, empatia e un approccio sensibile al trauma costituiscono la base del loro lavoro.

Einleitung

Bereits zu Beginn meines Studiums durfte ich in einem Praktikum eine Patientin kennenlernen, welche mir nie wieder wirklich aus dem Kopf ging. Die Patientin war aus einem anderen Land vor ihrem Partner geflüchtet, schwanger mit einer kleinen Tochter. Schließlich gebar sie, 9 Monate nach der Geburt ihrer ersten Tochter, ihren Sohn. In der Betreuung der Frau auf der Wochenbettstation bemerkte ich, wie jede Hebamme anders mit der Situation der Frau umging. Es gab jene, welche der Meinung waren, man solle sie „ruhen lassen“ und das Zimmer so wenig wie möglich betreten. Es gab wieder andere, welche sich an den Bettrand der Frau setzten und Gespräche führten, am liebsten alles über ihre Situation wussten. Und natürlich gab es jene, die einen Mittelweg aus beidem fanden.

Desto mehr ich mich mit dem Thema beschäftigte, desto mehr fiel mir auf, wie viele Situationen es gab, in denen Gewalt von Seiten des Partners verdächtigt wurde. Ich nahm häufig eine Unsicherheit im Team wahr.

Ich fragte mich, wie fühlt sich die Patientin dabei und welche Auswirkungen hat es auf das Outcome der Mutter, wenn sie Intimpartnergewalt erlebt? Gibt es Leitlinien und Studien dazu, wie diese Patientin betreut werden sollte? Welche Rolle spielt die Hebamme in der Prävention, Erkennung und Betreuung betroffener Frauen? Welche Instrumente und Methoden kann man Hebammen an die Hand geben, um eine standardisierte Betreuung in Fällen von Intimpartnergewalt zu gewährleisten?

Diese Überlegungen führten zu der Entscheidung, das Thema die Rolle der Hebamme in der Prävention, Erkennung und Betreuung von Frauen, die Intimpartnergewalt erleben, für meine Bachelorarbeit zu wählen.

Ich möchte untersuchen, welche Betreuung laut der aktuellen Studienlage gewährleistet werden sollte, in welchen Bereichen Hebammen aktiv werden können und welche Hindernisse es noch zu überwinden gilt. Zudem sollte mittels eines Interviews die aktuelle Situation in Südtirol herausgefunden werden.

Kapitel 1: Definitionen und theoretische Grundlagen

1.1 Definition IPV

„Gewalt in der Partnerschaft bezieht sich auf Verhaltensweisen innerhalb einer intimen Beziehung, die körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schaden verursachen, einschließlich körperlicher Aggressionen, sexueller Nötigung, psychologischem Missbrauch und Kontrollverhalten. Diese Definition umfasst Gewalt durch gegenwärtige und frühere Ehegatten und Partner“ (World Health Organization. (n.d.). *Violence Info – Intimate partner violence*, 2022)

"Jeder Vorfall von kontrollierendem, zwingendem, drohendem, gewalttätigem oder missbräuchlichem Verhalten zwischen Personen ab 16 Jahren, die Intimpartner sind oder waren [...], unabhängig von Geschlecht oder sexueller Orientierung. Der Missbrauch kann psychologisch, physisch, sexuell, finanziell und emotional sein“ (Santambrogio et al., 2021, S. 27)

1.2 Formen und Erscheinungsbild

Laut der Definition der WHO beinhaltet IPV (intimate partner violence) die physische, psychische, finanzielle und sexuelle Gewalt, welche von einem aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner ausgeübt wird. Es erlebt durchschnittlich jede 3. Frau weltweit einmal in Ihrem Leben Intimpartnergewalt. Das Erleben von IPV erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Reihe von gesundheitlichen Beschwerden. Ebenso erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Person sich erschwert in einem sozialen Umfeld einfinden kann, auffällige Verhaltensweisen entwickelt und es infolgedessen zu kognitiven Einschränkungen kommt.

Zu den gesundheitlichen Problemen gehört ein 2,3 mal höheres Vorkommen eines medizinischen Schwangerschaftsabbruchs, sowie eine 2,5 mal höhere Wahrscheinlichkeit, dass eine ungeplante Schwangerschaft entsteht.

Betroffene von IPV gibt es weltweit, wobei man Personengruppen herausfiltern kann, welche ein erhöhtes Risiko haben, betroffen zu sein. Zu den größten Betroffenenengruppen zählen: Flüchtlinge und Asylansuchende, ethnische Minderheiten, Personen mit Glücksspielstörungen, Bevölkerungsgruppen mit traditionell geltenden Gender-Normen. Die Risikofaktoren variieren je nach Land/Staat. Auch die Schwangerschaft gilt als Risikofaktor für IPV. (hello@interactivethings.com, o. J.)

Die Bundesstiftung Gleichstellung, welche eine Studie zu Gewalt im Geschlechterverhältniss im November 2024 veröffentlichte (Schröttle, 2024), konnten ebenso folgende Personengruppen mit erhöhtem Risiko herausfiltern:

- Menschen mit Beeinträchtigungen (zwei bis vierfach so hohes Risiko)
- Menschen die Gewalt in der Kindheit/Jugend erfahren haben
- Frauen (vgl. mit Männern), v. a. in Scheidungssituationen
- Personengruppen mit sozialen Benachteiligungen, Migrationsgeschichte oder fehlender ökonomischer Unabhängigkeit

Aus dem Artikel der Bundesstiftung Gleichstellung geht ebenso deutlich hervor, dass es zwar Risikofaktoren für Gewalt in der Partnerschaft gibt, es aber ein allgegenwertiges Problem in der Gesellschaft ist welches sich nicht auf Bevölkerungsgruppen beschränken lässt und in allen sozialen Schichten vorkommt. (Schröttle, 2024)

Die häufigsten Risikofaktoren, welche den Partner zum Täter machen können, sind folgende: ethnische Minderheiten, Glücksspielstörungen, ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft, Aggressionsprobleme und Wutanfälle, Eigenerfahrung mit IPV in der Kindheit/Jugend.

Auf Beziehungsebene haben sich folgende Risikofaktoren hervorgehoben: eheliche Unzufriedenheit, Druck der Fortpflanzung, traditionelle Gender-

Rollen in der Beziehung, dominantes und kontrollsüchtiges Verhalten von einem Partner sowie Zwangshochzeit. (hello@interactivethings.com, o. J.)

Der Teufelskreis

In Beziehungen, in denen die Frau Gewalterfahrungen machen, kann man häufig eine Abfolge von bestimmten Phasen beobachten, einen sogenannten Teufelskreis.

Dieser macht es schwieriger für Frauen, aus der Spirale zu entkommen und auch für Außenstehende, die nicht darüber Bescheid wissen, solche Situationen zu erkennen.

Laut dem „national centre for health research“ gibt es folgende drei Phasen, die sich immer wieder wiederholen.

1. Phase des Spannungsaufbaus

Das Opfer hat das Gefühl, dass Spannungen in der Beziehung sind und es „auf Eierschalen laufen muss“, damit diese Spannung nicht in Form einer Gewalttat ausbricht. Die Dauer dieser Phase ist sehr individuell, sie kann von einigen Stunden/Tagen bis hin zu mehreren Monaten dauern. Es wurde nachgewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es irgendwann zu einer Gewalttat kommt, mit längerem Andauern der Spannungsphase immer wahrscheinlicher wird.

2. Missbräuchlicher Vorfall

Kommt in der Regel dann vor, wenn die Spannung ausbricht. Diese Phase kann sich auf viele verschiedene Arten äußern, durch physische Gewalt wie Schläge oder körperliche Misshandlungen, Vergewaltigungen oder versuchte Vergewaltigungen oder das Verwehren von grundlegenden Dingen (wie Konto, Essen, Verlassen des Hauses u. v. m.). Vor allem in Fällen von psychischer Gewalt kann der Täter dem Opfer den Zugang zu Familie und Freunden verwehren.

3. Flitterwochenphase

In der letzten Phase ist der Täter einsichtig. Er sieht seinen Fehler ein, entschuldigt sich oder bringt Geschenke, ist besonders liebevoll und versucht die Tat wieder gut zu machen. Wenn es zu Gesprächen zwischen dem Paar über die Gewalt kommt, verspricht der Täter, sich zu bessern und dass es nie wieder vorkommen wird. Das Opfer wird überzeugt, in der Beziehung zu bleiben. Sobald diese Phase abgeklungen ist, baut sich langsam wieder die Spannungsphase auf und der Zyklus beginnt von vorne.

Nicht in jedem Fall von Intimpartnergewalt kommt es zu allen drei Phasen, vor allem die Flitterwochenphase kann manchmal ausgelassen werden und es folgt gleich die nächste Spannungsphase auf die Gewalterfahrung. (Intern, 2020)

Dieses Modell beruht auf dem „Walker-Modell“, welches 1979 von Dr. Lenore Walker veröffentlicht wurde.

1.3 Aktuelle Situation

1.3.1 Europa

Laut den offiziellen Daten der EU-Erhebung über geschlechterspezifische Gewalt der EIGE (European Institute for Gender Equality) erleben ca. 1 von 5 europäischen Frauen einmal in Ihrem Leben Intimpartnergewalt vom aktuellen Partner oder einem Ex-Partner. 14,6% der weiblichen Einwohnerinnen erleben IPV mehr als einmal in Ihrem Leben.

Am stärksten ist die Intimpartnergewalt in Ungarn verbreitet, wo 54,6% der Frauen einmal im Leben betroffen sind. In Polen haben wir den tiefsten Durchschnitt mit 19,6%.

Wenn man die Häufigkeit vom Vorkommen der physischen und sexuellen Gewalt zusammen betrachtet, erhebt man in Ungarn mit 41,1% der Frauen

den höchsten Durchschnitt. Am besten schneidet hierbei Bulgarien ab, mit 9,3% der Frauen. Italien liegt mit 13,6% im unteren Mittelfeld.

Auch beim Vorkommen der physischen und psychischen Gewalt hat Ungarn den höchsten Durchschnitt mit 54%, am wenigsten vertreten ist diese Art von IPV in Polen mit 19,6%. Auch hier liegt Italien datenmäßig mit 25,9% im unteren Mittelfeld. Die Daten der Gewalt durch einen beliebigen Täter (nicht nur IPV) zeigen auf, dass 20,5% der Betroffenen im Zuge des Gewalterlebens, im Kontakt mit Personal des Gesundheitswesens oder der sozialen Dienste sind. Im Vergleich: 13,9% haben nach dem Vorfall Kontakt mit der Polizei. *(European Institute for Gender Equality (EU body or agency) et al., 2024)*

1.3.2 Italien

Laut den Daten der ISTAT habe 31,5% der 16-70Jährigen Frauen in Italien eine Form von physischer oder sexueller Gewalt erlebt. Laut den Daten des Jahres 2023 haben sich in Italien 61.514 Frauen an die Beratungsstellen gegen Gewalt gewandt um Hilfe zu suchen, welches 41% mehr sind als im Jahr 2017. Durchschnittlich wenden sich an jede der 404 Beratungsstellen, 169 Frauen im Jahr. Durchschnittlich findet jede fünfte Frau die mit der Beratungsstelle in Kontakt tritt, den Ausweg aus der Gewalt, diese Zahl ist im Vergleich zum Jahr 2022 um 9% gestiegen.

Zwischen dem Zeitpunkt des ersten Gewalterfahrens und der ersten Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle liegen in 40% der Fälle mehr als fünf Jahre, in 33% handelt es sich um einen Zeitraum von einem – fünf Jahren, 13% nach sechs Monaten und nur 7,8% der Betroffenen melden sich innerhalb der ersten 6 Monate nach der ersten Gewalterfahrung. Während der Gewalt lebten 55,4% der Betroffenen mit Ihren Kindern zusammen, 45,2% lebten mit dem Partner, 17,1% mit anderen Familienmitgliedern und nur 11,4% der Frauen lebten allein.

Der erste Kontakt, an den die betroffenen Frauen sich wenden, um sich jemanden anzuvertrauen, ist in 53% der Fälle ein Familienmitglied. Die Ordnungskräfte, welche der erste Kontakt in 38% der Fälle sind, und das

Krankenhauspersonal, mit 21%, spielen eine wichtige Rolle in der Übermittlung des Kontaktes zwischen der betroffenen Frau und der Kontaktstelle gegen Gewalt.

Die Altersspanne, in der sich die meisten Frauen befinden, liegt mit 29,2% zwischen 40-49 Jahren. Darauf folgen die 30-39-jährigen mit 25,6%. Von den jungen Frauen unter 29 Jahren sind 19,2% betroffen.

In 71,7% der Fälle handelt es sich bei den Betroffenen um Frauen mit italienischer Staatsbürgerschaft, 28,3% sind im Besitz einer ausländischen Staatsbürgerschaft.

Einige der Opfer befanden sich in besonderen Situationen wie: Phasen von besonderer Fragilität (4,1%), Abhängigkeiten (2,3%), schwere Verschuldungssituationen (1,6%), Vorbestrafungen (0,4%), Prostitution (0,3%).

Von den Frauen, die den Weg aus der Gewalt angetreten haben, haben 65,2% physische Gewalt erlebt, 51,2% Drohungen, 10,5% Vergewaltigungen, 13,1% andere Arten von sexueller Gewalt. Besonders verbreitet ist die psychische Gewalt, welche neun von zehn Frauen angeben, erlebt zu haben. Es lassen sich jedoch bei 25,1% der Betroffenen zwei unterschiedliche Arten von Gewalt, die ausgeübt wurden, feststellen. 26,8% der Frauen haben sogar drei unterschiedliche Gewaltarten erlebt und bei 32,4% gab es über vier.

Ebenso unterscheiden lässt sich die am häufigsten vorkommende Art der Gewalt in den verschiedenen Altersklassen. 71,3% der Frauen die physische Gewalt erleben sind zwischen 30-39 Jahre alt. Bei der sexuellen Gewalt ist die am häufigsten vertretene Altersklasse mit 36,1% die unter 29-Jährigen.

44,1% der Frauen, die Gewalt erlebt haben, waren ökonomisch nicht unabhängig. 40,2% von Ihnen gab an, ökonomische Gewalt erlebt zu haben.

In 96% der Fälle ist der Täter der immer derselbe. 52% der Täter sind Partner, während es sich in 25% um die Ex-Partner handelt. Damit können fast 80% der erlebten Gewalterfahrungen als Intimpartnergewalt klassifiziert werden. 11% der Täter sind Familienmitglieder und 30% sind nicht im familiären oder näheren Umfeld des Opfers.

Der Täter ist in 95% männlich, 75% italienischer Staatsbürger und in 77% in der Altersklasse zwischen 30-60 Jahren. Einer von fünf Tätern hat eine Art von Abhängigkeit, zu denen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka gehören, von der die Frau in 70% nichts weiß. (*I Centri antiviolenza e le donne che hanno avviato il percorso di uscita dalla violenza – Anno 2023*, o. J.)

1.3.3 Südtirol

Laut den ASTAT Daten des Jahres 2023 haben sich in Südtirol 760 Frauen an eine der insgesamt vier Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen oder an eine der geschützten Einrichtungen gewandt (160 mehr als im Jahr 2022). Davon hatten 509 der Frauen zum ersten Mal Kontakt mit einer der Beratungsstellen. Es überwiegt die physische Gewalt mit 88%, gefolgt von körperlicher Gewalt (63%), ökonomischer Gewalt (32%) und sexueller Gewalt (22%).

Die Leistungen in den Beratungsstellen haben durch die Zunahme der Betroffenenfälle ebenso zugenommen, (vgl. mit dem Jahr 2022 um 44%). Zu den 7.656 Leistungen, die in den Beratungsstellen erbracht wurden, gehören zu 50% telefonische Auskunft und Beratungen. Weitere Unterstützungen, die in den Beratungsstellen geleistet werden, sind persönliche Beratungen vor Ort, Hilfe bei der Erstellung von schriftlichen Dokumenten und Rechtsauskünfte, Begleitung der Frau zu anderen Diensten und rechtliche Beratungen.

Die Altersklasse, die am häufigsten von Intimpartnergewalt betroffen ist, sind die 30–49-Jährigen (56%). Der Prozentsatz der unter 19-jährigen Betroffenen und der über 50-jährigen Betroffenen ist in den letzten Jahren gesunken. Die höchste Quote für Gewalt weisen die 30–34-Jährigen auf, bei welchen 9,5/1.000 Einwohnern betroffen sind.

Die betroffenen Frauen, die sich an die Beratungsstellen wenden, sind mit einer Mehrheit von 46% italienische Staatsbürger. In den geschützten Einrichtungen werden hingegen vor allem Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft betreut. Zurückzuführen könnten diese Daten, laut ASTAT,

auf das fehlende soziale Umfeld der ausländischen Frauen sein. In mehr als 50% der Fälle hat der Täter die italienische Staatsbürgerschaft.

Bei den Gewalttaten, die in Südtirol vorkommen, handelt es sich bei 82% der Fälle um Intimpartnergewalt – 57% von Seiten des Partners, 25% durch den Ex-Partner.

Die Kontaktaufnahme mit den geschützten Einrichtungen erfolgte in 35% der Fälle durch die Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen. 19% der betroffenen Frauen meldeten sich selbst bei der geschützten Einrichtung. In 17% wurde das Opfer von den Sicherheitskräften übermittelt. Eine wichtige Rolle, um die Frau dazu zu ermutigen, den Weg aus der Gewalt selbst zu wagen, spielen die Sozialdienste sowie die Gesundheitsdienste.

In Südtirol stehen 38 Wohnungen zur Verfügung, in welche Frauen (tlw. mit minderjährigen Kindern) aufgenommen wurden. Die Aufnahme kann geplant erfolgen, oder ungeplant in akuten Notsituationen. Im Jahr 2023 wurden 100 Frauen in aus einer Notsituation aufgenommen, das sind 25 mehr als im Vorjahr. Die Aufenthaltsdauer beträgt maximal 180 Tage, welche jedoch verlängerbar ist. Der Zeitraum, den die Frauen in den geschützten Einrichtungen verbringen, variiert zwischen wenigen Tagen und mehr als einem Jahr.

Nach dem Aufenthalt in einer geschützten Wohnung konnten 30% der Frauen in anderen Sozialwohnungseinrichtungen untergebracht werden, 20% fanden bei nahen Verwandten oder Freunden Platz. 18% der Gewaltopfer kehrten zurück zum Täter, die Zahl ist jedoch verglichen mit dem Jahr 2022, wo sie 33% betrug, stark gesunken.

Um ein umfangendes Netzwerk zur Unterstützung zu schaffen und es den Frauen zu vereinfachen, einen Kontakt mit den Beratungsstellen oder den geschützten Einrichtungen herzustellen, gab es im Jahr 2023 über 12.000 Kontakte zwischen folgenden Diensten: Sozialdienste, Frauenhäuser, Ordnungskräfte, Vereinigungen, Rechtsanwälte, Gesundheitsdienste, Schulen, Dienste für Einwanderer/innen, Gemeinden, Arbeitsämter, Gericht, Wohnungssuche, Familienberatungsstellen, Frauenhäuser außerhalb Südtirol, andere Aufnahmeeinrichtungen in oder außerhalb Südtirol.

1.4 Folgen der IPV

1.4.1 Gesundheitliche Folgen

Die psychischen Folgen von Intimpartnergewalt

Laut einer aktuellen Studie zur globalen Prävalenz und psychische Gesundheit von Frauen die Gewalt in der Partnerschaft erleben (Coker et al., 2000) sind die häufigsten Folgen von IPV Depressionen. Häufig sind Begleiterscheinungen das posttraumatischen Stresssyndrom, psychischen Belastungen, Angststörungen, Schlafstörungen oder Suizidgedanken. Zudem konnte durch diverse Studien festgestellt werden, dass Frauen, die als Folge der Gewalterfahrung eine HIV-Infektion erleiden, eine noch höhere Belastung spüren und ein höheres Risiko für Suizidgedanken und darauffolgende Suizidversuche haben.

Während Depressionen am häufigsten in Folge von physischer Gewalt, in Zusammenhang mit Gewalt in der Schwangerschaft und bei hilfsbedürftigen Frauen vorkommt, kann man die Schlafstörungen eher im Zusammenhang mit psychischer Gewalt beobachten.

Die Folgen von Intimpartnergewalt wurden 1979 von der Psychologin Dr. Leonor E. Walker in Form des „battered woman syndrome“, was so viel wie „das Syndrom der Misshandelten Frau“ bedeutet, niedergeschrieben. Es umfasst vor allem die traumatischen Reaktionen wie PTSD-ähnliche Symptome, Depressionen, Hilflosigkeit, Isolationsverhalten, Körperbildprobleme, Schlafstörungen, körperliche Somatisierung, Selbstverletzungen, Suizidgedanken, und Substanzmissbrauch als Folgen der Gewalt.

Prinzipiell kann man sagen, dass umso häufiger und schlimmer die Gewalterfahrungen sind, desto schwerwiegender werden auch die Symptome, die sich äußern. (Coker et al., 2000)

Die physischen Folgen von Intimpartnergewalt

Wie eine Literaturrecherche (Dillon et al., 2013) zu den psychischen und physischen Auswirkungen von Intimpartnergewalt zeigt, hat IPV einen sehr starken Einfluss auf die physische Gesundheit der betroffenen Person, während der Exposition, aber auch auf lange Sicht.

Es konnte ein klarer Zusammenhang mit einer negativen Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes festgestellt werden. Zudem haben betroffene Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit an chronischen Schmerzen zu leiden. Am häufigsten konnten Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Bauchkrämpfe und chronische Kopfschmerzen beobachtet werden. Zudem kommt es häufiger vor, dass die Schmerzen nicht nur an einem Ort, sondern an mehr als drei Stellen gleichzeitig vorkommen. Dementsprechend kann man auch einen deutlich höheren Konsum von Schmerzmitteln bei Gewaltopfern erkennen.

Neben den Schmerzen kommen weitere chronische Beschwerden bei Frauen, die in gewaltvollen Beziehungen leben, häufiger vor. Typisch sind beispielsweise kardiovaskuläre Probleme oder Kreislaufbeschwerden (Hypertension, Herzinfarkt, Thrombose oder Schlaganfall), ständige Müdigkeit, Allergien, respiratorische Beschwerden (Asthma, Atemnot, Bronchitis), Knochen und Muskel-Beschwerden (Arthritis, Osteoporose). Auch das Vorkommen von Diabetes, Anämien, Unterernährung und Untergewicht sowie gastrointestinale Beschwerden können in Zusammenhang mit IPV stehen.

Weitere Begleiterscheinungen sind Konzentrationsproblemen, Gedächtnisverlust oder Schwindelanfällen.

Gynäkologische Folgen

Verschiedene Studien konnten aufzeigen, welchen Zusammenhang Intimpartnergewalt und gynäkologische Probleme haben und welche Rolle die gynäkologischen Untersuchungen in der Erkennung von IPV spielen.

Die häufigsten Folgen von Intimpartnergewalt, auf die auch Gynäkologen sensibilisiert werden sollten, sind immer wiederkehrende Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten sowie den Erwerb von Geschlechtskrankheiten und Endometriose.

Oft haben Frauen Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr, abnormalen vaginalen Ausfluss, Schmerzen oder Brennen beim Harnlassen. Es konnte ein Zusammenhang zwischen IPV und abnormalen PAP-Abstrichen festgestellt werden, sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken.

Die HIV-Infektionen sind bei Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, wahrscheinlicher und häufiger, da die Frauen meistens keine eigene Entscheidung über die Verhütungsmethode treffen können und sich daher schlechter vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen können. (Dillon et al., 2013)

1.4.2 Auswirkung auf die Schwangerschaft

Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit

Eine Studie (Agarwal et al., 2023) zu den Folgen von Intimpartnergewalt auf die mütterliche und fetale Gesundheit, teilt dessen Auswirkungen in die folgenden Hauptpunkte ein:

Auswirkungen auf die physische Gesundheit

Zu den physischen Schäden, die eine Frau welche Gewalt von Seiten des Partners erlebt, gehören vor allem Blutergüsse, Knochenfrakturen und Schädelverletzungen. Diese Verletzungen können zu chronischen Schmerzen, limitierter Mobilität und folgend auch zu einer erschwerten Durchführung von täglich anfallenden Aufgaben führen. Dies stellt vor allem ein Problem dar, wenn die Frau sich dadurch nicht ausreichend selbstständig um das Neugeborene kümmern kann.

Ebenso können vor allem durch Kopfverletzungen neurologische Langzeitschäden entstehen, welche die kognitiven Fähigkeiten der Frau beeinflussen und sich negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken. All diese Auswirkungen haben wiederum einen negativen Einfluss auf den Allgemeinzustand, das psychische und physische Wohlbefinden und die Lebensqualität der Frau.

Auswirkungen auf die mentale Gesundheit

Durch Intimpartnergewalt kann es zu signifikativen psychologischen Traumata und zur Verringerung der mentalen Gesundheit kommen. Die Frauen haben ein höheres Risiko für depressive Verstimmungen, Angstzustände und Auftreten des posttraumatischen Stresssyndroms. (Agarwal et al., 2023)

Das posttraumatische Stresssyndrom (kurz PTSD) beschreibt das Vorkommen der Symptome, in Folge eines traumatischen Erlebnisses, über einen längeren Zeitraum, also nicht nur in der Gefahrensituation selbst, sondern darauf folgend. Dies führt wiederum zur Beeinträchtigung des täglichen Lebens, der Arbeit und der sozialen Beziehungen. (*Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - Psychiatrische Erkrankungen*, o. J.)

Die Patientinnen äußern vermehrt ein starkes Gefühl von Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Sie haben weniger Interesse an Themen und Aktivitäten, die Ihnen eigentlich Spaß machen, der Appetit verändert sich, Sie leiden häufig an Schlafstörungen und häufiger vorkommende Konzentrationsstörungen machen sich bemerkbar. Wichtige Symptome, die ohne einen weiteren Zusammenhang Gewalterleben vermuten lassen können, sind exzessive Ängste der Frau, Panikattacken, Schlafstörungen bzw. Alpträume, Flashbacks bis hin zu physischen Symptomen wie Schweißausbrüche, Zittern und Atemnot.

Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit

Vor allem durch das Ausüben von physischer Gewalt kann es zu vaginalen Blutungen, einem vorzeitigen Blasensprung oder Frühgeburtsbestrebungen kommen.

“Unter einem vorzeitigen Blasensprung wird das Auslaufen des den Fötus umgebenden Fruchtwassers vor dem Einsetzen der Wehen verstanden.”
(*Vorzeitiger Blasensprung (Premature Rupture of Membranes, PROM)* - *Gesundheitsprobleme von Frauen*, o. J.)

“Eine drohende Frühgeburt (Frühgeburtsbestrebungen) liegt vor, wenn vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche Anzeichen wie vorzeitige Wehentätigkeit, Veränderung des Muttermunds oder Blasensprung auftreten, die ohne umgehende Behandlung zur Geburt führen können.” (Communication, 2020)

Dies kann, im Zusammenhang mit mütterlichen Stresserleben und Traumata, zu einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder im schlimmsten Fall zu einer Todgeburt führen.

Ebenso besteht durch physische Gewalt und darauffolgenden Läsionen ein höheres Infektionsrisiko für Mutter und Fetus, wodurch wiederum das Frühgeburtsrisiko steigt.

Zudem besteht bei Frauen, die IPV erleben, ein erhöhtes Risiko sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie HIV oder Syphilis zu infizieren, da die sexuellen Aktivitäten oft nicht einvernehmlich stattfinden und keine Verhütung genutzt wird bzw. nicht richtig verwendet wird. Ebenso fehlt häufig das Wissen, dass man in der Schwangerschaft zwar keine Verhütung zur Vermeidung einer Schwangerschaft benötigt, sehr wohl jedoch, um sich nicht mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren.

Auswirkungen auf die mütterliche Mortalität

Die mütterliche Mortalität beschreibt die Mortalität in der Schwangerschaft und bis zu 42 Tagen nach der Geburt.

Laut Daten des „istituto superiore di sanità“ sind die weltweit häufigsten Ursachen für mütterliche Mortalität aufgrund von geburtshilflichen Komplikationen: geburtshilflichen Blutungen, Sepsis, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen und Thromboembolien. Unter den bereits bestehenden Krankheiten hingegen sind Herzerkrankungen, Tumore und Suizide die häufigsten Ursachen. (*Istituto Superiore di Sanità [ISS], 2023*)

Die mütterliche Mortalität wird durch Intimpartnergewalt stark beeinflusst. Zum einen durch das häufigere Vorkommen von physischen Verletzungen, wodurch es zu inneren Blutungen und intrakranialen Traumata kommen kann, die tödlich enden können. Zum anderen durch das häufigere Vorkommen von Komplikationen wie Präeklampsie oder Frühgeburten, welche das Risiko für mütterliche Mortalität ebenfalls erhöhen. (Agarwal et al., 2023)

Laut den Daten der WHO lag im Jahr 2023 die mütterliche Mortalität weltweit bei 260.000 Frauen. ((*Maternal Mortality*, o. J.).

Es lässt sich nicht genau erörtern, wie viele hiervon durch IPV bzw. dessen Folgen ausgelöst wurden, jedoch wird die Intimpartnergewalt als ein wichtiger Einflussfaktor für die mütterliche Mortalität gesehen. (Agarwal et al., 2023)

Auswirkungen auf die fetale Gesundheit

Intimpartnergewalt kann einige signifikative Auswirkungen auf das fetale Wohlbefinden haben. Wie eine Studie über die Folgen von Intimpartnergewalt auf die mütterliche und fetale Gesundheit (Agarwal et al., 2023) aufzeigt, sind dies die am häufigsten vorkommenden Folgen:

niedriges Geburtsgewicht

Laut Definition wird ein Fetus als „low birth weight“ bezeichnet, wenn es ein Geburtsgewicht von <2.500gr hat. (Stiefel et al., 2020)

Der Zusammenhang mit IPV konnte in der Studie klar aufgezeigt werden. Vermutet wird ein Zusammenhang zwischen dem erhöhten Level an Stresshormonen (bspw. Cortison) bei Schwangeren die Gewalt erleben und dem daraus resultierendem schlechten Wachstum und der verzögerten Entwicklung des Fetus. Zudem kommen bei Frauen, die IPV erleben, häufiger zu Unterernährung, inadäquater Schwangerschaftsvorsorge und Drogenmissbrauch, welche zu einer schlechten fetalen Entwicklung beitragen. Die Folgen des tiefen Geburtsgewichts auf den Fetus sind vor allem das Vorkommen von Atemnot, Infektionen, neurologische Auffälligkeiten sowie höheres Risiko, im späteren Leben an chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Hypertension zu erkranken. Zudem erhöht ein tiefes Geburtsgewicht das Risiko für die Mortalität und Langzeitschäden des Neugeborenen. All diese Folgen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf das ganze Leben des Neugeborenen, beeinflussen die Lebensqualität und somit auch das psychische Wohlbefinden des Kindes im Erwachsenenalter negativ.

Frühgeburtsbestrebungen

Das Risiko, dass es zu einer Frühgeburt kommt, ist in einer Beziehungsdynamik mit IPV deutlich erhöht. Frauen, die Gewalt in physischer oder sexueller Form erleben, haben ein höheres Risiko, dass es im Laufe der Schwangerschaft zu einer Frühgeburt kommt, als Frauen welche Opfer von psychischem oder finanziellem Missbrauch sind.

Auch hier ist der Mechanismus, der diesem Phänomen unterliegt, noch nicht genau erforscht. Es kann jedoch vermutet werden, dass durch den Stress und das Trauma, dem die Frau ausgesetzt ist, uterine Kontraktionen und somit Frühgeburts-bestrebungen gefördert werden. Nicht zuletzt im Zusammenhang

mit dem hohen Level an den Hormonen Cortisol und Adrenalin, die genau daraus resultieren.

Eine Frühgeburt bringt für den Fetus diverse Risiken wie Atembeschwerden, Ikterus und Infektionen mit sich, welche wiederum mit einem längeren Krankenhaus-aufenthalt und Langzeitfolgen wie Entwicklungsverzögerungen oder neurologischen Auffälligkeiten in Verbindung stehen.

Verletzungen

Vor allem bei physischer Gewalt gegen die Frau kann es dazu kommen, dass auch der Fetus verletzt wird. Es kann zu Knochenfrakturen, Kopfverletzungen oder inneren Blutungen kommen, welche ernste Folgen für das ungeborene Kind haben können. Eine sehr ernste Konsequenz der physischen Gewalt ist die Plazentalösung, welche zu Sauerstoffmangel, fetalem Stresserleben und sogar zum Tod führen kann, wenn es nicht rechtzeitig diagnostiziert und angemessen gehandelt wird.

Langzeitkonsequenzen für den Fetus

Das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen wie Angststörungen, Depressionen, aggressives und antisoziales Verhalten kommen bei Kindern und Erwachsenen, die während der Schwangerschaft Intimpartnergewalt ausgesetzt waren, häufiger vor. Ebenso verminderte kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeitsschwäche, Erinnerungsschwäche und Schwierigkeiten beim Erlernen einer Sprache können in Zusammenhang mit IPV vorkommen. All diese Einschränkungen beeinträchtigen das spätere Leben des Fetus in dessen Selbstständigkeit und können dazu führen, dass die Person ihr Leben lang auf die Unterstützung von anderen Personen angewiesen ist.

Diese Auswirkungen können auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein wie die Entwicklung des Gehirns unter ständigem Stresserleben in der Schwangerschaft, schwierige Eltern-Kind Bindungen, das Aufwachsen des

Neugeborenen in einer gewaltvollen Umgebung und häufig auch das Gewaltausübung gegenüber dem Kind selbst sowie instabile familiäre Verhältnisse.

Menschen, die schon als Embryonen Gewalt erfahren haben, haben durch dessen Langzeitauswirkungen ein höheres Risiko, später selbst Gewalt und traumatischen Situationen ausgesetzt zu sein. (Agarwal et al., 2023)

1.4.3 Auswirkung auf das Wochenbett

Als Wochenbett bezeichnet man die Zeit von der Geburt der vollständigen Plazenta bis 6 Wochen danach. (Stiefel et al., 2020)

Ein Zusammenhang, der in vielen Studien sehr eindeutig aufgezeigt wird, ist jener zwischen dem Erleben von IPV und postpartalen Depressionen. So auch eine Studie aus dem Jahr 2014 (Kabir et al., 2014), welche den Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und Intimpartnergewalt bei Frauen in Bangladesch untersuchte.

Definition der postpartalen Depression laut ACOG: „Die postpartale Depression ist eine Form der Depression, die intensive Gefühle von Traurigkeit, Angst oder Verzweiflung hervorruft, die die Betroffenen daran hindern, ihre täglichen Aufgaben zu erfüllen. Eine postpartale Depression kann bis zu einem Jahr nach der Geburt auftreten, beginnt aber meist etwa 1 bis 3 Wochen nach der Entbindung.“ (*Postpartum Depression*, o. J.)

Die oben genannte Studie (Agarwal et al., 2023) fand zwei relevante Indikatoren für das Vorkommen der postpartalen Depression:

- Eine schlechte Beziehung zwischen der Frau und dem Partner, hierbei erhöht sich das Risiko, dass sich eine postpartale Depression entwickelt um das Fünffache
- Das Ausüben von physischer Gewalt von Seiten des Partners führt hingegen zu einem dreifach erhöhten Risiko. (Kabir et al., 2014)

Eine Studie aus dem Jahr 2020 (Brown et al., 2020), welche die physischen und psychischen Auswirkungen von IPV innerhalb von 10 Jahren nach der Geburt des ersten Kindes beobachtete, konnte einen starken Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus der Frau und dem Gewalterleben in der Partnerschaft feststellen.

Neben den gesundheitlichen Folgen, welche durch die Studie aufgezeigt werden, konnte aber auch beobachtet werden, wie präsent die Gewalt bei einigen Frauen über den gesamten Zeitraum war. Dies macht eindrücklich klar, wie häufig die Gewalt im Stillen über Jahre und Jahrzehnte ertragen wird. Die gesundheitlichen Aspekte wurden in mentale und körperliche Folgen eingeteilt.

Zu den physischen Konsequenzen, die aus der Studie als „häufiger bei betroffenen Frauen vorkommend“ hervorgehen, zählen extreme Müdigkeit, Rückenschmerzen, starke Kopfschmerzen oder Migräne, starke Schmerzen während der Periode und häufigeres Vorkommen von Harninkontinenz. Ebenso ergibt sich ein höheres Risiko für Stuhlinkontinenz, Asthma und kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankungen.

Bei den psychischen Folgen stellte sich heraus, dass depressive, angstbedingte und posttraumatische Stresssymptome deutlich häufiger nach Gewalterfahrungen vorkommen. Ebenso konnte man einen höheren Konsum von Psychopharmaka und psychotropen Medikamenten feststellen. Auch Selbstverletzungsgedanken und Suizidversuche waren bei den Betroffenen deutlich häufiger, als bei den Frauen, die keine Gewalt miterleben mussten.

Vergleicht man die gesundheitsbezogenen Daten nun zwischen ehemaligen Gewalterfahrungen und aktuellen Gewalterfahrungen, lässt sich beobachten, dass in beiden Gruppen die Prävalenz der Krankheiten durchschnittlich immer höher ist, als in der Gruppe der Frauen, die nicht von IPV betroffen waren. Frauen die aktuell, also 10 Jahre nach der Geburt des ersten Kindes, Gewalt

erleben, haben durchschnittlich einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand als die Personen, die zwar postpartale Gewalt erlebt haben, aber mittlerweile aus der Gewaltsituation geflüchtet sind. (Brown et al., 2020)

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2020, welche den Zusammenhang zwischen IPV und dem Stillen des Neugeborenen (Normann et al., 2020) untersuchte, konnte einen Zusammenhang zwischen Stillproblemen und IPV feststellen. Am stärksten beeinflusst die Gewalterfahrung die Stilldauer, in Form des früheren Abstillens. Aber auch das Stillen wird von IPV negativ beeinflusst, so werden Kinder häufiger und früher mit künstlicher Milch beigelegt und nicht ausschließlich mit Muttermilch ernährt.

Ebenso konnten Depressionen als Störfaktor für das Stillen und die Stillverfahren erkannt werden, welche wie bereits erwähnt häufig im Zusammenhang mit IPV vorkommen. (Normann et al., 2020)

1.4.4 Auswirkung auf das Neugeborene

In einer Studie aus dem Jahr 2017, welche die Auswirkung von IPV auf das Geburtsergebnis (Chen et al., 2017) untersuchte, konnten diverse Zusammenhänge zwischen fetalem Wohlbefinden und Gewalterfahrungen aufgezeigt werden.

Die häufigsten Folgen, die durch IPV beobachtet wurden, waren ein tiefes Geburtsgewicht (2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit), Frühgeburten (3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit) und der häufigere Bedarf von intensivmedizinischer Pflege des Neugeborenen (3,3 mal so hohe Wahrscheinlichkeit). Häufig kommen diese klinischen Zustände alle zusammen vor, da Frühgeborene ein höheres Risiko haben, ein tiefes Geburtsgewicht zu haben, und diese wiederum mit höherer Wahrscheinlichkeit intensivmedizinisch betreut werden müssen.

Natürlich besteht ein Zusammenhang zwischen vielen psychosozialen Faktoren, wie Lebensstil, finanzielle Lage u. v. m., welche ebenso einen

Einfluss auf die oben genannten klinischen Zustände des Neugeborenen haben. Die Studie konnte beweisen, dass der Zusammenhang auch besteht, wenn man alle potenziellen Störfaktoren exkludiert. (Chen et al., 2017)

In einer weiteren Studie aus dem Jahr 2019 (Mueller & Tronick, 2019) wurde die Auswirkung von IPV auf das Verhalten und die Entwicklung des Gehirns bei Kindern, die schon im Neugeborenenalter IPV im familiären Umfeld ausgesetzt waren, beobachtet.

Wichtige Indikatoren, welche auf ein Stresserleben des Neugeborenen, welches sich noch nicht mitteilen kann, hinweisen, sind Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Essprobleme. Zudem sind jene Kinder oft ängstlicher und man kann ein höheres Aggressionspotential erkennen. Von den Eltern werden die Kinder häufig als "Schreibabys" beschrieben.

Ebenso kann beobachtet werden, dass einjährige Säuglinge auf Konfliktsituationen mit mehr Stresserleben und einer höheren Stressempfindlichkeit reagieren, wenn sie Zuhause Zeugen von Gewalterfahrungen werden.

Dies kann mit hoher Wahrscheinlichkeit dadurch erklärt werden, dass die Entwicklung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse und weiterer wichtiger Gehirnareale, durch ständig hohe Cortison-Niveaus im Körper des Neugeborenen, eingeschränkt stattfindet. Jene sind wichtige Strukturen für den Umgang mit Stresssituationen und der Körperregulation. So können kleine Stresssituationen, die täglich vorkommen, zu großem Stresserleben führen, mit dem die Personen nicht umgehen können.

In der weiteren Entwicklung kommt es häufig vor, dass Kinder Skills, die sie bereits erlernt haben, wieder vergessen und neu erlernen müssen, wie bspw. Toiletten-training oder Sprechen.

Im Schulalter bemerkt man häufig, dass die Kinder unsicherer sind und nicht gut mit Stresserleben umgehen können. Sie haben häufiger mit sozialen Ängsten zu kämpfen, erleben häufiger Verhaltensstörungen und haben ein minderes Selbstwertgefühl im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern. Ein wichtiger Faktor, der nicht nur eine Folge des IPV-Erlebens ist, sondern auch

das mindere Selbstwertgefühl fördert, ist der tiefere IQ, den die Kinder oft haben. Durchschnittlich beträgt der IQ 8 Punkte weniger, was sich vor allem durch kognitive Beeinträchtigungen äußert.

Die Erklärung hierfür liegt wahrscheinlich in der Dichte der grauen Substanz im Gehirn. Bei schlechter Ausbildung, und somit einer reduzierten Dichte jener, kommt es häufig zu Verzögerungen in der Sprachverarbeitung und einem insgesamt tieferem IQ.

Auch psychische Erkrankungen kommen deutlich häufiger bei Kindern vor, die IPV miterleben. Die häufigsten psychischen Folgen, die sich äußern, sind Depressionen und depressive Verstimmungen der Kinder.

Aus der Studie geht auch hervor, dass nicht nur das Miterleben von Gewalt gegen die Mutter einen Einfluss auf die Entwicklung hat, sondern häufig auch der mit einhergehende Mangel an sicherer und liebevoller Betreuung von Seiten der Eltern eine beträchtliche Auswirkung auf das Wohlbefinden und die Entwicklung des Kindes hat. (Mueller & Tronick, 2019)

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2021 (Zvara & Mills-Koonce, 2021) befasste sich mit dem Empfinden des Kindes, das in den ersten 3 Lebensjahren IPV miterlebt und dessen Bezug zu Mutter und Vater. Da die Kommunikation mit so kleinen Kindern sehr schwierig ist, werden Bilder, welche von den Kindern gemalen wurden, analysiert und interpretiert. Als signifikant stellte sich vor allem die Erziehungsqualität von Seiten des Vaters heraus, was sich wiederum im kindlichen Empfinden spiegelte. Auch die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind konnte in einigen Fällen als unterdurchschnittlich festgestellt werden, jedoch deutlich weniger im Vergleich zu den vaterbezogenen Daten. (Zvara & Mills-Koonce, 2021)

1.4.5 Auswirkung auf die Menopause

Menopause laut WHO: „Die Menopause ist ein Moment in einem von vielen weiblichen Lebensphasen und markiert das Ende der reproduktiven Jahre.“
(Menopause, o. J.)

Die meisten Frauen kommen zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr in die Wechseljahre, was ein natürlicher Teil des biologischen Alterungsprozesses ist. Im Zuge der Menopause kann es zu verschiedenen Beschwerden kommen, zu den am meisten verbreiteten gehören Hitzewallungen, Nachtschweiß, Schlafstörungen, vaginale Trockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Inkontinenz, Stimmungsschwankungen bis hin zu Depressionen. (*Menopause*, o. J.)

Eine Studie aus dem Jahr 2019 (Gibson et al., 2019), welche den Zusammenhang zwischen Intimpartnergewalt/sexueller Gewalt/posttraumatischem Stresssyndrom und menopausalen Beschwerden aufzeigt, ist zu folgend beschriebenen Ergebnissen gekommen.

Frauen die psychische Gewalt erlebt haben, haben ein höheres Risiko an Schlafstörungen, Nachtschweiß und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu leiden.

Frauen die physische Gewalt von einem Partner erlebt haben, leiden häufig im höheren Alter an Nachtschweiß.

Frauen die sexuelle Gewalterfahrungen in der Beziehung gemacht haben, leiden häufig an vaginalen Irritationen, vaginaler Trockenheit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Frauen, die in ihrem Leben einmal vom posttraumatischen Stresssyndrom betroffen waren, haben bei allen Beschwerden, die im Zuge der Menopause vorkommen, ein höheres Risiko, betroffen zu sein. Dazu gehören vor allem Schlafstörungen, Hitzewallungen, Nachtschweiß, vaginale Trockenheit, Irritationen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. (Gibson et al., 2019)

Eine weitere Studie (Mendoza-Huertas et al., 2024), welche die Auswirkung von Gewalterfahrungen auf die Lebensqualität in der Menopause untersuchte, konnte herausfinden, dass Betroffene durchschnittlich 20 Monate früher in die Wechseljahre kommen. Zudem konnte ein häufigeres Vorkommen der Symptome bei Frauen mit Gewalterfahrungen festgestellt werden. Sie äußerten ebenso, die Beschwerden stärker zu spüren und somit auch einen stärkeren negativen Einfluss auf die Lebensqualität zu haben.

Die Erklärungen für die aufgelisteten Auswirkungen der Gewalt auf die menopausalen Beschwerden können vermutlich auf neurobiologische und genetische Veränderungen zurückgeführt werden. Man nimmt eine Veränderung folgender körpereigener Mechanismen an: Veränderungen des sympathischen Nervensystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (was zu einem Hypoöstrogenismus führen kann). Hinzu kommt, dass Gewalterfahrungen prinzipiell zu einer veränderten Wahrnehmung von Schmerzen und psychischen Problemen (u. a. Schlafstörungen) führen und dadurch die Wahrnehmung der Wechseljahrsbeschwerden der betroffenen Frauen beeinflusst wird. Zudem steht der Lebensstil, der bei betroffenen Frauen häufiger ungesünder ist, ebenso in Verbindung mit dem früheren Eintreten der Menopause. Der Hauptfaktor, der vermutlich dazu beiträgt, ist der Tabakkonsum. (Mendoza-Huertas et al., 2024)

1.5 Gesetzliche Lage

1.5.1 Die Konvention von Istanbul

Das Übereinkommen von Istanbul ist ein Abkommen des Europarats zum Schutze der Menschenrechte und der Grundfreiheit. In dem Bestreben, ein Europa frei von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt zu schaffen, wurden folgende wichtige Artikel vereinbart:

„ Articolo 1 – Obiettivi della Convenzione

La presente Convenzione ha l'obiettivo di:

- a. proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
- b. contribuire ad eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità tra i sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne;

- c. predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica;
 - d. promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica;
 - e. sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica.”
- (Consiglio d'Europa, 2011, art. 1, lett. a).

Der erste Artikel beschreibt die Ziele der Istanbul Konvention, also im Wesentlichen die Verringerung bzw. Eliminierung von Gewalt gegen Frauen. Sie fördert die Gleichberechtigung zwischen den beiden Geschlechtern und die Selbstbestimmung der Frauen. Es sollen Maßnahmen und Strategien entwickelt werden, um Frauen vor Gewalt zu schützen. Zudem soll die internationale Zusammenarbeit im Bereich der Gewalt gegen Frauen gefördert werden sowie die Bereitstellung von Hilfestellungen für Strafverfolgungsorganisationen und Behörden, um eine effektive Zusammenarbeit zu garantieren.

„Articolo 3 – Definizioni

Ai fini della presente Convenzione:

- a. con l'espressione “violenza nei confronti delle donne” si intende designare una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata;

- b. l'espressione "violenza domestica" designa tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima;
- c. con il termine "genere" ci si riferisce a ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una determinata società considera appropriati per donne e uomini;
- d. l'espressione "violenza contro le donne basata sul genere" designa qualsiasi violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato;
- e. per "vittima" si intende qualsiasi persona fisica che subisce gli atti o i comportamenti di cui ai precedenti commi a e b;
- f. con il termine "donne" sono da intendersi anche le ragazze di meno di 18 anni. "(Consiglio d'Europa, 2011, art. 3, lett. a)

Der Artikel 3 der Istanbul Konvention definiert und beschreibt folgende fundamentale Begriffe:

- Gewalt gegen Frauen ist eine Verletzung der Menschenrechte und umfasst alle geschlechtsbezogenen Gewalttaten die Frauen Schaden zufügen können.
- Häusliche Gewalt beschreibt die körperliche, sexuelle, psychische oder wirtschaftliche Gewalt in Familien oder Partnerschaften.
- Die Bezeichnung Geschlecht, bezieht sich auf gesellschaftlich konstruierte Rollen und Verhaltensweisen, welche typisch für Mann oder Frau sind. Geschlechterspezifische Gewalt beschreibt demnach Gewalt, die überproportional häufig ein Geschlecht betrifft.

„Articolo 4 – Diritti fondamentali, uguaglianza e non discriminazione

1. Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per promuovere e tutelare il diritto di tutti gli individui, e segnatamente delle donne, di vivere liberi dalla violenza, sia nella vita pubblica che privata.
2. Le Parti condannano ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne e adottano senza indugio le misure legislative e di altro tipo necessarie per prevenirla, in particolare: – inserendo nelle loro costituzioni nazionali o in qualsiasi altra disposizione legislativa appropriata il principio della parità tra i sessi e garantendo l'effettiva applicazione di tale principio;
 - vietando la discriminazione nei confronti delle donne, ivi compreso procedendo, se del caso, all'applicazione di sanzioni;
 - abrogando le leggi e le pratiche che discriminano le donne.” (Consiglio d'Europa, 2011, art. 4)

Der Artikel 4 der Istanbul Konvention betont das Recht jeder Person, besonders von Frauen, frei von Gewalt zu leben. Die Staaten, welche den Vertrag unterzeichnet haben, verpflichten sich, Diskriminierung von Frauen zu verurteilen und durch gesetzliche Maßnahmen die Gleichstellung der Geschlechter zu garantieren. Diskriminierende Gesetze und Praktika müssen abgeschafft werden.

“Articolo 12 - Obblighi generali

1. Le Parti adottano le misure necessarie per promuovere i cambiamenti nei comportamenti socioculturali delle donne e degli uomini, al fine di eliminare pregiudizi, costumi, tradizioni e qualsiasi altra pratica basata sull'idea dell'inferiorità della donna o su modelli stereotipati dei ruoli delle donne e degli uomini.
2. Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per impedire ogni forma di violenza rientrante nel campo di applicazione

della presente Convenzione commessa da qualsiasi persona fisica o giuridica.

3. Tutte le misure adottate ai sensi del presente capitolo devono prendere in considerazione e soddisfare i bisogni specifici delle persone in circostanze di particolare vulnerabilità, e concentrarsi sui diritti umani di tutte le vittime.
4. Le Parti adottano le misure necessarie per incoraggiare tutti i membri della società, e in particolar modo gli uomini e i ragazzi, a contribuire attivamente alla prevenzione di ogni forma di violenza che rientra nel campo di applicazione della presente Convenzione.
5. Le Parti vigilano affinché la cultura, gli usi e i costumi, la religione, la tradizione o il cosiddetto "onore" non possano essere in alcun modo utilizzati per giustificare nessuno degli atti di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione.
6. Le Parti adottano le misure necessarie per promuovere programmi e attività destinati ad aumentare il livello di autonomia e di emancipazione delle donne.” (Consiglio d’Europa, 2011, art. 12, lett. a)

In Artikel 12 werden die allgemeinen Verpflichtungen der Vertragsstaaten beschrieben. Jene verpflichten sich, gesellschaftliche Verhaltensweisen zu ändern, die auf Frauenfeindlichkeit und geschlechtsspezifischen Rollenstereotypen basieren. Sie müssen Gesetze und Maßnahmen erlassen, um jede Form von Gewalt an Frauen zu verhindern. Dabei sollen besonders vulnerable Personen geschützt und die Menschenrechte aller Opfer beachtet werden. Männer und Jungen sollen aktiv in die Gewaltprävention eingebunden werden. Zudem sollen Programme gefördert werden, welche die Selbstbestimmung und Gleichstellung von Frauen stärken.

“Articolo 15 – Formazione delle figure professionali

1. Le Parti forniscono o rafforzano un'adeguata formazione delle figure professionali che si occupano delle vittime o degli autori di tutti gli atti di

violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione in materia di prevenzione e individuazione di tale violenza, uguaglianza tra le donne e gli uomini, bisogni e diritti delle vittime, e su come prevenire la vittimizzazione secondaria.

2. Le Parti incoraggiano a inserire nella formazione di cui al paragrafo 1 dei corsi di formazione in materia di cooperazione coordinata interistituzionale, al fine di consentire una gestione globale e adeguata degli orientamenti da seguire nei casi di violenza che rientrano nel campo di applicazione della presente Convenzione.” (Consiglio d’Europa, 2011, art. 15)

Laut Artikel 15 sollen Fachkräfte, die mit Opfern oder Tätern von Gewalt arbeiten, umfassend in Prävention, Gewalterkennung, Geschlechtergleichstellung und den Rechten der Opfer geschult werden. Zudem wird eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen gefördert, um Fälle von Gewalt effektiv und ganzheitlich zu behandeln. Für Hebammen bedeutet dies eine gezielte Ausbildung, um Gewalt frühzeitig zu erkennen und Betroffene sensibel zu unterstützen.

“Articolo 20 – Servizi di supporto generali

2. Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che le vittime abbiano accesso ai servizi sanitari e sociali, che tali servizi dispongano di risorse adeguate e di figure professionali adeguatamente formate per fornire assistenza alle vittime e indirizzarle verso i servizi appropriati.” (Consiglio d’Europa, 2011, art. 15)

Artikel 20 beschreibt im zweiten Komma, dass Maßnahmen getroffen werden, um sicherzustellen, dass Opfer einen Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten haben, welche wiederum entsprechend ausgestattet und ausgebildet sein müssen.

1.5.2 Inhalte des italienischen Strafgesetzbuches

“Art. 572 – maltrattamenti contro familiari o conviventi

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi (...)” (*Codice Penale*, art. 572, 2023)

Artikel 572 des Strafgesetzbuches besagt, dass Gewalttaten an Lebenspartnern, an Personen im familiärem Umfeld oder anvertrauten Personen, mit einer Freiheitsstrafe von 3-7 Jahren bestraft wird. Dieses Strafmaß erhöht sich bis zu 50% wenn das Opfer ein Kind, eine schwangere Frau oder eine Person mit Behinderung ist.

“Art. 609-bis c.p. – Violenza sessuale

1. Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da sei a dodici anni.
2. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:
 - abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
 - traendo in inganno la persona offesa fingendosi un'altra persona.
3. Nei casi di minore gravità, la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.” (*Codice Penale*, art. 609-bis, 1930/2024)

Der Artikel 609 bis stellt jede sexuelle Handlung unter Strafe, die unter Anwendung von Gewalt, Drohung, Machtmissbrauch oder durch Täuschung erzwungen wird. Gleiches gilt, wenn das Opfer sich aufgrund körperlicher oder psychischer Unterlegenheit nicht wehren kann.

“Art 612 bis – atti persecutori

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da un anno a sei anni e sei mesi chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. (...)”
(Codice Penale, art. 612 bis, 1930/2025)

Der Artikel 612 behandelt die strafrechtliche Verfolgung von Bedrohungen, die dem Opfer einen rechtswidrigen Schaden zufügen. Es kann mit einer Geldstrafe bis hin zu einer Freiheitsstrafe von bis zu 1 Jahr bestraft werden. Die Strafe wird verschärft wenn: die Drohung öffentlich oder durch ein anonymes Schreiben geäußert wird oder in Verbindung mit einer Waffe/einer anderen Straftat stattfindet. Der Artikel soll also Opfer vor psychischer Gewalt schützen.

“Art 361 - Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale

Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516.

La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto.

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.” (Codice Penale, art. 361, 1930/2024)

Der Artikel 361 beschreibt die Verpflichtung der Personen, die eine öffentliche Aufgabe ausüben, strafbare Handlungen über welche sie bei der Ausübung ihres Amtes in Kenntniss gesetzt werden, anzuzeigen. Wer vorsätzlich oder fahrlässig eine solche Pflichthandlung unterlässt, obwohl sie gesetzlich vorgeschrieben ist, macht sich strafbar. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Meldung zu einer Anzeige der betreuten Person führt.

“Art 365 – omissione di referto

Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio(1), omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro.

Questa disposizione non si applica quando il referto(2) esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.” (Codice Penale, art. 365, 1930/2024)

Artikel 365 verpflichtet die Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, Strafanzeige zu erstatten, wenn sie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit Kenntnis von einer Straftat erlangen, die von Amts wegen verfolgt wird (z. B. schwere Körperverletzung, sexuelle Gewalt).

Wenn sie diese Anzeige vorsätzlich unterlassen, obwohl sie gesetzlich dazu verpflichtet wären, machen sie sich strafbar.

Die Pflicht der Anzeige besteht nicht, wenn die Anzeige das betroffene Opfer strafbar machen würde. Dieses Gesetz hat das Ziel, das Hinschauen und Eingreifen von Gesundheitspersonal, bei betreuten Personen mit Hinweisen auf strafbare Gewalt, zu fördern.

1.6 Projekte des Landes Südtirol

1.6.1 Projekt Erika

Das Projekt „Erika“ ist ein Projekt des Landes und des Sanitätsbetriebs, welches als Unterstützungsnetzwerk für Opfer häuslicher Gewalt dient.

Das Projekt wurde in Bozen im Jahr 2015 zunächst auf kommunaler Ebene umgesetzt. Im Jahr 2017 wurde es durch den Ministerratsbeschluss (DPCM vom 24.11.2017) auf die gesamte Autonome Provinz Bozen ausgeweitet. Am 30. November 2020 wurde erstmals ein klinisch-assistenzbezogener Leitfaden unter dem Namen: *“Erika, ein geschützter Weg für Frauen die sich in einer Gewaltsituation befinden”* für den Umgang mit Gewaltopfern veröffentlicht. Dieser wurde im Jahr 2021 und 2022 mehrfach inhaltlich Überarbeitet. Die dritte, und somit aktuellste Revision, ist momentan in Ausarbeitung.

Enthalten in dem Dokument sind:

- eine Einführung zur Definition und Epidemiologie von Gewalt,
- die Beschreibung der methodischen Ausarbeitung des Protokolls,
- den Hinweis, dass die Verfahren im Einklang mit den nationalen Leitlinien (DPCM 24.11.2017) erstellt wurden,
- die Berücksichtigung spezieller Aspekte bei Gewalt gegen Männer und Minderjährige.

Involviert sind in diesem Projekt der Südtiroler Sanitätsbetrieb, die Landesabteilung für Soziales, die Staatspolizei, das lokale Kommando der Carabinieri und die Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen.

Laut WHO begeben sich bis zu 2/3 der Gewaltopfer ins Krankenhaus, um dort Hilfe zu suchen. Daher ist es von großer Wichtigkeit, dass das medizinische

Personal fachlich ausgebildet und auf Kontaktsituationen mit Gewalt bestmöglich vorbereitet ist. Besonders wichtig sind die Fortbildungskurse für das Pflegepersonal in der Notaufnahme und in gynäkologischen Abteilungen sowie für die Ordnungskräfte. Um das Projekt bekannter für betroffene Frauen zu machen, gibt es mittlerweile fünfsprachige Flyer. In den drei Hauptsprachen (deutsch, italienisch, englisch) wurden die Flyer in besonders einfacher Sprache ausgearbeitet, damit sie für alle verständlich sind.

Bei Nennung des Codewortes „Erika“ werden Frauen an einen geschützten Ort gebracht und dort betreut, geschützt und begleitet. Auf den Wunsch der Frau wird dann das Netzwerk aus Unterstützung – und Begleitmöglichkeiten aktiviert. (*ERIKA – EIN GESCHÜTZTER WEG FÜR FRAUEN, DIE SICH IN EINER GEWALTSITUATION BEFINDEN* | *Vielfalt der Nachhaltigkeit*, o. J.)

Laut den Astat Daten wurden im Jahr 2023 37 Frauen durch das Projekt Erika geholfen, das sind 11 Personen mehr als im Jahr 2022. (ASTAT, 2023).

1.6.2 Projekt „frühe Hilfen“

„Die Frühen Hilfen in Südtirol unterstützen (werdende) Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren in sozialen, gesundheitlichen sowie erzieherischen, betreuenden und bildungsbezogenen Bereichen. Das Ziel ist die frühzeitige Förderung des Kindeswohls, mit besonderem Augenmerk auf Familien, die psychosoziale, finanzielle oder andere Belastungen erleben.“ (Frühe Hilfen Südtirol | Autonome Provinz Bozen - Südtirol, o. J.)

Aus einem Forschungsprojekt, welches sich von 2014 – 2016 mit den Fragen beschäftigte, wie man Eltern und Familien in den ersten drei Jahren unterstützen kann und welche Angebote und Netzwerke hierfür nötig wären, entsteht im Jahr 2017 das Projekt „frühe Hilfen“. Ziel dieses Projektes ist es, frühzeitige und abgestimmte Unterstützungsmaßnahmen für Familien zu aktivieren. Durch diese Betreuung sollen die Entwicklung und die Gesundheit des Kindes frühzeitig und nachhaltig verbessert werden sowie den Eltern Unterstützung angeboten werden. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass bei

der Planung und Umsetzung der getroffenen Maßnahmen ein Netzwerk aus verschiedenen Berufsgruppen agiert. Hierzu gehören: Ärzte/innen für Allgemeinmedizin, Gynäkologen/innen, Hebammen, Sanitätsassistent/in, Kinderkrankenpfleger/in, Kinderarzt/ärztin. Bei Bedarf werden folgende Berufsgruppen mit einbezogen: spezialisierte Einrichtungen wie Neonatologie oder Neugeborenen Intensivstation, Kinderbetreuung/Tagesmutter, Sozialassistent/in, Sozialpädagoge/in, Erzieher/in.

Die Organisation „frühe Hilfen“ hat vor allem eine wichtige Aufgabe: ein System aus intersektioneller und interprofessioneller Zusammenarbeit der verschiedenen involvierten Fachbereiche zu organisieren und gemeinsam die Basis eines präventiven Anliegens zu bilden. So sind die frühen Hilfen nicht nur eine Anlaufstelle für Familien, die individuelle Beratung und Unterstützung angeboten bekommen. Sie haben häufig auch eine Art Vermittlerfunktion, zwischen verschiedenen Diensten und Angeboten die von verschiedenen Fachpersonen angeboten werden.

Ein besonderes Augenmerk wird auf jene Familien gelegt, welche psychosoziale, gesundheitliche, finanzielle oder emotional belastende Situationen erleben. Hierzu gehören auch Frauen, die Gewalt von Seiten Ihres Partners erleben. (Frühe Hilfen Südtirol | Autonome Provinz Bozen - Südtirol, o. J.)

1.6.3 Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen & geschützte Wohneinrichtungen

Die Organisation GEA ist eine Beratungsstelle für Frauen in Gewaltsituationen, welche den Hauptsitz in Bozen hat und territorialer in den Gemeinden Kardaun, St. Ulrich und Neumarkt vernetzt ist.

Tätig sind in den Beratungsstellen Frauen mit Ausbildungen im sozialen Bereich und Weiterbildungen, welche sich auf Gewalt spezialisieren.

Die Beratungsstelle richtet sich an jegliche Art von Gewalt gegen Frauen, also Gewalt von Ehemann, Partner, Familienmitgliedern, Freunden, Gewalt am Arbeitsplatz oder in der Schule oder auf der Straße.

Man kann die Dienstleistungen, welche angeboten werden, in drei Bereiche unterteilen:

Zum einen gibt es eine *grüne Nummer*, welche 24h täglich erreichbar ist und den Frauen ermöglicht, Geschehenes anonym zu erzählen und frei von ihren Erfahrungen zu sprechen. Es gibt die Möglichkeit einer telefonischen oder persönlichen Beratung, wobei in Zusammenarbeit mit der Frau Strategien ermittelt werden, sie über ihre Rechte aufgeklärt wird und ihr die psychosozialen und gesundheitlichen Netzwerke, welche ihr zur Verfügung stehen, erklärt werden. Bei Bedarf und auf Wunsch der Frau kann eine Rechtsberatung angeboten werden.

Es gibt die *Beratungsstellen*, welche geregelte Öffnungszeiten haben und wo sich Frauen (vorzugsweise) mit Termin vorstellen und eine persönliche Besprechung und Beratung von Seiten der Mitarbeiterinnen angeboten wird. Zudem gibt es das *Frauenhaus*, wo Frauen auch mit Ihren Kindern, welche direkte Gewalterfahrungen erlitten haben oder Gewalt miterlebt haben, Zuflucht finden. Im Frauenhaus ist Tag wie Nacht eine Mitarbeiterin anwesend, welche den Frauen dabei hilft das Geschehene zu verarbeiten und deren Anschluss in der Gesellschaft zu finden, um wieder auf den eigenen Beinen stehen zu können.

Zudem werden von der Organisation GEA Fortbildungskurse für Sanitätspersonal, Sozialdienste und Ordnungskräfte organisiert und geleitet. Ebenso gibt es die Möglichkeit, auf Anfrage, Fortbildungsveranstaltungen zu geschlechterspezifischer Gewalt in Schulen durchzuführen. Diese werden, immer auf Anfrage, auch für Jugendzentren und Vereine angeboten. (*GEA - HOME* | GEA, o. J.)

Der Verein „Frauen gegen Gewalt“ wurde 1989 in Meran gegründet und hat seitdem eine Beratungsstelle, eine 24h erreichbare Notrufnummer, ein Frauenhaus, Übergangswohnungen und seit 2023 auch eine Außenstelle in Schlanders inne.

Ähnlich wie die bereits beschriebene Organisation GEA in Bozen richtet sich der Dienst an Frauen und Kinder in Gewaltsituationen. Die Beratung ist

kostenlos und stellt neben der psychosozialen Beratung der Mitarbeiterinnen auch eine rechtliche Hilfe zur Verfügung. Auch der Aufenthalt in der Schutzunterkunft ist für in Südtirol ansässige Frauen kostenlos.

Ebenso wird Öffentlichkeitsarbeit, wie Kampagnen und Medienarbeit, zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Gewalt an Frauen, von der Beratungsstelle organisiert. Es wird Bildungs- und Präventionsarbeit geleistet: Projekte in Schulen sowie Workshops für Fachkräfte werden angeboten und bei Nachfrage gehalten. (*Bundesverband Frauen gegen Gewalt e. V., n.d.*)

Auch in Brixen gibt es einen Frauenhausdienst, welcher eine 24h Notrufnummer, persönliche oder telefonische Beratung und die Leitung eines Frauenhauses organisiert. Genau wie die Beratungsstellen und Frauenhäuser in Meran und Bozen ist auch jene in Brixen kostenlos, zugänglich für Frauen und Kinder, welche sich in Gewaltsituationen befinden. Es wird neben individueller Beratung und Gesprächen auch eine Rechtsberatung und bei Bedarf eine Aufnahme in das Frauenhaus ermöglicht. (*Sozialdienste Bezirksgemeinschaft Eisacktal, n.d.*)

Der Frauenhausdienst Pustertal hat eine Beratungsstelle und geschützte Wohneinrichtung in Bruneck inne. Organisatorisch unterscheidet sich diese nicht von den restlichen in Südtirol vorhandenen Angeboten. Auch hier gibt es eine Beratungsstelle und die Möglichkeit telefonischer Betreuung mit psychosozialen Ansatz und rechtlicher Beratung. Zum Unterschied zu den anderen Organisationen ist diese Nummer "nur" unter Büroöffnungszeiten erreichbar. Es wird ein Frauenhaus geleitet, welches für Frauen und Kinder in Gewaltsituationen kostenlos zugänglich ist. Zudem wird Präventionsarbeit in Schulen und für Fachpersonal angeboten und organisiert. (*Bezirksgemeinschaft Pustertal, n.d.*)

In Südtirol gibt es insgesamt 5 geschützte Einrichtungen für Frauen in Notsituationen und damit sind ca. 38 Schutzplätze verfügbar. Laut dem

Übereinkommen von Istanbul wären in Südtirol 135 Schutzplätze notwendig (2,5 Plätze/10.000 Einwohner). (*Frauenhauskoordinierung e. V.*, 2025).

Notrufnummern und Anlaufstellen in der Provinz Bozen

Folgende gebührenfreie Telefonnummern sind in der Provinz Bozen rund um die Uhr erreichbar und bieten Beratung, Unterstützung und Schutz für Frauen in Gewaltsituationen:

- Bozen: Zentrum für Frauen in Gewaltsituationen und Frauenhaus 800 276 433
- Meran: Zentrum für Frauen in Gewaltsituationen und Frauenhaus 800 014 008
- Brixen: Zentrum für Frauen in Gewaltsituationen und Frauenhaus 800 601 330
- Bruneck: Zentrum für Frauen in Gewaltsituationen und Frauenhaus 800 310 303 (Büroöffnungszeiten)
- Europäische Notrufnummer: 112
- Italienweite Notrufnummer für Opfer von Gewalt und Stalking: 1522

1.6.4 Emotionelle erste Hilfe – EEH

Die Emotionelle Erste Hilfe (EEH) ist ein Beratungs- und Therapiekonzept zur Unterstützung von Eltern und deren Babys in belastenden Situationen, insbesondere rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit. Zentrale Anwendungsbereiche sind die Begleitung von Eltern und Babys bei anhaltendem Schreien, Schlafproblemen, überwältigenden Geburts- und Trennungserfahrungen sowie bei chronischer Erschöpfung der Eltern.

Das EEH-Angebot umfasst Basic Bonding-Kurse, Krisenintervention bei Eltern-Kind-Belastungen sowie Eltern-Baby-Therapien zur Verarbeitung früher Beziehungstraumen.

Gerade für Hebammen und im Kontext von Schwangerschaft und Wochenbett sind die EEH-Prinzipien zentral: Sie fördern das Verständnis für emotionale Belastungen, stärken Resilienz und Bindung und unterstützen Eltern darin, ungünstige Stress- und Angstreaktionen frühzeitig zu erkennen und zu unterbrechen. Dadurch helfen sie, die psychische Gesundheit und Beziehungsfähigkeit von den Eltern und Kind auch in besonders herausfordernden Situationen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu unterstützen. (*Emotionelle Erste Hilfe, o. J.*).

In Südtirol ist die Emotionelle Erste Hilfe als körperorientierter Beratungsansatz fest in den Frühen Hilfen, im Gesundheits- und Sozialbereich verankert. Es gibt ausgebildete EEH-Fachberaterinnen, und EEH-Kurse sowie Weiterbildungen für Eltern, Hebammen und Fachkräfte. (*Autonome Provinz Bozen – Südtirol, 2024*)

Die Rolle der Hebamme

Kapitel 2: Literaturrecherche

2.1 Forschungsfrage

Wie kann durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett das Outcome von Frauen, die Intimpartnergewalt erleben, verbessert werden?

2.2 PIO (Population – Intervention – Outcome) – Fragestellung:

Population: Frauen, Schwangere oder Wöchnerinnen, welche von Intimpartnergewalt betroffen sind

Intervention: kontinuierliche Hebammenbetreuung, routinemäßiges Durchführen von Screenings, Ausbildungen und Weiterbildungen der Hebammen im Bereich Intimpartnergewalt, Anwendung von Protokollen und Bereitstellung von Hilfsangeboten, an welche betroffene Frauen weitergeleitet werden

Outcome: früheres Erkennen von Intimpartnergewalt und einheitliche, traumasensitive Betreuung von betroffenen Frauen, zeitnahe Weiterleitung an dafür ausgelegte Hilfsorganisationen

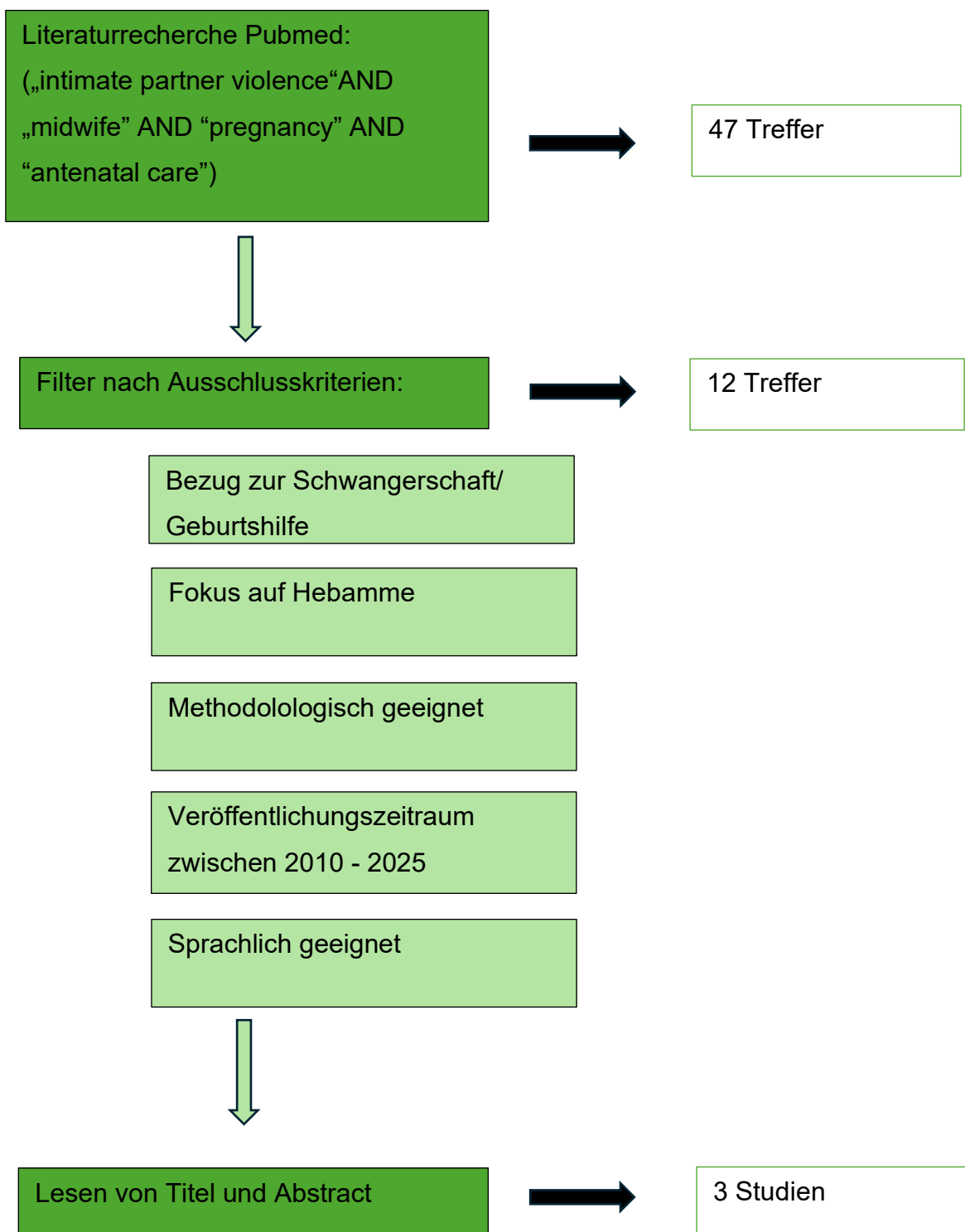
2.3 Materialien + Methoden

Für die Literaturrecherche dieser Arbeit wurden verschiedene Quellen in Betracht gezogen. Virtuelle Datenbanken wie PubMed und Google Scholar wurden genutzt, um wissenschaftliche Artikel, Reviews und aktuelle Studien

zu identifizieren, die sich mit einem besserem Outcome durch eine kontinuierliche Hebammenbetreuung befassen.

Die Literaturrecherche auf Pub-Med mit den Key-words: "intimate partner violence", "midwife", "pregnancy", "antenatal care" ergab 47 Treffer.

Nach den Kriterien folgender Tabelle wurden die Studien inkludiert bzw. exkludiert:



Durch das Lesen der Studien wurden folgende 3 Studien inkludiert:

Titel	Autor:innen & Jahr	Studienart
Midwives' role in addressing domestic violence in pregnancy	Griffiths, C. (2015), British Journal of Midwifery	Literaturreview
Intimate partner violence in pregnancy: Midwives' knowledge, attitudes and screening practices	European Journal of Midwifery (2017)	Review-Artikel
Midwives perceiving and dealing with violence against women: Is it mostly about midwives being active protectors?	Siller, H., Zeiler, M., Siller, A., & Truttmann, S. (2020)	Qualitative Primärstudie

Die 3 Studien, welche verwendet wurden, um die Studienfrage zu beantworten, werden in folgendem Abschnitt beschrieben:

1. Eine Literaturrecherche welche vom „british journal of midwifery“ (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.) im Jahr 2015 veröffentlicht wurde. Die Studienfrage, mit welcher sich der Artikel befasst, lautet: die Rolle der Hebammen in der Erkennung, Prävention, und Unterstützung von Frauen, die IPV erleben und welche Herausforderungen sich in der Praxis ergeben.
Zur Verfassung des Artikels wurden nationale und internationale Studien verwendet, es wurden keine Primärdaten erhoben.
2. Eine vom „european journal of midwifery“ veröffentlichte Literaturrecherche (Finnbogadóttir et al., 2020), welche im Jahr 2020 verfasst wurde, befasst sich mit der folgenden Studienfrage: Wie

können Hebammen IPV im Rahmen ihrer Arbeit effektiv erkennen und darauf angemessen reagieren und welche Strukturen sind notwendig, um die Prävention und Intervention zu fördern.

Die Methodik der Studie lag in einer Literaturrecherche, in welcher die europäische Studienlage inkludiert wurde. Es wurde die Evidenzlage zu Screening-Tools, Schulungen, Leitlinien und interdisziplinären Netzwerken untersucht.

3. Eine österreichische grounded-theory-Studie (Siller et al., 2022) aus dem Jahr 2022, welche sich mit der Studienfrage beschäftigte, wie Hebammen Gewalt gegen Frauen wahrnehmen und wie sie im Praxisalltag damit umgehen.

Zur Erstellung der Studie wurde eine Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews von Hebammen (in klinischer und freiberuflicher Praxis) durchgeführt, welche theoretisch kodiert und als Kategorien in die Arbeit eingebaut wurden.

2.4 Analyse und Ergebnisse

Titel der Studie	Autor:innen	Erscheinungsjahr	Outcome
Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women	British Journal of Midwifery (Autor:innen nicht angegeben)	2015	Hebammen nehmen eine Schlüsselrolle in der Erkennung und Unterstützung von Frauen ein, die in der Schwangerschaft Intimpartnergewalt erleben. Die Studie betont, dass aktives Zuhören, Empathie und ein geschützter Rahmen entscheidend sind, damit Frauen über Gewalterfahrungen sprechen können. Fehlende Zeitressourcen und Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema stellen wesentliche Barrieren dar.

Titel der Studie	Autor:innen	Erscheinungsjahr	Outcome
Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden	Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K.	2012	Die Studie zeigt, dass schwedische Hebammen zwar ein Bewusstsein für häusliche Gewalt haben, sich jedoch oft unsicher fühlen, wie sie betroffene Frauen ansprechen oder unterstützen können. Fehlende Schulungen, Angst vor Überreaktionen und unklare Zuständigkeiten erschweren den Umgang mit IPV. Hebammen wünschen sich klarere Leitlinien und mehr Ausbildung.

Titel der Studie	Autor:innen	Erscheinungsjahr	Outcome
Midwives Perceiving and Dealing With Violence Against Women: Is It Mostly About Midwives Actively Protecting Women? A Modified Grounded Theory Study	Siller, H., König-Bachmann, M., Perkhofer, S., & Hochleitner, M.	2022	Diese qualitative Studie aus Österreich zeigt, dass Hebammen Gewalt gegen Frauen häufig im Kontext ihrer Rolle als „Schützerinnen“ wahrnehmen. Emotionale Belastung, institutionelle Hürden und unzureichende Zeit erschweren ein systematisches Vorgehen. Die Autorinnen betonen die Notwendigkeit von Fortbildungen, Netzwerken und einer klar definierten professionellen Verantwortung.

Eigene Darstellung in Anlehnung an die Originalstudien (British Journal of Midwifery, 2015; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Siller et al., 2022).

2.5 Zusammenfassung der systematischen Literaturrecherche

2.5.1 Die Hebamme als Schlüsselperson

In den Artikeln und Studien kam häufig die Frage auf, wieso gerade die Hebamme eine so wichtige Rolle in der Prävention und Erkennung von IPV spielt.

Alle drei verwendeten Studien (Finnbogadóttir et al., 2020), *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.), (Siller et al., 2022) sind sich hierbei in folgenden Kernaussagen einig:

- Hebammen haben einen kontinuierlichen Kontakt zu der Frau, wodurch sich eine Chance zur Beobachtung bietet und die Möglichkeit, Auffälligkeiten anzusprechen.
- Im Vergleich zu anderem Gesundheitspersonal werden Hebammen von Patientinnen oft als Vertrauensperson gesehen, zu der sie eine besondere Bindung haben. Somit kann leichter ein Zugang zu sensiblen Themen geschaffen werden.
- Durch das Durchführen von Screenings und die Informationsgabe an die Frau können Hebammen eine wichtige Rolle in der Prävention leisten. Sie haben einen auf Vertrauen basierenden Kontakt mit Frauen, welche Sie bei Bedarf an Hilfsstellen weiterleiten können.
- Als Voraussetzung für diese Rolle wird die Wichtigkeit von Schulungen, Protokollen und interdisziplinärer Zusammenarbeit betont. Die Zeichen können nur erkannt werden, wenn Hebammen darüber aufgeklärt und darauf sensibilisiert werden. Nur bei bestehenden Hilfsangeboten können Frauen weitergeleitet und angemessen betreut werden.

In einer der durchgeführten Studien (Siller et al., 2022) wird ebenso darauf hingewiesen, dass Hebammen einen sehr intimen Einblick in das Leben und auch auf den Körper der Frau bekommen. Dies verschafft Hebammen die

Möglichkeit, ein so ganzheitliches Bild der Frau wie möglich zu bekommen und Anzeichen oder Spuren von Gewalt, vor allem im Intimbereich, welche von Außen auch für nahestehende Personen nicht sichtbar sind, zu erkennen und Frauen darauf anzusprechen und zu sensibilisieren. (Siller et al., 2022)

2.5.2 Prävention

Laut dem british journal of midwifery liegt der wichtigste Präventionsansatz bei dem Empowerment der Frau. Die Hebamme soll die Frau in Ihrer Selbstbestimmtheit und Ihre sozialen Ressourcen fördern. Ebenso sollen die Frauen in der Schwangerschaft auf das Thema Gewalt in Beziehungen sensibilisiert werden und somit zur Enttabuisierung beigetragen werden. (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.)

Das european journal of midwifery fokussiert sich bezüglich der Präventionsmaßnahmen mehr auf die Hebammenausbildung. Es solle mehr Aufklärung über IPV in der Hebammenausbildung stattfinden, bereits ausgebildete Hebammen sollen regelmäßig Auffrischkurse zur Prävention und Früherkennung angeboten bekommen und diese besuchen, um das Wissen immer wieder aufzufrischen. (Finnbogadóttir et al., 2020)

Laut der österreichischen Studie von Dr. Heidi Siller (Siller et al., 2022) spielt die Vertrauensbasis zwischen Hebammen und betroffenen Frauen eine wichtige Rolle. Der Aufbau einer guten Beziehung zu der Frau ermöglicht es, die Selbstsicherheit und Selbstbestimmtheit der Frauen zu fördern und somit übergriffiges Verhalten von Partnern eher und schneller zu erkennen. (Siller et al., 2022)

2.5.3 Früherkennung

Das "british journal of midwifery" (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.) empfiehlt die Anwendung eines Routine-Screenings für IPV bei allen Frauen,

die betreut werden, nicht nur bei Patienten mit Verdacht auf Gewalt. Bestenfalls sollte dieser Screening-Fragebogen während einer Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft gemacht werden in Abwesenheit des Partners. Dieser Moment bietet sich besonders an, da man hierbei einen regelmäßigen Kontakt mit der Patientin pflegt und somit nicht nur einen Kontaktmoment hat. Die Aufgabe der Hebamme besteht hierbei vor allem darin, eine geschützte Atmosphäre zu schaffen und eine vertrauensvolle Verbindung zu der Patientin aufzubauen. (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.)

Das „european journal of midwifery“ (Finnbogadóttir et al., 2020) empfiehlt als wichtigste Maßnahme der Früherkennung die Anwendung von standardisierten Screening-Instrumenten. Hierbei wird auf Methoden wie HITS, AAS oder RADAR verwiesen. Der Fokus liegt in dem Artikel vor allem darauf, die Hebammen durch Maßnahmen wie Schulungen, Rollenspiele und Auffrischungstraining sensibler und sicherer im Umgang mit Frauen in Gewaltsituationen zu machen. (Finnbogadóttir et al., 2020).

Die Screening - Methoden, welche von der Studie (Finnbogadóttir et al., 2020) erwähnt werden, sind folgende:

- HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream) ist ein kurzer Fragebogen mit vier Items, der die Häufigkeit von Beschimpfungen, Drohungen, körperlicher Gewalt und Anschreien erfasst (Sherin et al., 1998).
- AAS (Abuse assessment screening) ist eine speziell für die Schwangerschaftsvorsorge entwickelte Methode, wobei körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt in der Vergangenheit und während der Schwangerschaft abgefragt wird (McFarlane et al., 1992).
- Darüber hinaus existiert das RADAR-Protokoll, das keine Fragenliste ist, sondern ein strukturiertes Vorgehen empfiehlt: routinemäßiges Screening, direktes Fragen, Dokumentation, Einschätzung der

Sicherheit und Weitervermittlung an Unterstützungsangebote (McLeer & Anwar, 1989).

Laut der Studie (Siller et al., 2022), welche in Österreich durchgeführt wurde, liegt der wichtigste Ansatz der Früherkennung bei einer aufmerksamen Beobachtung von Seiten der Hebamme, welche, wie in der Studie beschrieben, von den meisten Hebammen im Arbeitsalltag bereits praktiziert wird. Es sollen nonverbale Signale wie Körpersprache und Beziehungsdynamik beobachtet werden und eventuell ein sensibles Besprechen der Situation, in Abwesenheit des Partners, folgen. Hierfür müssen von der Krankenhausstruktur klare Handlungsleitlinien und strukturelle Unterstützungen gewährleistet werden, um die Komponenten der Erkennung so präzise wie möglich gestalten zu können. (Siller et al., 2022)

2.5.4 Betreuung und Interventionsmöglichkeiten

Betreuung

Die drei verwendeten Studien (Finnbogadóttir et al., 2020), *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.), (Siller et al., 2022) waren sich einig, dass seine kontinuierliche Betreuung und das Ernstnehmen der Ängste und Sorgen der Frau eine fundamentale Rolle in der Betreuung von Frauen spielen, welche von IPV betroffen sind. Sie schaffen eine vertrauensvolle und wertfreie Umgebung und Betreuung, welche den Frauen ein Gefühl von Sicherheit vermittelt.

Das british journal of midwifery (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.) betont, dass es in der Betreuung von schwangeren Frauen mit Gewalterfahrungen nicht darum geht, sie zu Aussagen zu drängen oder sie zu schnellen Entscheidungen zu bewegen. Vielmehr sollen Hebammen das

individuelle Tempo der Frauen respektieren und sie dabei unterstützen, selbst herauszufinden, was in ihrer Situation das Beste ist. Die Aufgabe der Hebamme besteht nicht darin, möglichst viele Täter zur Anzeige zu bringen oder möglichst viele Offenbarungen zu erzwingen. Vielmehr sollen sie einen sicheren Raum schaffen, in dem Frauen sich ernst genommen fühlen und darin bestärkt werden, eigenständig Entscheidungen zum Wohle ihrer selbst und ihres ungeborenen Kindes zu treffen. (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.)

Im Artikel des *European Journal of Midwifery* (Finnbogadóttir et al., 2020) wird besonders betont, dass das Empowerment der Frau und ein trauma-informierter Umgang von Seiten der Hebamme, wichtige Aspekte in der Betreuung von IPV – Betroffenen sind. Hebammen sollen zuhören, bestätigen und bestärken. Wichtig ist hierbei auch das Einhalten von Vertraulichkeit und Datenschutz, damit die Frauen sich in einer sicheren, geborgenen Umgebung wiederfinden. (Finnbogadóttir et al., 2020)

Die österreichische Studie (Siller et al., 2022) betont die Rolle der Hebamme als “aktiven Beschützer” der Frauen. Darunter versteht man eine Person, die aktiv die bestmögliche Lösung für eine Frau in jeder Situation finden will. Hierbei wird nicht nur auf die direkte Kommunikation, sondern auch die nonverbale Kommunikation, wie Körpersprache oder Gestik und Mimik geachtet, woraus sich ein Gesamteindruck von der Frau ergibt. Aus diesem Eindruck kann man allgemeine sowie die Geburtshilfe betreffende Entscheidungen besser auf die persönlichen Bedürfnisse der Frau anpassen und somit auch Lösungsvorschläge und Hilfsangebote unterbreiten, welche für die Situation, in der sich die Frau befindet, passen. (Siller et al., 2022)

Interventionsmöglichkeiten

Bezüglich der Interventionen, bei Patientinnen die von IPV betroffen sind, sind sich die drei Studien (Finnbogadóttir et al., 2020), *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.), (Siller et al., 2022) in einigen Punkten einig: die Frauen müssen sofort an Hilfsangebote und Vereinigungen, welche darauf spezialisiert sind, weitergeleitet werden.

Besonders wichtig ist hierbei die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen mehreren Berufsgruppen und das Bereitstellen von Ressourcen, wie bspw. Protokolle, welche eine klare Handlungsanleitung und Einteilung des Zuständigkeitsbereiches definieren.

Ebenso wird erwähnt, dass eine sorgfältige Dokumentation und die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben von großer Bedeutung sind.

Eine trauma-sensible Betreuung vor, während und nach dem Weiterleiten der Frau an andere Dienste wird in einer der Studien (Siller et al., 2022) als besonders wichtig hervorgehoben. Und auch eine weitere Studie (Finnbogadóttir et al., 2020) betont die Wichtigkeit einer Trauma-Informierten Gesprächsführung und die Ausbildung und Schulung der Hebammen in diesem Bereich. Ebenso wird vom british journal of midwifery (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.) betont, dass Hausbesuchsprogramme und eine psychosoziale Betreuung nach der Geburt wichtig für die Frau und deren Empowerment sind.

2.5.5 Barrieren

In der Theorie ist so einiges Möglich, was sich in der Praxis jedoch als schwierig erweist. So hebt sich inhaltlich in allen drei Artikeln (Finnbogadóttir et al., 2020), *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.), (Siller et al., 2022) hervor, dass folgende Barrieren noch zu überwinden sind, um die Hebamme

optimal in die Prävention und Betreuung von Frauen, die IPV erleben, zu inkludieren.

Strukturelle Barrieren

In den meisten Fällen wurde angegeben, dass Leitlinien und Protokolle fehlen. In vielen Fällen gibt es keine Netzwerke, an welche die Frauen weitergeleitet werden können, bzw. sind die Netzwerke nicht in allen Strukturen bekannt, also auch nicht international geregelt.

Ebenso fehlende Unterstützung von Seiten der Kliniken, vor allem in Bezug auf die Erstellung von neuen Protokollen, der Bereitstellung und Organisation von Weiterbildungen sowie der Zeitplanung, konnten als strukturelle Barrieren erkannt werden.

Häufig sind auch die Räumlichkeiten, in denen die Hebammen ungestört mit der Frau sprechen können, Mangelware im klinischen Umfeld. Besprechungen werden oft in Untersuchungsräumen durchgeführt, zu denen auch anderes Fachpersonal während des Gesprächs Zutritt hat, was dazu führt, dass die Privatsphäre der Frauen nicht ausreichend berücksichtigt werden kann.

Zeitliche Barrieren

Je nach Stellenplan und Besetzung stellt es sich als zeitlich schwierig dar, den Frauen die Zeit zu widmen, welche für die trauma-sensible Gesprächsführung nötig ist, um eine auf Vertrauen basierende Bindung zu der Patientin aufzubauen. Bei einem engen Zeitplan und vielen Patientinnen, welche von einer Hebamme betreut werden müssen, ergeben sich selten vertraute Gesprächssituationen, die eine fundamentale Grundlage bilden.

Kompetenz Barrieren

Eine weitere Barriere, die sich aus den Studien herauskristalisieren ließ, ist der unklare Kompetenzbereich. Aus dem Mangel an spezifischen Protokollen für diesen Fall folgt, dass viele Hebammen nicht wissen, wer für die

Gespräche, Screenings und die Betreuung zuständig wäre. Auch wenn es für viele bereits klar ist, dass die Hebamme in der Prävention, Erkennung und Betreuung eine wichtige Rolle spielt, ist es für viele unklar, wann und von wem bspw. ein informierendes Gespräch über IPV in Schwangerschaft geführt wird. So geht jeder davon aus, dass eine dritte Person diese wichtige Aufgabe übernimmt und schlussendlich bleibt sie auf der Strecke.

Ebenso berichten die Hebammen von zu wenig Sicherheit im Umgang mit betroffenen Frauen, sowie Unsicherheiten in der Gesprächsführung über so sensible Themen. Die Hebammen werden zu wenig geschult und haben daher wenig Sicherheit im Umgang mit IPV.

Zudem ist nicht in allen Fällen klar, welche Strukturen und welche Hilfsangebote es gibt, die den Frauen angeboten werden können. So finden sich Hebammen in Situationen wieder, in denen Sie Fragen gestellt bekommen, auf die sie keine klare Antwort im Kopf haben, was wiederum fehlenden Protokollen und Schulungen zuzuschreiben ist.

Psychosoziale Barrieren

Es wurde häufig erwähnt, dass Hebammen Angst bzw. Sorgen haben, durch das Nachfragen und das offene Ansprechen eine Retraumatisierung der Frau auszulösen. Ebenso wurde von den Hebammen die Sorge erwähnt, dass man durch das Ansprechen dieses Themas das Verhältnis zu der Frau belastet. Hier wäre es wiederum sehr wichtig, den Hebammen bspw. durch Schulungen und Protokollen mehr Sicherheit für solche Situationen zu geben.

Bei Hebammen, die selbst Erfahrungen mit gewaltvollen Beziehungen gemacht haben, spielt die eigene Retraumatisierung und Belastung eine Rolle. Hierbei handelt es sich jedoch nur um wenige Ausnahmefälle, welche in einer der Studien (Siller et al., 2022) beschrieben wurden.

2.5.6 Best practices

Die Kernaussagen, die aus allen drei Studien hervorgehen (Finnbogadóttir et al., 2020), *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.), (Siller et al., 2022) sind folgende:

- Routinemäßige Screenings sollen standardmäßig integriert werden
- Fort- und Weiterbildung der Hebammen, um spezifisches Fachwissen zu erlangen
- Standardisierte Protokolle und Tools entwickeln und zur Verfügung stellen, um Sicherheit und Anhaltspunkte zu geben
- Fördern der interdisziplinären Zusammenarbeit, um effiziente Interventionen garantieren zu können
- Aufbauen einer auf Vertrauen basierenden Beziehung mit der Patientin und Anwendung von trauma-informierten Ansätzen in der Kommunikation.

Das „european journal of midwifery“ erwähnt in dem veröffentlichten Artikel (Finnbogadóttir et al.) ebenso, die Wichtigkeit von Simulationstrainings mittels Rollenspielen und Gesprächstrainings. Zudem wird erwähnt, dass IPV – Inhalte bereits in die Hebammenausbildung integriert werden sollten.

Im „british journal of midwifery“ wird ebenso die Sicherheitsplanung in Zusammenarbeit mit der Frau als ein wichtiges Vorgehen in Fällen von Intimpartnergewalt erachtet. Mit den betroffenen Frauen sollen Fluchtmöglichkeiten, Notfallkontakte, Anlaufstellen und Ressourcen besprochen werden um sie selbst aktiv in das Vorgehen einzubinden. (*Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*, o. J.).

Kapitel 3: Interview

3.1 Forschungsfrage:

Wie nehmen Sprengelhebammen in Südtirol ihre Rolle bei der Prävention, Erkennung und Betreuung von Frauen mit Intimate Partner Violence (IPV) wahr, und welche Ressourcen stehen ihnen dabei zur Verfügung?“

3.2 PIO (Population – Intervention – Outcome) – Fragestellung:

P: Hebammen in Südtirol

I: Tätigkeiten im Umgang mit IPV – Prävention, Erkennung und Betreuung und die jeweils zur Verfügung stehenden Protokolle, Weiterbildungen und Netzwerke

O: Wahrnehmung der Rolle sowie vorhandene Strukturen, Ressourcen und Netzwerke im Umgang mit IPV

3.3 Methodik

Zu Beginn wurden spezifische Fragen für das Interview ausgearbeitet, welche einen Einblick in die Arbeit der Sprengelhebammen, die Rolle der IPV in deren Arbeitsalltag, Strukturen und Ressourcen die zur Verfügung gestellt werden sowie Verbesserungsmöglichkeiten in dem Bereich IPV ermöglichen.

Allgemeine Einschätzung und Erfahrung

- 1) Stellen Sie sich bitte kurz vor (Berufsbezeichnung, Tätigkeitsschwerpunkt).
- 2) Inwiefern kommen Sie in Ihrem Arbeitsalltag in Kontakt mit Frauen, die IPV erleben oder erlebt haben?

Die aktuelle Situation – Welche Rolle spielt die Hebamme?

- 1) Wird das Thema IPV von den Hebammen gegenüber allen Frauen, die betreut werden, angesprochen und nach der persönlichen Erfahrung der Patientin mit dem Thema gefragt?
- 2) Wie läuft das Procedere bei einem konkreten Fall von IPV ab?
- 3) Werden Richtlinien und/oder Protokolle zur Verfügung gestellt? Wenn ja, welche?
- 4) Können oder müssen die Hebammen, welche im Sprengel tätig sind, Fort- und Weiterbildungen zum Themenbereich „Gewalt gegen Frauen“ absolvieren?
- 5) Werden die Hebammen im Sprengel auf den Umgang mit betroffenen Frauen vorbereitet? Falls ja, wie?
- 6) Gibt es interdisziplinäre Netzwerke und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen? Falls ja, welche?

Weiterentwicklung – Welche Schritte fehlen noch für eine optimale Betreuung?

- 1) Wie schätzen Sie die Relevanz einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung für das Outcome von betroffenen Frauen ein?
- 2) Was würden Sie, in der Rolle der Hebamme sich für die Hebammenarbeit in Bezug auf IPV für die Zukunft wünschen?

Im Anschluss wurde ein Termin für ein Interview mit einer Sprengelhebamme vereinbart. Es folgte ein Interview von einer Dauer von ca. 30 Min. Im

Anschluss an das Interview wurde das Gespräch transkribiert und im folgenden Teil der Arbeit werden die Wichtigsten Ergebnisse präsentiert.

3.4 Zusammenfassung des Interviews

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden ein Interview mit einer erfahrenen Hebamme des Sprengel Bozen, im folgenden "Hebamme A" durchgeführt. Ziel des Interviews war es, ein besseres Verständnis für die Wahrnehmung der Rolle, die verfügbaren Strukturen, Ressourcen, Protokolle und Netzwerke im Umgang mit IPV zu gewinnen.

Die Interviewpartnerin, Hebamme A, verfügt über eine langjährige Berufserfahrung im klinischen und außerklinischen Bereich. Sie begann ihre Laufbahn als Krankenschwester, arbeitete anschließend viele Jahre im Kreißaal und ist seit 2014 als Hebamme im territorialen Bereich tätig. Seit 2019 ist sie zudem Teil des Teams der „sostegni familiari precoci“ (frühe Hilfen).

3.4.1 Wahrnehmung der Rolle der Hebamme im Umgang mit IPV

Hebamme A schildert, dass sie häufig mit Fällen von Intimate Partner Violence konfrontiert ist – nicht nur bei Migrantinnen, sondern auch bei einheimischen Frauen. Sie betont, dass viele Frauen Gewalt in verschiedenen Formen erleben, physisch, psychologisch oder ökonomisch. Der zentrale Aspekt ihrer Arbeit liegt für sie in der Beziehungsarbeit: Vertrauen und Zeit sind entscheidend, damit Frauen sich öffnen können. Wie sie sagt: „Se tu non le dai il tempo, di fidarsi di te, la mamma non ti racconterà mai niente.“ also übersetzt: "Wenn du der Frau nicht die Zeit gibst, um Vertrauen aufzubauen, wird sie dir nie etwas erzählen". Diese Aussage verdeutlicht, dass die Vertrauensbildung („prestazione relazionale“) eine Grundvoraussetzung ist, um über Gewalt sprechen zu können.

Die Hebamme versteht ihre Rolle nicht primär als eine medizinisch-technische, sondern als eine psychosoziale und emotionale Begleitung. Sie beschreibt, dass viele Frauen zunächst mit scheinbar banalen Anliegen – etwa wegen einer Gewichtskontrolle des Neugeborenen oder zur Verhütungsberatung – kommen, diese Kontakte aber oft ein Hilfesuch verbergen. Ihre Aufgabe sieht sie darin, diese Anzeichen zu erkennen und Frauen Schritt für Schritt zu begleiten.

3.4.2 Strukturen, Vorgehen und rechtliche Abläufe

Das Vorgehen bei Verdacht oder Offenlegung von Gewalt hängt laut Hebamme A stark davon ab, ob minderjährige Kinder betroffen sind. Wenn Kinder involviert sind, besteht die Pflicht, den Fall an das Jugendgericht weiterzuleiten („tribunale dei minori“). Ohne Minderjährige liegt die Verantwortung bei der Frau selbst, aktiv zu werden und Anzeige zu erstatten. In solchen Fällen können Hebammen an die Vereinigung GEA oder an juristische und psychologische Unterstützungsstellen verweisen.

Hebamme A betont jedoch, dass eine reine Weiterleitung unzureichend ist. „La donna dev'essere accompagnata... se fai così l'hai persa.“ – Frauen müssten aktiv begleitet werden, etwa durch gemeinsame Telefonate mit Beratungsstellen oder persönliche Begleitung. Nur so könne verhindert werden, dass betroffene Frauen sich alleingelassen fühlen und die Hilfe abbrechen.

3.4.3 Protokolle, Netzwerke und interdisziplinäre Zusammenarbeit

In Südtirol existieren laut der Interviewpartnerin Protokolle in Zusammenarbeit mit Polizei, Questura und Notaufnahme – insbesondere im Rahmen des Projekts „Erika“. Dieses Projekt fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Polizei, Sozialdiensten und Gesundheitsinstitutionen. Zudem besteht ein aktives Netzwerk über die frühen Familienunterstützungen.

Auch Schulungen und Sensibilisierungen spielen eine wichtige Rolle. Fortbildungen werden etwa alle sechs Monate angeboten, häufig in Zusammenarbeit mit der Vereinigung GEA und dem Sanitätsbetrieb. Hebamme A betont, dass solche Schulungen verpflichtend sein sollten: „Devono farle... soprattutto le ostetriche perché siamo a diretto contatto con le donne.“ Hebammen hätten eine Schlüsselfunktion, da sie oft die ersten sind, die Frauen in vertrauensvollen Situationen begegnen.

3.4.4 Herausforderungen und Verbesserungsbedarf

Als größte Herausforderung nennt Hebamme A den Mangel an Zeit im Gesundheitssystem. „Il tempo che venga riconosciuto... la relazione non può essere legata a quel quarto d'ora della prestazione.“ Der Zeitdruck erschwert den Aufbau von Vertrauen und Empathie. Für eine effektive Prävention und Unterstützung müsse ausreichend Zeit für Gespräche, Hausbesuche und Beziehungsarbeit vorgesehen werden.

Zudem wünscht sie sich mehr Aufklärungsarbeit und Prävention bereits in Schulen und Kindergärten, um das Bewusstsein für Gewalt und respektvolle Beziehungen frühzeitig zu fördern. Sie spricht sich für Selbsthilfegruppen und öffentliche Kampagnen aus, um Gewalt gegen Frauen gesellschaftlich sichtbarer zu machen.

3.4.5 Fazit

Das Interview verdeutlicht, dass Hebammen in Südtirol eine zentrale, aber auch herausfordernde Rolle im Umgang mit IPV einnehmen. Ihre Arbeit erfordert nicht nur fachliches Wissen, sondern vor allem Beziehungsarbeit, Empathie und interdisziplinäre Kooperation. Es bestehen bereits funktionierende Netzwerke und Protokolle (z. B. Projekt Erika), doch fehlen strukturelle Ressourcen, insbesondere Zeit und personelle Mittel. Fortbildungen und Sensibilisierung sind vorhanden, werden aber als ausbaufähig beschrieben. Die Hebamme versteht Prävention als eine

gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die früh ansetzen und stärker anerkannt werden sollte.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen, dass Hebammen eine Schlüsselrolle in der Prävention, Früherkennung und Betreuung von Frauen einnehmen, die Intimpartnergewalt (IPV) erleben. Sowohl die ausgewertete Literatur als auch das geführte Interview verdeutlichen, dass Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine besondere Vertrauensposition innehaben. Dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht es, Gewalterfahrungen frühzeitig wahrzunehmen und gegebenenfalls angemessene Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten.

Die internationale Studienlage zeigt übereinstimmend, dass regelmäßige Fort- und Weiterbildungen entscheidend sind, um die Handlungskompetenz im Umgang mit IPV zu stärken. Fachwissen über Gesprächsführung, rechtliche Grundlagen und regionale Unterstützungsangebote stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um betroffene Frauen professionell begleiten zu können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche verdeutlichen, dass das Empowerment der Frauen sowie ein trauma-sensibler Umgang elementare Bestandteile einer gelungenen Präventionsarbeit sind.

Der Vergleich mit der Situation in Südtirol zeigt, dass bereits wichtige Strukturen vorhanden sind – etwa das Projekt *Erika* oder die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten, Sozialdiensten und Beratungsstellen. Aus den Ergebnissen des Interviews geht hervor, dass die Befragte über ein hohes Maß an Wissen und Engagement in diesem Themenbereich verfügt. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass diese Expertise nicht repräsentativ für alle Hebammen steht. Viele Fachkräfte fühlen sich im Umgang mit IPV unsicher oder verfügen über unzureichende Kenntnisse, insbesondere, wenn sie im Berufsalltag bislang wenig mit Gewaltsituationen konfrontiert waren.

Ein zentrales Ergebnis, das sowohl aus der Literatur als auch aus der praktischen Erfahrung hervorgeht, betrifft den Faktor Zeit. Hebammen benötigen ausreichende zeitliche Ressourcen, um ein vertrauensvolles

Gespräch zu ermöglichen und die Signale von Gewalt überhaupt wahrnehmen zu können. Der Zeitdruck im klinischen Alltag sowie die steigende Arbeitsbelastung erschweren es, auf nonverbale Anzeichen oder Veränderungen im Verhalten der Frauen zu achten. Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der theoretischen Bedeutung der Hebamme als Schlüsselperson und den tatsächlichen Rahmenbedingungen in der Praxis.

Eine klare Standardisierung der Abläufe – beispielsweise in Form verbindlicher Protokolle oder Checklisten – könnte dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu sichern und das Vorgehen bei Verdachtsfällen zu vereinheitlichen. So sollten einheitliche Screenings in der Schwangerschaft durchgeführt werden, um die frühzeitige Identifikation und dementsprechende Betreuung der Betroffenen zu garantieren.

Aus meiner persönlichen Sicht zeigt sich, dass die theoretische Relevanz der Hebamme im Kontext von IPV in der Praxis häufig unterschätzt wird. Das Thema ist nach wie vor tabuisiert, und viele Fachkräfte fühlen sich unsicher, Gewalt direkt anzusprechen. Um dies zu ändern, sollte bereits in der Grundausbildung der Hebammen ein stärkerer Fokus auf den Umgang mit Gewalt, Kommunikationstechniken und die Kenntnis lokaler Hilfsangebote gelegt werden. Kontinuierliche Fortbildungen und regelmäßige Supervisionen könnten helfen, Hemmschwellen abzubauen und die Handlungssicherheit zu erhöhen.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, dass die Rolle der Hebamme im Umgang mit Intimpartnergewalt auch politisch und institutionell stärker unterstützt wird. Dazu gehören verbindliche Schulungskonzepte, ausreichend Zeitressourcen in der Betreuung sowie eine enge Kooperation mit interdisziplinären Netzwerken. Nur wenn Hebammen über das nötige Wissen, die strukturelle Unterstützung und den zeitlichen Rahmen verfügen, können sie ihrer Rolle als Schlüsselpersonen gerecht werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die theoretischen und praktischen Erkenntnisse dieser Arbeit ein konsistentes Bild zeichnen: Hebammen sind aufgrund ihrer Nähe zu den Frauen in einer einzigartigen Position, Intimpartnergewalt zu erkennen und betroffene Frauen zu begleiten. Damit sie dieser Aufgabe gerecht werden können, bedarf es jedoch klarer Strukturen, kontinuierlicher Fortbildung und gesellschaftlicher Enttabuisierung des Themas. Nur so kann gewährleistet werden, dass Frauen in Gewaltsituationen frühzeitig Unterstützung erhalten und die Hebamme jene wichtige Rolle einnehmen kann, die ihr von der Forschung und der Praxis gleichermaßen zugesprochen wird.

Fazit

Aus der systematischen Literaturrecherche und dem geführten Experteninterview wird die zentrale Rolle der Hebamme in der Prävention, Früherkennung und Betreuung von Frauen deutlich, welche Sie für von IPV betroffenen Frauen spielen.

Die kontinuierliche und vertrauensvolle Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft und weit darüber hinaus verschafft Hebammen einen intimen Einblick in das Leben der betroffenen Frauen und ermöglicht es somit, Anzeichen von Gewalt früh zu erkennen. Besondere Wichtigkeit kann hierbei dem Aufbau einer stabilen Vertrauensbeziehung zugeschrieben werden, diese stellt die Basis dar, damit betroffene Frauen sich öffnen zu können und deren Privatleben zu teilen.

Die Präventionsarbeit, welche von der Hebamme geleistet werden kann, ergibt sich aus dem Empowerment der Frauen und der Weiterbildung der Hebammen in dem Bereich, um durch ständige Fort- und Weiterbildung in gezielter Gesprächsführung und Informationsangeboten Frauen darin zu bestärken, deren Situationen zu reflektieren und Hilfsangebote anzunehmen. Wie sich aus dem Interview herausstellt, nehmen die Hebammen, welche in den Gesundheitssprengeln tätig sind, halbjährlich an eben solchen Fortbildungen teil.

Interdisziplinäre Netzwerke sind eine wesentliche Voraussetzung zur Unterstützung betroffener Frauen. Projekte wie „frühe Hilfen“ oder „Projekt ERIKA“ sind wichtige Vernetzungen in Südtirol, welche auf der Zusammenarbeit von verschiedenen Professionisten in Gewaltsituationen basieren.

Zentrale Hindernisse, welche sowohl aus der Literatur als auch aus dem Interview hervorgehen, ist der Mangel an zeitlichen und strukturellen Ressourcen. Der enge Zeitrahmen im Klinikalltag verhindert häufig die Basis für

den Vertrauensaufbau. Ebenso strukturelle Barrieren wie fehlende Leitlinien, unzureichende Netzwerke oder mangelnde finanzielle Unterstützung durch das Gesundheitssystem können als Hindernis für eine effiziente Betreuung identifiziert werden.

Des weiteren geht hervor, dass Aufklärung durch Hebammen bereits im Kindesalter beginnen sollte. Kinder soll bereits der Respekt für andere Menschen beigebracht werden und erklärt werden, was Gewalt ist um auch kleinen Kindern zu ermöglichen, Gewalt in Ihrem Leben zu erkennen und zu Handeln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse aus Literatur und Interview ein konsistentes Bild zeichnen: Hebammen sind Schlüsselfiguren im Umgang mit IPV, benötigen dafür jedoch klare Strukturen, ausreichende Zeitressourcen, kontinuierliche Schulung und ein starkes interdisziplinäres Netzwerk. Vertrauen, Empathie und ein traumasensibler Ansatz bilden die Grundlage ihrer Arbeit.

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei meiner Erstleserin Manuela Brioschi, bei meiner Zweitleserin Dr. Christa Schrettenbrunner und bei den Tutoren Nicole Beraldin und Mirco Rizzi bedanken, welche mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind und mich bei der Verfassung dieser Arbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank geht an meinen Partner Hannes, meine Schwester Daniela und meinem Vater Michael, welche mich immer zu ermutigt haben, weiterzumachen und mich auch in den Schwierigsten Phasen dieses Studiums unterstützt und an mich geglaubt haben. Danke dass ich mich immer auf euch verlassen kann!

Ich bedanke mich auch bei meiner Nichte Helena, meinem Neffen Lukas und meinem Patenkind Niklas, welche immer eine Ablenkung der besonderen Art bereithielten und den ganzen Stress manchmal als unwichtig erscheinen ließen.

Natürlich möchte ich mich auch bei meinen Studienkolleginnen bedanken, welche diese 3 Jahre unvergesslich machen. Ihr habt mir Durchhaltevermögen und Leichtigkeit geschenkt. Ich bin sehr froh, euch Freunde und zukünftige Kolleginnen nennen zu dürfen.

Danke auch an meine „Mädels“, für euer offenes Ohr und eure motivierenden Worte. Für die Zeit, die ihr euch genommen habt, auch wenn ihr es selbst gerade stressig hattet. Ihr habt mich auch in schwierigen Zeiten an meine Passion erinnert und mich immer wieder ermutigt, an mich selbst zu glauben.

Ich bedanke mich bei all den Frauen und Paaren, die mir Ihr Vertrauen geschenkt haben und bei denen ich ein Teil ihrer besonderen Reise sein durfte. Danke an die rund 50 Babys, die Ihre ersten Momente auf dieser Welt in meinen Händen erlebten. Es war für mich nie selbstverständlich, an diesem besonderen Ereignis teilhaben zu dürfen, und jeder einzelne von euch hat mich auf meinem Weg zur Hebamme geprägt und wachsen lassen.

Zu guter Letzt möchte ich mich noch bei all den Hebammen bedanken, die ich in den letzten Jahren begleiten durfte und die ihr Hebammenwissen mit mir geteilt haben. Ihr habt mir geholfen, zu der Hebamme zu werden die ich Heute sein möchte, und auch ein kleines Bisschen darin, für mich selbst einzustehen.

Nun ist es für mich an der Zeit meine eigenen Erfahrungen als Hebamme zu machen und ich freue mich schon auf all das, was noch kommen wird!

Literaturverzeichnis

- Autonome Provinz Bozen – Südtirol. (2024). Psychologische und soziale Betreuung [PDF]. https://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheit/downloads/11_PDF_Psychologische_und_soziale_Betreuung.pdf
- Agarwal, S., Prasad, R., Mantri, S., Chandrakar, R., Gupta, S., Babhulkar, V., Srivastav, S., Jaiswal, A., & Wanjari, M. B. (2023). A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health. *Cureus*, 15(5), e39262. <https://doi.org/10.7759/cureus.39262>
- Bezirksgemeinschaft Pustertal. (n.d.). Frauenhausdienst Pustertal – Beratungsstelle und geschützte Wohnungen. <https://www.bezirksgemeinschaftpustertal.it/de/Sozialdienste/Frauenhausdienst/Beratungsstelle>
- Brown, S. J., Conway, L. J., FitzPatrick, K. M., Hegarty, K., Mensah, F. K., Papadopoulos, S., Woolhouse, H., Giallo, R., & Gartland, D. (2020). Physical and mental health of women exposed to intimate partner violence in the 10 years after having their first child: An Australian prospective cohort study of first-time mothers. *BMJ Open*, 10(12), e040891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040891>
- Bundesverband Frauen gegen Gewalt e. V. (n. d.). Startseite. <https://www.frauengegengewalt.org/de/home>
- *Centri antiviolenza e Case rifugio*. (o. J.). Abgerufen 17. Mai 2025, von <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/focus/violenza-sulle-donne/la-fuoriuscita-dalla-violenza/centri-antiviolenza-e-case-rifugio/>

- Chen, P.-H., Rovi, S., Vega, M. L., Barrett, T., Pan, K.-Y., & Johnson, M. S. (2017). Birth Outcomes in Relation to Intimate Partner Violence. *Journal of the National Medical Association*, 109(4), 238–245.
<https://doi.org/10.1016/j.jnma.2017.06.017>
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451–457.
<https://doi.org/10.1001/archfami.9.5.451>
- Communication, S. (2020, Juli 27). Die drohende Frühgeburt. *Acteur de ma santé*. <https://acteurdemasante.lu/de/geburt/die-drohende-fruehgeburt/>
- *Consiglio d'Europa*. (2011). Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul).
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 313909.
<https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Emotionelle Erste Hilfe. (o. J.). Einsatzbereiche EEH.
<https://www.emotionelle-erste-hilfe.org/ueber-die-eeh/einsatzbereiche/>
- *ERIKA – EIN GESCHÜTZTER WEG FÜR FRAUEN, DIE SICH IN EINER GEWALTSITUATION BEFINDEN | Vielfalt der Nachhaltigkeit*. (o. J.). Abgerufen 28. April 2025, von <https://nachhaltigkeit.provinz.bz.it/de/projekte/erika-ein-geschuetzter-weg-fur-frauen-die-sich-in-einer-gewaltsituation-befinden>

- European Institute for Gender Equality (EU body or agency), European Union Agency for Fundamental Rights (EU body or agency), & Eurostat (European Commission). (2024). *EU gender-based violence survey: Key results : experiences of women in the 27 EU Member States*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/4526264>
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>
- Frauenhauskoordinierung e. V. (2025). Qualitätsempfehlungen für Frauenhäuser. https://www.frauenhauskoordinierung.de/fileadmin/redakteure/Publikationen/2025-03-24_FHK_Publ_QE_2024_final.pdf
- *Frühe Hilfen Südtirol | Autonome Provinz Bozen—Südtirol*. (o. J.). Abgerufen 21. Oktober 2025, von <https://soziales.provinz.bz.it/de/kinder-und-jugendhilfe/fruehe-hilfen-fuer-familien-sudtirol>
- *GEA - HOME | GEA*. (o. J.). Abgerufen 23. Oktober 2025, von <https://www.casadelledonnebz.it/>
- *Gewalt an Frauen: Beratungsstellen für Frauen in Gewaltsituationen und Wohneinrichtungen - 2023 | Publikationen und verschiedene Statistiken diverser Themen*. (o. J.). Abgerufen 17. Mai 2025, von <https://astat.provinz.bz.it/de/publikationen/gewalt-an-frauen->

[beratungsstellen-fur-frauen-in-gewaltsituationen-und-wohneinrichtungen-2023](#)

- Gibson, C. J., Huang, A. J., McCaw, B., Subak, L. L., Thom, D. H., & Van Den Eeden, S. K. (2019). Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Internal Medicine*, 179(1), 80–87. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5233>
- hello@interactivethings.com, I. T. (o. J.). *Violence Info – Intimate partner violence*. Abgerufen 28. Februar 2025, von <http://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence>
- <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>
- Intern, N. (2020, Oktober 27). *The Cycle of Domestic Violence—National Center for Health Research*. <https://www.center4research.org/the-cycle-of-domestic-violence/>, <https://www.center4research.org/the-cycle-of-domestic-violence/>
- *Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women* | *British Journal of Midwifery*. (o. J.). Abgerufen 12. August 2025, von <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2015.23.6.412>
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2023, Februar). *Mortalità materna: le stime OMS dal 2000 al 2020 e i dati della Sorveglianza italiana ItOSS*. <https://www.epicentro.iss.it/materno/trend-mortalita-materna-2000-2020>

- Kabir, Z. N., Nasreen, H.-E., & Edhborg, M. (2014). Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6–8 months after childbirth in rural Bangladesh. *Global Health Action*, 7, 10.3402/gha.v7.24725. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24725>
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267(23), 3176–3178. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480230068030>
- McLeer, S. V., & Anwar, R. A. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*, 79(1), 65–66. <https://doi.org/10.2105/AJPH.79.1.65>
- Mendoza-Huertas, L., Mendoza, N., & Godoy-Izquierdo, D. (2024). Impact of violence against women on quality of life and menopause-related disorders. *Maturitas*, 180. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107899>
- *Menopause*. (o. J.). Abgerufen 17. Juli 2025, von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- *Ministero della Giustizia*. (1930). *Codice Penale - Art. 572: Maltrattamenti contro familiari e conviventi (Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, aggiornato al 9 agosto 2019)*. Normattiva. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:regio.decreto:1930-10-19;1398!vig=>
- *Ministero della Giustizia*. (1930/2024). *Codice penale italiano*. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <https://www.gazzettaufficiale.it/codici/penale>

- *Ministero della Giustizia.* (2023). Codice Penale: Articolo 572 – Maltrattamenti contro familiari e conviventi. <https://www.normattiva.it/>
- Mueller, I., & Tronick, E. (2019). Early Life Exposure to Violence: Developmental Consequences on Brain and Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 156. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156>
- Normann, A. K., Bakiewicz, A., Kjerulff Madsen, F., Khan, K. S., Rasch, V., & Linde, D. S. (2020). Intimate partner violence and breastfeeding: A systematic review. *BMJ Open*, 10(10), e034153. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034153>
- *Postpartum Depression.* (o. J.). Abgerufen 16. Juli 2025, von <https://www.acog.org/womens-health/faqs/postpartum-depression>
- *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)—Psychiatrische Erkrankungen.* (o. J.). MSD Manual Profi-Ausgabe. Abgerufen 2. August 2025, von <https://www.msmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsstörung-ptbs>
- Santambrogio, J., Colmegna, F., Biagi, E., Caslini, M., Giacomo, E. D., Stefana, A., Dakanalis, A., & Clerici, M. (2021). Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: Uno studio trasversale nella psichiatria di comunità. *Rivista di Psichiatria*, 56(1), 26–35.
- Schröttle, M. (2024, November). Gewalt im Geschlechterverhältnis im engen sozialen Nahraum. Bundesstiftung Gleichstellung. <https://www.bundesstiftunggleichstellung.de/wissen/themenfelder/gewalt-imgeschlechterverhaeltnis-im-engen-sozialen-nahraum/>

- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508–512.
- Siller, H., König-Bachmann, M., Perkhofer, S., & Hochleitner, M. (2022). Midwives Perceiving and Dealing With Violence Against Women: Is It Mostly About Midwives Actively Protecting Women? A Modified Grounded Theory Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4), 1902–1932.
<https://doi.org/10.1177/0886260520927497>
- Sozialdienste Bezirksgemeinschaft Eisacktal. (n. d.) Beratungsstelle für Frauen in Gewaltsituationen
https://www.bzgeisacktal.it/de/Sozialdienste/Frauenhausdienst/Beratungsstelle_fuer_Frauen_in_Gewaltsituationen
- Stiefel, A., Brendel, K., Bauer, N., & Heinzl, S. (Hrsg.). (2020). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. aktualisierte und erweiterte Auflage). Thieme.
- *Vorzeitiger Blasensprung (Premature Rupture of Membranes, PROM)—Gesundheitsprobleme von Frauen*. (o. J.). MSD Manual Ausgabe für Patienten. Abgerufen 2. August 2025, von
<https://www.msdmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-frauen/schwangerschaftskomplikationen/vorzeitiger-blasensprung-premature-rupture-of-membranes-prom>
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health

Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 494–511.

<https://doi.org/10.1177/15248380231155529>

- Zvara, B. J., & Mills-Koonce, R. (2021). Intimate Partner Violence, Parenting, and Children's Representations of Caregivers. *Journal of interpersonal violence*, 36(21–22), NP11756–NP11779.

<https://doi.org/10.1177/0886260519888527>

Anhang

Interviewleitfaden:

3) Allgemeine Einschätzung und Erfahrung

Stellen Sie sich bitte kurz vor (Berufsbezeichnung, Tätigkeitsschwerpunkt).

Inwiefern kommen Sie in Ihrem Arbeitsalltag in Kontakt mit Frauen, die IPV erleben oder erlebt haben?

4) Die aktuelle Situation – Welche Rolle hat die Hebamme?

Wird das Thema IPV von den Hebammen gegenüber allen Frauen, die betreut werden, angesprochen und nach der persönlichen Erfahrung der Patientin mit dem Thema gefragt?

Wie läuft das Procedere bei einem konkreten Fall von IPV ab?

Werden Richtlinien und/oder Protokolle zur Verfügung gestellt? Wenn ja, welche?

Können oder müssen die Hebammen, welche im Sprengel tätig sind, Fort- und Weiterbildungen zum Themenbereich „Gewalt gegen Frauen“ absolvieren?

Werden die Hebammen im Sprengel auf den Umgang mit betroffenen Frauen vorbereitet? Falls ja, wie?

Gibt es interdisziplinäre Netzwerke und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen? Falls ja, welche?

5) Weiterentwicklung – Welche Schritte fehlen noch für eine optimale Betreuung?

Wie schätzen Sie die Relevanz einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung für das Outcome von betroffenen Frauen ein?

Was würden Sie, in der Rolle der Hebamme sich für die Hebammenarbeit in Bezug auf IPV für die Zukunft wünschen?

Transkript Interview

Datum: 1. 10. 2025 Uhrzeit: 16:00 – 16:30 Uhr

Interviewerin: Lea Elisabeth Dietl

Interviewpartnerin: Frau Lisa Giacosa, Hebamme tätig im
Gesundheitssprengel Bozen als Hebamme

Intervistatrice: Mi presento brevemente, sono Lea, studentessa ostetrica e sto scrivendo la mia tesi sul ruolo delle ostetriche nella violenza domestica. Per quel motivo oggi ci siamo incontrate per parlare delle tue esperienze. Prima di iniziare: puoi presentarti brevemente e spiegare il tuo ambito di lavoro?

Intervistato: Ok! La prima mia formazione è stato come infermiera. Ho lavorato per cinque anni in una chirurgia vascolare, dopo ho fatto il diploma di ostetrica e ho lavorato in sala parto per diciassette anni. Poi ho fatto il riconoscimento della triennale e ho fatto anche il master in coordinamento. Adesso da 2014 sono qua sul territorio e lavoro come ostetrica.

Intervistatrice: Ok, grazie! Nella tua esperienza, incontri delle donne che hanno vissuto o vivono con violenza da parte del partner intimo?

Intervistato: Tantissime! Tantissime e non per forza straniere! Abbiamo anche delle mamme “nostre” che vivono e che tutt’ora vivono con un partner/marito che sono violenti. Purtroppo sì!

Intervistatrice: Il tema della violenza domestica viene affrontato dalle ostetriche con tutte le donne assistite, chiedendo anche direttamente l’esperienza personale della paziente?

Intervistato: Ah scusami mi sono dimenticata di dirti che dal 2019 sono parte del team dei sostegni familiari precoci. Prima solo per il distretto don bosco, ormai su tutta Bolzano e per cui questi situazioni qui gli riscontro ancora di più.

Perche io sono riferimento, bene o male, delle ostettrici o del personale sanitario su tutto il territorio. E la base principale di questo è creare una relazione con la donna, con la famiglia. Se tu non le dai il tempo, di fidarsi di te, la mamma non ti racconterà mai niente. Per cui, sì, è importante creare quel rapporto di fiducia professionale quasi amichale perche solo se la donna si possa aprire te la possa confessare. Perche non lo va a raccontare a tutti, no? Per cui devi entrare in questa relazione di fiducia e questo richiede tanto tempo! Tanto tempo e non è la prestazione sanitaria ma la prestazione relazionale che dev'essere aperta. Nel gruppo dei sostegni familiari precoci lavoro in collaborazione con la sociologa, la psicoterapista e con la educatrice. E loro mi hanno insegnato tante di queste cose.

Intervistatrice: Cosa succede quando viene scoperto un caso di violenza?

Intervistato: Allora, questa è la differenza se sono dei minori o meno. Allora se ci sono dei minori bisogna rivolgerci al tribunale dei minori. Perché quel minore lì è lui che dev'essere tutelato. La mamma quando è in gravidanza o anche aldi fuori della gravidanza, noi vediamo le mamme dalla nascita fino alla morte, per cui noi abbiamo anche le anziane che vengono. E spesso le donne vengono con una scusa. Una scusa che può essere la richiesta di contraccettivi richiedono informazioni sui contraccettivi, un controllo del peso del bambino anche dopo un anno. Può esserci la scusa per venire e poi in qualche modo fa una richiesta d'aiuto e viene a confessartelo. Poi se la signora non ha figli minori e manifesta una violenza, allora la si mette davanti all'eventualità che dev'essere lei a denunciare. C'è una associazione GEA e eventualmente le possiamo proporre di andare attraverso loro da un avvocato. Però in assenza di minori dev'essere la donna stessa che si attiva. Senza la sua volontà non fai niente! Dalle formazioni che abbiamo fatti anche in passato è stato visto dagli studi che, se non è lei attivarsi perché ne è veramente convinta, continuerà a tornare in questa violenza. Continuerà perché non è convinta, perché pensa di poter salvare questo uomo perché in qualche modo si sente anche in colpa.

Per cui va fatto un percorso sia psicologico di presa di coscienza che capisca che non è giusto quello che sta succedendo, che non è colpa sua se lo sta subendo, ma poi dev'essere anche sostenuta dal punto di vista legale e anche tutelativo. Perché una GEA poi vedono in base alla segnalazione, vedono qual è la gravità ed eventualmente allontanano la signora, ma sempre dietro la sua volontà. Se invece c'è di mezzo un minore bisogna assolutamente attivare il tribunale dei minori perché deve essere tutelato il minore. Perché non c'è solo la violenza sulla donna fisica, c'è anche la violenza economica, psicologica, la violenza assistita – dove ritroviamo i minori. Ti ho risposto?

Intervistatrice: Vorrei solo approfondire una cosa, a parte del primo step che è la denuncia o da parte della donna stessa o da parte dell'ostetrica se c'è un minore, sono ulteriori step che vengono attivate?

Intervistato: La donna dev'essere accompagnata. La donna ha avuto il coraggio di dirmi una cosa, io non posso mollarle e dirle vai all'avvocato, vai alla GEA, vai allo psicologo. Perché difficilmente riuscirà, perché abbiamo sempre a base abbiamo sempre quella relazione per cui si è aperta con me e io sono quella che in qualche modo la deve supportare e accompagnare. Per cui eventualmente esistono anche l'accompagnamento ai vari servizi, la chiamata insieme alla GEA in modo che non debba essere lei a richiamare perché se fai così l'hai persa. L'hai persa e non hai dato nessun aiuto.

E invece, se tu la accompagni, lei sa di non essere sola. Sempre in accordo con lei, tu le dici tutte le possibilità che ci sono. Se lei vuole aspettare, non fai nulla. Ma intanto sa di poterne parlare con te! A volte ci sono anche delle donne che vengono solo per sfogarsi. Va bene, ti sei sfogata. Le dici che cosa potrebbe fare e se lei non vuole va bene. Non è che le chiudi la porta, no?

Intervistatrice: Certo!

Intervistato: Ecco!

Intervistatrice: Esistono protocolli o linee guida da seguire? Quali?

Intervistato: Allora esistono die protocolli da seguire in collaborazione anche con la polizia e la questura, con il pronto soccorso, il progetto Erika anche. Sì protocolli solo questi. E ovviamente la rete che c'è sul territorio anche.

Intervistatrice: Le ostetriche possono o devono fare corsi di formazione sul tema della violenza contro le donne?

Intervistato: Assolutamente sì! Devono farle perché, a parte della campagna Erika oppure non so se l'hai visto su Instagram c'è una campagna di sensibilizzazione dove le donne attirano l'attenzione in qualche modo, poi fanno questo gesto (stringe il pugno) che dovrebbe far capire a tutti che sono in pericolo. Uno o nell'altro modo tutti lo dovremmo conoscere questo, soprattutto le ostetriche perché siamo comunque a diretto contatto con le donne. Siamo le prime che con qualche scusa riescono ad averne un primo contatto con la donna, se la donna si fida però. E soprattutto le ostetriche perché appunto hai l'ambulatorio, il consultorio, in gravidanza o dopo la nascita e abbiamo più contatto con le donne.

Intervistatrice: E in che frequenza vengono fatti i corsi di formazione?

Intervistato: Ma sono ogni sei mesi se non sbaglio. Adesso c'è una formazione con la GEA, è sempre la GEA che gli porta avanti in collaborazione con la azienda sanitaria.

Intervistatrice: Le ostetriche nel territorio vengono preparate alla gestione delle donne vittime di violenza? Se sì, in che modo?

Intervistato: Con le formazioni e con la sensibilizzazione. Poi come referente se hanno bisogno o difficoltà mi chiamano e io dico come agire. Si può scegliere di dire alla donna di venire a fare un colloquio con me oppure la ostetrica a cui si è rivolta decide di farlo. Allora io posso dargli un consiglio, dicendo guarda le dici questo, questo e questo e poi l'ostetrica lo porta avanti. E senno loro stesse possono consigliare cosa fare perche sicuramente lo sanno.

Intervistatrice: Hai già risposto un po' a questa domanda però ci sono reti o collaborazioni con altri professionisti?

Intervistato: Sì, personale sanitario, personale di pubblica tutela come si chiama la polizia, la questura, i vigili umani. Ci sono le collaborazioni del progetto Erika, il team dei sostegni familiari precoci, ma più il progetto Erika qui in Alto Adige.

Intervistatrice: Ho ancora due domande sulle prospettive future. Quanto pensi sia importante un'assistenza continua da parte dell'ostetrica per migliorare l'outcome delle donne vittime di violenza?

Intervistato: Tantissimo! E leggo qui anche la prossima domanda cosa manca per migliorare l'assistenza – il tempo! Il tempo che venga riconosciuto. Perché il sistema sanitario è fatto di numeri e prestazioni, la relazione soprattutto se c'è una donna che tu vuole parlare di determinate cose, non può essere legata a quel quarto d'ora della prestazione, così la donna non si sentirà mai accolta. Per cui sicuramente un tempo che può essere dedicato alla relazione, tempi di visita, di controlli e di accessi più lunghi che poi comunque possono essere variabili! Non ci manca il lavoro. Però abbiamo bisogno proprio di dedicare del tempo a quella signora per farle quella domanda in più, che è qual'è la tua rete, chi hai a casa che ti può aiutare. Così arrivi pian piano a farti aprire questa signora. Sicuramente determinante è il tempo, il tempo per creare relazione e empatia.

Intervistatrice: Ok. Tu personalmente come ostetrica cosa vorresti cambiare o migliorare nel lavoro riguardo la violenza del partner intimo?

Intervistato: Allora, sempre questo! Dare sostegno, magari fare dei gruppi di autoaiuto. Perché la violenza è molto più frequente di quello che crediamo. Direi che su 10 donne 7 subiscono una violenza di qualche tipo. Non per forza fisica, basta anche quella economica, psicologica. È molto sottile, è molto da capire. Per questo io farei dei gruppi per fare capire alle donne, anche gruppi informative, campagne e pubblicità. Adesso sta già succedendo tanto riguardo

30 anni fa. Però devono riconoscere le ragazze già dalla scuola, già dagli asili. Perché statisticamente la maggior parte delle violenze sono proprio consumate in casa. Per quello bisognerebbe già partire e far capire già ai bambini, maschi e femmine, il rispetto della persona e che cosa è violenza. Cosa è violenza, da quando è violenza e a chi rivolgersi. Questo già sarebbe tanta roba!

Con la educazione socio-affettiva e sessuale sai che facciamo comunque nelle scuole, ma bisognerebbe partire già prima! Solo che va erogata come richiesta da parte della scuola, e non tutte le scuole lo richiedono. Invece dovrebbe proprio entrare nel curriculare, nel programma. Però siamo anche poche! E le risorse che abbiamo sono poche. Perché non viene riconosciuto una prevenzione primaria, questa sarebbe la prevenzione primaria. E siccome la prevenzione non è monetizzabile, non si può calcolare, è difficile a far capire a determinati livelli l'importanza. Ti dicono: ma quella cosa lì quanti numeri sono? Eh no, non sono numeri, però! Lo vedrai casomai al lungo termine e nel tempo. Però finché non danno il valore a questa così qui allora possiamo parlarne finché vogliamo. Tutto qui!

Intervistatrice: Sì. Da parte mia abbiamo fatto tutto

Intervistato: Ahh ok! Spero di averti risposto!

Intervistatrice: Va bene, grazie mille del tuo tempo!

Intervistatrice: Figurati! In caso mai il mio numero ce l'hai, se hai bisogno!

Eidesstattliche Erklärung

Als einzige Verfasserin dieser Diplomarbeit hafte ich für deren Inhalte im Sinne des Gesetztes über das Urheberrecht.

Ich erkläre, diese Arbeit unter Einhaltung der geltenden Bestimmungen des Urheberrechtes und des Zivilgesetzbuches selbst verfasst zu haben.

Bozen, 21. November 2025

Ort, Datum

Lea Elisabeth Dietl

Unterschrift