

ABSCHLUSSBERICHT

BEFRAGUNG ZUR VERSORGUNG VON MENSCHEN NACH GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN UND NACH SEXUALISIERTER GEWALT IN BERLINER NOTAUFNAHMEN

Projektlaufzeit August 2019 – April 2020

Laurette Rasch^{1,2}, Lena Plamp^{1,2}

&

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin^{1,2,3}

¹ Studierende/Lehrende der Berlin School of Public Health

² Für dieses Projekt beschäftigt bei S.I.G.N.A.L. e. V.

³ Professorin für interprofessionelle Handlungsansätze in Public Health an der ASH Berlin,
Berlin School of Public Health

Anmerkungen der Autor*innen

Interessenkonflikt: Das Projekt war bei der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt, des S.I.G.N.A.L. e.V. angesiedelt. Finanziert wurde das Projekt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin.

Korrespondenz: Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin (tezcan@ash-berlin.eu)



ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

GESCHLECHTERGERECHTE SPRACHE	I
1 EINLEITUNG	1
1.1 Begriffsbestimmung	2
1.2 Public Health Relevanz	3
1.3 Bedeutung der Notaufnahme	5
1.4 Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt	6
1.5 Befragungen der Berliner Notaufnahmen	7
2 FORSCHUNGSSTANDANALYSE	9
3 METHODE	16
3.1 Studiendesign	16
3.2 Vorgehen	18
3.3 Datenschutz	19
3.4 Auswertung der Ergebnisse	20
4 ERGEBNISSE	21
4.1 Versorgungsangebote für Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen	21
4.1.1 Frage nach Gewalt in Paarbeziehung	21
4.1.2 Dokumentation	22
4.1.3 Personal	25
4.1.4 Fortbildungen	27
4.1.5 Zuhören und Beraten	28
4.1.6 Einzelaspekte Versorgung	29
4.1.7 Angebote zum Schutz der Patient*innen	32
4.1.8 Kinder	33
4.1.9 Weiterführende Angebote	37
4.2 Versorgungsangebote für Patient*innen nach sexualisierter Gewalt	39
4.2.1 Dokumentation	39
4.2.2 Personal	43
4.2.3 Fortbildungen	45
4.2.4 Zuhören und Beraten	46
4.2.5 Einzelaspekte Versorgung	47
4.2.6 Umfang der Angebote	49
4.2.7 Weiterführende Angebote	51
4.3 Rahmenbedingungen zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt	53
4.3.1 Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt	53
4.3.2 Barrierefreiheit und auf eine vielfältige Bevölkerung ausgerichtete Versorgung	54

4.3.3 Zuständigkeiten bei Gewalt in Paarbeziehungen	56
4.3.4 Zuständigkeiten bei sexualisierter Gewalt	57
4.3.5 Kinderschutz	58
4.3.6 Weitere geplante Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen	58
4.3.7 Versorgungsangebote der Klinik für von Gewalt betroffene Patient*innen	59
4.3.8 Kooperationsvereinbarungen mit weiterführenden Versorgungs-, oder Beratungseinrichtungen	60
4.3.9 Personal/Hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz	61
4.3.10 Angebote psychosozialer Entlastung für das Personal	61
5. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE ENTLANG DER WHO-LEITLINIEN	62
6. FAZIT	70
6.1 Kritische Würdigung und Limitationen	72
6.2 Ethik	74
LITERATUR	

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Quelle: WAVE, 2019 ..4	
Abbildung 2: Kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Versorgung. Quelle: Vietze, 2013..... 8	8
Abbildung 3: Identifikation relevanter Literatur (adaptiert vom PRISMA Flow Diagramm) (PRISMA 2009) 11	11
Abbildung 4: Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent) 21	21
Abbildung 5: Zeitpunkt für Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n=28; Mehrfachangaben möglich, keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent) 22	22
Abbildung 6: Angebot einer über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehenden, gerichtsverwertbaren Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)..... 23	23
Abbildung 7: Überweisung an eine andere Einrichtung, wenn keine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen angeboten wird (n = 28; Angaben in Prozent)..... 24	24
Abbildung 8: Fotografische Dokumentation von Verletzungen bei gerichtsverwertbarer Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent) 24	24
Abbildung 9: Hindernisse für die Umsetzung gerichtsverwertbarer Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent) 25	25
Abbildung 10: Möglichkeit, in Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen speziell zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)..... 26	26
Abbildung 11: Hinzuziehen von externem Personal, wenn in der Notaufnahme kein zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal vorhanden ist (n = 28; Angaben in Prozent)..... 26	26
Abbildung 12: Fortbildungsangebote für das Personal der Notaufnahme zu Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent)..... 27	27
Abbildung 13: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent) 29	29
Abbildung 14: Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen ohne die Anwesenheit von Begleitpersonen (n = 28; Angaben in Prozent)..... 30	30
Abbildung 15: Versorgung von Jugendlichen (bis unter 18 Jahre) nach Gewalt in Paarbeziehungen ohne Einbezug der Erziehungsberechtigten (n = 28; Angaben in Prozent) 30	30
Abbildung 16: Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind, nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent) 31	31
Abbildung 17: Versorgung von Menschen, die gesetzlich betreut werden und Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, ohne Einbezug der betreuenden Person (n = 28; Angaben in Prozent) 32	32
Abbildung 18: Angebote zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit bei Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent) 32	32
Abbildung 19: Angebot der kurzfristigen Aufnahme zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent) 33	33
Abbildung 20: Frage nach dem Zusammenleben mit Kindern bei von Gewalt betroffenen Patient*innen (n = 28; Angaben in Prozent)..... 34	34
Abbildung 21: Weitere Maßnahmen/Angebote/Einbezug externer Stellen wenn von Gewalt betroffene Patient*innen die Verantwortung für Kinder tragen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent) 35	35
Abbildung 22: Einbezug externer Stellen wenn von Gewalt betroffene Patient*innen die Verantwortung für Kinder tragen auch ohne die explizite Zustimmung der Erziehungsberechtigten (n = 28; Angaben in Prozent)..... 36	36
Abbildung 23: Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Thema Kinderschutz (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).... 37	37
Abbildung 24: Art der Informationen zu weiterführenden Angeboten bei Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).... 37	37
Abbildung 25: Art der weiterführenden Angebote, über die nach Gewalt in Paarbeziehungen informiert wird (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)..... 38	38

Abbildung 26: Form der Informationsvermittlung zu weiterführenden Angeboten nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	39
Abbildung 27: Angebote zur Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 15; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)...	40
Abbildung 28: Nutzung des Dokumentations-Bogens zur gerichtsverwertbaren Dokumentation nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent).....	41
Abbildung 29: Nutzung eines Sets zur Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent).....	41
Abbildung 30: Hindernisse für die Umsetzung der gerichtsverwertbaren Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	42
Abbildung 31: Möglichkeit, in Fällen von sexualisierter Gewalt speziell zum Thema sexualisierte Gewalt geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)	43
Abbildung 32: Hinzuziehen von externem Personal, wenn in der Notaufnahme kein zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal vorhanden ist (n = 28; Angaben in Prozent).....	44
Abbildung 33: Fortbildungsangebote für das Personal der Notaufnahme zu sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent)	45
Abbildung 34: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent).....	46
Abbildung 35: Versorgung nach sexualisierter Gewalt ohne die Anwesenheit von Begleitpersonen (n = 28; Angaben in Prozent)	47
Abbildung 36: Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind, nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent).....	48
Abbildung 37: Versorgung von Menschen, die gesetzlich betreut werden und sexualisierte Gewalt erlebt haben, ohne Einbezug der betreuenden Person (n = 28; Angaben in Prozent)	49
Abbildung 38: Versorgungsangebote nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	50
Abbildung 39: Versorgungsangebote nach sexualisierter Gewalt ohne Anzeigerstattung (n = 28; Angaben in Prozent).....	51
Abbildung 40: Art der weiterführenden Angebote, über die nach sexualisierter Gewalt informiert wird (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	52
Abbildung 41: Form der Informationsvermittlung zu weiterführenden Angeboten nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	53
Abbildung 42: Hindernisse für die Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	54
Abbildung 43: Barrierefreiheit und auf eine vielfältige Bevölkerung ausgerichtete Versorgung in der Notaufnahme (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	55
Abbildung 44: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen (unterteilt in SOP, Konzept, Verantwortliche in Klinik, Verantwortliche in Notaufnahme; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	56
Abbildung 45: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach sexualisierter Gewalt (unterteilt in SOP, Konzept, Verantwortliche in Klinik, Verantwortliche in Notaufnahme; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	57
Abbildung 46: Kinderschutzkonzept (n = 28; Angaben in Prozent).....	58
Abbildung 47: Weitere geplante Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	59
Abbildung 48: Hinweisarten auf Versorgungsangebote der Klinik für von Gewalt betroffene Patient*innen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent).....	59
Abbildung 49: Kooperationsvereinbarungen mit weiterführenden Versorgungs- oder Beratungseinrichtungen (n = 28; Angaben in Prozent).....	60

Abbildung 50: Hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz (n = 28; Angaben in Prozent)	61
Abbildung 51: Psychosoziale Entlastungsangebote für das Personal der Notaufnahme, das Patient*innen, die sexualisierte und/oder Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, betreut (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	62
Abbildung 52: Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %, Angaben in Prozent)	63
Abbildung 53: Möglichkeit, in Fällen von sexualisierter Gewalt/Gewalt in Paarbeziehungen speziell zum Thema sexualisierte Gewalt (SG)/Gewalt in Paarbeziehungen (PG) geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)	64
Abbildung 54: Hindernisse für die Versorgung nach sexualisierter Gewalt/Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	65
Abbildung 55: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt (SG)/Gewalt in Paarbeziehungen (PG) zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent)	66
Abbildung 56: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach sexualisierter Gewalt (SG) und Gewalt in Paarbeziehungen (PG) (unterteilt in SOP und Konzept; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)	69
Tabelle 1: Entwicklung der Suchstrategie	9
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	10

Abkürzungsverzeichnis

HIV – Human Immunodeficiency Virus
 IPV – Intimite Partner Violence
 PEP – Postexpositionsprophylaxe
 SOP – Standard Operating Procedure
 STI – Sexually Transmitted Infection
 WHO – World Health Organisation

Geschlechtergerechte Sprache

In diesem Bericht wird der Asterisk (*) als sogenanntes Gendersternchen verwendet.

Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung stellt zur Verwendung geschlechtergerechter Sprache fest:

„Sprache ist ein Spiegel unseres Zusammenlebens, ein Instrument, das Bedürfnisse nach Mitteilung und Verständigung erfüllt, aber auch ein Instrument der Machtausübung und des Ausschlusses.“
(Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung N.N.)

Mit Bezug auf das Grundgesetz und das 1997 in einer Resolution der Vereinten Nationen verabschiedete „Gender Mainstreaming“ stellt die Berliner Senatsverwaltung fest:

Der Begriff des Gender Mainstreaming ist der international eingeführte Fachterminus für eine geschlechterpolitische Strategie, deren Ziel die Herstellung von Chancengleichheit ist. ‚Gender‘ bedeutet Geschlecht als soziale Kategorie, d. h., die regelmäßige Zuordnung von Rollen, Aufgaben und gesellschaftlichen Positionen an ein Geschlecht. ‚Mainstreaming‘ bedeutet, dass Gender für jedes Handeln von Verwaltung und Politik eine zentrale Dimension darstellt, die es zu berücksichtigen gilt. Gender Mainstreaming ist also ein Verfahren oder eine Herangehensweise, mit deren Hilfe das Ziel der Gleichstellung der Geschlechter erreicht werden soll. Gender Mainstreaming stellt nicht in Frage, dass es Geschlechter gibt, sondern befähigt dazu, die Bedeutung von Geschlecht in dem jeweiligen Fachgebiet zu erkennen und Maßnahmen im Sinne von Geschlechtergerechtigkeit zu gestalten. (Abgeordnetenhaus Berlin 17. Wahlperiode 2016)

Die Alice-Salomon Hochschule verwendet das

[Gendersternchen](#) (*) hinter ‚Frauen‘ als Verweis auf den Konstruktionscharakter von ‚Geschlecht‘. Die geschlechtliche Identität ist nichts naturgegeben Festes. Es soll verdeutlichen, dass sich der Begriff „Frau*“ hier auf alle Personen bezieht, die sich unter der Bezeichnung "Frau" definieren, definiert werden und/oder sich sichtbar gemacht sehen. Im Hinblick auf Benachteiligung und Diskriminierung gegenüber Menschen, die sich nicht in der Norm von Zweigeschlechtlichkeit verorten können oder wollen, sieht das Team der Frauen*beauftragten der ASH Berlin auch ihre Verantwortung gegenüber trans*, inter* und nicht-binären Menschen. Dabei ist klar, dass bereits die Einordnung geschlechtlicher Vielfalt unter dem Begriff "Frauen*" eine Wiederholung von Ausschlüssen ist und somit nicht als Lösung, sondern nur als Prozess verstanden werden kann. (Rosenstreich, 2019)

Dieser Bericht befasst sich mit den Themen der Gewalt in Paarbeziehungen und /oder sexualisierter Gewalt. Frauen* sind aus strukturellen Gründen häufiger und neben dem Bereich der körperlichen Gewalt auch auf materieller Ebene regelmäßig stärker betroffen als Männer*. Grundsätzlich gilt, dass Gewalt gegen jeden einzelnen Menschen zu verurteilen ist. Auch dies bemüht sich die Studie und der Bericht im Sinne des Gender Mainstreaming deutlich zu machen. Es wird nicht nur von Gewalt gegen Frauen* gesprochen und nicht nur an Frauen* gedacht, sondern der Geschlechtseintrag ‚divers‘ und die hiermit bezeichneten Menschen, sowie Männer* in die Wahrnehmung mit einbezogen.

Umstritten ist der Asterisk aufgrund der nicht vorhandenen digitalen Lesbarkeit in Dokumenten. Dies ist insbesondere für Menschen, die aufgrund eines beeinträchtigten Sehvermögens, oder andern Gründen nicht lesen können und Menschen, die digitale Übersetzung in Anspruch nehmen von Bedeutung. Daher wird beispielsweise von der Verwaltung der Stadt Lübeck seit 2019 der Doppelpunkt („:“) verwendet, um auf das Kontinuum Geschlecht hinzuweisen (Hansestadt Lübeck, 2019).

Aufgrund der symbolischen Wirkung und des Bekanntheitsgrades des Asterisks wurde dennoch das „Gendersternchen“ für diesen Bericht beibehalten.

1 Einleitung

Mit dem „Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt der sogenannten Istanbul-Konvention“ (Europarat, 2011) werden „alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben“ als Gewalt gegen Frauen bezeichnet (Artikel 3 der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011).

Durch die Ratifizierung (12. Oktober 2017) der Istanbul-Konvention (Europarat, 2011) hat sich Deutschland seit dem Inkrafttreten am 01.02.2018 dazu verpflichtet, Frauen¹ (bff, o.J. a) mithilfe aller staatlichen Organe vor allen Formen von Gewalt zu schützen, Gewalt zu vermeiden und Gewalttaten entsprechend zu sanktionieren (bff, o. J. a).

Im Artikel 15 der Konvention ist festgelegt, dass Berufsgruppen, die im Kontakt mit Menschen, die Gewalt ausgesetzt sind oder mit gewalttätigen Menschen arbeiten, „Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zur Verhütung und Aufdeckung solcher Gewalt, zur Gleichstellung von Frauen und Männern, zu den Bedürfnissen und Rechten der Opfer sowie zu Wegen zur Verhinderung der sekundären Viktimisierung“ erhalten. Eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Sektoren wird angeregt, um „einen umfassenden und geeigneten Umgang mit Weiterverweisungen zu ermöglichen“ (Europarat, 2011). In Bezug auf Interventionen seitens des Gesundheitssystems in Deutschland ist zudem vorgesehen, „die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen [zu treffen], um sicherzustellen, dass Opfer Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten haben, dass Dienste über angemessene Mittel verfügen und dass Angehörige bestimmter Berufsgruppen geschult werden, um die Opfer zu unterstützen und sie an die geeigneten Dienste zu verweisen“ (Artikel 20, § 2 der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011).

¹ Menschen dürfen nicht aufgrund des sozialen Geschlechts, der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsidentität, des Alters, des Gesundheitszustands, einer Behinderung, des Familienstandes, des Migrant*innen- oder Flüchtlingsstatus oder eines beliebigen sonstigen Status, diskriminiert werden (Artikel 53 der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011).

1.1 Begriffsbestimmung

Gewalt im sozialen Nahraum, häusliche Gewalt, Familiengewalt, Gewalt in Partnerschaften, sexualisierte Gewalt, Partner*innenschaftsgewalt sowie Intimate Partner Violence (IPV) sind Ausdrücke, welche versuchen, die Gewalt, der vor allem Frauen* ausgesetzt sind, in Worte zu fassen und damit Aufmerksamkeit für ein häufig als „privat“ und damit als nicht von öffentlichem Interesse betrachtetes Thema herzustellen (siehe u. a. Godenzi, 1996; Chan et al., 2013).

Die „Verurteilung aller Formen von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ im Rahmen der Istanbul Konvention geschieht in „Anerkennung der Tatsache, dass die Verwirklichung der rechtlichen und der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern ein wesentliches Element der Verhütung von Gewalt gegen Frauen ist“, sowie „der Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen der Ausdruck historisch gewachsener ungleicher Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern ist, die zur Beherrschung und Diskriminierung der Frau durch den Mann und zur Verhinderung der vollständigen Gleichstellung der Frau geführt haben“, „der Tatsache, dass Gewalt gegen Frauen als geschlechtsspezifische Gewalt strukturellen Charakter hat“ und „dass Gewalt gegen Frauen einer der entscheidenden sozialen Mechanismen ist, durch den Frauen in eine untergeordnete Position gegenüber Männern gezwungen werden“ (Präambel der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011).

„Gewalt gegen Frauen“ wird in diesem Sinne als eine „Menschenrechtsverletzung und eine Form der Diskriminierung der Frau“ verstanden (Artikel 3 der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011). „Frauen und Mädchen [sind] einer größeren Gefahr von geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt [...] als Männer“, aber auch Männer und Jungen können Gewalt im Kontext von Beziehungen ausgesetzt sein (Präambel der Istanbul-Konvention, Europarat, 2011; siehe auch Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“, 2019).

Vor diesem Hintergrund wird in der durchgeführten Befragung und dem vorliegenden Abschlussbericht der Ausdruck **Gewalt in Partnerschaften** verwendet. Dieser Begriff beschreibt das Verhalten einer/s Beziehungspartner*in, das körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schaden oder Leid herbeiführt, einschließlich körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und kontrollierendem Verhalten. Diese Definition umfasst Gewalt durch aktuelle und ehemalige Ehepartner*innen, Lebensgefährt*innen und andere Beziehungspartner*innen. Synonym oder überschneidend verwendete Begriffe sind

unter anderem häusliche Gewalt, Partner*innengewalt und Intimate Partner Violence (Angelehnt an: WHO, 2013 b, Glossar; siehe Anhang 2).

Mit dem Ausdruck „**Sexualisierte Gewalt**“ wird die Funktionalisierung von Sexualität zur Ausübung von Gewalt beschrieben (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2019; siehe Anhang 2).

Ersthilfe

In den WHO-Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen umfasst das Konzept der **Ersthilfe** „das Mindestmaß an (primär psychologischer) Unterstützung und Bestätigung des Erlebten, welches alle Frauen mit Gewalterfahrung erhalten sollten, die sich einem/einer Mitarbeiter/in im Gesundheitswesen (oder aus einem anderen Bereich) anvertrauen. [Es] teilt viele Aspekte der sogenannten „psychologischen Ersten Hilfe“ im Kontext von Notsituationen mit traumatischen Erlebnissen“ (WHO, 2013 b, Glossar). Darüber hinaus betonen Wieners und Winterholler (2016), dass Ersthilfe unmittelbar verfügbar sein, vertraulich und unter der Wahrung der Privatsphäre stattfinden sollte. Jede Gesundheitsfachkraft sollte Ersthilfe anbieten können. Bei einem einmaligen Kontakt, z. B. in Zentralen Notaufnahmen, sollten zudem möglichst viele Aspekte der Ersthilfe sofort realisiert werden (Wieners & Winterholler, 2016).

LGBTIQ*

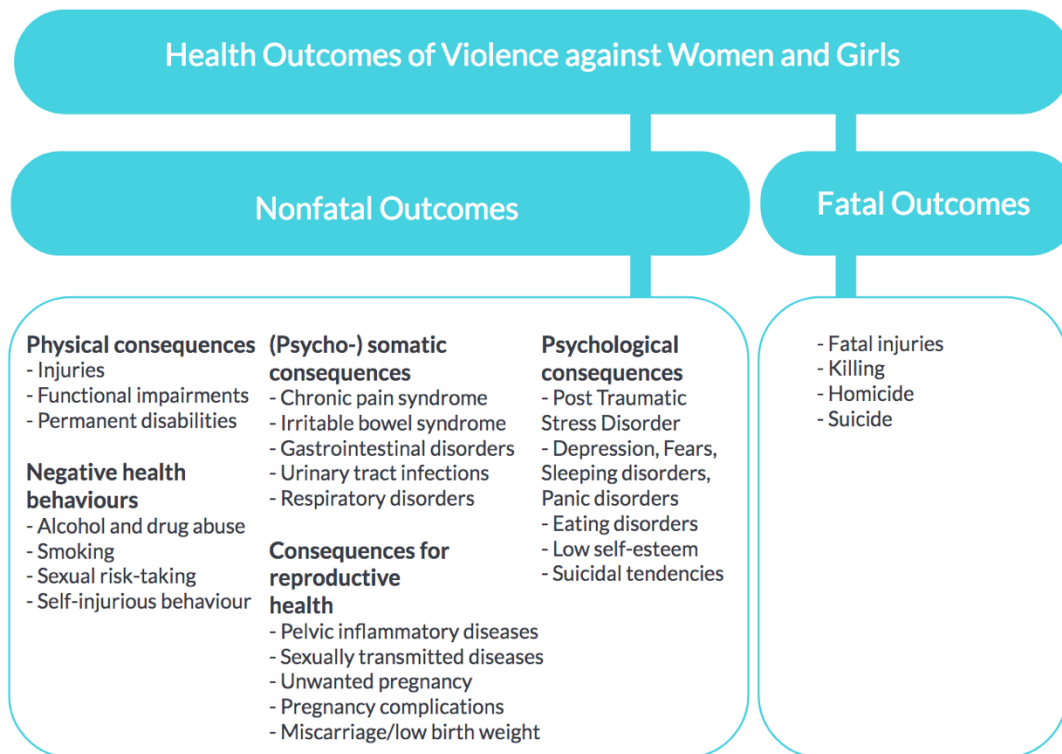
Die Abkürzung LGBTIQ steht für Lesbian, Gay, Bi, Trans, Inter, Queer und der Asterisk „*“ für weitere, nicht benannte Selbstdefinitionen (Sauer, 2017 a; siehe auch WAVE, 2019).

1.2 Public Health Relevanz

Gewalt in Partnerschaften verfestigt sich häufig über längere Zeiträume und ist zumeist mit zunehmenden Eskalationen verbunden. Einem Kontakt zum Hilfesystem inklusive der Versorgung in einer Notaufnahme geht dadurch meist eine lange Zeit voraus, in der Menschen Gewalt ausgesetzt waren (Hellbernd, 2019). Hilfsangebote bestehen intersektoral durch Gesundheits-, Sozial- und private Einrichtungen, welche häufig ohne eine gemeinsame Koordination arbeiten (Olive, 2007; Schröttle et al., 2008; Europarat, 2011).

Gesundheitliche Folgen von Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt sind, wie in der Abbildung 1 am Beispiel der Auswirkungen für Frauen und Mädchen schematisch dargestellt, vielfältig und schwerwiegend (WAVE, 2019; siehe auch Schröttle et al., 2008; WHO, 2013 a). In Deutschland hat etwa jede vierte Frau im Alter zwischen 16 und 85 Jahren

mindestens einmal körperliche und/oder sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft erlebt (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2014) Von 140 755 Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen 2018 in Deutschland waren 81 Prozent der Betroffenen weiblich (BKA, 2019). Eine hohe Dunkelziffer nicht gemeldeter Vorkommnisse wird angenommen (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2014; BMFSFJ, 1999).



Source: Hellbernd et al 2004, CHANGE 1999, all cited in PRO TRAIN 2009

Abbildung 1: Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Quelle: WAVE, 2019

Ungleiche Geschlechterverhältnisse und patriarchale Normen haben Auswirkungen auf Risiko- und protektive Faktoren in Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt (Peterman et al., 2020; WAVE, 2019; Europarat, 2011).

Auswirkungen auf Menschen, welche negativ von Rassismus betroffen sind, geflüchtete Menschen, Menschen in Obdachlosigkeit, Menschen mit Behinderungen, Menschen, die in Heimen/Unterkünften/Gefängnissen leben, ältere Menschen, Sexarbeiter*innen, LGBTIQ* und Menschen in gleichgeschlechtlichen Partner*innenschaften, auf Kinder und Jugendliche als Betroffene und Mitbetroffene sowie intersektional betroffene Menschen sind entsprechend zu berücksichtigen (u. a. Sweetapple, Voß & Wolter, 2020; Williams et al., 2017; Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“, 2019; Europarat, 2011;

bff, o. J. b). Auch die Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt für Männer sind zu beachten und angemessen zu adressieren (Sonnenmoser, 2017; Jungnitz et al., 2013; Puchert et al., 2004; S.I.G.N.A.L. e. V., 2019 a).

1.3 Bedeutung der Notaufnahme

Notaufnahmen stellen einen Schnittpunkt des Gesundheits- und des Hilfesystems dar (WHO, 2013 b; Olive, 2007; Wieners & Winterholler, 2016; Ahmad et al., 2017). Häufig ist der Kontakt zum Gesundheitspersonal in der Notfallversorgung der erste Moment, in dem Gewalt sowie deren Folgen adressiert werden können. Dabei kann Gewalt thematisiert, Präventionsmaßnahmen getroffen, koordinierend unterstützt werden und die Selbstwirksamkeitswahrnehmung der betroffenen Personen erhöht werden (NICE, 2014; Olive, 2007). Für Interventionsmöglichkeiten aus der Perspektive des Gesundheitssystems hat die WHO evidenzbasierte Empfehlungen in Form von Leitlinien (vgl. WHO, 2013 b) entwickelt. Die WHO-Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen (2013) gelten für Interventionen in der Gesundheitsversorgung und umfassen im Wesentlichen (WHO, 2013 b):

- Empathisches Zuhören, offene wertfreie Haltung, Vertraulichkeit, Herstellen von Kontakt zu weiterführenden Diensten bzw. Unterstützungseinrichtungen.
- Ansprechen von Gewalterfahrungen bei Verdacht (z. B. typische Verletzungsbilder, Depression, unerklärte Schmerzsyndrome).
- Abgabe von Notfallkontrazeptiva und Postexpositionsprophylaxe bei Bedarf nach sexualisierter Gewalt.
- Gerichtsfeste Dokumentation aller Befunde (inkl. Spurensicherung).
- Integration der Thematik in die Aus-, Fort-, und Weiterbildung (u. a. Erkennen von Gewalt, Ansprechen, Weitervermitteln).

Bezogen auf die Versorgung im Raum Berlin wurde im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin die Aufforderung formuliert, dass Kliniken mit Zentraler Notaufnahme Konzepte, „welche die adäquate Versorgung von Erwachsenen und Kindern, die von häuslicher und/oder sexueller Gewalt betroffen sind, sicherstellen“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2016), vorweisen müssen. Die Versorgung von Menschen, welche Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben, ist nur ein Aspekt der von Notaufnahmen zu erbringenden Leistungen. Ein 2015 veröffentlichtes Gutachten der deutschen

Krankenhausgesellschaft zeigt auf, dass in Berlin insgesamt circa 800 000 ambulante Behandlungen ohne stationäre Weiterversorgung in Notaufnahmen vorgenommen werden. Hiermit liegt Berlin über dem Bundesdurchschnitt. Eine hohe Auslastung und starker finanzieller Druck sind Folgen, die explizit im Gutachten benannt werden (BKG, 2015). Zudem haben zunehmende Personalengpässe im Bereich der Gesundheitsfachkräfte (Bundesagentur für Arbeit, 2019; ILO, 2020), sowie eine Zunahme an Gewalt gegen Personal im Gesundheitsbereich, insbesondere in Notaufnahmen, Einfluss auf die Arbeitssituation und damit die Versorgung von Patient*innen (DGINA, 2019). Während Gesundheitsfachkräfte sich durch hohe intrinsische Motivation auszeichnen, besteht auf Grund fehlender gesellschaftlicher Anerkennung der Arbeit die Gefahr der beruflichen Gratifikationskrise (DGB, 2018; siehe auch Siegrist, 2015).

1.4 Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt

Im Januar 2019 wurde der „Runde Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“ durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung unter dem Vorsitz der Berliner Gesundheitssenatorin Dilek Kalayci eingerichtet.

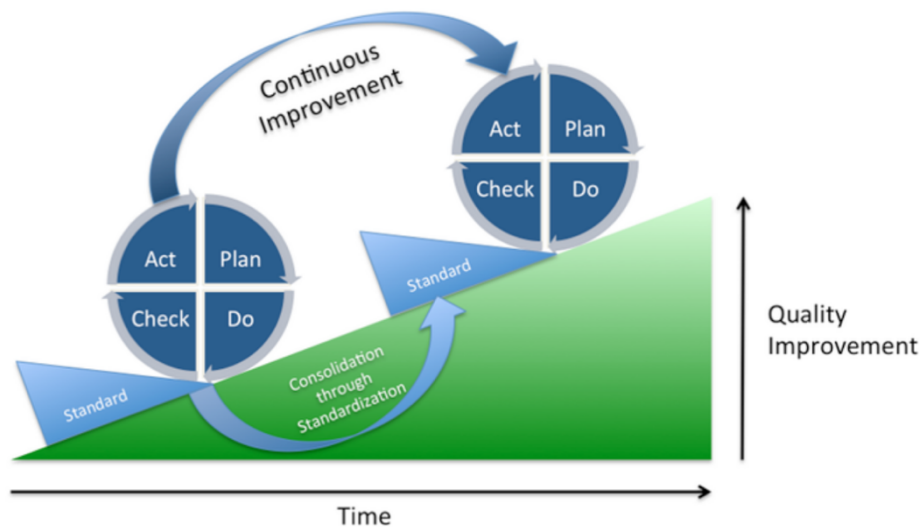
Berlin hat damit „als erstes Bundesland mit der Umsetzung der WHO-Leitlinien zum Umgang mit häuslicher und sexualisierter Gewalt im Rahmen von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2019) begonnen und somit einen Teil der Koalitionsvereinbarungen 2016 von Bündnis 90/Die GRÜNEN, SPD und DIE LINKE umgesetzt (S.I.G.N.A.L. e. V., o. J.). Die Geschäftsstelle des Runden Tisches ist bei S.I.G.N.A.L. e. V. – einem gemeinnützigen Verein, welcher sich für Interventionen im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt einsetzt – verortet. Am Runden Tisch arbeiten „Vertreter*innen von 29 Organisationen, Institutionen und Netzwerken mit. Eingebunden sind vor allem Organisationen des Gesundheitswesens, aber auch des psychosozialen Hilfesystems, der Kinder- und Jugendhilfe, der Gewaltprävention, der Strafverfolgungsbehörden, der Gleichstellungspolitik sowie der Forschung und Wissenschaft“ (S.I.G.N.A.L. e. V., o. J.). Die Befragung wurde im Auftrag des Runden Tisches Berlin durchgeführt. Die Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin, S.I.G.N.A.L. e. V., begleitete als geschäftsführendes Organ die Umsetzung dieses Auftrags.

1.5 Befragungen der Berliner Notaufnahmen

Im Jahr 2013 wurde eine erste Befragung der Berliner Notaufnahmen von der Koordinierungs- und Interventionsstelle zur Förderung der Intervention und Prävention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt des S.I.G.N.A.L. e. V. durchgeführt, welche sich mit der Versorgungssituation von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt befasste (vgl. Wieners & Winterholler, 2016).

Abschließend wurde 2013 festgestellt, dass „Empfehlungen zur Intervention bei häuslicher und sexueller Gewalt [...] in unterschiedlicher Ausprägung in der Praxis angekommen“ und die Versorgung überwiegend von „subjektiven Haltungen und Entscheidungen“ bestimmt seien. Insbesondere die „Mitbetroffenheit und Gefährdung von Kindern [werde] stark unterschätzt.“ Als Handlungsbedarf wurde neben einer „interdisziplinären Fachdiskussion“ und der „Verankerung der Thematik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung“ ein „klarer gesundheitspolitischer Versorgungsauftrag an Kliniken“ und die „Definition verbindlicher Versorgungsstandards“ für die „systematische Umsetzung anerkannter Leitlinien (z. B. WHO)“ sowie die Bedeutung der „Integration von Kinderschutz“ in alle Maßnahmen formuliert (Wieners, Winterholler & Hellbernd, 2014).

Initiiert vom Runden Tisch ist diese Befragung 2019/2020 in angepasster Form von einer Arbeitsgruppe der Berlin School of Public Health in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin und mit Unterstützung der Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA e. V.) und der Berliner Krankenhausgesellschaft wiederholt worden. Finanziert wurde das Vorhaben durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Landes Berlin.



Improving the quality of care in the health system is a continuous process, supported by standards but requiring multiple cycles of planning, implementing, checking and redesigning. © Johannes Vietze

Abbildung 2: Kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Versorgung. Quelle: Vietze, 2013

Im Rahmen dieses Projektes fand eine erneute Befragung der Notaufnahmen Berliner Kliniken statt. Diese hatte zum Ziel, Informationen zur Versorgung **von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt** in Berliner Notaufnahmen zu erhalten. Im Sinne kontinuierlicher Verbesserung der Qualität in der Versorgung (siehe Abb. 2) wurden die Möglichkeiten sowohl zur Umsetzung der WHO-Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ als auch der im Berliner Krankenhausplan 2016 vorgesehenen Entwicklung von Konzepten zur Versorgung erfragt. Hiermit soll zum Erreichen der globalen Nachhaltigkeitsziele (vgl. United Nations, o. J.) und der Umsetzung der Lokalen Agenda 21 mit Gesundheit als Querschnittsthema beigetragen werden (Klemm et al., 2006).

Fokussiert wurde das Ansprechen von, die Ersthilfe nach, sowie die Befundsicherung und die Nachsorge nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt. Neben der Erfassung bereits umgesetzter Maßnahmen, wurden damit einhergehende Herausforderungen betrachtet. Darüber hinaus wurde erhoben, wie viele Kliniken Verantwortlichkeiten für die einzelnen Themengebiete benannt, Konzepte oder standardisierte Verfahren im Umgang mit Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt entwickelt haben, beziehungsweise welche Barrieren und hilfreichen Faktoren hierfür bestehen.

Zudem wurden Maßnahmen zum Kinderschutz, zur Unterstützung der Mitarbeitenden und Gegebenheiten zur Versorgung einer diversen Berliner Gesellschaft erfragt.

2 Forschungsstandanalyse

Um den bisherigen Forschungsstand zu erfassen und den ursprünglichen Fragebogen der Befragung aus dem Jahr 2013 um relevante Aspekte zu erweitern, wurde zu Beginn des Projektes ein Scoping Review (vgl. BAuA, 2014) durchgeführt. Die der Auswertung zugrundeliegende Fragestellung lautet: Wie ist die Versorgung für Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt im Setting der Notaufnahme organisiert?

Es wurde eine Suchstrategie entwickelt, welche für die Suche in der medizinischen Datenbank PubMed angewendet wurde.

Mittels einer Suche in Google, Google Scholar und der Datenbank PubMed wurden im Vorfeld wesentliche Begriffe für die Versorgung in Notaufnahmen von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt identifiziert, welche für die Suche relevant waren (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Entwicklung der Suchstrategie

	Themengebiete	Suchbegriffe für englischsprachige Datenbank
Konzept	Sexualisierte Gewalt	violence (sexual*, intimate, gender based)
	Gewalt in Paarbeziehungen	violence (interpersonal, gender based, domestic, intimate)
	Ersthilfe Krankenhaus	emergency, ambulatory
Kontext	Krankenhaus, Notaufnahme, Deutschland	hospital, emergency room

Abschließend wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen nach relevanten Artikeln gesichtet. Die Ergebnisse wurden von zwei Mitgliedern des Forschungsteams unabhängig voneinander analysiert und anschließend verglichen. Bei Uneinigkeit wurde ein drittes Teammitglied hinzugezogen.

Im Vorfeld wurden entsprechend der Vorgaben zur Durchführung systematischer, nachvollziehbarer und valider Review Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, welche sich auf in medizinischen Datenbanken verwendeten klinischen Begrifflichkeiten beziehen (siehe Tab. 2). Zur besseren Verständlichkeit sind deutsche Übersetzungen in Klammer hinzugefügt.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Veröffentlichungen zwischen 2009 bis 2019 protocol/intervention/guideline (Protokoll/ Intervention/ Leitlinie)	Agitation (unklare Unruhezustände) Workplace safety (Arbeitsplatzsicherheit)
Sexual* violence	Neglect (Vernachlässigung z.B.von Kindern)
Partner violence	Inpatient (Patient*innen nach Aufnahme)
Emergency department, emergency care, ER (Notaufnahme)	Psychiatric unit (Psychiatrie)
Non-accidental injury (nicht durch Unfall entstandene Verletzungen)	Pre-hospital care (Versorgung durch Rettungsdienst oder ambulante Praxen)
englisch- und deutschsprachige Artikel	Accident (Unfall)

In der Datenbank PubMed konnten insgesamt 280 Artikel identifiziert werden. Zusätzlich erfolgte eine erweiterte Literatursuche, indem Schlüsselautor*innen und Expert*innen aus dem Forschungsbereich ermittelt und nach ihren Veröffentlichungen gesucht wurde. Durch ein ausführliches Screeningverfahren durchgeführt von zwei unterschiedlichen Personen und Rücksprache bei Konflikten mit einer dritten Person wurden 34 relevante Artikel identifiziert. Veröffentlichungen relevanter Behörden und Institutionen wurden einbezogen. Diese wurden um eine Recherche zu Diversitätsaspekten ergänzt. Hierdurch wurden zusätzlich 31 relevante Veröffentlichungen identifiziert. Insgesamt konnten 65 Studien und Veröffentlichungen für das Review herangezogen werden.

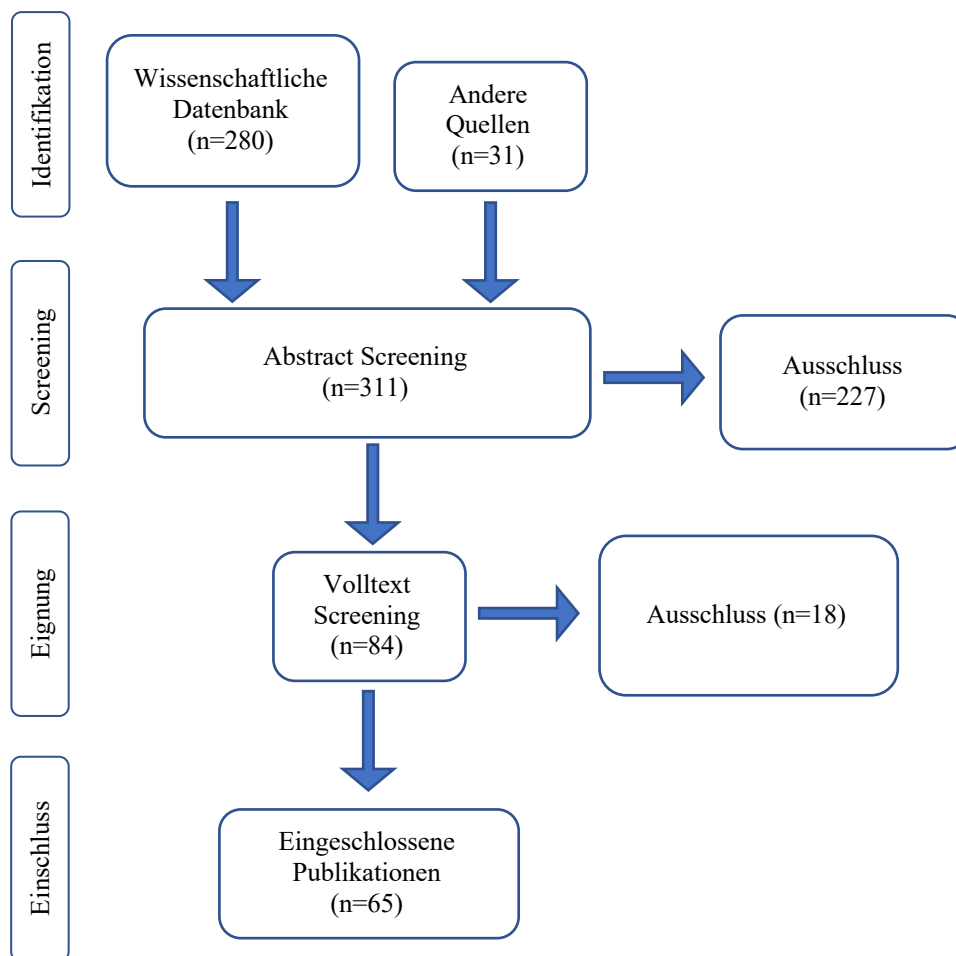


Abbildung 3: Identifikation relevanter Literatur (adaptiert vom PRISMA Flow Diagramm) (PRISMA 2009)

Da die Recherche in einer internationalen und überwiegend englischsprachigen Datenbank durchgeführt wurde, sind Studien aus verschiedenen Ländern identifiziert worden. Hinzuziehen von Studien aus unterschiedlichen Ländern kann hilfreich für die Entwicklung neuer Ansätze sein. Allerdings ist zu beachten, dass unterschiedliche Gesundheitssysteme und Rechtsstrukturen nur schwer vergleichbar sind.

Themengebiete, die vermehrt identifiziert wurden oder neue Aspekte aufdeckten, sind:

- A) Prävalenz (Quantifizierbarkeit) und gezieltes Fragen nach Gewalt („Screening“)
- B) Kinder als Mitbetroffene
- C) Schutz und Sicherheit
- D) Multidisziplinarität und Fortbildungen
- E) Eindeutige Zuständigkeiten und Abläufe
- F) Fokus auf einzelne Versorgungsangebote
- G) Workplace Policy
- H) Diversität und Menschen in bestimmten Lebensphasen/-lagen

A) Prävalenz (Quantifizierbarkeit) und gezieltes Fragen nach Gewalt („Screening“)

Die Prävalenz von Gewalt in Paarbeziehungen wird zumeist in Form von Kriminalstatistiken oder anhand gemeldeter gesundheitlicher Folgen eingeschätzt. Von einer hohen Dunkelziffer ist auszugehen, da Aspekte des Datenschutzes und des Schutzes der Betroffenen eine Rolle bei der Angabe und Dokumentation der entsprechenden Daten spielen (Schröttle, 2017; Nägele et al., 2010; Olive, 2007; Brzank, Hahn, & Hellbernd, 2006; Butler & Eckel, 2006). Nur bestimmte Bevölkerungsgruppen suchen die Notaufnahme (in bestimmten Situationen) auf und die Befunde in Notaufnahmen stellen nur einen Anteil der Prävalenz des Gewaltgeschehens dar. Geschlechtervorstellungen und damit verbundene Erwartungen können Menschen daran hindern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Chan et al., 2013). Klare Definitionen von Gewaltbegriffen können dazu beitragen, die Schwelle zu senken, um Gewalt zu benennen (Olive, 2017). Bisher ist wenig zur Relation zwischen Screening auf Gewalt und Prävalenz von Gewalt geforscht worden (O’Doherty et al., 2015). Wenn Screening-Fragen gestellt werden, ist es für die Menschen, die Gewalterfahrungen offenbaren von hoher Bedeutung, dass ihnen angemessene Versorgungsangebote gemacht werden können (Fanslow, 2016).

Ein möglicher Weg, sich einer Prävalenz von Gewalttaten und einer Evaluation der gerichtsverwertbaren Dokumentation mithilfe von Kits anzunähern, ist das Dokumentieren von ‚Kit Batch‘ und ‚Expiry Date‘, sowie der weiteren verwendeten Materialien. So kann ein Zeitraum identifiziert werden, in dem die/der Patient*in versorgt wurde, und eine anonymisierte Form der Datenerhebung gewährt werden (Peel, 2016; Pennington et al., 2010).

B) Kinder als Zeug*innen und Mitbetroffene

Kinder und Jugendliche können als Zeug*innen und Betroffene im Gewaltgeschehen eingebunden sein – mit Auswirkungen auf das gesamte weitere Leben (Kavemann & Kreyszig, 2013). Eltern übernehmen die hauptsächliche Gesundheitsversorgung für ihre Kinder. Laut einer in Finnland durchgeführten Studie von Leppäkoski und Paavilainen (2013) wird nur von 12 Prozent des Gesundheitspersonals regelhaft mit der Mutter darüber gesprochen, wie sie ihr/e Kind/er in Gewaltsituationen schützen kann. Die Empfehlung zu ‘think family’ im Setting der Notaufnahme ist abgeleitet aus der Feststellung, dass die Erkennung von Kindeswohlgefährdung an elterliche Bedarfe geknüpft ist (Gonzalez-Izquierdo et al., 2015).

C) Schutz und Sicherheit (Präsenz von Strafverfolgungsbehörden, Umgang mit Gewalt ausübenden Personen)

Für den Umgang mit dem Personal der Strafverfolgungsbehörden, welches Patient*innen unter Umständen in das Krankenhaus begleitet, bedarf es einer klaren Definition von Zuständigkeiten, um Abläufe in der Versorgung und Dokumentation bestmöglich sicherzustellen (Tahouni et al., 2015). Nur bei einem geringen Teil derjenigen, die Gewalt erfahren und sich dem Gesundheitspersonal gegenüber geöffnet haben, wurde die Sicherheit in der Situation erhoben (Rhodes et al., 2011). Überdies kommen in die Notaufnahme unter Umständen die Gewalt Ausübenden, um sich versorgen zu lassen (Chan et al., 2013).

D) Multidisziplinarität und Fortbildungen

Die Arbeit und Kooperation von multidisziplinären sowie intersektoral agierenden Teams im Gesundheitswesen und außerhalb des Gesundheitswesens ist von Vorteil um Menschen, die Gewalt erfahren haben, umfassend unterstützen zu können (Colombini, Dockerty & Mayhew, 2017; Chan et al., 2013; Linden, 2011). Diese Teams sollten durch entsprechende Fortbildungen darin geschult sein, Gewalt zu identifizieren, sie zu benennen und mit einer Offenbarung einer Gewaltsituation angemessen umzugehen (Bakon et al., 2019; Colombini, Dockerty & Mayhew, 2017; Leppäkoski & Paavilainen, 2013).

E) Eindeutige Zuständigkeiten und Abläufe

Der Bedarf an Protokollen, die eindeutige Zuständigkeiten und Abläufe definieren, und eindeutigen Überweisungsstrukturen wird in Studien aus verschiedenen Ländern berichtet („clear referral pathways“, „protocols“, „SOP“) (u. a. Bakon et al., 2019; Ahmad et al., 2017; Colombini, Dockerty & Mayhew, 2017; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Protokolle und standardisierte Verfahren können zudem die Rechtssicherheit für das Gesundheitspersonal erhöhen (Artz et al., 2018; Harrison et al., 2010).

F) Einzelne Versorgungsangebote

Einige Studien richteten ihren Fokus auf spezielle Versorgungsangebote der Notaufnahmen nach sexualisierter Gewalt. So fanden bspw. Delgado et al. (2011), dass das HIV-Screening entgegen bestimmter Leitlinien nicht konsequent durchgeführt wird. Eine andere Fehlerquelle im Versorgungsablauf nach sexualisierter Gewalt liegt darin, dass eine bestimmte, nicht empfohlene Art der Notfallkontrazeption angeboten wird, was zusätzlich bei manchen Kliniken an die Bedingung einer Anzeige geknüpft ist (Harrison et al., 2010). Dies wird durch die Kostenübernahme gerechtfertigt (Delgado et al., 2011; Harrison et al., 2010).

G) Workplace Policy

Eine ‚zero tolerance policy‘ der WHO thematisiert psychische und physische Gewalt gegen Menschen in Gesundheitsberufen und benennt die Bedeutung von Arbeitsbedingungen, welche die Bedarfe von Frauen* berücksichtigen (WHO, 2020; siehe auch Fraser, 2020).

Wenig erforscht sind die Auswirkungen der Arbeit auf Menschen, die Patient*innen mit Folgen von Gewalt im Setting Krankenhaus versorgen. Diese können sich in Form von indirekter Traumatisierung auswirken (Maier, 2011). Das Adressieren von sexualisierter Gewalt am Arbeitsplatz und das Vorhandensein von Ansprechpersonen am Arbeitsplatz für Menschen, die im Privatleben Gewalt ausgesetzt sind, kann zur Verbesserung der Arbeitssituation und damit zu einer erhöhten Qualität der Versorgung von Patient*innen beitragen (Divellec, 2017; Fanslow, 2016; Gruber, Logar & Egger, 2015; Altinisik et al., 2010; bff, o. J. c).

H) Diversität und Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen/-lagen

Eine Intervention nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt sollte sich immer an den Bedürfnissen der Patient*innen orientieren und ihre besonderen Lebenssituationen einbeziehen (WHO, 2013 b, Williams et al., 2017). Dementsprechend ist es wichtig zu beachten, dass Gewalt in verschiedenen Formen zum Ausdruck kommen kann, um beispielsweise Gewalt an Kindern und an älteren Menschen zu erfassen (Chan et al., 2013) und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu senken. Systematische und evidenzbasierte Forschung zu einzelnen Diversitätsaspekten und intersektionalen Ansätzen ist notwendig. Im Folgenden werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit einzelne Bereiche thematisiert, um die Relevanz zu verdeutlichen.

Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt an **älteren Menschen** wird als *hidden phenomenon* der Gesellschaft bezeichnet (Beach et al., 2016; bff, o. J. b; Stöckl, Watts & Penhale, 2012; Nägele et al., 2010). Für isolierte ältere Menschen kann die Notaufnahme einer der wenigen Orte sein, an dem Gewalt identifiziert und darauf reagiert wird (Beach et al., 2016), wobei die Anwesenheit von pflegenden Angehörigen und/oder Professionellen die Versorgung in vertrauensvoller Atmosphäre erschweren kann (Stöckl, Watts & Penhale, 2012; Nägele et al., 2010). Zudem können möglicherweise generationsbedingte Lebens- und Rollenvorstellungen verhindern, dass ältere Frauen* Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt thematisieren oder ihnen Möglichkeiten zur Veränderung bekannt oder zugänglich sind (Stöckl, Watts & Penhale, 2012, Nägele et al., 2010).

Frauen mit **Beeinträchtigungen und Behinderungen** sind in Deutschland allen Formen von Gewalt in ihrem Leben häufiger ausgesetzt als der Bevölkerungsdurchschnitt der Frauen.

Hierbei sind vor allem die Prävalenz von sexualisierter Gewalt in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter zu benennen (BMFSFJ, 2012). Neben elterlicher Gewalt sind Gewalt in Heimen und Internaten in der Kindheit und Jugend, sowie im Erwachsenenalter vor allem Gewalt in Einrichtungen aber auch im sozialen Nahraum häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Zudem berichten Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, durch Ämter und Behörden und im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung diskriminiert bzw. psychisch verletzt worden zu sein (BMFSFJ, 2012). Ein weiterer Aspekt ist die Sprachmittlung und Informationsweitergabe im Zusammenhang mit Menschen, die gehörlos sind (Fries & Schröttle, 2014). Männer mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland berichten nicht häufiger als der Durchschnitt der Männer in Deutschland von Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt (Jungnitz et al., 2013). Gewalt in **gleichgeschlechtlichen Partner*innenschaften** und in Beziehungen von **trans Menschen** wird bisher wenig thematisiert. Schon auf einer Fachtagung 2013 in München zum Thema „Partnerschaftsgewalt im Leben von Lesben, Schwulen und Transgendern“ (Mößbauer, 2014) wurde die Notwendigkeit diskutiert, diese Personengruppen mit in die Planung von Ersthilfe und Anschlussversorgung einzubeziehen, ohne bestehende Vorurteile zu verstärken und ohne außer Acht zu lassen, dass strukturelle Gewalt im binären Geschlechterverhältnis Realität für viele Frauen* ist. Andererseits besteht die Gefahr in der Logik von Heteronormativität, die Situation all jener zu übersehen, die eine andere Normalität leben (Mößbauer, 2014; vgl. auch Janz & Steffens, 2018; LesMigraS, 2012).

Eine rassismuskritische Thematisierung der Erfahrungen von und der Angebote für **Menschen mit Fluchterfahrung, Menschen mit Migrationserfahrung, Black and Indigenous People and People of Color (BIPoC)** im Zusammenhang mit der Versorgung nach Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt und entsprechende gesundheitsfördernde Empowermentangebote sind bisher nicht systematisch erfolgt. Benannt werden insbesondere Bedarfe an Sprachmittlung im Zusammenhang mit den Aspekten „Flucht“ und/oder „Migration“ (Schouler-Ocak & Kurmeyer, 2017; S.I.G.N.A.L. e. V., 2019 b).

Ein weiterer Aspekt sind **Diskriminierungen**, welche Menschen **durch das Gesundheitssystem** erfahren. Laut einer Erhebung von LesMigraS (2012) geben in Deutschland etwa 20 Prozent der lesbischen/bisexuellen Frauen und trans Menschen an, Diskriminierung durch medizinisches Fachpersonal zu erfahren, wobei die Hälfte der befragten trans Personen knapp die Hälfte ihrer Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich erlebte. Erkenntnisse der Schwulenberatung (2019) ergänzen, dass für lesbische Menschen

Versorgungen durch cis-Männer² unangenehm und grenzüberschreitend sein können (Schwulenberatung, 2019). Menschen mit Fluchterfahrung beschreiben die Herausforderung, Berichte von Gewalt und Diskriminierungen wiederholt ihnen unbekanntem Menschen erzählen zu müssen. Menschen mit Behinderungen berichten davon, aufgrund ihrer Körper nicht ernst genommen zu werden oder, dass ihnen die Selbstbestimmung über die eigenen Körper abgesprochen wird (Schwulenberatung, 2019). Forschung zu Rassismus als soziale Determinante von Gesundheit (Schranz, 2018) und die Auseinandersetzung mit strukturellem Rassismus im Gesundheitssystem und Gesundheitsforschung steht in Deutschland am Anfang einer Entwicklung, wobei „der Umstand, dass [bestimmte] Forschungsdesigns und hieraus abgeleitete Forschungsergebnisse Essentialisierungen und Kulturalisierungen von Gesundheit(-sdimensionen) Vorschub leisten, kaum Beachtung [findet]“ (Schelkes, 2011; siehe hierzu auch Bartig et al., 2019).

Die Besonderheiten der Versorgungssituation/en nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt im deutschen Gesundheitssystem für Menschen unter Einfluss von Alkohol oder anderen Substanzen (Arndt-Ickert, 2010), Sexarbeiter*innen (Wege, 2018) und Menschen (besonders Frauen), die in Obdachlosigkeit (Frauenhaus-Koordinierung e. V., o. J.) leben, und die Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal in Deutschland ist bisher nicht erforscht.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Es wurde eine anonyme Paper-Pencil-Fragebogenstudie durchgeführt. Die Fragebogenentwicklung fand zwischen August und Anfang November in Absprache mit der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin und punktueller Beratung durch Vertreter*innen der DGINA e.V. statt. Als erster Arbeitsschritt wurde eine umfassende Literaturrecherche zur Thematik durchgeführt. Anschließend wurde der Fragebogen entwickelt.

Der Fragebogen ist in die drei Themengebiete „Versorgungsangebote für Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen“ (7 Frageblöcke), „Versorgungsangebote für Patient*innen nach sexualisierter Gewalt“ (4 Frageblöcke) und „Rahmenbedingungen zur Versorgung nach sexualisierter Gewalt und Gewalt in Paarbeziehungen“ (5 Frageblöcke) unterteilt. Die

² ‚Cis‘ als das Gegenteil von ‚trans‘ bedeutet, dass sich Menschen mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren (Sauer, 2017 b).

Themengebiete orientieren sich an den WHO-Leitlinien (WHO, 2013b). Der Fragebogen wurde in Anlehnung an den Fragebogen der Befragung durch die Koordinierungs- und Interventionsstelle des S.I.G.N.A.L. e. V. von 2013 von Wieners und Winterholler entwickelt. Vor dem Hintergrund zeitlicher Entwicklungen, der durchgeführten Literaturrecherche und des Feedbacks zur letzten Befragung (DGINA e. V.) wurde dieser erste Fragebogen modifiziert. So wurde beispielsweise der Teil des Fragebogens von 2013, unter der Überschrift „Barrierefreiheit und sprachliche Verständigung“ um multiple Diversitätsaspekte in der Versorgung erweitert. Eine Abfrage von Standardverfahren und zugrundeliegenden Protokollen der einzelnen Häuser (Empfehlung WHO (WHO, 2013 b)) zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen ist hinzugefügt worden. Erfasst werden sollte nicht nur, ob Konzepte oder Standard Operating Procedures (SOPs) vorhanden sind, sondern darüber hinaus was diese Standardverfahren beinhalten, ob diese zur Anwendung kommen und wie ohne festgelegte Vorgaben vorgegangen wird. In Kontrastierung zur Frage nach einheitlichen Standardverfahren wurde die Antwortkategorie „Individuelle Entscheidung des Personals“ ergänzt.

Fragen nach Herausforderungen und Wünschen, welche für die Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt in Notaufnahmen bestehen, sowie zum Wissen zu und Kooperation mit externen Hilfesysteme wurden ergänzt.

Eine weitere Ergänzung bildeten Fragen zu Schutzkonzepten und psychosozialen Entlastungsmöglichkeiten für das Personal.

Elemente des Fragebogens von 2013, die darauf abzielen, das Aufkommen von Patient*innen, die Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, zu quantifizieren, wurden nicht mit aufgenommen. Ein Grund hierfür war, dass bei der Analyse des Fragebogens im Jahr 2013 deutlich wurde, dass den Personen, die den Fragebogen ausfüllten, diese Informationen nicht vorlagen und wenn diese Frage vereinzelt doch beantwortet wurde, die Antworten so unterschiedlich ausfielen, dass dies keine valide Interpretation zuließ. Für eine Quantifizierung werden in der Literatur unterschiedliche Wege diskutiert, welche mit dem Datenschutz vereinbar sind und gleichzeitig verlässliche Daten generieren (vgl. Kapitel 2).

Einschätzungen wurden mittels Skalen und Auswahlfragen mit Einfach- und Mehrfachnennung erfasst. Darüber hinaus enthält der Fragebogen offene Fragen zur differenzierten Erfassung der Einschätzung zu einzelnen Aspekten (siehe Anhang 2).

Ein Pretest wurde mit Vertreter*innen von zwei unabhängigen Institutionen durchgeführt (Charité, DGINA e. V.) und entsprechende Überarbeitungen vorgenommen.

Das abschließende Layout der schriftlichen Fragebögen erfolgte durch die Mitarbeiter*innen des Forschungsteams, welche auch das Informationsschreiben und den Begleitbrief in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin entworfen hatten.

3.2 Vorgehen

Bevor die einzelnen Krankenhäuser kontaktiert wurden, wurde bei einer Sitzung der Berliner Landesgruppe der DGINA e. V. durch eine Vertreterin des Forschungsteams und durch eine Vertreterin von der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin das Vorhaben präsentiert.

Allen Leitungen von Kliniken in Berlin, die Notaufnahmen anbieten, wurden per Mail der Fragebogen, ein Begleitschreiben der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, das Datenschutzkonzept sowie ein Informationsschreiben und Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens zugeschickt. Dieselben Materialien wurden mit einem frankierten Rückumschlag allen medizinischen und pflegerischen Leitungen von Notaufnahmen in Berlin postalisch zugestellt.

Ein weiteres Unterstützungsschreiben, in dem zur Beteiligung an der Befragung eingeladen wurde, ist von der Berliner Krankenhausgesellschaft verschickt worden.

Alle medizinischen und pflegerischen Leitungen von Notaufnahmen wurden nach zwei und erneut nach sieben Wochen über eine Nachfassmail an die Befragung erinnert.

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurden Leitungen, wenn diese über die Homepage der Klinik identifizierbar waren, namentlich adressiert, um so eine höhere Verbindlichkeit herzustellen. Auf telefonisches Kontaktieren wurde verzichtet, um nicht in den ohnehin unter Zeitdruck stehenden Arbeitsalltag einzugreifen.

Eine digitale Befragung konnte nicht durchgeführt werden, da die vorhandenen finanziellen Mittel nicht für eine Datenschutz sichernde Plattform ausreichten.

Der Zeitraum der Befragung umfasste November 2019 bis Februar 2020, die gesamte Studie, die eine Literaturrecherche, die Fragebogenmodifikation, die Befragung und die Auswertung beinhaltete, hatte eine Laufzeit von August 2019 bis April 2020.

Die Berliner Notaufnahmen (Grundgesamtheit)

Es wurden 39 Krankenhäuser in Berlin adressiert, die eine Notaufnahme vorweisen (inklusive Augenklinik). Darüber hinaus wurden die Gewaltschutzambulanz, die Kinderschutzgruppe und die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der Charité, sowie das Justizvollzugskrankenhaus angeschrieben, um einen Überblick über die Berliner Versorgungsstruktur zu gewinnen. Die

Gewaltschutzambulanz, die Kinderschutzgruppe und die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der Charité, sowie das Justizvollzugskrankenhaus wurden im weiteren Verlauf in Rücksprache mit der Geschäftsstelle des Runden Tisches nicht in die Auswertung eingeschlossen, da diese Einrichtungen keine Notaufnahmen im klassischen Sinne sind.

Die jeweiligen Ansprechpersonen der einzelnen Kliniken wurden auf den einzelnen Webseiten der Kliniken recherchiert.

22 der 39 Berliner Kliniken mit Notaufnahme bieten eine gynäkologische Versorgung an. Eine explizite Abfrage der Angebote einzelner Häuser erfolgte nicht. Daher sind sämtliche Angaben zum Thema sexualisierter Gewalt immer auf die Gesamtheit der antwortenden Notaufnahmen bezogen und lassen sich nicht nach Notaufnahmen mit und ohne gynäkologische Fachabteilung differenzieren.

Für die Auswertung der Daten wurden ausschließlich ausgefüllte Fragebögen der Krankenhäuser mit Notaufnahme und Sitz in Berlin einbezogen.

28 von 39 kontaktierten Berliner Notaufnahmen haben sich an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 72 Prozent.

3.3 Datenschutz

In einem Informationsschreiben über die Befragung wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht auf die Inanspruchnahme der Beschwerdestelle der Berliner Datenschutzbeauftragten aufmerksam gemacht. Die ausgefüllten Fragebögen waren nur den Projektmitarbeiter*innen zugänglich, die ihrerseits eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Zu Auswertungszwecken wurden die Daten digitalisiert und anonymisierte Transkripte von Freitextantworten angefertigt. Hierzu wurde jedem Fragebogen eine Identifikationsnummer zugewiesen. Die Daten und Analysen wurden auf Datenträgern (USB-Stick gesichert mit VeraCrypt (IDRIX, o.J.) gespeichert und die schriftliche Version des Fragebogens nach Beendigung des Forschungsprojekts vernichtet. Der USB-Stick war für die Zeit der Datenauswertung ausschließlich den Projektmitarbeiter*innen zugänglich.

Der Fragebogen bietet die Möglichkeit, (freiwillig) eine Kontaktperson für fachliche Rückfragen anzugeben. Die freiwillige Angabe einer Kontaktperson wurde ausschließlich zur Klärung inhaltlicher Rückfragen bei der Digitalisierung der ausgefüllten Fragebögen verwendet

und bei der Digitalisierung nicht mit übertragen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem Umschlag mit der Aufschrift „privat“ bis zum Projektende in einem abschließbaren Schrank in der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin, Sprengelstr. 15, 13353 Berlin aufbewahrt und danach vernichtet.

Die Trennung von Verwaltungsdaten (Adressdaten, Mail-Adressen, etc.) und Erhebungsdaten (ausgefüllte Fragebögen) wurde durch die Speicherung und Nutzung der Daten auf separaten Datenträgern gewährleistet. Eine Verknüpfung von Ergebnisdaten und Verwaltungsdaten erfolgte nicht.

Zusammengefasste Ergebnisse der Analysen und kurze Ausschnitte, aus denen die teilnehmenden Personen oder Institutionen nicht identifiziert werden können, werden für Zwecke der Veröffentlichung zitiert, in den Text wissenschaftlicher Artikel integriert und nach Abschluss dieses Projektes für weitere wissenschaftliche Zwecke verwendet.

3.4 Auswertung der Ergebnisse

Datensatzaufbereitung

Die Rohdaten wurden in verschiedenen Arbeitsschritten formal aufbereitet.

Variablenlabel und Merkmalsausprägungen wurden in Excel erfasst und fehlende Werte (keine oder unklare Angaben, Korrekturen nach Plausibilitätsprüfungen etc.) gekennzeichnet.

Im Rahmen der Digitalisierung der Daten fand eine Plausibilitätsprüfung statt.

Regeln zur Datenprüfung und -korrektur wurden im Forschungsteam diskutiert und festgelegt.

Zur deskriptiven Analyse der Daten und der graphischen Darstellung wurde Excel, sowie das open access Programm PSPP (GNU, 2019) verwendet.

Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt deskriptiv. Zunächst werden die Antworten zu den einzelnen Fragen wiedergegeben und visualisiert.

Die prozentualen Angaben beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf alle 28 Notaufnahmen, die einen ausgefüllten Fragebogen eingeschickt haben. Wenn Mehrfachnennungen möglich waren, ist eine Aufsummierung der angegebenen Prozente auf 100 Prozent nicht möglich.

Im Anschluss werden die Ergebnisse entlang der WHO-Leitlinien zusammengefasst.

4 Ergebnisse

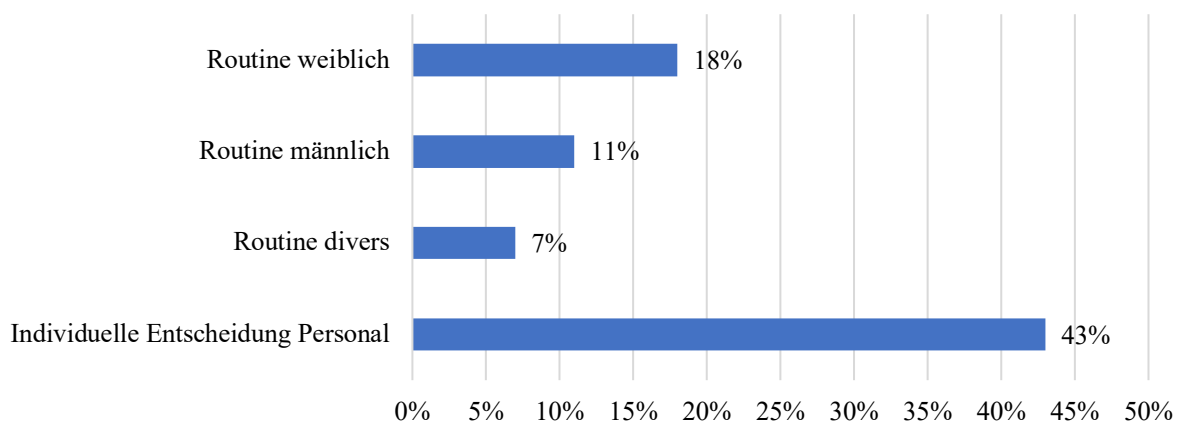
4.1 Versorgungsangebote für Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen

4.1.1 Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen

Fast alle (96 %) der Berliner Notaufnahmen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt haben (n = 28), geben an, Patient*innen dazu zu befragen, ob sie Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben. Regelmäßig wird die Frage weiblich gelesenen³ Personen in 18 Prozent, männlich gelesenen Personen in 11 Prozent und Patient*innen mit dem Personenstandseintrag divers in 7 Prozent der Notaufnahmen (n = 28) gestellt (siehe Abb. 4). Zwei Notaufnahmen (7 %) stellen regelmäßig Patient*innen aller Geschlechtsidentitäten Screening-Fragen zu Gewalt in Paarbeziehungen.

Dem Personal wird in 43 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen überlassen, sich individuell dafür zu entscheiden, ob Patient*innen nach Gewalterfahrungen zu fragen sind.

Frage nach Gewalt in Paarbeziehung



(n = 28)

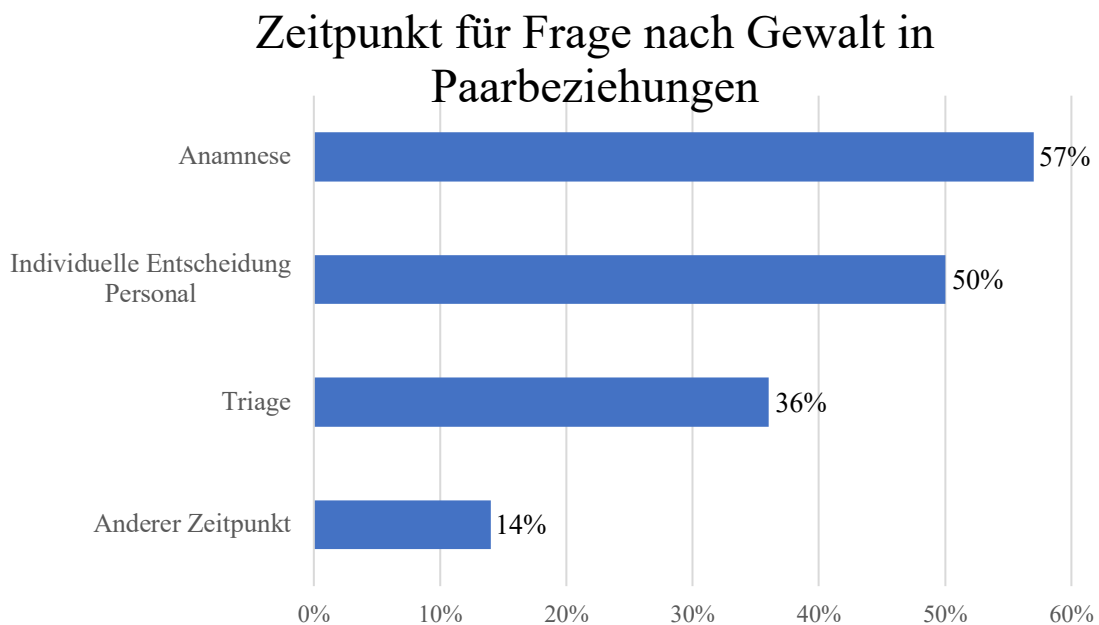
Abbildung 4: Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Symptome, auf Grund derer Menschen auf mögliche Gewalt in der Paarbeziehung angesprochen werden, sind zum Beispiel unterschiedlich alte Hämatome oder eine zum Verletzungsbild unpassende Anamnese (vgl. hierzu Anhang 1 Tab. 1). Fast ein Drittel (28 %; n = 28) der Notaufnahmen geben an, ausschließlich aufgrund bestimmter Symptome weiblich gelesene Personen nach Gewalt in Paarbeziehungen zu fragen. Insgesamt fragen 75 Prozent der Notaufnahmen weiblich gelesene Personen routinemäßig und/oder aufgrund bestimmter

³ Mit der Beschreibung „gelesen als“ wird ausgedrückt, dass es sich um Fremdzuschreibungen handelt. Es werde Personen aufgrund ihrer Erscheinung, ihres Verhaltens oder ihrer Handlungen einem Geschlecht zugeordnet, unabhängig davon, ob sie sich diesem Geschlecht selbst zuordnen.

Symptome nach Gewalt (inklusive Mehrfachangaben). 25 Prozent der Notaufnahmen fragen männlich gelesene Personen ausschließlich aufgrund bestimmter Symptome. Insgesamt fragen 36 Prozent der Notaufnahmen männlich gelesene Personen nach Gewalt (inklusive Mehrfachangaben). Patient*innen mit dem Personenstandseintrag divers werden in 21 Prozent der Notaufnahmen ausschließlich auf Grund bestimmter Symptome nach Gewalterleben gefragt. Insgesamt fragen 32 Prozent der Notaufnahmen Patient*innen mit dem Personenstandseintrag divers nach Gewalt (inklusive Mehrfachangaben).

Der Zeitpunkt des Erfragens variiert in den unterschiedlichen Notaufnahmen (n = 28) zwischen der Triage (36 %), der Erhebung der Anamnese (57 %) und anderen Zeitpunkten während des Aufenthalts (14 %), wobei die Hälfte der Notaufnahmen angeben, dass im Rahmen der individuellen Entscheidung des Personals entschieden wird, wann Patient*innen befragt werden (siehe Abb. 5).



(n = 28)

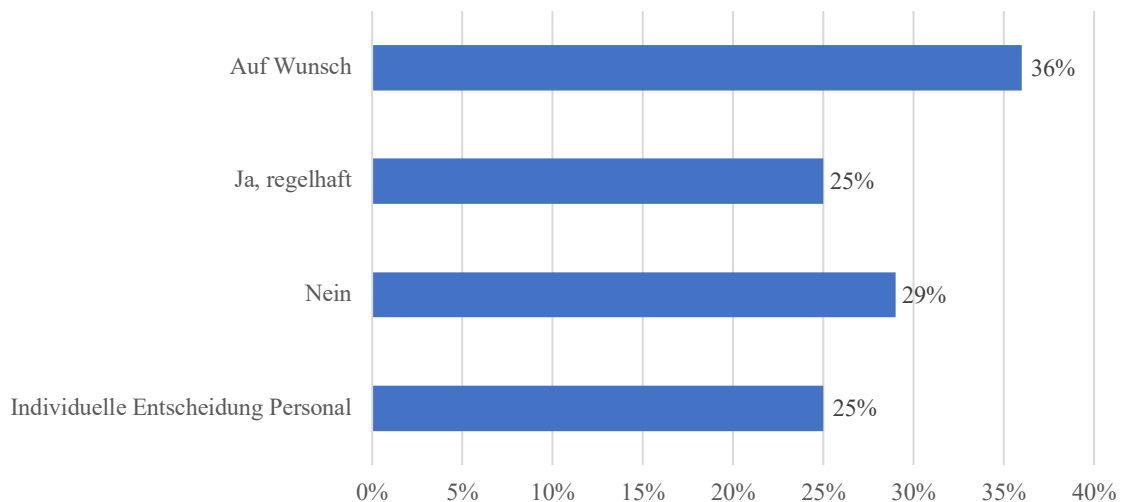
Abbildung 5: Zeitpunkt für Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n=28; Mehrfachangaben möglich, keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.1.2 Dokumentation

Eine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen wird regelhaft von 25 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen durchgeführt. 36 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben an eine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation auf Wunsch von Patient*innen in durchzuführen. 29 Prozent der Notaufnahmen gibt an, keine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation

anzubieten. 25 Prozent der Notaufnahmen geben an, es der individuellen Entscheidung des Personals zu überlassen, ob eine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation angeboten wird (siehe Abb. 6).

Gerichtsverwertbare Dokumentation



(n = 28)

Abbildung 6: Angebot einer über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehenden, gerichtsverwertbaren Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

In Freitextangaben zur Erläuterung der hauseigenen Vorgehensweise wird erwähnt, dass im Falle der Notwendigkeit zur Dokumentation an Einrichtungen der Charité oder explizit die Gewaltschutzambulanz der Charité verwiesen wird. Es wird zudem die Notwendigkeit der Freiwilligkeit der Versorgten für die Anfertigung einer solchen Dokumentation betont, und beschrieben, dass hauseigene Prozedere entwickelt werden (siehe Anhang 1 Tab. 2).

46 Prozent der Notaufnahmen geben an, an andere Einrichtungen zur gerichtsverwertbaren Dokumentation zu verweisen, 11 Prozent überlassen diese Entscheidung dem Personal und 43 Prozent machen hierzu keine Angaben bzw. führen selbst eine gerichtsverwertbare Dokumentation durch (siehe Abb. 7). Anhand des Antwortverhaltens lassen sich nicht eindeutig Rückschlüsse auf die tatsächlichen Zahlen zu Überweisungen ziehen.

Annähernd die Hälfte (43 %; n = 28) der Notaufnahmen verweisen zur Durchführung einer gerichtsverwertbaren Dokumentation ausdrücklich an die Einrichtungen der Charité, eine Notaufnahme benennt die Polizei als weiteren Kontakt, eine weitere verweist in diesem Zusammenhang zusätzlich noch auf S.I.G.N.A.L. e. V. im Freitext (siehe Anhang 1 Tab. 3).

Überweisung an andere Einrichtung (n = 28)

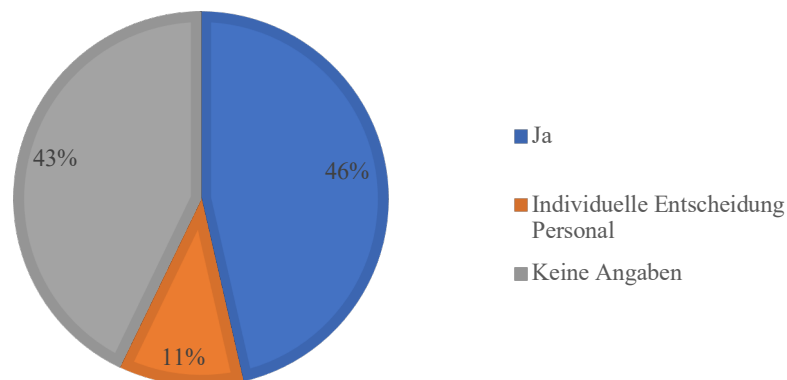


Abbildung 7: Überweisung an eine andere Einrichtung, wenn keine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen angeboten wird (n = 28; Angaben in Prozent)

In 43 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen umfasst die gerichtsverwertbare Dokumentation grundsätzlich eine fotografische Dokumentation von Verletzungen, zusätzlich gaben 21 Prozent der Notaufnahmen an, es der individuellen Entscheidung des Personals zu überlassen, ob Fotos angefertigt werden. Ein gutes Fünftel machte hierzu keine Angabe. Lediglich 11 Prozent gaben an, keine fotografische Dokumentation anzufertigen (siehe Abb. 8).

Foto-Dokumentation von Verletzungen (n = 28)

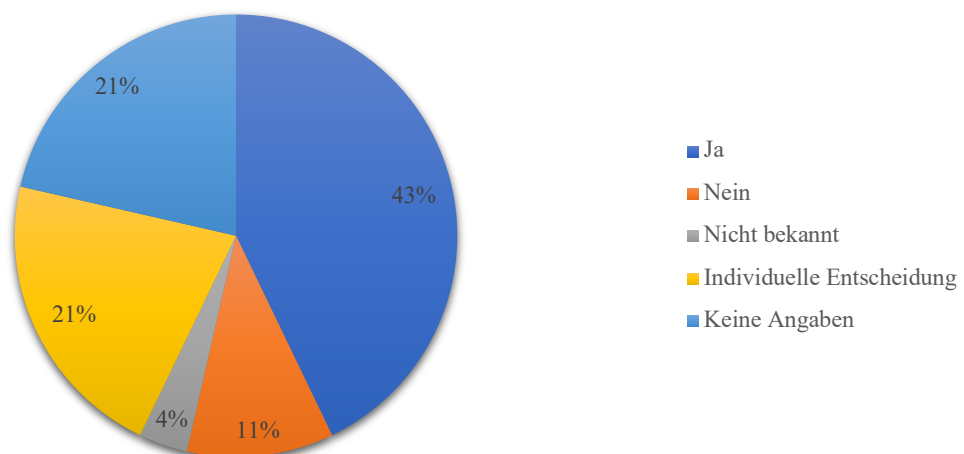
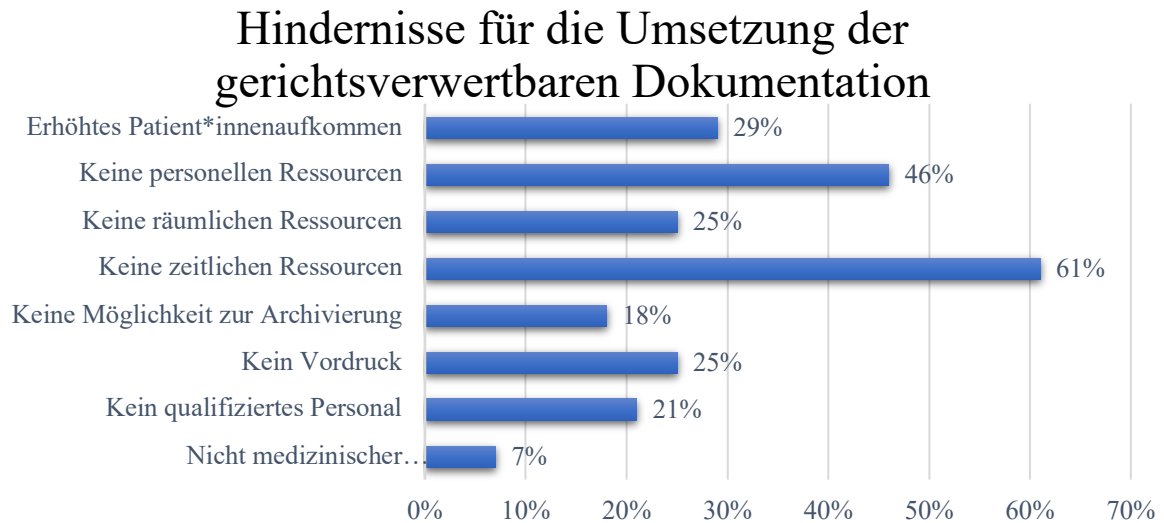


Abbildung 8: Fotografische Dokumentation von Verletzungen bei gerichtsverwertbarer Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent)

Als hinderlich für die Umsetzung der gerichtsverwertbaren Dokumentation werden vor allem die fehlenden zeitlichen Ressourcen (61 %), gefolgt von fehlenden personellen Ressourcen

(46 %; n = 28) benannt (siehe Abb. 9). Eine Notaufnahme merkt hierzu an: „entfällt; wenn es keinen Gynäkologen/Urologen gibt nicht möglich“.



(n = 28)

Abbildung 9: Hindernisse für die Umsetzung gerichtsverwertbarer Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Als weitere Hindernisse werden in Freitextangaben „fordernde Angehörige, die auf ihre Anwesenheit bestehen“, „schwer im laufenden Betrieb aufgrund aller Ressourcen“ und die „sehr seltene Patientengruppe“ benannt (siehe Anhang 1 Tab. 4).

Die Vorschläge aus den Freitextantworten umfassen den Wunsch nach standardisierten Vorgaben zur Dokumentation, sowie entsprechender Fort- und Weiterbildung des Personals, der Ausstattung mit notwendigen zeitlichen Ressourcen, sowie entsprechender technischer Ausstattung (z. B. Kamera) (siehe Anhang 1 Tab. 5).

4.1.3 Personal

Im Folgenden werden die Kapazitäten der Notaufnahmen aufgeführt, eigenes geschultes Personal hinzuziehen. Dies geschieht aufgeschlüsselt nach Tag- und Nachtschicht.

Die Möglichkeit, speziell zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuzuziehen, wird insbesondere in der Nachtschicht als schlecht bis sehr schlecht bewertet (39 %; n = 28). In der Tagschicht geben ein knappes Drittel (28 %; n = 28) der Notaufnahmen an, gute bis sehr gute Bedingungen zu haben, entsprechendes Personal einsetzen zu können (siehe Abb. 10).

Geschultes internes Personal Tag-/Nachtschicht

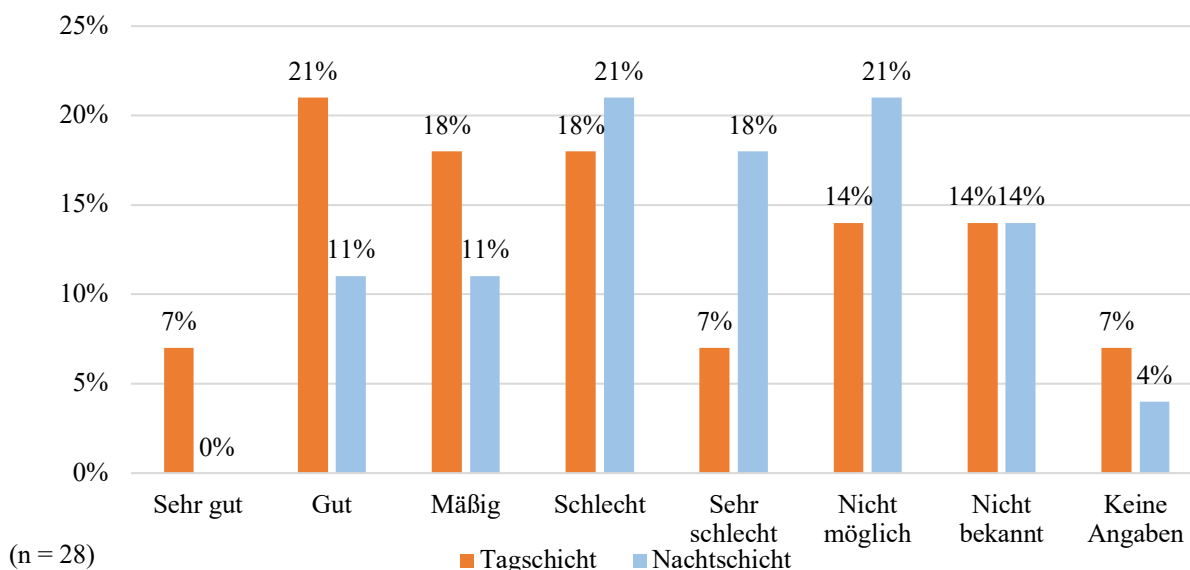
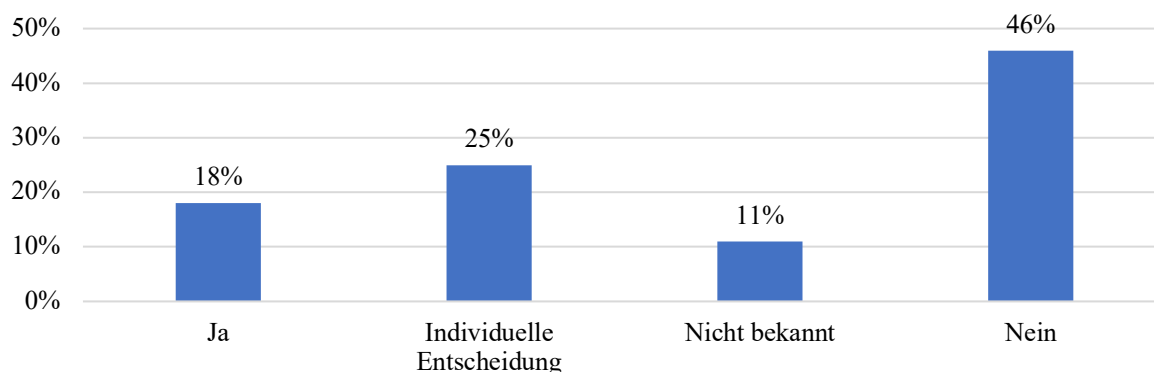


Abbildung 10: Möglichkeit, in Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen speziell zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)

18 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben an, Personal aus externen Einrichtungen hinzuzuziehen, wenn intern in der Notaufnahme kein zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal vorhanden ist, 46 Prozent verneinen dies. 25 Prozent der Notaufnahmen geben an, es sei die individuelle Entscheidung des Personals, ob Personal aus externen Einrichtungen hinzugezogen wird (siehe Abb. 11).

Wird Personal aus externen Einrichtungen hinzugezogen?



(n = 28)

Abbildung 11: Hinzuziehen von externem Personal, wenn in der Notaufnahme kein zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal vorhanden ist (n = 28; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten wird angegeben, dass als externes Personal sowohl hausinterne Fachabteilungen (Psychiatrie, Gynäkologie), die Gewaltschutzambulanz der Charité, die Polizei und S.I.G.N.A.L. e. V. betrachtet und kontaktiert werden.

Eine Notaufnahme betont, dass per telefonischer Konsultation immer geschultes Personal erreichbar sei (siehe Anhang 1 Tab. 6).

4.1.4 Fortbildungen

Fortbildungsangebote (n = 28)

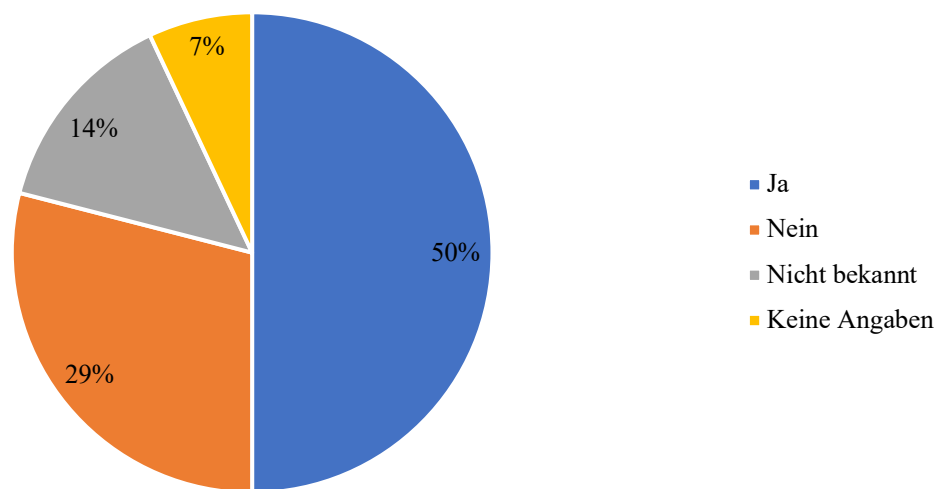


Abbildung 12: Fortbildungsangebote für das Personal der Notaufnahme zu Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent)

Die Hälfte der Notaufnahmen (50 %; n = 28) geben an, Fortbildungen für das Personal zu Gewalt in Paarbeziehungen anzubieten. 11 (39 %) Notaufnahmen machen Angaben zur Häufigkeit, mit der Fortbildungen angeboten werden, wobei drei Notaufnahmen (27 %; n = 11) ein regelmäßiges Angebot benennen (siehe Abb. 12).

Etwa die Hälfte der Notaufnahmen (46 %; n = 28) geben an, Pflegekräfte ausdrücklich in Fortbildungen zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen mit einzubeziehen. Eine Notaufnahme involviert den Sozialdienst und andere Berufsgruppen wie z. B. medizinische Fachangestellte.

Die Freitextantworten zeigen eine Notwendigkeit personeller und zeitlicher Ressourcen für die Schulung des Personals auf. Konkret gehören hierzu regelmäßige, interprofessionelle,

„inhouse“ Fortbildungsangebote, Informationen zu entsprechenden Maßnahmen und verantwortliche Einrichtungen, die dem Thema in der Klinik kontinuierliche Präsenz geben, wie z. B. Opferschutzgruppen. Eine andere Notaufnahmestelle führt keine Fortbildungen durch, und gibt zudem im Freitext an, dass „in den letzten 10 Jahren [...] kein Verdachtsfall vorgekommen“ sei (siehe Anhang 1 Tab. 7).

4.1.5 Zuhören und Beraten

Zuhören

Von 28 Notaufnahmen schätzen 22 Prozent ihre zeitlichen Ressourcen, Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen zuzuhören, als sehr gut bis gut ein, 50 Prozent halten ihre Möglichkeiten für mäßig, 25 Prozent für schlecht bis sehr schlecht (siehe Abb. 13).

Beraten

Eine Notaufnahmestelle (4 %; n = 28) gibt an, die zeitlichen Ressourcen, Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen zu beraten als sehr gut bis gut einzuschätzen, während 57 Prozent die Möglichkeiten für mäßig und 35 Prozent für schlecht bis sehr schlecht halten.

Jeweils eine Notaufnahmestelle gibt an, keine zeitlichen Ressourcen zum Zuhören und Beraten zur Verfügung zu haben (siehe Abb. 13). Unabhängig von zeitlichen Ressourcen hält eine Klinik ihre Mitarbeitenden dazu an, sich ausreichend Zeit zu nehmen.

Zeitliche Ressourcen

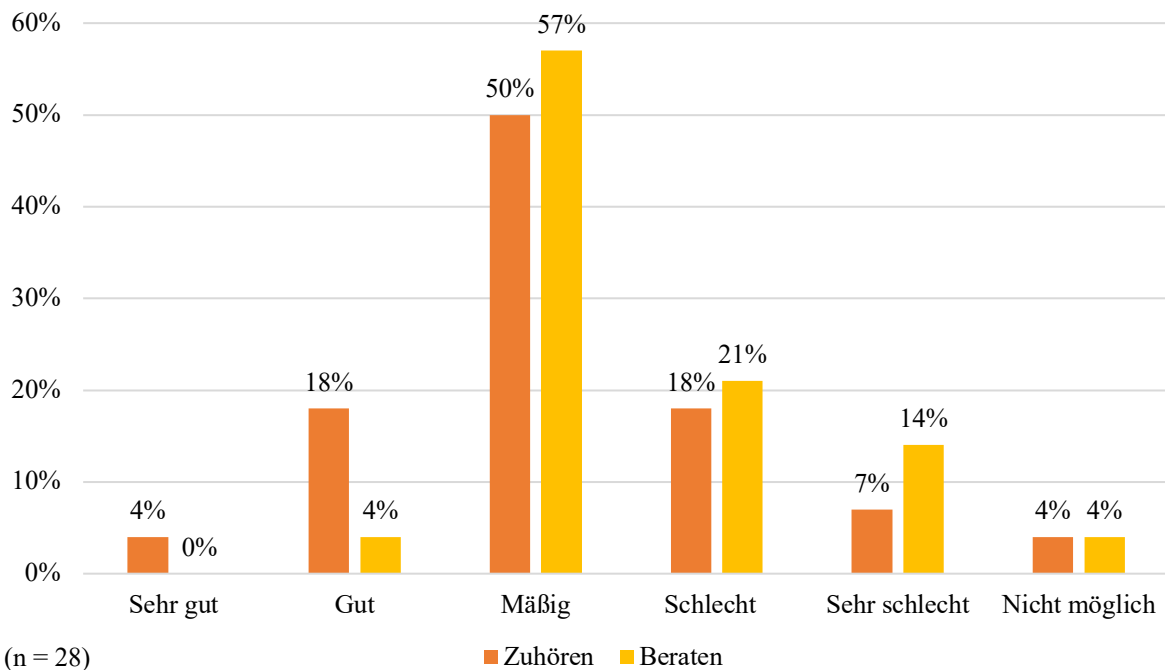


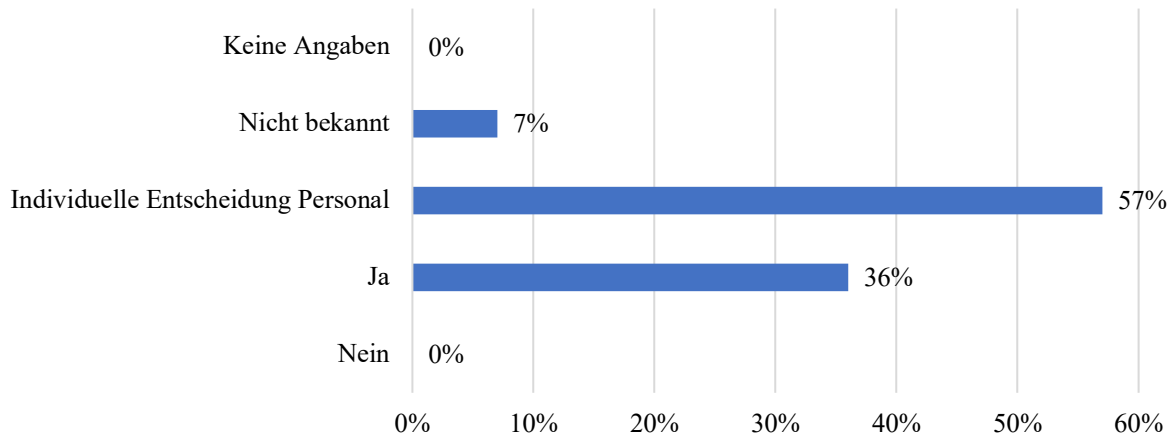
Abbildung 13: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent)

4.1.6 Einzelaspekte Versorgung

A) Versorgung ohne Anwesenheit von Begleitpersonen

57 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben an, dass es im Rahmen der persönlichen Entscheidung des Personals liegt, ob Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen ohne Anwesenheit von Begleitpersonen versorgt werden, 36 Prozent gewährleisteten die Versorgung ohne Anwesenheit von Angehörigen regelmäßig (siehe Abb. 14).

Versorgung ohne Anwesenheit Begleitpersonen



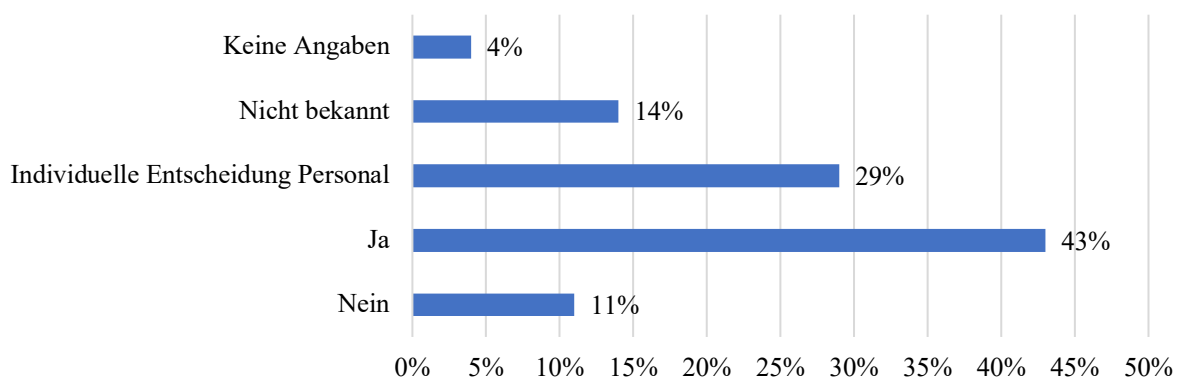
(n = 28)

Abbildung 14: Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen ohne die Anwesenheit von Begleitpersonen (n = 28; Angaben in Prozent)

B) Versorgung von Jugendlichen (bis unter 18 Jahre) ohne Einbezug der Erziehungsberechtigten

Die Versorgung von Jugendlichen (bis unter 18 Jahre) nach Gewalt in Paarbeziehungen kann bei Einwilligungsfähigkeit der/des Jugendlichen in 43 Prozent (n = 28) der befragten Notaufnahmen ohne Einbezug der Erziehungsberechtigten erfolgen, in einem knappen Drittel der Notaufnahmen (29 %) ist die Entscheidung darüber dem Personal individuell überlassen (siehe Abb. 15).

Versorgung von Jugendlichen (bis unter 18 Jahre) ohne Erziehungsberechtigte



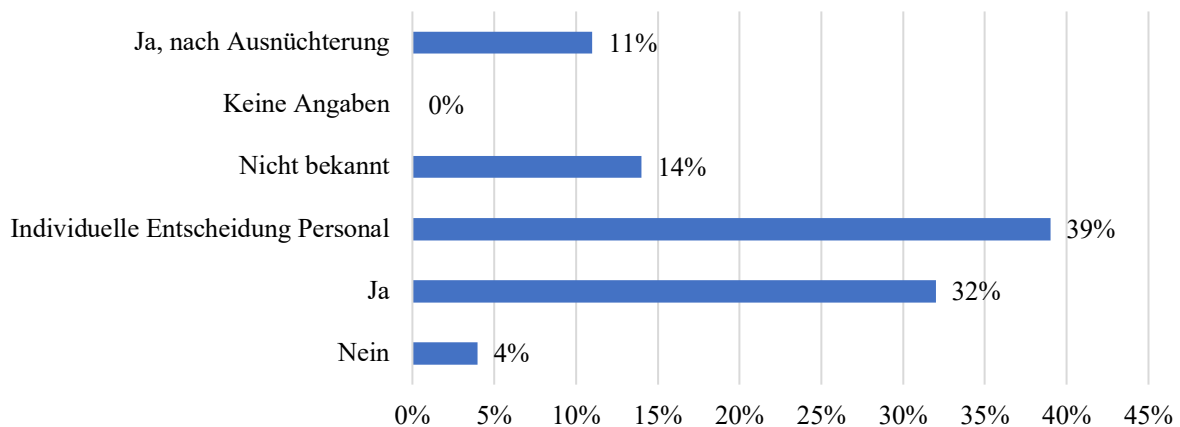
(n = 28)

Abbildung 15: Versorgung von Jugendlichen (bis unter 18 Jahre) nach Gewalt in Paarbeziehungen ohne Einbezug der Erziehungsberechtigten (n = 28; Angaben in Prozent)

C) Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind

32 Prozent der Notaufnahmen (n = 28) geben an, eine spezielle Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen von Menschen, die intoxikiert sind, durchzuführen, in weiteren 39 Prozent bleibt dies der individuellen Entscheidung des Personals überlassen. Wohingegen 11 Prozent angeben, eine Versorgung erst nach Ausnüchterung vorzunehmen (siehe Abb. 16).

Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind



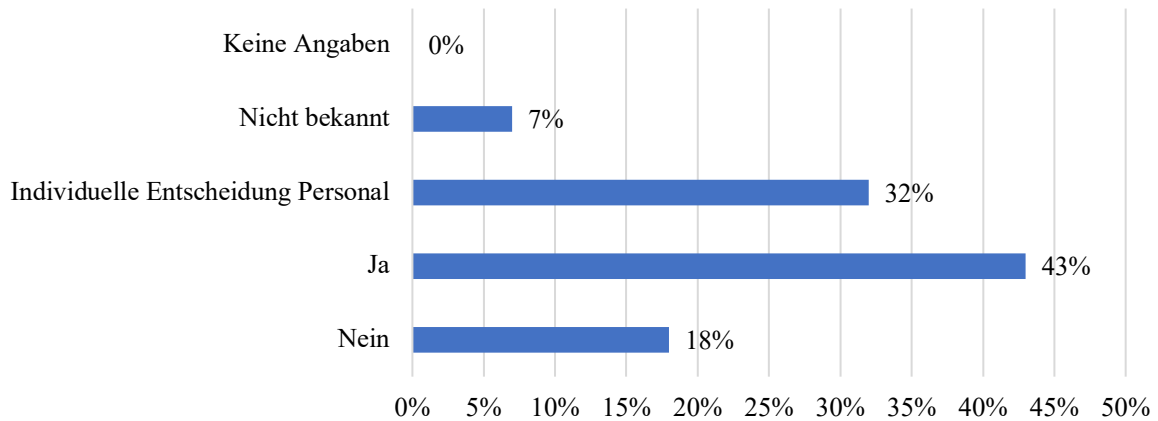
(n = 28)

Abbildung 16: Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind, nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Angaben in Prozent)

D) Versorgung von Menschen, mit gesetzlicher Betreuung

43 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben an, die Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen für Menschen mit gesetzlicher Betreuung ohne Einbezug der betreuenden Person zu gewähren. In einem Freitextkommentar wird angegeben: „Wir versorgen jeden auch wenn kein Betreuer kommt, was ja in 80 % der Fall ist. Man kann ja Pat. [Patient*innen] nicht unversorgt lassen.“ 18 Prozent verneinen eine Betreuung ohne Einbezug der betreuenden Person, in 32 Prozent der Notaufnahmen bleibt dies der individuellen Entscheidung des Personals überlassen (siehe Abb. 17).

Versorgung ohne gesetzliche Betreuung

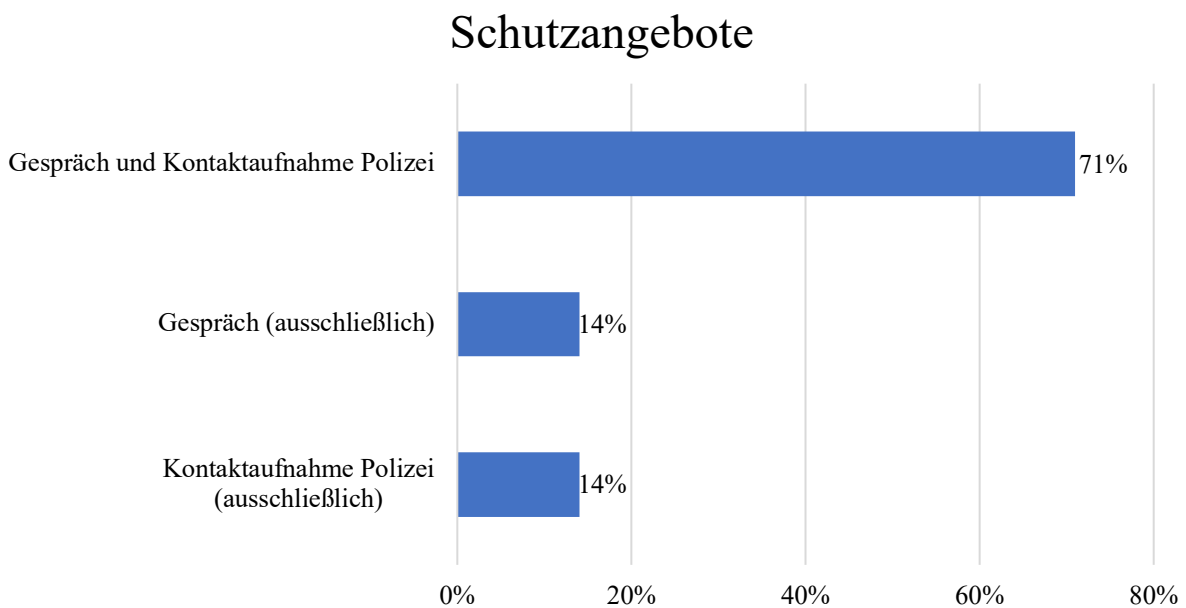


(n = 28)

Abbildung 17: Versorgung von Menschen, die gesetzlich betreut werden und Gewalt in Partnerschaften erlebt haben, ohne Einbezug der betreuenden Person (n = 28; Angaben in Prozent)

4.1.7 Angebote zum Schutz der Patient*innen

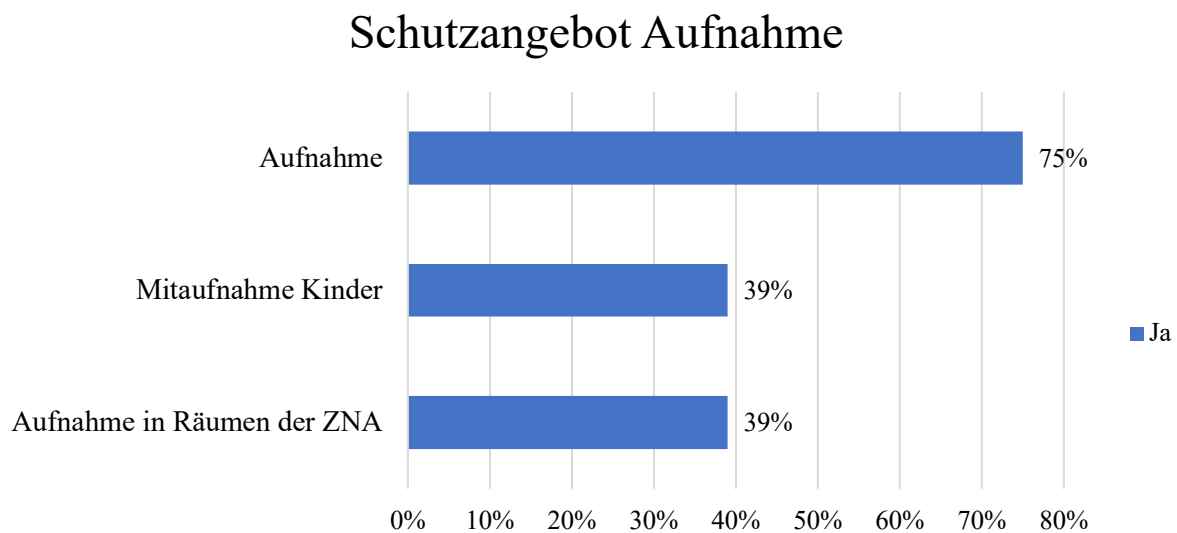
71 Prozent (n = 28) bieten Patient*innen, die nach Gewalt in Partnerschaften versorgt werden, ein Gespräch zur Situationseinschätzung und die Kontaktaufnahme zur Polizei an. 4 Notaufnahmen bieten ausschließlich eine Kontaktaufnahme zur Polizei an und weitere 4 bieten ein Gespräch ohne (gemeinsame) Kontaktmöglichkeit zur Polizei an (siehe Abb. 18).



(n = 28)

Abbildung 18: Angebote zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit bei Gewalt in Partnerschaften (n = 28; Angaben in Prozent)

75 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen bieten eine kurzfristige Aufnahme zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen an, 39 Prozent erweitern dieses Angebot um die Möglichkeit der Mitaufnahme von Kindern (siehe Abb. 19). 21 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen bieten sowohl eine kurzfristige Aufnahme u. a. in den Räumen der Notaufnahme als auch eine Mitaufnahme von Kindern an. Eine Aufnahme von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen und eine Mitaufnahme von Kindern erfolgt bei weiteren 18 Prozent außerhalb der Räumlichkeiten der Notaufnahme. Eine Aufnahme in den u. a. in den Räumlichkeiten der Notaufnahme jedoch ohne die Mitaufnahme von Kindern ist in 14 Prozent der Notaufnahmen möglich.



(n = 28)

Abbildung 19: Angebot der kurzfristigen Aufnahme zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Die stationäre Aufnahme ist in 39 Prozent (n = 28) der Fälle in den Räumlichkeiten der Notaufnahme möglich. Vereinzelt werden Patient*innen auf gynäkologischen, chirurgischen oder psychiatrischen Stationen aufgenommen (siehe Anhang 1 Tab. 8).

Als weitere Maßnahmen zur Erhöhung von Schutz und Sicherheit nach Gewalt in Paarbeziehungen werden in Freitextantworten verschiedene Formen der Vermittlung ins Hilfesystem (z. B. Frauenhäuser, Beratungsstellen, ...) benannt (siehe Anhang 1 Tab. 9).

4.1.8 Kinder

Die Frage nach dem Zusammenleben mit Kindern wird im Fall der Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen in knapp über der Hälfte (54 %; n = 28) der Notaufnahmen

regelmäßig gestellt. In allen anderen Notaufnahmen bleibt die Entscheidung, nach dem Zusammenleben mit Kindern zu fragen, individuell dem Personal überlassen, während keine Notaufnahme eindeutig verneint, zu fragen, ob gewaltbetroffene Patient*innen mit Kindern zusammenleben (siehe Abb. 20).

Frage nach Zusammenleben mit Kindern (n = 28)

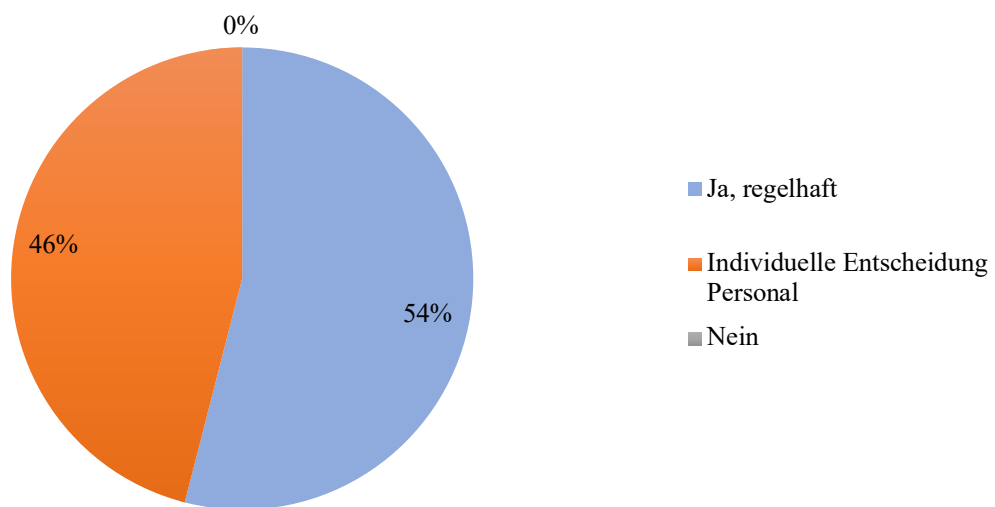


Abbildung 20: Frage nach dem Zusammenleben mit Kindern bei von Gewalt betroffenen Patient*innen (n = 28; Angaben in Prozent)

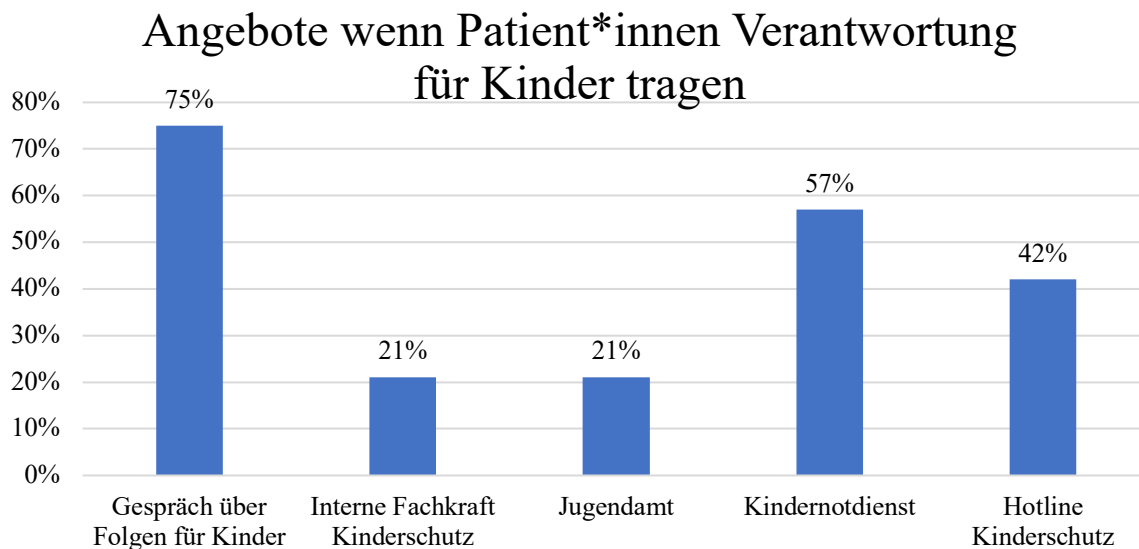
Wenn gewaltbetroffene Patient*innen mit Kindern zusammenleben, wird in 75 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen ein Gespräch über die Folgen für Kinder geführt, in 57 Prozent wird der Kindernotdienst, in 42 Prozent die Hotline Kinderschutz mit einbezogen. Einige Häuser (21 %; n = 28) verfügen über eine interne Fachkraft zum Thema Kinderschutz, weitere 21 Prozent der Kliniken ziehen das Jugendamt hinzu (siehe Abb. 21).

Die Hälfte der Kliniken, die das Jugendamt einbeziehen, hat eine interne Fachkraft zum Thema Kinderschutz (11 %; n = 28).

Diejenigen Kliniken (21 %), die das Jugendamt hinzuziehen, treten – bis auf eine Klinik – gleichzeitig auch in Kontakt mit dem Kindernotdienst und der Hotline Kinderschutz. Diese eine Klinik kontaktiert neben dem Jugendamt ausschließlich die Polizei als weitere externe Stelle.

Unabhängig davon, ob das Jugendamt kontaktiert wird, geben 57 Prozent der Kliniken an, sich an den Kindernotdienst zu wenden und 43 Prozent der Kliniken geben an, die Hotline Kinderschutz zu kontaktieren. 36 Prozent dieser Kliniken kontaktieren sowohl den Kindernotdienst als auch die Hotline Kinderschutz.

Vereinzelt geben Notaufnahmen an (14 %; n = 28), mit allen erwähnten externen Stellen zusammenzuarbeiten.



(n = 28)

*Abbildung 21: Weitere Maßnahmen/Angebote/Einbezug externer Stellen, wenn von Gewalt betroffene Patient*innen die Verantwortung für Kinder tragen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)*

In Freitextantworten werden als weitere Möglichkeiten von 18 Prozent der Notaufnahmen die Kontaktaufnahme zur Polizei, bei Gefahr in Verzug oder Verdacht auf Kindeswohlgefährdung genannt, andere Notaufnahmen geben an, sich an die Kinderschutzambulanz der Charité zu wenden. Eine Notaufnahme gibt an, sich bei mitbetroffenen Kindern, an S.I.G.N.A.L. e. V. zu wenden (siehe Anhang 1 Tab. 10).

Mehr als ein Drittel der Notaufnahmen (39 %; n = 28) geben an, externe Stellen ohne die explizite Zustimmung der Erziehungsberechtigten einzubeziehen. Dies geschieht vor allem bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung oder akuter Gefährdung: Von diesen 11 Kliniken, die externe Stellen ohne die explizite Zustimmung der Erziehungsberechtigten hinzuziehen, geben 8 (73 % siehe Anhang 1 Tab. 11) an, dies aufgrund von Kindeswohl-/akuter Gefährdung zu veranlassen.

Ein Drittel (32 %; n = 28) der Notaufnahmen überlassen die Entscheidung, externe Stellen ohne explizite Zustimmung der Erziehungsberechtigten hinzuzuziehen, dem Personal. Drei Notaufnahmen (11) geben an, nicht zu wissen, wie in einem solchen Fall vorgegangen wird und weitere drei (11 %) ziehen nicht ohne die Zustimmung Erziehungsberechtigter externe Stellen hinzu (siehe Abb. 22).

Einbezug externer Stellen ohne die Zustimmung Erziehungsberechtigter (n = 28)

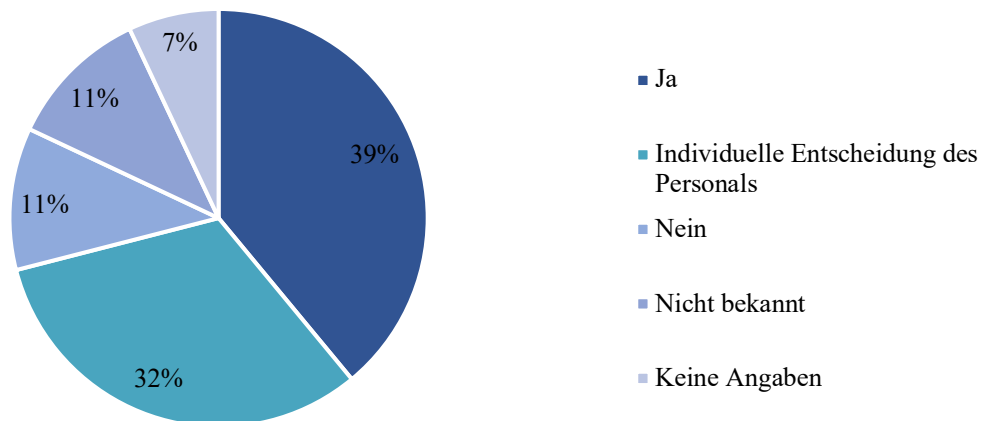
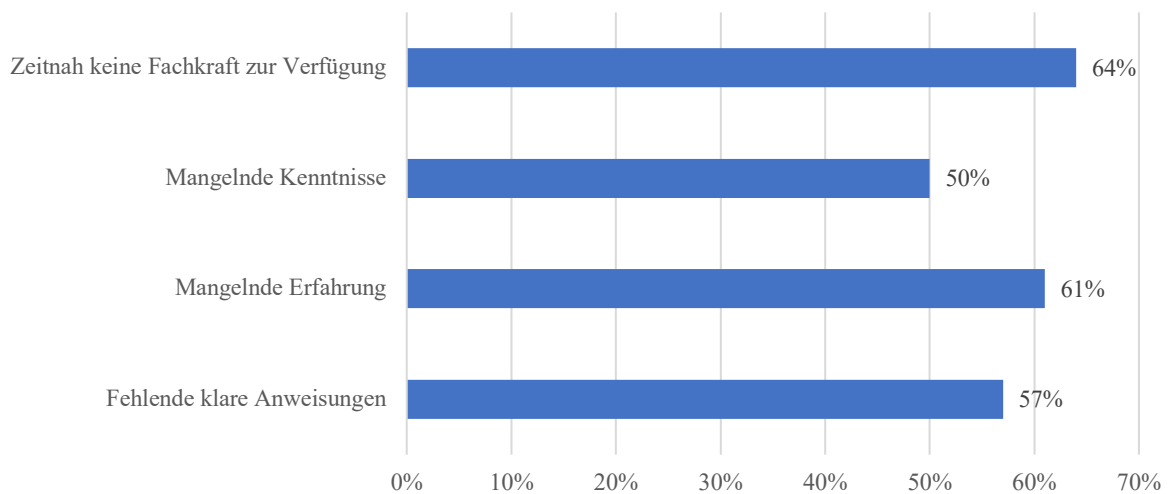


Abbildung 22: Einbezug externer Stellen wenn von Gewalt betroffene Patient*innen die Verantwortung für Kinder tragen auch ohne die explizite Zustimmung der Erziehungsberechtigten (n = 28; Angaben in Prozent)

Als herausfordernd im Zusammenhang mit dem Thema Kinderschutz wird jeweils von fast zwei Drittel (64 %; n = 28) der Notaufnahmen sowohl die Schwierigkeit benannt, dass keine für Kinderschutzfragen qualifizierte Fachkraft zeitnah verfügbar ist als auch, dass mangelnde Kenntnisse über rechtliche und/oder fachliche Handlungsvorgaben und Handlungsmöglichkeiten bestehen. Mangelnde Erfahrungen im Umgang mit dem Thema „Kinderschutz“ (61 %) oder nicht vorhandene klare Verfahrensanweisungen (57 %) werden in Notaufnahmen als herausfordernd wahrgenommen (siehe Abb. 23).

Unter den Freitextantworten zu weiteren möglichen Herausforderungen wird von zwei Notaufnahmen angeführt, dass das Thema Kinderschutz gut etabliert sei. 39 Prozent der Notaufnahmen (n = 28) geben alle der zuvor genannten Aspekte als Herausforderungen an (siehe Abb. 23).

Herausforderungen Kinderschutz



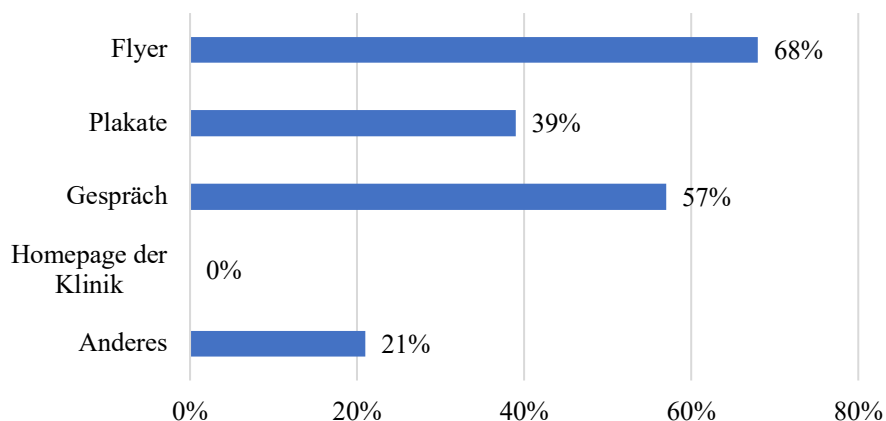
(n = 28)

Abbildung 23: Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Thema Kinderschutz (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.1.9 Weiterführende Angebote

Die Weitergabe von Informationen über weiterführende Angebote bei Gewalt in Paarbeziehungen erfolgt in 68 Prozent (n = 28) der Fälle über das Aushändigen von Flyern, gefolgt von der Informationsweitergabe in Gesprächen (57 %; n = 28). Keine Notaufnahme gibt an, auf Informationen auf der Homepage der Klinik zu verweisen (siehe Abb. 24).

Information zu weiteren Angeboten



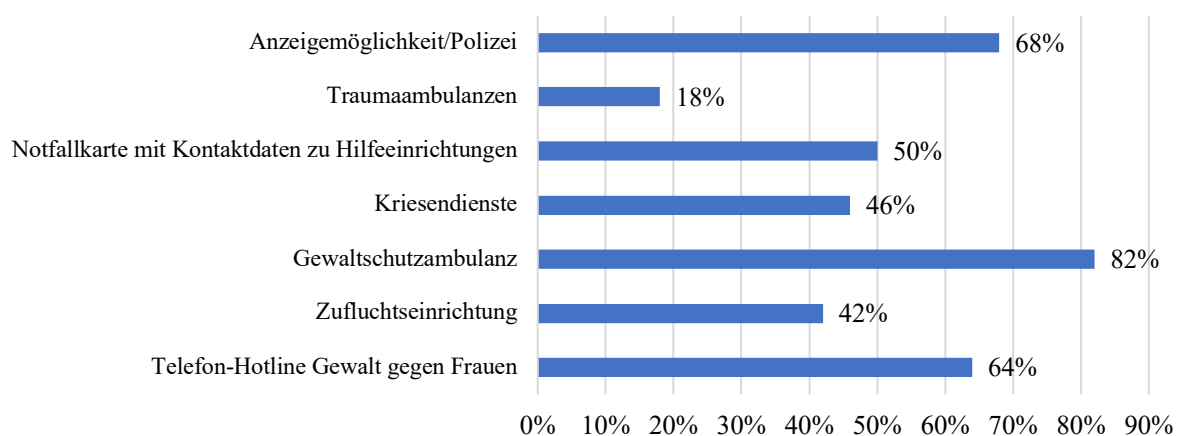
(n = 28)

Abbildung 24: Art der Informationen zu weiterführenden Angeboten bei Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Als weitere Wege der Informationsvermittlung in Freitextantworten wird unter anderem auf die Gewaltschutzambulanz der Charité und Materialien von S.I.G.N.A.L. e.V. und die Möglichkeit „Hilfsangebote aus dem Internet“ auszudrucken, verwiesen (siehe Anhang 1 Tab. 12).

Als weiterführende Angebote, auf die hingewiesen wird (vgl. hierzu Abb. 25), ist die Gewaltschutzambulanz der Charité führend (82 %; n = 28), gefolgt von Anzeigemöglichkeiten bei der Polizei (68 %; n = 28) und der Telefon-Hotline gegen Gewalt gegen Frauen (64 %; n = 28). Hinweise auf Trauma-Ambulanzen machen 18 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen. Als spezialisierte Beratungsstellen werden im Freitext S.I.G.N.A.L. e. V. und „Psychiatrie“ angeführt (siehe Anhang 1 Tab. 13) und als weiteres Informationsangebot von einer Notaufnahme der Hinweis „Angebot über 24/7 stationäre Aufnahme, auch mit Kindern“ benannt. Jeweils die Hälfte der Notaufnahmen gibt an, weiterführende Informationen mündlich oder schriftlich weiterzugeben. In etwa der Hälfte der Notaufnahmen (46 %; n = 28) ist dies der individuellen Entscheidung des Personals überlassen (siehe Abb. 26).

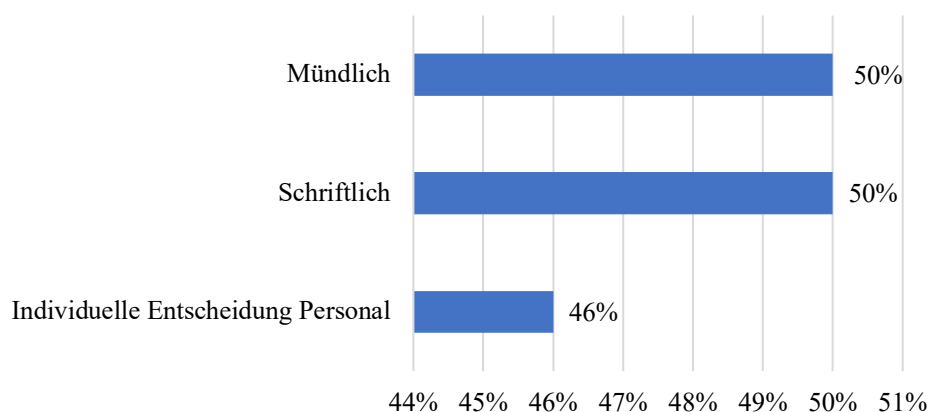
Informationen zu weiterführenden Angeboten



(n = 28)

Abbildung 25: Art der weiterführenden Angebote, über die nach Gewalt in Paarbeziehungen informiert wird (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Form der Informationsübermittlung



(n = 28)

Abbildung 26: Form der Informationsvermittlung zu weiterführenden Angeboten nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.2 Versorgungsangebote für Patient*innen nach sexualisierter Gewalt

Die Angaben, welche zu Versorgungsangeboten für Patient*innen nach sexualisierter Gewalt gemacht werden, beziehen sich immer auf sämtliche antwortende Notaufnahmen. Das Vorhandensein von Fachabteilungen (z. B. Gynäkologie, Urologie oder Proktologie) wurde nicht erfragt.

4.2.1 Dokumentation

Nach sexualisierter Gewalt wird die gerichtsverwertbare Dokumentation (Verletzungen und Beschwerden) und Spurensicherung von 11 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen ausschließlich im polizeilichen Auftrag, d. h. nach Anzeige der Tat angeboten, eine Klinik (4 %) gibt an, sowohl ausschließlich im polizeilichen Auftrag zu handeln, als auch basierend auf der individuellen Entscheidung des Personals zu agieren. Zwei weitere Kliniken (7 %) geben an, nach Anzeige der Tat eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung vorzunehmen und gleichzeitig hierzu an eine andere Einrichtung zu verweisen. 32 Prozent der Notaufnahmen geben an, auch ohne polizeilichen Auftrag eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung vorzunehmen. 11 Prozent der Notaufnahmen geben an, keine Dokumentation und Spurensicherung durchzuführen. Eine Klinik gibt an, nur eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung vorzunehmen unter der Bedingung, dass gesicherte Spuren durch die Polizei mitaufgenommen werden.

Alle Kliniken, die nicht selbst gerichtsverwertbar dokumentieren und Spuren sichern, verweisen an eine andere Einrichtung. In den Freitextantworten werden in Bezug hierauf fast ausschließlich die Einrichtungen der Charité genannt.

27 Prozent (n = 15) der Notaufnahmen, die nach sexualisierter Gewalt eine gerichtsverwertbare Dokumentation (Verletzungen und Beschwerden) und Spurensicherung anbieten, geben an, eine fotografische Dokumentation von Spuren vornehmen zu können, 13 Prozent geben an, eine Archivierung gesicherter Spuren in der Klinik zu gewährleisten (siehe Abb. 27).

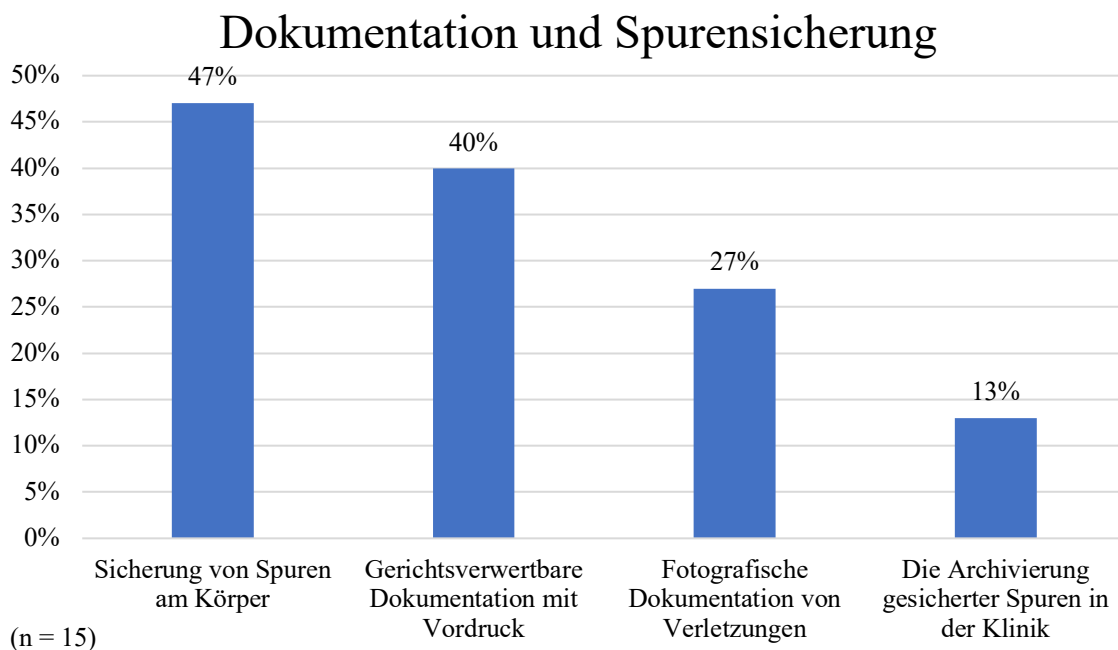
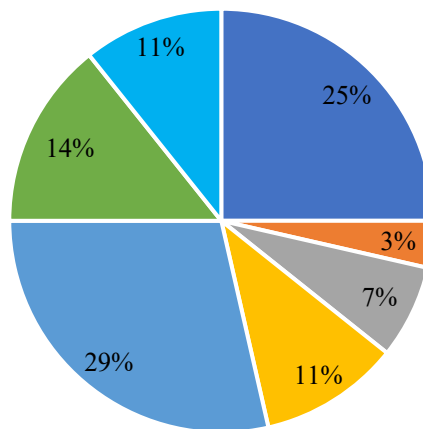


Abbildung 27: Angebote zur Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 15; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Die Angaben zur Nutzung eines Dokumentationsbogens zur gerichtsverwertbaren Dokumentation variiert stark. 29 Prozent (n = 28) geben an, keinen Bogen zu nutzen. 11 Prozent machen keine Angabe dazu und 14 Prozent der Kliniken geben an, es nicht zu wissen. 25 Prozent der Kliniken geben an, immer einen entsprechenden Bogen zu nutzen (siehe Abb. 28).

Nutzung eines Dokumentations-Bogens zur gerichtsverwertbaren Dokumentation (n = 28)

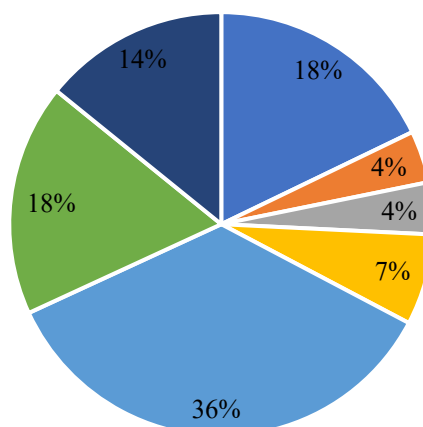


■ Immer ■ Häufig ■ Manchmal ■ Selten ■ Nie ■ Nicht bekannt ■ Keine Angaben

Abbildung 28: Nutzung des Dokumentations-Bogens zur gerichtsverwertbaren Dokumentation nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent)

Ein spezielles Set zur Spurensicherung wird von 18 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen immer genutzt, jeweils 4 Prozent nutzen es häufig oder manchmal. In 7 Prozent (n = 28) der Kliniken kommt selten ein entsprechendes Set zum Einsatz (siehe Abb. 29).

Nutzung eines Sets zur Sicherung von Spuren (n = 28)



■ Immer ■ Häufig ■ Manchmal ■ Selten ■ Nie ■ Nicht bekannt ■ Keine Angaben

Abbildung 29: Nutzung eines Sets zur Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten zur Frage nach der genauen Bezeichnung des verwendeten Bogens überwiegt die Angabe des von S.I.G.N.A.L. e. V. zur Verfügung gestellten Dokuments zur

gerichtsverwertbaren Dokumentation (siehe Anhang 1 Tab. 14). In Freitextantworten zur Frage nach der genauen Bezeichnung des verwendeten Sets zur Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt wird überwiegend das Untersuchungsset der Charité benannt (siehe Anhang 1 Tab. 15).

Nutzungshindernisse sind das Nichtvorhandensein entsprechender Materialien und der Schulung zur Anwendung, sowie die nichtvorhandene Möglichkeit zur Archivierung (siehe Anhang 1 Tab. 16).



(n=28)

Abbildung 30: Hindernisse für die Umsetzung der gerichtsverwertbaren Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Ein in Freitextantworten häufig genannter Grund, der hinderlich für die Umsetzung der gerichtsverwertbaren Dokumentation und Spurensicherung ist, liegt in der nicht vorhandenen gynäkologischen Fachabteilung (siehe Anhang 1 Tab. 17).

54 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben fehlendes qualifiziertes Personal als hinderlich an. Für die Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt liegen in 39 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen weder Dokumentationsbögen noch Kits zur Spurensicherung vor. Bezüglich der gerichtsverwertbaren Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt haben 36 Prozent der Notaufnahmen keine Verfahrensanweisung zur Nutzung solcher Untersuchungssets. Einige Notaufnahmen (14 %) zählen die gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt nicht zum medizinischen Versorgungsauftrag (siehe Abb. 30).

Als hilfreich für die Umsetzung gerichtsverwertbarer Dokumentation und Spurensicherung werden in Freitextantworten mehrfach Fort- und Weiterbildungsangebote benannt, der Wunsch nach einer einheitlichen Regelung über alle Berliner Häuser hinweg, sowie die „Möglichkeit der stationären Aufnahme und Durchführung der Dokumentation durch Teams, die nicht in die Notfallversorgung eingebunden sind und somit Zeitkontingente zur Verfügung hätten“ (siehe Anhang 1 Tab. 18).

4.2.2 Personal

Die Möglichkeit, in Fällen von sexualisierter Gewalt speziell zum Thema sexualisierte Gewalt geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuzuziehen, wird tagsüber von einer Notaufnahme als sehr gut eingeschätzt, für die Nacht trifft dies auf keine Notaufnahme zu. Der überwiegende Teil der Notaufnahmen sieht die Möglichkeit, eigenes geschultes Personal hinzuzuziehen in der Tag- und Nachtschicht als schlecht bis sehr schlecht an.

32 Prozent der (n = 28) Notaufnahmen ist es tagsüber nicht möglich, zum Thema sexualisierte Gewalt eigenes geschultes Personal hinzuzuziehen. Nachts trifft dies für 36 Prozent der (n = 28) Notaufnahmen zu (siehe Abb. 31).

Geschultes internes Personal Tag-/Nachtschicht

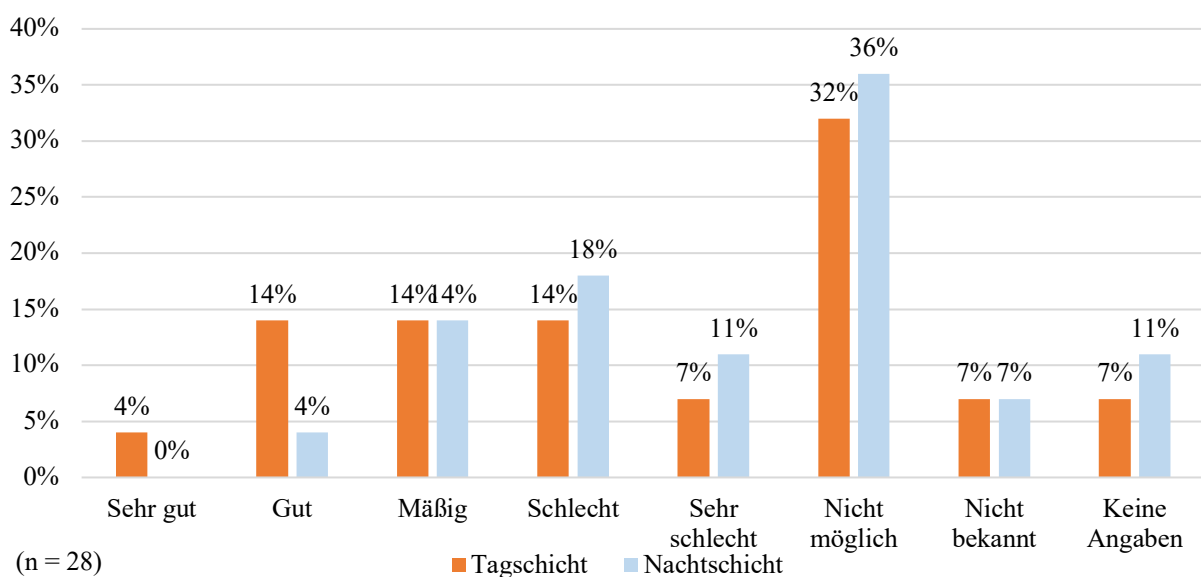


Abbildung 31: Möglichkeit, in Fällen von sexualisierter Gewalt speziell zum Thema sexualisierte Gewalt geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)

Ob externes Personal hinzugezogen wird, wenn in der Notaufnahme kein zum Thema sexualisierte Gewalt geschultes Personal vorhanden ist, wird in 25 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen individuell vom Personal entschieden, 29 Prozent der Notaufnahmen nehmen externe Unterstützung in Anspruch. 25 Prozent der Notaufnahmen verneint dies und 14 Prozent macht keine Angaben dazu (siehe Abb. 32).

Hinzuziehen von externem Personal (n = 28)

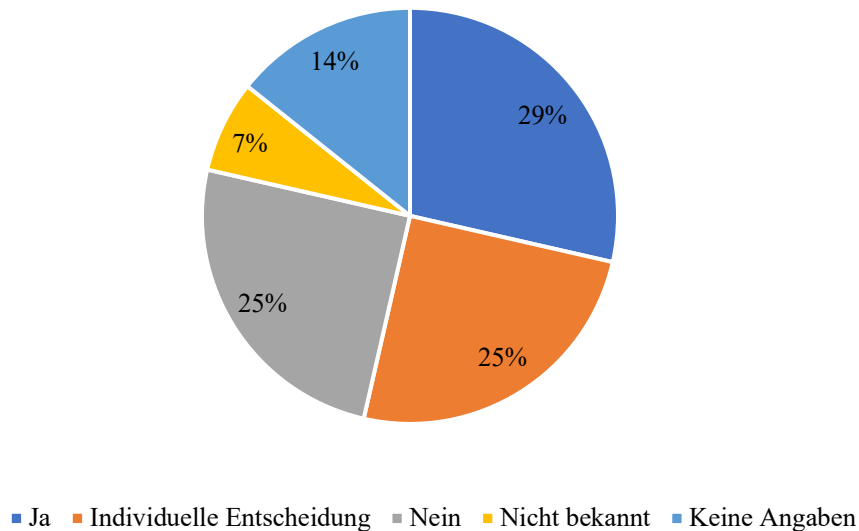


Abbildung 32: Hinzuziehen von externem Personal, wenn in der Notaufnahme kein zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen geschultes Personal vorhanden ist (n = 28; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten wird auf die Frage nach der Möglichkeit des Hinzuziehens von externem Personal überwiegend die Gewaltschutzambulanz als benannt. Weitere Instanzen, die benannt werden, wenn Notaufnahmen angeben, externes Personal hinzuzuziehen sind Polizei und Psychiatrie.

4.2.3 Fortbildungen

Für das Personal der Notaufnahme werden in einem Drittel der Kliniken (32 %; n = 28) Fortbildungen zur Versorgung von Menschen nach sexualisierter Gewalt angeboten (siehe Abb. 33).

Fortbildungsangebote zu sexualisierter Gewalt (n = 28)

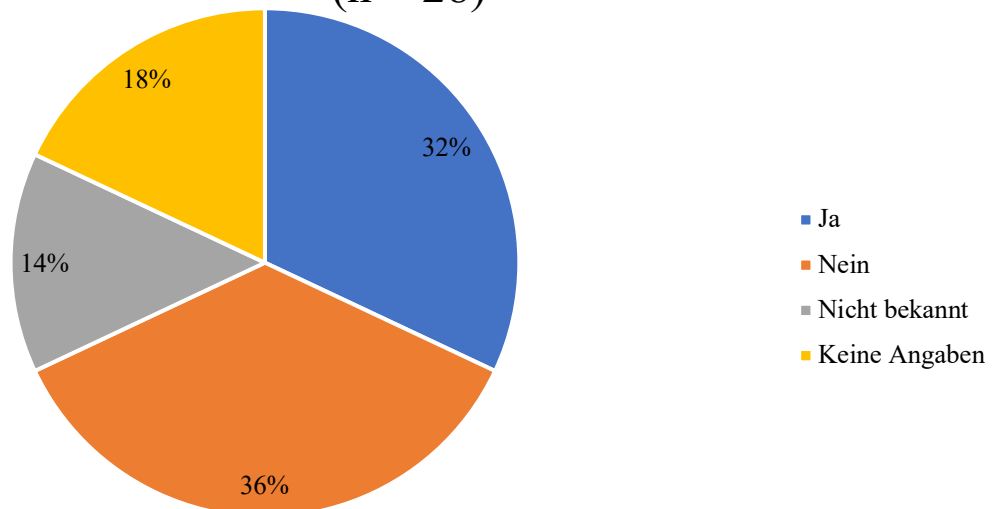


Abbildung 33: Fortbildungsangebote für das Personal der Notaufnahme zu sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent)

Von denjenigen 9 Kliniken, die Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt anbieten (32 %; n = 28), werden diese in wenigen Kliniken regelmäßig (22 %; n = 9) oder bei Bedarf (22 %; n = 9) durchgeführt. Andere Kliniken geben an, einmalig (44 %; n = 9) Fortbildungen zum Thema sexualisierte Gewalt anzubieten. Eine Klinik (11 %; n = 9) gab keine Informationen zur Häufigkeit der Fortbildungen an, bemerkte jedoch, dass diese in der Gynäkologie durchgeführt werden.

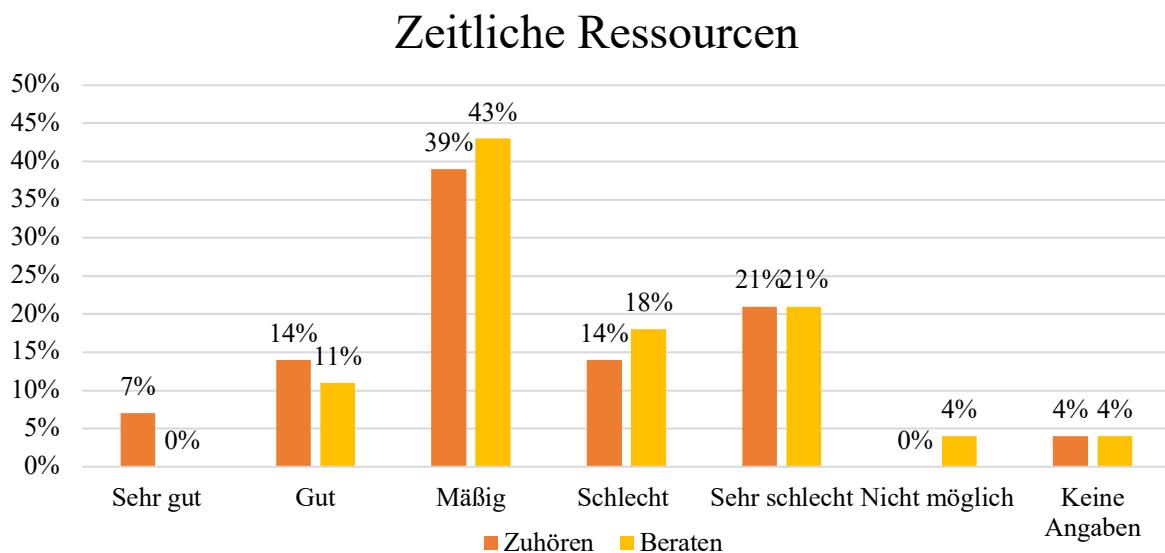
In den Notaufnahmen, die Fortbildungen zur Versorgung nach sexualisierter Gewalt anbieten, werden Pflegekräfte (32 %; n = 28) und Ärzt*innen (29 %; n = 28) – v. a. der Fachrichtung Orthopädie und Chirurgie – mit einbezogen. Eine Notaufnahme involviert den Sozialdienst, 11 % (n = 28) beziehen andere Berufsgruppen in die Fortbildungen ein.

Als hilfreich zur Schulung des Personals wird sowohl eine Kontinuität des Personals benannt als auch die Möglichkeit, an regelmäßigen (von externen Anbietern durchgeführten) Fortbildungen teilzunehmen, für die sie freigestellt werden (siehe Anhang 1 Tab. 19).

4.2.4 Zuhören und Beraten

Die zeitlichen Ressourcen, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt zuzuhören, wird von 21 Prozent (n = 28) der Kliniken als sehr gut bis gut eingeschätzt. 39 Prozent halten ihre Möglichkeiten für mäßig, 35 Prozent für schlecht bis sehr schlecht (siehe Abb. 34).

Keine Notaufnahme schätzt die zeitlichen Ressourcen, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt zu beraten, als sehr gut ein, 43 Prozent (n = 28) halten ihre Möglichkeiten für mäßig, 39 Prozent für schlecht bis sehr schlecht. Die zeitlichen Ressourcen sowohl beim Zuhören als auch beim Beraten werden überwiegend als mäßig angegeben (siehe Abb. 34). Eine Notaufnahme merkt an, dass das Personal dazu angehalten ist, zeitliche Ressourcen für das Zuhören und Beraten auch bei hohem sonstigen Arbeitsaufkommen bereitzustellen.



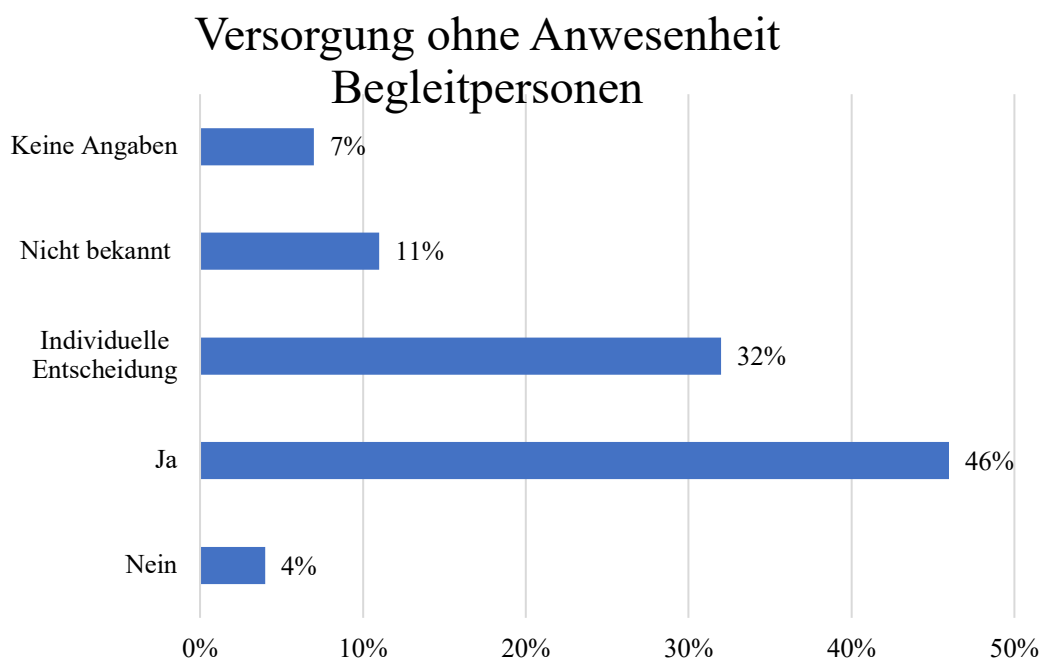
(n = 28)

Abbildung 34: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent)

3.2.5 Einzelaspekte Versorgung

A) Versorgung ohne Anwesenheit von Begleitpersonen

Ein Drittel (32 %; n = 28) der Notaufnahmen geben an, dass es im Rahmen der persönlichen Entscheidung des Personals liegt, ob Patient*innen nach sexualisierter Gewalt ohne die Anwesenheit von Begleitpersonen versorgt werden, etwa die Hälfte (46 %) gewährleisten dies regelmäßig (siehe Abb. 35).



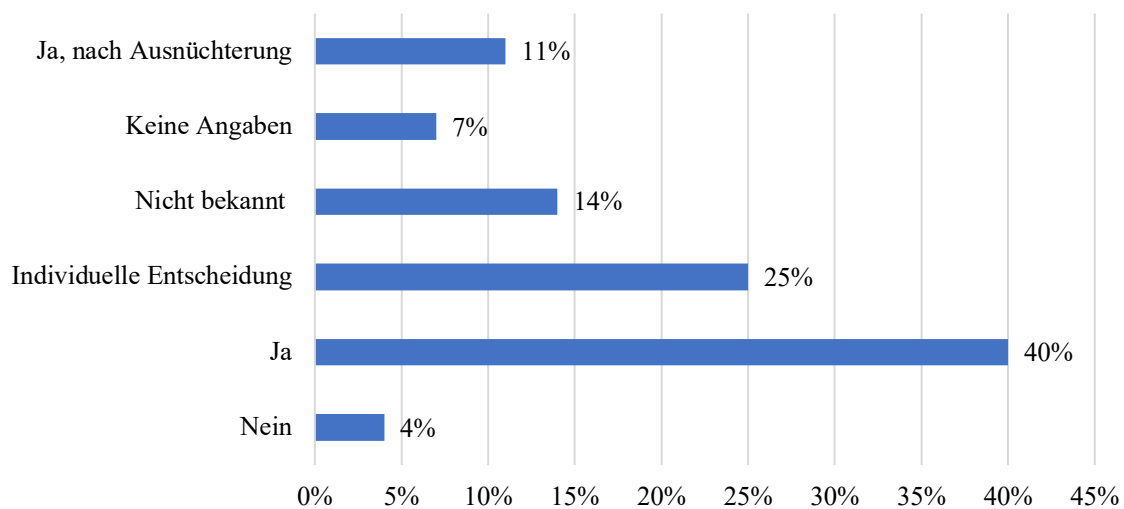
(n = 28)

Abbildung 35: Versorgung nach sexualisierter Gewalt ohne die Anwesenheit von Begleitpersonen (n = 28; Angaben in Prozent)

B) Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind

Die spezielle Versorgung nach sexualisierter Gewalt von Menschen, die intoxikiert sind, wird in 11 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen erst nach Ausnüchterung gewährleistet, in 25 Prozent der Notaufnahmen ist die Entscheidung darüber dem Personal individuell überlassen (siehe Abb. 36). In Freitextangaben wird angegeben, dass die medizinische Versorgung für alle Menschen gewährleistet werde und alternativ insbesondere im Fall der gesetzlichen Betreuung ein richterlicher Beschluss aufzusetzen sei.

Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind



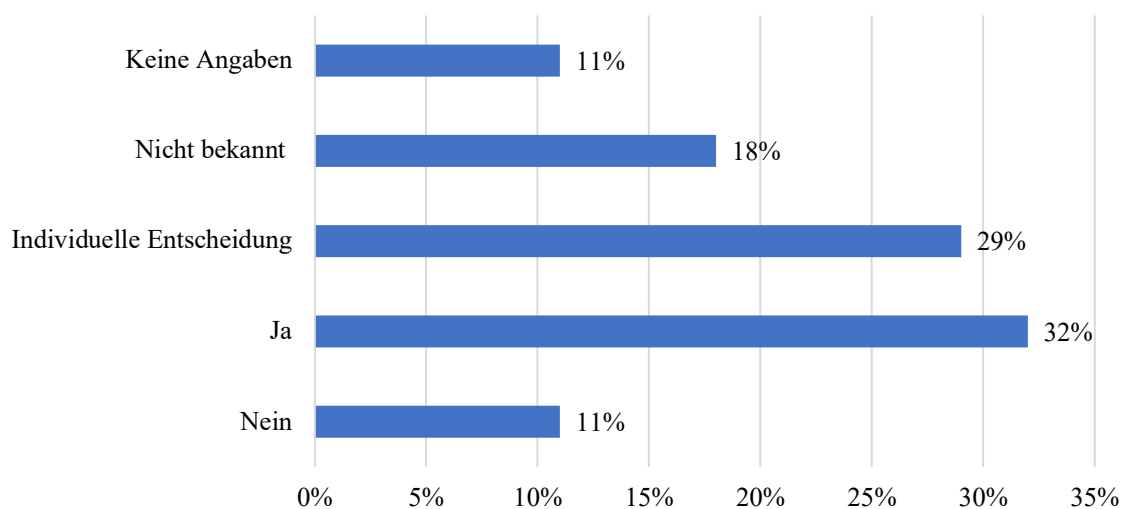
(n = 28)

Abbildung 36: Versorgung von Menschen, die intoxikiert sind, nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Angaben in Prozent)

C) Versorgung von Menschen mit gesetzlicher Betreuung

32 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen geben an, die Versorgung nach sexualisierter Gewalt für Menschen mit gesetzlicher Betreuung ohne Einbezug der betreuenden Person zu gewähren. 11 Prozent verneinen eine Versorgung ohne Einbezug der betreuenden Person, in 29 Prozent der Notaufnahmen bleibt dies der individuellen Entscheidung des Personals zu überlassen (siehe Abb. 37).

Versorgung ohne gesetzliche Betreuung



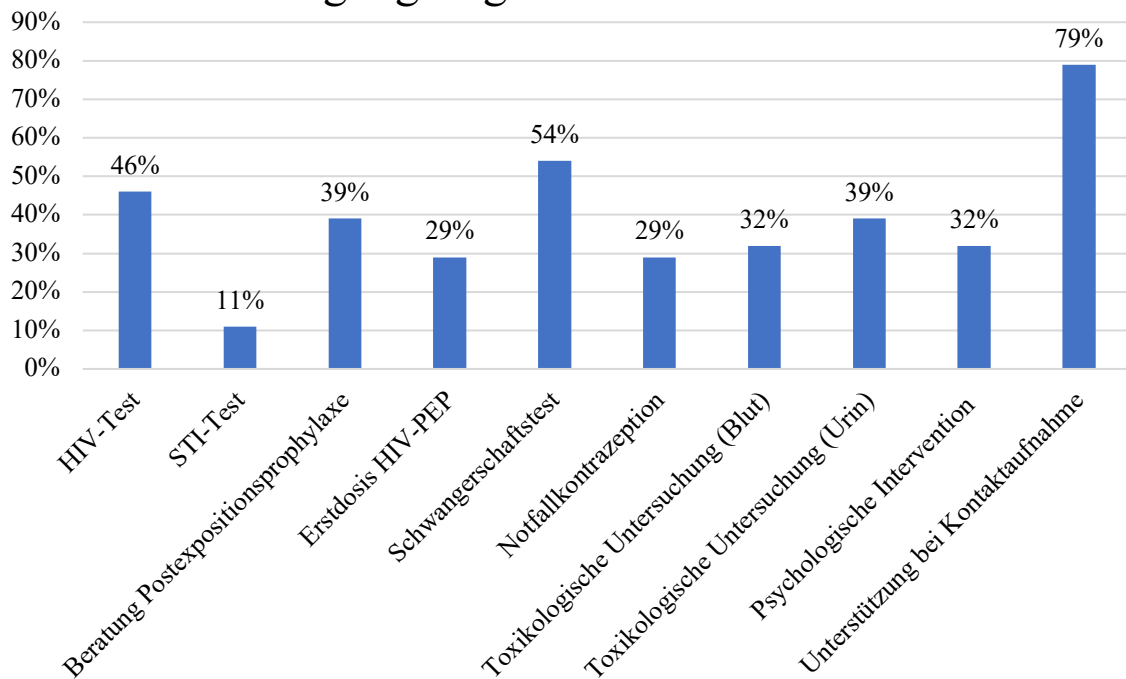
(n = 28)

Abbildung 37: Versorgung von Menschen, die gesetzlich betreut werden und sexualisierte Gewalt erlebt haben, ohne Einbezug der betreuenden Person (n = 28; Angaben in Prozent)

4.2.6 Umfang der Angebote

Während der Großteil (79 %; n = 28) der Notaufnahmen die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu weiteren Angeboten gewähren, und in über der Hälfte (54 %) der Notaufnahmen ein Schwangerschaftstest im Rahmen der Versorgung nach sexualisierten Gewalt angeboten wird, gilt dies nur in knapp einem Drittel (29 %) der Einrichtungen für die Erstdosis zur HIV-Postexpositionsprophylaxe oder eine Notfallkontrazeption (siehe Abb. 38).

Versorgungsangebote nach sexualisierter Gewalt



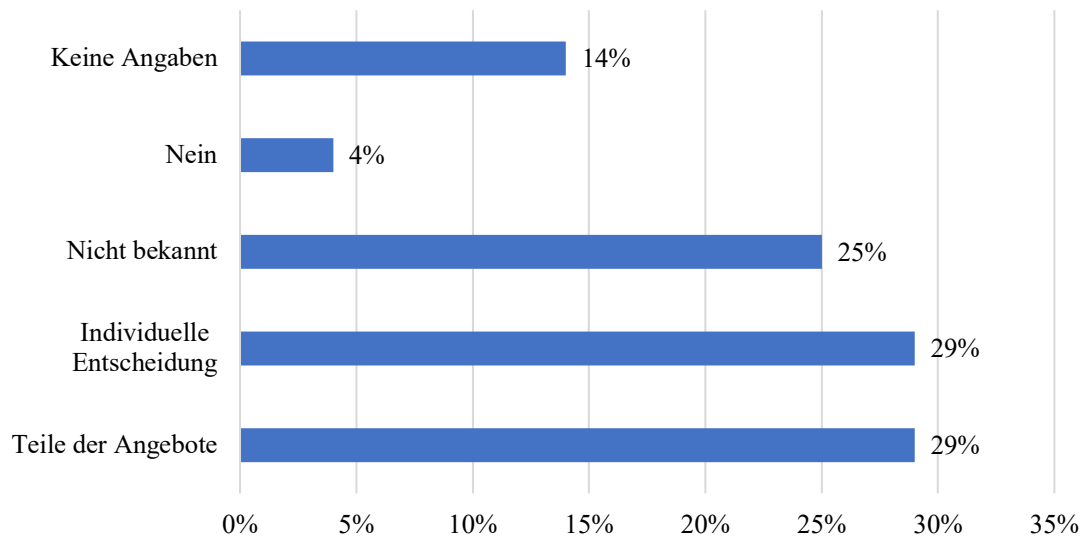
(n = 28)

Abbildung 38: Versorgungsangebote nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Eine Klinik gibt an, keine der aufgezählten Tests oder Behandlungen ohne eine Anzeige bei der Polizei anzubieten, beziehungsweise durchzuführen, in einem Drittel (29 %; n = 28) der Kliniken ist dies der individuellen Entscheidung des Personals überlassen, oder es werden ohne Anzeige nur Teile der Angebote gemacht (siehe Abb. 39).

Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass von acht Notaufnahmen, die angeben, eine Notfallkontrazeption abzugeben, die Hälfte die Entscheidung der individuellen Einschätzung des Personals überlassen, ob die Notfallverhütung auch ohne Anzeige bei der Polizei an die Patient*innen abgegeben wird. Vier Notaufnahmen in Berlin geben in der Befragung an, in der Versorgung von Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, Notfallkontrazeption sicher ohne eine Anzeige abzugeben (siehe Abb. 38, 39; siehe Anhang 1 Tab. 21).

Angebote ohne Anzeigerstattung



(n = 28)

Abbildung 39: Versorgungsangebote nach sexualisierter Gewalt ohne Anzeigerstattung (n = 28; Angaben in Prozent)

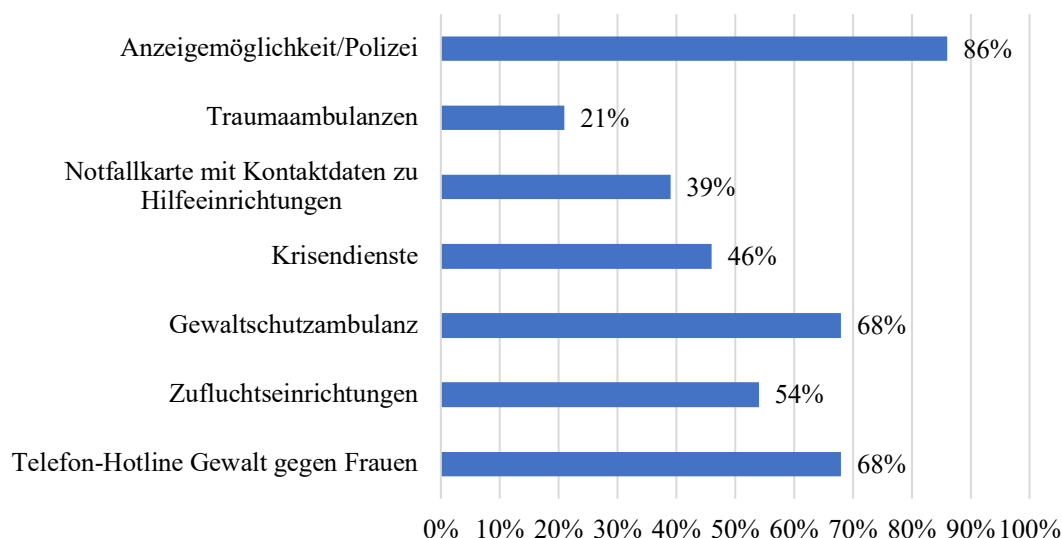
Im Rahmen der Ersthilfe nach sexualisierter Gewalt bieten 32 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen psychologische Interventionen an.

Knapp die Hälfte (44 %; n = 9) dieser Notaufnahmen bietet die psychologische Intervention ohne eine Anzeige bei der Polizei an, weitere 44 Prozent überlassen es der individuellen Einschätzung des Personals, ob eine Anzeige erfolgt sein muss (siehe Abb. 39; siehe Anhang 1 Tab. 21). Einer Notaufnahme ist nicht bekannt, ob eine psychologische Intervention ohne Anzeigerstattung angeboten wird.

4.2.7 Weiterführende Angebote

Weiterführende Angebote, über die informiert wird, sind in 86 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen die Anzeigemöglichkeit bei der Polizei, gefolgt von der Gewaltschutzambulanz und der Telefonhotline „Gewalt gegen Frauen“ (68 %) sowie Zufluchtseinrichtungen (54 %). 21 Prozent (n = 28) der Notaufnahmen weisen auf Traumaambulanzen hin (siehe Abb. 40).

Informationen zu weiterführenden Angeboten



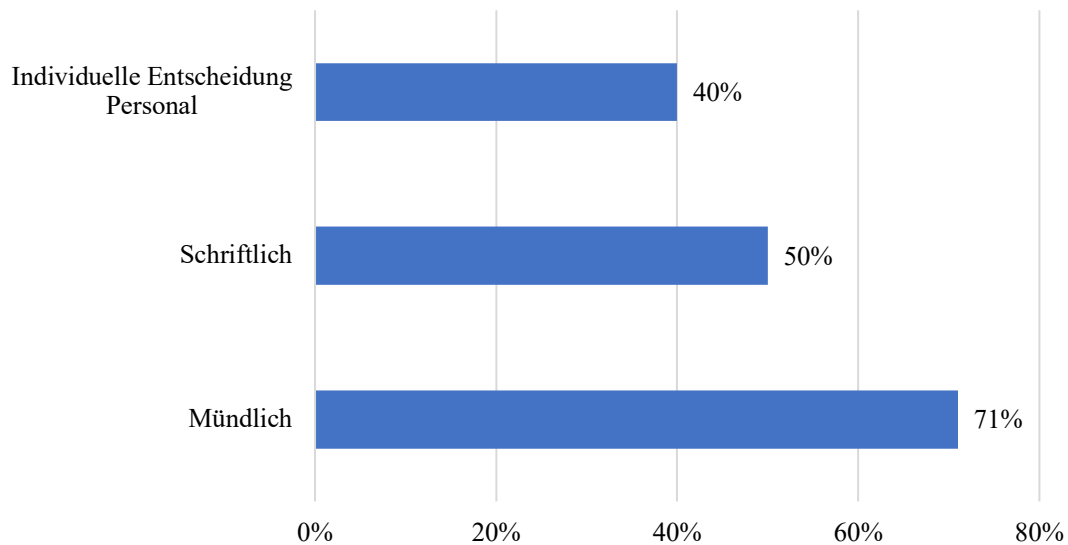
(n = 28)

Abbildung 40: Art der weiterführenden Angebote, über die nach sexualisierter Gewalt informiert wird (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Als weiterführende spezialisierte Beratungsstellen, über die informiert wird, wird neben der Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen - BIG e. V., LARA - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen* und Wildwasser - Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e. V. mehrfach S.I.G.N.A.L. e. V. genannt (siehe Anhang 1 Tab. 22).

Die Informationsweitergabe erfolgt (Mehrfachangaben möglich) zu 71 Prozent (n = 28) mündlich und 50 Prozent schriftlich. Eine der Notaufnahmen gibt als andere Art der Informationsvermittlung im Freitext zudem „Flyer“ an. In 40 Prozent der Notaufnahmen ist die Form der Informationsweitergabe der individuellen Entscheidung des Personals überlassen (siehe Abb. 41).

Form der Informationsvermittlung



(n = 28)

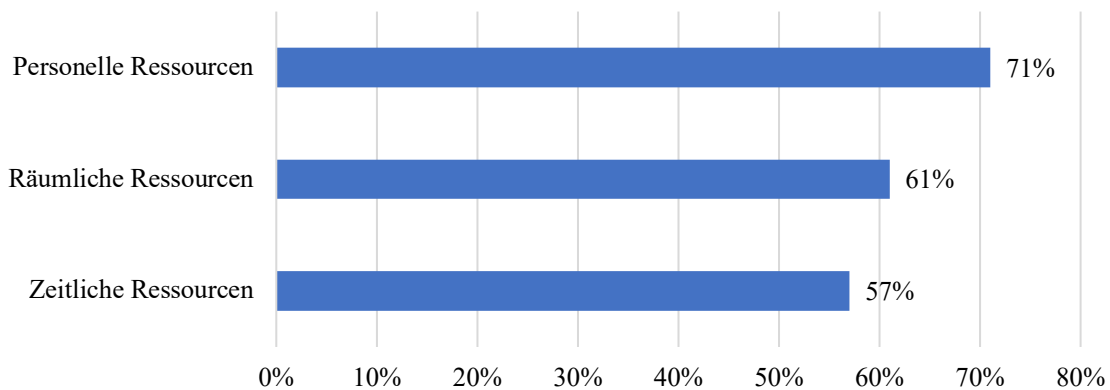
Abbildung 41: Form der Informationsvermittlung zu weiterführenden Angeboten nach sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.3 Rahmenbedingungen zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt

4.3.1 Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt

Im Hinblick auf die Versorgungssituation in einzelnen Notaufnahmen werden insbesondere fehlende personelle Ressourcen (71 %; n = 28) als hinderlich für die Versorgung von Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt angegeben (siehe Abb. 42). Weitere hinderliche Aspekte, die in Freitextantworten benannt werden, beschreiben neben Rahmenbedingungen, die fehlende Fachabteilung für Gynäkologie, fehlende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sowie das Nichtvorhandensein einer „Verfahrensanweisung“ (siehe Anhang 1 Tab. 23).

Hindernisse für die Versorgung



(n = 28)

Abbildung 42: Hindernisse für die Versorgung nach Gewalt in Partnerschaften und sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.3.2 Barrierefreiheit und auf eine vielfältige Bevölkerung ausgerichtete Versorgung

In Bezug auf die abgefragten Diversitätsfaktoren „räumliche Barrierefreiheit“, „geschlechtersensible Versorgung“ und „Kommunikation“ bestehen deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Häusern sowie einzelnen Diversitätsfaktoren.

Geschlechterneutrale Toiletten (29 %; n = 28) und die geschlechtsspezifische Wahl von Ärzt*innen (25 %) sind in etwa in jeweils einem Viertel der Häuser gewährleistet. Zwei Kliniken weisen hierzu auf die Unterscheidung zwischen der Tagschicht, während der eine Wahl möglich ist, und der Nachtschicht, während der keine geschlechtsbezogene Wahl von Ärzt*innen möglich ist, hin. Keine Klinik kann Personal aufweisen, welches im Umgang mit Patient*innen, die sich als LGBTIQ* begreifen, geschult ist (siehe Abb. 43).

86 Prozent (n = 28) der Kliniken geben an, mit Hilfe von Angehörigen die Kommunikation mit Menschen ohne deutsche Sprachkenntnisse zu gewährleisten. 25 Prozent der Häuser geben zudem an, auf professionelle Sprachmittler*innen zurückgreifen. Bei Menschen, die gehörlos sind, sind es 89 Prozent zu 18 Prozent (n = 28). Akustische und visuelle Formen der Kommunikation, z. B. beim Aufruf von Patient*innen, bietet ein Viertel der Kliniken an (siehe Abb. 43). Eine Klinik gibt an, Patient*innen über den Lautsprecher und persönlich zu adressieren. Zertifizierte Leichte Sprache wird von einer Klinik in der Kommunikation genutzt.

Diversitätssensible Versorgung

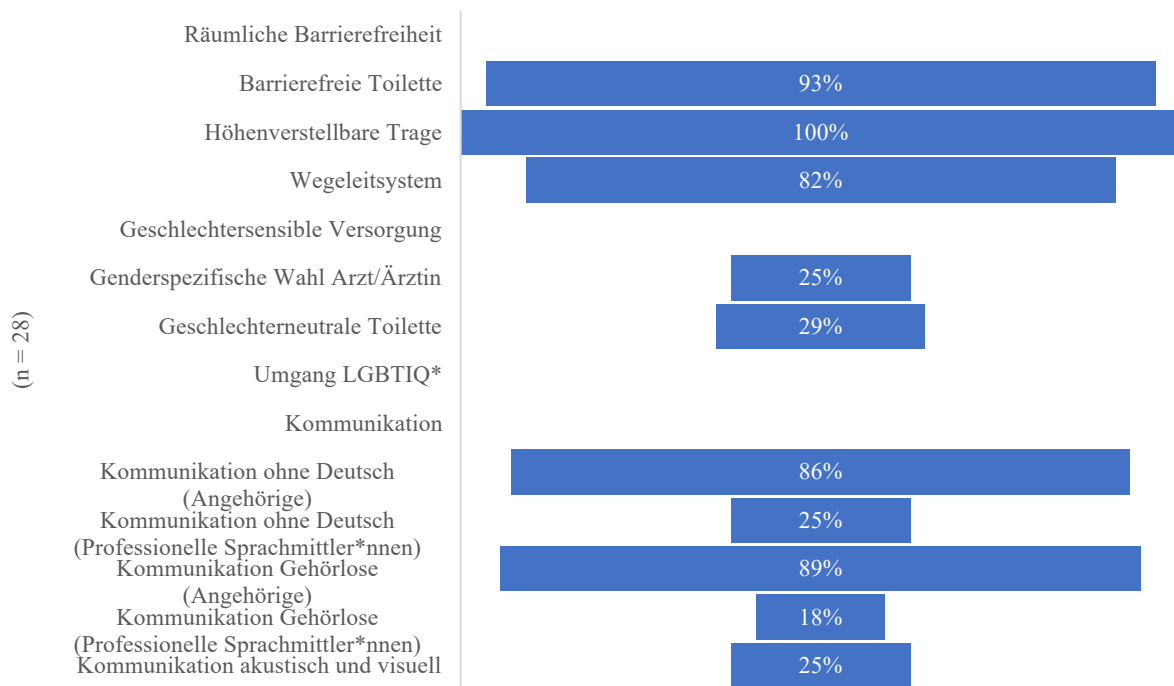


Abbildung 43: Barrierefreiheit und auf eine vielfältige Bevölkerung ausgerichtete Versorgung in der Notaufnahme (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten wird als andere Art der Kommunikation mit Menschen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse vor allem auf Personal mit entsprechenden Sprachkenntnissen verwiesen, einige Häuser haben die Möglichkeit, videogestützte Sprachmittlung zu nutzen. Eine Klinik erwähnt, dass sie Mitpatient*innen zur Sprachmittlung hinzuzieht (siehe Anhang 1 Tab. 24).

Im Zusammenhang mit der Kommunikation mit Menschen, die gehörlos sind, wird überwiegend auf die Option, schriftlich zu kommunizieren, verwiesen. 18 Prozent (n = 28) der Kliniken geben an, in diesem Fall professionelle Sprachmittlung einzusetzen. Keine Klinik erwähnt in diesem Kontext die Möglichkeit videogestützter Sprachmittlung.

Zusätzlich kommentiert eine Klinik, dass es bei der Zusammenarbeit mit professionellen Sprachmittler*innen zu langen Wartezeiten kommt.

4.3.3 Zuständigkeiten bei Gewalt in Paarbeziehungen

Klar definierte Zuständigkeiten beim Thema Gewalt in Paarbeziehungen gibt es in einem Drittel der Kliniken (36 %; n = 28). Eine Klinik gibt als ergänzende Anmerkung an, die/der Psychiater*in sei die Ansprechperson, die für Gewalt in Paarbeziehungen verantwortlich ist. 36 Prozent (n = 28) der Kliniken geben an, ein Konzept zur Versorgung von Patient*innen nach Gewalt in einer Paarbeziehung entwickelt zu haben, 18 Prozent haben eine Standard Operating Procedure (SOP), einen Algorithmus oder einen sonstigen strukturierten Ablauf und eine Prozessbeschreibung definiert (siehe Abb. 44).

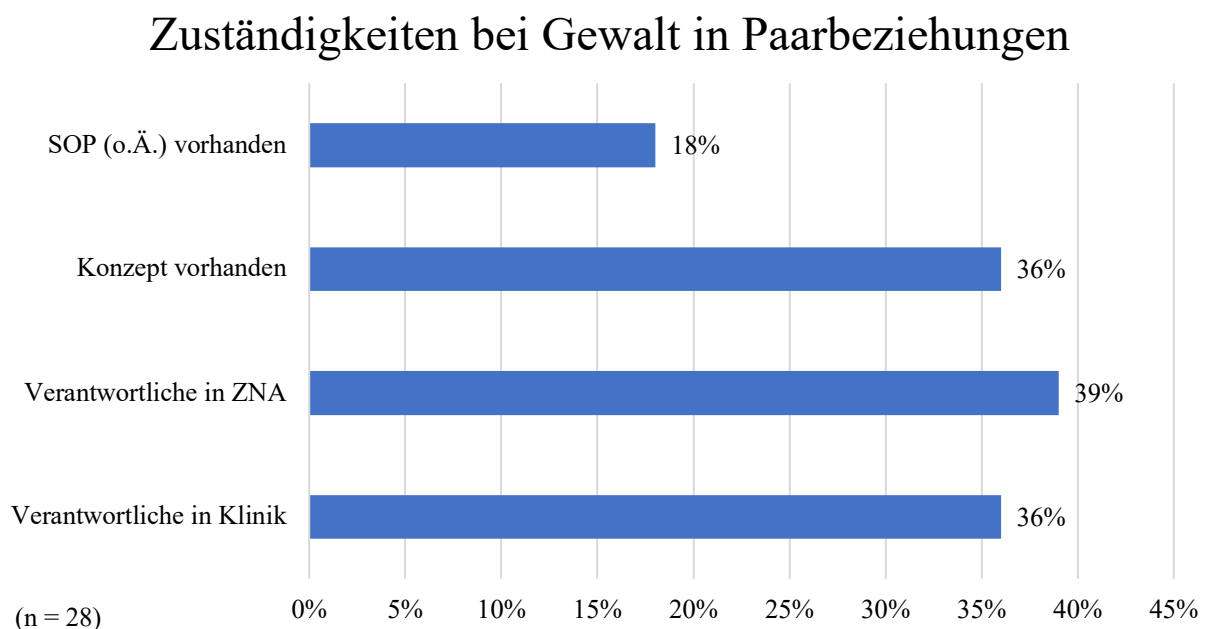


Abbildung 44: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen (unterteilt in SOP, Konzept, Verantwortliche in Klinik, Verantwortliche in Notaufnahme; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten wird sowohl beschrieben, die Versorgung folge den Inhalten der von S.I.G.N.A.L. bereitgestellten (Schulungs-)Materialien, als auch, dass es der individuellen Entscheidung von Mitarbeitenden obliege, wie vorzugehen sei (siehe Anhang 1 Tab. 25).

4.3.4 Zuständigkeiten bei sexualisierter Gewalt

Klar definierte Zuständigkeiten beim Thema sexualisierte Gewalt gibt es in einem Drittel (29 %; n = 28) der Kliniken. 36 Prozent (n = 28) der Kliniken geben an, ein Konzept zur Versorgung von Patient*innen nach sexualisierter Gewalt entwickelt zu haben, 21 Prozent haben eine SOP, einen Algorithmus oder einen sonstigen strukturierten Ablauf und eine Prozessbeschreibung definiert (siehe Abb. 45).

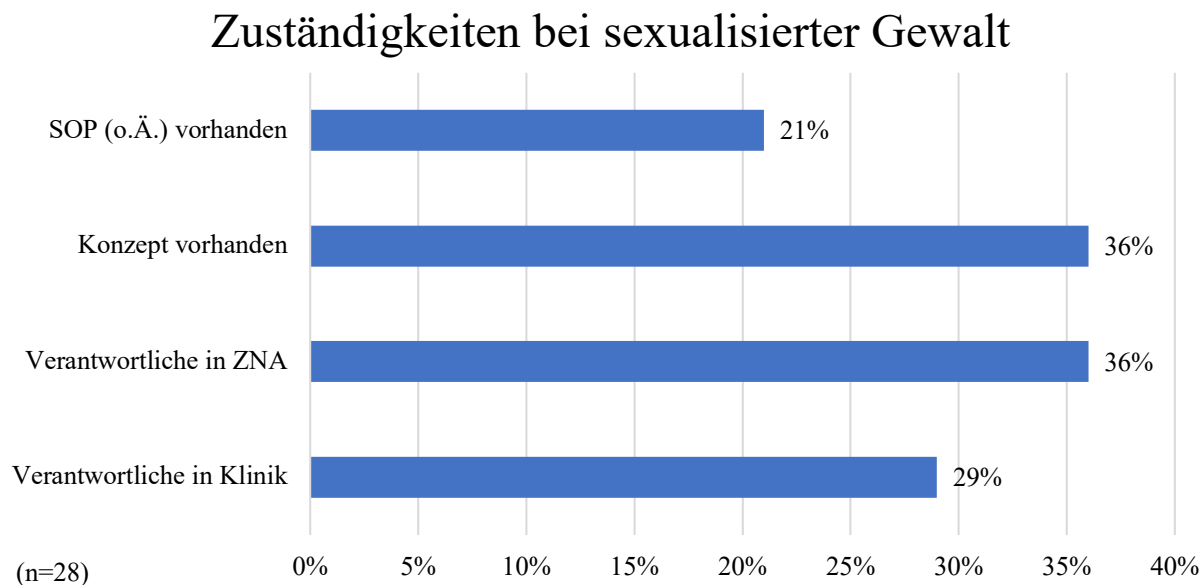


Abbildung 45: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach sexualisierter Gewalt (unterteilt in SOP, Konzept, Verantwortliche in Klinik, Verantwortliche in Notaufnahme; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Die Versorgung in Kliniken, welche weder ein hausinternes Konzept noch eine SOP o. Ä. zur Versorgung nutzen, geben nicht an, wie sie vorgehen (18 %; n = 28 bei Gewalt in Paarbeziehungen und 14 % bei sexualisierter Gewalt), überlassen das Vorgehen der individuellen Entscheidung des Personals (4 %), verwenden den S.I.G.N.A.L. Bogen (4 %) oder verweisen an eine andere Einrichtung (4 % bei Gewalt in Paarbeziehungen und 11 % bei sexualisierter Gewalt). Bei letzterer wird vor allem die Gewaltschutzambulanz erwähnt (siehe Anhang 1 Tab. 26).

4.3.5 Kinderschutz

Ein hausinternes Kinderschutzkonzept haben 39 Prozent ($n = 28$) der Kliniken entwickelt, wobei nahezu ebenso viele (36 %) kein Konzept aufweisen oder keine Angaben dazu machen (25 %) (siehe Abb. 46). Eine Klinik merkt im Freitextformat an, bereits eine SOP zur Kindeswohlgefährdung erarbeitet zu haben.

Kinderschutzkonzept ($n = 28$)

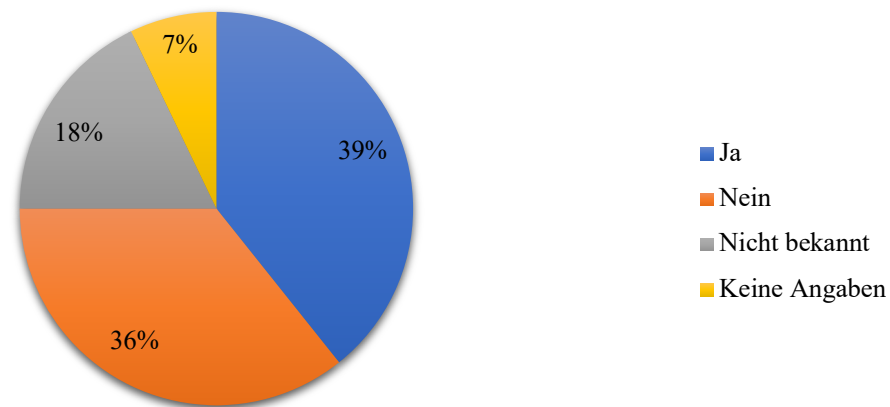
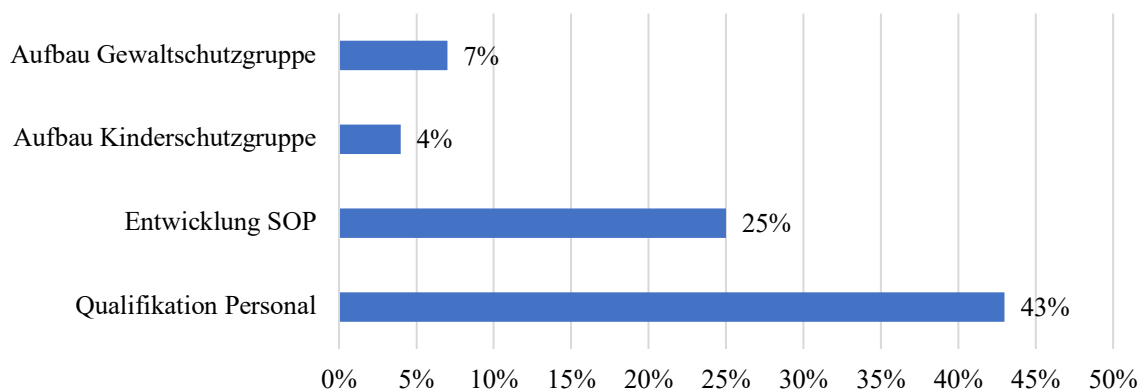


Abbildung 46: Kinderschutzkonzept ($n = 28$; Angaben in Prozent)

4.3.6 Weitere geplante Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen

Als häufigste geplante Maßnahme im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen wird die Qualifizierung des Personals (43 %; $n = 28$) angegeben. 25 Prozent ($n = 28$) der Kliniken planen die Entwicklung einer SOP, eines Algorithmus oder eines sonstigen strukturierten Ablaufs beziehungsweise einer Prozessbeschreibung. Eine Klinik plant den Aufbau einer Kinderschutzgruppe, zwei Kliniken einer Gewaltschutzgruppe (siehe Abb. 47). Es gibt keine Freitextantworten zu der Frage nach weiteren geplanten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen. Zwei Notaufnahmen merken an anderer Stelle an, dass sie bereits eine Gewaltschutzgruppe aufgebaut haben.

Geplante Maßnahmen



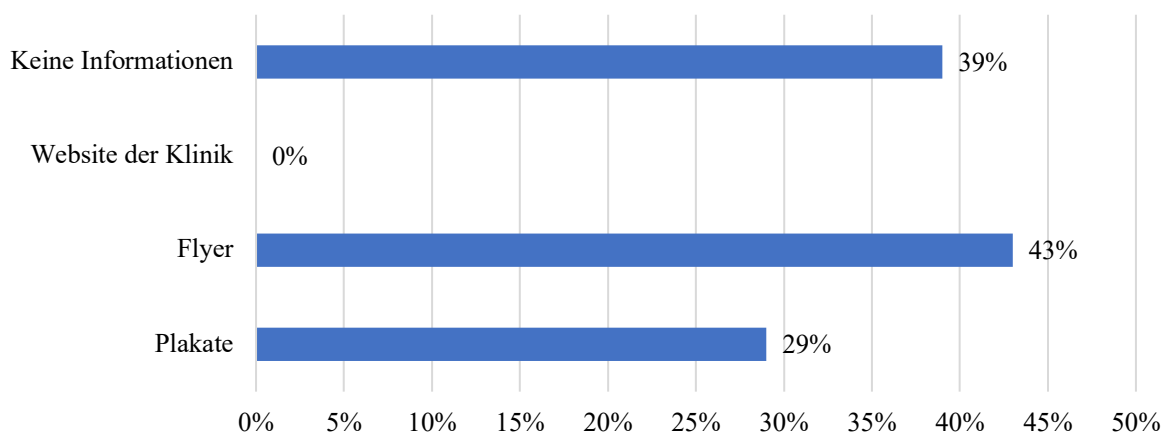
(n = 28)

Abbildung 47: Weitere geplante Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von gewaltbetroffenen Patient*innen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

4.3.7 Versorgungsangebote der Klinik für von Gewalt betroffene Patient*innen

11 (39 %; n = 28) Notaufnahmen machen nicht auf die Versorgungsangebote für von Gewalt betroffene Patient*innen aufmerksam. 43 Prozent (n = 28) geben an, Flyer zu nutzen, 29 Prozent Plakate, keine Klinik gibt an, auf Informationen auf der Website der Klinik zu verweisen (siehe Abb. 48).

Informationen zu Versorgungsangeboten



(n = 28)

Abbildung 48: Hinweisarten auf Versorgungsangebote der Klinik für von Gewalt betroffene Patient*innen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten werden zusätzlich mündliche Ansprache von Patient*innen und das Verweisen an die Organisation S.I.G.N.A.L. e. V. benannt (siehe Anhang 1 Tab. 27).

4.3.8 Kooperationsvereinbarungen mit weiterführenden Versorgungs-, oder Beratungseinrichtungen

Kooperationsvereinbarungen mit weiterführenden Versorgungs-, oder Beratungseinrichtungen bestehen in einem Drittel der Kliniken (36 %; n = 28) (siehe Abb. 49).

Kooperationen (n = 28)

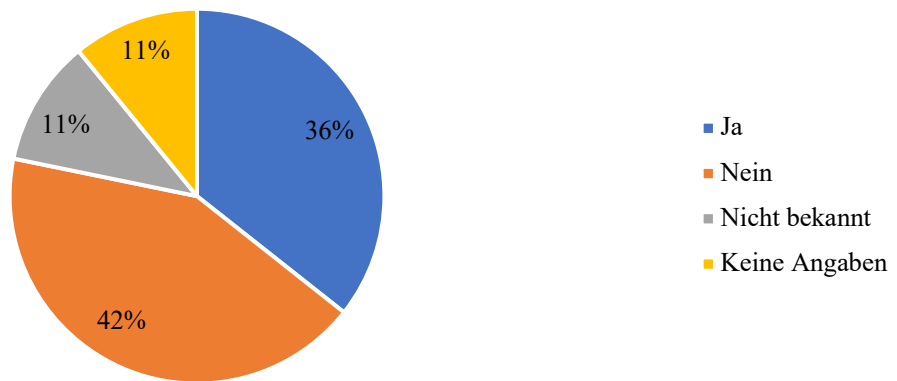


Abbildung 49: Kooperationsvereinbarungen mit weiterführenden Versorgungs- oder Beratungseinrichtungen (n = 28; Angaben in Prozent)

Als Versorgungs- und Beratungseinrichtungen, mit denen kooperiert wird, nennen sechs Kliniken S.I.G.N.A.L. e. V., weitere zwei Kliniken nennen die Charité (Gewaltschutzambulanz). Ebenso werden vereinzelt die Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen - BIG e. V., das Landeskriminalamt, HaLT - Hart am Limit und eine nicht näher benannte „Hilfsorganisation“ angegeben (siehe Anhang 1 Tab. 28).

4.3.9 Personal/Hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz

Knapp die Hälfte (46 %; n = 28) der Kliniken weist ein hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz auf (siehe Abb. 50). Was diese Konzepte im Detail beinhalten, ist nicht weiter ausgeführt.

Hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz (n = 28)

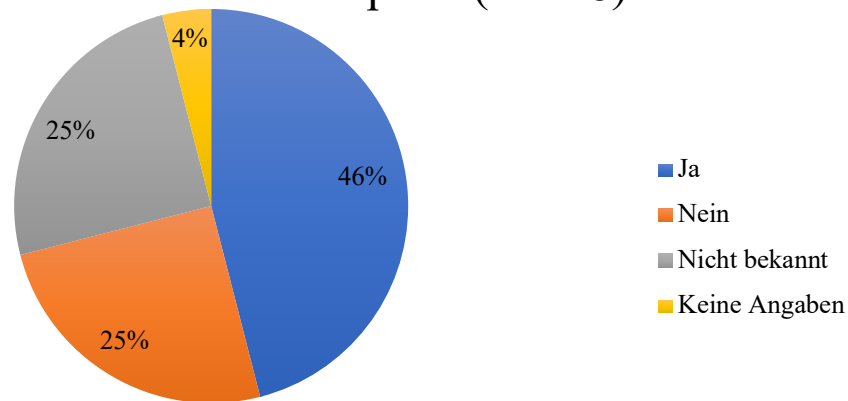
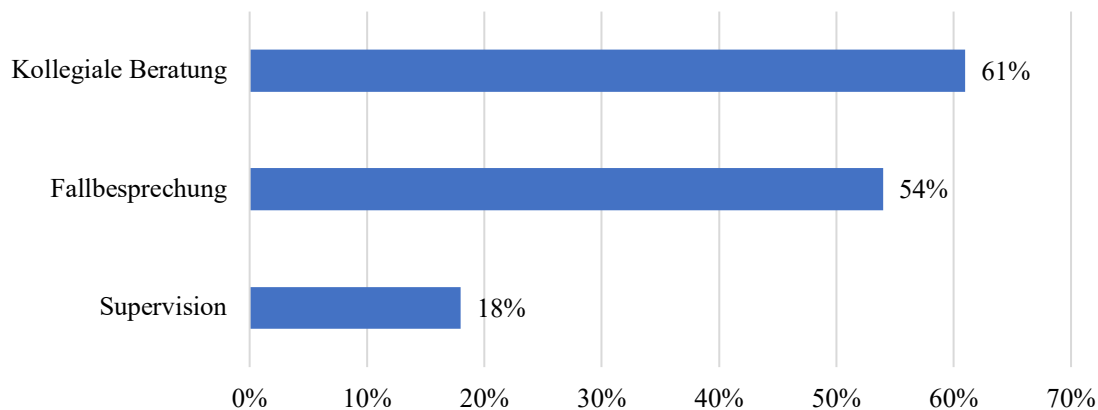


Abbildung 50: Hausinternes Konzept zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz (n = 28; Angaben in Prozent)

4.3.10 Angebote psychosozialer Entlastung für das Personal

Zur psychosozialen Entlastung des Personals, das Menschen betreut, die sexualisierte und/oder Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, nutzen mehr als die Hälfte der Kliniken die kollegiale Beratung (61 %), die Hälfte der Notaufnahmen bietet den Mitarbeitenden das Format der Fallbesprechung an. In einigen Notaufnahmen (18 %; n = 28) gibt es das Angebot einer Supervision zur psychosozialen Entlastung des Personals (siehe Abb. 51). 14 Prozent der Kliniken bietet ihren Mitarbeitenden sowohl kollegiale Beratung als auch Fallbesprechungen sowie Supervision an. Zwei der drei psychosozialen Entlastungsmöglichkeiten – kollegiale Beratung und Fallbesprechungen – werden durch 29 Prozent der Kliniken angeboten (n = 28).

Entlastung Personal



(n = 28)

Abbildung 51: Psychosoziale Entlastungsangebote für das Personal der Notaufnahme, das Patient*innen, die sexualisierte und/oder Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, betreut (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

In Freitextantworten werden als andere Angebote Seelsorge, Coaching, Deeskalationstraining und Fortbildung angeführt (siehe Anhang 1 Tab. 29).

Gewünschte Unterstützungsmöglichkeiten für das Personal

Als weitere Wünsche an Unterstützungsmöglichkeiten für das Personal werden das Vorhandensein eines geeigneten Rückzugsraumes, das (zeitnahe) Angebot von Supervision und Krisenintervention, sowie eine Verbesserung der Ausstattung mit Personal und zeitlichen Ressourcen betont (siehe Anhang 1 Tab. 30).

5. Zusammenfassung der Ergebnisse entlang der WHO-Leitlinien

Die Befragung der Notaufnahmen in Berliner Kliniken hatte zum Ziel, abzubilden wie die Versorgung **von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt** in Berliner Notaufnahmen erfolgt und in wie weit die Umsetzung der WHO-Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ und der im Berliner Krankenhausplan 2016 vorgesehenen Entwicklung von Konzepten gelingt.

Fokussiert wurde hierbei das **Ansprechen von**, die **Ersthilfe nach**, sowie die **Befundsicherung und die Nachsorge nach Gewalt** in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt. Nicht nur wird erfasst, welche Maßnahmen bereits umgesetzt werden, sondern auch welche **Herausforderungen** für die Umsetzung im Einzelnen bestehen.

Zudem sollte erhoben werden, wie viele Kliniken **Verantwortlichkeiten** für die einzelnen Themengebiete benannt und **Konzepte oder standardisierte Verfahren** im Umgang mit Patient*innen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt entwickelt haben, beziehungsweise welche Barrieren und hilfreichen Faktoren hierfür bestehen.

Darüber hinaus wurden Maßnahmen zum **Kinderschutz**, zur Unterstützung der **Mitarbeitenden** und Gegebenheiten zur Versorgung einer **diversen Berliner Gesellschaft** erfragt.

Die WHO-Leitlinien betonen die Bedeutung einer **wertfreien, unterstützenden Haltung, sowie des aufmerksamen Zuhörens, des Erkundigens nach der Gewaltgeschichte und des Informierens über Handlungsmöglichkeiten** (WHO, 2013 b). Zudem sei es wünschenswert, dass rund um die Uhr eine **speziell geschulte Gesundheitsfachkraft** zur Verfügung stehe.

Während die persönliche Haltung von Mitarbeitenden nicht Inhalt der Befragung war, wurden die **Rahmenbedingungen bzw. Strukturen** für die Umsetzung der Vorgaben der WHO-Leitlinien erfasst.

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der WHO-Leitlinien zusammengefasst.

Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28)

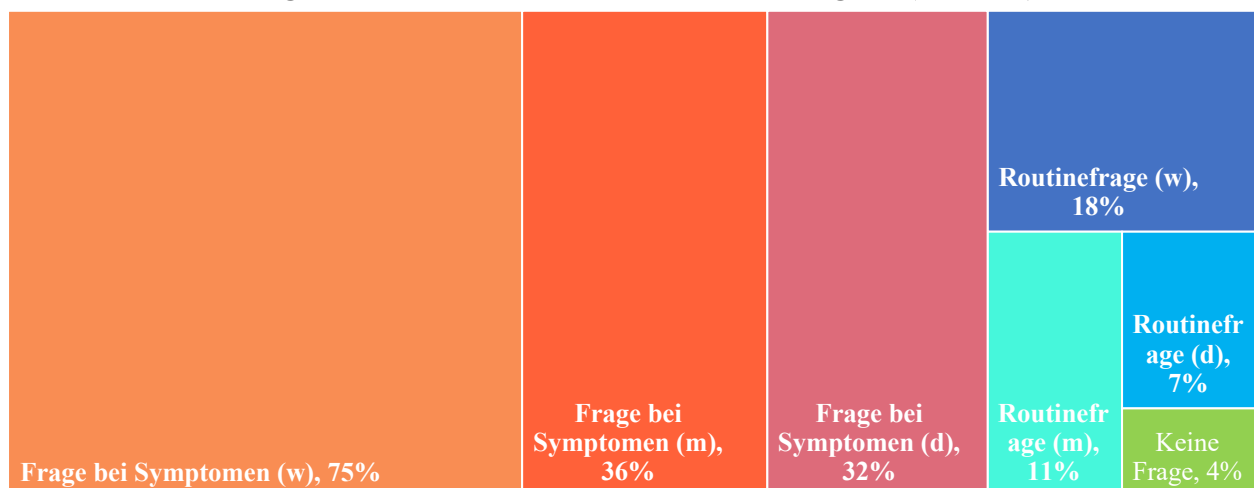


Abbildung 52: Frage nach Gewalt in Paarbeziehungen (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %, Angaben in Prozent)

Drei Viertel (75 %; n = 28) der Notaufnahmen sind darauf vorbereitet, Patientinnen bei bestimmten Symptomen auf Gewalt in Paarbeziehungen als mögliche Ursache anzusprechen (siehe Abb. 52). Männliche Patienten und Menschen mit dem Geschlechtseintrag divers werden in ungefähr einem Drittel (36 % beziehungsweise 32 %; n = 28) der Notaufnahmen auf Partner*innen als mögliche Verursachende von Verletzungen angesprochen.

Geschultes internes Personal Tag-/Nachtschicht

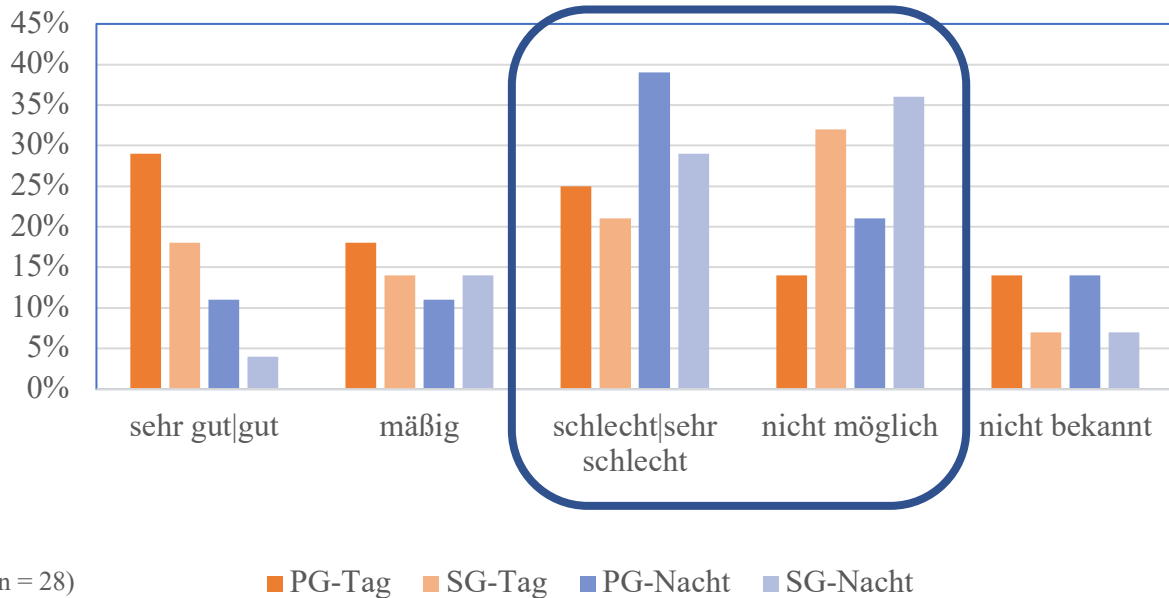


Abbildung 53: Möglichkeit, in Fällen von sexualisierter Gewalt/Gewalt in Paarbeziehungen speziell zum Thema sexualisierte Gewalt (SG)/Gewalt in Paarbeziehungen (PG) geschultes Personal der eigenen Notaufnahme hinzuziehen (unterteilt in Tag- und Nachtschicht; n = 28; Angaben in Prozent)

Grundsätzlich geben über ein Drittel der Notaufnahmen an, schlechte, sehr schlechte oder keine Möglichkeiten zu haben, speziell zum Thema Gewalt in Paarbeziehungen oder zum Thema sexualisierte Gewalt geschultes Personal hinzuziehen zu können. Diese Tendenz verschärft sich in den Nachtdiensten (siehe Abb. 53).

Als Gründe, die zu Schwierigkeiten in der Versorgung führen, werden insbesondere zeitliche Ressourcen, sowie die Personaldichte und ein hohes Patient*innenaufkommen benannt (siehe Abb. 54).

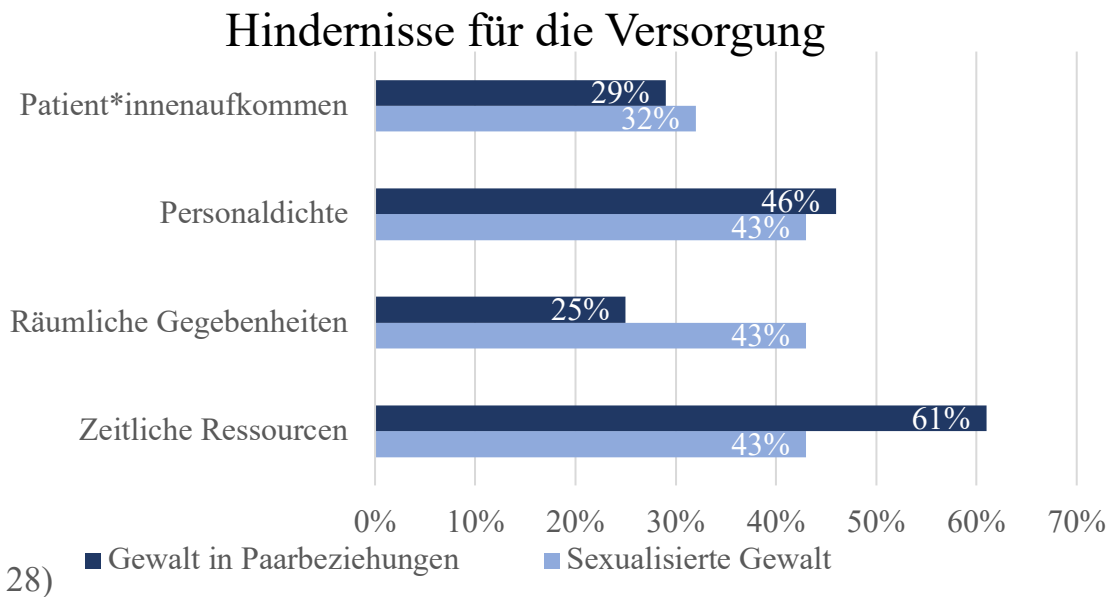


Abbildung 54: Hindernisse für die Versorgung nach sexualisierter Gewalt/Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt (n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Diese Schwierigkeiten bilden sich in den Antworten zum Komplex „Zuhören und Beraten“ erneut ab. Ein Großteil der Notaufnahmen gibt an, mäßige bis keine Möglichkeiten sowohl zum Zuhören als auch zum Beraten von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt zu haben. Im Zusammenhang mit den Kapazitäten verstärkt sich diese Schwierigkeit jeweils (siehe Abb. 55).

Einige Notaufnahmen geben an, dass es insbesondere in den Tagschichten gelingt, den Patient*innen beim Zuhören ausreichend Zeit zu widmen. Jedoch fällt hier sowohl im Zusammenhang mit Gewalt in Paarbeziehungen als auch bei sexualisierter Gewalt die als schlechter bewerteten Möglichkeiten bezüglich der Beratungstätigkeit auf (siehe Abb. 55).

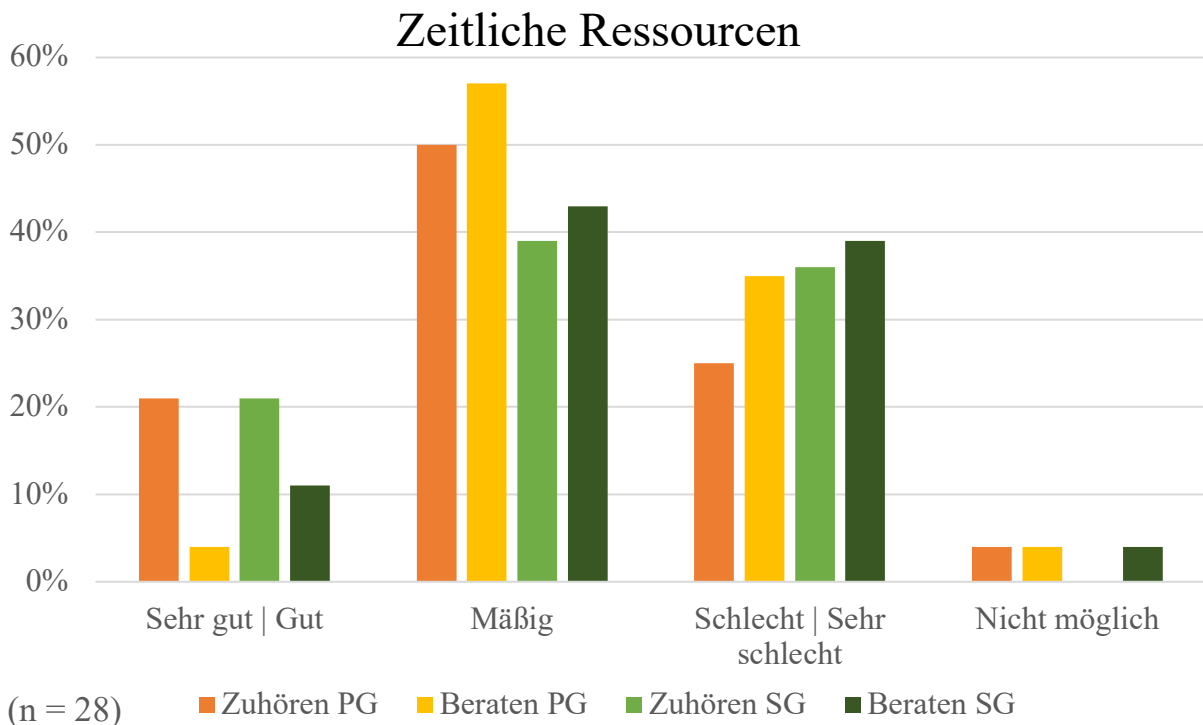


Abbildung 55: Zeitliche Ressourcen des Personals der Notaufnahme, Patient*innen nach sexualisierter Gewalt (SG)/Gewalt in Paarbeziehungen (PG) zuzuhören und zu beraten (n = 28; Angaben in Prozent)

In den Berliner Notaufnahmen bestehen insbesondere in der Nacht Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal hinzuzuziehen. Nicht alle Notaufnahmen verfügen über die Möglichkeit, **externes Personal** zur Unterstützung einzubinden (Abb. 11 und Abb. 32), oder haben Kooperationsverträge mit externen Einrichtungen (siehe Abb. 49). Patient*innen werden häufig zur Dokumentation von Folgen der Gewalt an die von der Charité eingerichtete Gewaltschutzambulanz verwiesen.

Fort- und Weiterbildungen werden in einzelnen Notaufnahmen regelmäßig für die Mitarbeitenden angeboten. Interdisziplinarität von Fortbildungen ist nur vereinzelt gegeben. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung in der Arbeitszeit als Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungssituation wird wiederholt benannt (siehe u. a. Anhang 1 Tab. 5; Tab. 7; Tab. 18).

Die **gerichtsverwertbare Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen** über die reguläre medizinische Dokumentation hinaus wird in den WHO-Leitlinien nicht gesondert erwähnt. Für Berlin liegen diesbezüglich Empfehlungen von S.I.G.N.A.L. e. V. vor (S.I.G.N.A.L. e. V., 2018). 25 % der antwortenden Notaufnahmen geben an, regelhaft eine entsprechende Dokumentation durchzuführen (siehe Abb. 5). Andere Notaufnahmen verweisen

für die Dokumentation über die reguläre medizinische Dokumentation hinaus an die Gewaltschutzambulanz der Charité.

Nach sexualisierter Gewalt bieten ein Viertel der antwortenden Notaufnahmen eine gerichtsverwertbare **Dokumentation** (Verletzungen und Beschwerden) und **Spurensicherung** welche einen Aspekt der Ersthilfe im Sinne der WHO-Leitlinien darstellt (vgl. WHO, 2013 b) ausschließlich im polizeilichen Auftrag, d.h. nach Anzeige der Tat, an. Ein Drittel der antwortenden Berliner Notaufnahmen führen eine gerichtsverwertbare Dokumentation und Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt ohne einen polizeilichen Auftrag durch. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die WHO Leitlinien ausschließlich auf Gewalt gegen Frauen beziehen und in der Befragung keine Unterschiede zwischen Notaufnahmen nach Vorhandensein von Fachrichtung (z.B. Gynäkologie, Urologie, Proktologie) gemacht wurde. Alle Kliniken, die nicht selbst gerichtsverwertbar dokumentieren und Spuren sichern, geben an, an eine andere Einrichtung, zumeist die Charité zu verweisen (siehe Anhang 1 Tab. 3).

Allgemein besteht eine Herausforderung für die Kliniken bei der Dokumentation von Gewaltfolgen darin, die Spuren zu archivieren. Nur vereinzelte Berliner Notaufnahmen geben an, eine **Archivierung** gesicherter Spuren in der Klinik gewährleisten zu können (siehe Abb. 27).

Der Aspekt der **Hilfe bei der Kontaktaufnahme zu Unterstützungseinrichtungen** wird von den meisten Häusern mit dem Kontaktieren oder dem Angebot des Einbezugs der Polizei abgedeckt (siehe Abb. 18). Viele Notaufnahmen geben darüber hinaus an, konkrete Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme zu Unterstützungseinrichtungen zum Beispiel durch das Bereitstellen eines Telefons zu geben (siehe Abb. 25, Abb. 38).

Kenntnisse über das erweiterte Hilfesystem (wie z. B. BIG, Lara, Traumaambulanz) haben einzelne Notaufnahmen. Die Vermittlung an weitere Einrichtungen des Hilfesystems ist eine der Möglichkeiten Menschen über die Akutversorgung hinaus zu unterstützen. Dies kann nur gelingen, wenn ausreichend Wissen über das erweiterte Hilfesystem vorhanden oder leicht zugänglich ist.

Ein gesonderter Aspekt der Ersthilfe ist die **Wahrung der Privatsphäre**, beziehungsweise das Durchführen der Versorgung ohne Anwesenheit von Begleitpersonen. Hier wird von einem großen Teil der Notaufnahmen angegeben, dass dies individuell durch das Personal zu entscheiden ist (siehe Abb. 14; Abb. 35). Vor dem Hintergrund der Angaben zu zeitlichen und

räumlichen Ressourcen sowie dem Kenntnisstand der Mitarbeitenden kann hieraus nicht sicher abgeleitet werden, dass Vertraulichkeit in Versorgungssituationen garantiert ist. Daraus kann nicht geschlossen werden, ob dem Personal der einzelnen Notaufnahmen die Bedeutung der Wahrung der Privatsphäre im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt bewusst ist.

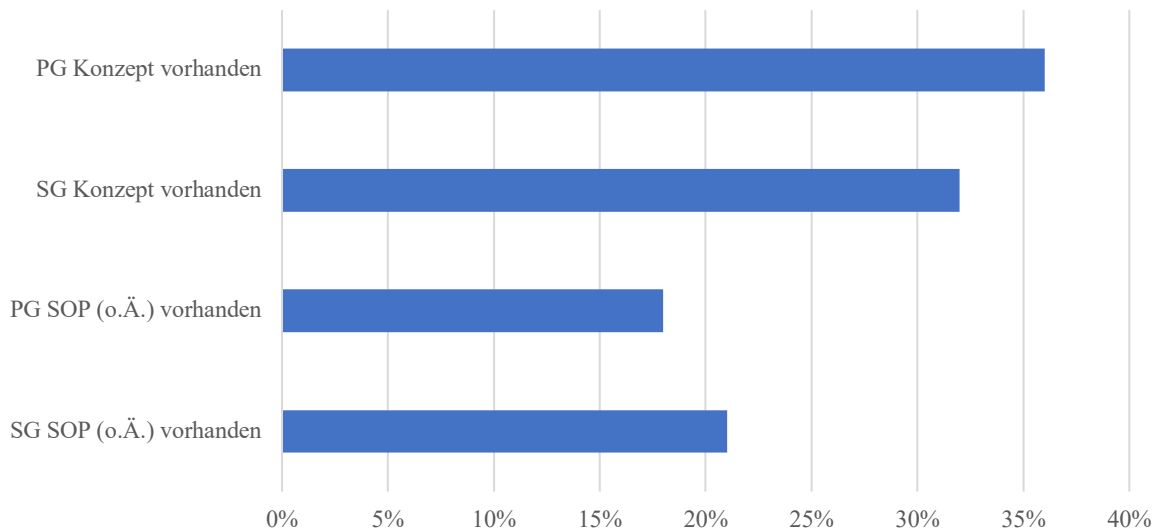
Alle Notaufnahmen geben im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen an, ein Gespräch zur Abschätzung **der Sicherheit für Patient*innen und ggf. Kind(er)** zu führen. Die Durchführung eines solchen Gesprächs ist in 46 Prozent der Notaufnahmen abhängig von der individuellen Entscheidung des Personals (siehe Abb. 18).

Die Frage nach **Kindern**, welche Mitbetroffene von Gewalt sind, wird in 54 Prozent der Notaufnahmen regelhaft gestellt (siehe Abb. 20). Externe Stellen werden zum Erreichen des Kinderschutzes auch ohne die Zustimmung von Erziehungsberechtigten in knapp unter der Hälfte der Kliniken einbezogen, wenn in den Augen der Mitarbeitenden die Notwendigkeit besteht. Während ein Großteil der Notaufnahmen angeben, Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, eine kurzfristige Aufnahme anbieten zu können, nehmen nur etwa ein Drittel begleitende Kinder mit auf (siehe Abb. 19).

Unsicherheiten über das Vorgehen im Zusammenhang mit Kindern werden in vielen Kliniken angegeben (siehe Abb. 23), wobei knapp über ein Drittel Kliniken berichten, ein Kinderschutzkonzept entwickelt zu haben (siehe Abb. 46).

Etwa ein Drittel der Notaufnahmen gibt an, für die jeweilige Notaufnahme **thematisch verantwortlichen Ansprechpersonen/Verantwortlichkeiten** definiert zu haben. Dies gilt auch für die gesamte Klinik. Während etwa ein Drittel der Notaufnahmen angeben, ein Konzept zur Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und zur Versorgung nach sexualisierter Gewalt entwickelt zu haben, gibt es nur in 18 Prozent (für Gewalt in Paarbeziehungen) bzw. 21 Prozent (für sexualisierte Gewalt) Notaufnahmen **festgelegte klare Versorgungsabläufe** in Form einer SOP, eines Algorithmus oder als sonstige/r strukturierte/r Ablauf und Prozessbeschreibung (siehe Abb. 56).

Zuständigkeiten



(n = 28)

Abbildung 56: Zuständigkeiten bei der Versorgung nach sexualisierter Gewalt (SG) und Gewalt in Partnerschaften (PG) (unterteilt in SOP und Konzept; n = 28; Mehrfachangaben möglich, daher keine Aufsummierung der Anteile zu 100 %; Angaben in Prozent)

Dies spiegelt sich in der Häufigkeit der Angaben zu individuellen Entscheidungen des Personals in den jeweiligen Versorgungssituationen und bei der Weitergabe von Informationen wider.

Knapp die Hälfte (46 %) der Kliniken haben **Angebote für das Personal** in Form von Präventionskonzepten von Gewalt am Arbeitsplatz entwickelt. Dies beinhaltet nicht explizit, Angebote für das Personal als Betroffene von Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt zu haben. Andere Formen der psychosozialen Unterstützung von Mitarbeitenden (Fallbesprechung etc.) werden von einzelnen Häusern, aber nicht durchgängig, angeboten (siehe Anhang 1 Tab. 29).

Die WHO-Leitlinien sehen vor, **besondere Bedürfnisse** von Menschen zu berücksichtigen. Die im Kapitel 4.3.2 dargestellten Ergebnisse der Befragung zu Diversitätsaspekten machen deutlich, dass das Bewusstsein zu einzelnen Aspekten sehr unterschiedlich vorhanden ist. Die in Abbildung 52 dargestellte unterschiedliche Wahrnehmung von Gewaltfolgen von weiblichen und männlichen Personen, sowie Personen mit dem Geschlechtseintrag divers macht deutlich, dass die Betonung von Gewalt im Geschlechterverhältnis zu unerwünschten Folgen führen kann. Die Betonung der Bedeutung struktureller Machtverhältnisse führt möglicherweise dazu,

das einzelne Personen und ihre individuelle Situation übersehen werden, wie zum Beispiel Männer die Gewalt in Paarbeziehungen erleben.

Die Freitextantwort, welche betont, dass Menschen „bis 70 Jahre“ bei bestimmten Symptomen gefragt werden, ob ihnen im Zusammenhang mit einer Partner*innenschaft Gewalt zugefügt wurde, zeigt, dass Diversität – in diesem Fall in Bezug auf das Alter – eine weiter zu vertiefende Thematik im Kontext der Versorgung von Gewaltfolgen ist.

In den Kapiteln 4.1.6 und 3.2.5 ist der Aspekt der Versorgung von Menschen, für welche eine gesetzliche Betreuung besteht, angesprochen. Dies kann einerseits ältere Menschen, aber auch Menschen mit sogenannter Behinderung betreffen. Einzelne Freitextantworten verweisen darauf, dass ‚selbstverständlich‘ alle Menschen zu versorgen seien. Etliche Notaufnahmen, verweisen in diesem Kontext auf die individuelle Entscheidung des Personals.

Geschlechterneutrale Toiletten und die geschlechtsspezifische Wahl von Ärzt*innen sind in etwa einem Viertel der Häuser gewährleistet. Letzteres kann während der Nachtschicht weniger zuverlässig garantiert werden als tagsüber. Keine Klinik kann Personal aufweisen, welches im Umgang mit Patient*innen, die sich als LGBTIQ* begreifen, geschult ist (siehe Abb. 43).

Die Kommunikation mit Menschen ohne deutsche Sprachkenntnisse wird überwiegend mit Hilfe von Angehörigen gewährleistet, während ein Viertel der Häuser auf professionelle Sprachmittler*innen zurückgreift. Bei Menschen, die gehörlos sind, ist das Verhältnis stärker ausgeprägt und die Mitarbeitenden häufiger auf die Unterstützung der Angehörigen angewiesen (siehe Abb. 43).

6. Fazit

Die Auswertung der Befragung hat verdeutlicht, dass es einzelnen Notaufnahmen gelingt, die Vorgaben der WHO-Leitlinien weitgehend umzusetzen. Viele Krankenhäuser sind engagiert mit den vorhandenen Mitteln für Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt und begleitenden Kindern gute Versorgung zu bieten. Rahmenbedingungen und Verbindlichkeiten zu schaffen, damit diese positive Tendenz gestärkt und weitergeführt werden kann, ist Ziel des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt.

Deutlich festzustellen ist, dass trotz der Vorgaben im Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, denen zu Folge jede Klinik, die über eine Zentrale Notaufnahme verfügt, ein Konzept zur adäquaten „Versorgung von Erwachsenen und Kindern, die von häuslicher und/oder sexueller Gewalt betroffen sind“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2016), vorzuweisen hat. Dies wurde nicht in allen Kliniken umgesetzt.

Für Kliniken, die über ein Konzept verfügen, bedeutet dies nicht notwendig, dass klare Vorgaben zu Versorgung entwickelt wurden. Konkret zeigt sich, dass die Entscheidungen über Versorgungsabläufe auf das Gesundheitspersonal übertragen werden und damit von individuellem Wissen, individuellen Kompetenzen und Einschätzungen abhängen. Diese Entscheidungen sind vermutlich durch Ressourcenmangel und die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in Tag- und Nachtschichten, sowie durch die unterschiedlichen Krankenhausträger beeinflusst. Die verbindliche Definition von einzelnen Bestandteilen der Versorgung in Form von hausinternen Leitlinien und SOPs kann zur Verstetigung der Versorgungsqualität beitragen und einzelne Pflegekräfte von der Notwendigkeit, weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen entbinden.

Das Bewusstsein um Kinder als Mitbetroffene von Gewalt ist deutlich, allerdings bestehen Unsicherheiten zu konkreten Fragen im Umgang damit und nicht alle Notaufnahmen können eine Mitaufnahme von Kindern anbieten.

Die Voraussetzungen zur Versorgung der diversen Berliner Bevölkerung sind in unterschiedlichen Aspekten verschieden ausgeprägt. So kann beispielsweise die Qualität der Übersetzung durch Menschen, die keine Schulung in medizinischer Sprachmittlung haben, nicht garantiert werden. Darüber hinaus ist eine Sprachmittlung durch Angehörige nicht mit dem Gebot der Wahrung der Privatsphäre zu vereinbaren. Die unterschiedlichen Angaben zur Versorgungssituation für Menschen mit gesetzlicher Betreuung und Menschen, die intoxikiert sind, bedürfen vor dem Hintergrund der limitierten personellen, sowie zeitlichen Ressourcen in Notaufnahmen besondere Aufmerksamkeit. Deutlich wird, dass Männer als Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen häufig nicht in Erwägung gezogen werden. Keine Notaufnahme in Berlin weist Personal auf, welches im Umgang mit LGBTIQ* -Patient*innen geschult ist, was auf eine prekäre, bzw. fehlende diversitätssensible Versorgungssituation hinweist. Eine geschlechtsspezifische Auswahl von ärztlichem Personal durch Betroffene ist nur in einem Viertel der Notaufnahmen möglich. Dies kann während der Untersuchung/Versorgung zu einer Re-Traumatisierung der Betroffenen führen. Während es weiterhin notwendig ist, die strukturelle Komponente von Gewalt gegen Frauen zu betonen, sollten allen Menschen Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung geschaffen werden. Insgesamt besteht im Bereich der diversitätssensiblen Versorgung weiterer Forschungs- und Handlungsbedarf.

Die dargestellten Ergebnisse der Befragung in Bezug auf Fort- und Weiterbildung, sowie interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit weisen Raum zur Verbesserung auf. Die Freitextantworten deuten darauf hin, dass eine Verstetigung von Fortbildungsmaßnahmen in den Berliner Notaufnahmen gewünscht ist.

Insbesondere die Zusammenarbeit mit der Polizei wird von vielen Notaufnahmen erwähnt und macht einen großen Anteil der angebotenen Weitervermittlung aus. Möglicherweise kann die Zusammenarbeit durch gemeinsame Fort- und Weiterbildungen gefördert werden.

Aspekte, deren näherer Analyse es in zukünftiger Forschung bedarf, sind die Beratung zu und die Abgabe einer Postexpositionsprophylaxe (PEP) für sexuell übertragbare Infektionserkrankungen (STI). Nicht nur HIV, sondern weitere STI, wie Hepatitis B, Chlamydien, Gonorrhoe, Trichomonas und Syphilis sind zu beachten. Im verwendeten Fragebogen wurden zwar Fragen zur PEP für HIV und STI gestellt, jedoch wurde dies nicht näher unterteilt und die Angaben zu HIV und STI unterscheiden sich sehr stark.

Psychosoziale Unterstützung von Menschen, die nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt versorgt werden, sowie die Unterstützung der Mitarbeitenden in der Klinik ist nicht regelhaft vorgesehen. Die Qualität der Versorgung ist als abhängig von der Einschätzung und Kompetenz des Gesundheitspersonals zu betrachten. Sowohl eine Erhöhung von zeitlichen und personellen Ressourcen als auch Angebote der psychosozialen Nachsorge, der Qualifizierung beziehungsweise das Schaffen eines Bewusstseins im Umgang mit dem Themenkomplex der Versorgung nach Gewalt können hierauf Einfluss haben.

6.1 Kritische Würdigung und Limitationen

Die Erhebung wurde im Auftrag des Runden Tisches und der Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin durchgeführt. Die Vorarbeiten des S.I.G.N.A.L. e. V. hatten großen Einfluss auf die Entwicklung des Fragebogens. Zudem ist S.I.G.N.A.L. e. V. der Träger für Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich im Kontext der Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt. S.I.G.N.A.L. e. V. wurde in verschiedenen Freitextantworten genannt. Dies geschah zum Beispiel zum Benennen spezialisierter Beratungsstellen, über die im Zusammenhang mit weiterführenden Angeboten nach sexualisierter Gewalt informiert wird (siehe Anhang 1 Tab. 22), zum Benennen der Einrichtungen, an die verwiesen wird, wenn keine über die reguläre medizinische Dokumentation hinausgehende, gerichtsverwertbare Dokumentation nach Gewalt in Paarbeziehungen angeboten wird (siehe Anhang 1 Tab. 3) oder zum Benennen externer Stellen, die einbezogen werden, wenn von Gewalt betroffene Patient*innen Verantwortung für Kinder haben (siehe Anhang 1 Tab. 10). Möglicherweise ist dies Ausdruck von Antworten im Rahmen von sozialer Erwünschtheit.

Kritik wurde daran geübt, dass nicht nach Kliniken mit und ohne Abteilung für Gynäkologie unterschieden wurde. Dem steht entgegen, dass die WHO-Leitlinien vorsehen, dass jede Gesundheitsfachkraft Ersthilfe für Menschen, die sexualisierte und/oder Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, leisten können sollte. Ist dies nicht möglich, sollte die Gesundheitsfachkraft sicherstellen, dass eine andere Gesundheitsfachkraft aus der eigenen Einrichtung diese Versorgung übernehmen kann bzw. zumindest sicherstellen, dass die von Gewalt betroffene Person an eine leicht erreichbare Einrichtung weitergeleitet wird (WHO, 2013 b).

Neben der expliziten Frage nach Personal, welches im Umgang mit LGBTIQ* geschult ist, sind keine weiteren Fragen zu diversitätssensibler und rassismuskritischer Versorgung im Fragebogen enthalten. Durch die Betonung von sprachlichen Aspekten als Barriere seitens der Notaufnahmen wird erfragt, welche Angebote für Menschen mit geringen oder nicht vorhandenen Kenntnissen der deutschen Sprache bestehen. Die strukturellen Komponenten von Rassismus und Diskriminierung adressieren die Forschenden damit nicht.

Die Informationen zur Befragung, in denen u. a. Abkürzungen erklärt wurden, wurden entweder nicht an alle Ausfüllenden weitergeleitet oder nicht von allen gelesen. Dies geht aus Kommentaren auf den Fragebögen hervor, die neben Begriffen geschrieben wurden, welche den Ausfüllenden nicht bekannt waren.

Bestimmte Begrifflichkeiten sollten deshalb zukünftig im Fragebogen ausformuliert oder erneut im Fragebogen erklärt und eine Abwägung zwischen der Länge des Fragebogens und der Verständlichkeit vorgenommen werden.

Erfragt wurde, wie viele Krankenhäuser Angebote für das Personal in Form von Schutzkonzepten am Arbeitsplatz entwickelt haben. Ob und wie viele Angebote für das Gesundheitspersonal als Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierter Gewalt gemacht werden, sollte in weiterer Forschung berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zeigen auf, dass weder die WHO-Leitlinien von 2013 noch der Krankenhausplan des Landes Berlin von 2016 in den Berliner Notaufnahmen vollständig umsetzbar waren. Um die Umsetzung dieser Vorgaben zu stärken, bedarf es der systematischen Erhebung von Daten, der deutlichen Formulierung von Handlungsanweisungen durch die einzelnen Häuser und des erweiterten Hilfesystems. Darüber hinaus ist eine intersektionale, das heißt für Mehrfachdiskriminierung sensibilisierte und diversitätssensible Herangehensweise notwendig.

6.2 Ethik

Die Befragung richtete sich ausschließlich an Professionelle im Gesundheitsbereich und es wurden Strukturdaten der Versorgung in Berliner Notaufnahmen erfragt. Daher ist vor Durchführung der Befragung keine Ethikkommission konsultiert worden. Den Empfehlungen der Bonner Ethikerklärung (Poelchau, 2015) folgend, haben zwei der Forschenden externe Prozessbegleitung in Anspruch genommen.

Literatur

Abgeordnetenhaus Berlin 17. Wahlperiode (2016). Drucksache 17/3036. Vorlage über den Zweiten Bericht zum Gleichstellungspolitischen Rahmenprogramm (GPR) Rückblick auf die 17. Legislatur und Perspektiven für die künftige Entwicklung. <https://www.parlament-berlin.de/ados/17/IIIPlen/vorgang/d17-3036.pdf> am 09.10.2020.

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen. Abgerufen von https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf am 07.04.2020.

Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3271- 3285. DOI: 10.1111/jocn.13706 am 07.01.2020.

Altinisik, S., Bartsch, M., Lenz, A., & Schaak, T. (2010). Wissenschaftliche Studie zur Evaluation der Implementierung des Workplace Policy Konzeptes in Berlin. Berlin: TERRE DES FEMMES e.V. Abgerufen von <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/hgewalt/workplace/wpp-2010-studie.pdf> am 18.06.2020.

Arndt-Ickert, M. (2010). Alkohol und häusliche Gewalt. Dokumentation des Potsdamer Symposiums. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Abgerufen von https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2019/12/fdr_Doku_AlkoholGewalt.pdf am 10.06.2020.

Artz, L., Meer, T., & Aschman, G. (2018). Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa. *African journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1), E1–E7. DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1724> am 07.01.2020.

Bakon, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2019). The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1. An integrative review. *Emergency Nurse*, 27(6), 19–25. DOI: 10.7748/en.2019.e1950 am 07.01.2020.

Bartig, S., Rommel, A., Wengler, A., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Ziese, T. (2019). Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrations-hintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), 30–50. Berlin: Robert Koch-Institut. DOI: 10.25646/6069 am 07.01.2020.

Beach, S. R., Carpenter, C. R., Rosen, T., Sharps, P., & Gelles, R. (2016). Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 28(4-5), 185–216. DOI: <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1229241> am 07.01.2020.

Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) (2015). Ambulante Notfallversorgung in den Berliner Krankenhäusern stark belastet und unterfinanziert. Abgerufen von https://www.bkgev.de/fileadmin/oeffentlich/2017-Aktuelles-Downloads/2015-Aktuelles-Downloads/PM_BKG_Ambulante_Notfallbehandlung.pdf am 28.05.2020.

Brzank, P., Hahn, D., & Hellbernd, H. (2006). „Daten für Taten“: Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage innerhalb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49(8), 824-832. DOI:10.1007/s00103-006-0013-9 am 07.01.2020.

Bundesagentur für Arbeit (2019). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Mai 2019. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Abgerufen von <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> am 07.04.2020.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014). Leitfaden für die Erarbeitung von Scoping Reviews Projektteam „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“. Abgerufen von https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Psychische-Gesundheit/Projekt-Psychische-Gesundheit-in-der-Arbeitswelt/pdf/Leitfaden-Scoping-Reviews.pdf?__blob=publicationFile&v=2 am 10.06.2020.

Bundeskriminalamt (BKA) (2019). Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2018. Wiesbaden: BKA. Abgerufen von https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2018.html?nn=63476 am 07.01.2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1999). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Abgerufen von <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/Frauengesundheitsbericht.pdf> am 07.04.2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012). Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf> am 11.06.2020.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). Gender Care Gap - ein Indikator für die Gleichstellung. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap---ein-indikator-fuer-die-gleichstellung/137294> am 07.04.2020.

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) Frauen gegen Gewalt e.V. (o. J. a). Istanbul-Konvention. Abgerufen von <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/aktionen-themen/istanbul-konvention.html> am 10.06.2020.

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) Frauen gegen Gewalt e.V. (o. J. b). Infothek. Abgerufen von <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/infothek.html> am 18.06.2020.

Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) Frauen gegen Gewalt e.V. (o. J. c). bff: "make it work!": Für einen Arbeitsplatz ohne sexuelle Diskriminierung, Belästigung und Gewalt! Abgerufen von <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/make-it-work-fuer-einen-arbeitsplatz-ohne-sexuelle-diskriminierung-belaestigung-und-gewalt-2118.html> am 18.06.2020.

Butler, J., & Eckel, H. (2006). Häusliche Gewalt und Gesundheit - Gesundheitsbericht Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung Band 7. Abgerufen von [www.berlin.de › qpk_publ07_haeusl_gewal_mitte2006](http://www.berlin.de/qpk_publ07_haeusl_gewal_mitte2006) am 18.06.2020.

Chan, K. L., Anna Choi, W. M., Fong, D. Y. T., Chow, C. B., Leung, M., & Ip, P. (2013). Violence: Recognition, Management, and Prevention. Characteristics of Family Violence Victims Presenting to Emergency Departments in Hong Kong. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(1), 249–258. DOI: 10.1016/j.jemermed.2012.01.061 am 07.01.2020.

Colombini, M., Dockerty, C., & Mayhew, S. H. (2017). Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Studies in Family Planning*, 48(2), 179–200. DOI: 10.1111/sifp.12021 am 07.01.2020.

Delgado, M. K., Acosta, C. D., Ginde, A. A., Wang, N. E., Strehlow, M. C., Khandwala, Y. S., & Camargo, C. A., Jr (2011). National survey of preventive health services in US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 57(2), 104–108. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.07.015> am 07.01.2020.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege - So beurteilen die Beschäftigten die Lage - Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Abgerufen von <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> am 07.04.2020.

DGINA (2019). AG Gewaltfrei. Abgerufen von https://www.dgina.de/ag_gewaltfrei am 10.06.2020.

Divellec, S. C. L. (2017). ETUC ‘Safe at Home, Safe at Work’ GERMANY Country Case Study. Abgerufen von https://www.etuc.org/sites/default/files/document/files/germany_etuc_safe_at_home_safe_at_work_final_0.pdf am 07.04.2020.

Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Abgerufen von <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535> am 04.06.2020.

Fanslow, J. L., & Kelly P., New Zealand Ministry of Health. (2016). Family Violence Assessment and Intervention Guideline: Child abuse and intimate partner violence (2nd edn). Wellington: Ministry of Health. Abgerufen von https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/family-violence-assessment-intervention-guideline-jun16_0.pdf am 20.06.2020

Frauenhaus-Koordinierung e. V. (o. J.). Wohnungslose Frauen Abgerufen von <https://www.frauenhauskoordinierung.de/themenportal/gewalt-gegen-frauen/spezifische-betroffenengruppen/wohnungslose-frauen/> am 20.06.2020.

Fries, S., & Schröttle, M. (2014). Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Leben gehörloser Frauen untersucht. Ursachen, Risikofaktoren und Prävention. Endbericht. Kooperationsprojekt des Deutschen Gehörlosen-Bundes mit dem Institut für empirische Soziologie (IfeS) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Abgerufen von

<https://www.bmfsfj.de/blob/93542/d74f3ab178a3009f7ba974a3985e0bd3/diskriminierungs-und-gewalterfahrungen-im-leben-gehoerloser-frauen-endbericht-data.pdf> am 10.06.2020.

GNU (2019). GNU PSPP (free software). Abgerufen von <https://www.gnu.org/software/pspp/> am 10.06.2020.

Godenzi, A. (1996). *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel/Frankfurt: Helbing & Lichtenhahn.

Gonzalez-Izquierdo, A., Ward, A., Smith, P., Walford, C., Begent, J., Ioannou, Y., & Gilbert, R. (2015). Notifications for child safeguarding from an acute hospital in response to presentations to healthcare by parents. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 186–193. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12134> am 07.01.2020.

Gruber, E., Logar, R., & Egger, M. (2015). Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln - Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zur Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen. Abgerufen von http://www.gewaltfreileben.at/images/Bilder/PDFs/Leitfaden_GewaltFREI_LEBEN_durch_mein_Krankenhaus.pdf am 07.04.2020.

Hansestadt Lübeck (2019). Leitfaden für gendersensible Sprache bei der Hansestadt Lübeck. Abgerufen von <http://bekanntmachungen.luebeck.de/dokumente/d/1055/download> am 09.10.2020.

Harrison, T., Foster, A. M., Martin, S. B., de la Torre, C., McClorin, L., Blanchard, K., & Dennis, A. (2010). Assessing sexual assault survivors' access to emergency contraception: results from a mixed methods study in South Carolina. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 20(4), 248–253. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.03.007> am 07.01.2020.

Hellbernd, H. (2019). Partnergewalt gegen Frauen. *Public Health Forum*, 27(1), 21. DOI: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0127> am 07.01.2020.

IDRIX (o. J.). Veracrypt. High Security Disk Encryption. Abgerufen von <https://www.idrix.fr/Root/content/category/7/32/46/> am 18.06.2020.

International Labour Organisation (ILO) (2020). COVID-19: Are there enough health workers? Abgerufen von <https://ilostat.ilo.org/2020/04/03/covid-19-are-there-enough-health-workers/> am 07.04.2020.

Janz, U., & Steffens, M. (2018). Lesben - Gewalt, Diskriminierung, Gesundheit - Faktenblatt. Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW. Abgerufen von http://frauenundgesundheit-nrw.de/wp-content/uploads/2018/09/KFG_NRW_Faktenblatt_Lesben_Gewalt_Gesundheit_9_2018.pdf am 10.06.2020

Jungnitz, L., Puchert, R., Schrimpf, N., Schröttle, M., Mecke, D., & Hornberg, C. (2013). Lebenssituation und Belastungen von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Abgerufen von https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb435.pdf?jsessionid=29D391F0A63BA49294ED4CB887942542?__blob=publicationFile&v=2 am 10.06.2020.

Kavemann, B., & Kreyssig, U. (Hg.) (2013). Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. (3., aktualisierte und überarb. Aufl. ed): Wiesbaden: Springer VS.

Klemm, G., Rogall, H., Hinz, D., Hertlein, J., & Brandes, K. (2006). Lokale Agenda 21. Berlin zukunftsfähig gestalten. Abgerufen von https://berlin21.net/sites/default/files/downloads/assoziiert/la21_berlin_2006.pdf am 18.06.2020.

Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2273–2285. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x> am 07.01.2020.

LesMigraS – Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e. V. (2012). „... Nicht so greifbar und doch real“ Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Abgerufen von [https://lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20\(Dokus,Aufsaeetze...\)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf](https://lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20(Dokus,Aufsaeetze...)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf) am 10.06.2020.

Linden, J. A. (2011). Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *The New England Journal of Medicine*, 365(9), 834-841. DOI: 10.1056/NEJMcp1102869

Maier, S. L. (2011). The emotional challenges faced by Sexual Assault Nurse Examiners: “ER nursing is stressful on a good day without rape victims”. *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 161-172. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01118.x am 07.01.2020.

Mößbauer, U. (2014). Unbek(n)annt?! Un > besprochen! Partnerschaftsgewalt im Leben von Lesben, Schwulen und Transgendern. Dokumentation des Fachtags am 14.11. 2013 im Kreisverwaltungsreferat München. Landeshauptstadt München Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen. <https://www.gew-bw.de/:%3FeID%3DdumpFile%26t%3Df%26f%3D29158%26token%3D9e7e9e2e4f34d7503273658e3a9a234477321f96%26sdownload%3D> am 10.06.2020.

Nägele, B., Böhm, U., Görden, T., Kotlenga, S., & Petermann, F. (2010). Partnergewalt gegen ältere Frauen. IPVoW Länderbericht Deutschland. Abgerufen von http://www.ipvow.org/images/ipvow/reports/IPVoW_Endbericht_Deutschland_final.pdf am 10.06.2020.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Domestic violence and abuse: how social care, health services and those they work with can identify, prevent and reduce domestic violence and abuse. Abgerufen von <http://www.nice.org.uk/guidance/ph50> am 05.01.2020.

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7), CD007007. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3> am 07.01.2020.

Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1736–1748. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x> am 07.01.2020.

Olive, P. (2017). Classificatory multiplicity: intimate partner violence diagnosis in emergency department consultations. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2229–2243. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13673> am 07.01.2020.

Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. *Emergency Nurse: The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 24(7), 20–26. DOI: <https://doi.org/10.7748/en.2016.e1618> am 07.01.2020.

Pennington, E. C., Zwemer, F. L., Jr, & Krebs, D. A. (2010). Unique sexual assault examiner program utilizing mid-level providers. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(1), 95–98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.11.109> am 07.01.2020.

Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & van Gelder, N. (2020). "Pandemics and Violence Against Women and Children." CGD Working Paper 528. Washington, DC: Center for Global Development. Abgerufen von <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf> am 07.04.2020

Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U. F., Jörg M., & Kavemann, B. (2015). Bonner Ethik-Erklärung: Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten, entwickelt im Rahmen der BMBF-Forschungslinie "Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten". Retrieved from [https://www.bmbf.de/files/Ethikerklaerung\(1\).pdf](https://www.bmbf.de/files/Ethikerklaerung(1).pdf) am 07.01.2020.

PRISMA. (2009). PRISMA Flow Diagram. Abgerufen von <http://prismastatement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> am 15.09.2020.

Puchert, R., Jungnitz, L., Walter, W., Lenz, H. J., & Puhe, H. (2004). Studie: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/84590/a3184b9f324b6ccc05bdfc83ac03951e/studie-gewalt-maenner-langfassung-data.pdf> am 07.01.2020.

Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“ (2019). Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft (Landtag) vom 8. Januar 2019. 7. Bericht der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“. Drucksache 19/1988. Abgerufen von <https://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp19/land/drucksache/D19L1988.pdf> am 18.06.2020.

Rhodes, K. V., Kothari, C. L., Dichter, M., Cerulli, C., Wiley, J., & Marcus, S. (2011). Intimate partner violence identification and response: time for a change in strategy. *Journal of general internal medicine*, 26(8), 894–899. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1662-4> am 07.01.2020.

Rosenstreich, G. (2019). Hinweise und Empfehlungen für geschlechtergerechte Sprache an der ASH Berlin. Frauen*beauftragte Alice Salomon Hochschule Berlin, 2. Auflage, April 2019. Abgerufen von https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Einrichtungen/Frauenbeauftragte/Geschlechtergerechte_Sprache_Hinweise_und_Empfehlungen_an_der_ASH_Berlin_April_2019.pdf am 09.10.2020.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (N.N.). Abteilung Frauen und Gleichstellung. Öffentlichkeit. Sprache. Geschlechtergerechte Sprache. <https://www.berlin.de/sen/frauen/oeffentlichkeit/sprache/> am 09.10.2020.

Sauer, A. (2017 a). LSBTIQ-Lexikon. LSBTIQ/LGBTIQ. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen von <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245426/lsbtiq-lexikon?p=38> am 18.06.2020.

Sauer, A. (2017 b). LSBTIQ-Lexikon. Cisgender. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen von <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/245426/lsbtiq-lexikon?p=7> am 18.06.2020.

Schelkes, M. (2011). Institutioneller Rassismus im Gesundheitsbereich In M. B. B. e. V. (Ed.), Institutioneller Rassismus. Ein Plädoyer für deutschlandweite Aktionspläne gegen Rassismus und ethnische Diskriminierung (pp. 20-24). Abgerufen von http://www.migrationsrat.de/wp-content/uploads/2018/11/LAPgR_Brosch%C3%BCre.pdf am 20.06.2020

Schouler-Ocak, M., & Kurmeyer, C. (2017). Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Abgerufen von <https://female-refugee-study.charite.de/> am 10.06.2020.

Schranz, M. (2018). Rassismus als soziale Determinante von Gesundheit. ASH Berlin. Abgerufen von https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Internationales/EmpA/PowerExperts/190710_PowerExperts_Rassismus_als_SDH_Fachtext.pdf am 20.06.2020

Schröttle, M., Hornberg, C., Khelaifat, N., Pauli, A., & Bohne, S. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Themenheft 42*. Berlin: Robert Koch-Institut. DOI: 10.25646/3120 am 07.01.2020.

Schröttle, M. (2017). Gewalt in Paarbeziehungen. Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Abgerufen von <https://www.gleichstellungsbericht.de/de/article/51.expertisen.html> am 10.06.2020.

Schwulenberatung Berlin (2019). „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ Diskriminierung von LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin. Ergebnisse der Erhebung: „Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem“ des Antidiskriminierungsprojekts StandUp der Schwulenberatung Berlin. Abgerufen von http://www.schwulenberatungberlin.de/wp_uploads/191128_Gesundheitswesen_A4_Online.pdf am 10.06.2020.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016). Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Abgerufen von <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/> am 07.01.2020.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2019). Runder Tisch zur Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt eingerichtet. Pressemitteilung vom 19.01.2019. Abgerufen von <https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2019/pressemitteilung.776047.php> am 10.06.2020.

Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.

S.I.G.N.A.L. e. V. (2019 a). Ergebnisprotokoll Expert*innengespräch „Männer als Betroffene häuslicher und sexualisierter Gewalt“ vom 30.04.2019. Abgerufen von https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/inline-files/2020_02_11_Ergebnis_Beschluss_Expertengespr%C3%A4ch%20M%C3%A4nner.docx_.pdf am 10.06.2020.

S.I.G.N.A.L. e. V. (2019 b). Ergebnisprotokoll Expert*innengespräch „Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrations- und oder Fluchtgeschichte nach häuslicher bzw. sexualisierter Gewalt“ vom 14.08.2019. Abgerufen von https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/inline-files/2020_02_17_%20Ergebnis_Beschluss_Expertengespr%C3%A4ch%20Migration.docx__0.pdf am 10.06.2020.

S.I.G.N.A.L. e.V. (o. J.). Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt (o.J.). Geschäftsstelle des Runden Tisches Berlin. Abgerufen von <https://www.signal-intervention.de/geschaeftsstelle-des-runden-tisches-berlin> am 10.06.2020.

Sonnenmoser, M. (2017). Häusliche Gewalt gegen Männer: Unbeachtet und tabuisiert. *Deutsches Ärzteblatt*. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186686/Haeusliche-Gewalt-gegen-Maenner-Unbeachtet-und-tabuisiert> am 10.06.2020

Stöckl, H., Watts, C., & Penhale, B. (2012). Intimate Partner Violence Against Older Women in Germany: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2545-2564. DOI:10.1177/0886260512436390 am 07.01.2020.

Sweetapple, C., Voß, H.-J., & Wolter, S. A. (2020). *Intersektionalität - Von der Antidiskriminierung zur befreiten Gesellschaft?* Stuttgart: Schmetterling Verlag GmbH.

Tahouni, M. R., Liscord, E. & Mowafi, H. (2015). Managing Law Enforcement Presence in the Emergency Department: Highlighting the Need for New Policy Recommendations. *The Journal of Emergency Medicine*, 49(4), 523–529. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.04.001>

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2019). *Definition von sexuellem Missbrauch*. Abgerufen von <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch> am 19.11.2019.

United Nations (o. J.). Sustainable Development Goals. Abgerufen von <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> am 10.06.2020.

Vietze, J. (2013). PDCA Process. Abgerufen von https://de.m.wikipedia.org/wiki/Datei:PDCA_Process.png am 20.06.2020

Wege, J. (2018). Sexualisierte Gewalt und Prostitution. In A. Retkowski, A. Treibel, & E. H. Tuider (Eds.), *Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte* (pp. 360-368). Weinheim: Beltz.

Wieners, K., Winterholler, M., & Hellbernd, H. (2014). Häusliche und sexuelle Gewalt – Versorgungsangebote in Berliner Rettungstellen – Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. Abgerufen von http://signal-intervention.de/sites/default/files/2019-02/Lit_33RST_Poster_1_9_2014.pdf am 07.01.2020.

Wieners, K. & Winterholler, M. (2016). Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(1), 73-80. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2260-0> am 07.01.2020.

Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2192–2201. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13353> am 07.01.2020.

Women Against Violence Europe (WAVE) (2019). Wave Country Report 2019. The Situation of Women's Specialist Support Services in Europe. Abgerufen von https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/WAVE_CR_200123_web.pdf am 13.06.2020.

World Health Organization (WHO) (2013 a). Global and regional estimates for violence against women: prevalence and health burden of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genf: WHO. Abgerufen von <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> am 07.01.2020.

World Health Organization (WHO) (2013 b). Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Genf: World Health Organization. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf> am 07.01.2020.

World Health Organization (WHO) (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Genf: World Health Organization. Abgerufen von <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020> am 07.04.2020.