

Masterarbeit

Zur Erlangung des Grades

„Master of Public Health (MPH)“

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Berlin School of Public Health

Implementierung eines Interventionskonzeptes gegen häusliche Gewalt in einer Berliner Klinik: Erfahrungen und Einflussfaktoren

Vorgelegt am 31.03.2020

Von Janina Schäfer

Matrikelnummer 224570

1. Gutachterin: Karin Wieners Dipl. pol., MPH, S.I.G.N.A.L. e.V., Berlin

2. Gutachterin: Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, Alice Salomon Hochschule, Berlin

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Arbeit von mir selbstständig verfasst wurde und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden.

Ort, Datum: Berlin, 31.03.2020

Unterschrift: J. Schäfer

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Hintergrund und Stand der Forschung	6
2.1	Definition häuslicher Gewalt	6
2.2	Prävalenz häuslicher Gewalt.....	8
2.3	Entstehung und Erscheinungsformen häuslicher Gewalt	9
2.3.1	Risikofaktoren häuslicher Gewalt	9
2.3.2	Muster häuslicher Gewalt	10
2.3.3	Dynamiken häuslicher Gewalt.....	12
2.4	Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt	13
2.4.1	Körperliche Folgen.....	13
2.4.2	Psychische Folgen.....	14
2.4.3	Soziale Folgen	15
2.5	Gesundheitsversorgung in Bezug auf häusliche Gewalt	16
2.6	Intervention gegen häusliche Gewalt im Gesundheitsbereich	17
2.7	Interventionskonzept der untersuchten Klinik.....	19
3	Theoretische Fundierung	21
4	Methodische Grundlagen	24
4.1	Grundsätze qualitativer Forschung	25
4.2	Grundlagen der Implementierungsforschung	26
4.3	Auswahl und Begründung der Interviewmethode	27
4.4	Entwicklung der Interview-Leitfäden	29
5	Datenerhebung	30
5.1	Ethik und Datenschutz	30
5.2	Auswahl der Interviewpartner*innen und Feldzugang	31
5.3	Charakteristika der Interviewpartner*innen.....	32
5.4	Reflexion des beruflichen Hintergrundes der Verfasserin	33
5.5	Konkretes Vorgehen bei der Datenerhebung	34
6	Analyseverfahren und Auswertung	35
6.1	Charakterisierung der qualitativen Inhaltsanalyse.....	35

6.2	Entwicklung des Kategoriensystems und Vorgehen bei der Auswertung.....	37
7	Ergebnisse	41
7.1	Coherence (Verständnis und Zielsetzung).....	41
7.1.1	Ziele	41
7.1.2	Aufgaben	42
7.1.3	Wert und Relevanz des Interventionskonzeptes	43
7.1.4	Unterschiede zum bisherigen Vorgehen	44
7.2	Cognitive Participation (Arbeit des Gewaltschutzteams).....	46
7.2.1	Motivation und Legitimation.....	46
7.2.2	Partizipation im Gewaltschutzteam	47
7.2.3	Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam	48
7.3	Collective Action (Umsetzung des Interventionskonzeptes).....	50
7.3.1	Fähigkeiten und Kenntnisse	50
7.3.2	Integration.....	52
7.3.3	Zusammenarbeit in der Versorgung	54
7.3.4	Systemfaktoren	56
7.4	Reflexive Monitoring (Bewertung und Evaluation)	58
7.4.1	Bewertung des Interventionskonzeptes	58
7.4.2	Bewertung der Implementierungsarbeit	59
7.4.3	Erfolgskontrolle	60
7.4.4	Feedback	61
7.4.5	Weitere Bedarfe	61
8	Diskussion	62
9	Fazit.....	69
10	Literaturverzeichnis.....	70
11	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	76
12	Anhang.....	76

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DRG	Diagnosis Related Group
EU	Europäische Union
FRAU	Fundamental Rights Agency
GST	Gewaltschutzteam
IPV	Intimate Partner Violence
IRIS	Identifikation and Referral to Improve Safety
NPT	Normalization Process Theory
SOP	Standard Operating Procedure
UN	United Nations
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ZNA	Zentrale Notaufnahme

Anmerkung

Zur Anwendung der geschlechtergerechten Sprache in der geschriebenen Form wird im Rahmen dieser Arbeit das sogenannte „Gendersternchen“ (*) verwendet. Hierdurch soll zum Ausdruck gebracht werden, dass weibliche, männliche und nicht-binäre Geschlechtsidentitäten in gleichem Maße gemeint sind.

1 Einleitung

Häusliche und sexualisierte Gewalt sind ein signifikantes Public Health- Problem und stellen Angehörige von Gesundheitsberufen vor vielfältige Herausforderungen. Obschon die Thematik zunehmend in Medien und Fachpublikationen aufgegriffen wird, fehlt es in Deutschland vielfach an konkreten und verbindlichen Interventionskonzepten zur gesundheitlichen Versorgung betroffener Patient*innen.

Im Rahmen dieser Masterarbeit soll anhand von leitfadengestützten Expert*inneninterviews der Frage nachgegangen werden, welche Erfahrungen und Einflussfaktoren sich auf die Implementierung eines solchen Interventionskonzeptes zur Versorgung von Betroffenen häuslicher Gewalt in einer Berliner Klinik auswirken. Ziel der Arbeit ist es, Erfahrungen in der Implementierung eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt im Klinikkontext zu untersuchen und relevante Einflussfaktoren zu identifizieren. Die Kenntnis dieser Einflussfaktoren kann dazu beitragen, die zukünftige Konzeptionierung und Implementierung dieses und ähnlicher Konzepte zur Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen in Deutschland effektiver zu planen und umzusetzen. Damit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die bestehenden Forschungslücken zur Implementierung von Interventionskonzepten gegen häusliche Gewalt in Deutschland zu schließen.

Die übergeordnete Fragestellung lautet: „Welche Erfahrungen und Einflussfaktoren wirken sich auf die Implementierung eines Interventionskonzeptes gegen häusliche Gewalt in einer Berliner Klinik aus?“ Zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden a) Welche Erfahrungen liegen zur Implementierung des Konzeptes bislang vor? b) Welche Faktoren wirken förderlich auf die Implementierung? c) Welche Faktoren wirken hinderlich auf die Implementierung? d) Welche Optimierungsmöglichkeiten ergeben sich daraus?

Die vorliegende Arbeit gliedert sich dabei in einen theoretischen Grundlagenteil und einen empirischen Teil. In Kapitel 2 werden zunächst Prävalenz, Formen und Folgen häuslicher Gewalt dargestellt. Anschließend werden die Implikationen für die Gesundheitsversorgung Betroffener und der internationale Forschungsstand zu Interventionen gegen häusliche und sexualisierte Gewalt im Klinikkontext beschrieben. Schließlich werden das Interventionskonzept der untersuchten Berliner Klinik und der Umsetzungsstand zum Zeitpunkt der Datenerhebung dargestellt. In Kapitel 3 wird die Normalization Process Theory als theoretische Fundierung der vorliegenden Masterarbeit ausführlich dargestellt.

In Kapitel 4 bis 6 erfolgt die ausführliche Begründung und Beschreibung der Forschungsmethodik. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden in Kapitel 7 anhand der Kernkonstrukte der Normalization Process Theory dargestellt. In Kapitel 8 erfolgt schließlich die Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf ihre Bedeutung zur Beantwortung der Forschungsfrage und ihre Implikationen für die Praxis.

2 Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Definition häuslicher Gewalt

Generell existiert keine umfassende und allgemeingültige Definition des Begriffes „Gewalt“. Vielmehr definieren unterschiedliche Akteur*innen und wissenschaftliche Disziplinen Gewalt sehr unterschiedlich und entsprechend ihren jeweiligen fachlichen Schwerpunkten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erscheint es sinnvoll, die Definition der Weltgesundheitsorganisation zugrunde zu legen:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichen körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (WHO 2003b, S. 6)

Der Begriff „häusliche Gewalt“¹ hat sich erst im Verlauf des wissenschaftlichen und soziokulturellen Diskurses der letzten Jahrzehnte entwickelt. Nachdem sich in den 1980er Jahren zunächst die Neue Frauenbewegung wissenschaftlich mit dem Thema Gewalt gegen Frauen befasst hatte und dieses primär als männliche Gewalt gegen Frauen interpretierte, hat sich seit den 1990er Jahren der Sprachgebrauch diversifiziert. In Deutschland wurde dabei der Begriff „häusliche Gewalt“ als Übersetzung des englisch-amerikanischen Terminus „Domestic Violence“ gewählt (Fachlexikon der Sozialen Arbeit 2016, S. 396). Ziel war es dabei auch, im Zuge einer intensivierten Zusammenarbeit von sozialen Einrichtungen mit Polizei und Justiz einen konsensfähigen Begriff im deutschen Sprachgebrauch zu etablieren.

In dem letzten Jahren ist zunehmend ein Bewusstsein dafür entstanden, dass auch Männer von Gewalt in der Partnerschaft betroffen sein können (Gloor und Meier 2010, S. 18). Die meisten betroffenen sind jedoch Frauen (Schröttle und Müller 2004, S. 6). Im Haushalt lebende Kinder sind dabei immer als mitbetroffen zu betrachten. Kindler und Unterstaller (2006) zeigen auf, dass die kindliche Entwicklung durch häusliche Gewalt längerfristig und einschneidend beeinträchtigt werden kann. Häusliche Gewalt stellt dabei immer eine Gefährdung des Kindeswohles im Sinne des BGB dar.

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit soll daher der Fokus primär auf von häuslicher Gewalt in heterosexuellen Beziehungen betroffene Frauen gelegt werden, wobei mitbetroffene Kinder stets einbezogen sein sollen.

¹ Die Begriffe „häusliche Gewalt“, „Gewalt im sozialen Nahraum“, Gewalt in Paarbeziehungen“ und „Intimate Partner Violence“ (IPV) sollen im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendet werden.

Der wissenschaftliche Diskurs der letzten Jahre hat dazu beigetragen, den Gewaltbegriff insgesamt breiter zu fassen. Waren zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Themenfeld häuslicher Gewalt fast ausschließlich körperliche Übergriffe in der Definition erfasst, so hat sich diese im theoretischen und praktischen Konsens mittlerweile auf andere Gewaltformen erweitert und beinhaltet (Gloor und Meier 2010, S. 19):

- Physische Gewalt (Schläge, Tritte, Würgen, etc.)
- Psychische Gewalt (Erniedrigen, Beleidigen, Drohen, Benutzen der Kinder als Druckmittel, etc.)
- Sexualisierte Gewalt (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, etc.)
- Soziale Gewalt (soziale Isolation, Verboten von Kontakten, Einsperren, etc.)
- Ökonomische Gewalt (Zugang zu Geld verwehren, verbieten/ zwingen zu arbeiten, etc.)

Gewalt kann dabei auch in der Unterlassung von beispielsweise Achtung und Würde der Person bestehen.

Heute sind verschiedene Definitionen von häuslicher Gewalt gebräuchlich, die sich insbesondere in Hinblick auf ihre Einbeziehung von psychischen und sozialen Formen von Gewalt unterscheiden. Im Rahmen dieser Arbeit soll die Definition der WHO- Leitlinien zum Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen zugrunde gelegt werden:

„Gewalt in Paarbeziehungen: Verhalten eines Beziehungspartners, 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, Lebensgefährten und andere Beziehungspartner[...] (WHO 2013, VII)

Häusliche Gewalt stellt eine Menschenrechtsverletzung dar, wie der Europarat in Artikel 3 seiner Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (sog. Istanbulkonvention) explizit feststellt (Council of Europe 2011). Mit der Ratifizierung der Istanbulkonvention hat sich Deutschland verpflichtet, vielfältige und umfassende Maßnahmen, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung, umzusetzen, um Frauen und Mädchen vor Gewalt zu schützen und Betroffenen ausreichende und qualifizierte Unterstützung zukommen zu lassen.

2.2 Prävalenz häuslicher Gewalt

Geschlechtsspezifische Gewalt stellt weltweit eines der größten (Gesundheits-) Risiken für Frauen und Mädchen dar (WHO 2002, S. 89). Etwa 35% aller Frauen weltweit werden im Laufe ihres Lebens Opfer körperlicher oder sexualisierter Gewalt (WHO 2003a, S. 16).

Der Großteil der Gewalttaten wird dabei von Personen ausgeübt, die in einer nahen sozialen Beziehung zu den Betroffenen stehen oder standen. Eine EU-weite Studie stellte fest, dass 22% der EU-Bürger*innen, die in einer Partnerschaft leben oder lebten, seit ihrem 15. Lebensjahr mindestens einmal von Gewalt in der Partnerschaft betroffen waren (FRA European Agency for Fundamental Rights 2014, S. 27).

Aus der Kriminalstatistik des BKA geht hervor, dass 2018 mehr als 114.000 Frauen in Deutschland von Partnerschaftsgewalt betroffen waren, wobei hier nur die polizeilich bekannten Fälle berücksichtigt sind und von einer erheblich höheren Dunkelziffer auszugehen ist (Bundeskriminalamt 2019, S. 8). Die repräsentative Prävalenzstudie des BMFSFJ (Schrötte und Müller 2004) ergab, dass in Deutschland etwa jede vierte Frau in ihrem Erwachsenenleben von Gewalt in der Partnerschaft betroffen ist, jede zweite bis dritte Frau im Laufe ihres Lebens körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt ausgesetzt ist und jede fünfte Frau gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folge von geschlechtsbasierter Gewalt erfährt (Robert Koch Institut 2008, S. 9–11). Damit zeigt sich, dass die in der FRA-Studie ermittelte Prävalenz häuslicher Gewalt gegen EU-Bürger*innen in etwa der 2004 von Schrötte ermittelten Prävalenz häuslicher Gewalt gegen Frauen in Deutschland entspricht. Eine neuere repräsentative Prävalenzerhebung liegt für Deutschland leider nicht vor.

Hegarty (2006, S. 19–40) konnte zeigen, dass die Prävalenz häuslicher Gewalt unter Patient*innen, die Gesundheitsdienste in Anspruch nahmen, höher war als in der Allgemeinbevölkerung. Weitere Studien zeigten auf, dass sich gewaltbetroffene Patient*innen häufiger in Praxen und Kliniken vorstellten als nicht-gewaltbetroffene Menschen (Campbell 2002, S. 1331–1336; Farchi et al. 2013, S. 31).

Die berichtete Prävalenz in Hausarztpraxen und Rettungsstellen wird dabei mit etwa 12-45% angegeben, abhängig davon wie häusliche Gewalt definiert und gemessen wurde (Hamberger et al. 2015, S. 86–91). Für Deutschland liegen bislang nur vereinzelte Prävalenzerhebungen in Rettungsstellen vor, weshalb die Frage nach Übertragbarkeit derartiger Studien auf die Versorgungssituation in Deutschland nicht abschließend beantwortet werden kann. In einer Patient*innenbefragung in einer Berliner Rettungsstelle wurde 2005 beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz häuslicher Gewalt unter den befragten Patient*innen von 36,6% erhoben (Brzank et al. 2005, S. 337–345), was in die in internationalen Studien festgestellte Spannweite fallen würde. Inwiefern dieses Ergebnis repräsentativ für andere Rettungsstellen in Deutschland ist, lässt sich anhand der mangelhaften Datenlage jedoch nicht abschließend beurteilen.

Dabei zeigten verschiedene Studien, dass eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht mit dem Ende der Gewaltausübung aufhört, sondern über deren Dauer hinaus bestehen kann (Rivara et al. 2007, S. 89–96; Truninger 2010, S. 183). In einer US-Studie (Breiding et al. 2014) konnte gezeigt werden, dass 21% der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen ihre Situation gegenüber medizinischem Personal offengelegt hatten. In der oben erwähnten Berliner Rettungsstellen-Studie gaben 67% der Befragten an, dass sie das Gewalterleben mit medizinischem Personal besprechen würden und rund 80% gaben an, dass sie eine Routine-Frage nach Gewalterfahrungen im Rahmen der Anamnese befürworten würden (Brzank et al. 2005, S. 337–345). Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz des Themas für die Gesundheitsversorgung und das damit einhergehende Interventionspotential.

2.3 Entstehung und Erscheinungsformen häuslicher Gewalt

2.3.1 Risikofaktoren häuslicher Gewalt

Gewalt in der Partnerschaft ist, anders als vielfach kolportiert, kein Randgruppenphänomen, sondern betrifft grundsätzlich alle Bevölkerungsgruppen- und -schichten.

Soziale Schicht, Einkommensklasse, Alter, Bildungsniveau, Religion und kulturelle Herkunft sind primär für die Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen relevant. Sie sind jedoch nicht kausal für das Gewaltgeschehen im sozialen Nahraum. Schröttle und Müller (2004, S. 26–45) identifizierten in der bislang einzigen für Deutschland repräsentativen Prävalenzstudie neben soziokulturellen auch individuelle und beziehungs-dynamische Risikofaktoren für das Auftreten häuslicher Gewalt.

Auf Seiten der Betroffenen stellten Gewalterfahrungen in der Kindheit, wozu auch das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern gezählt wurde, den stärksten Prädiktor für Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben dar (ebd. S. 43). Als weiteren Risikofaktor identifizierten die Autorinnen eine vorbestehende oder durch den Partner induzierte soziale Isolation der Frau (ebd. S. 38). Frauen mit Migrationshintergrund waren signifikant häufiger von physischer und sexualisierter Gewalt betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt. In der Studie zeigten sich vor allem bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund höhere Ausprägungen psychischer Gewalt und eine starke Belastung durch schwere körperliche und sexualisierte Gewalt (Schröttle und Müller 2004, S. 36). Als ursächlich dafür diskutierten die Autorinnen der Studie neben mangelnden Bildungs- und ökonomischen Ressourcen der Betroffenen auch traditionelle Wertevorstellungen, die die Unterordnung von Frauen im Geschlechterverhältnis fordern sowie eine intergenerationale Übermittlung von Gewalt (ebd. S. 37). Eine weitere Studie (Schröttle et al. 2012) konnte belegen, dass Frauen und Männer mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung ebenfalls häufiger von physischer, sexueller oder psychischer Gewalt betroffen sind als der Bevölkerungsdurchschnitt und dabei zum Teil auch schwereren Formen des Missbrauchs ausgesetzt sind.

Auf Seiten der gewaltausübenden Partner*innen identifizierten die Autorinnen, neben Gewalterfahrungen in der Kindheit, insbesondere einen erhöhten Alkoholkonsum im Alltagsleben des Täters als signifikanten Risikofaktor. Vor allem in Fällen von sexualisierter Gewalt oder sehr schweren körperlichen Misshandlungen war der Anteil an Täter*innen mit hohem Alkoholkonsum im Alltagsleben mit 62-63% besonders hoch (ebd. S.39).

Ungleiche Machtverhältnisse wurden in der Studie ebenfalls als Risikofaktoren für ein erhöhtes Gewaltausmaß und eine höhere Schwere der Gewalt identifiziert. Dies betraf auch Beziehungen, in denen die Frauen implizit oder explizit traditionelle Geschlechterhierarchien in Frage stellten, indem sie Ihrem Partner in Ausbildung, beruflicher Position und Erwerbshöhe überlegen waren. Die Autorinnen interpretierten dies als Zeichen der Nichtakzeptanz und Nichtbewältigung gleicher Machtverhältnisse durch potenziell gewalttätige Männer, die durch die Ausübung von Gewalt ein dominanzgeprägtes Maskulinitätsverständnis und traditionelle Geschlechterrollen zu sichern suchen (ebd. S. 39-40).

Ein starkes Machtgefälle zwischen den Beziehungspartner*innen mit einem sehr dominanten männlichen Partner und einer Aufgabenteilung entlang traditioneller Geschlechterrollen war ebenfalls mit einem erhöhten Auftreten häuslicher Gewalt assoziiert. Im Rahmen der Prävalenzstudie können dabei jedoch keine Aussagen zur Kausalität getroffen werden (ebd. 40). Auch Trennungs- und Scheidungssituationen gehen potenziell, wie verschiedene internationale und nationale Studien zeigen konnten, mit einem hohen Risiko schwerer oder eskalierender Gewalt durch den Partner einher (Schröttle und Müller 2004, S. 41–42; Schmid 2010, S. 42).

2.3.2 Muster häuslicher Gewalt

Grundsätzlich lässt sich Gewalt im sozialen Nahraum in zwei gegensätzliche Muster einordnen, die sich in Hinblick auf die Täter*innen-Opfer-Beziehung und die zugrundeliegenden Machtstrukturen unterscheiden. Johnson und Leone (2005, passim) unterscheiden zwischen „intimate terrorism“ und „situational couple violence“.

Intimer Terrorismus ist durch ein ausgeprägtes und systematisches Dominanz- und Kontrollverhalten mit hoher Gewaltfrequenz und zunehmender Gewaltintensität gekennzeichnet und wird vorwiegend von Männern eingesetzt.

Situative Paargewalt beschreibt dagegen körperliche Gewalt als situationsabhängiges und spontan eingesetztes Konfliktverhalten, das meist durch weniger schwere physische Gewaltanwendung mit weniger Neigung zur Gewalteskalation gekennzeichnet ist. Sexualisierte Gewalt kommt in diesem Muster eher nicht vor. Situative Paargewalt wird sowohl von Männern als auch von Frauen ausgeübt.

Johnson und Leone beschreiben weiter das Muster des *Gewaltförmigen Widerstandes* (*violent resistance*). Dieses wird vorwiegend von Frauen nach jahrelangem Missbrauch gezeigt, um sich aus der Gewaltbeziehung zu befreien und kann schwere Körperverletzung oder gar Tötung des Partners umfassen (Schmid 2010, S. 37–38).

Eine qualitative Studie (Helfferich et al. 2004) identifizierte vier verschiedene Muster hinsichtlich der Einstellung gewaltbetroffener Frauen zur Beziehung und dem resultierenden Unterstützungsbedarf, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur verkürzt dargestellt werden können. Die einzelnen Muster unterschieden sich dabei insbesondere in Hinblick auf die Dauer der Beziehung und das Ausmaß der Gewalt, aber auch nach der von den Betroffenen wahrgenommenen Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit.

Bei den beiden Mustern „Rasche Trennung“ und „Neue Chance“ tritt das gewalttätige Verhalten einmalig oder episodisch im Zusammenhang mit akuten Krisen auf. In beiden Mustern erleben sich die Betroffenen prinzipiell als handlungsfähige und aktiv handelnde Individuen. Der Beratungs- und Interventionsbedarf wird eher bei gewalttätigen Partner gesehen (Kavemann 2010, S. 241–242).

Demgegenüber stehen die Muster „Fortgeschrittener Trennungsprozess“ und „Ambivalente Bindung“. In beiden Fällen dauert die Gewaltsituation lange an und ist von einer eskalierenden Gewaltdynamik gekennzeichnet. Grundsätzlich gehen beide Muster mit einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit der Betroffenen einher. Dabei ist das Muster „Fortgeschrittener Trennungsprozess“ in sich sehr heterogen. Es besteht aber eine grundsätzliche, wenn auch oft nicht ausgeführte, Bereitschaft der Betroffenen zur Trennung vom gewalttätigen Partner. Im Gegensatz dazu führt die Gewalt im Muster „Ambivalente Bindung“ eher zu einer stärkeren (pathologischen) Bindung an den gewalttätigen Partner, die durch widersprüchliche Emotionen und Einstellungen gekennzeichnet ist (ebd.). Diese Eigendynamik, oft als „psychische Gefangenschaft“ bezeichnet, ist als psychische Überlebensstrategie der Betroffenen erklärbar. Im Gegensatz zu den drei anderen Mustern erleben sich die Betroffenen hier, bedingt durch oft jahrelange Misshandlungen, als handlungsunfähig. Eine Veränderung der Lebenssituation wird einerseits gewünscht, andererseits aber auch gefürchtet. Eine Trennung vom Partner erscheint den Betroffenen häufig unmöglich. Dadurch wird die Beratung und Intervention erheblich erschwert (Kavemann 2010, S. 243–245).

2.3.3 Dynamiken häuslicher Gewalt

Zu Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Dynamiken häuslicher Gewalt prägte insbesondere Walker (1984, passim) den Begriff des *Kreislaufs der Gewalt*. Sie unterscheidet dabei drei Phasen, die sich an eine zu Anfang der Beziehung bestehende *Honeymoon Phase*, in der sich der später gewalttätige Partner besonders charmant, rücksichtsvoll und zuvorkommend zeigt anschließen (Kilmartin und Allison 2007, S. 16–23):

- Die Phase *des Spannungsaufbaus* ist gekennzeichnet durch zunächst meist „kleinere“ Übergriffe. Diese werden sowohl vom Täter als auch vom Opfer zunächst rationalisiert, bagatellisiert und entschuldigt, beispielsweise als stressbedingtes Verhalten. Zudem kommt es häufig zu einer Diffusion der Verantwortung für das gewalttätige Verhalten des Partners und das Verhindern neuerlicher Gewaltausbrüche. Dabei wird der Frau die Schuld für den Übergriff einerseits vom Partner angelastet. Viele betroffene Frauen internalisieren diese fälschliche Schuldzuschreibung jedoch auch und versuchen, weitere Gewaltausbrüche zu verhindern, indem sie dem Partner „alles recht machen“. Dennoch kommt es zu einem weiteren Anstieg der Spannung.
- In der *Phase des Gewaltausbruches* kommt es schließlich zu teilweise gravierender körperlicher und/ oder sexueller Gewaltanwendung durch den gewaltausübenden Partner. Diese geht häufig mit zum Teil schwerwiegenden Verletzungen einher, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen können. In dieser Phase scheint die Offenheit der Betroffenen für Hilfsangebote von außen am größten zu sein, wodurch sich hier Interventionspotenziale im klinischen Kontext ergeben.
- In der *Phase der Entschuldigungs- und Entlastungsversuche* versucht der Täter seine Gewalttätigkeit zu entschuldigen oder herunterzuspielen. Ähnlich wie in der *Honeymoon-Phase* zeigt er sich rücksichtsvoll und zuvorkommend. Häufig entschuldigt er sich, zeigt Reue und beteuert, es werde niemals wieder zu gewalttätigen Handlungen kommen, um die Partnerin zum Fortsetzen der Beziehung zu bewegen. Betroffene sind dann häufig bereit dem (vermeintlich) reumütigen Partner eine weitere Chance zu geben.

Vielfach kommt es im zeitlichen Verlauf zu einer weiteren Eskalation der Gewaltdynamik, in der die Gewaltausbrüche zunehmend exzessiver und häufiger und die Phasen der Entschuldigung und des Spannungsaufbaus kürzer werden (Kilmartin und Allison 2007, S. 20; Schmid 2010, S. 40). Auch wenn längst nicht alle gewalttätigen Partnerschaften diesem Muster folgen und die verschiedenen Phasen in der Praxis oft verwoben und nicht klar voneinander abgrenzbar sind, (Schmid 2010, S. 39) kann der „Kreislauf der Gewalt“ zum besseren Verständnis der Gewaltdynamik beitragen (Kilmartin und Allison 2007, S. 20).

2.4 Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt

Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt können die physische, psychische und soziale Dimension von Gesundheit beeinträchtigen. Sie können akut, wiederholt oder zeitverzögert auftreten und bestehen oft über das Ende der Gewaltausübung hinaus. Dabei korreliert die Schwere der Misshandlungen häufig mit den gesundheitlichen Auswirkungen. Zudem ist belegt, dass das Erleben verschiedener Formen von Gewalt und wiederholter Gewaltepisoden im Lebensverlauf kumulativ wirken kann (Hellbernd 2010, S. 166; Truninger 2010, S. 183). Gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt können dabei nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern sind in hohem Maße interdependent. Dennoch sollen sie hier zunächst getrennt voneinander behandelt werden, um eine bessere Übersicht über das Spektrum der möglichen Folgen häuslicher Gewalt zu ermöglichen. Wissen um die gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt und deren Interdependenz ist essenziell, um mögliche Probleme in der medizinischen Behandlung Betroffener erkennen und adressieren zu können und medizinisches Personal adäquat zur Behandlung und Begleitung Betroffener ausbilden zu können.

2.4.1 Körperliche Folgen

Die akuten physischen Folgen häuslicher Gewalt stehen in Abhängigkeit des Tatherganges und können potenziell lebensbedrohlich sein oder zu einer dauerhaften Beeinträchtigung führen. Dadurch ist der Übergang zu chronischen Beschwerden nicht immer eindeutig abgrenzbar. Dabei ist ein vielgestaltiges Verletzungsmuster möglich. Dieses umfasst beispielsweise Schädel-Hirn-Traumata, stumpfe Bauchtraumata, Frakturen, Hämatome, Hautabschürfungen, Schnitt- oder Stichverletzungen und Bissspuren. Insbesondere bei sexualisierter Gewalt finden sich zudem häufig Hämatome an den Oberschenkelinnenseiten und Handgelenken und Widerlagerverletzungen im Bereich des unteren Rückens und der Schultern (Seifert et al. 2006, S. 2169–2172).

Akute gynäkologische Folgen eines sexuellen Übergriffs können in, teilweise massiven, genitalen und rektalen Verletzungen bestehen, die mit starkem Blutverlust einhergehen können. Nicht (ausreichend) behandelt, können diese zu akuten und chronischen Infektionen im Genitalbereich führen, wie beispielsweise Adnexitis, Kolpitis und Cervicitis (Griese 2006, S. 65). Die akuten Verletzungen und deren Folgen können zum Verlust der reproduktiven Gesundheit führen. Zudem treten bei Überlebenden sexualisierter Gewalt signifikant häufiger Fehlgeburten und Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt auf. Chronische Schmerzen im Beckenbereich (*chronic pelvic pain*, CPP) sind häufig mit (sexualisierten) Gewalterfahrungen assoziiert und in vielen Fällen der Grund dafür, dass betroffene Frauen medizinische Einrichtungen aufsuchen (Schermann und Kersting 2015, S. 297–298).

Insbesondere dann, wenn häusliche Gewalt über einen längeren Zeitraum persistiert, kommt es häufig zu chronifizierten Beschwerden. Chronische allgemeinmedizinische Befunde können, neben unmittelbar aus den erlittenen Verletzungen resultierenden Folgeschäden und Beeinträchtigungen, auch in Erkrankungen bestehen, die durch chronischen Stress entstehen. Dazu gehören neben gastrointestinalen Beschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erhöhter Infektanfälligkeit auch Atemwegsbeschwerden und chronische Schmerzsyndrome (Bonomi et al. 2007, S. 987–995; Robert Koch Institut 2008, S. 15–17). Insbesondere posttraumatische Symptome werden dabei von den Betroffenen häufig als somatische Beschwerden präsentiert und von den Behandelnden oft nicht als Folge potentieller Gewalterfahrungen der Patientinnen erkannt (Schermann und Kersting 2015, S. 293–296; Seifert et al. 2006, S. 2170).

2.4.2 Psychische Folgen

Gewalt in der Partnerschaft ist häufig mit psychischen Beschwerden und Symptomen assoziiert. Die Kumulation von Gewalterfahrungen und deren Schwere und Häufigkeit nehmen maßgeblichen Einfluss auf das Ausmaß psychischer Beschwerden (Robert Koch Institut 2008, S. 14).

Dabei können die psychischen Symptome sowohl akut als auch chronifiziert vorliegen. Zu akuten Reaktionen auf erlebte Gewalt zählen beispielsweise akute Belastungsreaktionen und nach sexualisierter Gewalt das sogenannte *rape- trauma- syndrome*. Zu den langfristigen psychischen Folgen von Gewalt im sozialen Nahraum zählen insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angst- und Panikerkrankungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidalität und Substanzmissbrauch (ebd. S. 15-18).

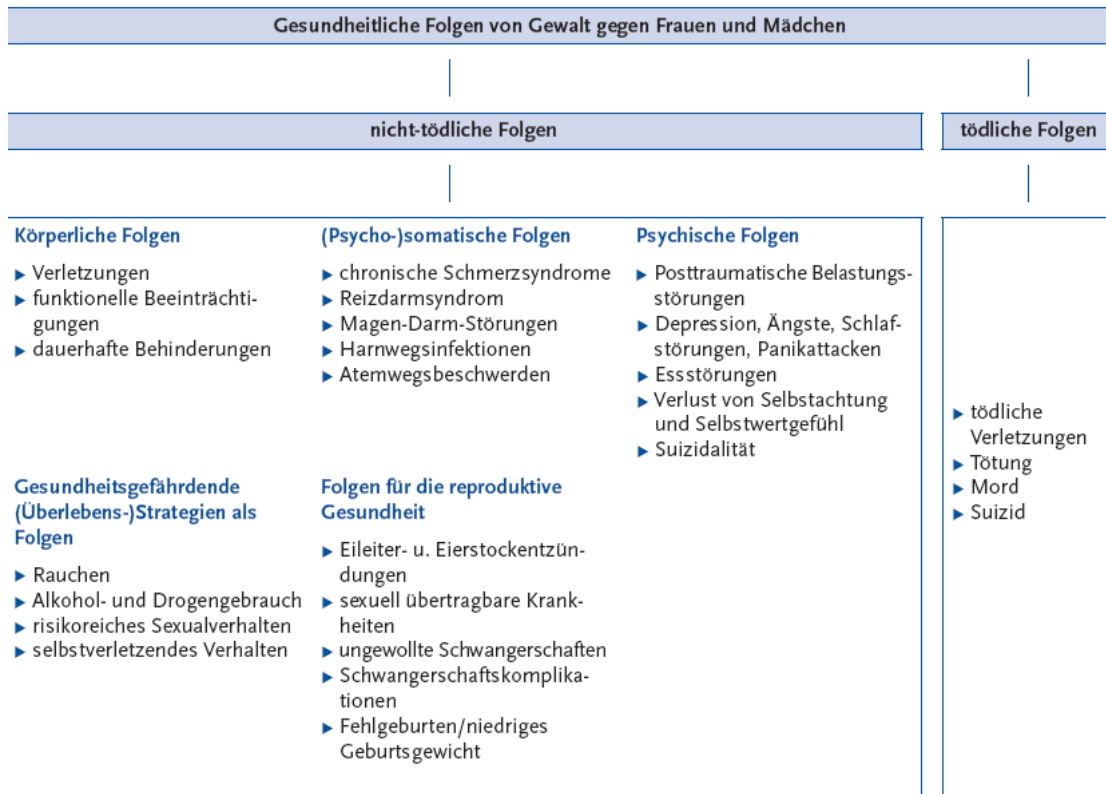


Abbildung 1: Systematisierung gesundheitlicher Folgen von Gewalt. (Hellbernd et al. 2004).

2.4.3 Soziale Folgen

Gewaltbetroffene Menschen können auch in der sozialen Dimension durch die Gewalterfahrung erheblich beeinträchtigt sein. Konzentrationsstörungen und Vermeidungsverhalten können beispielsweise zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und daraus resultierenden finanziellen Problemen führen. Aus der Gewalterfahrung entstehen nicht selten Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zu anderen Menschen, wodurch eine eventuell durch den gewaltausübenden Partner initiierte und kontrollierte soziale Isolation weiter verstärkt wird (Schrötle und Müller 2004, S. 38). Da häusliche Gewalt nach wie vor gesellschaftlich stigmatisiert und tabuisiert ist, erleben es die Betroffenen teilweise als besonders belastend, die Gewalterfahrung vor ihrem Umfeld geheim halten zu „müssen“ und leiden unter Schuld- und Schamgefühlen. Kulturelle Bewertungs- und Interpretationsschemata haben Einfluss auf die Art und Ausprägung der psychischen Symptome und auf die Bewertung durch das soziale Umfeld. Die in einer Kultur oder Gesellschaft im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischer Gewalt vorrangigen Interpretationen, Stereotype und Zuschreibungen beeinflussen die Verarbeitung des Übergriffs durch die Überlebenden maßgeblich, wie verschiedene Untersuchungen darlegen (WHO 2002, S. 95; Gasch und Kress 2015, S. 449).

2.5 Gesundheitsversorgung in Bezug auf häusliche Gewalt

Trotz der in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen hohen Prävalenz und teilweise gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen häuslicher Gewalt wird diese nur sehr langsam und zögerlich zum Thema in der Gesundheitsversorgung. Sie wird vielfach als Randthema betrachtet, das nicht zum zentralen Auftrag der Institutionen im Gesundheitswesen gehöre (Greber 2010, S. 178). So unterbleibt häufig eine adäquate und bedarfsadaptierte Versorgung der Betroffenen und häusliche Gewalt bleibt in erschreckendem Ausmaß unerkannt. Wie Hellbernd und Wieners (2002, S. 139) ausführen, wird häusliche oder sexualisierte Gewalt nur in einem Bruchteil der Fälle als solche erkannt. Dadurch wiederum kommt es zu einem hohen Anteil von Über-, Unter-, oder Fehlversorgung der Betroffenen.

Für Deutschland gibt es bislang keine belastbaren Daten zu den Kosten häuslicher und sexualisierter Gewalt. Diese entstehen nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch im juristischen und sozialen Bereich. Hinzu kommen indirekte Kosten, wie sie beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit entstehen (Brzank 2009, S. 330–332). Eine US-Studie (Wisner et al. 1999, *passim*) stellte fest, dass die gesundheitlichen Versorgungskosten gewaltbetroffener Patientinnen um 1775 US-Dollar pro Jahr höher lagen, als die Versorgungskosten nicht- gewaltbetroffener Patientinnen. Eine Schweizer Studie (Godenzi und Yodanis 1998, *passim*) beziffert die jährlichen Kosten durch häusliche Gewalt in den Bereichen Sozialhilfe, Opferhilfe, Polizei, Gericht und Strafvollzug auf etwa 400 Millionen Schweizer Franken.

Auf institutioneller Ebene fehlt es häufig an Fachwissen und Handlungskonzepten im Zusammenhang mit der Thematik. Zudem schrecken Institutionen mitunter vor dem materiellen und zeitlichen Aufwand zurück, der mit der Adressierung der Thematik, beispielsweise durch Schulung der Mitarbeitenden, einhergehen würde (Greber 2010, S. 177–180). Die oft mangelhafte Berücksichtigung des Themas in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften trägt dazu bei, dass medizinisches Personal der Thematik häufig unvorbereitet gegenübersteht (WHO 2013, S. 10–11).

Auch auf individueller Ebene bestehen Barrieren im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt. In der internationalen Literatur wurden in den letzten Jahren verschiedene qualitative und quantitative Studien zur Thematik publiziert, die sich primär auf Frauen als Betroffene fokussierten (Yeung et al. 2012; Ramsay et al. 2012; Gutmanis et al. 2007). Hier wurden neben zeitlichen Faktoren auch insbesondere Gefühle von Unsicherheit auf Seiten der Helfenden als Barriere in der Versorgung von Betroffenen häuslicher und sexualisierter Gewalt identifiziert. Neben fehlendem Fachwissen und der Angst vor Mehraufwand in der Behandlungssituation, spielen dabei auch Abwehrprozesse der Helfenden eine Rolle (Greber 2010, S. 177). Auch gaben Gesundheitsfachkräfte häufig an, sich im Umgang mit Betroffenen unsicher zu fühlen, Angst vor abwehrenden Reaktionen der Patientin zu haben oder davor, die Patientin durch Fragen nach Gewalterfahrungen zu traumatisieren. Zudem fällt es Helfenden oft schwer, zu akzeptieren, wenn gewaltbetroffene Patientinnen sich nicht vom Partner lösen (Hellbernd 2010, S. 167). Weiter teilen auch Beschäftigte im

Gesundheitsbereich mitunter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber gewaltbetroffenen Patient*innen und sehen daher keinen Handlungsbedarf oder keinen Sinn in einer Intervention (McCauley et al. 1995, S. 737–746).

Demgegenüber steht, dass gewaltbetroffene Patientinnen häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und Gesundheitsfachkräfte als vertrauenswürdige Ansprechpartner wahrnehmen (s. Kapitel 2.2). Verschiedene Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass gewaltbetroffene Frauen sich mehr Informationen und ein gezieltes Ansprechen von Gewalterfahrung in der medizinischen Versorgung wünschen würden (Leeners et al. 2007, S. 385–393). In der FRA-Studie (FRA European Agency for Fundamental Rights 2014) befürworteten 87% der Befragten die routinemäßige Frage nach Gewalterfahrungen durch medizinisches Personal.

Um den Bedürfnissen von Betroffenen in der medizinischen Versorgung gerecht werden zu können, müssen die in den vorherigen Kapiteln dargelegten Hintergründe und Folgen häuslicher Gewalt und deren Interdependenz berücksichtigt werden. Nur mit diesem Hintergrundwissen lassen sich bestimmte Phänomene und Schwierigkeiten in der Behandlungssituation erfassen und adressieren und damit Interventions- und Präventionschancen nutzen. Dazu braucht es auf institutioneller Ebene eine umfassende Handlungsstrategie, die sich an evidenzbasierten internationalen Standards orientieren sollte.

2.6 Intervention gegen häusliche Gewalt im Gesundheitsbereich

Durch die oben genannte zunehmende Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Politik für das Thema häusliche Gewalt gibt es seit etwa 20 Jahren auch verstärkte Anstrengungen, die Thematik in Interventionen im Gesundheitsbereich zu verankern. Ein Review zu unterschiedlichen Interventionen im Gesundheitsbereich für gewaltbetroffene Patient*innen zeigte, dass diese Interventionen zu 59% wirksam seien. Negative oder schädliche Effekte wurden bei keiner der untersuchten Interventionen beschrieben (Sprague 2017, S. 7–9). Die große Heterogenität der einzelnen Interventionen, hohe Drop-out-Raten, geringe Zahlen von Studienteilnehmer*innen und Unterschiede im Setting führten jedoch zu einer schlechten Vergleichbarkeit der Wirksamkeit einzelner Interventionsformen (Sprague 2017, S. 9).

Untersuchungen zu Effekten der einzelnen Interventionen auf medizinisches Personal und Umsetzung in der Klinik sind deutlich rarer. Diese sind ebenfalls von großer Heterogenität, sowohl in Hinblick auf die Intervention als auch in Hinblick auf das Setting gekennzeichnet, sodass direkte Vergleiche hier ebenfalls nicht möglich sind.

Insbesondere im US-amerikanischen und britischen Raum wurden verschiedene Interventionen und Konzepte erprobt. Screening-Programme, insbesondere in Rettungswachen, wurden dabei besonders häufig durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Sie zeigten zwar eine Erhöhung der Detektionsrate aber meist keine nachhaltigen Effekte auf den Gesundheitszustand der Betroffenen (WHO 2013, S. 19) . Gleichzeitig stieg im Laufe der Zeit häufig der Widerstand von Gesundheitsfachkräften zur Durchführung dieser mandatorischen Screenings. Trotzdem sehen einige Autor*innen aber einen Nutzen von generellen Screenings. Sie führen beispielsweise an, dass Screening-Programme keinen Schaden zuzufügen scheinen und durch Befragung aller Patient*innen die Gefahr der Stereotypisierung minimiert wird. Dennoch werden mandatorische Screenings zurzeit nicht empfohlen (WHO 2013, S. 19–20).

Eines der wenigen cluster-randomisierten und umfassend ausgewerteten Interventionskonzepte im Gesundheitsbereich, die über bloße Screenings hinausgehen, stellt der britische IRIS- Trial (Identifikation und Referral to improve Safety) dar. Hier zeigte sich, dass ein Trainings- und Unterstützungsprogramm für niedergelassene Ärzt*innen und medizinisches Personal der primären Gesundheitsversorgung in großen Städten in Großbritannien mit einer verbesserten Identifizierung von Opfern häuslicher Gewalt und einem Anstieg der Überweisungen an Fachberatungsstellen einherging (Yeung et al. 2012, S. 5; Feder et al. 2011, S. 1793–1794). Vergleichbare Untersuchungen in Deutschland gibt es bislang nicht.

Im Jahr 2013 veröffentlichte die WHO umfassende Leitlinien für das Gesundheitswesen zum Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt gegen Frauen (WHO 2013) in deren Rahmen auch ein klinisches Handbuch zur Thematik veröffentlicht wurde. Die Leitlinien umfassen neben Identifikation und klinischer Versorgung von Betroffenen auch klare Empfehlungen für die Schulung von Gesundheitspersonal. Schulungen, die mehrere Bereiche in der Versorgung (Identifizierung, klinische Versorgung, Dokumentation) berücksichtigten und interaktive Materialien nutzten, schienen hier einen Beitrag zur Verbesserung der Detektionsrate und eine Verhaltensänderung des Gesundheitspersonals zu erzielen (WHO 2013, S. 37).

Auf Basis der WHO- Leitlinien wurde das *Österreichische Konzept der Kinder- und Opferschutzgruppen in Krankenhäusern (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2015)* entwickelt. Dieses beinhaltet neben der Erstellung von Leitfäden für die Ersthilfe im Krankenhauskontext auch Arbeitsmaterialien für die Praxis und Anregungen für die Implementierung und Sicherstellung von Qualitätsstandards. Zu letzterem zählen beispielsweise auch die Implementierung von Kinder- und Opferschutzgruppen im Krankenhaus (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2015, S. 43–45) und Empfehlungen zur Projektevaluation (ebd. S. 53-54).

In Deutschland gibt es bislang keine Studien, die Barrieren und Erfolgsfaktoren in der Implementierung von spezifischen Interventionskonzepten zur Versorgung von Patient*innen mit Gewalterfahrungen im Klinikkontext abbilden.

2.7 Interventionskonzept der untersuchten Klinik

In Anlehnung an das *Österreichische Konzept der Kinder- und Opferschutzgruppen in Krankenhäusern* (Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie 2015) und auf Basis der evidenzbasierten WHO-Leitlinien zum *Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt gegen Frauen* (2013) und dem wissenschaftlich evaluierten *S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzept* (Hellbernd et al. 2004) wurde ein Interventionsprojekt für Berliner Kliniken entwickelt, dessen zentrale Elemente die Etablierung einer interdisziplinären Gewaltschutzgruppe und die Durchführung von Mitarbeiter*innenschulungen in allen relevanten Versorgungsbereichen sind.

Patient*innen und ihre Kinder, die von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt betroffen sind, sollen in der Klinik eine internationalen Standards und gesetzlichen Vorgaben entsprechende Versorgung erhalten. Diese beinhaltet per Definition in der Projektskizze die Identifizierung von Betroffenen, eine opferzentrierte Vorgehensweise, eine suffiziente Erstversorgung inklusive Klärung des Schutz- und Sicherheitsbedürfnisses, Befunddokumentation und ggf. Spurensicherung sowie interne und externe Kooperationen und Nachsorge.

Im Ergebnis soll die Klinik verfügen über:

- Einen klinikinternen Leitfaden zur Versorgung Betroffener
- Verbindliche Versorgungspfade, Standards und geregelte Schnittstellen
- Interne und externe Kooperationen zu relevanten Akteur*innen
- Zum Umgang mit der Thematik häuslicher/sexualisierter Gewalt qualifiziertes Personal in allen Versorgungsbereichen
- Eine Gewaltschutzgruppe als klinikweite Ressource zum Umgang mit der Thematik häuslicher und sexualisierter Gewalt

Aufgaben der Gewaltschutzgruppe sind dabei die Entwicklung und Steuerung des Versorgungsangebotes, die Entwicklung von Standards und Versorgungspfaden in Kooperation mit allen beteiligten Abteilungen, die Schulung der Mitarbeiter*innen in allen Abteilungen, die Beratung und Unterstützung der Klinikmitarbeiter*innen bei der Versorgung betroffener Patient*innen und die interne und externe Kommunikation und Vernetzung.

Das Projekt ist in mehrere Umsetzungsschritte gegliedert:

- 1.) Verabschiedung eines Rahmenkonzepts durch die Klinikleitung, klinikinterne Projektplanung, Kooperationsvereinbarung mit S-I.G.N.A. L e.V.

- 2.) Aufbau der Gewaltschutzgruppe als zentrales Element des Interventionsprojektes: Benennung der Mitglieder, Arbeits-Organisation, Konkretisierung des Arbeitsauftrages, Qualifizierung der Mitglieder
- 3.) Umsetzung 1: Erstellen klinikinterner Leitlinien, Entwicklung von Versorgungspfaden, Festlegen von Verfahrensweisen und Abläufen, Aufbau von Kooperationen, Schnittstellen-Management, Einbindung in das Qualitätsmanagement
- 4.) Umsetzung 2: Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs der Mitarbeiter*innen, Qualifizierung der Mitarbeiter*innen, Begleitung aller Abteilungen bei der Implementierung der Versorgungsstandards
- 5.) Umsetzung 3: Dauerhafte Etablierung und Verankerung, Ausweitung und Weiterentwicklung, Überprüfung der Umsetzung

Insgesamt hat die Vorbereitungsphase deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen, als dies im Projektplan vorgesehen war. Das Rahmenkonzept, welches zusammen mit S.I.G.N.A.L. e.V. erarbeitet wurde, wurde der Geschäftsführung 2017 vorgestellt und von dieser verabschiedet. Ein konkreter Projekt- und Zeitplan wurde erstellt. Mitglieder der Gewaltschutzgruppe wurden benannt und durch S.I.G.N.A.L.- e.V. in einer 1,5-tägigen Fortbildung zu häuslicher Gewalt geschult. Weiter erfolgte die Erstellung und Weiterentwicklung klinikinterner Standards und SOPs mit Definition von festgelegten Verfahrensweisen und Abläufen und der Ausbau von Kooperationen zu externen Akteur*innen. Eine Verbesserung von Versorgungspfaden und Schnittstellen- Management wird angestrebt. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte zudem die Ermittlung des Qualifizierungsbedarfes der Mitarbeiter*innen in den einzelnen Fachabteilungen und teilweise auch die inhaltliche und konzeptionelle Vorbereitung der Qualifizierung dieser Mitarbeiter*innen durch Mitglieder des Gewaltschutzteams.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Herbst/ Winter 2019 waren die ursprünglich für 2018 geplanten Mitarbeiter*innenschulungen noch nicht erfolgt und das Projekt über Klinikleitung und Gewaltschutzteam hinaus nicht in der Klinik bekannt. Auch waren insgesamt wesentlich weniger Treffen der Gewaltschutzgruppe erfolgt, als dies im ursprünglichen Projektplan der Klinik vorgesehen war. Vor Beginn der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit hatte es zudem ein Intervall von etwa einem Jahr gegeben, in dem kein Treffen des Gewaltschutzteams erfolgt war, wodurch die Projektumsetzung insgesamt über ein Jahr hinter dem angestrebten Zeitplan zurücklag. Zu Beginn der Datenerhebung waren damit in der Klinik die Schritte 1 und 2 vollständig abgeschlossen, während die Schritte 3 und 4 parallel bearbeitet wurden.

3 Theoretische Fundierung

Als theoretische Grundlage der vorliegenden Arbeit soll die Normalization Process Theory (May und Finch 2009), im Folgenden als NPT bezeichnet, dienen. Sie beinhaltet Komponenten aus den Bereichen (Medizin-)Soziologie, Psychologie und Versorgungsforschung.

Die NPT ist als Theorie mittlerer Reichweite zu betrachten (May und Finch 2009, S. 549–550). Theorien mittlerer Reichweite bieten einen breiten und logisch zusammenhängenden Satz erklärender Beziehungen und beschreiben Schlüsselvariablen und deren Beziehungen untereinander (Fixsen et al. 2019, S. 20). Dabei ist die NPT explizit als flexibles Instrument zur Erfassung von Barrieren und Erfolgsfaktoren in der Implementierungsarbeit angelegt (May und Finch 2009, S. 549).

Die Normalization Process Theory basiert auf dem 2007 von May und Finch entwickelten Normalization Process Model (May et al. 2007). Hier wurden zunächst nur die im Kernkonstrukt Collective Action untersuchten Aspekte betrachtet, bevor das Modell zur NPT ausgeweitet wurde, um weitere potenziell relevante Einflussfaktoren miteinzubeziehen.

Grundannahme der Theorie ist, dass Neuerungen dadurch in die Routine-Praxis integriert werden, dass Menschen kontinuierlich, individuell und gemeinsam daran arbeiten, diese Neuerungen umzusetzen. Implementierungsprozesse stellen also dynamische und reflexive Muster menschlichen Handelns im sozialen Kontext dar, die wiederum die Intervention/Neuerung und deren Umsetzung beeinflussen. Diese Implementierungsprozesse können von verschiedenen förderlichen oder hemmenden Faktoren beeinflusst werden. Demzufolge erfordert die erfolgreiche Umsetzung einer Neuerung kontinuierliches Engagement der beteiligten Personen (May et al. 2009, S. 542). Ziel der NPT ist es, einen Erklärungsansatz für den dynamischen Prozess zu bieten, durch den Innovationen und komplexe Interventionen zur Routine in der medizinischen Praxis werden. Darüber hinaus versucht die Theorie auch, durch die Betrachtung potenziell relevanter Einflussfaktoren einen Beitrag zur prädiktiven Identifizierung möglicher Probleme in der Umsetzung einer Neuerung zu leisten (May und Finch 2009, S. 550). Die Normalization Process Theory wird insbesondere in der Implementierungsforschung im medizinischen Kontext angewendet, um die Implementierung neuer Technologien und komplexer Interventionen zu untersuchen.

Die Normalization Process Theory besteht aus 4 Core Constructs. Diese Kernkonstrukte stehen in Beziehung zueinander und berücksichtigen sowohl individuelle als auch organisationale Faktoren, die die Implementierung einer Intervention beeinflussen können (May und Finch 2009, S. 538–546):

- **Coherence:** *Macht die Neuerung für die an der Implementierung beteiligten Akteur*innen Sinn?*
Hier wird beispielsweise betrachtet, ob die Teilnehmer*innen ein individuelles und gemeinsames Verständnis von den Zielen der Intervention haben und wie sie deren Relevanz und Wert beurteilen. Es interessiert hier weiter, wie die Teilnehmer*innen die Neuerung im Vergleich mit der bisherigen Praxis wahrnehmen. Das Kernkonstrukt Coherence besteht aus den Sub-Konstrukten *Differentiation, Individual specification, Communal specification* und *Internalization*.
- **Cognitive Participation:** *Wie beteiligen sich relevante Akteur*innen an der Implementierungsarbeit?*
Hier wird betrachtet, inwiefern die Teilnehmer*innen gewillt sind, die Neuerung voranzutreiben, wie sie zusammenarbeiten und wie wahrscheinlich es ist, dass sie dies dauerhaft fortsetzen. Dazu gehören neben Faktoren wie Motivation und Eigeninitiative auch zeitliche Ressourcen und Kommunikation und Kooperation im Vorantreiben der Neuerung. Auch interessiert hier, ob die Teilnehmer*innen ihre eigene Beteiligung an der Intervention und die Beteiligung anderer Teilnehmer*innen oder Bereiche als gerechtfertigt ansehen. Ebenfalls betrachtet wird hier, ob die Teilnehmer*innen den mit der Intervention verbundenen Aufwand als gerechtfertigt ansehen. Das Kernkonstrukt Cognitive Participation besteht aus den Subkonstrukten *Initiation, Enrolment, Legitimation* und *Activation*.
- **Collective Action:** *Welche Arbeit ist notwendig, um die Implementierung zu gewährleisten und die Intervention erfolgreich umzusetzen?*
Hier stellt sich die Frage, ob und wie die Neuerung die Zusammenarbeit beeinflusst und wie kompatibel sie mit bestehenden Arbeitsweisen und Policies ist. Weiter interessiert hier, wie Arbeit und Verantwortlichkeiten geteilt und bewertet werden. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Implementierung besteht in den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmer*innen. Hier wird betrachtet, ob diese ausreichend und passend für die Intervention sind und ob und wie die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beteiligten ausgebaut werden sollten, um eine erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten. Ebenfalls wird hier betrachtet, welche Ressourcen die Intervention und Implementierung erfordert und ob diese in angemessenem Umfang bereitgestellt werden. Das Kernkonstrukt Collective Action besteht dabei aus den Sub-Kategorien *Interactional Workability, Relational Integration, Skill set Workability* und *Contextual Integration*.
- **Reflexive Monitoring:** *Wie wird die Implementierungsarbeit von relevanten Akteur*innen bewertet?*
In diesem Kernkonstrukt wird betrachtet, wie die Teilnehmer*innen individuell und als Gruppe die Neuerung bewerten und ob bzw. inwiefern die Neuerung entsprechend dieser Bewertung angepasst werden kann. Sub-Kategorien dieses Kernkonstruktes sind *Systematization, Communal appraisal, Individual appraisal* und *Reconfiguration*.

Generell gehen die Autor*innen der Normalization Process Theory davon aus, dass alle vier Bereiche in der Implementierung einer Neuerung und in der „Einbettung“ dieser Neuerung in die Regelversorgung eine Rolle spielen. Wenn beispielsweise ein gemeinsames Verständnis von Zielen und Aufgaben im Rahmen der Neuerung nicht gegeben ist, ist es nach Ansicht der Autor*innen unwahrscheinlich, eine erfolgreiche Implementierung zu erreichen. Analog können in den anderen Kernkonstrukten und ihren Subkategorien jeweils Faktoren liegen, die die Implementierung und Verankerung einer Neuerung entweder fördern oder erschweren.

Dabei variieren Wichtigkeit und Einfluss der Einzelkomponenten je nach Art der Intervention und des Settings. So können und sollen nach Ansicht der Autor*innen die Sub-Kategorien der NPT nicht in allen Kontexten gleichermaßen angewendet werden, sondern je nach Bedarf des Kontextes adaptiert und/ oder ergänzt werden. Die Autor*innen weisen weiter, (insbesondere auch im Rahmen eines von ihnen online zur Verfügung gestellten umfangreichen Informationsbereiches² für Forschende, die mit der NPT arbeiten) darauf hin, dass in verschiedenen Forschungskontexten auch die alleinige Verwendung der Kernkonstrukte sinnvoll sein kann und die Anwendung und Ausdifferenzierung von Subkategorien der Theorie entsprechend den Erfordernissen des jeweiligen Kontextes erfolgen sollte (May et al. 2020; May und Finch 2009, S. 549–550).

In der vorliegenden Arbeit wurden primär die Kernkonstrukte der Theorie verwendet. Dabei wurde auf eine Übersetzung ins Deutsche verzichtet, da diese aus Sicht der Autorin eine Verzerrung der Bedeutung bedeutet hätte. Stattdessen wurde hinter dem Namen des Kernkonstruktes in Klammern eine erläuternde Beschreibung, die an das konkrete Setting der vorliegenden Arbeit angepasst ist, angefügt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit diente die Normalization Process Theory als theoretische Grundlage für den Interviewleitfaden und die Kategorienbildung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse. Weiter wurden die Ergebnisdarstellung und deren Diskussion an den Kernkomponenten der NPT ausgerichtet.

² Online verfügbar unter <http://normalizationprocess.org/how-do-you-use-npt/qualitative-research/> [letzter Zugriff 02.03.2020]

4 Methodische Grundlagen

Qualitative Methoden bieten sich besonders an, um die entwickelte Fragestellung zu untersuchen. Hier soll ein Gegenstand (die Implementierung eines Interventionskonzeptes gegen häusliche Gewalt) in einem besonderen Kontext (einer Berliner Klinik) aus der Sichtweise bestimmter Subjekte (den an der Implementierung beteiligten Mitarbeitenden und Stakeholdern) dargestellt und diskutiert werden.

Die Fragestellung dieser Arbeit kann nicht mit Hilfe quantitativer Methoden untersucht werden, da Aussagen über zuvor operationalisierte Merkmalsausprägungen das Erkenntnisinteresse nicht widerspiegeln. Diese Merkmalsausprägungen sollen vielmehr mit Hilfe dieser Arbeit erst identifiziert werden und können daher nicht vorab definiert und gemessen werden.

Die gewählte methodische Vorgehensweise ist an die Arbeitsschritte der empirischen Sozialforschung (König und Bentler, S. 176) angelehnt. Es erfolgte die Erarbeitung einer Übersicht zum aktuellen Wissensstand zur Thematik und die Entwicklung einer präzisen Fragestellung (Kapitel 1 und 2).

Aufgrund der sensiblen Thematik und den praktischen Schwierigkeiten im Zugang zu Betroffenen wurde darauf verzichtet, gewaltbetroffene Patient*innen als Expert*innen in die Befragung miteinzubeziehen. Da in der vorliegenden Arbeit primär der Implementierungsprozess interessiert und noch nicht so sehr dessen Ergebnis und seine Auswirkungen auf die Zielgruppe des Projektes, erschien der potenzielle Nutzen einer Einbeziehung Betroffener das Risiko der Retraumatisierung für die befragten Patient*innen nicht zu rechtfertigen.

Im folgenden Kapitel sollen zunächst die Grundzüge qualitativer Forschung im Allgemeinen und der Implementierungsforschung im Besonderen beschrieben werden, um deutlich zu machen, warum sich dieser Zugang zur Untersuchung des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit eignet. Anschließend soll die Methode des Expert*inneninterviews dargestellt werden. Darauf aufbauend erfolgt die Erläuterung und Begründung der gewählten Erhebungsmethode und die Beschreibung der Entwicklung der Interviewleitfäden.

4.1 Grundsätze qualitativer Forschung

Qualitative Forschung versucht, Lebenswelten aus Sicht der handelnden Subjekte zu beschreiben und dadurch Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale zu erkennen. Dadurch will sie zu einem besseren Verständnis komplexer Zusammenhänge in der sozialen Wirklichkeit beitragen (Flick et al. 2017, S. 14). Das Ziel qualitativer Forschung besteht dabei auch insbesondere darin, Neues zu entdecken (Flick 2002, S. 18).

Der Gegenstand soll dabei in seinem alltäglichen Kontext unter Einbeziehung unterschiedlicher Sichtweisen untersucht werden, um ihn in seiner Gesamtheit und Komplexität zu erfassen (Flick 1995, S. 14). Dabei werden auch Interaktionen und Beziehungen zwischen Untersuchungsgegenstand, Kontext, Untersuchten und Untersucher*in in den Erkenntnisprozess integriert. Demzufolge wird bei qualitativer Forschung die Untersuchungsmethode dem Gegenstand angepasst. Dadurch besteht für Forschende die Möglichkeit aus einer Vielzahl von Methoden, die jeweils in sich noch eine Variationsbreite besitzen, die für die Erfassung des Erkenntnisinteresses günstigste auszuwählen und sie am Gegenstand zu modifizieren falls erforderlich (ebd. S. 13).

Als wesentliche Kennzeichen qualitativer Forschung (Flick et al. 2017, S. 22–25) lassen sich nennen:

- *Gegenstandsangemessenheit*: Die Methode wird am Gegenstand der Untersuchung ausgerichtet. Dies betrifft den gesamten Forschungsprozess und erfordert eine kontinuierliche Reflexion des Vorgehens. Dadurch entsteht die sogenannte „Zirkularität des Forschungsprozesses“ (Flick 1995, S. 60–61).
- *Orientierung am Alltagsgeschehen*, d.h. am Alltagswissen der Untersuchten
- *Kontextualität*: Daten werden in ihren natürlichen Kontext erhoben und in einem breiten Kontext, beispielsweise einer längeren Antwort oder des gesamten Interviewverlaufs bis hin zur Biografie der Befragten, analysiert
- *Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven* der Beteiligten: Qualitative Forschung untersucht Wissen und Handeln der Subjekte ausgehend von deren Aussagen und den ihnen zugrundeliegenden subjektiven Bedeutungszusammenhängen.
- *Reflexivität der Forschenden*: die Forschenden reflektieren ihr Vorgehen und ihre eigenen Wahrnehmungen im Feld und verstehen diese als Teil der Erkenntnis und nicht als zu eliminierende Störquelle. Dies bedeutet auch, dass sowohl der Forschungsprozess als auch die Ergebnisse durch die Subjektivität der Untersuchenden beeinflusst sein können. Die Untersuchenden sollten sich dessen bewusst sein und die eigenen Vorannahmen und Entscheidungen im Forschungsprozess selbstkritisch reflektieren

- *Offenheit* der Untersuchung: Dies meint, dass bei qualitativer Forschung Offenheit gegenüber untersuchten Personen, der Untersuchungssituation, der Untersuchungsmethodik und der Ergebnisse besteht. Dies betrifft den gesamten Forschungsprozess und schließt auch die erwähnten subjektiven Einflüsse durch die Untersuchenden mit ein. Ziel der Offenheit ist es, nicht im Vorhinein antizipierte Elemente miterfassen zu können und dadurch Raum für Exploration zu geben (Rieker et al. 2006, S. 2). Dabei ist innerhalb der Forschung umstritten, ob und inwieweit sich Forschende von theoretischem Vorwissen und empirischen Bezugsgrößen freimachen können und sollten, um einen größtmöglichen Grad der Offenheit zu erreichen (ebd.). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll eine größtmögliche Offenheit dadurch erzielt werden, dass empirische Vorbefunde dargestellt werden und implizites und explizites Vorwissen der Verfasserin soweit möglich reflektiert und im Rahmen der Arbeit dargestellt wird. Zur Auswertung des Interviewmaterials bestand die Möglichkeit, weitere Hauptkategorien offen den Hauptkategorien der Normalization Process Theory hinzuzufügen, falls dies erforderlich gewesen wäre und Subkategorien induktiv zu bilden.

4.2 Grundlagen der Implementierungsforschung

Die vorliegende Arbeit ist im Bereich der Implementierungsforschung angesiedelt. Implementierung soll im Rahmen dieser Arbeit in Anlehnung an Fixsen et al. definiert werden als *„eine Reihe bewusst geplanter, zielgerichteter und hinreichend beschriebener Aktivitäten, die dazu bestimmt sind, eine Aktivität oder ein Programm mit bekannten Dimensionen vollständig und effektiv in die Praxis umzusetzen“* (Fixsen et al. 2019, S. 20). Implementierungsforschung kann in Anlehnung an Bailey et al. (2012, S. 13–34) definiert werden als

„die Untersuchung von Faktoren, die die vollständige und effektive Nutzung von Innovationen in der Praxis beeinflussen. Ziel der Implementierungsforschung ist es nicht, sachliche Fragen darüber zu beantworten was ist, sondern zu bestimmen, was benötigt wird“.

Implementierungsforschung stellt, ebenso wie die Evaluationsforschung, ein relativ junges Forschungsfeld dar. Es existiert eine Vielzahl von Theorien, Modellen und Rahmenwerken, die aus unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise Arbeits- und Organisationspsychologie- und Soziologie oder Betriebswirtschaftslehre, stammen und entsprechend jeweils unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Gemeinsam ist nahezu allen Modellen, dass Implementierung als Prozess verstanden wird, der sich in unterschiedliche Phasen einteilen lässt. Dieser Prozess läuft dabei meist nicht linear ab, sondern ist von Fortschritten, Rückschritten und Adaptionsprozessen gekennzeichnet, die zusammenwirken und in einer interdependenten Beziehung zueinander stehen (Fixsen et al. 2019, S. 81–97).

Dabei wirken Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen auf diesen Prozess ein. Dazu gehören neben individuellen, prozessbezogenen, institutionellen, strukturellen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Faktoren auch Charakteristika der Intervention selbst (Fixsen et al. 2019, S. 109–120), die beispielsweise Damschroeder et al. (2009) in einem *Consolidated Framework for Implementation Research* zusammengefasst haben.

Ein wichtiges Merkmal der Evaluations- und Implementierungsforschung ist entsprechend ihre Prozessorientierung. Diese spielt für Lernprozesse in der Implementierung und die Analyse von Fehlern und Hinderungsfaktoren eine entscheidende Rolle und kann so zur Adaption und Weiterentwicklung von Maßnahmen beitragen. Daraus folgt, dass Implementierungs- und Evaluationsforschung durch ihre Präsenz allein unvermeidlich Einfluss auf die zu untersuchenden Veränderungsprozesse hat. Dies kann, sofern es offen adressiert wird, dazu beitragen, Interessenskonflikte und Differenzen sichtbar zu machen und Handlungsperspektiven aufzuzeigen. Implementierungs- und Evaluationsforschung zielt dabei insbesondere auf Spezifität für den jeweiligen Kontext und weniger auf Generalisierbarkeit ab (Kardorff 2017, S. 243–246).

4.3 Auswahl und Begründung der Interviewmethode

Zur Erhebung von verbalem Datenmaterial werden in der qualitativen Forschung insbesondere drei Methoden häufig genutzt:

- Erzählung als Zugang (narratives und episodisches Interview)
- Gruppenverfahren (Gruppendiskussion und gemeinsames Erzählen)
- Verschiedene Formen leitfadengestützter Interviews (beispielsweise Experteninterview, ethnographisches Interview, problemzentriertes Interview)

Narrative und episodische Interviews, bei denen die Interviewten frei erzählen, werden insbesondere in der Biographieforschung genutzt und eignen sich nicht zur Beurteilung und Einschätzung von Sachverhalten (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 79–82). Daher schienen sie zur Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Forschungsfrage wenig geeignet. Es erscheint hier sinnvoller, durch Fragen Erzählanreize für die Interviewten zu setzen. Unter den Gruppenverfahren wäre eventuell eine Gruppendiskussion denkbar gewesen. Diese dient insbesondere der Untersuchung von Einstellungen und Standpunkten zu einem bestimmten Thema (ebd. S. 89). Für die in der geplanten Arbeit interessierende Fragestellung ist es jedoch problematisch, wenn sich die Teilnehmer*innen ausschließlich als Teil eines Kollektivs artikulieren und ihre Aussagen in Hinblick auf soziale Konformität im jeweiligen Kontext abändern (ebd. S. 93). Die Heterogenität der Teilnehmenden (Mitarbeitende aus Pflege, Medizin, der S.I.G.N.A.L- Koordinierungsstelle) und ihre Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Hierarchieebenen (teilweise direktes Vorgesetztenverhältnis) ließen ebenfalls begründete Zweifel an der Eignung der Fokusgruppe als Erhebungsmethode entstehen.

Zusätzlich führten praktische Erwägungen, wie beispielsweise die erschwerte Terminfindung dazu, dass das Verfahren als Erhebungsmethode verworfen wurde.

Gemäß den Grundsätzen qualitativer Forschung, nach denen die Methode dem Gegenstand angepasst wird, schienen leitfadengestützte Expert*inneninterviews die geeignete Methode darzustellen, da sie praktisch umsetzbar waren und durch die Einzelgespräche und laufende Adaption des Interviewleitfadens wenig inhaltliche Einbußen zu erwarten waren.

Expert*inneninterviews stellen eine etablierte Methode zur Generierung qualitativer Daten dar. Sie werden insbesondere auch in der empirischen Sozialforschung und in der Implementierungs- und Evaluationsforschung eingesetzt und dienen der Erörterung und Rekonstruktion komplexer Kenntnisse über einen sozialen Sachverhalt. Dabei kommen Expert*inneninterviews als eigenständiges Verfahren oder zusammen mit anderen Verfahren bei einem Mixed-Methods Design zum Einsatz (Gläser und Laudel 2010, S. 12–13).

Expert*innen sollen in dieser Arbeit verstanden werden, als Personen, die *„über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“* (Przyborski und Wohlrab-Sahar 2014, S. 119).

Vor diesem Hintergrund lassen sich zwei Formen des Expert*innenwissens unterscheiden, die zwar auch gleichzeitig vorliegen können, analytisch jedoch unterschieden werden müssen. Zum einen das Wissen über institutionalisierte Abläufe und Zusammenhänge („Betriebswissen“), zum anderen eine gewisse Deutungsmacht über den interessierenden Sachverhalt („Deutungswissen“). Expertenwissen kann darüber hinaus auch als Kontextwissen über andere für die Untersuchung relevante Bereiche fungieren (ebd. S. 119-120).

Expert*inneninterviews werden dabei häufig als (teilstandardisierte) Leitfaden-Interviews konzipiert. Im Gegensatz zu nichtstandardisierten Interviewmethoden werden hier nicht nur interessierende Themenkomplexe festgelegt, sondern auch konkrete Fragen, die in jedem Interview gestellt werden. Dabei ist der Interviewleitfaden im Gegensatz zu standardisierten Erhebungsverfahren jedoch jederzeit modifizierbar, das heißt Reihenfolge und Formulierung der Fragen sind nicht verbindlich, sondern können frei angepasst werden. So soll ein möglichst natürlicher Gesprächsverlauf erzielt und den Befragten Raum zur individuellen Darstellung der thematischen Gegenstände gegeben werden. Darüber hinaus ist es auch möglich, im Interview auf Aspekte einzugehen, die sich erst in der Interviewsituation ergeben. Somit kann die Offenheit der Untersuchung auch bei leitfadengestützten Interviews gewahrt werden (Lamnek 2010, S. 658).

4.4 Entwicklung der Interview-Leitfäden

Die Expert*inneninterviews für die vorliegende Arbeit bestanden aus vier Teilen

- Einem Kurzfragebogen in dem Aspekte abgefragt wurden, die für das eigentliche Interview weniger relevant sind, aber der Einordnung und Strukturierung des Materials dienen (Geschlecht, Berufsgruppe, Abteilung, Zeitraum der bisherigen beruflichen Tätigkeit, bisherige Schulung der interviewten Person zu häuslicher/sexualisierter Gewalt).
- Dem Interviewleitfaden (siehe Anhang) als Strukturierungsinstrument für die Gespräche
- Der Tonbandaufzeichnung des Interviews
- Einem Interviewprotokoll, das von der Interviewerin unmittelbar nach dem Interview ausgefüllt wurde und Eindrücke zu Gesprächssituation, Ablauf, Verhalten der Interviewten und der Interviewerin und anderer Einflüsse erfassen sollte. Ebenfalls erfasst wurden hier Anmerkungen zum Zustandekommen des Interviews und zur Nachinterviewphase. Dadurch wurde berücksichtigt, dass die Interviewsituation das Interview beeinflusst und der situative Kontext konnte bei der Auswertung berücksichtigt werden (Gläser und Laudel 2010, S. 192–193).

Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an die Kernkomponenten der Normalization Process Theory (Coherence, Cognitive Participation, Collective Action und Reflexive Monitoring) und den für das Erkenntnisinteresse besonders relevanten Subkategorien der Theorie. Diese Anpassung und Priorisierung ist von den Autor*innen der Theorie explizit bei der Theorieentwicklung beabsichtigt worden (May et al. 2009). Die vier Kernkonstrukte der Theorie bilden dabei die vier großen Themenkomplexe, in die der Interviewleitfaden gegliedert ist. In der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde ferner der aus der Literaturrecherche hervorgegangene Stand der internationalen Forschung zum Thema berücksichtigt (siehe Kapitel 2).

Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Pretests drei Personen vorgestellt, die ebenfalls im Gesundheitssystem tätig sind und an anderen (weniger umfassenden) Projekten für gewaltbetroffene Patient*innen in anderen Kliniken teilgenommen haben. Ziel des Pretests war dabei insbesondere die Kohärenz und Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen.

Für Interviewpartner*innen der Kooperationspartner und der Leitungsebene wurde der Interviewleitfaden angepasst, indem Fragen, die nur diese Interviewpartner*innen beantworten konnten hinzugefügt wurden. Fragen, zu Aspekten, an denen diese Interviewpartner*innen nicht beteiligt waren, wurden entfernt oder modifiziert.

5 Datenerhebung

5.1 Ethik und Datenschutz

Im Rahmen der Masterarbeit wurden einmalig Expert*inneninterviews mit erwachsenen Gesundheitsfachkräften durchgeführt, in denen keine gesundheitsbezogenen Daten oder besondere personenbezogene Daten erhoben wurden. Daher schien die Notwendigkeit eines Ethikvotums hier nicht gegeben.

Dennoch wurden selbstverständlich ethische Prinzipien bei der Erhebung und Auswertung berücksichtigt. Zwar handelte es sich bei den interviewten Personen um Gesundheitsfachpersonal, doch war der Gegenstand der Interviews ein potenziell belastendes Thema. Sollten ethische Überlegungen Maßnahmen zum Schutze der Befragten erforderlich machen, müssen diese gewährleistet werden. Daher wurde im Vorfeld festgelegt, dass den Befragten eine Unterbrechung des Interviews und/ oder die Fortführung des Interviews zu einem späteren Zeitpunkt angeboten werden sollte, falls die Befragten artikulierten oder durch ihr Verhalten zeigten, dass sie die Interviewsituation als belastend erleben. Die Möglichkeit zur Unterbrechung oder zum Abbruch des Interviews wurde den Befragten vor Beginn des Interviews mitgeteilt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und erfolgte nur mit informierter Einwilligung der Beteiligten. Bei der Kontaktierung potenzieller Interviewpartner*innen wurde diesen bereits eine Teilnehmerinformation per E-Mail zugesandt. Alle Befragten wurden zusätzlich unmittelbar vor dem Interview nochmals über Ziele, Methodik und Datenverarbeitung- und Auswertung im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit aufgeklärt und erhielten die Teilnehmerinformation nochmals in Papierform. Es wurde von allen Teilnehmenden eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie unterschrieben, in der die o.g. Aspekte zu Zielen, Methodik und Datenschutz, sowie die Möglichkeit des Widerrufs des Einverständnisses ebenfalls enthalten sind. Bei Nichtteilnahme entstand kein Nachteil für die angefragten Personen.

Die Daten werden vertraulich behandelt und nur im Zusammenhang mit der Studie verwendet. Daten wurden für die Auswertung pseudonymisiert, sodass zu keinem Zeitpunkt von Dritten Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Bei der Ergebnisdarstellung und Diskussion wurde weiter darauf geachtet, dass Äußerungen nicht von Dritten bestimmten Personen zugeordnet werden können.

Pseudonymisierte Daten in Papierform und elektronischer Form wurden so aufbewahrt und bearbeitet, dass sie nur der Verfasserin der Arbeit zugänglich waren. Elektronische Daten wurden auf einem passwortgesicherten PC aufbewahrt und bearbeitet, der nur der Verfasserin der Arbeit zugänglich ist. Daten in Papierform wurden in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt, zu dem nur die Verfasserin der Arbeit Zugang hat. Die pseudonymisierten Studiendaten und die Zuordnungsliste, welche ausschließlich in Papierform vorlag, wurden getrennt verwahrt. Die Audio-Dateien mit den Interviews werden nach den Grundsätzen des Datenschutzes sicher gespeichert. Die aufgenommenen

Interviews werden nach Fertigstellung der vorliegenden Arbeit für zehn Jahre sicher und passwortgeschützt aufgehoben. Spätestens drei Monate nach der Verteidigung der Masterarbeit werden alle personenbeziehbaren Dokumente vernichtet.

5.2 Auswahl der Interviewpartner*innen und Feldzugang

Es wurde primär die Form des *theoretical Samplings*, also einer theoretisch orientierten Suchstrategie, verwendet. Dabei war das Ziel, möglichst aus allen im Gewaltschutzteam vertretenen Fachabteilungen und Berufsgruppen mindestens eine*n Interviewpartner*in zu gewinnen. Dies sind Mediziner*innen und Krankenpfleger*innen aus den Abteilungen zentrale Notaufnahme, Gynäkologie, Chirurgie und Psychosomatik. Weiter wurde im Vorfeld festgelegt, dass jeweils ein Interview mit eine*r Vertreter*in des Kooperationspartners S.I.G.N.A.L. e.V. und der klinischen Leitungsebene geführt werden sollten. Durch die Befragung von Expert*innen mit verschiedenen beruflichen Hintergründen und spezifischem Fachwissen wurde der Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Dadurch sollte praxisnahes Wissen zu Prozessen, Problemfeldern und Optimierungsmöglichkeiten erhoben werden.

Ergaben sich während der Erhebung Hinweise auf weitere potentiell wichtige Gesprächspartner*innen, so wurden diese im Sinne eines *empirical Samplings* mit Hilfe des „Schneeballsystems“ angefragt (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 59–60). Insgesamt wurden neun Interviews im Zeitraum von 10 Wochen geführt, wonach eine theoretische Sättigung eintrat.

Die Identifizierung einer geeigneten Klinik für die Erhebung erfolgte gemeinsam mit S.I.G.N.A.L. e.V. Nachdem zunächst informell bei der Leitung des Gewaltschutzteams angefragt wurde, ob grundsätzlich Bereitschaft zur Teilnahme bestehe und diese bejaht wurde, wurde der Klinikleitung ein Study Proposal zur geplanten Studie zugesandt. Die Klinikleitung stimmte der Durchführung der Studie zu. Es wurde von Seiten der Klinikleitung zugesichert, die Mitarbeiter*innen für die Erhebung freizustellen und einen Raum zur Durchführung der Interviews bereitzustellen. Anschließend erfolgte ein Treffen mit der Projektleitung des Gewaltschutzteams in dem nochmals Ziele, Methodik und Datenschutz-Aspekte der Studie erläutert und das praktische Vorgehen besprochen wurden.

Im August und September 2019 hat die Autorin zwei Treffen des Gewaltschutzteams beigewohnt und in diesem Kontext die geplante Studie vorgestellt und um Teilnahme gebeten. Teilweise erfolgte bereits in diesem Kontext die Vereinbarung von Interviewterminen. Mitarbeiter*innen mit denen eine direkte Terminvereinbarung im Rahmen der Treffen der Gewaltschutzgruppe nicht möglich war, wurden individuell über ihre dienstliche Emailadresse kontaktiert, die durch die Klinik an die Autorin weitergegeben wurde. Im Falle positiver Rückmeldung wurden so Interviewtermine vereinbart. Non-Responder wurden nach einigen Wochen erneut angeschrieben und bei Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie wurde ein Interviewtermin vereinbart.

5.3 Charakteristika der Interviewpartner*innen

Die Initiative zur Etablierung des Gewaltschutzteams ging insbesondere aus der zentralen Notaufnahme hervor, da hier häufig der erste Kontakt von Betroffenen mit dem Hilfesystem stattfindet. Das Gewaltschutzteam der Klinik bestand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus etwa 10 Personen. Dabei waren pro Abteilung 1-3 Personen im Gewaltschutzteam vertreten. Der weit überwiegende Teil der Mitglieder des Gewaltschutzteams war weiblich und Mediziner*innen stellten die Mehrzahl der Teammitglieder dar. Dabei sind auch mehrere Mitarbeiter*innen in leitender Funktion im Gewaltschutzteam vertreten. Die Zentrale Notaufnahme ist in Hinblick auf die Anzahl der im Gewaltschutzteam beteiligten Mitarbeiter*innen gegenüber anderen Fachabteilungen überproportional repräsentiert und stellt die einzige Fachabteilung dar, aus der Krankenpflegepersonal im Gewaltschutzteam vertreten ist.

Im Jahr vor der Erhebung war es wiederholt zu Veränderungen in der Zusammensetzung des Gewaltschutzteams gekommen, die durch das Ausscheiden oder Hinzukommen neuer Mitarbeiter*innen bedingt war. Dadurch war keine durchgängige Kontinuität gegeben, wobei der Großteil des Teams jedoch in seiner Zusammensetzung konstant blieb.

Interviewt wurden sieben Mitarbeiter*innen des Gewaltschutzteams der Klinik und jeweils ein*e Mitarbeiter*in des Kooperationspartners S.I.G.N.A.L. e.V. und der klinischen Leitungsebene. Die Befragten waren überwiegend weiblichen Geschlechts. Die Berufserfahrung der Befragten variierte zwischen drei und dreißig Jahren. Es konnten Interviewpartner*innen aus allen im Gewaltschutzteam vertretenen Fachabteilungen für Interviews gewonnen werden, wobei gemäß der Zusammensetzung des Gewaltschutzteams die Mitarbeiter*innen aus dem Bereich der Zentralen Notaufnahme im Vergleich zu anderen Fachabteilungen zahlenmäßig stärker vertreten waren.

5.4 Reflexion des beruflichen Hintergrundes der Verfasserin

Auch eigenes Praxiswissen der Verfasserin dieser Arbeit ist in die Entwicklung des Interviewleitfadens und die Durchführung der Interviews eingegangen und hat sicherlich einen bewussten und/ oder unbewussten Einfluss auf die Interpretation des Textmaterials gehabt. Meine langjährige berufliche Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Intensiv- und Notaufnahmebereich und die persönliche Erfahrung in der Behandlung und Begleitung gewaltbetroffener Patient*innen war dabei insbesondere für vertiefendes Nachfragen in der Gesprächssituation relevant. Des Weiteren trugen eigene Erfahrungen mit betroffenen Patient*innen und im Arbeitsfeld Krankenhaus zur Themenwahl dieser Masterarbeit bei. Bestimmte berufliche Erfahrungen waren dabei sehr prägnant.

Die Verfasserin war im gesamten Forschungsprozess bemüht, sich der eigenen Vorerfahrungen und den daraus resultierenden Vorannahmen möglichst bewusst zu sein und diese zu reflektieren und analytisch von den Aussagen der Interviewten zu trennen.

Durch meine eigenen Erfahrungen im Arbeitsumfeld Klinik und in der Zusammenarbeit mit den befragten Berufsgruppen konnte eventuell schneller eine offene Interview-Atmosphäre hergestellt werden, als dies ohne die vorliegenden Erfahrungen der Fall gewesen sein könnte. Dies könnte daran liegen, dass zum einen ein gewisser gemeinsamer Erfahrungshorizont durch die berufliche Tätigkeit vorlag, d.h. der Verfasserin dieser Arbeit das Arbeitsumfeld Rettungsstelle und die Versorgung gewaltbetroffener, mitunter schwerverletzter, Patient*innen bekannt ist.

Zum anderen bestehen gemeinsame Interaktions- und Kommunikationsmuster aus dem Berufs- und Klinikkontext mit den befragten Personen bestanden. So teilten Untersucherin und Untersuchte beispielsweise ein bestimmtes Fachvokabular und identifizieren sich zumindest teilweise mit dem medizinischen Tätigkeitsfeld. Dadurch konnten eventuell Barrieren im Zugang und in der Bereitschaft zu offenem Antworten abgebaut werden.

Auf der anderen Seite könnten die eigenen Vorerfahrungen dazu geführt haben, dass bestimmte Sinnzusammenhänge als gegeben vorausgesetzt wurden und an einigen Stellen auf vertiefendes Nachfragen verzichtet wurde. Ebenfalls könnte die Anwesenheit der Verfasserin bei zwei Sitzungen des Gewaltschutzteams der Klinik einen Einfluss auf die Interaktion während der Interviews und die Interpretation des Interviewmaterials gehabt haben, der nicht eindeutig explizierbar ist.

5.5 Konkretes Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Interviews wurden nach den Terminwünschen der Interviewpartner*innen vereinbart und in den jeweiligen Büros der Teilnehmenden oder anderen freien Räumen in der Klinik durchgeführt. Vor Beginn des eigentlichen Interviews erfolgte eine erneute kurze Vorstellung der Studie und der Untersucherin. Ziel war es so eine möglichst vertrauensvolle und entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Anschließend erfolgte die in Kapitel 5.1. beschriebene Aufklärung der Interviewpartner*innen zu Ethik und Datenschutz und die Unterzeichnung der Einverständniserklärung. Anschließend erfolgte das eigentliche Interview, das per Diktiergerät aufgezeichnet wurde. Dadurch dass die Untersucherin den Interviewleitfaden selbst konzipiert hat, war es nur selten nötig, während des Interviews Fragen abzulesen. Stattdessen konnte die Untersucherin ihre Aufmerksamkeit weitgehend auf Gesprächsinhalte sowie nonverbale Kommunikation der Befragten richten.

Im Anschluss an das Interview wurde gemeinsam mit den Befragten der Kurzbogen ausgefüllt. Dieses wurde bewusst im Anschluss an das Interview durchgeführt, um zu vermeiden, dass Untersucher*in und Interviewpartner*innen vor Beginn des eigentlichen Interviews in ein Frage-Antwort-Schema der Gesprächsführung verfallen. Eine Incentivierung oder Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Studie wurde nicht angeboten.

Das Interviewprotokoll wurde von der Interviewerin jeweils unmittelbar nach Beendigung des Interviews ausgefüllt, um die Eindrücke zur Gesprächssituation möglichst rasch und authentisch aufzeichnen zu können.

Die durchgeführten Expert*inneninterviews wurden anschließend zur weiteren Bearbeitung transkribiert. Die gewählte Analysemethode erfordert die Transkription des Interviewmaterials. Die Transkription stellt dabei den ersten Schritt in der Auswertung des gewonnenen Datenmaterials dar, indem sie die produzierten Daten für die anschließende Analyse in Schriftform verfügbar macht (Langer 2013, S. 515).

Für die Transkription von Interviewprotokollen gibt es bislang keine einheitlich akzeptierten Regeln. Der Grad der Ausdifferenzierung der Transkription richtet sich dabei nach dem Erkenntnisinteresse (Gläser und Laudel 2010). Da in der vorliegenden Arbeit primär inhaltliche, nicht aber sprachliche Aspekte untersucht wurden, wurde gemäß den vorab festgelegten Transkriptionsregeln in Standardorthografie transkribiert und auf die Verschriftlichung paraverbalen und nonverbalen Äußerungen verzichtet, sofern diese die Bedeutung von Äußerungen der Befragten nicht veränderten.

6 Analyseverfahren und Auswertung

6.1 Charakterisierung der qualitativen Inhaltsanalyse

Als Analyseverfahren wurde in der vorliegenden Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse genutzt. Diese hat die systematische Bearbeitung von Kommunikationsmaterial zum Ziel (Flick et al. 2017, S. 468). Dabei werden Kategorien an das Material herangetragen und die Kategorien immer wieder am Material überprüft. Dies ist insbesondere dann erforderlich, wenn die Kategorien nicht unmittelbar aus dem Material heraus entwickelt wurden.

Die Anwendung des Kategoriensystems kann prinzipiell induktiv oder deduktiv erfolgen. Bei einem deduktiven Vorgehen bildet ein vorab durch die Forschenden unter Einbezug der theoretischen Fundierung festgelegtes Grundraster die Grundlage der Kategorien. Hierdurch kann jedoch der Fokus der Analyse zu sehr eingeeengt und so der Blick auf potenziell wichtige, aber nicht a priori bekannte, Elemente verstellt werden. Im Gegensatz dazu steht das induktive Vorgehen, wobei Kategorien theoriegeleitet aus dem gewonnenen Interviewmaterial gebildet werden. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit die beiden Vorgehensweisen zu kombinieren. Dabei werden bei der Materialauswertung vorab formulierte Kategorien nach dem deduktiven Ansatz durch induktiv gewonnene Kategorien ergänzt (Mayring 2017, S. 471–474). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde diese Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung angewendet, indem zunächst deduktiv nach den Kernkonstrukten der Normalization Process Theory kodiert wurde. Diese Kategorien wurden dann durch induktiv aus dem Material selbst gewonnene Kategorien ergänzt.

Die qualitative Inhaltsanalyse lässt sich dabei in mehrere Schritte einteilen (Mayring 2015, S. 54–65). Am Anfang steht stets die *Festlegung des Materials*. Im Fall der geplanten Arbeit sind dies die neun transkribierten Interviews. Anschließend erfolgt die *Analyse der Entstehungssituation*. Dies beinhaltet beispielsweise Art und Weise des Zustandekommens des Materials und beteiligte Personen, wie sie in Kapitel 4 und 5 dieser Arbeit beschrieben sind. *Formale Charakteristika des Materials* werden in einem weiteren Schritt untersucht. Hierzu zählen unter anderem die Art der Aufzeichnung (beispielsweise Protokoll oder Tonaufzeichnung) und der Einfluss der Transkription auf das Material.

Anschließend erfolgt die *Festlegung der Richtung der Analyse*. In der geplanten Arbeit sollen dabei Aussagen über den Gegenstand (die Implementierung des Interventionsprojektes) getroffen werden und nicht etwa über dem emotionalen Zustand der Interviewten, wie dies beispielsweise bei psychologischen Inhaltsanalysen der Fall wäre. Es schließt sich die *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung* an. Die Fragestellung der Analyse muss vorab geklärt sein und an den Stand der Forschung anknüpfen. Dabei ist meist eine Differenzierung in Unterfragestellungen erforderlich, wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wurde (siehe Einleitung).

Der nächste Schritt besteht in der *Festlegung der Analysetechnik*. In der vorliegenden Arbeit wurden die zusammenfassende und die strukturierende Inhaltsanalyse angewendet. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Material paraphrasiert und weniger relevante oder redundante Aussagen gestrichen. Ähnliche Paraphrasen werden gebündelt und zusammengefasst. Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse werden formale Strukturen oder Typen im Material gesucht und anhand von Ankerbeispielen verdeutlicht.

Anschließend erfolgt die *Festlegung und Definition von Kategorien und Kategoriensystem* (siehe Kapitel 6.2). Des Weiteren findet zum einen die *Definition der Analyseeinheiten* statt. Hier wird festgelegt welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf (=Kodiereinheit) und welches der größte Materialteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf (=Kontexteinheit). Die Analyseeinheit legt fest, welche Textteile in welcher Reihenfolge ausgewertet werden. Im Fall der vorliegenden Arbeit wurden die Interviews anhand der chronologischen Reihenfolge ihrer Erhebung ausgewertet. Dabei stellt das Experteninterview jeweils die Auswertungseinheit dar. Die Kontexteinheit besteht in der vorliegenden Arbeit in vollständigen Antworten der Expert*innen auf einzelne Fragen. Als Kodiereinheit wurden in dieser Arbeit einzelne Worte festgelegt.

Anschließend erfolgt die *Analyse gemäß Kategoriensystem*. Dabei erfolgt die Überprüfung des Kategoriensystems am Material. Bei Veränderungen muss ein erneuter Materialdurchlauf mit dem geänderten Kategoriensystem erfolgen. Als letzter Schritt im Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt schließlich die *Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation* in Richtung der Fragestellung.

6.2 Entwicklung des Kategoriensystems und Vorgehen bei der Auswertung

In der vorliegenden Arbeit wurde ein kombiniertes Kodier- Vorgehen mit deduktiven und induktiven Komponenten im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse an das Datenmaterial herangetragen. Dabei wurden vorab formulierte deduktive Kategorien der Normalization Process Theory durch induktiv gewonnene Kategorien ergänzt.

Unter Zuhilfenahme der Normalization Process Theory wurde zunächst ein Haupt-Kategoriensystem zur ersten Begutachtung des erhobenen Datenmaterials gebildet. Dazu wurden die vier Kernkonstrukte der Normalization Process Theory als Hauptkategorien verwendet: *Coherence*, *Cognitive Participation*, *Collective Action* und *Reflexive Monitoring*. Die Benennung der Hauptkategorien wurde dabei an den Forschungsgegenstand angepasst, indem teilweise in Klammern Konkretisierungen der Kategorie-Benennung vorgenommen wurden.

Es wurde vorab festgelegt, dass induktiv eine weitere Hauptkategorie gebildet werden sollte, falls sich Teile des Materials nicht in die bestehenden Kategorien einordnen lassen sollten. Dies war jedoch nicht der Fall. Diese vier Hauptkategorien umreißen die zentralen Themen der Interviews, innerhalb derer durch die Expert*innen Problembereiche oder auch Handlungsfelder in der Umsetzung des Interventionskonzeptes genannt wurden.

Nach Zuordnung zu den Hauptkategorien wurden dann aus dem Material heraus in einem iterativen Prozess induktive Subkategorien gebildet. Diese sind teilweise an den Komponenten der Normalization Process Theory orientiert, entstanden jedoch primär aus induktiven, direkt am Material orientierten Überlegungen (Kodierleitfaden siehe Anhang). Anschließend wurde das entwickelte Kategoriensystem zunächst in einer Probekodierung am Interviewmaterial ausdifferenziert, weiterentwickelt und rücküberprüft. Im Rahmen einer Revision des Kategoriensystems nach dem vierten Interview wurde festgestellt, dass das Kategoriensystem dem Ziel der Analyse nahekommt und die Selektionskriterien und das Abstraktionsniveau sinnvoll erschienen. Da sich hier keine Veränderungen mehr ergaben, wurde mit dem Durchgehen des Materials fortgefahren, wobei neue Subkategorien weiterhin hinzukommen konnten (Mayring 2015, S. 87). Dabei wurden relevante Textpassagen paraphrasiert und Ankerbeispiele für die einzelnen Kategorien identifiziert.

Die Hauptkategorie *Coherence* beleuchtet, wie das Interventionskonzept von den Expert*innen wahrgenommen und verstanden wird. Dazu gehören zum einen ihre Vorstellungen von Zielen und Aufgaben im Rahmen des Interventionskonzeptes (A1 und A2). Weiter fielen unter diese Haupt- Kategorie Aussagen, die den (wahrgenommenen) Unterschied zum bisherigen Vorgehen in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen verdeutlichten (A4). Aussagen der Interviewpartner*innen dazu, ob sie das Konzept als sinnvoll und wichtig erachteten und warum wurden in der Sub-Kategorie A3 *Wert und Relevanz des Interventionskonzeptes* erfasst.

In der Hauptkategorie *Cognitive Participation* wird in der Normalization Process Theory betrachtet, ob und wie die Teilnehmenden zusammenarbeiten, um eine Neuerung voranzubringen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde diese Hauptkategorie insbesondere angewendet, um die Arbeit in der Gewaltschutzgruppe näher zu beleuchten. Dazu wurde betrachtet, wie die Teilnehmenden zur Teilnahme an der Gewaltschutzgruppe gekommen waren (*B1 Teilnahmegrund und Motivation*). In der Sub-Kategorie *Legitimation* wurden Aussagen betrachtet, die verdeutlichen, ob die Teilnehmenden ihre Teilnahme in der Gewaltschutzgruppe als gerechtfertigt ansehen, welche spezielle Expertise sie aus ihrer Sicht einbringen und wie sie die Involvierung anderer Abteilungen oder Personen in Hinblick auf diese Aspekte bewerten. In der Sub-Kategorie *Partizipation* wurden Aussagen zusammengefasst, die darlegen, wie die Teilnehmenden den zeitliche Aufwand zur Arbeit in der Gewaltschutzgruppe für sich und andere Mitglieder bewerten, ob sie die zeitliche Freistellung und Unterstützung durch Vorgesetzte als ausreichend erleben und inwiefern die Arbeit in der Gewaltschutzgruppe mit ihren anderen Verpflichtungen zu vereinbaren ist. Es wurden insbesondere Einflussfaktoren betrachtet, die im Zusammenhang mit den zeitlichen Möglichkeiten der Teilnehmenden stehen, an den Sitzungen des Gewaltschutzteams teilzunehmen und die ihnen übertragenen Aufgaben zu erledigen. Weiter fallen unter diese Kategorie Aussagen über die Zusammensetzung des Gewaltschutzteams und die zeitliche Strukturierung der Treffen des Gewaltschutzteams. In der Sub-Kategorie *Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam* wurden Aussagen kodiert, die darstellen, wie die Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung innerhalb der Gewaltschutzgruppe und mit Kooperationspartnern aussehen und wie die Befragten die Kommunikation und Kooperation in der Gewaltschutzgruppe bewerteten.

In der Hauptkategorie *Collective Action* wird die Umsetzung des Interventionskonzeptes in den klinischen Alltag betrachtet. In der Unterkategorie C1 wurden Aussagen zu (fehlenden oder vorhandenen) Fähigkeiten und Kenntnissen der Mitarbeiter*innen und den geplanten Inhalten der Mitarbeiter*innenschulungen zusammengefasst. In der Sub-Kategorie C2 wurden Aussagen darüber, wie das Interventionskonzept in bestehende Abläufe und Routinen integriert werden kann und bei welchen Aspekten Probleme auftraten oder erwartet wurden kodiert. In Kategorie C3 fielen Aussagen darüber, ob und inwieweit die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, Fachabteilungen und externen Akteuren durch die Implementierung beeinflusst wurde, während in Kategorie C4 Aussagen über das Gesundheits- und Abrechnungssystem in Deutschland insgesamt aufgenommen wurden, die die Befragten als relevant im Zusammenhang mit der Implementierung des Interventionskonzeptes ansahen. Insbesondere Kategorie C4 bildete damit auch die Ansichten der Befragten zu Einflussfaktoren auf der Makro-Ebene des Gesundheitswesens ab, deren Konsequenzen sie in ihrer eigenen Arbeitsumgebung und in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen wahrnahmen. Diese Faktoren spielen in der Normalization Process Theory eine eher untergeordnete Rolle. Für den hier untersuchten Gegenstand sind sie jedoch aus Sicht der Expert*innen hochrelevant für die Versorgungssituation. Da diese Systemfaktoren insbesondere in Hinblick auf Versorgungsstrukturen in der Klinik und Abrechnungsproblematiken angewandt wurden, wurden sie der Hauptkategorie *Collective Action* zugeordnet. Hier werden in der NPT insbesondere auch ressourcenbezogene

Einflussfaktoren erfasst. Eine weitere Möglichkeit hätte darin bestanden, für diese Systemfaktoren eine eigenständige Hauptkategorie zu bilden. Dies erschien jedoch nicht nötig bzw. gerechtfertigt, da die Interviewten konkrete Aussagen zu Systemfaktoren fast ausschließlich auf die direkte Patientenversorgung bezogen und diese so unter der Hauptkategorie *Collective Action* subsummiert werden konnten.

In der Hauptkategorie *Reflexive Monitoring* wird betrachtet, wie die Befragten die Implementierungsarbeit und das Interventionskonzept insgesamt bewerteten. Dazu gehörten Aussagen darüber, ob und welche Aspekte des Konzepts ihrer Ansicht nach modifiziert werden müssten und wie sie das Interventionskonzept und die Implementierungsarbeit in der Klinik bewerteten (Subkategorien D1 und D2), wie sie den Erfolg der Implementierung definieren und ggf. erfassen würden (D3) und ob und welches Feedback sie zur Implementierungsarbeit oder zum Interventionskonzept bislang erhalten hatten (D4). In der Kategorie D5 wurden schließlich die von den Befragten identifizierten weiteren Handlungsbedarfe bzw. Versorgungslücken in Bezug auf die Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen kodiert.

Tabelle 1 Übersicht der Kategorien, eigene Darstellung

A Coherence (Verständnis und Zielsetzung)	B Cognitive Participation (Arbeit des Gewaltschutzteams)	C Collective Action (Umsetzung des Interventionskonzeptes)	Reflexive Monitoring (Bewertung und Evaluation)
A1 Zielverständnis:	B1 Teilnahmegrund/ Motivation:	C1: Fähigkeiten und Kenntnisse zur Umsetzung?	D1: Bewertung/ Evaluation der Implementierungsarbeit
A2 Aufgaben:	B2: Legitimation:	C2: Integration des Interventionskonzeptes in die Praxis	D2 Bewertung des Interventionskonzeptes
A3 Wert und Relevanz des Interventionskonzeptes	B3 Partizipation im Gewaltschutzteam:	C3 Einfluss des Interventionskonzeptes auf Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, Fachabteilungen, externen Akteuren	D3 Erfolgskontrolle
A4 Unterschied zur Vorpraxis:	B4 Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam	C 4 Systemfaktoren	D4 Feedback
			D5 weitere Bedarfe

7 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die zentralen Ergebnisse der Studie anhand der in der qualitativen Inhaltsanalyse gebildeten Haupt- und Subkategorien dargestellt werden. Aufgrund der hohen Interdependenz werden Subkategorien dabei teilweise gemeinsam dargestellt.

7.1 Coherence (Verständnis und Zielsetzung)

7.1.1 Ziele

Als Ziele des Interventionskonzeptes nannten die Befragten zum einen eine allgemeine, nicht näher definierte, Verbesserung der Versorgung für Betroffene und die vermehrte Auseinandersetzung mit der Thematik durch das Fachpersonal.

„Und dass man hinguckt und nicht wegguckt“ (D736B4P, Z.93)

„, dass Betroffene sich einfach gut betreut fühlen.“ (R483S7D, Z. 716)

Die Schaffung eines verbindlichen Angebots für gewaltbetroffene Patient*innen und ihre Kinder wurde als ein Hauptziel des Interventionskonzeptes genannt. Besonders betont wurde dabei, dass die Versorgung nicht länger vom Engagement und Wissen einiger weniger Mitarbeiter*innen abhängig sein solle, sondern alle Gesundheitsfachkräfte in der Lage sein sollen, Betroffene adäquat und qualitativ hochwertig zu versorgen:

„Jede Patientin, jeder Patient soll, egal zu welcher Tages- und Nachtzeit, eine gleichgute Versorgung von Gewalterleben erfahren.“ (W128A5M, Z. 69-71)

Da in der Klinik bereits eine Kinderschutzambulanz vorhanden ist, wurde die Etablierung einer abteilungs- und generationenübergreifenden Gewaltschutzambulanz, gegebenenfalls auch mit der Möglichkeit, dieses Konzept auf andere Klinikstandorte auszuweiten, von mehreren Expert*innen als Ziel definiert, das einen Beitrag zur Umsetzung der Istanbulkonvention leisten könne. Alle Befragten gaben eine verbesserte Identifizierung von Betroffenen als ein Ziel des Interventionskonzeptes an. Durch die Sensibilisierung aller Mitarbeiter*innen zur Thematik sollen gewaltbetroffene Personen aller Altersgruppen als solche erkannt werden. Die Detektion von Fällen soll dabei auch als Erfolgsindikator (vgl. 7.4.) dienen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Umsetzung der einzelnen Interventionsschritte im klinischen Alltag als Ziel des Interventionskonzeptes beschrieben:

„Und die wichtigsten Ziele sind natürlich, dass die Patienten nach diesem ganz einfachen Interventionsschema... Dieses Ansprechen, ordentlich untersuchen, ordentlich befragen, ordentlich dokumentieren und dann Schutzbedürfnis abklären, dass das etabliert wird.“ (L279R1B, Z. 58-62).

Insbesondere die Notwendigkeit einer adäquaten Dokumentation und des Vorliegens verbindlicher Standards wurde dabei von nahezu allen Interviewpartner*innen betont. Während eine Abteilung bereits seit Jahren nach bestimmten Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen arbeitete, war die Standardisierung der Abläufe innerhalb und zwischen den Abteilungen für andere Abteilungen eines der Hauptziele des neuen

Interventionskonzeptes. Diese Etablierung verbindlicher, allen Mitarbeiter*innen zugänglicher und verbindlicher Standards stellt, gemäß der in Kapitel 2.7 erläuterten Projektkonzeption, eine zentrale Säule des Interventionskonzeptes dar. Die verbindliche Durchführung einer gerichtsfesten Dokumentation stellt ebenfalls ein Ziel des Interventionskonzeptes dar und wurde auch von vielen Befragten als solches benannt. Gleichzeitig zeigte sich, dass hier mitunter die größten Schwierigkeiten in der Umsetzung erwartet wurden (siehe 7.3). Ebenso wurde die Weitergabe von Informationen an Betroffene bezüglich des Hilfesystems für gewaltbetroffene Menschen durch die Mitarbeiter*innen als Ziel des Konzeptes definiert.

Damit verbunden wurde auch eine Erhöhung der Handlungssicherheit der Mitarbeiter*innen in der Klinik als relevantes Ziel des Interventionskonzeptes benannt. Dazu zählten die Interviewpartner*innen, dass alle Mitarbeiter*innen in der Klinik über ausreichendes Wissen zum Thema häusliche Gewalt und Unterstützungssystem verfügen und in der Lage sein sollen, die einzelnen Interventionsschritte umzusetzen.

Insgesamt war die Definition von Zielen des Interventionskonzeptes zwischen den Befragten relativ kongruent. Einer interviewten Person waren zentrale Ziele und Aufgaben des Interventionskonzeptes jedoch nicht klar. Ein*e andere*r Befragte*r gab an, dass es zum Teil divergierende Auffassungen über Ziele des Konzeptes und Strategien zur Zielerreichung gebe.

„Hauptproblem ist auch immer, wollen alle das Gleiche? Also ich sage mal, haben alle kapiert, wo wir eigentlich hinwollen, ja? Dann, das ist ja wichtig, dass jeder sozusagen dieselbe Strategie verfolgt. Das ist auch nicht immer gegeben.“ (L279R1B, Z. 182-185).

7.1.2 Aufgaben

Alle Befragten nannten die Schulung von Mitarbeiter*innen als zentrale Aufgabe im Rahmen des Interventionskonzeptes. Durch die Schulungen sollen die Mitarbeiter*innen in den einzelnen Abteilungen zur Thematik häuslicher und sexualisierter Gewalt sensibilisiert werden. Sie sollen befähigt werden, auch weniger offensichtliche Fälle häuslicher und sexualisierter Gewalt als solche zu erkennen und Betroffene adäquat zu beraten und zu versorgen (vgl. 2.7.).

„Ich finde immer Hauptaufgabe ist, glaube ich, Sensibilisierung aller Mitarbeiter, da genauer hinzuschauen, genauer hinzuhören. Und ja dann auch natürlich kompetenter beraten zu können“. (O692G2M, Z. 81-83).

Zentral ist, dass diese Schulungen nicht nur für einzelne engagierte Mitarbeiter*innen angeboten werden, sondern für alle Mitarbeiter*innen in relevanten Abteilungen vorgesehen sind, wie in Kapitel 2.7 dargestellt. Einige Befragte sahen diese zentrale Aufgabe zur Zielerreichung des Konzeptes als schwer realisierbar an:

„Es hat immer was mit Sensibilisierung zu tun. Und da sehe ich schon Probleme.“ (S815X3L, Z. 84-85)

Dies begründeten sie damit, dass einige Mitarbeiter*innen keinen Zugang zum tabuisierten Thema häusliche Gewalt finden (wollen), und den Betroffenen gegenüber Vorurteile hätten.

„Und ich glaube, entweder ist man da so sensibel für, oder man ist es halt eben nicht. Oder manch einem ist es ja auch vielleicht egal und sagt sich: Naja, muss ja jeder für sich entscheiden, was er halt eben macht. Und da wir er schon auf einen zukommen. Also sozusagen gar nicht erst die Hand reichen.“ (K541R6F, Z. 403-407).

Entsprechend der Zielsetzung des Konzeptes wurde weiterhin die Erarbeitung einer SOP zur Versorgung von Betroffenen als zentrale Aufgabe definiert. Dazu gehört auch die Kommunikation dieser Standards in der gesamten Klinik, sowie die Adaption und Bekanntmachung dieser Standards für einzelne Abteilungen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lag diese SOP im PC-System der Klinik vor und konnte von allen Mitarbeiter*innen eingesehen werden. Das Vorhandensein einer SOP wurde dabei auch als Selbstverpflichtung der Klinik verstanden:

„Es muss eine SOP geben. Das Thema muss ins Qualitätshandbuch mit aufgenommen werden. Weil dann auch klar ist, es wird auch dadurch berichtspflichtig. Das heißt, die Menschen wissen, sie müssen es umsetzen. Es ist nicht nur eine Frage: Habe ich jetzt Zeit und Lust? Sondern es ist eine Grundlage des Hauses.“ (R483S7D, Z. 230-235).

Zur Erreichung der genannten Ziele wurde auch wiederholt die Wichtigkeit des Einbezuges aller relevanten Fachabteilungen in das Gewaltschutzteam und die Versorgung der Betroffenen betont. Auch der Einbezug der Klinikleitung und Geschäftsführung in das Thema wurde als relevant betrachtet, um das Projekt zum Erfolg führen zu können. Als eine weitere Aufgabe des Gewaltschutzteams nannte ein*e Teilnehmer*in die Überprüfung der Umsetzung des Konzeptes in den jeweiligen Fachabteilungen:

„...dass als klinikinterne Kompetenzgruppe sozusagen die Gewaltschutzgruppe etabliert bleibt und diese Entwicklung weiter verfolgen kann. Beziehungsweise es ist ja wichtig, dass wir darauf achten, dass das was man gerne hätte [lacht], dass das im Alltag auch gelebt wird. Und dazu braucht man jemanden, der da interdisziplinär ein Auge drauf hat.“ (L279R1B, Z. 65-72).

7.1.3 Wert und Relevanz des Interventionskonzeptes

Alle Befragten gaben an, das Interventionskonzept für sinnvoll und bereichernd zu halten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass ausschließlich Personen interviewt wurden, die an der Umsetzung des Konzeptes beteiligt sind. Als Gründe für die Sinnhaftigkeit des Konzeptes wurden insbesondere die hohe Prävalenz häuslicher und sexualisierter Gewalt und die teilweise gravierenden Folgen für Betroffene, wie sie in Kapitel 2.4 dieser Arbeit dargestellt wurden, genannt. Ebenfalls betonten die Befragten die Relevanz des Gesundheitsbereiches in der Versorgung Betroffener und die Wichtigkeit der Integration des Themas in den Arbeitsalltag.

Weiter wurde das Konzept auch deshalb als wichtig betrachtet, weil Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen, wie in Kapitel 2.5 und 2.6 dargestellt, kaum oder gar nicht auf die Auseinandersetzung mit der Thematik häuslicher und sexualisierter Gewalt vorbereitet werden und sich so im klinischen Alltag mit Betroffenen teilweise überfordert fühlen:

„Aber so im Studium oder im Klinikalltag sonst ist es jetzt nicht wirklich, dass man da in die Richtung vorbereitet wird. Also auch als junger Mediziner ist man dann, oder auch als Pflegekraft denke ich, ist man dann manchmal erst mal... kennt man so vielleicht aus den Medien, aber so jetzt mal vor eigenen Augen so etwas zu sehen ist schon auch...vielleicht...“ (T357M83, Z. 332-338).

Mehrere Teilnehmer*innen betrachteten das Interventionskonzept auch als Vorteil für die Klinik. Zum einen gehöre das „Hinschauen“ beim Thema Gewalt zur Gesellschaft und einer adäquaten Gesundheitsversorgung dazu, wie eine Teilnehmerin betonte. Dadurch könnten mehr Betroffene erreicht und in ihrer Bereitschaft, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen bestärkt werden. Zum anderen stelle das Vorhandensein eines Interventionskonzeptes zum Thema häusliche und sexualisierte Gewalt auch ein Alleinstellungsmerkmal für die Klinik dar und könne zu einer verbesserten Reputation beitragen, wie andere Expert*innen verdeutlichten:

„So. Und wenn man das entsprechend nach vorne transportiert, dass es das zum Beispiel so auch noch gar nicht gibt, beschämenderweise in Deutschland, da finde ich, ist das ein Ziel, worauf sich eine Krankenhausleitung- Geschäftsführung auch einlassen kann.“ (W128A5M, Z. 251-524).

Ein*e Expert*in war der Meinung, dass die potenzielle Relevanz des Interventionskonzeptes und mögliche Implikationen für die Zukunft noch nicht allen Teammitgliedern in gleichem Maße präsent sei.

„Wie hoch das steht und welches Potenzial das hat, dass es eine interdisziplinäre Gewaltschutzgruppe, eine generationenübergreifende Gewaltschutzgruppe mit der Kinderschutzambulanz, mit der neu etablierten Geriatrie hier werden kann und wie viel Arbeit da noch reinzustecken ist, das ist glaube ich nicht jedem bewusst. Und das finde ich ein bisschen schade.“ (L279R1B, Z. 186-193).

7.1.4 Unterschiede zum bisherigen Vorgehen

Bis zum Beginn der Implementierung des Interventionskonzeptes lag in der Klinik kein verbindliches Versorgungsangebot für Betroffene vor. Mehrere Expert*innen betonten, dass die Versorgungsqualität bislang vor allem von Engagement und Fachwissen einzelner Mitarbeiter*innen abhängig war und keine feste Verankerung in den Klinikstrukturen und Prozessen gegeben war:

„[...] kommt es immer sehr darauf an, deswegen ist ja auch dieses Projekt ins Leben gerufen worden, wer am Patienten dran ist, ja. Wie engagiert... es ist also vom Engagement Einzelner abhängig gewesen.“ (L279R1B, Z. 24-27).

Die Handlungssicherheit bei Mitarbeiter*innen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt war aus Sicht der Expert*innen bislang nicht ausreichend gegeben und führte zu Gefühlen von Überforderung oder Hilflosigkeit bei den Behandelnden:

„Und dafür gab es aber nie einen Standard und keine Strukturen. Und dieses Unstrukturierte, das macht auch ein Gefühl der Hilflosigkeit im Helferdasein. Das hatte mich immer so ein bisschen gestört in der Vergangenheit.“ (S815X3L, Z. 50-53).

Die mangelnde Handlungssicherheit wurde im Umgang mit Betroffenen Patient*innen als belastend erlebt und beeinträchtigte nach Aussage der Expert*innen sowohl die Versorgungsqualität als auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen. Fälle von häuslicher und sexualisierter Gewalt wurden somit laut den Expert*innen in der Vergangenheit nicht immer zuverlässig als solche erkannt und dokumentiert.

„Und dann kann es halt sein, dass Patienten, die Wunden einfach nur dokumentiert werden. Auch nicht mal gerichtsfest dokumentiert, sondern ganz normal, ja. Als wäre es eben ein Treppensturz gewesen, und die Patienten nach Hause geschickt werden.“ (L279R1B, Z. 29-32)

Auch die Frage danach, ob Kinder mit im Haushalt leben wurde in der Vergangenheit nicht standardisiert gestellt, sodass davon auszugehen ist, dass auch hier ein signifikanter Anteil der Fälle nicht detektiert wurde, wie die Expert*innen verdeutlichten:

„Weil sonst wurde die Frage nach „leben Kinder mit im Haushalt?“ ja bei Patienten, die häusliche Gewalt erfahren, nie gestellt. Oder, ja, vielleicht gestellt, wenn jemand auf die Idee kam, aber nicht standardisiert gestellt.“ (L279R1B, Z. 304-308)

Mitarbeiter*innen waren zum Teil nicht ausreichend über das Hilfesystem für Betroffene informiert und konnten dadurch keine ausreichende Beratung und Weitervermittlung anbieten, wie die Expert*innen berichteten. Weiter erschwert wurde die Situation durch einen Mangel an geeignetem Informationsmaterial für Betroffene und Mitarbeiter*innen:

„Und gleichzeitig hast du das Problem, wirklich Hilfeleistung zu stellen, wenn du nichts in der Hand hast. Wenn du nicht sagen kannst: Guck mal, da liegt jetzt Broschüre XY, das können wir ihr schon mal mitgeben. Sie will jetzt keine Anzeige erstatten oder irgendwas, aber man gibt was mit nach Hause.“ (S815X3L, Z. 86-88)

Die als mangelhaft bewerteten Aspekte im bisherigen Vorgehen werden durch das Interventionskonzept adressiert. Die befragten Expert*innen erhofften sich dadurch erweiterte Handlungssicherheit und eine qualitativ verbesserte Versorgung der Betroffenen:

„Also ich denke, wenn die Kollegen sensibilisiert sind und wir einen solchen Fall dann da haben, dann kann man da ganz anders agieren. [...] wenn ich jetzt einen ansprechbaren, einwilligungsfähigen Patienten habe, dann weiß ich genau, was ich ihm anbieten kann, was gemacht wird und im Notfall auch, was an Fotodokumentation gemacht werden muss.“ (T357M8S, Z. 177-184)

7.2 Cognitive Participation (Arbeit des Gewaltschutzteams)

7.2.1 Motivation und Legitimation

Alle Mitglieder des Gewaltschutzteams wurden entweder durch die Projektleitung angefragt oder von ihren Vorgesetzten zugeteilt. Die Expert*innen gaben als Motivation unter anderem an, das Vorhaben wichtig und sinnvoll zu finden und die Versorgungssituation gewaltbetroffener Patient*innen verbessern zu wollen (Vgl. 6.1.). Weiter wurden die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam und die Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner S.I.G.N.A.L. als motivierende Faktoren angeführt.

„Das habe ich mir gar nicht groß ausgesucht. Das wurde: Du machst das jetzt... Also [lacht] ich wurde zugeteilt. Also ich mache das natürlich auch gerne. Ich mag die Zusammenarbeit mit SIGNAL auch sehr. Und, ja bin schon interessiert...Bin eben auch sehr interessiert an den Patienten, dass die eben auch gut versorgt sind hier bei uns auf Station und versuche mich da immer ein Bisschen zu kümmern.“ (O692G2M, Z. 50-57)

Generell wurde mehrfach berichtet, dass alle Mitglieder des Gewaltschutzteams prinzipiell Motivation und Bereitschaft zeigten, das Projekt voranzutreiben. Alle Befragten betrachteten die Beteiligung ihrer Person und ihrer Abteilung im Gewaltschutzteam als gerechtfertigt. Mehrere Expert*innen betonten, dass die Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten Fachabteilungen eine notwendige Voraussetzung darstelle, um das Interventionskonzept umsetzen zu können. Insbesondere wurde wiederholt die Wichtigkeit der Involvierung der chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen im Hinblick auf bestimmte Verletzungsmuster betont. Dagegen war nicht für alle Befragten klar, welche Rolle die psychosomatische Abteilung im Gesamtkonzept einnimmt.

„Ja, das variiert schon glaube ich, das Engagement. [...] Die Kollegen aus der Psychosomatik, ja, die waren bislang, glaube ich, nicht groß involviert, ja. Oder wir haben die bislang auch nicht involviert [...] Auf der anderen Seite frage ich mich, was können die denn tun? [...] Das ist mir noch nicht so ganz klar, zum Beispiel, welche Aufgaben die haben sollen.“ (692G2M, Z. 321-335).

Individuelle Faktoren, die die Beteiligung der eigenen Person im Gewaltschutzteam aus Sicht der Befragten legitimierten waren zum einen langjährige Berufserfahrungen und zum anderen Erfahrungen im Themenfeld häusliche Gewalt oder in ähnlichen Themenbereichen. Ein weiterer Grund, der die Teilnahme am Projekt aus Sicht der Beteiligten begründete, war die Notwendigkeit von Ansprechpartner*innen generell.

„Und wenn das keiner, sich da gar keiner angesprochen fühlt, dann wird das auch nicht umgesetzt. Und dann gehen halt noch mehr Fälle im Dunkeln verloren und dann...“ (T357M8S, Z. 80-82).

7.2.2 Partizipation im Gewaltschutzteam

Ein Problem stellte in der Vergangenheit die mangelnde Kontinuität in der Zusammensetzung der Gewaltschutzgruppe dar. Teilweise waren ganze Abteilungen, namentlich wurde hier insbesondere der Sozialdienst genannt, wegen mangelnder personeller Ressourcen über einen längeren Zeitraum nicht an der Arbeit des Gewaltschutzteams beteiligt, wie einige Expert*innen berichteten. Hinzukamen abteilungsübergreifende Schwankungen und Umstrukturierungen im Personalbestand:

„Natürlich durch Kündigungen und so weiter gibt es immer mal wieder eine Fluktuation. So dass man leider auch innerhalb der Gruppe, was ja eigentlich das Expertenteam sein soll, auch immer mal wieder von neuem anfangen muss.“ (L279R1B, Z. 113-116)

In der Vergangenheit kam es zudem zu langen Pausen von bis zu einem Jahr zwischen den einzelnen Sitzungen des Gewaltschutzteams. Dadurch stagnierte das Vorantreiben des Projektes laut der Expert*innen insgesamt und der Stand der Umsetzung und anstehende Aufgaben waren den Teammitgliedern bei der nächsten Sitzung nicht mehr präsent:

„Ich glaube, was nicht gut lief ist, dass zwischenzeitlich sehr lange Abstände waren. Dass wir, dass ich, schon gar nicht mehr wusste, an welchem Punkt sind wir eigentlich. Was läuft denn jetzt? Was müssen wir jetzt machen? Muss ich noch etwas machen? Und man lässt das so ein Bisschen schweifen.“ (O692G2M, Z. 291-295)

Die Teilnahme an den Sitzungen der Gewaltschutzgruppe wurde von der Mehrzahl der Befragten als schwierig empfunden, da sie in Konflikt mit anderen Verpflichtungen stand. Somit waren bei den Sitzungen des Gewaltschutzteams in der Regel nicht alle Teammitglieder zugegen. Dies erschwerte die organisatorische und inhaltliche Arbeit aus Sicht der Expert*innen erheblich.

„Schön wäre ja schon allein, wenn wir uns beim Treffen alle an einen Tisch setzten würden das wäre ja schon ziemlich toll. Also das sind so Geschichten, wo ich schon sage, Schade eigentlich, ja.“ (K541R6F, Z. 530-533)

Insbesondere für die chirurgischen Assistenzärzt*innen interferierten die Sitzungstermine mit anderen Aufgaben und konnten daher oft nicht wahrgenommen werden

„Dann ist es schwer, dann da teilzunehmen. Oder während der Arbeitszeit ist es auch schwer, dass wenn man da im OP eingeteilt ist [...] Das ist so ein bisschen die Schwierigkeit.“ (T357M8S, Z. 142-146)

Die mangelnde Möglichkeit zur Teilnahme wurde dabei von Vertreter*innen anderer Fachabteilungen teilweise als mangelndes Engagement der chirurgischen Abteilung als Ganzes interpretiert (S815X3L, Z. 214-233)

Alle Mitglieder des Gewaltschutzteams betrachten die zeitliche Freistellung für die Arbeit im Gewaltschutzteam als unzureichend. Ursprünglich im Projektplan vorgesehen war eine zeitliche Freistellung der Teammitglieder von 5 Stunden pro Woche in der Aufbau-Phase des Projektes. Prinzipiell besteht jedoch die Möglichkeit, die für das Gewaltschutzteam geleisteten Arbeitsstunden über einen Zeiterfassungsbogen abzurechnen, wie Mitarbeiter*innen in leitenden Funktionen berichteten. Alle Mitglieder des Gewaltschutzteams gaben an, dass sie den Großteil der für das Projekt zu leistenden Arbeit in ihrer Freizeit erbringen und die Arbeit im Gewaltschutzteam somit, trotz Motivation und Engagement für das Thema häusliche Gewalt, eine zusätzliche Belastung darstelle. Insbesondere das Erstellen von Dokumenten und die Konzeptionierung von Inhalten und Materialien werde vorwiegend in der Freizeit geleistet oder zwischen anderen Arbeitsinhalten eingeschoben, wodurch die Projektimplementierung aus Sicht der Expert*innen verzögert werde:

„Weil ich mache das halt nebenbei. So. Also, da wird mir wenig Zeit eingeräumt vom Arbeitgeber [...]. Und das ist dann wirklich so, dass ich das nebenbei machen muss. Und das ist schwierig. Das ist eine Schwierigkeit einfach. Dass man dafür eigentlich gar keine Zeit hat. Auch mal eine Fortbildung selber vorzubereiten. Das muss ich alles zu Hause machen.“ (S815X3L, Z. 282-288).

„Und alle das Thema ganz wichtig finden. Aber sobald es darum geht, extra Zeit zur Verfügung zu stellen, Extra-Stunden, da hört es einfach auf. Also wir sollen das machen, bitte, aber.... Als neue Aufgabe. On Top. Und nicht extra.“ (C649K3X, Z. 169-173)

Insbesondere die Unterstützung durch die jeweiligen Vorgesetzten in den einzelnen Abteilungen habe dabei maßgeblichen Einfluss auf die Möglichkeiten zur Partizipation der einzelnen Teammitglieder. Die Unterstützung durch Vorgesetzte variiert dabei stark zwischen den einzelnen Abteilungen, wie die Befragten berichteten.

„Da muss man auch immer sehen, was so freigegeben wird von den Abteilungen. Weil viele sind sowieso auf Anschlag schon mit ihren ganzen Projekten. Haben keine weiteren Valenzen und möchten sich auch gar nicht in etwas anderes einarbeiten.“ (L279R1B, Z. 109-113).

7.2.3 Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam

Einen zentraler Erfolgsfaktor im Vorantreiben des Projekts stellt das Engagement der Projektleitung dar. Ihre Arbeit wurde von ausnahmslos allen Befragten als sehr positiv und als entscheidend für Fortschritte im Projektzyklus bewertet. Generell gaben die Befragten überwiegend an, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam als bereichernd wahrzunehmen und von einem kollegialen Fachaustausch im Rahmen des Gewaltschutzteams zu profitieren.

„Und was ich auch gut fand, ist halt wirklich diese kurzen Wege. Dass man aus den anderen Abteilungen, doch ein paar Kollegen ein Bisschen näher kennengelernt hat und jetzt mal da

auch wenn es um die Betreuung von anderen Patienten geht, natürlich kürzere Dienstwege gibt als vorher. Das finde ich auch gut.“ (O692G2M, Z. 309-313).

Einige gaben aber auch an, dass die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen teilweise nicht ausreichend gegeben sei. Als Gründe für Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den Fachabteilungen wurden hauptsächlich zeitliche Faktoren genannt. Einige Teilnehmer*innen bewerteten auch den Zeitrahmen der einzelnen Treffen von etwa einer Stunde als zu kurz, um einen effektiven Fachaustausch erzielen zu können:

„Und ich denke eben, dass es schwierig ist, mit einem einstündigen Treffen da alle Fragen und Themen zu bedienen. Sodass die Menschen, die jetzt vielleicht auch noch nicht von Anfang an dabei sind also wirklich wissen, worum geht es eigentlich?“ (R483S7D, Z. 469-473).

Ein weiterer Punkt, der den Austausch zwischen den Fachabteilungen aus Sicht der Befragten beeinflusste war, dass wenig gegenseitiger Austausch über die Arbeitsweise in den jeweils anderen Abteilungen besteht.

„Das hat einfach etwas damit zu tun, dass wir miteinander wenig hospitieren, dass wir die anderen Abteilungen wenig kennen. Deswegen müssen wir auch die Schnittstellen verbessern.“ (L279R1B, Z. 210-212).

Ein formalisiertes Berichtswesen zum Umsetzungsstand in den jeweiligen Abteilungen existiert bislang nicht. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden Fortschritte und Schwierigkeiten laut den Expert*innen ausschließlich über die Sitzungen des Gewaltschutzteams kommuniziert und anschließend in etwa halbjährlichen Turnus an die Geschäftsführung übermittelt. Dies hat zur Folge, dass bei Nichtanwesenheit einzelner Mitglieder bei den Treffen der Gewaltschutzgruppe Informationsverluste für die Gruppe entstehen können. Umgekehrt erhalten Mitglieder, die bei der Sitzung des Gewaltschutzteams nicht dabei sein können, über das per E-Mail verschickte Protokoll verlässlich alle relevanten Informationen, wie die Expert*innen berichteten. Teilweise bestehen laut der Expert*innen Verständigungsschwierigkeiten bezüglich Strategien zur Zielerreichung (Vgl. 7.1) und Unklarheit darüber, wer welche Aufgaben übernehmen sollte. So war zum Zeitpunkt der Datenerhebung beispielsweise nicht allen Befragten klar, wer die Konzeption der Fortbildungen für einzelne Abteilungen durchführen sollte. Während einige Befragte dies klar als ihre Aufgabe definierten, erwarteten andere, dass ihnen von der Projektleitung eine Vorlage dafür zur Verfügung gestellt würde. Prinzipiell handelte es sich dabei jedoch eher um Verständigungsschwierigkeiten, die in den Sitzungen des Gewaltschutzteams (vorausgesetzt diese finden regelmäßig statt) ausgeräumt werden könnten, wie die Befragten berichteten.

7.3 Collective Action (Umsetzung des Interventionskonzeptes)

7.3.1 Fähigkeiten und Kenntnisse

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit war das Interventionskonzept generell und das Vorhandensein eines Gewaltschutzteams in der Klinik noch nicht (offiziell) bekannt. Mitarbeiter*innen, die nicht an der Arbeit im Gewaltschutzteam beteiligt sind, wurden also bislang auch nicht über dessen Arbeitsauftrag informiert.

„Das heißt, es wissen ja noch gar nicht alle, dass es uns gibt“ (L279R1B, Z. 441-442).

Ein*e Interviewpartner*in ging auch davon aus, dass das Interventionskonzept und die Arbeit des Gewaltschutzteams in der Klinik auch in Zukunft nicht allen Mitarbeiter*innen bekannt gemacht werden könne:

„Und das wird auch schwer. Und ich glaube, man wird es nie flächendeckend hinbekommen. (C649K3X, Z. 286-2).

Im Hinblick auf die Durchführung der Mitarbeiter*innenqualifizierungen im Rahmen des Interventionskonzeptes muss festgestellt werden, dass die Klinik weit hinter dem ursprünglichen Zeitplan liegt, obschon die Realisierung dieser internen Fortbildungen von allen Befragten als zentrale Komponente des Interventionskonzeptes identifiziert wurde.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren in keiner Abteilung Mitarbeiter*innenschulungen durchgeführt worden. Weiter sind bislang weder Inhalte der Schulungen noch der vorgesehene Zeitrahmen pro Schulung in allen Abteilungen verbindlich festgelegt. Zudem berichteten einige Mitglieder des Gewaltschutzteams, noch Wissenslücken zu zentralen Elementen des Interventionskonzeptes zu haben und sich daher in der Rolle der Mediator*in nicht ausreichend sicher zu fühlen:

„Also dieses wirkliche was passiert, wenn ich jetzt einen Patienten habe. Rufe ich dann bei S.I.G.N.A.L. an? Wo schicke ich den hin? Da wäre ich gerne noch mal anders informiert. Da weiß ich halt nicht genau, ob ich mir das alles selber aneignen muss, oder ob [...] Aber der konkrete Handlungsablauf ist mir tatsächlich doch noch nicht so geläufig.“ (D736B4P, Z. 333-343).

„Weil wir eben auch noch nicht intern ein letztendlich ausgearbeitetes Schema, haben, das fortbildungsfähig ist. Also ich habe das noch nicht. Das würde ich dann in meiner Abteilung vorstellen. Aber auch nur wenn ich auch super vorbereitet bin und eben weiß, was genau für Schritte gemacht werden.“ (T357M8S, Z. 291-296).

Einer weiteren interviewten Person war offenbar nicht bewusst, dass Mitarbeiter*innen in allen beteiligten Abteilungen geschult werden sollen und nicht etwa ausschließlich Mitarbeiter*innen im Gewaltschutzteam (C649K3X, 312-322). Die Auffassungen darüber, welcher zeitliche Rahmen für die Schulungen anzusetzen ist und inwiefern Schulungen im Rahmend der ärztlichen Frühbesprechungen durchführbar sind, variierten dabei deutlich.

Einigkeit bestand darin, dass die Befragten einmalige Mitarbeiter*innenschulungen nicht für sinnvoll hielten, sondern wiederholte Fortbildungen empfahlen:

„Ich glaube, man muss viele Schulungen machen. Immer wieder. Ja, also, es wird nicht damit getan sein, alle Mitarbeiter einmal kurz zu schulen. Sondern es wird im Rahmen des klinischen Alltags eben auch nicht zeitlich... wie sich die Frau [...], das jetzt irgendwie vorstellt, mit einer Stunde Schulung. Also wir haben nicht die Zeit hier unsere Mitarbeiter eine Stunde zu schulen, ja. Das muss ein bisschen schneller gehen.“ (O692G2M, Z. 118-125).

„Ansonsten muss man da dann regelmäßig vielleicht alle Jahre, oder alle halben Jahre, die Kollegen dann immer wieder sensibilisieren, erinnern, was wann gemacht wird.“ (T357M8S, Z. 190-192).

Generell wurde der Schulungsbedarf vom einigen Expert*innen vorwiegend in den jeweils anderen Abteilungen gesehen und den Kolleg*innen in anderen Abteilungen eine geringere Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Thematik unterstellt.

„F: Haben Sie den Eindruck, dass da bei anderen vielleicht auch das Bewusstsein nicht so gegeben ist, in anderen Fachabteilungen? A: Den Eindruck habe ich. Ob es de facto so ist, da müsste man die Chirurgen fragen, zum Beispiel [lacht]. Aber ich habe da so... Den Eindruck habe ich.“ (O692G2M, Z. 192-197)

Auch die Bereitschaft der zu schulenden Mitarbeiter*innen in der eigenen Abteilung, sich mit dem Themenfeld häuslicher Gewalt zu beschäftigen, wurde häufig als gering eingestuft. Die Expert*innen berichteten hier von Vorbehalten seitens der Mitarbeiter*innen, die mit dem in Kapitel 2.5 dargestellten individuellen Barrieren kongruent waren. Beispielsweise berichtete eine Expert*in, es falle Mitarbeiter*innen schwer zu akzeptieren, wenn gewaltbetroffene Personen sich nicht aus der Partnerschaft lösen können.

Große Lücken in den Kenntnissen der Mitarbeiter*innen bestanden aus Sicht der befragten Expert*innen insbesondere in einer mangelhaften Einarbeitung in den Dokumentationsbogen und die detaillierte Verfahrensweise bei der Fotodokumentation.

„Und die Kenntnis über diesen Dokumentationsbogen ist halt noch nicht da. [...] Aber wie er das macht, hat ihm keiner gezeigt.“ (S815X3L, Z. 354-358)

Die befragten Expert*innen gaben auch an, dass sie externe Schulungen für die Mitarbeiter*innen ihrer Abteilungen für sinnvoll hielten.

„Ich finde auch externe Schulungen, also mit externen Leuten für die Mitarbeiter finde ich auch immer gut. Weil das auch immer so einen Motivationsschub gibt, glaube ich.“ (O692G2M, Z. 650-655)

Insbesondere die SIGNAL-Schulungen, die die interviewten Personen selbst erhielten, trugen aus ihrer Sicht zu einer gestiegenen Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik und insbesondere auch in der Durchführung der Dokumentation bei. Besonders stark würden Mitarbeiter*innen aus Sicht der Befragten von weiterführenden Informationen über das Unterstützungssystem für Betroffene profitieren, beispielsweise indem sich einzelne Akteur*innen aus dem Hilfesystem vorstellen. Gleichzeitig betonten die Expert*innen aber auch, dass sie derartige Schulungen von extern aus Ressourcengründen nicht für realisierbar halten. Ein*e Expert*in gab zudem an, dass sie*er eine Hospitation in der Gewaltschutzambulanz der Charité als bereichernd empfinden würde. Ein*e andre*r Expert*in gab an, hausinterne Schulungen zu traumasensibler Gesprächsführung mit Betroffenen als sinnvoll anzusehen, da aus Sicht dieser Person hier häufig Schwierigkeiten und Hemmungen bestünden.

Im Hinblick auf das Vorhandensein und die Zugänglichkeit von Informationsmaterial, sowohl für Betroffene als auch für Mitarbeiter*innen wurden im Verlauf des Projektes deutliche Fortschritte gemacht. Insbesondere die Reduktion vorhandener Informationsmaterialien auf ein handhabbares Spektrum verschiedener Dokumente und deren Anpassung an die Erfordernisse der Klinik wird von einigen Befragten als Verbesserung betrachtet. Dazu wurden Dokumente adaptiert und an zentralen Stellen Boxen mit relevanten Informationsmaterialien für Mitarbeiter*innen aufgestellt, deren Standorte allen Mitarbeiter*innen bekannt sein sollten.

„Das lief eigentlich gut. Also ich finde, wir haben das relativ gut hingekriegt, dass jeder von dem Team weiß, wo gibt es was. Also, wo kriege ich meine Infos her.“ (S815X3L, Z. 324- 326)

7.3.2 Integration

Grundsätzlich einig waren sich die befragten Expert*innen darin, dass die Umsetzung des Interventionskonzeptes einen vertretbaren Mehraufwand erfordert. Prinzipiell hielten alle Befragten das Konzept für integrierbar in den Klinikkontext und die Arbeitsabläufe in ihrer jeweiligen Abteilung.

„Also wenn die Menschen wirklich wissen, wie geht das, wenn sie geübt und routiniert sind, ja, dass das dann in den Ablauf zu etablieren oder zu integrieren ist ohne so viel mehr Zeitaufwand.“ (R483S7D, Z. 692-695)

„Aber es ist ja auch immer die Frage des Wollens und der Prioritäten. Und wenn wir das entsprechend wichtig halten, dann werden wir dafür auch die Zeit finden.“ (W128A5M, Z. 231-233)

Die Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen wurde von den Befragten als relativ zeitaufwändig beschrieben. In einigen Abteilungen bestanden Bedenken, ob sie den Anforderungen auch bei möglicherweise steigenden Patient*innenzahlen noch gerecht werden können. Als Grund für diese Skepsis wurden mangelnde personelle Ressourcen, insbesondere in den Nachtstunden, genannt.

Als Hauptproblem in der Umsetzung des Interventionskonzeptes wurde die Durchführung und Sicherstellung einer adäquaten Dokumentation identifiziert:

„Die größte Hürde ist diese gerichtsfeste Dokumentation, weil das alle... Also das Interventionsgespräch ist nicht das Problem. Eine Abklärung von Schutzbedarf auch nicht. Auch nicht die Schnittstelle zur Kinderschutzambulanz. Die größte Hürde wird sein die gerichtsfeste Dokumentation.“ (L279R1B, Z. 479-483)

Zum einen werde die Notwendigkeit einer adäquaten Dokumentation von den Mitarbeiter*innen im klinischen Alltag oft nicht rechtzeitig mitbedacht:

„Und das ist natürlich immer eben vielleicht auch so ein Reflex, dass man die Verletzungen sofort versorgt, ohne sie zu dokumentieren. Am Ende ist eben die Platzwunde an der Hand oder an der Stirn, wie auch immer, versorgt und erst dann kommt eigentlich raus, was war. Das wäre dann halt gut, wenn man dann halt vorher dran denkt. Vorher Fotos macht.“ (O692G2M, Z. 182-188)

Insbesondere der (vermeintlich) höhere Zeitaufwand, der mit der Verwendung des Dokumentationsbogens einhergeht, wurde von Expert*innen als potenziell abschreckend für andere Kollegen angesehen. Die Expert*innen waren jedoch auch der Meinung, dass sich der Zeitaufwand für die Bearbeitung des Bogens mit zunehmender Übung reduzieren werde. Dies erfordere aber auch, dass Mediziner*innen ausführlich zur Arbeit mit dem Dokumentationsbogen geschult sind. Insbesondere müsse redundante Dokumentation abgeschafft oder zumindest limitiert werden, wie mehrere Befragte klarstellten. Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit der Dokumentation ergab sich laut den Expert*innen aus teilweise umständlichen und zeitaufwändigen organisatorisch- strukturellen Abläufen in der Durchführung der (Foto-)Dokumentation. So sei die diese momentan mit vielen Wegen verbunden und der Transfer ins Computersystem sei umständlich und zeitraubend.

Die Möglichkeiten zur räumlichen Trennung gewaltbetroffener Patient*innen von ihren Angehörigen und anderen Patient*innen in der Rettungsstelle werden von den Expert*innen sehr unterschiedlich bewertet. Im Allgemeinen werde zumindest versucht, gewaltbetroffene Patient*innen getrennt von Begleitpersonen und anderen Patient*innen zu versorgen, was jedoch bei hohem Patient*innenaufkommen in der Rettungsstelle nicht immer möglich sei. Ebenfalls nicht immer vermeidbar seien längere Wartezeiten für Betroffene. Auch wenn medizinisches Personal um die Situation der Betroffenen weiß, und versucht, dies bei der Triage zu berücksichtigen, sind die Verletzungen und Beschwerden der Patient*innen meist nicht vital bedrohlich, sodass bei durchschnittlicher Auslastung der Rettungsstelle zumindest von Wartezeiten mittlerer Dauer ausgegangen werden muss. Insgesamt erwarteten die Expert*innen, dass Schutzaufnahmen in Zukunft häufiger vorkommen werden und zum Bestandteil ihrer Arbeitsroutine werden. Ebenso gingen die Expert*innen davon aus, dass sich viele Adaptionspotenziale und Besonderheiten hinsichtlich der Implementierung des Interventionskonzeptes in konkrete Arbeitsstrukturen im Verlauf der täglichen Anwendung zeigen werden:

„Ja, der muss sich entwickeln, das ist einfach so. Man hat zwar so seine Red Flags und das ist alles super und wir wissen, wer der Ansprechpartner ist und wir wissen, wir müssen es dokumentieren. Aber gewisse Dinge, glaube ich so, die werden sich jetzt entwickeln und dann werden die sich etablieren.“ (KR541R6F, Z. 430-434)

7.3.3 Zusammenarbeit in der Versorgung

Insgesamt beschrieben die Expert*innen die Zusammenarbeit in der Patientenversorgung als gut. Die Absprache zwischen den Fachabteilungen in der Versorgung einzelner Patient*innen und die Zusammenarbeit im Rahmen von Konsilen wurden insgesamt als ausreichend erlebt. Die Arbeit im Gewaltschutzteam beförderte laut einer* einem Expert*in auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in anderen Kontexten:

„Und was ich auch gut fand, ist halt wirklich diese kurzen Wege. Dass man aus den anderen Abteilungen, doch ein paar Kollegen ein bisschen näher kennengelernt hat und jetzt mal da auch wenn es um die Betreuung von anderen Patienten geht, natürlich kürzere Dienstwege gibt als vorher. Das finde ich auch gut.“ (O692G2M, Z. 309-313)

In Hinblick auf die Schnittstelle zur Kinderschutzambulanz wurde Verbesserungspotenzial gesehen.

„Bei häuslicher Gewalt wo Erwachsene hier vorstellig werden und Kinder mit im Haushalt sind, da sind wir gerade dabei das aufzubauen und daran zu arbeiten. Da sind wir immer eigentlich noch zu wenig im Austausch. Es gibt ein paar Fälle, die gut gelaufen sind, wo dann der Sozialdienst angefordert wurde. Dann haben die das gesehen und konnten mit in den Fall reingehen. Aber ich glaube, ganz oft geht es auch in der Erwachsenen-Rettungsstelle unter.“ (C649K3X, Z. 29-35).

Grundsätzlich erschwert wird die Implementierung des Projektes aus Sicht einiger Expert*innen durch mangelnde personelle Kontinuität im ärztlichen Bereich. Durch die Rotationen der Mediziner*innen in den Abteilungen, seien sie häufig nicht in die Teamstrukturen eingebunden und eine Sensibilisierung zur Thematik sei erschwert:

„Und die Ärzte, die halt die Chirurgen, die in der Rettungsstelle arbeiten, die ja auch auf der Station. Die arbeiten auch im OP. Das heißt, die sind gar nicht fester Teambestandteil. Sodass die Sensibilisierung und das Interesse dafür gar nicht geweckt werden kann.“ (S815X3L, 223-226)

„Und dann eben, sage ich mal, gerade weil wir ja einen hohen Durchsatz an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben, vor allem im ärztlichen Bereich. Weil viele, wir sind hier eine Ausbildungsstätte... Die Pflege ist sehr homogen und stabil. Und über die läuft das letztendlich auch, weil die einfach als Konstante da sind.“ (W128A5M, Z. 36-42)

Die Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden und Mediziner*innen sei prinzipiell so festgelegt, dass die Pflegenden die Ärzt*innen an die Durchführung der Interventionsschritte und die Notwendigkeit der Dokumentation erinnern sollen. Die Durchführung des Interventionsgespräches, der Untersuchung und Dokumentation seien aber als ärztliche Aufgaben festgelegt.

Da die Mediziner*innen die Patient*innen ohnehin untersuchen und ein Anamnesegespräch führen müssen, lässt sich so aus Sicht der Expert*innen ein unnötig häufiges Nacherzählen der Gewaltsituation für die Betroffenen vermeiden. Falls erforderlich kann von dieser Aufgabenverteilung aber im Einzelfall auch abgewichen werden:

„Man kann das auch situationsabhängig klären. Wenn das jetzt sozusagen ein junger Arzt ist nachts, hat auch was mit kulturellen Hintergründen zu tun und so. Dass der dann sagt: „okay, ich nehme die Verletzungen auf, aber dieses Interventionsgespräch, kannst du das bitte führen?“ zu der vielleicht sehr erfahrenen Nachtschwester, die vielleicht sogar noch Teil der Gewaltschutzgruppe ist. Dann ist das okay. Also ich würde das gar nicht so von vornherein noch weiter festlegen wollen. Ich finde das eigentlich so gut, dass sozusagen die Pflege darauf achtet, dass die Intervention stattfindet, aber die Ärzte die Intervention durchführen. Ja.“ (L279R1B, Z. 348-358)

Andere Befragte sahen auch die Möglichkeit, mehr Aspekte der Intervention, beispielsweise auch in Bezug auf die Dokumentation an Pflegende zu delegieren: *„Wir denken auch, dass das eine Absprache sein kann. Dass da nicht alles eine ärztliche Tätigkeit sein muss. Sondern, dass da auch Pflege zum Beispiel jetzt Fotos machen kann.“ (R483S7D, Z. 690-692)*

Ein*e Expert*in äußerte den Wunsch nach einer zusätzlichen Stelle in der Rettungsstelle, deren ausschließliche Aufgabe die Betreuung gewaltbetroffener Patient*innen wäre.

„Wenn ich mir wünschen würde, wie es optimal läuft, dann würde ich mir wünschen, dass es in der Rettungsstelle bereits jemanden gibt, das muss gar kein Arzt sein, das kann einfach eine geschulte Person sein, die die Patienten primär berät. Und wo das eher so abläuft, wie in der Kinderschutz-Ambulanz. Dass man jemanden hat, der die Patienten berät. Der vielleicht auch die Anamnese schon mal macht, der diesen Bogen schon mal...Auch die Möglichkeiten, mit Polizei oder nicht, und die Polizei vielleicht auch schon einschaltet, wenn derjenige das wünscht. Und dass man als Arzt dann wirklich nur noch die Spurensicherung macht und die [...] Untersuchung.“ (O692G2M, Z. 430-439)

Hier stellt sich allerdings zum einen die Frage, inwieweit die Anstellung einer solchen Person ökonomisch sinnvoll wäre und zum anderen, ob eine solche „Auslagerung“ von zentralen Interventionsschritten an eine spezielle Person nicht im Widerspruch zum Interventionskonzept stünde. Schließlich besteht ein Ziel des Interventionskonzeptes darin, dass medizinisches Personal selbst verlässlich die Interventionsschritte durchführt. Zwar soll das Gewaltschutzteam Mitarbeiter*innen bei Schwierigkeiten zur Verfügung stehen, die Interventionsschritte sollen aber von allen Mitarbeiter*innen verlässlich absolviert werden, wie andere Expert*innen betonten:

„Aber es sollte dann nicht nur sein: Okay, das ist jetzt das Team, was zuständig ist, wenn ein Fall auftritt. Sondern es muss ein hausweites Wissen da sein, dass wenn so ein Fall ist, dann ist jeder Kollege dafür im Grunde ein Ansprechpartner.“ (T357M8S, Z. 346-349).

Hier scheint es zurzeit noch, zumindest vereinzelt, Missverständnisse über die Aufgaben des Gewaltschutzteams zu geben. Ein*e Expertin berichtete beispielsweise auch, dass ihre Kolleg*innen in der Abteilung versuchten, die Betreuung gewaltbetroffener Patient*innen grundsätzlich an sie* ihn zu delegieren.

Die Zusammenarbeit mit externen Akteur*innen wurde von den Expert*innen im Allgemeinen als sinnvoll und hilfreich betrachtet. Schwierigkeiten wurden allerdings insbesondere in der Erreichbarkeit der verfügbaren Beratungseinrichtungen und weiterführenden Versorgungsstrukturen gesehen. Dazu gehören insbesondere auch die Öffnungszeiten der Berliner Gewaltschutzambulanz, die nicht am Bedarf der Zielgruppe orientiert seien, wie mehrere Expert*innen festhielten:

„Genau. Also ich...letztlich, die Gewaltschutzambulanz hat nicht dann offen, wenn man sie braucht.“ (O692G2M, Z. 499-500)

Ähnlich schwierig stellt sich die Erreichbarkeit von Frauenhäusern in den Nachtstunden und am Wochenende aus Sicht der Expert*innen dar.

„Wie ist es gerade im Nachtdienst? Das ist ja auch ein Problem: nachts Frauenhausbesetzung. Kann man vergessen. Da kann man sich die Hände wund telefonieren“ (S815X3L, Z. 254-256).

7.3.4 Systemfaktoren

Generell erfordert das Interventionskonzept zur Umsetzung vergleichsweise geringe materielle Ressourcen. Die Arbeit des Gewaltschutzteams und die Umsetzung des Konzeptes erfordern aber einen zeitlichen und personellen Aufwand. Dieser lässt sich jedoch im Rahmen des DRG-Systems nicht finanziell abbilden, wie mehrere Expert*innen erläuterten.

„Also es ist ja, wenn man es jetzt mal ganz rational und nüchtern betrachtet, ist ja ein Gespräch mit einer Patientin, die Gewalterfahrung hat, die vielleicht sogar sexualisierte Gewalt erfahren hat, inklusive Diagnostik, Dokumentation, Anschließen von hilfreichen Maßnahmen, ungleich aufwändiger-Entschuldigung- als eine Wiederbelebung [.....] Und die Kosten, die dafür entstehen, die sind, das kann man nicht berechnen. Es bleibt halt diffus. Im Gegensatz zu einer Reanimation, die ist sehr konkret.“ (W128A5M, Z. 324-344)

„Und das ist etwas, wo wir immer wieder rückgemeldet kriegen, dafür gibt es einfach keine Kapazitäten. Und wir sehen auch, dass es ein Problem ist. Das braucht schon Zeit. Und bisher gibt es da einfach keine SOP und keine abrechnungsfähige Ziffer. Das heißt, wenn das jetzt eben statt nur zehn Minuten eine Stunde dauert, dann bildet sich das nicht in einer finanziellen Abrechnungsmöglichkeit ab.“ (R483S7D, Z. 286-291).

Allgemein nahmen die Expert*innen sehr häufig auf die angespannte Personalsituation im Gesundheitswesen Bezug. Alle Expert*innen betrachteten diese als den relevanten Einflussfaktor auf die Projektimplementierung und die Versorgungssituation gewaltbetroffener Patient*innen. Der Zeitmangel beeinträchtigt dabei nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern stelle auch einen erheblichen Stressfaktor für das Personal dar, der mitunter zu Wissenskonflikten führe und die Mitarbeiter*innen belaste:

„Das ist... ich finde das ganz traurig, ich finde das ganz schlimm muss ich ganz ehrlich sagen, aber wenn die, der Himmel auf den Boden fällt und du weißt nicht, was du zuerst machen sollst, fällt das leider hinten runter irgendwo. Und ich finde das ganz schlimm eigentlich“ (K541R6F Z. 122-126)

Weiter berichteten die Expert*innen, dass die Bereitschaft der Mitarbeiter*innen, sich mit Neuerungen auseinanderzusetzen durch die systemischen Rahmenbedingungen beeinträchtigt werde und Mitarbeiter*innen durch die Implementierung von Neuerungen generell einen Mehraufwand befürchten würden.

„Ja. Die Reaktion ist immer: Noch was Neues. Wir haben eh schon so wenig Zeit.“ (S815X3L, Z. 508-509)

Die Expert*innen sahen ein grundsätzlich gesteigertes politisches und soziales Bewusstsein für die Problematik häuslicher und sexualisierter Gewalt. In den letzten Jahren sei dem Thema deutlich mehr gesellschaftliche und politische Bedeutung beigemessen worden, wodurch aus Sicht einer befragten Person das Mindset insgesamt ein anderes geworden sei. Dadurch sei auch im medizinischen Bereich vermehrt ein Bewusstsein für die Problematik entstanden. Dies biete Grund zu der Annahme, dass sich die Finanzierungssituation für Projekte im Anti-Gewalt-Bereich und die Abrechnungsmöglichkeiten der Versorgung im Rahmen des DRG-Systems im Laufe der Zeit verbessern werde:

„Nein, das ist alles eine Frage der Ressourcen. Und ich glaube, je mehr wir da hingucken und je mehr auch, sage ich mal, aus politischer Sicht darauf Wert gelegt wird, desto eher werden diese Ressourcen dann auch da sein.“ (W128A5M Z.468-471).

„Und eigentlich haben wir, wenn man mal ehrlich ist, in Deutschland haben wir, wie in Bezug auf Gewalt, wie auch in Bezug auf alle anderen, es ist genug Geld im System. Es ist nur fehlallokiert. Und ich glaube, die Gewichtung ist auch noch mal wichtig. Und da müssen eben die Politiker zusammen mit uns Helfenden zusammen in die gleiche Richtung gehen. Und das tun sie ja eigentlich. Und das braucht halt anscheinend noch seine Zeit. (W128A5M Z.351-357).“

7.4 Reflexive Monitoring (Bewertung und Evaluation)

7.4.1 Bewertung des Interventionskonzeptes

Das Interventionskonzept wurde von allen Befragten positiv bewertet. Keine der interviewten Personen sah Änderungsbedarfe am Konzept als solchem. Generell wurde das Interventionskonzept von allen Befragten als sinnvoll und umsetzbar eingeschätzt. Einzelne Personen waren aber skeptisch, ob das Konzept auch tatsächlich so umgesetzt werden könne, wie es in der Projektskizze beschlossen wurde:

„Also am Projekt selber finde ich nichts verkehrt. Nur wie man es dann wirklich auch vereinbart.“ (D736B4P, Z. 522-523)

Die Befragten gingen davon aus, dass das Interventionskonzept, auch wenn es zunächst mit mehr Aufwand verbunden ist, den Mitarbeitenden auf lange Sicht helfen werde:

„Aber wir werden dadurch aber auch sicherer in dem was wir tun. [...]. Mir hat es das Leben erleichtert. Und genauso wird es auch meinen Kollegen hundertprozentig gehen. Hundert pro.“ (S815X3L, Z. 486-493).

Grundsätzlich betrachteten die Befragten das Interventionskonzept mehr als Rahmenwerk denn als verbindliche Vorgabe. Insofern wurden und werden Adaptionen anhand der klinischen Erfahrungen mit dem Konzept vorgenommen.

„Also die Idee ist super. Es ist extrem wichtig, da mehr einen Blick drauf zu haben, einen Fokus zu haben. Und für mich ist, ich sehe eigentlich ein Konzept immer als einen Rahmen, der aber nicht irre fest ist, sondern den man auch mal in eine Richtung verschieben kann.“ (C649K3X, Z. 324-327)

Eine interviewte Person gab zu bedenken, dass die Erwartungshaltung externer Akteur*innen bei der Erstellung von Leitlinien häufig die im klinischen Alltag realisierbaren Möglichkeiten übersteige:

„Also manchmal wird da auch zu viel erwartet. Da sind ja auch zwei Seiten. Das eine ist sozusagen die theoretische Seite, wie es auch Sinn macht, wie es wissenschaftlich fundiert ist. Das andere ist sozusagen: nachts um drei. Und der Assistenzarzt ist alleine. Und da wird manchmal zu viel erwartet.“ (L279R1B, Z. 505-509).

7.4.2 Bewertung der Implementierungsarbeit

Während das Interventionskonzept von allen Befragten positiv bewertet wurde, stellte sich die Bewertung der Implementierungsarbeit in der Klinik sehr heterogen dar. Die Einschätzungen zur allgemeinen Bewertung der Implementierungsarbeit reichten von sehr negativer Bewertung und wenig Wahrnehmung von Fortschritten im Implementierungsprozess zu sehr positiven Bewertungen mit einer starken Fokussierung auf erzielte Fortschritte:

„Ich merke ja selber, dass ich das noch sehr, sehr kritisch sehe. Ich sehe halt irgendwie so viele Punkte, wo ich denke da ist noch eine Baustelle, da ist noch eine Baustelle und schauen wir mal.“ (K541R6F, Z. 485-487)

„Ich finde, es läuft recht schleppend [...] Aber wir stehen noch so am Anfang, und das ist einfach noch nicht fest verankert. Das muss man schon so sagen. Sondern das ist irgendetwas, was es mal geben soll. Aber es schwebt einfach immer so ein bisschen im Raum.“ (C649K3X, Z. 112; 280-282)

„Ansonsten finde ich, peu a peu nimmt das Gestalt an. Und es wird sicher noch ein bisschen Zeit brauchen.“ (T357M8S, 147-148)

„Also, da sind wir schon deutlich weiter, als wir es vor einem Jahr waren. Und ich glaube, dass wir da auf einem richtig guten Weg sind. Und dass es besser wird auf jeden Fall als vorher.“ (O692G2M, Z. 612-613; 733-735)

Ein zentraler Faktor, der aus Sicht der Befragten die Implementierungsarbeit nachteilig beeinflusste, war die in Kap 7.2 dargestellte mangelnde Bereitstellung von (zeitlich-personellen) Ressourcen zur Arbeit im Gewaltschutzteam. Deren negative Auswirkungen auf die Implementierungsarbeit wurden bereits in Kapitel 7.2 dargestellt und sollen daher an dieser Stelle nicht nochmals behandelt werden. Ein zentraler Erfolgsfaktor war das in Kapitel 7.2 erwähnte hohe Engagement der Projektleitung. Dies erwies sich als entscheidend für das Vorantreiben des Projektes. Dennoch sei hier aus Sicht einiger Interviewpartner*innen eine stärkere und verlässlichere Übernahme von Verantwortung und Aufgaben durch andere Teammitglieder wünschenswert:

„Ja. Wenn wir das dauerhaft betreiben wollen, dann (lacht) würde ich gerne, dass sich das ändert, dass nicht alles so auf [der Projektleitung] lastet. Dass mehr Aufgaben auch von anderen übernommen werden. Ja. Und verlässlich übernommen werden. Dass es nicht so ist, dass sozusagen zugesichert wird, dass irgendetwas ausgearbeitet wird und dann warte[t] [die Projektleitung] da Monate drauf.“ (L279R1B, Z. 365-370)

Mehrere Befragte gaben an, dass sie sich konkreter definierte Zwischenziele und Teilaufgaben wünschen würden. Diese sollten auch mit verbindlichen Zeitvorgaben versehen sein. So könne die Verbindlichkeit erhöht und die Mitarbeiter*innen nachhaltig motiviert werden:

Und da glaube ich, müssen wir uns strengere Regelungen, also oder strengere Zeitpläne setzen. [...] Oder dass man so mehr Zwischenpunkte, Zwischenziele schafft. Weil so ist das so „Ja, wir müssen alle schulen.“ Das ist so ein großes Ziel. Und ich glaube, man muss es mehr aufteilen in kleine Ziele.“ (O692G2M, Z. 258-260)

Andere Befragte gaben an, dass sie die Termine für die Sitzungen gerne noch früher wissen würden und ihnen feste Zeit-Slots für die Arbeit im Gewaltschutzteam entgegenkommen würden.

„Man muss es sich aber einteilen können. Wenn ich jetzt wüsste, im halben Jahr ... Stunden oder vielleicht weniger und das und das müsste ich machen. [...] Und was ich jetzt überlege, ich habe überhaupt keine Ahnung, ob das überhaupt möglich ist, aber, wenn man das zum Beispiel machen könnte: Eine Woche macht man das wirklich, entwickelt macht und tut. Und dann ist man aber aus dem Klinikbetrieb draußen. (D736B4P, Z. 235-236; 245-248)

7.4.3 Erfolgskontrolle

Eine einheitliche Definition des Projekterfolges lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht vor. Den Erfolg des Projektes machten die meisten Befragten an der Erreichung der unter 7.1 beschriebenen Ziele des Projektes fest und daran, wie gut diese Ziele und Maßnahmen in den klinischen Alltag eingebettet werden können:

„Also Erfolg des Projektes ist letztendlich daran gebunden, wie akzeptiert ist das Ganze und wie verankert im klinischen Alltag.“ (L279R1B, Z. 416-417)

„Und wenn man Abläufe halt verkürzen könnte. Also der Erfolg des Projekts wäre auch, wenn das alles eingespielt ist und schneller geht.“ (O692G2M, Z. 591-592).

Alle Expert*innen erachteten die statistische Erhebung bestimmter Parameter als sinnvoll und bezeichneten die Verkleinerung des Dunkelfeldes als eine wichtige Bezugsgröße zur Einschätzung des Projekterfolges.

Und genauso, wenn man jetzt das statistisch dann auch eben mal auswertet. Was dann am Ende eben da rumkommt, wenn wir uns alle bemühen. Das wäre total toll. Ich glaube, das würde das Team auch wahnsinnig motivieren, ja. (O692G2M, Z. 665-668).

So sahen mehrere Expert*innen die Zählung der detektierten Fälle als sinnvoll an. Ebenfalls statistisch erheben ließe sich die Anzahl der durchgeführten gerichtsfesten Dokumentationen. Darüber hinaus betrachteten einige Expert*innen auch die Handlungssicherheit der Mitarbeiter*innen im Themenfeld häuslicher Gewalt und ihre Zufriedenheit mit dem Interventionskonzept als mögliche Maßstäbe des Projekterfolges. Diese könnten beispielsweise mithilfe einer Mitarbeiterbefragung erhoben werden:

„Man könnte höchstens noch an der Kollegenzufriedenheit, da ein bisschen nachfragen. Wie zufrieden seid ihr denn mit diesem System, was wir jetzt eingeführt haben? Seht ihr das als Hilfestellung oder fühlt ihr euch immer noch ein bisschen in der Luft hängen gelassen?“ (S815X3L, Z 413-416).

Ebenfalls als wünschenswert betrachteten einige Expert*innen die Rückmeldung durch Betroffene beziehungsweise deren Follow-up. Hier waren die Expertinnen jedoch sehr skeptisch, ob und inwieweit sich dies traumasensibel und datenschutzkonform durchführen ließe.

7.4.4 Feedback

Dadurch, dass das Interventionskonzept bislang in der Klinik noch nicht bekannt war und die Mitarbeiter*innen noch nicht geschult waren, hatten die Befragten bisher wenig oder gar kein Feedback zur Arbeit des Gewaltschutzteams erhalten. Das vorhandene Feedback durch Kolleg*innen und Vorgesetzte war ambivalent.

„Ja. Ich glaube, alle werten es positiv. Alle finden es gut.“ (O692G2M, Z. 610)

„Also das Feedback ist unterschiedlich. Viele erachten es als Humbug, das muss man ganz ehrlich so sagen.“ (S815X3L, Z440-441).

Auch die Wahrnehmung zum Feedback durch Patient*innen war sehr unterschiedlich. Einige Expert*innen waren der Meinung, dass sich dieses gar nicht oder nur schwer überhaupt erheben ließe, während ein*e ander*e Expert*in von positiver Rückmeldung durch Patient*innen berichtete:

„Von den Patienten, finde ich, kriegt man auch immer ganz viel positives Feedback. Wenn man sie darauf anspricht. Und dann vermittelt, ich weiß nicht, an B.I.G. oder irgendwie sowas. Also, die sind eigentlich sehr dankbar, die Patienten, habe ich so den Eindruck.“ (O692G2M, Z.622-625)

7.4.5 Weitere Bedarfe

Als weitere Bedarfe und Ausweitungspotenziale des vorliegenden Interventionskonzeptes wurden von den Expert*innen bestimmte potenziell vulnerable Personengruppen oder potenziell problematische Versorgungssituationen identifiziert. Mehrere Expert*innen nahmen hier Bezug auf die Problematik häuslicher Gewalt im Rahmen der Pflege durch Angehörige:

Sehr häufig passiert aber auch häusliche Gewalt zum Beispiel im Rahmen von Pflege. Gegenüber dementen Patienten oder so. Oder demente Patienten wenden Gewalt an gegenüber den Pflegenden. Das sind sehr, sehr schwierige Konflikte, wo man leider keine akute Lösung oftmals finden kann. (W128A5M, Z. 150-154).

Ebenfalls identifiziert wurden intoxikierte Patient*innen und Patient*innen mit Migrationshintergrund und psychisch kranke Patient*innen als Subgruppen von Patient*innen mit besonderen Bedarfen in der Versorgung, die bislang nicht hinreichend adressiert werden könnten. Gerade für diese potenziell besonders vulnerablen Personengruppen wurde von einer interviewten Person auch ein erhöhter Bedarf von Möglichkeiten zur vertraulichen Spurensicherung gesehen.

Mehrere Expert*innen betonten zudem die Notwendigkeit, auch bei männlichen Personen und Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität, sowie in unterschiedlichen Beziehungsformen das Thema häusliche Gewalt mitzudenken:

„Und ein weiteres Ziel ist natürlich auch, den Frauen und Männern, die halt davon betroffen sind...oder auch Schwulen, die ja auch davon betroffen sind, oder Lesben. Das ist ja auch... teilweise hat man ja nicht mehr nur diese Mann-Frau- Beziehung. Häusliche Gewalt betrifft ja alle.“ (S815X3L, Z. 98-101)

„Und auch die Menschen, die sage ich mal, eine ganz andere Sexualität für sich erleben und dann Gewalt erfahren, die sind auch einen Teil mutiger geworden das zu veröffentlichen. Deswegen ist das so vielschichtig.“ (W128A5S, Z.495-499)

8 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Erfahrungen sowie förderliche und hemmende Einflussfaktoren in der Implementierung und Umsetzung des Interventionskonzeptes zu identifizieren und darauf aufbauend mögliche Ansatzpunkte und Optimierungspotenziale aufzuzeigen. Die vorliegende Arbeit trägt damit zum Stand der Forschung bei, explorativ Barrieren und Erfolgsfaktoren eines umfassenden Interventionskonzeptes gegen häusliche und sexualisierte Gewalt in einer deutschen Klinik erhoben zu haben. Gemäß der Zielsetzung der Implementierungsforschung wurde dabei eine hohe Spezifität für den jeweiligen Kontext erreicht. Aus den ermittelten Einflussfaktoren konnten Folgerungen und Handlungsempfehlungen für die Implementierung in der untersuchten Klinik abgeleitet werden. Die Arbeit kann durch ihre Ergebnisse ferner einen Beitrag leisten zur Konzeption weiterer Interventionskonzepte und der Implementierung des vorliegenden Interventionskonzeptes in anderen Kliniken, indem mögliche Schwierigkeiten und relevante Einflussfaktoren aufgezeigt werden.

Wie in Kapitel 2.6 dargestellt liegen in Deutschland bislang keine Studien vor, die Barrieren und Erfolgsfaktoren in der Implementierung von spezifischen Interventionskonzepten zur Versorgung von Patient*innen mit Gewalterfahrungen im Klinikkontext abbilden. Die Forschungsergebnisse aus dem Ausland können dabei aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Settings und der großen Heterogenität der untersuchten Interventionen nur begrenzt auf andere Kontexte übertragen werden.

Teilweise bestätigte die vorliegende Arbeit, die Ergebnisse bisheriger Studien zu Barrieren in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen (2.5). Insbesondere der Einfluss von individuellen Vorurteilen gegenüber Betroffenen und der Angst vor einem etwaigen Mehraufwand in der Versorgung sowie die mangelnde Handlungssicherheit ungeschulter Mitarbeiter*innen wurden auch von den Expert*innen in der vorliegenden Studie als relevante Einflussfaktoren identifiziert, die nicht nur die Versorgung individueller Patient*innen beeinträchtigten, sondern auch die Implementierung eines umfassenderen Konzepts.

Auch die in Kapitel 2.5 und 2.6 dargestellten Barrieren auf institutioneller Ebene, wie beispielsweise die unzureichende zeitliche Freistellung der Mitarbeiter*innen und mangelhafte Möglichkeiten zur finanziellen Abrechnung der für gewaltbetroffene Patient*innen erbrachten Leistungen wurden in der vorliegenden Arbeit von den Expert*innen genannt.

Im Folgenden sollen vor dem Hintergrund der in Kapitel 2.7 dargestellten Konzeptionierung und Zielsetzung des Interventionskonzeptes die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert werden. Dabei soll dem Grundsatz der Implementationsforschung (Kapitel 4.2) folgend eine möglichst große Spezifität für den untersuchten Kontext angestrebt werden, jedoch ausdrücklich nicht die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Settings. Anhand der vier Kernkomponenten der Normalization Process Theory sollen hier Erfolgsfaktoren und Barrieren in der Versorgung diskutiert und entsprechend der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit mögliche Optimierungspotenziale aufgezeigt werden.

Coherence (Verständnis und Zielsetzung)

Zentral für den Erfolg der Implementierung ist, dass alle befragten Personen angaben, das Konzept als sinnvoll und umsetzbar zu erachten. Ebenfalls förderlich ist, dass die von den Befragten identifizierten Mängel in der bisherigen Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen in der Zielsetzung des Interventionskonzeptes adressiert werden. Insgesamt scheint ein gemeinsames Verständnis von Zielen und Aufgabenschritten des Interventionskonzeptes (Kapitel 2.7) vorzuliegen, was sich ebenfalls positiv auf die Implementierung und Verankerung des Interventionskonzeptes auswirken sollte. Dennoch zeigten sich bei einzelnen Befragten deutliche Missverständnisse und/ oder Wissenslücken in diesem Zusammenhang. Hier könnte es sinnvoll sein, die Ziele und Aufgaben der Intervention nochmals allen Teammitgliedern transparent zu machen, um sicherzustellen, dass eine gemeinsame Zielerreichungsstrategie vorliegt. Im Zusammenhang mit Zielen und Aufgaben erscheint auch eine kleinteiligere Differenzierung der einzelnen Ziele und Aufgabenschritte und deren Verknüpfung mit verbindlicheren Zeitvorgaben sinnvoll. Die Befragten waren mehrheitlich der Meinung, dass sich dies positiv auf die Motivation der Teilnehmenden und die verbindliche Erledigung relevanter Aufgaben auswirken könnte. Insgesamt wurde in den Interviews deutlich, dass die meisten Befragten den Fokus noch primär auf Patient*innen legen, die sich mit akuten Verletzungsfolgen in der Rettungsstelle vorstellen und weniger auf Patient*innen mit chronischen Beschwerden als Folge häuslicher Gewalt (Kapitel 2.4). Demzufolge wird meist auch insbesondere die Rettungsstelle als relevante Struktur gedacht und weniger die anderen Abteilungen, in denen gewaltbetroffene Patient*innen wegen anderer Aufnahmediagnosen behandelt werden. Hier sollte mehr sensibilisiert werden, um diese Interventionspotenziale nicht ungenutzt verstreichen zu lassen.

Cognitive Participation (Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam)

Einen prägnanten Erfolgsfaktor stellt in der Arbeit des Gewaltschutzteams das außerordentlich hohe Engagement der Projektleitung dar. Dieses wurde von allen Befragten deutlich hervorgehoben. Auf lange Sicht wäre es dennoch wünschenswert, wenn andere Teammitglieder sich stärker und verlässlicher an der Arbeit im Gewaltschutzteam beteiligen würden. Zum einen um die Projektleitung zu entlasten, zum anderen aber auch, um dem interdisziplinären Ansatz des Interventionskonzepts und dessen Umsetzung in den Abteilungen tatsächlich Rechnung zu tragen und die Etablierung des Konzeptes in allen Abteilungen und Hierarchieebenen zu verankern (Kapitel 2.7). Im Allgemeinen erscheinen alle Mitarbeitenden im Gewaltschutzteam motiviert, das Projekt voranzubringen und von dessen Legitimität überzeugt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gewaltschutzteam und darüber hinaus stellt ebenfalls einen Faktor dar, der die Implementierung des Projektes positiv beeinflusst. Insgesamt ist aber auch festzustellen, dass das Engagement und die Bereitschaft, Mitarbeiter*innen für die Arbeit im Gewaltschutzteam freizustellen zwischen den Abteilungen deutlich differiert.

Eine große Hemmnis für die Arbeit im Gewaltschutzteam stellt die mangelnde zeitliche Freistellung der Mitglieder dar. Alle befragten Teammitglieder gaben an, den Großteil ihrer Arbeit für das Projekt entweder in ihrer Freizeit zu leisten oder aus zeitlichen Gründen nicht leisten zu können. Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit, die geleisteten Arbeitsstunden aufzuschreiben und abgegolten zu bekommen. Dies scheint jedoch für die Teammitglieder nicht ausreichend zu sein, wenn keine explizite Freistellung dafür erfolgt. In Hinblick auf die Zusammensetzung des Gewaltschutzteams wäre eine vermehrte Beteiligung von Pflegekräften und anderen Berufsgruppen (z.B. Hebammen), wie in der Projektskizze (Kapitel 2.7) beschrieben, wünschenswert, um die Diskussion breiter zu gestalten und tatsächlich alle relevanten Berufsgruppen und Abteilungen zu vertreten. So könnten in der Diskussion frühzeitig Konfliktpotenziale und Fehlannahmen identifiziert und korrigiert werden. Generell stellte die mangelnde Kontinuität in der Zusammensetzung des Gewaltschutzteams in der Vergangenheit ein Problem dar, das die Implementierung des Projektes verzögerte. Daher könnte die Benennung weiterer Kolleg*innen pro Abteilung sinnvoll sein, um zu gewährleisten, dass jede Abteilung bei allen Treffen des Gewaltschutzteams vertreten ist. Insbesondere, weil wiederholt erwähnt wurde, dass die Abteilungen wenig Einblick in die Arbeit der jeweils anderen Fachabteilungen haben, ist es wichtig, dass sie bei den Sitzungen des Gewaltschutzteams regelmäßig im Austausch stehen, um eventuelle Konfliktpotenziale oder Besonderheiten rechtzeitig adressieren zu können. Da es zudem kein formales Berichtswesen innerhalb des Gewaltschutzteams gibt, sondern die Mitglieder Fortschritte und Schwierigkeiten jeweils in den Sitzungen einbringen, gehen diese Informationen bei Nichtteilnahme an den Sitzungen möglicherweise verloren. Ebenfalls hinderlich auf die Implementierung wirkten sich die langen Pausen von bis zu einem Jahr zwischen den Treffen des Gewaltschutzteams aus. Hier wären eine größere Kontinuität und Verbindlichkeit wünschenswert, beispielsweise im Sinne eines festen Turnus.

Diese zeitlichen und strukturellen Anforderungen sollten bei der Konzeption neuer Projekte und der Übertragung des vorliegenden Konzeptes in andere Kliniken unbedingt frühzeitig diskutiert werden, um die hier dargestellten Schwierigkeiten in Zukunft limitieren zu können.

Collective Action (Umsetzung des Interventionskonzeptes)

Förderlich für die Implementierung ist, dass alle Befragten die Kooperation und Kommunikation zwischen den Fachabteilungen im Allgemeinen als angenehm und produktiv beschrieben. Schwierigkeiten bestanden hier lediglich in der Schnittstelle zur Kinderschutzambulanz. Dies betraf vor allem Fälle, in denen die Kinder nicht direkt von körperlicher oder psychischer Gewalt betroffen waren, sondern sich ein Elternteil wegen Gewaltfolgen in der Klinik vorstellte. Hier sollte im Rahmen der Mitarbeiterschulungen nochmals eine Sensibilisierung der Kolleg*innen erfolgen. Ebenfalls förderlich für die Implementierung ist, dass die Entwicklung der SOP nun abgeschlossen ist und diese allen Mitarbeiter*innen im PC-System zugänglich ist. Ebenso ist die Etablierung von Boxen mit Informationsmaterial und Kontaktadressen an zentralen Stellen in den Abteilungen als Fortschritt zu betrachten.

Die Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung, entgegen des Projektplans, noch keine Mitarbeiter*innenschulungen stattgefunden haben, stellt eine große Barriere für die Umsetzung des Interventionskonzeptes dar. Dadurch, dass dieser zentrale Aufgabenschritt des Interventionskonzeptes bislang nicht erfolgte, können auch weitere Aspekte des Konzeptes noch nicht flächendeckend umgesetzt werden, wodurch eine Verbesserung der Patient*innenversorgung noch nicht im gewünschten Umfang erzielt werden kann. Die Durchführung der Schulungen in allen relevanten Bereichen sollte daher unbedingt forciert werden. Im zeitlichen Verlauf sollten dann auch die Schulungsmaterialien und Abläufe für die einzelnen Abteilungen standardisiert werden, um einen gleichmäßig hohen und von Einzelpersonen unabhängigen Qualitätsstandard der Schulungen zu erreichen. In diesem Zusammenhang sollte vor Beginn der Schulungen nochmals abgefragt werden, ob die Mediator*innen sich in der Thematik sicher fühlen, oder ob weiterhin bei einzelnen Mediator*innen Unsicherheit zu bestimmten Inhalten des Konzeptes besteht. Die Arbeit im Gewaltschutzteam kann sich weiterhin nicht in einer besseren Versorgung von Betroffenen niederschlagen, wenn das Projekt nicht an alle Mitarbeitenden in der Klinik herangetragen wird. Generell unterstellten die Befragten Expert*innen ihren Kolleg*innen teilweise mangelnde Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Thematik und zur Priorisierung der Interventionen für gewaltbetroffene Patient*innen. Auch bestanden aus Sicht der Expert*innen große Wissenslücken zu Unterstützungsangeboten für Betroffene. Gerade deshalb sollte die Durchführung der Mitarbeiter*innenschulungen zeitnah erfolgen, um diese hemmenden Faktoren soweit möglich zu eliminieren.

Als ein Hauptproblem in der Umsetzung des Interventionskonzeptes wird die Durchführung der gerichtsfesten Dokumentation betrachtet. Hier machten die Befragten deutlich, dass dies insbesondere an einem von den Kolleg*innen wahrgenommenen Mehraufwand liege. Dieser aber sei durch die (noch nicht erfolgten) Mitarbeiter*innenschulungen und zunehmende Übung in der Durchführung der Dokumentation mithilfe des S.I.G.N.A.L.-Bogens zu minimieren. Ein weiterer Grund für den antizipierten Mehraufwand seien teilweise umständliche Prozesse (z.B. in der Fotodokumentation und im Transfer von Fotos in das PC-System) und noch bestehende redundante Dokumentation. Hier sollte Abhilfe durch Anpassung der Abläufe bzw. des Dokumentations- Systems geschaffen werden, um die Umsetzung des Interventionskonzeptes für die Mitarbeitenden möglichst praktikabel zu gestalten und Barrieren in der Bereitschaft zur Durchführung abzubauen.

In Bezug auf die Arbeitsteilung in der Patient*innenversorgung wurde von einigen Expert*innen gefordert, bestimmte Aufgaben standardmäßig an Pflegekräfte zu delegieren. Fachlich- inhaltlich spricht nichts dagegen, dass Pflegende beispielsweise die Foto-Dokumentation oder das Interventionsgespräch übernehmen. Prinzipiell wäre es hier jedoch erforderlich, diese Aspekte nochmals mit allen beteiligten Akteur*innen zu diskutieren, insbesondere auch mit den Pflegekräften im Gewaltschutzteam. Auch muss abgeklärt werden, ob sich dadurch die Abläufe in der Patient*innenversorgung so verändern würden, dass Patient*innen einer erhöhten Belastung ausgesetzt wären. Dies könnte beispielsweise der Fall sein, wenn Patient*innen das Gewaltgeschehen mehrfach nacherzählen müssen und/ oder sich mehrfach entkleiden müssen. Hier muss abgewogen werden, ob eine Delegation bestimmter Aufgaben an die Pflege mit Veränderungen einhergeht, die zu einem gesteigerten (Re-)Traumatisierungsrisiko der Betroffenen führen könnten. Zudem würde eine Übernahme von Dokumentationsaufgaben durch die Pflege auch erfordern, dass Pflegekräfte in der Klinik zur rechtssicheren Dokumentation geschult sind. Auch ist fraglich, ob durch den von den Expert*innen dargestellten Personalmangel in der Pflege tatsächlich Vakanzen und Bereitschaft zur Übernahme weiterer ärztlicher Aufgaben, insbesondere im Zusammenhang mit einem neuen Projekt, besteht, oder ob dadurch der ohnehin von den Expert*innen antizipierte Widerwille der Mitarbeiter*innen gegenüber der Intervention weiter verstärkt werden würde.

Die von den Expert*innen beschriebenen Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von weiterführenden Unterstützungseinrichtungen für gewaltbetroffene Personen, wie beispielsweise Frauenhäusern, stellen eine bekannte Barriere in der Versorgung dar. Insgesamt ist das Land Berlin seinen Verpflichtungen im Rahmen der Istanbulkonvention, zu denen unter anderem auch die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Frauenhausplätzen gehört (Council of Europe 2011), bislang nicht in ausreichendem Maße nachgekommen, wodurch die Versorgungsstrukturen weiterhin als unzureichend betrachtet werden müssen.

Generell stellen Systemfaktoren eine große Barriere in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen und ihrer Kinder dar. Im deutschen Gesundheitssystem fehlt es an Anreizen für Kliniken und niedergelassene Mediziner*innen, die Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen zu verbessern. Zum einen bestand, wie in Kap. 2.5 dargestellt, lange Zeit nahezu keine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Thematik. Zum anderen zeigen sich Schwierigkeiten in der Ressourcenallokation für ein Interventionskonzept, dessen Mehrwert für Patient*innen und Personal sich (zunächst) nicht monetär erfassen lässt. Insofern werden wenig Anreize für die Priorisierung eines solchen Projektes gegenüber anderen, potenziell ertragreicheren Projekten geschaffen. Hier fehlt es auch auf Systemebene an Anreizen für die Gesundheitseinrichtungen. Der zeitliche und personelle Versorgungsaufwand für gewaltbetroffene Patient*innen lässt sich bislang kaum in der finanziellen Entlohnung der Kliniken abbilden. Es bestehen hier noch keine adäquaten Möglichkeiten zur DRG-Codierung und Gewichtung dieses Versorgungsaufwandes, wie in Kapitel 2.6 dargelegt wurde. Um tatsächlich eine flächendeckende Verbesserung der Versorgung erzielen zu können ist daher die Schaffung einer adäquaten Abrechnungsmöglichkeit im Gesundheitssystem unumgänglich, um Kliniken und andere Gesundheitseinrichtungen für eine qualifizierte Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen entsprechend zu entlohnen. Auch besteht bislang keine Incentivierung für Kliniken und andere Versorgungseinrichtungen, die freiwillig ein Interventionskonzept vorhalten, das Bund und Länder in ihrer Verpflichtung zur Umsetzung der Istanbul-Konvention unterstützt und einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation gewaltbetroffener Patient*innen und ihrer Kinder leistet.

Reflexive Monitoring (Bewertung und Evaluation)

Generell scheint das Interventionskonzept gut auf die Anforderungen im Klinikkontext zugeschnitten zu sein und die von den Expert*innen identifizierten Bedarfe in der Versorgung zu adressieren. Für zukünftige Projekte erscheint es jedoch sinnvoll, gemeinsam mit der jeweiligen Klinik die übergeordneten Ziele und Aufgaben in Teilschritte und Zwischenziele (Milestones) zu differenzieren, um eine höhere Verbindlichkeit in der Umsetzung zu generieren und Erfolge für die Mitarbeiter*innen und die Klinikleitungen sichtbarer zu machen. Dadurch wiederum ließe sich die Motivation gegebenenfalls erhöhen. Die Implementierungsarbeit wurde von den Expert*innen sehr heterogen bewertet. Klare Erfolgserlebnisse in der Arbeit des Gewaltschutzteams wurden kaum benannt. Hier stellt sich allerdings auch die Frage, ob und inwieweit Fortschritte wahrgenommen und kommuniziert werden, oder ob defizitorientierte Bewertungsschemata der Implementierungsarbeit vorherrschten.

Eine Datenerhebung - und Evaluation wurde als starker motivationaler Faktor für Mitarbeiter*innen identifiziert. Insbesondere die in Kapitel 2.2 dargestellte hohe Dunkelziffer gewaltbetroffener Patient*innen wurde dabei auch von den im Rahmen der vorliegenden Arbeit interviewten Expert*innen als große Schwierigkeit in der Versorgung betrachtet. Neu im Vergleich zu vorhergehenden Untersuchungen ist dabei, dass die Senkung dieser Dunkelziffer eine starke Motivation für die Befragten darstellte.

Prinzipiell besteht hier zum einen die Möglichkeit einer quantitativen Prävalenz- und Inzidenzerhebung in der Klinik. Da keine Baseline-Daten zur Anzahl gewaltbetroffener Patient*innen oder durchgeführter gerichtsfester Dokumentationen verfügbar sind, kann hier nur a) ein zeitlicher Verlauf mit Beginn ab Implementierung oder b) ein Vergleich mit der geschätzten Prävalenz (vgl. 2.2) angestrebt werden. Weitere mögliche Indikatoren für den Grad der Umsetzung und den Erfolg des Interventionskonzeptes könnte eine Mitarbeiter*innenbefragung nach Implementierung liefern. Hier könnte beispielsweise erhoben werden, wie Mitarbeiter*innen die Schulungen bewerten, ob sie einen Anstieg ihrer Handlungssicherheit im Umgang mit gewaltbetroffenen Patient*innen erfahren haben und wie zufrieden die Mitarbeiter*innen mit dem Interventionskonzept sind. Ähnlich wurde beispielsweise auch bei dem in Kapitel 2.6 exemplarisch beschriebenen IRIS-Trial verfahren. Hierdurch könnten weitere Optimierungspotenziale auf systemischer, klinischer und konzeptioneller Ebene identifiziert werden, die sich erst nach der Implementierung herauskristallisieren.

In Übereinstimmung mit den in Kapitel 2.3 beschriebenen Risikofaktoren häuslicher Gewalt identifizierten die Expert*innen insbesondere Migrant*innen und pflegebedürftige Personen als potenziell vulnerable Gruppe, auf deren Bedürfnisse künftige Erweiterungen des Konzeptes zugeschnitten werden sollten. Auch die Nennung von psychisch kranken Personen als besonders schutzbedürftige Personenkreise in Hinblick auf häusliche Gewalt deckt sich mit den Befunden vorausgehender Untersuchungen. Ebenfalls bestätigt wurde die hohe Prävalenz von Alkoholintoxikationen im Zusammenhang mit dem Tatgeschehen, sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch auf Seiten der Täter*innen.

Die vorliegende Arbeit ist auch vor dem Hintergrund ihrer Limitationen zu betrachten. Zum einen kann Implementierungsforschung nicht geschehen, ohne einen Einfluss auf das durch sie untersuchte Geschehen auszuüben. Somit ist davon auszugehen, dass die vorliegende Arbeit die Implementierung des Projektes zumindest indirekt beeinflusst haben könnte. Insgesamt stellen die befragten Personen eine hoch-selektierte Klientel dar, da sie in einer der wenigen Kliniken in Deutschland arbeiten, die über ein Interventionskonzept gegen häusliche Gewalt verfügen, weshalb die Ergebnisse nicht auf andere Kliniken übertragbar sind. Des Weiteren wurden ausschließlich Personen interviewt, die bereits mehr oder weniger stark an der Implementierung beteiligt waren. Obschon die interviewten Personen auf die Interviewende sehr offen wirkten und negative Aspekte bereitwillig erwähnten, haben sie dennoch ein Interesse daran, ihre Arbeit positiv darzustellen. Wie stark diese Verzerrung ist kann dabei nicht überprüft werden. Ebenso konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht untersucht werden, wie betroffene Patient*innen und ihre Kinder die Versorgung in der Klinik tatsächlich erleben und ob und inwieweit diese wirksam war. Zudem fehlt es bislang an quantitativen Erhebungen in der Klinik, die die Durchführung und Wirkung des Interventionskonzeptes messen könnten.

Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere in der Untersuchung und Evaluation verschiedener Interventionskonzepte in verschiedenen klinischen Settings unter Berücksichtigung größerer Stichprobenzahlen. Hier könnten beispielsweise auch differierende Wahrnehmungen und Einstellungen zwischen Berufsgruppen und Fachabteilungen näher betrachtet werden. Ebenso fehlt es bislang in Deutschland an Erhebungen zur Patient*innenzufriedenheit mit derartigen Interventionskonzepten. Auch eine neue, an die Ergebnisse von Schröttle und Müller von 2004 anschließende repräsentative Prävalenzerhebung wäre hilfreich, um die Versorgungslage besser einschätzen und Projekte bedarfsangemessener planen und realisieren zu können.

9 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Interventionskonzept grundsätzlich die von den Expert*innen identifizierten Mängel in der bisherigen Versorgung adressiert. Zentrale Erfolgsfaktoren sind dabei ein gemeinsames Verständnis von Relevanz, Zielen und Aufgaben des Konzeptes, eine allgemein als positiv und konstruktiv bewertete Zusammenarbeit in der Klinik und das hohe Engagement der Projektleitung.

Als zentrale Barrieren in der Umsetzung identifizierten die Befragten insbesondere mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen, die sich sowohl auf das Vorantreiben des Projektes im Gewaltschutzteam als auch auf die Umsetzung und die Bereitschaft der Mitarbeiter*innen zur Auseinandersetzung mit dem Themenfeld häuslicher Gewalt auswirkten. Der Fortschritt des Projektes wird weiterhin beeinträchtigt durch die Verzögerung der Mitarbeiter*innenschulungen. Auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene finden sich Faktoren, die die Umsetzung des hier betrachteten Interventionskonzeptes hemmen. Dazu gehört insbesondere die mangelnde Abrechnungsfähigkeit des zeitlichen und personellen Aufwandes in der Versorgung gewaltbetroffener Patient*innen. In einem Gesundheitssystem, das zunehmend auf Effizienz und Gewinnmaximierung ausgelegt ist entstehen dadurch ökonomische Fehlanreize in Richtung einer Unterversorgung dieser Patient*innen- Gruppe.

Durch die Ratifizierung der Istanbulkonvention hat sich Deutschland verpflichtet, auch und gerade im Gesundheitsbereich, ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen für gewaltbetroffene Patient*innen zu schaffen und sicherzustellen. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob und inwieweit Bund und Länder dieser Verpflichtung nachkommen und ob sich die Versorgungssituation Betroffener durch die getroffenen Maßnahmen verbessert. Das gesteigerte gesellschaftliche und politische Bewusstsein für die Thematik lässt hoffen, dass in Zukunft auch im Gesundheitsbereich vermehrt Interventionen zur Prävention von häuslicher und sexualisierter Gewalt und zur Verbesserung der Versorgungssituation Betroffener umgesetzt werden.

10 Literaturverzeichnis

Bailey, Frances Wallace (2012): Key concepts, themes, and evidence for practitioners in educational psychology. In: *Handbook of implementation science for psychology in education*, S. 13–34.

Bonomi, Amy E.; Anderson, Melissa L.; Rivara, Frederick P.; Thompson, Robert S. (2007): Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. In: *Journal of Women's Health* 16 (7), S. 987–997.

Breiding, Matthew Joseph; Jieru Chen; Black, Michele C. (2014): "Intimate partner violence in the United States--2010. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; Centers for Disease Control.

Brzank, P. (2009): (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52 (3), S. 330–338. DOI: 10.1007/s00103-009-0795-7.

Brzank, P.; Hellbernd, H.; Maschewsky-Schneider, U.; Kallischnigg, G. (2005): Domestic violence against women and health care demands. Results of a female emergency department patient survey. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48 (3), S. 337–345. DOI: 10.1007/s00103-004-1002-5.

Bundeskriminalamt (2019): Partnerschaftsgewalt- Kriminalistische Auswertung. Berichtsjahr 2018. Bundeskriminalamt. Online verfügbar unter https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Partnerschaftsgewalt/partnerschaftsgewalt_node.html, zuletzt geprüft am 25.11.2019.

Campbell, J. C. (2002): Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet* 359 (9314), S. 1331–1336.

Council of Europe (2011): Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, vom Istanbul, 11.V.2011. Online verfügbar unter <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008482e>, zuletzt geprüft am 20.02.20.

Damschroder, Laura J.; Aron, David C.; Keith, Rosalind E.; Kirsh, Susan R.; Alexander, Jeffery A.; Lowery, Julie C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science (1). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>, zuletzt aktualisiert am 07.08.2009, zuletzt geprüft am 15.08.2019.

Fachlexikon der Sozialen Arbeit (2016). 8. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Farchi, Sara; Polo, Arianna; Asole, Simona; Ruggieri, Maria Pia; Di Lallo, Domenico (2013): Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. In: *BMC Womens Health* 13, S. 31. DOI: 10.1186/1472-6874-13-31.

Feder, Gene; Davies, Roxane Agnew; Baird, Kathleen; Dunne, Danielle; Eldridge, Sandra; Griffiths, Chris et al. (2011): Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. In: *The Lancet* 378 (9805), S. 1788–1795. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61179-3.

Fixsen, Dean L.; Blase, Karen; van Dyke, Melissa K. (2019): Implementation practice & science. First edition. Chapel Hill, NC: Active Implementation Research Network.

Flick, Uwe (1995): Qualitative Forschung – Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 2. Aufl. Reinbek: Rowohlt-Verlag.

Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung,. 6. Aufl. Reinbek: Rowohlt-Verlag.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.) (2017): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Unter Mitarbeit von Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie).

FRA European Agency for Fundamental Rights (2014): Violence against women: an EU-wide survey. Hg. v. FRA. Luxemburg. Online verfügbar unter <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-euwide-survey-main-results-report>, zuletzt geprüft am 15.08.2019.

Gasch, Ursula C.; Kress, Christopher P. (2015): Sexualdelikte- eine kriminologische, juristische und psychotraumatologische Sicht. In: Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger und Andreas Maercker (Hg.): Handbuch der Psychotraumatologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Fachbuch), S. 433–454.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag (Lehrbuch).

Gloor, Daniela; Meier, Hanna (2010): Zahlen und Fakten zum Thema häusliche Gewalt. In: Martha Weingartner (Hg.): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 17–36.

Godenzi, Alberto; Yodanis, Carrie L. (1998): Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen: Universität Freiburg.

Greber, Franziska (2010): Die Vielfalt und Komplexität häuslicher Gewalt erkennen. In: Martha Weingartner (Hg.): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 165–180.

Griese, Karin (Hg.) (2006): Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt am Main: Mabuse.

Gutmanis, Iris; Beynon, Charlene; Tutty, Leslie; Wathen, C. Nadine; MacMillan, Harriet L. (2007): Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses (1). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-12>, zuletzt aktualisiert am 24.01.2007.

Hamberger, Kevin; Rhodes, Karin; Brown, Jeremy (2015): Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System- Level Programs. In: *J Womens Health (Journal of Women's Health)* 24 (1), S. 86–91.

Hegarty, K. (2006): What is intimate partner abuse and how common is it? Intimate partner abuse and health professionals. New approaches to domestic violence. London.

Helfferich, Cornelia; Kavemann, Barbara; Lehmann, Katrin (2004): Wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsbedarf nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt. Stuttgart.

Hellbernd, Hildegard (2010): Gewaltbetroffene Patientinnen in der Hausarztpraxis. In: Martha Weingartner (Hg.): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 166–173.

Hellbernd, Hildegard; Brzank, Petra; Wieners, Karin; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin: Förderung durch das Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Hellbernd, Hildegard; Wieners, Karin (2002): „Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich – Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf.“. In: *Jahrbuch Kritische Medizin* (36), S. 135–148.

Johnson, Michael P.; Leone, Janel M. (2005): The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. In: *Journal of family issues* 26 (3), S. 322–349.

Kardorff, Ernst von (2017): Qualitative Evaluationsforschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Unter Mitarbeit von Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 238–250.

Kavemann, Barbara (2010): Unterstützungsangebote bei Gewalt im Geschlechterverhältnis. Innovationen und Herausforderungen. In: Jutta Hartmann (Hg.): Perspektiven professioneller Opferhilfe. Theorie und Praxis eines interdisziplinären Handlungsfelds. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (VS Research), S. 233–258.

Kilmartin, Christopher; Allison, Julie A. (2007): Men's violence against women. Theory, research, and activism. New York, London: Psychology Press/Taylor & Francis Group.

Kindler, Heinz; Unterstaller, Adelheid (2006): Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung: ein Forschungsüberblick. In: Barbara Kavemann und Ulrike Kreyssig (Hg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 3rd ed. Dordrecht: Springer, S. 35–52.

König, Eckardt; Bentler, Annette: Konzepte und Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozess, S. 173–182.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Basel Weinheim: Beltz Verlag.

Langer, Antje (2013): Transkribieren – Grundlagen und Regeln. In: Heike Boller und Barbara Friebertshäuser (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Unter Mitarbeit von Antje Langer. 4., durchges. Aufl. Weinheim: Juventa-Verl., S. 515–528.

Leeners, Brigitte; Stiller, Ruth; Block, Emina; Görres, Gisela; Imthurn, Bruno; Rath, Werner (2007): Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. In: *Psychosomatics* 48 (5), S. 385–393.

May, Carl; Finch, Tracy (2009): Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. In: *Sociology* 43 (3), S. 535–554.

May, Carl; Finch, Tracy; Mair, Frances; Ballini, Luciana; Dowrick, Christopher; Eccles, Martin et al. (2007): Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. In: *BMC health services research* 7 (1), S. 148.

May, Carl; Mair, Frances; Finch, Tracy; MacFarlane, Anne; Dowrick, Christopher; Treweek, Shaun et al. (2009): Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. In: *Implementation science* 4 (1), S. 29.

May, Carl; Murray, Elisabeth; Finch, Tracy (2020): normalizationprocess.org, zuletzt geprüft am 03.03.2020.

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., Neuausgabe, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz, J (Beltz Pädagogik).

Mayring, Philipp (2017): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Unter Mitarbeit von Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 468–474.

McCauley, Jeanne; Kern, David E.; Kolodner, Ken; Dill, Laurie; Schroeder, Arthur F.; DeChant, Hallie K. et al. (1995): The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. In: *Annals of internal medicine* 123 (10), S. 737–746.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Ramsay, Jean; Rutterford, Clare; Gregory, Alison; Dunne, Danielle; Eldridge, Sandra; Sharp, Debbie; Feder, Gene (2012): Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. In: *British Journal of General Practice* 62 (602), e647. DOI: 10.3399/bjgp12X654623.

Rieker, Peter; Seipel, Christian; Rehberg, Karl-Siegbert (2006): Offenheit und Vergleichbarkeit in der qualitativen und quantitativen Forschung. In: *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2*.

Rivara, Frederick P.; Anderson, Melissa L.; Fishman, Paul; Bonomi, Amy E.; Reid, Robert J.; Carrell, David; Thompson, Robert S. (2007): Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. In: *American Journal of Preventive Medicine* 32 (2), S. 89–96.

Robert Koch Institut (2008): „Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen“. In: Heft 42. Berlin: Robert Koch-Institut. In: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (42).

Schermann, Silke; Kersting, Anette (2015): „Die traumatisierte Patientin in der Gynäkologie“. In: Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger und Andreas Maercker (Hg.): *Handbuch der Psychotraumatologie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Fachbuch), S. 293–304.

Schmid, Gabriella (2010): Die Situation von Frauen, die Gewalt in Paarbeziehungen erleben. In: Martha Weingartner (Hg.): *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 37–52.

Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. In: *Journal Netzwerk Frauen-und Geschlechterforschung NRW* 30.

Schröttle, Monika; Müller, Ursula (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. BMSFJ. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bmsfj.de/blob/84316/10574a0dff2039e15a9d3dd6f9eb2dff/kurzfassung-gewalt-frauen-data.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2019.

Seifert, Dragana; Heinemann, Axel; Püschel, Klaus (2006): Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (33), S. 2168–2173.

Sprague, Sheila et al. (2017): A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. In: *European Journal of Psychotraumatology* 8 (1). Online verfügbar unter doi:10.1080/20008198.2017.1314159.

Truninger, Annina (2010): Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In: Martha Weingartner (Hg.): Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Prävention und Gesundheitsförderung), S. 181–194.

Walker, Leonore (1984): *The battered women syndrome*. New York: Springer Publishing Company.

WHO (2002): *World report on violence and health*. Geneva: WHO Press.

WHO (2003a): *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. World Health Organisation. Online verfügbar unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>., zuletzt geprüft am 26.05.2019.

WHO (2003b): *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*. Zusammenfassung. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2020.

WHO (2013): *Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen*. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.

Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2015): *Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln*. Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zur Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen.

Wisner, Catherine L.; Gilmer, Todd P.; Saltzman, Linda E.; Zink, Therese M. (1999): Intimate partner violence against women do victims cost health plans more? In: *Journal of family practice* 48 (6).

Yeung, Howa; Chowdhury, Nubaha; Malpass, Alice; Feder, Gene S. (2012): Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. In: *Int J Family Med* 2012, S. 960523. DOI: 10.1155/2012/960523.

11 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Systematisierung gesundheitlicher Folgen von Gewalt. (Hellbernd et al. 2004). 15

Tabelle 1 Übersicht der Kategorien, eigene Darstellung 40

12 Anhang

1. Interviewleitfäden
2. Transkriptionsregeln
3. Transkripte der 9 Interviews
4. Kurzbogen in Blankoversion
5. Interviewprotokoll in Blankoversion
6. Kodierleitfaden
7. Liste der Codes je Kategorie

In Rücksprache mit den Betreuerinnen wurde festgelegt, dass der Anhang der vorliegenden Arbeit auf einem separaten Datenträger (USB) beigelegt wird.