

# Masterarbeit

zur Erlangung des Grades „Master of Public Health (MPH)“

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Berlin School of Public Health

**Die Implementierung der WHO – Leitlinien  
„Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“  
im Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlin**

**Strukturelle Herausforderungen und Ressourcen**

vorgelegt am 20.06.2021

von Katrin Wolf

Matrikelnummer 219295

**1. Gutachterin:**

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

**2. Gutachterin:**

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

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Berlin, 20.06.2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Anton Krosch". The signature is written in a cursive style with a large initial 'A' and a long horizontal stroke at the end.

**Abbildungsverzeichnis**  
**Abkürzungsverzeichnis**  
**Zusammenfassung / Abstract**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>3</b>
2.1	<b>Erscheinungsformen von Gewalt</b>	<b>3</b>
2.1.1	Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt	3
2.2	<b>Epidemiologie</b>	<b>4</b>
2.2.1	International	5
2.2.2	Europa	5
2.2.3	Deutschland	6
2.2.4	Kriminalstatistik	7
2.2.5	Gesundheitsberichterstattung	7
2.3	<b>Gewalt und Frauengesundheit</b>	<b>8</b>
2.3.1	Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen	8
2.3.2	Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen	9
2.3.3	Körperliche Folgen von Gewalt	10
2.3.4	Folgen für die reproduktive Gesundheit	10
2.3.5	Psychische Folgen von Gewalt	10
2.3.6	Soziale Folgen von Gewalt	11
2.4	<b>Institutionelle Hilfe nach Gewalterfahrung</b>	<b>11</b>
2.5	<b>Bedeutung des Gesundheitswesens</b>	<b>12</b>
2.6	<b>Versorgungssituation in Deutschland</b>	<b>13</b>
2.7	<b>Politische Implikationen: die „Istanbul – Konvention“</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>WHO-Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“</b>	<b>14</b>
3.1	<b>Entstehung und Ziele</b>	<b>14</b>
3.2	<b>Zentrale Empfehlungen der Leitlinien</b>	<b>15</b>
3.3	<b>Runder Tisch Berlin „Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Der öffentliche Gesundheitsdienst</b>	<b>17</b>
4.1	<b>Ausrichtung und Entwicklung</b>	<b>17</b>
4.2	<b>Struktur und Aufgaben</b>	<b>18</b>
4.3	<b>Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Berlin</b>	<b>20</b>
4.4	<b>Aufbau Gesundheitsamt</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Implementierungsprozesse in der Versorgungspraxis</b>	<b>22</b>
5.1	<b>Implementierungsempfehlungen der WHO</b>	<b>22</b>
5.2	<b>Organisationsbezogene Implementierungsforschung</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Fragestellung und Ziel der Untersuchung</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>	<b>26</b>
7.1	<b>Explorative Analyse mittels qualitativer Forschung und Wahl des Forschungsansatzes</b>	<b>26</b>
7.2	<b>Interviewmethode</b>	<b>27</b>
7.2.1	Expert*inneninterviews	27
7.2.2	Entwicklung des Interviewleitfadens	28
7.3	<b>Datenerhebung</b>	<b>29</b>
7.3.1	Ethische Aspekte der Expert*innenbefragung und Datenschutz	29
7.3.2	Auswahl der Interviewpartner*innen und Feldzugang	29
7.3.3	Charakteristika der Interviewpartner*innen	30
7.3.4	Vorgehen der Datenerhebung	30
7.3.5	Reflexion des beruflichen Hintergrundes	31

7.4	<b>Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring</b> .....	32
7.4.1	Analyseschritte und Entwicklung des Kategoriensystems.....	33
7.5	<b>Methodenkritische Einordnung</b> .....	37
<b>8</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>37</b>
8.1	<b>Stellenwert des Themas im ÖGD / Perspektiven der Verankerung</b> .....	<b>38</b>
8.2	<b>Grundverständnis der Arbeit und Aufgaben im ÖGD</b> .....	<b>39</b>
8.3	<b>Umsetzung der Empfehlungen der WHO-Leitlinien</b> .....	<b>40</b>
8.4	<b>Angebot der Ersthilfe</b> .....	<b>41</b>
8.4.1	Qualifizierung der Mitarbeitenden .....	41
8.4.2	Notfallverhütung / HIV Postexpositionsprophylaxe.....	42
8.4.3	Psychologische Intervention.....	43
8.5	<b>Ressourcen und Hürden für die Implementierung der Leitlinien</b> .....	<b>43</b>
8.5.1	Ressourcen .....	43
8.5.2	Hürden.....	44
8.6	<b>Strategieentwicklung</b> .....	<b>45</b>
8.6.1	Maßnahmen .....	46
8.6.2	Entscheidungsstrukturen.....	47
8.7	<b>Wissenschaftliche Begleitung im ÖGD</b> .....	<b>48</b>
8.7.1	Evaluation der Implementierungsmaßnahmen .....	48
8.7.2	Forschung und Datenerhebung im ÖGD .....	49
8.8	<b>Außenwahrnehmung des ÖGD</b> .....	<b>49</b>
8.9	<b>Benefit der Leitlinien - Implementierung für den ÖGD</b> .....	<b>50</b>
8.10	<b>Rahmenkonzept für die Implementierung der WHO - Leitlinien</b> .....	<b>51</b>
8.10.1	Haltung der Leitung .....	51
8.10.2	Qualifizierung und Fortbildung.....	52
8.10.3	Entwicklung von Handlungsanweisungen.....	52
8.10.4	Bedarfsermittlung.....	52
8.10.5	Arbeitsgruppen / Qualitätszirkel und Aufbau eines Netzwerks .....	52
8.11	<b>Best - practice - Beispiele</b> .....	<b>53</b>
8.12	<b>Perspektiven zur Implementierung</b> .....	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>55</b>
9.1	<b>Ressourcen</b> .....	<b>55</b>
9.2	<b>Barrieren</b> .....	<b>56</b>
9.3	<b>Strategieentwicklung vor Strukturwandel</b> .....	<b>58</b>
9.4	<b>Handlungsempfehlung zur Implementierung der WHO-Leitlinien</b> .....	<b>59</b>
9.5	<b>Best-practice</b> .....	<b>60</b>
9.6	<b>Limitationen</b> .....	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>61</b>
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>64</b>
<b>12</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>71</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 1: Übersicht zu Folgen von Gewalt gegen Frauen
- Abbildung 2: Ausgewählte Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsämter
- Abbildung 3: Organisationsbezogene Versorgungsforschung orientiert am Modell der Evaluation komplexer Interventionen

## **Abkürzungsverzeichnis**

- BfB Beratungsstelle für behinderte Menschen
- BKA Bundeskriminalamt
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- CAHRV Co-ordination Action on Human Rights Violation
- DNVF Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- EU Europäische Union
- FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte  
(Fundamental Rights Agency)
- GDG Gesundheitsdienstgesetz
- ICD Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme  
(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
- IPV Intimate Partner Violence  
(Gewalt in der Partnerschaft)
- KJPD Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- ÖGD Öffentlicher Gesundheitsdienst
- PKS Polizeiliche Kriminalstatistik
- QPK Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
- RTB Runder Tisch Berlin Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt
- SenGPG Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
- SpD Sozialpsychiatrischer Dienst

STI	Sexuell übertragbare Infektion (Sexual Transmitted Infections)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
ZMGA	Zentrale Medizinische Gutachtenstelle

### **Anmerkung**

In dieser Arbeit wird der „Genderstern“ (\*) verwendet. Mit dem „Gender-Stern“ wird zum Ausdruck gebracht, dass weibliche, männliche und nicht-binäre Geschlechtsidentitäten in gleichem Maße gemeint sind.

## **Zusammenfassung**

Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt stellen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zentrale Gesundheitsrisiken für Frauen dar. Dem Gesundheitswesen wird eine besondere Rolle in der Versorgung von Gewalt betroffener Menschen zugesprochen. Mit denen von der WHO 2013 publizierten Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ liegen Empfehlungen und Handlungsanleitungen vor, mit dem Ziel, eine evidenzbasierte Erstversorgung nach Gewalterfahrung in bestehende Gesundheitsdienste zu integrieren. In dieser explorativen Studie wurden die strukturellen Rahmenbedingungen, Ressourcen und Beschränkungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) Berlin im Hinblick auf eine Implementierung der WHO Leitlinien untersucht. Dafür wurden leitfadengestützte Expert\*inneninterviews mit Amtsleitungen von Berliner Gesundheitsämtern geführt. Die Ergebnisse zeigen ÖGD-spezifische Barrieren für einen Umsetzungsprozess, insgesamt aber vielversprechende institutionelle Rahmenbedingungen und eine ressourcenorientierte Bereitschaft, die zentralen Empfehlungen zur Versorgung von Frauen nach Gewalterfahrung im ÖGD Berlin systematisch umzusetzen. Ein Schlüsselkriterium für einen Implementierungsprozess ist die unterstützende Haltung der Leitung, die auch Voraussetzung für alle folgenden Schritte ist, wie die Qualifizierung von Mitarbeitenden und die Entwicklung von standardisierten Vorgehensweisen. Aufbauend auf diesen Forschungsergebnissen kann ein Rahmenkonzept entwickelt werden, das mit gesundheitspolitischer Unterstützung eine leitliniengerechte Erstversorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen oder sexualisierter Gewalt im ÖGD Berlin sicherstellt.

## **Abstract**

According to the World Health Organisation (WHO), intimate partner violence and sexual violence are major health risks for women. The health care sector plays an essential role in the care of people who have been subjected to violence. The WHO guidelines „Responding to intimate partner violence and sexual violence against women“ that were published in 2013, provide recommendations and guidance with the aim to integrate an evidence-based care within the health service. The objective of this study is to identify framework conditions as well as resources and barriers that the Public Health Service (ÖGD) in Berlin offers as an organisation regarding the implementation of the WHO guidelines. Therefore guided expert interviews with the

administration of district public health departments in Berlin were carried out. Concerning the implementation process, the results show barriers that are characteristic for the ÖGD, but overall the institutional conditions offer promising opportunities and resource oriented willingness to put the major recommendations into practice. A key criteria for the implementation process is a supportive management, that is prerequisite for all following action steps such as training of staff and the design of standard operating procedures. Based on the results of this research and with the support of policy makers, a strategic outline can be developed in order to provide first line support after intimate partner violence and sexual violence according to the guidelines within the ÖGD Berlin.

## **1 Einleitung**

Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt sind die am weitesten verbreiteten Formen von Gewalt gegen Frauen und Auswirkungen auf ihre Gesundheit sind komplex und weitreichend [1-4]. Die WHO betrachtet Gewalt gegen Frauen als ein globales Public Health Problem von epidemischem Ausmaß [5]. Neben den gravierenden gesundheitlichen Folgen ist Gewalt eine Menschenrechtsverletzung und eine Form der Diskriminierung, die ungleiche Machtverhältnissen erzeugt und Frauen strukturell in ihrer Lebensgestaltung benachteiligt [6].

Dem Gesundheitswesen wird eine zentrale Rolle in der Versorgung von Gewalt betroffener Menschen zugesprochen, und die Entwicklung von förderlichen Präventions- und Interventionsstrategien sind international und national priorisierte gesundheitspolitische Ziele [2, 7]. Mit denen von der WHO 2013 publizierten und 2015 ins Deutsche übersetzten Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ liegen Empfehlungen und Handlungsanleitungen für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik vor [8, 9].

In Deutschland gibt es bisher keine bundesweit gültigen Versorgungsstandards nach Gewalterfahrung. Die Versorgungsangebote sind häufig regional, nicht systematisch im bestehenden Gesundheitssystem verankert oder lediglich auf die Akutversorgung fokussiert [10, 11].

In dieser explorativen Studie werden die organisationsbedingten Gegebenheiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) Berlin im Hinblick auf eine Implementierung der WHO-Leitlinien beleuchtet. Aus der Analyse von Expert\*inneninterviews können Erkenntnisse zu strukturellen Rahmenbedingungen und organisationsspezifischen Ressourcen und Herausforderungen hinsichtlich der Umsetzung eines neuen Versorgungsprozesses gewonnen werden. Es wird untersucht, ob der ÖGD Berlin aufgrund seines vielfältigen, sozialmedizinisch ausgerichteten Aufgabenspektrums gute Voraussetzungen für eine systematische Umsetzung der WHO-Leitlinien bietet. Gleichzeitig gilt der ÖGD als eine Organisation, die seit Jahren mit finanzieller und personeller Ressourcenknappheit kämpft und in der

Veränderungen und innovative Prozesse mit organisationsspezifischen und administrativen Hürden verbunden sind [12, 13].

Aufgrund meiner langjährigen Tätigkeit als Frauenärztin im ÖGD sehe ich eine dringende Notwendigkeit, die Versorgung von Frauen nach Gewalterfahrung systematisiert und leitliniengerecht in das bestehende Versorgungsangebot zu integrieren. Das große Potential des ÖGD im Hinblick auf die Einführung der Leitlinien wird aktuell weder genutzt noch gesehen. Bisher gibt es nur wenig Systemforschung im ÖGD, so dass Implementierungsmaßnahmen nicht aus analysierten Strukturen und Prozessen abgeleitet werden können [14]. Aus dieser Ausgangslage entstand das Thema der vorliegenden Arbeit.

Im Rahmen von Expert\*inneninterviews mit Führungskräften von 6 Berliner Gesundheitsämtern soll der Frage nachgegangen werden, wie sich systembedingte Ressourcen und Hürden im Hinblick auf einen Implementierungsprozess im ÖGD Berlin auswirken. Ziel des Forschungsvorhabens sind erste Empfehlungen für einen Umsetzungsprozess der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin, die auf den Ergebnissen der qualitativen Expert\*innenbefragung zu förderlichen und hinderlichen Faktoren sowie zu organisationalen Rahmenbedingungen gründen.

Im theoretischen Hintergrund werden zunächst epidemiologische Daten zum Spektrum von Gewalt und den gesundheitlichen Auswirkungen dargestellt. Anschließend werden die zentralen Empfehlungen der WHO-Leitlinien zur Erstversorgung nach Gewalterfahrung beschrieben und Ziele des Runden Tisches „Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“ (RTB) in Berlin vorgestellt. Nachfolgend werden Ausrichtung und Entwicklung des ÖGD beschrieben und institutionelle Strukturen und originäre Aufgaben des ÖGD erläutert. In Kapitel 6 wird erklärt wie die Daten erhoben und mittels der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Im Anschluss an die Forschungsmethodik werden die Ergebnisse präsentiert. In der Diskussion erfolgt die Darstellung der Ergebnisse mit dem Fokus auf die für eine Leitlinienimplementierung im ÖGD Berlin bedeutsamen Befunde.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Erscheinungsformen von Gewalt

Gewalt ist ein komplexes gesellschaftliches Phänomen und umfasst mehrere Dimensionen. Eine Begriffsdefinition kann immer nur einen Ausschnitt der vielfältigen Gewaltformen wiedergeben. Aus Public-Health-Sicht muss in der Definition von Gewalt die gesamte Bandbreite der Täterhandlungen und die subjektive Erfahrung des Opfers eingeschlossen werden, ohne diese zu bagatellisieren [5]. Die WHO definiert im Weltbericht „Gewalt und Gesundheit“ Gewalt als „absichtliche(n) Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen 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“ [15].

In der Typologie der WHO werden grundsätzlich vier Ausprägungsformen von Gewalt unterschieden [16]:

- **Körperliche Gewalt** umfasst Misshandlungen und körperliche Übergriffe jeder Art, z. B: Schlagen, Treten, Würgen,
- **sexuelle Gewalt** umfasst alle unerwünschten und erzwungenen sexuellen Handlungen und reicht von unerwünschten intimen Berührungen bis hin zur Vergewaltigung,
- **sexuelle Belästigung** umfasst alle von der betroffenen Person als sexuell belästigend empfundene Handlungen,
- **psychische Gewalt** beschreibt ein breites Spektrum psychisch beeinträchtigender oder verletzender Handlungen (z.B. Einschüchterungen, Anschreien, Demütigungen, Drohungen).

Die einzelnen Gewaltformen kommen selten isoliert vor und sind nicht auf spezifische Zielgruppen beschränkt [17]. Häufig treten unterschiedliche Formen von Gewalt in Kombination und mit unterschiedlichen Schweregraden auf.

#### 2.1.1 Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt

Zu den am weitesten verbreiteten Formen der Gewalt gegen Frauen zählen Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt [18] [19]. Deshalb liegt der Schwerpunkt der WHO-Leitlinien und somit auch der Fokus der vorliegenden Arbeit auf Gewalt in Paarbeziehungen und auf sexueller Gewalt gegen Frauen.

Gewalt in Paarbeziehungen bzw. „Intimate Partner Violence“ (IPV) definiert die WHO als „Verhalten eines Beziehungspartners, das körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schaden oder Leid herbeiführt, einschließlich körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und kontrollierendem Verhalten“ [15]. Sehr ähnlich im Bedeutungsumfang ist der in der deutschen und angloamerikanischen Forschungsliteratur verwendete Begriff „häusliche Gewalt“ bzw. „domestic violence“, der jegliche Gewaltform umfasst, die im sozialen familialen Nahraum stattfindet. Der Begriff „häusliche Gewalt“ hat sich zur Beschreibung von Gewalt zwischen „erwachsenen Personen (unabhängig vom Tatort und gemeinsamen Wohnsitz), die in einer gegenwärtigen oder ehemaligen intimen Beziehung oder Lebensgemeinschaft oder die in einem Angehörigenverhältnis zueinander stehen“ etabliert [20].

Sexualisierte Gewalt bezeichnet jede sexuelle Handlung oder den Versuch einer sexuellen Handlung gegen den Willen einer Person durch Ausübung von Zwang unabhängig vom Tatort und von der Beziehung zum Opfer [15]. Auch dem Begriff der sexuellen Gewalt können sehr unterschiedliche Definitionen zugrunde liegen. So können sowohl Formen von sexueller Belästigung ohne Drohung, als auch enger definierte, an strafrechtlichen Kategorien bzw. an der Ausübung von körperlichem Zwang und Drohungen orientierte Bestimmungen, einbezogen sein [21].

## **2.2 Epidemiologie**

Entscheidend für die internationale Forschung zu Gewalt und ihren gesundheitlichen Folgen war die durch die WHO konstatierte Anerkennung von Gewalt als eines der weltweit größten Gesundheitsrisiken und die von ihr im Jahr 1996 verabschiedete Resolution, in der Gewalt zu einem wichtigen Problem der öffentlichen Gesundheit erklärt wurde [15]. Dies forderte die Mitgliedsstaaten auf sich diesem Thema in Politik und Wissenschaft zu widmen und die Gewaltproblematik in ihren eigenen Ländern zu analysieren.

Amtliche Datenerhebungsmechanismen wie die Kriminalstatistik (auch Hellfeldstudien) zeigen nur einen sehr kleinen Ausschnitt des Ausmaßes von Partnergewalt, denn aufgrund von Tabuisierung wird Partnergewalt überwiegend nicht institutionell bei der Polizei, im Gesundheitswesen und in Unterstützungssystemen sichtbar. So lässt sich das Ausmaß von Gewalt nur über

Gewaltprävalenzstudien (auch Dunkelfeldstudien) näherungsweise erfassen [21]. Im Folgenden werden die Ergebnisse nationaler und internationaler Prävalenzstudien zum Ausmaß von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt präsentiert. Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ist aufgrund der Komplexität des Gewaltbegriffes und der großen Bandbreite von Gewaltdefinitionen nur bedingt gegeben. Zudem ist bei den Daten zu beachten, dass Gewalterfahrung zu unterschiedlichen Zeiträume erfasst wurde (wie z.B. Gewalterfahrung aktuell/ innerhalb des letzten Jahres/ Lebensprävalenz) und Erhebungsinstrumente sowie Stichprobenumfang variieren.

### **2.2.1 International**

Die erste internationale Gewaltprävalenzstudie (2005), die überwiegend außereuropäische Länder einbezog, zeigte große Unterschiede in den länderspezifischen Prävalenzen. So reichte der Anteil der Frauen, die innerhalb einer Beziehung Gewalt erfahren hatten von 13 - 61%, davon berichteten 4 - 49% von schwerer Gewalt. Sexualisierte Gewalt durch einen Partner wurde von 6 - 59% aller Frauen berichtet [22]. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Rechtsnormen und kulturell bedingte Unterschiede im Grad der Tabuisierung der Gewaltproblematik zu länderspezifischen Differenzierungen führen. Nach Einschätzung der WHO haben weltweit etwa ein Drittel aller Frauen (35%) bereits körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt, 30% der Frauen sind schätzungsweise von Gewalt durch einen Beziehungspartner betroffen [23].

### **2.2.2 Europa**

Mit der Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte Union Agency (FRA) wurde 2014 erstmalig Gewalterfahrung von Frauen in allen 28 Mitgliedstaaten der EU erhoben [2]. Es zeigte sich ein sehr hohes Ausmaß von Gewalt gegen Frauen, insbesondere durch männliche Partner und Ex-Partner. Nach dieser Studie haben im europäischen Durchschnitt 33% der Frauen seit dem Alter von 15 Jahren mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt. Von den befragten Frauen, die in einer Beziehung mit einem Mann sind oder waren, hatten 22% körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren. Darüber hinaus berichteten 43% der Frauen über Formen von psychischer Gewalt durch (Ex)-Partner, dies häufig in Kombination mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Die FRA-Studie zeigt im Vergleich zu den Befunden des europäischen

CAHRV-Reports aus dem Jahr 2006, in der jede dritte bis fünfte Frau im Verlauf ihres Lebens körperliche Gewalt und 6-12% körperliche und sexuelle Gewalt durch einen Partner erlebt hatte, ein gestiegenes Ausmaß [24]. Ein direkter Vergleich der Studien ist jedoch problematisch, da unterschiedliche Gewaltdefinitionen, Stichproben und Erhebungsmethoden angewendet wurden.

### **2.2.3 Deutschland**

In der ersten großen und bisher umfangreichsten Repräsentativuntersuchung zu Ausmaß und Folgen von Gewalt in Deutschland wurden 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) über 10.000 Frauen schriftlich und mündlich befragt. Sie kam zu dem Ergebnis, dass bundesweit jede vierte Frau (25%) mindestens einmal körperlichen und/oder sexuellen Gewaltübergriffen durch einen aktuellen oder früheren Beziehungspartner ausgesetzt war. So gaben 23% der Befragten körperliche und 7% sexuelle Übergriffe durch einen Partner oder Ex-Partner an, wobei sexuelle Gewalt häufig in Kombination mit körperlicher Gewalt auftrat und es sich in hohem Maße um Mehrfachviktimsierung handelte. Bei mehr als 60% der Beziehungen dauerte Gewalterfahrung über einen Zeitraum von einem Jahr bis zu zehn Jahren an. Die körperlichen Gewalthandlungen durch (Ex-) Partner reichten von Ohrfeigen bis hin zu Tritten, Schlägen, Würgen und Waffengewalt. 50% der Frauen mit mehrjährigen Gewaltbeziehungen berichteten, dass die Übergriffe häufiger und heftiger wurden. Eine Sekundäranalyse der Daten zu Schweregrad von Gewalt zeigte, dass 64% der von Partnergewalt betroffenen Frauen Verletzungsfolgen angaben, und 6% in der aktuellen Beziehung von erhöhter Gewalt mit anzunehmenden schweren gesundheitlichen Folgen betroffen waren [21].

Die bislang aktuellsten nationalen Daten zur Gewaltbetroffenheit von Frauen in Deutschland sind dem Ländersample der europaweiten Studie der FRA zu entnehmen [2]. Die länderspezifische Auswertung kommt zu ähnlich hohen Gewaltprävalenzen für Deutschland wie die BMFSFJ-Studie: 22% der Frauen gaben an, Partnergewalt in ihrem Erwachsenenleben erlebt zu haben, 8% der Frauen waren seit dem 15. Lebensjahr von sexueller Gewalt durch einen (Ex-) Partner betroffen. Auch wenn die beiden Studien durch unterschiedliche Stichprobengrößen und Erhebungsinstrumente nur bedingt vergleichbar sind, ist

ein relevanter Rückgang des Ausmaßes von Gewalt durch Partner oder Ex-Partner nicht anzunehmen.

Trotz des hohen Ausmaßes von häuslicher Gewalt und der großen Public Health Relevanz des Themas gibt es für Deutschland keine aktuellen repräsentativen Dunkelfeldstudien. Auch wenn Gewalt gegen Frauen innerhalb und außerhalb von Paarbeziehungen im Rahmen bevölkerungsweiter Studien in den letzten 20 Jahren gut erforscht wurde, fehlt es an aktuellen differenzierten Daten und zeitvergleichenden Erhebungen, die für ein langfristiges Monitoring relevant sind [4].

#### **2.2.4 Kriminalstatistik**

Zum Vorkommen gibt es lediglich die Statistik der Polizei, die greift, wenn es zur Anzeige kommt. Sie liefert ein unvollständiges und untererfasstes Bild. Die tatsächliche Entwicklung im Bereich partnerschaftlicher Gewalt kann unter ausschließlicher Bezugnahme auf Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) nur eingeschränkt dargestellt werden, da es sich dabei ausschließlich um Hellfelddaten handelt. Dennoch unterstreichen diese Daten die Bedeutung des Gesamtphänomens. Laut der Statistik des Bundeskriminalamtes (BKA) wurden im Jahr 2019 insgesamt 141.792 Fälle von Partnerschaftsgewalt polizeilich gemeldet, bei denen Frauen von ihren Partnern oder Ex-Partnern bedroht, ihrer Freiheit beraubt, gestalkt, verletzt, sexuell genötigt, zur Prostitution gezwungen oder vergewaltigt wurden. An den Folgen von Partnerschaftsgewalt starben 301 Frauen. Von den statistisch erfassten Opfern waren 81 % weiblich. Die Hälfte von ihnen lebte zum Tatzeitpunkt in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Tatverdächtigen. Wenn man die Deliktategorien betrachtet, fiel der größte Anteil auf vorsätzliche einfache Körperverletzung (69.012 Frauen), gefolgt von Bedrohung, Stalking und Nötigung (28.906 Frauen) und gefährliche Körperverletzung (11.991 Frauen).

#### **2.2.5 Gesundheitsberichterstattung**

Das Thema häusliche Gewalt ist ein schwieriges Kapitel in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Von der Theorie her soll die Gesundheitsberichterstattung Daten aus der Regelstatistik verwenden, um auf besondere regionale bzw. lokale Problemlagen hinzuweisen, damit diesen mithilfe von geeigneten Maßnahmen begegnet werden können. Dies ist in Deutschland aus

Datenschutzgründen nur eingeschränkt möglich, denn zu den gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt gibt es in Deutschland keine Regelstatistik. Eine Kodierung von häuslicher Gewalt anhand der „internationalen Systematik für die Klassifizierung von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ ICD) erfolgt in Deutschland bisher nur vereinzelt [25]. Es findet im ambulanten und stationären Gesundheitssystem wenig Anwendung, da es keine Abrechnungsrelevanz hat, und möglicherweise zu Regressforderungen der Krankenkassen führen könnte [26]. Zudem sind für die ärztliche Leistungsabrechnung ausschließlich Folgen der Verletzung relevant und nicht die Angaben zu Täter, Ort und Hergang des Geschehens. Eine Abbildung der gesundheitlichen Folgen häuslicher Gewalt durch Routinedaten aus dem Gesundheitswesen ist in Deutschland bisher nicht möglich.

### **2.3 Gewalt und Frauengesundheit**

Gewalt ist direkt und indirekt mit weitreichenden gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen für die Betroffenen sowie für die Gesellschaft verbunden [3, 27] Die WHO bezeichnet Gewalt als ein zentrales Risiko für die Gesundheit von Frauen und Kindern [16]. Aus nationalen und zahlreichen internationalen Studien geht hervor, dass alle Formen von Gewalt mit deutlich erhöhten gesundheitlichen Belastungen assoziiert sind, und sich in vielfältiger Weise auf Gesundheit, Gesundheitschancen und Gesundheitshandeln auswirken [4, 28-30]. Mangelnde Bewältigungsmöglichkeiten von dauerhafter Gewalterfahrung können ein gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien wie den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder anderen Medikamenten fördern. Aktivitäten die der Gesundheit förderlich sind, wie beispielsweise Sport, werden dagegen von gewaltbetroffenen Frauen seltener unternommen [21].

#### **2.3.1 Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen**

Häusliche Gewalt ist keine Randerscheinung sondern ein drängendes gesamtgesellschaftliches Problem. Gewalt betrifft Frauen aus allen Bildungs- und Sozialschichten. In bestimmten Lebenssituationen oder zu bedeutsamen Lebensereignissen steigt das Risiko Partnergewalt zu erfahren. So zeigt die sekundäranalytische Auswertung der BMFSFJ-Studie, in der u.a. auch Muster und

Risikofaktoren für Gewalterfahrung untersucht wurden, ein besonders hohes Risiko für Gewalt gegen Frauen im Kontext von Trennung und Scheidung [21]. Auch in dem Zeitraum von Schwangerschaft und Geburt tritt Beziehungsgewalt häufiger auf. Von den Frauen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen waren, berichteten 23% dass die Gewalt erstmals in der Schwangerschaft oder um den Zeitraum der Geburt des ersten Kindes aufgetreten war [3]. Frauen, die in ihrer Kindheit oder Jugend Gewalt erfahren haben, sind im Erwachsenenalter einem höheren Risiko für Gewalterfahrungen ausgesetzt [19]. Des Weiteren haben Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund ein erhöhtes Risiko für Gewalt durch den aktuellen Partner [21]. Besonders gefährdet sind Frauen mit Behinderung. Sie waren zwei – bis viermal häufiger von Gewalt betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt [31]. Die genannten Risikogruppen bilden keine homogene Gruppe. Gemeinsam ist den Frauen, dass gesellschaftliche Strukturen und traditionelle Geschlechtervorstellungen ihre Lebenssituation in besonderer Weise prägen. Abhängigkeiten werden aufgebaut und Ungleichheiten reproduziert, so dass die vielfältigen Formen von Machtausübung das Selbstvertrauen, die Selbstbestimmung und Handlungsspielräume der Betroffenen unterminieren [4].

### 2.3.2 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen

In zahlreichen Studien werden die erheblichen kurz-, mittel- und langfristigen Folgen von Gewalt beschrieben, die in Abbildung 1 im Überblick dargestellt sind.

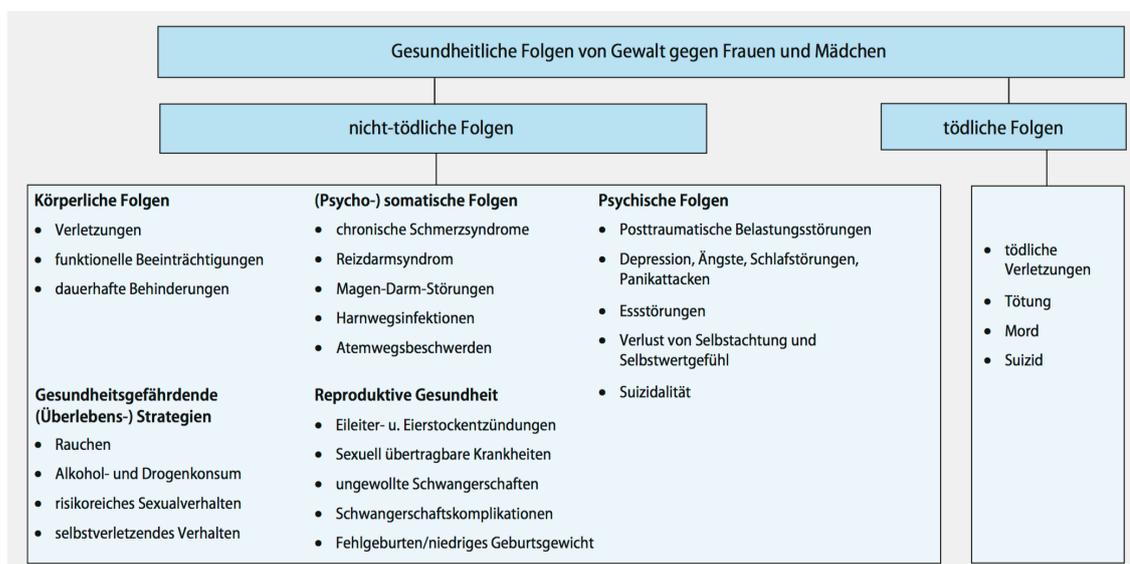


Abbildung 1: Übersicht zu Folgen von Gewalt gegen Frauen Quelle: [27]

### **2.3.3 Körperliche Folgen von Gewalt**

Unmittelbare Folgen resultieren zunächst aus den körperlichen Übergriffen. Dazu zählen u.a. Hämatome, Gesichts- und Kopfverletzungen, Verstauchungen, Verbrennungen und Knochenbrüche. Die deutsche Prävalenzstudie gibt an, dass 55% der Opfer körperlicher und 44% der Opfer sexualisierter Gewalt Verletzungen davontrugen: Prellungen traten in 89% auf, Schmerzen in 86% und Kopfverletzungen oder Verstauchungen in 18% [21]. Häufig handelte es sich um mehrfache oder fortgesetzte Gewaltübergriffe [3, 19]. Diese können mittel – und langfristig zu schwerwiegenden psychischen und psychosomatischen Beschwerden führen. Die psychosomatischen Erkrankungen sind vielfältig und schließen chronische Schmerzen wie Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen, funktionelle Störungen im Unterbauch oder in der Brust – Halsregion, sowie Herz-Kreislauf-Beschwerden ein [2, 3, 32]. Frauen, die von Gewalt betroffen sind, leiden häufiger unter gynäkologischen Beschwerden als andere Frauen [21, 33]. Gynäkologische Probleme weisen am eindeutigsten auf gesundheitliche Unterschiede zwischen betroffenen und nicht betroffenen Frauen hin [32].

### **2.3.4 Folgen für die reproduktive Gesundheit**

Gewalt in Partnerschaft hat auch weitreichende Folgen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Studien deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für eine sexuell übertragene Infektion (STI) bei von Gewalt betroffenen Frauen um das 1,5-fache erhöht ist [5]. Die Folgen von Gewalterfahrung während Schwangerschaft und in der postpartalen Phase können schwerwiegend sein: Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für peripartale Depression sowie Alkohol- und Nikotinabusus in der Schwangerschaft und belegen ein erhöhtes Risiko für perinatale Sterblichkeit [34]. Insgesamt nehmen gewaltbetroffene Schwangere seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil, wodurch die Gefahr von Früh- und Fehlgeburt steigt [35, 36]. Des Weiteren berichten Frauen die von Paargewalt betroffen sind oder waren, häufiger von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen [3].

### **2.3.5 Psychische Folgen von Gewalt**

Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben sind mit vielfältigen psychischen Folgeproblemen assoziiert. So werden in der Literatur Angst- und Bedrohungsgefühle, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, sowie Stresssymptome

und Essstörungen beschrieben. Zu den psychischen Folgen zählen insbesondere die Ausbildung einer Depression [2, 3, 21]. Das Risiko an einer Depression zu erkranken ist nach Gewalterfahrung um das 3,3-fach erhöht [37]. Nach internationalen Studien haben 9-28% aller depressiven Erkrankungen einen Gewalthintergrund [38]. Studien gaben zudem eine 2,5-fach höhere Häufigkeit für PTBS-Symptome bei Frauen mit häuslicher Gewalterfahrung an [38]. Die psychischen Auswirkungen können eigene Handlungs- und Abwehrmöglichkeiten einschränken. Je länger die Misshandlungen andauern, umso schwerer wird es, sich Hilfe von außen zu holen und umso schwerer wird auch die Intervention von außen.

### **2.3.6 Soziale Folgen von Gewalt**

Für Menschen, die Gewalt erleben oder erlebt haben, hat dies häufig auch sozioökonomische Folgen. Neben Auswirkungen auf die familiären und sozialen Beziehungsstrukturen wie Einsamkeit oder Bruch mit der Familie, kann es die Erwerbssituation der Betroffenen negativ beeinflussen. Das Armutsrisiko ist erhöht, und Armut wirkt sich wiederum negativ auf die Gesundheit der Betroffenen aus [4]. Frauen werden häufig im Vorfeld und im Kontext schwerer Misshandlungen von ihrem Partner in eine Situation sozialer Isolation gebracht. Gewalt in Paarbeziehungen wird in der Gesellschaft bei Weitem nicht die Bedeutung beigemessen, die sie tatsächlich hat. Häusliche Gewalt ist gesellschaftlich weiterhin stigmatisiert und tabuisiert. Frauen schweigen aus Schuldgefühlen, Scham oder Angst, was ihre isolierte Situation verstärkt.

### **2.4 Institutionelle Hilfe nach Gewalterfahrung**

Die Inanspruchnahme institutionalisierter Hilfesystemen ist für Betroffene nach Partnergewalt mit Hürden verbunden. Die deutsche Prävalenzstudie zeigt, dass ein Großteil der von Gewalt betroffenen Frauen Gewalt nicht polizeilich anzeigt und keine professionellen Unterstützungsangebote in Anspruch nimmt. Wenden sich Frauen an eine professionelle Stelle, handelt es sich am häufigsten um eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung [3]. So suchten nach körperlicher Gewalt mit Verletzungsfolgen 33%, nach sexueller Gewalt mit Verletzungsfolgen 28% und nach körperlicher und sexueller Gewalt in Paarbeziehungen 37% medizinische Hilfe. Im Vergleich nahmen nach Gewalt in Paarbeziehungen 26% psychosoziale Hilfen in Anspruch, in ebenfalls 26% fand eine polizeiliche Intervention statt, und

in 16% wurde eine Anzeige erstattet [21]. Die Ergebnisse der europäischen FRA-Studie zeigen, dass zwei Drittel der Frauen nach schwerer sexueller Gewalt durch einen Partner eine Einrichtung des Gesundheitssystems aufsuchten, aber nur 4 - 6% der Betroffenen Kontakt mit einem Frauenhaus oder einer Opferschutzeinrichtung aufnahmen [2]. 14% der Frauen nach körperlicher Gewalt und 27% der Frauen nach sexueller Gewalt nahmen keine medizinische Versorgung in Anspruch, obwohl diese nötig gewesen wäre. Auch internationale Studien zeigen, dass Frauen trotz schwerwiegender Verletzungen häufig medizinische Versorgung nicht in Anspruch nehmen, unabhängig vom Zugang zu den jeweiligen Gesundheitssystemen [3].

In den vergangenen Jahren konnte in der Gesundheitsversorgung ein zunehmendes Problem- und Verantwortungsbewusstsein für das Thema häusliche Gewalt geschaffen werden. Dies führte zu einer Entwicklung von regionalen Interventions- und Versorgungsangeboten [39]. Das große Potential kann jedoch nur genutzt werden, wenn Betroffene das Gesundheitswesen zunehmend als einen Ort der kompetenten und vertraulichen Versorgung wahrnehmen.

## **2.5 Bedeutung des Gesundheitswesens**

Aus dem Ausmaß und den weitreichenden gesundheitlichen Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt resultiert eine zentrale Bedeutung des Gesundheitswesens für die Versorgung der Betroffenen. Die Gesundheitsversorgung kann einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention leisten und den Ausstieg aus dem Gewaltkreislauf unterstützen [16, 20]. Gesundheitseinrichtungen bieten niedrighschwellige Versorgungsangebote und einen geschützten, vertraulichen Rahmen unter der Voraussetzung von Schweigepflicht. Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen sind oft der erste professionelle Kontakt und die Berufsgruppe, die in einem geschützten Raum die Entwicklung von Vertrauen und die Offenbarung von Gewalterfahrung ermöglicht [40]. Sensibilisiertes medizinisches Fachpersonal kann Fälle von Gewalt gegen Frauen erkennen, Intervention einleiten und Weitervermittlung unterstützen. Studien zeigen, dass eine Routinebefragung über Gewalterfahrung im Rahmen der Anamnese geeignet ist, Kommunikationsbarrieren zu mindern, und die Problematik häuslicher Gewalt zu enttabuisieren [41]. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung bilden eine wertvolle Schnittstelle in das psychosoziale

Hilfesystem und können Betroffenen den Weg in weitere Versorgungs- und Unterstützungsangebote eröffnen [4, 42].

## **2.6 Versorgungssituation in Deutschland**

In Deutschland gibt es eine differenzierte psychosoziale Infrastruktur zur Unterstützung und Beratung gewaltbetroffener Frauen wie z.B. Frauenhäuser, Notruftelefone und andere Interventionsstellen. Medizinische Versorgungsangebote sind jedoch nicht systematisch verankert und werden der Schlüsselposition des Gesundheitswesens in keinsten Weise gerecht. Fast jedes Bundesland hat Empfehlungen oder Leitfäden zur Intervention in der Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt veröffentlicht, jedoch gibt es bundesweit kein einheitliches Vorgehen [43]. Bislang bleibt es den Versorgungseinrichtungen überlassen, wie sie mit der Thematik umgehen. Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen wurde bisher nur vereinzelt im Rahmen von Modellprojekten evaluiert [44, 45]. Wie bereits in Kapitel 2.2.5. erläutert sind versorgungsbezogene Daten im Zusammenhang von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt außerordentlich begrenzt. Fundierte Aussagen zur Prävalenz häuslicher und sexualisierter Gewalt in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und zu den gesundheitlichen Folgen sind derzeit nicht möglich. Ebenfalls fehlt es an systematischer Datenerhebung zur Wirkung von Interventionsmaßnahmen.

Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden wird von Fachkräften der Gesundheitsversorgung überwiegend nicht wahrgenommen oder nicht ausreichend berücksichtigt [46]. So wird häufig nicht nach Gewalterfahrungen gefragt, oder, wenn danach gefragt wird, ist es nicht mit entsprechenden Interventionen im Rahmen der Ersthilfe verbunden. Vielen medizinischen Fachkräften fehlen Basisinformationen zum Thema Gewalt, zu den gesundheitlichen Folgen und zu Interventionsmöglichkeiten. Sie fühlen sich vielfach nicht kompetent im Umgang mit Gewaltproblematik oder sehen keinen Handlungsbedarf. Für betroffene Frauen ist die Ausblendung der Gewaltproblematik ein hohes Risiko, dass Gesundheitsstörungen nicht als gewaltbedingt erkannt und adäquat behandelt werden. Es besteht die Gefahr von Unter- und Fehlversorgung und einer Chronifizierung der Beschwerden [47].

## **2.7 Politische Implikationen: die „Istanbul – Konvention“**

Aufgrund des hohen Ausmaßes von Gewalt in Paarbeziehungen und den erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen muss die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen sowie Schutz und Unterstützung für Betroffene ein vorrangiges menschenrechtliches und gesundheitspolitisches Ziel sein. Rechtlich stellt die Europaratskonvention „Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt“, auch „Istanbul-Konvention“ genannt, eine zentrale Basis für staatliche Maßnahmen zur Gewaltprävention, zum Schutz gewaltbetroffener Frauen und zur Gewährleistung von Interventionsmöglichkeiten dar [6]. Dieses Übereinkommen, das Deutschland im Jahr 2018 ratifiziert hat, verpflichtet zur Schaffung von Präventionsmöglichkeiten, zur Bereitstellung von Schutz- und Unterstützungsangeboten und zur Umsetzung rechtlicher Grundlagen. Durch zahlreiche gesetzgeberische Schritte und weitere Maßnahmen konnten in Deutschland Fortschritte bei der Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen erzielt werden. Im Gesundheitsbereich fehlt es bisher, wie in Kapitel 2.6 beschrieben, an systematischen und flächendeckend verankerten Maßnahmen. Die Umsetzungsverpflichtung gilt aber auch für den Gesundheitsbereich in vollem Umfang und fordert dazu auf, Gewalt als ein gravierendes gesundheitliches Problem wahrzunehmen und gesundheitsbezogene Vorgaben der „Istanbul-Konvention“ zu realisieren.

## **3 WHO-Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“**

### **3.1 Entstehung und Ziele**

Auf Grundlage des wachsenden Verständnisses für die zentrale Bedeutung des Gesundheitssektors in der Versorgung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt, und vor dem Hintergrund, dass bestimmte Mindestanforderungen für eine erfolgreiche Intervention durch Fachkräfte im Gesundheitswesen erfüllt sein müssen, veröffentlichte die WHO 2013 die Leitlinien „Responding to intimate partner violence and sexual violence against women“ [8]. Die evidenzbasierten Richtlinien vermitteln Gesundheitsfachkräften wirksame Handlungskonzepte für eine umfassende Ersthilfe nach Gewalterfahrung. Die Leitlinien beinhalten Empfehlungen zu medizinischen Interventionen, zu

emotionaler Unterstützung und zu nachsorgenden Maßnahmen. Mit den Leitlinien fordert die WHO ihre Mitgliedsstaaten auf, die Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt in bestehenden Versorgungsstrukturen zu verankern, und entsprechende gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die deutschsprachige Ausgabe wurde 2015 durch S.I.G.N.A.L e.V. publiziert: „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ [7]. Die Autorinnen der Übersetzung bestätigen grundsätzlich die Übertragbarkeit der Leitlinien auf die Situation in Deutschland, konstatieren aber, dass noch erhebliche Umsetzungsdefizite in der gesundheitlichen Versorgung bestehen [10].

### **3.2 Zentrale Empfehlungen der Leitlinien**

Die Leitlinien umfassen 38 Empfehlungen, die 6 Themenbereichen zugeordnet sind und mit entsprechender Evidenzqualität und -stärke aufgelistet sind. Im Folgenden werden die Kerninhalte aufgeführt:

#### **1. Frauenzentrierte Versorgung**

Frauen, die von irgendeiner Form von Gewalt in Paarbeziehungen oder sexueller Gewalt berichten, sollte Unterstützung angeboten werden. Gesundheitsfachkräfte sollten mindestens Ersthilfe anbieten. Ersthilfe umfasst:

- wertfreie, unterstützende Haltung zu dem was die Frau berichtet
- praktische Versorgung und Unterstützung
- aufmerksames Zuhören
- Wahrung von Privatsphäre / Vertraulichkeit
- Vermittlung an andere Angebote

#### **2. Erkennen und Versorgen von Betroffenen**

Gesundheitsfachkräfte sollten nach Gewalterfahrung durch einen Partner fragen, wenn sie Beschwerden behandeln, die durch Gewalt verursacht oder verschlimmert worden sein könnten. Dadurch können Diagnose und anschließende Versorgung verbessert werden.

#### **3. Klinische Versorgung von Überlebenden sexueller Gewalt**

Neben dem Angebot einer Erstversorgung (Ersthilfe, Notfallverhütung, STI-Prophylaxe) sollte für die Entscheidung über geeignete weitere Interventionen eine vollständige Anamnese erhoben und dokumentiert werden.

#### **4. Einbindung in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe**

Gesundheitsfachkräfte sollten während der Ausbildung eine Schulung in Ersthilfe für Frauen erhalten, die Gewalt in Paarbeziehungen oder sexuelle Gewalt erlebt haben.

#### 5. Gesundheitspolitik und -versorgung

Die Versorgung von Frauen nach Gewalt in Paarbeziehungen oder sexueller Gewalt sollte soweit möglich in bestehende Gesundheitsversorgung integriert werden.

#### 6. Meldemöglichkeit bei Gewalt in Paarbeziehungen

Eine Pflicht zur Meldung bei der Polizei durch Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsversorgung wird nicht empfohlen. Wenn die Betroffene es wünscht und sie ihre Rechte kennt, sollten Gesundheitsfachkräfte jedoch anbieten, den Vorfall bei den zuständigen Behörden (einschließlich Polizei) zu melden.

### **3.3 Runder Tisch Berlin „Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“**

Auf die Einrichtung eines Runden Tisches zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt haben sich Bündnis 90/Die GRÜNEN, SPD und DIE LINKE in ihrer Koalitionsvereinbarung 2016 verständigt. Der Runde Tisch Berlin - Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB) ist seit der Gründung im Januar 2019 bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) angesiedelt. Ziel des Runden Tisches ist, die WHO-Leitlinien in Gesundheitsversorgung und -politik umzusetzen, und damit auch die gesundheitsbezogenen Vorgaben der Istanbul-Konvention zu realisieren. Damit ist Berlin das erste Bundesland, das eine systematische Umsetzung der Leitlinien anstrebt. Am RTB sind ca. 30 Mitglieder aus dem Gesundheitsbereich, dem psychosozialen Hilfesystem, der Kinder- und Jugendhilfe, der Gewaltprävention, der Strafverfolgungsbehörden, der Gleichstellungspolitik sowie aus Forschung und Wissenschaft vertreten. Interdisziplinär und sektorübergreifend werden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse erarbeitet. Die Maßnahmen zielen im Wesentlichen auf die Entwicklung von Standardvorgehensweisen, die Reduktion von strukturellen Barrieren, die Integration der Thematik in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Förderung von Datenerhebung, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit. Im Hinblick auf die Implementierung der Leitlinien in Berlin wird zudem geprüft, ob die weltweit gültigen Leitlinien die spezifischen

Zielgruppen ausreichend berücksichtigt oder regionale Bedarfe ergänzt werden sollten.

## **4 Der öffentliche Gesundheitsdienst**

### **4.1 Ausrichtung und Entwicklung**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gehört neben der ambulanten und stationären Versorgung zur Basis des Gesundheitswesens. Aufgabe des ÖGD ist insbesondere die Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Vielen Tätigkeitsfeldern des ÖGD kommt auch eine personenbezogene sozialkompensatorische Funktion zu, die von dem Bemühen um sozialen Ausgleich und faire Gesundheitschancen definiert ist [48]. Mit seiner grundsätzlichen Orientierung an den Lebensverhältnissen der Bevölkerung ist der ÖGD ein zentraler Akteur von Public Health in Deutschland. Konzeptionelle Leitversion des ÖGD ist eine interessenneutrale und gemeinwohlorientierte Arbeitsweise in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams [49]. Hinsichtlich der Strukturen vor Ort sind die engen Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden mit zahlreichen Schnittstellen innerhalb gesundheitsrelevanter Handlungsfelder systemimmanent. Dies schafft Zugangsmöglichkeit zu verschiedenen, auch vulnerablen, Zielgruppen und Lebenswelten. Das Potential des ÖGD ist eng mit konkreten gesellschaftlichen Problemlagen und Herausforderungen verbunden (z.B. die Rolle des ÖGD in der Versorgung geflüchteter Menschen). Auf die sich kontinuierlich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen mit Einfluss auf gesundheitliche und soziale Ausgangslagen wurde in den vergangenen Jahrzehnten unzureichend reagiert. Reformprozesse und Modernisierung des ÖGD, eine nachhaltige Personalpolitik sowie die Erweiterung des traditionellen Aufgabenspektrums blieben aus [12, 13]. Mit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter und dem Ausbau der kassenfinanzierten Krankenversorgung nahm die gesundheitspolitische Bedeutung des ÖGD ab. Dies hatte weitreichende Folgen, wie beispielsweise eine restriktive Personalpolitik, die fehlende Einbindung des ÖGD an die Public Health Entwicklungen in Deutschland und eine mangelnde Beteiligung an Wissenschaft und empirischer Forschung. Gesellschaftliche Veränderungen und gesundheitspolitische Entscheidungen prägten die Diskussion hinsichtlich einer

Reformierung des ÖGD, in deren Mittelpunkt die Frage blieb, inwieweit gesundheitsfördernde Tätigkeiten die hoheitlichen Schutz – und Überwachungsaufgabe ergänzen und das Aufgabenprofil schärfen könnten [50]. Auch die Ottawa-Charta der WHO, in der erstmalig eine lebensweltorientierte Definition von Gesundheit und eine herausragende Bedeutung von Gesundheitsförderung formuliert wurde, regte den Reformdiskurs an [51]. Vor diesem Hintergrund wird seit vielen Jahrzehnten eine Stärkung des ÖGD mit einer höheren Ressourcenzuteilung und einer Einbindung in Forschung und Wissenschaft gefordert. Im Jahr 2018 wurde von der Gesundheitsministerkonferenz das Leitbild des ÖGD „Der öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health vor Ort“ verabschiedet. In diesem Dokument wird eine visionäre Leitorientierung formuliert und die Arbeitsweise sowie die Kernaufgaben auf der Basis einer ethisch reflektierten, gemeinwohlorientierten, professionellen Haltung definiert. Auf der Grundlage der charakteristischen Stärken des ÖGD werden Reformansätze beschrieben und eine Modernisierung gefordert, die an Public Health Strategien ausgerichtet ist [49].

Auf die herausragende Rolle des ÖGD in der Corona-Krise, in der Defizite des ÖGD wie Personalmangel und fehlende technische Ausstattung sehr deutlich wurden, reagierte die Bundesregierung 2020 mit einem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“. Mit diesem Pakt wurden eine langjährig finanzielle Förderung für Personal, Digitalisierung und Modernisierung in Aussicht gestellt [52]. Das „Zukunftsforum Public Health“, ein Zusammenschluss von Akteuren aus Wissenschaft und Praxis die sich für öffentliche Gesundheit einsetzen, forderte dazu auf, mit der Umsetzung des Paktes eine zukunftsorientierte Entwicklung anzustoßen, die den ÖGD über die aktuelle Situation hinaus stärkt. Dies beinhaltet die Ausgestaltung der im Leitbild formulierten Ziele und eine Ausweitung der Public Health Perspektive, bei der die unterschiedlichen Handlungsfelder gleichermaßen berücksichtigt werden [53].

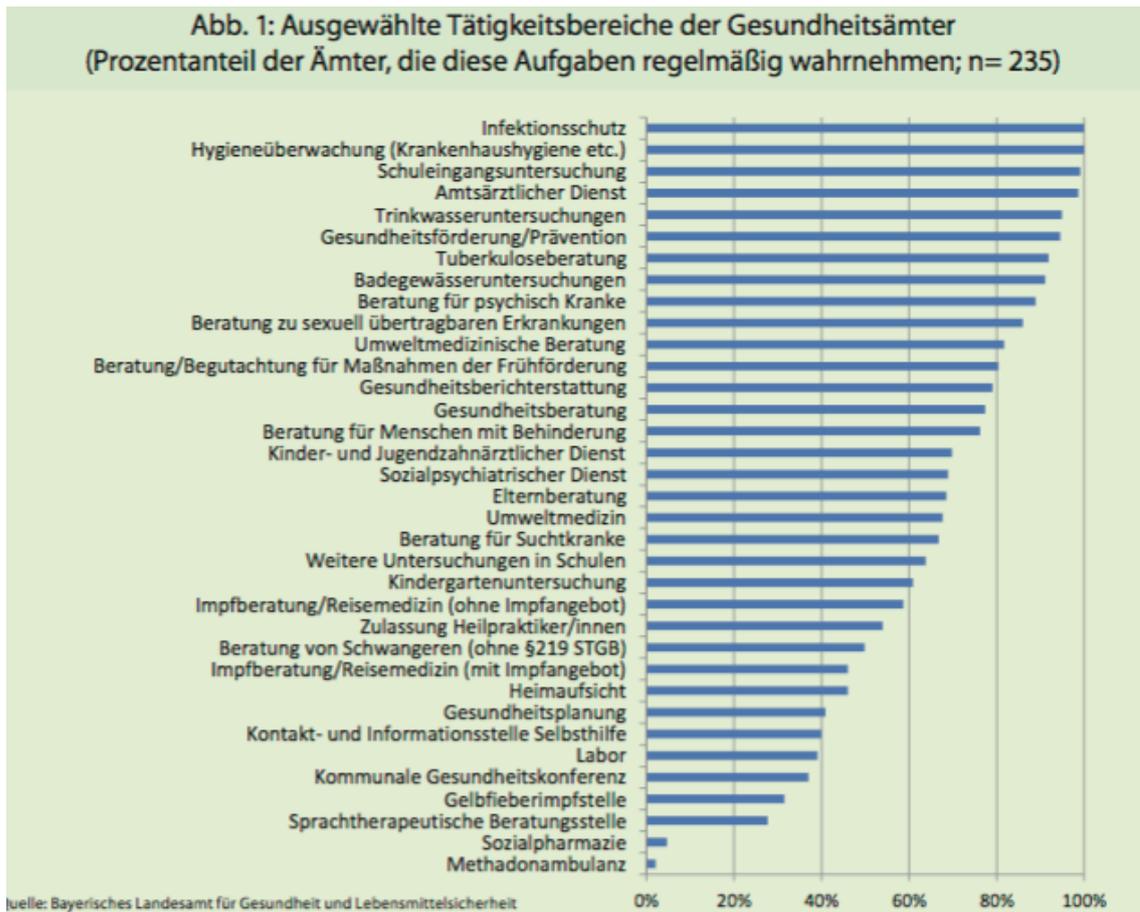
#### **4.2 Struktur und Aufgaben**

Als staatliche Institution nehmen die ca. 380 Gesundheitsämter in Deutschland ihre Aufgaben auf kommunaler Ebene wahr. Die Zuständigkeiten sind in den jeweiligen Landesgesetzgebungen geregelt. Nur wenige einheitliche bundesgesetzliche Regelungen (wie z.B. das Infektionsschutzgesetz) sind im

Grundgesetz verankert und definieren einen Teil der vielfältigen Aufgaben. Aufgrund der landesspezifischen Gesetzgebung unterscheidet sich je nach Bundesland das Aufgabenspektrum. Gemeinsam ist folgender Kernbestand (vgl. [54]):

- Gesundheitsschutz
  - Hygiene (z.B. Trinkwasser- und Krankenhaushygiene)
  - Infektionsschutz (z.B. Ausbruchsuntersuchung, Meldewesen)
  - Umweltmedizin (z.B. Altlasten)
  - Medizinalaufsicht
- Beratung, Information, Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Schuleingangsuntersuchung, Schwangerenberatung, Begutachtungswesen)
- Koordination, Qualitätssicherung
  - Gesundheitsberichterstattung
  - Gesundheitskonferenzen

Die bundesweite Übersicht über die Aufgabenbereiche aller Gesundheitsämter (s. Abb. 2) zeigt, dass Aufgaben wie der Infektionsschutz, die Hygieneüberwachung, das Begutachtungswesen oder die Schuleingangsuntersuchung in allen Gesundheitsämtern wahrgenommen werden [55]. Hingegen sind Aufgaben wie beispielsweise die sozialpsychiatrische Versorgung, der zahnärztliche Dienst oder die Beratung von Schwangeren nur in einigen Ländern Teil des gesetzlichen Auftrags. Neben der gesetzlichen Grundlage spielt aber auch eine Priorisierung der Aufgaben in Abhängigkeit der personellen Ressource eine Rolle [13].



**Abbildung 2: Ausgewählte Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsämter** Quelle: [55]

### 4.3 Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Berlin

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Berlin werden von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und den ihr nachgeordneten Einrichtungen, den Gesundheitsämtern sowie den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Organisation der Bezirksämter wahrgenommen. Die Berliner Gesundheitsämter sind Einrichtungen des Landes Berlin, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Senatsverwaltung für Gesundheit, sondern der Bezirke gehören. Die insgesamt zwölf Berliner Gesundheitsämter gewährleisten auf Bezirksebene die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

Gesetzliche Grundlage ist das Berliner Gesundheitsdienstgesetz (GDG), das eine einheitliche Struktur hinsichtlich Aufgaben, Zuständigkeiten und Organisation für die zwölf Berliner Bezirke definiert und sich an den Grundsätzen von Public Health orientiert [56]. Im Jahr 2006 erfolgte im Rahmen einer ÖGD-Reform eine Novellierung des GDG mit dem Ziel, Dienstleistungen hinsichtlich veränderter

gesetzlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen neu zu bestimmen. Im Zuge der weiteren Modernisierung des ÖGD wurde 2010 mit dem Projekt „Mustergesundheitsamt“ eine einheitliche Aufgaben- und Personalstruktur erarbeitet. Wichtige Inhalte waren ein Personalbedarfskonzept und die Bildung von bezirksübergreifenden Zentren. Mit dieser Zusammenlegung von regionalisierten Diensten in überregional zuständige Zentren wurden personelle Ressourcen gebündelt und fachliche Synergien gebildet.

#### **4.4 Aufbau Gesundheitsamt**

Die Leitung des Gesundheitsamtes obliegt in der Regel einer Ärzt\*in mit der Anerkennung als Fachärzt\*in für Öffentliches Gesundheitswesen. Das Aufgabengebiet der Amtsleitung umfasst die Dienst- und Fachaufsicht für das gesamte Gesundheitsamt sowie die Gewährleistung der hoheitlichen Aufgaben, die sozialindikative Gesundheitsplanung, Finanz- und Personalmanagement, und die Politikberatung. Von der Amtsleitung ausgehend erfolgt die Aufgabenwahrnehmung über die einzelnen Fachbereiche. Demnach werden die in Kapitel 4.2. benannten Kernaufgaben in folgenden Fachbereichen innerhalb eines Gesundheitsamtes erbracht:

Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfen für Kinder und Jugendliche

- Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD)
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD)
- Zahnärztliche Dienste (ZÄD)

Infektions-, Katastrophenschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Hygiene

Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfen für Erwachsene

- Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD)
- Beratungsstelle für behinderte Menschen (BfB)

Bezirksübergreifend arbeitende Zentren mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten sind den entsprechenden Gesundheitsämtern unterstellt, ihre Zuständigkeit ist aber entsprechend der Gesundheitsdienst-Zuständigkeitsverordnung überregional:

- Beratungsstelle für hörbehinderte Kinder und Jugendliche (1 Standort)

- Beratungsstelle für Sprachbehinderte (1 Standort)
- Beratungsstelle für Sehbehinderte (1 Standort)
- Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (5 Standorte)
- Zentrum für tuberkulosekranke und –gefährdete Menschen (1 Standort)
- Zentrale Medizinische Gutachtenstelle (ZMGA)

Die Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) aller Berliner Bezirksämter bearbeiten ressort- und ämterübergreifende Querschnittsaufgaben und sind für den Gesundheitsbereich u.a. zuständig für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung, für die Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie für die Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit.

Neben den Kernaufgaben der Gesundheitsämter ist im GDG eine zielgruppenorientierte Versorgung definiert. Entsprechend Abschnitt IV §8 des GDG richtet der ÖGD Berlin sein Angebot speziell an Menschen, deren Zugang zum Hilfesystem erschwert ist und deren komplexer Hilfebedarf besondere Koordinierung und Betreuung erforderlich macht. Dies gilt nach Abschnitt IV §8 4. explizit „für Opfer häuslicher oder sexueller Gewalt, einschließlich der Opfer des Menschenhandels [56]“.

## **5 Implementierungsprozesse in der Versorgungspraxis**

Nachdem die Inhalte der WHO-Leitlinien als Gegenstand der Implementierung und die Organisationsstruktur des ÖGD Berlin vorgestellt wurden, stellt sich die Frage, wie ein Implementierungsprozess in der Versorgungspraxis erfolgreich umgesetzt werden kann. Im Folgenden werden die Empfehlungen der WHO zur Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien betrachtet und ein Implementierungsmodell aus dem Bereich der Versorgungsforschung skizziert.

### **5.1 Implementierungsempfehlungen der WHO**

Für die erfolgreiche Integration der Leitlinien sind nach WHO „sorgfältig geplante, durch partizipative Entscheidungsfindung entwickelte Adaptions- und Umsetzungsprozesse“ erforderlich [8]. Bestehende nationale Empfehlungen oder Handlungsanweisungen sollten mit den Empfehlungen der Leitlinien abgestimmt werden. Unter Berücksichtigung der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen und den Anforderungen des länderspezifischen Gesundheitsdienstes

ist ein ganzheitlicher Prozess notwendig, der die Empfehlungen der Leitlinien in regionalspezifische Dokumente integriert. In diesem Kontext können Änderungen erfolgen, wenn diese nachvollziehbar und ausdrücklich begründet werden.

Die Erstellung eines Rahmenkonzeptes, in dem ein unterstützendes Umfeld zur Umsetzung der evidenzbasierten Praktiken in einem ganzheitlichen Prozess gefördert wird, spielt für die Umsetzung eine essenzielle Rolle. Auch der Überprüfung und Evaluation des Umsetzungsprozesses wird eine hohe Bedeutung beigemessen. Ziel dieser Evaluation ist eine Datenerhebung im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung von weiblichen Betroffenen von Gewalt. Die WHO hat in dem Dokument „Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators“ eine Liste von Indikatoren publiziert, die im Gesundheitsbereich Anwendung finden können [57]. Für einen Evaluierungsprozess im ÖGD sind in Übereinstimmung mit den WHO-Leitlinien folgende Indikatoren relevant [9]:

- „Anteil der Gesundheitsfachkräfte, die geschult sind zum Thema: Prävalenz und gesundheitliche Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen, Ersthilfe/einfühlsame Versorgung und verfügbare lokale Unterstützungsangebote“
- „Anteil der weiblichen Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen, die im Rahmen des Erstkontaktes mit Gesundheitsfachkräfte, nachdem sie sich anvertraut haben, eine Gefährdungseinschätzung erhalten haben“

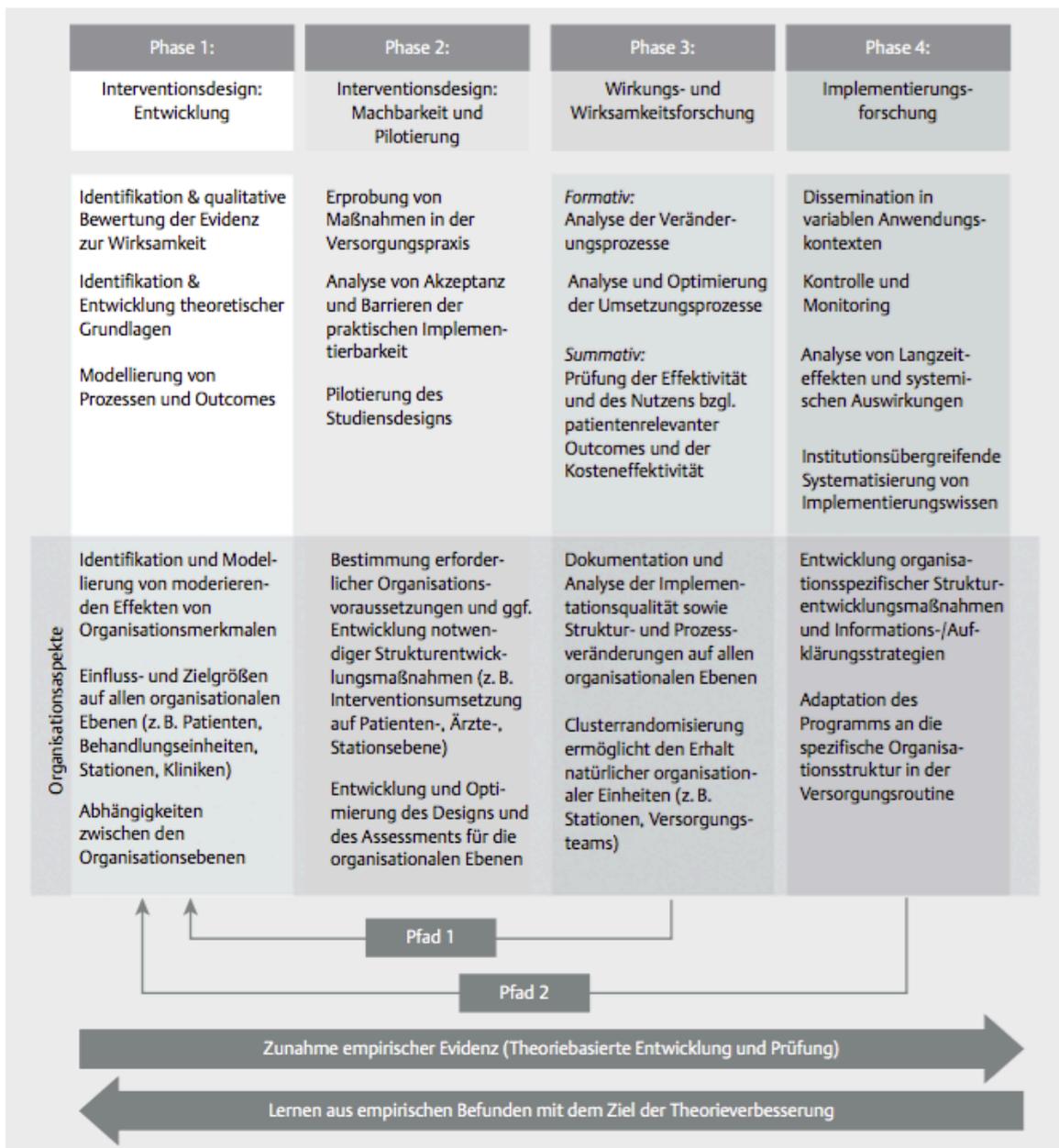
Publikationen zum Implementierungsprozess der WHO Leitlinien in Deutschland liegen bisher nicht vor. Die Implementierung anderer Handlungsempfehlungen für die Versorgung nach Gewalterfahrung wurden bisher lediglich im Rahmen regionaler Modellprojekte evaluiert [3, 58, 59].

## **5.2 Organisationsbezogene Implementierungsforschung**

Die Implementierungsempfehlungen der WHO finden sich in dem von dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) beschriebenen Vorgehen zur Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungssituationen wieder [60]. In einer konsentierten Veröffentlichung des DNVF sind methodische und konzeptionelle Ansätze beschrieben, die in einem Implementierungsprozess den organisationalen Kontext in besonderer Weise berücksichtigen. Die aus der Perspektive der organisationsbezogenen

Versorgungsforschung erweiterten Implementierungsmodelle berücksichtigen neben der theorie- und empiriebasierten Intervention auch die strukturellen Voraussetzungen der Organisation, in der die Implementierung stattfinden soll [61]. Um diese Bedingungen zu identifizieren bedarf es einer systematischen Analyse der institutionellen Strukturen und Rahmenbedingungen. Wie auch von der WHO betont, ist eine Standardisierung der Intervention nur bedingt möglich, da die Anforderungen und Ressourcen einer Organisation maßgeblichen Einfluss haben. Es bedarf demnach einer Anpassung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen an die lokalen personellen, strukturellen, materiellen und finanziellen Rahmenbedingungen [62]. Dies gilt insbesondere für die WHO-Leitlinien, die weltweite Versorgungssysteme adressieren. Bei den Adaptationsprozessen muss auf eine konzeptgetreue Umsetzung der unverzichtbaren Kernelemente geachtet werden. Dies muss im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen erfolgen, die in einem Evaluationsmodell konzeptionell berücksichtigt werden sollten. Eine Evaluation unterstützt den Implementierungsprozess, indem sie neben einer Überprüfung der patientenrelevanten Ziele auch die organisationalen Voraussetzungen beleuchtet [60]. Für die organisationsbezogene Versorgungsforschung wurde ein erweitertes Evaluationsmodell entwickelt (s. Abb. 3). Dieses vierphasige Modell berücksichtigt für eine praxisgerechte Implementierung die strukturellen und organisationalen Voraussetzungen, die qualitätsorientierte Programmadaptation, die Wirksamkeitsprüfung, und eine systematische Implementierung der als wirksam nachgewiesenen Programme in der breiten und heterogenen Versorgungspraxis. Das Modell ist prozessorientiert und implizit rückgekoppelt. In der Phase 3 können Evaluationsergebnisse Anlass zur Veränderung des Interventionskonzeptes geben, wie beispielsweise die Erweiterung auf einen neuen Fachbereich vor der Implementierung in den Versorgungsalltag. Aber auch die Ergebnisse der Evaluation nach der Implementierung können zu einer Modifikation der Intervention führen.

Das Modell könnte für den Implementierungsprozess der leitliniengerechten Interventionen nach Gewalt in Paarbeziehungen und nach sexualisierter Gewalt innerhalb der komplexen Organisationsstrukturen des ÖGD Anwendung finden.



**Abbildung 3: Organisationsbezogene Versorgungsforschung orientiert am Modell der Evaluation komplexer Interventionen** Quelle:[60]

## 6 Fragestellung und Ziel der Untersuchung

In diesem Forschungsvorhaben soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Wie können die WHO–Leitlinien „Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen“ im ÖGD Berlin eingeführt und strukturell verankert werden?

Daraus leiten sich folgende Unterfragen ab:

- Wie wird die aktuelle Versorgungssituation im ÖGD in Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt eingeschätzt?

- Welche Versorgungs- und Interventionsmöglichkeiten gibt es im ÖGD Berlin?
- Welche Entscheidungsstrukturen und Zuständigkeiten sind zu berücksichtigen? Welche Herausforderungen und Ressourcen sind damit verbunden?
- Welche Inhalte sollten in ein Rahmenkonzept für die Umsetzung der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin aufgenommen werden?

Aus der Analyse der organisationalen Strukturen des ÖGD Berlin sowie den Ressourcen und potentiellen Hemmnissen sollen Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der WHO-Leitlinien abgeleitet werden. Ziel der Studie sind Empfehlungen für den Implementierungsprozess einer leitliniengerechten Versorgung von Frauen nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt im ÖGD Berlin.

## **7 Methodisches Vorgehen**

### **7.1 Explorative Analyse mittels qualitativer Forschung und Wahl des Forschungsansatzes**

Explorative Ansätze verfolgen das Ziel, induktiv abgeleitete Erkenntnisse über die Forschungsfrage zu generieren, und daraus neue Konzepte zu entwickeln. Dabei eignet sich die qualitative Methode speziell für die Erforschung empirisch wenig untersuchter Zusammenhänge. In diesem Forschungsprojekt wird ein Gegenstand, die Implementierung einer Leitlinie, in einem besonderen Kontext, der komplexen Organisationsstrukturen des ÖGD Berlin, untersucht. Aus den generierten Erkenntnissen sollen Schritte für einen Implementierungskonzept entwickelt werden. Bisher gibt es keine Literatur zur Implementierung der WHO - Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem.

In der internationalen Gesundheitsversorgungsforschung wird qualitativen Studien ein fester Platz eingeräumt [63]. Quantitative Forschungsstrategien ermöglichen Erkenntnisgewinn über individuelle Einstellungen und Handlungen im praxisnahen Aufgabenfeld. Das besondere Potential qualitativer Methodik besteht darin, Alltagsorientierung herzustellen und unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen [64].

Der gegenstandabhängige und kontextnahe Charakter aller qualitativen Erhebungsmethoden erfordert ein anpassungsfähiges Kriteriensystem, das die aus der quantitativen Forschung bekannten Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität ersetzt aber gleichzeitig mehr Flexibilität gewährleistet. Im Prinzip handelt es sich dabei um modifizierte Formen der Validität, zu denen Transparenz (Nachvollziehbarkeit), interpersonaler Konsens (Gültigkeit von Interpretationen) sowie Repräsentativität (Stichprobe ist repräsentativ für die Grundgesamtheit) gehören [65]. Da es keine festen Grenzwerte dieser Gütekriterien geben kann, sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei allen qualitativen Befragungen sehr wichtig. Dazu zählen (vgl. [66]):

- Dokumentation und Reflexion der Forschungsprozesse zur Sicherung der Transparenz
- Triangulation von Daten, Untersuchenden, Theorien und Methoden
- Verwendung kodifizierter Methoden

Diese Aspekte wurden im methodischen Vorgehen bei diesem Forschungsprojekt berücksichtigt und werden im Folgenden erläutert.

## **7.2 Interviewmethode**

### **7.2.1 Expert\*inneninterviews**

In qualitativen Studien ist die Datenerhebung mit dem Instrument des leitfadengestützten Experteninterviews eine verbreitete und anerkannte Methode [67]. Das Expert\*inneninterview wird im Sinne von Gläser und Laudel (2005) als Methode eingesetzt, in der „besonderes Wissen“ von Menschen akquiriert wird, die aufgrund ihrer Position über spezielle Information verfügen. Experteninterviews sind somit über die spezielle Auswahl und den Status der Befragten definiert [68].

Das Erkenntnisziel dieses Forschungsvorhabens liegt in der Erhebung des Sachwissens der Expert\*innen. Bei dieser Art von „systematisierenden Experteninterviews“ dient nach Bogner (2014) das Interview der systematischen Informationsgewinnung, in der die befragte Person als „Ratgeber“ fungiert, von dem wir in „umfassender analytischer Weise bezogen auf Prozesswissen lernen“ [69]. Wenngleich der Fokus des Interesses auf einer strukturorientierten, objektivistischen Prozessbeschreibung liegt, ist auch die „subjektive Dimension“ des Expert\*innenwissens relevant. Das aus einer persönlichen Haltung und

subjektiven Erfahrung entstehende, für den professionellen Handlungsrahmen relevante Deutungswissen ist auch von Interesse und wird in der Auswertung des Materials differenziert betrachtet. Nach Hellferich (2014) wird davon ausgegangen, dass Expert\*innenwissen von der Person gelöst werden kann, da aufgrund von Ausbildung und Erfahrung ihr Wissen verallgemeinert werden darf [67]. Nach Flick (2002) lassen sich drei Hauptmerkmale des Expert\*inneninterviews zusammenfassen [70] :

- die Befragten müssen Expert\*innen für einen bestimmten Gegenstandsbereich sein
- der Fokus liegt auf dem Wissensschatz des Befragten, es besteht weniger Interesse an der Person und ihrer Biographie
- eine hohe Pragmatik in der Interviewführung mittels Leitfaden und der selektiven Datenauswertung

Diese Merkmale wurden für die Auswahl der Expert\*innen, die Konzeption des Interviewleitfadens und die Datenanalyse berücksichtigt.

### **7.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens**

Für diese Studie wurde ein Leitfaden konzipiert, in dem mit Thematisierungsbereichen und spezifischen Frageinhalten der Ablauf des Interviews festgelegt ist. Um das praxis- und erfahrungsbezogene Wissen fokussiert und differenziert zu erfragen, erfolgte eine Strukturierung des Themenfeldes und überwiegend konkrete Frageformulierungen. Dennoch bleibt der Ablauf des Interviews im Gegensatz zu standardisierten Erhebungsverfahren modifizierbar: Reihenfolge und Formulierungen können entsprechend dem Gesprächsverlauf verändert werden, so dass den Befragten die Möglichkeit der individuellen Darstellung von thematischen Gegenständen ermöglicht wird und eine Offenheit der Untersuchung gewahrt wird [71].

Der für diese Studie konzipierte Leitfaden gliedert sich in drei thematische Bereiche:

- Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt im ÖGD Berlin
- Strukturelle und organisationspezifische Gegebenheiten des ÖGD Berlin

- Maßnahmen für eine Implementierung der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin

Der Leitfaden wurde einem Pretest unterzogen, indem die Funktionalität, Zeiterfordernis und Verständlichkeit im Rahmen von 2 Interviews mit Mitarbeitenden eines Gesundheitsamtes reflektiert und angepasst wurde.

### **7.3 Datenerhebung**

#### **7.3.1 Ethische Aspekte der Expert\*innenbefragung und Datenschutz**

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden einmalig Expert\*inneninterviews mit erwachsenen Personen in der Funktion einer Gesundheitsamtsleitung durchgeführt. Entsprechend den Richtlinien der Ethikkommission der Charité Berlin entfällt die Notwendigkeit eines Ethikvotums bei Expert\*inneninterviews mit Erwachsenen die keiner vulnerablen Zielgruppe angehören. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und erfolgte nach informierter Einwilligung der Beteiligten. Alle angefragten Personen wurden bei der Kontaktaufnahme und unmittelbar vor dem Interview über Ziele, Methodik sowie Datenverarbeitung und -auswertung aufgeklärt und erhielten diese Information in verschriftlicher Form. Vor den Interviews willigten die Expert\*innen mit einer Einverständniserklärung, in der die Möglichkeit des Widerrufs zugesichert wurde, in die Studienteilnahme ein. Bei Nichtteilnahme entstand kein Nachteil für die angefragte Person.

Die Daten wurden vertraulich behandelt. Es erfolgte eine sorgfältige Pseudonymisierung, so dass zu keinem Zeitpunkt von Dritten Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Alle Daten, auch die Audiodateien, wurden in elektronischer Form gespeichert und sind nur der Verfasserin der Arbeit zugänglich. Die personenbezogenen Daten werden drei Monaten nach Verteidigung der Masterarbeit gelöscht. Die Audiodateien werden passwortgeschützt für zehn Jahre archiviert.

#### **7.3.2 Auswahl der Interviewpartner\*innen und Feldzugang**

In dieser Studie wurden 6 Amtsärzte, d.h. 6 Personen die eines der 12 bezirklichen Gesundheitsämter in Berlin leiten, als Expert\*innen aufgrund ihrer beruflichen Position adressiert. In dieser Funktion haben sie eigenständige Führungspflichten wie eine dezentrale Fach- und Ressourcenverantwortung, die Sicherstellung effizienter Aufbau- und Ablaufstrukturen, die Ergebnisverantwortung für

Produkte, und die Entscheidung über Steuerungsmaßnahmen (vgl. Kapitel 4.4). Sie verfügen über ein hochspezifisches Wissen hinsichtlich der organisationalen Prozesse im ÖGD Berlin und können aus der Innenperspektive praxiswirksame Kenntnisse zur komplexen Organisationsstruktur liefern. Zugleich setzt diese Stelle eine abgeschlossene Ausbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen voraus, so dass fundierte Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich Public Health vorliegen. Es ist davon auszugehen, dass die Expert\*innen die Bedeutsamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen, ihre Anpassung an die Zielgruppe und die Integration in die Versorgungspraxis der Gesundheitsämter einschätzen können. Die Anzahl der Interviews wurde auf 6 festgelegt. Dies hatte vor allem forschungspraktische Gründe und beruht auf einer strategischen Entscheidung der zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen.

Zunächst wurden alle Amtsleitungen der zwölf Gesundheitsämter in Berlin per mail angeschrieben. In dem Anschreiben wurden die Ziele der Studie erläutert und der Ablauf des Interviews skizziert. Zudem wurde die Einverständniserklärung mit Hinweisen zum Datenschutz versendet. Über diese mail-Anfrage sowie telefonische Kontaktaufnahme konnten 6 Interviewpartner\*innen gewonnen werden. Insgesamt gestaltete sich der Prozess der Rekrutierung als langwierig, da aufgrund der Corona-Pandemie die zeitlichen Ressourcen der Amtsleitungen äußerst begrenzt und auf die aktuelle Pandemieentwicklung konzentriert waren.

### **7.3.3 Charakteristika der Interviewpartner\*innen**

Das durchschnittliche Alter der Expert\*innen lag bei 52 Jahren. Alle Amtsleitungen hatten zusätzlich zu der Facharztausbildung für Öffentliches Gesundheitswesen einen weiteren Abschluss (Facharztausbildung Neurologie/Psychiatrie, Anästhesiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Hygiene und Umweltmedizin, Master of Public Health). Die Expert\*innen waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt seit 13 Jahren im ÖGD beschäftigt (5-29 Jahre) und seit 6 Jahren in der Position der Amtsleitung tätig (1-13 Jahre).

### **7.3.4 Vorgehen der Datenerhebung**

Die Expert\*inneninterviews fanden im Zeitraum vom 21.01.21 – 11.02.21 in den Büros der Amtsleitungen statt und dauerten im Durchschnitt 45 Minuten. Vor dem Interview wurde die Einverständniserklärung der Interviewpartner\*innen eingeholt. Zu Beginn wurde mit einem Kurzfragebogen Aspekte wie Geschlecht,

Alter, fachärztliche Ausbildung, Zeitraum der Tätigkeit im ÖGD bzw. Zeitraum der Tätigkeit als Amtsleitung erfragt, die einer Einordnung und der Strukturierung des Materials dienen. Darauf folgte das leitfadengestützte Interview, das mit einem Diktiergerät vollständig aufgezeichnet wurde. Mit einem Interviewbericht über Eindrücke von Gesprächssituation und weiteren Charakteristika der Aufnahmesituation wurde die Interviewsituation festgehalten, um den Einfluss des situativen Kontextes in der Auswertung zu berücksichtigen. Alle 6 Interviews wurden vollständig transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Die Transkription erfolgte entsprechend einfacher Regeln, die eine wortwörtliche Transkription festlegen, es aber erlauben, nicht-inhaltsrelevante non-verbale Elemente herauszulassen [72].

### **7.3.5 Reflexion des beruflichen Hintergrundes**

Der berufliche Hintergrund der Autorin ist im Hinblick auf die Durchführung und die Interpretation der Interviews von Bedeutung. Seit 4 Jahren bin ich im ÖGD Berlin als Ärztin und Leiterin eines Fachbereichs tätig. In diesen Jahren hat eine kritische Auseinandersetzung mit den organisationellen Rahmenbedingungen stattgefunden. Diese werden von mir ambivalent erlebt. Einerseits schätze ich die Handlungsspielräume, die beispielsweise im Rahmen der Sprechstundengestaltung, der Teamentwicklung und der fachlichen Schwerpunktsetzung bestehen. Andererseits erscheint das System in Teilbereichen rückständig. Innovative Prozesse finden nur bedingt eine systematische Verankerung und finanzielle und personelle Einschränkungen zeigen immer wieder Grenzen auf. Die Versorgung von Frauen nach Gewalterfahrungen ist für mich seit vielen Jahren ein zentrales Anliegen. Aufgrund meiner Tätigkeit im ÖGD und der Zielgruppe unserer Versorgungsangebote sehe ich eine große Notwendigkeit das Thema im ÖGD systematisch auf der Versorgungsebene zu verankern. Durch meine Teilnahme am Runden Tisch Berlin „Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt“ als Vertreterin des ÖGD konkretisierten sich Maßnahmen für eine Implementierung der WHO-Leitlinien in den Versorgungsalltag. Gleichzeitig blieb für mich die Organisationsstruktur des ÖGD hinsichtlich der strategischen Verortung dieser Maßnahmen und der Implementierung von neuen Prozessen intransparent. Somit stand für mich vor der Entwicklung eines an den ÖGD angepassten

Interventionsdesigns die Analyse der organisationalen Strukturen im Vordergrund. Dabei war meine, wenn auch begrenzte, Innenperspektive von Vorteil, denn über Prozesse und organisationsspezifischen Verfahren hatte ich Kenntnisse erworben.

Aus der Situation, dass ich als Teil des zu untersuchenden Systems einen internen Einblick habe und mit der Implementierung der WHO-Leitlinien eigene berufliche Ziele verbinde, ergibt sich eine große Herausforderung für die Erhebung und Interpretation der Daten. Aussagekräftige qualitative Forschung erfordert Reflexion von Subjektivität und eigenem Standort während des Forschungsprozesses [73]. Es ist notwendig, im Forschungsprozess kontinuierlich die eigene Standortgebundenheit zu reflektieren. Eine Herausforderung in der Interviewführung lag darin, dass ich als Leitung eines Fachbereiches die Interviews mit Amtsleitungen führte. Dabei war es hilfreich, dass ich zu 5 von 6 Interviewpartnern keine Arbeitsbeziehung hatte. Im Verlauf der Interviewsituation gab es wiederholt Momente, in denen bei mir die Unsicherheit auftrat, inwieweit ich mit meiner beruflichen Erfahrung auf die Aussagen der Expert\*innen reagieren sollte. Hier entschied ich mich für weitestgehende Zurückhaltung. Grund dafür ist, dass ich den Expertenstatus nicht in Frage stellen wollte und die Meinung der Expert\*innen nicht durch eine kritische Beurteilung beeinflussen wollte. Meine Erfahrung aus den Interviews ist, dass es für einen reflektierten Prozess hilfreich gewesen wäre, wenn ich meine eigene Rolle und meinen Bezug zu dem Thema gegenüber den Expert\*innen zu Beginn des Interviews erklärt und verdeutlicht hätte.

#### **7.4 Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Für die Analyse der Daten aus Experteninterviews finden sich in der Literatur eine Reihe von Verfahrensarten, die sich grundsätzlich unter dem Begriff der qualitativen Inhaltsanalyse subsumieren lassen [68, 74, 75]. Für die Auswertung von Expert\*inneninterviews gibt es nach Bogner (2014) kein „kanonisiertes, spezifisches Verfahren“, es muss vielmehr entsprechend der Fragestellung adaptiert werden [69]. In der Regel stehen, wie auch in diesem Forschungsvorhaben, inhaltsanalytische Auswertungsstrategien im Vordergrund, die darauf ausgerichtet sind, die Information aus dem Interview herauszufiltern welche explizit zur Beantwortung der forschungsrelevanten Untersuchungsfrage

beitragen können. Im Sinne der Gegenstandsangemessenheit können Auswertungsmethoden modifiziert werden, wenn sichergestellt ist, dass eine offene und den inhaltlichen Anforderungen der Untersuchung entsprechende Herangehensweise gewährleistet ist [66].

Für die Auswertung der Daten dieser Studie wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt [75]. Dieses mehrstufige Verfahren, das eine systematische Vorgehensweise mit festgelegtem Regelsystem für die einzelnen Auswertungsschritte ermöglicht, erfährt international und fachübergreifend hohe Anerkennung. Es basiert auf einer Kategorisierung des gesamten Materials. Die Interviewtexte werden mit Hilfe eines Kategoriensystems so geordnet, dass eine zusammenfassende Interpretation des Datenmaterials möglich ist. Ausgehend von der Forschungsfrage und dem Material wurde für die Inhaltsanalyse dieser Studie die Technik der „Strukturierung“ gewählt, mit dem Ziel „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, und unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“. Mayring unterscheidet bei der Analysetechnik der Strukturierung unterschiedliche Formen. Hier wurde die „inhaltliche Strukturierung“ angewendet, bei der die Struktur an „Themen, Inhalten und Aspekten“ des Gesamtmaterials ausgerichtet ist [75]. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse hat die „Identifizierung von Themen und Subthemen, deren Systematisierung und Analyse der wechselseitigen Relationen“ [76] zum Mittelpunkt und ist für das vorliegende Forschungsvorhaben zielführend.

#### **7.4.1 Analyseschritte und Entwicklung des Kategoriensystems**

Die Analyseschritte in diesem Forschungsvorhaben erfolgten in enger Anlehnung an die von Mayring beschriebene Technik. Das zentrale Moment dieser inhaltsanalytischen Technik ist es, jeden Materialteil in einem Raster von vorab definierten Kategorien einzuordnen. Die grundsätzliche Strukturierungsdimension wurde aus der Forschungsfrage und den Eckpunkten der WHO-Leitlinien abgeleitet und basiert auf den Inhalten des Interviewleitfadens (s. Anhang 1). Diese Strukturierung wurde weiter differenziert und zu einem Kategoriensystem zusammengestellt. Für eine trennscharfe und objektiv nachvollziehbare

Zuordnung des Materials unter eine Kategorie erfolgten die von Mayring für die strukturierende Inhaltsanalyse beschriebenen Schritte [75]:

- Definition der Kategorie

In diesem Analyseschritt wurde genau definiert welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen

- Ankerbeispiele

Es wurden konkrete Textstellen ausgewählt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten

- Kodierregeln

Es wurden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen

Das Interviewmaterial wurde zunächst in eine reduzierte Form gebracht, indem nur die inhaltstragenden Bestandteile beibehalten wurden. Durch einen ersten ausschnittswisen Materialdurchgang wurde erprobt, ob die Kategorien greifen und ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine eindeutige Zuordnung ermöglichen. Zunächst wurden die Textstellen im Material markiert, in denen die Kategorien angesprochen wurden. Diese relevanten Textstellen wurden paraphrasiert und als Ankerbeispiele für die einzelnen Kategorien identifiziert. In einem zweiten Schritt wurden diese „Fundstellen“ aus dem Text herausgeschrieben. Nach diesem ersten Materialdurchlauf wurde das Kategoriensystem überarbeitet und Definitionen angepasst.

Folgende Kategorien wurden definiert und für die endgültige Analyse der 6 Expert\*inneninterviews angewendet:

1. Stellenwert des Themas im ÖGD

Beschreibt die Verankerung des Themas „Gewalt“ im ÖGD und die Bedeutung, die das Thema bereits hat oder nach Ansicht der Expert\*innen haben sollte.

Weiter fiel unter diese Hauptkategorie die unterschiedliche Verortung in den einzelnen Fachbereichen

2. Grundverständnis der Arbeit und der Aufgaben im ÖGD

Beschreibt das Grundverständnis der Expert\*innen hinsichtlich der Arbeit im ÖGD und der gesetzlich verankerten Aufgaben. Dazu gehören auch die Annahmen der Expert\*innen zum Leitbild des ÖGD und der Umsetzung des Leitbildgedanken in der Versorgungsrealität

3. Umsetzung von Empfehlungen der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin
  - a. Angebot der Ersthilfe
  - b. Qualifizierung der Mitarbeiter
  - c. Notfallverhütung / HIV Postexpositionsprophylaxe
  - d. Psychologische Intervention

Beschreibt die grundsätzliche Haltung der Expert\*innen gegenüber der Einführung der WHO Leitlinien. Die Unterkategorien entsprechen den Eckpunkten der WHO – Leitlinien für eine Versorgung.

4. Ressourcen im ÖGD

Beschreibt alle Faktoren, die von den Expert\*innen im Hinblick auf die Implementierung der WHO-Leitlinien als förderliche Gegebenheiten genannt wurden

5. Hürden im ÖGD

Beschreibt alle Faktoren, die von den Expert\*innen im Hinblick auf die Implementierung der WHO-Leitlinien als hinderliche Faktoren genannt wurden

6. Strategieentwicklung

- a. Maßnahmen
- b. Entscheidungsstrukturen

In dieser Kategorie wurden alle Inhalte zusammengefasst, die von den Expert\*innen als zielführende Gesamtstrategie für eine Implementierung genannt wurden. Diese Hauptkategorie wurde durch zwei Unterkategorien differenziert. In der Unterkategorie „Maßnahmen“ wurden konkrete, praxisnahe Schritte zusammengefasst. In der Unterkategorie „Entscheidungsstrukturen“ wurden die Aussagen gesammelt, die sich mit politischen Entscheidung beschäftigen, die für eine Implementierung notwendig sind

7. Wissenschaftliche Begleitung im ÖGD

- a. Evaluation der Implementierungsmaßnahmen
- b. Forschung und Datenerhebung im ÖGD

Das Thema wurde zu Beginn in einer Unterkategorie der Kategorie „Hürden im ÖGD“ eingeordnet. Von allen Expert\*innen wurde es aber sehr ausführlich diskutiert und der mangelnden Forschung innerhalb des ÖGD eine herausragende Bedeutung beigemessen. Aufgrund dieser Bedeutsamkeit wurde eine neue Kategorie mit zwei Unterkategorien aufgenommen. In der

Unterkategorie „Evaluation“ wurden alle Aussagen zusammengefasst, die sich auf die im Rahmen von Implementierung notwendige Evaluation beziehen. Aussagen, die sich mit der mangelnden wissenschaftlichen Anbindung des ÖGD beschäftigen und die weitreichenden Konsequenzen defizitärer Datenerhebung und Forschung beleuchten wurden in einer weiteren Unterkategorie zusammengefasst.

#### 8. Außenwahrnehmung des ÖGD

Auch das Thema der Außenwahrnehmung des ÖGD wurde zunächst als Unterkategorie der Kategorie „Hürden“ subsumiert. Aussagen der Expert\*innen zum Image des ÖGD in der Bevölkerung und der unzureichenden Bekanntheit der vielfältigen Aufgaben traten jedoch von allen Expert\*innen in unterschiedlichem Kontext wiederholt auf. Zudem wurde dem Thema eine weitreichende Bedeutung zugemessen, so dass eine eigene Kategorie definiert wurde.

#### 9. Benefit der Leitlinien-Implementierung für den ÖGD

Betrifft Chancen und Vorteile für den ÖGD, die die Expert\*innen mit der Implementierung der WHO-Leitlinien verbinden.

#### 10. Rahmenkonzept für die Implementierung der WHO – Leitlinien

- a. Haltung der Leitung
- b. Qualifizierung / Fortbildung
- c. Entwicklung von Handlungsanweisungen
- d. Bedarfsermittlung
- e. Arbeitsgruppen und Netzwerke

Diese Kategorie wurde in enger Anlehnung an die im Leitfaden verwendeten Inhalte zum Konzept eines Rahmenplans entwickelt. Alle einzelnen Maßnahmen die von den Expert\*innen kommentiert wurden sind als Unterkategorie erfasst.

#### 11. Best-practice-Beispiele

Im Interview wurden alle Expert\*innen nach ihrer Erfahrung mit einem der Implementierung einer Leitlinie vergleichbaren Prozess gefragt. Die Antworten wurden unter dieser Kategorie aufgelistet

#### 12. Perspektiven der Implementierung

Hier wurden alle Aussagen zusammengefasst, die darlegen, für wie realistisch die Expert\*innen eine Umsetzung der WHO – Leitlinien innerhalb der nächsten Jahre halten.

Anhand dieser Kategorien wurden die Interviews systematisiert und kategorisiert. Der Kodierleitfaden mit der Definition der Kategorien, den Ankerbeispielen und der entsprechenden Kodierregeln findet sich im Anhang x.

### **7.5 Methodenkritische Einordnung**

Die gewählte Methode hat dem Forschungsanliegen und dem damit verbunden Erkenntnisinteresse gut entsprochen und sich insgesamt als zielführend erwiesen. Der wissenschaftliche Diskurs über die Methodologie des Expert\*inneninterviews ist gering und die Kriterien für die Auswahl einer Expert\*innen sind offen formuliert [77], doch die Befragung der Amtsleitungen hat sich als produktiver Zugang erwiesen. Dennoch ist zu bedenken, dass die ausgewählten Expert\*innen in ihrer amtlichen Funktion auch den politischen Interessen auf Bezirks- und Landesebene verpflichtet sind. Es ist davon auszugehen, dass ihre Äußerungen und Einschätzungen durch diese Rolle beeinflusst werden und kritische Inhalte eher zurückhaltend thematisiert werden. In den Aussagen der Expert\*innen zeigt sich teilweise eine große Spannbreite, die vermuten lässt, dass Perspektiven und Einschätzungen auch im Feld voneinander abweichen. Es erscheint daher sinnvoll, diese Ungleichheit bei zukünftigen Forschungsanstrengungen systematisch zu berücksichtigen und die unterschiedlichen Bedingungen der einzelnen Bezirke vorab zu analysieren. Auf die Problematik der subjektiven Interpretation bei der Durchführung der Interviews wurde bereits in Kapitel 7.3.5 eingegangen. Bei der Auswertung des Datenmaterials wurde auf eine Reliabilitätsprüfung verzichtet, d.h. die Überprüfung der Kategorien durch eine weitere Person erfolgte nicht. Diese Entscheidung musste aufgrund zeitlicher Ressourcen getroffen werden, auch wenn in diesem Punkt der Nachweis eines reliablen Verfahrens nicht gegeben ist.

## **8 Ergebnisdarstellung**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt. Die Art der Ergebnisdarstellung folgt den im vorherigen Kapitel dargestellten Kategorien.

## 8.1 Stellenwert des Themas im ÖGD / Perspektiven der Verankerung

Gewalt und die Versorgung von Menschen mit Gewalterfahrung wird grundsätzlich von allen Befragten als ein im ÖGD Berlin präsentenes Thema wahrgenommen. Es wird durchgängig davon ausgegangen, dass aufgrund der vielzähligen und vielfältigen Klient\*innenkontakte Gewalterfahrung eine Rolle im Versorgungsalltag des ÖGD spielt. Unterschiedliche Einschätzungen bestehen hinsichtlich des Umgangs mit dieser Thematik, bzw. ihres aktuellen Stellenwertes innerhalb der Versorgungsleistungen. Es wird tendenziell als ein Thema beschrieben, das eine hintergründige Rolle einnimmt und nicht durch eine strukturierte Ansprache thematisiert wird:

*„Das Thema (...) tritt (...) in den Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht so oder spielt nicht eine vordergründige Rolle, (...) ist aber verdeckt von Relevanz, das heißt es wird in der Regel ja nicht vordergründig thematisiert.“ (I-01, Z.4 ff.)*

*„Also ich glaube, dass wir was das Thema angeht diejenigen sind die bewusst Treffer landen indem wir danach suchen, aber wir sind keine Anlaufstruktur.“ (I-02, Z. 35-37)*

*„Das ist ein Thema was momentan vielleicht so mitgemacht wird, aber nicht selber mit einer Struktur hinterlegt ist (...). Ich denke aber nicht, dass es von uns persönlich, also von uns als ÖGD richtig angesprochen wird bisher.“ (I-03, Z14-15; Z23-24)*

Andere Expert\*innen geben dem Thema im Rahmen von Versorgungsangeboten des ÖGD eine größere Bedeutung:

*„Natürlich spielt das Thema bei uns eine Rolle (...). Ich glaube wir sind innerhalb der Stadt Berlin schon sehr gut aufgestellt.“ (I-05, Z.4 Z. 42-43)*

*„Das Thema spielt auf jeden Fall immer eine Rolle, weil wir in allen Kontaktbereichen (...) damit konfrontiert werden (...) denn es gehört ja zum alltäglichen Umfeld unseres Lebens dieses Thema. Und deshalb findet das auch im ÖGD logischerweise statt. Nicht immer kommt jemand zu uns, wir sind ja keine klassische Beratungsstelle dafür, aber wir haben ja viele Themenfelder die wir abbilden, und da ist es natürlich auch vertreten und Thema und wichtig für uns.“ (I-06, Z. 4 ff.)*

In den einzelnen Fachbereichen ist das Thema aufgrund der spezifischen Aufgaben mit den entsprechenden Zielgruppen naheliegenderweise mehr oder weniger stark verortet. So wird vor allem von einer hohen Prävalenz unterschiedlicher Gewalterfahrung im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) ausgegangen. Für das Thema sexuelle Gewalt wird das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung als eine spezialisierte Anlaufstelle gesehen. Festgelegte Handlungsabläufe, wie sie im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Rahmen der fachlichen Zuständigkeit beim Kinderschutz etabliert sind, gibt es für die Versorgung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt nicht.

Eine stärkere Verankerung des Themas Gewalt im Versorgungsalltag wird von allen Befragten befürwortet. Kompetenzerwerb in der Ansprache von Gewalterfahrung sehen alle Befragten als unerlässliche Voraussetzungen für eine verstärkte Präsenz und systematische Integration des Themas.

*„Also wenn in den Fachdiensten vielleicht auch noch mehr für dieses Thema sensibilisiert werden würde, mehr Kenntnis erlangt werden würde, auch mehr vielleicht die Fähigkeit wie spreche ich so etwas an. Es ist ja die Frage wie kann ich dieses Thema mit mehr Präsenz in der Beratung gestalten.“ (I-01, Z. 25-28)*

*„Na ich denke es ist wichtig auf jeden Fall wichtig diese Präsenz immer wieder zu haben. Das ist notwendig bei dem Thema. Auch eben gezielt darauf hinzuweisen. Nicht immer nur wenn jetzt jemand mit blauen Flecken vor dir sitzt steckt da Gewalt dahinter, sondern hinter welcher Fassade, hinter welchen Fragen kann es stecken. Und dass es tatsächlich immer eine Präsenz haben sollte in allen unseren Bereichen.“ (I-06, Z. 26-30)*

## **8.2 Grundverständnis der Arbeit und Aufgaben im ÖGD**

Die Auseinandersetzung mit der Frage, in welchem Maß das Thema der Versorgung nach Gewalterfahrung ein Thema des ÖGD Berlin ist oder sein sollte, ist eng mit einer Reflexion zum Selbstverständnis der Amtsleitungen über Ausrichtung und Kernaufgaben des ÖGD verbunden. Hier findet sich eine hohe Übereinstimmung der 6 Amtsärzt\*innen im Bezug auf die grundsätzliche Orientierung des ÖGD, wobei unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Alle sehen im Kontext von Beratung eine wertungsfreie Haltung und die Gewährung von Vertraulichkeit als eine Grundvoraussetzung für die Arbeit im ÖGD. Unter Professionalität wird auch ein unvoreingenommener Umgang mit tabuisierten Themen verstanden.

*„Aber es ist ein Vorzug des ÖGD. Menschen die ja hier arbeiten sind es denke ich so von ihrer Einstellung her auch gewohnt relativ barrierefrei sage ich jetzt einmal zu agieren und zu denken. Das gehört ja einfach hier eigentlich zum Portfolio wenn man im Gesundheitsamt arbeitet dazu.“ (I-06 Z. 265-268)*

Gleichzeitig ist das Verständnis von Gesundheit ganzheitlich, d.h. Beratungsthemen werden nicht isoliert behandelt, sondern beziehen beispielsweise den Sozialstatus und die familiäre Situation mit ein. Hinsichtlich der Zielgruppe ist die Zuständigkeit für die gesamte Bevölkerung unstrittig. I-02 und I-03 betonen als Alleinstellungsmerkmal des ÖGD die Erreichbarkeit von Menschen, die einen erschwerten Zugang zu Unterstützungsangeboten haben:

*„Und wenn wir diese Balance halten können, zugunsten der Partnerschaftlichkeit und des Empowerments dann sind wir auch die richtige Adresse für diese Klienten und diese Betroffenen. Das betrifft ja dieses Thema, das betrifft natürlich auch alle anderen*

*gesellschaftlichen Schichten die von Gewalt betroffen sind, oder die von Benachteiligung innerhalb der Versorgung betroffen sind.“ (I-04, Z. 152 ff)*

*„Also eine große Ressource ist eben, dass man Kontakt zu einem sehr großen Teil der Bevölkerung hat. Und dadurch eine große Reichweite. In verschiedene soziale Bereiche, in verschiedene Altersgruppen und wir eben auch von uns aus an die Leute herantreten können.“ (I-03 Z. 180-183)*

Dieser Zugang ist für die Arbeit im ÖGD elementar, und muss auch bei ordnungsbehördlichen Aufgaben durch eine auf „Partnerschaftlichkeit“ und „Empowerment“ geprägte Beziehung zur Bevölkerung beruhen. Mit dem Hauptanspruch der Prävention ist eine breite Aufstellung hinsichtlich des Aufgabenspektrums verbunden, das alle bevölkerungsmedizinisch relevanten Themen abdeckt und grundsätzlich sozialmedizinisch ausgerichtet ist.

*„Ja, unser Ansatz ist ja grundsätzlich sozialmedizinisch. Also bevölkerungsbezogen und mit sozialmedizinischem Denken.“ (I-01, Z. 258-259)*

*„Andere Hilfen fallen oft aus. (...) Da fällt vieles weg. Und deshalb machen es die Gesundheitsämter. Wie werden eigentlich in Zukunft, ich hoffe, dass das jetzt alle verstanden haben, nicht nur im Infektionsschutz sondern auch auf allen anderen Sektoren gebraucht. Und da ist dieses Thema sexuelle Gewalt und häusliche Gewalt auch ein wichtiger Bestandteil.“ (I-05, Z. 371ff.)*

Die Aufgaben und Leistungen sind im Gesundheitsdienstgesetz (GDG) formuliert und definieren den Zuständigkeitsbereich des ÖGD:

*„Die gesetzliche Grundlage ist für mich unstrittig. Die findet sich allein schon im Gesundheitsdienstgesetz bei dem Thema Prävention. Also eine fehlende gesetzliche Grundlage, also ich glaube an der mangelt es nicht.“ (I-01, Z. 211-213)*

Mit diesem Gesetz ist für alle Befragten die rechtliche Grundlage für eine Implementierung der Leitlinien erfüllt.

*„Jedes Bundesland hat ja ein Gesundheitsdienstgesetz, und wenn sie es unter der Prämisse nochmal beleuchten, da stehen ja die ganzen präventiven Aufgaben auch mit drin. Und ich bin mir relativ sicher, dass das was Sie von der WHO-Leitlinien zitieren, dass Sie das bereits in großen Teilen finden.“ (I-05, Z.394 ff.)*

### **8.3 Umsetzung der Empfehlungen der WHO-Leitlinien**

Zu den zentralen Empfehlungen, die laut WHO elementarer Bestandteil einer Versorgung nach Gewalterfahrung sein sollten, erfolgte eine Einschätzung der Expert\*innen hinsichtlich der Umsetzungsmöglichkeiten im ÖGD Berlin. Auch wenn für alle Befragten das Thema Gewalt im ÖGD präsent ist, unterscheiden sich die Expert\*innenmeinungen hinsichtlich des bereits bestehenden Versorgungsangebotes nach Gewalterfahrung. Neben der Annahme, dass Ersthilfe bereits partiell als „gelebte Praxis“ umgesetzt ist, wird auch die Ansicht vertreten,

dass eine Versorgung nach Gewalterfahrung bisher nicht Teil des Leistungsspektrums im ÖGD Berlin ist.

*„Also ein Großteil dieser Empfehlungen ist ja würde ich mal sagen schon Inhalt des professionellen Arbeitens in vielen Bereichen. Also der große Komplex der Ersthilfe und das Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen das ist ja Teil unserer Arbeit eh.“ (I-02, Z. 60-62).*

*„Also weshalb sage ich so spontan ja: das ist weil komprimiert eben in die wichtigsten Schwerpunkte ist es Thema und wie gesagt ich sehe unsere Aufgabe gerade auch als Amtsleitung darin, da immer wieder an den Stellschrauben zu drehen. Aber grundsätzlich ist es da, und die Empfehlungen sind auch geeignet mit diesen Eckpunkten und in der Zusammenfassung es konkret umzusetzen.“ (I-06-Z. 62 ff.)*

*„Also, wie der ÖGD bisher von seinem Aufgabenspektrum definiert ist, ist ja der Behandlungsbereich eher gering ausgeprägt, eher nur die subsidiäre Behandlung (...) Also da gibt es wahrscheinlich passendere Anlaufstellen.“ (I-02 Z.64 ff.)*

*„Was aber die Struktur angeht insofern als das wir uns als eine Art Auffangbecken verstehen könnten, da sind wir sicher überfordert. Also da glaube ich, wenn Gewalterfahrung im Vordergrund steht da sind wir nicht gut genug für.“ (I-02-Z. 156-158)*

Die große Spannbreite im Bezug auf Versorgungsangebote, die den Empfehlungen der Leitlinien entsprechen, zeigt auch, dass die Situation in den einzelnen Gesundheitsämtern durchaus unterschiedlich ist.

#### **8.4 Angebot der Ersthilfe**

Das Angebot der „Ersthilfe“, das u.a. empathisches Zuhören und eine wertungsfreie Haltung beinhaltet, wird als bereits angewendetes Beratungskonzept betrachtet, da es mit dem grundsätzlichen Verständnis einer professionellen Beratung im ÖGD übereinstimmt:

*„Also Punkt eins Ersthilfe das sind ja basics .....das ist ja das was ich ja generell erwarte. (...) Also ohne so diese Haltung einzunehmen, wertungsfrei und ohne auch den Kontext der Vertraulichkeit kann man aus meiner Sicht die Anforderung an den öffentlichen Gesundheitsdienst gar nicht erfüllen.“ (I-01, Z.65-69)*

*„Und ich denke dieses Angebot sollte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sein und da bin ich wieder bei den eingangs thematisierten basics und dazu gehört für mich eine wertungsfreie Haltung. Empathie und Wertfreiheit, also das ist für mich etwas ganz Wesentliches.“ (I-01, Z. 179-182)*

*„Das ist denke ich problemlos umsetzbar, weil es einfach Teil normalen ärztlichen Arbeitens sein muss ja, völlig klar.“ (I-02, Z.68 f.)*

##### **8.4.1 Qualifizierung der Mitarbeitenden**

Die Qualifizierung der Mitarbeitenden zeigt sich als Querschnittsthema, und ist für alle Expert\*innen ein entscheidender Schritt und elementare Voraussetzung um ein leitlinienentsprechendes Versorgungsangebot zu etablieren. In allen Gesundheitsämtern geht man bereits von einer professionellen Beratungskompetenz auf hohem Niveau aus und in einigen Bereichen gibt es

Erfahrung im Umgang mit Gewaltproblematiken. Schulungskonzepte, die grundlegende Information zur Thematik, zum Hilfesystem und zur Förderung von Sicherheit in der Gesprächsführung beinhalten, werden von allen Expert\*innen als entscheidender Schritt in der Maßnahmenplanung angesehen. Die Expert\*innen wünschen sich ein auf die Arbeit im ÖGD abgestimmtes, kontinuierliches Schulungskonzept, das auf die Spezifika der einzelnen Fachbereiche eingeht. Sie gehen davon aus, dass eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden teilweise schon vorhanden ist, sehen aber einen dringenden Weiterbildungsbedarf hinsichtlich des Ansprechens möglicher Gewalterfahrungen.

*„Viel hat das glaube ich auch mit Unsicherheit zu tun, das man denkt oh nein das möchte ich gar nicht wissen. Aber ich denke schon, dass man mit strukturierten Fragen, so wie man das ja auch in manchen Bereichen ja jetzt auch strukturiert nach Demenz irgendwie screent, das man mit ein paar strukturierten Fragen vielleicht die Tür öffnen könnte, damit man dann auch mehr erfährt und den Weg weisen kann. Dazu müssten natürlich die Leute die bei uns arbeiten erst mal geschult werden. Und man müsste ihnen selber klar machen was machst du mit so einer Information. Denn das ist ein großer Punkt, wie geht man dann mit so einer Information um.“ (I-03, Z. 25 ff.)*

*„Das heisst die Frage der Schulung und Fortbildung usw. wird dann etwas sein was nicht ein einmaliger Prozess ist sondern das wird etwas Kontinuierliches sein.“ (I02-Z.216-218)*

*„Ich glaube es ist ganz wichtig, dass die Mitarbeitenden, die sich dieser Thematik annehmen, dass die wirklich gut geschult sind, dass sie immer wieder neu geschult werden, wieder neu sensibilisiert werden, neue Herangehensweisen, Fragetechniken erlernen.“ (I-05 Z. 234 ff.)*

Ziel dieser Teamfortbildungen ist neben dem Erkennen von Klientinnen mit Gewalterfahrung und der damit verbundenen Chance für weitere Intervention auch die Unterstützung der Mitarbeitenden. Durch Schulung soll mehr Sicherheit und professionelle Routine im Umgang mit dem Thema erlernt werden. Zudem soll es die Handlungskompetenz der Mitarbeitenden stärken und ihnen Wertschätzung für ihre anspruchsvolle Tätigkeit vermitteln.

*„Ja, ja. Vor allen Dingen auch finde ich wichtig sensibilisiert. Wichtig auch Hemmungen zu nehmen. Also die Frage darf ich das ansprechen oder ist das schon zu /. Das ist ja genau auch unsere Aufgabe die wir haben, einen Zugang zu den Menschen finden. Und ich denke hier ist es wichtig entsprechend unseren Beschäftigten auch etwas an die Hand zu geben.“ (I 01-Z. 134 ff.)*

#### **8.4.2 Notfallverhütung / HIV Postexpositionsprophylaxe**

Das Angebot der Notfallverhütung, der HIV-Postexpositionsprophylaxe und der STI-Diagnostik wird überwiegend als ein spezialisiertes Angebot betrachtet, das sich nicht ohne weiteres in das Versorgungsangebot des ÖGD integrieren lässt. I-01 und I-03 sehen aufgrund der zeitlichen Arbeitsstruktur mit festgelegter Erreichbarkeit eine deutliche Einschränkung zu Leistungen, die in einem

definierten zeitlichen Rahmen stattfinden müssen. Auf der fachlichen Ebene wird das Angebot von allen Expert\*innen naheliegenderweise im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung verortet. Hier sieht I-06 bereits eine etablierte Angebotsstruktur.

### **8.4.3 Psychologische Intervention**

Eine wie von der WHO empfohlene psychologische Kurzintervention halten alle Amtsleitungen für grundsätzlich denkbar, da die Profession in einigen Fachbereichen vertreten ist. Am Thema der psychologischen Beratung zeigt I-02 eine grundsätzliche Diskussion des ÖGD im Bezug auf seine Zuständigkeit auf: ein psychologisches Therapieangebot müsste im ÖGD strukturell ganz neu verankert werden und würde in Konkurrenz zu psychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung treten. Auch wenn die Etablierung eines verstärkt therapeutisch orientierten psychologischen Angebotes einen langwierigen Prozess voraussetzt, sieht man in diesem Versorgungskonzept Vorteile, da man das therapeutische Angebot in Berlin als unzureichend einschätzt und den ganzheitlichen, multidisziplinären Ansatz des ÖGD auch im Therapiesetting für sinnvoll erachtet.

## **8.5 Ressourcen und Hürden für die Implementierung der Leitlinien**

### **8.5.1 Ressourcen**

Alle Befragten sehen im ÖGD Berlin weitreichende Ressourcen, die einen Implementierungsprozess positiv beeinflussen und motivieren. Grundsätzlich wird eine hohe Versorgungskompetenz im ÖGD vorausgesetzt:

*„Aber insgesamt als ÖGD haben wir da schon ein Pfund mit dem man wuchern kann und wo die Leute dann eben bei uns auch ganz gut eine Umsetzung dieser Leitlinien erfahren ohne es zu merken.“ (I-02, Z.180 f.)*

Die große Reichweite aufgrund des Zugangs zur gesamten Bevölkerung bietet enormes Potential und die Erfahrung in der Versorgung unterschiedlichster Zielgruppen setzt eine hohe Diversitätskompetenz voraus. Die Organisationsstruktur der Gesundheitsämter mit multiprofessionellen und interdisziplinären Teams in den einzelnen Fachbereichen wird als großer Vorteil für die Versorgung im Kontext von Gewaltproblematik gesehen. Der Zugang zu den Angeboten ist mit einer offenen Struktur hinterlegt. Sowohl offene Sprechstunden als auch Hausbesuche und aufsuchende Arbeit gewähren niedrigschwellige Versorgungsangebote. Aufgrund seiner Aufgaben und Zuständigkeiten verfügt der

ÖGD über Zugangsmöglichkeiten, die in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens so nicht gegeben sind:

*„Also eine große Ressource ist eben, dass man Kontakt zu einem sehr großen Teil der Bevölkerung hat. Und dadurch eine große Reichweite. In verschiedene soziale Bereiche, in verschiedene Altersgruppen und wir eben von uns aus an die Leute herantreten können. Nicht so wie in der Praxis, da muss man ja erst mal dorthin kommen um diese Information zu bekommen. Also das ist glaube ich eine große Ressource des ÖGD.“ (I-03, Z. 180 ff.)*

*„Und deswegen passt es auch sehr gut in den ÖGD, weil der eben für die gesamte Bevölkerung da ist, und nicht nur für bestimmte Teile. Und ich glaube eine große Erreichbarkeit sicherstellen kann.“ (I-03, Z. 293-295)*

*„Das war eigentlich auch unsere Domäne im ÖGD. Eben aufsuchend tätig werden zu können, die Menschen da abholen, wo sie sind, wo sie vielleicht auch Probleme sehen oder sie vielleicht eben zu integrieren.“ (I-06, Z. 144-146)*

*„Gesundheitsamt darf ja vieles im Rahmen seines bevölkerungsbezogenen Ansatzes was ein niedergelassener Arzt oder ein Arzt im Krankenhaus nicht darf.“ (I-01, Z.280-282)*

Als sehr wertvolle Ressource wird von allen Befragten der Faktor „Zeit“ in besonderer Weise herausgestellt, die im Vergleich zum ambulanten und stationären System eine ÖGD-spezifische Versorgungssituation ermöglicht:

*„Dieser ganze Bereich von Erkennen, das Thema ansprechen, auch Wege weisen wie es weiter gehen kann oder wo man Hilfe bekommt, ich glaube da ist der ÖGD sehr gut verortet, weil der ÖGD auch sehr nah in manche Bereiche rein kommt und auch mehr Zeit vorhanden ist, als jetzt im klassischen Versorgungssystem.“ (I-03 Z. 75 ff.)*

Eine grundlegende Ressource, die von allen Befragten in mehrfacher Hinsicht betont wird, ist ein ausgeprägtes Netzwerk mit etablierten Weiterleitungsstrukturen, in der der ÖGD häufig eine „gatekeeper – Funktion“ einnimmt und Klientinnen in die spezialisierten und bedarfsgerechten Versorgungsangebote überweisen kann. In diesem Zusammenhang wird auch die Unabhängigkeit des ÖGD als eine Ressource betont, die in anderen Institutionen aufgrund von systemimmanenten Abhängigkeiten oder durch Wettbewerb nicht vorausgesetzt werden kann. Auch die gesicherte Finanzierung des ÖGD über den öffentlichen Haushalt, die ihn von kommerziellen Interessen unabhängig macht, wird als großer Vorteil gesehen.

### **8.5.2 Hürden**

Die Finanzierung eines neuen Angebotes wie ein leitliniengerechtes Versorgungsangebot nach Gewalterfahrung wird von allen Befragten als eine Hürde eingeschätzt:

*„Die Hürde ist immer das Geld, die Finanzierung. Also wenn sie Menschen haben die sich für dieses Thema interessieren, die sagen wir wollen etwas auf die Beine stellen, dann ist die Frage immer wo und wie lässt sich dieses Angebot finanzieren.“ (I-01 Z. 313 ff.)*

Dabei steht die Finanzierung von neuen Personalstellen im Vordergrund:

*„Ja, eine Hürde ist immer da wo wir sagen oh da brauche ich Geld und da brauche ich Personal.“ (I-02 Z. 185 f.)*

*„Allerdings ganz klar ist es immer ein personelles Problem. Hätten wir noch mehr Personen die in diesem Bereich tätig wären, könnten wir natürlich auch Prävention machen.“ (I-05 Z. 142-144)*

Für eine Finanzierung neuer Angebote muss zunächst geprüft werden, ob sie den gesetzlichen Aufgaben entsprechen und sich nicht mit Angeboten der Regelversorgung überschneiden, d.h. dem Subsidiaritätsprinzip entsprechen:

*„Im Sinne von einer Doppelstruktur die dann gar nicht subsidiäres mehr hat, sondern ein Parallelangebot darstellt. Das ist in manchen Bereichen des ÖGDs jetzt schon eine nicht ganz unriskante Geschichte. Also wenn wir denken was so Pflegestützpunkte leisten und was Beratungsstellen für Behinderte leisten, da gibt es größte Überschneidungen, und das gefährdet uns dann auch, weil wir dann nicht mehr richtig subsidiär sind, weil immer die Frage auftauchen kann wieso müssen die das haben, wir haben so etwas schon drei Mal im Bezirk. Das ist am Ende eine Finanzierungsfrage.“ (I-02 Z.197ff.)*

Personalmangel im ÖGD wird von allen Expert\*innen als eine große Hürde thematisiert und die Attraktivität des ÖGD für medizinisches und anderes Fachpersonal als gering eingestuft:

*„Die muss man besser bezahlen um die Attraktivität zu erhöhen. Um so komplexe Dinge auch für zum Beispiel Sozialarbeiter attraktiv zu machen, für unsere Ärzte attraktiv zu machen. Alle Berufsgruppen spielen ja darein. Also auch unsere Psychologen, also diese Multiprofessionalität und dieses im Team arbeiten ist ja was uns ausmacht.“ (I-06 Z. 151 ff.)*

I-06 sieht auch in der Kosten-Leistungs-Rechnung eine mögliche Hürde, da in diesem Abrechnungssystem besonders die zeitintensiven Beratungen zu einer negativen Bilanz führen. Die Wahrnehmung des Gesundheitsamtes als „Amt“ und „Behörde“ mit „verkrusteten Strukturen“ und die damit verbundene Hemmschwelle ein Versorgungsangebot nach Gewalterfahrung in Anspruch zu nehmen wird mehrheitlich thematisiert. Auf Barrieren die sich aufgrund dieser Außenwirkung des ÖGD ergeben, wird im Kapitel 8.8 ausführlich eingegangen.

## **8.6 Strategieentwicklung**

Ein Strukturwandel wird von den Expert\*innen nicht als notwendig erachtet. Vielmehr geht es um die Optimierung der vorhandenen Strukturen und um die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie.

*„Die gegebenen Strukturen erlauben die Implementierung dieser Leitlinien ganz klar. Aus meiner Sicht braucht es hier keine Veränderung auf Strukturebene. Es braucht den Willen dazu. (...) Ja, die strategische Ausrichtung ist wichtig.“ (I-04 Z. 189-193).*

### **8.6.1 Maßnahmen**

Ist die Entscheidung für die Implementierung gefallen, geht es um die Entwicklung einer abgestimmten Maßnahmenplanung mit konkreten, praxisnahen Schritten. Für alle Befragten sollte die Implementierung der WHO-Leitlinien eine Gesamtstrategie sein, die ihre fachliche Verankerung in den Gesundheitsämtern findet.

*„Ich glaube die Fachlichkeit liegt bei uns und sollte auch bei uns gelebt werden. Das heißt unser ärztliches und nichtärztliches Personal erkennt, was an der Basis für Bedarfe entstehen. Und von dort aus mit dem Selbstverständnis und Selbstbewusstsein auch, dass wir hier auch Versorgungsthemen anklicken können. Ich glaube, wenn wir das Thema Leitlinienentwicklung in die politische Ebene schieben, dann letztendlich vergeben wir uns die Schwerpunktsetzung unserer Fachlichkeit.“ (I-04 Z. 312 ff.)*

Ein Versorgungsauftrag von Senats- oder Bundesebene wird nicht als notwendig oder hilfreich eingeschätzt:

*„Ich bin kein Freund davon, dass man sagt so jetzt habt ihr hier das Thema. Weil das signalisiert und das fände ich falsch, das signalisiert ihr habt das ja bisher noch nicht bearbeitet. Und es gehört ja zum Selbstverständnis unserer Arbeit. Und da fände ich es dann ein falsches Signal dann zu sagen, so jetzt fangen wir an.“ (I-06 Z. 230 ff.)*

Voraussetzung ist, dass das Thema für die Amtsleitung ein priorisiertes Thema mit hoher Public-Health-Relevanz ist. Die Amtsleitung muss den Prozess initiieren, steuern und nachhaltig unterstützen. Dies beginnt mit der Einführung des Themas in den Fachbereichen. Auf dieser Ebene erfolgt der fachliche Austausch und die Entwicklung eines Umsetzungskonzeptes. Dafür werden unterschiedliche Methoden wie Bildung von Arbeitsgruppen, workshops und Teamtage vorgeschlagen.

*„Also neben den Teamgesprächen mit den Fachbereichsleitungen auch nochmal einzeln in die Bereiche schaue, mir da auch nochmal Vorschläge einholen, wie könnten wir es gut umsetzen, wo sehen die Bereiche nochmal ganz gezielt Möglichkeiten die sie umsetzen wollen mit ihren Mitarbeitern vor Ort. Dass man nochmal sammelt, strukturiert und dann nochmal insgesamt vielleicht in einem workshop-Charakter der auch moderiert wird nochmal zusammenträgt.“ I-06, Z. 200 ff.)*

Parallel wird ein Schulungskonzept für den ÖGD entwickelt, in dem die Spezifika der einzelnen Fachbereiche berücksichtigt werden. Die Konzeptvorschläge der einzelnen Gesundheitsämter werden im Gremium der Amtsärzt\*innen zusammengetragen und in einem Konsenspapier zusammengefasst. Nachdem dieses Gremium ein gemeinsames Ziel formuliert hat, wird die Senatsverwaltung

für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit dem Ziel finanzielle Mittel und personelle Kapazitäten zu gewinnen, eingebunden.

*„Also es gibt ja geregelte Wege wie man dieses Anliegen dann auf diese Ebene bringt, also auch mit wem man im Vorfeld darüber Gespräche führt auf Senatsebene. Mit welchem Referat man erst mal auch sozusagen dieses Thema sondiert. Da gibt es Strategien.“ (I-01 Z. 399 ff.)*

Denkbar ist nach Expert\*innenansicht auch, dass vor Einführung einer berlinweiten Umsetzung zunächst ein Pilotprojekt gesetzt wird. Modellprojekte konnten in der Vergangenheit im Rahmen von zeitlich begrenzten Stellen, sogenannten Beschäftigungspositionen, über den Senat finanziert werden. Die Einrichtung einer überregionalen Stelle, die ein Konzept der Öffentlichkeitsarbeit und der Fort- und Weiterbildung für alle bezirklichen Gesundheitsämter entwickelt, wird als unterstützende Maßnahme von I-03 vorgeschlagen.

## **8.6.2 Entscheidungsstrukturen**

Die Schwerpunktsetzung und der politische Wille sind für den Umsetzungsprozess essenziell.

*„Nee, ich glaube tatsächlich jetzt das Thema Sensibilisierung und differentialdiagnostische Kompetenzen das ist eine politische und ärztliche Schwerpunktsetzung. Die will man und kann man setzen oder die will man halt nicht setzen. Die Ressource dahinter, um die es geht, ist grundsätzlich überall knapp und insofern taugt die sehr gut zum Verwehren der Umsetzung. Aber sie taugt auch ebenso gut dazu, dass man sich dieser Aufgabe oder jeder Public-Health relevanten Aufgabe zuwendet.“ (I-04 Z. 130 ff.)*

Eine Implementierung ist von der Überzeugung der Amtsleitungen abhängig. Wird in dem Gremium der Amtsärzt\*innen mit einer Stimme gesprochen, ist die Voraussetzung für eine Umsetzung der Leitlinien geschaffen.

*„Also Sie brauchen erst mal eine Einigkeit auf der Ebene der Amtsleitungen, weil das etwas ist, was nur von oben reingetragen werden kann.“ (I-02 Z. 353-354)*

*„Wir haben schon eine ganz große Manpower und wir haben einen ganz großen Wirkungsbereich. Dadurch dass wir fachlich gesehen uns auch keine Vorschriften gemacht werden können, können wir schon initiieren und können wir schon auch vorantreiben. Und wenn wir diese Leitlinien implementieren wollen, bzw. gucken wollen ob da noch mehr geht, dann könnten wir das in unserer Konstellation hervorragend tun.“ (I-05 Z. 263 ff.)*

Die Entscheidung für die Implementierung der Leitlinien sollte nach dem überwiegenden Anteil der Befragten auf Landesebene fallen.

*„Ja, die politische Entscheidung, das ist ganz klar eine gesamtstädtische Frage. Das kann nur auf Landesebene entschieden werden.“ (I-02, Z. 232-233)*

Zusammengefasst setzt die Umsetzung der Leitlinien den Willen der Amtsleitungen voraus, gefolgt von einer gemeinsamen Positionierung innerhalb

des Gremiums der Amtsärzt\*innen. Mit bezirklicher Unterstützung durch die Stadträte und der Gewinnung von weiteren Akteuren wird eine gemeinsame Strategie von Bezirk und Senat als zielführend betrachtet. Ein Auftrag von Bundesebene wird von dem überwiegenden Teil der Befragten nicht als förderlich angesehen. Lediglich I-01 sieht in der Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit den Vorteil, dass eine Umsetzung schneller erfolgen könnte.

*„Schneller geht der Auftrag von oben. ... Weil dann auch über die Frage, ob das überhaupt notwendig ist nicht gestritten werden muss Da ist man gleich beim Thema wie setzt man etwas um und stellt nicht erst die Sinnfrage. Wenn die politische Ebene schon Einigkeit erzielt hat, dass es sinnvoll ist, wird es direkt um die Umsetzung gehen Der Weg ist dann sehr abgekürzt“ (I-01 Z. 417 ff.)*

I-04 sieht in der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen eine Institution, die mit bundesweiten Standards für den ÖGD einen Implementierungsprozess unterstützen könnte.

## **8.7 Wissenschaftliche Begleitung im ÖGD**

Die Datenanalyse zeigt, dass das Thema der wissenschaftlichen Begleitung und Forschung im ÖGD sehr präsent und von übergeordneter Bedeutung ist. Für alle Expert\*innen ist dieser Themenkomplex hochrelevant und von herausragender Wichtigkeit. Gleichzeitig zeigt sich in diesem Bereich ein strukturelles Defizit und dringender Handlungsbedarf.

*„Wissenschaftliche Begleitung von Dingen die wir tun, das ist unser Überlebenselexier.“ (I-2, Z. 322)*

*„Ich bin auch totaler Kritiker gegen die Haltung, dass wir immer noch etwas behaupten als Gesundheitsämter, aber das nicht belegen. ... Ich denke das ist unsere größte Schwäche.“ (I-04 Z. 258-59)*

### **8.7.1 Evaluation der Implementierungsmaßnahmen**

Eine Evaluation von Prozess und Ergebnis wird von allen Expert\*innen als zentrale und unabdingbare Voraussetzung angesehen. Vor der Verstetigung und strukturellen Verankerung eines neuen Versorgungsangebotes sollte begleitende Forschung und eine Wirksamkeitsprüfung erfolgen. Dies ist nicht zuletzt notwendig um Versorgungsziele mit Interventionskonzepten zu verbinden, und eine gesundheitspolitische Position einzunehmen.

*„Und sie ist auch die Rechtfertigung für alles. Also wenn Sie keine Zahlen haben, dann können sie auch politisch nicht argumentieren.“ (I-02, Z. 344-45)*

*„Wenn Sie bei der Frage sind der Finanzierung, der personellen Ressource die sie benötigen, ist es gut das Ganze wissenschaftlich legitimiert auch zu sehen. Also dass die Forschung auch zu Ergebnissen führt auch im Sinne der Weiterentwicklung.“ (I-01 Z. 490-91)*

*„Wenn die [Versorgungsaufgabe] messbar ist, wenn sich die messen lässt, wenn man sie empirisch belegen kann, dann bekommt das auch Gewicht.“ (I-04, Z. 235)*

### **8.7.2 Forschung und Datenerhebung im ÖGD**

Unzureichende Forschung, mangelnde Datenanalyse und eine fragmentarische wissenschaftliche Anbindung ist für alle Befragten eine große Schwäche des ÖGD.

*„Na, da ist der ÖGD insgesamt noch etwas schwach. Das ist zwar ein dauerhaftes Thema, aber da sind wir bisher nicht vom Fleck gekommen.“ (I-01, Z. 496-497)*

Es gibt keine konsistente Anbindung an universitäre Einrichtungen oder Forschungsinstitute und nur punktuell etablierte Forschungsnetzwerke zwischen Public-Health-Forschung und ÖGD. Aufgrund der fehlenden Struktur für interorganisationale Kooperation hinsichtlich epidemiologischer Fragestellungen geht ein großer Datenschatz verloren.

*„Denn egal was wir machen, wir gewinnen natürlich viele Daten und das kann man dann auch strukturiert machen, aber hinterher passiert eben nicht mehr sehr viel.“ (I-05, Z. 349-50)*

*„Und die Themen, und das ist ja der Punkt, richten sich eben nicht nur nach Politikberatung, sondern auch nach der Datenlage und die Daten werden generiert in den unterschiedlichen Fachbereichen. Aber sie müssen auch noch analysiert und ausgewertet werden.“ (I-04, Z. 2279 ff.)*

Eine engere Zusammenarbeit mit der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (QPK) (s. Kapitel 4.4), wird von allen Befragten gewünscht. Ein Lehrstuhl für Öffentliche Gesundheit und der damit verbundenen systematischen Integration des ÖGD in universitäre Lehre und Forschung wird angestrebt, aber nicht als naheliegende Entwicklung gesehen.

*„Und einer meiner größten Träume ist ohnehin, dass man eine Anbindung an die Universität hätte, nämlich im Sinne auch Öffentliches Gesundheitswesen als Lehrstuhl. Weil da gehört es hin.“ (I-05, Z.343 ff.)*

### **8.8 Außenwahrnehmung des ÖGD**

Ein weiteres zentrales Problem, das die Implementierung neuer Konzepte erschwert, ist für alle Expert\*innen die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD. Die vielfältigen Angebote des ÖGD und die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung sind der Bevölkerung nur wenig bekannt.

*„Wenn jetzt die Bevölkerung gefragt wird, was ist denn eigentlich Öffentlicher Gesundheitsdienst oder was machen die im Gesundheitsamt, dann würden die wahrscheinlich alle sagen, na die kümmern sich doch auch um die Covid-Pandemie. Mehr wissen die aber nicht. Und das finde ich sehr schade. Ich denke man muss viel mehr Ressource reingeben um Öffentlichkeitsarbeit zu machen und ja, einfach den Bekanntheitsgrad dessen steigern, was eigentlich schon da ist.“ (I-05, Z. 166 ff.)*

Zudem haftet dem ÖGD immer noch das Ansehen einer behördlichen Einrichtung mit rückständigen Strukturen an. Alle Befragten thematisieren dieses Image im Bezug auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und sehen darin auch im Hinblick auf gewaltpräventive Angebote eine mögliche Zugangsbarriere:

*„Wenn so der Eindruck dann vorliegen soll ich gehe jetzt in ein Amt, ich gehe jetzt in dieses Gebäude als Amt, wenn das eine Hemmschwelle sein sollte ist es ja auch möglich dieses Angebot an anderer Stelle verorten. Es ist die Frage wie offen wie zugangsfreundlich so auch ein Gesundheitsamt wahrgenommen wird.“ (I-01, Z. 291 ff.)*

*„Also ich denke, dass das unsere Rolle etwas überstrapaziert insofern als dass wir ja als öffentlicher Gesundheitsdienst leider gar nicht die Position haben dass wir so wahrgenommen werden von der Bevölkerung. Dass man uns einfach in Anspruch nehmen kann wenn ein Problem besteht. (...) Aber grundsätzlich sind wir als Gesundheitsamt keine etablierte Struktur die niedrigschwellig Angebote bereithält für alle, die auch so verankert sind im Bewusstsein.“ (I-02 Z.24 ff.)*

*„Na immer noch dieses: das Amt. Also dass man denkt oh Gott das sind so verkrustete Strukturen und ja da brauche ich gar nicht nachfragen mit so etwas kennen die sich nicht aus.“ (I-03 Z. 192)*

Die Wahrnehmung des ÖGD in der Bevölkerung wirkt auch auf das professionelle Selbstverständnis der Mitarbeitenden. Fehlende Wertschätzung und Anerkennung der Tätigkeit kann die Bereitschaft und das Interesse neue Versorgungsthemen in das Angebotsspektrum zu integrieren negativ beeinflussen.

*„Es geht ja nur darum, dass wir das Verständnis innerhalb unserer Rolle im Gesundheitsamt auch bewusst werden. Und wenn uns das gelingt dann zu implementieren, und wenn es eine Selbstverständlichkeit ist, dass wir das dann auch mit Daten und Erhebungen öffentlich machen, dann ist auch ein riesen Gewinn geschaffen aus diesem Komplex den wir haben, das wir ja nur Schreibtischärztinnen und -ärzte sind. Dass wir da raus kommen, dass wir nur Amtsärzte sind, sondern dass wir auch Ärztinnen und Ärzte sind, die einen Versorgungsauftrag haben, der sich auch empirisch ablesen lässt.“ (I-04, 297 ff.)*

## **8.9 Benefit der Leitlinien - Implementierung für den ÖGD**

Mit dem Implementierungsprozess werden auch Chancen für den ÖGD verbunden. So sehen die Expert\*innen einvernehmlich, dass eine Implementierung der WHO-Leitlinien die Qualität von Beratung durch Professionalisierung und Qualifizierung verbessern kann. Mitarbeiter\*innen profitieren von dem Zugewinn an Fachlichkeit und Beratungskompetenz und erfahren durch strukturierte und damit sichtbar gemachte Prozesse zur Versorgung nach Gewalterfahrung auch einen Zugewinn an Wertschätzung für ihre Tätigkeit.

*„Also ich finde es immer gut solche Sachen nochmal bewusst zu machen, weil das auch die Haltung aller Leute die hier arbeiten nochmal unterstützen und bestärken kann. (...) Ich glaube, dass das bei vielen nochmal einen kleinen Kick gibt.“ (I-02, Z.284 ff.)*

Mit einer über das Gesundheitsamt hinausgehenden positiven Wirkung in den gesundheitspolitischen Raum rechnet I-04 aber nicht. Dafür müsste das Thema der gesundheitlichen Versorgung nach Gewalt deutlich mehr politisches Gewicht bekommen. Expert\*in I-05 sieht mit einer Implementierung der Leitlinien in Berlin eine positive Signalwirkung und geht davon aus, dass der ÖGD bundesweit von einem Berliner Modellprojekt profitieren kann. Expert\*in I-06 sieht den Gewinn vor allem in der Möglichkeit mit dem Implementierungsprozess Angebote strukturierter zu verankern und diese dann gewinnbringend im Rahmen eines Netzwerkes bekannt zu machen.

### **8.10 Rahmenkonzept für die Implementierung der WHO – Leitlinien**

Mit dem Ziel die einzelnen Schritte für ein zukünftiges Rahmenkonzept der Leitlinienimplementierung so konkret wie möglich aufzuzeigen, wurden die Expert\*innen gebeten, folgende Inhalte zu priorisieren:

- Haltung der Leitung zum Thema
- Qualifizierung / Fortbildung
- Entwicklung von Handlungsanweisungen
- Bedarfsermittlung / Zielgruppe/ Forschung
- Arbeitsgruppen / Qualitätszirkel
- Aufbau eines Netzwerkes
- Evaluation

Eine Priorisierung der Inhalte war für die Expert\*innen nur bedingt möglich, da für sie die Schritte eng miteinander verzahnt sind. Die Bedeutung von Forschung und Evaluation ist auch in der Maßnahmenplanung von hoher Bedeutung, wurde aber bereits in Kapitel 8.7. erläutert.

#### **8.10.1 Haltung der Leitung**

Die Haltung der Amtsleitung ist für alle Expert\*innen das Schlüsselkriterium für die Implementierung der Leitlinien. Ohne eine überzeugte Haltung der Leitung zum Thema Versorgung nach Gewalterfahrung ist eine Umsetzung in den Fachbereichen nicht möglich. Die Amtsleitung muss den Prozess steuern und die strukturellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stellen.

*„Und dann wenn wir das mit Punkt eins beziffert haben, denke ich mir, kommt GANZ ganz ganz wesentlich, also eigentlich eins a die Haltung der Leitung. Wenn ich hier etwas bescheuert finde, werde ich tausend Wege finden damit es nicht passiert. Ganz einfach. Ja. Die*

*Haltung ist überhaupt im Leben bei allen Fragen die entscheidende Frage. Nicht die Umsetzung. Die Haltung. Wenn ich es nicht will passiert es nicht.“ (I-02, Z. 310 ff.)*

*„Es steht und fällt alles mit der Leitung. Wenn die Leitung nicht dahintersteht, dann werden die Leute die es gerne wollen es auch immer schon mal schwerer haben, Dinge durchzusetzen. Ich denke das ist immer schon mal ein ganz wichtiger Punkt.“ (I-06, Z. 286 ff.)*

*„Also übergeordnet ist denke ich auf jeden Fall die Haltung der Leitung beziehungsweise die Haltung des gesamten ÖGD im Land Berlin dazu. Also man muss sich schon auf allen Ebenen auch wenn die keine Fachaufsicht haben muss eben der Wille da sein, da etwas umzusetzen. Das ist mal so der Oberbegriff, ohne das wird es glaube ich gar nicht gehen.“ (I-03 Z.326 ff.)*

### **8.10.2 Qualifizierung und Fortbildung**

Die Qualifizierung und Fortbildung wird ebenso als entscheidender Schritt für eine Implementierung angesehen. Wie bereits unter 8.4.1 ausgeführt, sehen alle Expert\*innen eine Integration der Thematik in die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden im ÖGD Berlin als erforderlich, um in der Versorgung Handlungssicherheit im Umgang mit der Problematik zu entwickeln und zu stärken. Bei der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes ist die Qualifizierung der Mitarbeiter\*innen ein vorrangiger Schritt, da folgende Inhalte wie beispielsweise die Entwicklung von Handlungsanweisungen darauf aufbauen.

### **8.10.3 Entwicklung von Handlungsanweisungen**

Die Entwicklung von Handlungsanweisungen wird als wichtiger Schritt für eine Professionalisierung des Prozesses gesehen. Die Beschreibung der Arbeitsabläufe soll in den jeweiligen Fachbereichen entwickelt werden und die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden stärken.

### **8.10.4 Bedarfsermittlung**

Die Bedarfsermittlung ist für Expert\*in I-02 insofern ein priorisierter Schritt, als dass vor einer Implementierung geprüft werden sollte, ob Inhalte der Leitlinien nicht bereits schon an anderer Stelle den Versorgungsbedarf decken, damit Doppelstrukturen vermieden werden.

### **8.10.5 Arbeitsgruppen / Qualitätszirkel und Aufbau eines Netzwerks**

Der fachliche Austausch in Arbeitsgruppen, die fallübergreifende Netzwerkarbeit und die Zusammenarbeit mit kommunalen Partnern in den verschiedenen Versorgungsbereichen ist für alle Expert\*innen gelebte Praxis und eine große Ressource des ÖGD. Sie wird auch im Hinblick auf die Versorgung von Menschen nach Gewalterfahrung als essenziell vorausgesetzt.

### **8.11 Best - practice - Beispiele**

Die Expert\*innen wurden gefragt, ob in den letzten Jahren ein mit der Implementierung der Leitlinien vergleichbarer Prozess im jeweiligen Gesundheitsamt stattgefunden hat. Erfahrungen mit der Einführung der Leitlinien liegen aus den letzten Jahren nicht vor. Die Expert\*innen nannten aber Projekte, die im Sinne einer bewährten Vorgehensweise für eine Maßnahmenplanung hilfreich sein können. An den Beispielen lassen sich unterschiedliche Strategien, personelle Ressourcen und gesetzliche Grundlagen, die zu einer erfolgreichen Umsetzung geführt haben, ablesen.

#### Familienhebammen

- Bundesinitiative
- fachliche Qualifizierung von Hebammen
- Erstellung eines Stellenprofils und Stellenfinanzierung im Gesundheitsamt
- Ziel: Unterstützung von Schwangeren und Müttern in belastenden Familiensituationen / Kinderschutz

#### Verbindliche Einlade – und Rückmeldungsverfahren

- Landesgesetzliche Regelung (Berliner Kinderschutzgesetz)
- Teils des Netzwerks „Kinderschutz Berlin“
- Kooperationspartner: Charité´ Berlin
- über Beschäftigungspositionen initiiert, dann verstetigt
- Ziel: Kinderschutz / Frühzeitiges Erkennen von Hilfebedarf

#### MRSA Netzwerkbildung Berlin

- Bundesinitiative / Bezirkliche Verortung
- Einrichtung einer Geschäftsstelle
- Bezirkliche Netzwerktreffen unter Moderation des ÖGD
- Ziel: Übertragung multiresistenter Keime verhindern

#### Hitzeplanentwicklung

- Stadtentwicklungsplan Klima (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung)
- Entwicklung von Handlungsanweisungen in den Fachbereichen SpD und Hygiene
- Ziel: Schutz vor Hitze mit Entwicklung von Hitzewarnsystemen

#### Leitlinienentwicklung im KJGD

- Bundesinitiative

- Netzwerk der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland
- Teilnahme an der Leitlinienentwicklungsgruppe durch Kinderärzte des KJGD
- Ziel: Entwicklung von fachspezifischen Leitlinien

Umsetzung der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

- Jährliche Veröffentlichung des RKI
- Teamfortbildung mit Aktualisierung der internen Handlungsempfehlung
- Ziel: Aktualisierung der Impfpraxis

Netzwerk Kinderschutz

- Landesgesetzliche Regelung (Berliner Kinderschutzgesetz)
- Aufbau eines Netzwerkes mit bezirklicher und überbezirklicher Kooperation
- Ziel: Kinderschutz

### **8.12 Perspektiven zur Implementierung**

Abschließend wurden die Expert\*innen gefragt für wie realistisch sie eine Umsetzung der Leitlinien innerhalb der nächsten fünf Jahre halten (auf einer Skala von eins (wenig realistisch) bis zehn (sehr realistisch)). Hier fiel die Einschätzung hinsichtlich eines Implementierungsprozesses unterschiedlich aus, eine Einführung der Leitlinien innerhalb der nächsten fünf Jahre wurde aber überwiegend als realistisch eingeschätzt. Für zwei Expert\*innen sind bereits Teilinhalte der Leitlinien umgesetzt, perspektivisch gehen sie davon aus, dass dieser Prozess fortgeführt wird. Auch für Expert\*in I-01 ist eine Implementierung der Leitlinien innerhalb von fünf Jahren realistisch, da in dieser Zeit eine Berücksichtigung in der bezirklichen Haushaltsplanung erfolgen kann. Expert\*in I-02 sieht in den vorhandenen Angeboten bereits ein den Leitlinien entsprechendes Vorgehen und geht von einer hohen Motivation aller Beteiligten aus. Auch Expert\*in I-04 hält eine Umsetzung für sehr realistisch, setzt dabei aber voraus, dass das Thema von Entscheidungsträgern als wichtig und hochrelevant bewertet wird. Expert\*in I-03 hält eine Umsetzung für weniger wahrscheinlich und sieht dies in starker Abhängigkeit von der Entwicklung der politischen Situation und der Schwerpunktsetzung im ÖGD.

## **9 Diskussion**

Aus den Ergebnissen dieser explorativen Studie können unter Berücksichtigung der organisationsspezifischen Gegebenheiten im ÖGD Berlin Handlungsempfehlungen für eine Implementierung der WHO-Leitlinien formuliert werden. Als wesentliches Resultat der Interviews mit Leitungen von 6 Berliner Gesundheitsämtern zu strukturellen Herausforderungen und Ressourcen zeigt sich, dass der ÖGD in vielerlei Hinsicht als zentraler Akteur in der Versorgung von Frauen nach Gewalterfahrung geeignet ist. Er wird dieser Rolle bisher aber nur bedingt gerecht. Die von den Expert\*innen für einen Implementierungsprozess als hinderlich und förderlich identifizierte Faktoren stimmen überwiegend mit den Stärken und Schwächen überein, die dem ÖGD im gesundheitspolitischen Diskurs systembedingt zugeschrieben werden. Es zeigen sich aber auch unerwartete Ergebnisse die für einen Implementierungsprozess bedeutsam sind.

### **9.1 Ressourcen**

Eine Umsetzung der WHO-Leitlinien wird von den Amtsleitungen als wichtige Herausforderung für den ÖGD angesehen und die Einführung eines Versorgungskonzeptes nach Gewalt in Partnerschaften und sexualisierter Gewalt wird grundsätzlich befürwortet. Der Fokus liegt deutlich auf den Ressourcen des ÖGD. Dies ist insofern überraschend, als dass in den gesundheitspolitischen Diskursen die Schwächen des ÖGD wie mangelnde Finanzierung und eine kurzsichtige Personalpolitik häufig im Vordergrund stehen [13]. Die Interviewergebnisse zeigen jedoch, dass aus der institutionellen Perspektive ein großes innovatives Potential im ÖGD vorhanden ist. Dies steht im engen Zusammenhang zu dem im Leitbild des ÖGD formulierten professionellen Selbstverständnis und seiner grundsätzlichen Ausrichtung [49]. In Übereinstimmung mit diesem Leitbild sehen die Amtsleitungen in dem bevölkerungsbezogenen Ansatz, den breiten Zugangsmöglichkeiten zu unterschiedlichsten Zielgruppen, der Unabhängigkeit hinsichtlich kommerzieller Interessen und dem niedrighwelligen Zugang zu den vielfältigen Versorgungsangeboten eine große Ressource für die Umsetzung der Leitlinie. Diese Ressourcen bieten in vielfacher Hinsicht eine geeignete Infrastruktur medizinischen und psychosozialen Versorgungskonzepten für Frauen nach Gewalterfahrung in das Versorgungsspektrum zu integrieren. Die Ressource „Zeit“,

die vor allem im Vergleich zum stationären und ambulanten Versorgungssystem im ÖGD ausreichend vorhanden ist, stellt für die zeitaufwendige Erstversorgung nach Gewalterfahrung eine elementare Voraussetzung dar und prädestiniert den ÖGD für diese Aufgabe. Dies gilt vor allem für das leitlinienentsprechende Angebot der „Ersthilfe“, das das aktive Ansprechen von Gewalterfahrung, ein zugewandtes Gespräch und emphatisches Zuhören beinhaltet. Diese auf internationalen Standards basierende Intervention erfordert ein Beratungssetting in dem Zeit als grundsätzliche Rahmenbedingung gegeben ist [9, 39]. Als weitere Stärke des ÖGD zeigte sich in den Ergebnissen die systematisch verankerte Zusammenarbeit in Netzwerken sowie die etablierten Kooperations- und Weiterleitungsstrukturen. Auch diese Ressource wird in der WHO-Leitlinien und in nationalen Empfehlungen als ein zentraler Punkt für eine dauerhafte Implementierung dargestellt [9, 78]. Inwieweit sich die Netzwerke und Kooperationsstrukturen des ÖGD auf Interventionsketten in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung gewaltbelasteter Frauen beziehen konnten die Aussagen der Expert\*innen jedoch nicht deutlich machen.

## **9.2 Barrieren**

Barrieren wie finanzielle und personelle Ressourcenknappheit wird im Hinblick auf das Implementierungspotential keine entscheidende Rolle zugewiesen. Es überrascht positiv, dass Geld und Personal, die zentralen Forderungen im gesundheitspolitischen Diskurs zur Stärkung des ÖGD, das innovative Potential nur randständig beeinflussen. Als das zentrale Thema von unerwartet großer Bedeutung wird die mangelnde wissenschaftliche Anbindung des ÖGD gesehen, nicht nur im Hinblick auf einen Implementierungsprozess, sondern auch als unabdingbare Voraussetzung für einen zukunftssträchtigen ÖGD. Es fehlt an systematisch verankerter Evaluation und Forschung und der ÖGD ist unzureichend mit Public Health Forschung vernetzt. Im Bezug auf das in Kapitel 5.2. vorgestellte Modell der Evaluation komplexer Interventionen sind die entscheidenden Schritte nach Einschätzung der Expert\*innen aktuell im ÖGD nicht durchführbar. Diese mangelnde Verknüpfung von ÖGD und Wissenschaft ist seit vielen Jahrzehnten ein Kernthema der anhaltenden Reformdebatten und hat weitreichende Folgen [79, 80]. Es hemmt Implementierungsprozess, hat Auswirkungen auf weitere präventive und gesundheitsfördernde Angebote des ÖGD und verhindert

Veränderungen von Strukturen und Prozessen innerhalb der Organisation [60]. Umso erstaunlicher ist, dass bisher keine zielführenden Strategien entwickelt werden konnten. In Bezug auf mögliche Ursachen für diesen Tatbestand stimmen die Ergebnisse der Expert\*innenbefragung mit einer Umfrage, die im Rahmen des „Zukunftsforums Public Health“ erhoben wurde, überein. Diese zeigt, dass es im ÖGD an Kontakten und Ansprechpersonen für empirische Forschungsprojekte fehlt. Wenn Kontakte bestehen sind diese häufig nur punktuell oder „anekdotisch“ vorhanden. Es gibt keine etablierte akademische Anbindung oder Erfahrungen, wie eine wissenschaftliche Kooperation von ÖGD und universitären Einrichtungen aussehen kann [81]. Hier liegt eine große Chance mit Modellprojekten wie der Implementierung der WHO-Leitlinien Kooperationsstrukturen zwischen ÖGD und Wissenschaft zu initiieren. Denn nur mit einem begleitenden Evaluationsprozess kann eine Adaptation der Leitlinien an die spezifische Organisationsstruktur in der Versorgungsroutine erfolgen [60].

Die Auswertung der Expert\*inneninterviews zeigte einen weiteren interessanten Aspekt: die fehlende Auswertung der im ÖGD erhobenen Daten wirkt sich nicht nur auf Forschungsentwicklung und patientenrelevante Ziele aus. Vielmehr beeinflusst dieses Defizit auch das professionelle Selbstverständnis der Mitarbeitenden im ÖGD. Denn die präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen des ÖGD erhalten ohne den Nachweis von Evidenz und Wirksamkeit nicht den angemessenen Stellenwert in Fachwelt und Öffentlichkeit. Dies wirkt sich negativ auf die Wertschätzung der eigenen Arbeit aus. Der Effekt, dass Interventionen in Organisationen auf die Organisation selber wirken und Organisationsmerkmale beeinflussen, erscheint im Hinblick auf den ÖGD von Relevanz. Hier könnte eine große Chance für strategische Veränderungen im ÖGD liegen. Inhalte des gesundheitspolitischen Diskurses zur Reformierung des ÖGD wurden bisher nur teilweise umgesetzt [54]. Aktuell bietet der „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ die Möglichkeit eine zukunftsorientierte Entwicklung anzustoßen. Ein Konzept zur Evaluation von komplexen Interventionen sollte unbedingt in die Empfehlungen für eine Neugestaltung des ÖGD aufgenommen werden.

Als ein weiterer hemmender Faktor im Implementierungsprozess wird die mangelnde Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD von den Expert\*innen gewertet. Im Hinblick auf das Ansehen des ÖGD in der Bevölkerung, das mit Unkenntnis über

die vielfältigen Beratungs- und Versorgungsangebote einhergeht, zeigen sich Parallelen zu den Inhalten der ÖGD – Modernisierungsdebatten. In den Aussagen der Expert\*innen wird deutlich, dass die reduzierte Außenwahrnehmung des ÖGD für die Inanspruchnahme von leitliniengerechten Versorgungsangeboten eine erhebliche Zugangsbarriere ist. Das Thema sollte in Zukunft mehrdimensional diskutiert werden, d.h. sowohl im Hinblick auf die Entwicklung der Organisation, deren Strukturen als rückständig und „behördlich“ wahrgenommen werden, aber auch mit dem Ziel den Zugang zu den unterschiedlichsten Zielgruppen zu verbessern und die Angebote bekannter zu machen. Hier bedarf es einer großangelegten Kampagne, die politische Unterstützung braucht. Die Bekämpfung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt muss als ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema wahrgenommen werden und betroffene Frauen über den einfachen Zugang zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten im ÖGD Berlin umfassend informiert werden.

### **9.3 Strategieentwicklung vor Strukturwandel**

In den gesundheitspolitischen Empfehlungen im Rahmen der Reformdebatte für eine langfristige Stärkung des ÖGD stehen strukturelle Veränderungen häufig im Vordergrund. Die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen hingegen, dass für eine erfolgreiche Umsetzung der Leitlinien im ÖGD vor allem eine gemeinsame Strategieentwicklung notwendig ist. Ein Strukturwandel wird als erforderliche Voraussetzung für eine Implementierung nicht angestrebt. Vielmehr werden bestehende Strukturen wie beispielsweise die im Gesundheitsdienstgesetz Berlin verankerte rechtliche Grundlagen als förderliche Faktoren angesehen. Für die Entwicklung zielführender Strategien ist ein Zusammenwirken relevanter Akteure aus Gesundheitsversorgung und Politik erforderlich. So hält die Mehrheit der Expert\*innen eine Umsetzung der WHO-Leitlinien dann für realistisch, wenn unter den Amtsärzt\*innen eine gemeinsame Haltung konsentiert werden kann. Für die Umsetzung der Leitlinien geht es also neben der wie in der WHO-Leitlinien geforderten Anpassung finanzieller und personeller Ressourcen vor allem um die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie. Dies sollte, wie von der WHO empfohlen, in einem „ganzheitlichen, partizipatorischen Prozess“ erfolgen, der auf Organisationsentwicklungsebene stattfinden muss.

#### **9.4 Handlungsempfehlung zur Implementierung der WHO-Leitlinien**

Die WHO fordert für eine erfolgreiche Integration der Leitlinien in nationale Gesundheitsdienste „durch partizipative Entscheidungsfindung entwickelte „Adaptions- und Umsetzungsprozesse“ [9]. Die Ergebnisse der Interviews geben Einblick in die regionalspezifischen Rahmenbedingungen, aus denen sich Handlungsempfehlungen für eine Umsetzung der WHO Leitlinien im ÖGD Berlin ableiten lassen. Dabei werden, wie in der Implementierungsforschung gefordert, die organisatorischen Rahmenbedingungen für Interventionskonzepte „mitgedacht“.

Die Haltung der Leitung zum Thema ist für eine nachhaltige Implementierung von zentraler Bedeutung. Wesentlich für eine Umsetzung der WHO-Leitlinien ist die Unterstützung aller Leitungskräfte, verbunden mit der Bereitstellung von Ressourcen und einer Begleitung der Veränderungsprozesse auf allen Ebenen. Die Haltung der Leitung prägt aber auch die Organisationskultur. Im Hinblick auf die Entwicklung von Handlungsanleitungen und Verfahrensabläufen zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt ist es von besonderer Bedeutung, dass Grundannahmen und Überzeugungen die in der Organisation vorherrschen in einem Reflexions- und Entwicklungsprozess einfließen. Die herausfordernde Aufgabe der Leitungskräfte ist es, diesen Prozess zu ermöglichen und zu steuern. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Interventionen in Organisationen auch auf Strukturen und Prozesse von Organisationen selbst wirken können. Veränderungen in Organisationen sind nicht für die mit der Interventionen angestrebten Ziele bedeutsam, sondern beeinflussen unabhängig davon auch Organisationsmerkmale (z.B. Tätigkeitsprofile, Kooperationen, Dokumentationsnotwendigkeiten) [61]. In dieser Veränderung der Organisationskultur durch Lern- und Erfahrungsprozesse im Rahmen einer Umsetzung der WHO-Leitlinien kann eine große Chance für den ÖGD liegen.

Die zentrale Dimension von Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen ist im spezifischen Anwendungskontext begründet und Schlüsselkriterium eines Rahmenkonzeptes. Auch in der Literatur wird Lehre und Training auf allen Ebenen von der Grundausbildung bis zur professionellen Fort- und Weiterbildung höchste Priorität gegeben. Ziel der Schulungsmaßnahmen ist die Entwicklung von Kernkompetenz im Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und Handlungssicherheit der Mitarbeitenden [82]. Es liegen zahlreiche

Schulungskonzepte vor, die neben Grundlagenwissen und Handlungskompetenz auch die Entwicklung und Stärkung einer präventiven Haltung vermitteln, die es ermöglicht, Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt zu erkennen und kompetent zu reagieren. Für den ÖGD sollte auf Grundlage dieser Konzepte ein spezifisches Fortbildungsprogramm entwickelt werden, das sowohl Basisthemen als auch fakultativ Zusatzthemen entsprechend der institutionellen Rahmenbedingungen und den Besonderheiten der einzelnen Fachbereiche berücksichtigt. Wie von den Expert\*innen vorgeschlagen ist eine übergeordnete Struktur sinnvoll, die in enger Zusammenarbeit mit den Fachkräften der einzelnen Gesundheitsämter Fortbildungsangebote partizipativ entwickelt.

### **9.5 Best-practice**

Alle Maßnahmen zur Überwindung von Implementierungsbarrieren sollten organisationsübergreifend gesammelt und zur Verbesserung der Implementierung genutzt werden. Die im Rahmen der Interviews aufgelisteten „Beispiele guter Praxis“ wurden von den Expert\*innen spontan genannt. Sie liefern wichtige Information zu gesetzlicher Verankerung, dem Einsatz personeller Ressource und qualitätsorientierten Strategien, die für die Entwicklung des Rahmenkonzeptes für die Implementierung der WHO-Leitlinien hilfreich sind. Inhaltlich finden sich in allen Beispielen durchaus Kriterien wie Konzeption, Zielsetzung und Zielgruppenbezug, die in einem klaren Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit stehen [83]. Im Hinblick auf die Umsetzung der WHO-Leitlinien sollten weitere Beispiele guter Praxis identifiziert werden, und entsprechend dem in Kapitel 5.2. beschriebenen Modell der Evaluation eine Prüfung von Machbarkeit, Wirksamkeit und Monitoring durchlaufen.

### **9.6 Limitationen**

Die vorliegende Studie ermöglicht einen begrenzten Einblick in den Status quo des ÖGD Berlin im Hinblick auf die organisationalen Rahmenbedingungen für eine Leitlinienimplementierung. Ausgangssituation und Handlungsbedarfe in den einzelnen Gesundheitsämtern werden unterschiedlich eingeschätzt, so dass eine Bestandsaufnahme aller zwölf Gesundheitsämter in Berlin sowie Angebotsbereiche in den einzelnen Bezirken differenziert erhoben werden sollte. Da mit der Istanbul-Konvention eine Umsetzung auf Bundesebene erforderlich ist,

muss zukünftige Forschung sowohl bundesübergreifende als auch heterogene, landesspezifische Rahmenbedingungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Hinblick auf eine bundesweite Implementierung der WHO-Leitlinien analysieren.

In Bezug auf die Aussagen der Expert\*innen muss davon ausgegangen werden, dass Amtsleitungen ihre Außenkommunikation an die politischen Vorgaben des Bezirkes und des Landes anpassen und tendenziell einer optimierten Außendarstellung folgen. Auch der Einfluss individueller Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich des Implementierungsprozesses ließ sich in der Interviewanalyse nicht immer vom Sachwissen trennen. Bei der Konzipierung des Leitfadens für vertiefende Studien sollte anhand der Fragenformulierung eine differenzierte Auswertung ermöglicht werden.

Um den Prozess der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes ganzheitlich und partizipatorisch zu gestalten muss die Perspektive der in der Versorgungspraxis tätigen Fachkräfte unbedingt einfließen. Hierzu stehen qualitative Erhebungen mit Fachbereichsleitungen und der unterschiedlichen Berufsgruppen aus.

Forscherinnensubjektivität spielt in dieser Studie eine Rolle. Es wurde versucht, diese Subjektivität reflexiv einzuholen, d.h. sie bei der Datenerhebung zur Kenntnis zu nehmen und bei der Auswertung zu berücksichtigen. Dennoch bleibt die begrenzte Objektivität eine Limitation dieser Studie. Für den Fall einer Vertiefung des Forschungsthemas wäre es sinnvoll, den Prozess mit weiteren Personen zu reflektieren, um die Objektivität des Forschungsprozesses zu erhöhen.

## **10 Fazit**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der ÖGD Berlin trotz seiner komplexen Strukturen und Zuständigkeiten für die Implementierung der WHO Leitlinien sehr gute Voraussetzungen bietet. Von Seiten der Entscheidungsträger\*innen zeigt sich eine hohe Bereitschaft und Motivation leitliniengerechte Versorgungsangebote umzusetzen. Die strukturellen Rahmenbedingungen wie der direkte Zugang zu verschiedenen Lebenswelten und interdisziplinäre, präventive und gesundheitsfördernde Versorgungskonzepte eröffnen vielfältige Möglichkeiten Interventionen der Ersthilfe nach Gewalterfahrung systematisch aufzubauen und zu verankern. Dieses Potential muss unbedingt genutzt werden, denn es bietet die Chance ein Thema mit immenser Public Health Relevanz sichtbar im

Gesundheitssystem zu verorten und Versorgungsangebote nach Gewalterfahrung in bestehende Strukturen zu integrieren. Ziel ist, die Versorgungssituation für gewaltbetroffene Frauen in Berlin nachhaltig zu verbessern. Gleichzeitig bietet die Implementierung der WHO-Leitlinien dem ÖGD Berlin auf organisationaler Ebene Möglichkeiten die geforderten Reform- und Modernisierungsentwicklung im Rahmen eines Modellprojektes voranzubringen, seine bevölkerungsmedizinischen Kompetenzen zu erweitern, und die vielfach kritisierte fehlende wissenschaftliche Anbindung zu etablieren.

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass der ÖGD Berlin mit seinem Aufgabenspektrum und dem gesetzlich verankerten Versorgungsauftrages eine passende Infrastruktur für die systematische Einführung leitliniengerechter Interventionen bietet. Die Interviews zeigen, dass Ressourcen wie der Zugang zu einer breiten Zielgruppe und integrative Beratungskonzepte als tragfähige Basis für die Entwicklung von Versorgungskonzepten entsprechend der WHO-Empfehlungen zur Erstversorgung nach Gewalt angesehen werden. Barrieren wie die fehlende wissenschaftliche Anbindung und die mangelnde Öffentlichkeitsarbeit des ÖGD wurden von den Expert\*innen als hinderliche Faktoren identifiziert. Gleichzeitig liegt in einer gemeinsamen Strategieentwicklung der 12 Berliner Gesundheitsämter eine große Chance diese Defizite im Rahmen eines modellhaften Implementierungsprozesses konzeptionell aufzunehmen. Hier ist die wissenschaftliche Evaluation der leitliniengerechten Interventionen wichtiger Teil eines Rahmenplans. Essenzieller Inhalt eines Rahmenkonzeptes ist die Qualifizierung der Mitarbeitenden. Hier sollte auf bewährte Schulungsprogramme zurückgegriffen werden, und ein auf den ÖGD adaptiertes, fortlaufendes Fortbildungsprogramm entwickelt werden. Die Entwicklung von Handlungsabläufen und standardisierten Vorgehensweisen ist ein weiterer Schlüsselprozess beim Aufbau eines systematischen Interventionsprogrammes. Entscheidend und ausschlaggebend für die Initiierung des Umsetzungsprozesses ist aber die unterstützende Haltung und verantwortliche Steuerung durch die Amtsleitung. Eine klare Positionierung der Leitung bezüglich der systematischen Verankerung der WHO-Leitlinien im Gesundheitsamt ist grundsätzlich eine Voraussetzung für alle folgenden Schritte im Implementierungsprozess.

Somit steht auf Handlungsebene für den ÖGD Berlin ein Qualitätsentwicklungsprozess an, in dem Mindeststandards entsprechend der

WHO-Leitlinien konzeptionell erarbeitet und im Rahmen einer Pilotstudie implementiert und evaluiert werden müssen. Als Pilotprojekt kann sie zunächst in einem Gesundheitsamt oder auch bezirksübergreifend in einem Fachbereich verortet werden. Auf der Ebene der strukturellen Verankerung sind erste Schritte die Einführung von kontinuierlichen Qualifizierungsmaßnahmen aller Mitarbeitenden im Gesundheitsamt zu leitliniengerechten Versorgung nach Gewalterfahrung sowie die Kooperation mit einer universitären Einrichtung zur wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung.

Auf Handlungsebene der politischen Entscheidungsträger\*innen muss eine Vernetzung bezirklicher Akteur\*innen mit der Senatsebene erfolgen, die das Thema Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt entsprechend der WHO als ein Public-Health-Thema von größter Bedeutung in den gesundheitspolitischen Diskurs einbringen. In diesem Diskurs müssen Möglichkeiten von Prävention und Intervention im Gesundheitsbereich zentral diskutiert werden und mit der Zuteilung der notwendigen Ressourcen einhergehen. Neben der Zusammenführung der Akteure und einer gemeinsamen Strategieentwicklung ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion erforderlich, die neben der wissenschaftlichen Evidenz auch die vielfältigen sozialen Folgen und individuellen Auswirkungen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext stellt. Vorstellbar ist eine großangelegte Kampagne mit einer hohen Präsenz in Öffentlichkeit und Medien, wie sie bereits zum Thema Kinderschutz erfolgt ist.

Der Handlungsbedarf ergibt sich nicht zuletzt aus der Istanbul-Konvention, mit der sich Deutschland verpflichtet hat, auch im Bereich Gesundheitsversorgung umfassende Maßnahmen zum Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt sicherzustellen und Betroffenen Unterstützung zu bieten.

Die Studienphase fällt in den Zeitraum der Corona-Pandemie, deren Auswirkungen die hohe Relevanz des Forschungsvorhabens unterstreicht, da im Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen von einer Zunahme der Fälle als Folge der Einschränkungen im öffentlichen und sozialen Leben auszugehen ist [84]. Gleichzeitig steht der ÖGD im Fokus von Politik und Bevölkerung. Diese Aufmerksamkeit sollte der ÖGD nutzen und mit einer evidenzbasierten Aufgabenwahrnehmung die Versorgung von Frauen nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexueller Gewalt nachhaltig verbessern.

## 11 Literaturverzeichnis

1. Bacchus L & al. (2018) Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8(7) S. e019995
2. FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014) Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
3. Robert Koch Institut (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Heft 42 Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes
4. Robert Koch Institut (2020) Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen. In: Die Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Kapitel 8 Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes
5. World Health Organisation (Hrsg) (2013) Global and regional estimates for violence against women: prevalence and health burden of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genf: WHO
6. CoE-Council of Europe (2011) Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Istanbul. Council of Europe Treaty Series No.210
7. World Health Assembly (2014) Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162855> (Stand 01.05.2021)
8. World Health Organisation (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/> (Stand 01.05.2021)
9. World Health Organisation (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Deutsche Übersetzung des S.I.G.N.A.L e.V.: Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Genf: Eigendruck
10. Wieners K, Winterholler M (2016) Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikation der WHO-Leitlinie für Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 59(1) S. 73-80
11. Steffens M, Janz U, Stolte A (2015) Häusliche Gewalt (Gewalt in Partnerschaften) und sexualisierte Gewalt gegen Frauen - Ein Thema im Fokus der Gesundheitsversorgung Faktenblatt Häusliche / sexualisierte Gewalt: Kompetenzzentrum NRW Frauen und Gesundheit [https://www.gesineintervention.de/wpcontent/uploads/Faktenblatt\\_HG\\_KFG\\_3\\_2015.pdf](https://www.gesineintervention.de/wpcontent/uploads/Faktenblatt_HG_KFG_3_2015.pdf) (Stand 01.02.2021)

12. Kuhn J, Wildner M, Zapf, A (2012) Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Dtsch Arztebl 109(9) S. A 413-6
13. Kuhn J, Wildner M (2020) Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Razum O, Kolip P (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa Weinheim Basel S. 815 - 832
14. Holleder A (2015) Versorgungsforschung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Ein systemtheoretisches Modell Das Gesundheitswesen 77: S. 379
15. World Health Organisation (2002) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Genf: WHO [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf) (Stand 01.02.2021)
16. Krug E, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A (2002) The world report on violence and health. Lancet. 360(9339)S. 1083-8
17. Koch-Gromius U, Pawils S (2016) Gewalt und Gesundheit Bundesgesundheitsbl 59:1-3
18. World Health Organization & Pan American Health Organization (2012). Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence. Genf: WHO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432> (Stand 01.03.2021)
19. Schrötle M, Ansorge N. (2009) Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften - eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
20. Brzank P et al. (2005) Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf: Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe/Rettungsstelle. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch.Gesundheitsschutz 48(3) S. 337-345
21. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
22. World Health Organisation (2005) WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Genf: WHO
23. World Health Organisation(Hrsg) (2017) Violence against women. Key facts. Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>(Stand: 1.04.2021)
24. Martinez M Schrötle, M (2006) State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights (CAHRV-Report Co-ordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348

[http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf)  
(Stand: 1.02.2021)

25. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg) (2010) Basiswissen Kodieren. Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10\_GM und OPS  
<https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/basiswissen-kodieren-2010.pdf>  
(Stand 15.03.2021)
26. Brzank P Hahn D, Hellbernd H (2006) "Daten für Taten": Gesundheitliche Folgen häuslicher und sexueller Gewalt erkennen. Wie kann die Datenlage innerhalb des deutschen Versorgungssystems verbessert werden?  
Bericht über ein Expertengespräch. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz (8) S.1-3
27. Brzank P (2009) Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 52(3): S. 330-8.
28. Hellbernd H, Brzank P (2013) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: Kavemann B, Kreysigg U (Hrsg) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Springer VS, Wiesbaden, S. 154-168
29. Brzank P, Hellbernd H (2006) Psychische Konsequenzen von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Public Health Forum 49(Mental Health) S. 15-17
30. Campell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. Lancet 359(9314) S. 1331- 1336
31. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg)(2012) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigung und Behinderungen in Deutschland.  
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf> (Stand 15.04.2021)
32. Lutgendorf M (2019) Intimate Partner Violence and Women's Health. Obstet Gynecol. 34(3) S. 470-480.
33. McCauley J, Yurk R, Jenckes M, Ford D (1998) Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. J Gen Intern Med. 1998 Aug;13(8) S. 549-55.
34. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D (2020) Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. Am J ObstetGynecol. 222(2) S. 123-133
35. Donovan B, Spracklen C, Schweizer M, Ryckman K, Saftlas A (2016) Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2016 123(8)S. 1289-99
36. Chisholm C, Bullock L Ferguson J (2017) Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. Am J Obstet Gynecol 217(2) S. 141-144

37. Beydoun H, Beydoun M, Kaufman J, Lo B, & Zonderman A (2012) Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. . Social science & medicine 75(6) S. 959–975
38. Dillon G, Loxton D, Rahman S (2013) Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. Int J Family Med.313909.
39. Sautter D, Winterholler M (2020) S.I.G.N.A.L. -Intervention bei häuslicher Gewalt in Kliniken und Arztpraxen. Handbuch Häusliche Gewalt In: Büttner M(Hrsg.) Schattauer Stuttgart S. 182-191
40. Glas J, Tsoko, S. Etzold S (2020) Häusliche Gewalt – von der Entstehung zum klinischen Bild. Spezielle Notfallmedizin(2) S. 1-9
41. Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider, U (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)
42. Schumann C (2020) Die frauenärztliche Praxis - Schlüsselrolle bei der Intervention gegen Gewalt an Frauen In: Büttner M (Hrsg.) Handbuch Häusliche Gewalt Schattauer Stuttgart S. 201-213
43. S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle (2020) Tabellarische Übersicht - Leitfäden für die Gesundheitsversorgung zur Intervention bei Häuslicher Gewalt [https://www.signalintervention.de/sites/default/files/202006/2020\\_06\\_10%20Uebersicht\\_Leitfaeden\\_Gesundheit\\_final\\_0.pdf](https://www.signalintervention.de/sites/default/files/202006/2020_06_10%20Uebersicht_Leitfaeden_Gesundheit_final_0.pdf) (Stand 01.02.2021)
44. Mark H/ Hellbernd H (2011): Medizinische Intervention gegen Gewalt/MIGG – ein Modellprojekt zur Intervention in der Arztpraxis bei Häuslicher und sexualisierter Gewalt. In: Dorn/Kimmich-Laux/Richter-Appelt//Rauchfuß (Hrsg.) Die Psyche im Spiele der Hormone. Beiträge der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hamburg. Mabuse Verlag; Frankfur S. 247-255
45. Wieners K, Winterholler M, Hellbernd H. (2014): Häusliche und sexuelle Gewalt - Versorgungsangebote in Berliner Rettungsstellen - Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. Posterpräsentation [https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/202004/Lit\\_33RST\\_Poster\\_1\\_9\\_2014.pdf](https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/202004/Lit_33RST_Poster_1_9_2014.pdf)
46. Hellbernd H, Wieners K (2002) Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. Jahrbuch Kritische Medizin 36 Hamburg: Argument Verlag
47. Maschewsky-Schneider U, Hellbernd H, Schaal W, Urbschat I, Wieners K (2001) Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (8) 44 S. 771-779

48. Rieger-Ndakorerwa G, Nießen J, Wildner, M (2018) "Die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes" Public Health Forum (26) 4 S. 361-364
49. Länderoffene Projektgruppe Leitbild ÖGD (2018) Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) - "Der ÖGD: Public Health vor Ort" GMK Beschlüsse TOP 10.21 <http://www.bvoegd.de/leitbild/> Stand: 01.04.2021
50. Trojan A, Grunow D (2002) Öffentlicher Gesundheitsdienst: Deutliche Unterschiede zwischen Status quo und Wunschbild Dtsch Arztebl International 99 S. A1737-A1742
51. Weltgesundheitsorganisation (1986) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) Stand: 15.01.2021
52. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf) (Stand 01.02.2021)
53. Zukunftsforum Public Health Stellungnahme Pakt für den ÖGD (2020) [https://noeg.org/wpcontent/uploads/2020/07/ZfPH\\_Stellungnahme\\_ÖGD\\_Pakt.pdf](https://noeg.org/wpcontent/uploads/2020/07/ZfPH_Stellungnahme_ÖGD_Pakt.pdf) Stand: 01.04.2021
54. Reisig V Kuhn J Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 26.11.2020) <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/> Stand: 15.04.2021
55. Poppe F, Starke D, Kuhn J (2016) Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. Blickpunkt Öffentliche Gesundheit 32 (3) S. 8
56. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz GDG) vom 25.Mai 2006 <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-ÖGesDGBErahmen> Stand: 01.02.2020
57. Bloom S (2008) Violence against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators. Chapel Hill, N.C.: Carolina Population MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill
58. Blättner B, Krüger K, Grewe A (2009) Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung - eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des gFFZ. Frankfurt am Main
59. S.I.G.N.A.L. e.V. (2010) Dokumentation zur Fachtagung anlässlich 10 Jahre S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramm „Erwünscht und integriert?“ [https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Archiv\\_Doku\\_Fachtagung\\_10\\_Jahre\\_SIGNAL.pdf](https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/Archiv_Doku_Fachtagung_10_Jahre_SIGNAL.pdf) Stand 01.02.2021
60. Wirzt M & al. (2019) DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 81 S. e82–e91.

61. Pfaff H, Bornemann R, Ernstmann N (2009) Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung *Das Gesundheitswesen* 71(11) S. 777-790
62. Rütten A, Röger U, Abu-Omar K, Frahsa A (2009) Assessment of organizational readiness for health promotion policy implementation: test of a theoretical model. *Health Promot Int.* 24(3) S. 243-51
63. Weiner B, Lund J & al. (2011) Use of qualitative methods in published health services and management research: a 10-year review. *Med Care Res Rev*; 68 S. 3-33
64. Bortz J & al. (2006) Quantitative Methoden der Datenerhebung In: Borzt J, Döring N *Forschungsmethoden und Evaluation. Springer-Lehrbuch.* Springer Berlin S. 212
65. Stamer M, Güthlin C, Holmberg C (2015) Qualitative Studien in der Versorgungsforschung *Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. Gesundheitswesen* 77 S. 966-975
66. Bähring K, Hauff S, Sossdorf M, Thommes K. (2008) Methodologische Grundlagen und Besonderheiten der qualitativen Befragung von Experten in Unternehmen: Ein Leitfaden. *Die Unternehmung schweizerische Zeitschrift für Betriebswirtschaft.* (1):89- 111
67. Helfferich C (2014) Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J. (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Springer VS: Wiesbaden .559
68. Gläser J, Laudel D (2010) *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* (4) 4 Springer VS: Wiesbaden
69. Bogner A & al (2014) Einleitung: Expertinneninterview – eine Methode qualitativer Sozialforschung In: Bogner A, Littig A, Menz W. *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierende Einführung.* Springer SV: Wiesbaden
70. Flick U (2002): *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung* 6. Aufl. Reinbek: Rowohlt- Verlag.
71. Helfferich C (2015) Interviewplanung und Intervieworganisation In: Helfferich C *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* VS Verlag Wiesbaden S. 167-193
72. Dresing T, Pell T (2018) *Praxisbuch Interview & Transkription und Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* 8. Auflage. Marburg [www.audiotranskription.de/praxisbuch](http://www.audiotranskription.de/praxisbuch) Stand: 01.02.2021
73. Steinke I (2000) Gütekriterien qualitativer Forschung In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* Hamburg: Rowohlt S. 319-331
74. Meuser M, Nagel U (2009) Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage In: Pickel S et al. (Hrsg.) *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* VS Verlag: Wiesbaden S. 465-479

75. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Technik 12. Auflage Weinheim: Beltz
76. Kuckartz, U (2012) Qualitative Inhaltsanalyse 4. Auflage Weinheim: Beltz Verlag.
77. Bohnsack R, Marotzki W, Meuser M (2003) Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung Ein Wörterbuch. VS Verlag: Wiesbaden
78. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011) Implementierungsleitfaden zur Einführung der Interventionsstandards in die medizinische Versorgung von Frauen <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/implementierungsleitfaden-zur-einfuehrung-der-interventionsstandards-in-die-medizinische-versorgung-von-frauen-82612> Stand 01.06.2021
79. Ferber C (1990) Der Öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW S. 115–121
80. Grunow D Trojan A (2002) Öffentlicher Gesundheitsdienst. Deutliche Unterschiede zwischen Status quo und Wunschbild. Dtsch Arztebl 99 S. A1737 - A1742
81. De Bock F, Tinneman P Teichert U (2020) Wie kann eine bessere Vernetzung von ÖGD undh Forschung geschaffen werden? [https://zukunftforum-public-health.de/wp-content/uploads/2020/02/04\\_De-Bock-Tinnemann.pdf](https://zukunftforum-public-health.de/wp-content/uploads/2020/02/04_De-Bock-Tinnemann.pdf) Stand: 01.05.2021
82. Feder G (2013) Handlungsempfehlungen der WHO für den Umgang der Gesundheitsversorgung mit häuslicher und sexueller Gewalt [https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/202006/Newsletter\\_Interview\\_G\\_Feder\\_12\\_2013.pdf](https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/202006/Newsletter_Interview_G_Feder_12_2013.pdf) Stand: 01.04.202
83. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2017) Die Good Practice-Kriterien <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/> (Stand 01.05.2021)
84. Hillmann T (2020) Mehr häusliche Gewalt und Kindesmisshandlungen im Zuge der Pandemie. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114355/Mehr-haeusliche-Gewalt-und-Kindesmisshandlungen-im-Zuge-der-Pandemie> Stand: 01.04.2021

## **12 Anhang**

Anhang I: Interviewleitfaden

Anhang II: Transkriptionsregeln

Anhang III: Transkripte der Expert\*inneninterviews

Anhang IV: Kurzfragebogen (Blankoversion)

Anhang V: Interviewprotokoll (Blankoversion)

Anhang VI: Kodierleitfaden

## **Anhang I: Interviewleitfaden**

Spielt das Thema Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt innerhalb des Aufgabenspektrums des ÖGD eine Rolle?

Erscheint Ihnen diese Rolle angemessen oder sollte sie in manchen Bereichen noch stärker sein? Wenn ja, in welchen?

Für die Umsetzung der Leitlinien muss ein Versorgungsauftrag für den Gesundheitsbereich formuliert werden. Inhalte der Leitliniengerechten Versorgung sind u.a. *(wurde als Ausdruck vorgelegt)*

### Ersthilfe (wenn eine Frau Gewalterfahrung mitteilt)

- Vertraulichkeit
- empathisches Zuhören
- wertungsfreie Haltung
- Weitervermittlung in andere Angebote

### Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen

- Fragen nach Gewalterfahrung durch einen Partner, wenn Beschwerden behandelt werden, die durch Gewalt verursacht worden sein könnten (z.B. Depression, Alkoholkonsum, ungeklärte Symptome u.v.m.)

### Notfallverhütung, HIV-PEP

- Anbieten einer Notfallverhütung
- Anbieten einer HIV-Postexpositionsprophylaxe
- STI Diagnostik / Prophylaxe

### Schulung von Fachkräften

- Fort-und Weiterbildung zu verschiedenen Aspekten des Umgangs mit Gewalt in Paarbeziehungen (z.B. Erkennen, Kommunikation, klinische Fähigkeiten, Dokumentation)

### Psychologische Intervention

- Anbieten von Unterstützung und Versorgung
- Schriftliche Intervention über Bewältigungsstrategien bei schwerem Stress
- (Kinder)

Denken Sie, dass diese Empfehlungen im ÖGD vollständig umgesetzt werden können?

Welche Inhalte sollten (unbedingt) in einen Versorgungsauftrag aufgenommen werden?

Inwiefern kann dieser Versorgungsauftrag an bereits bestehende Angebote anknüpfen?

Auf der Ebene der einzelnen Fachbereiche:  
Sollten alle Fachbereiche involviert werden oder sehen Sie den Schwerpunkt bei einzelnen Fachbereichen?

Sehen Sie grundsätzlich im ÖGD Berlin die strukturellen Voraussetzungen für eine Umsetzung der LL?

Welche Ressourcen sehen Sie im ÖGD für eine Implementierung der Leitlinien?

Welche Hürden gibt es?

Auf der Ebene der strukturellen und organisationsspezifischen Gegebenheiten des ÖGD Berlin:

Wie würden Sie vorgehen, wenn Sie die Leitlinien implementieren?

Wer sollte den Versorgungsauftrag formulieren?

Denken Sie, dass strukturelle Veränderungen im ÖGD notwendig sind um die Leitlinien zu implementieren?

Wenn ja, welche?

Welche Chancen sehen Sie, um diese von Ihnen benannten strukturellen Veränderungen kurzfristig, mittelfristig und langfristig umzusetzen?

Denken Sie, dass im diesem Sinne auch im Thema selber Barrieren stecken, die eine Implementierung beeinflussen?

In welcher Hinsicht kann der ÖGD Berlin von einer Implementierung der Leitlinien profitieren?

Welchen Spielraum sehen Sie für sich persönlich (in Ihrer Position) den Implementierungsprozess zu initiieren und voranzubringen?

Ein Rahmenkonzept nennt

- organisationsspezifische
- inhaltlich-programmatische
- personelle
- ausstattungsseitige / räumliche
- politische

Rahmenbedingungen, die als Orientierung für notwendige Entwicklungsschritte dienen sollen.

Ziel eines Rahmenkonzeptes ist es, strukturiert und so konkret wie möglich aufzuzeigen, welche Maßnahmen der ÖGD umsetzen muss, um die Leitlinien umzusetzen und seinem (gesetzlichen) Versorgungsauftrag gegenüber der Berliner Bevölkerung gerecht zu werden.

Welche Inhalte eines Rahmenkonzeptes erscheinen Ihnen am wichtigsten?  
(wurde als Ausdruck vorgelegt)

- Haltung der Leitung zum Thema
- Wissensmanagement /Qualifizierung
- Entwicklung von Handlungsanweisungen
- Bedarfsermittlung / Zielgruppe/ Forschung
- Arbeitsgruppen / Qualitätszirkel
- Fortbildung
- Aufbau eines Netzwerks
- Evaluation

Was wäre Ihrer Meinung nach der erste (konkrete) Schritt für eine Implementierung der Leitlinien?

Fällt Ihnen (spontan) im Sinne einer „best-practice“ die Implementierung eines vergleichbaren Prozesses ein?

Wie erfolgte dieser konkret?

Für wie realistisch halten Sie eine Umsetzung der Leitlinien innerhalb der nächsten 5 Jahre (auf einer Skala von 1-10)?

## **Anhang II: Transkriptionsregeln (nach Drehsing / Pehl)**

1. Es wird wörtlich transkribiert
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert, Satzform wird auch bei syntaktischen Fehlern beibehalten
3. Umgangssprachliche Partikel werden nicht transkribiert
4. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden
5. Halbsätze werden mit Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet
6. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet
7. Rezeptionssignale („hm, aha, ja“) werden nicht transkribiert, es sei denn, sie werden als direkte Antwort auf eine Frage genannt
8. Pausen werden durch (...) markiert
9. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet
10. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die Befragte Person durch ein „B“ gekennzeichnet
11. Das Transkript wird als RTF-Datei gespeichert. Die Benennung erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen

### Anhang III: Transkripte der Expert\*inneninterviews

#### I-01

- 1 **I:** Spielt das Thema Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt im  
2 Aufgabenspektrum des ÖGD Berlin eine Rolle?
- 3 **B:** Sie sprechen da ein sehr aus meiner Sicht wichtiges und auch relevantes und  
4 interessantes Thema an. Dieses Thema möchte ich mal sagen tritt im Öffentlichen  
5 Gesundheitsdienst in den Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht so  
6 oder spielt nicht eine vordergründige Rolle, ist aber im Bezug auf unsere  
7 Leistungen bzw. die Bürgerinnen und Bürger die unsere Leistungen in Anspruch  
8 nehmen ist dieses Thema vielleicht eher verdeckt von Relevanz, das heißt es wird  
9 in der Regel ja nicht vordergründig thematisiert, ist nicht so ein vordergründiges  
10 Thema. Aber im Kontext von den unterschiedlichsten Anliegen hat dieses Thema  
11 Relevanz. Ich versuche mal es zu erklären. Zum Beispiel im sozialpsychiatrischen  
12 Dienst wenn Menschen zu uns kommen, die in belastenden familiären Situationen  
13 sich befinden, Menschen die über Angstzustände klagen, Depressionen haben, und  
14 wo nicht selten auch im Hintergrund auch sexualisierte Gewalt in der Beziehung  
15 eine Rolle spielt. Das heißt, dieses Thema steht nicht vordergründig häufig zur  
16 Diskussion, aber wir müssen die Bedingungen unter denen auch Menschen leben,  
17 auch Bedingungen unter denen Menschen ihre Beziehungen gestalten, dass dieses  
18 Thema auch eine Rolle spielt. #00:02:40#
- 19 Thema Kinderschutz ähnlich. Probleme in der Familie, Gewalt in der Familie, das  
20 ist ja auch ein Merkmal, ein Faktor im Rahmen der Kindeswohlgefährdung, also  
21 auch da kann dieses Thema mehr oder weniger offen auch artikuliert aber von  
22 Relevanz sein. Das heißt wir fragen bisher nicht direkt, so ist mein Kenntnisstand,  
23 in den einzelnen Fachdiensten danach, aber in ganz unterschiedlichen Kontexten  
24 kann dieses Thema immer im Hintergrund eine Rolle spielen. #00:03:16#
- 25 **I:** Erscheint Ihnen die Rolle als angemessen, oder sollte sie stärker sein?
- 26 **B:** Na, es ist die Frage der Fokussierung. Also wenn in den Fachdiensten vielleicht  
27 auch noch mehr für dieses Thema sensibilisiert werden würde, mehr Kenntnis  
28 erlangt werden würde auch mehr vielleicht auch die Fähigkeiten wie spreche ich  
29 so etwas an. Es ist ja die Frage wie kann ich dieses Thema mit mehr Präsenz in  
30 Beratung auch gestalten. Wäre sicherlich interessant was dann an Ergebnissen an  
31 Aussagen auch zustande käme. Also ich kann mir gut vorstellen, dass so ein Thema  
32 direkt anzusprechen vielleicht auch mit ich will nicht unbedingt Hemmungen aber  
33 sagen wir doch eher zurückhaltend angegangen wird. So und mit mehr vielleicht  
34 wirklich auch Sensibilisierung für das Thema und mehr sagen wir mal auch  
35 Vertrauen diese Thematik ins Auge zu fassen dass da auch nochmal viel mehr an  
36 Relevanz deutlich werden würde #00:04:51#
- 37 **I:** Das heißt wenn man jetzt auch entsprechend der WHO-Leitlinie schaut wie man  
38 bestimmte Abläufe standardisieren könnte?
- 39 **B:** Ja, wie finde ich den Zugang zum Thema
- 40 **I:** Oder was es dazu noch braucht, dann würden Sie auch unterstützen, dass das  
41 Thema in der Versorgung eine größere Rolle einnimmt.
- 42 **B:** Ja
- 43 **I:** Schauen wir uns noch einmal die Eckpunkte der Leitlinie an. Das sind ja  
44 zusammengefasst die Kernaussagen der 38 Empfehlungen, die die WHO nach  
45 Gewalterfahrung für elementar hält. Also das geht es einmal um die Ersthilfe, und  
46 darunter versteht die WHO, dass wenn ein Mensch Gewalterfahrung mitteilt, dass  
47 eine vertraute Atmosphäre herrscht, dass empathisches Zuhören möglich ist, dass

48 die Zuhörende eine wertungsfreie Haltung einnimmt, und dass auch die  
49 Weitervermittlung in andere Angebote stattfindet. Dann auch erst mal das  
50 Erkennen von Gewaltbeziehung, das heißt also die Frage nach Gewalterfahrung,  
51 wie frage ich danach, welche möglichen Symptome oder Beschwerden könnten auf  
52 Gewalterfahrung hindeuten, wie beispielsweise Depressionen oder  
53 Alkoholkonsum oder andere ungeklärte Beschwerden. Dann das Thema  
54 Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, möglicherweise eine STI  
55 Prophylaxe bzw. Angebot zum STI Screening. Dann ein wichtiger Punkt die  
56 Schulung von Fachkräften, d.h. also Fort- und Weiterbildung zu den  
57 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs mit Gewalt, sei es das Erkennen von  
58 Gewalt, sei es das Ansprechen, sei es klinische Fähigkeiten in der Versorgung oder  
59 auch das Thema der Dokumentation bis hin zur rechtsicheren Dokumentation. Und  
60 dann nennt die WHO psychologische Intervention, wobei es da nicht in erster Linie  
61 um ein Therapieangebot geht, sondern erst mal um das erste Unterstützen,  
62 möglicherweise Versorgen, Mitgabe von schriftlicher Information, die auch  
63 Information darüber enthält, wenn eine Gewaltsituation zu eskalieren droht. Und  
64 angesprochen werden natürlich auch Kinder. Also was passiert, wenn Kinder im  
65 häuslichen Umfeld Gewalt miterleben, was kann ich da an Intervention anbieten.  
66 Wenn man sich diese Empfehlung anguckt, denken Sie , dass diese im ÖGD  
67 vollständig umgesetzt werden könnten?

68 **B:** Also der Punkt eins Ersthilfe das sind ja basics, Vertraulichkeit, empathisches  
69 Zuhören, wertungsfreie Haltung, das ist ja etwas was ich ja generell erwarte. Also  
70 das sind ich sag mal das ist etwas ganz grundlegendes für alle Formen der  
71 Beratung ist für alle Inhalte. Also ohne so diese Haltung einzunehmen,  
72 wertungsfrei und ohne auch den Kontext der Vertraulichkeit kann man aus meiner  
73 Sicht die Anforderungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst gar nicht erfüllen.  
74 Also das würde ich losgelöst davon sehen als das ist für mich etwas Generelles  
75 #00:07:39#

76 Also das Grundverständnis unserer Arbeit im ÖGD. Das sollte eigentlich auch in ein  
77 Leitbild für den öffentlichen Gesundheitsdienst aufgenommen werden.  
78 #00:07:54#

79 Zum zweiten Punkt Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen das zielt ja auf das  
80 was ich schon versucht habe so anfänglich zu beschreiben. Wie frage ich danach.  
81 Ich hatte eingangs sehr allgemein formuliert ja schon dass im Kontext von  
82 Beratungen auch im Sozialpsychiatrischen Dienst wo es um psychische  
83 Erkrankungen geht, psychische Störungen, hier ist gerade auch nochmal im  
84 Bereich von verstärktem Alkoholkonsum oder Depression wo die  
85 Umgebungsbedingungen beziehungsweise die wie sich Beziehung gestaltet dass  
86 dieses ja wesentliche Faktoren auch auf die Ausprägung auf die Entwicklung von  
87 psychischen Erkrankungen und Störungen haben. So und das heißt wir setzen  
88 immer bei der Störung an, oder bei Symptomen und die Rückkoppelung ob  
89 Gewalterfahrung mit eine von den Ursachen darstellt im Kontext der Entwicklung  
90 von psychischen Problemen. Darauf auch mal stärker nachzufragen, also genau das  
91 ist die Frage von Erkennen...also Erkennen heißt für mich ich muss nachfragen.  
92 Also ich glaube die wenigsten Menschen die zu uns kommen würden sagen, also  
93 ich hab das dieses Problem. Kann sein, ja, je nachdem auch wie offen Menschen  
94 sind oder wie auch schon gefestigt in der Artikulation. Aber hier die entsprechende  
95 Sensibilität zu haben und hier die eingangs genannten Voraussetzungen auch zu  
96 erfüllen Menschen dazu sage ich mal zu gewinnen eine Offenheit gegenüber

97 diesem Thema von Gewalt in Paarbeziehungen auch dann darzulegen. Ja, man  
98 müsste eben fragen. Gezielter Fragen. Das immer im Auge haben. #00:10:05#  
99 Der Punkt Notfallverhütung ich finde das schon auch sehr speziell. Würde ich eher  
100 im Kontext sehen also was jetzt den öffentlichen Gesundheitsdienst anbelangt also  
101 eher auch im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung eher da  
102 angesiedelt, denn da ist das Thema Gewalt vielleicht im Kontext von Fragen der  
103 Schwangerschaftskonfliktberatung vielleicht am offensichtlichsten und dann auch  
104 Anbieten von einer Notfallverhütung wenn es dann schon zum Thema wird. Von  
105 ungewollten Schwangerschaften oder die Furcht von ungewollten  
106 Schwangerschaften, ich glaube dann ist dieses Thema viel näher. Um das  
107 aufzugreifen und auch zu sagen so was könnte ihnen in der Situation helfen.  
108 #00:11:08#  
109 **I:** Und es ist ja auch eine Frage der zeitlichen Abläufe. Das geht ja auch eher in  
110 Richtung einer Akutversorgung.  
111 **B:** Aber mit STI-Diagnostik und Prävention anbieten, eine HIV-  
112 Postexpositionsprophylaxe als das wäre mir schon sehr speziell. Also das würde ja  
113 schon für mich auch voraussetzen sehr viel Klarheit über eine Situation zu haben.  
114 Als Beispiel, dass in einer Beziehung Sexualität mittels Gewalt ausgelebt wird und  
115 der Partner oder die Partnerin vielleicht auch HIV infiziert sind. Also da müsste  
116 man gucken. Also so einfach jetzt zu sagen, da gibt es dann immer eine STI -  
117 Diagnostik oder eine HIV-Postexpositionsprophylaxe so aus jeglichem Kontext  
118 rausgelöst also auf den Gedanken käme ich nicht. #00:12:10#  
119 **I:** Das würde sich dann vielleicht auch eher darauf beziehen, dass man an die  
120 entsprechenden Angebote weitervermittelt.  
121 **B:** Ja. Schulung von Fachkräften und die Fort- und Weiterbildung zu  
122 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs von Gewalt in Paarbeziehungen. Ja, wie  
123 spreche ich es an, wie erkenne ich es, wie kommuniziere ich dieses Thema. Ja, ich  
124 denke doch mal das setzt schon auch spezielle Schulung voraus und es wäre schön,  
125 wenn es dazu auch Konzepte gäbe der Fort- und Weiterbildung. Da bin ich jetzt  
126 nicht so im Stoff, habe nicht so den Überblick über dieses Thema. Aber das  
127 bedeutet ja schon auch eine sehr spezielle Konzeptentwicklung. Ich weiss nicht ob  
128 es die gibt. #00:13:14#  
129 **I:** Die gibt es schon. Die müssten dann ggf. für den ÖGD und die einzelnen  
130 Berufsgruppen angepasst werden.  
131 **B:** Ja, das meine ich jetzt.  
132 **I:** Grundsätzlich gibt es die ja von S.I.G.N.A.L e.V. Schulungen die auch schon in die  
133 Curricula von medizinischen Ausbildungsberufen aufgenommen sind.  
134 **B:** Aber für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wie gesagt so, das ist mit so nicht  
135 bekannt. Aber das müsste schon abgestimmt für den Öffentlichen  
136 Gesundheitsdienst auf die spezielle Arbeit ausgerichtet sein. Und auch eine  
137 Übertragbarkeit dann so auf die Beratung in den einzelnen Fachdiensten. Also dass  
138 das möglichst viele nutzen können. Also ich würde das nicht zu speziell machen,  
139 sondern ja, dass eben in ganz unterschiedlichen Fachdiensten damit auch sage ich  
140 mal so auch dieses Thema damit auch angesprochen werden kann. #00:14:15#  
141 **I:** Auch im Sinne dass man sagen könnte alle Mitarbeiter die im Gesundheitsamt  
142 arbeiten sind zu diesem Thema in welchem Umfang auch immer geschult?  
143 **I:** Ja, ja. Vor allen Dingen auch finde ich wichtig sensibilisiert. Wichtig auch  
144 Hemmung zu nehmen. Also die Frage darf ich das ansprechen, ist das schon zu /  
145 Das ist ja genau auch unsere Aufgabe die wir haben, einen Zugang zu den

146 Menschen zu finden. Und ich denke schon hier ist es wichtig entsprechend unseren  
147 Beschäftigten hier auch etwa an die Hand zu geben #00:14:53#

148 **I:** Damit sie sich sicherer fühlen mit dem Thema ?

149 **B:** Damit sie sich sicherer fühlen, klar. #00:14:57# Psychologische Intervention,  
150 Mitgabe von schriftlicher Information über Bewältigungsstrategien bei schwerem  
151 Stress. Der schwere Stress der würde sich ja wahrscheinlich schon genau auf  
152 dieses Problem beziehen.

153 **I:** So ist es gemeint.

154 **B:** So ist es gemeint.

155 **I:** Das hört sich vielleicht etwas theoretisch auch an. Ich denke, das liegt  
156 wahrscheinlich auch daran, dass die WHO davon ausgehen muss, dass eine  
157 therapeutische oder psychologische Versorgung nicht in dem Maße  
158 flächendeckend vorhanden ist, so wie wir das in Berlin haben. Und auch im ÖGD  
159 gibt es ja die Möglichkeit. Sollte denn das Angebot einer psychologischen Beratung  
160 zu dem Thema umgesetzt werden?

161 **B:** Ja, ja.

162 **I:** Und zum Thema Kinder?

163 **B:** Ja, da bin ich jetzt gerade an dem Punkt, wenn Kinder häusliche Gewalt  
164 miterleben. Da sind wir ja eigentlich auch schon beim Thema Kinderschutz und  
165 Kindeswohlgefährdung. Wenn Kinder Gewalt erleben ist das nicht nur ein Thema  
166 losgelöst, sondern da sind wir auch mitten beim Thema Kindeswohlgefährdung,  
167 und da glaube ich kommt beides zusammen. Also ich fände das jetzt im  
168 Öffentlichen Gesundheitsdienst schon schwierig, wenn über Gewalt gesprochen  
169 wird, und man weiß es leben Kinder mit im Haushalt, ohne die Gesamtsituation  
170 hier ins Auge zu fassen. Also das meine ich wieder. Also bestimmte Dinge ...also  
171 man kann diese Thema glaube ich nicht isoliert sehen. Einmal Kinderschutz und  
172 wir hatten ja eingangs auch schon über das Thema Sucht oder psychische  
173 Erkrankungen also wenn Gewalt in diesem Kontext von Krankheitsentwicklung  
174 oder bei den Kindern, also ja, also ja es gehört an dieser Stelle zusammen, aber  
175 vielleicht die spezielle Thematik sollte dann auch nochmal spezialisiert an einer  
176 anderen Stelle verortet sein mit einem Beratungsangebot auch untersetzt.  
177 #00:17:32#

178 **I:** Im Sinne dass wir das hier mitdenken und ggf. erfragen wie die Situation der  
179 Kinder ist und dann an spezialisierte Einrichtungen weiterleiten? #00:17:42#

180 **B:** Ja.

181 **I:** Das heißt, diese Inhalte, abgesehen von der HIV-Postexpositionsprophylaxe,  
182 würde aber schon bedeuten auch das man die auch in einen Versorgungsauftrag  
183 aufnehmen sollte?

184 **B:** Ja. #00:18:02#

185 **I:** Sie hatten es bereits angesprochen, in einigen Fachbereichen ist das Thema sehr  
186 präsent. Denken Sie dass so ein Versorgungsauftrag gut an die bestehenden  
187 Angebote anknüpfen kann? Sehen Sie das sehr in den aktuellen  
188 Versorgungsleistungen verortet?

189 **B:** Naja, die Identifikation dieses Thema also über Ansprechen, Erkennen, und  
190 dann doch dieses Thema wenn es dann doch eine Präsenz erlangt, man hat dieses  
191 als ein präsent Thema identifiziert, dann die Frage der Vermittlung. Und ich  
192 denke dieses Angebot sollte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sein und da bin ich  
193 wieder bei den eingangs thematisierten basics und dazu gehört für mich auch eine  
194 wertfreie Haltung. Empathie und Wertfreiheit, also das ist für mich etwas ganz  
195 Wesentliches. Dann auch ein Angebot zu haben, was wertfrei im Sinne von nicht

196 kulturspezifische gebunden orientiert sondern für alle Menschenunabhängig vom  
197 glauben von der sexuellen Orientierung und so, also ein wertfreies Angebot zu  
198 haben. #00:19:33#

199 **I:** Und das aber durchaus regional in den Gesundheitsämtern oder Fachbereichen?  
200 **B:** Ja, ja.

201 **I:** Und denken Sie das sollte einen Schwerpunkt in einzelnen Fachbereichen  
202 haben? Oder ist es eher eine Strategie des gesamten Gesundheitsamtes?

203 **B:** Eine Gesamtstrategie. In den Fachdiensten die Fähigkeit dieses Thema wie  
204 gesagt zu identifizieren und aber dann im Blick auf die spezielle Bearbeitung  
205 dieses Themas an ein Angebot im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verweisen.  
206 Und das kann für mich auch bezirksübergreifend sein, da müsste man schauen wo.  
207 #00:20:21#

208 Ich denke jetzt nicht unbedingt an jedem Gesundheitsamt, könnte man, ist die  
209 Frage natürlich auch der Nachfrage, des Bedarfs. Da habe ich momentan noch nicht  
210 so die Vorstellung. Und sollte sich ein größerer Bedarf am Ende herausstellen,  
211 könnte man auch darüber nachdenken an jedem Gesundheitsamt. Aber das würde  
212 ich wie gesagt am Bedarf orientieren und vielleicht in Form eines Pilotprojektes  
213 erst mal angehen wollen. Ja, also. Heißt ja Partner gewinnen, Akteure gewinnen.  
214 Ich würde auch plädieren dieses Thema dann auch bezirksübergreifend in den  
215 Gesundheitsämtern zu thematisieren. Und wie gesagt die Verständigung auf ein  
216 Projekt befristet vielleicht 2 Jahre. Natürlich bedarf dieses auch finanzieller Mittel  
217 auch personelle Kapazitäten, aber warum nicht auch die Senatsebene mit  
218 einbinden und dafür gewinnen eine Form von sage ich mal Pilotprojekt mittels  
219 Beschäftigungspositionen untersetzt. Das einfach mal so sich vorzunehmen.  
220 #00:21:49#

221 **I:** Das sind ja schon recht konkrete Schritte. daraus schließe ich, dass Sie  
222 grundsätzlich im ÖGD Berlin die Voraussetzungen für eine Implementierung der  
223 Leitlinie sehen?

224 **B:** Wegen der Wertfreiheit finde ich das wichtig.

225 **I:** Ja, und jetzt auf organisationsebene, als Fähigkeit einer Organisation neue  
226 Prozesse einzuführen. Gibt es dafür eine rechtliche Grundlage, eine Finanzierung,  
227 das Personal?

228 **B:** Die gesetzliche Grundlage ist für mich unstrittig. Die findet sich allein schon im  
229 Gesundheitsdienstgesetz bei dem Thema Prävention. Also eine fehlende  
230 gesetzliche Grundlage, also ich glaube an der mangelt es nicht. Also das ist die  
231 Frage der Umsetzung, des Willens, des Gewinnens von Akteuren, der  
232 Unterstützung der Senatsverwaltung. Und was für mich wichtig wäre die  
233 wissenschaftliche Begleitung. Denn wenn ich an so ein Projekt denke, ist ja die  
234 Frage wer wertet es aus? Ja, also wie geht man mit Dokumentation um, mit den  
235 Ergebnissen um, was ist die Zielstellung? Und gerade wie die Begleitung wie die  
236 Evaluation aussehen soll, da sehe ich natürlich den wissenschaftlichen Bereich  
237 auch gefordert. #00:23:13#

238 **I:** Ja, und gibt es da eine Anbindung. Ist es möglich, dass man sagt: gut man  
239 etabliert jetzt dieses Modellprojekt /

240 **B:** Immer mit den Unis verhandeln.

241 **I:** Gibt es da Strukturen und Verbindungen die bereits bestehen?

242 **B:** Ich weiß es nicht. Ich würde einfach wie man so sagt anklopfen. Hier die Unis in  
243 Berlin, einfach mal fragen, ob dieses Thema sagen wir einmal ob es dafür  
244 Anknüpfungspunkte gäbe in bestimmten Bereichen. Also ich kenne jetzt nicht die  
245 Landschaft der Universitäten wo sich das anbieten würde so direkt, aber da es ja

246 schon ein wichtiges gesellschaftliches Thema ist, und gerade jetzt auch durch die  
247 Erfahrung der Pandemie nochmal viel mehr Präsenz erlangt hat, ja. #00:24:14#  
248 Wenn unter Einschränkung der Bewegungsfreiheit das Verbleiben müssen mehr  
249 im häuslichen Milieu je nachdem wie auch die Wohnverhältnisse sich gestalten. So,  
250 das sind ja immer die Sorgen, wie viele soziale Probleme, wie viel Gewalt entsteht  
251 in den Familien. Also ich sag mal eine aktuelle Debatte. Und wenn es gerade auch  
252 wieder geht um Lockerungen, dann ist immer die Abwägung zwischen einem wie  
253 wir das Infektionsgeschehen eindämmen ist das eine, auf der andere Seite welche  
254 Folgeschäden im psychosozialen Bereich, ja. Auch durch die sagen wir Verordnung  
255 von mehr Häuslichkeit entstehen. Also insofern ist das ein Thema. Und auch in  
256 diesem Kontext wäre es denke ich sehr interessant. #00:25:11#  
257 **I:** Das auch mal wissenschaftlich..  
258 **B:** das wissenschaftlich zu begleiten. Also es ist generell ein Thema. Aber unter den  
259 Bedingungen der Pandemie ob dieses Thema und wenn ja wie es mehr an Relevanz  
260 erlangt hat. Das sind die Befürchtungen und wenn ich so Artikel lese dann höre ich  
261 von Kinder- und Jugendpsychiatern, von Kinderärzten die Sorgen, aber auch was  
262 macht es mit den Erwachsenen. Wie fördert es die Aggression, wie wirkt sich das  
263 aus auf Familiendynamik, auch auf Sexualität und auf ungewollte  
264 Schwangerschaften und und und. Weil gerade auch im ersten Lockdown 2020 im  
265 Frühjahr wo die Erfahrung so mein Kenntnisstand, dass die Anzahl der  
266 ungewollten Schwangerschaften gestiegen ist. Jetzt ist die Frage ungewollt heißt  
267 nicht Gewalt oder muss nicht Gewalt heißen, aber wie viele von diesen  
268 ungewollten Schwangerschaften sozusagen sind doch mehr oder weniger mit  
269 Gewalterfahrung einhergegangen? Ich weiß es nicht, aber das sind Fragen, die  
270 denen man sich zuwenden könnte.  
271 Wie gesellschaftliche Bedingungen sozusagen dazu beitragen dieses Thema zu  
272 verstärken. Also allein schon auf dem Hintergrund wenn wir Gesundheit als einen  
273 Zustand des Wohlbefindens definieren psychisch, körperlich, und der auch durch  
274 die Umgebungsfaktoren wie Wohnung und Umwelt ja mit determiniert wird.  
275 #00:27:04#  
276 **I:** Denken Sie das ist auch der grundsätzliche Ansatz von Gesundheit im  
277 Gesundheitsamt?  
278 **B:** Ja, unser Ansatz ist ja grundsätzlich sozialmedizinisch. Also  
279 bevölkerungsbezogen und mit sozialmedizinischem Denken.#00:27:31#  
280 **I:** Und das leitet zu dem Thema?  
281 **B:** Ja, ja.  
282 **I:** Nochmal zurück zu dem Thema der wissenschaftlichen Begleitung, sehen Sie da  
283 auch die QPK als ...  
284 **B:** Immer einbinden. Immer einbinden. #00:27:50#  
285 **I:** Also auch im Rahmen von Modellprojekten  
286 **B:** Also gerade die QPK verfügt ja über in der Regel ein breites Netzwerk wie das so  
287 heißt. Über Kommunikationsstrukturen in die freie Trägerlandschaft hinein, haben  
288 Bezüge auch zu ganz unterschiedlichen Zielgruppen bzw. deren Angebote. Ob aus  
289 dem Zuwendungsbereich oder aus anderen Förderbereichen so. Also ich fände es  
290 gut die mit im Boot zu haben. #00:28:21#  
291 **I:** Sie hatten ja schon einige genannt, fallen Ihnen weitere Ressourcen des ÖGD im  
292 Hinblick auf eine Implementierung der WHO – Leitlinie ein?  
293 Sie hatten ja schon die Haltung des ÖGD genannt, den Zugang zu einer breiten  
294 Zielgruppe. Gibt es noch weiteres wo Sie sagen da ist der ÖGD sehr gut aufgestellt  
295 für diese Aufgabe?

296 **B:** Na durch die Fachdienste. Also da bin ich wieder beim Zugang. Also der  
297 Öffentliche Gesundheitsdienst ist ja auch der sich ich sag das mal auch aufdrängen  
298 darf, also anlassbezogen entsprechend seines Auftrags auch an die Haustür  
299 kommen kann, darf Hausbesuche machen, darf auch wenn Gefahrensituationen  
300 drohen sich Zutritt verschaffen. Also der Öffentliche Gesundheitsdienst darf ja  
301 vieles im Rahmen seines bevölkerungsbezogenen Ansatzes was ein  
302 niedergelassener Arzt oder ein Arzt im Krankenhaus nicht darf. #00:29:33#

303 **I:** Uns sehen Sie denn auch Hürden? Könnte auch das Image des  
304 Gesundheitsamtes, diese behördlichen Struktur eine Hürde für Menschen sein  
305 dieses Thema anzusprechen ?

306 **B:** Die Frage ist ja, wie gestalte ich Gesundheitsamt. Und ich kann mit so einem  
307 Angebot auch je nachdem wo ich es platziere, das muss ja nicht im Gesundheitsamt  
308 als solchen sein. Ich will mal erklären was ich damit meine. Es wird ja auch  
309 diskutiert über die Möglichkeiten beispielweise im Kinder- und  
310 Jugendgesundheitsdienst auch in Familienzentren usw. Leistungen mit anzubieten.  
311 Also die Frage der Verknüpfung, auch Angebote außerhalb dieses Gebäudes  
312 Gesundheitsamt anzubieten. Wenn so der Eindruck dann vorliegen soll ich gehe  
313 jetzt in ein Amt ich gehe jetzt in dieses Gebäude als Amt, wenn das eine  
314 Hemmschwelle sein sollte lässt es sich ist es ja auch möglich dieses Angebot an  
315 anderen Stellen zu verorten. Es ist die Frage wie offen wie zugangsfreundlich so  
316 auch ein Gesundheitsamt wahrgenommen wird. #00:31:17#

317 **I:** Also tatsächlich auf das Image, das es nach außen hat?

318 **B:** Das Image ja genau #00:31:23#

319 **I:** Und sehen Sie da aktuell als Hürde? So wie es sich zur Zeit für die Bevölkerung  
320 darstellt?

321 **B:** Na ich will es mal anders formulieren. Die Fachdienste werden ja gut in  
322 Anspruch genommen. Also der Zugang zu den Fachdiensten ist da. Also wenn ich  
323 den Zugang über die Fachdienste wähle, dann ist die Frage was passiert in den  
324 Fachdiensten? Wie ist es möglich in den Fachdiensten dieses Thema aufzugreifen?  
325 Und auch Menschen dann auch zu bestärken die Hilfe in Anspruch zu nehmen?  
326 Also insofern ist der Zugang ja immer über die Fachdienste. Was ich jetzt nur  
327 meine, wenn man ein spezielles Angebot hätte dann müsste es vielleicht nicht ich  
328 sag mal so unter dem Dach des Gesundheitsamtes so von der räumlichen oder  
329 häuslichen Struktur sein. Sondern wenn man meint es kann auch an einem  
330 anderen Ort sein, wenn man meint es ist niedrigschwelliger. Das muss ja nicht  
331 zwangsläufig im Gesundheitsamt verortet sein. Auch wenn der öffentliche  
332 Gesundheitsdienst dieses Angebot vorhält. Das kann er auch an anderen Stellen.  
333 #00:32:48#

334 **I:** Sehen Sie noch weitere Hürden?

335 **B:** Die Hürde ist immer das Geld, die Finanzierung. Also wenn sie Menschen haben  
336 die sich für dieses Thema interessieren, die sagen wir wollen etwas auf die Beine  
337 stellen, dann ist die Frage immer wo und wie lässt sich dieses Angebot finanzieren.  
338 Und dann sind sie wieder bei der oder vor der Herausforderung und das wird  
339 denke ich kein bezirkliches oder anders das wird nicht auch bezirklich möglich  
340 sein, sondern wenn für das Land Berlin und dann sind sie auf der Senatsebene.  
341 Also es geht ja darum wie man so ein Angebot in die Regelversorgung überführen  
342 will. Und den Auftakt vielleicht klugerweise in Form eines Pilotprojektes  
343 ermöglicht. Beschäftigungspositionen, wissenschaftliche Evaluation. Also eine  
344 Evaluation die dann auch entscheidet ob die Ergebnisse dann so sind, dass man

345 sagt, ja das ist ein Angebot aufgrund der Inanspruchnahme was in die  
346 Regelversorgung überführt werden sollte. #00:34:14#

347 **I:** Und da müsset man beim Senat dann anfragen?

348 **B:** Da müsste man beim Senat die Unterstützung suchen. Weil es wäre dann auch  
349 Teil der Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wir haben  
350 Mustergesundheitsamt also es ist ja so das die Struktur des Öffentlichen  
351 Gesundheitsdienstes ja auch immer wieder Gegenstand war von sag mal von  
352 gemeinsamer Arbeit zwischen den Bezirken und der Senatsverwaltung. Anders  
353 wäre ja das Mustergesundheitsamt ja auch gar nicht zustande gekommen  
354 #00:34:53#

355 **I:** Das war eine Initiative vom Senat?

356 **B:** Ausgehend von einer Änderung des Gesundheitsdienstgesetzes und der Versuch  
357 und der ist meines Wissens bundesweit bisher einmalig, das man den Versuch  
358 unternommen hat mal für auf der Grundlage des Gesundheitsdienstgesetzes und  
359 der definierten Leistung herauszufinden wie viel Personal benötige ich denn dann  
360 angesichts der Bevölkerungsstruktur. Also der Anzahl von Menschen die in Berlin  
361 leben und der Bevölkerungsstruktur. #00:35:30#

362 **I:** Also es war vorrangig ein Personalbedarfskonzept?

363 **B:** Personalbedarfskonzept ja. Aber ja gut, sie können ja nur den Personalbedarf  
364 erheben wenn die Leistungen klar sind. Also wie viel Personal brauchen sie für  
365 welche Leistungen. Insofern die Beschreibung der Leistungsebene der einzelnen  
366 Arbeitsschritte  
367 auch in logischerweise in Bezug auf welche Berufsgruppen, die zeitlichen  
368 Dimensionen hat ja dann in der Gesamtschau dann auch eben erst dieses  
369 Mustergesundheitsamt erst möglich gemacht. #00:36:04#

370 **I:** Und können Sie noch kurz sagen, was die grundsätzliche Änderung im  
371 Gesundheitsdienstgesetz zu der Zeit war?

372 **B:** Das muss immer wieder mal in bestimmten Abständen auch angepasst werden.

373 **I:** Das war nicht so, dass man gesagt hat, man erweitert das auf ein neues  
374 Aufgabengebiet, oder fördert Prävention, das war einfach eine Aktualisierung?

375 **B:** Eine Aktualisierung und auch natürlich nochmal eine / Die Formulierung von  
376 Aufgaben wo das Land Berlin sagt die möchten wir im Öffentlichen  
377 Gesundheitsdienst haben. Wenn sie sich erinnern: die Therapeuten im Kinder- und  
378 Jugendgesundheitsdienstes standen ja lange auf der Kippe: müssen die im  
379 Öffentlichen Gesundheitsdienst bleiben oder nicht. Ja, nur mal so Beispiele wo  
380 nicht klar war, verbleiben diese Leistungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst  
381 oder nicht. Und das Gesundheitsdienstgesetz schafft Klarheit welche Leistungen  
382 dann eben damit auch bleiben im Öffentlichen Gesundheitsdienst. So und wenn die  
383 bleiben sollen das gibt eben dann die gesetzliche Grundlage dann ist es wichtig  
384 dafür den notwendigen Personalbedarf zu ermitteln. #00:37:20#

385 **I:** Jetzt werden im Gesundheitsdienstgesetz Menschen die von Gewalt betroffen  
386 sind explizit als Zielgruppe aufgeführt. Ist das hilfreich? Kann man damit  
387 argumentieren oder bedeutet dies vielleicht sogar eine Verpflichtung?

388 **I:** Ja, für mich ist die wesentliche Grundlage das Gesundheitsdienstgesetz  
389 #00:37:42#

390 **Teil II**

391 **I:** Teil zwei bezieht sich auf die Maßnahmen. Wie wäre jetzt ein  
392 Umsetzungsprozess. Dazu haben Sie ja auch schon einiges an Ideen formuliert. Wie  
393 würden Sie denn vorgehen, wenn Sie die Leitlinie implementieren möchten?

394 **B:** Die Leitlinien so wenn ich es richtig verstehe sind ja formuliert. Und dann ist die  
395 Frage wie ich die Leitlinien / Wir würde ich vorgehen, um die erst mal auch in den  
396 Fachdiensten publik zu machen.

397 **I:** Sie würden auf der Eben der Fachdienste

398 **B:** Fortbildungen auf der Ebene der Fachbereiche. Besser gesagt anhand der  
399 Leitlinie sehen, wie werden wesentliche Punkte vielleicht auch in den auf die  
400 Fachdienste zu übertragen. Was wäre da von Relevanz? #00:01:08#

401 **I:** Auf der Versorgungsebene?

402 **B:** Auf der Versorgungsebene.

403 **I:** Und denken Sie es bräuchte vorab eine Abstimmung mit den anderen  
404 Gesundheitsämtern?

405 **B:** Na ich würde dann aber eher den Weg wählen, dass in den Gesundheitsämtern  
406 jetzt erst mal ganz also jeweils auf das eigene Amt bezogen versucht wird dieses  
407 Thema oder Ideen zu entwickeln dieses Thema umzusetzen. Und dann wäre ein  
408 Abgleich der Ergebnisse interessant. Also es könnte ja sein, dass es Unterschiede  
409 zwischen den Ämtern gibt, vielleicht auch nicht. Aber in Bezug auf ein  
410 gemeinsames Herangehen, würde ich schon so, das jedes Amt sich erst mal  
411 Überlegungen macht, wie wir das angehen und dann die Ergebnisse  
412 zusammenträgt, kann man ja auch in einer überschaubaren Arbeitsgruppe auch  
413 tun. Und dann so vielleicht auch etwas Prozessliches formuliert. Wo man gemerkt  
414 hat das ist ein gemeinsamer Nenner #II.00:02:27#

415 **I:** Und wer sollte den Versorgungsauftrag mit den Inhalten der Leitlinie  
416 formulieren?

417 **B:** Na, das sollte schon ein Konsenspapier der Amtsärzte sein. Also die Ergebnisse  
418 aus den Fachdiensten zusammentragen und aber am Ende / Also ich habe jetzt von  
419 Konsenspapier also vielleicht jetzt die falsche Begrifflichkeit, aber ein  
420 gemeinsames Thesenpapier oder wie auch immer Abgestimmtes unter den  
421 Amtsärzten #II.00:03:16#

422 **I:** Auf den unterschiedlichen politischen Entscheidungseben wie Bund Senat  
423 Bezirk, bedarf es da auch eines formulierten Auftrags?

424 **B:** Ich würde die Senatsverwaltung für Gesundheit hier natürlich dann einbinden,  
425 also wenn die Amtsärzte ein gemeinsames Ziel formuliert haben. Das dann auf  
426 Senatsebene bringen. In dem Falle wäre ja dann die Staatssekretärssebene oder  
427 auch die Ebene der Senatorin ja. Aber da gibt es ja dann ich sag mal auch geregelte  
428 Wege wie man dieses Anliegen dann auf diese Ebene bringt, also auch mit wem  
429 man im Vorfeld darüber Gespräche führt auf Senatsebene. Mit welchem Referat  
430 man erst mal auch sozusagen dieses Thema sondiert. Da gibt es Strategien.  
431 #II.00:04:24#

432 **B:** Und auf bezirklicher Ebene?

433 **I:** Ohne die Stadträte wird es schlecht gehen. Also insofern sollte dann auch  
434 zumindest jedes Gesundheitsamt auch dann Werbung beim Stadtrat für  
435 Gesundheit tun. #II.00:04:43#

436 **I:** Das heißt das sind 2 parallele Strategien?

437 **B:** Sollen dafür werben, dass dieses Thema politisch auch unterstützt wird. Denn  
438 am Ende geht es ja auch wieder um Geld. #II.00:04:58#

439 **I:** Und auf Bundesebene, wenn der Gesundheitsminister sagt er möchte, dass die  
440 Leitlinie bundesweit in den ÖGDs umgesetzt wird? Hätte das eine Auswirkung?  
441 Wäre das ein verbindlicher Auftrag?

442 **B:** Ja, das wäre ein Auftrag. Das wäre der andere Weg im Sinne des Auftrags. Was  
443 wir bisher so miteinander besprochen haben wäre eher so also etwas ausgehend

444 von der Basis ins Leben zu rufen. Das andere wäre ich sage mal Auftrag von oben.  
445 #II.00:05:31#

446 **I:** Und welche Strategie erscheint ihnen für eine Umsetzung für zielführender?  
447 **B:** Na schneller geht der Auftrag von oben. Also so stelle ich mir das zumindest vor.  
448 Weil dann auch über die Frage ob das überhaupt notwendig ist nicht gestritten  
449 werden muss Da ist man gleich bei dem Thema wie setzt man etwas um, und stellt  
450 nicht die Sinnfrage. Gibt es das Angebot nicht wird ja erst mal von der Basis her die  
451 Sinnfrage aufgerufen, ist das sinnvoll, ist das notwendig, und wird dann erst auf die  
452 politische eben transferiert. Wenn die politische Ebene schon Einigkeit erzielt hat,  
453 dass es sinnvoll ist, wird es direkt um die Umsetzung gehen. Also nicht um die  
454 Frage ob sondern um das wie. Der Weg ist dann sehr abgekürzt #II.00:06:32#

455 **I:** Denken Sie, dass der ÖGD sich strukturell verändern muss, um einen neuen  
456 Prozess wie die Leitlinie zu implementieren?  
457 **B:** Nein, das sehe ich nicht. Ich denke, dass wäre ein ergänzendes Angebot.  
458 #II.00:07:01#

459 **I:** Aktuell hört man ja auch im Rahmen der Pandemie, dass der ÖGD gestärkt  
460 werden muss, und dafür auch auf struktureller Ebene Veränderung stattfinden  
461 muss. Sehen Sie das im Bezug auf dieses Thema in irgendeiner Weise?  
462 **B:** Im Rahmen der Pandemie oder auch aus den Erkenntnissen die wir bisher  
463 gewonnen haben halte ich es für wichtig, dass dieses Thema Mitarbeit beim  
464 Auftreten von pandemischen Geschehen generell, also dass alle Beschäftigten im  
465 Öffentlichen Gesundheitsdienst auch in dem Bewusstsein leben müssen, haben wir  
466 ein Geschehen, sind alle aufgefordert hier mitzuwirken. Aber das bedarf für mich  
467 jetzt keiner gesonderten Strukturen, sondern einfach so eine kontinuierliche  
468 Fortbildung berufsgruppenübergreifend, so dass dieses Thema von Pandemie  
469 sozusagen allen Berufsgruppen dann nicht mehr völlig fremd ist. Dass im  
470 Bedarfsfall alle mitarbeiten. #00:07:50#

471 **I:** Aber das könnte man ja auch auf das Thema Versorgung nach Gewalt  
472 übertragen?  
473 **B:** Ja, das könnte man ja analog sehen, und dann bin ich wieder bei en  
474 Fachdiensten.

475 **I:** Denken Sie das in dem Thema selber auch Barrieren stecken? Könnte es ein  
476 Thema sein, das der ÖGD nicht auch noch bedienen möchte? Da zu unpopulär und  
477 schwierig?  
478 **B:** Also ich fände es unklug, wenn der ÖGD dieses Thema nicht aufnehmen würde.  
479 Denn was gäbe es für Gründe dafür, dieses Thema nicht aufzunehmen?  
480 **I:** Denken Sie der ÖGD könnte davon profitieren, wenn er die WHO Leitlinie  
481 implementiert? Das Thema aufnimmt?  
482 **B:** Es würde die Qualität von Beratung das wäre sozusagen auch nochmal eine  
483 Ergänzung in der Qualität in der Beratung in der bestimmte Punkte die bisher  
484 vielleicht nicht so angesprochen sind, aber trotzdem wesentliche Relevanz haben  
485 in bestimmten Geschehen. Er könnte in Sinne von Professionalität und  
486 Qualifizierung profitieren. #II.00:09:47#

487 **I:** Sehen Sie für sich persönlich und in Ihrer Position als Amtsarzt Möglichkeiten  
488 den Prozess zu initiieren und voranzubringen?  
489 **B:** Also ich denke, das könnte jedes Gesundheitsamt. Also es würde uns doch  
490 niemand darin hindern die Leitlinien genauer ins Auge zu fassen und mit den  
491 Fachdiensten darüber ins Gespräch zu kommen.  
492 **I:** Kommen wir zum Schluss zur Umsetzung eines möglichen Rahmenkonzeptes.

493 Die Leitlinie soll implementiert werden und jetzt soll ein Rahmenkonzept  
494 konzipiert werden welches Orientierung für die notwendigen  
495 Entwicklungsschritte, sei es inhaltlich, sei es programmatisch, personell,  
496 Ausstattung, politische Entscheidungen. Wenn ein Rahmenkonzept mit den  
497 folgenden vorgelegten Inhalten erstellt werden sollte, wie wäre die Reihenfolge?  
498 Können Sie die folgenden Inhalte in die für Sie priorisierte Reihenfolge bringen,  
499 was am wichtigsten ist?

500 **B:** Na ganz oben steht die Haltung der Leitung zum Thema. Also auch ohne eine  
501 positive Haltung dem Thema gegenüber finde ich ist es immer nicht einfach auch  
502 in den Fachdiensten zum Beispiel dann so etwas durchzusetzen. Also das wäre für  
503 mich losgelöst. Also ganz grundsätzlich, die Haltung steht ganz oben. Und dann die  
504 Punkte Qualifizierung und Fortbildung, Entwicklung von Handlungsanweisung  
505 und Bedarfsermittlung da würde ich die Forschung noch ein bisschen außen vor  
506 lassen. Qualifizierung, Fortbildung, Entwicklung von Handlungsanweisung und  
507 Bedarfsermittlung da würde ich enden, das ist für mich ein Punkt, das sind drei  
508 Punkte die sich durchdringen. Also die Frage wie ermittelt ich den Bedarf setzt  
509 voraus ich bin qualifiziert dafür für das Angehen dieses Themas und dann die  
510 Frage macht es Sinn im Sinne von strukturiertem Vorgehen in der Beratung  
511 Handlungsanweisungen zu erstellen. Handlungsanweisungen klingt so ein  
512 bisschen streng aber ich denke schon wie ermittele ich den Bedarf das kann ja  
513 auch da gehe ich davon aus das hat eine bestimmte Strukturqualität. Also für eine  
514 gewisse Struktur ist es sehr wichtig qualifiziert zu sein #II.00:13:02#

515 Die Forschung ist wie gesagt ich würde die hier als Extrapunkt sehen. Also  
516 Forschung im Sinne von Evaluation und Bedarfsermittlung aber im Sinne von auch  
517 von Quantität, Qualität Quantität, also welchen Bedarf gibt es also von der Qualität  
518 her und dann auch die Quantität, also wie hoch wäre der Bedarf. Aber das würde  
519 ich hier loslösen. Also ich verstehe Bedarfsermittlung auch eher im Sinne von  
520 aktivem Erfragen. Und das Thema Arbeitsgruppen Qualitätszirkel ja. Also wie  
521 gesagt hier die Forschung. Für mich wäre es ein eigener Punkt. Also gehört ja auch  
522 zu dem Punkt Forschung und wissenschaftliche Begleitung. Den würde ich da mit  
523 ansiedeln. #II.00:14:20#

524 **I:** Und halten Sie den auch für wichtig?

525 **B:** Ich finde das ganz wichtig. Weil ja immer so oder generell die Frage steht ist  
526 dieses Angebot notwendig, ist es zu verbessern. Wenn sie bei der Frage sind der  
527 Finanzierung, der personellen Ressourcen die sie benötigen ist es gut das ganze  
528 wissenschaftlich legitimiert auch zu sehen. Also dass die Forschung auch zu  
529 Ergebnissen führt auch im Sinne der Weiterentwicklung. #II.00:14:55#

530 **I:** Und denken Sie dass der ÖGD in der Evaluation seiner Angebote noch besser  
531 werden könnte?

532 **B:** Na, da ist der ÖGD insgesamt noch etwas schwach. Das ist zwar ein dauerhaftes  
533 Thema, aber da sind wir bisher nicht vom Fleck gekommen. Ja, die QPK ist ja so ein  
534 Teil, zum Beispiel die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung,  
535 Gesundheitsberichterstattung, das geht ja so ein bisschen in die Richtung. Das  
536 müsste man auf weitere Angebote ausweiten. #II.00:15:48#

537 Aber das haben sie doch / Also ich sag mal die meisten Menschen sagen ja meine  
538 Arbeit die ich mache die ist wichtig, die Angebote im Öffentlichen  
539 Gesundheitsdienst sind wichtig. Wer möchte schon sagen ich mache etwas was  
540 nicht wichtig ist. #II.00:15:58#

541 **I:** Denken Sie man ist da zurückhaltend, weil man befürchtet, dass die Ergebnisse  
542 einer Evaluation die Arbeit teilweise auch in Frage stellen könnten?

543 **B:** Nein. Aber ich sag mal die Betrachtung mit einer wissenschaftlichen Distanz die  
544 ist immer hilfreich um auch Aufgaben zukünftig auch zu legitimieren und dafür  
545 auch eine Unterstützung zu erhalten. Das meine ich. Wenn jeder Mensch sagt  
546 meine Aufgabe ist wichtig es muss noch mehr an Angebot geben. Es ist gut wenn  
547 sich Menschen auch mit ihrer Arbeit identifizieren. Aber die Frage ist so wenn ich  
548 jetzt in Richtung Steuergeld Finanzierung gehe auch mit bevölkerungsbezogenem  
549 Ansatz, es ist doch gut wenn Forschung dieses dann auch so verdeutlicht. Dass die  
550 Forschungsergebnisse dann genau auch mit der Forderung des Angebotes dann  
551 auch einhergehen. #II.0017:01#

552 **I:** Was wäre für Sie jetzt der erste konkrete Schritt einer Implementierung? Was  
553 würden Sie als allererstes tun?

554 **B:** Als erstes vielleicht wirklich in kleinen Arbeitsgruppen das Thema  
555 Qualifizierung ansprechen. Wie könnte eine Qualifizierungsstrategie aussehen. Wie  
556 sensibilisiere ich die Mitarbeiter in den Fachdiensten des Öffentlichen  
557 Gesundheitswesens? Dieses Thema anzusprechen. Also ein Schulungskonzept für  
558 das Gesundheitsamt. Das wäre für mich das erste um auch erst mal in der  
559 Anwendung zu merken ob dieses Vorgehen Resonanz findet. Wie wäre das  
560 Ergebnis. #II.00:18:20#

561 **I:** Fällt Ihnen ein best-practice-Beispiel ein? Also für die Einführung eines  
562 vergleichbaren Prozesses?

563 **B:** Naja die Familienhebammen wären so ein Thema. Oder das verbindliche  
564 Einladungswesen. War ja auch verbindliches Einladungswesen über  
565 Beschäftigungspositionen ins Leben gerufen worden. Und dann als verstetigtes  
566 Angebot. Wenn dann denke ich da an einen ähnlichen Weg.

567 **I:** Familienhebammen war ja eine Bundesinitiative und das verbindliche  
568 Einladungswesen auch?

569 **B:** Das war eine Berliner Geschichte.

570 **I:** Und wie ist das konkret erfolgt? Gab es für die Ämter die Vorgabe das  
571 umzusetzen?

572 **B:** Es war die Frage wie erreichen wir, dass die U-Untersuchungen realisiert oder  
573 auch besser wahrgenommen werden. Es geht ja immer um Zeitfenster und dann  
574 die Eltern zu erinnern und zu unterstützen dabei, dass sie ihre Kinder auch zur  
575 Untersuchung beim Kinderarzt vorstellen. Das ist ja ein Projekt zusammen mit der  
576 Charité. Also in Kooperation mit der Charité. Also mit dem Ziel es hat etwas zu  
577 tun mit Kinderschutz, mit dem frühzeitigen Erkennen von Hilfebedarfen so und da  
578 gab es eben genau diese klare Zielformulierung. Dass man gemerkt hat dass  
579 bestimmte U-Untersuchungen so nicht wahrgenommen werden oder nicht  
580 rechtzeitig wahrgenommen werden. Sie haben dann ja bestimmte Zeitfenster. Da  
581 gab es schon ein klares Anliegen und die Frage wie kann man das realisieren. Und  
582 das bedeutet ja auch dem Kinder – und Jugendgesundheitsdienst muss bekannt  
583 werden, dass Eltern diese Untersuchung nicht wahrgenommen haben.  
584 #II:00:21:06#

585 **I:** Dafür gab es dann auch die notwendige Unterstützung?

586 **B:** Ja, über Beschäftigungspositionen vom Senat. #II 00:21:22

587 **I:** Die allerletzte Frage: wie realistisch halten Sie die Umsetzung der Leitlinie im  
588 ÖGD Berlin innerhalb der nächsten 5 Jahre auf einer Skala von eins bis zehn?

589 **B:** Die Frage ist mir jetzt zu unkonkret. Weil mit der Umsetzung von Leitlinien mit  
590 dem Beginn oder mit dem Beginn der Umsetzung können sie ja zügig beginnen.  
591 Also Inhalte zu transferieren in die Fachdienste, das würde sie ja niemand davon  
592 abhalten. Das würde bedeuten, dass die Amtsleitung dieses Thema mit befördern,

593 da sind wir bei Haltung der Leitung und schon mal mit Fachdiensten schon mal  
594 darüber ins Gespräch kommen. Also für mich wäre die Frage, was meinen Sie mit  
595 Umsetzung? #II 00:22:44#  
596 **I:** Gemeint ist, dass die Eckpunkte, die in den Versorgungsauftrag aufgenommen  
597 wurden, vollständig umgesetzt sind.  
598 **B:** Also bis das Angebot steht, ich sag mal vielleicht auch eines zusätzlichen  
599 Angebotes also da würde ich schon sagen, mindestens fünf Jahre. #II 00:23:18#  
600 **I:** Aha. Also innerhalb von fünf Jahren halten Sie es für realistisch?  
601 **B:** Ja, das hat etwas Haushalterisches als Hintergrund. Wir denken ja immer in  
602 Zwei - Jahreshaushalten. Und wann ist wie welches Thema rechtzeitig zu  
603 platzieren. Und es geht ja um einen Vorlauf. Dann bin ich mal optimistisch und  
604 sage: warum nicht in fünf Jahren. #II.00:23:47#

## I-02

1 **I:** Gut. Dann beginnen wir mit dem eigentlichen Thema, und zwar würde mich  
2 interessieren inwieweit Gewalt in Paarbeziehungen und oder sexualisierte Gewalt  
3 innerhalb des Aufgabenspektrums des ÖGD, also speziell im ÖGD Berlin, eine Rolle  
4 spielt # 00:00:41#  
5 **B:** Ja, da gibt es grundsätzlich sicher erst mal zwischen den einzelnen  
6 Gesundheitsämtern einen Unterschied der wichtig ist, nämlich wir haben ja  
7 insbesondere was das Thema sexualisierte Gewalt angeht eine sagen wir etwas  
8 unterschiedliche Zuständigkeiten. Wir haben mehrere Zentren für sexuelle  
9 Gesundheit in den Gesundheitsämtern und in manchen eben nicht. Überall sind  
10 sozialpsychiatrische Diensts, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, d.h. enge  
11 Patientenkontakte existieren sowieso, so dass das Thema alle gleich angeht, aber  
12 es gibt natürlich bestimmte Teilbereiche aus diesem ganzen die in einzelne  
13 Gesundheitsämtern stärker bemerkt werden als in anderen, naturgemäß.  
14 #00:01:36#  
15 **I:** Aber erscheint Ihnen die Rolle als angemessen oder denken Sie sie sollte noch  
16 stärker sein, also sollte das Thema noch stärker verortet sein? #00:01:45#  
17 **B:** Also es ist halt die Frage wo wir uns selber in so einem Hilfesystem verortet  
18 sehen. Und es gibt auf der einen Seite durchaus ja etablierte Strukturen aber  
19 andererseits ist es so dass bei diesem Thema ja gerade die Frage nach  
20 Erreichbarkeit etablierter Strukturen nicht so ganz wichtig ist sondern das  
21 grundsätzlich in allem ärztlichen Handeln das ein Thema ist was einem begegnet  
22 und was man eher suchen muss als das es einen anspringt. Und das ist denke ich  
23 eher eine Handlungsfrage derjenigen, die professionell mit anderen Menschen  
24 umgehen. #00:02:31#  
25 **I:** Ja, aber würden Sie denken man müsse es tatsächlich / Also Haltung ist ja  
26 bestimmt das eine Thema und bestimmt eine Voraussetzung aber müsste man es  
27 sozusagen noch stärker strukturell auch / (00:02:46#)  
28 **B:** Ja, also ich denke dass das unsere Rolle etwas überstrapaziert insofern als dass  
29 wir ja als öffentlicher Gesundheitsdienst leider gar nicht die Position haben dass  
30 wir so wahrgenommen werden von der Bevölkerung dass man uns einfach in  
31 Anspruch nehmen kann wenn ein Problem besteht. In Teilbereichen, in sehr  
32 kleinen uns speziellen Teilbereichen ist das der Fall. Ich denke an unversicherte  
33 Menschen, gerade Kinder die wir natürlich in den Gesundheitsämtern sehen. Aber  
34 grundsätzlich sind wir als Gesundheitsämter keine etablierte Struktur die  
35 niedrigschwellig Angebote bereithält für alle, die auch so verankert sind im

36 Bewusstsein. Nach dem Motto wenn mir das und das wiederfahren ist, oder wenn  
37 es mir in der und der Beziehung nicht gut geht, dann kann ich ja ins  
38 Gesundheitsamt. Ich glaube das ist überhaupt nicht ein deutsches Denken oder ein  
39 Berliner Denken und ganz ehrlich, wir bieten ja auch nichts in der Richtung an.  
40 Also ich glaube das wir was das Thema angeht er diejenigen sind die bewusst  
41 Treffer landen indem wir danach suchen aber wir sind keine Anlaufstruktur. Das  
42 gibt unser derzeitiges Arbeiten gar nicht her. So sind wir nicht. (#00:04:14)

43 **I:** Auf die Systemvoraussetzungen kommen wir auch später nochmal zu sprechen.  
44 Ich würde jetzt einmal gerne über die Inhalte der WHO-Leitlinie sprechen, da gibt  
45 es 38 Empfehlungen und ich habe die Kernempfehlungen aufgeschrieben und  
46 Ihnen auch nochmal vorgelegt, die laut WHO elementar sind für eine Umsetzung  
47 der Leitlinie, also für Versorgung für Menschen nach Gewalterfahrung. Wenn wir  
48 uns die einmal angucken also die WHO sagt Ersthilfe das bedeutet dass wenn eine  
49 Frau oder ein Mensch Gewalterfahrung gemacht hat dass dann erst mal eine  
50 vertraute Atmosphäre da ist, empathisches Zuhören, erst mal eine wertungsfreie  
51 Haltung und das die Möglichkeit in die Weitervermittlung anderer Angebote  
52 stattfinden kann. Dann natürlich das Erkennen von Gewalt in Parabeziehungen,  
53 d.h. das man nach Gewalterfahrung fragt wenn eschwerden vorliegen oder andere  
54 Symptome wie beispielsweise Depression, Alkoholabusus etc. die möglicherweise  
55 auch auf Gewalterfahrung hindeuten könnten. Dann sagt die WHO nach  
56 sexualisierter Gewalt muss Notfallverhütung, eventuell auch HIV-  
57 Postexpositionsprophylaxe und ggf. Diagnostik von sexuell übertragbaren  
58 Erkrankungen erfolgen. Dann ein ganz wichtiger Punkt natürlich auch Schulung  
59 von Fachkräften also Weiterbildung zu dem Thema wie gehe ich damit um wie  
60 erkenne ich das wie kommuniziere ich das. Und eine psychologische Intervention  
61 d.h. beispielsweise, dass man Information mitgibt, welche Bewältigungsstrategien  
62 in den akuten Situationen angewendet werden können. Und natürlich auch das  
63 Thema Kinder also was kann man betroffenen Kindern anbieten. Wenn wir jetzt  
64 mal davon ausgehen würden der ÖGD würde einen Versorgungsauftrag erhalten  
65 oder entwickeln, denken Sie, dass diese Empfehlungen umgesetzt werden könnten  
66 im ÖGD ? #00:06:03#

67 **B:** Also einen Großteil dieser Empfehlungen ist ja würde ich mal sagen einfach  
68 schon Inhalt des professionellen Arbeitens in vielen Bereichen. Also der große  
69 Komplex der Ersthilfe und das Erkennen von Gewalt in Paarbeziehungen das ist ja  
70 Teil unserer Arbeit eh. Also gerade also wir insbesondere denke ich an Familien  
71 die wir betreuen da ist das ja integraler Bestandteil. Selbst wenn wir die Kinder  
72 hier sehen natürlich in der Anamnese der Familie gezielt nach diesem Problem zu  
73 suchen. Wir betreuen über Jahrzehnte zum Teil psychisch kranke Menschen und  
74 auch dort ist es natürlich so, dass der Kontakt so eng ist das es sich aufdrängt und  
75 das wir dort mitunter als Ansprechpartner als erste Ansprechpartner  
76 wahrgenommen werden. Das ist denke ich problemlos umsetzbar weil es einfach  
77 Teil normalen ärztlichen Arbeitens sein muss ja, völlig klar. #00:07:06#

78 Frage der Notfallverhütung ja gern. Nun haben wir uns in Berlin ja eine andere  
79 Struktur gegeben. Ja, also das ist eher in den Zentren für sexuelle Gesundheit  
80 denke ich gut aufgehoben. Völlig klar, das kann nicht einfach so passieren. Dafür  
81 fehlt bei uns zum Beispiel jede Struktur hier in Reinickendorf, das ist im Moment  
82 illusorisch. #00:07:27# Schulung immer gerne und immer jeder Zeit völlig klar.  
83 #00:07:33#

84 Die psychologische Intervention geht ja dann schon ganz zart auch in  
85 Therapierichtung und da fängt es dann an interessant zu werden weil wir dann in

86 Konkurrenz geraten. Also in Konkurrenz natürlich mit Angeboten die einem  
87 zustehen die einem auch zustehen als krankenversicherten Menschen. Ähm, ich  
88 denke mir, dass das tatsächlich die größte Hürde von allen ist, weil sie dann etwas  
89 etablieren müssen bei dem völlig klar ist, die Weiterversorgung von Menschen  
90 kann auch in Gesundheitsämtern erfolgen. Das ist ein sehr sehr dickes Brett was  
91 da zu bohren ist. Es braucht sehr sehr viele Voraussetzungen um das umzusetzen.  
92 Dass eine Notfallintervention stattfinden kann völlig klar. Und das muss auch  
93 möglich sein. Aber eine Notfallintervention endet nach der Intervention. Ja, wenn  
94 es dann in Richtung Therapie geht ist das eine andere Geschichte und da würden  
95 wir klipp und klar in Konkurrenz treten. Ich glaube nicht das es ein ausreichendes  
96 Angebot gibt auch bei uns in Berlin nicht. Aber das heisst noch lange nicht, dass ich  
97 es für vielversprechend halte wenn wir ein solche Angebot bei uns etablieren, weil  
98 es tatsächlich um die Frage geht, ich formuliere das bewusst überspitzt wo  
99 gehören die Patienten und Patientinnen denn eigentlich hin. Also gehören die in  
100 irgendein ambulantes Setting bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen oder  
101 gehören sie eher in eine andere Art der Versorgung und da würden wir uns völlig  
102 neu aufstellen müssen. Und das ist auch eine Frage, die ich nicht für einfach  
103 beantwortbar halte. Also wo soll denn Therapie stattfinden und wie soll das ganze  
104 eingebunden sein auch finanziell ja. Also natürlich ist es so dass es immer schön  
105 ist wenn es schnell geht auch langfristig Therapie zu machen, aber es geht ja hier  
106 nicht um rein psychologische Therapie es geht ja auch um wenn Sie so wollen um  
107 Therapie der Verhältnisse in denen die Menschen leben also wenn sie weiterhin in  
108 einer Paarbeziehung leben wo sie Gewalt erfahren dann sind natürlich erst mal  
109 begleitende Maßnahmen und auch eine begleitende Betreuung notwendig die  
110 dann wirklich auch eine größere Form annimmt. Und da sind wir noch lange nicht.  
111 Und das wird auch zur Zeit überhaupt nicht gedacht nach meiner Wahrnehmung  
112 (#00:09:58#)

113 **I:** Ja, also ich denke, dass wir in Berlin eine gute Versorgung haben, auch gerade an  
114 Gewaltschutzangeboten. Dann wäre es tatsächlich eher eine Frage von  
115 Zuständigkeit und Weitervermittlung?

116 **B:** Genau, ja.

117 **I:** Das heisst so habe ich das jetzt gehört, das was unbedingt aufgenommen werden  
118 müsste, was teilweise unsere Arbeit auch schon ausmacht wäre sozusagen diese  
119 Ersthilfe, also erst mal das Erkennen und Erstversorgung. Psychologische  
120 Angebote mit Fragezeichen beziehungsweise müsste man sich nochmal genau  
121 angucken und Notfallverhütung dann in den Zentren. #00:10:37#

122 **B:** Ja, unbedingt.

123 **I:** Sie habe das auch schon teilweise beantwortet. Die Frage wenn es einen  
124 Versorgungsauftrag gibt, kann der gut an bereits bestehende Angebote anknüpfen?  
125 Also sehen Sie das sehr stark auch in den Fachbereichen verortet? #00:10:53#

126 **B:** Also ich glaube, dass wenn wir dieses Thema als einzelnes Thema identifizieren  
127 wir überhaupt kein Angebot diesbezüglich haben. Es ist immer ein Nebenprodukt  
128 anderer Dinge. Also wenn ich hier Kinderpsychiatrie mache komme ich nicht  
129 umhin Gewalt die auch die Eltern erfahren zu sehen. Wenn ich Psychiatrie für  
130 Erwachsene mache komme ich nicht umhin. Wenn ich Kinder- und Jugendmedizin  
131 mache gucke ich auch in die Familien rein. Wenn ich Kinderschutz mache dann ist  
132 Gewalt allgegenwärtig. Das heisst es ist immer da. Und es ist kein Thema was für  
133 sich alleine steht. Und wenn ich es als einzeln stehendes Thema betrachte dann  
134 schaffe ich etwas ganz neues. Auch die bisher nicht existenten Dinge sind ja nicht  
135 undenkbar. #00:10:28#

136 Ich glaube aber, dass die Stärke in Berlin eher sein sollte also gerade in einer Stadt  
137 mit so vielen Angebot und auch in der größten deutschen Stadt, dass man viel  
138 besser wahrnimmt, was ist denn bestehend an Angeboten da. Also nicht alles  
139 können wir ja am besten. Also vielleicht gibt es andere die etwas seit dreißig  
140 Jahren tun und die das ganz gut tun, ja. Ich weiss das es ja eh eine Vernetzung  
141 gibt, also das ist ja selbstverständlich im Hilfesystem. Aber ich kann mir zum  
142 Beispiel vorstellen, dass andere die etabliert sind einfach bestimmte Dinge viel  
143 besser hinkriegen würden als wir, also das muss man nüchtern sehen. #00:10:28#  
144 **I:** Und so letztlich ist das Ziel dieser Leitlinie, oder was die WHO als Ziel ansieht,  
145 dass es ja tatsächlich dieses Angebot der Versorgung in den bereits etabliertem  
146 System gibt. Also von daher denke ich auch, es muss in den Fachbereichen, wo das  
147 Thema ja eh schon ein großes Thema ist noch weitergedacht werden und  
148 strukturiert verankert sein. Ja, kommen wir zu den Strukturen, die WHO das ist ja  
149 eine Empfehlung die global gilt und die WHO sagt natürlich auch, dass es an die  
150 lokalen Ressourcen angepasst werden muss. #00:10:28#  
151 Störung (Telefonat / Absprache Sekretärin #00:13:19 - 00: bis 00:14:47#  
152 **I:** Letztlich geht es mir um die Strukturen in öffentlichen Gesundheitsdienst.  
153 Denken Sie dass der ÖGD Berlin die strukturellen Voraussetzungen hat um so eine  
154 Leitlinie umzusetzen? #00:15:01#  
155 **B:** Also er hat sie in Teilbereichen, weil denke, dass die Dinge, die die Leitlinie  
156 fordert im Normalen medizinischem Handeln ganz selbstverständlich sein sollten.  
157 Also im Grund genommen ist da ja nur ausformuliert, was die Haltung jeder  
158 einzelnen Person sein sollte, die mit anderen Menschen zu tun hat und die ihm  
159 medizinisch begegnet, ja. Und wenn ich sehe, dass jemand eine Gewalterfahrung  
160 hat, die für sein Leben eine Bedeutung hat dann ist es völlig normal, dass ich Hilfe  
161 weitervermittele, ganz allgemein formuliert. Und es ist auch völlig normal, dass ich  
162 mich natürlich diesem Menschen so nähere wie allen anderen die quasi  
163 Patientenstatus haben. Ich glaube das ist etwas das ist zwar ausformuliert, aber es  
164 ist eh normalerweise das was man fordern kann.  
165 **I:** Sehen Sie das im ÖGD Leitbild verankert?  
166 **B:** Ja selbstverständlich. Ich denke, das ist ja auch nichts weiter als eine ethische  
167 Selbstverständlichkeit aber auch eine professionelle Selbstverständlichkeit. So wie  
168 ich jemanden mit einer Augenverletzung als Allgemeinchirurg nicht behandle  
169 sondern einem augenärztlichen Kollegen vorstelle, so stelle ich halt auch jemand  
170 der Gewalt erfahren hat jemand anderem professionellen vor der damit besser  
171 umgehen kann. Das ist normales Handeln denke ich. Was aber die Struktur angeht  
172 insofern als das wir uns als eine Art Auffangbecken verstehen könnten, da sind wir  
173 sicher überfordert. Also da glaube ich, wenn diese Gewalterfahrung im  
174 Vordergrund steht da sind wir nicht gut genug für. #00:16:53#  
175 **I:** Und wenn man sich jetzt nochmal den ÖGD als Organisation anschaut  
176 Störung (Absprache Sekretärin #00:17:01 -00:17:16#)  
177 **I:** Den ÖGD als eine Organisation betrachtet, die einen neuen Prozess einführt,  
178 sagen wir einmal etwas Neues, innovatives wie die Leitlinie der WHO. Sehen Sie  
179 die gesetzlichen Grundlagen, die personellen Voraussetzungen und eine  
180 Finanzierung? Ist das eine Organisation in der man neue Prozesse aufbauen  
181 kann?#00:17:36#.  
182 **B:** Ja, zum Teil schon. Also wie gesagt. Einen Teil den sehe ich eh bei uns sehr gut  
183 aufgehoben. Und bei dem anderen Teil denke ich sollte unsere Stärke eher darin  
184 liegen wie wir es ja in vielen Bereichen jetzt schon haben, dass wir sagen: O.k. du  
185 bist bei mir vielleicht nicht ganz richtig, aber ich kann dich jetzt an die Hand

186 nehmen und kann die sagen wo du jetzt sehr gut aufgehoben sein wirst und auch  
187 besser als bei mir. Also wenn man so eine Art Gatekeeper-Funktion hat ist das auch  
188 sinnvoll. Und dieses empathisches Begegnen das kann ja trotzdem stattfinden und  
189 das ist ja auch ein Teil des ganzen Prozesses und da finde ich da haben wir dann ja  
190 auch gar keine Lücke sondern es kann ja auch eine große Stärke sein, dass wir zum  
191 einen Unabhängigkeit in jede Richtung also finanziell und auch was jetzt wie soll  
192 ich sagen Zusammenarbeit mit irgendwelchen Leuten angeht betrifft da sind wir  
193 sicher eine gut Adresse. Aber wir können eben aus unserer Erfahrung heraus dann  
194 auch sehr leicht sagen wegen dieser Unabhängigkeit diese Frau sollte eher dahin  
195 gehen und für diese Frau ist eher das. Insbesondere ist unser Stärke ja da wo es um  
196 Menschen geht die nicht Deutsch können, wo es um Vernetzung geht mit Trägern  
197 die sich bestimmten Nationalitäten zuwenden und so weiter und so fort. Ich denke  
198 schon, dass wir das ziemlich gut können. Und da sind die Stärken sehr ungleich  
199 verteilt. Aber insgesamt als ÖGD haben wir da schon ein Pfund mit dem man  
200 wuchern kann und wo die Leute dann eben bei uns auch ganz gut eine Umsetzung  
201 dieser Leitlinie erfahren ohne es zu merken. Man muss ja nicht alles selber  
202 anbieten, man muss aber wissen wer es anbietet. #00:19:42#

203 **I:** Also das ist eine Stärke, sehen Sie denn auch Hürden?

204 **B:** Ja, eine Hürde ist immer da wo wir sagen oh da brauche ich Geld und da  
205 brauche ich Personal. Da ist dann natürlich die nächste Frage die kommt auf  
206 welcher Grundlage willst Du das haben. Also bei uns ist immer die Frage was ist  
207 Eure Aufgabe. Was unsere Aufgabe ist, ist definiert. Also da gibt es ein GDG, da gibt  
208 es eine Reihe Spezialgesetze auf deren Grundlage wir in einem Gesundheitsamt  
209 arbeiten. Die definieren aber alle letztlich unsere Zuständigkeiten und unseren  
210 Bedarf. Es ist nie ausgeschlossen, dass Dinge neu kommen, die es so vorher nicht  
211 gab. Das setzt aber immer einen langen Prozess voraus, das setzt eine politische  
212 Willensbildung voraus. Aus eigener Erfahrung weiss ich dass das nicht immer  
213 leicht sein muss, aber denkbar ist das natürlich schon. Auch hier gilt der  
214 Grundsatz, wenn das jemand will, dann kann das auch gemacht  
215 werden.#00:20:47#

216 Ich würde vorher aber durchaus gerne vor einem solchen Prozess immer  
217 evaluieren muss zum Beispiel der ÖGD eine Aufgabe übernehmen, die so auch  
218 woanders wahrgenommen wird. Im Sinne von einer Doppelstruktur die dann gar  
219 nicht subsidiäres mehr hat, sondern ein Parallelangebot darstellt. Das ist in  
220 manchen Bereichen des ÖGDs jetzt schon eine nicht ganz unriskante Geschichte.  
221 Also wenn wir denken was so Pflegestützpunkte leisten und was Beratungsstellen  
222 für Behinderte leisten, da gibt es größte Überschneidungen, und das gefährdet uns  
223 dann auch, weil wir dann nicht mehr richtig subsidiär sind, weil immer die Frage  
224 auftauchen kann wieso müssen die das haben, wir haben so etwas schon drei Mal  
225 im Bezirk. Das ist am Ende eine Finanzierungsfrage. Also Sie kommen ganz schnell  
226 ins politische Feld rein und das muss sehr gut überlegt werden, ob ich etwas will,  
227 was nicht völlig innovativ ist. #00:21:53#

228 **B:** Jetzt mal vorausgesetzt die Leitlinie soll im ÖGD implementiert werden, wo auch  
229 immer das jetzt entschieden ist. Wie würden Sie dann vorgehen, was wären die  
230 ersten Schritte? #00:22:05#

231 **I:** Also zum einen ist der erste Schritt natürlich die Bewusstmachung der Existenz  
232 dieser Leitlinie. Was mir ganz wichtig wäre, wenn es eine Leitlinie ist die  
233 tatsächlich auch Handlungsschritte impliziert. Dann würde ich das ganze auch in  
234 eine gewisse Verbindlichkeit bringen wollen, das klar ist, wann immer ich dies und  
235 da mitbekomme habe ich so und so zu entscheiden. Also ganz normal wie in allen

236 anderen Arbeitsprozessen ja letztlich auch. Ganz wichtig ist aber wir haben in den  
237 Gesundheitsämtern schon eine gewisse Fluktuation, d.h. wir müssen alle  
238 Beschäftigten auf einem Stand halten, der dann auch eine leitliniengerechte  
239 Umsetzung der Leitlinie erfolgen kann. Das heißt die Frage der Schulung  
240 Fortbildung usw. wird dann etwa sein was nicht ein einmaliger Prozess ist sondern  
241 das wird etwas Kontinuierliches sein. So denke ich mir das im Wesentlichen. Und  
242 natürlich ist es dann für mich auch nötig, dass also leitliniengerechtes Handeln  
243 heißt dann ja auch das wir nicht alleine stehen sondern dass wir uns eingebunden  
244 fühlen in einer Art Versorgungsnetz. Das heisst da muss man dran denken ob das  
245 Thema nicht auch außerhalb des ÖGDs so präsent ist, dass man Leute findet, mit  
246 denen man sich auch wirklich vernetzen kann, und das strukturiert. Nicht ein  
247 einmalige nettes Treffen sondern halt wirklich regelmäßig damit man eine sichere  
248 Versorgungsstruktur auch hat. #00:23:46#

249 **I:** Und wer sollte einen verbindlichen Versorgungsauftrag formulieren? Findet das  
250 auf der Ebene der Amtsärzte statt, oder auf Bezirksebene, Senat? Bund?  
251 #00:23:57#

252 **B:** Also das kann niemals etwas bezirkliches sein, weil niemand nachdenken soll,  
253 wohne ich jetzt eher in Mitte oder wohne ich jetzt eher in Reinickendorf. Wenn ich  
254 in dem einen Bezirk ist es schlecht und in dem anderen ist es halt besser. Das ist  
255 eine künstliche Trennung geographisch die in der Versorgungsstruktur niemals  
256 passieren darf.

257 **I:** Und auf der Eben der politischen Entscheidung? #00:24:21#

258 **B:** Ja, die politische Entscheidung, das ist ganz klar eine gesamtstädtische Frage.  
259 Das kann nur auf Landesebene entschieden werden. Also da ist die bezirkliche  
260 Hoheit vielleicht mal für ein Modellprojekt ausreichend aber grundsätzlich ist es ja  
261 etwas was wir dann auch in der Gesamtbevölkerung in irgendeiner Weise  
262 verankern wollen. #00:24:42#

263 **I:** Also sprich Senat?

264 **B:** Mindestens, ja.

265 **I:** Und ich habe Sie so verstanden, wenn es diese Entscheidung gibt, dann wären  
266 jetzt auch keine Veränderungen im ÖGD notwendig um diese umzusetzen. Also Sie  
267 sehen erstmal grundsätzlich die strukturellen Voraussetzungen dafür?

268 **B:** Erst mal nicht. Wir müssen aber an dem Punkt fragen, wie weit soll unser  
269 Versorgungsauftrag gehen. Ich hatte das vorhin schon einmal gesagt. In dem  
270 Moment wenn wir also sagen, o.k. wir können uns auch eine mittelfristige  
271 therapeutische Versorgung von Menschen vorstellen, da kommen wir in ein ganz  
272 anderes Feld und da sind unsere Strukturen überhaupt nicht da. Das kriegen wir  
273 nicht hin. #00:25:27#

274 **I:** Nochmal auf das Thema Gewalt geschaut. Das ist ja auch ein Thema das durchaus  
275 verbunden ist mit Barrieren auf individueller Art, das teilweise tabuisiert ist, das  
276 natürlich bei den Versorgenden auch Gefühle von Unsicherheit, Angst vor  
277 Retraumatisierung etc. auslösen. Dann natürlich auch ein Thema bei dem mit über  
278 80% überwiegend Frauen betroffen sind. Denken Sie das im Thema selber auch  
279 Barrieren stecken könnten. Das man sagt dieses Thema ist nicht ein Thema das der  
280 ÖGD.. ..#00:25:56#

281 **B:** Also das würde mich stark irritieren, weil ich denke, Patienten insbesondere  
282 Patientinnen mit Gewalterfahrung, das ist doch normales ärztliches und  
283 psychologisches Arbeiten. Also, egal in welcher Disziplin ich mich befinde. Das ist  
284 doch etwas was uns von Klein auf begegnet. Dass Menschen Gewalt erfahren. Sei es  
285 dass wir die Folgen chirurgisch behandeln, sei es das wir sie psychosomatisch

286 behandeln, sei es das wie sie psychiatrisch behandeln. In jeder Fachdisziplin  
287 begegnen mir Menschen mit Gewalterfahrungen. Und wenn ein Mensch der die 30  
288 oder 40 überschritten hat, damit noch immer ein Problem hat, dann denke ich ist  
289 das ein schwerer Mangel in seiner professionellen Haltung weil wir uns vor dem  
290 nicht verstecken können. Also ich kann nicht Medizin mache und dem Leid aus  
291 dem Weg gehen. Das ist so wie Probleme mit dem Tod haben, aber Arzt werden  
292 wollen.

293 **I:** Ja, sehe ich auch so. Aber es ist ja trotzdem eine Voraussetzung, dass man dieses  
294 Thema Gewalt zuerst auch mal in den Zusammenhang stellt mit dem Thema  
295 Gesundheit.

296 **B:** Also ist das im Thema ÖGD schon immer ganz stark präsent. Also zum einen  
297 wenn Sei an das Thema Kinderschutz denken, da geht es um psychische und  
298 körperliche Gewalt. Also das ist das Thema. Im Bereich der Psychiatrie sind  
299 natürlich Gewalterfahrungen durch und von unseren Klientinnen ganz normal. Das  
300 gehört einfach zu deren Leben häufig dazu. Und dort wo Familien betreut werden  
301 ist das Thema omnipräsent und wir wissen sehr gut hier das es natürlich alle  
302 Menschen betrifft. Es ist ja nicht ein Thema das nur arme Menschen angeht wir  
303 sehen ja auch hinter den Villenfassaden einiges. Das ist ja banal. Also darüber muss  
304 man nicht reden. Und ich denke auch nicht das angesichts einer eh hier  
305 stattfindenden Supervision usw. das etwas ist, was jetzt etwas Neues und  
306 unbekanntes oder etwas überforderndes wäre. Nein, es ist schon ein Thema des  
307 ÖGD. #00:28:19#

308 **I:** Nochmal auf Ihre Position als Amtsarzt. Sehen Sie für sich persönlich einen  
309 Spielraum den Implementierungsprozess zu initiieren oder voranzubringen?  
310 #00:28:33#

311 **B:** Klar. Also es ist so, dass es etwas ist was ja bis zu einer bestimmten Schwelle  
312 völlig problemlos umgesetzt werden kann und, ich sage es jetzt mal etwas flapsig,  
313 hoffe dass es auch längst hier schon Alltag ist. Also die WHO spricht jetzt etwas  
314 aus, was nach meinem Verständnis eh einen großen Teil Bereich unseres Arbeitens  
315 ist. Also ganz viel darin finde ich eh schon verwirklicht. Und ganz viel darin denke  
316 ich mir ist etwas was wir jeden Tag hier machen. Es ist jetzt nur stärker formuliert.  
317 Und es ist auch gut, weil Dinge, die noch mal formuliert werden, besser bewusst  
318 werden. Und für viele ist es vielleicht selbstverständlich so zu Handel, aber es ist  
319 ihnen vielleicht gar nicht immer klar, na Mensch es entspricht doch genau dem,  
320 was die wollen. Also ich finde es immer gut solche Sachen nochmal bewusst zu  
321 machen, weil das auch die Haltung aller Leute die hier arbeiten nochmal  
322 unterstützt und bestärken kann. Ich finde so etwas immer wertvoll. Selbst wenn es  
323 jetzt keine Riesenneuigkeit ist, tut es denen doch immer gut, weil sie auf einmal  
324 merken hey ich habe da eine Sache die ich wahrnehmen, die ist ja richtig etwas  
325 wert. Ich glaube, dass das bei vielen nochmal einen kleinen Kick gibt. Viele sind so  
326 abgeklärt, dass sie sagen kenne ich eh, mache ich auch und mache ich auch gerne.  
327 #00:30:09#

328 **I:** Das würde eigentlich auch schon meine nächste Frage beantworten, die wäre  
329 nämlich: inwieweit profitiert der ÖGD von so einem Implementierungsprozess und  
330 das wäre dann Unterstützung von Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit und  
331 auch eine Art von Wertschätzung, Sicherheit und Reflexion.

332 **B:** Genau. Und das finde ich ganz wesentlich und das ist auch ganz unpathetisch  
333 das man immer wieder merkt wie wichtig die Rolle ist die man hier hat. Man macht  
334 hier ganz viel nebenbei, was man selber völlig normal findet. Das macht man halt  
335 nine to five oder so. Aber es ist einem manchmal gar nicht klar, dass es für die

336 Leute da draußen wirklich einen Stellenwert hat. Und in sofern ist die  
337 Implementierung einer solchen Leitlinie zum Beispiel etwas was immer nochmal  
338 für viele ein bestärkende Element ist und ich betrachte das grundsätzlich als etwas  
339 Gutes. #00:31:04#

340 **I:** Jetzt kommen wir einmal zum Rahmenkonzept. Also vorausgesetzt wir wollen  
341 die Leitlinie implementieren. Dann brauch es ja eine Orientierung und auch  
342 Handlungsschritte sowohl auf Organisationsebene als auch inhaltlich als auch  
343 personell. Wenn Sei sich einmal diese Punkte angucken, könnten Sie das  
344 priorisieren? Also Haltung der Leitung, Fortbildung, Handlungsanweisungen,  
345 Bedarfsermittlung, Netzwerke, wissenschaftliche Begleitung. Lässt sich das in eine  
346 Reihenfolge bringen?

347 **I:** Also, die Bedarfsermittlung steht vor allem. Völlig klar. Das haben wir ja auch  
348 mehrfach angesprochen. Also die Schaffung von Doppel- und Dreifachstrukturen  
349 ist in niemand's Interesse. Und dann, wenn wir das mit Punkt eins beziffert haben,  
350 denke ich mir, kommt ganz ganz ganz wesentlich also eigentlich eins a die Haltung  
351 der Leitung. Wenn ich hier etwas bescheuert finde, werde ich tausend Wege finden  
352 damit es nicht passiert. Ganz einfach. Ja. Die Haltung ist überhaupt im Leben bei  
353 allen Fragen die entscheidende Frage. Nicht die Umsetzung. Die Haltung. Wenn ich  
354 es nicht will passiert es nicht.

355 Und dann passiert es schon, dass wir gleichwertige Dinge haben. Also  
356 Qualifizierung, Entwicklung von Handlungsanweisungen, Netzwerk aufbauen,  
357 Qualitätszirkel usw. also letztlich eine Etablierung von Gremien. Die halte ich für  
358 absolut gleichwertig, weil sie verzahnt sind und nicht voneinander trennbar sind.  
359 Also das muss einfach dann auf einer Ebene angesiedelt sein.

360 Und nicht nachrangig, aber och parallel weil von außen draufschauend ist  
361 natürlich die Evaluationsfrage. Wissenschaftliche Begleitung von Dingen die wir  
362 tun, das ist unser Überlebenselixier. Wir bemerken es in anderen  
363 Zusammenhängen gerade jetzt in der Pandemie. Es gibt stark hysterisierte  
364 Fragestellungen, wie z. B Öffnung von Schulen die längst eine rationale Ebene  
365 verlasen haben. Wir bewegen uns aber auf der rationalen Ebene und wir wollen  
366 ganz gerne den Leuten sagen, schaut Euch die Zahlen an und dann könnt ihr ja  
367 weiter heulen, oder ihr lasst es bleiben. Unsere einzige Stärke ist die  
368 wissenschaftliche Auswertung von Daten. Wir handeln hier nicht mit Gefühlen und  
369 Meinungen. Sondern was wir tun möchten wir ganz gerne als wirksam oder nicht  
370 wirksam definiert wissen. Und Dinge sie nicht wirksam sind, brauchen wir nicht.  
371 Das ist Verschwendung. Die wissenschaftliche Begleitung denke ich ist im Jahr  
372 2021 so elementar, also darüber muss man nicht reden. Wenn man einfach nur  
373 Dinge tut ist es zu wenig. #00:34:

374 **I:** Ja, aber denke Sie das der ÖGD da auch die Notwenigen Ansprechpartner oder  
375 Verbindungen zu universitären Einrichtungen und Forschungsprojekten hat?  
376 #00:34:22#

377 **B:** Ja, punktuell schon. Also das ist sehr stark personenabhängig. Da sind Sie  
378 wieder bei Haltung der Leitung zum Thema. Das sind zum Teil gibt es etablierte  
379 Strukturen was das abgeht. Also im Bereich der epidemiologischen  
380 Fragestellungen gibt es sehr enge Kooperationen. Zum Teil ist es so also ich meine  
381 wir machen auch eine Gesundheitsberichterstattung wir könnten theoretisch auch  
382 die wissenschaftlich Qualifikation im eigenen Haus haben. Das ist in Berlin  
383 systematisch kaputt getrampelt worden. Aber es ist grundsätzlich sehr wohl  
384 denkbar. Also so ist es nicht. #00:35:04#

385 **I:** Also man könnte es wiederbeleben?

386 **B:** Man muss es wiederbeleben, weil eine Begleitung unserer Arbeit ohne  
387 jemanden der die Auswertung unserer Arbeit macht überhaupt nicht denkbar ist.  
388 Und sie ist auch die Rechtfertigung für alles. Also wenn Sie keine Zahlen haben,  
389 dann können sie auch politisch nicht argumentieren. Also es ist dumm, wenn man  
390 es unterlässt. #00:35:24#

391 **I:** Das können Sie jetzt auch ruhig kurz beantworten. Also was wäre jetzt Ihrer  
392 Meinung nach der erste konkrete Schritt? #00:35:30#

393 **B:** Der erste konkrete Schritt ist, dass man sich dieses Gremium der Amtsärztinnen  
394 und Amtsärzte schnappt und sagt: Freunde wie sieht es denn aus? Und das möchte  
395 ich gar nicht gesamtstädtisch haben, sondern das möchte ich schon in den  
396 Bezirken haben. Und wenn Sie dort sehen, dass bei acht Leuten die Augenbrauen  
397 hoch gehen und hin und her gerutscht wird auf dem Stuhl (seufzen). Dann wissen  
398 sie schon in welche Richtung die Sache geht oder auch nicht geht. Also sie  
399 brauchen erst mal eine Einigkeit auf der eben der Amtsleitungen, weil das etwas  
400 ist, was nur von oben rein getragen werden kann. Und wenn meine Haltung dazu  
401 ablehnend ist, wird nichts passieren.

402 **I:** Fällt Ihnen spontan ein vergleichbarer Prozess ein. Im Sinne eines best-practice  
403 Beispiels? Da ist das so und so gelaufen, da könnte man Strategien übernehmen?  
404 #00:36:28#

405 **B:** Nee. Also dafür sind wir tatsächlich / Also mir fällt keine Innovation der letzten  
406 Jahre ein, wo wir das tatsächlich so umgesetzt haben, ja. Also wir sind auch als  
407 Gesundheitsämter in den Bezirken so sehr im Wandel zum teil weil es eben sehr  
408 wichtige personelle Veränderungen gegeben hat, die Haltungswechsel bedeuten.  
409 Das sich ganz vieles verändert auch in der Kooperation zwischen den Bezirken,  
410 aber nicht in dem Sinne als das man sagt ja es hat da schon mal etwas gegeben, da  
411 heben wir echt alle an einem Strang gezogen. Nee, es ist im Moment glaube ich  
412 auch eine große Umbruchphase in Berlin. Es kommen Leute mit einer ganz  
413 anderen Einstellung auch irgendwann in Verantwortung. Wir werden sicherlich  
414 einiges sehen, aber die notwendige Voraussetzung ist, dass alle 12 mehr oder  
415 weniger ich will nicht sagen eine Position vertreten, das ist ja quatsch, aber dass  
416 sie bestimmte Themen für sich als wichtig erkennen. Und das sehe ich an  
417 vergleichbaren anderen Stellen bisher nicht, und ich habe es auch nicht in  
418 Erinnerung. #00:37:39#

419 **I:** O.K. Es ist tatsächlich eher eine Haltungsfrage als eine Strategiefrage?

420 **B:** Unbedingt. Das ist wie in der Politik. Wenn jemand etwas nicht will, wird es  
421 auch nicht passieren.

422 **I:** So. die allerletzte Frage: Wie realistisch halten Sie die Umsetzung der Leitlinie  
423 innerhalb der nächsten 5 Jahre von 1 – 10?

424 **B:** Also, wenn eins sehr unrealistisch ist, dann würde ich es tatsächlich so acht bis  
425 neun sehen. Und die Begründung dafür ist, dass vieles davon sowieso vorhanden  
426 ist. Und dass es uns natürlich ein Vergnügen sein muss, so ein Ziel was letztlich ein  
427 globales Ziel ist, auch im ÖGD trotz der riesigen Unterschiedlichkeiten in den  
428 einzelnen Ländern auch zu unterstützen. JA, das Thema ist so wichtig und so  
429 selbstverständlich wichtig, dass man da eigentlich gar nicht drüber diskutieren  
430 kann #00:38:45#

**B:** Vielen Dank. Das ist doch ein schönes Schlusswort.

### I-03

- 1 **I:** Beginnen wir mit der Frag, ob das Thema Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder  
2 sexualisierte Gewalt innerhalb des Aufgabenspektrums des ÖGD eine Rolle spielt?
- 3 **B:** Innerhalb des gesamten ÖGD auf jeden Fall. In meiner momentanen Tätigkeit  
4 nicht so, weil ich momentan mit dem Fachbereich Hygiene hier sehr viel zu tun  
5 habe, bedingt auch durch die Corona-Pandemie. Ich denke, dass es in einigen  
6 Fachbereichen einen deutlich höheren Anteil hat oder deutlich häufiger vorkommt  
7 als in anderen Bereichen natürlich. Aber alle Bereiche die direkten Kontakt haben  
8 zu Familien, bei denen spielt es natürlich eine größere Rolle. Hier im Bereich  
9 Hygiene haben wir ja hauptsächlich Kontakt zu Einrichtungen. #00:01:29#
- 10 **I:** Denken Sie denn, dass in den Fachbereichen aufgrund ihrer Aufgaben und ihrer  
11 Tätigkeiten mit dem Thema in irgendeiner Weise konfrontiert sind, ist die Rolle da  
12 angemessen oder sollte die Rolle da stärker sein? Beispielsweise auf irgendeine  
13 Weise eine Versorgung strukturell etabliert sein?#00:01:56#
- 14 **B:** Ich glaube das ist ein Thema was momentan vielleicht so mitgemacht wird, was  
15 aber nicht selber so richtig ja mit einer Struktur hinterlegt ist. Viel glaube ich  
16 schon, dass man bestimmte Dinge mitbekommt, sei es, dass die Leute bewusst  
17 einen darauf ansprechen, eher aber vielleicht so atmosphärisch. #00:02:20#
- 18 Ich denke jetzt vor allem an die Bereiche die Hausbesuche machen: Kinder- und  
19 Jugendgesundheitsdienst, Ersthausbesuche zuhause bei den Familien,  
20 Sozialpsychiatrischer Dienst, Kinder-und Jugendpsychiatrischer Dienst mit  
21 Hilfekonferenzen. Ich denke da wird viel was man mitkriegen kann. Vielleicht  
22 gerade bei den Ersthausbesuchen, da ist man ja auch alleine da, vielleicht dass es  
23 dann thematisiert wird von den Leuten aktiv. Ich denke aber nicht dass es von uns  
24 persönlich, also von uns als ÖGD richtig angesprochen wird bisher. Auch weil  
25 glaube ich will ein bisschen der Punkt fehlt, was mache ich dann mit den  
26 Antworten. Viel hat das glaube ich auch mit Unsicherheit zu tun, dass man denkt  
27 oh nein das möchte ich gar nicht wissen. Aber ich denke schon, dass man mit  
28 strukturierten Fragen, so wie man ja auch in manchen Bereichen ja jetzt auch  
29 strukturiert nach Demenz irgendwie screent, dass man mit ein paar strukturierten  
30 Fragen vielleicht die Tür etwas öffnen könnte, damit man dann auch mehr erfährt,  
31 und weitere Wege weisen kann. Dazu müssten natürlich die Leute die bei uns  
32 arbeiten erst mal geschult werden. Und man müsste ihnen selber klar machen was  
33 machst du mit so einer Information dann. Denn das ist ein großer Punkt, wie geht  
34 man dann mit so einer Information um #00:03:44#
- 35 **I:** Das heißt, das würden Sie auch unterstützen? Das wäre etwas was durchaus  
36 noch ausbaufähig ist, eine strukturierte Verankerung des Themas? #00:03:57#
- 37 **B:** Ich denke schon. Gerade in den aufsuchenden Bereichen, in allen die direkten  
38 Patientenkontakt haben oder Klientenkontakt, dass man das systematischer  
39 miteinbauen könnte in Gespräche.
- 40 **I:** Kommen wir einmal zu den Inhalten der WHO-Leitlinie nach Gewalterfahrung.  
41 Gehen wir mal davon aus, dass für die Umsetzung im ÖGD ein Versorgungsauftrag  
42 formuliert werden müsste, der die folgenden Empfehlungen der WHO  
43 berücksichtigt. Im Folgenden also die Kerninhalte der 38 Empfehlungen der  
44 Leitlinie. Also das geht es einmal um die Ersthilfe, und darunter versteht die WHO,  
45 dass wenn ein Mensch Gewalterfahrung mitteilt, dass eine vertraute Atmosphäre  
46 herrscht, dass empathisches Zuhören möglich ist, dass die Zuhörende eine  
47 wertungsfreie Haltung einnimmt, und dass auch die Weitervermittlung in andere  
48 Angebote stattfindet. Dann natürlich auch erst mal das Erkennen von

49 Gewaltbeziehung, das heißt also die Frage nach Gewalterfahrung, wie frage ich  
50 danach, welche möglichen Symptome oder Beschwerden könnten auf  
51 Gewalterfahrung hindeuten, wie beispielsweise Depressionen oder  
52 Alkoholkonsum oder andere ungeklärte Symptome. Dann das Thema  
53 Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, möglicherweise eine STI  
54 Prophylaxe bzw. Angebot zum STI Screening. Dann ein wichtiger Punkt die  
55 Schulung von Fachkräften, d.h. also Fort- und Weiterbildung zu den  
56 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs mit Gewalt, sei es das Erkennen von  
57 Gewalt, sei es das Ansprechen, sei es klinische Fähigkeiten in der Versorgung oder  
58 auch das Thema der Dokumentation bis hin zur rechtsicheren Dokumentation. Und  
59 dann nennt die WHO psychologische Intervention, wobei es da nicht in erster Linie  
60 um ein Therapieangebot geht, sondern erst mal um das erste Unterstützen,  
61 möglicherweise Versorgen, Mitgabe von schriftlicher Information, die auch  
62 Information darüber enthält, wenn eine Gewaltsituation zu eskalieren droht. Und  
63 angesprochen werden natürlich auch Kinder. Also was passiert, wenn Kinder im  
64 häuslichen Umfeld Gewalt miterleben, was kann ich da an Intervention anbieten.  
65 Wenn man sich diese Empfehlung anguckt, denken Sie , dass diese im ÖGD  
66 umgesetzt werden könnten? #00:06:27#

67 **B:** Wahrscheinlich nicht alle. Also so, wie der ÖGD bisher von seinem  
68 Aufgabenspektrum definiert ist, ist ja der Behandlungsbereich eher gering  
69 ausgeprägt, eher nur die subsidiäre Behandlung, also in Fällen wenn andere  
70 reguläre Behandlungspartner sozusagen nicht zur Verfügung stehen. Und dann ist,  
71 was ich noch ein bisschen als Punkt sehe, also gerade wenn es um Ersthilfe geht, so  
72 eine ständige Erreichbarkeit ist glaube ich im ÖGD auch schwer zu organisieren,  
73 aufgrund der ganzen Arbeitsstrukturen. Also da gibt es wahrscheinlich passendere  
74 Anlaufstellen. Sei es jetzt irgendwelche telefonischen, oder Gewaltschutzambulanz  
75 ist ja in Berlin schon relativ gut ausgebaut. Dass man da mit Strukturen arbeitet wo  
76 so mehr eine Rund -um-die Uhr-Versorgung da ist. Weil häufig sind das ja sicher  
77 auch abendliche Zeiten, Wochenendzeiten, das ist zumindest in der momentanen  
78 Struktur im ÖGD schwierig umzusetzen. #00:07:31#

79 Dieser ganze andere Bereiche vom Erkennen, das Thema ansprechen, auch Wege  
80 weisen wie es weiter gehen kann oder wo man Hilfe bekommt, ich glaube das ist  
81 im ÖGD sehr gut verortet, weil der ÖGD auch sehr nah in manche Bereiche rein  
82 kommt und auch mehr Zeit vorhanden ist, als jetzt in dem klassischen  
83 Versorgungssystem. Also wenn man jetzt einen 5 - Minuten Arzttermin hat,  
84 kommt man ja nicht so schnell zu dem Thema als wenn man eine halbe oder  
85 Dreiviertelstunde für einen Hausbesuch eingeplant hat. Also deswegen sehe ich da  
86 so ein bisschen so eine Zweiteilung. Also gerade auch diese Notfallverhütung, das  
87 ist ja etwas was dann auch schnell passieren muss, da muss man sich, denke ich  
88 auch andere Partner mit ins Boot holen. Wo das dann auch zeitlich flexibler  
89 gestaltet werden kann.

90 **I:** Ja. Wobei der Begriff Ersthilfe vielleicht etwa irritierend ist. Das heisst jetzt gar  
91 nicht unbedingt, dass dies in der akuten Situation passieren muss. Sondern dann,  
92 wenn eine Frau Gewalterfahrung anspricht oder offenlegt, dann soll dieses Setting  
93 da sein von Vertraulichkeit und empathischen Zuhören. #00:08:42#

94 **B:** Dann würde es wieder passen, dass man halt dann sozusagen einfach so eine  
95 Schublade parat hat, wo man sagt, o.k. derjenige spricht das jetzt an, dann läuft das  
96 und das Programm ab. Also dann mache ich die und die Sachen weiter, kläre die  
97 und die Sachen weiter, empfehle die und die Sachen. #00:08:58#

98 **I:** Welche Inhalte sollte ein Versorgungskonzept demnach unbedingt beinhalten?

99 **B:** Ein großer Punkt ist denke ich auf jeden Fall die Schulung. Gerade in Bezug auf  
100 dieses Erkennen und sich Trauen das anzusprechen. Das ist glaube ich ein sehr  
101 großer Punkt, wo man die Leute auch unterstützen muss, die dort arbeiten. Dass  
102 sie sich da sicher fühlen, in diesem Thema. #00:09:28#

103 **I:** Und wie weit könnte jetzt ein Versorgungsauftrag an bereits bestehende  
104 Angebote anknüpfen? Es geht jetzt um die Versorgungsebene in den  
105 Fachbereichen im Bezug auf das bestehende Angebot?

106 **B:** Das genau. Also was mir einfällt, wahrscheinlich auch durch den KJGD bedingt,  
107 sind also die Ersthausbesuche, die ja jeder Familie zumindest beim ersten Kind  
108 angeboten werden. Da könnte, da wäre es glaube ich wichtig gerade weil das ja  
109 immer noch schambesetzt ist und man das nicht gerne anspricht, dass man das  
110 einfach regulär mit anspricht und vielleicht auch etwas zu den Infomaterialien  
111 dazu legt. Dass man einfach sagt, wir sprechen das immer an, nicht nur in  
112 bestimmten Fällen, dass das etwas Normales wird. Und dass man den Leuten aber  
113 auch sagen kann, wenn etwas ist, da und da hin könnt ihr euch wenden. #00:09:  
114 Ansonsten finden ja natürlich auch im SpD Hausbesuche statt, in der  
115 Beratungsstelle für Behinderte. Gut, da ist oft eine andere Fragestellung dahinter.  
116 Im Zentrum für Familienplanung kommen die Leute ja aktiv, da ist ja nicht so viel  
117 vor Ort Arbeit. Da müsste man überlegen, wie man das einbauen kann, dass man  
118 bei bestimmten redflags etwas nachschiebt. Man wird das bestimmt nicht bei  
119 jedem machen können. Im SpD denke ich die haben schon einen recht guten Blick  
120 auf so Gewaltkonstellationen, die sind da bestimmt etwas geschulter, weil das bei  
121 denen etwas häufiger vorkommt. Aber ich denke gerade diese aufsuchende Arbeit  
122 könnte man sehr gut dafür nutzen. #00:11:10#

123 Ansonsten ist natürlich auch eine Aufgabe des ÖGD, es kommen ja viele Leute zu  
124 einer bestimmten Fragestellungen, also gerade in die Kinder - und  
125 Jugendgesundheitsdienste kommen die Leute ja noch viel vor Ort. Dass man da  
126 auch viel Informationsmaterial auslegen kann, also ein Flyer wo dann ein QR-code  
127 drauf ist. Also die Sachen werden ja weniger mitgenommen, sondern mehr, dass  
128 man einfach wenn man sich da mal eine QR-code einscannt oder abfotografiert  
129 zumindest weiss und sei es auch für Freunde oder Bekannte. Ich denke das ist ja  
130 häufig so ein Punkt an wen wende ich mich denn. #00:11:45#

131 **I:** Auf der Ebene der einzelnen Fachbereiche würden Sie es schwerpunktmäßig in  
132 einigen ausgewählten Fachbereichen sehen oder als ein Gesamtkonzept für das  
133 Gesundheitsamt?

134 **B:** Es wäre, also man kann es schon als Gesamtkonzept sehen, aber es wird halt  
135 Bereich geben, also zum Beispiel der Bereich Hygiene- und Umweltmedizin der  
136 wird damit keine Schnittmenge haben. Denn da ist keine Laufkundschaft  
137 sozusagen die vor Ort kommt. Also es werden nur die Bereich damit zu tun haben  
138 die auch wirklich ja die Menschen vor Ort betreuen. Und ich glaube auch dass man  
139 vielleicht bessere Chancen hat. Also im SpD die kommen ja gezielt für ein  
140 Gutachten zum Beispiel. Kann sich auch in so einem Zusammenhang ergeben, dass  
141 man dann auf diese Thematik kommt, aber dann wird es ja wahrscheinlich eher  
142 Zufall sein. #00:12:49#

143 **I:** Ziel einer systematischen Einführung wäre ja, dass es nicht mehr dem Zufall  
144 überlassen wird. Sondern eingebettet /

145 **B:** Ja, aber dann muss man halt gucken in welchem Zusammenhang. Es ist ja nicht  
146 sinnvoll, bei jedem Gutachten wo es um Wohnraum geht oder irgendwelche  
147 Zusatzbezahlungen dass also da die Frage standardisiert mit aufzunehmen wird  
148 glaube ich schwierig. Man muss dann schon sehr gut überlegen, in welchem

149 Rahmen das dann auch für die Menschen passt. Damit sie nicht das Gefühl haben  
150 ich bin jetzt hier weil ich mir die Wohnung nicht mehr leisten kann aus  
151 Krankheitsgründen und ich werde jetzt nach ganz anderen Dingen  
152 befragt.#00:13:21#

153 **I:** Also abhängig von der Intervention die /

154 **B:** Ja, weil ich glaube sonst kommt dann ganz schnell so eine Abwehrhaltung wenn  
155 man das zu wenig also zu sehr von einem konkreten Anlass löst. Also ich würde  
156 sehr den Großteil denke ich dem psychologischen und sozialarbeiterischen  
157 Bereich in erster Linie sehen.

158 **I:** Und dies innerhalb der bestehenden Fachbereiche? Nicht als neue Struktur, als  
159 neuer Fachbereich, als spezifische Fachstelle?

160 **B:** Nee, eher nicht. Ich glaube auch, dass es.../. Dann ist wieder diese  
161 Hemmschwelle größer. Wenn ich dort hinkomme und schon dieses Thema. Also  
162 wenn das im Rahmen von andern Themen eine Rolle spielt kann ich mir vorstellen,  
163 dass es für manche Leute das Thema einfacher macht. #00:14:11#

164 **I:** Das sehe ich auch so. Kommen wir einmal zu der Struktur, also den Strukturen  
165 im ÖGD. Die WHO-Leitlinie sagt ja auch, dass man diese globale Empfehlung an  
166 lokale Gegebenheiten und Ressourcen anpassen muss. Wenn wir es jetzt auf den  
167 ÖGD Berlin beziehen, siehst Du grundsätzlich im ÖGD Berlin die strukturellen  
168 Voraussetzungen, dass diese Leitlinie implementiert werden könnte?#00:

169 **I:** Ja, also prinzipiell wie das aufgebaut ist, mit den unterschiedlichen  
170 Fachbereichen und eben dieser offenen Struktur, dass es Sprechstunden gibt, dass  
171 man aber auch Hausbesuche macht, da sehe ich es als ein gutes System um das  
172 einzuführen. #00:14:55#

173 Aber man müsse natürlich da nochmal einiges reinstecken in Öffentlichkeitsarbeit,  
174 im Schulungsarbeit, in Hilfen für die Personen die das dann umsetzen sollen. Und  
175 wahrscheinlich auch personelle Mittel. #00:15:12#

176 **B:** Sehen Sie die grundsätzlich gegeben? Auch die gesetzliche Grundlage?  
177 Finanzierung? Personelle Voraussetzung?

178 **I:** Also ich denke es wäre schon gut, wenn es da berlinweit eine Stelle gäbe, die also  
179 gerade so etwas wie Öffentlichkeitsarbeit organisiert, und die vielleicht zum  
180 Beispiel so was macht wie Anlaufstellen regelmäßig zu aktualisieren, Flyer zu  
181 entwickeln. Dass das nicht in jeder Stelle alleine wieder gemacht werden muss.  
182 Aber die Umsetzung dann, es unters Volk zu bringen sozusagen, oder die  
183 Menschen damit vertraut zu machen, dass sehe ich schon in den ÖGDs vor Ort.  
184 #00:15:49#

185 **B:** Und wir haben ja schon über Ressourcen gesprochen, die sich ja teilweise aus  
186 den Aufgaben der praktischen Arbeit in den Fachbereichen ergeben. Auf  
187 Strukturebene, auf Ebene der Organisation ÖGD, welche Ressource sehen Sie da  
188 für eine Implementierung der Leitlinie?

189 **I:** Also eine große Ressource ist eben, dass man Kontakt zu einem sehr großen Teil  
190 der Bevölkerung hat. Und dadurch halt eine große Reichweite. In verschiedenen  
191 sozialen Bereichen, in verschiedenen Altersgruppen und wir eben auch von und  
192 aus an die Leute herantreten können. Nicht so wie in der Praxis, da muss man ja  
193 erst mal dorthin kommen um diese Information zu bekommen. Also das ist glaube  
194 ich eine große Ressource des ÖGD. #00:16:50#

195 Da könnte man bestimmt auch viel mehr noch mit moderner Öffentlichkeitsarbeit  
196 machen. In den Zentren läuft es ja glaube ich ein bisschen / Die sind ein bisschen  
197 bekannter als andere Bereich des ÖGD. Die Einschulungsuntersuchung kennt fast  
198 jeder. Aber dann hört es schon auf. #00:17:11#

199 **I:** Das leitet schon zu meiner nächsten Frage über: welche Hürden gibt es neben  
200 dem Thema Öffentlichkeitsarbeit?

201 **B:** Na immer noch dieses: das Amt. Also das da immer noch so ein bisschen / das  
202 man denkt oh Gott das sind so verkrustete Strukturen und ja da brauche ich gar  
203 nicht Nachfragen mit so etwas kennen die sich nicht aus. Oder das könnte / Und  
204 ansonsten Hürden von dem Personal her glaube ich schon dass es auch schon  
205 immer noch ein Thema ist, was halt manchmal auch unangenehm ist den Leuten  
206 das anzusprechen. Und da müsste man auch noch sehr viel Aufklärungsarbeit  
207 leisten wie man das halt auch gut ansprechen kann ohne dass sich jemand in die  
208 Enge getrieben fühlt. Dass es für beide Beteiligten unangenehm wird. Oder auch je  
209 nachdem wenn noch Dritte dabei sind. Dass man da niemanden in gefährliche  
210 Situationen bringt. Also das ist glaube ich ein ganz wichtiger Punkt, damit es vom  
211 Personal auch akzeptiert wird. #00:18:14#

212 **I:** Das ist bestimmt auch etwa, das man in der Umsetzung beachten muss. Nochmal  
213 jetzt auf dieser Organisationsebene ÖGD. Da sehen Sie keine Hürden im Hinblick  
214 auf die Implementierung von neuen Angeboten oder neuen Prozessen. Das wäre  
215 erst mal grundsätzlich möglich?

216 **B:** Also aus meiner bisherigen kurzen Erfahrung würde ich jetzt erst mal sagen:  
217 Nein. Weil man es halt an bestehende Angebote gut anknüpfen kann. Es wäre ja  
218 jetzt keine komplett neue / Also so wie ich es mir vorstelle würde man es in  
219 bestehende Angebote mit aufnehmen und damit wäre es jetzt keine reisen Hürde.  
220 #00:18:56#

221 **I:** Kommen wir zu den Maßnahmen. Also vorausgesetzt die Leitlinie soll  
222 implementiert werden: wie würde sie vorgehen, also was wäre ein sinnvolle  
223 Vorgehen?

224

225 **B:** Genau. Also man müsste sich erst mal noch die einzelnen Fachbereiche gut  
226 anschauen. Mit den Fachbereichsleitungen und den entsprechenden  
227 Fachbereichen also auch den Berufsgruppen sprechen was sie sich vorstellen  
228 könnten. An welcher Stelle es für sie sinnvoll wäre und auch umsetzbar wäre und  
229 dann für das Personal, das man sich dann raueguckt hat gezielt da  
230 Schulungsangebote zu initiieren, also wahrscheinlich von Externen. Und mit denen  
231 dann gemeinsam überlegen wie man das in das bisherige einpassen kann, was sie  
232 dazu an weiteren Informationsmaterialien brauchen. #00:19:57#

233 **I:** Und sollte ein Versorgungsauftrag formuliert sein, und wenn ja wer sollte ihn  
234 formulieren? Sollte das auf Bundesebene, oder auf Länderebene sprich Senat oder  
235 auch auf kommunaler eben erfolgen? Oder wäre beispielsweise das Gremium der  
236 Amtsärzte und Amtsärztinnen die Ebene, die den Versorgungsauftrag formulieren  
237 sollte?

238 **B:** Also ich. Das ist glaube ich schwierig. Im Prinzip müsste es ja im  
239 Gesundheitsdienstgesetz geregelt sein, denn da ist geregelt, was die Aufgaben des  
240 Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind. #00:20:26#

241 **I:** Ja, und da ist die Zielgruppe der Menschen, die von Gewalt betroffen sind ja auch  
242 explizit genannt.

243 **B:** Also dann wäre der Punkt im Prinzip erledigt. Die Amtsärzte untereinander das  
244 sind ja immer nur informelle Abstimmungen. Also man kann ja nie über  
245 Bezirksgrenzen hinweg darüber hinweg entscheiden. Also das müsste dann schon,  
246 also es wäre sicher eigentlich gut, wenn man das berlinweit etwas vereinheitlichen  
247 würde. Aber im Endeffekt muss es jeder in seinem Bezirk dann umsetzen. Und  
248 auch mit seiner politischen eben natürlich auch abstimmen, was da wieweit von

249 den Ressourcen her auch unterstützt wird. Die Senatsverwaltung könnte sicher  
250 auch unterstützen, aber auch die außerhalb vom Gesundheitsdienstgesetz haben  
251 die ja keine Fachaufsicht sozusagen. Also die können jetzt nicht entscheiden was  
252 in welchem Amt wie umgesetzt werden soll. Also es wäre im Prinzip ein  
253 berlinweites Agreement, man möchte das gerne, und dann kann man sich  
254 überlegen, was man dazu noch benötigt. Und aber im Prinzip umsetzen muss es  
255 jeder Bezirk selber und da wird es große Unterschiede geben, weil einfach die  
256 Ressourcen sehr unterschiedlich sind. Also sowohl von der Besetzung der  
257 einzelnen Fachdienste, von den einzelnen Berufsgruppen her wird es glaube ich.  
258 Also manche schaffen die absolut gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben kaum.  
259 Und bei anderen würde es wahrscheinlich ganz gut gehen. Also da wird es auch  
260 einfach ressourcenbedingt sehr viele Unterschiede geben. #00:22:06#  
261 Auch räumlich ist es ja wie weit die Dienststellen auseinander sind, wie groß der  
262 Bezirk ist, wie viel vor Ort passiert, wie viel in den Dienststellen passiert. Also sehr  
263 heterogen was die einzelne Bezirke angeht. #00:22:21#  
264 **I:** Und wären Ihrer Ansicht nach strukturelle oder organisatorische  
265 Veränderungen notwendig um die Leitlinie zu implementieren. Auf  
266 Organisationsebene, nicht auf operativer Ebene?  
267 **B:** Ich denke man müsste jetzt keine Fachbereiche umorganisieren. Das ließe sich  
268 mit der jetzigen Mustergesundheitsamtstruktur und den einzelnen Fachbereichen  
269 ganz gut kombinieren #00:22:55#  
270 **I:** Das heißt Veränderungen sowohl kurz- als auch langfristige der Organisation  
271 ÖGD um Leitlinie zu implementieren oder Maßnahmen umzusetzen sehen Sie  
272 nicht?  
273 **B:** Nein, das würde ich im ersten Schritt erst mal nicht sehen.  
274 **I:** Die nächste Frage hatten Sie auch schon angesprochen, als sie gesagt hatten, dass  
275 es für die Versorgung nicht so einfach ist, also es bedarf schon Schulungen und  
276 auch eine Auseinandersetzung mit dem Thema. Tatsächlich stecken ja indem  
277 Thema selber auch Barrieren, sei es jetzt auf der Seite der Versorgenden mit  
278 Unsicherheiten oder auch der Angst vor Retraumatisierung. Und es ist ja auch ein  
279 frauenspezifisches Thema mit einem Frauenanteil von über achtzig Prozent. Sehen  
280 Sie im Thema selber eine Barriere, dieses im ÖGD zu implementieren?  
281 **B:** Also es wird sicher auch kein Thema sein, was jetzt jeder gleich gut und gleich  
282 gerne bearbeiten und ansprechen wird. Also vielleicht wird sich auch  
283 herauskristalisieren, dass es doch bestimmte Experten je nach Team gibt, an die  
284 man dann auch intern weiterleitet, die sich dann auch leichter tun das  
285 anzusprechen oder da geübter sind. Und da muss man vieles auch gucken wie die  
286 Erfahrungen so sind. Also eigentlich war ja erst mal die Idee dass man es möglichst  
287 niedrigschwellig damit man es breit verteilen kann damit es viele eben ansprechen  
288 können. #00:24:38#  
289 **I:** Aber Sie würden jetzt nicht sagen, dass es ein Thema ist, dass der ÖGD nicht auch  
290 noch unbedingt haben will, weil es eh schon tabuisiert ist. Und der ÖGD ja eh schon  
291 viele Themen bearbeitet...  
292 **B:** ..die sonst keiner haben möchte. Ja, also ich sag mal so, der ÖGD hat ja auch viele  
293 Aufgaben, mit denen man eben nicht gut Geld verdienen kann. Was ja auch in dem  
294 Bereich so etwas ist. Da muss man sehr viele zeitliche Ressourcen auch  
295 reinstecken, wenn man das gut machen will. Und das ist auch etwas, was sich  
296 schlecht planen lässt, wenn so ein Fall auftaucht. Aber ich denke es passt sehr gut  
297 in den Aufgabenbereich des ÖGD, weil es eben gerade darum geht,  
298 Bevölkerungsgruppen die sich nicht alleine helfen können, denen es eben von

299 vorneherein nicht so gut geht wie allen anderen, diese Bevölkerungsgruppen zu  
300 unterstützen. Prinzipiell ist es natürlich ein Thema was durch alle  
301 Bevölkerungsschichten geht, aber je nach Bevölkerungsschicht kann man sich  
302 glaube ich leichter selber auch Unterstützung holen, oder weiss eher an wen man  
303 sich wenden muss, als in anderen Bereichen, wo da nicht so gut ausgebildet ist.  
304 Also ich denke nicht, dass das Thema immer jetzt auf bestimmte  
305 Bevölkerungsgruppen reduziert ist, aber ich glaube, der Umgang damit ist  
306 vielleicht unterschiedlich. Und da sehe ich den ÖGD an einer Stelle wo man  
307 versuchen kann, alle mitzunehmen. Weil gerade zum Beispiel eben im Rahmen von  
308 Einschulungsuntersuchungen die gesamte Breite der Gesellschaft gesehen wird.  
309 Oder bei den Ersthausbesuchen also man geht also nicht gezielt zu den  
310 Problemfamilien sondern man geht zu allen nach Hause. Und das ist eine große /  
311 Und deswegen passt es auch sehr gut in den ÖGD, weil der eben für die gesamte  
312 Bevölkerung da ist, und nicht nur für bestimmte Teile. Und glaube ich eine große  
313 Erreichbarkeit sicherstellen kann. #00:26:43#

314 **I:** Denken Sie dass der ÖGD von einer Implementierung auch profitieren kann? Als  
315 Organisation, als Team, als Gesundheitsamt?

316 **B:** Das kommt wahrscheinlich sehr darauf wie man es umsetzt und wie / Wenn  
317 der ÖGD dann als gesehen wird, als einer der einem da weiterhilft und dann auch  
318 wirklich Lösungsmöglichkeiten anbietet, denke ich schon, dass man davon  
319 profitieren kann. Eben von diesem verkrusteten Amtsimagen wegzukommen und  
320 also wirklich als jemand gesehen zu werden der einem hilft, wenn man nicht  
321 weiter weiss. #00:27:25#

322 **I:** Im Sinne einer guten Außenwirkung?

323 **B:** Ja, das eben auch der ÖGD mit der Zeit geht und sich um neue Themen kümmert.  
324 Also es ist ja kein neues Thema, es wird nur einfach etwas mehr publik gemacht.  
325 #00:27:47#

326 **I:** Sie persönlich in Ihrer Position als Amtsärztin, sehen Sie einen Spielraum den  
327 Prozess der Implementierung voranzubringen oder zu initiieren?

328 **B:** Wenn Corona mal vorbei ist (lacht). Ja, also ich denke schon, dass das etwas ist  
329 was man sehr gut mit den einzelnen Dienststellenleitungen besprechen kann, und  
330 wo auch denke ich ein Interesse da wäre.

331 **I:** Das im Gesundheitsamt Steglitz – Zehendorf. Und im gesamten ÖGD Berlin?

332 **B:** Da würde ich jetzt als Einzelperson nicht so richtig weiterkommen. Also das  
333 wäre schon etwas, was man in der kompletten Amtsarztrunde auf jedem Fall  
334 besprechen müsste. Das da alle auch mit diesem Thema mitgehen können, denn  
335 ich denke das bringt auch nichts wenn das jetzt ein Bezirk macht. Das wäre schon  
336 wichtig, auch einfach für die Außenwahrnehmung das man sagt das wird im  
337 ganzen Lande Berlin umgesetzt. #00:28:58#

338

339 **I:** Weiter zu dem Thema Umsetzung geht es jetzt zu den Inhalten eines möglichen  
340 Rahmenkonzeptes. Das heisst die Leitlinie soll implementiert werden und jetzt soll  
341 ein Rahmenkonzept konzipiert werden welches Orientierung für die notwendigen  
342 Entwicklungsschritte, sei es inhaltlich, sei es programmatisch, personell,  
343 Ausstattung, politische Entscheidungen. Wenn ein Rahmenkonzept mit den  
344 folgenden vorgelegten Inhalten erstellt werden sollte, wie wäre die Reihenfolge?  
345 Können Sie die folgenden Inhalte in die für Sie priorisierte Reihenfolge bringen,  
346 was am wichtigsten ist?

347 **B:** Also übergeordnet ist denke ich auf jeden Fall Haltung der Leitung  
348 beziehungsweise Haltung des gesamten ÖGD im Land Berlin dazu. Also man muss

349 sich schon auf allen Ebenen auch wenn die keine Fachaufsicht haben muss eben  
350 der Wille da sein, da etwas mit umzusetzen. Das ist mal so der Oberbegriff ohne  
351 das wird es glaube ich gar nicht gehen. Für die konkrete Umsetzung halte ich es für  
352 sehr wichtig, dass diese Punkte Qualifizierung der Mitarbeitenden,  
353 Handlungsanweisungen und Arbeitsgruppen und Qualitätszirkle also das die sich  
354 auch untereinander austauschen können, das halte ich für sehr wichtige Punkte.  
355 Der wissenschaftliche Bereich, Bedarfsermittlung und Forschung, sehe ich jetzt  
356 nicht rein bei den Gesundheitsämtern weil ich glaube da liegt die Kompetenz in  
357 anderen Bereichen wo mehr auch Studien / Da muss man ja auch sehr genau  
358 überlegen, wie man das umsetzt, mit welchen Studientypen, wen man befragt. Und  
359 auch dann das nachfolgende eigentlich Evaluation und wissenschaftliche  
360 Begleitung das wäre ich glaube ich gut wenn das durch universitären Breich oder  
361 durch eigene Institute erfolgen würde. #00:31:27#

362 **I:** Ja, da bedarf es bestimmt einer Kooperation und entsprechender  
363 wissenschaftlicher Unterstützung. Aber sehen Sie da Kooperationsmöglichkeiten?

364 **B:** Das wäre gut ja. Das ist oft in Gesundheitsämtern ja Thema. Auch jetzt gerade  
365 pandemiebedingt wieder . Es ist ja ein Datenschatz was in den Gesundheitsämtern  
366 so vorhanden ist, aber es fehlt die Zeit und es fehlen auch die Leute die das  
367 wirklich auswerten können. #00:35:36#

368 **I:** Fehlt es auch an bewährten Kooperationen beziehungsweise Verbindungen und  
369 Kontakten zu universitären Einrichtungen?

370 **B:** Ja, ja. Der Aufbau eines Netzwerk, das ist ja schon mal / Also im Hygienebereich  
371 gibt es so ein Netzwerk für Krankenhausinfektionen sozusagen. Das denke ich ist  
372 etwas was sehr gut wäre, da ist nicht nur der ÖGD drin, da ist der  
373 Krankenhausbereich drin, da sind aber auch Gesundheitsämter drin, da sind aber  
374 teilweise auch Labore drin. Also so etwas könnte ich mir sehr gut vorstellen. Das  
375 man eben zum Beispiel mit Gewaltschutzambulanz, mit irgendwelchen  
376 Hilfstelefonen und eben ÖGD. Das man da die Erfahrungen auch zusammenbringt.  
377 #00:32:50#

378 **I:** Nochmal sehr konkret: Was wären die ersten Schritte für eine Implementierung?  
379 Was würdet Du als erste tun?

380 **B:** Ganz praktisch würde ich es erst mal mit den Dienststellenleitungen ansprechen  
381 und sagen. Also eigentlich müsste ein bisschen so ein „go“ kommen im Lande  
382 Berlin möchten man sich jetzt vermehrt mit dem und dem Thema beschäftigen,  
383 können wir mal überlegen im Bezirk, in welchen Bereichen das für sinnvoll  
384 gehalten wird, wie man das angehen kann, wer sich damit beschäftigen könnte.  
385 #00:33:34#

386 **I:** Innerhalb deines Amtes mit der Leitung der einzelnen Fachbereiche. Fällt Ihnen  
387 spontan im Sinne eines „best-practice-Modells“ ein vergleichbarer Prozess der  
388 Implementierung im ÖGD ein?

389 **B:** Nein, ich glaube dafür bin ich zu kurz dabei. Also wie gesagt dieses Netzwerk  
390 Krankenhaushygiene könnte man sich mal anschauen. Denn da war ja auch so ein  
391 Auslöser, wie schaffen wir es, dass die multiresistenten Erreger und die  
392 Übertragung in den Krankenhäusern zurückgehen, und dass wir da gut zusammen  
393 arbeiten. Und da ist dann so ein Netzwerk gegründet worden für das es auch eine  
394 kleine Geschäftsstelle gibt. # 00:34:19#

395 **I:** Ja, das ist doch eigentlich ein interessanter Prozess.

396 **B:** Ja, das wäre ein guter Punkt. Ich weiss nicht genau wie lange es das schon gibt.

397 **I:** Zum Abschluss eine Frage die auch spontan beantwortet werden darf: für wie  
398 realistisch halten Sie die Umsetzung der Leitlinie in den nächsten fünf Jahren?

399 **B:** Ich würde vielleicht mal sagen: 6. Also ein bisschen mehr als die Hälfte  
400 wahrscheinlich. Aber es kommt auch sehr darauf an, wie sich politisch die  
401 Situation entwickelt, wo man die Schwerpunkte setzt in dem ganzen ÖGD-Bereich.  
402 Es steht ja auch schon länger an, dass das ganze ÖGD-Gesetz mal überarbeitet  
403 werden soll. Und da hängt es glaube ich sehr davon ab, was man politisch wie  
404 festlegt. #00:35:15#

#### I-04

1 **I:** Steigen wir direkt in das Thema ein: inwieweit spielt das Thema Gewalt in  
2 Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt innerhalb des Aufgabenspektrums des  
3 ÖGD Berlin eine Rolle?  
4 **B:** Jetzt aus empirischer Sicht oder aus politischer Sicht?  
5 **I:** Auf Versorgungsebene.  
6 **B:** Auf Versorgungsebene. Das ist definitiv ein untererfasstes Feld. Was bei uns in  
7 den Bereichen im Grunde genommen nur im Bereich KJGD und KJPD wirklich auf  
8 der Tagesordnung steht. Aber eben mit einem anderen Fokus auf die Klienten.  
9 Während die anderen Fachbereiche also BKA Beratungsstelle für Krebskranke und  
10 chronisch Erkrankte als auch im sozialpsychiatrischen als auch im hygienischen  
11 Bereich dort die Thematik quasi nicht wirklich präsent ist. Vielleicht noch kann  
12 man sagen in der Beratungsstelle für Krebskranke wenn in der Häuslichkeit dann  
13 doch aufgrund größerer Leiden dann da in den Paarbeziehungen was eruiert wird,  
14 wenn die Kollegen dort in Hausbesuchen aktiv sind. Aber ansonsten tatsächlich  
15 nur von Kinderklienten – Seite aus. #00:01:38#  
16 **I:** Und denken Sie, es sollte eine größere Rolle spielen.  
17 **B:** Also ich denke, dass die Bedeutung von grundsätzlich die von  
18 Interventionsmaßnahmen sich danach richten wie sie empirisch sich verteilen. Das  
19 heißt nicht, dass das was häufig kommt, jetzt auch eine größere Gewichtung haben  
20 sollte, aber natürlich in der Versorgungsfrage geht es schon nach der Größe es  
21 Problems. Was oft ist kommt oft, und nach diesen also nach diesem  
22 Verteilungsschlüssel richtet sich am Ende auch eine gewisse Bedeutung. Das heißt  
23 natürlich nicht, dass Dinge die man nicht sieht, nicht existent sind. Das wissen wir  
24 gerade im Bereich sexualisierter Gewalt dass das aufgrund vielfältiger Reaktion  
25 der Beteiligten eben immer untererfasst ist, und deswegen dadurch schon ein  
26 Nachteil besteht. Und es besteht auch bei Diagnosen die eine erhöhte Tabuisierung  
27 erfahren, dass die auch die sind in der Tendenz unterfasst, als solche, die im Trend  
28 liegen. #00:02:50#  
29 **I:** Studien zeigen, dass jede 4. Frau in Deutschland von Gewalt in Paarbeziehung  
30 betroffen ist. Vor diesem Hintergrund, denken Sie dass das Thema Versorgung  
31 nach Gewalterfahrung strukturierter im ÖGD eingeführt werden sollte ? Sollte es  
32 eine größere Rolle spielen gerade im ÖGD ?  
33 **B:** Klar. Unsere Sicht ist Public Health, dass bevölkerungsmedizinische, und wenn  
34 Sie sagen jede vierte Frau, d.h. 25%, dann ist das sehr bedeutsam. Auch eine Frage  
35 der sozioökonomischen Verteilung, da kann es sein, dass es schon einmal eine  
36 unterschiedliche Ausprägung geben könnte. Aber grundsätzlich ja, also  
37 bevölkerungsmedizinisch ist jedes Problem was sozusagen einen Versorgungsarm  
38 tangiert enorm wichtig. Also im Grunde genommen, wenn sie mich so fragen  
39 Klimakterium ist als bevölkerungsmedizinisches Thema entscheidend. Alle  
40 Bürgerinnen ein völlig untererfasstes Thema . Das heißt nicht das alle Frauen, aber  
41 alle Frauen erfahren ja einmal diese Phase, und insofern hat es natürlich eine

42 wahnsinnige bevölkerungsmedizinische Bedeutung. Aber das ist jetzt ein anderes  
43 Thema. #00:04:17#

44 I: Ja, da gibt es doch gewisse Parallelen, es betrifft ganz viele Frauen, es ist sehr  
45 tabuisiert, es betrifft sehr viele Frauen, aber wenige reden drüber, Information ist  
46 unzureichend, das Versorgungsangebot nicht ausreichend. Nur die  
47 gesundheitlichen Folgen sind natürlich in keinster Weise vergleichbar. Vor diesem  
48 Hintergrund nochmal die Frage, sollte das Thema in den Fachbereichen des  
49 Gesundheitsamtes stärker beachtet werden? Sie hatten ja beispielweise bereits  
50 den KJGD und SpD angesprochen. Sollte es Ihrer Meinung nach eine  
51 Gesamtstrategie für das Gesundheitsamt sein, oder bereichsspezifisch?

52 B: Na dadurch, dass wir für die Erwachsenenversorgung hier in Berlin nur die BfB  
53 haben ist es schwierig überhaupt eine Gesamtstrategie zu implementieren. Weil  
54 faktisch die fünf Fachbereiche der operative Arm der Gesundheitsämter sind.  
55 Wünschenswert wäre es, wenn wir da übergeordnete gesamtärztliche Sicherung  
56 hätten. Wie es in anderen ÖGDs also in anderen Gesundheitsamtsstrukturen in den  
57 anderen Bundesländern ja schon so ist, dass wir da schon noch einmal so eine  
58 amtsärztliche nicht nur Begutachtung sondern einen Einsatzbereich haben und da  
59 wäre er sehr gut verankert.

60 Um Ihre Frage einfach zu beantworten, es ist eine Gesamtgesundheitsamts -  
61 Aufgabe oder sollte strategische Verankerung dort findet und sich in den  
62 einzelnen Fachbereichen widerspiegelt. #00:05:51#

63 I: Kommen wir zu den Inhalten der Leitlinie. Von den 38 Empfehlungen sind die  
64 folgenden Eckpunkte nach WHO elementar in der Versorgung.

65 Also das geht es einmal um die Ersthilfe, und darunter versteht die WHO, dass  
66 wenn ein Mensch Gewalterfahrung mitteilt, dass eine vertraute Atmosphäre  
67 herrscht, dass empathisches Zuhören möglich ist, dass die Zuhörende eine  
68 wertungsfreie Haltung einnimmt, und dass auch die Weitervermittlung in andere  
69 Angebote stattfindet. Dann natürlich auch erst mal das Erkennen von  
70 Gewaltbeziehung, das heißt also die Frage nach Gewalterfahrung, wie frage ich  
71 danach, welche möglichen Symptome oder Beschwerden könnten auf  
72 Gewalterfahrung hindeuten, wie beispielsweise Depressionen oder  
73 Alkoholkonsum oder andere ungeklärte Symptome. Dann das Thema  
74 Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, möglicherweise eine STI  
75 Prophylaxe bzw. Angebot zum STI Screening. Dann ein wichtiger Punkt die  
76 Schulung von Fachkräften, d.h. also Fort- und Weiterbildung zu den  
77 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs mit Gewalt, sei es das Erkennen von  
78 Gewalt, sei es das Ansprechen, sei es klinische Fähigkeiten in der Versorgung oder  
79 auch das Thema der Dokumentation bis hin zur rechtsicheren Dokumentation. Und  
80 dann nennt die WHO psychologische Intervention, wobei es da nicht in erster Linie  
81 um ein Therapieangebot geht, sondern erst mal um das erste Unterstützen,  
82 möglicherweise Versorgen, Mitgabe von schriftlicher Information, die auch  
83 Information darüber enthält, wenn eine Gewaltsituation zu eskalieren droht. Und  
84 angesprochen werden natürlich auch Kinder. Also was passiert, wenn Kinder im  
85 häuslichen Umfeld Gewalt miterleben, was kann ich da an Intervention anbieten.  
86 Wenn man sich diese Empfehlung anguckt, denken Sie , dass diese im ÖGD  
87 umgesetzt werden könnten? Dass man dieses Angebot strukturell verankern  
88 könnte?

89 B: Von der technischen Seite her definitiv. Also wenn man strukturiert angehen  
90 kann ist das auch verankerbar. Es ist nur nicht strukturell momentan umsetzbar.  
91 #00:08:11#

92 **I:** Und wo denken Sie dass es da Hürden gibt?  
93 **B:** Na, Sie kennen ja die Situation, dass wir in Berlin ihr Zentrum haben, aber das  
94 hier sind ja Themen die müssten in den jeweiligen kommunalen  
95 Versorgungsstrukturen verankert sein. Und dazu haben wir strukturell noch gar  
96 keine Plattform. #00:11:54#  
97 **I:** Also eine Möglichkeit ist ja, dass man es in den bestehenden Fachbereichen  
98 verankert, als Gesamtstrategie. Da müsste man dann überlegen, inwieweit das  
99 Angebot der Notfallverhütung möglich ist, aber die anderen Angebote könnten ja  
100 in den Fachbereichen verankert sein, oder? Die andere Möglichkeit wäre ja das  
101 man sagt, man bindet es nicht an den bestehenden Strukturen an, sondern  
102 erschafft ein neues Angebot. Was halten Sie für sinnvoller?  
103 **B:** Naja, wissen Sie, eine ähnliche Frage wie die vorherige, ich würde es eher in  
104 einer zentralen Struktur verankern. Nicht so sehr in die Fachbereiche schieben.  
105 Auf der andere Seite...ja, ich würde es zentralisieren, denn die Thematik ist ja  
106 fachübergreifend.  
107 **I:** Das heißt dann, es gäbe beispielsweise eine gesonderte Anlaufstelle, eine Art  
108 Zentrum oder Beratungs- und Versorgungsstelle des ÖGD überregional in Berlin  
109 **B:** Ja, wer dann die technische Seite des Teachings oder des Trainings übernimmt  
110 für die einzelnen ärztlichen Kollegen die aus verschiedenen Fachbereichen  
111 kommen können. So dass eine awareness, also eine Wahrnehmungsfähigkeit  
112 besteht in den einzelnen Fachbereiche und die tools zumindest ansatzweise da  
113 schon vorhanden sind, um den Problemen dann tatsächlich nachzugehen.  
114 #00:10:18#  
115 **I:** Also eine Sensibilisierung in allen Fachbereichen und dann eine entsprechende  
116 Weiterleitung. Und mit dieser Strategie könnte man die Inhalte der Leitlinie  
117 umsetzen?  
118 **B:** Ja, technisch gesehen sehe ich es gar nicht problematisch.  
119 **I:** Auf der Ebene der organisationalen Strukturen. Wie würden Sie vorgehen um  
120 die Leitlinie zu implementieren? Was wäre ein sinnvolles Vorgehen?  
121 **B:** Also generell um Leitlinien umzusetzen: wir haben ja das wenn sie so wollen die  
122 übergeordnete Spange, die Akademie. Die ist sicherlich die wichtigste bundesweite  
123 Gemeinsamkeit wo auch Standards gesetzt werden können. Ich kann mir aber  
124 auch gut vorstellen, wenn man es jetzt mal in die Länder projiziert, dass wir hier  
125 im Land Berlin mit Ihrem Zentrum, das im Grunde genommen von dort aus der  
126 Impuls in die kommunale Gesundheitsamtsstruktur gehen kann, und sollte weil  
127 da am Ende der Vernetzungsgrad höher ist und das ist auch versorgungsrelevant  
128 ist, dass man seine Kollegen und Ansprechpartner kennt, die einen sensibilisieren  
129 für die Thematik, die einen trainieren, und damit habe ich als Versorger auch eine  
130 Überweisungsmöglichkeit oder eine Versorgungsmöglichkeit aller Klienten oder  
131 aller Patienten relativ verlustarm dann zu übermitteln. #00:12:29#  
132 **I:** Denken Sie, dass das jetzt die Voraussetzungen dafür im ÖGD vorhanden sind,  
133 wie gesetzliche Grundlage, personelle Ausstattung, Finanzierung?  
134 **B:** Ja, das hier ist eher eine also die Umsetzung einer Leitlinie zur Versorgung von  
135 Opfern der häuslichen Gewalt das ist eine Frage des politischen Willens oder auch  
136 der ärztlichen Schwerpunktsetzung. Wenn Sie so wollen ist ja jede Frage eine  
137 Ressourcenfrage , aber das würde ich so jetzt gar nicht so sehr verankern.  
138 ##00:13:08#  
139 **I:** Wo sehen Sie denn Ressourcen für die Umsetzung?  
140 **B:** Ja, (lacht) das ist natürlich immer die beleibete Jammerecke, ja wir haben zu  
141 wenig Personal, uns fehlt es da und da. Nee, ich glaube tatsächlich jetzt das Thema

142 Sensibilisierung und differentialdiagnostische Kompetenzen das ist eine politische  
143 und ärztliche Schwerpunktsetzung. Die will man und kann man setzen oder die  
144 will man halt nicht setzen. Die Ressource dahinter, um die es geht, ist grundsätzlich  
145 überall knapp und insofern taugt die sehr gut zum Verwehren der Umsetzung.  
146 Aber sie taugt auch ebenso gut dazu, dass man sich dieser Aufgabe oder jeder  
147 Public-Health relevanten Aufgabe zuwendet. #00:14:04#

148 **I:** Und sehen Sie den ÖGD aufgrund seiner Zielgruppen oder aufgrund seines  
149 „know-hows“- eine besondere Ressource?

150 **B:** Naja, ich glaube dass wir jetzt hier in Berlin zwar noch das Institut für  
151 Sexualmedizin an der Charite´ haben aber im Grunde genommen die  
152 Versorgungskompetenz liegt tatsächlich im ÖGD. Und das ist vielleicht auch gut so  
153 weil es tatsächlich noch mal um einen niederschwelligeren Zugangsweg als wenn  
154 wir es institutionalisieren oder wenn man jetzt an die akademische Medizin denkt.  
155 #00:14:53#

156 **I:** Denken Sie der ÖGD könnte als Amt als Behörde eher eine Hürde für die  
157 Menschen sein?

158 **B:** Grundsätzlich ist es so wir leben ja Gesundheitsamt und wir leben ÖGD. Und  
159 wenn wir uns ordnungsbehördlich verstehen, jetzt gerade ganz aktuell im Rahmen  
160 der Pandemie, dann sicherlich werden wir und den Zugang zu den Klienten  
161 verbauen. Und ich glaube die Pandemie hat auch gezeigt dass wir uns hier in Berlin  
162 vielleicht anders als in anderen Bundesländern immer auch verstanden haben als  
163 Partner und als Vermittler von Wissen unserer nationalen Epidemiologie-  
164 Organisationen und als Berater für Bürgerinnen und Bürger, nicht so sehr als  
165 Exekutor des Infektionsschutzgesetzes. Und wenn wir diese Balance halten  
166 können, zugunsten der Partnerschaftlichkeit und des Empowerments dann sind  
167 wir auch die richtige Adresse für diese Klienten und diese Betroffenen. Das betrifft  
168 ja dieses Thema, das betrifft natürlich auch alle anderen gesellschaftlichen  
169 Schichten die von Gewalt betroffen sind, oder die von Benachteiligung innerhalb  
170 der Versorgung betroffen sind. #00:16:30#

171 **I:** Hürden wie Geld und Personal hatten Sie gerade schon benannt. Fallen Ihnen  
172 noch weitere Hürden ein. Also Hürden innerhalb des ÖGD wenn man neue Prozesse  
173 implementieren möchte?

174 **B:** Na ich glaube, dass die Hürde auch schon darin besteht, dass wir innerhalb der  
175 sagen wir mal der Fachlichkeit im Spannungsfeld der Verwaltung und der  
176 ärztlichen oder medizinischen Einrichtung sind. Ich bin ja sehr froh, dass seit  
177 einiger Zeit festgelegt worden ist, dass die Gesundheitsämter medizinische  
178 Einrichtungen sind. Das ist auch ein ganz wichtiger Schritt für das Themen  
179 Nachwuchsförderung und für das Thema Attraktivität generell für medizinisches  
180 Personal. Und die Problematik die wir haben ist halt, dass im Kontext der  
181 kommunalen Behördenlandschaft wir intern ja auch mehr als Verwaltung gesehen  
182 werden. Und ich glaube das ist etwas wo wir noch stärker und noch deutlicher die  
183 Forderung auch noch belegen und umsetzen müssen, dass wir eben  
184 Bevölkerungsmediziner sind. quasi. Ich glaube auch, und das ist jetzt nicht ihr  
185 Schwerpunkt, aber ich sage das jetzt mal, dieser Facharzt für Öffentliches  
186 Gesundheitswesen ist schon sprachlich ein Krüppel. Warum heißt der nicht  
187 Facharzt für Bevölkerungsmedizin. Es gibt den Präzisionsmediziner, es gibt den  
188 Schwerpunkt Lasermedizin und so weiter und so fort, aber wir haben da so einen  
189 unsexy Begriff geschaffen, der schon diesen Touch einer Behörde hat. Und faktisch  
190 kränkelt es schon an dem Label. Und das geht dann eben weiter wie wir dann eben  
191 Gesetze mit tatsächlich ordnungsbehördlichen Aufgaben wo wir sicherlich das

192 auch noch sauberer trennen könnten in der Frage der Umsetzung von  
193 Infektionsschutzmaßnahmen Das wir den einen Teil stärker ärztlich und den Teil  
194 nicht ärztlich eigentlich auch leben könnten, um eben nicht in diesen  
195 Interessenskonflikt zu geraten in Zusammenarbeit mit den Bürgern.

196 #00:19:05#

197 **I:** Also letztlich heisst das ja, dass man sowohl das eigene Selbstverständnis in  
198 Relation zur Außendarstellung überdenkt.

199 **B:** Genau. Eigenes Imageleitbild als auch die Außendarstellung.#00:19:04#

200 **I:** Gehen wir davon aus es gäbe einen Versorgungsauftrag oder eine Art  
201 Zielvereinbarung mit den Inhalten der Leitlinie. Und der käme vom Bund oder  
202 Senat oder wie sie ja schon gesagt hatten von der Basis. Würden Sie sagen, für die  
203 Umsetzung braucht der ÖGD eine strukturelle Veränderung?

204 **B:** Die gegebenen Strukturen erlauben die Implementierung dieser Leitlinie ganz  
205 klar. Aus meiner Sicht braucht es hier keine Veränderung auf Strukturebene. Es  
206 braucht den Willen dazu. #00:20:11#

207 **I:** Also es ist keine Frage der Strukturen sondern einer Strategie?

208 **B:** Ja, die strategische Ausrichtung ist wichtig. #00:20:14#

209 **I:** Zum Thema Gewalt, ein Thema in dem auch Barrieren stecken könnten. Es ist  
210 tabuisiert, es kann für die Versorgenden mit Unsicherheiten oder sogar Ängsten  
211 einhergehen. Denken Sie, dass eine Hürde für die Implementierung auch im Thema  
212 selber stecken könnte? Das man sagt, dieses Thema möchten wir als ÖGD nicht  
213 auch noch. Wir haben ja schon viele Themen die woanders nicht so gut verortet  
214 sind, jetzt nicht noch so ein schwieriges Thema.

215 **B:** Ich glaube das nicht wirklich. Also natürlich gibt es Themen die eingängiger als  
216 das Thema häusliche Gewalt, zumal wir da ja tatsächlich immer in diesen  
217 unpopulären Bereich kommen der Privatsphäre und des Eintretens in einen  
218 privaten Kontext. Aber ich glaube das ist nicht der Grund per se. Sondern es ist  
219 tatsächlich wie auch generell neglected diseases. Also auch die Medizin ist nicht  
220 frei von blinden Flecken. Na ich denke mir, wenn wir jetzt von Niedrigschwelligkeit  
221 sprechen, dann muss es im ÖGD verortet sein. Nämlich überall da, wo Patienten  
222 nicht in der Lage sind sich selber Hilfe zu suchen. Dann ist da auch ein anderer  
223 Bewegungsgrad dahinter, und wahrscheinlich auch ein anderes Netzwerk. Aber für  
224 jenen Menschen, für jene Gruppen, die darüber nicht verfügen, über diese sozialen  
225 Kompetenzen, gibt es im Grunde genommen keine wirkliche niederschwellige /  
226 Also wir haben natürlich die Trägerlandschaft, mit denen der ÖGD ja auch  
227 zusammen arbeitet, und der ÖGD hat auch die Aufgabe das weiter zu kultivieren.  
228 Aber auch nur deshalb, weil der ÖGD selbst nicht noch tiefer in die lebensnahen  
229 Räume kommen kann. Und deshalb gibt es ja auch eine reichhaltige  
230 Trägerlandschaft. Aber wie gesagt, institutionalisiert in der Regelversorgung, wird  
231 schwierig sein, ne. Und zeigt sich ja auch, ist ja auch nicht wirklich, wenn man nicht  
232 die Persönlichkeiten hat von Seiten der fachlichen und blickige  
233 Allgemeinmediziner, Psychiater, Gynäkologen, dann geht es so ein bisschen unter  
234 im Fachdisziplin-Wirwarr.

235 **I:** Denken Sie, der ÖGD könnte als Organisation von der Implementierung der  
236 Leitlinie auch profitieren?

237 **B:** Nicht so lange die Implementierung an sich auch eine Signalwirkung hat in den  
238 politischen Raum. Also profitieren in der Versorgung ja, in der Fachlichkeit ja, in  
239 der Kompetenzbildung zur Erkennung, dass da noch ein Versorgungsauftrag ist, ja.  
240 Aber nicht im Sinne, dass durch die Implementierung dieser Leitlinie der ÖGD

241 grundsätzlich an Gewicht innerhalb des Ämtergleichgewichts gewinnen kann.  
242 #00:23:53#

243 **I:** Meine Sie das auch im Sinne von Ansehen / Image?

244 **B:** Gewichtung ja. Ich würde das nicht einmal an Ansehen alleine koppeln, sondern  
245 an Gewichtung. Ich meine jetzt umgekehrt sehen Sie, in der Pandemie hat der ÖGD  
246 wahnsinnig an Anerkennung gewonnen, weil das Problem an sich, was auch kein  
247 schönes Thema ist, also Viren, eine Gewichtung hat, und zwar eine ganz starke  
248 politische Gewichtung bekommen hat, und gesellschaftliche Bedeutung bekommen  
249 hat. Und diese Gewichtung sehe ich in dem Komplex häusliche Gewalt so nicht.  
250 #00:24:33#

251 **I:** Und gesundheitspolitisch. Im Sinne von übernimmt eine riesige  
252 Präventionsaufgabe?  
253 Bringt das Anerkennung? Wird man da sagen: ja, da hat der ÖGD jetzt wirklich eine  
254 große Versorgungsaufgabe geschlossen?

255 **B:** Wenn die messbar ist, wenn sich die messen lässt, wenn man sie empirisch  
256 belegen kann, dann bekommt das auch Gewicht. #00:25:03#

257 **I:** Da kommen wir zur nächsten Frage. Vorausgesetzt die Leitlinie soll  
258 implementiert werden und jetzt soll ein Rahmenkonzept konzipiert werden  
259 welches Orientierung für die notwendigen Entwicklungsschritte, sei es inhaltlich,  
260 sei es programmatisch, personell, Ausstattung, politische Entscheidungen. Wenn  
261 ein Rahmenkonzept mit den folgenden vorgelegten Inhalten erstellt werden sollte,  
262 wie wäre die Reihenfolge? Können Sie die folgenden Inhalte in die für Sie  
263 priorisierte Reihenfolge bringen, was am wichtigsten ist?

264 **B:** Na ich denke tatsächlich würde man mit der Implementierung so eines  
265 Rahmenkonzeptes mit der Bedarfsermittlung. Und dann kann man über die  
266 Bedarfsermittlung zur Haltung der Leitung kommen. Oder man kann auch sagen,  
267 die Haltung der Leitung ist entscheidend und dann würde man zur  
268 Bedarfsermittlung kommen. Aus der Bedarfsermittlung ergibt sich dann die  
269 Entwicklung von Handlungsanweisungen. Die wird begleitet über AGs und  
270 Qualitätszirkel. Daraus folgt die Qualifizierung und Fortbildung und damit  
271 einhergehend ist der Aufbau von Netzwerken gekoppelt. Und da alles gerahmt,  
272 dass man die Handlungsanweisungen auch evaluiert und wissenschaftlich  
273 begleitet. #00:26:26#

274 **I:** Und diese wissenschaftliche Begleitung? Sehen Sie da Möglichkeiten?  
275 Beziehungsweise ist das schon gängige Praxis, dass man neue Angebote  
276 wissenschaftlich begleitet im ÖGD?

277 **B:** Leider nicht. Selbst jetzt in der Zeit der Pandemie waren wir nicht in der Lage  
278 zum Beispiel die einfache Thematik Kitas als Ausbruchsorte, Grundschulen als  
279 Ausbruchsorte in irgendeiner geeigneten Form für politisch Verantwortlichen  
280 vorzubereiten. Das ist ein Jammer, ich bin auch ein totaler Kritiker gegen die  
281 Haltung, dass wir immer noch etwas behaupten als Amtsleitung, als  
282 Gesundheitsämter, aber das nicht belegen. Immer nur Gefühl. Ich denke, dass ist  
283 unsere größte Schwäche. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung. Wir haben einen  
284 gewissen Komplex gegenüber den Kliniken und forschenden Einrichtungen, und  
285 selbst gegenüber den Niedergelassenen, die blickig sind und ihre Erhebungen auch  
286 mal in irgendeiner geeigneten Form vortragen können. Das ist völlig  
287 unterentwickelt bei uns und auch komplexbeladen. Und wo man die Lösung aus  
288 dieser misslichen Lage herauszukommen, dass wir die GBE, also  
289 Gesundheitsberichterstattung, auch einer stärkeren Wissenschaftlichkeit  
290 unterziehen. Dass wir Politikberatung oder Beratung der Kommunen als einen

291 Auftrag sehen, und gleichzeitig, wir haben diese Strukturen ja, wir haben ja  
292 Mitarbeiter die in der Gesundheitsberichterstattung tätig sind, und die auch die  
293 Kompetenzen haben wissenschaftlich zu arbeiten. Dass wir dieses auch stärker in  
294 unser Selbstverständnis integrieren, und zwar für alle Fachbereiche innerhalb des  
295 Gesundheitsamtes. #00:28:42#

296 **I:** Also sprich QPK einbinden?

297 **B:** QPK absolut. Und wir sind gerade dabei. Ich habe da jetzt einen riesen Kampf  
298 hinter mir, dass ich mal klar gemacht habe, die arbeiten für uns und nicht wir  
299 arbeiten für sie. Also sie sind Teil des Gesundheitsamtes also nach  
300 Mustergesundheitsamt oder nach Gesundheitsämterstrukturen ist das ganz klar,  
301 die QPK ist Teil des Gesundheitsamtes. Und die Themen, und das ist ja der Punkt,  
302 richten sich eben nicht nur nach Politikberatung, sondern auch nach der  
303 Datenlage, und die Daten werden generiert in den unterschiedlichen  
304 Fachbereichen. Aber sie müssen auch noch analysiert und ausgewertet werden.  
305 #00:29:20#

306 **I:** Als Voraussetzung für eine Implementierung?

307 **B:** Ja, das ist eine Voraussetzung für eine Implementierung. Aber das ist natürlich  
308 auch ein dickes Brett was grundsätzlich auch gebohrt werden muss. Wir müssen  
309 weg von diesem ich bin jetzt gegen Masken oder für Masken. Wenn ich daran  
310 denke wie wir uns hier gestritten haben in Berlin letztes Jahr. wo wir dann  
311 eigentlich nur anekdotisch berichten konnten, oder unsere Standpunkte uns  
312 gegenseitig vorführten, also schützen die Masken oder schützen sie jetzt nicht. Und  
313 wir haben dazu nichts beigetragen, um eine Evidenz zu schaffen. Ich glaube auch  
314 die Pandemie ist auch eine gute Lehre, dafür dass wir auch selbst nicht warten  
315 müssen und sollten auf das RKI oder auf die Landesgesundheitsbehörde, sondern das  
316 wir selbst auch gefordert sind, unseren Befunde, unsere empirischen Befunde auch  
317 einer wissenschaftlichen Begleitung oder man kann sagen Evaluierung zu  
318 unterziehen. Und wenn uns das gelingt in den nächsten Jahren, und das ist ja hier  
319 und da in einigen Gesundheitsämtern bereits der Fall, dass wir uns dann auch der  
320 Fachwelt öffnen. Das heißt ja nicht, dass wir jetzt hier rocket science machen  
321 müssen. Es geht ja nur darum, dass wir das Verständnis innerhalb unserer Rolle im  
322 Gesundheitsamt auch bewusst dafür werden. Und wenn uns das gelingt dann zu  
323 implementieren, und wenn es eine Selbstverständlichkeit ist, dass wir das dann  
324 auch mit Daten und Erhebungen öffentlich macht, dann ist ein riesen Gewinn auch  
325 geschaffen aus diesem Komplex den wir haben, dass wir ja nur  
326 Schreibtischärztinnen und -ärzte sind. Dass wir da raus kommen, dass wir nur  
327 Amtsärzte sind, sondern dass wir auch Ärztinnen und Ärzte sind, die einen  
328 Versorgungsauftrag haben, der sich empirisch auch ablesen lässt. #00:31:15#

329 **I:** Das wäre ja auch etwas, wo man sagt, man implementiert die Leitlinie unter  
330 wissenschaftlicher Begleitung, und hat dadurch einen Weg gebahnt, wie  
331 wissenschaftliche Kooperation stattfinden kann.

332 **B:** Richtig.

333 **I:** Sehen Sie bei einer Implementierung der Leitlinie den Senat oder den Bezirk in  
334 einer gewissen Verantwortung. Auf welcher Ebene findet die Entscheidung für die  
335 Implementierung statt und wer sollte unterstützen?

336 **B:** Ich glaube die Fachlichkeit liegt bei uns und sollte auch bei uns gelebt werden.  
337 Das heißt unser ärztliches und nichtärztliches Personal erkennt, was an der Basis  
338 für Bedarfe entstehen. Und von dort aus mit dem Selbstverständnis und  
339 Selbstbewusstsein auch dass wir hier auch Versorgungsthemen anklicken können.  
340 Ich glaube, wenn wir auch das Thema Leitlinienentwicklung in die politische

341 Ebene schieben, dann letztendlich vergeben wir uns die Schwerpunktsetzung  
342 unserer Fachlichkeit. Ich denke schon dass muss innerhalb der Ämter entwickelt  
343 und umgesetzt werden. #00:33:04#

344 **I:** Was wäre Ihr erster konkreter Schritt bei der Umsetzung?

345 **B:** Der erste Schritt zur Umsetzung der Leitlinie dadurch dass es ein  
346 Querschnittsthema ist, ist es nicht so leicht zu verorten in einen der Fachbereiche.  
347 Denn da würde tatsächlich so eine Leitlinienumsetzung und Herangehensweise ja  
348 traditionell entstehen. Idealerweise würde sich das durch einen Fachbereich  
349 entwickeln, die dann über eine Vernetzung auf Landesebene was zu dem Thema  
350 machen. Und die Amtsleitung wenn es Ressourcen bedarf mit ins Boot holen und  
351 dann entwickeln. Dadurch dass es so ein Querschnittsfach ist, ist es tatsächlich so,  
352 dass Bewusstsein, das Problembewusstsein muss tatsächlich von der Amtsleitung.  
353 Und wie man das dann lebt, also wie man dann die Entwicklung organisiert, kann  
354 unterschiedlich sein. Das kann ja auch interdisziplinär unter den Fachbereichen  
355 sein. Da gibt es interessierte Kinderärzte die sagen ich erlebe das Thema sehr oft,  
356 durch die Kinder die ich betreue, und im Sozialpsychiatrischen Dienst kann es ja  
357 auch durchaus sein, dass da Interesse besteht. Also auf der operativen Ebene wäre  
358 das recht frei in den Fachbereichen. Tatsächlich müssten die Amtsleitungen  
359 vielleicht das auch als Aufgabe sehen. Wo Sie das so ansprechen, kommt mir in den  
360 Sinn, dass es eigentlich ja auch meine Aufgabe wäre, bei der Umsetzung von  
361 Gesetzen oder Leitlinien die Amtsleitung im Grunde genommen die Aufgabe hat,  
362 dass reinzugeben in alle Fachbereiche. Kollegial dann auch zu berichten, man kann  
363 nicht alle Leitlinien gleichzeitig umsetzen. Und da dann aber eine regulatorische  
364 Funktion einnehmen, die den Fachbereichen die Umsetzungsaufgabe oder den  
365 Gehen-Kick gibt und die Unterstützung wenn man sich entschieden hat, was man  
366 umsetzen möchte. #00:35:43#

367 **I:** Fällt Ihnen spontan ein „Best-practice“-Beispiel ein, bei dem die Umsetzung oder  
368 ein ähnliche Prozess im Gesundheitsamt implementiert wurde?

369 **B:** Ja, zwei Beispiel: das eine ist Hitzeplanentwicklung. Das war hier in Berlin gar  
370 nicht ein Thema obwohl die Stadt einen großen Bedarf hat. Da habe ich sozusagen  
371 als Leitungsfunktion das Thema reingegeben. Sowohl im sozialpsychiatrischen  
372 Dienst als auch im Hygienebereich. Und da ist jetzt eine Entwicklung und es gibt  
373 auch wie ich dann erfahren habe einen Plan vom Land Berlin seit zwei Jahren. Aber  
374 eben es zeigt uns. wenn es von der politischen Ebene entwickelt wird, ist das  
375 vielleicht nicht der beste Ort. Es sollte schon in der Fachlichkeit entstehen und sich  
376 entwickeln. Unser Bundesverband also unsere Akademie hat da ja auch schon auf  
377 der Agenda. Also es ist jetzt kein Thema das völlig unterbelichtet ist, nur  
378 tatsächlich bedarf es dann einem Kristallisationspunkt, und der ist wahrscheinlich  
379 dann verortet in der Leitung des Amtes, die dann auch die Filterfunktion  
380 einnimmt. Also das ist jetzt ein wichtiges Thema mit Public Health Relevanz. Das  
381 ist das eine. Das andere Best-practice läuft gerade über die Nachwuchsgruppe  
382 Öffentliches Gesundheitswesen zum Thema Leitlinienentwicklung im KJGD bzw. in  
383 Pädiatrie. Die aktuelle Leitlinienbearbeitung, also es sind zwei die bearbeitet  
384 werden, die sind tatsächlich erst durch eine Bundesinitiative uns bekannt gemacht  
385 worden. Und dann haben unsere Kinderärzte ein bisschen aufgeholt und sind zu  
386 zweit eben in diese Leitlinienentwicklungsgruppe reingegangen. Und die arbeiten  
387 für die Dachgesellschaft AWMF. #00:38:11#

388 **I:** Das heisst, der Impuls könnte auch von der Akademie Öffentliches  
389 Gesundheitswesen ausgehen?

390 **B:** Definitiv ja.

391 **I:** Die letzte Frage: für wie realistisch halten Sie eine Umsetzung der Leitlinie  
392 innerhalb der nächsten fünf Jahre auf einer Skala von eins bis zehn?  
393 **B:** Mein Problem ist, ich habe noch nicht ganz durchblickt, wie stark wir mit Ihren  
394 Zentren auf der Fachebene im Austausch sind. Ich habe das mitbekommen, mit der  
395 Logo-Diskussion und da habe ich gedacht, ah da ist ja noch einiges nach zu  
396 justieren. Aber ich will mal optimistisch sein. Wenn der Wille da ist auf ärztlicher  
397 Ebene, wenn wir sagen, das ist ein Thema, das unter vielen Themen aber eins ist,  
398 das im Kern auch uns betrifft, dann sehe ich da eine acht. #00:39:35#

## I-05

1 **I:** Steigen wir direkt in das Thema ein: inwieweit spielt das Thema Gewalt in  
2 Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt innerhalb des Aufgabenspektrums des  
3 ÖGD Berlin eine Rolle?

4 **B:** Ja, klar. Natürlich spielt dieses Thema bei uns eine Rolle. Im Gesundheitsamt  
5 haben wir zum Beispiel einen eigenen Fachbereich, der nennt sich Zentrum für  
6 sexuelle Gesundheit und Familienplanung und da geht es unter anderem auch  
7 darum, Paare, die sich in Konflikten befinden Gespräche anzubieten um ihnen  
8 vielleicht auch Auswege und Lösungswege aufzeigen zu können oder auch um  
9 bestimmte Dinge gar nicht erst eskalieren zu lassen. Also das heißt die Leute  
10 können schon im Vorfeld uns aufsuchen, und da eben Beratung in Anspruch  
11 nehmen. #00:01:56#

12 **I:** Also ein bereits gut etabliertes Angebot in dem Fachbereich. Erscheint ihnen die  
13 Rolle als angemessen, oder sollte sie auch in anderen Fachbereichen noch stärker  
14 vertreten sein?

15 **B:** Also wie sollte ich noch einmal anders ausholen. Wir haben, also unser  
16 Hauptanspruch liegt ja in der Prävention und um präventiv tätig zu sein muss man  
17 natürlich sich breit aufstellen. Also wir haben in dem einen Fachbereich den ich  
18 gerade genannt habe, also das Zentrum für sexuelle Gesundheit und  
19 Familienplanung da ist speziell der Fokus auf die Familie gerichtet wenn sie im  
20 entstehen ist, bzw. wenn eben auch zwischen Paaren Konflikte bestehen und man  
21 Unterstützung leisten kann. Des weiteren haben wir natürlich auch noch den  
22 Fachbereich des Kinderschutzes. Das heißt also auch immer überall da wo sich die  
23 Gewalt gegen die Familie und gegen Kinder richten kann das wird in dem Bereich  
24 auffällig, und und auch da versuchen wir schon im Vorfeld mit Prävention gegen zu  
25 wirken. So gehen wir zum Beispiel zu jungen Familien im Rahmen der  
26 Ersthäusbesuche. Also junge Familien, die gerade ein Kind bekommen haben  
27 werden von uns angeschrieben. So kann man vor Ort eben schon mal gucken wie  
28 sieht es da so aus ist für das Kind also hat man sich auf das Kind gefreut, hat man  
29 bestimmte Vorbereitungen gemacht, und wenn nicht, dass man da eben  
30 unterstützt und hilft. Das ist alles im Sinne der Prävention gedacht. Und auch den  
31 Bereich für Psychiatrie den wir haben, also den Sozialpsychiatrischen Dienst, auch  
32 der ist im Sinne der Gewaltprävention manchmal tätig, weil wenn psychisch  
33 Kranke manchmal nicht weiterwissen werden sie halt auch aggressiv und auch da  
34 kann eben auch Unterstützung geleistet werden. #00:03:55#

35 **I:** Und denken sie dass das in diesen genannten Fachbereichen auch ausreichend  
36 passiert, im Hinblick auf die Thematisierung von Gewalterfahrung? Denken sie es  
37 sollte ausgebaut oder strukturierter eingeführt werden? Oder halten sie das  
38 Thema ausreichend im ÖGD verortet?

39 **B:** Ich glaube, es ist zu wenig bekannt was das Gesundheitsamt an dieser Stelle  
40 leistet, aber die von mir aufgeführten Stellen sind innerhalb der Stadt auch gut  
41 vernetzt. Es gibt ja auch immer wieder andere Versorgungsstrukturen, z. B: das  
42 Krisentelefon fällt mir jetzt spontan ein im Bereich der Psychiatrie oder auch  
43 andere Anbieter, die wiederum als Anlaufstelle dienen und dann wiederum zu uns  
44 die Verknüpfung suchen, und wir dann weitergehend Angebote und Hilfestellung  
45 leisten können. Ich glaube wir sind innerhalb dieser Stadt Berlin schon sehr gut  
46 aufgestellt. Es muss allerdings noch so ein bisschen mehr, oder sollte mehr  
47 gepflegt werden, die sogenannte Netzwerkarbeit. Es weiss nicht jeder von jedem  
48 Bescheid. Es gibt ganz viel aber man muss diese Strukturen noch ein bisschen  
49 besser zusammenführen. #00:05:19#

50 **I:** Kommen wir einmal zu den Inhalten der WHO-Leitlinie nach Gewalterfahrung.  
51 Gehen wir mal davon aus, dass für die Umsetzung im ÖGD ein Versorgungsauftrag  
52 formuliert werden müsste, der die folgenden Empfehlungen der WHO  
53 berücksichtigt. Im Folgenden also die Kerninhalte der 38 Empfehlungen der  
54 Leitlinie. Also das geht es einmal um die Ersthilfe, und darunter versteht die WHO,  
55 dass wenn ein Mensch Gewalterfahrung mitteilt, dass eine vertraute Atmosphäre  
56 herrscht, dass empathisches Zuhören möglich ist, dass die Zuhörende eine  
57 wertungsfreie Haltung einnimmt, und dass auch die Weitervermittlung in andere  
58 Angebote stattfindet. Dann natürlich auch erst mal das Erkennen von  
59 Gewaltbeziehung, das heisst also die Frage nach Gewalterfahrung, wie frage ich  
60 danach, welche möglichen Symptome oder Beschwerden könnten auf  
61 Gewalterfahrung hindeuten, wie beispielsweise Depressionen oder  
62 Alkoholkonsum oder andere ungeklärte Symptome. Dann das Thema  
63 Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, möglicherweise eine STI  
64 Prophylaxe bzw. Angebot zum STI Screening. Dann ein wichtiger Punkt die  
65 Schulung von Fachkräften, d.h. also Fort- und Weiterbildung zu den  
66 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs mit Gewalt, sei es das Erkennen von  
67 Gewalt, sei es das Ansprechen, sei es klinische Fähigkeiten in der Versorgung oder  
68 auch das Thema der Dokumentation bis hin zur rechtsicheren Dokumentation. Und  
69 dann nennt die WHO psychologische Intervention, wobei es da nicht in erster Linie  
70 um ein Therapieangebot geht, sondern erst mal um das erste Unterstützen,  
71 möglicherweise Versorgen, Mitgabe von schriftlicher Information, die auch  
72 Information darüber enthält, wenn eine Gewaltsituation zu eskalieren droht. Und  
73 angesprochen werden natürlich auch Kinder. Also was passiert, wenn Kinder im  
74 häuslichen Umfeld Gewalt miterleben, was kann ich da an Intervention anbieten.  
75 Wenn man sich diese Empfehlung anguckt, denken Sie, dass diese im ÖGD  
76 umgesetzt werden könnten?

77 **B:** Ja, ein eindeutiges Ja. Weil wie gesagt, weil wir wirklich genau diese Strukturen  
78 bedienen. Wir haben gerade wenn es um die Ersthilfe geht, um vertrauensvolles  
79 Miteinander. Wir haben wie gesagt in unserem Zentrum eine ganze Menge von  
80 Sozialarbeitenden und die sind alleine schon dafür auch geschult. Sowohl zu  
81 erkennen wo eben Hilfebedarf besteht, sei es im sozialen Kontext, sei es im  
82 finanziellen Kontext, sei es eben auch im Erkennen von Gewalt. Und wir bieten  
83 dazu eben halt eine Sprechstunde an, d.h. da kann man kommen wenn es einem  
84 gerade danach ist, oder wenn gerade eine Situation ist, man kann eben sich auch  
85 Termine machen, das ist nicht das Problem. Aber wir haben auch eine sogenannte  
86 Notfallsprechstunde. Und dann haben wir eben die Möglichkeit mit den  
87 Sozialarbeitenden, jeder hat seinen eigenen Raum, jeder hat damit die Möglichkeit  
88 da eben in ruhe ein Gespräch zu führen, und mit Hilfe von Fragestellungen nach

89 und nach herauszufinden ob es Anhaltspunkte gibt, bei denen man an Gewalt  
90 denken muss. Oder gibt es eben halt auch Anhaltspunkte, dass man an Gewalt  
91 gegenüber den Kindern oder der Familien denken muss. Also das ist schon alles in  
92 diesem Kontext aufgebaut und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort gehen  
93 auch regelmäßig zu Schulungen, bilden sich da fort, sind da ganz aktiv. Sind auch  
94 manchmal im Rahmen der aufsuchenden Hilfe unterwegs. Ich sage bewusst  
95 manchmal denn es ist nicht immer gewünscht. Oftmals ist es sogar eher  
96 umgekehrt, dass die Leute aus dem häuslichen Kontext erst mal weg wollen. Sie  
97 sind gerade weil es ja auch oftmals um Gewalt gegen Frauen geht. Also das  
98 Zentrum ist ganz gut vernetzt mit den Frauenhäusern, d.h. wenn jemand jetzt akut  
99 etwas ist, oder untergebracht werden muss oder dabei Hilfestellung braucht. All  
100 das wird sozusagen auch geleistet dann. Von daher denke ich haben wir diese  
101 Punkte wirklich sind wir da schon ganz gut. Und jetzt habe ich noch  
102 mitgeschrieben auch STI –Prophylaxe, gerade im Bereich der Prostitution ist das ja  
103 auch oft so dass die mit der Gesundheitsversorgung ganz ganz eng oder ganz  
104 knapp gehalten werden. Da gibt es bei uns auch die Möglichkeit Untersuchungen  
105 zu erfahren. Ganz unkonventionell und schnell. Oder auch eine Akuttherapie  
106 zumindest einzuleiten. Was wir nicht leisten können ist eine dauerhafte Therapie  
107 sowohl im Hinblick auf STI als auch im Hinblick auf HIV. Wir bieten HIV Diagnostik  
108 an, auch anonym. Bei uns läuft das wer möchte auch alles anonym und wir können  
109 da eben medizinische Ersthilfe leisten. Wir haben in dem Bereich auch eine  
110 Psychologin die tätig ist und da eben auch nochmal Unterstützung anbringen an.  
111 Wir haben in dem Zentrum auch Hebammen wenn es irgendwo um die  
112 Kinderproblematik geht und die wiederum sind vernetzt mit unserem Kinder-und  
113 Jugendärztlichen Dienst wo eben der Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz  
114 angesiedelt ist. Und auch da wird Hand in Hand gearbeitet. So dass wir wen es um  
115 Gewalt gegen Kinder geht oder dass wir ahnen dass es so sein könnte eben auch  
116 ärztliche Expertise bieten, die da so ein bisschen Unterstützung leisten kann und  
117 auch Beratung leisten kann und auch ggf. auch dann mit dem Jugendamt  
118 kooperiert wenn es darauf ankommt, dass man Kinder in Obhut nehmen muss.  
119 #00:11:00#

120 **I:** Und das heisst, wenn diese Eckpunkte der Leitlinie in einem Versorgungsauftrag  
121 formuliert würden, könnte man diese vollständig aufnehmen für den ÖGD?

122 **B:** Ja.

123 **I:** Sie haben es ja gerade schon dargestellt, es ist eine sehr Anknüpfung der  
124 Angebote im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Denken Sie  
125 dass noch mehr Fachbereich stärker involviert werden sollten, oder sehen Sie den  
126 Schwerpunkt in dem Fachbereich Zentrum für sexuelle Gesundheit? Oder könnten  
127 Sie sich eine ganz neue Struktur vorstellen?

128 **B:** Also ich denke das Wesentliche ist ja immer die Vernetzung. Und das muss man  
129 gut hinkriegen. Da ist das Zentrum für sexuelle Gesundheit ist natürlich verzahnt  
130 mit unserem Kinder-und Jugendärztlichen Dienst. Und der wiederum ist verzahnt  
131 mit dem Jugendamt. Und andererseits ist aber auch das Zentrum wiederum  
132 verzahnt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der wiederum weiss dann  
133 auch wiederum um ambulante Hilfen und Strukturen. Ich denke das entscheidende  
134 ist das Netzwerk. Neue Strukturen zu schaffen ist gar nicht so sinnvoll. Denn es  
135 gibt ganz viel. Wichtiger ist es wirklich zu gucken, dass die Akteure sich kennen,  
136 und dass die Akteure dann wirklich auch aufeinander zugehen können. Und wir  
137 versuchen das, haben es vor Corona-Zeiten zumindest immer mal wieder versucht,  
138 dass wir einmal im Jahr einen Tag an dem wir die ganzen Akteure die in

139 irgendeiner Weist z.B. im Rahmen des Kinderschutzes aktiv sind oder zum Beispiel  
140 im Rahmen der Familien tätig sind, zu bündeln, einzuladen und dann voneinander  
141 zu lernen, von einander miteinander sich auszutauschen. Und zu hören hey euch  
142 gibt es ja und was macht ihr und wo ist euer Schwerpunkt. Und das läuft eigentlich  
143 ganz gut. 00:1:46#

144 **I:** Jetzt nochmal der Blick auf den ÖGD als Organisation gesehen, im Hinblick  
145 darauf, inwieweit diese Organisation in der Lage ist, neue Prozesse einzuführen.  
146 Sehen Sie grundsätzlich im ÖGD Berlin die strukturellen Voraussetzungen für eine  
147 Einführung der Leitlinie? Also auf fachlicher Ebene haben Sie es ja schon  
148 ausgeführt. Da ist ihr Gesundheitsamt sehr gut aufgestellt. Wie ist es im Hinblick  
149 auf gesetzliche Grundlagen, personellen Voraussetzungen, braucht es eine  
150 zusätzliche Finanzierung?

151 **B:** Also sagen wir mal so. wenn ich jetzt diese Leitlinien so wie Sie sie mir gerade  
152 genannt haben, im Kontext betrachte, dann sage ich ja, das ist im Land Berlin  
153 glaube ich ganz gut umgesetzt. Allerdings ganz klar ist es immer ein personelles  
154 Problem. Hätten wir jetzt noch mehr Personen die in diesem Bereich tätig wären,  
155 könnten wir natürlich auch Prävention machen. Prävention ist immer noch ein  
156 Punkt der viel zu kurz gedacht wird. Prävention muss noch weiter und viel  
157 flächendeckender laufen und vielleicht schon im Ansatz auch in Bereiche gehen,  
158 wo man es noch gar nicht vermutet. Wie zum Beispiel ich sage jetzt mal so in die  
159 Schulen rein. Wo man vielleicht dort Kindern die Möglichkeit gibt sich zu öffnen.  
160 Oder vielleicht das ein oder andere Mal anzusprechen, was sie zuhause vielleicht  
161 erleben. Also da würde ich mir einfach noch eine etwas weitere Struktur  
162 wünschen, und da bracht man einfach noch mehr manpower. Aber insgesamt  
163 denke ich ist das Land Berlin ganz gut aufgestellt. Wir haben fünf Zentren für  
164 sexuelle Gesundheit und Familienplanung an verschiedenen Standorten innerhalb  
165 Berlins, und plus die ganzen freien Anbieter also Strukturen die es gibt. Also ich  
166 denke Berlin als große Stadt ist ganz gut aufgestellt. In ländlichen Bereichen stelle  
167 ich mir das viel schwieriger vor. #00:14:39#

168 **I:** Nochmal auf den ÖGD bezogen, welche Ressourcen sehen sie jetzt besonders im  
169 ÖGD für eine Implementierung der Leitlinie, vielleicht auch nochmal im Vergleich  
170 zum ambulanten und stationären Versorgungssystem. Gibt es da beim ÖGD eine  
171 besondere Ressource, dass man sagt der sollte die Leitlinie unbedingt umsetzen?

172 **B:** Da weiss ich jetzt gar nicht so richtig etwas zu sagen. Also ich würde mal so rum  
173 anfangen. Wenn dann wäre es nochmal gut, wenn man viel mehr drum weiss was  
174 der ÖGD da macht. Denn ich erlebe es immer wieder, dass die wenigsten Leute  
175 wissen wirklich was in den Gesundheitsämtern an Arbeitsaufträgen eigentlich  
176 platziert ist. Und wir haben jetzt das erste mal überhaupt durch die Covid-  
177 Pandemie erst mal eine Wahrnehmung erfahren, und eigentlich auch nur ein Teil,  
178 ein ganz kleiner Teil von unsren Aufgaben, nämlich der Infektionsschutz. Wenn  
179 jetzt die Bevölkerung gefragt wird, was ist denn eigentlich Öffentlicher  
180 Gesundheitsdienst oder was machen die im Gesundheitsamt, dann würden die  
181 wahrscheinlich alle sagen, na die kümmern sich doch auch um die Covid-  
182 Pandemie. Mehr wissen die aber nicht. Und das finde ich sehr schade. Ich denke  
183 man muss viel mehr Ressourcen reingeben um Öffentlichkeitsarbeit zu machen  
184 und ja, einfach den Bekanntheitsgrad dessen steigern, was eigentlich schon da ist.  
185 #00:16:22# Ich glaube eine Familie, die miteinander jetzt einen Paarkonflikt hat,  
186 die wird nicht so schnelle auf die Idee kommen zum Gesundheitsamt damit zu  
187 laufen. Sondern die wird erst mal also die wird versuchen wenn sie finanziell gut  
188 situiert ist dann wird sie sagen naja gucken wir mal im Internet, da gibt es ja

189 Paartherapeuten vielleicht sollte man mal so was machen, oder so. Aber keinem  
190 würde zum Beispiel das Gesundheitsamt einfallen, und das finde ich schade.  
191 #00:17:04#

192 **I:** Kommen wir zu den Maßnahmen die sinnvoll sind für die Umsetzung der  
193 Leitlinie. Wie würde Sie vorgehen, wenn die Leitlinie in Berlin implementiert  
194 werden sollte?

195 **B:** Ich würde einfach auch nochmal gucken, dass ich personelle Ressource für mein  
196 Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung entwickeln kann. Denn ich  
197 denke wir bräuchten noch mehr an Sozialarbeitenden, die dann noch breitere  
198 Angebote machen können. Nicht nur die Sprechstunde alleine, die würde ich dann  
199 noch ein bisschen ausweiten. Und ich würde dann eben auch gucken dass man  
200 dann auch woanders, also in anderen Bereichen präventiv vorspricht, und solche  
201 Angebote unterbreitet die es bei uns gibt. Da würd ich einerseits intervenieren.  
202 Und ja letztendlich nach wie vor eben Öffentlichkeitsarbeit machen, weil das  
203 glaube ich ist der entscheidende Punkt. Denn wir machen das schon die Leitlinie  
204 eigentlich #00:18:10#

205 **I:** Und wenn man sagt, man braucht mehr Personal. Was wäre dann eine Strategie?  
206 Wo fordert man das ein, beim Bezirk? Oder beim Senat?

207 **B:** Also das muss über die Senatsebene laufen, denn wir wollen ja ganz Berlin  
208 versorgen. Und es ist immer so, Sie müssen sich vorstellen, dass da natürlich die  
209 finanziellen Ressourcen, die werden über den Senat für Finanzen gesteuert. Und  
210 die Senatsverwaltung für Gesundheit ist eben diejenige die die Forderung stellen  
211 müsste an den Senat für Finanzen, so dass wir dann eben mit personellen  
212 Ressourcen bestückt würden. #18:00:51#

213 **I:** Und wenn man einen Versorgungsauftrag bräuchte um das umzusetzen, wäre  
214 dann auch Senat die Stelle, die den Versorgungsauftrag formuliert? Oder könnte  
215 das auf Bundesebene sein, oder doch auf bezirklicher?

216 **B:** Also sagen wir mal so. Wenn man groß denkt, müsste es auf Bundesebene  
217 passieren. Denn ich kann nach wie vor sagen, ich glaube, dass die ländlichen  
218 Bereich diejenigen sind, die am schlechtesten da aufgestellt sind. Und man müsste  
219 eben im Grunde genommen eine bundesweite Forderung machen, so dass die  
220 Ressourcen eben auch breit und flächendeckend in Gesamtdeutschland angeboten  
221 werden. Wenn sie es für Berlin alleine nehmen, dann ist klar, dann ist es der  
222 Berliner Senat aber auch da kann ich immer nur sagen sind die Ohren schon ganz  
223 weit offen, denn wir haben ja nun mal wiederum eine Arbeitsgruppe die schon  
224 immer wieder gucken, dass diese Zentren gestärkt werden. Sei es zum Beispiel,  
225 dass sie auch Impfangebote machen und die Möglichkeit haben STI gut zu  
226 therapieren, also dass da genug Geld zur Verfügung gestellt wird und solche  
227 Sachen. Das macht der Berliner Senat schon ganz gut. Und deshalb wäre es für  
228 Berlin gesprochen die Senatsebene. Aber ich glaube der Bedarf steckt mehr in den  
229 Flächenländern, und das muss dann vom Bund her kommen. #00:20:18#

230 **I:** Denken Sie dass eine strukturelle Veränderung notwendig ist, um die Leitlinie zu  
231 implementieren?

232 **B:** Ehrlich gesagt, nein.

233 **I:** Der Hintergrund der Frage ist auch, dass ja im Rahmen der Pandemie auch ein  
234 möglicher Reformbedarf oder eine Neuaufstellung des ÖGD gefordert wird. Aber  
235 im Bezug auf unser Thema sehen sie keinen Veränderungsbedarf?

236 **B:** Ja, denn auch in der Pandemie möchte ich nochmal betonen, das hat auch keiner  
237 so richtig bisher kommuniziert, aber ich kann immer nur erinnern, in der  
238 Pandemie haben wir bestimmte Strukturen immer weiter offen gehalten. Das war

239 genau das: das war der Kinderschutz, das war das Zentrum für sexuelle Gesundheit  
240 und Familienplanung, weil wir eben auch wissen, dass die Familien das brauchen,  
241 und der Sozialpsychiatrische Dienst, genau. Diese drei Strukturen haben wir nicht  
242 personelle verknüpft um sie in die Pandemie reinzugeben sondern da haben wir  
243 gesagt, o.k. diese Ressourcen müssen noch halbwegs laufen, denn auch in einer  
244 Pandemie werden wir sie mehr brauchen als vielleicht sonst. #00:21:22#

245 **I:** Da sind wir ja auch wieder bei dem Thema Öffentlichkeitsarbeit. Bei meiner  
246 nächsten Frage geht es darum, ob Sie denken, dass im Thema selber Barrieren  
247 stecken könnten.

248 Es ist ja ein sehr tabuisiertes Thema und auch für die Versorgenden mit  
249 Unsicherheiten oder auch Ängsten vor z.B. Retraumatisierung verbunden. Und  
250 zudem ist es ist ja auch ein frauenspezifisches Thema mit einem Frauenanteil von  
251 über achtzig Prozent. Sehen Sie im Thema selber eine Barriere, dieses im ÖGD zu  
252 implementieren?

253 **B:** Also sagen wir mal ja doch, glaube ich schon. Ich glaube es ist ganz wichtig, dass  
254 die Mitarbeitenden, die sich dieser Thematik annehmen, dass die wirklich gut  
255 geschult sind, dass sie immer wieder neu geschult werden, wieder neu  
256 sensibilisiert werden, neue Herangehensweisen, Fragetechniken wie auch immer  
257 erlernen. Und dass sie auch die Möglichkeit haben, wenn sie Last aus den Familien  
258 mitnehmen, sie selber zu verarbeiten. Ich glaube das ist auch nochmal ein Punkt  
259 der so nicht immer gesehen wird. Aber eine Supervision zum Beispiel ist ein ganz  
260 elementarer Bestandteil, damit diese Menschen auch weiterhin gut und  
261 professionell arbeiten können. Und das ist auch etwas wo ich denke, das kommt an  
262 mancher Ecke zu kurz. #00:22:49#

263 **I:** Denken Sie denn auch dass der ÖGD von einer Implementierung der Leitlinie  
264 profitieren könnte, also dass es ihn als Organisation weiter bringt? Wenn er das  
265 Thema strukturell einführt?

266 **B:** Ja, ich sage für Berlin vielleicht nicht ganz so ,aber für Gesamtdeutschland auf  
267 jeden Fall, ja. Weil wir sind ja auch vernetzt mit anderen Gesundheitsämtern aus  
268 anderen Bundesländern. Und ich kann ihnen immer nur wieder sagen: die  
269 Hauptstädte sind was diese Themen anbelangt, oder die großen Städte sind besser  
270 aufgestellt, weil sie die Problematik auch häufiger sehen. Aber nicht desto trotz  
271 sollte ein Gesundheitsamt in der Peripherie auch die Möglichkeit haben, da  
272 Unterstützung zu leisten, und ich glaube, dass das so in der Form nicht passiert.  
273 Deswegen glaube ich, dass so eine Implementierung dieser Leitlinie für den  
274 gesamten Öffentlichen Gesundheitsdienst sicherlich sehr wertvoll wäre.  
275 #00:23:49#

276 **I:** Auch im Sinne von Professionalisierung?

277 **B:** Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall.

278 **I:** Welchen Spielraum sehen Sie für sich persönlich, in Ihrer Funktion als  
279 Amtsärztin, den Implementierungsprozess anzustoßen und voranzubringen?

280 **B:** Also wir sind in einer ganz guten Position. Auch wieder hier für Berlin. Wir sind  
281 zwölf Bezirke, wir haben einmal im Monat, das heißt jetzt zur Pandemie einmal in  
282 der Woche, treffen wir uns, tauschen uns aus, legen uns Schwerpunkte, wo wir  
283 unsre Arbeitsrichtung hinlegen wollen, zusammen fest, und versuchen mit  
284 vereinten Kräften in diese Richtung zu gehen. Also ich sag mal wir haben schon  
285 eine ganz große manpower, und wir haben auch einen ganz großen  
286 Wirkungsbereich. Dadurch dass wir fachlich gesehen uns auch keine Vorschriften  
287 gemacht werden können, können wir schon initiieren und können wir schon auch  
288 vorantreiben. Und wenn wir diese Leitlinie implementieren wollen, bzw. gucken

289 wollen ob da noch mehr geht, dann könnten wir das in unserer Konstellation  
290 hervorragend tun. #00:25:02#

291 **I:** Mit diesem Gremium der Amtsärzte und Amtsärztinnen?

292 **B:** Ja, genau. Auch das ist eine Struktur da glaube ich, ich will das mal als Vergleich  
293 nehmen, Mecklenburg Vorpommern oder so etwas. Da ist das glaube ich eben in  
294 der Form gar nicht so möglich. Denn die sind alle verteilt in ihrem Landkreis und  
295 wenn sie Pech haben treffen die sich wenn es hoch kommt, einmal im Jahr. Und  
296 dann sind sie da Einzelkämpfer, und manchmal auch ziemlich alleine gelassen. So  
297 stelle ich mir das zumindest vor. Und da braucht es schon nochmal Unterstützung  
298 für den einzelnen vielleicht. Hier in der Großstadt Berlin sind natürlich ach / Ja wir  
299 sind einfach besser aufgestellt, weil wir dicht beieinander sind und uns eben auch  
300 geschlossen positionieren können. Das finden wir alle als Vorteil, kann ich nur so  
301 sagen. #00:26:00#

302 **I:** Kommen wir zum letzten größeren Oberthema. Da geht es um ein  
303 Rahmenkonzept.

304 Das heisst die Leitlinie soll implementiert werden und jetzt soll ein  
305 Rahmenkonzept konzipiert werden welches Orientierung für die notwendigen  
306 Entwicklungsschritte, sei es inhaltlich, sei es programmatisch, personell,  
307 Ausstattung, politische Entscheidungen. Wenn ein Rahmenkonzept mit den  
308 folgenden vorgelegten Inhalten erstellt werden sollte, wie wäre die Reihenfolge?  
309 Können Sie die folgenden Inhalte in die für Sie priorisierte Reihenfolge bringen,  
310 was am wichtigsten ist?

311 **B:** Also natürlich. Es steht und fällt alles mit der Haltung einer Leitung. Wenn die  
312 Leitung nicht dahinter steht dann werden die Leute die es gerne wollen auch immer  
313 etwas schwerer haben, Dinge durchzusetzen. Ich denke, das ist immer schon mal  
314 ein ganz wichtiger Punkt. Auch die Fortbildung ist ein ganz wichtiger Punkt, denn  
315 wenn ich etwas implementieren will, dann muss ich auch wissen wie es  
316 funktioniert, und ich muss ein breites Wissen haben. Also diese beiden Punkte  
317 halte ich für sehr wichtig. Der nächste Schritt bietet sich dann nahezu an, denn  
318 wenn ich etwas umsetzen will, und meine Leute geschult habe, dann muss ich  
319 natürlich auch erst mal gucken, wie ist denn der Bedarf bei uns. Und wenn ich das  
320 analysiert habe, und das ist sehr wichtig, denn ich arbeite immer gerne mit Fakten,  
321 und sehe der Bedarf ist vielleicht gar nicht so hoch wie ich am Anfang geglaubt  
322 habe, aber dafür vielleicht in einem anderen Segment, dann kann ich das danach  
323 ausrichten. Netzwerke sind für mich auch immer wieder essenziell, denn sie  
324 können nicht alles alleine schaffen. Und gerade wenn es ein Feld ist, dass sehr breit  
325 ist, dann muss man sich überlegen, wo sind Leute sie bestimmte Punkt besonders  
326 gut können, und die muss man kennen. Und dann kann man bedarfsorientiert und  
327 individuell, im Einzelfall entscheidend, die Leute dahin dirigieren. Und das ist ganz  
328 wertvoll. Und das geht nur wenn man Netzwerke hat. Deswegen würde ich dem  
329 auch nochmal einen ganz großen Raum einräumen. Natürlich ist es immer wichtig  
330 zu gucken was habe getan und wie ist es angekommen. Also sprich zu evaluieren.  
331 Nach einem Jahr einfach zu schauen, war das wo wir jetzt unsere manpower  
332 reingegeben haben gut und sinnvoll. Aber manchmal sind die Schritte nur ganz  
333 klein. Und eine Evaluation zeigt, also die muss dann auch so ausgerichtet sein, dass  
334 man auch feine Nuancen bereits erkennen kann. Ne, also Evaluation ist immer  
335 wichtig und wertvoll um einfach immer wieder zusehen, greift es, was wir tun. Bei  
336 Handlungsanweisungen bin ich nicht so der Verfechter. Natürlich muss es eine  
337 klare Struktur geben im Sinne von Professionalität, grobe Themen, in welche  
338 Richtung muss man abklopfen. Das ist ganz klar Aber ansonsten gibt es eben auch

339 oftmals so ein starres Segment. Und ich erlebe es immer wieder, dass jetzt gerade  
340 auch in den Kliniken, in den Krankenhäusern, die haben alle ihre Leitlinien, und  
341 dann arbeiten die ihre Leitlinien ab, zack zack zack, und das muss passen ...so. Das  
342 Individuum kommt dabei zu kurz. Und genau in dieser Konstellation wenn es  
343 darum geht, eben Gewalt herauszufinden, oder Sie wissen ja, da sind ja auch ganz  
344 viele Gefühle auch dabei, da ist Schamgefühl, Angst, und und und. Da muss man  
345 sehr individuell und manchmal auch intuitiv handeln. Und da glaube ich, ist so eine  
346 Handlungsanweisung zwar gut gedacht, aber ehrlich gesagt nicht wirklich  
347 zielführend, oder nicht hilfreich. Sondern viel mehr ist es wichtig, dass die Leute so  
348 gut geschult sind, dass sie intuitiv im Kontext dann das richtige machen.  
349 #00:30:26#

350 **I:** Und das ist bestimmt auch eine Ressource vom ÖGD, dass es da bestimmt schon  
351 viel Erfahrungswerte gibt.

352 **B:** Ja, wir haben erstens Erfahrung. Und wissen Sie was wir noch haben. Das habe  
353 ich auch als ehemals Niedergelassene auch sehr geschätzt. Wir haben Zeit. Wenn  
354 sie zu einem Arzt gehen heutzutage, da muss immer alles zack zack gehen, weil sie  
355 sind sozusagen ein Fall, und der Fall hat maximal so und so viel Zeit. Selbst bei  
356 psychiatrischen oder psychologischen Gutachten ist es so. Da haben sie zwar mehr  
357 Zeit aber sie haben eben auch nur ein bestimmtes Kontingent Zeit. Und bei uns ist  
358 es so, dass Leute kommen können und wenn die dann merken, ich komme an dem  
359 Punkt nicht weiter, ich lass das, dann können die erst mal auch wieder gehen, und  
360 kommen dann beim nächsten mal wieder. Wir haben einfach diesbezüglich Zeit.  
361 Und das ist ein ganz wertvoller Punkt. #00:31:16#

362 **I:** Noch kurz zur Evaluation. Da hatten Sie ja erwähnt, dass das ein sensibles  
363 Instrument sein müsste, mit dem sich auch Tendenzen aufzeigen lassen. Kann das,  
364 also die wissenschaftliche Begleitung, der ÖGD aus sich selber, oder braucht er  
365 eine entsprechende Anbindung an universitäre Einrichtungen?

366 **B:** Also normalerweise haben wir die Möglichkeit, also wir haben die Möglichkeit  
367 der Gesundheitsberichterstattung, also die sogenannte QPK heisst das bei uns, eine  
368 Gruppe von Menschen, die in der Lage sind, Daten wissenschaftlich auszuwerten  
369 und aufzuarbeiten. Aber hier muss ich ganz ehrlich sagen fehlt und oftmals auch  
370 die manpower die Daten vorzubereiten, dass man sie eben auswerten kann. Da  
371 würden wir uns schon auch noch mehr universitäre Unterstützung wünschen. Und  
372 einer meiner größten Träume ist ohnehin, dass man eine Anbindung an die  
373 Universität hätte, nämlich im Sinne auch Öffentliches Gesundheitswesen als  
374 Leerstuhl. Weil da gehört es hin. Wir machen Bevölkerungsmedizin und das wird  
375 auch für die Studierenden so nicht wahrgenommen. Wenn man das erreichen  
376 könnte und wenn man auch darüber wissenschaftliche Arbeiten verknüpfen  
377 könnte, hätte alle etwas gewonnen. Das ist auch, also jetzt ein anderes Thema ,aber  
378 es geht in die selbe Richtung, Denn egal was wir machen, wir gewinnen natürlich  
379 viele Daten und das kann man auch strukturiert machen, aber hinterher passiert  
380 eben nicht mehr sehr viel. Wenn wir eine Auswertung machen, vielleicht mal für´s  
381 Bezirksblättchen oder vielleicht noch die ein oder andere Publikation so Gott will.  
382 Aber eigentlich mit einer universitären Anbindung könnte man viel mehr.  
383 #00:33:16#

384 **I:** Im besten Fall wäre das im Rahmen so eines neuen Projektes ja auch gut zu  
385 etablieren.

386 **B:** Ja, sicher, klar.

387 **I:** Was Ihrer Meinung nach der erste konkrete Schritt für die Implementierung der  
388 Leitlinie? Also was würden sie als erstes machen in Ihrem Gesundheitsamt?

389 **B:** Also ich würde als erstes schon mal gucken anhand dessen was machen wir  
390 bereits. Würde das abgleichen und gucken wo würde gucken wo fehlt uns noch  
391 etwas? Und da wo es noch fehlt, würde ich gucken, dann man noch neueres  
392 implementiert. Um dann die Leitlinie im Gesamtkontext abbilden zu können.

393 **I:** Und fällt Ihnen im Sinne eines best-practice-Beispiels die Implementierung eines  
394 vergleichbaren Prozesses ein?

395 **B:** Ich überlege gerade. Leitlinien gibt es ja einige. Ja, es ist jetzt vielleicht nicht  
396 ganz so groß, es ist jetzt nicht WHO mäßig gedacht, aber wenn Sie beispielsweise  
397 Impfeempfehlungen nehmen, von der STIKO zum Beispiel, dann die werden ja auch  
398 immer jährlich angepasst, evaluiert und geguckt und neu angepasst und so. Und  
399 das ist für uns zum Beispiel auch eine Handlungsgrundlage, dass wir dann alle  
400 Kinder die wir sehen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung gucken ist der  
401 Impfstatus entsprechend. Und wenn dann eben nicht bieten wir die entsprechend  
402 fehlende Impfung noch an. Also das ist auch etwas wo wir gucken, dass wir nach  
403 dieser Leitlinie oder dieser Empfehlung quasi arbeiten. Das wäre jetzt so ein  
404 Beispiel was mir einfällt. Oder eben auch wieder im Infektionsschutz, es gibt ja die  
405 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-  
406 Institut ist ja auch deutschlandweit. Dass diese dortigen Empfehlungen in den  
407 Krankenhäusern und in den Arztpraxen im Rahmen der Hygiene umgesetzt  
408 werden. Auch das ist etwas wo wir auch immer wieder gucken, dass das was neu  
409 gemacht wird oder was neu entwickelt wird, dass wir das eben adaptieren und in  
410 die Peripherie eintragen und gucken ob das auch wirklich vor Ort umgesetzt wird.  
411 #00:35:32#

412 **I:** Und wie erfolgt das konkret? Durch Information der Mitarbeiter?

413 **B:** Es gibt eine Veränderung, man guckt, man informiert sich natürlich selbst  
414 immer wieder aktiv, man guckt von Zeit zu Zeit. Und wenn es eben Neuerungen  
415 gibt, dann trommeln wir unsere Mitarbeitenden zusammen, also wir trommeln die  
416 auch so zusammen, aber wenn wir im Rahmen unserer Sitzungen dann halt das  
417 Thema mal eben sehen, dass das neu ist, dann kommunizieren wir das auch und  
418 überlegen, wie gehen wir damit um. Dann sprechen wir ab, wie wir das umlegen  
419 wollen, setzten das fest und dann machen wir das. #00:38:18#

420 **I:** Die allerletzte Frage: für wie realistisch halten sie eine Umsetzung der Leitlinie  
421 innerhalb der nächsten 5 Jahre auf einer Skala von eins bis zehn?

422 **B:** Ganz spontan, also wenn es die Punkte sind, die sie mir so anfänglich genannt  
423 haben, dann würde ich sagen zehn, denn das machen wir zum größten Teil schon.  
424 Sie hatten ja von einem Rahmenkonzept gesprochen. Und ich weiss nicht ob es  
425 Ihnen bekannt ist, aber kennen Sie das Gesundheitsdienstgesetz. Jedes Bundesland  
426 hat ja ein Gesundheitsdienstgesetz und wenn Sie es unter der Prämisse nochmal  
427 beleuchten, da stehen ja die ganzen präventiven Aufgaben auch mit drin. Und ich  
428 bin mir relativ sicher, dass das was sie von der WHO-Leitlinie zitieren, dass sie das  
429 bereits in großen Teilen finden.

## I-06

1 **I:** Steigen wir direkt in das Thema ein: inwieweit speiet das Thema Gewalt in  
2 Paarbeziehungen und sexualisierte Gewalt innerhalb des Aufgabenspektrums des  
3 ÖGD Berlin eine Rolle?

4 **B:** Das spielt auf jeden Fall immer eine Rolle, weil in allen unseren  
5 Kontaktbereichen die wir mit den Bürgern, Klienten oder Patienten je nachdem in  
6 welchen Bereich wir uns befinden sind, damit konfrontiert werden und es wichtig  
7 ist auch bei den Mitarbeitern dafür halt offene Antennen zu haben, zu erzeugen,  
8 denn es gehört ja zum alltäglichen Umfeld unsres Lebens dieses Thema. Und  
9 deshalb findet das auch im ÖGD logischerweise statt. Nicht immer kommt jemand  
10 zu uns, wir sind nicht eine klassische Beratungsstelle dafür, aber wir haben ja viele  
11 Themenfelder die wir abbilden, und da ist es natürlich auch vertreten und Thema  
12 und wichtig für uns auch immer dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter gut geschult  
13 sind, auch eben weiter an Fortbildungen teilnehmen um auch klar zu machen, was  
14 könnte denn hinter bestimmten Fragen der Klienten auch stecken, wo könnte das  
15 Thema immer noch präsent sein, ohne dass es eben ganz klar auf dem Tisch liegt.  
16 Und da auch zu wissen, wohin wird vermittelt, wer könnte noch unterstützender  
17 Ansprechpartner sein, welche Angebote können wir noch machen, das ist die eine  
18 Ebene. Und dann haben wir natürlich noch die Ebene Kinderschutz, wo wir dann  
19 natürlich ganz gezielt nachfragen wenn da entsprechende Hinweise da sind. Und  
20 da auch ganz stringent wie das auch unsere Fachkräfte gelernt haben damit  
21 umzugehen. Ich würde das so zusammenfassen: zwei Ebenen, das eine ist, da ist  
22 das Thema klar auf dem Tisch, wie gehen wir damit um. Aber auf der anderen Seite  
23 liegt es vielleicht nicht klar auf dem Tisch, und für uns ist es wichtig, diese Bereiche  
24 zu identifizieren, und Unterstützungsangebote zu machen. #00:02:15#

25 **I:** Das heißt Sie sehen die Rolle, die das Thema im ÖGD spielt als angemessen, aber  
26 durchaus ausbaufähig oder stärker strukturiert aufzunehmen?

27 **B:** Na ich denke es ist wichtig auf jeden Fall diese Präsenz immer wieder zu haben.  
28 Das ist notwendig bei dem Thema. Da auch eben gezielt draufhinzuweisen. Nicht  
29 immer wenn nur jetzt jemand mit blauen Flecken vor dir sitzt steckt da Gewalt  
30 dahinter, sondern hinter welchen Fassaden, hinter welchen Fragen kann es  
31 stecken. Und dass es tatsächlich immer eine Präsenz haben sollte in allen unseren  
32 Bereichen. Ob wir in der Hygiene in eine Wohnung gehen, und da vielleicht  
33 konfrontiert werden mit einer Situation, die vielleicht eine ganz andere  
34 Fragestellung hatte, zum Beispiel Schimmel in der Wohnung oder andere  
35 Fragestellung. Wir haben ja auch überall medizinische Fachkräfte die ja schon auch  
36 im Rahmen ihrer Ausbildung / Also es ist ihnen ja nicht völlig fremd, aber ich sehe  
37 schon noch Notwendigkeit gute und geschulte Fortbildungen anzubieten, gerade  
38 jetzt auch bei Menschen mit verschiedenem Migrationshintergrund aus anderen  
39 kulturellen Zusammenhängen, da auch noch genauer hinzuschauen, wie könnten  
40 sich gewisse Dinge äußern oder auch nicht. Wo müssen wir noch genauer  
41 aufmerksam sein und hinschauen um gewisse Angebote machen zu können.  
42 #00:03:54#

43 **I:** Sie haben ja schon einige Inhalte der Leitlinie genannt. Ich lege Ihnen hier  
44 nochmal die Eckpunkte vor: Also da geht es einmal um die Ersthilfe, und darunter  
45 versteht die WHO, dass wenn ein Mensch Gewalterfahrung mitteilt, eine vertraute  
46 Atmosphäre herrscht, dass empathisches Zuhören möglich ist, dass die Zuhörende  
47 eine wertungsfreie Haltung einnimmt, und dass auch die Weitervermittlung in  
48 andere Angebote stattfindet. Dann natürlich auch erst mal das Erkennen von

49 Gewaltbeziehung, das heißt also die Frage nach Gewalterfahrung, wie frage ich  
50 danach, welche möglichen Symptome oder Beschwerden könnten auf  
51 Gewalterfahrung hindeuten, wie beispielsweise Depressionen oder  
52 Alkoholkonsum oder andere ungeklärte Symptome. Dann das Thema  
53 Notfallverhütung, HIV-Postexpositionsprophylaxe, möglicherweise eine STI  
54 Prophylaxe bzw. Angebot zum STI Screening. Dann ein wichtiger Punkt die  
55 Schulung von Fachkräften, d.h. also Fort- und Weiterbildung zu den  
56 unterschiedlichen Aspekten des Umgangs mit Gewalt, sei es das Erkennen von  
57 Gewalt, sei es das Ansprechen, sei es klinische Fähigkeiten in der Versorgung oder  
58 auch das Thema der Dokumentation bis hin zur rechtsicheren Dokumentation. Und  
59 dann nennt die WHO psychologische Intervention, wobei es da nicht in erster Linie  
60 um ein Therapieangebot geht, sondern erst mal um erste Unterstützung  
61 möglicherweise Versorgung, Mitgabe von schriftlicher Information, die auch  
62 Information darüber enthält, wenn eine Gewaltsituation zu eskalieren droht. Und  
63 angesprochen werden natürlich auch Kinder. Also was passiert, wenn Kinder im  
64 häuslichen Umfeld Gewalt miterleben, was kann ich da an Intervention anbieten.  
65 Denken Sie dass man diese Empfehlungen im ÖGD vollständig umsetzen könnte?

66 **B:** Ja. Also weshalb sage ich so spontan ja: das ist weil komprimiert eben in die  
67 wichtigsten Schwerpunkte ist es Thema und wie gesagt ich sehe unsere Aufgabe  
68 gerade auch als Amtsleitung darin, dass immer wieder an diesen Stellschrauben zu  
69 drehen. Aber grundsätzlich ist es da, und die Empfehlungen sind auch geeignet mit  
70 diesen Eckpunkten und in der Zusammenfassungen es konkret umzusetzen.  
71 Durchaus eben wie so eine Art checkliste für sich auch immer wieder zu haben.  
72 Auch in den Teams für die Führungskräfte. Für die Bewältigung auch dieser  
73 Aufgabenstruktur. Nicht nur Fortbildung, sondern dass wie gesagt die gesamten  
74 Abläufe auch so zu organisieren im Amt, dass das sichergestellt ist. Dazu gehören  
75 eben auch Fachkräfte, die wir brauchen in unseren Bereichen, was ja wirklich ein  
76 schwieriges Thema ist. Aber grundsätzlich finde ich ja, weil es ist eine wichtige  
77 Aufgabe, die wir auch als eine Säule mit erfüllen. #00:06:25#

78 **I:** Und wenn beispielweise ein Versorgungsauftrag formuliert würde, oder ein  
79 anderes Dokument wo diese Inhalte, die dann auch umgesetzt werden sollen im  
80 ÖGD, genannt werden, dann würden sie auch sagen, all diese Punkte sollten auch  
81 aufgenommen werden?

82 **B:** Diese Punkte die hier so zusammengefasst sind ja. Diese 38 Seiten finde ich  
83 ehrlich gesagt sehr schwierig, die lesen sich auch nicht so einfach und die sind  
84 auch in ihrer Übersicht nicht so einfach. Deshalb denke ich ist es wirklich ganz  
85 wichtig um das Thema auch interessant und eben diese Präsenz für dieses Thema  
86 zu schaffen dass man es tatsächlich auf bestimmte Arbeitsformate übersetzt. Und  
87 zwar für die Arbeitsinhalte für den Arbeitskontext den wir in den verschiedenen  
88 Bereichen haben. Da waren wir ja auch in der Arbeitsgruppe sozusagen mit dran.  
89 Verschiedene Bereich wie die Erste Hilfe oder die Rettungsstellen haben da ja auch  
90 schon Instrumente. Und man sollte auch eben immer gucken, was kann man zu den  
91 einzelnen Bereichen als zusätzliche Instrumente noch nutzen. Ja wie Fragebögen  
92 die es ja auch zum Teil sehr gute gibt für die Thematik. Ohne es zu überfrachten.  
93 Also es ist immer wichtig denke ich zu gucken, wie viel Zeit ist in dem Bereich, wie  
94 ist der Kontakt aufgebaut, hat man eine Chance für nachfolgende Termine, kann  
95 man eine Verbindlichkeit, eine Vertrautheit herstellen, oder ist die Struktur eine  
96 ganz andere, wie gehe ich dann damit um, wo ich eben eher nicht unmittelbar  
97 damit rechnen würde, aber auch mit der Situation umgehen muss. Also das ist

98 denke ich schon ist eine Basis. Und dann zu übersetzen in den Arbeitskontext  
99 jeweils. #00:08:23#

100 **I:** Inwieweit denken Sie dass die Inhalte des Versorgungsauftrages an bereits  
101 bestehende Angebote anknüpfen können? Sehen Sie das sehr eng verzahnt mit den  
102 bestehenden Angeboten?

103 **B:** Ja. Ich sehe das sehr eng verzahnt. Wie wir das ja schon gesagt haben, die  
104 Inhalte müssen präsent sein, sind sie auch. Wenn wir an den SpD denken, den  
105 KJGD, da gibt es unmittelbare Aufträge. Wir finden das hier auch immer wieder  
106 wichtig, da waren wir auch vor Corona ganz eng im Austausch zwischen den  
107 Fachbereichen die Verzahnung gut hinzukriegen. Beispielsweise  
108 Erwachsenenbereich, SpD, Eltern mit psychischen Belastungen oder  
109 Erkrankungen, wie geht es den Kindern damit. Also da sind wir ganz eng im  
110 Austausch da auch ganz klare Strukturen zu haben. Dass immer nochmal jemand  
111 aus dem KJPD mit auf die Akte schaut, nochmal den Blick wenn Kinder in dem  
112 Umfeld sind da nochmal wirklich zu gucken, sind da alle Angebote die das Kind  
113 vielleicht in dem Umfeld benötigt auch abgedeckt. Die Zusammenarbeit mit dem  
114 Jugendamt, also mit ganz verschiedenen Playern die auch da dabei sind, das ist  
115 wichtig. #00:09:53#

116 **I:** Das heißt eine Gesamtstrategie für alle Fachbereiche und schon auch im  
117 bestehend Angebot verortet. Ist zusätzlich eine extra Fachstelle denkbar oder  
118 erscheint dies sinnvoll?

119 **B:** Nein, das würde ich für uns nicht so sehen. Es gibt ja in Berlin extra Fachstellen  
120 wo man hin vermitteln kann. Denn da muss ja auch die entsprechende  
121 Fachexpertise wie jetzt die Gewaltschutzambulanz, wie die  
122 Kinderschutzambulanzen sein. Wichtig ist, dass wir die alle auf dem Schirm haben  
123 und wissen wer wie wo, das ist aber gewährleistet denke ich auch. Ich sehe den  
124 Schwerpunkt darin, dass es Teil unserer alltäglichen Arbeit ist, und das auf einem  
125 hohen Niveau. Als eine extra Stelle wo man sich schon wieder extra outen muss, ah  
126 da gehe ich hin. Das macht ja schon etwas. Also ich sehe uns da eher in einem  
127 anderen Auftrag. Als Gesundheitsämter mit dem Schwerpunkt, dass man das  
128 tatsächlich im Kontext aller Bereiche umsetzt, mitdenkt, also mitdenkt und  
129 umsetzt. #00:11:00#

130 **I:** Kommen wir einmal zum ÖGD und schauen auf die Organisationsstruktur, im  
131 Hinblick auf ihr Potential sich weiterzuentwickeln und neue Prozesse einzuführen.  
132 Sehen Sie grundsätzlich im ÖGD Berlin die strukturellen Voraussetzungen die  
133 Leitlinie umzusetzen, also die rechtliche Grundlage, personelle Voraussetzungen,  
134 Möglichkeiten der Finanzierung ?

135 **B:** Da würde ich sagen ja. Unter Nutzung eben gerade auch /. Deshalb fanden wir  
136 das auch sehr sinnhaft diese AG nochmal zu haben, weil es tatsächlich viele  
137 Einzelne so Komponenten in dieser Stadt gibt. Und da auch nochmal eine Übersicht  
138 zu haben wer ist denn jetzt eigentlich wo, wer macht denn da Angebote und für  
139 wen sind die und das war ja auch eine Aufgabe die sozusagen zusammenzuhaben.  
140 Fanden wir an der Stelle auch nochmal gut und zielführend. Das auch nochmal  
141 weiter zu denken und grundsätzlich sind die da. Aber es gibt natürlich immer auch  
142 Optimierungsmöglichkeiten, Optimierungsbedarf. Und einen den ich sehe, das ist  
143 ein Faktor, man braucht Zeit. Man braucht für bestimmte Themen auch um sie gut  
144 umzusetzen Zeit. Und da ist wieder unser Personalmangel und unser  
145 Fachkräftemangel. Da sind wir ja dran da auch umzusetzen. Nicht nur für diese  
146 Thematik. Das spielt aber auch darein. Also ich brauche gut qualifizierte  
147 Mitarbeiter. Die können das umso besser umsetzen. Und ich brauche auch

148 ausreichend Mitarbeiter, damit wir nicht von einem Termin zum anderen hetzen.  
149 Und ich muss sagen, ich bin froh, dass ich das irgendwie halbwegs abgedeckt habe.  
150 Für links und rechts ist keine Sekunde Zeit. Und das denke ich, da müssen wir noch  
151 strukturiert weiterarbeiten, dass auch für diese Fragestellungen sich die  
152 Mitarbeiter auch Zeit nehmen können für die Klienten. Auch eher mal  
153 Hausbesuche machen können. Das was eigentlich auch unsere Dömane im ÖGD.  
154 Eben aufsuchend tätig werden zu können, die Menschen da abholen wo sie sind,  
155 wo sie vielleicht auch Probleme sehen oder sie vielleicht eben zu integrieren. Da  
156 auch mal begleiten zu können zu bestimmten Schritten, dass das noch mehr ja  
157 Raum einnehmen kann, einfach weil wir besser aufgestellt sind. Sowohl in  
158 fachlicher Hinsicht, als auch quantitativ. #00:13:29#

159 **I:** Und zur Personalplanung, liegt es darin, dass man entsprechend qualifiziertes  
160 Personal nicht findet, oder /

161 **B:** Nein, die muss man besser bezahlen. Die muss man besser bezahlen um die  
162 Attraktivität zu erhöhen. Um so komplexe Dinge auch für zum Beispiel  
163 Sozialarbeiter attraktiv zu machen, für unsere Ärzte attraktiv zu machen. Alle  
164 Berufsgruppen spielen ja darein. Also auch unsere Psychologen, also diese  
165 Multiprofessionalität und dieses im Team arbeiten ist ja etwas was uns ausmacht.  
166 Und was gerade auch hilfreich sein kann für Menschen wo man erst mal guckt, bin  
167 ich da auf dem richtigen Weg, wer kann mir noch helfen, wer kann mich da auch in  
168 meiner eigenen Meinung unterstützen. Und das müssen wir, das funktioniert nur,  
169 wenn alle eben auf einem guten Niveau auf einem Ausbildungsstand sind.  
170 #00:14:31#

171 **I:** Sie haben bereits einige genannt, wo sehen Sie Ressourcen und wo sehen Sie  
172 Hürden für die Implementierung der Leitlinie?

173 **B:** Ja, also die Schwerpunkte / Ich denke es ist eben nicht jedem auf die Stirn  
174 geschrieben wenn er zum Gesundheitsamt geht. Ich glaube da haben wir  
175 besonders auch in den letzten Jahren eine sehr gute Entwicklung genommen. Eben  
176 durchaus eine gute Ansprache gefunden. Man ist vielleicht noch nicht so weit  
177 gerade diesen Schritt auch in eine schon bekannte Beratungsstelle oder  
178 Unterstützungsstelle zu gehen. Und das denke ich ist noch einmal eine besondere  
179 Ressource die wir hier haben auch mit unseren verschiedenen Fachbereichen. Das  
180 Kind kann in den Vordergrund gerückt werden, die Erwachsenen können in den  
181 Vordergrund gerückt werden, ganz andere Thematiken können in den  
182 Vordergrund gerückt werden, ich denke das ist so breit wie die Gesundheitsämter  
183 aufgestellt sind. Und unabhängig. Also diese Unabhängigkeit das würde ich  
184 vielleicht auch nochmal betonen ist aus meiner Sicht etwas ganz wichtiges. Also  
185 leider gibt es ja auch die Fördervielfalt, das hat ja nicht nur Vorteile sage ich mal  
186 so. Und das bringt manchmal auch Strukturen und Abhängigkeiten. Also die  
187 vielleicht auch andere Strukturen Beratungsstellen usw. die vielleicht auch gucken  
188 müssen, inwieweit werden wir denn noch finanziert, ist das nachhaltig, was  
189 müssen wir denn noch bringen dafür. Das hat natürlich nicht nur Vorteile. Und da  
190 sind unabhängig als Gesundheitsämter von solchen Fragestellungen, und das halte  
191 ich auch für einen sehr großen Vorteil. Noch neben den anderen, die ich ja schon  
192 genannt hatte. #00:16:37#

193 **I:** Und zu den Hürden. Einerseits hatten Sie gesagt, es ist sehr niedrigschwellig, die  
194 Menschen kommen mit unterschiedlichen Themen, und dann kann eine  
195 Weiterleitung ggf. stattfinden. Würde Sie denn auch denken, dass Menschen das  
196 Gesundheitsamt doch sehr stark als Behörde wahrnehmen, dass also diese gewisse

197 Image des ÖGD Menschen davon abhalten könnte, Angebote in Anspruch zu  
198 nehmen?

199 **B:** Das gibt es bestimmt. Ich denke, dass wir in den letzten Jahren da sehr viel  
200 geschafft haben das abzubauen. Gerade eben auch mit den Zentren. Trotzdem  
201 bleibt das weiterhin eine Aufgabe. Und ich denke, dass auch die Vielfalt der  
202 Personen die betroffen sind, auch eine große Vielfalt erfordert an Angeboten. Und  
203 da muss halt jeder gucken, wo fühlt er sich vielleicht auch abgeholt. Wir sind für  
204 alle da, also als Gesundheitsämter was ein großer Vorteil ist, und wir haben eben  
205 auch ganz verschiedene Situationen wo wir auch Menschen ganz unterschiedlicher  
206 Herkunft, Bildung und sozialer Struktur treffen. So dass das auch viele Chancen  
207 bietet. Aber natürlich muss man auch immer wieder immer weiter dafür sorgen,  
208 dass das auch so wahrgenommen wird. #00:18:00#

209 **I:** Kommen wir zu den Maßnahmen. Wie würden Sie vorgehen, wenn Sie die  
210 Leitlinie in Ihrem Gesundheitsamt implementieren wollen?

211 **B:** Ja ich würde erst mal sozusagen mit meinen Führungskräften mich da auch  
212 nochmal austauschen. In den einzelnen Bereichen mit einzelnen Gesprächen. Also  
213 ich habe deshalb etwas gezögert weil ich sehe uns nicht so. Ich sehe uns nicht so  
214 wir müssen jetzt anfangen. Aber um auf die Frage zu antworten, wie würde ich  
215 vorgehen, wenn ich jetzt etwas Neues implementieren würde? Also neben den  
216 Teamgesprächen, mit den Fachbereichsleitungen auch nochmal einzeln in die  
217 Bereiche schauen, mir da auch nochmal Vorschläge einholen, wie könnten wir es  
218 gut umsetzen wo sehen die Bereiche nochmal ganz gezielt Möglichkeiten die sie  
219 umsetzen wollen mit ihren Mitarbeitern die vor Ort sind, dass man das nochmal  
220 sammelt, strukturiert und dann nochmal insgesamt vielleicht in einem workshop-  
221 Charakter der auch moderiert wird nochmal zusammenträgt. Und nochmal  
222 gemeinsam auch erarbeitet wie kann die Umsetzung gelingen. Was ich nicht gerne  
223 machen wollen würde wäre ich drucke das aus, ihr kriegt das mal alle, und ab  
224 morgen ist es das. Sondern ich denke eben schon, dass der Weg das Ziel ist. Nicht  
225 nur bei dem Thema sondern das ist so mein Motto eigentlich so ein bisschen.  
226 Sondern das man tatsächlich guckt auf dem Weg dahin was kann man noch an  
227 Defiziten oder an Optimierungsmöglichkeiten da aufdecken. Die können ganz  
228 unterschiedlich sein, und dann auch nochmal eine größer angelegte Fortbildung,  
229 die man auch nochmal / Ich habe an so was auch schon mal teilgenommen, das hat  
230 mir sehr gut gefallen, wo man eben nochmal schauen kann für welchen  
231 Personenkreis. Im Moment denken wir ja alle sehr klein, aber es wird ja  
232 irgendwann auch mal für mehr Leute, für mehr Menschen möglich sein (lacht) eine  
233 regelmäßige Fortbildung anzubieten oder eben auch zu nutzen über die  
234 Fortbildungsakademie um wie gesagt das Thema auch nochmal zu erarbeiten.  
235 #00:20:25#

236 **I:** Das ganze sehr prozessorientiert. Denken Sie, dass es trotzdem wichtig wäre,  
237 dass explizit ein Versorgungsauftrag formuliert wird, auch wenn der Prozess ja  
238 bereits begonnen hat? Sei es vom Bund, vom Senat, vom Bezirk, aus dem Gremium  
239 der Amtsärzte. Also sollte es da ein verbindliches Dokument geben, dass sozusagen  
240 die Leitlinie im ÖGD Berlin implementiert wird.

241 **B:** Also es gibt ja immer so "letter of intent" und was weiß ich noch alles. Das ist ein  
242 bisschen inflationär. Natürlich schließt das eine das andere nicht aus. Also ich  
243 denke das Thema macht schon Sinn dem mehr Präsenz wie gesagt zu geben, aber  
244 einen guten schlanken Weg zu finden. Wie gesagt ich würde das gar nicht  
245 ausschließen, dass man da nochmal sagt, so wir haben das jetzt hier nochmal mit  
246 Zielen verbunden, oder wenn das GDG nochmal überarbeitet wird, dass man da

247 auch nochmal eine Passage reinnimmt. Solche Schritte. Ich bin kein Freund davon  
248 eben dass man sagt so und jetzt habt ihr hier da Thema. Weil das signalisiert, und  
249 das fände ich falsch, das signalisiert ihr habt das ja bisher noch gar nicht  
250 bearbeitet. Und es gehört ja zum Selbstverständnis unserer Arbeit. Und das fände  
251 ich dann ein falsches Signal dann zu sagen, so jetzt fangen wir an. Aber den Prozess  
252 durchaus begleitend oder vielleicht nochmal auf eine neue Stufe zustellen,  
253 strukturierter da nochmal diese Präsenz anzumahnen das ist ja immer denke ich  
254 auch legitim. Aber da muss man wie gesagt genau gucken in welcher Form bringt  
255 man das an. #00:22:14#.

256 **I:** Aber hilfreich fänden Sie einen Auftrag nicht? Oder eine Initiative der  
257 Gesundheitssenatorin oder des Gesundheitsministers?

258 **B:** Nein, im Moment nicht (lacht). Also vielleicht bin ich da etwas subjektiv gefärbt.  
259 Aber wie gesagt, es ist immer gut dann das aber auch mit etwas zu verbinden, das  
260 will ich vielleicht noch sagen. Also wenn man diesen Weg nochmal geht und sagt  
261 so, wir wollen jetzt die besondere Aufmerksamkeit dahinhinlenken und ihr seht  
262 das so und so in euren Aufgaben, muss das vorher aus meiner Sicht jedenfalls, um  
263 auch die Akzeptanz zu haben um eben nicht so eine Abwehrhaltung gleich zu  
264 kriegen: eben wie kommen die mir denn jetzt daher, das haben wir schon  
265 mitgedacht und so. Da muss man alle mitnehmen, und dafür das Interesse wecken.  
266 Und man sollte dann auch etwas mitbringen und sagen so und dafür gibt es jetzt  
267 noch eine Stelle. Nicht jetzt wie gesagt als extra Beratungsstelle oder so etwas.  
268 Dafür gibt es jetzt was auch immer an zusätzlichen Ressourcen, an  
269 Unterstützungsangeboten. Wir haben jetzt hier nochmal einen Fortbildungskatalog  
270 oder einen Schulungskatalog für euch für die Mitarbeiter, oder Supervision die  
271 jetzt nochmal mit angeboten werden für die Arbeit wo das auch die Mitarbeiter  
272 unterstützt. Also da sollte auch was a in einer win-win-Situation da irgendwo mit  
273 dabei sein. Also mehr als ein Pressefoto sollte es dann auch sein. #00:23:59#

274 **I:** Zur nächsten Frage: Sie haben es ja jetzt mehrfach erläutert, dass das Thema  
275 Gewalt ganz eng mit den Aufgaben des ÖGD verknüpft ist. Aber trotzdem die Frage:  
276 es ist ja auch ein Thema was mit gewissen Barrieren verbunden ist, was nach wie  
277 vor gesellschaftlich sehr tabuisiert ist, bei den Mitarbeitern vielleicht auch mit  
278 Ängsten verbunden. Dann ein sehr frauenspezifisches Thema, in dem Sinne, dass  
279 ganz überwiegend Frauen betroffen sind. Denken Sie also dass im Thema selber  
280 auch Barrieren stecken könnten? Dass es vielleicht für den ÖGD auch nicht so  
281 attraktiv ist, ein weiteres tabuisiertes schwieriges Thema aufzunehmen?

282 **B:** Ich denke wir sind, also na klar ist es Tabu-behaftet. Denke ich, das ist gar keine  
283 Frage. Aber es ist ein Vorzug des ÖGD. Menschen, die ja hier arbeiten sind denke  
284 ich so von ihrer Einstellung her auch gewohnt relativ barrierefrei sage ich jetzt  
285 einmal zu agieren und zu denken. Das gehört ja einfach hier eigentlich zum  
286 Portfolio wenn man im Gesundheitsamt arbeitet dazu. Nicht desto trotz ist es ja  
287 noch nicht so, dass das immer super umgesetzt wird, und das jeder auf allen  
288 Gebieten perfekt ist. Und genau da sehe ich wie gesagt diese Anknüpfungspunkte  
289 die man noch in der Umsetzung hat dafür eben noch die nötige Aufmerksamkeit zu  
290 haben. Aber grundsätzlich denke ich, sollte, und das müssen wir auch als  
291 Führungskräfte im Blick haben, ja gerade das Gesundheitsamt ein Bereich sein,  
292 oder eine Institution, die eben neben dem dass es grundsätzlich ein Tabuthema ist,  
293 hier doch noch am ehesten in der Breite ein Ohr finden sollte. #00:25:54#

294 **I:** Denken Sie denn auch dass der ÖGD von einer Leitlinienimplementierung  
295 profitieren kann?

296 **B:** Ja, na klar, auf jeden Fall. Was ich auch ganz wesentlich da finde ist auch die  
297 Strukturierung und einfach auch diese Angebotsvielfalt mal so präsent zu machen  
298 dass das übersichtlich ist, dass wir das auch besser vermitteln können. Dass wir  
299 das Thema auch besser vermitteln können. Also das würde ich mir sehr wünschen.  
300 Dass da alle an einem Strang arbeiten. Und eben nicht in der Senatsverwaltung  
301 arbeitet und dann wird da ein Projekt aufgemacht, und dann gibt es hier noch eine  
302 Arbeitsgruppe. Was wir alleine schon bei S.I.G.N.A.L festgestellt haben wer da wo  
303 schon mal irgendwie zusammengearbeitet hat. Das sollte man aus meiner Sicht  
304 und das müsste auch gehen bündeln. Dass wirklich mit einer Stimme gesprochen  
305 wird und ein Signal zu dem Thema auch in die anderen Institutionen gegeben  
306 werden kann. Das würde ich mir an dieser Stelle auch sehr wünschen. Das würde  
307 die Arbeit auch dahingehend erleichtern. Da muss auch nicht jeder wieder  
308 anfangen und überlegen, wohin empfehlen wir denn jetzt die Frauen, wohin  
309 empfehlen wir die Kinder aha so. Also das würde aus meiner Sicht auch das  
310 Miteinander vereinfachen. Wenn man sich kennt, wenn man dann auch gewisse  
311 Arbeitskreise aufrechterhalten kann wo man dann auch immer wieder aktuelle  
312 Themen auch einbringen kann. Dass das nicht abgeschlossen ist sondern eine  
313 Weiterentwicklung ressourcenfreundlich bereitgestellt wird. Und nicht eben an x-  
314 verschiedenen Stellen, die man am Ende gar nicht mehr übersehen kann wer ist  
315 denn da jetzt eigentlich federführend. Wer macht was und wer ist denn da  
316 vielleicht auch jetzt federführend. Auch die internen Schnittstellen sind ja immer  
317 wieder Thema #00:28:10#

318 **I:** Ein Argument war auch, dass es für die Mitarbeiter nochmal Wertschätzung  
319 bringen kann. Dass das, was sie eh schon machen noch sichtbarer wird.

320 **B:** Das ist auch nochmal ein wichtiger Punkt, dass tatsächlich auch in der  
321 Wertschätzung nochmal inhaltlich präsent zu machen #00:28:39#

322 **I:** In der nächsten Frage geht es um den Spielraum, den Sie persönlich sehen,  
323 diesen Prozess voranzubringen?

324 **B:** Also den Spielraum schon unter den Sachen die wir schon genannt haben. Also  
325 man muss dafür Zeit und Raum haben. Den findet man immer weil man den finden  
326 muss, wenn man damit konfrontiert wird. Das ist egal was für ein Thema da  
327 ansteht. Auch jetzt bei Corona ist es ja so, dass wir gerade auch in den häuslichen  
328 Bereichen jetzt auch viel mehr damit konfrontiert werden. Und unser Problem, um  
329 da mal einen kurzen Schlenker zu machen, ist da tatsächlich nicht das  
330 Fachpersonal das wir vor Ort sitzen haben. Aber wir haben Bundeswehr, wir  
331 haben Personal aus anderen Bereichen und das ist nicht das medizinische  
332 Fachpersonal. Wir bieten jetzt auch eine Art Supervision für bestimmte Bereiche  
333 an weil die jetzt natürlich erst merken, ach so ein Gespräch ist ja durchaus auch  
334 belastend mit einer Familie. Ohne dass die jetzt direkt anrufen und sagen bei uns  
335 ähm sind hier ganz schlimme Verhältnisse. Aber hatten wir auch schon, mit dem  
336 muss man dann umgehen. Also das macht dann schon noch einmal deutlich, dass  
337 wir das in allen Facetten dann auch umsetzen und die Grenzen dann das  
338 Fachpersonal und die Zeit sind. Was ich vorhin schon mal gesagt habe, das muss  
339 dafür unter anderem auch zur Verfügung stehen. Weil ich kann nicht / Und unsere  
340 Kostenleistungsrechnung ist ja dafür der Horror. Ich kann nicht Haken daran  
341 machen indem ich da fünf Minuten / Und ja bei manchen Familien brauche ich  
342 vielleicht nur fünf Minuten, bei anderen brauche ich einfach auch länger um auch  
343 zu hören was ist da jetzt eigentlich oder gibt es da ein Problem überhaupt. Das ist  
344 ja oftmals gar nicht so ganz klar. Wo man dann sagt vielleicht gibt man es nochmal  
345 jemand anderem, das machen wir auch gerne. Dass man dann sagt wir suchen

346 dann die Professionen, wir haben ja auch Sozialarbeiter hier, wo wir dann sagen,  
347 da müsste mal geguckt werden und kann nochmal ein Sozialarbeiter das  
348 übernehmen oder auch jemand anders, dass man mal zwei Eindrücke kriegt.  
349 #00:30:51#

350 **I:** Und nochmal zu dem was man braucht, die Finanzierung dafür, wo fordert man  
351 das ein?

352 **B:** Ja beim Senat denn da ist ja die Personalausstattung. Die Finanzierung kommt ja  
353 dann über den Senat dann in die Bezirke und dann wird das ja weiterverteilt. Wir  
354 haben ja das Mustergesundheitsamt und da sind ja auch schon Schwerpunkte  
355 benannt. Und wir haben da ja auch schon perspektivisch eben gerade auch solche  
356 Themen mitgedacht und mitentwickelt. Sage ich jetzt mal so ohne dass da jetzt  
357 eben eine extra fixe Stelle für die Thematik vorgesehen ist. Aber das wäre unter  
358 anderem da auch. Dass wir da sicherlich auch Verstärkung brauchen. Weil was wir  
359 sehen ist, unser subsidiärer und sozialkompensatorischer Charakter wird immer  
360 mehr gefragt. Also wenn man noch vor ein paar Jahren dachte, ach brauch man das  
361 noch, hat doch jeder seine Krankenversicherung seinen Arzt zu dem man geht und  
362 und und...Jetzt haben wir doch ganze Gruppen, ich denke nur an die Geflüchteten,  
363 die Wohnsituation in denen die sich befinden, die Situation der Frauen ganz oft,  
364 der Kinder, der familiären Situation, die Unterkünfte. Also was da alles noch  
365 zusätzlich auf uns zukommt, da braucht man schon nochmal zusätzliche  
366 Ressourcen. #00:32:22#

367 **I:** Und gehen Sie von einer Gesamtstrategie für alle zwölf Gesundheitsämter in  
368 Berlin aus, oder kann es /

369 **B:** Ich denke, dass wir das in allen zwölf Bezirken brauchen. Also wie gesagt aus  
370 meiner Sicht nicht als extra so jetzt machen wir noch eine Stelle auf oder noch  
371 einen Fachbereich auf wo wir das so haben. Ne, das glaube ich nicht. Dafür gibt es  
372 andere Anbieter. Sondern dafür aber die Möglichkeit zu haben in unseren  
373 Bereichen die Struktur so aufzubauen, dass wir uns dafür Zeit nehmen können.  
374 Und die Professionen haben da wirklich dahinter zu schauen, Familien nochmal  
375 intensiver zu begleiten, wenn es da bestimmte Probleme bei den Kindern gibt. Zum  
376 Beispiel: warum kommen die nicht zum Impfen. So dann gucken wir erst mal zu  
377 dem Thema und sehen noch viele andere. Das ist so unser täglich Brot, wo es mir  
378 Sorge macht, das wir diese Breite weniger umsetzen können, weil in der  
379 Kostenleistungsrechnung gesagt wird: so du guckst auf die Zähne, du guckst auf  
380 die Impfung und du machst das andere und das muss möglichst in kurzer Zeit  
381 irgendwie abgegolten werden. Und je länger man sich mit einer Thematik  
382 beschäftigt, je weniger wird es dann eben auch honoriert und am Ende auch  
383 wertgeschätzt. Das ist ja immer auch ein Punkt mit dem man dann kämpft, dann  
384 muss man sich am Ende noch rechtfertigen, warum es denn in dem ein oder  
385 anderen Bereich das Finanzielle nicht so in der Kostenleistungsrechnung abbildet.  
386 Sie kenne das ja auch. Und da müsste es auch deutlich in eine andere Richtung  
387 gehen. Also nicht mehr dieses Strich - Anruf -Auflegen wird belohnt, sondern das  
388 wir dahin kommen, unser Personal eben zielgerichtet gerade für solche Dinge auch  
389 einzusetzen. Zudem wo es auch Lücken im ambulanten Sektor gibt. Wenn die  
390 Sprachbarriere da ist, wir brauchen dann Sprachmittler, muss man die noch mit  
391 einbinden. Das können wir hier realisieren, das kann oft der Niedergelassene in  
392 einer Arztpraxis nicht, weil er da eine Stunde braucht. Die Strukturen werden  
393 komplexer. Das sehen wir ja in allen Bereichen. Auch die familiären Situationen,  
394 die sind eben oftmals sehr viel komplexer, schwieriger. Andere Hilfen fallen oft  
395 aus. Die gibt es eben auch nicht mehr die Familie als Verband wo man noch andere

396 Menschen einbinden konnte. Da fällt vieles weg. Und deshalb machen es die  
397 Gesundheitsämter. Wir werden eigentlich in Zukunft, ich hoffe dass das jetzt alle  
398 verstanden haben, nicht nur im Infektionsschutz sondern auch auf allen anderen  
399 Sektoren gebraucht. Und da ist dieses Thema sexuelle Gewalt und häusliche Gewalt  
400 auch ein wichtiger Bestandteil. #00:36:09#

401 **I:** Kommen wir zum letzten größeren Thema, und zwar zu den Inhalten eines  
402 möglichen Rahmenkonzeptes für die Umsetzung der Leitlinie. Das heißt die  
403 Leitlinie soll implementiert werden und jetzt soll ein Rahmenkonzept konzipiert  
404 werden welches Orientierung gibt für die notwendigen Entwicklungsschritte, sei  
405 es inhaltlich, sei es programmatisch, personell, Ausstattung, politische  
406 Entscheidungen. Wenn ein Rahmenkonzept mit den folgenden vorgelegten  
407 Inhalten erstellt werden sollte, wie wäre die Reihenfolge? Können Sie die  
408 folgenden Inhalte in die für Sie priorisierte Reihenfolge bringen, was am  
409 wichtigsten ist?

410 **B:** Als aller erstes ist für mich die Haltung zum Thema wichtig, also derer die dafür  
411 eine Verantwortung haben. Denn wenn ich die nicht habe, und die nicht entwickle,  
412 sind die anderen Dinge zwar präsent, aber können nicht so zielgerichtet umgesetzt  
413 werden. Vieles sehe ich auch auf einer Ebene, das würde ich jetzt gar nicht so  
414 voneinander abheben. Die Bedarfsermittlung und Forschung würde ich eher ein  
415 bisschen zurücknehmen. Weil ich glaube da gibt es schon viel, und da ist auch  
416 vieles unstrittig. Da wird Unterstützung aber auch alternativ angeboten, sei es  
417 Frauenhäuser sei es wie komme ich dahin sei es / Da denke ich ist schon eine  
418 Menge da. Netzwerk finde ich auch wichtig. Und Evaluation wissenschaftliche  
419 Begleitung, ja, das würde ich auch nochmal rausgreifen, weil wir einfach  
420 unheimlich viel an Daten ich sag mal so auf dem Markt haben. Aber ob das wirklich  
421 wirkt. Ich komme ja aus der Kinderheilkunde und aus der Prävention. Was haben  
422 wir uns abgestrampelt zur Gewichtsreduktion, zu irgendwelchen  
423 Präventionsprojekten. Und am Ende stellt man fest, kommt nicht dort an, frustriert  
424 irgendwie alle, so. Und deshalb finde es ganz wichtig dass man best-practice  
425 wirklich im wahrsten Sinne des Wortes sich raussucht und sagt: das sind Konzepte  
426 die bewähren sich und das geht aus meiner Sicht wirklich nur indem man da auch  
427 wirklich von Anfang an eine wissenschaftliche Begleitung macht. Und sich das  
428 leistet da auch Daten zu erheben. Auch zu gucken, was ist wirklich erfolgreich und  
429 was nicht. #00:39:15#

430 **I:** Sehen Sie diese Möglichkeit im ÖGD? Das Thema wird ja vielfach diskutiert, der  
431 große Datensatz des ÖGD, der aber nur äußerst selten weiter verarbeitet wird.  
432 Also es fehlt die wissenschaftliche Anbindung?

433 **B:** Ja, da kämpfen wir ja sehr dafür. Dass der ÖGD eben wirklich eine universitäre  
434 Anbindung hat, auch mit einem Lehrstuhl, was alle diese Verknüpfungen hat. Das  
435 ist auch nicht so einfach mit Public Health oder dieser Hochschule so ohne  
436 weiteres zu verknüpfen. Sondern da muss man denke ich auch wirklich nochmal  
437 konzeptionell überlegen, das können wir uns nicht leisten, bei dem Datensatz  
438 den wir haben. Wir haben ja eine Gesundheitsberichterstattung. Wir arbeiten auch  
439 eng zusammen, aber reicht das, stell ich mir mal als Frage, da muss man wirklich  
440 nochmal konzeptionell überdenken, wie bekommt man jetzt hier eine gute  
441 wissenschaftliche Begleitung hin. So aus der hohlen Hand haben wir die nicht.  
442 Dann würden wir auch viel mehr veröffentlichen, was glaube ich wichtig wäre, und  
443 in einer guten Qualität rausbringen. Ich komme ja aus der Charité, habe da meine  
444 Facharztweiterbildung gemacht unter anderem, und da war das natürlich auch  
445 ganz anders präsent. Da hat man natürlich auch seinen Mathematiker sitzen, da hat

446 man eben diese / So. Und da bräuchte es glaube ich ein Netzwerk, das wir nicht  
447 haben zu diesem Thema. Aber auch insgesamt glaube ich schneller, weil das ist  
448 auch wichtig, zeitnah Daten und das was wir haben auch unter unserem Einfluss  
449 sozusagen auch in Auswertung zu bringen. Und ob man da eigene vielleicht  
450 kleinere Strukturen eben hat, indem man mal Stellen schafft und sagt so,  
451 hochqualifiziert, denn anders geht es aus meiner Sicht nicht, das muss  
452 hochqualifiziert gemacht werden. Oder man hat eine gute Verknüpfung eben mit  
453 so einer Abteilung irgendwo  
454 die diesen Datenschatz mal hebt und gute Auswertung macht. Das fehlt glaube ich  
455 ziemlich an allen Ecken. #00:41:16#

456 Das sehen wir auch jetzt unter Corona. Da sind so viele Daten die da gesammelt  
457 sind. Und das könnte man auch gut zu diesem Thema auswerten. Indem man dann  
458 mal sagt, gut was macht denn Sinn, dass wir das vielleicht mal mit erfassen, wie oft  
459 von wie viel Klienten war das präsent, habt ihr das tatsächlich, was braucht ihr  
460 noch an Instrumenten, hat das funktioniert, fühltet ihr euch da auch unwohl, weil  
461 man zu sehr in irgendeine Ecke gedrängt wird. Also das fände ich nochmal wichtig,  
462 wenn man da eine gute Anbindung hätte. #00:41:58#

463 **I:** Fällt Ihnen spontan ein best-practice Beispiel ein, bei dem ein vergleichbarer  
464 Prozess implementiert wurde?

465 **B:** Na im Prinzip auch im Kinderschutz. Da haben wir ja auch die Leitlinien, wir  
466 haben das Kinderschutzgesetz. Da ist ja viel nochmal entwickelt worden, und da  
467 ging es ja auch darum, das in die Umsetzung zu bringen, gemeinsam mit dem  
468 Jugendamt. Wie gesagt auch eng verzahnt, mit workshops die wir gemeinsam  
469 gemacht haben. Weil wir fanden das geht nicht alles so nebenher. Dann auch mit  
470 unserem Sozialpsychiatrischen Dienst. Also da auch wirklich diese Leitlinien, die  
471 hängen hier nicht umsonst, weil ich das ein ganz wesentliches Thema auch  
472 nochmal finde. Und ich denke da ist tatsächlich auch viel gut gelungen. Die  
473 Aufmerksamkeit dahin zu bringen. Diese Aufmerksamkeit bräuchte es für die  
474 häusliche und sexualisierte Gewalt auch. Die ist da glaube ich noch nicht so  
475 angekommen. Also zum Kinderschutz, also dass Kinder geschlagen werden von  
476 allen Menschen von allen Facetten des Lebens ist glaube ich präsent, aber dass  
477 tatsächlich das Thema häusliche Gewalt so vielschichtig ist und überall vorkommt  
478 und immer wieder vorkommt in dieser hohen Prävalenz ist glaube ich nicht so  
479 präsent. Und auch die gesundheitlichen Folgen nicht #00:44:05#

480 **I:** Kurz zurück zum Netzwerk Kinderschutz. Wie wurde das initiiert? Wie erfolgte  
481 das konkret? War das eine Gesetzesänderung?

482 **B:** Das war auch über Gesetzesänderungen, dann Arbeitsgruppen, auch  
483 überbezirklich, dann auch in den Bezirken. Dann auch Zuarbeiten. Also auf ganz  
484 verschiedenen Ebenen der Austausch dazu und Abstimmung dazu. Was heißt das  
485 denn jetzt für uns. Auch in unterschiedlicher Intensität, das ist klar. Also die  
486 Medien waren da ganz präsent, wo auch Fälle geschildet wurden, Filme kamen  
487 raus. So die Gesetzesänderung. Und alles sozusagen in diesem relativem Kontext  
488 führt dann doch dazu, dass die Aufmerksamkeit für die Thematik steigt.  
489 #00:45:21#

490 **I:** Eine Art Kampagne?

491 **B:** Ja, genau. Eine Kampagne, so dass sich das potenziert einfach auch. Gemeinsam.  
492 Wir haben ja Jahre dafür gekämpft diese Kinderschutzambulanzen zu initiieren.  
493 Was ja auch ein Problem war: Fachkräfte und Zeit sich dafür nehmen. Dann auch  
494 viel mehr entdecken. Und das hat dann eben gut ineinander gepasst. Und so etwas  
495 ist da ein ganz wichtiger Schritt, dass nicht jeder klein klein macht. Der muss das

496 auch für sich, das ist keine Frage, aber man braucht einfach auch die  
497 Aufmerksamkeit auf allen Ebenen zu der Thematik. #00:46:03#.

498 **I:** Kommen wir zur allerletzten Frage: für wie realistisch halten Sie die Umsetzung  
499 der Leitlinie innerhalb der nächsten 5 Jahre auf einer Skala von eins bis zehn?

500 **B:** Wie ich habe also fünf Jahre Zeit um mein Maximum zu erreichen oder? (lacht)  
501 Ja, acht.

502 Ja, und ich denke aber auch, dass das Thema, auch wenn es die großen Kampagnen,  
503 also wenn da noch viel passieren kann, das Thema ja trotzdem deutlich präsenter  
504 ist. Auch durch die Kirche, durch ganz verschiedene mediale Fälle mit denen wir  
505 konfrontiert werden. Denke ich, dass die Aufmerksamkeit ja da ist und auch die  
506 Bereitschaft sich auch Unterstützung zu holen auf einem anderen Level ist. Aber da  
507 ist ja auch mit den Generationen denke ich schon etwas getan. Aber unsere  
508 Bevölkerung wird eben vielfältiger und differenzierter und da muss man wider  
509 gucken, dass es nicht Nischen am Ende gibt, wo wir das was vielleicht allgemein in  
510 der Gesellschaft an guter Akzeptanz erreicht ist, da irgendwo wieder verloren geht.  
511 So dass man wirklich alle mitnimmt. Und diesen Prozess aus meiner Sicht viel  
512 differenzierter und vielschichtiger sich anguckt. Das sehe ich so als Aufgabe für die  
513 nächste Zeit. Und das muss sich auch hier wiederfinden. Da ist es mir oft zu  
514 allgemein. Also ich denke schon, dass es einen Unterschied macht aus welcher  
515 Sozialisation komme ich und erkenne ich das als Unterstützungselement. Womit  
516 muss ich denn rechnen und oder was ist denn selbstverständlich. Was muss ich  
517 auch einfordern? Wo darf ich auch nicht schon gerade bei den Kindern oder so aus  
518 falscher Rücksichtnahme sagen: ja, wir ziehen die Kinder jetzt nicht aus bei der  
519 ärztlichen Untersuchung oder solche Ansätze. Also da denke ich müssen wir noch  
520 viel mehr zum Bereich Migrationshintergrund, zum multikulturellen Hintergrund  
521 gucken. Und auch Wissen aneignen. Und auch Standards erarbeiten. Und da  
522 müssen solche Leitlinien, das muss immer angepasst werden. Weil da sind oft eben  
523 ganz schnell Defizite, die dann nicht so gut mitgenommen oder mitgedacht  
524 werden. Oder Sprachbarrieren. Das nimmt einfach deutlich mehr Raum ein.  
525 Überhaupt die Akzeptanz medizinischer Begleitung, medizinischer / Auch  
526 außerhalb das man schwerstkrank ist, medizinische Bedarfe zu suchen,  
527 Prävention, das Thema kennen ja viele gar nicht. Und auch gegendert. Frauen  
528 haben einfach ganz andere Kompensationen als Männer. So. Und das denke ich das  
529 sollte auch nochmal immer mitgedacht werden, dass wir da einfach eine andere  
530 Gesellschaft haben als zu den Zeiten als das übersetzt wurde. Oder auch als die  
531 WHO oder andere sich das gedacht haben. #00:50:55#

#### **Anhang IV: Kurzfragebogen**

Interviewdatum:

Interviewkürzel:

Vor dem eigentlichen Interviewe möchte ich Sie vorab gerne kurz zu Ihrer Person und Ihrem beruflichen Hintergrund fragen. Dies ist für das eigentliche Interview weniger relevant und dient der Einordnung und Strukturierung des Materials.

Name:

Geschlecht:

Alter:

Fachärztliche Ausbildung:

Seit wann im ÖGD beschäftigt:

Seit wann in der Position der Amtsleitung:

#### **Anhang V: Interviewprotokoll**

Datum:

Interview#:

Zustandekommen des Interviews/ Grad der Bereitschaft:

Rahmenbedingungen

Dauer:

Ort:

Störfaktoren:

Bemerkungen zum Gesprächsverlauf:

## Anhang VI: Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K 1: Stellenwert des Themas im ÖGD	Verankerung des Themas Gewalt im ÖGD und seine Bedeutung für die Versorgung in den einzelnen Fachbereichen	„Das Thema möchte ich mal sagen tritt im Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Angeboten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht so oder spielt nicht eine vordergründige Rolle“ (I-01, Z.4) „Ich glaube das ist ein Thema was momentan vielleicht so mitgemacht wird, was aber nicht selber so richtig ja mit einer Struktur hinterlegt ist.“ (I-03, Z. 14)	Das Thema Gewalt muss im Kontext der Versorgung im ÖGD benannt werden. Die Definition kann sich auf den IST-Zustand beziehen, aber auch auf die Formulierung von Bedarfen oder Wünschen
K 2: Grundverständnis der Arbeit und der Aufgaben im ÖGD	Grundverständnis / professionelles Selbstverständnis hinsichtlich der Aufgaben des ÖGD Umsetzung des ÖGD-Leitbilds	„Das gehört ja einfach hier eigentlich zum Portfolio wenn man im Gesundheitsamt arbeitet dazu.“ (I-06, Z. 265) „Ja, unser Ansatz ist grundsätzlich sozialmedizinisch. Also bevölkerungsbezogen und mit sozialmedizinischem Denken.“ (I-01, Z. 258)	Aspekte entsprechend der Definition müssen klar formuliert sein und sich auf den ÖGD beziehen
K 3: Eckpunkte der WHO-Leitlinien	Umsetzung von Empfehlungen der WHO-Leitlinien im ÖGD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot der Ersthilfe</li> <li>• Qualifizierung der Mitarbeiter</li> <li>• Notfallverhütung / HIV Postexpositionsprophylaxe</li> <li>• Psychologische Intervention</li> </ul>	„...also Punkt eins Ersthilfe, das sind ja basics“ (I-01 Z.63) „Das heißt die Frage der Schulung Fortbildung usw. wird dann etwas sein was nicht ein einmaliger Prozess ist sondern das wird etwas Kontinuierliches sein.“ (I-02, Z. 216)	Die Eckpunkte der Leitlinie müssen auf die IST-Versorgung oder auf Möglichkeiten der Umsetzung im ÖGD bezogen sein oder hinsichtlich ihrer Relevanz benannt werden
K 4: Ressourcen im ÖGD	Faktoren, die im Hinblick auf die Implementierung der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin als förderliche Gegebenheiten genannt werden	„Also eine große Ressource ist eben, dass man Kontakt zu einem sehr großen Teil der Bevölkerung hat.“ (I-03, Z.180) „	Eindeutige Formulierung als Ressource, Stärke, förderlicher Faktor
K 5: Hürden im ÖGD	Faktoren, die im Hinblick auf die Implementierung der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin als hinderliche Gegebenheiten genannt werden	„Die Hürde ist immer das Geld“ (I-01, Z. 313) „Allerdings ganz klar ist es immer ein personelles Problem.“ (I-06, Z. 142)	Eindeutige Formulierung als Hürde, Schwäche, hinderlicher Faktor, Problem

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
K 6: Strategieentwicklung	<p>Inhalte die als zielführende Strategie für eine Implementierung der WHO-Leitlinien genannt werden. Dies beinhaltet sowohl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmen</li> <li>als auch</li> <li>• Entscheidungsstrukturen</li> </ul>	<p><i>„Also neben den Teamgesprächen mit den Fachbereichsleitungen auch nochmal einzeln in die Bereiche schaue, mir da auch nochmal Vorschläge einholen, wie könnten wir es gut umsetzen, wo sehen die Bereiche nochmal ganz gezielt Möglichkeiten die sie umsetzen wollen mit ihren Mitarbeitern vor Ort.“ (I-06, Z. 200)</i></p> <p><i>„Ja, die politische Entscheidung, das ist ganz klar eine gesamtstädtische Frage. Das kann nur auf Landesebene entschieden werden.“ (I-02, Z.232)</i></p>	Aussagen zu Maßnahmen, Schritten oder Entscheidungen, die eine Implementierung beeinflussen
K 7: Wissenschaftliche Begleitung	<p>Inhalte zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation</li> <li>als auch</li> <li>• Forschung / Datenerhebung im ÖGD</li> </ul>	<p><i>„Und sie ist auch die Rechtfertigung für alles. Also wenn Sie keine Zahlen haben, dann können sie auch politisch nicht argumentieren.“ (I-02, Z. 344-45)</i></p> <p><i>„Und einer meiner größten Träume ist ohnehin, dass man eine Anbindung an die Universität hätte, nämlich im Sinne auch Öffentliches Gesundheitswesen als Lehrstuhl. Weil da gehört es hin.“ (I-05, Z. 343)</i></p>	Konkrete Aussagen zur wissenschaftlichen Begleitung im ÖGD bezogen auf den ÖGD allgemein und die Implementierung der Leitlinien
K 8: Außenwahrnehmung des ÖGD Berlin	<p>Inhalte zu Außenwahrnehmung des ÖGD in der Bevölkerung und dem Image des ÖGD</p>	<p><i>„Ich denke man muss viel mehr Ressource reingeben um Öffentlichkeitsarbeit zu machen und ja, einfach den Bekanntheitsgrad dessen steigern, was eigentlich schon da ist.“ (I-05, Z. 166)</i></p>	Konkrete Aussagen zur Außenwahrnehmung des ÖGD

<p>K 9: Benefit der Leitlinien-Implementierung für den ÖGD</p>	<p>Inhalte zu Chancen und Vorteilen für den ÖGD im Bezug auf die Implementierung der Leitlinien</p>	<p>„Also ich finde es immer gut solche Sachen nochmal bewusst zu machen, weil das auch die Haltung aller Leute die hier arbeiten nochmal unterstützen und bestärken kann. (...) Ich glaube, dass das bei vielen nochmal einen kleinen Kick gibt.“ (I-02, Z.284)</p>	<p>Konkrete Aussagen zu Chancen und Vorteilen für den ÖGD die sich explizit auf die Implementierung der Leitlinien beziehen.</p>
<p>K 10: Rahmenkonzept für die Implementierung der Leitlinien</p>	<p>Inhalte eines Rahmenkonzeptes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haltung der Leitung</li> <li>• Qualifizierung / Fortbildung</li> <li>• Entwicklung von Handlungsanweisungen</li> <li>• Bedarfsermittlung / Zielgruppe/ Forschung</li> <li>• Arbeitsgruppen / Qualitätszirkel</li> <li>• Aufbau eines Netzwerks</li> <li>• Evaluation</li> </ul>	<p>„Und dann wenn wir das mit Punkt eins beziffert haben, denke ich mir, kommt GANZ ganz ganz wesentlich, also eigentlich eins a die Haltung der Leitung.“ (I0-2, Z.310)</p>	<p>Schritte des Rahmenkonzeptes müssen konkret benannt werden</p>
<p>K 11: Best Practice Beispiele</p>	<p>Beispiele für Maßnahmen im Rahmen von Projektumsetzung</p>	<p>„Also das ist auch etwas wo wir gucken, dass wir nach dieser Leitlinie oder dieser Empfehlung quasi arbeiten. Das wäre jetzt so ein Beispiel was mir einfällt“ (I-05, Z. 372)</p>	<p>Formulierung von Maßnahmen und Strategien müssen ein beispielhaftes Vorgehen beschreiben</p>
<p>K 12: Perspektiven zur Implementierung</p>	<p>Skalierte Bewertung der Umsetzung der WHO-Leitlinien im ÖGD Berlin</p>	<p>„Ich würde vielleicht mal sagen: 6. Also ein bisschen mehr als die Hälfte wahrscheinlich“ (I03-Z. 375)</p>	<p>Skalenwert muss genannt werden, Formulierung der Begründung für diesen Wert</p>