
Patient:innenperspektiven auf die Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt

Qualitative Evidence Synthesis

Masterarbeit zur Erlangung des Titels

Master of Science in Public Health

Verfasst von:

Lena Plamp

Holsteinische Straße 7
10717 Berlin
lenaplamp@t-online.de
Matrikelnummer: 225609

Erstgutachter:in:

Prof. Dr. Raimund Geene
Professur für Gesundheitsförderung
und Prävention
Alice Salomon Hochschule Berlin

Zweitgutachter:in:

Juliane Winkelmann
Management im
Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin

Berlin, 23.03.2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis	III
Anhangsverzeichnis	IV
Eidesstattliche Erklärung	V
Abstract (Englisch).....	VI
Abstract (Deutsch).....	VII
1 Einleitung	1
1.1 Begriffsbestimmungen	12
1.2 Ziel.....	13
2 Responsiveness.....	15
2.1 Würde	18
2.2 Autonomie	19
2.3 Vertraulichkeit persönlicher Information	19
2.4 Kommunikation	20
2.5 Vertrauen	20
2.6 Sofortige Beachtung	20
2.7 Qualität grundlegender Ausstattung.....	21
2.8 Unterstützungsnetzwerke.....	21
2.9 Wahl von Leistungserbringenden	21
2.10 Koordinierung und Kontinuität.....	22
3 Methoden	22
3.1 Suchstrategie	24
3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien	25
3.1.2 Datenbankrecherche	26
3.1.3 Systematisierung der Suche nach Grauer Literatur/Erweiterte Suchstrategie	26
3.2 Prüfung der Veröffentlichungen auf Relevanz	26
3.3 Ergebnisse der Auswahl von Veröffentlichungen	26
3.4 Charakteristika der eingeschlossenen Veröffentlichungen als Übersicht....	29
3.5 Bewertung der Veröffentlichungen.....	35
3.5.1 Hintergrund zur Bewertung.....	35
3.5.2 Ergebnisse der Bewertung	35

4	Forschungsdesign.....	36
4.1	Datenextraktion, Software und Zahl der Codierer:innen.....	36
4.2	Codierprozess.....	37
4.3	Ableitung von Themen mit Zitaten und Vergleich der Veröffentlichungen .	37
5	Erkenntnisse	39
5.1	Würde	40
5.1.1	Diversitätssensible Versorgung.....	42
5.2	Autonomie	43
5.3	Vertraulichkeit.....	45
5.4	Kommunikation	47
5.5	Vertrauen	48
5.6	Sofortige Beachtung	48
5.7	Qualität grundlegender Ausstattung.....	49
5.8	Unterstützungsnetzwerke.....	49
5.9	Wahl von Leistungserbringenden	50
5.10	Koordinierung und Kontinuität.....	50
5.11	Sicherheit	52
5.12	Versicherung.....	54
6	Diskussion der Erkenntnisse	54
6.1	Limitationen und Stärken	57
7	Fazit.....	60
	Literatur.....	62
	Anhang.....	i

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	–	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPoC	–	Black and People/Person of Color
COREQ	–	Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research
DA	–	Domestic Abuse
DV	–	Domestic Violence
ED	–	Emergency Department
ENTREQ	–	Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research
FRA	–	Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
IPV	–	Intimate Partner Violence
LGBTIQ*	–	Lesbian, Gay, Bi, Trans, Inter, Queer und weitere, nicht benannte Selbstdefinitionen
PerSPE(C)TiF	–	Perspective, Setting, Phenomenon of interest/Problem, Environment, Comparison, Time/Timing, Findings
QES	–	Qualitative Evidence Synthesis
WAVE	–	Women Against Violence Europe
WHS	–	World Health Survey
ZNA	–	Zentrale Notaufnahme

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Question formulation framework for qualitative evidence syntheses 'PerSPE(C)TiF' (Booth et al., 2019).....	14
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	25
Tabelle 3: Charakteristika der eingeschlossenen Veröffentlichungen	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Diagramm orientiert an Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, und Group (2009)	28
Abbildung 2: Codes und Verbindungen der Codes (eigene Darstellung)	39

Anhangsverzeichnis

Anhang, Abbildung 1: Positionalitäts-Grafik orientiert an Jacobson und Mustafa (2019)	i
Anhang, Tabelle 1: Systematisierte Suche nach Datenbank, Suchstring, Resultaten, relevanten Resultaten und dem Suchdatum	i
Anhang, Tabelle 2: Suche auf Webseiten relevanter Schlüsselorganisationen	iv
Anhang, Tabelle 3: Durchsuchen der Literaturangaben relevanter Veröffentlichungen	v
Anhang, Tabelle 4: Hinweise auf Literatur durch Expert:innen im Feld	vi
Anhang, Tabelle 5: Übersicht der Veröffentlichungen, die im Volltextscreening (begründet) ein-/ausgeschlossen wurden	ix
Anhang, Tabelle 6: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 1 bis 8 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)	xii
Anhang, Tabelle 7: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 9 bis 16 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)	xiii
Anhang, Tabelle 8: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 17 bis 28 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)	xiv
Anhang, Tabelle 9: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 29 bis 32 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)	xv

Eidesstattliche Erklärung

Name: Lena Plamp

Matrikel-Nummer: 225609

Hiermit erkläre ich, Lena Plamp, an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Patient:innenperspektiven auf die Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt“ selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Sämtliche Stellen der Masterarbeit, die im Wortlaut oder sinngemäß anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht. Die Masterarbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Berlin, 23.03.2021



Ort und Datum

Unterschrift

Abstract (English)

Introduction: Women seek help in the emergency department due to severe injuries resulting from violence in the close social environment and/or sexualized violence. This potentially only intersection between women experiencing violence and the help system is – against the advice of the WHO and the Istanbul Convention – not optimally used. The concept of responsiveness is applied in order to analyze the experiences of patients seeking help in the emergency department due to violence in the close social environment and/or sexualized violence.

Methods: A qualitative evidence synthesis in form of a thematic synthesis along the dimensions of responsiveness – dignity, autonomy, confidentiality, communication, trust, prompt attention, quality of basic amenities, social support, choice of provider, coordination and continuity – is performed.

Findings: Despite positive experiences of patients who seek help in the emergency department due to violence, aspects of health system performance that can be improved according to patients are identified for each dimension of responsiveness, as well as in the context of diversity, safety and insurance.

Conclusions: The application of the quantitatively based concept of responsiveness in existing research on healthcare after violence in the close social environment and/or sexualized violence suggests that it is convenient to analyze, compare and discuss patients' perspectives on this subject internationally. This work provides a basis for further research aiming to compare healthcare performance after violence in the close social environment and/or sexualized violence globally.

Abstract (Deutsch)

Einleitung: Frauen suchen aufgrund schwerwiegender Verletzungen in Folge von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt die Notaufnahme auf. Diese potenziell einzige Schnittstelle zwischen Frauen, die Gewalt erleben, und dem Hilfesystem wird entgegen den Empfehlungen der WHO und der Istanbul-Konvention nicht optimal genutzt. Um zu analysieren, welche Erfahrungen Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme machen, wird das Konzept von Responsiveness angewendet.

Methode: Es wird eine Qualitative Evidence Synthesis in Form einer Thematischen Synthese entlang der Dimensionen von Responsiveness – Würde, Autonomie, Vertraulichkeit, Kommunikation, Vertrauen, sofortige Beachtung, Qualität grundlegender Ausstattung, Unterstützungsnetzwerke, Wahl von Leistungserbringenden sowie Koordinierung und Kontinuität – durchgeführt.

Erkenntnisse: Trotz positiver Erfahrungen von Patient:innen, die die Notaufnahme aufgrund von Gewalt aufsuchen, werden in Bezug auf alle aufgeführten Dimensionen von Responsiveness zuzüglich Diversitäts-, Sicherheits- und Versicherungsaspekten verbesserungswürdige Erfahrungen von Patient:innen identifiziert.

Fazit: Die Anwendung des Konzeptes der Responsiveness auf die Forschung zur Versorgung nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt deutet darauf hin, dass sich dieses ursprünglich quantitativ ausgerichtete Konzept eignet, um die Patient:innenperspektiven international zu analysieren, zu vergleichen und zu diskutieren. Diese Arbeit dient als Basis für weiterführende Forschung, die Versorgung nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt global betrachtet.

1 Einleitung

Weltweit hat eine von drei Frauen¹ bereits Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erlebt (Weltgesundheitsorganisation [im Folgenden WHO], 2013a). Notaufnahmen sind Orte, an denen Gewalt potenziell sichtbar wird, wenn Frauen diese aufgrund unterschiedlicher Gesundheitsfolgen von Gewalt aufsuchen, und stellen somit einen möglichen ersten Schnittpunkt zwischen dem Gesundheits- und dem nachfolgenden Hilfesystem dar (Ahmad, Ali, Rehman, Talpur, & Dhingra, 2017; WHO, 2013a, S. 35; 2013b). Frauen, die nach (sexualisierter) Gewalt Hilfe in Anspruch nehmen, tun dies verglichen mit anderen Hilfeinstitutionen am meisten im Gesundheitswesen (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte [im Folgenden FRA], 2014, S. 11). Da die Bedingungen der Versorgung nach Gewalt in Notaufnahmen überwiegend auf nationaler Ebene erforscht werden, soll in der vorliegenden Arbeit das Konzept der Responsiveness zum internationalen Vergleich der Versorgung in Notaufnahmen nach Gewalt angewendet werden. Die Analyse bezieht sich auf Patient:innenperspektiven² und wird durch Forschung zu Leistungserbringendenperspektiven und internationale Empfehlungen zum Thema kontrastiert.

Frauen, die infolge von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt in die Notaufnahme gehen, gehen in der Regel öfter als einmal dorthin (vgl. u. a. Catallo, Jack, Ciliska, & MacMillan, 2013, S. 1367; Leppäkoski, Paavilainen, & Åstedt-Kurki, 2011, S. 33; Mayer, 2000, S. 342; Olive, 2017b, S. 2320–2321). Dies kann sich zuspitzen bis hin zum fünfzehnmaligen Aufsuchen der Notaufnahme (Safelives, 2015, S. 17). Weshalb Frauen nicht direkt nach dem ersten Erleben von Gewalt die Verbindung zu Gewalt ausübenden Personen abbrechen, wird vielseitig untersucht. Unter anderem werden Gründe dafür in komplexen Machtdynamiken gesehen, auf denen Gewalt im sozialen Nahraum aufbaut, und die sich in Form unterschiedlicher – zum Beispiel emotionaler oder finanzieller – Abhängigkeiten äußern (Hinsliff-Smith &

¹ In der vorliegenden Arbeit wird die zunächst binär-wirkende Kategorie „Frau“ verwendet. Hierzu zählen jedoch nicht nur biologische Frauen, die sich auch als solche verstehen (cis), sondern alle Personen, die sich mit diesem Geschlecht identifizieren, da Geschlecht als sozial konstruiert verstanden wird. Die Verwendung „Frau*“ hingegen würde eine erneute Unterscheidung zwischen Frauen und „uneigentliche[n] Frauen“ zulassen, der in der vorliegenden Arbeit kein Raum gegeben wird (vgl. Yaghoobifarah, 2018).

² Um das Spektrum der Geschlechter sprachlich abzubilden, wird im Sinne der Reduktion digitaler Barrieren der Gender-Doppelpunkt verwendet (De Oliveira, o. J.; Hansestadt Lübeck, 2019, S. 4).

McGarry, 2017; Schröttle, 2017, S. 10–11). Frauen nehmen erst dann Hilfe in Anspruch, wenn sie schwerwiegende Verletzungen erlitten haben (Gloor & Meier, 2014, S. 54; Maras, 2018, S. 54, 57). Ansonsten erachten viele Frauen die erlittenen Verletzungen als nicht schwerwiegend genug und verharmlosen diese:

'I sustained broken ribs, a cracked jaw, two black eyes, a slight concussion, and strangulation.' In explaining why she didn't go to the hospital, this woman said: 'My injuries weren't, like serious . . . because, I mean, I had a concussion and stuff but I wasn't, you know, the, um—I went unconscious, (but) then I came back to consciousness.' (Farr, 2002, S. 277)

Dies verdeutlicht, inwiefern Scham und Schuld internalisierte Gefühle im Zusammenhang mit dem Erleben und Berichten von Gewalt sind (FRA, 2014, S. 11, 24; Giddens & Sutton, 2017, S. 882). Doch auch aufgrund der Sorge vor einer erneuten Eskalation der Gewalt, beispielsweise durch das Hinzuziehen der Polizei, oder aufgrund eines allgemeinen Misstrauens, enthalten Patient:innen relevante Informationen gegenüber medizinischem Personal vor (Joshi, Thomas, & Sorenson, 2012, S. 13–14). Zum Teil werden Gefühle von internalisierter Schuld durch Prozesse von Schuldumkehr auch von Seiten des Personals im Gesundheitswesen verstärkt (Di Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini, & Sasso, 2017, S. 2312; Koistinen & Holma, 2015, S. 5, 7; Robinson, 2010, S. 573). So geben Teile des medizinischen Personals an, zu glauben, dass die Gewalt erlebenden Frauen Gewalt durch ihr Verhalten herbeiführen (Di Giacomo et al., 2017, S. 2312; Koistinen & Holma, 2015, S. 7) und die Verantwortung hätten, die Gewalt zu beenden (Koistinen & Holma, 2015, S. 5). Ebenso wird der Vorwurf von Seiten des medizinischen Personals formuliert, Patient:innen würden die Notaufnahme nach Gewalt unangemessen nutzen (Robinson, 2010, S. 573).

Bestimmte Personengruppen, Black and People of Color (im Folgenden BPoC) und/oder Frauen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen und/oder sich im Lesbian, Gay, Bi, Trans, Inter, Queer und weiteren Selbstdefinitionen-Spektrum (im Folgenden LGBTIQ*) identifizierende Menschen nehmen infolge von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt weniger das Gesundheitssystem in Anspruch (Bent-Goodley, 2007; Fischer, 2020; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016). Unter anderem wird dies durch strukturelle Barrieren und Diskriminierungserfahrungen sowie die Befürchtung vor erneuten Diskriminierungen begründet (Europarat, 2011, S. 49; Goldenberg, Jadwin-Cakmak, & Harper, 2018, S. 23; Harland, Peek-Asa, & Saftlas, 2018, S. 6–7; Robert Koch-Institut [im Folgenden RKI], 2020). Von Diskriminierungserfahrungen wird wiederholt berichtet, wenn Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum

und/oder sexualisierter Gewalt das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen (Hester et al., 2012, S. 43; Hinsliff-Smith & McGarry, 2017, S. 4023; Monterrosa, 2019, S. 15). Auch die Zusammenarbeit der Notaufnahme mit der Polizei löst besonders bei BPoC Unbehagen aus (Monterrosa, 2019, S. 11–13). Dementgegen stehen Studien, die hervorheben, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen wie zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland öfter die Notaufnahme aufsuchen als Menschen ohne Migrationshintergrund, begründet im begrenzten Zugang zu Krankenversicherungen für sie. Zudem verfügen nicht alle Menschen gleichermaßen über Kenntnisse über jeweilige Versorgungsstrukturen (Schmiedhofer et al., 2016, S. 8–9). Auch wohnsitzlose Frauen sind aufgrund vieler Faktoren öfter in Notaufnahmen aufzufinden als Frauen, die in einer stabilen Wohnsituation (Riley et al., 2020, S. 79).

Die WHO hat Leitlinien entwickelt, welche die Interventionsmöglichkeiten von Seiten des Gesundheitssystems aufzeigen und unter anderem die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern sollen (WHO, 2013b). In diesen Leitlinien werden Empfehlungen zu dem Erkennen von Gewalt, der Versorgung, Schulungen von medizinischem Personal, der Etablierung der Gesundheitsversorgungen durch die Gesundheitspolitik und der Meldepflicht ausgesprochen. Es wird empfohlen, Frauen im Zusammenhang mit Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt von Seiten des medizinischen Personals mindestens Ersthilfe anzubieten. Diese umfasst eine wertfreie und unterstützende Haltung, eine konkrete Versorgung und die Unterstützung beim Zugang zu Informationen sowie bei der Erhöhung der Sicherheit der Frau und der ihrer Kinder. Die gesamte Ersthilfe sollte laut WHO stets unter der Wahrung der Privatsphäre und der Vertraulichkeit ablaufen, doch auch die Grenzen der Vertraulichkeit sollten deutlich kommuniziert werden. Um die Vertraulichkeit sicherzustellen, empfiehlt die WHO, Mechanismen hierfür zu etablieren und betont die Relevanz entsprechender Räumlichkeiten für vertrauliche Untersuchungen (WHO, 2017, S. 31–32). Von Seiten des Personals wird in der Realität die Qualität der grundlegenden Ausstattung als nicht immer angemessen für die Art von Konsultationen, derer es in Fällen von Gewalt bedarf, erachtet (Hoffmann-Walbeck, Möckel, Etzold, & David, 2016, S. 1183; Rasch, Plamp, & Tezcan-Güntekin, 2020, S. 65; Tossone, 2015, S. 101). Zudem wird die Präsenz von begleitenden, Gewalt ausübenden Personen, die die Entscheidungsfreiheit von Patient:innen einschränken und dafür sorgen, dass diese im medizinischen Setting nicht von der erlebten Gewalt berichten, in Studien aus Patient:innenperspektiven (Joshi et al., 2012, S. 14; Zijlstra, van de Laar, Moors, Lo Fo Wong,

& Lagro-Janssen, 2015, S. 9) und vereinzelt auch aus Personalperspektiven berichtet (Rasch et al., 2020, S. 25). Die durch die WHO empfohlene Erhöhung von Sicherheit im Versorgungskontext durch medizinisches Personal (WHO, 2013b, S. 17) findet in Notaufnahmen nicht immer entsprechend statt (Bakon, Taylor, Meyer, & Scott, 2019, S. 24; Rhodes et al., 2011, S. 896). Patient:innen berichten hierzu, dass sie selbst erst Sicherheitsmaßnahmen treffen, bevor sie sich um gesundheitliche Belange kümmern, weil sie nicht davon ausgehen, dass das medizinische Personal die Sicherheit für Patient:innen gewährleisten kann (Joshi et al., 2012, S. 14). Unter anderem in diesem Zusammenhang wird die Relevanz vertrauenswürdiger, begleitender Personen, die die Patient:innen auch bei dem Durchlaufen des Versorgungsprozesses unterstützen, aus Patient:innenperspektiven wiederholt hervorgehoben (Larsen, Krohn, Püschel, & Seifert, 2014, S. 367–368; Monterrosa, 2019, S. 10–11). Monterrosa (2019, S. 10–11) ergänzt hierzu, dass die Erzeugung von Einsamkeits- und Isolationsgefühlen ein üblich genutztes Mittel der Gewalt ausübenden Personen ist und in Ausnahmesituationen, wie dem Aufsuchen der Notaufnahme, umso mehr von den Frauen, die Gewalt erleben und keine Unterstützung haben, internalisiert wird (vgl. hierzu auch Giddens & Sutton, 2017, S. 882). Nach dem Erkennen von Gewalt sieht die WHO vor, dass medizinisches Personal weitere Optionen erläutert und Frauen in der Entscheidungsfindung unterstützt, bei der die Eigenständigkeit der Frau respektiert wird (WHO, 2013b, S. 17–18). Teile medizinischen Personals geben jedoch an, Patient:innen nicht erst zu Gewalt befragen zu wollen, sondern diese Angabe direkt aufgrund von Verletzungen und dem Verhalten der Personen dokumentieren zu wollen (Robinson, 2010, S. 574). Um Patient:innen über ihre Rechte aufzuklären, empfiehlt die WHO darüber hinaus, eine Charta der Rechte von Patient:innen in medizinischen Settings auf unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung zu stellen (WHO, 2017, S. 72). In Bezug auf den empfohlenen Zugang zu Informationen (WHO, 2013b, S. 17) finden sich Patient:innen, die von einer mangelnden Informationsvermittlung zum Ablauf der zum multisektoralen Prozesse berichten (Larsen et al., 2014, S. 370–371). Auch werden die Bereitstellung von Informationen und die Überweisung zu Spezialist:innen in den Krankenakten nicht konsequent dokumentiert (Olive, 2017a, S. 19, 21).

Für die Intervention nach sexualisierter Gewalt empfiehlt die WHO zusätzlich die Berücksichtigung einer vollständigen Anamnese und Untersuchung, Notfallkontrazeption und eines Schwangerschaftsabbruchs sowie die Berücksichtigung einer Postexpositionsprophylaxe gegen sexuell übertragbare Infektionskrankheiten.

Die WHO empfiehlt zudem, die Versorgung nach Gewalt bereits in die Ausbildung von medizinischem Personal zu integrieren, ergänzt durch anschließende Fort- und Weiterbildungen (WHO, 2013b). Dies wird auch als ausdrücklicher Wunsch von Seiten des medizinischen Personals formuliert (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1185; Rasch et al., 2020, S. 27–28, 43, 45; Robinson, 2010, S. 574; Tossone, 2015, S. 100–101). Andernfalls können sich Unsicherheiten aufgrund fehlender Schulungen und Erfahrungen darin äußern, dass das Personal annimmt, Patient:innen würden weiterführende Hilfe nicht in Anspruch nehmen (Robinson, 2010, S. 573). Auch wird befürchtet, Patient:innen könnten die Frage nach Gewalt als beleidigend auffassen (Robinson, 2010, S. 573). Dies hat zur Konsequenz, dass Teile des Personals die Frage nach Gewalt vollends vermeiden (Robinson, 2010, S. 574) und, dass die Versorgung insgesamt von geringerer Qualität ist (Fischer, 2020, S. 42, 54; Tossone, 2015, S. 101). Vielfach wird es jedoch von Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, als wichtig erachtet, hiernach gefragt zu werden (Riedl et al., 2019, S. 7; Sethi, Watts, Zwi, Watson, & McCarthy, 2004, S. 181, 182).

Ein weiterer Aspekt, dem zunehmend Beachtung von Seiten der WHO geschenkt wird, ist die Überschneidung zwischen Frauen, die Gewalt erleben und Frauen, die in Berufen arbeiten, in denen von Gewalt betroffene Frauen versorgt werden (WHO, 2013b, S. 40; 2017, S. 73–74; 2019, S. 82). Diese Überschneidung der Lebenswelten sollte als Potenzial für eine verbesserte Versorgung genutzt werden, da medizinisches Personal, das Gewalt im sozialen Nahraum erlebt, hohe Kompetenzen aufgrund von eigenen Erfahrungen in die Versorgung einbringen kann (Gruber & Logar, 2015, S. 48).

Mit der sogenannten Istanbul-Konvention unterzeichnete 2017 die Europäische Union das rechtlich bindende „Übereinkommen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ (Women Against Violence Europe [im Folgenden WAVE] Team, 2019), welches eine ähnliche Richtung wie das Unterziel „Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation“ der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen anstrebt (Vereinte Nationen [im Folgenden UN], 2015b). 2017 ließ Deutschland die Istanbul-Konvention ratifizieren (Europarat, 2011) mit anschließendem Inkrafttreten im Jahr 2018 (Zenzen, 2018), womit die Verpflichtung eingegangen wurde, Frauen vor allen Formen von Gewalt zu schützen, Gewalt zu vermeiden und Gewalttaten entsprechend zu sanktionieren (Europarat, 2011, Art. 4). Für das Gesundheitssystem ist laut Istanbul-Konvention

nach Gewalt der Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten sowie zu geschultem Personal, das an die relevanten Stellen weiterleitet, sicherzustellen (vgl. Europarat, 2011, Art. 20 Absatz 2), hierfür wird zu einer koordinierten behördenübergreifenden Zusammenarbeit ermutigt (vgl. Europarat, 2011, Art. 15 Absatz 2). Der Bedarf an besser koordinierter Versorgung vor allem zwischen Sanitäter:innen, der Polizei und medizinischem Personal in der Klinik wird auch in der Forschung weiterhin identifiziert (Di Giacomo et al., 2017, S. 2314; Rasch et al., 2020, S. 39–44; Sawyer, Coles, Williams, & Williams, 2018, S. 15). Die WHO empfiehlt ebenso die multisektorale Koordination, bei der es einer standardisierten Überweisungsstruktur zwischen unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitssystems und zwischen dem Gesundheitssystem und anderen beteiligten Sektoren bedarf (WHO, 2017, S. 32, 35–36, 84–90). Der Umstand, dass viele Patient:innen, die aufgrund von Gewalt im sozialen Nahraum die Notaufnahme aufsuchen, mit dem Krankenwagen gebracht werden, beleuchtet die Bedeutung der Sanitäter:innen und Notärzt:innen im Erkennen der Gewalt. Potenziell bleiben sie die einzige Schnittstelle zum Gesundheitssystem, wenn Personen, die Gewalt erleben, nicht in die Notaufnahme transportiert werden (Sawyer et al., 2018). Zudem bedarf es laut Istanbul-Konvention für Frauen, die sexualisierte Gewalt erleben, „eine(r) sofortige(n) medizinische(n) Versorgung und Hilfe in Bezug auf das erlittene Trauma in Verbindung mit einer rechtsmedizinischen Untersuchung zur Sicherung der für die Strafverfolgung benötigten Beweise ...“ (Europarat, 2011, S. 70). In der Realität werden für Deutschland stark variierende Wartezeiten von der direkten Konsultation bis hin zu einer Wartezeit von sechs Stunden und achtzehn Minuten dokumentiert (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1182). Auch von Seiten des Personals der Notaufnahme werden die zeitlichen Ressourcen als Herausforderung im Zusammenhang mit der Versorgung nach Gewalt im sozialen Nahraum und sexualisierter Gewalt angesehen (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1183; Rasch et al., 2020, S. 65; Tossone, 2015, S. 101).

National und international wird die Umsetzung der Istanbul-Konvention durch eine Expert:innengruppe dokumentiert und analysiert (Schröttle, 2017), wofür Staatenberichte erstellt werden. Im deutschen Staatenbericht wird im Zusammenhang mit Aus- und Fortbildungen im Gesundheitswesen betont, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin vorsieht, „sexuellen Missbrauch“ zu thematisieren. Auch werden „(...) Verhütung und Aufdeckung von Gewalt gegen Frauen, Interventionsstandards, Gleichstellung, Bedürfnisse und Rechte der Opfer sowie Wege zur Verhütung der sekundären Viktimisierung und behördenübergreifende Zusammenarbeit

(...)“ durch die erneuerten Ausbildungskurrikula zu Hebammen- und Pflegeberufen in der Ausbildung aufgegriffen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [im Folgenden BMFSFJ], 2020, S. 21). Zudem sollten Patient:innen, die gesetzlich krankenversichert sind, laut des deutschen Staatenberichtes universellen Zugang zu Versorgungen von körperlichen sowie psychischen Folgen von Gewalt haben. Für die vorliegende Arbeit ist entsprechend zu beachten, dass die Dimension des Versicherungsstatus die Versorgung unterschiedlich stark beeinflusst. Je nach Staat gibt es unterschiedliche Krankenversicherungsmechanismen. Zwar herrscht beispielsweise in Deutschland die Pflicht, krankenversichert zu sein. Aufgrund finanzieller und administrativer Barrieren sind dennoch nicht alle in Deutschland lebenden Menschen versichert (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [im Folgenden OECD] & European Observatory on Health Systems Policies, 2019, S. 15). Zudem ist die Unterscheidung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung in Deutschland zu beachten. So werden Konsultationen bei Spezialist:innen durch gesetzlich Versicherte kritischer in Bezug auf das Vertrauen, die Autonomie und die Kommunikation beurteilt (Tille et al., 2019, S. 169).

Es ist zusätzlich für Deutschland gesetzlich festgehalten, dass die Wahl von Leistungserbringenden in Bezug auf ihr Geschlecht sichergestellt werden muss (BMFSFJ, 2020, S. 31). Für Berlin gibt es jedoch zwei Erhebungen, die darauf hindeuten, dass dies nicht konsequent umgesetzt wird (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1182; Rasch et al., 2020, S. 54). Seit März 2020 soll in Deutschland die vertrauliche Spurensicherung zur Krankenbehandlung, auf die Versicherte einen Anspruch haben, gehören und in anonymisierter Form von Leistungserbringenden mit den Krankenkassen abgerechnet werden können, sodass zumindest ein Teil der Finanzierungslücken formal geklärt ist (BMFSFJ, 2020, S. 21; Fischer, 2020, S. 72).

Zur Umsetzung der Zielsetzung „Unterstützung für Opfer sexueller Gewalt“ der Istanbul-Konvention (Europarat, 2011), stellt Fischer (2020, S. 43) fest, dass in Deutschland bis 2020 kein flächendeckendes Netz einer Versorgungsstruktur entstanden ist, innerhalb derer Menschen, die Gewalt erleben, ein standardisiertes Versorgungsangebot angemessen schnell erreichen und gleichzeitig eine hohe Qualität in der Akutversorgung erwarten können. Diese Qualität hängt häufig von der Einrichtung oder dem behandelnden medizinischen Personal ab, welches geminderte Qualität aufgrund von Finanzierungslücken durch Eigenengagement kompensiert (Fischer, 2020, S. 45). Da bisher weder die Verletzungsdokumentation und Spurensicherung noch die medizinische Versorgung vollständig vergütet werden, kommt es für Kliniken, die

vertrauliche Spurensicherungen anbieten, zu einer Mehrbelastung (Fischer, 2020, S. 74). Dies kann eine Erklärung dafür sein, weshalb medizinisches Personal Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt zu einer Anzeige rät (Fischer, 2020, S. 67–77). Auch global sind weiterhin Lücken in der Umsetzung der Istanbul-Konvention zu verzeichnen (WAVE Team, 2019).

Während global davon ausgegangen wird, dass eine von drei Frauen physische und/oder sexualisierte Gewalt durch Partner:innen oder sexualisierte Gewalt außerhalb der Partner:innenschaft erlebt hat (WHO, 2013a), liegt der Anteil in Deutschland bei etwa 22 Prozent der Frauen (im Alter zwischen 16 und 85 Jahren), die mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben (FRA, 2014).

Laut Angaben des Department of Economic and Social Affairs der Vereinten Nationen suchen global jedoch weniger als vierzig Prozent der Frauen Hilfestrukturen auf, zur Polizei gehen von ihnen weniger als zehn Prozent (UN, 2015a, S. 159). Europäische Ergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen den von ihnen als schwerwiegendsten erinnerten Vorfall von Gewalt im sozialen Nahraum der Polizei in 14 Prozent der Fälle melden (FRA, 2014, S. 24; vgl. hierzu auch Safelives, 2015). In Deutschland wurden im Hellfeld laut Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes 2019 insgesamt 141 792 Opferwerdungen von vollendeten und versuchten Delikten der Partnerschaftsgewalt erfasst (Bundeskriminalamt, 2020, S. 6). Als Einflussfaktoren für die Entscheidung, erlebte sexualisierter Gewalt weder der Polizei noch einer anderen Einrichtung zu melden, werden für etwa ein Viertel der betroffenen Frauen Gefühle von Scham oder Verlegenheit angenommen (FRA, 2014, S. 24).

Direkte Kosten infolge von Gewalt gegen Frauen werden für Deutschland auf mindestens 3,8 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Hinzu kommen indirekte Kosten, welche über den Verlust an Lebensqualität in Form von Disability Adjusted Life Years geschätzt werden, und sich auf weitere 18 Milliarden Euro belaufen (Sacco, 2017).

Im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen, mussten bereits deutliche Steigerungen der Prävalenz von Gewalt im sozialen Nahraum bis hin zu einer Verdoppelung in einzelnen Ländern verzeichnet werden (Brux, 2021; UN, 2020; WAVE Network & European Information Centre against Violence, 2020, S. 1). Die bereits zuvor existierenden Probleme wurden vor allem für vulnerable Gruppen verschärft (WAVE Network & European Information Centre against Violence, 2020, S. 1).

Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt richtet sich zu einem Großteil gegen Frauen – in Deutschland ist das Verhältnis der dokumentierten weiblichen Fälle 81 Prozent zu 19 Prozent männlicher Opferwerdungen (Bundeskriminalamt, 2020, S. 19; siehe hierzu auch Europarat, 2011, Art. 2 Abs. 1) weshalb der Europarat von geschlechtsbezogener Gewalt gegen Frauen spricht. Ein anderer Grund für diesen Ausdruck ist, dass Frauen aufgrund ihres Geschlechtes Gewalt erleben (Europarat, 2011, Art. 2 Abs. 1). Geschlechtsbezogene Gewalt gegen Frauen ist ein strukturelles Problem von Gesellschaften und ist auch als solches zu bekämpfen. Durch patriarchale Strukturen, welche bestehen und regelmäßig reproduziert werden, wird geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen als strukturelles Problem und nicht als „Einzeltragödie“ überhaupt erst ermöglicht und sollte auch als solches Muster benannt werden (vgl. hierzu Fulu & Miedema, 2015, S. 205; Walby, Towers, & Francis, 2014; WAVE Team, 2019; Wersig & Steinl, 2020; WHO, 2013a, S. 36; 2017, S. 73). In einer europäischen Befragung von 42 002 Frauen im Alter zwischen 18 und 74 Jahren aus dem Jahr 2012, stellt die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte fest, dass „(...) die Hälfte aller Frauen zumindest manchmal aus Angst vor körperlichen oder sexuellen Übergriffen bestimmte Situationen oder Orte meidet. (...) Angst von Frauen vor Straftaten – insbesondere ihre Angst vor geschlechtsbezogener Gewalt – wirkt sich also im Alltag negativ auf die Bewegungsfreiheit von Frauen aus.“ (FRA, 2014, S. 14). Diese Ergebnisse drücken die Präsenz der Gewalt in der Öffentlichkeit aus, Gewalt wird jedoch wesentlich häufiger im unvermeidbaren sozialen Nahraum ausgeübt (vgl. RKI, 2020, S. 309).

Dies ist neben tradierten gesellschaftlichen Normvorstellungen auf die Rechtsprechungen zurückzuführen, welche sich zwar international unterscheiden, jedoch lässt sich eine vergleichbare Tendenz abzeichnen. Die Istanbul-Konvention definiert Gewalt gegen Frauen als eine Menschenrechtsverletzung (Europarat, 2011, Art. 3 Satz a). Auch im Kontext von Gewalt gegen Frauen ist intersektional zu denken (Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016). So sind Frauen häufig Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt (Europarat, 2011, S. 49; Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“, 2019, S. 24), die sich gegenseitig beeinflussen und nicht ausschließlich als eine Aneinanderreihung von Marginalisierungsgründen zu verstehen sind. Hierdurch haben Frauen aufgrund bestimmter Faktoren ein erhöhtes Risiko, Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt zu erleben, wenn sie bestimmte Merkmale in sich vereinen. Dazu zählen unter anderem: Kindheit, Jugend und hohes Alter (Beach, Carpenter, Rosen, Sharps, & Gelles, 2016; FRA, 2014, S. 32;

UN, 2015a, S. 148; WHO, 2013a, S. 16), Beeinträchtigungen/Behinderungen (Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“, 2019, S. 24–25; RKI, 2020, S. 312; Schröttle et al., 2012, S. 19) und die Identifikation im LGBTIQ*-Spektrum (Goldenberg et al., 2018, S. 22; Harland et al., 2018, S. 6; Langenderfer-Magruder, Whitfield, Walls, Kattari, & Ramos, 2014, S. 859). Auch ein Migrationshintergrund (Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“, 2019, S. 22; WAVE Team, 2019), of Color zu sein (Hester et al., 2012, S. 43; Lipsky & Caetano, 2007, S. 2251; Stockman, Hayashi, & Campbell, 2015, S. 76), finanzielle Abhängigkeit (Loke, Wan, & Hayter, 2012, S. 2340) und eine instabile Wohnsituation sind Risikofaktoren für das Erleben von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt (Goldenberg et al., 2018, S. 22; Jasinski, Wesely, Mustaine, & Wright, 2005; Riley et al., 2020, S. 81).

Zusätzlich können auch bestimmte Lebensphasen identifiziert werden, in denen Frauen einem erhöhten Risiko von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind (Hornberg, Schröttle, Bohne, Khelaifat, & Pauli, 2008, S. 20) beziehungsweise bestimmte Situationen aufgrund von Gewalt entstehen – die WHO benennt in diesem Zusammenhang mögliche Bidirektionalitäten (WHO, 2013b, S. 23–26). Vielfach wird eine Assoziation zwischen dem Erleben von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenalter diskutiert (FRA, 2014, S. 35; Jasinski et al., 2005, S. 93; RKI, 2020, S. 312; Schröttle & Vogt, 2016, S. 480). Auch die Schwangerschaft und die Geburt von Kindern werden als riskante Phasen, Gewalt zu erleben, identifiziert (FRA, 2014; Hornberg et al., 2008, S. 19–20; Jasinski et al., 2005, S. 20; Joshi et al., 2012, S. 9). Ebenso ist die (potenzielle) Trennung eine Phase, in der das Risiko für Frauen besonders hoch ist, durch Gewalt tödlich verletzt zu werden (Farr, 2002, S. 274; Schröttle & Ansorge, 2008; Wersig & Steinl, 2020, S. 3; Zara et al., 2019, S. 1304).

Gesundheitsfolgen

Global sind 42 Prozent der Frauen durch Gewalt im sozialen Nahraum physisch verletzt worden (WHO, 2013a). In Deutschland haben fast 61 Prozent der Frauen durch die schwerwiegendste erlebte Gewalt im sozialen Nahraum und fast 57 Prozent durch sexualisierte Gewalt körperliche Verletzungen davongetragen (Schröttle et al., 2006, S. 27). Gewalt kann unterschiedliche akute wie chronische Gesundheitsfolgen verursachen (Riedl et al., 2019, S. 7). Dies umfasst auch die sexuelle, reproduktive, perinatale und psychische Gesundheit (FRA, 2014, S. 23; Stockman et al., 2015, S. 75; WHO, 2013a). Bei letzterer sind vor allem Depressionen, Angststörungen,

Panikattacken (FRA, 2014, S. 24–25; Riedl et al., 2019, S. 5; Stockman et al., 2015, S. 75; WHO, 2013a) und posttraumatische Belastungsstörungen häufige Folgen (Riedl et al., 2019, S. 5; Stockman et al., 2015, S. 75). Laut WHO sind die Assoziationen zwischen Depressionen und daraus resultierende Suizidgedanken nicht zwangsläufig kausal mit Gewalt zu verstehen, sondern bidirektional (WHO, 2013a, S. 24–26). Vor allem Gewalt im sozialen Nahraum aber auch sexualisierte Gewalt durch Partner:innen sind meist sich wiederholende Muster und selten ein einmaliges Vorkommnis (FRA, 2014, S. 22). Auch ist die Zunahme der Intensität in der Gewaltdynamik zu beobachten (Safelives, 2015, S. 14). Das Risiko durch vollendeten Mord, Totschlag oder Körperverletzung zu versterben ist vor allem in Trennungssituationen erhöht (WHO, 2013a, S. 26; Zara et al., 2019, S. 1304). Auch in Deutschland ist der Tod durch Gewalt im sozialen Nahraum Realität (RKI, 2020, S. 314), so dokumentierte das BKA für 2019 117 Frauen und 32 Männer, die an Gewalt im sozialen Nahraum verstarben (Bundeskriminalamt, 2020, S. 5).

Positionalität der Forschenden und theoretische Verortung

Um die eigene Rolle der Forschenden im Kontext von Gewaltforschung kritisch zu reflektieren (vgl. Hagemann-White, 2016, S. 13–14), wurde eine Positionalitäts-Grafik, orientiert an Jacobson und Mustafa (2019), erstellt (siehe Anhang, Abb. 1). Hierin werden Überschneidungen zum Forschungsthema sowie die Perspektive, aus der heraus die vorliegende Arbeit entsteht, verdeutlicht (vgl. hierzu auch Mruck & Breuer, 2003).

Laut Krieger (2011, S. 294) soll eine Theoriebasierung in der Gesundheitsforschung den Forschenden unter anderem ermöglichen, kritisch im Umgang mit Studien zu bleiben. Hierdurch wird epidemiologisches Wissen besonders für die Prävention von Krankheiten, die Förderung gesundheitlicher Gerechtigkeit und die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit nützlich (Krieger, 2011, S. 294) und kann dazu beitragen, sich jenseits von kategorialer Forschung zu Geschlecht und Gesundheit zu bewegen (Hammarström & Hensing, 2018, S. 8). Die vorliegende Arbeit entsteht aus dem Paradigma queerer Dekonstruktionstheorien. Hierbei wird queer verstanden als „(...) an act of understanding something from a non-normative perspective (...)“ (Haynes & Leap, 2018). Bei der Annahme der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit entsteht Wirklichkeit erst durch Kommunikation. Gesellschaft ist dementsprechend als menschliches, und Menschen sind als gesellschaftliches Produkt zu verstehen (Berger &

Luckmann, 1966). Im Sinne von Intersektionalität, die verstanden wird als „(...) the way in that the varied aspects of an individual’s identity – such as class, ethnicity, gender, disability and location – interact to produce complex patterns of inequality, poverty and discrimination.“ (Giddens & Sutton, 2017, S. 536) sind ebendiese Muster in Unterschieden zu erforschen (Haynes & Leap, 2018).

1.1 Begriffsbestimmungen

Gewalt im sozialen Nahraum beschreibt Verhaltensweisen, die in der sozialen Interaktion zwischen sich nahestehenden Menschen, schädigen oder bei denen intendiert wird, Schaden zu verursachen. Diese Definition umfasst auch Menschen, die nicht miteinander verwandt sind, ebenso wie Menschen, die keine institutionelle Verbindung – wie zum Beispiel die Eheschließung – eingehen (Godenzi, 1996). Der Ausdruck ‚Gewalt im sozialen Nahraum‘ ist allgemein gehalten und soll jede Gewalt gegen Frauen miteinschließen. Vom Europarat wird Gewalt gegen Frauen als „alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben“ (Europarat, 2011, Art. 3) bezeichnet. Darüber hinaus soll mit der Verwendung dieser Begriffskombination die binäre Vorstellung von Geschlecht vermieden werden. Der Fokus dieser Arbeit soll somit auf Frauen und Menschen liegen, die sich der Kategorie „Frau“ zugehörig fühlen, da geschlechtsspezifische Gewalt eine Manifestation des historisch gewachsenen Ungleichgewichtes der Macht zwischen Männern und Frauen ist (UN, 2015a). Ebenso werden alle volljährigen Altersstufen in dieser Arbeit einbezogen. Ein weiterer Grund für die Wahl dieser Begriffskombination ist, dass zumindest der Begriff – im Gegensatz zu sogenannter Häuslicher Gewalt – die Assoziation zwischen Gewalt und Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit zulässt.

Erstmalig wurde Gewalt gegen Frauen in der Deklaration zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen der UN als geschlechtsbezogene Gewalt (gender-based violence) 1993 benannt (vgl. Hagemann-White, 2020). In Deutschland wurde sich vor allem von Seiten der Frauenbewegung dafür eingesetzt, dass Gewalt offiziell als solche benannt und bekämpft wurde. Aus diesem Grund musste ein gemeinsamer Begriff gefunden werden, mit dem unterschiedliche Institutionen über das gleiche Phänomen redeten, wenn sie kooperierend am gleichen Thema arbeiteten. Als Kompromiss zwischen

Hilfeeinrichtungen und etablierten Institutionen wie der Justiz und der Polizei wurde sich daher auf den Begriff Häusliche Gewalt geeinigt. In Deutschland wurde Häusliche Gewalt anfangs ausschließlich als Gewalt zwischen Erwachsenen und insbesondere in Paarbeziehung definiert. Entgegen der Assoziation von der Häuslichkeit, innerhalb derer die Gewalt stattfindet, wird Häusliche Gewalt unabhängig davon verstanden, wo sich Angriffe und Verletzungen ereignen. Zusätzlich geht es in Deutschland bei dem Begriff Häuslicher Gewalt nicht um Kinder, die Gewalt ausgesetzt sind, da diese Form der Gewalt bereits zuvor im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Strafgesetzbuch eindeutig geregelt waren (vgl. Hagemann-White, 2020). Problematisch am Begriff Häusliche Gewalt ist zusätzlich, dass er die Geschlechterdimension des Problems unbenannt lässt (Gloor & Meier, 2014, S. 16). Im Zusammenhang mit dem Begriff Intimate Partner Violence (IPV) weist Olive (2017a) darauf hin, dass bei medizinischem Personal eine hohe Hemmschwelle besteht, diese Gewalt auch als solche zu benennen.

Für die vorliegende Arbeit wird daher der Begriff Gewalt im sozialen Nahraum verwendet. In dieser Arbeit wird sexualisierte Gewalt gesondert benannt. Zwar umfasst die Definition von Gewalt im sozialen Nahraum auch sexualisierte Gewalt, jedoch unterscheidet sich die Gesundheitsversorgung nach sexualisierter Gewalt von anderen Formen von Gewalt im sozialen Nahraum (vgl. WAVE Team, 2019, S. 41). Sexualisierte Gewalt wird in dieser Arbeit verstanden als jegliche Form von nicht einvernehmlicher, ungewollter Handlung, ihrem Versuch, ihrer Androhung der oder ihre tatsächliche Durchführung (vgl. Europarat, 2011), ausgeübt durch sexuelle Mittel. Ebenso kann sexualisierte Gewalt auch in Form eines gezielten Angriffs auf das biologische oder gesellschaftliche Geschlecht oder die sexuelle Identität einer Person auftreten. Die oben genannten Aspekte müssen keinen physischen Kontakt beinhalten, um als sexualisierte Gewalt zu gelten (vgl. Equity & Human Rights Office, 2020).

1.2 Ziel

Die Erfahrungen von den Patient:innen sollen in dieser Arbeit erfasst, thematisch gruppiert und anschließend analysiert werden. Als Anhaltspunkt hierzu sollen die Dimensionen von Responsiveness dienen (vgl. hierzu Röttger, Blümel, Fuchs, & Busse, 2014; Valentine, Darby, & Bonsel, 2008; Valentine et al., 2003). Diese werden zunächst als gesetzt gesehen und bei Bedarf für eine genauere Beschreibung der Situation um einzelne Dimensionen ergänzt.

Anhand des Question formulation framework for qualitative evidence syntheses 'PerSPE(C)TiF' (Booth et al., 2019) wird zusammengefasst:

Tabelle 1: Question formulation framework for qualitative evidence syntheses 'PerSPE(C)TiF' (Booth et al., 2019)

'PerSPE(C)TiF'	
Perspective	Volljährige Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben und in die Notaufnahme kommen
Setting	Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme (Ersthilfe)
Phenomenon of interest/Problem	Erfahrungen zur Gesundheitsversorgung
Environment	Notaufnahme (nicht auf eine geographische Zone begrenzt)
Comparison (optional)	/
Time/Timing	Nach dem Erleben von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt
Findings	(Qualität der) Gesundheitsversorgung im Sinne der Responsiveness

Vor dem oben benannten Hintergrund wird in dieser Arbeit folgende Forschungsfrage bearbeitet: Welche Erfahrungen machen Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt im Zusammenhang mit der (Qualität im Sinne der Responsiveness der) Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme?

Um sich einer Antwort auf diese Frage anzunähern, wird im nachfolgenden Kapitel Responsiveness als Dimension von Qualität eines Gesundheitssystems erklärt (Kap. 2). Anschließend wird die gewählte Methode – eine Qualitative Evidence Synthesis in Form einer Thematischen Synthese – vorgestellt, die entlang des Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research (im Folgenden ENTREQ) Statements durchgeführt wird (Kap. 3). Nach der Darstellung der Suchstrategie (Kap. 3.1) und den Eigenschaften der eingeschlossenen Veröffentlichungen (Kap. 3.4) – inklusive Bewertung orientiert am Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (im Folgenden COREQ) Checkliste (Kap. 3.5) – wird das

Forschungsdesign erläutert (Kap. 4). Anschließend werden die Erkenntnisse entlang der Responsiveness-Dimensionen zuzüglich Diversitäts-, Sicherheits- und Versicherungsaspekten dargestellt (Kap. 5) und im darauffolgenden Kapitel eingeordnet und diskutiert (Kap. 6), um zu einem abschließenden Fazit (Kap. 7) zu gelangen.

2 Responsiveness

Responsiveness ist eine Dimension von Qualität eines Gesundheitssystems (Busse, Panteli, & Quentin, 2019, S. 8) und gilt als eins der drei intrinsischen Ziele, anhand derer die Gesundheitssystemperformance gemessen wird (Darby, Valentine, Murray, & de Silva, 2000, S. 1). Konzeptualisiert wurde Responsiveness durch die WHO im Jahr 2000 (Darby et al., 2000) durch standardisierte, geschlossene Surveys zu subjektiven Wahrnehmungen von Befragten. Trotz einer ursprünglich quantitativ ausgerichteten Konzeptualisierung von Responsiveness führten Röttger et al. (2014, S. 88–89) im Kontext eines Forschungsprojektes zu Responsiveness Fokusgruppen-Diskussionen durch, codierten die Daten – wie es in der vorliegenden Arbeit auch der Fall ist – deduktiv mithilfe der Dimensionen von Responsiveness und konnten zusätzliche Dimensionen von Responsiveness identifizieren.

Zwei Studien, die Responsiveness in einem globalen Kontext erstmals in diesem Ausmaß analysieren, sind die WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 (Üstün et al., 2001) und das World Health Survey 2002 (im Folgenden WHS) (Üstün, Chatterji, Mechbal, & Murray, 2003). Eins der Ziele des WHS, welches im August 2001 von der WHO initiiert wurde, ist es, die durch das WHS generierten Informationen für das Monitoring der Indikatoren der Ziele für nachhaltige Entwicklung festgelegt in der Agenda 2030 zu nutzen (Üstün et al., 2003, S. 799). Die WHO definiert Responsiveness als „(...) how well the health system meets the legitimate expectations of the population for the non-health enhancing aspects of the health system.“ (Darby et al., 2000, S. 1). Auch in Abgrenzung zu anderen Konzepten ist hierbei zu betonen, dass auch illegitime, nicht zu rechtfertigende Erwartungen existieren, welche jedoch nicht für die Responsiveness von Relevanz sind (Busse, 2013, S. 256; Murray & Frenk, 2000, S. 720).

Mirzoev und Kane (2017, S. 7) projizieren die Responsiveness eines Gesundheitssystems auf drei Bereiche: (a) Menschen, (b) die Antwort des Gesundheitssystems und (c) unterschiedliche Einflüsse, die sowohl die Interaktionen auf Seiten der Menschen als auch auf Seiten des Gesundheitssystems beeinflussen. Im Kontext des wirklichen

Erfahrens einer Interaktion zwischen Menschen und ihrem Gesundheitssystem wird betont, dass diese Perspektive die Erfahrungen der Menschen in den Mittelpunkt rücken sollte. Zudem ist die Erfahrung der Interaktion geformt durch die jeweiligen Menschen (Patient:innen), ihre individuellen Erfahrungen sowie durch „the health system’s response“ und den jeweiligen Kontext, innerhalb dessen die Interaktion stattfindet (Mirzoev & Kane, 2017, S. 7).

Mit der Entwicklung von Leitlinien zur Gesundheitsversorgung nach Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt (vgl. WHO, 2013b) wird sich letztlich über die Abdeckung ähnlicher Aspekte dem Ziel eines responsiven Gesundheitssystems angenähert.

Die WHO ordnet zur Operationalisierung von Responsiveness sieben Dimensionen zwei Kategorien zu, anhand derer sich Responsiveness unter bestimmten Bedingungen in unterschiedlichen Ländern vergleichbar erheben lässt und das Konzept von Responsiveness somit auf alle Gesundheitssysteme anwendbar ist:

1. Respect-for-Persons: Autonomy, Confidentiality of Personal Information, Dignity.

Diese Kategorie wurde durch Valentine et al. (2003) um die Dimension *Clarity of Communication* ergänzt. Röttger et al. (2014) und auch Mirzoev und Kane (2017) fügen zudem die Dimension *Trust* hinzu.

2. Client or Patient-Oriented: Choice (of Provider), Prompt Attention, Quality of Basic Amenities, Access to Family and Community Support.

Röttger et al. (2014) ergänzen zu dieser Kategorie die Dimension *Coordination and Continuity of Care*.

Die Ergänzungen durch Röttger et al. (2014) werden im Zusammenhang mit der Adressat:innengruppe chronisch erkrankter Patient:innen entwickelt, sollen jedoch auf die hier adressierte Patient:innengruppe übertragen werden, da Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt bzw. ihre Folgen ebenfalls einen chronischen Charakter aufweisen können (RKI, 2020, S. 313–318). Die Dimensionen dienen mehr einem Anhaltspunkt und können nicht durchgehend klar voneinander getrennt werden, da sie Überschneidungen zueinander haben und sich gegenseitig beeinflussen (Röttger et al., 2014, S. 91).

Bereits im Programm des WHS wird betont, dass die WHO mit den WHS ein Instrument geschaffen hat, um bedeutsame Vergleiche über die Zeit und Subgruppen, innerhalb von und zwischen unterschiedlichen Nationalstaaten ziehen zu können (Üstün et al., 2003, S. 807). Auch wenn betont wird, dass die Vergleichbarkeit zwischen

unterschiedlichen Nationalstaaten und somit zwischen unterschiedlichen Gesundheitssystemen anhand von Erhebungen zu Responsiveness ermöglicht wird, gibt es Grenzen, welche zum Beispiel im variierenden Antwortverhalten der jeweiligen Befragten begründet sind, und welche es zu erforschen gilt (Sirven, Santos-Eggimann, & Spagnoli, 2012, S. 266).

Individuelle Unterschiede stellen Tille et al. (2019) in ihrer Studie zur Responsiveness im deutschen ambulanten Versorgungssystem fest. Jüngere Patient:innen, Patient:innen mit einer höheren Bildung und Patient:innen in einem schlechteren Gesundheitszustand bewerten die Responsiveness des Gesundheitssystems kritischer. Doch da nicht nur der durchschnittliche Grad von Responsiveness bedeutsam ist, sondern auch untersucht werden soll, wie die Ungleichheiten verteilt sind, wird ein Fokus auf die Unterschiede in sozialen, ökonomischen und demographischen Faktoren gerichtet (Murray & Frenk, 2000, S. 720).

Was den Vergleich zwischen europäischen Nationalstaaten betrifft können Jones, Rice, Robone, und Dias (2011, S. 16) zur Analyse von Ungleichheiten in Responsiveness, festhalten, dass es eine große Spannweite diesbezüglich gibt. Tendenziell weisen nordeuropäische Nationalstaaten größere und südeuropäische Nationalstaaten kleinere Ungleichheiten in Responsiveness auf.

Responsiveness ist in Abgrenzung zu dem Konzept der Patient:innenzufriedenheit zu verstehen. Dass für die vorliegende Arbeit letzteres Konzept nicht gewählt wurde, liegt unter anderem daran, dass es sehr stark von den Erwartungen der Patient:innen abhängt. Diese haben unabhängig davon, ob die Erwartungen von Patient:innen erfüllt werden, einen Effekt auf die Zufriedenheitsevaluation (Busse, 2013, S. 256; Williams, 1994, S. 512).

Bei dem Konzept der Patient:innenzufriedenheit hängen die Evaluationen von Patient:innen zudem beispielsweise von der Differenzierfähigkeit zwischen dem Gesamtsystem und einem bestimmten Subsektor des Gesundheitssystems oder der (Un-)Fähigkeit der Befragten, zwischen dem Gesundheitssystem und der Regierung im Allgemeinen zu unterscheiden, ab (Busse, 2013, S. 257). Das Konzept von Patient:innenzufriedenheit kann laut Williams (1994, S. 514) nur bedeutungsvoll sein, wenn Patient:innen auch im Rahmen von Patient:innenzufriedenheit denken, handeln und evaluieren. Wenn ihnen innerhalb von Evaluationen jedoch das Konzept aufoktroiert wird, kann dies zu missverständlichen Aussagen und Fehlinterpretationen führen (Williams, 1994, S. 515). Ein weiterer in Betracht zu ziehender Kritikpunkt an dem Konzept der Patient:innenzufriedenheit liegt darin, dass die meisten Patient:innen

ihrer Versorgung gegenüber unkritisch sind und hinnehmen, dass diese von extrem schlechter Qualität ist, bevor sie ihre Unzufriedenheit äußern (Williams, 1994, S. 513). Darby et al. (2000) und De Silva (2000) unterscheiden zwischen dem Konzept Patient:innenzufriedenheit und dem der Responsiveness nach Umfang (Scope), Reichweite (Range) und Rationale. Üblicherweise fokussiert sich Patient:innenzufriedenheit auf "clinical interactions in specific health care settings", während Responsiveness das Gesundheitssystem als ein Ganzes zu evaluieren versucht. Bezüglich der Reichweite (Range) ist Patient:innensicherheit weiter gefasst und deckt sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Aspekte des Gesundheitssystems ab, wobei Responsiveness ausschließlich nicht-medizinische Bestandteile einbezieht. Im Zusammenhang mit dem Rationale ist die Patient:innenzufriedenheit eine komplexe Kombination von wahrgenommenem Bedarf, individuellen Erwartungen und der Erfahrung der Versorgung. Responsiveness hingegen umfasst "individual" perceptions of the health system against "legitimate universal expectations." (Darby et al., 2000).

Wenn Menschen, die Gewalt erleben dies jedoch gar nicht als unrecht empfinden, weil sie ihr Gewalterleben als „normal“ internalisieren oder denken, sie hätten Gewalt als Strafe für ihr Verhalten verdient (vgl. z. B. Giddens & Sutton, 2017, S. 882), dann ist die entsprechende Erwartung, dass medizinisches Personal der Notaufnahme sie darauf anspricht oder ihnen Unterstützung anbietet, entweder nicht vorhanden, stößt auf Misstrauen oder stellt eine übertroffene Erwartungen dar und verzerrt somit die Zufriedenheit.

Nachfolgend werden die einzelnen Dimensionen von Responsiveness aufgeführt und erläutert, um ein Verständnis für die Bedeutungen der Dimensionen zu schaffen, die trotz ihres quantitativ erhobenen Charakters eine qualitative Anwendung in der vorliegenden Arbeit finden werden, aus diesem Grund werden im Folgenden auch die deutschen Übersetzungen der Dimensionen verwendet.

2.1 Würde

Synonym wird im Zusammenhang mit Würde von einer respektvollen Gesundheitsversorgung gesprochen. Ebenso werden Freundlichkeit, "gegrüßt werden", Aufmerksamkeit, Zuhören, Zuwendung, „nicht ausgeschimpft oder angeschrien werden“ häufig mit würdevollem Umgang in der Gesundheitsversorgung assoziiert (Valentine et al., 2003, S. 580).

Bei der Definition von Würde bezüglich eines responsiven Gesundheitssystems von De Silva (2000, S. 7) lassen sich Überschneidungen zu anderen Dimensionen von

Responsiveness feststellen. Eingeschlossen in die Definition von Würde wird die Wahrung der Menschenrechte (De Silva, 2000, S. 7; WHO, 2000, S. 32). Auch eingeschlossen ist die Möglichkeit, während der Konsultation sowie während der Behandlung Fragen zu stellen und informiert zu werden. Ein letzter Aspekt, welcher sich mit der Vertraulichkeit persönlicher Informationen überschneidet (siehe Kap. 2.3), ist die Privatsphäre während Untersuchungen und Behandlungen (De Silva, 2000, S. 7).

2.2 Autonomie

Patient:innenautonomie im Kontext von Responsiveness bezieht sich auf das Recht von Patient:innen, über ihre Erkrankung und alternative Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren, in die eigene Behandlung mit einbezogen zu werden, eine informierte Einwilligung zu Testungen und Behandlungen zu geben sowie eine Behandlung zu verweigern (De Silva, 2000, S. 8). Allerdings ist zu beachten, dass das Recht auf Autonomie nicht dem Zwang entspricht, als Patient:in autonom handeln zu müssen (Valentine et al., 2003, S. 577). Auch sind die jeweiligen Umstände zu beachten, in denen das Recht auf Autonomie (nicht) greift. So sind beispielsweise Faktoren wie das öffentliche Wohlbefinden oder die Entscheidungskompetenz einer Patient:in zu berücksichtigen, wenn es darum geht, Behandlungen zu verweigern (Valentine et al., 2003, S. 577). Im Kontext von Gewalt ist beispielsweise zu betonen, dass nicht alle deutschen Kliniken die medizinische Versorgung von Patient:innen sicherstellen, wenn nach erlebter Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt keine Anzeige bei der Polizei erstattet wird (Fischer, 2020, S. 50; Rasch et al., 2020, S. 50–51).

2.3 Vertraulichkeit persönlicher Information

Im World Health Report 2000 wird Vertraulichkeit auch als das Recht, selbst festzulegen, wer Zugang zu persönlichen Gesundheitsinformationen hat, benannt (WHO, 2000, S. 32).

Valentine et al. (2003, S. 579) bringen im Zusammenhang mit der Vertraulichkeit persönlicher Information das Konzept der privilegierten Kommunikation ein. Dank ihr können Patient:innen sich dem Gesundheitspersonal mit der Gewissheit anvertrauen, dass die Information vertraulich behandelt wird. In einem responsiven Gesundheitssystem sollten dementsprechend keine patient:innenbezogenen Informationen ohne ihre Zustimmung herausgegeben werden. Ausgeschlossen hiervon sind spezifische Kontexte, in denen Informationen an die versorgende Einrichtung weitergegeben werden

müssen. Ein weiterer Aspekt der Vertraulichkeit ist die Privatsphäre während medizinischer Konsultationen (De Silva, 2000, S. 10). Auch hier ist erneut ein Dilemma zwischen individuellem und gesellschaftlichem Wohlergehen festzuhalten. Hierbei sei an übertragbare Krankheiten (Valentine et al., 2003, S. 579–580) oder an ethische Diskussionen über die Speicherung von sensiblen Daten in elektronischen Gesundheitsakten und wem der Zugriff zu diesen Akten gewährt wird, gedacht (De Silva, 2000, S. 11; Valentine et al., 2003, S. 579).

2.4 Kommunikation

Bei der Klarheit der Kommunikation geht es darum, dass Leistungserbringende den Patient:innen den Ursprung der Erkrankung, ihre Charakteristika und die benötigte Behandlung beziehungsweise ihre Optionen erklären (Bruster et al., 1994, S. 1545). Mit dieser Dimension verbunden sind Informationen in leicht verständlichen Worten, vorzugsweise in der Erstsprache der Patient:innen, das Verwenden nicht-technischer Begriffe und das Zuhören der/des Leistungserbringenden sowie das Beantworten von Fragen (Valentine et al., 2003, S. 578–579). Hierbei sind zwei Zeitfaktoren zu betonen: Die Möglichkeit, Fragen zu stellen, entsteht nur dadurch, dass genug Zeit gewährt wird (Valentine et al., 2003, S. 579) und das Gespräch zeitnah stattfindet (Röttger et al., 2014, S. 90).

2.5 Vertrauen

Eine von Röttger et al. (2014, S. 90) ergänzte Dimension der Responsiveness eines Gesundheitssystems ist die des Vertrauens. Medizinische Ratschläge und Behandlungen sollten nicht durch Interessenkonflikte seitens der/des Leistungserbringenden beeinflusst werden, sondern im Interesse von Patient:innen getätigt werden.

Die Kategorie Wahl von behandelnden Leistungserbringenden kann als Überschneidung zu Vertrauen verstanden werden, da wenn Patient:innen die Möglichkeit haben, regelmäßig gleiche Leistungserbringende aufzusuchen, auch die Compliance aufgrund von aufgebautem Vertrauen verbessert wird (De Silva, 2000, S. 12).

2.6 Sofortige Beachtung

In Notfällen aber auch sonst sollten Menschen innerhalb eines angemessenen Zeitraums behandelt werden und keine langen Wartelisten für Operationen, Beratungen oder sonstige Behandlungen befürchten (De Silva, 2000, S. 11). Im Kontext von sofortiger Beachtung spielt bereits das Wahrnehmen einer Person, die in die Gesundheitseinrichtung hineinkommt, eine Rolle. Dies ist jedoch nicht begrenzt auf medizinische

Versorgung, sondern kann sich auch auf administrative, nicht-medizinische Dienstleistungen beziehen (Valentine et al., 2003, S. 581).

2.7 Qualität grundlegender Ausstattung

Bei der Dimension der Qualität grundlegender Ausstattung wird die die Erbringung einer guten Infrastruktur und eines förderlichen Versorgungsumfeldes, wie zum Beispiel die regelmäßige Säuberung von Krankenhäusern, angemessene Möblierung, ausreichende Belüftung, sauberes Wasser, saubere Toiletten und Wäsche sowie gesunde und essbare Nahrungsmittel, forciert (De Silva, 2000, S. 11–12). Auch zählen zu dieser Dimension die Beheizung von Räumlichkeiten sowie genug Platz (Valentine et al., 2003, S. 581).

2.8 Unterstützungsnetzwerke

Ein responsives Gesundheitssystem sollte es Patient:innen, die ins Krankenhaus aufgenommen werden, ermöglichen, durch Verwandte und Freund:innen begleitet und unterstützt zu werden. Zwar haben Gesundheitssysteme keinen Einfluss auf die Beziehungen zwischen Patient:innen und ihren Angehörigen, jedoch können sie eine Atmosphäre schaffen, welche diese Menschen ermutigt, sich zu unterstützen (Valentine et al., 2003, S. 582). Bei Menschen, die kein persönliches soziales Netzwerk haben, sind Organisationen von besonderer Bedeutung, die diese Aufgaben übernehmen (De Silva, 2000, S. 13).

2.9 Wahl von Leistungserbringenden

Die Wahl von Leistungserbringenden von Seiten der Patient:innen basiert häufig auf dem Alter, Geschlecht und der Zugehörigkeit oder der Spezialisierung (De Silva, 2000, S. 13–14). Die Wahl behandelnder Leistungserbringender umfasst sowohl die Möglichkeit, dieselben Leistungserbringenden wiederholt, bei Unzufriedenheit aber auch andere Leistungserbringende aufzusuchen. Ein Vorteil davon, Patient:innen eine Wahl zu gewähren, liegt auch im potenziell respektvolleren Umgang und aktuellerer Behandlungsmöglichkeit seitens der Leistungserbringenden, weil sie wissen, dass Patient:innen sich auch gegen sie und für andere Leistungserbringende entscheiden könnten (Valentine et al., 2003, S. 578). Eine häufige Erschwernis, diese Dimension von Responsiveness umzusetzen, liegt jedoch in den Überweisungsstrukturen (De Silva, 2000, S. 14). Zudem wird diskutiert, inwiefern die Wahl von Leistungserbringenden vor allem ein Luxusgut von sich entwickelnden Ländern ist, weshalb De Silva

(2000, S. 13) vorschlägt, diese Wahlmöglichkeit in das Verhältnis zu dem existierenden, ausgebildeten medizinischen Personal zu setzen.

Vor allem im Zusammenhang mit Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben, sieht die sogenannte Istanbul-Konvention explizit vor, dass die Wahl von Leistungserbringenden sichergestellt werden muss. In den Leitlinien empfiehlt die WHO eine geschlechtersensible Versorgung durch spezifisch geschultes Personal (WHO, 2013b, S. 45).

2.10 Koordinierung und Kontinuität

Bei der durch Röttger et al. (2014, S. 93) ergänzten Dimension Koordinierung der Versorgung geht es zum einen um die Koordinierung der individuellen Versorgung und zum anderen um die Kontinuität der Versorgung über unterschiedliche Leistungserbringende hinweg. So wird beispielsweise die Bedeutung von Ärzt:innen, die wissen, dass eine Testung bereits durchgeführt wurde und deshalb keine unangemessene Doppeltestung durchführen, betont (Röttger et al., 2014, S. 90–91). Diese Dimension erscheint auch bei dem Thema Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt relevant, da viele Stellen im Hilfesystem beteiligt sind, es jedoch keine Stelle gibt, die die gesamte Versorgung koordiniert (Fischer, 2020, S. 24).

3 Methoden

Um die Forschungsfrage zu beantworten, soll ein Review-Verfahren durchgeführt werden, das die Perspektiven von Menschen, an die die Public-Health-Intervention adressiert ist, einnimmt, und nicht beispielsweise die Perspektiven von Leistungserbringenden, die die Intervention umsetzen (vgl. Thomas & Harden, 2008).

Da die Methode eine Analyse von Primärveröffentlichungen vorsieht, wird geprüft, inwiefern ethische Standards bei den inkludierten Studien berücksichtigt wurden, bedarf es jedoch keines gesonderten Ethikvotums. Für den Selbstschutz während der Forschung zum Thema Gewalt wird sich an einem festen Zeitplan orientiert und täglich nur ein bestimmtes Zeit-Pensum mit Pausen zu dem Inhalt der Studien gearbeitet. Zudem wird sich formal und informal über die Inhalte ausgetauscht (vgl. Coles, Astbury, Dartnall, & Limjerwala, 2014, S. 106–107).

Vor dem Hintergrund, dass die Studien ausschließlich von der Forschenden selbst auf Relevanz geprüft werden, die Bewertung der Studien sowie das Codieren und Analysieren ausschließlich durch die Forschende erfolgt, werden Mechanismen verwendet, um ein standardisierteres und transparenteres Berichten des Vorgehens herzustellen (vgl. u. a. Harden 2010). Zum einen wird sich am ENTREQ Statement (Tong, Flemming, McInnes, Oliver, & Craig, 2012, S. 3) orientiert. Dieses besteht aus 21 Items, welche eine Hilfestellung zur transparenten Präsentation der Arbeit bieten (Tong et al., 2012, S. 3). Zum anderen werden Unsicherheiten bezüglich einzelner Aspekte mit Betreuer:innen und/oder dem Kolloquium diskutiert. Während des gesamten Forschungsprozesse wird überdies ein Journal geführt, das die Korrespondenz bezüglich des Projektes, Gedanken, Aktivitäten an den einzelnen Tagen und Problemlösungen dokumentiert.

Zunächst wurde ein Convergent Mixed-Methods Review gewählt. Dieses ermöglicht es, die Erkenntnisse einer Qualitative Evidence Synthesis (im Folgenden QES) und Ergebnisse quantitativer Studien parallel zu analysieren, diese jedoch in einen Kontext zueinander zu setzen (Noyes et al., 2019a). Durch dieses Studiendesign wird sich sowohl der Stärken qualitativer als auch quantitativer Ansätze bedient. Hierdurch werden gegenwärtige Probleme des Gesundheitswesens innovativ adressiert (Fetters, Curry, & Creswell, 2013, S. 2135). Wie im Anschluss noch deutlich wird, wird jedoch kein Mixed-Methods Review durchgeführt, da für die konkret vorliegende Forschungsfrage im relevanten Zeitraum keine quantitativen Studien durch die angewandte Suchstrategie identifiziert wurden, die den Einschlusskriterien entsprechen. Zwar wurden einzelne relevante deskriptiv-statistische Abschnitte in Veröffentlichungen gefunden, diese tragen jedoch nicht zu einer erweiterten Erkenntnis im Kontext der Inferenzstatistik bei und werden orientiert an Booth et al. (2016, S. 24–25) für die Analyse in die Qualitative Evidence Synthesis eingeschlossen.

QES ist der von der *Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group* bevorzugte Oberbegriff, der über zwanzig verschiedene Methoden qualitativer Synthesen vereint (Booth et al., 2016, S. 15). Vorteil einer QES ist, dass sich auch qualitative Inhalte einbeziehen lassen, die formal nicht als Studien gelten, sogenannte Graue Literatur (Booth et al., 2016; Flemming, Booth, Garside, Tunçalp, & Noyes, 2019). Dies hat sich bereits in der Vorrecherche der vorliegenden Arbeit als relevanter Aspekt erwiesen, da beispielsweise Verein im Anti-Gewalt-Kontext Erhebungen durchführen und diese auf ihren Internetseiten veröffentlichen (vgl. z. B. Bieniok & Zimmermann,

2019). Zudem wird mit der QES anerkannt, dass der Ansatz eines Systematischen Reviews, welcher aus der quantitativen Forschung stammt, nicht ohne Weiteres auf qualitative Forschung übertragen werden kann, sondern letztere eigener Methoden von Synthesen bedarf (Booth et al., 2016, S. 15).

Für die QES wird die Thematische Synthese von Thomas und Harden (2008) gewählt, was nachfolgend begründet wird. Die Thematische Synthese als Unterkategorie der QES erlaubt es, im Gegensatz zu beispielsweise der *Framework Synthesis* und *Meta-Ethnography*, mit 'thin' data und mit 'thicker' Daten zu arbeiten (Noyes et al., 2019b). Dementsprechend wird nicht vorausgesetzt, dass „rich conceptual data“ oder „thick contextual data“ existieren, um eine Thematische Synthese durchführen zu können (Booth et al., 2016, S. 30). Da „richness“ nicht erforderlich ist, liegt der Bezug auf die konzeptionellen Details von den Studien, also das Ausmaß theoretischer Entwicklung und Erklärungsansätze von Studien, nicht im Fokus (Booth et al., 2016, S. 24). Mit „thickness“ ist das Ausmaß gemeint, mit dem eingeschlossene Studien Kontexte und Implikationen erschließen lassen (Booth et al., 2016, S. 24), „thick data“ ermöglichen es also nicht nur zu erklären, was funktioniert, sondern auch was für wen in welchem Kontext funktioniert und warum (Booth et al., 2013b). Wenn jedoch im Kontext von Versorgung nach Gewalt geforscht wird, entsteht nicht selten „thinner data“, wofür die Thematische Synthese eine geeignete Methode ist (Booth et al., 2016, S. 27). Die Thematische Synthese ist dazu geeignet, deskriptive oder analytische Themen für eine Forschungsfrage, die sich mit der sozio-kulturellen Akzeptanz einer komplexen Intervention befasst, zu entwickeln (Flemming et al., 2019).

3.1 Suchstrategie

In Einklang mit Booth et al. (2016, S. 30) und Tong et al. (2012, S. 5) wird für die vorliegende Arbeit eine systematisierte Suchstrategie verwendet, die im Vorweg geplant wurde und darauf abzielt, die Datenlage umfassend abzubilden (vgl. hierzu Booth et al., 2016, S. 30; Tong et al., 2012, S. 4–5). Ergänzt wird diese systematisierte Suche durch vorab einbezogene Interessensvertretungen für Menschen, die Gewalt erleben und andere Expert:innen im Feld (siehe hierfür Anhang, Tab. 2, 4), da sich hierdurch die Relevanz der Veröffentlichung erhöht, gegenseitiges Lernen und Akzeptanz gefördert sowie der unverhältnismäßige Einsatz von Forschungsressourcen reduziert wird (Lasserson, Thomas, & Higgins, 2019).

Die Literaturrecherche wurde durchgeführt im Zeitraum vom 18.10.2020 bis zum 16.11.2020.

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eine vollständige Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien ist in Tabelle 2 dargestellt.

Unter anderem aufgrund der historisch-politisch wachsenden Thematisierung von Gewalt als gesellschaftliches Problem existieren diverse Begriffe hiervon, welche zum Teil synonym, zum Teil aber auch um den Fokus auf ein bestimmtes Merkmal von Gewalt zu richten, verwendet werden (vgl. Hagemann-White, 2020). Für die Suchstrategie wird daher nach einem möglichst umfassenden Spektrum an Gewaltbegriffen gesucht (siehe Anhang, Tab. 1).

Dass die Veröffentlichungen zwischen 2011 und 2021 veröffentlicht worden sein müssen, wird dadurch begründet, dass die vor 2011 erhobenen Daten nicht mehr mit Daten von 2021 vergleichbar sind, da 2011 das Gesetz zum Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt aufgelegt und neben siebzehn weiteren Staaten auch von Deutschland unterzeichnet wurde (vgl. hierzu Europarat, 2020).

Reviews, die zu ähnlichen Themen erstellt wurden, werden identifiziert und auf relevante Literatur geprüft, jedoch nicht in die vorliegende Arbeit eingeschlossen (vgl. hierzu Thomas, Kneale, McKenzie, Brennan, & Bhaumik, 2019).

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Studie/Report/Thesis... (verschriftlicht und veröffentlicht)	Audio/video Material
Volljährige Frauen	Kinder
recipients of care/patients/women survivors	
Gewalt im sozialen Nahraum, Gender-Based Violence, Familiengewalt, Häusliche Gewalt, Gewalt in Paarbeziehungen, Intimate Partner Violence und Interpersonal Violence, domestic abuse/violence/Assault	ED service users and their thoughts on screening of violence
AND/OR sexualisierte Gewalt	
Emergency Dep*/Room//hospital/Ersthilfe	
AND/OR experience*/perspective*/perception*	
help-seeking, facilitating factors, disclosure	
deutsch/englisch/französisch/spanisch/norwegisch	Reviews
Primärdaten/Sekundäranalysen	Sekundäranalysen wenn Doppelung im Datensatz
2011–2021	vor 2011

3.1.2 Datenbankrecherche

Begonnen wurde die systematisierte Literatursuche bei der Datenbank EBSCO, anschließend wurde der Suchstring angepasst bei PubMed angewendet. Weitere für die vorliegende Arbeit durchsuchte Datenbanken sind Ovid Emcare und Google Scholar sowie Primo von der Freien Universität, welche unter anderem JStor enthält und somit – wie EBSCO auch – sozialwissenschaftliche Veröffentlichungen abdeckt. Die detaillierte Übersicht der systematisierten Suche ist im Anhang, Tabelle 1 beschrieben.

3.1.3 Systematisierung der Suche nach Grauer Literatur/Erweiterte Suchstrategie

Bei der Durchführung einer QES ist sogenannte Graue Literatur ein großer Teil der zu analysierenden Daten (Thomas & Harden, 2008, S. 3). Hiermit sind Veröffentlichungsformen abseits der traditionell wissenschaftlichen Publikationen, wie zum Beispiel Dissertationen und Konferenz-Abstracts (Lefebvre et al., 2019) oder Berichte und Policy Paper (Flemming et al., 2019, S. 4) gemeint. Mithilfe des Leitfadens der University of South Australia (vgl. Library of South Australia) und dem Cochrane Handbuch (vgl. Lefebvre et al., 2019) wird die Suche nach Grauer Literatur systematisiert und folgende Schritte befolgt: Webseiten von Schlüsselorganisationen, Literaturangaben relevanter Veröffentlichungen und Reviews zum gleichen Thema sowie Hinweise auf Literatur durch Expert:innen im Feld auf potenziell einzuschließende Literatur prüfen (siehe Anhang, Tab. 2, 3, 4). Google Scholar wird vor allem als ergänzende Datenbank für die Suche nach Dissertationen oder veröffentlichten Berichten verwendet, um den Publikations-Bias zu reduzieren (Haddaway, Collins, Coughlin, & Kirk, 2015, S. 12, 14).

3.2 Prüfung der Veröffentlichungen auf Relevanz

Zunächst werden die Titel der Veröffentlichungen, anschließend die Abstracts und abschließend die Volltexte auf Relevanz durch die Forschende geprüft. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Literaturrecherche dargestellt.

3.3 Ergebnisse der Auswahl von Veröffentlichungen

Insgesamt werden 809 Titel auf ihre Relevanz geprüft und zum Teil bereits das Abstract gelesen (siehe hierfür Abb. 1). Beim Screening von 29 Volltexten werden elf weitere Veröffentlichungen ausgeschlossen, da diese beispielsweise dieselbe

Datenquelle verwenden oder nicht die Perspektive von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben, auf die Versorgung in der Notaufnahme thematisieren (siehe hierfür Anhang, Tab. 5). Letztlich werden siebzehn relevante Veröffentlichungen identifiziert. Keine von ihnen ist rein quantitativ, bei vierzehn Veröffentlichungen werden qualitative Methoden verwendet und bei vier Veröffentlichungen werden Mixed-Methods Designs verwendet.

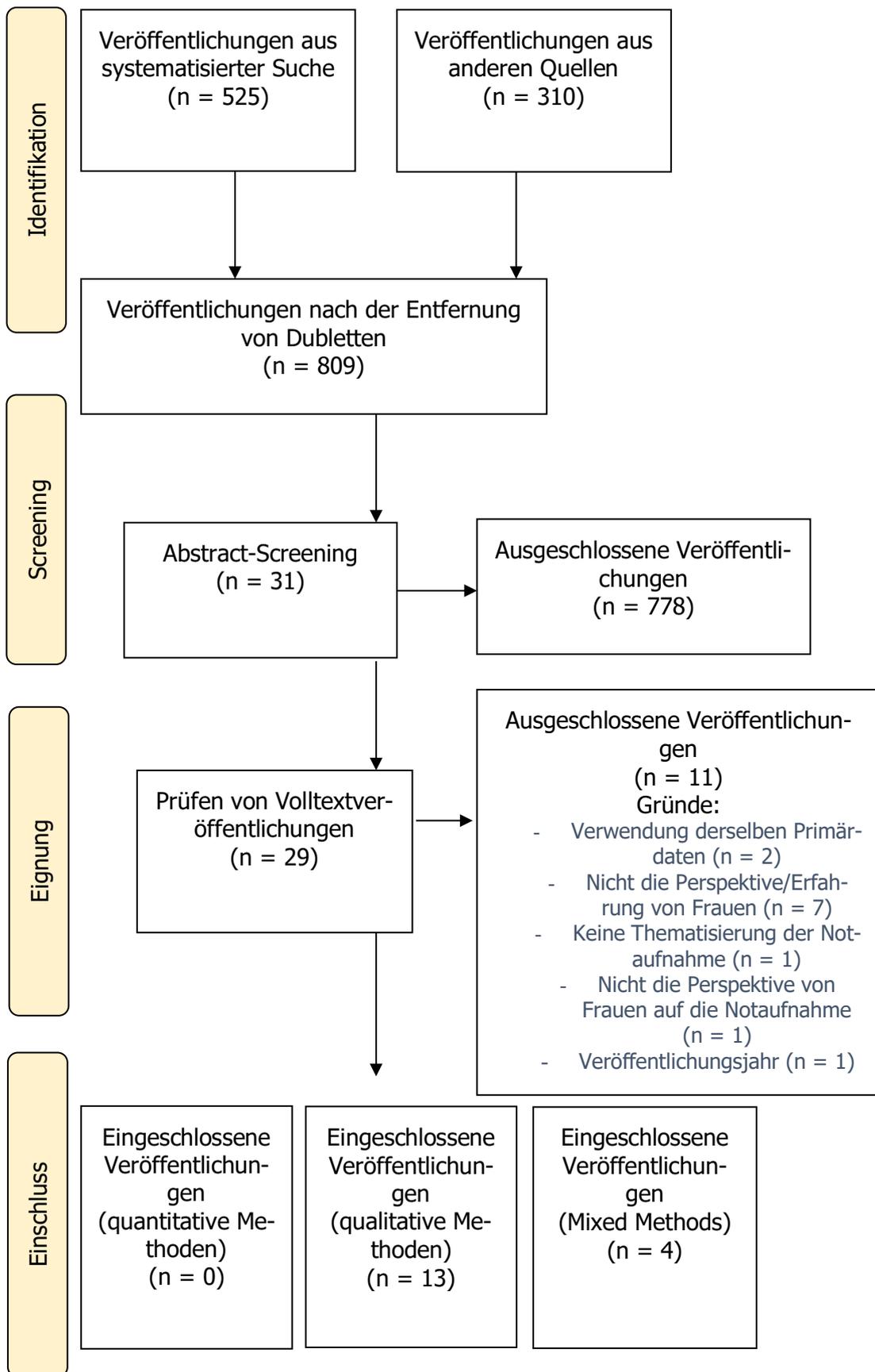


Abbildung 1: Flow Diagramm orientiert an Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, und Group (2009)

3.4 Charakteristika der eingeschlossenen Veröffentlichungen als Übersicht

In Tabelle 3 sind die inkludierten Veröffentlichungen, das Veröffentlichungsjahr, der Staat, in dem die Forschung durchgeführt wurde, der Stichprobenumfang, der Kontext der Veröffentlichung und die verwendeten Methoden sowie das Ziel aufgeführt. Es wird ausschließlich die für diese Arbeit relevante Studienpopulation genannt. Da sich die Analyse auf die Perspektive von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, bezieht, sind beispielsweise die Anzahl der in Subgruppenanalysen inkludierten Männer oder die Anzahl der teilnehmenden Expert:innen nicht von Relevanz für diese Arbeit und werden nicht aufgeführt.

Beim Vergleich der Veröffentlichungen fallen die stark variierenden Stichprobenumfänge von $n = 3$ (vgl. Maras, 2018) bis $n = 4\,364$ (wenn angenommen wird, dass jedes Aufnahmeformular einer Teilnehmer:in entspricht) (vgl. Safelives, 2016) auf. Dies liegt zum einen an der unterschiedlichen Art der Durchführungen, die von Masterarbeiten bis hin zu einer Evaluation eines Interventionsprojektes reichen und somit unterschiedlich große Forscher:innenteams und stark variierende Zeiträume bis hin zu drei Jahren umfassen. Der größte Teil der Studien ($n = 8$) stammt aus den USA (siehe Tab. 3).

Tabelle 3: Charakteristika der eingeschlossenen Veröffentlichungen

Autor:innen (Veröffentlichungsjahr)	Ort der Erhebung	N	Kontext	Methoden	Themen/Ziel
Catallo et al. (2013)	Kanada	19	Studie	Grounded Theory: Zwei-Phasen Mixed-Methods-Design (sequentiell, erklärend)	Prozesse, die Frauen nutzen, um erlebte Gewalt im sozialen Nahraum Gesundheitsfachkräften in ZNA mitzuteilen
Choo et al. (2014)	USA	17	Studie	Qualitativ: Semistrukturierte Interviews, Framework-basiertes Coding	Haltungen von Frauen zur Nutzung von Computern für Screening und Intervention bei Substanzkonsum und Gewalt im sozialen Nahraum
Deutsch et al. (2017)	USA	8	Studie	Qualitativ: Bounded Rationality theoretical framework; Fokusgruppen, partizipativer Forschungsansatz	Erfahrungen von Menschen, die Gewalt im sozialen Nahraum erlebt haben, und von Leistungserbringenden zu dem Zusammenhang zwischen Verletzungen, der Dokumentation Prellungen, „Race“ und Rechtsbeistand
Gloor und Meier (2014)	Schweiz	40	Bericht	Qualitativ: Grounded Theory: Narrative Interviews, hermeneutisch, inhaltsanalytisch	Abgleich der heutigen Rechtslage und des Angebots des Unterstützungssystems für Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, mit ihren Bedarfen

Leppäkoski et al. (2011)	Finnland	35 (7 Interviews)	Studie	Mixed Methods: Fragebögen und semistrukturierte Interviews, Inhaltsanalyse, deskriptiv	1) die Geschichte von Gewalt im sozialen Nahraum und ihre Gesundheitsfolgen für Frauen, die Notfallversorgung für ihre akuten Verletzungen in Anspruch nehmen 2) die Erfahrungen von Frauen zu der erhaltenen Notfallversorgung in der ZNA nach einer akuten Gewalterfahrung
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	USA	304	Studie	Qualitativ: Interviews, Inhaltsanalyse, Qualitätsverbesserung	Perspektiven von Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum erlebt haben, auf das Erhalten von Gesundheitsversorgung
Loke, Wan, und Hayter (2012)	Hongkong	9	Studie	Qualitativ: Interviews, thematische Analyse, explorativ	Erfahrungen von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben
Maras (2018)	USA	3	Masterarbeit (M.A.)	Qualitativ: Semistrukturierte Interviews, feministische Standpunkttheorie, phänomenologisch	Aus der Perspektive von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben: Wie sie behandelt und auf sie reagiert werden sollte(n), wenn sie aufgrund ihrer Symptome Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen
Morse, Lafleur, Fogarty, Mittal, und Cerulli (2012)	USA	142	Studie	Mixed Methods: Semistrukturierte Interviews, deskriptive Analyse, Chi-Quadrat Tests für die Analyse von Assoziationen	Aus der Perspektive von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, Erfahrungen im Mitteilen von Gewalt im sozialen Nahraum in Gesundheitswesen verstehen und diese mit den aktuellen Expert:innenguidelines zu Screening und Interventionen durch HCPs abgleichen

Olive (2017b)	Vereinigtes Königreich Großbritan- nien und Nordirland	6	Studie	Qualitativ: Semistruk- turierte Interviews, Kri- tischer Realismus und Komplexitätstheorie der Postmoderne	1) Erfahrungen von emotionalen und affektiven Reaktionen in der ZNA nach Erleben von Gewalt im sozialen Nahraum 2) Inwiefern emotionale und affek- tive Reaktionen die Untersuchung und das Outcome in der ZNA beein- flussen
Pathfinder (2020)	Vereinigtes Königreich Großbritan- nien und Nordirland	143	Bericht	Qualitativ: Interviews, Fokusgruppen und On- line Survey, themati- sche Analyse	Erfahrungen von Menschen, die Ge- walt im sozialen Nahraum erlebt ha- ben, zur Gesundheitsversorgung und Versorgenden
Pratt-Eriksson, Bergbom, und Lyckhage (2014)	Schweden	12	Studie	Qualitativ: Deskriptiv und explorativ, phäno- menologisch-herme- neutisch	Erfahrungen von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, und ihre Interaktion mit HCPs, Sozialar- beiter:innen und der Polizei nach Ge- walt im sozialen Nahraum
Reeves und Humphreys (2018)	USA	14	Studie	Qualitativ: Semistruk- turierte Interviews, de- skriptiv	1) Erfahrungen im Gesundheitswe- sen von Menschen, die Gewalt im so- zialen Nahraum erleben 2) ihre Strategien, durch schwierige Gesundheitsversorgungs-Erfahrun- gen, -Interaktionen und -System zu navigieren

Reisenhofer und Seibold (2013)	Australien	7	Studie	Qualitativ: Clarke's Situational Analysis (Grounded Theory) Semistrukturierte Interviews	1) Bedeutung, die Frauen der Erfahrung von Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit Gewalt im sozialen Nahraum beimessen 2) Einfluss auf ihr Selbstverständnis, ihre Selbstwirksamkeit und ihre Entscheidungsfindung
Rodriguez und Mandich (2019)	USA	13	Studie	Qualitativ: Survey und Interview	Untersuchen, welche Erfahrungen Menschen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, machen, wenn sie in die ZNA gehen
Safelives (2016)	Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland	4 364 ³ (138 Interviews)	Bericht	Mixed Methods: Semistrukturierte Interviews, thematische Analyse, Chi-Quadrat- und Mann-Whitney-U-Tests, logistische Regression, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test als ein nicht-parametrischer statistischer Test, Kostenanalyse	Evaluation des Modells für die Intervention im Zusammenhang mit Gewalt im sozialen Nahraum, das Independent Domestic Violence Advisors (Idvas) in Krankenhäusern einsetzt

³ wenn jedes Formular einem Menschen entspricht (geht nicht aus dem Dokument hervor)

Scordato (2013)	USA	16	Dissertation (Ph.D.)	Qualitativ: Semistrukturierte Interviews und Fokusgruppengespräche, thematische Analyse, Empowerment Theory, Constructivist Self-Development Paradigm, and Shame Resilience Theory/Model	Wahrnehmungen von Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, und ihre Erfahrungen zu letzterem sowie zu der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
-----------------	-----	----	----------------------	--	---

3.5 Bewertung der Veröffentlichungen

3.5.1 Hintergrund zur Bewertung

Um die Gefahr bei der Thematischen Analyse zu umgehen, übersimplifiziert zu arbeiten und interpretatorische Macht zu nutzen und somit keine validen Erkenntnisse zu produzieren (vgl. Noyes et al., 2019), soll durch die Beschreibung des Prozesses der Prüfung der Studien für mehr Transparenz in dieser Arbeit gesorgt werden. Für die Bewertung der Studien wird sich an der COREQ Checkliste von Tong, Sainsbury, und Craig (2007) orientiert. Sie besteht aus 32 Items, welche zum Teil zusammengefasst betrachtet werden und zum Teil ergänzt werden (siehe hierfür Anhang, Tab. 6–9).

3.5.2 Ergebnisse der Bewertung

Für die ausführliche Tabelle, die die Bewertung der einbezogenen Veröffentlichungen darstellt, siehe Anhang, Tabellen 6–9, im Folgenden werden jene Aspekte beschrieben, die besonders hervorstechen.

Inhaltlich von Relevanz ist, dass in drei Veröffentlichungen explizit benannt wird, dass die Teilnehmer:innen getrennt von Gewalt ausübenden Partner:innen leben (vgl. z. B. Maras, 2018; Pratt-Eriksson et al., 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013). Bei Reeves und Humphreys (2018) wird als Eignungskriterium a priori festgelegt, dass Teilnehmer:innen aktuell keine Gewalt erleben. Catallo et al. (2013), Choo et al. (2014), Leppäkoski et al. (2011) und Loke et al. (2012) beziehen ausschließlich Teilnehmer:innen ein, die psychisch und/oder physisch gesund genug sind, ein Interview zu geben. Zudem schließen Catallo et al. (2013) eine Teilnehmer:in aufgrund von Bedenken der Glaubwürdigkeit aus. Diese Ein- und Ausschlusskriterien können durch die Realisierbarkeit und die Gewährleistung von Sicherheit bei der Erhebung gerechtfertigt werden.

Ein weiteres Kriterium sind die sprachlichen Fähigkeiten der Teilnehmer:innen, so werden bei Choo et al. (2014), Deutsch et al. (2017), Reeves und Humphreys (2018), Scordato (2013) nur Frauen eingeschlossen, die englisch sprechen, während Gloor und Meier (2014); Lewis-O'Connor und Chadwick (2015); Olive (2017b); Pathfinder (2020) benennen, welche Vorkehrungen getroffen werden, um sprachliche Barrieren zu überwinden. Leppäkoski et al. (2011) schließen Frauen, die nicht in Finnland geboren worden sind, a priori und ohne weitere Begründung von der Studie aus.

Bei Choo et al. (2014), Morse et al. (2012) und Safelives (2016) finden spezifische Charakteristika der Teilnehmer:innen besondere Beachtung. Zwar können die Forschenden bei Pathfinder (2020) hierfür keine gesonderte Analyse vornehmen, jedoch reflektieren sie mögliche Wirkmechanismen. Folgende Diversitätsaspekte werden ausschließlich bei Pathfinder (2020) abgebildet: Frauen, die sich im LGBTQ-Spektrum verorten, und Frauen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen. Maras (2018) und Scordato (2013) beschreiben die sexuelle Orientierung ihrer Teilnehmer:innen, indem sie sie als heterosexuell beschreiben und hierdurch deutlich machen, dieses Merkmal thematisiert zu haben.

In Bezug auf die Reflexion der Position der Forschenden, die sie für ihre Forschung einnehmen kann in den Veröffentlichungen von Catallo et al. (2013), Loke et al. (2012), Maras (2018), Pratt-Eriksson et al. (2014), Rodriguez und Mandich (2019) und Scordato (2013) die Reflexion der professionellen Rolle festgestellt werden. In den Veröffentlichungen von Deutsch et al. (2017), Maras (2018) und Scordato (2013) wird zusätzlich auch das Ausmaß persönlicher Involviertheit in das Thema reflektiert.

Morse et al. (2012) berichten in der Veröffentlichung ihrer Studie nicht von einem Ethikvotum. Da jedoch Notfallkarten mit relevanten Anlaufstellen und Telefonnummern an Studienteilnehmer:innen ausgehändigt werden und die Studie in einem Journal veröffentlicht wurde, in dem Autor:innen angeben müssen, dass die Ethikkommission dem Studienprotokoll zugestimmt hat und dass sie Empfehlungen zum Schutz von Studienteilnehmer:innen einhält (vgl. American Board of Family Medicine, 2021), wird die Studie trotzdem in die vorliegende Arbeit einbezogen. Diese Vorgehensweise wurde im Masterkolloquium diskutiert.

4 Forschungsdesign

Im Folgenden wird die Durchführung der Thematische Synthese – das Codieren jeder einzelnen Zeile der Erkenntnisse aus Primärstudien gefolgt von der Entwicklung deskriptiver Themen und dem Entstehen analytischer Themen – beschrieben.

4.1 Datenextraktion, Software und Zahl der Codierer:innen

Die gesamten PDF-Versionen der Veröffentlichungen werden einzeln in die Software MAXQDA 2020 Plus 20.3.0 (VERBI GmbH, 2020) hochgeladen und der jeweilige Erkenntnisteil der Veröffentlichungen durch die Forschende codiert. Bei

Veröffentlichungen, bei denen es nicht ausschließlich um die Versorgung in Zentralen Notaufnahmen geht, sondern auch andere Bereiche des Hilfesystems thematisiert werden, werden ausschließlich die Absätze analysiert, die eindeutig auf die Versorgung in Notaufnahmen zurückzuführen sind. Diese Regel wird nur dann gelockert, wenn allgemein gehaltene Aussagen neue Aspekte aufweisen, die zu einem Erkenntnisgewinn führen. Wenn Studien eine Intervention enthalten, wie zum Beispiel die Anwendung eines Computerprogramms, wird sich in der Analyse ausschließlich auf die Abschnitte bezogen, die Erfahrungen zu den Versorgungen unter „normalen Bedingungen“ wiedergeben. Bei Zusammenfassungen der Ergebnisse der Interviews und direkten Zitaten, die denselben Inhalt wiedergeben, wird lediglich das direkte Zitat codiert, damit es zu keiner Verzerrung der Anzahl der Codes kommt.

Für die Darstellung der Verbindungen zwischen den Codes (siehe Abb. 2) wird Creately von Cinergix Pty. Ltd. (2021) verwendet.

4.2 Codierprozess

Während des Codierens wird in regelmäßigen Abständen pausiert und hinterfragt, ob weiterhin die Beantwortung der Forschungsfrage im Fokus des Codierens steht. Nach jeder Unterbrechung werden vor dem Fortsetzen des Codierens die zuletzt codierten Segmente überprüft. Zunächst wird ein Teil der Veröffentlichungen vorcodiert, um möglichen Schwierigkeiten während des Codierens vorwegzugreifen und Regeln festzulegen. Diese Herangehensweise ist angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2014, S. 546–551). Bei getroffenen Entscheidungen werden diese im Logbuch in der Codiersoftware festgehalten, um auch über längere Zeitabschnitte einheitlich zu codieren. Die Sub- und Codes sowie die Verbindungen, die zwischen ihnen bestehen, sind in Abbildung 2 grafisch dargestellt.

4.3 Ableitung von Themen mit Zitaten und Vergleich der Veröffentlichungen

Die Ableitung von Themen erfolgt deduktiv. Es werden a priori die Dimensionen von Responsiveness als Codes im Programm erstellt: Würde, Autonomie, Vertraulichkeit, Kommunikation, Vertrauen, Sofortige Beachtung, Qualität grundlegender Ausstattung, Unterstützungsnetzwerke, Wahl von Leistungserbringenden, Koordinierung und Kontinuität. Die Forschende behält sich vor, neu aufkommende Themen zu ergänzen, indem sie direkt ein Memo erstellt und die Textstelle markiert. Anschließend werden

aus den neu erschlossenen Themen Codes erstellt und die anderen Texte erneut auf die Codes geprüft. Hierdurch werden diversitätssensible Versorgung als Unterdimension von Würde, Sicherheit und Versicherung als weitere Dimensionen identifiziert (siehe auch Abb. 2). Der Vergleich der Veröffentlichungen erfolgt über die definierten Dimensionen von Responsiveness und die neu identifizierten Codes. Um die Codes weiter aufzuschlüsseln werden die codierten Segmente erneut gesichtet und gruppiert, um Zusammenfassungen zu den einzelnen Codes schreiben zu können und aussagekräftigere Zitate präsentieren zu können.

5.1 Würde

Würde ist die Dimension mit den meisten Überschneidungen zu den anderen Dimensionen eines responsiven Gesundheitssystems, da hierbei eine respektvolle Versorgung und die Wahrung der Menschenrechte im Vordergrund stehen (WHO, 2000, S. 32) und sich diese Aspekte durch alle anderen Dimensionen hindurch ziehen.

Bei Leppäkoski et al. (2011, S. 31) finden fast 60 Prozent der Befragten die Kooperation mit Leistungserbringenden gut und ungefähr die Hälfte der Befragten gibt an, dass die Untersuchung durch ärztliches Personal angemessen war („examined them carefully“).

Es wird wiederholt berichtet, dass selbst bei Verletzungen, die offensichtlich durch Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt entstanden sind, nicht nach Gewalterlebnissen gefragt wird (siehe hierzu auch Leppäkoski et al., 2011, S. 32; Loke et al., 2012, S. 2341; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257):

„I was pistol whipped and had a split open head. No one there asked me about DV.“ (Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

In diesem Zusammenhang wird auch häufig eine Gleichgültigkeit, die vom medizinischen Personal ausgeht, wahrgenommen (siehe hierzu auch Choo et al., 2014, S. 6; Loke et al., 2012, S. 2341; Pathfinder, 2020, S. 32; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257,2259; Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68):

„When the physician came she was so cold. She could have pretended that she understood my situation. When I asked her to put me on sick leave, she asked me why. How could she ask such a question? I thought physicians had experience of situations like this but obviously not.“ (Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 4)

Diese Gleichgültigkeit wird zum Teil auch daraus interpretiert, dass das Thema Gewalt aktiv umgangen wird (Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68). Patient:innen erleben auch eine deutlich spürbare Überforderung des medizinischen Personals mit der Situation selbst oder den Versorgungsbedarfen (Leppäkoski et al., 2011, S. 32; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245; Maras, 2018, S. 58; Olive, 2017b, S. 2322–2323). Jene Überforderung kann sich bis hin zur Vermeidung der Konfrontation mit der Patient:in selbst äußern:

„My mouth was bleeding, my nose was bleeding, my eyes were bruised, my face was bruised, my ribs were broken... Downstairs was bleeding because he tore me, so they took swabs...It's as if you've got some kind of disease, nobody wants to come close to you, nobody wants to catch it. I haven't got a disease; all I've got is a...husband that's abusive to me.“ (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258)

In anderen Fällen wird Patient:innen die erlebte Gewalt oder das Ausmaß der Folgen nicht direkt geglaubt (Leppäkoski et al., 2011, S. 32; Lewis-O'Connor & Chadwick,

2015, S. 246; Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 3; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257, 2258; Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

Wenn den Patient:innen geglaubt wird, sehen sie sich wiederholt einer Verurteilung durch das medizinische Personal ausgesetzt. Es wird also eine Schuldumkehr durch medizinisches Personal und zum Teil auch durch andere wartende Patient:innen wahrgenommen, bei der der Patient:in die Schuld an der erlebten Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt gegeben wird: "(...) you feel unsafe but you feel like people are staring at you and you feel like people are judging you as well. I felt like all those people were judging me. (...)" (Olive, 2017b, S. 2321).

Patient:innen fühlen sich dieser Schuldumkehr ausgesetzt, weil sie zum Beispiel Frauen und Personen of Color sind: "I felt degraded both as a foreigner and as a woman. I think that some of the staff looks down on us as if it's our fault as women that this happened. (...)" (Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 4).

Weitere Vorwürfe, denen sich Patient:innen konfrontiert sehen, hängen mit ihrem Verhalten zusammen (siehe hierzu auch Pathfinder, 2020, S. 36; Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 4; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258): "Do you think your drinking set him off?" (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245).

Ebenso berichten sie, dass ihnen vom medizinischen Personal direkt vorgeworfen wird, in einer Beziehung mit der Gewalt ausübenden Person zu sein und sich nicht zu trennen: "Why do you keep going back to him? It is good you have not gotten pregnant—right?" (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245). Entgegen einer respektvollen Versorgung steht auch, über die Gewalt erlebenden, zu versorgenden Patient:innen wie folgt zu sprechen:

"I could hear some of the (nurse's) comments like 'why would she do that to herself', meaning you know, obviously why won't she get out, but those specific words; it's making me feel bad about myself, I wasn't doing it to myself." (Reisenhofer 2012, S.2258)

Diese Erfahrungen führen zu einer zusätzlichen Demütigung, die Gefühle von Scham, Pein und Selbstwertlosigkeit bei Patient:innen hervorrufen oder reproduzieren (Catallo et al., 2013, S. 1370; Maras, 2018, S. 58; Pathfinder, 2020, S. 21; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257) und internalisieren: "I had the kit and I reported and it was all a waste of time—like the bottom line is I can't drink like that again." (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246; siehe hierzu auch Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257).

Auch das Bemitleiden von Patient:innen seitens des Personals wirkt sich negativ auf ihr Wohlbefinden und Selbstwertgefühl aus (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257).

Jedoch werden einzelne Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, hervorgehoben, die sich für eine empathische, ruhige und verständnisvolle Versorgung in Erinnerung engagieren (siehe hierzu auch Gloor & Meier, 2014, S. 158; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258; Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68):

„He (A&E doctor) was actually really nice to me about it all. Like, they just kept saying like, 'We're not worried that you're wasting our time. We just want to make sure you're okay,' (...) and I was actually quite surprised that he was nice to me like, I wasn't expecting it. But he was quite gentle with me really and made me feel a bit more at ease, and relaxed a little bit more, and I felt a bit better about why I was there and stuff.” (Olive, 2017b, S. 2322)

In zwei Studien wird auch von ganzen Teams berichtet, die freundlich und respektvoll Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, versorgen (Leppäkoski et al., 2011, S. 32; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244). Zwischen den Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, und den Frauen, die in medizinisch-pflegenden Berufen arbeiten, in denen von Gewalt betroffene Frauen versorgt werden, wird eine Überschneidung benannt (Safelives, 2016, S. 18–19). Diese Überschneidung stellt auch eine zusätzliche Herausforderung für Patient:innen, die in dem Feld arbeiten, dar:

„[It's] really humiliating coming in as the client on the other side of it, which is humbling because it helps you understand the perspective of what it is like to be a client, but I also know as a professional in a small community, news travels fast [...]” (Maras, 2018, S. 67)

Die überwiegende Mehrheit der Aussagen von Patient:innen zu einer würdevollen Versorgung wird jedoch darin gemacht, dass offensichtliche Folgen von Gewalt nicht durch das medizinische Personal angesprochen werden, ihnen nicht vollständig geglaubt, oder ihnen selbst die Schuld an der erlebten Gewalt gegeben wird.

5.1.1 Diversitätssensible Versorgung

Die diversitätssensible Versorgung gehört zur Dimension Würde und setzt sich darin ab, dass wenn diversitätssensible Versorgung nicht angestrebt wird, sich eine Struktur in der Andersbehandlung von bestimmten Patient:innengruppen abzeichnet. Patient:innen berichten von rassistischen, sexistischen, heteronormativen, ableistischen Vorstellungen und Strukturen, die durch medizinisches Personal reproduziert werden (Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 4). So nehmen Frauen, die gehörlos sind, das Unbehagen des medizinischen Personals in ihrer Anwesenheit wahr (Pathfinder, 2020, S. 34).

Im Kontext von Zuschreibungen berichtet eine Patient:in: „Assumption (were) made that DA [Domestic Abuse; Anmerk. d. Verf.] is just part of my 'culture' and that unless

there are physical signs of abuse, it is not that bad or even abuse" (Pathfinder, 2020, S. 34).

Auch wird von den Verflechtungen dieser Diskriminierungen berichtet, wenn beispielsweise die sexuelle Orientierung von BPoC nicht erfragt wird, weil angenommen wird, sie seien heterosexuell (Pathfinder, 2020, S. 36).

Zur Privatsphäre von asylsuchenden Patient:innen wird berichtet, dass diese nicht so gewahrt wird, wie es für andere Patient:innen der Fall ist (Pathfinder, 2020, S. 22).

Auch wird von einer abweichenden Kontinuität der Medikamentengabe bei Patient:innen mit Migrationsstatus berichtet (Pathfinder, 2020, S. 22).

Der Wunsch nach Leistungserbringenden, die auf die Bedürfnisse von BPoC spezialisiert sind oder selbst eine Person of Color sind, wird im Folgenden deutlich:

"I personally feel just as an African if I go somewhere else, this is so much personal to me, I fail to find something I can identify with. I shut down and fail to express myself, you know, why I'm there in the first place. Personally, I know probably this is impossible, but it would be amazing in all of these services to have some diversity in it you know....It [sic!; Anmerk. d. Verf.] lifts up a lot of weight... Somehow we are always left behind" (Pathfinder, 2020, S. 27)

5.2 Autonomie

Wiederholt werden Patient:innen, durch die Gewalt ausübenden Personen in die Notaufnahme gebracht (Reeves & Humphreys, 2018, S. 1174) und/oder von ihnen dorthin begleiten. Sie weichen nicht von der Seite der Patient:innen, führen das Gespräch mit medizinischem Personal (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2256–2257) und treffen somit auch die Entscheidung über das (Nicht-)Berichten der Gewalt:

„Ich habe ein Loch im Kopf gehabt, unter anderem auch. Bin ja dann... ins Spital, das nähen lassen. (...). Er (Mann) hat dann das berühmte Badewannen-Geschichtchen erzählt. (...) In der Notfallstation, (...). Ich habe dann da nichts mehr gross [sic!; Anmerk. d. Verf.] gesagt, weil... der Schmerz, und das Blut, das da... herausgepumpt ist... Ich habe ihn machen lassen. Gedacht: "Oh... erzähl doch." Ja. Ich bin nur froh gewesen, dass das dann endlich einmal gemacht worden ist." (Gloor & Meier, 2014, S. 148)

Auch treffen die begleitenden, Gewalt ausübenden Personen Entscheidungen zur Versorgung im Namen der Patient:innen (Gloor & Meier, 2014, S. 148). Dies reicht hin bis zur Rechtfertigung der Gewalt und der anschließenden Entmündigung der Patient:in durch die Infragestellung ihrer mentalen Gesundheit:

Similarly, Helen recalled being labelled crazy and responsible for her injuries, saying of her then husband: 'he used to tell them that I was the one going crazy so he had to subdue me...I wasn't made as if I was the victim but the culprit.' (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258)

In den benannten Fällen fühlen sich die hier berichtenden Patient:innen nicht durch das medizinische Personal gegenüber Außenstehenden in ihrer Autonomie verteidigt. Doch werden Patient:innen auch zusätzlich durch medizinisches Personal als nicht mental gesund eingestuft, was entweder eine angeordnete psychiatrische Untersuchung oder eine Erhöhung der Antidepressiva zur Folge hat und somit eine Schuld-Umkehr vollzogen wird (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257). Ähnliche Erfahrungen macht auch diese Patient:in:

'He never acknowledged I'd been abused. He just checked the physical side of things...he asked me if I was taking my sleeping tablets...it was all my fault because I wasn't sleeping, I was a tired and grumpy woman, there was nothing wrong with (X).' From Maggie's perspective this doctor appeared to blame her, vindicating her abuser. (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258)

Doch auch die Entscheidung, selbst vorstellig in der Notaufnahme zu werden, kann zu einer von der Patient:in als unangebracht empfundenen Situation führen:

„When I went to the ER presenting with you know, suicidal ideation because of the trauma two weeks after the incident and not being able to leave the house, without having a panic attack, wanting to die every day because I missed him so much, the whole recent loss of it all, and then being treated like a quote un-quote crazy person that was suicidal and oh, here's another one needing the psych hospital, oh ya know, put a guard on her. It's not like that. Its, your, [sic!; Anmerk. d. Verf.] my first time ever being there, and then you have a man guarding me and a man hearing my story, and you know, like that whole experience was completely humiliating... I felt like I was a criminal, I felt like I was in jail.“ (Maras, 2018, S. 57)

Wiederholt berichten Patient:innen, dass ihnen Schmerzmittel verwehrt werden, obwohl sie zum Teil starke Schmerzen haben (Leppäkoski et al., 2011, S. 32).

Patient:innen können erst eine informierte Entscheidungen über ihre Versorgungen treffen, wenn sie ihre Möglichkeiten kennen (siehe Dimension Kommunikation). Nicht alle Frauen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, ordnen dies als Unrecht ein: „He (ED [Emergency Department; Anmerk. d. Verf.] nurse)... told me how anything that is abusive is not acceptable and I got all teary and started to understand that maybe I was a victim of domestic violence“ (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2259). Auch ist nicht allen bewusst, dass es Strukturen gibt, die sie unterstützen können (Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

Dass es ihr Recht ist, bestimmte Untersuchungen zu verweigern, ohne dass sich dies negativ auf ihre medizinische Versorgung auswirkt, ist nicht allen Patient:innen bewusst: “I just wanted to make sure I didn't catch anything and I wanted emergency

care for preventing pregnancy—next thing I have a nurse that came from home and had evidence collected – not really what I wanted.” (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245). Wiederholt fühlen sich Patient:innen durch medizinisches Personal unter Druck gesetzt, Beweise sichern zu lassen (Catallo et al., 2013; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015) oder eine Anzeige zu erstatten, zum Teil um an eine medizinische Versorgung zu gelangen, was ihnen auch so durch das medizinische Personal kommuniziert wird (Gloor & Meier, 2014, S. 153). Jedoch ist auch zu bedenken, dass die wenigsten Frauen sich der Möglichkeit bewusst sind, ihre Verletzungen und Beweise/Spuren innerhalb des Gesundheitswesens dokumentieren und sichern zu lassen (Gloor & Meier, 2014, S. 155).

Eine erzwungene Offenlegung von Gewalterlebnissen erleben Frauen, die aufgrund schwerwiegender Verletzungen von Sanitäter:innen oder der Polizei entgegen ihrem Willen in die Notaufnahme gebracht werden: „It’s intrusive. I feel it’s nobody’s business if I want to be in this situation, it’s my choice. I’m a big girl, and it’s all I know and they can’t just turn around and uproar my whole life.“ (Catallo et al., 2013, S. 1372).

Diesen negativen Erfahrungen in der Einschränkung von Autonomie von Patient:innen stehen positive Erfahrungen zu der Wahrung ihrer Autonomie gegenüber. So werden Patient:innen vereinzelt durch medizinisches Personal darin unterstützt, ihre Gewalterlebnisse zu berichten, und es wird auf die Wünsche der Patient:innen eingegangen (Leppäkoski et al., 2011, S. 32). Patient:innen, die in der Studie von Lewis-O'Connor und Chadwick (2015, S. 244) eingeschlossen sind, schätzen das Gefühl der Autonomie, das durch die unterstützte Entscheidungsfreiheit, ob eine Anzeige erstattet wird oder nicht, hergestellt wird.

Überwiegend wird jedoch von Einschränkungen der Autonomie von Patient:innen durch medizinisches Personal und begleitende Angehörige berichtet.

5.3 Vertraulichkeit

Die negativen Erfahrungen im Kontext von vertraulicher Versorgung reichen vom wiederholten Erzählen des Vorfalls:

“I was put in a room, spoke to a nurse, I think there was three or four doctors—one was a special doctor. I think one was learning...I [sic!; Anmerk. d. Verf.] think there was another who was a specialist with infections, then the nurse that did the kit, a social worker, an advocate, and there was another advocate that came from outside the hospital and two police officers and then I ended up with a new nurse as my first nurse went home and another doctor...I [sic!; Anmerk. d. Verf.] am sure I am forgetting someone...why [sic!; Anmerk. d. Verf.] can’t they work together as a team?“ (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245)

Über das ungefragte und das nicht-vertrauliche Teilen von Informationen innerhalb der Institution: "A doctor who walked past me talked loudly with a nurse about my case, although he did not participate in my care" (Leppäkoski et al., 2011, S. 32). Bis hin zum Teilen der Informationen mit anderen Kooperationspartner:innen ohne die Einwilligung der Patient:innen (Pathfinder, 2020, S. 20) oder die unerwünschte Anwesenheit von Strafverfolgungspersonal wie der Polizei (Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

Die Vertraulichkeit von Patient:innen, die asylsuchend sind, wird nicht gleichwertig wie die von Patient:innen mit der jeweiligen Staatsangehörigkeit gewahrt (Pathfinder, 2020, S. 22).

Häufig findet die Konsultation in Anwesenheit der gewaltausübenden, begleitenden Person statt (siehe auch unter den Dimensionen Autonomie und Sicherheit):

„Und der Arzt kam auch (im Spital) und fragte mich einige Dinge, und ich wusste eigentlich, auf was er raus wollte, aber da er (Ehemann) immer da stand, konnten wir nicht sprechen. Und dann hat er mir auch gesagt, dass es Leute gibt, die mit mir sprechen würden. Und mein Exmann meinte dann, nein, nein, er sei ja da. Und ich weiss nicht... ich war da zu sehr... ich habe das gar nicht so... genau, ich habe... im Innern dachte ich, bitte, bitte, redet mit mir! Helft mir! Nehmt ihn mit. Aber sie haben wahrscheinlich... Ich weiss nicht, wieso sie nichts gemacht haben? Ich bin dann wieder mit ihm nach Hause. Ich weiss nicht, wieso sie nichts gemacht haben?“ (Gloor & Meier, 2014, S. 148)

Auch im Zusammenhang mit der Wahrung der Vertraulichkeit der Informationen gegenüber anderen Patient:innen der Notaufnahme machten Patient:innen, die sich dort aufgrund von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt versorgen lassen, negative Erfahrungen. Das betrifft zum einen das Warten im öffentlichen Wartezimmer mit deutlich sichtbaren Verletzungen: "(...) It was really horrible to sit and wait. There were many small children waiting to see a doctor. They certainly did attend to me... I was bleeding. (...)" (Leppäkoski et al., 2011, S. 33). Zum anderen wird auch das Fragen auf nicht vertrauliche Weise nach dem Gewalterleben durch medizinisches Personal beschrieben: "Every single patient around the waiting room must have heard the doctor ask if my husband had punched me" (Leppäkoski et al., 2011, S. 33).

Doch vereinzelt werden auch positive Erfahrungen im Zusammenhang mit der Wahrung der Vertraulichkeit im Kontext der Versorgung gesammelt, wie zum Beispiel das Registrieren und Warten in einem separaten Raum (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244).

Insgesamt wird Vertraulichkeit gegenüber anderem Personal und Kooperationspartner:innen sowie gegenüber begleitenden Personen und anderen Mitpatient:innen jedoch nicht konsequent gewahrt.

5.4 Kommunikation

Die Dimension Kommunikation umfasst die Informationsvermittlung, in Worten, die für die Patient:innen sowohl inhaltlich als auch sprachlich verständlich sind und auch zeitliche Ressourcen, dank derer Raum für Fragen entsteht (Bruster et al., 1994, S. 1545; Valentine et al., 2003, S. 578–579). Aus den Veröffentlichungen geht hervor, dass sich nicht genügend Zeit genommen wird, um sicher zu stellen, dass die Patient:innen verstehen, wie die Versorgung beziehungsweise die Beweis- und Spurensicherung und die Anzeigeerstellung abläuft (Olive, 2017b, S. 2321, 2323; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2258).

Nicht allen Patient:innen ist bewusst, dass sie Anspruch auf eine Versorgung haben, ohne eine Anzeige zu erstatten oder Beweise und Spuren sichern zu lassen (Gloor & Meier, 2014, S. 153; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246). Auch geben nicht alle an, zu wissen, was es bedeutet, Beweise und Spuren sichern zu lassen (Gloor & Meier, 2014, S. 156; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245) und wie weiter verfahren werden muss, damit das Kit in das Verfahren einbezogen wird, welches im Anschluss an die Anzeige eingeleitet wird (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246). Dies hat potenziell zur Folge, dass bei den Patient:innen Hoffnungen geweckt, die Untersuchungen hingenommen werden und ihnen dann gesagt wird, das Verfahren lohne sich nicht (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246).

Jedoch werden auch positive Erfahrungen im Zusammenhang mit verständlicher und respektvoller Kommunikation berichtet (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2259), aufgrund derer Patient:innen keinen zusätzlichen Druck verspüren, handeln zu müssen (Leppäkoski et al., 2011, S. 32).

Während der gesamten Zeit durch dieselbe Person in der Funktion der Sprachmittlung begleitet zu werden, wird als positiv aufgefasst (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244).

Zur Sprachmittlung werden jedoch auch negative Erfahrungen geschildert. So sollen Patient:innen aufgrund nicht verfügbarer Gebärdensprachmittler:innen per Schrift oder über eine/n mitgebrachte/n Freund:in kommunizieren (Pathfinder, 2020, S. 26–27).

Insgesamt wird nicht sichergestellt, dass Patient:innen sprachlich verstehen und/oder überblicken können, wie die Abläufe in der Versorgung sowie der Beweis- und Spurensicherung vor sich gehen und was die Patient:innenrechte in diesem Prozess sind.

5.5 Vertrauen

Aufgrund der Rollen und Verantwortlichkeiten, die medizinisches Personal wahrnimmt, wird es durch einzelne Patient:innen als grundsätzlich vertrauenswürdig angesehen (Catallo et al., 2013, S. 1372).

Der Eindruck, dass Leistungserbringende nicht im Interesse der Patient:innen handeln, wird durch negative Erfahrungen geweckt. So berichten Patient:innen davon, dass Leistungserbringende ihnen vorwerfen, das Gesundheitssystem zu missbrauchen, die Privatsphäre der Patient:innen nicht achten oder nicht angemessen auf die gesundheitlichen Bedarfe eingehen (Catallo et al., 2013, S. 1372).

Misstrauen gegenüber dem medizinischen Personal kann dazu führen, dass Patient:innen nicht die Wahrheit über ihren Gesundheitszustand sagen: „Like, the doctor was asking me, like “Do you do drugs?” And I said no. Because, like, that’s not good for your insurance. Like, you don’t get as much insurance so I was just, like, no I didn’t.“ (Choo et al., 2014, S. 5).

Auch führt Skepsis gegenüber den Intentionen des Personals dazu, dass Patient:innen dem medizinischen Personal Informationen zu ihrer Beziehung solange vorenthalten, bis sie entscheiden, dass das Personal vertrauenswürdig ist (Catallo et al., 2013, S. 1371).

Vorwürfe gegenüber den Patient:innen können zur der Annahme führen, das Personal handle nicht im Interesse der Patient:innen, was ein Vorenthalten an Informationen von Seiten der Patient:innen und potenziell eine fehl gerichtete Versorgung zur Folge hat.

5.6 Sofortige Beachtung

Patient:innen ist bewusst, dass sie in eine Notaufnahme kommen und sie aufgrund der häufig nicht lebensgefährlichen Verletzungen nicht sofortige Beachtung bekommen, dennoch haben lange Wartezeiten einen anderen Effekt auf sie als auf andere Wartenden (siehe hierzu auch Catallo et al., 2013, S. 1372):

„The interim period I remember seemed to take an awfully long time sat in that waiting room, waiting to be seen, and I understand that’s an A&E department and that there’s other people there, it’s emergency, people can be dying and... but I think with it being, because it’s an emotional psychological thing that you’ve just suffered from, your head’s... all I can describe it is, it’s like my head feels,... discombobulated’s not in it, it’s like fragmented, my head felt very fragmented and I just couldn’t concentrate, you know what I mean, I didn’t want to be there, I wanted it to hurry up, I wanted it to hurry up, hurry up, hurry up, I just wanted to be seen and be gone. (...) I found being around so many people after that sort of incident wasn’t good, it wasn’t good at all.“ (Olive, 2017b, S. 2321)

Bei Leppäkoski et al. (2011, S. 32) und Lewis-O’Connor und Chadwick (2015, S. 244, 245) finden sich positive und negative Erfahrungen zur sofortigen Beachtung. Negative Erfahrungen reichen hin bis zum über zwölfstündigen Warten (Leppäkoski et al., 2011, S. 32).

5.7 Qualität grundlegender Ausstattung

Zur Qualität grundlegender Ausstattung in den Notaufnahmen werden ausschließlich das Warten in einem „(...) draughty corridor“ und „General noise and commotion at the ED“ (Leppäkoski et al., 2011, S. 32) beschrieben.

5.8 Unterstützungsnetzwerke

Unter anderem aufgrund von Unsicherheiten und Scham sind einige Patient:innen, die aufgrund von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt die Notaufnahme aufsuchen oder darüber nachdenken, gewillt, den Prozess abubrechen und die Notaufnahme zu verlassen. Die Relevanz unterstützender, vertrauenswürdiger Personen, die bei dem Prozess der Versorgung begleiten, wird im folgenden Zitat verdeutlicht:

„I think I was in shock, to be quite fair, at that time. I think I was in shock at what had happened, how it had even got to that. Erm, and I was embarrassed, I think I was embarrassed. And it was only through the persistence of the police officer and the persistence of my brother that I went through and I went to A&E. I think if they hadn’t persisted I probably wouldn’t have bothered, I would’ve just continued to let it, to leave it.“ (Olive, 2017b, S. 2322)

Trotz unterstützender Menschen, die die Patient:innen begleiten, empfinden Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt Isolation und ungedeckte Bedarfe aus: „(...) I was in there and there was never anybody there, do you know what I mean, there was just never anybody there.“ (Olive, 2017b, S. 2322).

Die Dimension Unterstützungsnetzwerke hängt eng mit der der Sicherheit zusammen, da zum einen in vielen Fällen die begleitende Person auch die Gewalt ausübende Person ist und dies nicht durchgehend von Seiten des medizinischen Personals berücksichtigt wird. Zum anderen haben Patient:innen mit einem stärkeren Unterstützungsnetzwerk ein höheres Sicherheitsgefühl und erzählen eher von erlebter Gewalt (Catallo et al., 2013, S. 1372).

5.9 Wahl von Leistungserbringenden

Auf die Dimension von Responsiveness „Wahl von Leistungserbringenden“ wird bei Pratt-Eriksson et al. (2014) und Reeves und Humphreys (2018) explizit in Bezug auf das Geschlecht der Leistungserbringenden eingegangen. So besteht eine Diskrepanz zwischen der Präferenz für eine weibliche Leistungserbringende der ausschließlichen Verfügbarkeit eines männlichen Leistungserbringender (Reeves & Humphreys, 2018, S. 1176–1177). Die Präferenz für weibliche Leistungserbringende ergibt sich zum Teil aus negativen Erfahrungen mit männlichen Leistungserbringern:

“It was a male physician who looked after me and my daughter, and I was obliged to answer his question. I wanted someone to listen to me and give me support. In future I will make sure that I only encounter female healthcare professionals!” (Pratt-Eriksson et al., 2014, S. 4)

Ungefähr der Hälfte der Patient:innen wird kein Zugang zu spezialisiertem Fachpersonal wie Sozialarbeiter:innen während des Aufenthalts in der Notaufnahme ermöglicht (Leppäkoski et al., 2011, S. 31).

Die Wahl von Leistungserbringenden wird bei Pathfinder (2020, S. 27) im Zusammenhang mit Zugehörigkeiten thematisiert. Einige Patient:innen of Color betonen die Relevanz eines Zugang zu Leistungserbringenden, die auf spezifische Bedürfnisse von BPoC spezialisiert sind und selbst Merkmale von Diversität aufweisen (Pathfinder, 2020, S. 27).

Insgesamt kann die Wahl von Leistungserbringenden also weder in Bezug auf Spezialisierung noch auf spezifische Merkmale sichergestellt werden, was durch die mangelnde Verfügbarkeit begründet wird.

5.10 Koordinierung und Kontinuität

Diese Dimension hat starke Überschneidungen zu würdevoller Versorgung, Vertraulichkeit der Information, Sicherheitsaspekten und auch Kommunikation.

Nicht selten werden Patient:innen durch den Rettungswagen oder die Polizei in die Notaufnahme gebracht (Deutsch et al., 2017, S. 770; Gloor & Meier, 2014, S. 143;

Safelives, 2016, S. 75). Dies ist die erste mögliche Schnittstelle zum Gesundheitssystem und erfordert koordinierende Absprachen:

„I just feel that when the police came and I got put in that ambulance somebody should have been waiting. 'Oh, there's been a violent attack here, there's a woman coming in, she was left for dead, she's coming in'. (...) I think maybe somebody in that staff should have been trained to say, well hang on a minute, these are really bad injuries, we should be getting these photographs or where's the police, alarm bells, police, why has nobody phoned? It was like complete no communication at all between anybody.“ (Olive, 2017b, S. 2323)

Wenn innerhalb der Notaufnahme die Absprachen nicht vertraulich koordiniert werden, führt das dazu, dass die Ursache des Besuchs wiederholt erzählt werden muss (Catallo et al., 2013, S. 1370; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245; Pathfinder, 2020, S. 21).

Eine Patient:in berichtet, dass medizinische Akten aufgrund des Migrationsstatus anders aufbewahrt werden, weshalb die kontinuierliche Medikamentengabe basierend auf der Akte nicht gewährleistet wird (Pathfinder, 2020, S. 22).

Zu spürbaren Unsicherheiten im Umgang mit Patient:innen, die aufgrund von Gewaltfolgen in die Notaufnahme kommen, kommen fehlende Absprache unter den Ärzt:innen zur Behandlung und eine dementsprechende Kommunikation zu Patient:innen:

A patient with a chief complaint of strangulation stated: "They didn't seem to know what to do for me, one (provider) said I needed a head scan then another said I didn't... I felt like they didn't quite know what to do for me.“ (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245)

Auch bei der Koordinierung zwischen unterschiedlichen Stellen fühlen sich Patient:innen allein gelassen. Das betrifft Regelungen zwischen der Versorgung in der Notaufnahme, den Absprachen mit dem Rettungswagen, der Polizei, dem Jugendamt und Sozialarbeiter:innen. Unter Umständen führen solche Unklarheiten und das Alleinsein auch zum Abbruch der Versorgung und frühzeitigen Verlassen der Notaufnahme (Olive, 2017b, S. 2322). Deshalb wird die Begleitung durch dieselbe Person als positiv aufgenommen (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244) oder explizit gewünscht:

„When you've never had this done to you before you have no idea, and there's nobody there, you're totally vulnerable and on your own. And that's where I think the A&E could be that support, (...) It's a very raw issue with me to be truthful, I just feel that I was let down a lot (...) there was nobody there for me, nobody.“ (Olive, 2017b, S. 2322)

Positiv wird die Weiterverweisung zu spezialisierten Stellen aufgenommen, beispielsweise zu einem Krisenzentrum (Leppäkoski et al., 2011, S. 32) oder zu einem im Krankenhaus angesiedelten Programm für Menschen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244). Doch in vielen Fällen werden

keine Weiterverweisungen an spezialisierte Stellen vorgenommen (Gloor & Meier, 2014, S. 154). Bei Pathfinder (2020, S. 28) wird weniger als 33 Prozent der Befragten im Krankenhaus weitere Unterstützung angeboten. Informationen über niedrigschwellige Hilfestellen, Krisentherapie, Unterkünfte und weitere unterstützenden Maßnahmen auch für Personen mit Kindern werden nicht konsequent an Patient:innen kommuniziert. Dies wäre jedoch hilfreich, weil hierdurch den Frauen die Möglichkeit aufgezeigt wird, nicht zu dem sozialen Nahraum, in dem Gewalt stattfindet, zurückkehren zu müssen (Gloor & Meier, 2014, S. 154; Leppäkoski et al., 2011, S. 32, 33; Maras, 2018, S. 56, 60; Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

Bei Leppäkoski et al. (2011, S. 32) wird darüber hinaus herausgestellt, dass die Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, sich um die Gewalt ausübende Person sorgen und auch für sie eine Versorgung wünschen.

Die mangelnde Kommunikation darüber, wie die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Stellen abläuft und gegebenenfalls durch die Patient:in zu koordinieren ist, führt zu verpassten Chancen, beispielsweise die gesicherten Spuren und Beweise ordnungsgemäß einsetzen zu können: "It took so long for the evidence to be collected and I didn't know that I had to report to police for them to do something with my kit." (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246).

Bei BPoC werden wesentlich seltener Fotos von Verletzungen gemacht, da stumpfe Verletzungen unter Umständen weniger sichtbar sind und das Personal nicht ausreichend für die Relevanz sensibilisiert ist (Deutsch et al., 2017, S. 770).

Zu der Zusammenarbeit mit der Polizei benennen Patient:innen negative Erfahrungen. So fühlen sie sich unter Druck gesetzt, Spuren sichern zu lassen (Catallo et al., 2013, S. 1370). Im Nachhinein bereuen sie aus diesem Grund, Spuren gesichert haben zu lassen oder Anzeige erstattet zu haben (Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 246). Für manche Patient:innen sorgt die Anwesenheit von Polizei für ein verschlechtertes Wohlbefinden: "It wasn't their fault (doctors/nurses) at all but keep that officer outta there." (Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68).

Insgesamt ist also die Versorgung innerhalb der Notaufnahme und zwischen unterschiedlichen Stellen im Hilfesystem nicht standardisiert koordiniert und wird dementsprechend mangelhaft an Patient:innen kommuniziert.

5.11 Sicherheit

67 Prozent der Patient:innen fühlen sich laut Pathfinder (2020, S. 26) sicher dabei, die Akutversorgung aufzusuchen (siehe hierzu auch Lewis-O'Connor & Chadwick,

2015, S. 244). Wenn Patient:innen ein Raum zugewiesen wird, führt das zu einer Beruhigung und einem höheren Sicherheitsgefühl (Leppäkoski et al., 2011, S. 32). Ein stärkeres Unterstützungsnetzwerk trägt auch zu einem höheren Sicherheitsgefühl der Patient:innen bei (Catallo et al., 2013, S. 1372).

Wenn sie jedoch viel Zeit in großen Wartezimmern von Notaufnahmen verbringen müssen, wird ihr Sicherheitsgefühl hierdurch reduziert (Leppäkoski et al., 2011, S. 32; Olive, 2017b, S. 2321). Im Zusammenhang mit der Versorgung in der Notaufnahme und den daraus resultierenden Konsequenzen für sie erleben Patient:innen eine allgemeine Angst (siehe hierzu auch Choo et al., 2014, S. 6):

„(in den Spitalunterlagen) so notiert: Gewalt... vom Ehemann und die Folgen... (Das wurde so aufgenommen, aber Sie wurden nicht angesprochen?) Nein. Und in diesem Moment hat man Angst. Eine Riesenangst. In diesem Moment war mir nicht sofort klar, was ich gemacht habe (Suizidversuch).“ (Gloor & Meier, 2014, S. 148)

Diese Angst wird durch die ständige Präsenz von begleitenden Gewalt ausübenden Personen verstärkt (Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2256, 2257; Rodriguez & Mandich, 2019, S. e68). Dementsprechend ist die Frage nach Gewalt in Anwesenheit der Gewalt ausübenden Person durch medizinisches Personal eine zusätzliche Stresssituation (Morse et al., 2012, S. 338), da selbst wenn Patient:innen von der Gewalt erzählen möchten, sie die Konsequenzen fürchten und sehr wahrscheinlich mit den Gewalt ausübenden Personen nach Hause gehen müssen. Hierdurch geraten sie in ein Dilemma:

Another participant described being taken to the emergency department (ED) by her abuser after he punched her: "Him standing there just made me so nervous...He brought me (there), and (he was) gonna have to take me home. If I (said) the wrong thing, then I'm gonna get (hurt) or it's gonna be worse when I get home." She felt fearful throughout the healthcare encounter and that she could not honestly disclose her needs and the source of her injuries to the providers. Therefore, the traumatic experience of physical IPV was deepened and complicated by the continued threat of violence posed by her abuser's presence and by feelings of isolation and helplessness because she could not discuss the abuse with providers. (Reeves & Humphreys, 2018, S. 1174)

Wenn Patient:innen jedoch zum Teil um ihr eigenes und das Leben ihrer Kinder fürchten, kann das auch dazu führen, dass sie sich dem medizinischen Personal mitteilen (Leppäkoski et al., 2011, S. 33; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257) und ihnen eine angemessenere Versorgung zukommt (Loke et al., 2012, S. 2341).

Diese Gefahr muss jedoch nicht zwingend direkt von der Gewalt ausübenden Person ausgehen, sondern kann sich auch als eine Folge der Gewalt (und unangemessener Versorgung) in Suizidversuchen äußern (siehe hierzu auch Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257):

„Und ich meine, ich weiss nicht, wie das für sie (ÄrztInnen im Spital) ausgesehen hat... ein Versuch von Suizid? Und sie schicken einem so einfach wieder nach Hause? Am gleichen Abend eigentlich... (...) Und das erstaunt mich eigentlich schon. Also wirklich... das hat mich dann lange... und nachher habe ich gedacht, am liebsten wäre ich ins Krankenhaus und hätte mal nachgefragt. Aber dafür hatte ich zu wenig Mumm“ (Gloor & Meier, 2014, S. 148)

Bei Bekanntwerden von Gewalt im sozialen Nahraum werden weder mit allen Patient:innen Sicherheitspläne für sie und ihre Kinder erstellt, noch wird konsequent über Schutzeinrichtungen informiert oder angeboten, sie aus Sicherheitsgründen über Nacht in der Notaufnahme aufzunehmen (Leppäkoski et al., 2011, S. 31; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 244).

Der Aufenthalt in der Notaufnahme ist also mit einer potenziellen Sicherheitsgefährdung für Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, verbunden, und wird nicht konsequent genutzt, um ihre Sicherheit nachhaltig zu erhöhen.

5.12 Versicherung

Der Versicherungsstatus der Patient:innen und die Art des Versicherungssystems wirken sich je nach Staat unterschiedlich stark auf die Versorgung von Patient:innen aus. Die Studien, in denen der Versicherungsstatus in der vorliegenden Arbeit thematisiert wird, stammen ausschließlich aus den USA und es werden Aspekte, wie der folgende berichtet (siehe hierzu auch Choo et al., 2014, S. 5; Lewis-O'Connor & Chadwick, 2015, S. 245; Reeves & Humphreys, 2018, S. 1172, 1176):

„because [sic!; Anmerk. d. Verf.] I didn't have insurance at the time. So, it was like they just wanted to get me in and out real quick. I'll give you some of this. Just go... I went to the doctors but they gave me the wrong medication. So, I wounded (sic) up in the emergency room and I stayed in the hospital for like five days.“ (Scordato, 2013, S. 119)

6 Diskussion der Erkenntnisse

Dass im Kontext einer würdevollen Versorgung offensichtliche Folgen von Gewalt nicht immer durch das medizinische Personal angesprochen werden, wird in der Literatur von unterschiedlichen Seiten thematisiert. Aus Patient:innenperspektiven berichten Frauen in weiteren Studien, dass die Ursache der Verletzung auch nach dem Erzählen ignoriert wird (Joshi et al., 2012, S. 13; Larsen et al., 2014, S. 369). Als potenzielle Gründe dafür, dass das Personal die Gewalt nicht anspricht oder nach Bekanntwerden nicht weiter thematisiert, werden die Unsicherheiten, mangelnde

Erfahrungen und keine ausreichenden Schulungen von Seiten des Personals benannt (Fischer, 2020, S. 46–48; Robinson, 2010, S. 573–574; Tossone, 2015, S. 101). Demgegenüber stehen Patient:innen, die Gewalt im sozialen Nahraum erleben, und die Relevanz der Frage nach Gewalt wiederholt betonen (Riedl et al., 2019, S. 7; Sethi et al., 2004, S. 181, 182). In den WHO Leitlinien wurde bereits 2013 empfohlen, medizinisches Personal zu Gewalt im sozialen Nahraum und sexualisierter Gewalt aus-, fort- und weiterzubilden (WHO, 2013b, S. 36–40; 2019, S. 20–28, 82), was auch im Sinne des medizinischen Personals ist (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1185; Rasch et al., 2020, S. 27–28, 43, 45; Robinson, 2010, S. 574; Tossone, 2015, S. 100–101).

Darauf, dass medizinisches Personal Patient:innen die erlebte Gewalt, die Schwere der Gewalt und ihrer Konsequenzen nicht konsequent glaubt, weisen auch die Ergebnisse von Olive (2017a, S. 12–15, 18) und Robinson (2010, S. 573) hin. Laut WHO trägt medizinisches Personal die Verantwortung, diese Patient:innen nicht zusätzlich durch Schuldumkehr und Stigmatisierung zu traumatisieren (WHO, 2017, S. 73; 2019, S. 28) und sollte eine wertfreie und unterstützende Haltung gegenüber Patient:innen haben (WHO, 2013b, S. 17).

Der Überschneidung zwischen Frauen im gesundheitlichen Bereich und Frauen, die Gewalt erleben, wird auch in den Empfehlungen der WHO aufgegriffen (WHO, 2013b, S. 40; 2017, S. 73–74; 2019, S. 82) und sollte als Potenzial für eine verbesserte Versorgung genutzt werden (Gruber & Logar, 2015, S. 48).

Prozesse von Schuldumkehr können auch von Seiten des medizinischen Personals bei Di Giacomo et al. (2017, S. 2312), Koistinen und Holma (2015, S. 5) und Robinson (2010, S. 573) gefunden werden. Vermehrt finden sich auch Berichte von Patient:innen, die bestimmte Diversitätsmerkmale aufweisen, zu Schuldumkehrprozessen und zu allgemein diskriminierenden Haltungen ihnen gegenüber (Hester et al., 2012, S. 43; Hinsliff-Smith & McGarry, 2017, S. 4023; Monterrosa, 2019, S. 15).

Von einer die Autonomie von Patient:innen einschränkende Haltung wird auch von Seiten des Personals bei Robinson (2010, S. 574) berichtet. Die Anwesenheit von Gewalt ausübenden Personen, die die Autonomie der Patient:innen einschränken wird sowohl aus weiteren Patient:innenperspektiven berichtet (Joshi et al., 2012, S. 14; Zijlstra et al., 2015, S. 9) als auch von Seiten des medizinischen Personals problematisiert (Rasch et al., 2020, S. 25).

Die Vertraulichkeit der sensiblen Informationen wird entgegen Empfehlungen der WHO (vgl. WHO, 2017, S. 32) laut Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit nicht konsequent gewahrt.

Die mangelnde Informationsvermittlung wird auch von Patient:innen bei Larsen et al. (2014, S. 370–371) in einem deutschen Kontext thematisiert, ebenso wie bei Fischer (2020, S. 67–77) weiterhin bestehende Finanzierungsschwierigkeiten als eine mögliche Erklärung dafür gesehen werden, weshalb medizinisches Personal Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt zu einer Anzeige rät.

Der durch medizinisches Personal kommunizierte Vorwurf, Patient:innen, die Gewalt erleben, würden die Notaufnahme unangemessen nutzen, wird aus Personalperspektiven in weiterer Forschung thematisiert (Robinson, 2010, S. 573). Dass Patient:innen dem Personal relevante Informationen aufgrund von Misstrauen vorenthalten, berichten die Patient:innen auch bei Joshi et al. (2012, S. 13–14).

Im Kontext der Dimension sofortige Beachtung werden auch nach sexualisierter Gewalt stark variierende Wartezeiten bis hin zu über sechs Stunden in anderer Literatur berichtet (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1182). Auch von Seiten des Personals der Notaufnahme werden die zeitlichen Ressourcen, ebenso wie die Qualität der grundlegenden Ausstattung als verbesserungswürdig angesehen (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1183; Rasch et al., 2020, S. 65; Tossone, 2015, S. 101).

Die Relevanz unterstützender Netzwerke wird auch durch andere Studien aus Patient:innenperspektiven hervorgehoben (Larsen et al., 2014, S. 367–368; Monterrosa, 2019, S. 10–11).

Dass die Dimension der geschlechtsspezifischen Wahl von Leistungserbringenden nicht konsequent gewährleistet werden kann und die Dokumentation von Überweisungen zu Spezialist:innen nicht immer aus den Patient:innenakten entnommen werden können, wird in weiteren Analysen festgestellt (Hoffmann-Walbeck et al., 2016, S. 1182; Olive, 2017a, S. 19, 21; Rasch et al., 2020, S. 54).

Auf den Bedarf an besser koordinierten Versorgungen und Überweisungsstrukturen durch die unterschiedlichen Stellen im Hilfesystem wird vielfach auch von Seiten des medizinischen Personals hingewiesen (Di Giacomo et al., 2017, S. 2314; Sawyer et al., 2018, S. 15). Andernfalls hängt die Qualität der Versorgungen, wie es medizinisches Personal für Deutschland berichtet, von der aufgesuchten Einrichtung oder dem medizinischen Personal vor Ort ab (Fischer, 2020, S. 45; Rasch et al., 2020, S. 68–

69). Dies widerspricht sowohl den Empfehlungen der WHO (2017, S. 24–27, 32, 35–36, 84–90), als auch den rechtlich bindenden Vorgaben der Istanbul-Konvention (vgl. Europarat, 2011, Art. 15 Absatz 2).

Aus Patient:inneperspektiven wird auch bei Joshi et al. (2012, S. 13) von einem Unbehagen gegenüber dem Involvieren der Polizei berichtet, welches bei BPoC potenziert wird (Monterrosa, 2019, S. 11–13).

Die Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten im Versorgungskontext wird auch von Seiten des medizinischen Personals (Bakon et al., 2019, S. 24; Rhodes et al., 2011, S. 896) und aus Patient:innenperspektiven (Joshi et al., 2012, S. 14) – entgegen der Empfehlung der WHO (2013b, S. 17) – als verbesserungswürdig identifiziert.

Die Dimension des Versicherungsstatus beeinflusst – je nach Staat – unterschiedlich stark die Versorgung, spielt jedoch selbst in einem Staat mit universeller Krankenversicherung wie Deutschland eine Rolle (OECD & European Observatory on Health Systems Policies, 2019, S. 15; Tille et al., 2019, S. 169).

Themen, die in dieser Arbeit nicht behandelt werden, derer sich jedoch perspektivisch in der Forschung gewidmet werden sollte, sind unter anderem digitale Interventionen in Notaufnahmen, wie das Screening auf Gewalt über ein mobiles Endgerät (vgl. hierzu Ahmad et al., 2017; Choo et al., 2014; Choo et al., 2016). Ebenso stellt die Begleitung der Patient:innen durch Gewalt ausübende Angehörige eine Möglichkeit für eine Intervention auf Seiten der Gewalt ausübenden Personen dar. Auch wenn Gewalt ausübende Personen als Patient:innen in die Notaufnahme kommen und durch von ihrer Gewalt betroffene Personen sie begleiten, stellt das eine potenzielle Interventionsmöglichkeit dar (vgl. Ganley, 1998).

6.1 Limitationen und Stärken

Durch die Wahl von Responsiveness als Indikator, ist a priori festgelegt, dass nur die Stimmen eingebracht werden, die das Gesundheitssystem erreichen (Busse et al., 2019, S. 13), und auch die rein medizinische Versorgung nicht im Fokus steht. In weiterer Forschung sollten die Perspektiven von Personen, denen aufgrund bestimmter struktureller Barrieren der Zugang zur Versorgung erschwert ist, gesondert untersucht werden. Hierzu zählen unter anderem BPoC, Menschen aus dem LGBTIQ* Spektrum, Menschen mit Behinderungen, Menschen in Wohnungslosigkeit und Sexarbeiter:innen, die Gewalt erleben (vgl. hierzu Fischer, 2020, S. 26; 37; Goldenberg et al., 2018, S. 22–23; Guadalupe-Diaz & Jasinski, 2016, S. 789; Hornberg et al., 2008, S. 20; Riley et al., 2020, S. 85).

Neben der konkreten Angst vor Reaktionen der Gewalt ausübenden Personen, die Frauen davon abhält, Hilfe aufzusuchen oder von der erlebten Gewalt zu berichten (Hamberger et al., 2014, S. 589; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257), sollten auch Barrieren zum Gesundheitssystem, die durch die Internalisierungen von Gewalterlebnissen hergestellt werden, weiterführend erforscht werden. Wenn Studien darauf hindeuten, dass Menschen, die Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierte Gewalt erleben, erst medizinische Hilfe aufsuchen, wenn sie schwerwiegende Verletzungen erleiden (Farr, 2002, S. 277; Gloor & Meier, 2014, S. 54; Leppäkoski et al., 2011, S. 34; Maras, 2018, S. 54, 57), lässt das nur vermuten, wie viele Menschen Bedarfe an Versorgung haben, Scham und Angst sie jedoch davon abhalten, Hilfe in Anspruch zu nehmen (FRA, 2014; Reisenhofer & Seibold, 2013, S. 2257).

Geplant war die Durchführung eines Convergent Mixed-Methods Reviews, jedoch lies die mangelnde quantitative Datenlage eine solche Methodik nicht zu. Ein möglicher Grund hierfür liegt in der Sensibilität des Themas, für das viele Forschende Schwierigkeiten in der Teilnehmer:innen-Gewinnung berichten (u. a. Leppäkoski et al., 2011, S. 34; Maras, 2018, S. 36–41; Scordato, 2013, S. 139–140) und es bei quantitativen Studien für eine Aussagekraft mehr Teilnehmer:innen bedarf als bei qualitativen Designs.

Da das gesamte Forschungsprojekt ausschließlich durch die Autorin selbst durchgeführt wird, spiegelt dies auch nur eine bestimmte Perspektive – die einer heterosexuellen, weißen, cis-Frau aus dem Globalen Norden – wider, was sich auch in einer sprachlichen Begrenzung der Suche und der gewählten Datenbanken zeigt. Ausschließlich Studien, die in Hoch-Einkommens-Staaten durchgeführt wurden, erfüllten die Einschlusskriterien. Die QES ist durch die Qualität der eingeschlossenen Studien begrenzt (Booth, 2017, S. 196). So werden in die Stichproben häufig nur bestimmte Menschen in Studien eingeschlossen, was die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit darin begrenzt, dass Teilnehmer:innen, die nicht ausreichend über die jeweiligen Sprachkenntnisse verfügen, häufig ausgeschlossen werden. Eine weitere Limitation der Studien – und somit auch der vorliegenden Arbeit – ist, dass sie überwiegend Menschen einschließen, die zum Zeitpunkt der Studie nicht mehr in Gewalt leben. Dies ist aus Sicherheits- und ethischen Aspekten nachvollziehbar, kann jedoch erstens zu einer sehr spezifischen Studienpopulation führen, da viele Frauen über lange Zeiträume in Gewalt leben, zweitens kann dies, wenn das Gewalterleben lang zurückliegt, zu einem Recallbias, sprich einer Verzerrung der eigenen Wahrnehmung durch zeitlichen Abstand, führen. Auch wenn jede Teilnehmer:in eine eigene Lebensrealität hat

und diese nicht durch die Forschende in Frage gestellt wird, sorgt eine zeitnahe Befragung nach der Versorgung für detailliertere Wiedergaben der Erlebnisse. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Aufsuchen der Notaufnahme infolge von Gewalt eine Ausnahmesituation für die meisten Befragten ist, was sich unterschiedlich auf ihre Erinnerung auswirken kann.

In der vorliegenden Arbeit wird mit Zitaten innerhalb von Veröffentlichungen gearbeitet, es werden keine vollständigen Primärdatensätze berücksichtigt. Dementsprechend sind die codierten Zitate von Patient:innen diejenigen, welche die Forschenden als relevant ausgewählt haben.

Eine Schwierigkeit entsteht zusätzlich durch die Diskrepanz zwischen der Haltung der Forschenden, die die Primärstudien beeinflusst, und der Haltung der Forschenden der hier vorliegenden Arbeit. So diskutieren Lewis-O'Connor und Chadwick (2015), dass Geschlechtsverkehr nicht ausschließlich dichotom – konsensuell oder nicht – sei, sondern es auch etwas dazwischen gäbe: Geschlechtsverkehr zwischen zwei intoxikierten Menschen, bei denen weder Zwang noch Zustimmung eine Rolle spielen würden, Menschen diese Aktivitäten jedoch im Nachhinein bereuten. Die Autor:innen bezeichnen diese Fälle als „drunk sex“ und benennen die Schwierigkeit, dass Menschen nach solchen Vorfällen unter Druck gesetzt würden, Beweise und Spuren sichern zu lassen. In der Forderung, dass kein Mensch unter Druck gesetzt werden sollte, Beweise und Spuren sichern zu lassen, lässt sich zustimmen, jedoch nicht in dem Punkt, dass sexuelle Aktivität nicht dichotom wäre. Der Europarat (2011, Art. 36) definiert sexuelle Gewalt, einschließlich Vergewaltigung, als nicht einvernehmliche Handlungen und ergänzt hierzu: „Das Einverständnis muss freiwillig als Ergebnis des freien Willens der Person, der im Zusammenhang der jeweiligen Begleitumstände beurteilt wird, erteilt werden.“ Dementsprechend sind sexuelle Aktivitäten dichotom: Konsensuell oder nicht.

Ebenso ist auch die theoretische Positionierung der Forschenden nicht bei allen Veröffentlichungen übereinstimmend mit denen der Forschenden dieser Arbeit. Catallo et al. (2013, S. 1370) schließen eine Teilnehmer:in während der Datenanalyse des ersten Interviews aufgrund von Bedenken der Glaubwürdigkeit aus. Dies stellt die Deutungshoheit, in der sich die Forschenden bewegen, heraus. Es ist zu hinterfragen, ob die Intention sein kann, objektivierte Ergebnisse zu generieren, oder Lebensrealitäten von Patient:innen darzustellen (vgl. hierzu z. B. Mruck & Breuer, 2003) und inwiefern es ethisch vertretbar ist, Teilnehmer:innen auszuschließen, nachdem sie ein Interview zu einem sensiblen Thema gegeben haben.

Dank der vorliegenden Arbeit, welche sich der Responsiveness als Indikator für die Performance von Gesundheitssystemen bedient, ist es möglich, international vergleichbare Tendenzen aufzudecken, die durch eine weitreichende Suchstrategie herausgearbeitet werden. Zwar ist Responsiveness ursprünglich quantitativ konzeptualisiert worden, dennoch wird in der vorliegenden Arbeit das Konzept, wie bei Röttger et al. (2014) auch, in einen qualitativen Rahmen eingebettet. Hierdurch können neue Erkenntnisse zu relevanten Dimensionen und spezifischen Bedarfen in der Versorgung von Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt in Bezug auf Responsiveness gewonnen werden. Um diese Erkenntnisse weiter zu verstetigen, bedarf es anschließender quantitativer Analysen hierzu.

Frauen, die Gewalt erleben oder erlebt haben, schildern ihre Erfahrungen zur Versorgung, während ihre Aussagen weder in Frage gestellt noch relativiert werden. Hierdurch kann weiterer Forschungs- und Handlungsbedarf im Zusammenhang mit der Versorgung von Patient:innen durch Notaufnahmen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt identifiziert werden.

7 Fazit

Um sich dem Erkenntnisinteresse, welche Erfahrungen Patient:innen nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt im Zusammenhang mit der Versorgung in Notaufnahmen machen, anzunähern, wurde in dieser Arbeit eine Thematische Synthese entlang des Konzeptes Responsiveness durchgeführt. Die gewonnenen Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Patient:innen, die die Notaufnahme aufgrund von Gewalt aufsuchen, viele positive Erfahrungen machen, wenn sie respektvoll, empathisch, vertraulich und zeitnah behandelt werden. Dennoch werden in Bezug auf alle analysierten Dimensionen von Responsiveness zuzüglich Sicherheits- und Versicherungsaspekten, verbesserungswürdige Erfahrungen von Patient:innen identifiziert.

Patient:innen, die aufgrund von Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt die Notaufnahme aufsuchen, berichten sowohl von dem Unglauben des Personals als auch von Schuldumkehr, die durch das Personal vorgenommen wird. Patient:innen berichten darüber hinaus, aufgrund spezifischer Diversitätsmerkmale und ihres Versicherungsstatus diskriminierend andersbehandelt zu werden. Die Rechte von Patient:innen vor allem im Zusammenhang mit forensischen Untersuchungen und mit der Privatsphäre gegenüber begleitenden, potenziell Gewalt ausübenden

Personen werden nicht stringent kommuniziert und umgesetzt. Die Wahl von Leistungserbringenden wird nicht sichergestellt, ebenso wenig wie ausreichende zeitliche Ressourcen oder eine koordinierte Versorgung. Im Kontext von Sicherheitsaspekten werden mangelnde Maßnahmen für Patient:innen und mitbetroffene Kindern identifiziert.

Die vorliegende Arbeit ist nach aktuellem Kenntnisstand die erste Arbeit, die das Konzept Responsiveness auf das bisher stark qualitativ erforschte Thema Versorgung nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt anwendet, und deutet darauf hin, dass sich das ursprünglich quantitativ ausgerichtete Konzept von Responsiveness auch eignet, um die Patient:innenperspektiven und -bedarfe dieser spezifischen Bevölkerungsgruppen international zu analysieren, vergleichen und zu diskutieren. Diese Arbeit dient als Basis für weiterführende, auch quantitative Forschung, die Versorgung nach Gewalt im sozialen Nahraum und/oder sexualisierter Gewalt mithilfe von Responsiveness global analysiert.

Literatur

- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. (2014). *Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick*. Abgerufen von Luxemburg: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf
- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(21-22), 3271-3285. doi:10.1111/jocn.13706
- American Board of Family Medicine. (2021, Sep. 2020). Journal of the American Board of Family Medicine. Information For Authors. Abgerufen von <https://www.jabfm.org/content/information-authors>
- Bakon, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2019). The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1. An integrative review. *Emerg Nurse*, *27*(6), 19-25. doi:10.7748/en.2019.e1950
- Beach, S. R., Carpenter, C. R., Rosen, T., Sharps, P., & Gelles, R. (2016). Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *28*(4-5), 185-216. doi:10.1080/08946566.2016.1229241
- Bent-Goodley, T. B. (2007). Health disparities and violence against women: why and how cultural and societal influences matter. *Trauma Violence Abuse*, *8*(2), 90-104. doi:10.1177/1524838007301160
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* (10. Auflage ed.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Bieniok, M., & Zimmermann, D. (2019). *Zusammenfassender Ergebnisbericht – Umfrage zu Bedarfen von gewaltbetroffenen Frauen* in Berlin*. Abgerufen von Berlin: https://www.researchgate.net/publication/336653182_ZUSAMMENFASSENDE_ER_ERGEBNISBERICHT_-_UMFRAGE_ZU_BEDARFEN_VON_GEWALTBETROFFENEN_FRAUEN_IN_BERLIN
- Booth, A. (2017). Qualitative Evidence Synthesis. In K. Facey, H. Ploug Hansen, & A. Single (Eds.), *Patient Involvement in Health Technology Assessment* (1 ed., pp. 187-199): ADIS.
- Booth, A., Noyes, J., Flemming, K., Gerhardus, A., Wahlster, P., van der Wilt, G. J., Mozygemba, K., Refolo, P., Sacchini, D., Tummers, M., & Rehfues, E. (2016). Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessment for complex interventions. Abgerufen von <http://www.integrate-hta.eu/downloads/>
- Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., & Delbanco, T. L. (1994). National survey of hospital patients. *BMJ (Clinical research ed.)*, *309*(6968), 1542-1546. doi:10.1136/bmj.309.6968.1542
- Brux, S. (2021). Entwicklung der häuslichen Gewalt in 2020 [Press release]. Abgerufen von <https://www.berlin.de/sen/justva/presse/pressemitteilungen/2021/pressemitteilung.1059664.php>
- Bundeskriminalamt. (2020). *Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung - Berichtsjaehr 2019*. Abgerufen von Wiesbaden: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Jahresbericht>

- eUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2019.html;jsessionid=FE01CC95502D6D3ECD672E63D9C16282.live2302?nn=63476
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). 1. *Staatenbericht Deutschland 2020*. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/160138/6ba3694cae22e5c9af6645f7d743d585/grevio-staatenbericht-2020-data.pdf>
- Busse, R. (2013). Chapter 9: Citizen and Patient Satisfaction, Responsiveness and Experience with the Health System – Role and Contribution to Performance Assessment. In I. Papanicolas & P. Smith (Eds.), *Health System Performance Comparison* (1 ed., pp. 255-279): Open University Press.
- Busse, R., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*.
- Catalo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & Macmillan, H. L. (2012). Identifying the turning point: using the transtheoretical model of change to map intimate partner violence disclosure in emergency department settings. *ISRN nursing, 2012*, 239468. doi:10.5402/2012/239468
- Catalo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., & MacMillan, H. L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: A grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing, 69*(6), 1366-1376. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x
- Choi, A. W., Wong, J. Y., Lo, R. T., Chan, P. Y., Wong, J. K., Lau, C. L., & Kam, C. W. (2018). Intimate partner violence victims' acceptance and refusal of on-site counseling in emergency departments: Predictors of help-seeking behavior explored through a 5-year medical chart review. *Prev Med, 108*, 86-92. doi:10.1016/j.ypmed.2017.12.012
- Choo, E. K., Ranney, M., Wetle, T., Morrow, K., Mello, M., Squires, D., Garro, A., Tape, C., & Zlotnick, C. (2014). Attitudes toward computer interventions for partner abuse and drug use among women in the emergency department. *Drug and Alcohol Dependence, 146*, e247-e247. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.09.137
- Choo, E. K., Tapé, C., Glerum, K. M., Mello, M. J., Zlotnick, C., & Morrow Guthrie, K. (2016). "That's Where the Arguments Come in": A Qualitative Analysis of Booster Sessions Following a Brief Intervention for Drug Use and Intimate Partner Violence in the Emergency Department. *Subst Abuse, 10*, 77-87. doi:10.4137/sart.S33388
- Cinergix Pty. Ltd. (2021). Creately. Australien. Abgerufen von <https://creately.com>
- Coles, J., Astbury, J., Dartnall, E., & Limjerwala, S. (2014). A Qualitative Exploration of Researcher Trauma and Researchers' Responses to Investigating Sexual Violence. *Violence Against Women, 20*(1), 95-117. doi:10.1177/1077801213520578
- Darby, C., Valentine, N., Murray, C. J.L., & de Silva, A. (2000). World Health Organization (WHO): Strategy on Measuring Responsiveness. *GPE Discussion Paper series, 23*.
- De Oliveira, D. (o. J.). Gender-gerechte Sprache und Barrierefreiheit. Abgerufen von https://www.netz-barrierefrei.de/wordpress/barrierefreies-internet/barrierefreie-redaktion/texte/gender-gerechte-sprache-und-barrierefreiheit/#Der_Gender-Doppelpunkt
- De Silva, A. (2000). World Health Organization (WHO): A Framework for Measuring Responsiveness. *GPE Discussion Paper series, 32*. Abgerufen von <https://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf>

- Deutsch, L. S., Resch, K., Barber, T., Zuckerman, Y., Stone, J. T., & Cerulli, C. (2017). Bruise Documentation, Race and Barriers to Seeking Legal Relief for Intimate Partner Violence Survivors: a Retrospective Qualitative Study. *Journal of Family Violence, 32*(8), 767-773. doi:10.1007/s10896-017-9917-4
- Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2307-2316. doi:https://doi.org/10.1111/jocn.13625
- Equity & Human Rights Office. (2020). What is sexualized violence? In Equity & Human Rights Office (Ed.). Victoria BC Canada: University of Victoria.
- Europarat. (2011). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht*. (210). Abgerufen von Istanbul: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535>
- Europarat. (2020). Unterschriften und Ratifikationsstand des Vertrags 210. Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Abgerufen von https://www.coe.int/de/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures?p_auth=l6sRfajR
- Farr, K. A. (2002). Battered women who were "being killed and survived it": straight talk from survivors. *Violence Vict, 17*(3), 267-281. doi:10.1891/vivi.17.3.267.33660
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res, 48*(6 Pt 2), 2134-2156. doi:10.1111/1475-6773.12117
- Fischer, L. (2020). *Analyse. Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt. Zur Umsetzung von Artikel 25 der Istanbul-Konvention in Deutschland*. Abgerufen von https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Aktuelles/Analyse_Artikel_25_Istanbul-Konvention_Vorabfassung.pdf
- Flemming, K., Booth, A., Garside, R., Tunçalp, Ö., & Noyes, J. (2019). Qualitative evidence synthesis for complex interventions and guideline development: clarification of the purpose, designs and relevant methods. *BMJ Glob Health, 4*. doi:10.1136/bmjgh-2018-000882
- Fulu, E., & Miedema, S. (2015). Violence against women: Globalizing the integrated ecological model. *Violence Against Women, 21*(12), 1431-1455. doi:10.1177/1077801215596244
- Ganley, A. (1998). Health care responses to perpetrators of domestic violence. *Improving the health care response to violence: A resource manual for health care providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.
- Giddens, A., & Sutton, P. W. (2017). *Sociology* (A. Giddens & P. W. Sutton Eds. 8 ed.). Cambridge: Polity Press.
- Gloor, D., & Meier, H. (2014). «Der Polizist ist mein Engel gewesen.» *Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Interventionen bei Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Projekt NFP-60, Schlussbericht*. Abgerufen von <http://www.socialinsight.ch/index.php/8-nf60/24-veroeffentlichungen-zum-forschungsprojekt>
- Goldenberg, T., Jadwin-Cakmak, L., & Harper, G. W. (2018). Intimate Partner Violence Among Transgender Youth: Associations with Intrapersonal and Structural Factors. *Violence and Gender, 5*(1), 19-25. doi:10.1089/vio.2017.0041

- Gruber, E., & Logar, R. (2015). *Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln. Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zu Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen*. Abgerufen von http://www.gewaltfreileben.at/images/Bilder/PDFs/Leitfaden_GewaltFREI_LEBEN_durch_mein_Krankenhaus.pdf
- Guadalupe-Diaz, X. L., & Jasinski, J. (2016). "I Wasn't a Priority, I Wasn't a Victim": Challenges in Help Seeking for Transgender Survivors of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women, 23*(6), 772-792. doi:10.1177/1077801216650288
- Haddaway, N. R., Collins, A. M., Coughlin, D., & Kirk, S. (2015). The Role of Google Scholar in Evidence Reviews and Its Applicability to Grey Literature Searching. *PloS one, 10*(9), e0138237. doi:10.1371/journal.pone.0138237
- Hagemann-White, C. (2016). Grundbegriffe und Fragen der Ethik bei der Forschung über Gewalt im Geschlechterverhältnis. In K. B. Helfferich C., Kindler H. (Ed.), *Forschungsmanual Gewalt*. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-658-06294-1_2
- Hagemann-White, C. (2020). Definitionen, Begriffe und Entwicklung des Diskurses zu Gewalt im Geschlechterverhältnis. In U. U. KJPP (Ed.), *E-Learning Gewaltschutz. Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt*. Abgerufen von haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de
- Hamberger, L. K., Ambuel, B., Guse, C. E., Phelan, M. B., Melzer-Lange, M., & Kistner, A. (2014). Effects of a Systems Change Model to Respond to Patients Experiencing Partner Violence in Primary Care Medical Settings. *Journal of Family Violence, 29*(6), 581-594. doi:10.1007/s10896-014-9616-3
- Hammarström, A., & Hensing, G. (2018). How gender theories are used in contemporary public health research. *International Journal for Equity in Health, 17*(1), 34. doi:10.1186/s12939-017-0712-x
- Hansestadt Lübeck. (2019). *Leitfaden für gendersensible Sprache bei der Hansestadt Lübeck*. Abgerufen von <http://bekanntmachungen.luebeck.de/dokumente/d/1055/download>
- Harland, K. K., Peek-Asa, C., & Saftlas, A. F. (2018). Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors Experienced by Emergency Department Patients: Differences by Sexual Orientation and Gender Identification. *Journal of Interpersonal Violence, 088626051881207-886260518812070*.
- Haynes, N., & Leap, W. L. (2018). Queer (Theory). In *Online Dictionary Social and Political Key Terms of the Americas* (1.0 ed.).
- Hester, M., Williamson, E., Regan, L., Coulter, M., Chantler, K., Gangoli, G., Davenport, R., & Green, L. (2012). Exploring the service and support needs of male, lesbian, gay, bi-sexual and transgendered and black and other minority ethnic victims of domestic and sexual violence. *University of Bristol*. Abgerufen von <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/migrated/documents/domesticsexualviolencesupportneeds.pdf>
- Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4013-4027. doi:10.1111/jocn.13849
- Hoffmann-Walbeck, H., Möckel, M., Etzold, S., & David, M. (2016). Care Situation for Female Victims of Sexual Violence in Metropolitan Emergency Departments with Charité/Berlin as an Example. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 76*(11), 1180-1185. doi:10.1055/s-0042-113187

- Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., & Pauli, A. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen* Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gewalt.pdf?__blob=publicationFile
- Jacobson, D., & Mustafa, N. (2019). Social Identity Map: A Reflexivity Tool for Practicing Explicit Positionality in Critical Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods, 18*, 1609406919870075. doi:10.1177/1609406919870075
- Jasinski, J. L., Wesely, J. K., Mustaine, E., & Wright, J. D. (2005). *The Experience of Violence in the Lives of Homeless Women: A Research Report*. Abgerufen von <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/211976.pdf>
- Jones, A. M., Rice, N., Robone, S., & Dias, P. R. (2011). Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: a cross-country analysis. *J Health Econ, 30*(4), 616-625. doi:10.1016/j.jhealeco.2011.05.003
- Joshi, M., Thomas, K., & Sorenson, S. (2012). "I Didn't Know I Could Turn Colors": Health Problems and Health Care Experiences of Women Strangled by an Intimate Partner. *Social work in health care, 51*, 798-814. doi:10.1080/00981389.2012.692352
- Koistinen, I., & Holma, J. (2015). Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence. *SAGE Open, 5*(1). doi:10.1177/2158244015570392
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and People's health. Theory and Context*. Oxford: Oxford University Press.
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of Intimate Partner Violence and Subsequent Police Reporting Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Adults in Colorado: Comparing Rates of Cisgender and Transgender Victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(5), 855-871. doi:10.1177/0886260514556767
- Larsen, M. M., Krohn, J., Püschel, K., & Seifert, D. (2014). Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. *Health Care Women Int, 35*(4), 359-379. doi:10.1080/07399332.2012.738264
- Lasserson, T. J., Thomas, J., & Higgins, J. P. T. (2019). Chapter 1: Starting a review. In H. J. P. T., J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (6 ed., Vol. 6.0 (updated July 2019)). Abgerufen von www.training.cochrane.org/handbook.
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Rader, T., Shokraneh, F., Thomas, J., & Wieland, L. S. (2019). Chapter 4: Searching for and selecting studies. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (6 ed., Vol. 6.0 (updated July 2019)). Abgerufen von www.training.cochrane.org/handbook
- Leppäkoski, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2011). Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *International Emergency Nursing, 19*(1), 27-36. doi:10.1016/j.ienj.2010.02.006
- Lewis-O'Connor, A., & Chadwick, M. (2015). Engaging the Voice of Patients Affected by Gender-Based Violence: Informing Practice and Policy. *J Forensic Nurs, 11*(4), 240-249. doi:10.1097/jfn.0000000000000090

- Library of South Australia. (30.11.2020). Guide: Grey Literature. Abgerufen von <https://guides.library.unisa.edu.au/GreyLiterature>
- Lipsky, S., & Caetano, R. (2007). The role of race/ethnicity in the relationship between emergency department use and intimate partner violence: findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Public Health, 97*(12), 2246-2252. doi:10.2105/AJPH.2006.091116
- Loke, A. Y., Wan, M. L., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *J Clin Nurs, 21*(15-16), 2336-2346. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x
- Loke, A. Y., Wan, M. L. E., & Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 21*(15-16), 2336-2346. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x
- Maras, S. (2018). *How to Improve Health Care Given to Intimate Partner Violence Victims From Victims' Perspectives*. (Master of Arts). Indiana University of Pennsylvania, Pennsylvania.
- Marshall, A. J., de Crespigny, C. F. C., Schultz, T. J., & School of, N. (2015). Emergency care perceptions and responses to alcohol-intoxicated women victims of violence: current perceptions and responses, what influences them, and whether they can be changed. In.
- Mayer, B. W. (2000). Female Domestic Violence Victims: Perspectives on Emergency Care. *Nursing Science Quarterly, 13*(4), 340-346. doi:10.1177/089431840001300419
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Mirzoev, T., & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Global Health, 2*(4), e000486. doi:10.1136/bmjgh-2017-000486
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine, 6*(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Monterrosa, A. E. (2019). How Race and Gender Stereotypes Influence Help-Seeking for Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(10), 1985-2003. doi:10.1177/0886260519853403
- Morse, D. S., Lafleur, R., Fogarty, C. T., Mittal, M., & Cerulli, C. (2012). "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *J Am Board Fam Med, 25*(3), 333-342. doi:10.3122/jabfm.2012.03.110193
- Mruck, K., & Breuer, F. (2003). Subjectivity and Reflexivity in Qualitative Research—The FQS Issues. *Forum Qualitative Sozialforschung, 4*.
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health 2000, 78*(6), 717-731. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57320>
- Nicolson, P. (2019). *Domestic violence and psychology: Critical perspectives on intimate partner violence and abuse, 2nd ed.* New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Noyes, J., Booth, A., Cargo, M., Flemming, K., Harden, A., Harris, J., Garside, R., Hannes, K., Pantoja, T., & Thomas, J. (2019). Chapter 21: Qualitative evidence. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*

- Interventions version 6.0* (6 ed., Vol. 6.0 (updated July 2019)). Abgerufen von <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-21>
- Olive, P. (2017a). Classificatory multiplicity: intimate partner violence diagnosis in emergency department consultations. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2229-2243. doi:10.1111/jocn.13673
- Olive, P. (2017b). First contact: acute stress reactions and experiences of emergency department consultations following an incident of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2317-2327. doi:10.1111/jocn.13311
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, & European Observatory on Health Systems Policies. (2019). *Germany: Country Health Profile 2019*.
- Patch, M., Anderson, J. C., & Campbell, J. C. (2018). Injuries of Women Surviving Intimate Partner Strangulation and Subsequent Emergency Health Care Seeking: An Integrative Evidence Review. *J Emerg Nurs*, 44(4), 384-393. doi:10.1016/j.jen.2017.12.001
- Pathfinder. (2020). *Pathfinder Survivor Consultation. Key Findings Report*. Abgerufen von https://avaproject.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/Pathfinder-Survivor-Consultation-Report_Final.pdf
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9. doi:10.3402/qhw.v9.23166
- Rasch, L., Plamp, L., & Tezcan-Güntekin, H. (2020). *Abschlussbericht: Befragung zur Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt in Berliner Notaufnahmen*. Abgerufen von <https://www.ash-berlin.eu/?id=924>
- Reeves, E. A., & Humphreys, J. C. (2018). Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *J Clin Nurs*, 27(5-6), 1170-1182. doi:10.1111/jocn.14152
- Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2013). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253-2263. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x
- Ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“. (2019). *Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft (Landtag) vom 8. Januar 2019. 7. Bericht der ressortübergreifenden Arbeitsgruppe „Häusliche Beziehungsgewalt“. Drucksache 19/1988*. Abgerufen von <https://www.bremische-buergerschaft.de/dokumente/wp19/land/drucksache/D19L1988.pdf>
- Rhodes, K. V., Kothari, C. L., Dichter, M., Cerulli, C., Wiley, J., & Marcus, S. (2011). Intimate partner violence identification and response: time for a change in strategy. *Journal of general internal medicine*, 26(8), 894-899. doi:10.1007/s11606-011-1662-4
- Riedl, D., Exenberger, S., Daniels, J. K., Böttcher, B., Beck, T., Dejaco, D., & Lampe, A. (2019). Domestic violence victims in a hospital setting: Prevalence, health impact and patients' preferences – Results from a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). doi:10.1080/20008198.2019.1654063
- Riley, E. D., Vittinghoff, E., Kagawa, R. M. C., Raven, M. C., Eagen, K. V., Cohee, A., Dilworth, S. E., & Shumway, M. (2020). Violence and Emergency Department Use among Community-Recruited Women Who Experience

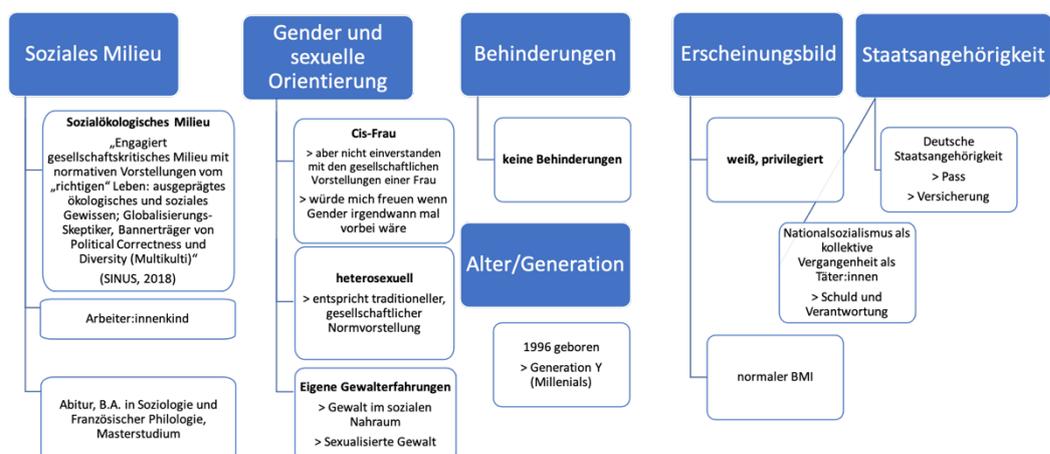
- Homelessness and Housing Instability. *Journal of Urban Health*, 97(1), 78-87. doi:10.1007/s11524-019-00404-x
- Robert Koch-Institut. (2020). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile
- Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572-576. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008
- Rodriguez, B., & Mandich, M. (2019). What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study. *Archives of academic emergency medicine*, 7(1), e68. Abgerufen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=32021979&site=ehost-live>
- Röttger, J., Blümel, M., Fuchs, S., & Busse, R. (2014). Assessing the responsiveness of chronic disease care - is the World Health Organization's concept of health system responsiveness applicable? *Soc Sci Med*, 113, 87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2014.05.009
- Sacco, S. (2017). *Häusliche Gewalt. Kostenstudie für Deutschland, . Gewalt gegen Frauen in (ehemaligen) Partnerschaften*. Hamburg: Tredition Verlag.
- Safelives. (2015). *Getting it right first time*. Abgerufen von <https://safelives.org.uk/sites/default/files/resources/Getting%20it%20right%20first%20time%20-%20complete%20report.pdf>
- Safelives. (2016). *A Cry for Health. Why we must invest in domestic abuse services in hospitals*. Abgerufen von https://safelives.org.uk/sites/default/files/resources/SAFJ4993_Themis_report_WEBcorrect.pdf
- Sawyer, S., Coles, J., Williams, A., & Williams, B. (2018). Paramedics as a New Resource for Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260518769363. doi:10.1177/0886260518769363
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ open*, 6(11), e013323. doi:10.1136/bmjopen-2016-013323
- Schröttle, M. (2017). *Gewalt in Paarbeziehungen. Expertise für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*. Abgerufen von www.gleichstellungsbericht.de
- Schröttle, M., & Ansorge, N. (2008). *Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Enddokumentation November 2008*. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/93968/f832e76ee67a623b4d0cdfd3ea952897/gewalt-paarbeziehung-langfassung-data.pdf>
- Schröttle, M., Hornberg, C., Glammeier, S., Sellach, B., Kavemann, B., Puhe, H., & Zinsmeister, J. (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland-Kurzfassung*. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd>

- 9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf
- Schröttle, M., Martinez, M., Condon, S., Jaspard, M., Piispa, M., Westerstrand, J., Reingardiene, J., Springer-Kremser, M., Hagemann-White, C., Brzank, P., May-Chahal, C., & Penhale, B. (2006). *Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies*. Abgerufen von https://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/D_20_Comparative_reanalysis_of_prevalence_of_violence_pub.pdf
- Schröttle, M., & Vogt, K. (2016). Women as Victims and Perpetrators of Violence: Empirical Results from National and International Quantitative Violence Research. In H. Kury, S. Redo, & E. Shea (Eds.), *Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration: Suggestions for Succeeding Generations (Volume 1)* (pp. 479-504). Cham: Springer International Publishing.
- Scordato, M. M. (2013). *Use of services by female survivors of intimate partner violence: In their own words*. (Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy). University of South Florida, South Florida. Retrieved from <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4941>
- Sethi, D., Watts, S., Zwi, A., Watson, J., & McCarthy, C. (2004). Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal, 21*(2), 180-184. doi:10.1136/emj.2003.012419
- SINUS. (2018). Informationen zu den Sinus-Milieus. Berlin/Heidelberg: SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH.
- Sirven, N., Santos-Eggimann, B., & Spagnoli, J. (2012). Comparability of Health Care Responsiveness in Europe. *Social Indicators Research, 105*(2), 255-271. doi:10.1007/s11205-011-9880-z
- Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Intimate Partner Violence and its Health Impact on Ethnic Minority Women [corrected]. *Journal of women's health (2002), 24*(1), 62-79. doi:10.1089/jwh.2014.4879
- Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., & McClain, N. (2013). Abuse experiences, substance use, and reproductive health in women seeking care at an emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 39*(4), 326-333. doi:10.1016/j.jen.2011.09.011
- Svavarsdóttir, E. K., & Orlygsdóttir, B. (2015). Disclosure of intimate partner violence in current marital/partner relationships among female university students and among women at an emergency department. *J Forensic Nurs, 11*(2), 84-92. doi:10.1097/jfn.0000000000000061
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology, 8*.
- Thomas, J., Kneale, D., McKenzie, J., Brennan, S., & Bhaumik, S. (2019). Chapter 2: Determining the scope of the review and the questions it will address. . In Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, & W. VA (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0* (6 ed., Vol. 6.0 (updated July 2019)). Abgerufen von <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-02>
- Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeier, A., & Schnitzer, S. (2019). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in

- Germany. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 162-171.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.020>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. doi:10.1186/1471-2288-12-181
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Tossone, K. J. (2015). *Emergency Department Providers' Treatment of Sexual Assault Victims: Behaviors, Experiences and Perceptions*. (Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Public Health). Kent State University, Kent. Retrieved from https://etd.ohiolink.edu/apexprod/rws_etd/send_file/send?accession=kent1427969701&disposition=inline
- Üstün, T., Chatterji, S., Mechbal, A., & Murray, C. J. L. (2003). The World Health Surveys. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, 797-808.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Çelik, C., Sadana, R., Valentine, N., Ortiz, J., Tandon, A., Salomon, J., Cao, Y., Wan Jun, X., Özaltın, E., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2001). WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. *GPE Discussion Paper 37*. Abgerufen von <https://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf>
- Valentine, N., Darby, C., & Bonsel, G. J. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med*, 66(9), 1939-1950. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.002
- Valentine, N., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C., & Evans, D. (2003). Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. *Health System Performance, Debates, Methods and Empiricism*.
- VERBI GmbH. (2020). MAXQDA 2020 Plus (Version 20.3.0). Abgerufen von <https://www.maxqda.de/produkte/maxqda-plus>
- Vereinte Nationen. (2015a). Chapter 6: Violence Against Women. In *The World's Women 2015: Trends and Statistics by United Nations Statistics Division*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division.
- Vereinte Nationen. (2015b). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Abgerufen von <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Vereinte Nationen. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*. Abgerufen von <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>
- Walby, S., Towers, J., & Francis, B. (2014). Mainstreaming Domestic and Gender-Based Violence into Sociology and the Criminology of Violence. *The Sociological Review*, 62(2_suppl), 187-214. doi:10.1111/1467-954X.12198
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). *The World health report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

- Weltgesundheitsorganisation. (2013a). *Global and regional estimates for violence against women: prevalence and health burden of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Abgerufen von <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- Weltgesundheitsorganisation. (2013b). *Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik*. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation. (2017). *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers*. Genf: World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers*. Genf: World Health Organization. WHO Headquarters.
- Wersig, M., & Steinl, L. (2020). Policy Paper: Strafrechtlicher Umgang mit (tödlicher) Partnerschaftsgewalt [Press release]. Abgerufen von <https://www.djb.de/presse/pressemitteilungen/detail/st20-28>
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516. doi:[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
- Women Against Violence Europe Network, & European Information Centre against Violence. (2020). WAVE Policy Statement. COVID-19 and Violence against Women and Girls [Press release]. Abgerufen von <https://www.wave-network.org/2020/05/12/press-release-wave-policy-statement-on-covid-19-and-violence-against-women-and-girls/>
- Women Against Violence Europe Team. (2019). *Wave Country Report 2019. The Situation of Women's Specialist Support Services in Europe*. Abgerufen von https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/WAVE_CR_200123_web.pdf
- Yaghoobifarah, H. (2018). Stars und Sternchen. Einfach an jedes gegenderte Wort ein * klatschen und alle sind mitgedacht? So einfach ist es leider nicht. *Missy Magazine. Magazin für Pop, Politik und Feminismus*. Abgerufen von <https://missy-magazine.de/blog/2018/05/11/stars-und-sternchen/>
- Zara, G., Freilone, F., Veggi, S., Biondi, E., Ceccarelli, D., & Gino, S. (2019). The medicolegal, psycho-criminological, and epidemiological reality of intimate partner and non-intimate partner femicide in North-West Italy: looking backwards to see forwards. *Int J Legal Med*, 133(4), 1295-1307. doi:10.1007/s00414-019-02061-w
- Zenzen, S. (2018). Ab 01. Februar mehr Rechte für gewaltbetroffene Frauen in Deutschland [Press release]. Abgerufen von <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/pm/pressemitteilung-ab-01-februar-mehr-rechte-fuer-gewaltbetroffene-frauen-in-deutschland.html>
- Zijlstra, E., van de Laar, R., Moors, M. L., Lo Fo Wong, S., & Lagro-Janssen, A. (2015). Tensions and Ambivalent Feelings: Opinions of Emergency Department Employees About the Identification and Management of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1044-1067. doi:10.1177/0886260515587663

Anhang



Anhang, Abbildung 1: Positionalitäts-Grafik orientiert an Jacobson und Mustafa (2019)

Anhang, Tabelle 1: Systematisierte Suche nach Datenbank, Suchstring, Resultaten, relevanten Resultaten und dem Suchdatum

Datenbank	Suchstring	Resultate	Ausgewählt für Volltextscreening	Datum
1. Ebsco (Charité Medizinische Bibliothek)	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Ultimate;CINAHL;eBook Collection (EBSCOhost);ERIC;GreenFILE;Library, Information Science & Technology Abstracts;MEDLINE;Political Science Complete;APA PsycArticles;APA PsycInfo;PSYINDEX Literature with PSYINDEX Tests;SocINDEX with Full Text;The Nation Archive (DFG) Limiters - Published Date: 20110101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase S1 AND S2 AND S3 AND S4 S1TI ("victim* of violence" OR "woman survivor*" OR "women	24	11	15.11.2020

	<p>survivor*" OR "victim survivors" OR "abused women" "battered women" OR woman OR women OR female* OR wife* OR part- ner* OR "intimate partner*" OR spouse*) Search modes - Bool- ean/Phrase</p> <p>S2TI (violen* OR abuse* OR "proximity violence" OR "intimate partner violence" OR "interper- sonal violence" OR "gender-based violence" OR "violence against women" OR "family violence" OR "domestic violence" OR "domestic abuse" OR "sexual* violence" OR "sexual abuse" OR assault)</p> <p>Search modes - Boolean/Phrase</p> <p>S3TI (experience* OR percep- tion* OR attitude* OR view* OR qualitative OR perspective* OR "help seeking" OR "help seeking factor*" OR "help seeking behav- ior" OR "help seeking behaviour" OR disclosure OR facilitators OR "facilitating factor*") Search modes - Boolean/Phrase</p> <p>S4TI ("emergency room*" OR "emergency department*" OR "ER" OR "ED" OR "accident and emergency" OR "accident & emergency" OR "a&e" OR "a & e" OR "emergency care") Search modes - Boolean/Phrase</p>			
2. PubMed	<p>((("victim of violence"[Title] OR "victims of violence"[Title] OR "woman survivor"[Title] OR "women survivors"[Title] OR "vic- tim survivors"[Title] OR "abused women" "battered women"[Title] OR woman[Title] OR women[Ti- tle] OR female[Title] OR fe- males[Title] OR wife[Title] OR wives[Title] OR partner[Title] OR partners[Title] OR "intimate part- ner"[Title] OR "intimate part- ners"[Title] OR spouse[Title] OR spouses)[Title]) AND ((vio- lence[Title] OR violent[Title] OR abuse[Title] OR abuses[Title] OR abuser[Title] OR abusers[Title] OR "proximity violence"[Title] OR "intimate partner violence"[Title] OR "interpersonal violence"[Title] OR "gender-based violence"[Title]</p>	18	4	15.11.2020

	<p>OR "violence against women"[Title] OR "family violence"[Title] OR "domestic violence"[Title] OR "domestic abuse"[Title] OR "sexual violence"[Title] OR "sexualized violence"[Title] OR "sexualized violence"[Title] OR "sexual abuse"[Title] OR assault)[Title]))</p> <p>AND ((experience[Title] OR experiences[Title] OR experiencing[Title] OR perception[Title] OR perceptions[Title] OR attitude[Title] OR attitudes[Title] OR view[Title] OR views[Title] OR qualitative[Title] OR perspective[Title] OR perspectives[Title] OR "help seeking"[Title] OR "help seeking factor"[Title] OR "help seeking factors"[Title] OR "help seeking behavior"[Title] OR "help seeking behaviour"[Title] OR disclosure[Title] OR facilitators[Title] OR "facilitating factors")[Title]))</p> <p>AND ("emergency room"[Title] OR "emergency rooms"[Title] OR "emergency department"[Title] OR "emergency departments"[Title] OR "ER"[Title] OR "ED"[Title] OR "accident"[Title] AND emergency[Title] OR "accident & emergency"[Title] OR "a&e"[Title] OR "a & e"[Title] OR "emergency care")[Title])</p>			
3. Emcare (via Ovid)	<p>Title contains ("victim of violence" OR "victims of violence" OR "woman survivor" OR "women survivors" OR "victim survivors" OR "abused women" "battered women" OR woman OR women OR female OR females OR wife OR wives OR partner OR partners OR "intimate partner" OR "intimate partners" OR spouse OR spouses)</p> <p>AND Title contains (violence OR violent OR abuse OR abuses OR abuser OR abusers OR "proximity violence" OR "intimate partner violence" OR "interpersonal violence" OR "gender-based violence" OR "violence against women" OR "family violence" OR "domestic violence" OR "domestic abuse" OR "sexual violence" OR "sexualized violence" OR "sexualized violence" OR "sexual abuse" OR assault)</p>	21	1	15.11.2020

	<p>AND Title contains (experience OR experiences OR experiencing OR perception OR perceptions OR attitude OR attitudes OR view OR views OR qualitative OR perspective OR perspectives OR "help seeking" OR "help seeking factor" OR "help seeking factors" OR "help seeking behavior" OR "help seeking behaviour" OR disclosure OR facilitators OR "facilitating factors")</p> <p>AND Title contains ("emergency room" OR "emergency rooms" OR "emergency department" OR "emergency departments" OR "ER" OR "ED" OR "accident and emergency" OR "accident & emergency" OR "a&e" OR "a & e" OR "emergency care")</p> <p>SCOPE: Everything / Everything <i>Publication Date:</i> 2011-2016 [bis 2016 weil keine aktuellere Literatur; Filter war auf 2021 gesetzt]</p>			
Primo von der FU	<p>Titel enthält: ("victims of violence" OR "battered women" OR assault OR "women survivors" OR "intimate partner violence" OR "domestic abuse")</p> <p>AND Titel enthält: (experience* OR perception* OR perspective)</p> <p>AND Titel enthält: (emergency (care OR department OR room))</p> <p>NOT alle Felder enthält: ("workplace violence" NOT "workplace safety" NOT "nurse* perception*" NOT "child*" NOT "adolescen*")</p> <p>Filter: Erscheinungsdatum 2011 – 2020</p>	13	0	16.11.2020
Google Scholar	<p>"ipv survivors" OR "victim* of violence" AND experiences "emergency department" -"nurses experiences"</p> <p>Zeitraum ab 2011</p> <p>Sprachen: Englisch, Deutsch, Französisch</p>	342	5	16.11.2020

Anhang, Tabelle 2: Suche auf Webseiten relevanter Schlüsselorganisationen

Webseiten relevanter Schlüsselorganisationen	Link	Suchstrategie	Bemerkung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)	https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/meta/search/72628!search?state=H4sIAAAAAAAD-WNMQvCMBhE_0q5OYPVijWr0q4d3MQhtFdbiAnmSyhS-t8NguN79-BWDCa-yCf4F7ZK16sc3_6fR9IwCveJwOlc19B3lvjzWFR6bwjRH6Rg68yR0uVN4J4YP-NFpKcsPEvC8UuqL-IYmyEgvgQcyC9DywGSp9dEI7z68U7icH-MLgejsclt-CzL1zSKeAAAA&pageNum=4	„Gesundheitswesen UND Gewalt“ „Erfahrungen UND Gesundheitswesen UND Gewalt“	50 Resultate, keine von Relevanz
Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Publikationen)	https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Publikationen/publikationen_node.html	„Gewalt UND Krankenhaus“ „Gewalt UND Notaufnahme“	96 Resultate, keine von Relevanz (Fokus hier: Rassismus/Antisemitismus/Sexismus)
Institut National de la statistique et des études économiques	https://www.insee.fr/fr/recherche?id-prec=1378124&q=violence&taille=100&debut=0	„violence“	49 Resultate, keine von Relevanz (kein Krankenhaus/nicht ZNA)
Global Database on VAW (UN Women)	https://evaw-global-database.unwomen.org/en/search?keywords=experiences&page-Number=6	„experiences“	51 Resultate, keine von Relevanz (ab 2011)
Sexual Violence Research Initiative (SVRI)	https://www.svri.org/documents/survivor-perspectives	Responses Survivors Perspectives Reports Journal Articles	9 Resultate, keine von Relevanz (ab 2011)

Anhang, Tabelle 3: Durchsuchen der Literaturangaben relevanter Veröffentlichungen

Pearling: Reference lists/relevant articles	Suchstrategie	Bemerkung
Review Hinsliff-Smith und McGarry (2017)	Von SIGNAL e. V.	Vier relevante Veröffentlichungen identifiziert, von denen zwei über die EBSCO-Suche und eine über die

		PubMed-Suche bereits identifiziert worden sind (eine neue relevante Veröffentlichung identifiziert)
Review Patch, Anderson, und Campbell (2018)	Schon vorher bekannt gewesen	Keine überschneidende Literatur
Gruber und Logar (2015)	Schon vorher bekannt gewesen	Eine relevante Veröffentlichung identifiziert
WHO (2013b)	Schon vorher bekannt gewesen	Keine überschneidende Literatur

Anhang, Tabelle 4: Hinweise auf Literatur durch Expert:innen im Feld

Schlüsselautor:innen/ Expert:innen/Schlüsselorganisationen	Zitation/Kontakt	Bemerkung
S.I.G.N.A.L. e. V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Riedl, David & Exenberger, Silvia & Daniels, Judith & Böttcher, Bettina & Beck, Thomas & Dejaco, Daniel & Lampe, Astrid. (2019). Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' prevalences - results from a cross-sectional study. European Journal of Psychotraumatology. 10. 10.1080/20008198.2019.1654063. - Hester, M., Williamson, E., Regan, L., Coulter, M., Chantler, K., Gangoli, G., Davenport, R., & Green, L. (2012). Exploring the service and support needs of male, lesbian, gay, bisexual and transgendered and black and other minority ethnic victims of domestic and sexual violence. Report prepared for Home Office SRG/06/017. Abgerufen von 	<ul style="list-style-type: none"> - Riedl et al.: keine Gesundheitsversorgung/nicht ZNA - Hester et al.: nicht ZNA - Dennoch für Pearling verwendet

	<p>http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/migrated/documents/domesticsexualviolencesupportneeds.pdf am 13.11.2020</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simmons, J., Brüggemann, A.J., Swahnberg, K. (2016). Disclosing victimisation to healthcare professionals in Sweden: a constructivist grounded theory study of experiences among men exposed to interpersonal violence BMJ Open 2016;6:e010847. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010847 - Jungnitsch, J. (2017). Die interdisziplinäre Gewaltopferambulanz am Institut für Rechtsmedizin: Analyse der ersten vier Jahre und Vergleich zur vorherigen Versorgungsstruktur. Abgerufen von https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-46173/Jungnitsch%2C%20Jeannie_finale%20Fassung.pdf am 13.11.2020 - Pathfinder. (2020). Pathfinder Survivor Consultation. Key Findings Report. Retrieved from https://avaproject.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/Pathfinder-Survivor-Consultation-Report_Final.pdf 	<ul style="list-style-type: none"> - Simmons et al.: Falsche Adressat:innengruppe - Jungnitsch: nicht ZNA - Einschluss
<p>Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bieniok, M. & Zimmermann, D. (2019). Ergebnisbericht – Umfrage zu Bedarfen von gewaltbetroffenen Frauen* in Berlin. LARA Verein gegen 	<ul style="list-style-type: none"> - nicht ZNA

	sexuelle Gewalt an Frauen e. V. & Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e. V.	
Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e.V.	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt zur Akutversorgung nach sG: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/frauenrechte/istanbul-konvention/projekt-artikel-25-istanbul-konvention/ - Best Practice nach Vergewaltigung: https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de - S.I.G.N.A.L. e. V. 	<ul style="list-style-type: none"> - nicht relevant (Fokus hier: Best Practice, nicht Erfahrung)
BIG e. V. - Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen	<ul style="list-style-type: none"> - S.I.G.N.A.L. e. V. 	NN
Patientenbeauftragte für Berlin	<ul style="list-style-type: none"> - Verweis an Dr. Martina Schmiedhofer - BIG e.V. 	NN
Dr. Martina Schmiedhofer, (Charité – Universitätsmedizin Berlin)	<ul style="list-style-type: none"> - Schmiedhofer (2017). Funktion der Notaufnahmen in der akutmedizinischen Versorgung aus Patientensicht - Hoffmann-Walbeck H, Möckel M, Etzold S, David M. (2016). Care Situation for Female Victims of Sexual Violence in Metropolitan Emergency Departments with Charité/Berlin as an Example. Geburtshilfe Frauenheilkd. Nov;76(11):1180-1185. doi: 10.1055/s-0042-113187. - Fryszer (2019). Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation an deutschen 	<ul style="list-style-type: none"> - Schmiedhofer: keine Erwähnung von Gewalt - Hoffmann-Walbeck et al.: Andere Adressat:innengruppe - Fryszer: keine Erfahrungen

	<p>Universitätsfrauenkliniken https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/25522</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herr Dr. Rosen (pädiatrische Rettungsstelle) - Weiterleitung an Prof. Dr. Anna Christine Slagman 	- Rosen: Andere Adressat:innen-gruppe
Prof. Dr. Anna Christine Slagman	- https://gewaltschutzambulanz.charite.de/angebot_der_gewaltschutzambulanz/	NN
SoFFI F. - Berlin (Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen FIVE Freiburg)	NN	NN
LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungs-Bereich der Lesbenberatung Berlin e.V.	NN	NN

Anhang, Tabelle 5: Übersicht der Veröffentlichungen, die im Volltextscreening (begründet) ein-/ausgeschlossen wurden

Autor:innen (Veröffentlichungsjahr)	Kontext	Quelle	Ein-/Ausschluss	Grund
Catallo, Jack, Ciliska, und Macmillan (2012)	Studie	EBSCO	Ausschluss	Gleicher Datensatz wie 2013 (diese Studie hatte einen anderen Fokus, weshalb die Studie von 2013 eingeschlossen wird)
Catallo et al. (2013)	Studie	EBSCO	Einschluss	–
Choi et al. (2018)	Studie	EBSCO	Ausschluss	keine Erfahrungen/Perspektiven der Frauen (eher Vermutungen)

Choo et al. (2014)	Studie	EBSCO	Einschluss	–
Choo et al. (2016)	Studie	EBSCO	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA Versorgung
Deutsch et al. (2017)	Studie	Google Scholar	Einschluss	–
Gloor und Meier (2014)	Bericht	Grau (Reference Liste von Gruber und Logar (2015))	Einschluss	–
Guadalupe-Diaz und Jasinski (2016)	Studie	Grau	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA
Hamberger et al. (2014)	Studie	Google Scholar	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA Versorgung
Leppäkoski et al. (2011)	Studie	EBSCO	Einschluss	–
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	Studie	PubMed	Einschluss	–
Loke et al. (2012)	Studie	PubMed	Einschluss	–
Maras (2018)	Masterarbeit (M.A.)	Google Scholar	Einschluss	–
Marshall, de Crespigny, Schultz, und School of (2015)	Dissertation (Ph. D.)	Ovid Emcare	Ausschluss	keine Erfahrungen/Perspektiven der Frauen
Mayer (2000)	Studie	Grau (von Hinsliff-Smith und McGarry (2017))	Ausschluss	Ursprünglich Veröffentlichung von 2011; Original jedoch 2000 veröffentlicht
Morse et al. (2012)	Studie	Google Scholar	Einschluss	–
Nicolson (2019)	Buch	EBSCO	Ausschluss	keine (Erfahrungen zu) ZNA
Olive (2017b)	Studie	EBSCO	Einschluss	–
Pathfinder (2020)	Bericht	Grau (Expert:innenhinweis)	Einschluss	–

Pratt-Eriksson et al. (2014)	Studie	PubMed	Einschluss	–
Reeves und Humphreys (2018)	Studie	Grau	Einschluss	–
Reisenhofer und Seibold (2013)	Studie	PubMed	Einschluss	–
Riley et al. (2020)	Studie	EBSCO	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA Versorgung
Rodriguez und Mandich (2019)	Studie	Grau	Einschluss	–
Safelives (2016)	Bericht	Grau (Expert:innenhinweis)	Einschluss	–
Scordato (2013)	Dissertation (Ph. D.)	Google Scholar	Einschluss	–
Sutherland, Fantasia, und McClain (2013)	Studie	EBSCO	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA Versorgung
Svavarsdóttir und Orlygsdottir (2015)	Studie	EBSCO	Ausschluss	keine Erfahrungen zu ZNA Versorgung

Anhang, Tabelle 6: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 1 bis 8 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)

Study	Domain 1: Research team and reflexivity							
	Personal Characteristics					Relationship with participants		8. Interviewer characteristics // Researcher characteristics
	1. Interviewer/facilitator // Incentive	2. Credentials	3. Occupation	4. Gender	5. Experience and training	6. Relationship established	7. Participant knowledge of the interviewer	
Catallo et al. (2013)	NN // 1	-	1	NN	-	~	NN	1
Choo et al. (2014)	NN // NN	-	1	NN	-	NN	NN	NN
Deutsch et al. (2017)	1 // 1	-	1	1	-	NN	NN	1
Gloor und Meier (2014)	1 // 1	-	1	1	-	~	NN	~
Leppäkoski et al. (2011)	NN // NN	-	1	NN	-	NN	NN	NN
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	NN // NN	-	1	NN	-	NN	NN	NN
Maras (2018)	1 // 1	-	1	1	-	1	~	1
Morse et al. (2012)	1 // 1	-	1	NN	-	~	NN	NN
Olive (2017)	1 // NN	-	1	1	-	~	NN	~
Pathfinder (2020)	1 // 1	-	1	NN	-	~	NN	NN
Pratt-Eriksson et al. (2014)	1 // NN	-	1	NN	-	NN	NN	1
Reeves und Humphreys (2018)	1 // 1	-	1	NN	-	NN	NN	~
Reisenhofer und Seibold (2013)	NN // NN	-	1	NN	-	NN	NN	NN
Rodriguez und Mandich (2019)	1 // NN	-	1	NN	-	~	NN	1
Safelives (2016)	1 // NN	-	1	NN	-	~	NN	~
Scordato (2013)	1 // 1	-	1	NN	-	~	NN	1
Loke et al. (2012)	1 // NN	-	1	NN	-	NN	NN	1

Anhang, Tabelle 7: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 9 bis 16 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)

Study	Domain 2: study design							
	Theoretical framework	Participant selection			Setting			
	9. Methodological orientation and Theory	10. Sampling	11. Method of approach	12. Sample size	13. Non-participation	14. Setting of data	15. Presence of non-participants	16. Description of sample (Diversity)
Catallo et al. (2013)	1	1	1	1	~	1	NN	1 (1)
Choo et al. (2014)	~	1	1	1	NN	1	NN	1 (1)
Deutsch et al. (2017)	1	1	1	1	NN	1	1	~ (~)
Gloor und Meier (2014)	1	1	1	1	1	1	NN	1 (1)
Leppäkoski et al. (2011)	~	1	~	1	~	1	1	1 (1)
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	~	1	~	1	1	~	NN	1 (1)
Maras (2018)	1	1	1	1	1	1	1	1 (~)
Morse et al. (2012)	~	1	~	1	~	1	~	1 (1)
Olive (2017)	1	1	~	1	~	1	~	1 (~)
Pathfinder (2020)	~	1	1	1	NN	NN	NN	1 (1)
Pratt-Eriksson et al. (2014)	1	1	~	1	NN	NN	NN	1 (~)
Reeves und Humphreys (2018)	~	1	~	1	NN	1	NN	1 (~)
Reisenhofer und Seibold (2013)	1	1	~	1	NN	NN	NN	1 (NN)
Rodriguez und Mandich (2019)	NN	1	1	1	NN	1	~	1 (~)
Safelives (2016)	~	1	1	~	NN	NN	NN	1 (1)
Scordato (2013)	1	1	~	1	1	1	NN	1 (1)
Loke et al. (2012)	~	1	1	1	~	1	~	1 (NN)

Anhang, Tabelle 8: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 17 bis 28 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)

Study	Domain 2: study design							Domain 3: analysis and findings					
	17. Interview guide	18. Repeat interviews	19. Audio/visual recording	Data collection			23. Transcripts returned	24. Number of data coders	Data analysis			28. Participant checking	
				20. Field notes	21. Duration	22. Data saturation			25. Description of the coding tree	26. Derivation of themes	27. Software		
Catallo et al. (2013)	~	1	1	1	1	1	NN	1	1	1	1	NN	
Choo et al. (2014)	~	NN	1	NN	NN	1	NN	1	1	1	1	NN	
Deutsch et al. (2017)	~	~	NN	NN	NN	~	NN	~	~	~	NN	NN	
Gloor und Meier (2014)	1	~	1	1	1	~	NN	~	~	1	1	NN	
Leppäkoski et al. (2011)	~	~	NN	NN	1	~	NN	NN	~	1	NN	NN	
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	~	NN	1	NN	1	~	NN	NN	~	~	NN	NN	
Maras (2018)	1	1	1	1	1	1	NN	1	1	1	1	1	
Morse et al. (2012)	1	~	NN	NN	NN	1	NN	1	~	1	NN	NN	
Olive (2017)	1	~	1	NN	1	1	NN	1	1	1	1	NN	
Pathfinder (2020)	1	~	NN	NN	NN	NN	NN	NN	NN	~	1	NN	
Pratt-Eriksson et al. (2014)	1	~	1	NN	1	1	NN	1	1	1	NN	NN	
Reeves und Humphreys (2018)	~	~	1	NN	1	1	NN	1	1	1	1	NN	
Reisenhofer und Seibold (2013)	1	~	1	NN	1	1	NN	NN	1	1	1	NN	
Rodriguez und Mandich (2019)	1	1	NN	NN	NN	1	NN	~	NN	NN	NN	NN	
Safelives (2016)	~	1	1	NN	NN	~	NN	1	~	1	NN	NN	
Scordato (2013)	1	~	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Loke et al. (2012)	1	~	1	NN	1	1	NN	1	1	1	NN	NN	

Anhang, Tabelle 9: Bewertung der eingeschlossenen Studien anhand der COREQ-Dimensionen 29 bis 32 (1 = berichtet // ~ = indirekt/zum Teil // NN = nicht berichtet)

Study	Domain 3: analysis and findings				Additional Domain: ethical and safety issues
	Reporting				
	29. Quotations presented	30. Data and findings consistent	31. Clarity of major themes	32. Clarity of minor themes	Ethical Considerations // Safety
Catallo et al. (2013)	1	1	-	-	1 // ~
Choo et al. (2014)	1	1	-	-	~ // ~
Deutsch et al. (2017)	1	1	-	-	1 // 1
Gloor und Meier (2014)	1	1	-	-	1 // 1
Leppäkoski et al. (2011)	1	1	-	-	1 // 1
Lewis-O'Connor und Chadwick (2015)	1	1	-	-	1 // 1
Maras (2018)	1	1	-	-	1 // 1
Morse et al. (2012)	1	1	-	-	NN // 1
Olive (2017)	1	1	-	-	1 // 1
Pathfinder (2020)	1	1	-	-	1 // ~
Pratt-Eriksson et al. (2014)	1	1	-	-	1 // 1
Reeves und Humphreys (2018)	1	1	-	-	1 // ~
Reisenhofer und Seibold (2013)	1	1	-	-	1 // NN
Rodriguez und Mandich (2019)	1	1	-	-	1 // 1
Safelives (2016)	1	1	-	-	NN // 1
Scordato (2013)	1	1	-	-	1 // 1
Loke et al. (2012)	1	1	-	-	1 // 1