



Bern, 20. März 2020

---

# **Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz**

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 14.4026 der Sozialdemokratischen Fraktion vom 26.11.2014

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>4</b>
1.1	Auftrag aufgrund des Postulats .....	4
1.2	Konnexe Geschäfte .....	4
1.2.1	Umsetzung der Istanbul-Konvention .....	4
1.2.2	Postulat Feri 13.3441 «Bedrohungsmanagement bei häuslicher Gewalt. Überblick über die rechtliche Situation und Schaffen eines nationalen Verständnisses» .....	6
1.2.3	Postulat Feri 12.3206 «Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen» .....	6
1.2.4	Postulat Glanzmann-Hunkeler 15.3945 «Gewalt im Alter verhindern» .....	7
1.2.5	Postulat Graf 19.3618 «Stopp der Tötungsdelikte an Frauen im häuslichen Umfeld. Bericht zur Ursachenforschung und Massnahmenkatalog gegen Femizide in der Schweiz» .....	7
<b>2</b>	<b>Erstellung des Berichts</b> .....	<b>7</b>
2.1	Unterbrechung der Arbeiten .....	7
2.2	Bildung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe .....	7
2.3	Externer Forschungsauftrag .....	7
<b>3</b>	<b>Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz</b> .....	<b>8</b>
3.1	Vorgehen .....	8
3.2	Bestandesaufnahme der Konzepte und Praktiken in der Schweiz .....	9
3.2.1	Kategorien .....	9
3.2.2	Regionale Unterschiede .....	9
3.2.3	Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen und gewünschte Hilfestellungen .....	10
3.3	Beschreibung und Problematik der identifizierten Konzepte und Praktiken .....	11
3.3.1	Früherkennung .....	12
3.3.2	Gerichtsverwertbare Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer .....	13
3.3.2.1	Allgemein.....	13
3.3.2.2	Finanzierung.....	15
3.3.3	Triage und Weiterleitung an Fachstellen und Fachpersonen.....	16
3.3.4	Information über das Angebot .....	17
3.3.5	Interinstitutionelle Zusammenarbeit .....	17
3.3.6	Evaluationen und geplante Änderungen .....	18
3.3.7	Statistiken .....	18
3.3.8	Unterschiede zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen .....	19
<b>4</b>	<b>Gute Praktiken</b> .....	<b>20</b>
4.1	Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV.....	20
4.2	Notfallzentrum des Inselspitals Bern.....	21
<b>5</b>	<b>Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken</b> .....	<b>22</b>
5.1	Informationen und Schulung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt .....	22
5.2	Interinstitutionelle Zusammenarbeit, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch .....	22
5.3	Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation .....	23
<b>6</b>	<b>Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung</b> .....	<b>23</b>
6.1	Zielgruppen und Gewaltformen .....	23
6.2	Information über das Angebot und Niederschwelligkeit .....	23
6.3	Ganzheitliche medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt .....	24
6.3.1	Früherkennung häuslicher Gewalt (inkl. Ansprechen des Themas Gewalt) .....	24
6.3.2	Umfassende medizinische Versorgung der Opfer.....	24
6.3.3	Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation.....	24

6.3.4	Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen .....	24
6.4	Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Konzepte.....	24
6.5	Massnahmen zur Qualitätssicherung.....	25
<b>7</b>	<b>Von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Massnahmen.....</b>	<b>25</b>
7.1	Information und Schulung .....	25
7.2	Umfassendes Konzept .....	25
7.3	Qualitätssicherung und Unterstützung .....	25
7.4	Interinstitutionelle Zusammenarbeit .....	26
7.5	Systematische Erfassung der Fälle.....	26
7.6	Mindeststandards .....	26
7.7	Gerichtsverwertbare Dokumentation.....	26
7.7.1	Im Allgemeinen .....	26
7.7.2	Kosten und Finanzierung.....	27
7.8	Vertraulichkeit.....	27
7.9	Auftrag im OHG .....	27
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerung.....</b>	<b>27</b>
8.1	Allgemeine Einschätzung .....	27
8.2	Information und Schulung .....	28
8.3	Gerichtsverwertbare Dokumentation.....	28
8.4	Auftrag im OHG .....	29

## **1 Ausgangslage**

### **1.1 Auftrag aufgrund des Postulats**

Der vorliegende Bericht geht auf das Postulat 14.4026 «Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz» zurück, das am 26. November 2014 von der Sozialdemokratischen Fraktion eingereicht worden ist.<sup>1</sup> Der Bundesrat hat am 11. Februar 2015 beantragt, das Postulat anzunehmen. Der Nationalrat hat es am 5. Mai 2015 angenommen.

In der Begründung des Postulats wird Folgendes festgehalten: «Auf nationaler Ebene wird das Ausmass der häuslichen Gewalt von der Gesundheitspolitik bis heute unterschätzt. Es obliegt den Kantonen, ihre Politik und ihre Strategien zur Bekämpfung von innerfamiliärer Gewalt festzulegen. Die häusliche Gewalt als Teil der öffentlichen Gesundheit wird je nach Kanton unterschiedlich angegangen. Eine Vorreiterrolle übernimmt beispielsweise der Kanton Waadt, der 2006 im Universitätsspital Lausanne (CHUV) eine Abteilung für Gewaltmedizin eröffnet hat. Durch einen interdisziplinären und integrativen Ansatz garantiert diese Abteilung eine ganzheitliche Betreuung der Gewaltopfer. Die Ärztinnen und Ärzte und die Gesundheitsfachpersonen führen insbesondere Falldokumentationen von Körperverletzungen durch. Es ist erwiesen, dass eine ordnungsgemäss erarbeitete Falldokumentation eine wesentliche Grundlage dafür bildet, dass das Opfer den erlittenen Schaden entweder bei der Anordnung von Eheschutzmassnahmen oder beim Scheidungsverfahren geltend machen kann. Die Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV hat ausserdem den Auftrag, bildungspolitische Massnahmen weiterzuführen und zu verstärken – sowohl bei den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens als auch bei der Polizei und anderen betroffenen Stellen (Friedensgerichte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Akteure aus dem sozialen Bereich usw.). Durch diese Massnahmen sollen eine höhere Behandlungsqualität für die Bevölkerung sowie eine schnellere Früherkennung und Betreuung der Opfer von Gewaltsituationen garantiert werden können, damit das Ausmass und die Schwere der Übergriffe abnehmen. Andere Kantone haben in diesem Bereich ebenfalls Dienstleistungen oder Verfahren entwickelt. Eine Bestandesaufnahme der verschiedenen politischen Konzepte und Praktiken der Kantone soll die spezifischen Bedürfnisse des Gesundheitswesens in Bezug auf die Kostenübernahme bei häuslicher Gewalt feststellen und Lösungen aufzeigen, indem gute und schlechte Praktiken und mögliche Synergien hervorgehoben werden. Die Möglichkeit, im OHG<sup>2</sup> eine gesetzliche Grundlage für diese Thematik zu schaffen, soll ebenfalls analysiert werden.»

Gemäss dem eingereichten Text wird der Bundesrat beauftragt, «eine Bestandesaufnahme über die politischen Konzepte und Praktiken der Kantone bei der medizinischen Versorgung in Fällen von häuslicher Gewalt zu erstellen und die Möglichkeit zu analysieren, im Opferhilfegesetz (OHG) explizit einen entsprechenden Auftrag zu verankern.» Mit den Arbeiten beauftragt wurde das Bundesamt für Justiz (BJ).

### **1.2 Konnexen Geschäfte**

#### **1.2.1 Umsetzung der Istanbul-Konvention**

Die Istanbul-Konvention<sup>3</sup> ist in der Schweiz am 1. April 2018 in Kraft getreten. Als offizielle nationale Koordinierungsstelle für die Umsetzung, Beobachtung und Bewertung der politischen und sonstigen Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung aller von der Istanbul-

---

<sup>1</sup> <https://www.parlament.ch/de> > Ratsbetrieb > Curia Vista > Suche > 14.4026 (Stand: 11.12.2019).

<sup>2</sup> Bundesgesetz vom 23. März 2007 über die Hilfe an Opfer von Straftaten, SR **312.5**.

<sup>3</sup> Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, SR **0.311.35**.

Konvention erfassten Formen von Gewalt wurde der Fachbereich Gewalt des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) eingesetzt. Auf kantonaler Ebene sind hauptsächlich die Schweizerische Konferenz gegen Häusliche Gewalt (SKHG) sowie die Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) und die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) für die Umsetzung zuständig.

Nach Artikel 3 Buchstabe b der Istanbul-Konvention bezeichnet der Begriff «häusliche Gewalt» alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte.

Die Istanbul-Konvention enthält auch spezifische Artikel zur medizinischen Versorgung der Opfer von Gewalt. Nach Artikel 20 Absatz 2 treffen die Vertragsparteien die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Massnahmen, um sicherzustellen, dass Opfer Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten haben, dass Dienste über angemessene Mittel verfügen und dass Angehörige bestimmter Berufsgruppen geschult werden, um die Opfer zu unterstützen und sie an die geeigneten Dienste zu verweisen. Die Vertragsparteien treffen nach Artikel 25 die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Massnahmen, um die Einrichtung von geeigneten, leicht zugänglichen Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt in ausreichender Zahl zu ermöglichen, um Opfern medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anzubieten.

Betreffend die Aus- und Fortbildung schaffen die Vertragsparteien gemäss der Istanbul-Konvention (Art. 15) für Angehörige der Berufsgruppen, die mit Opfern oder Täterinnen und Tätern aller in den Geltungsbereich des Übereinkommens fallenden Gewalttaten zu tun haben, ein Angebot an geeigneten Aus- und Fortbildungsmassnahmen zur Verhütung und Aufdeckung solcher Gewalt, zur Gleichstellung von Frauen und Männern, zu den Bedürfnissen und Rechten der Opfer sowie zur Verhinderung der sekundären Viktimisierung, oder bauen diese Angebote aus (Abs. 1). Die Vertragsparteien ermutigen dazu, dass die Aus- und Fortbildungsmassnahmen auch Aus- und Fortbildungsmassnahmen zur koordinierten behördenübergreifenden Zusammenarbeit umfassen, um bei in den Geltungsbereich des Übereinkommens fallenden Gewalttaten einen umfassenden und geeigneten Umgang mit Weiterverweisungen zu ermöglichen (Abs. 2).

Der Bundesrat kommt in der Botschaft zur Genehmigung der Istanbul-Konvention<sup>4</sup> zum Schluss, dass das schweizerische Recht den Anforderungen der Istanbul-Konvention insgesamt zu genügen vermag. Die Konvention verfolgt einen umfassenden Handlungsansatz und dient den zuständigen Behörden, Institutionen und Organisationen auf allen föderalen Ebenen als Orientierungsrahmen für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Gewaltprävention, des Opferschutzes und der Strafverfolgung. Die Verbesserung des Schutzes gewaltbetroffener Personen ist ein laufender Prozess und eine Daueraufgabe.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Bundesrat vor Kurzem die Verordnung über Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Verordnung gegen Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt)<sup>5</sup> verabschiedet hat. Sie ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Das Parlament wird sich bei der Beratung des Budgets 2021 zum Kredit für die Finanzhilfen äussern. Damit hat der Bundesrat die rechtliche Grundlage für die Unterstützung von Massnahmen zur Verhütung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt geschaffen. Gefördert werden können zum Beispiel natio-

---

<sup>4</sup> BBI 2017 185.

<sup>5</sup> SR 311.039.7.

nale Informations- und Sensibilisierungskampagnen, Bildungsmassnahmen für Fachpersonen und Präventionsprojekte für gewaltbetroffene oder für gewaltausübende Personen. Auch die Zusammenarbeit und Koordination zwischen öffentlichen und privaten Akteuren kann gefördert werden.

### **1.2.2 Postulat Feri 13.3441 «Bedrohungsmanagement bei häuslicher Gewalt. Überblick über die rechtliche Situation und Schaffen eines nationalen Verständnisses»**

Am 11. Oktober 2017 hat der Bundesrat den Bericht «Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt»<sup>6</sup> in Erfüllung des im Titel genannten Postulats verabschiedet. Der Bericht umfasst eine Analyse der kantonalen und interinstitutionellen Systeme zur Erkennung, Prävention und Bekämpfung häuslicher Gewalt. Aus dem Bericht geht namentlich hervor, dass die Mehrheit der Kantone ein Bedrohungsmanagement eingerichtet hat oder an dessen Einführung arbeitet. Die Arbeiten der Arbeitsgruppe, die das BJ bei der Redaktion des Berichts begleitet hat, haben keinen Bedarf für eine Änderung oder Ergänzung der Rechtsgrundlagen auf Bundesebene aufgezeigt. Der Bundesrat hat diese Einschätzung in seinen Schlussfolgerungen zum Bericht geteilt unter dem Hinweis, dass die Ausgestaltung des Bedrohungsmanagements Sache der Kantone ist. Es wurden Empfehlungen zuhanden der Kantone formuliert.

### **1.2.3 Postulat Feri 12.3206 «Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen»**

In Erfüllung des im Titel genannten Postulats hat der Bundesrat am 17. Januar 2018 ferner den Bericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen»<sup>7</sup> verabschiedet. Der Bericht sowie die zugrundeliegende detaillierte Studie konzentrieren sich auf die Früherkennung häuslicher Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Sie enthalten jedoch auch verschiedene Ausführungen zu weiteren Früherkennungsmassnahmen. In seinen Schlussfolgerungen hat der Bundesrat festgestellt, dass die Gesundheitsfachpersonen Früherkennungsmassnahmen zu innerfamiliärer Gewalt an Kindern anwenden, dass jedoch kaum Vorgaben zum Vorgehen bei einem Verdacht bestehen. Des Weiteren hat die Analyse der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der untersuchten Früherkennungsmassnahmen und zum adäquaten Umgang von Gesundheitsfachpersonen mit Kindeswohlgefährdungen ergeben, dass der aktuelle empirische Wissensstand als nicht ausreichend zu betrachten ist. Der Bundesrat hat festgestellt, dass die Früherkennungsinstrumente auf die einzelnen Berufsgruppen und den Anwendungskontext abgestimmt sein müssen und nur dann Sinn ergeben, wenn sie eingebettet sind in ein auf den regionalen Kontext angepasstes Konzept des institutionellen und interinstitutionellen bzw. interdisziplinären Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen. Schliesslich sind gemäss dem Bundesrat interdisziplinäre Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten zu fördern. Das Thema ist systematisch in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen zu integrieren, da in der Schweiz auch hier ein grosser Handlungsbedarf besteht.

---

<sup>6</sup> <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen > Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Feri 13.3441 vom 13.06.2013 (Stand: 11.12.2019).

<sup>7</sup> <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home.html> > Sozialpolitische Themen > Kinder- und Jugendpolitik > Kinderschutz > Früherkennung innerfamiliärer Gewalt > Bundesratsbericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen» (Stand: 11.12.2019).

#### **1.2.4 Postulat Glanzmann-Hunkeler 15.3945 «Gewalt im Alter verhindern»**

Der Bundesrat wird im genannten Postulat beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in dem er das Ausmass der Gewalt im Alter aufzeigt, und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Das Postulat wurde vom Nationalrat am 15. Juni 2017 angenommen. Mit den Arbeiten beauftragt wurde das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Es liess einen externen Auftragnehmer eine Studie durchführen mit dem Ziel, das aktuelle Wissen über Misshandlungen gegenüber älteren Menschen zusammenzutragen, eine Bestandesaufnahme der Informations-, Präventions- und Interventionsmassnahmen in der Schweiz vorzunehmen, allfällige Lücken zu erkennen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Bericht des Bundesrates soll im zweiten Quartal 2020 veröffentlicht werden und wird sich auf die Ergebnisse der Studie stützen.

#### **1.2.5 Postulat Graf 19.3618 «Stopp der Tötungsdelikte an Frauen im häuslichen Umfeld. Bericht zur Ursachenforschung und Massnahmenkatalog gegen Femizide in der Schweiz»**

Der Bundesrat wird im genannten Postulat beauftragt, in einem Bericht die Ursachen der Tötungsdelikte an Frauen zu erheben und darzulegen, welche Präventions- und Schutzmassnahmen erarbeitet werden könnten. Das Postulat ist vom Nationalrat am 27. September 2019 angenommen worden.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) führt zurzeit mit Unterstützung des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) eine auf fünf Jahre, von 2019 bis 2024, angelegte Zusatzerhebung zu sämtlichen Tötungsdelikten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) durch. Ziel dieser im Rahmen der Umsetzung der Istanbul-Konvention durchgeführten Zusatzerhebung ist es, noch detailliertere Informationen zu den Lebensumständen von Opfern und Tatverdächtigen sowie über die näheren Tatumstände, Motive und Ursachen von Tötungsdelikten und somit weitere Erkenntnisse für die Präventionsarbeit zu erhalten. Die Ergebnisse werden nach Beendigung der Zusatzerhebung, wenn genügend Daten für eine aussagekräftige Auswertung vorliegen, voraussichtlich 2025 in einem Bericht publiziert.

## **2 Erstellung des Berichts**

### **2.1 Unterbrechung der Arbeiten**

Aufgrund des Zusammenhangs mit den Postulaten Feri 13.3441 und 12.3206 (siehe Ziff. 1.2.2 und 1.2.3) wurde entschieden, die Schlussfolgerungen der Berichte in Erfüllung dieser Postulate abzuwarten, bevor die Arbeiten für den vorliegenden Bericht aufgenommen werden.

### **2.2 Bildung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe**

Das BJ hat entschieden, sich bei der Vorbereitung dieses Bericht durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe begleiten zu lassen, in der folgende Organe vertreten sind: das EBG, das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das BSV, die SKHG, das Centre hospitalier et universitaire vaudois (CHUV), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die KKJPD, das Inselspital Bern, die Koordinationsstelle Häusliche Gewalt des Kantons St. Gallen, eine unabhängige Rechtsanwältin sowie die Schweizerische Verbindungsstellen-Konferenz Opferhilfegesetz (SVK-OHG).

### **2.3 Externer Forschungsauftrag**

Im April 2018 schrieb das BJ eine Studie zur medizinischen Versorgung bei häuslicher Gewalt aus. Im Juli 2018 erhielten die Hochschule Luzern (HSLU), die Berner Fachhochschule

(BFH) und die Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) vom BJ den Auftrag, die Studie auszuführen.

Die Studie sollte untersuchen, welche Konzepte und Praktiken für eine ganzheitliche Betreuung bei der medizinischen Versorgung in Fällen von häuslicher Gewalt heute in den Kantonen angewendet werden. Im Konzept zum Forschungsauftrag wurde präzisiert, dass die Studie auf häusliche Gewalt fokussieren soll. Sollte sich bei der Bestandesaufnahme bei den Kantonen zeigen, dass die politischen Konzepte und Praktiken einzelner Kantone umfassender ausgelegt sind, sollte dies festgehalten werden.

Gemäss dem Konzept standen die Erkennung von häuslicher Gewalt, die Dokumentation, die Orientierung der Opfer über ihre Möglichkeiten, die Vermittlung der Opfer sowie der betroffenen Kinder an weitere Unterstützungsangebote sowie die Einbettung in ein Bedrohungsmanagement zur Verhinderung von weiterer Gewalt im Fokus der Studie (siehe Ziff. 1.2.2). Zentral war die Frage der Finanzierung von als Beweismittel verwertbaren Dokumenten. Ziel der Studie war es, einen groben Überblick über die Systeme in allen Kantonen aufzuzeigen und konkret gute Praktiken ausgewählter Kantone vorzustellen.

Die Expertinnen und Experten sollten überdies Empfehlungen abgeben, wie in der Praxis bestehende Probleme vermieden werden können und Mindeststandards vorschlagen. Dabei waren die föderalistischen Unterschiede zu berücksichtigen. Zudem war zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen bzw. zwischen privaten Arztpraxen und Spitälern zu unterscheiden. Zur Ausarbeitung der Mindeststandards konnten die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beigezogen werden.

### **3 Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz**

Die Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz wurden in einem Schlussbericht mit dem Titel «Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung»<sup>8</sup> vom 2. Mai 2019 (nachfolgend «Schlussbericht») festgehalten. Der Inhalt des Berichts wird im Folgenden zusammengefasst.

#### **3.1 Vorgehen**

Die Studienautorinnen und -autoren wählten folgende methodische Herangehensweise:<sup>9</sup>

- eine systematische Internet- und Literaturrecherche;
- eine unstandardisierte Telefonbefragung von 128 Institutionsvertreterinnen und -vertretern (u. a. kantonale Gleichstellungsbüros, kantonale Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt);
- eine standardisierte Online-Befragung von 304 in der Schweiz praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zur Umsetzung der Konzepte und Praktiken;
- qualitative und quantitative Analysen der im Rahmen der Internet- und Literaturrecherche sowie der beiden Befragungen identifizierten Materialien.

Zur Auswahl von Praxisbeispielen zu den einzelnen Elementen der Konzepte und als Orientierung bei der Ableitung von Mindeststandards für Konzepte zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt wurden aus der Literatur Good-practice-Kriterien abgeleitet und mit der Arbeitsgruppe und dem BJ diskutiert.

---

<sup>8</sup> Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung, Schlussbericht der Hochschule Luzern (HLU), der Berner Fachhochschule (BFH) und der Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Luzern/Bern/Siders 2. Mai 2019 (Auftraggeber: Bundesamt für Justiz; <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen).

<sup>9</sup> S. VII des Schlussberichts.



## **3.2 Bestandesaufnahme der Konzepte und Praktiken in der Schweiz**

Die Studienautorinnen und -autoren konnten in den 26 Schweizer Kantonen insgesamt 38 Konzepte bzw. Praktiken zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt identifizieren.<sup>10</sup> Die zentralen Begriffe werden in der Studie wie folgt definiert:<sup>11</sup> Der Begriff «Konzept» meint einen groben Plan, ein Programm. In diesem Sinne ist auch der Begriff der «Politiken» als Vorgehen von Regierungen, Organisationen o. Ä. zum Erreichen bestimmter Ziele zu verstehen. In der Studie wird präzisiert, dass ihr ein breites Verständnis von Konzept zugrunde liegt. Ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung können hier beispielsweise eine Leitlinie, eine Broschüre zur Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen oder Empfehlungen zum Thema sein. Diese «Konzepte» können in einer öffentlich zugänglichen Form vorliegen oder als internes Dokument. Unter «Praktiken» sind hingegen bestimmte Arten des Umgangs mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung zu verstehen. In der Studie wird vorwiegend der Begriff «Konzepte und Praktiken» verwendet. Der Einheitlichkeit halber wird er im vorliegenden Bericht übernommen.

### **3.2.1 Kategorien**

Die Studie und die durchgeführten Analysen zeigen, dass sich die Konzepte bzw. Praktiken danach unterscheiden lassen, ob es sich um systeminterne oder systemexterne Vorgaben handelt.<sup>12</sup> Für die systeminternen Konzepte und Praktiken ist es charakteristisch, dass die Vorgaben von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems für Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems entwickelt worden sind; bei den systemexternen Konzepten und Praktiken sind die Vorgaben von Vertreterinnen und Vertretern anderer Systeme, z. B. dem System der Strafverfolgung, verfasst worden. Es ist auch eine Kombination systeminterner und -externer Konzepte und Praktiken möglich.

Zum anderen lassen sich die identifizierten Konzepte und Praktiken danach unterscheiden, welche Massnahmen sie umfassen bzw. woran sie sich orientieren. Es wurden namentlich normorientierte, informationsorientierte sowie informations- und strukturorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert. Normorientierte Konzepte beziehen sich auf rechtliche Normen, z. B. das Strafgesetzbuch (StGB)<sup>13</sup>, Gesetze gegen häusliche Gewalt oder die Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte. Informationsorientierte Konzepte zielen auf die Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen ab. Informations- und strukturorientierte Konzepte zielen auf den Aufbau struktureller Massnahmen zur medizinischen Versorgung von Fällen häuslicher Gewalt, insbesondere durch die Bereitstellung von spezialisierten Fachkräften oder gewaltmedizinischen Einheiten zur Betreuung der Opfer.

### **3.2.2 Regionale Unterschiede**

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren lassen sich gut drei Viertel der Konzepte und Praktiken in zwanzig Kantonen als informationsorientiert beschreiben, sieben in sieben Kantonen als informations- und strukturorientiert und die restlichen zwei Konzepte und Praktiken in zwei Kantonen als normorientiert.<sup>14</sup>

Es wurden deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen festgestellt. Während in den deutschsprachigen Kantonen der Nordwest-, Ost- und Zentralschweiz sowie in Zürich überwiegend informationsorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert werden konnten,

---

<sup>10</sup> S. 13 des Schlussberichts.

<sup>11</sup> S. 6 des Schlussberichts.

<sup>12</sup> S. 13 f. des Schlussberichts.

<sup>13</sup> Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR 311.0.

<sup>14</sup> S. 15 des Schlussberichts.

kann die Hälfte der Konzepte in Kantonen der Région Lémanique und des Espace Mittelland (exkl. Kanton Solothurn) als informations- und strukturorientiert bezeichnet werden. Als «normorientiert» lassen sich die Konzepte bzw. Praktiken im Tessin und Wallis bezeichnen.

Regionale Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Westschweiz bestehen auch in Bezug auf die informations- und strukturorientierten Konzepte und Praktiken. In der Deutschschweiz werden die Konzepte häufig von Gesundheitsfachpersonen bzw. Spitälern parallel zu kantonalen Konzepten entwickelt und eingeführt. In der Westschweiz werden diese Konzepte zwar ebenfalls in erster Linie von Gesundheitsfachpersonen entwickelt, die jeweiligen Kantone haben dies aber unterstützt und getragen.

In der Studie wird aufgezeigt, dass für die regionalen Unterschiede ausschlaggebend ist, aus welcher Systemlogik heraus die Konzepte und Praktiken entwickelt worden sind.<sup>15</sup> Wurden die Konzepte federführend von Gesundheitsfachpersonen entwickelt und von den kantonalen Stellen getragen, finden sich vermehrt auch Massnahmen auf struktureller Ebene. Wird das Thema auf kantonaler Ebene aber in erster Linie aus einer sicherheitspolitischen Perspektive betrachtet und das Gesundheitswesen nicht systematisch mit eingebunden, scheinen vor allem Massnahmen zur Informationsvermittlung und Sensibilisierung ergriffen zu werden. In diesen Fällen hängt es dann von der Initiative einzelner Gesundheitsfachpersonen bzw. einzelner Spitäler ab, ob auch strukturelle Massnahmen ergriffen werden. Diese «systeminternen» Konzepte werden dann aber häufig nicht mit dem jeweiligen kantonalen Konzept verknüpft, sodass mögliche Synergien nicht genutzt werden; dies betrifft insbesondere strukturelle Aspekte der Konzepte und deren Finanzierung. Aus der Analyse geht hervor, dass die kantonalen Konzepte in den Deutschschweizer Kantonen vorwiegend aus einer sicherheitspolitischen Logik heraus entwickelt worden zu sein scheinen. In der Westschweiz hingegen scheint die häusliche Gewalt aus einer sozial- und gesundheitspolitischen Perspektive betrachtet zu werden. Der Kanton Tessin wiederum stellt insofern einen Sonderfall dar, als sich Gesundheitsfachpersonen hier ausschliesslich an ihrer Meldepflicht zu orientieren scheinen.

Die Studienautorinnen und -autoren gelangen zum Schluss, dass weder rein norm- noch rein informationsorientierte Konzepte ausreichen, um eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt sicherzustellen. Es brauche umfassende informations- und strukturorientierte Konzepte, die von Gesundheitsfachpersonen (mit-)entwickelt und vom Kanton getragen würden.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren besteht in der Schweiz hier noch Nachholbedarf.<sup>16</sup>

### **3.2.3 Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen und gewünschte Hilfestellungen**

Gestützt auf die Ergebnisse der Befragung von 304 in der Schweiz praktizierenden Gesundheitsfachpersonen mittels eines Online-Fragebogens konnten die Studienautorinnen und -autoren Erkenntnisse zur Umsetzung der Konzepte und Praktiken in der Schweiz gewinnen. Dies namentlich betreffend die Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen.<sup>17</sup>

Während 57 Prozent der Befragten angegeben hatten, im Jahr vor der Befragung in der Praxis mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt begegnet zu sein, zeigen die Ergebnisse der Studie, dass nur 24 Prozent der Befragten ein Konzept zur medizinischen Versorgung der Opfer von häuslicher Gewalt kannten. Knapp zwei Drittel (61,8 Prozent) kannten kein

---

<sup>15</sup> S. 72 f. des Schlussberichts.

<sup>16</sup> S. 85 des Schlussberichts.

<sup>17</sup> S. 55 ff. des Schlussberichts.

Konzept, die übrigen waren sich nicht sicher (14,2 Prozent). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Pflegefachpersonen (18,1 Prozent) kannten deutlich seltener ein Konzept als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (43,6 Prozent) oder stationäre Medizinerinnen und Mediziner (46,2 Prozent); niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner sowie Hebammen und Geburtshelfer lagen dazwischen (25,0 bzw. 20,9 Prozent). Beträchtliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden auch in Bezug auf die Begegnung mit Fällen häuslicher Gewalt erkennbar: Bei den somatischen Ärztinnen und Ärzten und den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lag der Anteil derer, die mindestens einen Fall von häuslicher Gewalt im Jahr zuvor wissentlich behandelt hatten, bei jeweils über 80 Prozent, bei den Hebammen und Geburtshelfern bei 62,8 Prozent, bei den Pflegefachpersonen bei 45,9 Prozent.

Lediglich rund die Hälfte der Personen, die ein Konzept kennen, stützt sich in der Praxis darauf. Als Gründe dafür nannten die Befragten die fehlende institutionelle Einbettung des Konzepts, dessen fehlende Praxistauglichkeit oder mangelnde zeitliche Ressourcen. Die Antworten auf die Frage, an welchem Konzept man sich orientiert, zeigen allerdings, dass der Begriff – trotz der von den Studienautorinnen und -autoren vorgegebenen Definition – sehr unterschiedlich interpretiert wurde. Als Konzept bezeichnet wurden beispielsweise nicht nur kantonale Strategien oder Gesetze, sondern auch Indikatoren, die persönliche Haltung oder Prinzipien der Gesprächsführung. Rund ein Viertel (24 Prozent) betrachtete das genannte Konzept als «sehr praxistauglich/nützlich», rund 40 Prozent fanden ihr Konzept «eher/teilweise praxistauglich/nützlich». 7,4 Prozent gaben an, dass das Konzept eher oder gar nicht praxistauglich/nützlich sei. Rund 30 Prozent schliesslich konnten dies nicht beurteilen.

Die häufigsten Massnahmen, die die Befragten in Fällen häuslicher Gewalt ergriffen haben, waren Informieren über Hilfs- und Unterstützungsangebote, Dokumentation der Verletzungen und aktive Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten an Fachstellen oder -personen.

Rund zwei Drittel (67,1 Prozent) aller Befragten gaben an, dass sie keine spezifische Schulung zum Umgang mit häuslicher Gewalt besucht hatten. Vor diesem Hintergrund überrascht es gemäss den Studienautorinnen und -autoren nicht, dass insbesondere das Erkennen häuslicher Gewalt, die Exploration der Situation allfälliger Kinder sowie der Umgang mit Melderechten und -pflichten von einer Vielzahl der Befragten als relevant, aber problematisch bewertet wurden.

Die Befragten äusserten am häufigsten den Wunsch nach Bereitstellung von konzeptionellen Grundlagen. Dazu wurden Leitfäden und Informationsbroschüren gezählt. Gewünscht wurden mehrfach Informationen zu rechtlichen Grundlagen. Insbesondere Pflegefachpersonen, jedoch auch einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Geburtshilfe, der Psychotherapie und der somatischen Medizin wünschten sich ausserdem Schulungen bzw. Weiterbildungen zum Thema häusliche Gewalt bzw. eine generelle Sensibilisierung im Hinblick auf die Thematik. Einzelne Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen sahen ausserdem einen Bedarf an kompetenter, niederschwelliger Beratung.

### **3.3 Beschreibung und Problematik der identifizierten Konzepte und Praktiken**

Die überwiegende Mehrheit der recherchierten Konzepte und Praktiken bezieht sich explizit auf häusliche Gewalt (76 Prozent) und schliesst explizit die Androhung und Ausübung körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt gegen Erwachsene und Kinder ein. In der Westschweiz beziehen sich bestimmte Elemente der Konzepte zum Teil auf Paargewalt (*violence conjugale*). Drei Konzepte bzw. Teilaspekte derselben beziehen sich auf interpersonelle Gewalt allgemein. Zwei Konzepte fokussieren auf sexuelle Gewalt, liessen sich aber auf häusliche Gewalt übertragen. Zwei weitere Konzepte beziehen sich auf die Frage, wie Kinderspitäler mit Kindsmisshandlungen und Vernachlässigungen umgehen. Ökonomische und soziale Gewalt werden in dreizehn Konzepten und sechs Praktiken explizit aufgeführt. Kinder als

Mitbetroffene von häuslicher Gewalt werden in der Mehrheit der Konzepte explizit berücksichtigt.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren decken die Konzepte und Praktiken unabhängig von der Gewaltform, auf die sie sich beziehen, folgende Aspekte ab.<sup>18</sup>

### 3.3.1 Früherkennung

Die Analysen zeigen, dass die Früherkennung häuslicher Gewalt Bestandteil der überwiegenden Mehrheit der identifizierten Konzepte bzw. Praktiken ist (84 Prozent).<sup>19</sup> Trotzdem bezeichnen viele Befragte die Früherkennung sowie das Ansprechen des Themas gegenüber der Patientin oder dem Patienten als herausfordernd.

Die Relevanz der Früherkennung häuslicher Gewalt sowie Informationen hierzu werden in der Regel über Broschüren vermittelt, die sich explizit an Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich wenden oder an Fachpersonen allgemein. Die Broschüren enthalten Informationen darüber, wie man mit den Patientinnen und Patienten über Gewalt sprechen kann. So sind Beispielfragen zu Gewalterfahrungen aufgeführt. Verneint eine Patientin oder ein Patient die vermuteten Gewalterfahrungen und die Fachperson hat dennoch weiterhin den Verdacht auf Gewalt, wird in der Regel empfohlen, ihr oder ihm Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und entsprechende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Darüber hinaus soll der Verdacht im Dossier festgehalten werden. Es wird ferner mehrheitlich empfohlen, mit den Patientinnen oder Patienten möglichst alleine zu sprechen, genügend Zeit für das Gespräch einzuplanen, sie über die ärztliche Schweigepflicht zu informieren, ihre Angaben ernst zu nehmen und ihr Verhalten nicht zu verurteilen, um ihnen nicht zu vermitteln, dass sie Verantwortung für die erlittene Gewalt tragen.

Das Wissen zu häuslicher Gewalt oder Gewalt gegen ältere Menschen wird darüber hinaus in Schulungen vermittelt. Diese Schulungen werden von verschiedenen Institutionen des Bereichs angeboten. Hierzu zählen insbesondere kantonale Interventions- oder Koordinationsstellen zur häuslichen Gewalt, Opferhilfeberatungsstellen, Frauenhäuser, Fachhochschulen und Universitäten sowie Interessenvertretungen bestimmter Gruppen.

Zur Frage, wie man Gewalt ansprechen kann, werden den Gesundheitsfachpersonen gemäss den Studienautorinnen und -autoren häufig routinemässige Fragen an alle Patientinnen und Patienten empfohlen. Allerdings hält die WHO<sup>20</sup> fest, dass der Nutzen routinemässiger Screenings nicht ausreichend belegt sei, um dieses Vorgehen zu empfehlen, u. a. weil dies eine deutliche Belastung für die Gesundheitsfachpersonen darstelle. In den untersuchten Spitälern wird dieses Thema mit den Patientinnen und Patienten entsprechend häufig nur bei Verdacht auf Gewalt besprochen.

Wie oben erwähnt (siehe Ziff. 3.2.3) waren 57 Prozent der Befragten im Jahr vor der Online-Befragung wissentlich mit mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt in der Praxis konfrontiert. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass rund ein Viertel dieser Personen ihre Patientinnen und Patienten nie oder fast nie auf das Thema der Gewalt angesprochen hat. Drei Viertel der Befragten taten es zumindest gelegentlich. Eine routinemässige Befragung nehmen die befragten Pflegefachpersonen (9,6 Prozent) und niedergelassenen (5,9 Prozent) sowie stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte (0,0 Prozent) seltener vor als Hebammen und Geburtshelfer (32,0 Prozent) und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (38,7 Prozent). Standardisierte Früherkennungsinstrumente werden von den Befragten selten verwendet. Es wird allgemein auch selten empfohlen, solche einzusetzen.

---

<sup>18</sup> S. 21 ff. des Schlussberichts.

<sup>19</sup> S. 23 ff. des Schlussberichts.

<sup>20</sup> World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genf 2013.

Basierend auf der Analyse von zwei Praxisbeispielen<sup>21</sup> zeigen die Studienautorinnen und -autoren auf, dass die Broschüren alleine nicht ausreichend sind, um Gesundheitsfachpersonen in die Lage zu versetzen, in ihrer Praxis Hinweise auf Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden zu erkennen und das Thema anzusprechen. Die Fachpersonen sollten zudem in Schulungen die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und das Vorgehen unter fachlicher Anleitung einzuüben. Aus der Studie geht des Weiteren hervor, dass die Broschüren und Schulungen den Fachpersonen kaum bekannt sind und nicht alle Berufsgruppen erreichen (z. B. Pflegefachpersonen sowie Hebammen und Geburtshelfer). Bei kostenpflichtigen Schulungen könnte es sein, dass die Spitäler aus finanziellen Gründen anderen Themen den Vorzug geben.

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt oder elterlicher Paargewalt werden in der Mehrheit der Konzepte berücksichtigt (82 Prozent).<sup>22</sup> In der Regel finden sich in den Konzepten jedoch kaum konkrete Hinweise zu Besonderheiten im Umgang mit den Kindern bei der Früherkennung von Gewalt. Am häufigsten finden sich derartige Hinweise in Materialien, die sich an Fachpersonen richten, die regelmässig mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, z. B. Lehrkräfte. Die Gesundheitsfachpersonen können sich darüber hinaus an die Kinderschutzgruppen oder CAN-Teams («Child Abuse and Neglect Teams») wenden, um anonym Fälle zu besprechen.

### **3.3.2 Gerichtsverwertbare Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer**

#### **3.3.2.1 Allgemein**

Die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden gewaltbetroffener Patientinnen und Patienten ist Teil aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken.<sup>23</sup> In den Broschüren wird regelmässig auf die Relevanz der gerichtsverwertbaren Dokumentation und der Schlüsselposition der Gesundheitsfachpersonen diesbezüglich hingewiesen. Die Gesundheitsfachpersonen müssen ihre Patientinnen und Patienten über die Wichtigkeit der sorgfältigen Dokumentation informieren sowie darüber, dass diese nur mit ihrer Zustimmung weitergeleitet werden darf. Die Dokumentation ist zudem an die Voraussetzung geknüpft, dass die Patientinnen oder Patienten zustimmen. Nebst den Broschüren wird entsprechendes Wissen in Schulungen und Leitfäden vermittelt. Die Kantone und gewisse Organisationen stellen ebenfalls entsprechende Informationen und Dokumentationsbögen zur Verfügung.

Die rechtsmedizinischen Institute stehen den Gesundheitsfachpersonen in der Regel telefonisch beratend zur Verfügung; eine Weiterleitung der Patientinnen und Patienten an die Rechtsmedizin ist hingegen in der Regel nur durch die Strafverfolgungsbehörden möglich. In den Kantonen mit einer spezialisierten Gewaltabteilung oder Einrichtung stehen den Gesundheitsfachpersonen auch diese als Ansprechpartner zur Verfügung, an welche sie Patientinnen und Patienten direkt weiterverweisen können.

In den Broschüren sowie in Schulungen wird den Gesundheitsfachpersonen vermittelt, worauf sie bei der Dokumentation achten müssen, damit diese im Rahmen eines allfälligen Gerichtsverfahrens verwertet werden kann. Gemäss der Studie orientieren sich die Vorgaben

---

<sup>21</sup> Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, Violence dans le couple, Détection – soutien – orientation des personnes victimes, Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s, Lausanne 2017; Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, SPITEX Verband Kanton Bern & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA, Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten, Bern 2016.

<sup>22</sup> S. 26 des Schlussberichts.

<sup>23</sup> S. 30 ff. des Schlussberichts.

explizit oder implizit an der 8-Punkte-Dokumentation. Diese wurde in der Schweiz<sup>24</sup> auf Grundlage der deutschen MED-DOC-CARD®<sup>25</sup> entwickelt. Hiernach sollten Informationen zu den folgenden acht Punkten festgehalten werden:

1. allgemeine Informationen;
2. Patientenbasisdokumentation;
3. Beschreibung des Hergangs der Gewalttat;
4. Vorgeschichte;
5. systematische Untersuchung des gesamten Körpers;
6. Diagnose oder Verdachtsdiagnose;
7. Angaben der getroffenen weiterführenden Massnahmen;
8. Fotodokumentation.

Die Studienautorinnen und -autoren weisen darauf hin, dass diese Empfehlungen z. T. nicht rechtsmedizinischen Standards entsprechen. Dies könnte zur Folge haben, dass die erstellte Dokumentation unter Umständen in einem Gerichtsverfahren nicht verwendet werden könne. Gegebenenfalls stelle dies eine unnötige Belastung für die gewaltbetroffenen Patientinnen oder Patienten dar und würde zu einer sekundären Viktimisierung führen. Insbesondere mit Blick auf Punkt 6 des empfohlenen Vorgehens ist gemäss der Studie darauf hinzuweisen, dass zwischen der rein beschreibenden Befunderhebung und der Bewertung der Befunde zu unterscheiden ist. Letztere geht über die reine, in einem Gerichtsverfahren verwertbare Dokumentation hinaus. In der Studie wird hauptsächlich auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGMR)<sup>26</sup> verwiesen, gemäss denen sich die Medizinerinnen und Mediziner auf die objektive Befunderhebung und -dokumentation sowie auf die Spurensicherung beschränken sollten. Dasselbe empfiehlt auch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) in ihrer Broschüre.<sup>27</sup>

Die Empfehlungen enthalten ebenfalls Angaben, wie die Verletzungen namentlich mit Fotos zu dokumentieren sind. Die Fotos sowie allfällige andere Bilder (z. B. Röntgenaufnahmen) sollten Teil des Patientendossiers werden. In den meisten Konzepten und Praktiken werden die Gesundheitsfachpersonen darauf hingewiesen, dass die Angaben der Patientinnen und Patienten möglichst wortgetreu festgehalten werden sollten. Die Dokumentation wird in der Regel von den Gesundheitsfachpersonen verwahrt. Sie muss den Patientinnen und Patienten auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, sodass diese sie in allfälligen Gerichtsverfahren nutzen können. Die Weiterleitung der Unterlagen an eine Opferhilfestelle oder an die Strafverfolgungsbehörden ist nur nach Entbindung von der Schweigepflicht möglich.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist der Befund von Romain-Glassey et al.<sup>28</sup>, dass 81 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten der Gewaltabteilung des CHUV die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden als Beweismittel nutzten. Doch auch Patientinnen und Patienten, die dies nicht taten, hielten die Dokumentation für (sehr) nützlich

---

<sup>24</sup> FAUSCH S./WECHLIN A., Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich, in: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité/Stadtspital Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren, Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, 2. Aufl., Bern 2010, S. 195–241.

<sup>25</sup> <http://www.befund-gewalt.de> > Verletzungen dokumentieren > Anleitung zur Dokumentation > Med-Doc-Card (Stand: 11.12.2019).

<sup>26</sup> <https://www.sgrm.ch/de/sgrm-home/> > Forensische Medizin > Arbeitsgruppen der Sektion Forensische Medizin > Arbeitsgruppe QM Forensische Medizin > Forensisch-klinische Untersuchung von Personen nach Gewalteinwirkung (Stand: 11.12.2019).

<sup>27</sup> Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Bern 2009.

<sup>28</sup> ROMAIN-GLASSEY N./GUT M./CATHIENI F./HOFNER M.-C./MANGIN P., A satisfaction survey conducted on patients of a medico-legal consultation, Journal of Forensic and Legal Medicine, 18(4), 2011, S. 158–161.

(insg. 94 Prozent). Hieraus schliessen Romain-Glassey et al., dass der Dokumentation neben der Beweisfunktion für das Opfer auch eine therapeutische Wirkung zukommt.

Bei der Analyse der Umsetzung der Konzepte und Praktiken stellen die Studienautorinnen und -autoren fest, dass das Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation zwar Teil der kantonalen Konzepte ist und den Gesundheitsfachpersonen die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, die Dokumentation aber für immerhin 21–33 Prozent der befragten Praktikerinnen und Praktiker eine Herausforderung darstellt.

Eine Möglichkeit zur Entlastung der Fachpersonen sowie zur Sicherstellung der Qualität der Dokumentationen stellt der Einsatz forensisch geschulter Fachpersonen an Spitälern oder das Angebot medizinischer Gewaltabteilungen dar. Die Gesundheitsfachpersonen sollten zudem Schulungen besuchen können, in denen sie das Erstellen von Dokumentationen üben können.

Für die Untersuchung von Patientinnen und Patienten, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, gibt es in der Regel gesonderte Vorgaben und zum Teil gesonderte Dokumentationsbögen. Die besonderen Vorgaben sind nötig, weil der Nachweis der Täterschaft nur innerhalb eines kleinen Zeitfensters möglich ist. Darüber hinaus müssen möglichst schnell eine Schwangerschaft und eine Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit abgeklärt werden. In der Regel sollen die Patientinnen an eine Frauenklinik verwiesen werden, die Patienten an eine Notaufnahme. Dies selbst dann, wenn eine spezialisierte Gewaltabteilung existiert. Zum Teil wird zur Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden durch sexuelle Gewalt immer die Rechtsmedizin beigezogen. Meist ist vorgesehen, dass minderjährige Opfer (sexueller) Gewalt durch spezialisierte Fachpersonen untersucht werden. In der Regel sollen hier die Kinderspitäler oder – bei Mädchen – gynäkologisch geschulte Pädiaterinnen oder Pädiater kontaktiert werden.

### 3.3.2.2 Finanzierung

Wenn Gesundheitsfachpersonen von den Strafverfolgungsbehörden mit der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden beauftragt werden, so übernehmen diese die anfallenden Kosten. Liegt kein solcher Auftrag vor, müssen die medizinischen Leistungen auf eine andere Weise in Rechnung gestellt werden.

In den von den Autorinnen und Autoren der Studie analysierten Dokumenten, die sich mit der Frage der Finanzierung befassen, wird Gewalt aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als Unfall betrachtet.<sup>29</sup> Die Gesundheitskosten werden durch die Unfallversicherung übernommen, wenn die Patientin oder der Patient mindestens acht Wochenstunden unselbstständig erwerbstätig ist. Wenn die Patientin oder der Patient weniger als acht Wochenstunden arbeitet, ist die Unfallversicherung dann leistungspflichtig, wenn sich der Gewaltvorfall auf dem Arbeitsweg oder während der Arbeitszeit ereignet hat (Art. 13 UVV)<sup>30</sup>. Ist die Patientin oder der Patient nicht berufstätig,<sup>31</sup> werden die Kosten von der jeweiligen Krankenkasse getragen. Den Selbstbehalt und die Franchise muss sie oder er selbst tragen. Sind die Kosten durch die Sozialversicherungen nicht gedeckt, können die Opferhilfestellen einspringen. Letzteres setzt aber zum einen voraus, dass sich die Betroffenen an eine Opferhilfestelle wenden; zum anderen müssen sie als Opfer anerkannt werden.

---

<sup>29</sup> S. 37 ff. des Schlussberichts.

<sup>30</sup> Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR **832.202**); nach Art. 1a Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR **832.20**) sind auch arbeitslose Personen durch die Unfallversicherung gedeckt.

<sup>31</sup> Oder nicht arbeitslos (Art. 1a Abs. 1 Bst. b UVG).

Die Autorinnen und Autoren erkennen verschiedene Problematiken in Bezug auf die Kostenübernahme. Sie weisen erstens darauf hin, dass die Pflicht, den Gewaltvorfall der Unfallversicherung oder einer Opferhilfestelle zu melden, bei den Opfern Angst auslösen kann. Darüber hinaus wird bei einer Abrechnung über die Unfallversicherung oder die Krankenkasse nicht berücksichtigt, dass die gewaltausübende Person die Rechnung entdecken und das Opfer erneut Gewalt ausgesetzt werden kann. Schliesslich übersteigt der Zeitaufwand für eine rechtsmedizinische Beratung (4–5 Stunden am CHUV) den Rahmen der betreffenden Tarmed-Positionen deutlich, wie beispielsweise aus dem Leitfaden der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)<sup>32</sup> hervorgeht.

Gemäss den Ergebnissen der Studie problematisieren die Gesundheitsfachpersonen die Finanzierung in der Praxis kaum und finden Lösungen, um die Leistungen in den bestehenden Strukturen abrechnen zu können. Die meisten Befragten, die im Jahr vor der Befragung in der Praxis mit mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt konfrontiert waren, verwiesen auf die Unfallversicherer und die Krankenkassen; einige sprachen die Möglichkeit der Unterstützung durch die Opferhilfe an. Andere nannten die Möglichkeit, dass die Spitäler selbst die unbezahlten Anteile der Kosten übernehmen oder auf spezielle Hilfsfonds zurückgreifen. Angesichts der Probleme bei der Abrechnung der Leistungen in den jetzigen Tarifstrukturen wird in der Studie die Frage aufgeworfen, inwieweit die Dokumentationen der Praktikerinnen und Praktiker, die über die Sozialversicherungen abrechnen, den entsprechenden Standards genügen. Häufiger problematisiert wird hingegen das Risiko, dass das Opfer die medizinischen Leistungen nicht bezahlt.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren können die Zahlungsschwierigkeiten der Opfer – namentlich aufgrund der geringen finanziellen Mittel und der Angst, die Rechnung könne von der gewaltausübenden Person entdeckt werden – und Schwierigkeiten bei der Abrechnung der zusätzlich erbrachten Leistungen dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt selbst im Verdachtsfall im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten vermeiden. Darüber hinaus führen Schwierigkeiten bei der Abrechnung zu einer Verschärfung des Zeitmangels der Ärzte und Ärztinnen bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Zeitmangel ist jedoch ebenfalls ein bedeutendes Hindernis bei der Früherkennung häuslicher Gewalt.

Der Kanton Waadt ist der einzige, der die Finanzierung der Dokumentation geregelt hat. Die durch die Leistungen der medizinischen Gewaltabteilung des CHUV anfallenden Kosten werden vom Gesundheitsdepartement als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit» übernommen. Für die Gesundheitsfachpersonen heisst dies, dass sie nicht um die Zahlung der erbrachten Leistungen fürchten müssen. Für die gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass sie die Untersuchung durchführen lassen können, ohne sich sorgen zu müssen, dass die gewaltausübende Person eine entsprechende Rechnung in die Hände bekommt. Eine solche Regelung kann somit sowohl die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt ansprechen, als auch die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten eine entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachperson aufsuchen.

### **3.3.3 Triage und Weiterleitung an Fachstellen und Fachpersonen**

Gemäss der Studie sind die Triage und Weiterleitung der Opfer häuslicher Gewalt Bestandteil fast aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken. Zur Information der Opfer über das bestehende Angebot stellen die Kantone Flyer, Broschüren und mehrsprachige Notfallkarten

---

<sup>32</sup> Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Bern 2009.



zur Verfügung, die die Fachpersonen in den Praxisräumen auslegen und den Patientinnen und Patienten auf Anfrage aushändigen sollen.

Die Gesundheitsfachpersonen finden die notwendigen Informationen zum Unterstützungsangebot in den Broschüren für die Fachpersonen. In den Informationsmaterialien sind in der Regel auch Angebote für minderjährige Opfer, fremdsprachige Patientinnen und Patienten sowie für gewaltausübende Personen ausgewiesen. Da die Kontaktaufnahme mit einer Fach- oder Beratungsstelle für viele Patientinnen und Patienten eine Hürde darstellen kann, sollen die Gesundheitsfachpersonen die Betroffenen darin unterstützen. Wollen die Opfer jedoch keine Unterstützung in Anspruch nehmen, ist dies zu respektieren. Sind indessen Kinder oder urteilsunfähige Personen von der Gewalt betroffen, wird den Fachpersonen in der Regel zur Kontaktaufnahme mit der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde geraten.

Die Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken umfasst eine Risikoabschätzung sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans. Die Gesundheitsfachpersonen können dafür meist die kantonalen Fachstellen oder die Polizei hinzuziehen. Mehrheitlich zählen Unterstützungsangebote für gewaltausübende Personen zu den analysierten Konzepten.

### **3.3.4 Information über das Angebot**

Zu 34 der analysierten Konzepte bzw. Praktiken lagen Informationen dazu vor, wie Opfer über das medizinische Angebot informiert werden. Ein möglicher Weg sind auch hier die Notfallkarten, Plakate und Broschüren, die von den kantonalen Stellen zur Verfügung gestellt werden und nicht allein auf volljährige Betroffene zielen, sondern auch auf Jugendliche und ihr Umfeld. Normalerweise stehen diese Unterlagen auch online zur Verfügung und sind somit rund um die Uhr verfügbar. Die Informationen liegen in der Regel in mehreren Sprachen vor.

Die Studienautorinnen und -autoren betonen die Bedeutung eines niederschweligen Zugangs zu diesen Unterstützungsangeboten. Die Öffnungszeiten sowie die örtliche Lage der Angebote sind zu berücksichtigen. Die Angebote sollten so gelegen sein, dass auch Patientinnen und Patienten aus ländlichen Gebieten diese erreichen können. In diesem Zusammenhang müssen auch die Allgemeinärztinnen und -ärzte ausreichend für das Thema häusliche Gewalt sensibilisiert und über Handlungsstrategien in diesen Fällen informiert sein.

Gemäss der Studie scheinen die Bedürfnisse von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen bei der Informationsvermittlung bisher unberücksichtigt zu sein. So konnten beispielsweise keine Informationen in leichter Sprache identifiziert werden.

### **3.3.5 Interinstitutionelle Zusammenarbeit**

Gemäss der Studie existieren in der Mehrheit der Kantone interinstitutionelle Gremien auf kantonaler und regionaler Ebene, in denen Vertreterinnen und Vertreter verschiedener relevanter Kreise zusammenkommen. Zum Teil findet die Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg statt. Sie ist häufig institutionalisiert durch Runde Tische, Kommissionen, Arbeitsgruppen oder durch ein Bedrohungsmanagementsystem. In einigen Gruppen und Kommissionen werden auch anonyme Fallbesprechungen durchgeführt. Eine weitere Möglichkeit der Vernetzung bieten Schulungen.

In Bezug auf die interinstitutionelle Zusammenarbeit bestehen regionale Unterschiede. Während in der Westschweiz regelmässig Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems zu den ständigen Mitgliedern der Gremien zählen, ist das Gesundheitswesen in der Deutschschweiz unterschiedlich stark in den Gremien vertreten. Dies kann dazu führen, dass bei der Arbeit der Gremien die Perspektive des Gesundheitswesens nicht systematisch berücksichtigt werden kann und der Informationsfluss zu den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen

nicht sichergestellt ist. Gemäss den Studienautorinnen und -autoren könnten mangelnde Informationen bzw. die mangelnde Regelmässigkeit von Informationen zum Thema häusliche Gewalt erklären, warum die kantonalen Konzepte der Mehrheit der befragten Praktikerinnen und Praktiker nicht bekannt waren und die Praxistauglichkeit bekannter Konzepte von vielen Befragten nicht beurteilt werden konnte.

Das Berufsgeheimnis, dem die Ärztinnen und Ärzte unterstellt sind und dessen Verletzung durch das Strafgesetzbuch (Art. 321 StGB) geahndet wird, stellt oft ein Hindernis bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit dar. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Ärztinnen und Ärzte ein Melderecht haben oder sogar einer Meldepflicht unterstehen.<sup>33</sup> Normorientierte Konzepte, wie z.B. im Tessin, welche für Ärztinnen und Ärzte eine Meldepflicht bei der zuständigen Behörde vorsehen, lösen daher die Probleme nicht, zumindest nicht für alle Gesundheitsfachpersonen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schweigepflicht ein wichtiges Element im Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Medizinerin bzw. Mediziner und Patientin bzw. Patient ist. Vor diesem Hintergrund sind anonymisierte Fallberatungen eine wichtige Unterstützung für die Gesundheitsfachpersonen. Diese Angebote scheinen aber bei den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zu wenig bekannt zu sein. Entsprechend zeigt die Studie, dass sie häufig Hemmungen haben, mit zivil- oder strafrechtlichen Behörden Kontakt aufzunehmen. Klare Regelungen zum Austausch von Daten zwischen den verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern des Systems finden sich jedoch häufig allein im Zusammenhang mit kantonalen Bedrohungsmanagementsystemen, bei denen von medizinischer Seite vor allem die forensische Psychiatrie involviert ist.

Damit die Qualität der Zusammenarbeit und die Vernetzung nicht von Einzelpersonen abhängen, muss ein klarer Rahmen definiert werden und müssen Ressourcen für die Netzwerkpflge bereitgestellt werden.

### **3.3.6 Evaluationen und geplante Änderungen**

Gemäss der Studie werden die identifizierten Konzepte und Praktiken offensichtlich selten evaluiert.<sup>34</sup> Mehrheitlich liegen die Evaluationen einige Jahre zurück und fokussieren häufig auf die Akzeptanz von Teilen einer Politik und nicht auf deren Wirkung. Institutionsinterne Konzepte werden zudem häufig laufend überprüft, ohne dass die Befunde öffentlich zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise können aber andere Akteure nicht von den gemachten Erfahrungen profitieren.

Anpassungen an den Konzepten werden nicht nur aufgrund von Evaluationen, sondern auch wegen gesetzlicher oder struktureller Änderungen durchgeführt. In einigen Kantonen sind Änderungen geplant oder werden als notwendig erachtet, die Planungen sind jedoch aufgrund fehlender finanzieller Mittel sistiert.

### **3.3.7 Statistiken**

Um eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt bereitzustellen und koordinieren zu können, ist es wichtig, Informationen zu den Fällen in der Gesundheitsversorgung zu sammeln.<sup>35</sup> Seit 2009 werden Fälle häuslicher Gewalt in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS)<sup>36</sup> ausgewiesen. Darüber hinaus führen die anerkannten Opferhilfeberatungsstellen

---

<sup>33</sup> Weitere Informationen zu den Melderechten und -pflichten (unter Ziff. 5) siehe: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen > Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Feri 13.3441 vom 13.06.2013 (Stand: 11.12.2019).

<sup>34</sup> S. 49 f. des Schlussberichts.

<sup>35</sup> S. 51 ff. des Schlussberichts.

<sup>36</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html> > Statistiken finden > Kriminalität und Strafrecht > Polizei > Häusliche Gewalt (Stand: 11.12.2019).

eine Statistik, die auf Bundesebene vom Bundesamt für Statistik (BFS) zusammengeführt wird.<sup>37</sup>

Gemäss den Ergebnissen der Studie ist nur in neun der identifizierten Konzepte in sieben Kantonen das Erstellen einer Statistik zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung vorgesehen. Drei dieser Konzepte beziehen sich ausschliesslich auf Gewalt gegen Kinder.

Die WHO<sup>38</sup> empfiehlt, die folgenden Informationen systematisch zu erfassen:

- grundlegende Merkmale der gewaltbetroffenen Person;
- Gewaltform (körperlich, sexuell, psychisch);
- Täter-Opfer-Beziehung;
- gesundheitliche Beschwerden der Opfer;
- durchgeführte Untersuchungen;
- Behandlungsmassnahmen;
- Weiterleitung an andere Fachstellen, andere Unterstützungsleistungen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in der Schweiz kaum systematisch Daten zu Fällen der medizinischen Versorgung bei häuslicher Gewalt erhoben werden. Dies gilt insbesondere für Daten auf kantonaler Ebene. Aus den Statistiken der PKS sowie der Opferhilfeberatungsstellen geht nicht hervor, wie viele der Betroffenen Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen hatten. Darüber hinaus sind die Register unterschiedlich umfassend und damit unterschiedlich aussagekräftig. Gemäss den Studienautorinnen und -autoren fällt auf, dass die Konzepte, die eine systematische Datenerfassung beinhalten, von Gesundheitsfachpersonen entwickelt wurden und zum Teil vom jeweiligen Kanton getragen werden.

### **3.3.8 Unterschiede zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen**

Wie die Studie zeigt, lassen sich auf Stufe der Konzepte wenig Unterschiede mit Blick auf die verschiedenen Handlungskontexte (Privatpraxis vs. Spital) oder hinsichtlich verschiedener Gruppen innerhalb der Gesundheitsberufe finden. Allerdings richten sich die Informationsbroschüren explizit oder implizit an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bzw. Hausärztinnen und Hausärzte des Erwachsenensystems. Pflegefachpersonen, Hebammen und Geburtshelfer erreichen sie hingegen kaum.

Mit Blick auf die verschiedenen Gewaltformen haben die Studienautorinnen und -autoren aufgrund der Analysen den Eindruck erhalten, dass das Vorgehen in Fällen sexueller Gewalt (siehe Ziff. 3.3.2.1) stärker strukturell verankert ist, als das Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt. Dies sei vermutlich darauf zurückzuführen, dass man sich dieses Themas früher angenommen habe.

Es sind ausserdem Unterschiede im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in einem stationären und einem ambulanten Setting zu beobachten. In Kliniken oder Spitälern besteht häufiger intern die Möglichkeit des kollegialen, interdisziplinären Austauschs. Darüber hinaus stellen die spitalinternen Sozialdienste eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Gesundheitsfachpersonen dar. Dies trifft insbesondere auf den Aspekt der Triage zu. Da sie sich in

---

<sup>37</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html> > Statistiken finden > Kriminalität und Strafrecht > Opferhilfe (Stand: 11.12.2019).

<sup>38</sup> World Health Organization, Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence, Genf 2017.

bestimmten Spitälern auch um die Ablage der Dokumentationen der Verletzungen und Beschwerden kümmern, erweisen sie sich auch bei der Einschränkung des Zugriffs darauf als eine Hilfe. Darüber hinaus ist an Spitälern die Wahrscheinlichkeit der Einstellung forensisch geschulter Pflegefachkräfte höher.

#### **4 Gute Praktiken**

Zur Bestimmung der unter Ziffer 6 dargelegten Mindeststandards hat die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die das BJ bei seinen Arbeiten begleitet hat, auf Grundlage der Studie entschieden, zwei kantonale Konzepte bestehender guter Praktiken vorzustellen. Es handelt sich um die Abteilung für Gewaltmedizin (Unité de médecine des violences, UMV) des CHUV und das Notfallzentrum des Inselspitals Bern.

##### **4.1 Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV**

Bei der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt spielt der Kanton Waadt mit der Eröffnung der UMV im Lausanner Universitätsspital CHUV im Jahr 2006 eine Vorreiterrolle.<sup>39</sup> Die UMV garantiert durch einen interdisziplinären und integrativen Ansatz eine ganzheitliche Betreuung der Gewaltopfer. Sie berücksichtigt die Situation der von Paargewalt betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die UMV ist dem Universitätszentrum für Rechtsmedizin (Centre universitaire romand de médecine légale, CURML) angeschlossen. An die UMV wenden können sich alle Patientinnen und Patienten ab einem Alter von sechzehn Jahren, die Opfer von Gewalt geworden sind. Dies unabhängig davon, ob es sich um häusliche Gewalt oder andere Gewaltformen handelt. Die Kerntätigkeit der Abteilung besteht in der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden. Die Abteilung besteht aus einer Abteilungsleiterin, Rechtsmedizinerinnen und -medizinern, einem Team spezifisch geschulter Pflegefachkräfte, einer Forschungsbeauftragten und Sekretärinnen.

Weite Teile der medizinischen Versorgung der Gewaltopfer werden von den forensisch geschulten Pflegekräften übernommen. Sie sprechen mit den Gewaltopfern über das Erlebte, untersuchen sie und dokumentieren die Verletzungen und Beschwerden so, dass die Dokumentation im Rahmen eines allfälligen zivil-, straf- oder verwaltungsrechtlichen Verfahrens verwendet werden kann. Darüber hinaus erfragen sie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, schätzen ihre Ressourcen ein und informieren sie über Unterstützungsmöglichkeiten. Die Konsultationen werden vertraulich behandelt.

Das im CHUV entwickelte Konzept wird dem Umstand gerecht, dass mit Blick auf den Schutz und die Unterstützung der Opfer sowie auf die Täterinnen und Täter eine erfolgreiche interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit notwendig ist. Die UMV arbeitet interdisziplinär und kooperiert mit den anderen Abteilungen des Spitals, z. B. mit den Geburtsabteilungen, sowie mit relevanten Institutionen ausserhalb, z. B. den Opferhilfeberatungsstellen oder den Strafverfolgungsbehörden.

Ein zentraler Aspekt des im CHUV entwickelten Konzepts ist, dass nicht die Gewaltopfer die Kosten für die medizinische Versorgung übernehmen müssen, sondern dass sie als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit» vom Gesundheitsdepartement des Kantons Waadt (Département de la santé et de l'action sociale, DSAS) übernommen werden. Die Konsultation ist für die Patientinnen und Patienten folglich kostenlos.

Letztlich trägt die UMV über Weiterbildungsangebote und Forschungen zum Thema der zwischenmenschlichen Gewalt zu einer systematischen Verankerung des Themas häusliche Gewalt im Gesundheitswesen des Kantons bei.

---

<sup>39</sup> S. 18 f. des Schlussberichts; <https://www.curml.ch/unite-de-medecine-des-violences-umv> (Stand: 11.12.2019).

Die UMV erhebt die Daten zu den behandelten Fällen systematisch.

Eine Abteilung für Gewaltmedizin besteht ferner seit dem 5. November 2012 im Spital von Yverdon-les-Bains (eHnv), seit dem 1. Januar 2016 am Standort Montreux des Spitals Riviera-Chablais (Hôpital Riviera-Chablais, HRC) und seit dem 1. Oktober 2018 in Nyon.

#### **4.2 Notfallzentrum des Inselspitals Bern**

In der Deutschschweiz besteht bisher kein mit der UMV vergleichbares Angebot. Am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern wurde jedoch ein Konzept zur Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt entwickelt und implementiert.<sup>40</sup> Im Kanton Bern können sich Opfer häuslicher Gewalt zudem an den «City Notfall» wenden, eine «Walk-In-Einrichtung», die eine medizinische Anlaufstelle für Opfer häuslicher Gewalt anbietet.

Das Notfallzentrum des Inselspitals Bern hat namentlich Vorgaben zum Vorgehen bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt erarbeitet. Die Vorgaben dienen der Schulung des Teams und stehen ab der Triage der Patientinnen und Patienten, d. h. ab dem ersten Kontakt, als Instrument für die alltägliche Arbeit zur Verfügung. Darin werden die Aufgaben jeder Gesundheitsfachperson definiert. Sie enthalten auch Informationsblätter für die Opfer mit Informationen zu den verschiedenen Unterstützungsangeboten.

Nach dem Konzept des Notfallzentrums des Inselspitals erfolgt die medizinische Versorgung in mehreren Schritten. In einem ersten Schritt werden die Patientendaten aufgenommen. Es wird beurteilt, ob für die Patientin oder den Patienten noch Gefahr besteht und welche Sicherheitsmassnahmen allenfalls getroffen werden müssen. In einem zweiten Schritt erfolgt die Triage der Patientinnen und Patienten. Es ist ein spezifisches Vorgehen für Opfer strafbarer Handlungen gegen die sexuelle Integrität vorgesehen. Insbesondere werden die weiblichen Opfer an die Gynäkologie weitergeleitet, damit die Spuren der Gewalt dokumentiert werden können. Die Männer werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin im Notfallzentrum versorgt. Während der Triage wird gegebenenfalls eine Erstbetreuung gewährt. Die Patientin oder der Patient wird zuerst von einer Pflegefachperson versorgt. In der Folge nimmt die Ärztin oder der Arzt die Notfallversorgung mit minimaler Tatdokumentation vor (Datum und Uhrzeit des Ereignisses, Dauer, Fotodokumentation usw.). Wenn die Patientin oder der Patient aus dem Spital entlassen werden kann, wird mit ihr oder ihm ein Termin innerhalb von 48 Stunden vereinbart, an dem eine Oberärztin oder ein Oberarzt des Kernteams eine Nachkontrolle vornimmt. Der Zweck der Nachkontrolle besteht darin, eine forensische Dokumentation zu erstellen (wenn sie nicht bereits erstellt worden ist), den körperlichen Zustand des Opfers zu überprüfen und seinen psychischen Zustand abzuklären. Zudem kann es über mögliche Hilfsangebote aufgeklärt werden und kann ihm das nötige Informationsmaterial abgegeben werden. Schliesslich klärt die Oberärztin oder der Oberarzt gegebenenfalls die Situation der Kinder ab und involviert die Kinderschutzgruppe. Aus Datenschutzgründen wird die anhand eines Formulars erstellte Dokumentation im separaten «Sharepoint» abgespeichert, auf den ausschliesslich das Kernteam und eine Sekretärin Zugriff haben. Das Kernteam besteht aus Oberärztinnen und Oberärzten des Notfallzentrums mit einem unterschiedlichen medizinischen Hintergrund, die in einem dreistündigen Kurs forensisch geschult worden sind.

Derzeit ist das Angebot des Notfallzentrums des Inselspitals Bern auf die Opfer häuslicher Gewalt beschränkt, die das Notfallzentrum dieses Spitals aufsuchen.

---

<sup>40</sup> S. 19 f. des Schlussberichts.

## **5 Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken**

Wie oben erwähnt (siehe Ziff. 3.2.3) zeigt die Studie, dass es in der Schweiz bereits Konzepte und Praktiken zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt gibt. Aus der Befragung geht jedoch hervor, dass die Konzepte und Praktiken in der Praxis kaum bekannt sind, und wenn sie bekannt sind, orientieren sich die Fachpersonen bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt nicht daran.

Auf Grundlage der Befunde der Studie konnten Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken abgeleitet werden.<sup>41</sup>

### **5.1 Informationen und Schulung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt**

Gemäss der Studie fehlt Gesundheitsfachpersonen oft das benötigte Wissen zur häuslichen Gewalt und den dazu bestehenden Konzepten, was sich als ein zentrales Problem bei der Umsetzung entsprechender Konzepte erweist.

Um praktizierende Gesundheitsfachpersonen in die Lage versetzen zu können, Opfer häuslicher Gewalt adäquat zu versorgen, muss das Thema folglich systematisch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz verankert werden, sodass es nicht vom persönlichen Interesse der Fachperson abhängt, ob sie entsprechendes Wissen vermittelt bekommt oder nicht. Im Rahmen derartiger Schulungen besteht zudem die Möglichkeit der Reflexion eigener hinderlicher Einstellungen sowie der praktischen Übung. Werden die Schulungen interdisziplinär ausgerichtet, so böten sie zudem die Möglichkeit der Vernetzung. Damit Gesundheitsfachpersonen derartige Schulungen wahrnehmen können, ist nicht nur die Finanzierung zu regeln. Es muss sichergestellt sein, dass ihnen auch die dafür notwendige Zeit zur Verfügung gestellt wird.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren sind ferner die Informationsbroschüren und Leitlinien zum Thema wichtig. Sie dienen zur Orientierung im konkreten Fall. Die Dokumente müssen regelmässig überprüft und aktualisiert werden und die Gesundheitsfachpersonen müssen immer wieder an diese erinnert werden.

### **5.2 Interinstitutionelle Zusammenarbeit, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch**

Aufgrund der beruflichen Schweigepflicht (Art. 321 StGB) stecken die Gesundheitsfachpersonen bei der Frage, ob sie den Fall zivil- oder strafrechtlichen Behörden melden sollten oder müssten, oft in einem Dilemma. Um zu verhindern, dass das Thema Gewalt bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Situation vermieden wird, muss den Praktikerinnen und Praktikern in Schulungen und Informationsbroschüren das notwendige rechtliche Wissen vermittelt werden. Sie sollten zudem die Möglichkeit erhalten, den Umgang mit ihren Zweifeln in der Praxis im Rahmen von Schulungen zu diskutieren und so Lösungsstrategien für sich zu finden.

Mit der Frage der beruflichen Schweigepflicht ist ferner der Datenaustausch verknüpft. Gemäss der Studie stellt die Möglichkeit, sich mit anderen Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems austauschen zu können, eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Fachpersonen dar. Eine gute interinstitutionelle Zusammenarbeit setzt darüber hinaus gegenseitigen Respekt und die Kenntnis der Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure voraus. Damit das Gelingen der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht vom Engagement Einzelner abhängt, muss diese daher institutionell gewollt und verankert sein. Der Datenaustausch sollte

---

<sup>41</sup> S. 78 ff. des Schlussberichts.

explizit geregelt sein. Ausserdem sollten die Gesundheitsfachpersonen regelmässig in kantonalen und regionalen Gremien zu häuslicher Gewalt vertreten sein. Hierdurch kann zum einen ihre Perspektive bei der (Weiter-)Entwicklung der Konzepte berücksichtigt werden; zum anderen kann der Informationsfluss zu den praktizierenden Fachpersonen sichergestellt werden. Dafür müssen die finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, wie dies im Übrigen in Artikel 8 der Istanbul-Konvention gefordert wird.

### **5.3 Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation**

Um die Qualität der Dokumentationen der Verletzungen und Beschwerden sicherzustellen und eine sekundäre Viktimisierung der gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten durch eine unzureichende Dokumentation zu vermeiden, sollten den Gesundheitsfachpersonen in der Aus-, Fort- bzw. Weiterbildung Informationen dazu vermittelt werden, wie bei der Dokumentation vorzugehen ist. Die Informationsbroschüren sollten hierzu ebenfalls ausreichende, an rechtsmedizinischen Standards orientierte Informationen enthalten.

Ein rein informationsorientiertes Konzept erscheint nicht ausreichend, um die Opfer häuslicher Gewalt angemessen zu versorgen. Die Praktikerinnen und Praktiker sollten mindestens die Möglichkeit haben, sich telefonisch von entsprechend geschulten Fachpersonen beraten zu lassen. Dies könnten spezialisierte Pflegefachpersonen sein (z. B. forensisch geschulte Pflegekräfte) oder Mitarbeitende medizinischer Gewaltabteilungen.

Die Dokumentationen sollten im elektronischen Patientendossier abgelegt und den Patientinnen und Patienten auf Wunsch ausgehändigt werden. In Spitälern ist zu prüfen, ob sichergestellt werden kann, dass nur eine begrenzte Zahl von Personen Zugriff auf die Dokumentationen hat, z. B. indem die Dokumentationen an einer anderen Stelle wie dem spitalinternen Sozialdienst abgelegt werden.

## **6 Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung**

Die Studienautorinnen und -autoren haben aus der Literatur Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung abgeleitet. Die kantonalen Konzepte sollten sich zumindest auf die folgenden Aspekte beziehen.<sup>42</sup>

### **6.1 Zielgruppen und Gewaltformen**

Gemäss der Studie ist mit Blick auf die verfügbaren statistischen Daten daran zu erinnern, dass Frauen häufiger als Männer Opfer häuslicher Gewalt werden, dass aber auch Letztere von häuslicher Gewalt betroffen sind. Darüber hinaus sind Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt ebenso wie häusliche Gewalt im pflegerischen Kontext explizit zu berücksichtigen.

Berücksichtigt werden sollten zudem nicht alleine körperliche und sexuelle Gewalt, sondern explizit auch psychische, ökonomische und soziale Gewalt sowie – bei Kindern und älteren Menschen – Vernachlässigung.

### **6.2 Information über das Angebot und Niederschwelligkeit**

Die Informationen zu den medizinischen Angeboten müssen für die Betroffenen leicht und zu jeder Tages- und Nachtzeit zugänglich sein, wie dies beispielsweise über Flyer und Homepages kantonaler sowie institutioneller Websites der Fall ist. Hierbei sind besondere Bedürfnisse bestimmter Opfergruppen zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss darauf geachtet

---

<sup>42</sup> S. 82 des Schlussberichts.

werden, dass sich die Betroffenen durch die Informationsbeschaffung nicht dem Risiko erneuter Gewalt aussetzen. Auch das Angebot selbst muss niederschwellig sein. D. h., für die Versorgung der Opfer müssen entsprechend geschulte Fachpersonen zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar sein, unabhängig davon, ob die Opfer in einer städtischen oder ländlichen Region leben.

### **6.3 Ganzheitliche medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt**

Die medizinische Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sollte gemäss den Studienautorinnen und -autoren möglichst umfassend sein und mindestens die folgenden Schritte umfassen.

#### **6.3.1 Früherkennung häuslicher Gewalt (inkl. Ansprechen des Themas Gewalt)**

Die Gesundheitsfachpersonen zählen häufig zu den ersten Ansprechpartnerinnen und -partnern der Opfer häuslicher Gewalt. Ihnen kommt bei der Versorgung und Früherkennung der Fälle häuslicher Gewalt eine Schlüsselposition zu. Unabhängig davon, ob routinemässig gescreent wird (wovon in den Empfehlungen der WHO abgeraten wird)<sup>43</sup> oder Patientinnen und Patienten bei Verdacht auf Gewalt angesprochen werden, müssen Massnahmen zur Früherkennung immer in ein umfassenderes kantonales Konzept eingebettet sein.

#### **6.3.2 Umfassende medizinische Versorgung der Opfer**

Die Versorgung der Opfer sollte nicht nur die Versorgung der körperlichen Verletzungen und Beschwerden der Opfer umfassen, sondern auch die Versorgung der psychischen Folgen der Gewalt, die Einschätzung der Gefährdung der Opfer sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans. Um eine sekundäre Viktimisierung zu vermeiden, ist zudem auf einen respektvollen und umsichtigen Umgang zu achten.

#### **6.3.3 Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation**

Die Vorgaben für das Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation sollten sich an rechtsmedizinischen Standards orientieren. Den Gesundheitsfachpersonen sollten Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt werden. Für konkrete Fragen zur Dokumentation sollten sie sich an Ansprechpersonen mit entsprechender Expertise wenden können.

#### **6.3.4 Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen**

Bei der Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen sollten ihre besonderen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

### **6.4 Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Konzepte**

In der Studie wird hervorgehoben, dass verschiedene Massnahmen getroffen werden sollten, damit die Nachhaltigkeit der Konzepte zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sichergestellt ist.

Als ersten Punkt nennen die Studienautorinnen und -autoren die Schulungen. In den Schulungen könnten die Gesundheitsfachpersonen das notwendige Wissen erwerben, den Umgang mit dem Thema Gewalt und den Opfern trainieren sowie sich mit anderen relevanten Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems vernetzen.

Ebenfalls wesentlich ist eine klare Regelung der Finanzierung der erbrachten Leistung. Damit die Sorge vor einem Honorarausfall nicht der Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt

---

<sup>43</sup> World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genf 2013.



im Wege steht, ist die Finanzierung der erbrachten Leistungen klar zu regeln. Das System des CHUV, in dem die Kosten der Versorgung von den Kantonen übernommen werden, hat für die Patientinnen und Patienten den Vorteil, dass sie sich nicht sorgen müssen, die Rechnungen nicht zahlen zu können oder aufgrund deren Entdeckung durch die gewaltausübende Person erneut misshandelt zu werden.

Gemäss der Studie ist es ferner wichtig, dass die Zuständigkeiten klar geregelt sind und dass Absprachen zwischen den relevanten Institutionen bestehen. Der Datenaustausch zwischen den Institutionen muss ebenfalls klar geregelt werden.

Schliesslich müssen die notwendigen Ressourcen für die Einrichtung der Gefässe zur Verfügung gestellt werden, die der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren dienen und in denen sich Vertreterinnen und Vertreter relevanter Berufsgruppen austauschen und die Zusammenarbeit in konkreten Fällen absprechen können. Es ist ferner notwendig, dass die Akteure die Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure kennen. Die Leitlinien und Vorgaben sollten schriftlich festgelegt werden.

## **6.5 Massnahmen zur Qualitätssicherung**

Eine Massnahme, die zugleich die Qualität der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt und der gerichtsverwertbaren Dokumentation erhöhen sowie zu einer Entlastung der anderen in diesen Fällen involvierten Medizinerinnen und Mediziner und Pflegefachpersonen führen kann, ist der Einsatz spezialisierter Fachpersonen. Dies können beispielsweise forensisch geschulte Pflegefachkräfte an Spitälern sein oder die Errichtung einer medizinischen Gewaltabteilung.

Ausserdem sollte die Umsetzung der Konzepte regelmässig überprüft werden. Bestehende sollten Probleme identifiziert und adressiert werden.

## **7 Von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Massnahmen**

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die das BJ bei seinen Arbeiten begleitet hat, stellt fest, dass Konzepte bestehen. Diese sind oft jedoch nur punktueller Art, z. B. in bestimmten Spitälern oder Einrichtungen, oder sie liegen nur in Form einer Informationsbroschüre ohne strukturelle Verankerung vor. Die Konzepte sind den Gesundheitsfachpersonen überdies kaum bekannt, und selbst wenn sie bekannt sind, werden sie in der Praxis oft nicht umgesetzt. Auf Grundlage der Ergebnisse der Studie schlägt die Arbeitsgruppe folgende Massnahmen vor.

### **7.1 Information und Schulung**

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, diesem Thema in der ärztlichen Bildung mehr Gewicht zu geben. Sie schlägt vor, diese Frage mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zu besprechen. Zudem hält sie fest, dass nicht nur die Ärztinnen und Ärzte geschult werden sollten, sondern auch die Pflegefachkräfte, bei denen die Personalfuktuation in der Regel geringer ist.

### **7.2 Umfassendes Konzept**

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass in keinem Kanton ein Konzept besteht, das sämtliche Bedürfnisse abdeckt. Sie empfiehlt den Kantonen, ein umfassendes, sowohl informations- als auch strukturorientiertes Konzept für das gesamte Kantonsgebiet zu entwickeln.

### **7.3 Qualitätssicherung und Unterstützung**

Ein solches, in den Kantonen einzuführendes umfassendes Konzept sollte die Qualität der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sicherstellen. Die Kantone sollten

medizinische Gewaltabteilungen errichten. Alternativ sollten die Spitäler forensisch geschulte Pflegefachkräfte anstellen. Für beide Arten von Konzepten liegen in der Schweiz gute Beispiele vor (siehe Ziff. 4).

Gemäss der Arbeitsgruppe würde das medizinische Personal durch diese Massnahmen entlastet. Denn es könnte sich bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt an eine spezialisierte Fachperson wenden. Längerfristig könnten die Spitäler damit Kosten sparen.

#### **7.4 Interinstitutionelle Zusammenarbeit**

Die Arbeitsgruppe unterstreicht die Bedeutung der Einführung einer wirksamen interinstitutionellen Zusammenarbeit. Das unter Ziffer 7.2 genannte umfassende Konzept sollte Massnahmen enthalten, mit denen die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens (Notfallärztinnen und -ärzte, Hausärztinnen und -ärzte, Fachpersonen aus der Pädiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gynäkologie, Hebammen und Geburtshelfer, Pflegefachkräfte, Apothekerinnen und Apotheker usw.) in die Runden Tische der Kantone zu häuslicher Gewalt eingebunden werden. Es ist grundlegend, dass die Akteure die Rolle der anderen kennen und wissen, an wen sie sich wenden und wem sie die Daten weitergeben sollen.

#### **7.5 Systematische Erfassung der Fälle**

Die Arbeiten zur Umsetzung der Istanbul-Konvention umfassen auch die Erhebung von Daten zu Gewalt. Die Arbeitsgruppe betont, dass die Daten aufeinander abgestimmt werden müssen und deren Beschaffung standardisiert werden muss. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass die Daten der verschiedenen Kantone miteinander verglichen werden können und somit für den in der Istanbul-Konvention vorgesehenen Evaluationsprozess zur Verfügung gestellt werden können. Die Daten müssen namentlich dazu dienen, die Bedürfnisse zu eruiieren, damit die nötigen Massnahmen ergriffen oder die bestehenden Massnahmen weiterentwickelt werden können.

#### **7.6 Mindeststandards**

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass sich die Kantone an den bereits entwickelten guten Praktiken orientieren, zum Beispiel an derjenigen im Kanton Waadt, der mit dem CHUV bereits seit 2006 über eine medizinische Gewaltabteilung verfügt. Die Kantone könnten des Weiteren die aus der Literatur abgeleiteten und in der Studie dargelegten Mindeststandards in ihr umfassendes Konzept aufnehmen und darin festlegen.

#### **7.7 Gerichtsverwertbare Dokumentation**

##### **7.7.1 Im Allgemeinen**

Die SKHG hat zur Umsetzung der Istanbul-Konvention auf Ebene Kantone im Auftrag der KKJPD und der SODK einen Bericht verfasst.<sup>44</sup> Darin werden sieben Schwerpunkte benannt, zu welchen interkantonal Massnahmen umgesetzt werden. Einer dieser Schwerpunkte betrifft Artikel 25 der Istanbul-Konvention zur Unterstützung von Opfern sexueller Gewalt mit dem Ziel, ihnen die notwendige, leicht zugängliche medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchung zu ermöglichen. Ein niederschwelliger, vertraulicher Zugang zu einem Krisenzentrum soll garantieren, dass eine qualitativ gute Dokumentation von Verletzungen und Spuren der Gewalt erhoben werden kann, auch wenn keine Anzeige bei der Polizei erfolgt. In diesem Zusammenhang soll eine Bestandsaufnahme der guten Praxen und der Schwierigkeiten erfolgen und eine Empfehlung an die Kantone erarbeitet werden.

---

<sup>44</sup> <https://csvd.ch/de/> > Istanbul-Konvention > Publikationen > Bestandsaufnahme zur Istanbul-Konvention, September 2018 (Stand: 15.01.2020).

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, das Thema der Dokumentation von Verletzungen bei häuslicher Gewalt in diese Arbeiten einfließen zu lassen.

### **7.7.2 Kosten und Finanzierung**

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, mit der SVK-OHG zu prüfen, wie die Kosten für die Dokumentation sowie allfällige weitere Kosten gestützt auf das OHG als Soforthilfe übernommen werden könnten und wie diese Kostenübernahme in ihre Empfehlungen aufgenommen werden könnte. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten durch die Opferhilfe wäre die Einhaltung gewisser Qualitätsstandards (etwa solcher der Rechtsmedizin), damit die Dokumente in einem Gerichtsverfahren verwertet werden können.

### **7.8 Vertraulichkeit**

In der von Nationalrat Fabian Molina am 25. September 2019 im Nationalrat eingereichten Interpellation 19.4135 «Vertrauliche Spurensicherung. Eine Möglichkeit zur Stärkung der Opferrechte?» wird der Konflikt angesprochen, der zwischen den kantonalen Melderechten und -pflichten der Gesundheitsfachpersonen einerseits und andererseits dem Interesse der Opfer besteht. Im Interesse der Opfer liegt etwa die Durchführung einer vertraulichen medizinischen Versorgung und die Möglichkeit zu entscheiden, ob und wann eine Strafuntersuchung eingeleitet werden soll.

Diese Problematik wird in der Studie lediglich aus der Perspektive der Gesundheitsfachpersonen beleuchtet. Die berufliche Schweigepflicht wird als ein wichtiges Element im Aufbau einer Vertrauensbeziehung mit der Patientin oder dem Patienten erachtet. Die Gesundheitsfachpersonen kontaktieren die Behörden deshalb oft nur zurückhaltend. Zudem zeigt die Studie, dass die Melderechte und -pflichten von zahlreichen Befragten als ein zwar wichtiges, aber auch problematisches Thema eingestuft werden. Gemäss der Arbeitsgruppe sollten die Kantone dieser Thematik, namentlich der Bedeutung einer vertraulichen medizinischen Versorgung für die Gewaltopfer, besondere Aufmerksamkeit schenken.

### **7.9 Auftrag im OHG**

Im Postulat 14.4026 der Sozialdemokratischen Fraktion wird der Bundesrat beauftragt, die Möglichkeit zu analysieren, im OHG explizit einen Auftrag betreffend diese Thematik zu verankern. Gemäss der Arbeitsgruppe enthält das OHG bereits die notwendigen rechtlichen Grundlagen, um die Möglichkeit der Finanzierung einer rechtsmedizinischen Sprechstunde als Soforthilfe nach den Artikeln 13 und 14 OHG zu prüfen. Eine Änderung des OHG in diesem Punkt erscheint daher nicht erforderlich.

Die Arbeitsgruppe bedauert hingegen, dass bei der letzten Revision des Gesetzes darauf verzichtet wurde, einen Auftrag zuhanden der Behörden bezüglich der Information und Sensibilisierung über die Opferhilfe im Gesetz zu verankern, und schlägt vor, diesen Aspekt bei einer künftigen Revision des OHG einzubeziehen.

## **8 Schlussfolgerung**

### **8.1 Allgemeine Einschätzung**

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass häusliche Gewalt für das Gesundheitswesen eine wesentliche Herausforderung darstellt. Die medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt und anderer Gewaltformen muss Teil jeder kantonalen Gesundheitspolitik sein.

Der Bundesrat begrüsst die Bestrebungen der Kantone zur Einführung von Konzepten und Praktiken zur medizinischen Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt. Er stellt fest, dass in mehreren Kantonen Konzepte und Praktiken entwickelt und eingeführt worden sind. Dies ist eine Bestätigung für die steigende Sensibilität der Kantone für dieses Thema.

Aufgrund dieser Einschätzung empfiehlt der Bundesrat den Kantonen, ihre Bestrebungen im Bereich der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt fortzusetzen und auf kantonaler Ebene ein umfassendes Konzept für das gesamte Kantonsgebiet einzuführen. Er lädt die GDK, die KKJPD sowie die SODK ein, diese Aspekte zu prüfen.

## 8.2 Information und Schulung

Der Bundesrat teilt die Auffassung der Arbeitsgruppe in Bezug auf den Bedarf, das Thema der häuslichen Gewalt besser in die Schulung der Gesundheitsfachpersonen zu integrieren. Er verweist dabei insbesondere auf seine Schlussfolgerungen zum Bericht in Erfüllung des Postulats Feri 12.3206<sup>45</sup>. Nach der Reform des Medizinstudiums nach PROFILES<sup>46</sup> wird dieses nun auf der Basis von «Outcome»-basierten Lernzielen durchgeführt. Zur Thematik von häuslicher Gewalt ist in den Lernzielen verbindlich festgehalten, dass die Absolventinnen und Absolventen häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch erkennen und diagnostizieren können und in der Lage sein müssen, physische und sexuelle Gewalt zu dokumentieren<sup>47</sup>. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass diese Thematik in der medizinischen Ausbildung heute bereits genügend berücksichtigt wird.

Bezüglich ärztliche Weiter- und Fortbildung ist darauf hinzuweisen, dass der Bund nicht über die Kompetenz verfügt, einzelne Inhalte für verbindlich zu erklären. Der Bund kann daher nicht die Einführung eines obligatorischen Moduls für alle Ärztinnen und Ärzte verlangen. Der Bundesrat ist jedoch bereit, die Diskussion mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) aufzunehmen, um zu eruieren, inwiefern eine stärkere Integration der Thematik der häuslichen Gewalt innerhalb der ärztlichen Weiter- und Fortbildung angezeigt und umsetzbar ist. Dabei ist auch zu eruieren, in welchen Fachgebieten dies sinnvoll und zielführend ist. Das BAG wird zur Schliessung der ausgewiesenen Lücken entsprechende Gespräche aufnehmen.

Gleiches gilt für die Ausbildung der Pflegefachpersonen: Hier ist auf das Bundesgesetz der Gesundheitsberufe (GesBG<sup>48</sup>) hinzuweisen, das am 1. Februar 2020 in Kraft getreten ist. Auf dieser Grundlage kann der Bund, namentlich das BAG, im Gespräch mit seinen externen Partnern Möglichkeiten der verstärkten Integration der Thematik in die Ausbildung der Pflegefachpersonen eruieren.

Der Bundesrat weist des Weiteren darauf hin, dass der Bund Finanzhilfen zur Förderung der Fachausbildung des Personals der Beratungsstellen und der mit der Opferhilfe Betrauten gewähren kann (Art. 31 Abs. 1 OHG). Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Bund somit Finanzhilfen für Schulungen gewähren, in denen die mit der Opferhilfe Betrauten, zu denen auch die Gesundheitsfachpersonen gehören, für das Thema häusliche Gewalt und andere Gewaltformen sensibilisiert und weitergebildet werden.

## 8.3 Gerichtsverwertbare Dokumentation

Der Bundesrat wird in der Folge das EJPD (BJ) beauftragen, mit den Kantonen (SVK-OHG) zu prüfen, wie die Kosten für die gerichtsverwertbare Dokumentation sowie allfällige weitere Kosten gestützt auf das OHG als Soforthilfe übernommen werden können und wie sie diesen Punkt in ihre Empfehlungen aufnehmen könnte. Das Erstellen einer im Zivil- oder Strafver-

---

<sup>45</sup> <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home.html> > Sozialpolitische Themen > Kinder- und Jugendpolitik > Kinderschutz > Früherkennung innerfamiliärer Gewalt > Bundesratsbericht Bericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen» (Stand: 11.12.2019).

<sup>46</sup> <http://www.profilesmed.ch> (Stand: 11.12.2019).

<sup>47</sup> <http://www.profilesmed.ch> > SSPS > 4.7. Psychosocial issues > SSP 235 domestic violence, sexual abuse, rape; <http://www.profilesmed.ch> > EPAS > 2. Assess the physical and mental status of the patient > SSP 235.

<sup>48</sup> SR 811.21.

fahren verwertbaren Dokumentation ist ein wesentliches Element für eine angemessene Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Arbeitsgruppe, wonach die erstellte Dokumentation bestimmte Qualitätskriterien erfüllen muss, damit deren Kosten gestützt auf das OHG übernommen werden können. Er stellt fest, dass die Problematik der Finanzierung und der Qualität einer solchen Dokumentation nicht nur die Opfer häuslicher Gewalt, sondern auch die Opfer anderer Gewaltformen betrifft.

In seiner Stellungnahme zur Interpellation Molina (19.4135) wies der Bundesrat darauf hin, dass sich mit der Frage, ob die Geheimhaltungspflicht des medizinischen Personals Vorrang vor allfälligen Meldepflichten oder -rechten gegenüber den Strafverfolgungsbehörden haben soll, auch die Problematik verbindet, ob das Opfer darüber entscheiden soll, dass eine Strafuntersuchung eingeleitet wird. Dies gelte auch bei Straftaten, die von Amtes wegen verfolgt werden. In seinem Bericht vom 27. Februar 2013 in Erfüllung des Postulats Fehr 09.3878 «Mehr Anzeigen, mehr Abschreckung»<sup>49</sup> brachte der Bundesrat seine Überzeugung zum Ausdruck, dass dem Opfer die Möglichkeit belassen werden muss, selbst zu beurteilen, ob in seinem konkreten Fall eine Anzeige der Gewalttat zweckmässig ist oder nicht. Die Rolle des Staates sei es, diesen Schritt zu erleichtern und das Opfer vor allenfalls daraus resultierenden negativen Konsequenzen zu schützen. Damit trage er auch zur Steigerung der Anzeigquote bei. In diesem Sinn befürwortet der Bundesrat das Instrument der vertraulichen Spurensicherung und ist der Ansicht, dass die Kantone dieser Thematik besondere Aufmerksamkeit schenken sollten. In diesem Zusammenhang werden die Kantone eingeladen, die Situation der verschiedenen Opferkategorien, namentlich der Kinder, zu berücksichtigen.

#### **8.4 Auftrag im OHG**

Schliesslich betont der Bundesrat, dass die medizinische Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt in die Zuständigkeit der Kantone fällt und dass das Thema folglich nicht im OHG zu regeln ist. Wie die Arbeitsgruppe festgehalten hat, enthält das OHG bereits die notwendigen rechtlichen Grundlagen, um die Möglichkeit der Finanzierung einer rechtsmedizinischen Sprechstunde als Soforthilfe nach den Artikeln 13 und 14 OHG zu prüfen. Der Bundesrat ist hingegen bereit, wie von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen, bei einer künftigen Revision des OHG zu prüfen, ob für die Behörden ein Informations- und Sensibilisierungsauftrag bezüglich Opferhilfe im Gesetz verankert werden soll.

---

<sup>49</sup> <https://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home.html> > Aktuell > News > 2013 > Opfer von Straftaten stärker unterstützen > Bericht des Bundesrates (Stand: 11.12.2019).