

Schlussbericht

Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung

Paula Krüger, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
David Lätsch, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Peter Voll, Haute École Spécialisée de Suisse occidentale
Claudia Schuwey, Berner Fachhochschule
Cécile Bannwart, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Lea Bloch, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Elisa Favre, Haute École Spécialisée de Suisse occidentale
Rahel Portmann, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Luzern/Bern/Siders, 02. Mai 2019

Inhalt

1	Ausgangslage	1
1.1	Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung	1
2	Studiendesign: Fragestellungen und methodische Herangehensweise	5
2.1	Fragestellungen	5
2.2	Methodische Herangehensweise	7
2.2.1	Systematische Internet- und Literaturrecherche	7
2.2.2	Telefonische Befragung	7
2.2.3	Standardisierte Praktikerbefragung	8
2.2.4	Qualitative und quantitative Dokumentenanalysen	10
2.2.5	Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung: Good-practice-Kriterien	11
3	Ergebnisse	13
3.1	Übersicht über Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in der Schweiz (Fragen 1.1, 1.2)	13
3.1.1	Welche Konzepte bzw. Praktiken existieren in den Kantonen? (Frage 1.2)	13
3.1.2	Entwicklung der Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Schweiz... 18	18
3.2	Beschreibung der identifizierten Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung (Fragen 1.3-1.14)	21
3.2.1	Gewaltformen und Mitbetroffenheit der Kinder bei häuslicher Gewalt (Frage 1.4)	21
3.2.2	(Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt (Fragen 1.3, 1.5, 1.6, 1.7)	23
3.2.3	Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer (Fragen 1.3, 1.5, 1.8)	30
3.2.4	Finanzierung der Falldokumentationen (Frage 1.9)	37
3.2.5	Triage der gewaltbetroffenen Patient(inn)en (Fragen 1.5, 1.10)	41
3.2.6	Information über das Angebot (Frage 1.11)	44
3.2.7	Interinstitutionelle Zusammenarbeit (Fragen 1.5, 1.12)	47
3.2.8	Evaluationen und geplante Änderungen (Fragen 1.13, 1.14)	49
3.2.9	Statistiken zu häuslicher Gewalt als Thema in der medizinischen Versorgung (Frage 1.3)	51
3.2.10	Unterschiede zwischen Konzepten und Empfehlungen zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen (Frage 1.3, 1.5)	53

3.3	Umsetzung der Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung (Fragen 2.1-2.3).....	55
3.3.1	Kenntnis von und Orientierung an Konzepten zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt.....	55
3.3.2	Erfahrungen im Umgang mit häuslicher Gewalt.....	57
3.3.3	Schulung zum Thema häusliche Gewalt.....	61
3.3.4	Probleme bei der Umsetzung in der Praxis (Fragen 2.1)	61
3.3.5	Gewünschte Hilfestellungen von institutioneller Seite	68
3.3.6	Vorkehrungen zur Umsetzung der Vorgaben und zur Nachhaltigkeit (Frage 2.2).....	70
3.3.7	Praxis der Dokumentation (Frage 2.3).....	71
4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen zum Umgang mit Problemen bei der Umsetzung der Konzepte....	72
4.1	Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Befunde.....	72
4.2	Abschliessende Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme beim Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in der Schweiz	78
4.3	Minimalstandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung.....	82
5	Literaturverzeichnis	86

Anhänge

Anhang 1: Liste kontaktierter Institutionen im Rahmen der Telefonbefragung

Anhang 2: Leitfaden unstandardisierte telefonische Institutionsbefragung

Anhang 3: Standardisierter Fragebogen Online-Befragung (praktizierende Gesundheitsfachpersonen)

Anhang 4: Beispielbroschüre: Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud (2017). *Violence dans le couple. Détection – soutien – orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s*. Lausanne.

Anhang 5: Beispielbroschüre: Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, SPITEX Verband Kanton Bern & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA (2016). *Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten*. Bern.

Anhang 6: Beispiel Dokumentationsbogen: Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern (o. J.). *Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern*. Bern.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuale Anteile der Berufsgruppen an der Gesamtstichprobe (N=304).....	10
Abbildung 2: Anzahl der Dokumente aus der Internet- und Literaturrecherche sowie den beiden Befragungen (Institutionen, Praktiker[innen])	11
Abbildung 3: In den Konzepten/Praktiken explizit berücksichtigte Gewaltformen (eigene Darstellung) (N=36).....	22
Abbildung 4: Beispiel Fotodokumentation (Übersichts- und Nahaufnahme) (aus: Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 13)	33
Abbildung 5: Beispiel Übertragung von Verletzungen in Körperschema (aus: Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 13)	33
Abbildung 6: Überblick über die von den befragten Expert(inn)en und Praktiker(inne)n genannten Wege der Finanzierung der zusätzlich erbrachten Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt (eigene Darstellung).....	39
Abbildung 7: Screenshot der Webseite «www.violencequefaire.ch».....	46
Abbildung 8: Anteil an Personen, die mindestens ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung kannten bzw. sich daran orientierten, nach Berufsgruppe.....	55
Abbildung 9: Geschätzte Anzahl Fälle von häuslicher Gewalt in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, über die Berufsgruppen hinweg, in %.....	58
Abbildung 10: Anteil an Personen, die zur Thematisierung häuslicher Gewalt die jeweilige Befragungsmethode anwenden, nach Berufsgruppe	59
Abbildung 11: Relevanz der Kostenübernahme von Dokumentationen und des Risikos einer Nicht-Bezahlung von Leistungen im Zusammenhang häuslicher Gewalt, nach Berufsgruppe	64
Abbildung 12: Relevanz des Risikos einer Nicht-Bezahlung von Leistungen im Zusammenhang häuslicher Gewalt, nach Berufsgruppe.....	64
Abbildung 13: Anteil an Personen, die angaben, dass die eigene Institution/Organisation die entsprechende Vorkehrung zur Verankerung eines Konzepts im Umgang mit häuslicher Gewalt ergreift, nach beruflichem Setting (ambulant vs. stationär).....	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Typologie der Konzepte/Praktiken zum Umgang mit Opfern (häuslicher) Gewalt in der Gesundheitsversorgung (auf Kantonebene)	14
Tabelle 2: Anteil an Personen, die in erkannten Fällen häuslicher Gewalt schon einmal die jeweilige Massnahme ergriffen haben, nach Berufsgruppe.....	60
Tabelle 3: Anteil an Personen, die die betreffende Thematik einstufen als «ist relevant und bereitet Probleme», nach Berufsgruppen	62
Tabelle 4: Von den Befragten genannte Verbesserungsvorschläge bezüglich der Abrechnung von Leistungen im Kontext häuslicher Gewalt	67
Tabelle 5: Gewünschte Hilfestellungen, Anzahl Nennungen, nach Berufsgruppe und Sprachgebiet ...	69

Abkürzungsverzeichnis

ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BDSP	Banque de données en santé publique
BfS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
CAS	Certificate of Advanced Studies
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
DOTIP	D étecter la violence – O ffrir un message clair de soutien – T raiter la situation – I nformer – P rotéger et prévenir la récidive
GhG-VS	Gesetz gegen häusliche Gewalt (Kanton Wallis)
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
k. A.	Keine Angaben
KAGF	Kantonale Amt für Gleichstellung und Familie (Kanton Wallis)
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
Lsan TI	Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Kanton Tession)
LOVD	Loi d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique
M	Arithmetisches Mittel
N, n	Absolute Anzahl
OHG	Opferhilfegesetz
PK	Ergänzungen durch Erstautorin
SD	Standardabweichung
StGB	Strafgesetzbuch
Tarmed	Tarif médical/Tarifstruktur für ärztliche Leistungen
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung
VhG-VS	Verordnung über häusliche Gewalt, Kanton Wallis
ZGB	Zivilgesetzbuch

Management Summary

Ausgangslage

Im April 2018 schrieb das Bundesamt für Justiz (BJ) eine Studie zum Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung aus. Im Vordergrund standen die Forderungen aus dem Postulat 14.4026 (Sozialdemokratische Fraktion/Amarelle) «Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz». Der Nationalrat hat im Mai 2015 das Postulat angenommen. Der Fokus der ausgeschriebenen Studie sollte auf häuslicher Gewalt liegen. Schliessen politische Konzepte oder Praktiken jedoch weitere Gewaltformen mit ein, sollte dies festgehalten werden. Im Juli 2018 erhielten die Hochschule Luzern (HSLU), die Berner Fachhochschule (BFH) und die Haute École Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) den Auftrag zur Ausführung der Studie. Im vorliegenden Bericht werden die Studie und deren Ergebnisse präsentiert.

Studiendesign: Fragestellungen und methodische Herangehensweise

Die Studie zielte auf die Beantwortung von insgesamt 19 Fragestellungen, die sich zwei Themenbereichen zuordnen lassen:

- (1) Erfassung und Beschreibung von Konzepten und Praktiken für eine ganzheitliche Betreuung bei der medizinischen Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt in der Schweiz
- (2) Umsetzung der Konzepte und Praktiken

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden die folgenden methodischen Zugänge gewählt: eine systematische Internet- und Literaturrecherche, eine unstandardisierte Telefonbefragung von 128 Institutionsvertreter(innen) (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 sowie 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 zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung wurden aus der Literatur Good-practice-Kriterien abgeleitet und mit der Begleitgruppe und dem BJ diskutiert. Abschliessend sollten auf Grundlage der Befunde zum einen Empfehlungen abgegeben werden, wie bestehende Probleme in der Praxis vermieden werden können, zum anderen sollten Mindeststandards für derartige Konzepte vorgeschlagen werden. Insgesamt wurde dabei ein breites Verständnis von Konzept zugrunde gelegt. Diese konnten z. B. in Form öffentlich zugänglicher oder institutionsinterner Leitlinien, Empfehlungen oder Broschüren vorliegen.

Ergebnisse

Übersicht über Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Insgesamt konnten 38 Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit Opfern (häuslicher) Gewalt in der Gesundheitsversorgung in den 26 Schweizer Kantonen identifiziert werden. Die Analysen der Materialien und Informationen zeigte, dass sich die Konzepte bzw. Praktiken zum einen danach unterscheiden lassen, ob es sich um Vorgaben handelt, die von Vertreter(inne)n des Gesundheitssystems für Vertreter(innen) des Gesundheitssystems entwickelt worden waren (*systemintern*) oder ob die Vorgaben von Vertreter(inne)n anderer Systeme (z. B. Strafverfolgung) verfasst worden sind (*systemextern*); auch eine Kombination dieser beiden Typen (*systemintern und -extern*) war möglich. Zum anderen lassen sich die identifizierten Konzepte und Praktiken danach unterscheiden, welche Massnahmen sie umfassen bzw. woran sie sich orientieren: an rechtlichen Normen (normorientierte Konzepte/Praktiken), dem Ziel der Sensibilisierung und Aufklärung der Gesundheitsfachpersonen (informationsorientierte Konzepte/Praktiken) und/oder der Etablierung struktureller Massnahmen zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung (insb. durch die Bereitstellung spezialisierter Fachpersonen oder medizinischer Gewaltabteilungen zur Versorgung der Gewaltopfer) (informations- und strukturorientierte Konzepte). Anhand dieser beiden Unterscheidungskriterien (Herkunft *systemintern und/oder -extern*; Zielorientierung) lassen sich neun «Konzepttypen» unterscheiden.

Legt man diese Typologie zugrunde, lassen sich gut drei Viertel der identifizierten Konzepte und Praktiken in 20 Kantonen als informationsorientiert beschreiben, sieben in sieben Kantonen als informations- und strukturorientiert und die restlichen zwei Konzepte/Praktiken in zwei Kantonen als normorientiert. Bei der regionalen Verteilung der Konzepttypen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen feststellen. Während in den deutschsprachigen Kantonen der Nordwest-, Ost- und Zentralschweiz sowie in Zürich überwiegend informationsorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert wurden, können die Hälfte der Konzepte in den Kantonen der Région Lémanique¹ und des Espace Mittelland (exkl. Kanton Solothurn)² als informations- und strukturorientiert bezeichnet werden. Ausschlaggebend dafür, welche Aspekte ein Konzept umfasst, scheint die Frage zu sein, aus welcher Systemlogik heraus dieses entwickelt worden ist. Wurden die Konzepte federführend von Gesundheitsfachpersonen entwickelt und von den kantonalen Stellen getragen, finden sich vermehrt auch Massnahmen auf struktureller Ebene, d. h. insb. der Einsatz speziell geschulter Fachpersonen oder medizinischer Gewaltabteilungen für die Versorgung der Gewaltopfer. Wird auf kantonalen Ebene das Thema 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 oder Institutionen ab, ob auch strukturelle Massnahmen ergriffen werden. Diese «systeminternen» Konzepte werden aber häufig nicht mit dem jeweiligen kantonalen Konzept verknüpft, so dass mögliche Synergien nicht genutzt werden; dies betrifft insbesondere strukturelle Aspekte der Konzepte und deren Finanzierung. Es scheinen insbesondere Konzepte in Deutschschweizer Kantonen zu sein, die aus einer sicherheitspolitischen Logik heraus entwickelt worden sind. In der Westschweiz hingegen scheinen Paargewalt und häusliche Gewalt aus einer sozial- und gesundheitspolitischen Perspektive betrachtet zu werden. Hier lässt sich entsprechend ein stärkerer Einbezug von Gesundheitsfachpersonen feststellen, was vermutlich zu vermehrten Massnahmen auf struktureller Ebene geführt hat. Der Kanton Tessin wiederum stellt in diesem Bild einen Sonderfall dar, insofern sich Gesundheitsfachpersonen beim Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt hier ausschliesslich an ihrer Meldepflicht zu orientieren scheinen.

Beschreibung der identifizierten Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Gut drei Viertel der recherchierten Konzepte und Praktiken bezieht sich explizit auf häusliche Gewalt, wobei Kinder als Mitbetroffene von Paargewalt oder häuslicher Gewalt mehrheitlich berücksichtigt werden. Die Konzepte/Praktiken, die sich nicht auf häusliche Gewalt beziehen, sondern z. B. auf sexuelle Gewalt gegen Frauen, würden sich auf häusliche Gewalt übertragen lassen. Unabhängig von der Gewaltform, auf die sich die Konzepte/Praktiken beziehen, umfassen sie mehrheitlich die folgenden Aspekte:

- (Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt und das Ansprechen des Themas
- Untersuchung und juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden gewaltbetroffener Patient(inn)en
- Versorgung der Patient(inn)en
- Risikoeinschätzung und Erstellen eines Sicherheitsplans
- Triage an spezialisierte Fachstellen/-personen

Die **systematische Erfassung von Daten** zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung ist hingegen in der Regel nicht vorgesehen.

Mit Blick auf die **(Früh-)Erkennung** wird den Gesundheitsfachpersonen häufig ein routinemässiges Screening empfohlen, unabhängig davon, ob sie einen Verdacht auf Gewalt als Ursache der Verletzungen und Beschwerden der Patient(inn)en haben. In der Praxis sprechen die Fachpersonen das Thema Gewalt jedoch in der Regel nur bei Verdacht auf Gewalterfahrungen an. Zur Erkennung von häuslicher Gewalt werden die Gesundheitsfachpersonen in Informationsbroschüren, Leitlinien und Schulungen über mögliche Hinweise auf erlittene Gewalt informiert. Beispielfragen nach Gewalt sollen es ihnen ermöglichen, die Patient(inn)en auf das Thema anzusprechen. Die Verwendung standardisierter Instrumente zur Früherkennung wird hingegen selten empfohlen. Neben vorformulierten Beispielfragen finden sich in der Mehrheit der Dokumente Emp-

¹ Genf, Waadt, Wallis

² Bern, Freiburg, Jura und Neuenburg

fehlungen bezüglich der Gestaltung der Gesprächssituation und der eigenen Haltungen. Darüber hinaus werden die Fachpersonen darauf hingewiesen, dass sie sich in Fällen häuslicher Gewalt fachliche Unterstützung holen sollten (z. B. in Form von Fallbesprechungen).

In der Regel werden die Gesundheitsfachpersonen auf die Relevanz des Erstellens einer **juristisch verwertbaren Dokumentation** der Verletzungen und Beschwerden der gewaltbetroffenen Patient(inn)en hingewiesen. Die Informationsbroschüren und Leitlinien enthalten entsprechend Vorgaben zur juristisch verwertbaren Dokumentation, die sich häufig implizit oder explizit an der sog. 8-Punkte-Dokumentation orientieren und das Erstellen von Fotos der sichtbaren Verletzungen beinhalten. Darüber hinaus werden den Praktiker(inne)n Dokumentationsbögen als Grundlage zur Verfügung gestellt. Ferner bieten spezialisierte Fachpersonen Beratung bei Fragen zur Dokumentation an. Allerdings ist insbesondere hinsichtlich der in vielen kantonalen Broschüren empfohlenen 8-Punkte-Dokumentation anzumerken, dass diese zum Teil nicht rechtsmedizinischen Standards entspricht. Deshalb kann es dazu kommen, dass die Dokumentation im Rahmen eines allfälligen straf-, zivil- oder ausländerrechtlichen Verfahrens unverwertbar ist. Dies ist in der Regel zum Nachteil der Patient(inn)en und stellt eine vermeidbare zusätzliche Belastung derselben dar. Bei korrekter Durchführung scheint der juristisch verwertbaren Dokumentation hingegen ein therapeutischer Nutzen zuzukommen. Die Dokumentationen und Fotos sollen den analysierten Empfehlungen zufolge Teil des (elektronischen) Patientendossiers werden. Sie werden meist bei den Gesundheitsfachpersonen verwahrt und Patient(inn)en auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

In der Regel bestehen gesonderte Vorgaben zur Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden bei sexueller Gewalt. So sollen weibliche Opfer sexueller Gewalt in der Regel an eine Frauenklinik/gynäkologische Abteilung weiterverwiesen werden; hier wird häufig die Rechtsmedizin beigezogen. Kindliche Gewaltopfer sollen hingegen an Kinderkliniken oder (gynäkologisch geschulte) Pädiater(innen) verwiesen werden.

Ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Opfer häuslicher Gewalt ist deren **Finanzierung**. Erhalten Gesundheitsfachpersonen den Auftrag hierfür von den Strafverfolgungsbehörden, tragen diese die Kosten. Ist dies nicht der Fall, sind die aufwendigen Dokumentationen anders abzurechnen. Wird die Finanzierung der Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt thematisiert, findet sich in den analysierten Materialien in der Regel der Hinweis, dass Gewalt sozialversicherungsrechtlich als Unfall gelte. Trägt die Unfallversicherung nicht die Kosten, seien die Leistungen über die Krankenkasse abzurechnen. Hierbei wird jedoch zum einen nicht beachtet, dass die zusätzlichen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt und insbesondere die meist mehrere Stunden umfassende Dokumentation in den gültigen Tarifstrukturen nicht abgebildet ist. Zum anderen wird nicht bedacht, dass eine Meldung an die Unfallversicherung bei den betroffenen Patient(inn)en Angst auslösen kann und der Eingang einer Rechnung ein Risiko für erneute Gewalt darstellt, wenn die gewaltausübende Person die Rechnung findet. Diese Angst kann dazu führen, dass sich Opfer gar nicht erst an Gesundheitsfachpersonen wenden. Es ist daher erstaunlich, dass die mangelnde Regelung der Leistungsabrechnung in Fällen häuslicher Gewalt von der Mehrheit der befragten Praktiker(innen) und Expert(inn)en nicht problematisiert wurde. Dies könnte zudem darauf hindeuten, dass die Dokumentationen, die in diesen Fällen erstellt werden, nicht den entsprechenden rechtsmedizinischen Standards entsprechen. Vor diesem Hintergrund ist es bedenklich, dass dem Anschein nach alleine der Kanton Waadt die Finanzierung der Leistungen der Gewaltabteilungen des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) geregelt hat und die Kosten hierfür übernimmt. Eine solche Regelung stellt einerseits für die Fachpersonen eine Sicherheit bzgl. der Abdeckung der zu erbringenden Leistungen her. Das Wissen, dass die Versorgung kostenlos ist, kann zudem dazu führen, dass gewaltbetroffene Personen sich eher Hilfe bei den entsprechenden Institutionen suchen.

Die **Triage** der gewaltbetroffenen Patient(inn)en ist ebenfalls Bestandteil fast aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken. Die Kantone stellen den Gesundheitsfachpersonen dafür Flyer, Broschüren und Notfallkarten zur Verfügung, die in den Praxen ausgelegt werden und den Patient(inn)en auf Wunsch mitgegeben werden sollen. In diesen Informationsmaterialien finden sich in der Regel auch Angebote für kindliche Opfer, fremdsprachige Patient(inn)en sowie für gewaltausübende Personen. Die Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken umfasst in diesem Zusammenhang ebenfalls eine **Risikoeinschätzung** sowie das Erstellen eines **Sicherheitsplans** für die Patient(inn)en. Hierfür können sich die Gesundheitsfachpersonen zumeist Unterstützung bei kantonalen Fachstellen oder der Polizei holen. Sind Kinder mitbetroffen, stellen die interdisziplinären Kinderschutzgruppen oder «Child Abuse and Neglect»-Teams zentrale Ansprechpartner dar.

Die genannten Materialien dienen zugleich der **Information der Opfer** über bestehende medizinische Angebote. Sie sind in der Regel auch online verfügbar. Und insgesamt stellt das Internet eine wichtige Informationsquelle für gewaltbetroffene Personen dar, wie Studien zeigen. Zwar gibt es Materialien, die gezielt fremdsprachige Gewaltopfer ansprechen. So sind die Notfallkarten der Kantone in der Regel in mehreren Sprachen erhältlich. Die Bedürfnisse von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen erscheinen bei der Informationsvermittlung bisher hingegen unberücksichtigt zu sein (z. B. Informationen in leichter Sprache).

In der Mehrheit der Kantone existieren **interinstitutionelle Gremien** zum Thema häusliche Gewalt auf kantonaler und/oder regionaler Ebene. Das strafrechtliche Berufsgeheimnis stellt häufig ein Hindernis in der Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen und anderen relevanten Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems dar. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Mediziner(innen) zur Meldung verpflichtet sind (z. B. im Tessin). Die Möglichkeit, Fälle anonymisiert in entsprechenden interdisziplinären und interinstitutionellen Gremien besprechen lassen zu können, ist daher für die Gesundheitsfachpersonen besonders wertvoll. Allerdings scheinen die bestehenden Angebote den Praktiker(inne)n wenig bekannt zu sein.

Nur in wenigen Fällen konnten **Evaluationen** von Konzepten identifiziert werden. Diese lagen vielfach schon einige Jahre zurück und fokussierten häufig auf die Akzeptanz (von Teilen) eines Konzepts (z. B. Zufriedenheit der Praktiker[innen] mit Broschüre), nicht auf dessen Wirkung. Geplante **Änderungen** von Konzepten werden zum Teil aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht durchgeführt.

Umsetzung der Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Die Befragung von 304 praktizierenden Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz diente der Beantwortung der Fragen zur Umsetzung bestehender Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung. Hierbei zeigte sich, dass nur 24 % der Befragten überhaupt ein Konzept kannten und sich nur rund die Hälfte dieser Personen in ihrer Praxis auch daran orientierte. Nur wenige Befragte, die ein Konzept kannten, gaben zudem an, sie nähmen institutionelle Vorkehrungen zu dessen Verankerung wahr (z. B. Schulungen). Insgesamt 57 % der Befragten gaben an, im Jahr vor der Befragung wissentlich mit mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt in der Praxis konfrontiert gewesen zu sein; dieser Anteil unterschied sich zwischen den Berufsgruppen erheblich. Nur knapp ein Viertel aller Befragten spricht das Thema häusliche Gewalt im Kontakt mit den Patient(inn)en an. Standardisierte (Früh-)Erkennungsinstrumente werden von den Befragten sehr selten verwendet. Haben die befragten Praktiker(innen) Massnahmen in Fällen häuslicher Gewalt getroffen, bestanden diese in der Regel im Informieren der Patient(inn)en über Hilfs- und Unterstützungsangebote, der Dokumentation der Verletzungen sowie der aktiven Weitervermittlung der Patient(inn)en an spezialisierte Fachstellen/-personen.

Vor dem Hintergrund, dass 67 % der Befragten bisher keine Schulung zum Thema häusliche Gewalt besucht hatten, überrascht 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 wurde. Die Befragten wünschten sich entsprechend konzeptionelle Grundlagen sowie Schulungen zum Thema häusliche Gewalt.

Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigt die Studie, dass es in der Schweiz eine Reihe von Konzepten und Praktiken zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung gibt. In den deutschsprachigen Kantonen wurden diese häufig aus einer sicherheitspolitischen Perspektive entwickelt und zielen in erster Linie auf die Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen; strukturelle Massnahmen wie die Anstellung spezialisierter Fachpersonen zur Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt (z. B. forensisch geschulter Pflegefachkräfte) oder medizinische Gewaltabteilungen finden sich hingegen häufiger in der Westschweiz, wo die Konzepte eher aus einer gesundheits-/sozialpolitischen Perspektive entwickelt worden sind.

Im Sinne eines Fazits lässt sich festhalten: Es gibt Konzepte, diese sind den Praktiker(inne)n aber kaum bekannt. Und: Kennen die Gesundheitsfachpersonen ein Konzept, orientieren sie sich in ihrer Praxis nicht immer daran. Dabei hat nur eine Minderheit der Praktiker(innen) Schulungen zum Thema häusliche Gewalt besucht, und auch bestehende zum Teil kostenlose Schulungsangebote sowie Angebote für anonymisierte Fallberatungen scheinen Gesundheitsfachpersonen noch zu wenig bekannt zu sein. Solche Wissenslücken

und Unsicherheiten stellen hohe Hindernisse in der Umsetzung der Konzepte und der Versorgung der gewaltbetroffenen Patient(inn)en dar.

Empfehlungen

Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte/Praktiken

Aus den Befunden der Studie wurden Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte abgeleitet sowie Mindeststandards für derartige Konzepte formuliert. Erstere beziehen sich im Wesentlichen auf die folgenden Aspekte: Informationen zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch sowie das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation.

Grundlegend erscheint die systematische Verankerung des Themas häusliche Gewalt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz. Dabei dienen die **Schulungen** nicht allein der Wissensvermittlung, sie bieten zugleich die Möglichkeit der Reflexion eigener hinderlicher Einstellungen sowie zu praktischen Übungen (z. B. Ansprechen des Themas Gewalt, Dokumentation). Sind die Schulungen zudem interdisziplinär ausgelegt, bieten sie zugleich die Möglichkeit zur Vernetzung. Ein regelmässiges Angebot von «Auffrischerkursen» sowie **Informationsbroschüren/Leitlinien** zum Thema dienen der Aktualisierung des Wissens und Letztere zudem der Orientierung im Einzelfall. Damit dies möglich ist, muss jedoch nicht nur die Finanzierung der Kurskosten geregelt sein, es muss auch sichergestellt werden, dass die Fachpersonen die notwendige Zeit aufbringen können. Darüber hinaus müssen die Informationsbroschüren regelmässig überprüft und aktualisiert werden.

Ein rein informationsorientiertes Konzept erscheint allerdings unzureichend zur angemessenen Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt. Es braucht umfassende informations- und strukturorientierte Konzepte, die zusammen mit Gesundheitsfachpersonen entwickelt und vom jeweiligen Kanton getragen werden (systeminterne und -externe Konzepte). Derartige Konzepte gibt es in der Schweiz bisher kaum. Insbesondere braucht es Möglichkeiten der **fachlichen Beratung** (z. B. zur Frage, ob eine Meldung an die zuständigen Behörden erfolgen sollte oder zu Fragen bzgl. der juristisch verwertbaren Dokumentation). Für diese Beratung können spezifisch geschulte Fachpersonen eingesetzt werden, die an Kliniken oder Spitälern tätig sind, spezialisierte Fachstellen und/oder interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Letztlich können **forensisch geschulte Pflegefachkräfte** oder **medizinische Gewaltabteilungen**, die insbesondere das Erstellen der juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Patient(inn)en übernehmen, die Mediziner(innen) entlasten und gleichzeitig die Qualität der Dokumentationen sicherstellen.

Die Neu- oder Weiterentwicklung von entsprechenden Konzepten setzt **Gefässe zur interinstitutionellen Zusammenarbeit** voraus, bei denen Vertreter(innen) des Gesundheitswesens regelmässig vertreten sind. Diese Zusammenarbeit muss institutionell gewollt und verankert sein, damit ihr Gelingen nicht vom Engagement Einzelner abhängt. Der Einbezug von Gesundheitsfachpersonen bei der Entwicklung der Konzepte kann zudem nicht allein die Praxistauglichkeit derselben erhöhen, sondern auch deren Akzeptanz. Insgesamt sollte die Wirksamkeit der Konzepte regelmässig **wissenschaftlich evaluiert** und die identifizierten **Probleme adressiert** werden. Zur Beurteilung und Koordination der Angebote für Opfer häuslicher Gewalt bedarf es hierbei auch der **systematischen Erfassung der Fälle** häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung.

Minimalstandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Aus der Literatur wurden zudem Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung abgeleitet. Hiernach sollten die Konzepte mindestens die folgenden Aspekte umfassen:

- **Zielgruppe** (Frauen, Kinder, Männer, ältere Menschen) und **Gewaltformen** (nicht nur körperliche und sexuelle Gewalt, sondern explizit auch psychische, soziale und wirtschaftliche Gewalt sowie Vernachlässigung [Kinder, pflegebedürftige Menschen])
- **Information über das Angebot** und dessen **Niederschwelligkeit**
- **Ganzheitliche Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt** (Früherkennung und Ansprechen häuslicher Gewalt, umfassende Versorgung und Betreuung der Opfer, Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation, Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Fachstellen/-personen)
- **Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit** (Schulungen, klare Regelung der Finanzierung der erbrachten Leistungen, klare Zuständigkeiten und Absprachen zwischen den relevanten Institutionen,

klare Regelung des Datenaustauschs zwischen den Institutionen, schriftliche Fixierung der Leitlinien/Vorgaben)

- **Massnahmen zur Qualitätssicherung** (Einsatz spezialisierter Fachpersonen, regelmässige Überprüfung der Konzepte und Adressierung allfällig identifizierter Probleme)

Legt man diese Mindeststandards bei der Entwicklung neuer oder der Überprüfung bestehender Konzepte in den Kantonen zugrunde, muss allerdings berücksichtigt werden, dass Gesundheitsfachpersonen je nach Handlungskontext in unterschiedliche Strukturen eingebunden sind.

1 Ausgangslage

Im April 2018 schrieb das Bundesamt für Justiz (BJ) eine Studie zum Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung aus. Im Vordergrund standen die Forderungen aus dem Postulat 14.4026 (Sozialdemokratische Fraktion/Amarelle) «Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz». Der Nationalrat hat im Mai 2015 das Postulat angenommen. Der entsprechende Bundesratsbericht wird durch das BJ (Fachbereich Rechtsetzungsprojekte und -methodik) erstellt. Der Fokus der ausgeschriebenen Studie sollte auf häuslicher Gewalt liegen. Schliessen politische Konzepte oder Praktiken jedoch weitere Gewaltformen mit ein, sollte dies festgehalten werden. Auf Grundlage der Befunde sollten zum einen Empfehlungen abgegeben werden, wie bestehende Probleme in der Praxis vermieden werden können, zum anderen sollten Mindeststandards für derartige Konzepte vorgeschlagen werden. Im Juli 2018 erhielten die Hochschule Luzern (HSLU), die Berner Fachhochschule (BFH) und die Haute École Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) den Auftrag zur Ausführung der Studie. Im vorliegenden Bericht werden die Studie und deren Ergebnisse präsentiert.

1.1 Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung

Heute ist unbestritten, dass es sich bei häuslicher Gewalt um ein gesellschaftlich relevantes Phänomen handelt (u. a. Gloor & Meier, 2010). So wurden in der Schweiz in den letzten fünf Jahren jährlich etwa 17'000 Straftaten häuslicher Gewalt polizeilich registriert. Diese machten damit 36-41 % der polizeilich registrierten Gewaltstraftaten aus. Die Taten fanden mehrheitlich zwischen (Ex-)Partner(inne)n statt, zu 14-15 % zwischen Eltern und ihren Kindern. Der überwiegende Teil der Opfer im Hellfeld ist volljährig und weiblich, die Beschuldigten sind in der Regel männlich (Bundesamt für Statistik [BFS], 2014, 2015, 2016, 2017, 2018; Gloor & Meier, 2010; Schwarzenegger, Fischbacher, Loewe-Baur & Stössel, 2015). Häufig handelt es sich um Mehrfachtaten, bei denen die Intensität der Gewalt im Laufe der Zeit zunimmt. Entsprechend machten Tötungsdelikte im häuslichen Umfeld zwischen 2009 und 2016 34 % der registrierten versuchten und vollendeten Tötungsdelikte in der Schweiz aus (Scheidegger & Darbellay, 2018). Dabei ist davon auszugehen, dass diese Zahlen eine deutliche Unterschätzung darstellen: So zeigen die Befunde der Schweizer Opferbefragung, dass nur 22 % der Fälle der Polizei gemeldet werden (Killias, Staubli, Biberstein & Bänziger, 2012). Erstaten die Betroffenen keine Anzeige bei der Polizei, können sie sich dennoch an eine Opferhilfeberatungsstelle wenden. 2016 handelte es sich bei 45 % der von den OHG-Beratungsstellen beratenen Personen um Opfer innerfamiliärer Gewalt (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG], 2018).

Mit Blick auf die Kinder muss zudem berücksichtigt werden, dass diese nicht nur unter direkter Gewalt durch die eigenen Eltern oder andere Verwandte leiden; die Zeugenschaft bzw. Mitbetroffenheit von Gewalt zwischen den Eltern gilt als Form psychischer Gewalt (Cheseaux, Duc Marwood & Romain Glassey, 2013; Deegener & Koerner, 2006). Wie viele Minderjährige Zeug(inn)en innerfamiliärer Gewalt werden, geht aus den öffentlichen Schweizer Statistiken jedoch nicht hervor.³ Es wird geschätzt, dass jährlich 27'000 Kinder innerfamiliäre Gewalt miterleben, dies betreffe insbesondere Kinder im Alter von unter 6 Jahren (EBG, 2015). Nach einer aktuellen Studie zu Fällen von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz waren 2016 pro 10'000 Kinder 23-38 Zeuge von Gewalt in der Paarbeziehung (Optimus Foundation, 2018).

In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz häuslicher Gewalt zeigt eine Studie aus dem Jahr 2005, dass 15 % der Frauen in der Schweiz aus allen sozialen Schichten zwischen 18 und 70 Jahren in ihrem Leben physische und/oder sexuelle Gewalt durch den (Ex-)Partner erfahren haben (Killias, Simonin & De Puy, 2005). In der ersten Schweizer Repräsentativbefragung zu häuslicher Gewalt Mitte der 1990er Jahre waren dies 20 % (20-60 Jahre) (Gillioz, De Puy & Ducret, 1997). Weltweit haben einer Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge sogar 30 % aller Frauen in ihrem Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen (Ex-)Partner erlitten (World Health Organization [WHO], 2013a).⁴ Berücksichtigt man auch psychische Gewalt, liegen die Zahlen noch deutlich höher. Laut einer multi-nationalen Studie der WHO gaben 20-75 % der befragten Frauen an, psychische Gewalt durch einen Intimpartner erlitten zu haben (Garcia-Moreno et al., 2005 zit. nach WHO, 2012). Und laut einer Befragung an der Maternité Zürich hatten 77 % der befragten Patientinnen seit ihrem 15. Lebensjahr psychische Gewalt oder kontrollierendes Verhalten durch eine ihnen nahestehende Person erlebt (Gloor & Meier, 2004).

³ Allerdings gibt es nicht publizierte kantonale Statistiken hierzu, z. B. der Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt des Kantons Zürich (Schwarzenegger, Fischbacher et al., 2015).

⁴ Einen Überblick über internationale Zahlen zu häuslicher Gewalt gibt das EBG (2017).

Unterschiede in den berichteten Prävalenzraten sind vermutlich durch unterschiedliches Vorgehen bei der Stichprobengewinnung, durch Verzerrungen aufgrund von Scham oder Angst der Betroffenen sowie u. a. durch unterschiedliche Definitionen häuslicher Gewalt zu erklären. So unterscheiden sich die in der Literatur zu findenden Definitionen zum Teil in Bezug auf die explizit eingeschlossenen Gewaltformen (z. B. Berücksichtigung wirtschaftlicher Gewalt) und ihrer Definition sowie bezüglich der berücksichtigten Täter(innen)-Opfer-Beziehungen (vgl. u. a. Gloor & Meier, 2010). Im Folgenden wird der Definition der sog. Istanbul-Konvention (SR 0.311.35) gefolgt, die in der Schweiz am 01. April 2018 in Kraft getreten ist und laut derer häusliche Gewalt

«alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt [bezeichnet], 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» (Abs. 3 Ziff. b).

Die gesundheitlichen **Folgen der erlebten Gewalt** umfassen nicht nur physische Verletzungen, sondern auch psychische Störungen (z. B. Schlafstörungen, Depression, Essstörungen). Aus Scham isolieren sich die Betroffenen häufig und versuchen ihr Leid durch Alkohol- oder Drogenkonsum zu mindern (u. a. Gloor & Meier, 2004). Entsprechend haben Gewaltopfer ein höheres Risiko, im Verlauf ihres Lebens körperliche oder psychische Erkrankungen zu entwickeln (WHO, 2003, 2009, 2013a). Darüber hinaus deuten Studien daraufhin, dass misshandelte Kinder als Jugendliche und Erwachsene im Vergleich zu Kontrollgruppen ein höheres Risiko aufweisen, delinquent zu werden (u. a. Widom, 1993; Yexley et al., 2002), auch wenn das Erleben elterlicher Gewalt nur einen schwachen Prädiktor für spätere Jugenddelinquenz darstellt (Lipsey & Derzon, 1998; Jung et al., 2014). Die möglichen Beeinträchtigungen infolge der Gewalterfahrung sind somit nicht auf den Zeitraum kurz nach dem Übergriff beschränkt und die gesellschaftlichen Kosten hoch (EBG, 2013). Vor diesem Hintergrund überrascht nicht, dass laut der WHO (2013b) misshandelte Frauen häufiger als nicht-misshandelte Frauen Gesundheitsfachpersonen aufsuchen. Im Rahmen einer Befragung an der Frauenklinik Triemli (Zürich) gaben 10 % der befragten Patientinnen an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Opfer körperlicher Gewalt durch einen (Ex-)Partner oder eine andere verwandte Person geworden zu sein, 2 % der befragten Frauen berichteten von sexueller Gewalt (Gloor & Meier, 2004). In der Notaufnahme des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) waren es 11 % der befragten Patient(inn)en, die angaben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine Form von Gewalt erfahren zu haben (Hofner et al., 2009 zit. nach Romain-Glassey et al., 2014). Entsprechend hatten in einer Studie am Universitätsspital Basel 82 % der befragten Gesundheitsfachpersonen in den letzten drei Monaten vor der Befragung mindestens eine Person betreut, die (vermutlich) von häuslicher Gewalt betroffen war (Gloor & Meier, 2010). Laut einer aktuellen Umfrage der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2018) ist die überwiegende Mehrheit der befragten Mediziner(innen) im Kanton Bern im Jahr mit 1-3 Fällen häuslicher Gewalt konfrontiert.

Diese Zahlen bilden jedoch zweifellos nicht den wahren Anteil von Betroffenen unter den Patient(inn)en von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz ab. Zwar gehören Mediziner(innen) und Psycholog(inn)en zu den Personen, denen sich Opfer häuslicher Gewalt am ehesten anvertrauen (Killias et al., 2005; WHO, 2013b). Studien zeigen aber, dass sich ein Grossteil der Betroffenen keiner Gesundheitsfachperson anvertraut: So gaben in einer Studie von Killias et al. (2005) «nur» 24 % der befragten betroffenen Frauen an, mit einer Ärztin oder einem Psychologen über die Gewalterfahrung gesprochen zu haben; in der genannten Studie an der Frauenklinik Triemli waren es sogar nur 8 %, die sich den Ärzt(inn)en anvertraut hatten (Gloor & Meier, 2004). Dennoch steht fest, dass Gesundheitsfachpersonen relativ häufig – wissentlich oder unwissentlich – mit Opfern häuslicher Gewalt in Kontakt kommen.

Rolle von Gesundheitsfachpersonen in Fällen häuslicher Gewalt

Dabei spielen Gesundheitsfachpersonen nicht nur eine wichtige Rolle bei der Behandlung der gesundheitlichen Folgen der Gewalt. Sie haben zudem die Möglichkeit, Betroffene frühzeitig zu erkennen, so dass auch möglichst frühzeitig interveniert werden kann (zur Rolle von Mediziner[inne]n bei der Prävention von Kindstötungen siehe Krüger [2015a, 2015b]). Darüber hinaus kommt ihnen mit Blick auf ein allfälliges Strafverfahren die wichtige Aufgabe der juristisch verwertbaren Dokumentation der Beschwerden und Verletzungen der Patient(inn)en zu; diese Dokumentation geht über die kassenpflichtige Dokumentation zum Zwecke der Behandlungssicherheit hinaus (vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte [FMH], 2016). Mit Blick auf Gewalt gegen Frauen und Mädchen, aber auch gegen Kinder allgemein hat die Weltgesundheitsversammlung der

WHO entsprechend dazu aufgerufen, die Rolle der nationalen Gesundheitssysteme im Umgang mit Gewalt gegen Frauen und Kinder zu stärken.⁵

Hindernisse im Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Betroffene zwar häufig Gesundheitsfachpersonen aufsuchen, sich ihnen aber vielfach nicht anvertrauen, ist es wichtig, dass Letztere keine Hemmungen haben, mit ihren Patient(inn)en über das Thema innerfamiliäre Gewalt zu sprechen. Allerdings zeigen sowohl die Befunde der genannten Berner Studie (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2018) als auch die einer schweizerweiten Befragung von Gesundheitsfachpersonen zum Thema Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen, dass es Gesundheitsfachpersonen häufig vermeiden, ihre Patient(inn)en auf allfällige Gewalterfahrungen anzusprechen – und zwar auch dann, wenn sie den Verdacht haben, dass diese Ursache für die Beschwerden und Verletzungen der Patient(inn)en sein könnten (Krüger, Lätsch, Völksen & Voll, 2018a, 2018b).

Dabei ist es vor allem mangelndes Wissen zu häuslicher Gewalt, zu angemessenen Handlungsstrategien (z. B. Gesprächsführung) sowie zu Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. durch Opferhilfeberatungsstellen, Frauenhäuser), was die Gesundheitsfachpersonen davon abhält, ihre Patient(inn)en auf das Thema häusliche Gewalt anzusprechen. Auch mangelndes rechtliches Wissen (insb. zur Schweigepflicht sowie zu Melderechten und -pflichten)⁶ sowie das erhöhte Risiko der Nicht-Zahlung erbrachter Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten der Opfer (geringe finanzielle Mittel, Angst der Opfer, die Rechnung könne von der gewaltausübenden Person entdeckt werden) und Schwierigkeiten bei der Abrechnung der zusätzlich erbrachten Leistungen (Dokumentation) (vgl. FMH, 2016) können dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt selbst im Verdachtsfall im Kontakt mit den Patient(inn)en vermeiden (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2016a; Krüger et al., 2018b). Darüber hinaus führen Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Leistungen wie der juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Patient(inn)en zu einer Verschärfung des Zeitmangels der Ärzte und Ärztinnen bei der Behandlung ihrer Patient(inn)en (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Entsprechend zählte Zeitmangel zu den am häufigsten genannten Gründen, warum die von der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt befragten Mediziner(innen) ihre Patient(inn)en nicht auf das Thema häusliche Gewalt ansprechen (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2018). Diese Wissenslücken und Unsicherheiten führen jedoch nicht nur dazu, dass Fälle von Gewalt unerkannt bleiben; sie können auch dazu führen, dass die Betroffenen durch unangemessene Reaktionen im Sinne einer sekundären Viktimisierung (u. a. Volbert, 2008) noch mehr belastet werden. Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, dass das Thema häusliche oder innerfamiliäre Gewalt – bis auf wenige Ausnahmen – auch heute noch nicht fest in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen im Gesundheitswesen verankert ist (Krüger et al., 2018a, 2018b).

Massnahmen zur Verbesserung des Umgangs mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Verschiedene Aktionen auf Ebene des Bundes und der Kantone sollen auf die Relevanz des Themas häusliche Gewalt für den Gesundheitsbereich aufmerksam machen und Fachpersonen, Vertreter(innen) von Berufs- und Dachverbänden sowie von Ausbildungsinstitutionen über das Thema informieren. So fand beispielsweise 2014 die Nationale Konferenz zum Thema «Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit» statt, auf der u. a. verschiedene Konzepte und Massnahmen zur Sensibilisierung und Aufklärung von Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf häusliche Gewalt vorgestellt wurden, z. B. der «Leitfaden Häusliche Gewalt» der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (SGGG, 2009; Tschudin, 2014), der – wie andere Leitfäden für Gesundheitsfachpersonen auch – u. a. einen Bogen für die Dokumentation allfälliger Verletzungen und der Angaben der Patient(inn)en enthält. Auch die Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln» der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2016b) hat eine systematische Berücksichtigung häuslicher Gewalt im beruflichen Alltag von Gesundheitsfachpersonen im Kanton zum Ziel. Die Befunde der genannten Studie zu Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt haben jedoch gezeigt, dass derartige Leitfäden oder auch standardisierte Screeningverfahren zumindest mit Blick auf betroffene Kinder kaum von den Praktiker(inne)n eingesetzt werden. Dies u. a. aus Sorge vor Kontaktabbruch durch die Patient(inn)en, obwohl Studien zeigen, dass Patient(inn)en in verschiedenen Anwendungskontexten

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/WHA-20140524/en/>

⁶ Eine Übersicht zur entsprechenden Gesetzeslage ist dem Bericht «Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt» (Bundesrat, 2017) zu entnehmen.

routinemässige, standardisierte Screenings durchaus positiv gegenüberstehen (u. a. Coker et al., 2007; zusammenfassend: Krüger et al., 2018b). Darüber hinaus zeigt die Studie von Krüger et al. (2018b), dass die meisten standardisierten Screeningverfahren (z. B. „Hurt, insulted, Threatened with Harm and Screamed“ [HiTS] des Baylor University Medical Centers at Dallas⁷) mitbetroffene Kinder nicht berücksichtigen.

Neben derartigen Leitfäden wurden an einzelnen Spitälern umfassende Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt entwickelt, die anschlussfähig an bestehende kantonale Bedrohungsmanagementsysteme sind (Bundesrat, 2017). Zu nennen sind hier beispielsweise die medizinischen Gewaltabteilungen an den Universitäts-spitälern Genf (HUG) und Lausanne (CHUV), an denen Opfer interpersoneller Gewalt umfassend versorgt werden (u. a. Halperin, 2002; Romain-Glassey et al., 2010; Romain-Glassey et al., 2014), oder das Projekt «Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren» an der Zürcher Frauenklinik des Stadtspitals Triemli (Fachstelle für Gleichstellung, Frauenklinik Maternité & Verein Inselhof Triemli, 2010). Eine systematische Erfassung und Beschreibung derartiger Modelle sowie damit gemachter Erfahrungen, die eine Ableitung von Empfehlungen bezüglich derartiger Konzepte und ihrer Umsetzung zulassen würden, fehlten jedoch bisher. Insbesondere war unklar, welche Probleme sich bei der Umsetzung ergeben und wie die Finanzierung der (zusätzlichen) Leistungen geregelt ist. Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Studie Auskunft darüber geben, welche umfassenden Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen existieren. Insbesondere interessiert, wie die Finanzierung der (zusätzlichen) Leistungen geregelt ist. Vor dem Hintergrund der Befunde werden schliesslich Empfehlungen bezüglich Möglichkeiten der Vermeidung bestehender Probleme in der Praxis abgegeben sowie Mindeststandards für derartige Konzepte vorgeschlagen.

⁷ http://www.baylorhealth.com/PhysiciansLocations/Dallas/SpecialtiesServices/EmergencyCare/Documents/BUMCD-262_2010_HITS%20survey.pdf, 21.04.2016

2 Studiendesign: Fragestellungen und methodische Herangehensweise

2.1 Fragestellungen

Basierend auf der Ausschreibung des BJ zielte die vorliegende Studie auf die Beantwortung von insgesamt 19 Fragestellungen, die sich zwei Themenbereichen zuordnen lassen:

- (1) Erfassung und Beschreibung von Konzepten und Praktiken für eine ganzheitliche Betreuung bei der medizinischen Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt in der Schweiz
- (2) Umsetzung der Konzepte und Praktiken

Die folgenden Fragestellungen beziehen sich auf die «**Erfassung und Beschreibung bestehender Konzepte und Praktiken**»:

- 1.1 In welchen **Kantonen** gibt es Modelle zur ganzheitlichen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung?
- 1.2 Welche **Konzepte und Praktiken** existieren in den Kantonen (bei Spitälern und privaten Praxen) zur ganzheitlichen Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung?
- 1.3 Gibt es **weitere Vorgaben oder Empfehlungen** zum Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt? An welche Berufsgruppen richten sich die Vorgaben und Empfehlungen? Gibt es verschiedene Konzepte bzw. Praktiken für Spitäler, Hausärzte/-ärztinnen und andere Gesundheitsfachpersonen?
- 1.4 **Gewaltformen:** Sind die Konzepte und Praktiken ausschliesslich auf häusliche Gewalt oder auch auf andere Arten von Gewalt anwendbar?
- 1.5 Gibt es unterschiedliche Vorgaben für **Erwachsene und Minderjährige** (z. B. Interaktionsprotokolle der Pflege?)
- 1.6 **(Früh-)Erkennung:** Ist die Erkennung häuslicher Gewalt oder sonstiger Gewalt Gegenstand einer medizinischen Behandlung (z. B. Screening, Checkliste für ein Gespräch bei Verdacht auf häusliche Gewalt, Fallbesprechung mit anderen Fachleuten)? Werden mitbetroffene Kinder dabei systematisch berücksichtigt?
- 1.7 **Mitbetroffene Kinder:** Wird bei Verdacht auf (häusliche) Gewalt systematisch nachgefragt, ob Kinder mitbetroffen sind (z. B. nach der Betreuung der Kinder während des Spitalaufenthalts)?
- 1.8 **Dokumentation:**
 - 1.8.1 Bestehen Praktiken zur Erstellung einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt und deren Behandlung, z. B.: Wird eine solche Dokumentation immer erstellt oder nur auf Wunsch des Opfers? Werden spezielle Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt (nicht zu untersuchen sind Vorgaben im Zusammenhang mit Dokumentationen, die von den Strafverfolgungsbehörden bestellt wurden)? Sind die Dokumentationsbögen in die elektronische Krankengeschichte integriert? Wie werden die Bilder systematisch abgelegt?
 - 1.8.2 Werden solche Falldokumentationen (mit Zustimmung oder im Auftrag des Opfers) einer Opferhilfeberatungsstelle zugestellt?
- 1.9 **Finanzierung:** Wie werden Falldokumentationen (die nicht im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden erstellt werden) finanziert? Welche Leistungen übernimmt die Kranken- resp. Unfallversicherung?
- 1.10 **Triage der Betroffenen:** Werden von häuslicher Gewalt betroffene Patient(inn)en (auch fremdsprachige) sowie mitbetroffene Kinder an spezifische soziale Beratungsstellen, insbesondere Opferberatungsstellen weiterverwiesen (z. B. Besprechung von Angeboten, Abgabe einer Adressliste, Kontaktaufnahme durch die Gesundheitsfachperson, Zeitpunkt eines solchen Gesprächs)?
- 1.11 **Information über Angebot:** Wie und wo finden die Opfer von Gewalt Informationen, an wen sie sich für die Behandlung am besten wenden sollen? Wie gelangen die Gewaltopfer an die zuständigen medizinischen Fachpersonen? Wie kann ein niederschwelliger Zugang erreicht werden?

1.12 Interinstitutionelle Zusammenarbeit:

- 1.12.1 Wie arbeiten die kantonalen Hilfs-, Interventions- und Bedrohungsmanagementsysteme zusammen?
- 1.12.2 Gibt es Regelungen oder Praktiken zum Informations- bzw. Datenaustausch mit den verschiedenen in Betracht kommenden Stellen (inkl. Meldepflichten und -rechte) (unter Berücksichtigung der Ausführungen im Bedrohungsmanagementbericht)?
- 1.13 Sind **Änderungen** geplant? Wenn ja, welche?
- 1.14 Gibt es allenfalls **Evaluationen**?

Mit Blick auf die konkrete **Umsetzung der Konzepte und Praktiken** sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

2.1 Welche **Probleme** bestehen in der Praxis bezüglich der Umsetzung der beschriebenen Konzepte und Praktiken?

2.2 Welche Vorkehrungen werden zur **institutionalisierten Umsetzung** der Vorgaben und Empfehlungen getroffen (z. B. regelmässige Schulungen, Netzwerkpflge, finanzielle und personelle Regelungen)?

2.3 Wie gehen Gesundheitsfachpersonen in Patientengesprächen bezüglich häuslicher Gewalt konkret vor bzw. wie dokumentieren sie diese (**Dokumentation**)?

Zu den einzelnen Aspekten werden in der Ergebnisdarstellung (siehe Kap. 3) jeweils Praxisbeispiele kurz beschrieben.

Definition zentraler Begriffe

Da die hier zentralen Begriff «Konzepte», «Politiken» und «Praktiken» unterschiedlich gefasst werden können, werden im folgenden Kasten 1 die zugrunde gelegten Definitionen aufgeführt.

Kasten 1: Begriffsdefinitionen

Der Begriff **Konzept** meint hier einen groben Plan, ein Programm. In diesem Sinne ist auch der Begriff der **Politiken** als zielgerichtetes Vorgehen von Regierungen, Organisationen o. Ä. zum Erreichen bestimmter Ziele zu verstehen (vgl. Duden, 2017). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein breites Verständnis von Konzept zugrunde gelegt. Ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung kann hier beispielsweise eine Leitlinie, eine Broschüre zur Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen für häusliche Gewalt oder Empfehlungen zum Thema sein. Diese «Konzepte» können in einer öffentlich zugänglichen Form vorliegen oder als internes Dokument (z. B. innerhalb einer Praxis oder Klinik). Unter **Praktiken** sind im Folgenden hingegen bestimmte Arten des Umgangs mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung zu verstehen.

2.2 Methodische Herangehensweise

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden die folgenden methodischen Zugänge gewählt: systematische Internet- und Literaturrecherche, unstandardisierte Telefonbefragung, standardisierte Online-Befragung sowie qualitative und quantitative Dokumentenanalysen. Im Folgenden wird das gewählte methodische Vorgehen kurz dargestellt. Hierbei wird auch auf die Good-practice-Kriterien eingegangen, die aus der Literatur abgeleitet und mit der Begleitgruppe und dem BJ diskutiert worden sind. Die so gewonnenen Kriterien dienen der Auswahl der Praxisbeispiele sowie als Orientierung bei der Ableitung der Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung.

2.2.1 Systematische Internet- und Literaturrecherche

Eine systematische Internet- und Literaturrecherche diente der Identifizierung und Beschreibung existierender Konzepte und Praktiken zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung sowie weiterer Empfehlungen. Die Recherche der Literatur fand mit Hilfe geeigneter Schlagwörter in deutscher, französischer und englischer Sprache in einem ersten Schritt über einschlägige Literaturdatenbanken statt.^{8,9} In einem zweiten Schritt wurde nach dem Schneeballprinzip die in den recherchierten Aufsätzen zitierte relevante Literatur herangezogen, sofern diese nicht bereits durch die Datenbankrecherche erfasst worden war. Die Internetsuche erfolgte zum einen über Google mit Hilfe derselben Schlagwörter in deutscher, französischer und italienischer Sprache, zum anderen wurde gezielt auf den Webseiten der Kantone und des Bundes nach relevanten Informationen gesucht. Aufgrund der hohen Trefferzahlen in Google ($N=109'892$) und des Umstands, dass die Treffer bei Google nach Relevanz sortiert sind, wurde entschieden, jeweils die ersten 50 Treffer auf Relevanz zu prüfen (vgl. Abb. 2). Nicht berücksichtigt wurden Medienberichte sowie private Homepages (z. B. Blogs). Schliesslich wurde aufgrund vorhandener Informationen gezielt nach weiteren Informationen gesucht. Die so gewonnenen Materialien sind in die qualitativen und quantitativen Dokumentenanalysen eingeflossen (vgl. Kap. 2.2.4). Der unten stehenden Abbildung 2 ist die Zahl der im Rahmen der Recherchen erzielten Treffer sowie die Zahl der letztlich in die Analysen eingeschlossenen Dokumente zu entnehmen (siehe Kap. 2.2.4).

2.2.2 Telefonische Befragung

Um sicherzugehen, dass möglichst alle existierenden kantonalen Konzepte erfasst werden, wurden zudem **Vertreter(innen) relevanter Institutionen** ($N=156$ Institutionen) nach bestehenden Konzepten und ihnen bekannten Praktiken befragt (z. B. Kantonale Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt, kantonsärztliche Dienste, Spitäler, OHG-Beratungsstellen); zum Teil waren diese Institutionen in der Begleitgruppe des Projektes bzw. als externe Expertinnen im Projektteam vertreten. War den Befragten selbst kein derartiges Konzept bekannt, wurden sie nach weiteren relevanten Ansprechpartner(inne)n gefragt. Die vollständige Liste der befragten Institutionen befindet sich im Anhang 1 zum Bericht; sie ist vorgängig von der Begleitgruppe und dem BJ geprüft und ergänzt worden. Die kontaktierten Institutionen lassen sich den folgenden Gruppen zuordnen:

⁸ Banque de données en santé publique (BDSP), PubMed, PubPsych

⁹ Suchwörter (deutsch): «häusliche Gewalt» AND Gesundheitswesen AND Schweiz; Partnergewalt AND Gesundheitswesen AND Schweiz; Suchwörter (französisch): «violence conjugale» AND «santé publique» AND Suisse; «violence de couple» AND «santé publique» AND Suisse; «violence domestique» AND «santé publique» AND Suisse; Suchwörter (italienisch): «violenza domestica» AND «sanità pubblica» AND Svizzera; «violenza coniugale» AND «sanità pubblica» AND Svizzera; Suchwörter (englisch): «domestic violence» AND healthcare AND (Switzerland OR Swiss), «interpersonal violence» AND healthcare AND (Switzerland OR Swiss). Die Recherchen mit Hilfe der Suchwörter «violences au sein du couple» AND «santé publique» AND Suisse sowie «intimate partner violence» AND healthcare AND (Switzerland OR Swiss) führten zu keinen bedeutsamen neuen Treffern.

- Bundesämter (z. B. EBG) ($n=4$)
- Interkantonale Konferenzen (z. B. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]) ($n=3$)
- Relevante Fachstellen
 - Fach-, Interventions- und Koordinationsstellen häusliche Gewalt ($n=25$)
 - Opferhilfeberatungsstellen ($n=28$)
- Berufsverbände (z. B. Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) ($n=4$)
- Interessensverbände/Non-Governmental Organizations (NGO) (u. a. Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter [UBA], Spitex Schweiz)
- Kantons-/Universitätsspitäler (insb. in ländlichen Gebieten) bzw. bestimmte Abteilungen innerhalb dieser Spitäler (insb. Notfallstationen, medizinische Gewaltabteilungen) sowie Walk-In-Einrichtungen ($n=25$)
- Rechtsmedizinische Institute ($n=9$)
- Psychiatrische Einrichtungen ($n=6$)
- Weitere ($n=2$)

Teilgenommen haben 128 Institutionsvertreter(innen) (82 %). 26 Personen konnten trotz mehrmaliger Versuche nicht erreicht werden oder die Kontaktpersonen gaben an, das Thema liege nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich, ohne dass sie eine andere Ansprechperson nennen konnten. Zwei Personen gaben an, keine Zeit für die Befragung zu haben.

Den Telefonaten lag ein Leitfaden zugrunde, der zum einen Angaben zum Ablauf der Telefonbefragungen enthält, zum anderen Fragen zu den Themen, zu denen mit Blick auf die zugrunde liegenden Forschungsfragen Informationen eingeholt werden sollten (vgl. Anhang 2). Dieser ist in seiner ersten Version von der Begleitgruppe und dem BJ geprüft worden. Seine finale Version wurde ins Französische und Italienische übersetzt. Lagen bereits vor den Telefonaten Materialien zu Konzepten in dem jeweiligen Kanton vor, waren diese durch die Forschenden vorab zu studieren, so dass gezielt Nachfragen gestellt werden konnten. Die Befragten wurden zudem gebeten, allfällig vorhandene Dokumente dem Projekt zur Verfügung zu stellen. Das Einverständnis der Befragten vorausgesetzt, wurden die Telefonate elektronisch aufgezeichnet und im Anschluss zusammenfassend verschriftlicht. Nach Projektende wurden die Aufnahmen gelöscht.¹⁰

2.2.3 Standardisierte Praktikerbefragung

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zudem praktizierende Gesundheitsfachpersonen in sämtlichen Regionen der Schweiz zur Umsetzung bestehender Konzepte zu häuslicher Gewalt und den damit gemachten Erfahrungen (siehe Fragestellungen 2.1–2.3) befragt. Sie wurden zudem gebeten, den Forschenden eine Beispieldokumentation eines Patientengesprächs zu häuslicher Gewalt zur Verfügung zu stellen. Zum Einsatz kam ein für die Studie entwickelter standardisierter Online-Fragebogen (programmiert mit der Software Unipark) mit vorwiegend geschlossenen Fragen (siehe Anhang 3). Der Fragebogen wurde auf Grundlage der bis dahin erarbeiteten Befunde zu bestehenden Konzepten und Praktiken entwickelt. Er wurde dem BJ und der Begleitgruppe auf Deutsch vorab zur Prüfung vorgelegt und nach einer Überarbeitung ins Französische und Italienische übersetzt.

In die Stichprobe aufgenommen wurden folgende Berufsgruppen:

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemein- bzw. Hausarztmedizin, Gynäkologie, ambulante Notfallversorgung),
- stationär tätige Ärztinnen und Ärzte (Stationsärztinnen und -ärzte, stationäre Notfallversorgung),
- Pflegefachpersonen,
- Hebammen,
- psychiatrische und psychologische Psychotherapeut(inn)en.

Zu jeder dieser 5 Berufsgruppen sollten pro Sprachregion (Französisch, Deutsch, Italienisch) mindestens 15 Fachpersonen befragt werden können, woraus sich eine angestrebte Gesamtstichprobe (N) von 225 ergab. Aufgrund von Erfahrungswerten bei standardisierten Online-Befragungen dieser Art und in diesem Berufsfeld war von einer Ausschöpfungsquote von 20–30 % auszugehen. Aus diesem Grund erhielt eine Gesamtzahl von 900

¹⁰ Zur Anonymisierung der Interviewpartner(innen) wurden ihnen zufällige Nummern zugeordnet.

(4 x 225) Personen den Link zur Online-Befragung in einem elektronischen Begleitschreiben (E-Mail) zugeschickt.

Gezogen wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe. Es sollten für jede der 15 Kombinationen von Berufsgruppe und Sprachregion je 60 Personen angeschrieben werden. Für manche dieser Kombinationen konnten innerhalb des italienischen Sprachgebiets (Kanton Tessin) weniger als 60 Praktiker(innen) identifiziert werden; hier wurden sämtliche in unserer Datenbank gelisteten Personen ohne vorherige Zufallsziehung angeschrieben. Bei allen übrigen Kombinationen wurden die Einträge in der Datenbank nummeriert, aus diesen Nummern wurden sodann durch eine Zufallsfunktion in Microsoft Excel je 60 Einträge gezogen. Verwendet wurden folgende Datenbanken:

- für die Ziehung der Mediziner(innen) (einschliesslich psychiatrische Psychotherapeut[innen]) das Ärzteverzeichnis der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH; www.doctorfmh.ch),
- für die psychologischen Psychotherapeut(inn)en das Psycholog(inn)en-Verzeichnis der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP; www.psychologie.ch),
- für die Hebammen die «Hebammensuche» des Schweizerischen Hebammenverbands (HPV; www.hebammensuche.ch).

Ein modifiziertes Verfahren (Klumpen-Stichprobe) kam bei den Pflegefachpersonen zum Einsatz: Hier wurde zunächst anhand des «Spitalfinders» von *santésuisse* (www.spitalfinder.ch) eine nach Sprachregionen geschichtete Zufallsstichprobe von 40 Kliniken und Spitälern gezogen. In diesen stationären Einrichtungen wurden anschliessend die jeweiligen Leitungspersonen der Pflege durch eine Internetrecherche identifiziert. Diese wurden sodann mit der Bitte angeschrieben, den Link zum Online-Fragebogen an mindestens zwei Pflegefachpersonen der eigenen Abteilung weiterzuleiten. In den wenigen Fällen, in denen keine Pflegeleitenden identifiziert werden konnten, wurde das entsprechende Schreiben an das Kliniksekretariat versandt. Zur Rekrutierung von ambulanten und stationären Notfallmediziner(inne)n schliesslich wurde per Internetrecherche eine Liste von Notfallambulatorien und Walk-in-Kliniken in der gesamten Schweiz recherchiert. Hier wurde jeweils das Sekretariat angeschrieben mit der Bitte, den Link an eine zufällig ausgewählte Vertreterin/einen Vertreter des ärztlichen Personals weiterzuleiten. Allen Angeschriebenen wurde im Begleitschreiben die Frist zur Bearbeitung des Fragebogens mitgeteilt, die zehn Tage betrug. Personen, die noch nicht teilgenommen hatten, wurden fünf Tage vor Ablauf der Frist ein zweites Mal um die Teilnahme gebeten.

Die auf diese Weise zusammengetragenen Daten wurden in eine Datenmatrix exportiert, geschützt aufbewahrt und mit der Software SPSS deskriptiv- sowie inferenzstatistisch (zur Überprüfung von Zusammenhängen) ausgewertet. Im Rahmen der Befragung wurden die Fachpersonen u. a. gebeten, ihnen bekannte veröffentlichte und unveröffentlichte Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung zu nennen. Standen den Forschenden entsprechende Unterlagen zu diesen Konzepten, Leitfäden und Praktiken zur Verfügung, wurden diese in der Dokumentenanalyse berücksichtigt (vgl. Kap. 2.2.4).

Stichprobe

An der Befragung beteiligten sich 304 Gesundheitsfachpersonen, die ihre Tätigkeit zum Zeitpunkt der Umfrage in 23 von 26 Kantonen ausübten. Nicht in der Stichprobe vertreten sind einzig die Kantone Appenzell Auser rhoden, Jura und Schaffhausen. Rund drei Viertel der Stichprobe (73,7 %) entfielen auf Fachpersonen aus dem deutschen Sprachgebiet, 14,8 % auf das französische und 11,5 % auf das italienische Sprachgebiet (Kanton Tessin). Diese Verteilung bringt es mit sich, dass die angestrebte Zahl von 15 Fachpersonen pro Kombination von Sprachregion und Berufsgruppe in einigen Fällen nicht ganz erreicht wurde. Namentlich bei den Mediziner(inne)n wurde die angestrebte Repräsentation der Sprachregionen zwar in der übergeordneten Kategorie der somatischen Medizin, nicht jedoch in den Unterkategorien der niedergelassenen und stationär tätigen Mediziner(inne)n erreicht. Der Anteil der Frauen lag über sämtliche Berufsgruppen hinweg deutlich höher als derjenige der Männer (83,6 % vs. 16,1 %¹¹). Erwartungsgemäss schwankte er jedoch zwischen den Berufsgruppen mit 52,2 % in der somatischen Medizin und 100 % bei den Hebammen erheblich. Unter den Berufsgruppen ist die somatische Medizin mit 16,4 % ($n=50$) der Gesamtstichprobe vertreten, die psychiatrische oder psychologische Psychotherapie mit 13,2 % ($n=40$), die Geburtshilfe (Hebammen) mit 14,5 % ($n=44$). Der grösste Anteil ($n=170$; 55,9 %) entfiel auf Pflegefachpersonen. Diese ungleiche Vertretung ergibt sich aus den stark voneinander abweichenden Ausschöpfungsquoten¹², die zwischen 13,9 % (somatische Medizin) und

¹¹ Eine Person (0,3 % der Stichprobe) wählte beim Geschlecht die dritte Antwortkategorie «anderes».

¹² Hiermit ist der Anteil derjenigen Personen an allen angeschriebenen Personen gemeint, die an der Befragung teilgenommen haben.

47,2 % (Pflegefachpersonen) schwankten. Das durchschnittliche Alter der Befragten lag bei 44,2 Jahren ($SD=12,0$, Spannweite 20-77 Jahre). Mehr als die Hälfte (56,8 %) übte ein Arbeitspensum von mindestens 80 Stellenprozenten aus, bei rund jeder zwölften Person (7,9 %) lag der Beschäftigungsgrad bei 40 Stellenprozenten oder darunter. 30,6 % ($n=93$) der Befragten waren vorwiegend oder ausschliesslich in einem ambulanten Setting tätig (z. B. private Praxis, aufsuchend), 69,4 % ($n=211$) vorwiegend oder ausschliesslich im stationären Setting (Spital oder Klinik). Abbildung 1 veranschaulicht die prozentualen Anteile der verschiedenen Berufsgruppen an der Gesamtstichprobe.

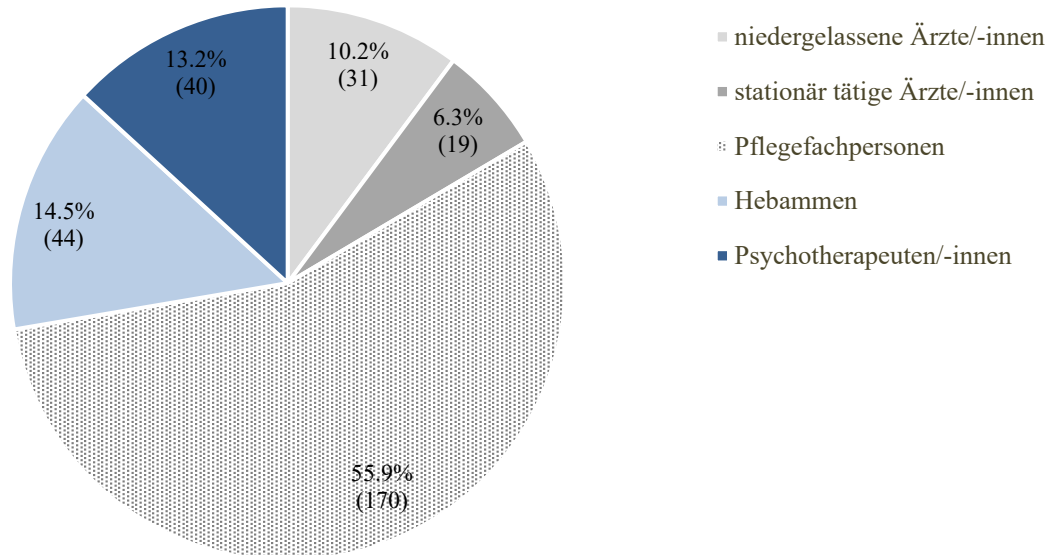


Abbildung 1: Prozentuale Anteile der Berufsgruppen an der Gesamtstichprobe ($N=304$)

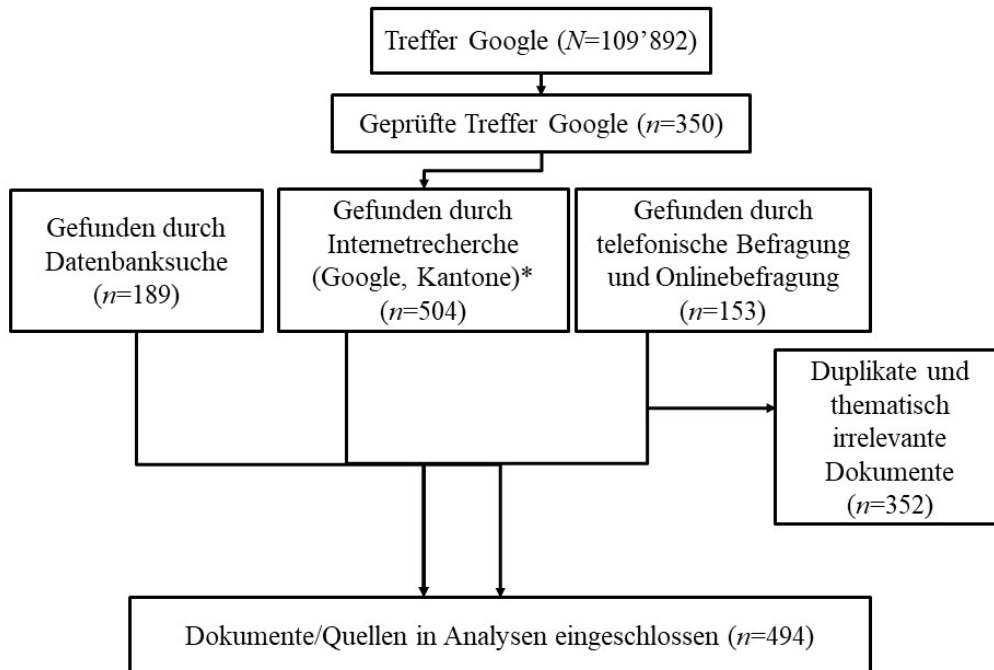
Da zum Zeitpunkt der Analysen keine detaillierten Angaben zur Verteilung relevanter soziodemografischer Merkmale wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung etc. in der Grundgesamtheit der ausgewählten Berufsgruppen in der Schweiz öffentlich zugänglich waren, können keine eindeutigen Aussagen zur Repräsentativität der erreichten Stichprobe getroffen werden. Angesichts der erzielten Ausschöpfungsquoten, die in allen Berufsgruppen unter 50 % lagen, muss unabhängig von der soziodemografischen Zusammensetzung davon ausgegangen werden, dass die Repräsentativität der Stichprobe durch den Einfluss der Selbstselektion gemindert wurde. D. h., es ist zu vermuten, dass Fachpersonen, die dem Thema häusliche Gewalt eine grössere Bedeutung beimessen, eher an der Befragung teilgenommen haben als solche, für die dieses Thema keine besondere Relevanz besitzt. Diese potenzielle Quelle der Verzerrung ist bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen (vgl. Kap. 3.3).

2.2.4 Qualitative und quantitative Dokumentenanalysen

Mit Hilfe der drei skizzierten Zugänge wurden insg. 846 Dokumente ermittelt (Konzepte, Leitlinien, Broschüren, wissenschaftliche Aufsätze, Evaluationen etc.). Im Laufe der Analysen wurden mehrfach identifizierte Dokumente sowie Material, das mit Blick auf die zugrunde liegenden Fragestellungen (1.1-1.14, 2.1-2.3) irrelevant ist, aus den weiteren Analysen ausgeschlossen ($n=352$) (vgl. Abb. 2). Die verbleibenden 494 Dokumente wurden in die Analysen eingeschlossen. Die Dokumente mit direktem Bezug zu Schweizer Konzepten und Praktiken im Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung wurden mit Blick auf die zu beantwortenden Fragestellungen computergestützt mit MaxQDA qualitativ und quantitativ inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz, 2014); eine typenbildende Inhaltsanalyse diente der Bildung von Konzepttypen (Kuckartz, 2014) (vgl. Kap. 3.1).

Auf Grundlage der so gewonnenen Daten wurden im letzten Schritt Empfehlungen bezüglich der Vermeidung bestehender Probleme in der Praxis sowie bezüglich Mindeststandards von Modellen des Umgangs mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung abgeleitet.

Der Vorteil der skizzierten methodischen Herangehensweise liegt darin, dass sich die verschiedenen methodischen Zugänge und Quellen im Sinne einer Methoden- und Datentriangulation ergänzen; dies bietet gleichzeitig die Möglichkeit der Validierung der Ergebnisse.



*Inklusive Material aus Projekt zu «Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen» (Krüger et al., 2018b)

Abbildung 2: Anzahl der Dokumente aus der Internet- und Literaturrecherche sowie den beiden Befragungen (Institutionen, Praktiker[innen])

2.2.5 Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung: Good-practice-Kriterien

Möglichst zu jedem der einzelnen Aspekte der identifizierten Konzepte und Praktiken, auf die sich die zugrunde liegenden Fragestellungen des ersten Fragenblocks beziehen (z. B. Früherkennung, Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden), sollten auf Grundlage der analysierten Dokumente und Informationen Praxisbeispiele ausgewählt und kurz beschrieben werden. Für diese Auswahl wurden auf der Grundlage der Empfehlungen der WHO (2017) die folgenden 19 Good-Practice-Kriterien (GPK) zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung formuliert und mit der Begleitgruppe diskutiert:

- **GPK 1:** Leicht zugängliche Informationen über das Angebot und Niederschwelligkeit desselben (z. B. Informationen über Angebot auf Flyern und Homepages; Angebote auch im ländlichen Raum)
- **GPK 2:** Ganzheitliche Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung (unter Berücksichtigung des Auftrags der jeweiligen Institution):
 - **GPK 2.1** *Früherkennung* häuslicher Gewalt (inkl. Informationen über Gesprächsführung)
 - **GPK 2.2** *Versorgung und Betreuung der Opfer* (Erstversorgung und weitere Versorgung [körperlich und psychisch]; respektvoller und umsichtiger Umgang mit Patient[inn]en [z. B. Erklären der einzelnen Untersuchungsschritte, Entscheidung über weitere Schritte Patient(inn)en überlassen, sofern keine akute Gefahrensituation besteht], Risikoassessment und Sicherheitsplan)
 - **GPK 2.3** *Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden* (Vorgehen, Dokumentationsbogen, Ansprechpersonen bei Fragen [z. B. bei sexueller Gewalt] oder spezialisierte Fachpersonen zur Erstellung der Dokumentation)
 - **GPK 2.4** *Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen* (Triage)
 - **GPK 2.5** *Angebote für gewaltausübende Personen vorhanden*
- **GPK 3:** Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit:
 - **GPK 3.1** *Leitlinien/Vorgaben schriftlich fixiert* (z. B. Broschüre)

- **GPK 3.2** *Betroffene Fachpersonen bei Entwicklung von Leitlinien und Instrumenten eingebunden* (zur Erhöhung der Praktikabilität und Akzeptanz)
- **GPK 3.3** *Schulungen* (regelmässiges Angebot, Verpflichtung zur Teilnahme, Auffrischerkurse)
- **GPK 3.4** *Fachliche Unterstützung der Fachpersonen* (Schutz vor Überlastung [z. B. Beratung, Supervision, interdisziplinäre Fallbesprechungen])
- **GPK 3.5** *Institutionen: Klare Zuständigkeiten innerhalb einer Institution*
- **GPK 3.6** *Finanzierung der erbrachten Leistungen ist geklärt* (Dokumentation und Risiko des Honorarausfalls)
- **GPK 3.7** *Institutionalisierung der interinstitutionellen Zusammenarbeit* (Verankerung in relevanten Interventions-, Hilfs- und Bedrohungsmanagementsystemen; «Austauschgefässe», wie z. B. Runde Tische)
- **GPK 3.8** *Klare Zuständigkeiten und Absprachen zwischen den relevanten Institutionen*
- **GPK 3.9** *Austausch datenschutzrelevanter Informationen ist geklärt*
- **GPK 4:** Massnahmen zur Qualitätssicherung:
 - **GPK 4.1** *Durchführung von Evaluationen*
 - **GPK 4.2** *Spezialisierte Fachpersonen involviert* (z. B. forensisch geschulte Pflegefachkräfte)
 - **GPK 4.3** *Statistik zu Fällen Häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung führen*
 - **GPK 4.4** *Informationen zu Problemen bei der Umsetzung sind gesichert, Probleme werden adressiert*

Nachdem diese Kriterien der Begleitgruppe und dem BJ vorgestellt worden waren, wurden sie gebeten, diese zu kommentieren und aus ihrer Sicht fehlende Kriterien zu ergänzen. Hinzugefügt wurden die Kriterien der «Zielgruppe» sowie das der «Gewaltform». Insbesondere sollten Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt explizit berücksichtigt werden. Ferner sollten die Konzepte nicht allein auf häusliche Gewalt fokussieren, sondern grundsätzlich Gewaltopfer adressieren. Mit Blick auf das Kriterium der juristisch verwertbaren Dokumentation wurde angemerkt, dass auch berücksichtigt werden sollte, ob unterschiedliche Vorgaben mit Blick auf verschiedene Gewaltformen gemacht werden (z. B. bei Fällen sexueller Gewalt). Darüber hinaus wurden die systematische Durchführung von Nachkontrollen sowie die Dauer der Behandlung als Indikatoren für die Qualität der Leistungen ergänzt. Nach der Diskussion und Erweiterung der Kriterien gewichteten die Begleitgruppenmitglieder die einzelnen Kriterien, indem jede(r) zehn als besonders wichtig markieren konnte. Die Stimme von mindestens fünf Begleitgruppenmitgliedern erhielten die folgenden neun Good-practice-Kriterien:

- **Zielgruppe und Gewaltformen:** Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt werden explizit berücksichtigt; wo sinnvoll, Ausweitung der Zielgruppe auf Opfer interpersoneller Gewalt allgemein
- **GPK 2:** Ganzheitliche Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung (unter Berücksichtigung des Auftrags der jeweiligen Institution):
 - **GPK 2.1** *Früherkennung* häuslicher Gewalt (inkl. Informationen über Gesprächsführung)
 - **GPK 2.2** *Versorgung und Betreuung der Opfer* (Erstversorgung und weitere Versorgung [körperlich und psychisch]; respektvoller und umsichtiger Umgang mit Patient[inn]en [z. B. Erklären der einzelnen Untersuchungsschritte, Entscheidung über weitere Schritte Patient(inn)en überlassen, sofern keine akute Gefahrensituation besteht], Risikoassessment und Sicherheitsplan, systematische Nachkontrollen)
 - **GPK 2.3** *Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden* (Vorgehen, Dokumentationsbogen, Ansprechpersonen bei Fragen [z. B. bei sexueller Gewalt] oder spezialisierte Fachpersonen zur Erstellung der Dokumentation)
 - **GPK 2.4** *Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen* (Triage)
- **GPK 3:** Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit:
 - **GPK 3.1** *Schulungen* (regelmässiges Angebot, Verpflichtung zur Teilnahme, Auffrischerkurse)
 - **GPK 3.2** *Finanzierung der erbrachten Leistungen ist geklärt* (Dokumentation und Risiko des Honorarausfalls)
- **GPK 4:** Massnahmen zur Qualitätssicherung:
 - **GPK 4.1** *Spezialisierte Fachpersonen involviert* (z. B. forensisch geschulte Pflegefachkräfte)
 - **GPK 4.2** *Informationen zu Problemen bei der Umsetzung sind gesichert, Probleme werden adressiert*

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie mit Blick auf die zugrunde liegenden Fragestellungen zusammengefasst, wobei – wenn möglich – die Befunde aus den verschiedenen Zugängen (Dokumentenanalyse, telefonische Befragung, Onlinebefragung) zusammengeführt werden. Zu den untersuchten Inhalten der Konzepte (z. B. Früherkennung, Finanzierung der Leistungen) werden jeweils kurz Praxisbeispiele vorgestellt. Hierbei wurden möglichst verschiedene Regionen (Sprachregionen, städtisch und ländliche Gebiete) sowie verschiedene Systeme berücksichtigt. Die Auswahl der Beispiele erfolgte auf der Grundlage der im Rahmen der Studie festgelegten und oben beschriebenen Good-practice-Kriterien (siehe Kap. 2.2.5). Allein zum Aspekt «interinstitutionelle Zusammenarbeit» in Fällen häuslicher Gewalt (Kap. 3.2.7) konnte kein Praxisbeispiel beschrieben werden, da die zugrunde liegenden Dokumente keine ausreichende Beschreibung der Zusammenarbeit zuließen.

Bei der Bewertung der im Folgenden dargelegten Befunde ist Folgendes zu beachten: Der Beschreibung der Konzepte und Praktiken liegen die im Rahmen der Recherchen und Befragungen identifizierten Materialien und Informationen zugrunde. Es ist nicht auszuschliessen, dass es insbesondere an einzelnen Spitälern weitere Vorgaben zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt gibt.

3.1 Übersicht über Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in der Schweiz (Frage 1.1, 1.2)

Insgesamt konnten 38 Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit Opfern (häuslicher) Gewalt in der Gesundheitsversorgung in den 26 Schweizer Kantonen identifiziert werden. Da Kinder immer von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind (vgl. Kap. 1.1) wurden hierbei auch zwei Konzepte zum Umgang mit Kindsmisshandlung und Vernachlässigung an Kinderspitälern berücksichtigt. Insgesamt weisen die identifizierten Konzepte und Praktiken zum Teil recht grosse Unterschiede auf, wie im Folgenden gezeigt wird.

3.1.1 Welche Konzepte bzw. Praktiken existieren in den Kantonen? (Frage 1.2)

Der Fokus lag im Rahmen der Studie auf kantonalen Konzepten zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung. Doch nicht alle identifizierten Konzepte sind auf kantonaler Ebene entwickelt worden. Für die Entwicklung gut der Hälfte der Konzepte sei den befragten Institutionsvertreter(inne)n bzw. den analysierten Materialien zufolge in erster Linie der Kanton zuständig gewesen bzw. die Initiative sei zwar von Gesundheitsfachpersonen ausgegangen, mittlerweile handele sich aber um ein kantonales Konzept ($n=21$ Konzepte/Praktiken; 55 %). In den verbleibenden zwölf Fällen (32 %), in denen entsprechende Informationen erhältlich waren, gaben die Befragten an, die Gesundheitsfachpersonen hätten das Konzept entwickelt, ohne dass der jeweilige Kanton eine nennenswerte Rolle gespielt habe.¹³

Um einen Überblick über die identifizierten Konzepte und Praktiken zu erhalten, wurden im Rahmen der Dokumentenanalyse «Konzepttypen» herausgearbeitet. So zeigten die Analysen der zur Verfügung stehenden Informationen, dass sich die Konzepte bzw. Praktiken zum einen danach unterscheiden lassen, ob es sich um Vorgaben handelt, die von Vertreter(inne)n des Gesundheitssystems für Vertreter(innen) des Gesundheitssystems entwickelt worden waren (*systemintern*) oder ob die Vorgaben in erster Linie von Vertreter(inne)n anderer Systeme (z. B. Strafverfolgung) verfasst worden sind (*systemextern*). Zum anderen lassen sich die identifizierten Konzepte und Praktiken danach

In allen 26 Kantonen konnten Konzepte/Praktiken zum Umgang mit Gewaltopfern in der medizinischen Versorgung identifiziert werden.

¹³ In fünf Fällen lagen keine Informationen zur Rolle des jeweiligen Kantons bei der Entwicklung der Konzepte/Praktiken vor (13 %).

unterscheiden, welche Massnahmen sie umfassen bzw. woran sie sich orientieren: an rechtlichen Normen, dem Ziel der Sensibilisierung und Aufklärung der Gesundheitsfachpersonen und/oder der Etablierung struktureller Massnahmen zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung (insb. dem Einbezug spezialisierter Fachpersonen oder medizinischer Gewaltabteilungen). D. h., «**normorientiert**» meint hier die Orientierung an rechtlichen Normen (z. B. Strafgesetzbuch, Gesetz gegen häusliche Gewalt). «**Informationsorientierte Konzepte bzw. Praktiken**» hingegen sind dadurch gekennzeichnet, dass mit Blick auf den Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in erster Linie Materialien zur Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen verbreitet werden. Kommt noch der Einsatz spezialisierter Fachpersonen (z. B. forensisch geschulter Pflegefachkräfte) zur Versorgung der Gewaltopfer oder die Existenz medizinischer Gewaltabteilungen hinzu, wird das Konzept hier als «**informations- und strukturorientiert**» bezeichnet. Anhand dieser beiden Merkmale «**Bezug Gesundheitssystem**» (systemintern und/oder systemextern) und **inhaltliche bzw. konzeptionelle Orientierung** (normorientiert, informationsorientiert, informations- und strukturorientiert) können die Konzepte bzw. Praktiken in den Kantonen somit neun Typen zugeordnet werden: SYSIN-NORM, SYSINEX-NORM, SYSEX-NORM, SYSIN-INFO, SYSINEX-INFO, SYSEX-INFO, SYSIN-INFOSTRUK, SYSINEX-INFOSTRUK, SYSEX-INFOSTRUK. In der folgenden Tabelle 1 sind die Typen beschrieben sowie angegeben, wie viele Konzepte/Praktiken des jeweiligen Typs identifiziert werden konnten.

Tabelle 1: Typologie der Konzepte/Praktiken zum Umgang mit Opfern (häuslicher) Gewalt in der Gesundheitsversorgung (auf Kantonsebene)

«Bezug Gesundheitssystem»			
«Inhaltliche/ konzeptionelle Orientierung»	systemintern (SYSIN)	systemintern und -extern (SYSINEX)	systemextern (SYSEX)
norm- orientiert (NORM)	Typ SYSIN-NORM (n=1): Rechtliche Normen bilden Rahmen für interne Vorgaben des Spitals zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt	Typ SYSINEX-NORM: Rechtliche Normen bilden Rahmen für interne Vorgaben des Spitals als auch für kantonale Vorgaben zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung	Typ SYSEX-NORM (n=1): Rechtliche Normen bilden Rahmen für Richtlinien/Anleitungen des Kantons zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung
informations- orientiert (INFO)	Typ SYSIN-INFO (n=11): Interne Informationsmaterialien oder Vorgaben des Spitals zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, die der Sensibilisierung und Information des Personals dienen	Typ SYSINEX-INFO (n=9): Sowohl interne Vorgaben oder Informationsmaterialien des Spitals als auch kantonale Materialien zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung, die der Sensibilisierung und Information von Gesundheitsfachpersonen dienen	Typ SYSEX-INFO (n=9): Informationsmaterialien des Kantons zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung, die der Sensibilisierung und Information von Gesundheitsfachpersonen dienen
informations- und struktur- orientiert (INFO- STRUK)	Typ SYSIN-INFOSTRUK (n=2): Interne Informationsmaterialien oder Vorgaben des Spitals zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, die der Sensibilisierung und Information des Personals dienen, sowie spezialisierte Fachpersonen zur Versorgung der Patient(inn)en und der Erstellung einer juristisch verwertbaren Dokumentation	Typ SYSINEX-INFOSTRUK (n=5): Sowohl interne Vorgaben oder Informationsmaterialien des Spitals als auch kantonale Materialien zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung, die der Sensibilisierung und Information von Gesundheitsfachpersonen dienen, sowie spezialisierte Fachpersonen zur Versorgung der Patient(inn)en und der Erstellung einer juristisch verwertbaren Dokumentation	Typ SYSEX-INFOSTRUK: Informationsmaterialien des Kantons zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung, die der Sensibilisierung und Information der Gesundheitsfachpersonen dienen, sowie spezialisierte Fachpersonen zur Versorgung der Patient(inn)en und der Erstellung einer juristisch verwertbaren Dokumentation als Teil des kantonalen Konzepts

Mehrheitlich informationsorientierte Konzepte – insbesondere in der Deutschschweiz

Das Vorgehen im Tessin orientiert sich an Meldepflicht.

Für das Vorgehen im Wallis scheint in erster Linie das GhG-VS den Rahmen für Massnahmen zum Umgang mit häuslicher Gewalt zu bilden.

Regionale Unterschiede in der Verteilung der Konzepttypen

Gut drei Viertel der Konzepte und Praktiken ($n=29$) in 20 Kantonen lassen sich als informationsorientiert beschreiben, 7 in 7 Kantonen als informations- und strukturorientiert (18 % der Konzepte) und die restlichen 2 Konzepte/Praktiken in 2 Kantonen als normorientiert (5 % der Konzepte). Bei der regionalen Verteilung der Konzepttypen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen feststellen. Während in den deutschsprachigen Kantonen der Nordwest-, Ost- und Zentralschweiz sowie in Zürich überwiegend informationsorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert werden konnten (25 von 27 Konzepten), können 5 von 10 Konzepten in Kantonen der Région Lémanique und des Espace Mittelland (exkl. Kanton Solothurn) als informations- und strukturorientiert bezeichnet werden.

Als «**normorientiert**» lassen sich demnach die Konzepte bzw. Praktiken im Tessin und Wallis bezeichnen. So orientiert sich das Tessiner Vorgehen den analysierten Informationen zufolge ausschliesslich an der Meldepflicht der Ärzt(inn)en nach dem Tessiner Gesundheitsgesetz (Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario vom 18.04.1989 [Lsan TI]). Hiernach sind Ärztinnen und Ärzte, die im Kanton Tessin tätig sind, verpflichtet,

«die Staatsanwaltschaft in jedem Fall über Verletzungen, die mit der Begehung einer Straftat in Zusammenhang stehen bzw. stehen könnten und ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, zu informieren (Art. 20 Abs. 5 lit. A i.V.m. Art 68 Abs. 2 LSan TI)» (Schwarzenegger, Fuchs & Ege, 2015, S. 257).

Für das Vorgehen im **Wallis** scheint hingegen in erster Linie das Walliser Gesetz gegen häusliche Gewalt (GhG-VS) den Rahmen für Massnahmen zum Umgang mit häuslicher Gewalt bzw. Paargewalt zu bilden. Hier ist festgehalten, dass das «für die Gesundheit zuständige Departement [...] darauf achtet, dass eine spezifische Betreuung [der Opfer häuslicher Gewalt, PK] im Spitalbereich gewährleistet ist.» (Art. 15 Abs. 3 GhG-VS) Hauptsächlich ist jedoch das Kantonale Amt für Gleichstellung und Familie (KAGF) für die Koordination und Initiation von Massnahmen gegen häusliche Gewalt im Kanton verantwortlich. So ist das KAGF für die Unterstützung von Aus- und Weiterbildungen von Fachpersonen zuständig, die mit gewaltbetroffenen Personen arbeiten (Art. 14 GhG-VS). Darüber hinaus hat das KAGF 2018 eine Informationsbroschüre herausgegeben, die sich gleichzeitig an Betroffene, Zeug(inn)en häuslicher Gewalt und Fachpersonen richtet (KAGF [Kanton Wallis], 2018). Damit ist es seinem gesetzlichen Auftrag nachgekommen, Präventions- und Sensibilisierungsprogramme durchzuführen (Art. 5 Abs. 1 Buchstabe d) sowie Fachpersonen Informationen zum Thema zur Verfügung zu stellen (Art. 5 Abs. 1 Buchstabe f). Fachpersonen – unabhängig vom jeweiligen Tätigkeitsfeld – werden in der Broschüre ermuntert, das Thema anzusprechen. Sie sollten sich über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote informieren und die Klient(inn)en ermutigen, mit entsprechenden Stellen Kontakt auf zu nehmen. Die Broschüre beinhaltet zudem Informationen zum Angebot des KAGF, zu dem u. a. die Beratung von Fachpersonen in Einzelfällen zählt (Art. 5 Abs. 1 Buchstabe f). Das KAGF könne insbesondere prüfen, «ob die Bedingungen erfüllt sind, um für eine Risikoeinschätzung und Betreuungskoordination eine Fallbesprechung im Sinne von Artikel 9 GhG vorzuschlagen.» (KAGF [Kanton Wallis], 2018, S. 19) Mit Blick auf eine solche Risikoeinschätzung ist im Gesetz zudem das Melderecht für Berufsgeheimnisträger(innen) geregelt:

«Wer in der Ausübung seines Berufs ein solches Risiko zum Begehen einer Tat von häuslicher Gewalt, PK] feststellt, kann dies der zuständigen KESB melden, die unverzüglich das Amt informiert. Diese Personen sind vom Berufsgeheimnis entbunden.» (Art. 9 Abs. 3 GhG-VS)

Im Falle von Fallbesprechungen im Rahmen des Risikoassessments sind die Berufsgeheimnisträger(innen) ebenfalls vom selben entbunden, «um die nötigen Informationen für die Risikoeinschätzung bekannt zu geben.» (Art. 9 Abs. 5 GhG-VS) In den letzten beiden Kapiteln der Walliser Broschüre werden Informationen zur Rechtslage sowie zu relevanten Fachstellen und Behörden gegeben. Im Gegensatz zu Broschüren, die sich explizit an Gesundheitsfachpersonen richten, finden sich in der Walliser Broschüre jedoch z. B. keine Angaben zur Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden.

Die genannten sowie weitere Massnahmen sind im GhG-VS geregelt. Hierzu zählen auch die Kantonale Konsultativkommission gegen Häusliche Gewalt (Art. 6 GhG-VS), die regionalen Gruppen gegen häusliche Gewalt (Art. 7 GhG-VS) sowie die Installation eines Ereignisregisters (Art. 22 GhG-VS). Sowohl in der Konsultativkommission als auch in den regionalen Gruppen sind Vertreter(innen) des Gesundheitswesens als ständige Mitglieder vorgesehen (Art. 3 und 4 VhG-VS). Anzumerken ist jedoch, dass bereits vor der Einführung des GhG-VS Runde Tische zum Thema gegeben hat (vgl. Amnesty International, 2006). Nach Informationen aus den Telefoninterviews seien zudem das CHUV und der Kanton Wallis zur Zeit in Verhandlungen, da die Gewaltabteilung in Montreux ins interkantonale Spital Rennaz umziehe (Telefoninterview II, 2018). Je nach Ausgang dieser Verhandlungen stünden auch den Gewaltopfern im Wallis ein spezialisiertes medizinisches Angebot zur Verfügung. Insgesamt ist allerdings in Bezug auf die hier beschriebene Situation im Wallis anzumerken, dass das Spital Wallis nicht an der telefonischen Befragung teilgenommen hat. Es ist somit unklar, ob das Spital selbst über ein entsprechendes internes Konzept zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt verfügt.

Zentrale Merkmale informations- sowie informations- und strukturorientierter Konzepte/Praktiken: Leitfäden/Broschüren und/oder Einsatz spezialisierter Gesundheitsfachpersonen

Die «**informationsorientierten**» Konzepte sind mehrheitlich durch die Verbreitung von Broschüren gekennzeichnet, die der Sensibilisierung und Information der Gesundheitsfachpersonen dienen. Diese Broschüren richten sich in der Regel explizit an Gesundheitsfachpersonen und enthalten Informationen zum Phänomen häusliche Gewalt, zur Früherkennung und dem Ansprechen der Gewalt, zur juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden sowie zu relevanten Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems. Zum Teil werden diese Broschüren im Rahmen interkantonalen Kooperationen entwickelt (z. B. Halt-Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft, 2010; Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017). Darüber hinaus gibt es in den Kantonen zwar häufig ebenfalls interinstitutionelle Gremien zum Thema häusliche Gewalt (z. B. Runde Tische), das Gesundheitswesen ist hier aber unterschiedlich stark vertreten. Bemerkenswert ist der Befund, dass auch in der Deutschschweiz mehr und mehr spezialisierte Fachpersonen (insb. forensisch geschulte Pflegefachkräfte) für die Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt vorgesehen sind. Dies ist beispielsweise in der Zentralschweiz der Fall. Die dortigen Konzepte wurden daher – wie die in der Romandie – als «**informations- und strukturorientiert**» bezeichnet. Die zunehmende Verbreitung forensisch geschulter Pflegefachkräfte ist vermutlich u. a. mit den mittlerweile bestehenden Weiterbildungsangeboten zu erklären (z. B. CAS Forensic Nursing, Universität Zürich).¹⁴ Allerdings unterscheidet sich die Situation in der Deutsch- von der in der Westschweiz auch für Kantone, in denen forensisch geschulte Pflegefachkräfte oder medizinische Gewaltabteilungen zur medizinischen Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt vorgesehen sind. So wurden entsprechende Konzepte in der Deutschschweiz häufig von Gesundheitsfachpersonen bzw. Spitalern entwickelt und eingeführt parallel zu kantonalen Konzepten. In der Westschweiz wurden diese Konzepte zwar ebenfalls in erster Linie von Gesundheitsfachpersonen entwickelt, die jeweiligen Kantone haben dies aber unterstützt und getragen.

¹⁴ Es ist davon auszugehen, dass mittlerweile an mehreren Spitälern in der Schweiz Pflegefachkräfte arbeiten, die einen entsprechenden Abschluss vorzuweisen haben. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es Leitlinien o. Ä. zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt gibt, nach denen diese Pflegefachkräfte die Versorgung der betroffenen Patient(inn)en übernehmen.

Die identifizierten Konzepte und Praktiken innerhalb eines Typus befinden sich zum Teil in einem unterschiedlichen Stadium der Implementierung.

Unterschiede in den Konzepten der medizinischen Gewaltabteilungen der Universitätsspitäler Lausanne (CHUV) und Genf (HUG)

Konzepte/Praktiken bzw. Teile derselben beziehen sich zum Teil auf unterschiedliche Zielgruppen

Unterschiede innerhalb der genannten Konzepttypen

Innerhalb der genannten Typen befinden sich die Konzepte und Praktiken zum Teil in einem unterschiedlichen Stadium der Implementierung, oder sie zielen auf unterschiedliche Zielgruppen. So befinden sich die Konzepte der Kantone **Freiburg** und **Graubünden** gerade im Aufbau, ebenso wie Teile des **Walliser** Konzepts. Das **Bündner** Konzept der Opferhilfe und des Kantonsspitals ist zur Zeit in der Pilotphase; es orientiert sich an dem Konzept der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt.¹⁵

Während Gesundheitsfachpersonen im Kanton **Waadt** über das Thema Paargewalt mit Hilfe von Broschüren informiert werden und es die medizinischen Gewaltabteilungen des CHUV gibt, gibt es am Universitätsspital **Genf** zwar ebenfalls eine medizinische Gewaltabteilung, auf eine Informationsbroschüre des Kantons Waadt wird hingegen lediglich online verwiesen, ohne dass diese auf die Verhältnisse des Kantons Genf angepasst worden wäre. Allerdings haben Gesundheitsfachpersonen in Fachzeitschriften Aufsätze veröffentlicht, die entsprechende Informationen zum Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt enthalten und sich an Gesundheitsfachpersonen richten (Margairaz et al., 2006). Im Band «Voir et agir» von Gillioz et al. (2003) finden sich zudem ebenfalls relevante Informationen, u. a. zur gerichtsverwertbaren Dokumentation. Darüber hinaus gibt es bedeutende Unterschiede zwischen den beiden Gewaltabteilungen: Die Gewaltabteilung des CHUV ist an der Rechtsmedizin angesiedelt; entsprechend steht die juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer im Zentrum. Die Gewaltabteilung des HUG hingegen ist am «Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences» angesiedelt. Hier steht die Versorgung der körperlichen und psychischen Verletzungen und Beschwerden der Opfer, Täter(innen) und Zeug(inn)en von (häuslicher) Gewalt im Mittelpunkt (Halperin, 2002; Hôpitaux Universitaires de Genève, 2015). Die juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden wird hingegen auf der Notfallstation durchgeführt (oder von hierzu befähigten Allgemeinmediziner[inne]n) (Telefoninterview I2).

Weitere Unterschiede zwischen den gefundenen Konzepten und Praktiken betreffen die jeweilige Zielgruppe: Während sich das Angebot der medizinischen Gewaltabteilungen am CHUV und am HUG an Gewaltopfer allgemein bzw. auch gewaltausübende Personen richtet, fokussieren die Westschweizer Broschüren häufig auf Paargewalt. Die Broschüre der Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt des Kantons **Aargau** (2018) fokussiert hingegen auf häusliche Gewalt gegen ältere Menschen. Eine weitere Ausnahme bilden die identifizierten Konzepte und Praktiken in den Kantonen **St. Gallen**, **Appenzell Innerrhoden** und **Appenzell Ausserrhoden**. Hier konnte ein interkantoniales Angebot für weibliche Opfer sexueller Gewalt identifiziert werden, organisiert von der Opferhilfe SG-AR-AI in Kooperation mit dem Kantonsspital St. Gallen («Soforthilfe für vergewaltigte Frauen» [Soforthilfe St. Gallen, 2018]). Darüber hinaus verfügt das Kantonsspital Herisau über ein definiertes Vorgehen in Fällen sexueller Gewalt, in Fällen häuslicher Gewalt gebe es dies hingegen nicht. Hier werde fallspezifisch vorgegangen (Telefoninterview I3). Darüber hinaus wird seit dem Abschluss des Projekts «Netzwerk gegen Zwangsheirat» dieses als «Netzwerk Gewaltschutz»¹⁶ u. a. mit Blick auf häusliche Gewalt weitergeführt. In diesem Netzwerk ist auch der Spitalverbund Kanton Appenzell Ausserrhoden sowie das Psychiatrische Zentrum vertreten. Während somit in den beiden Appenzeller Kantonen bisher kein Konzept zum Umgang mit Opfern *häuslicher* Gewalt in der Gesundheitsversorgung zu existieren scheint, wenn auch die Grundlagen gelegt sind, hat die Koordinationsstelle häusliche Gewalt des Kantons

¹⁵ Bis 2014 war in Graubünden die Stabstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann für das Thema häusliche Gewalt zuständig. Sie hatte zusammen mit der Polizei eine Broschüre zum Thema herausgegeben, die mittlerweile aber online nicht mehr zur Verfügung steht.

¹⁶ «Das Netzwerk Gewaltschutz dient dem Informationstransfer unter Fachpersonen, der Weiterentwicklung von Präventionsmassnahmen und der gezielten Wissensvermittlung inner- und ausserhalb des Netzwerkes.» (Amt für Soziales Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2018).

St. Gallen (2016) eine Informationsbroschüre zum Thema häusliche Gewalt herausgegeben, die sich explizit an Ärztinnen und Ärzte wendet. Allerdings ist mit Blick auf die Situation in den beiden Appenzeller Kantonen zu berücksichtigen, dass nur vier der acht kontaktierten Stellen an der telefonischen Befragung teilgenommen haben.

Mehrheit der kantonalen Konzepte bzw. Praktiken ist durch mind. eines von zwei Merkmalen gekennzeichnet: Einsatz von Informationsbroschüren und/oder von spezialisierten Gesundheitsfachpersonen

Vor diesem Hintergrund lässt sich mit Blick auf die Situation in der Schweiz insgesamt festhalten, dass die Mehrheit der kantonalen Konzepte bzw. Praktiken in erster Linie durch mind. eines von zwei Merkmalen gekennzeichnet ist: dem Einsatz von Informationsbroschüren und zunehmend auch vom Einsatz spezialisierter Gesundheitsfachpersonen (in der Regel forensisch geschulter Pflegefachkräfte). Die dabei zu findenden Unterschiede zwischen der Deutsch- und Westschweiz lassen sich verstehen, wenn man sich die Entwicklung der jeweiligen Konzepte anschaut.

3.1.2 Entwicklung der Konzepte bzw. Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Schweiz

Geschichte der medizinischen Gewaltabteilungen am HUG und CHUV

Wie gesagt, stellen medizinische Gewaltabteilungen oder der Einsatz forensisch geschulter Pflegefachkräfte ein zentrales Element der identifizierten Konzepte/Praktiken dar. Bereits 1997 wurde die erste **Abteilung für Gewaltmedizin** am Universitätsspital **Genf** (HUG) eröffnet, bei deren Arbeit die umfassende medizinische Versorgung von gewaltbetroffenen Menschen im Zentrum steht, unabhängig von deren «Rolle» (Opfer, gewaltausübende Person, Zeug[inn]en). Die Eröffnung der Abteilung ging auf die Initiative des Kinderarztes Halperin zurück (u. a. Halperin, 2002). Zum Angebot der Gewaltabteilung zählen u. a. die Untersuchung der gesundheitlichen Folgen der Gewalt (psychisch, körperlich, sozial), ein Risikoassessment sowie das Informieren über Schutzmassnahmen, die Beratung in rechtsmedizinischen Fragen, Einzel-, Paar- und Familientherapien sowie die Weiterleitung an geeignete Fachpersonen und -stellen. Die juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Betroffenen werden hingegen von anderer Stelle durchgeführt (Notfallstation, hierzu befähigte Allgemeinmediziner[innen]). Darüber hinaus beraten die Mitarbeitenden Fachpersonen in Gewaltfällen, bieten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an, forschen und sind in Arbeitsgruppen zum Thema vertreten (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2015). Im Kanton **Waadt** wurde als Ergebnis des kantonalen Programms «C'est assez» (2000-2004) 2006 die Abteilung für Gewaltmedizin am CHUV eröffnet. Diese setzte als erste forensisch geschulte Pflegekräfte ein und warb für deren Etablierung u. a. über Fachpublikationen (u. a. Romain-Glassey et al., 2010). Alle Patient(inn)en ab einem Alter von 16 Jahren, die Opfer von Gewalt geworden sind, werden über diese Abteilung des CHUV informiert; auch andere Einrichtungen können Patient(inn)en an die Abteilung verweisen (z. B. andere Gesundheitsfachpersonen, Polizei) (Romain-Glassey & Grabherr, 2017). Opfer sexueller Gewalt werden jedoch zur gynäkologischen Abteilung weitergeleitet (Romain-Glassey et al., 2014).¹⁷ Sind Kinder mitbetroffen wird in den meisten Fällen das «Child Abuse and Neglect»-Team¹⁸ der Klinik eingeschaltet (Romain-Glassey & Grabherr, 2017). Weite Teile der 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 sie im Rahmen eines allfälligen zivil-, straf- oder ausländerrechtlichen Verfahrens verwendet werden können. Darüber hinaus erfragen sie die Be-

¹⁷ In den Jahren 2006-2016 handelte es sich in 36 % der Fälle der Abteilung «Gewalt-Medizin» des CHUV um innerfamiliäre bzw. Paargewalt (Romain-Glassey & Grabherr, 2017).

¹⁸ «Child Abuse and Neglect»-Teams oder Kinderschutzgruppen sind interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen, die u. a. Fallberatungen in Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen anbieten. In der Schweiz finden sich Gruppen, die an ein Spital angeschlossen sind, sowie «ambulante» Gruppen, in denen Vertreter(innen) verschiedener Institutionen zusammenkommen (z. B. Strafverfolgung, Gesundheitswesen, zivilrechtlicher Kinderschutz) (u. a. Jud, Lips & Landolt, 2010; Krüger & Niehaus, 2010b).

dürfnisse der Patient(inn)en, schätzen ihre Ressourcen ein und informieren sie über Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Opferhilfeberatungsstellen). Besonders wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass den Patient(inn)en dabei keine Kosten entstehen. Diese werden vom Gesundheitsdepartement übernommen (als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit») (Romain-Glassey & Grabherr, 2017) (vgl. Kap. 3.2.4).

Sowohl die Arbeit der Gewaltabteilung am CHUV als auch die am HUG waren von Beginn an interdisziplinär angelegt. Die Gewaltabteilung am CHUV kooperiert innerhalb des Spitals z. B. mit den Geburtsabteilungen sowie mit relevanten Institutionen ausserhalb (z. B. OHG-Beratungsstellen, Strafverfolgungsbehörden). Damit werden beide Konzepte dem Umstand gerecht, dass eine gelingende interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit mit Blick auf den Schutz und die Unterstützung der Opfer sowie mit Blick auf die Täter(innen) notwendig ist (vgl. Kap. 3.2.7), wie auch die bestehenden kantonalen Bedrohungsmanagementsysteme bezeugen (Bundesrat, 2017). Letztlich tragen die Abteilungen über Weiterbildungsangebote und Forschungen zu einer systematischen Verankerung des Themas häusliche Gewalt im Gesundheitswesen des Kantons bei, wodurch die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung von Fällen und der geeigneten Unterstützung der Betroffenen steigt. In der **Deutschschweiz** besteht bisher hingegen kein vergleichbares Angebot; am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern wurde jedoch ein Konzept zur Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt entwickelt und implementiert (Hostettler, 2018). 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. In den Kantonen **Luzern, Graubünden, Jura** und **Freiburg** wird den befragten Institutionsvertreter(inne)n zufolge in Fällen häuslicher Gewalt regelmässig mit forensisch geschulten Pflegefachkräften gearbeitet bzw. diese sollen künftig zur Verfügung stehen. Das Kantonsspital **Jura** kooperiert nach eigenen Angaben mit dem CHUV und hat eine eigene Gewaltabteilung geplant; die Planungen ruhen allerdings momentan auf Grund fehlender finanzieller Mittel (Interview I1, 2018). Und – wie oben dargelegt – auch der Kanton **Wallis** steht mit dem CHUV in Verhandlungen.

Einsatz spezialisierter Fachpersonen in der Deutschschweiz

Entwicklung der Informationsbroschüren

Das zweite zentrale Element der identifizierten Konzepte sind die **Informationsbroschüren** zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung. Derartige Broschüren zu Paargewalt oder häuslicher Gewalt sind Bestandteil der Mehrheit der identifizierten Konzepte ($n=18$ Kantone; 69 %). Ziel der Broschüren ist die Information und Sensibilisierung der (Gesundheits-)Fachpersonen. Die erste dieser Informationsbroschüren wurde von Hofner und Viens Python 2002 ebenfalls im Rahmen des Programms «C'est assez» am CHUV entwickelt (Hofner & Rodondi, 2015). 2003 wurde sie von Gigandet und Moczytz im Auftrag des Gleichstellungsbüros des Kantons **Waadt** angepasst und veröffentlicht; unterdessen liegt sie in der 3. Auflage vor (Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017). Die Broschüre wurde zudem für verschiedene Fachgruppen angepasst (u. a. Gynäkolog[inn]en [Renteria et al., 2008], Apotheker[innen] [Schütz & Hofner, o. J.]) und von anderen Kantonen übernommen. In der Broschüre werden den Fachpersonen fünf Leitsätze im Umgang mit häuslicher Gewalt an die Hand gegeben:

- «1. Häusliche Gewalt erkennen und dokumentieren [Détecter la violence, PK];
2. Bedingungslose Unterstützung anbieten [Offrir un message clair de soutien, PK];
3. Betreuung organisieren und in die Wege leiten [Traiter la situation, PK];
4. Informationen zur Rechtslage und zu den Ressourcen des Netzwerks vermitteln [Informer, PK];
5. Schutz planen und Sicherheit von Opfer und Kindern gewährleisten [Protéger et prévenir la récurrence, PK].» (Hofner & Rodondi, 2015, S. 240)

Aus den Anfangsbuchstaben dieser Handlungssätze im Französischen ergibt sich die Bezeichnung DOTIP. In Deutschland wurde das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm bei häuslicher und sexualisierter Gewalt entwickelt, das einer ähnlichen Logik folgt (Hellbernd, 2006 zit. nach Hellbernd et al., o. J.)¹⁹, ebenso wie die Schritte der «Checkliste der Interventionsschritte» im Leitfaden Häusliche Gewalt der SGGG (2009): Bereitschaft signalisieren, Ansprechen-Zuhören-Fragen, Untersuchen, Schützen, Dokumentieren und Informieren sowie Weitervermitteln.

Projekt «Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren» der Frauenklinik Maternité des Stadtspitals Triemli in Zusammenarbeit mit der städtischen Fachstelle für Gleichstellung

Etwa zeitgleich zur Entwicklung der DOTIP-Broschüren wurde ein umfassendes Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt an der Frauenklinik Maternité des Stadtspitals Triemli in **Zürich** in Zusammenarbeit mit der städtischen Fachstelle für Gleichstellung entwickelt («Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren», 2002-2006). Das Konzept, das schriftlich auch als internes Dokument vorliegt, beinhaltet die folgenden Schritte (vgl. Bänziger et al., 2010):

- Routinemässiges Screening und Ansprechen der Gewalt (inkl. Informationen zur Gesprächsführung)
- Untersuchung und Versorgung der Patientinnen
- Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation (inkl. Dokumentationsbogen)
- Psycho-soziale Unterstützung und Beratung der Patientinnen
- Triage an spezialisierte Fachstellen
- Informationen zur Schweigepflicht, Melderechte und -pflichten
- Informationen zum Selbstschutz
- Sensibilisierung und Schulungen des Personals
- Vernetzung mit lokalen Unterstützungsangeboten
- Regelmässige Überprüfung des Konzepts in sog. Verankerungssitzung

Auf die aus dem Projekt entstandene Buchpublikation «Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren» (Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al., 2007/2010) verweisen viele Informationsbroschüren zum Thema in der Deutschschweiz (u. a. Halt Gewalt – Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft, 2010; Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016). Darüber hinaus wurde im Rahmen der standardisierten Befragung von Praktiker(inne)n auf das Konzept des Triemli Spitals Zürich verwiesen (vgl. Kap. 3.3.1).

Vermehrt Thematisierung häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen

In den letzten 3-4 Jahren wurden viele der Broschüren entweder aktualisiert oder neu entwickelt. Insbesondere wurden in den letzten Jahren Broschüren mit Fokus auf **häusliche Gewalt gegen ältere Menschen** unter Beizug der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter (UBA)²⁰ entwickelt (u. a. Fachstelle Intervention gegen häusliche

¹⁹ S – «Sprechen Sie mögliche Gewalterfahrungen aktiv an, signalisieren Sie Ihre Gesprächsbereitschaft. Betroffene öffnen sich, wenn sie spüren, dass ihre Situation verstanden wird.»

I – «Interview mit konkreten einfachen Fragen. Hören Sie zu, ohne zu urteilen. Den meisten Gewaltbetroffenen fällt es schwer, über Gewalterlebnisse zu sprechen.»

G – «Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen und Beschwerden. Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien können Hinweise auf Häusliche Gewalt sein.»

N – «Notieren und dokumentieren Sie alle Befunde und Angaben, so dass sie gerichtlich verwertbar sind.»

A – «Abklären des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit für die Patientin und ggf. ihre Kinder sind Grundlage und Ziel jeder Intervention.»

L – «Leitfaden mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten anbieten. Gewaltbetroffene werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt von ihnen Gebrauch machen.» (Hellbernd et al., o. J., S. 5)

²⁰ Die Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter (UBA) ist eine politisch und konfessionell unabhängige, gemeinnützige Organisation, die ältere Menschen und ihre Angehörigen, Fachpersonen und Institutionen bei Konflikten berät und unterstützt (z. B. Konflikte bei der Betreuung und Pflege). Die UBA hat Fachkommissionen in vier Deutschschweizer Regionen (Nordwest-, Ost- und Zentralschweiz sowie Zürich) (vgl. www.uba.ch). In der Romandie übernimmt "alter ego" diese Aufgaben.

Gewalt Kanton Aargau, 2018) oder auf das Merkblatt der UBA verlinkt (Kanton Solothurn: Lanz, 2016). Die UBA selbst stellt auch entsprechende Materialien zur Verfügung bzw. hat die Entwicklung derselben unterstützt (u. a. Baumeister et al., 2015; UBA, o. J.).

Unterschiedliche Rolle des Gesundheitswesens bei der Konzeptentwicklung in der West- und in der Deutschschweiz

Stärkere «Medizinisierung» des Umgangs mit häuslicher Gewalt in der Westschweiz

Sowohl an der Entwicklung der Informationsbroschüren als auch an der Etablierung spezialisierter medizinischer Fachpersonen und Gewaltabteilungen zeigt sich die stärkere «Medizinisierung» des Umgangs mit häuslicher Gewalt in der Westschweiz. Hier stammen wesentliche Initiativen von Mediziner(inne)n, unterstützt vom jeweiligen Kanton. Heutzutage zeigt sich dies ausserdem daran, dass in allen kantonalen Kommissionen gegen häusliche Gewalt in der Westschweiz die Gesundheitsversorgung als ständiges Mitglied vertreten ist (vgl. Kap. 3.2.7). In der Deutschschweiz scheinen sich die kantonalen Konzepte und die institutionellen Konzepte der Kantonsspitäler hingegen relativ unabhängig voneinander zu entwickeln, so dass es der Initiative der Praktiker(innen) selbst überlassen bleibt, ob Leitlinien entwickelt und/oder spezialisierte Pflegefachpersonen eingestellt werden. Die kantonalen Konzepte werden hingegen eher aus einer sicherheitspolitischen Perspektive entwickelt. Entsprechend sind die kantonalen Fach-, Interventions- und Koordinationsstellen in der Deutschschweiz mehrheitlich an den Sicherheitsdirektionen bzw. Departementen des Inneren angesiedelt ($n=13$), während die Westschweizer Koordinationsstellen zumindest heute in den Bereichen Gesundheit und Soziales ($n=1$), Bildung und Familie ($n=1$), Gleichstellung ($n=2$) oder Finanzen ($n=1$) angehängt sind.

3.2 Beschreibung der identifizierten Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung (Fragen 1.3-1.14)

Im Folgenden werden die im Rahmen der Studie identifizierten Konzepte bzw. Praktiken näher beschrieben, wobei die der Studie zugrunde liegenden Fragen nach einzelnen Aspekten der Konzepte beantwortet werden. Die Darstellung der Vorgaben und Empfehlungen ab Kapitel 3.2.2 erfolgt dabei orientiert an konkreten Fragen der Praxis, z. B. «Wie kann man häusliche Gewalt ansprechen?». Die einzelnen Unterkapitel schliessen mit einem kurzen Zwischenfazit ab.

3.2.1 Gewaltformen und Mitbetroffenheit der Kinder bei häuslicher Gewalt (Frage 1.4)

Gut drei Viertel der recherchierten Konzepte und Praktiken bezieht sich explizit auf häusliche Gewalt; andere liessen sich auf häusliche Gewalt übertragen.

Die überwiegende Mehrheit der recherchierten Konzepte und Praktiken bezieht sich explizit auf häusliche Gewalt ($n=29$ Konzepte/Praktiken; 76 %), wobei sich in der Westschweiz Elemente der Konzepte zum Teil auf Paargewalt (*violence conjugale*) beziehen (z. B. Broschüren mit dem Fokus auf Paargewalt). Drei Konzepte bzw. Teilaspekte derselben beziehen sich auf interpersonelle Gewalt allgemein (8 %). Dies sind Konzepte bzw. Praktiken an Spitälern (inkl. medizinische Gewaltabteilungen), die vor allem in der Westschweiz und dem Tessin zu finden sind. Zwei Konzepte fokussieren auf sexuelle Gewalt (gegen Frauen und Kinder) (5 %), liessen sich aber auf häusliche Gewalt übertragen. Weitere zwei Konzepte beziehen sich auf den Umgang mit Kindsmisshandlung und Vernachlässigung an Kinderspitälern (5 %). Beide schliessen die Mitbetroffenheit von Kindern bei häuslicher Gewalt ein.²¹

²¹ In zwei Fällen lagen keine eindeutigen Angaben dazu vor, auf welche Gewaltformen sich die jeweiligen Konzepte beziehen (5 %).

In den Informationsbroschüren wird «häusliche Gewalt» häufig wie folgt definiert:

«Häusliche Gewalt liegt vor, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung psychische, physische oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen.» (Halt-Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft, 2010, S. 2).

Somit schliesst die Mehrheit der Konzepte/Praktiken explizit die Androhung und Ausübung körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt gegen Erwachsene und Kinder ein (vgl. Abb. 3). Ökonomische und soziale Gewalt werden in 13 bzw. 6 Konzepten/Praktiken explizit aufgeführt. Vernachlässigung findet sich erwartungsgemäss mehrheitlich mit Blick auf pflegebedürftige ältere Menschen. Allein ein Konzept berücksichtigt *explizit* verbale Gewalt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass soziale und verbale Gewalt in der Regel unter psychischer Gewalt subsumiert werden. Als Sonderformen häuslicher Gewalt wird in einigen Materialien über die weibliche Genitalverstümmelung, Zwangsheirat und/oder Stalking informiert. Die folgende Abbildung 3 zeigt, wie viele Konzepte/Praktiken, welche Gewaltformen explizit berücksichtigen (prozentualer Anteil an sämtlichen Konzepten).

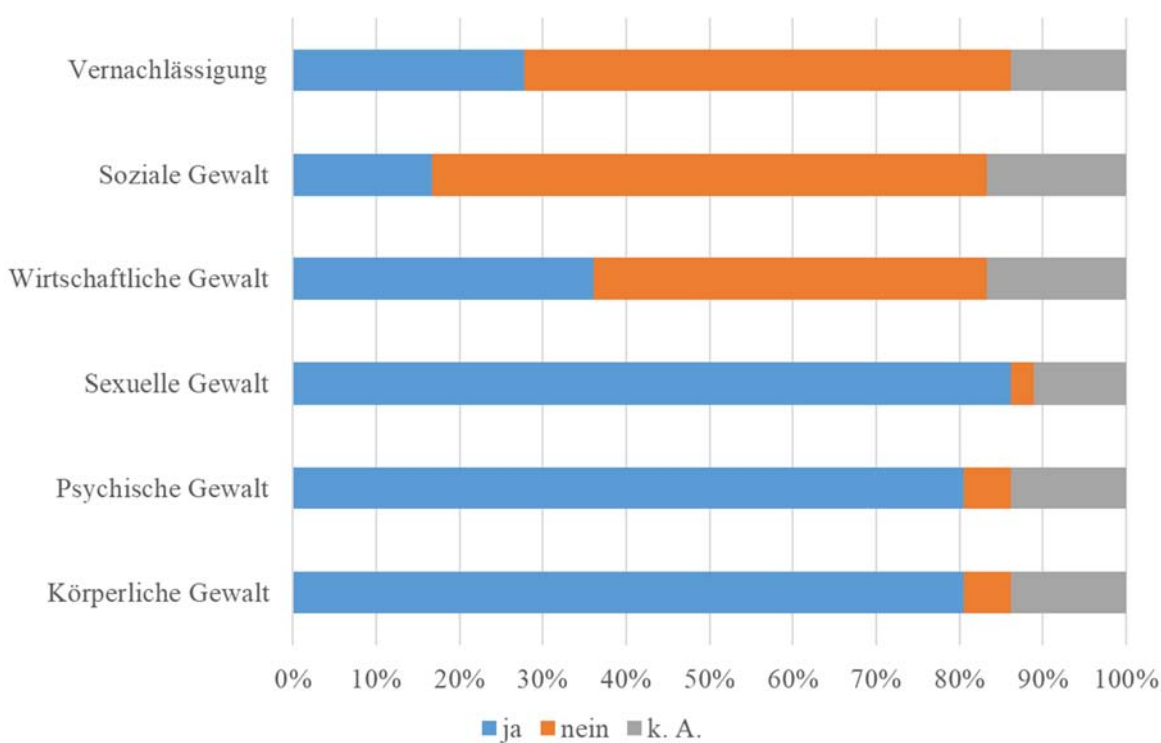


Abbildung 3: In den Konzepten/Praktiken explizit berücksichtigte Gewaltformen (eigene Darstellung) (N=36)

Kinder als Mitbetroffene von Paargewalt oder häuslicher Gewalt werden mehrheitlich berücksichtigt.

Kinder als Mitbetroffene von Paargewalt oder häuslicher Gewalt werden in der Mehrheit der Konzepte explizit berücksichtigt. In der Regel werden die möglichen Konsequenzen der Gewalt für die Kinder aufgezeigt. In zwei Konzepten wird häusliche Gewalt jedoch explizit ausschliesslich auf Gewalt zwischen erwachsenen (Ex-)Partner(inne)n bezogen (z. B. Bänziger et al., 2010).

Zwischenfazit «Gewaltformen und Mitbetroffenheit der Kinder bei häuslicher Gewalt» (Frage 1.4)

Zu klären war die Frage, ob sich die identifizierten Konzepte und Praktiken ausschliesslich auf häusliche Gewalt oder auch auf andere Gewaltformen anwenden lassen (Frage 1.4). Die identifizierten Konzepte und Praktiken sind mehrheitlich explizit auf häusliche Gewalt ausgerichtet, Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt werden dabei in der Regel berücksichtigt. Zielen sie auf die Versorgung von Opfern von Paargewalt oder sexueller Gewalt, liessen sich die Konzepte grundsätzlich auf andere Gewaltformen übertragen. Dies betrifft jedoch nicht alle Elemente der Konzepte. So sollen die Informationsbroschüren der Information und der Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen für Paar- oder häusliche Gewalt dienen und damit einen Beitrag dazu leisten, dass mehr Fälle identifiziert und die Opfer unterstützt werden können. Würden die Broschüren über Gewalt in verschiedenen Kontexten informieren, würde dies den Umfang der Broschüren erheblich vergrössern und ihre Praktikabilität mindern. Hingegen richten sich die Angebote der medizinischen Gewaltabteilungen sowie der an Spitälern eingesetzten spezialisierten (Pflege-)Fachpersonen häufiger an Gewaltopfer allgemein. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn sich die gewaltbetroffenen Patient(inn)en bereits als solche offenbart haben, da die Fachpersonen in diesen Fällen nicht mehr für Anzeichen auf Gewalterfahrungen sensibilisiert und über Möglichkeiten des Ansprechens des Themas informiert werden müssen.

Nicht alle Elemente der Konzepte würden sich auf andere Gewaltformen als die anvisierten übertragen lassen.

3.2.2 (Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt (Fragen 1.3, 1.5, 1.6, 1.7)

Mit Blick auf die (Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt oder anderer Gewaltformen sollte untersucht werden, ob dies Bestandteil der Konzepte bzw. Praktiken ist (Frage 1.6), und ob dabei Kinder und deren Situation systematisch berücksichtigt werden (Fragen 1.6, 1.7). Darüber hinaus sollten allfällige Unterschiede in den Vorgaben bezüglich minder- und volljähriger Patient(inn)en herausgearbeitet (Frage 1.5) sowie weitere Empfehlungen oder Vorgaben festgehalten werden (Frage 1.3).

(Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt bzw. von Paargewalt ist Bestandteil der Mehrheit der identifizierten Konzepte/Praktiken.

Die Analysen zeigen, dass (Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt bzw. von Paargewalt Bestandteil der überwiegenden Mehrheit der identifizierten Konzepte bzw. Praktiken ist ($n=32$; 84 %). Auf kantonaler Ebene werden die Relevanz der Früherkennung häuslicher Gewalt sowie Informationen hierzu in der Regel über die oben genannten Broschüren vermittelt, die sich explizit an Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich wenden oder an Fachpersonen allgemein ($n=18$ Kantone; u. a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016; Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017; Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017; Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016). Insbesondere werden Informationen zu möglichen (psycho-)somatischen und psychischen Indikatoren für erlittene Gewalt vermittelt. Dabei wird zum Teil explizit der Hinweis gegeben, dass das Vorliegen entsprechender Indikatoren nicht bedeutet, dass auch Gewalt vorliegen muss (z. B. Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Kanton Aargau, 2018). Häufig werden die elf «red flags» nach Hagemann-White und Bohne (2003) aufgeführt; je mehr Warnhinweise vorliegen würden, desto wahrscheinlicher sei es, dass die/der Patient(in) Gewalt erlitten habe (z. B. Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017):

Fachpersonen werden über mögliche Hinweise auf erlittene Gewalt informiert.

- «1. Chronische Beschwerden, die keine offensichtlichen physischen Ursachen haben
2. Verletzungen, die nicht mit der Erklärung, wie sie entstanden sind, übereinstimmen
3. Verschiedene Verletzungen in unterschiedlichen Heilungsstadien
4. Partner, der übermässig aufmerksam ist, kontrolliert und nicht von der Seite der Frau weichen will
5. Physische Verletzungen während der Schwangerschaft

6. Spätes Beginnen der Schwangerschaftsvorsorge [z. B. Ultraschalluntersuchungen, PK]
7. Häufige Fehlgeburten
8. Häufige Suizidversuche und -gedanken
9. Verzögerung zwischen Zeitpunkt der Verletzung und Aufsuchen der Behandlung
10. Chronische Darmstörung (Reizdarm)
11. Chronische Beckenschmerzen» (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017, S. 5f.)

Schulungen zum Thema werden von verschiedenen Institutionen angeboten.

Entsprechendes Wissen zu häuslicher Gewalt, Paargewalt oder Gewalt gegen ältere Menschen wird darüber hinaus in Schulungen vermittelt. Diese Schulungen werden von verschiedenen Institutionen angeboten. Hierzu zählen insbesondere:

- kantonale Interventions- oder Koordinationsstellen Häusliche Gewalt (u. a. IST Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Zürich, 2018),
- Opferhilfeberatungsstellen und Frauenhäuser (z. B. Bildungsstelle Häusliche Gewalt, Kanton Luzern; z. B. Käch, 2017),
- Fachhochschulen und Universitäten (z. T. zusammen mit den medizinischen Gewaltabteilungen) (z. B. «CAS Häusliche Gewalt», Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW, 2018]; «Maltraitance envers les personnes âgées : aspects et soins médico-légaux», L'Unité de médecine des violences des CHUV [UMV], Haute école de la santé La Source [ELS] & Haute École Spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO] [2016] oder «Aspects et soins médico-légaux dans le domaine de la violence interpersonnelle» [UMV, ELS & HES-SO, 2017]) sowie
- Interessenvertretungen bestimmter Gruppen (z. B. UBA).

Darüber hinaus organisieren Spitäler intern entsprechende Schulungen (z. B. Bänziger et al., 2010).

Wie kann man Gewalt ansprechen?

Empfohlen wird häufig routinemässiges Screening, in der Praxis häufiger Ansprechen von Gewalt bei Verdacht auf Gewalterfahrungen

Empfohlen oder nahegelegt wird den Gesundheitsfachpersonen häufig das routinemässige Fragen nach Gewalterfahrungen bei allen Patient(inn)en. Auch Fachgesellschaften und Expert(inn)en legen ein routinemässiges Screening unter dem Verweis nahe, dass dies Studien zufolge gut akzeptiert würde (u. a. SGGG, 2009; Tschudin, 2015). Allerdings hielt die WHO 2013 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 (WHO, 2013b). In den untersuchten Spitälern wird entsprechend häufig nur bei Verdacht auf Gewalt mit den Patient(inn)en dieses Thema besprochen (vgl. auch Krüger et al., 2018b). In den Broschüren werden die Gesundheitsfachpersonen aufgefordert, Gewalt «in ihre Liste von Differentialdiagnosen» (u. a. Hofner & Rodondi, 2015) aufzunehmen. Sie werden darüber informiert, dass alle Patient(inn)en von häuslicher Gewalt betroffen sein können, unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildungsstand oder sozialer Schicht (z. B. Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017). Dies soll vermutlich verhindern, dass allein bestimmte Patientengruppen auf das Thema Gewalt angesprochen werden. In den französischsprachigen DOTIP-Broschüren werden entsprechende Einstellungen und falsche Vorstellungen, die die Fachpersonen vom Ansprechen des Themas Gewalt abhalten können, explizit thematisiert: Zum einen werden Beispiele für solche Einstellungen und Überzeugungen aufgeführt (z. B. «Ich denke nicht daran, denn... 'Er sieht so nett aus'» [Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fribourg, 2018, S. 18]), zum anderen werden die Fachpersonen explizit aufgefordert, ihre Einstellungen und ihre Haltung gegenüber dem Thema häusliche Gewalt zu reflektieren (vgl. ebd.). In der Deutschschweiz scheint dies eher in Schulungen vermittelt zu werden (z. B. durch die Bildungsstelle Häusliche Gewalt Luzern; u. a. Käch, 2017). Derartige Hinweise

scheinen insofern besonders notwendig, als Studien zeigen, dass Gesundheitsfachpersonen in der Regel nicht systematisch zum Thema häusliche Gewalt geschult werden und sie sich immer noch unsicher und zu wenig kompetent fühlen, um das Thema Gewalt bei Patient(inn)en anzusprechen (u. a. Krüger et al., 2018b). Hierauf deuten auch die Ergebnisse der Online-Befragung hin (vgl. Kap. 3.3).

Wie kann man über Gewalt sprechen?

Sowohl in den deutsch- als auch in den französischsprachigen Broschüren wird in der Regel mindestens eine Beispielfrage zu Gewalterfahrungen aufgeführt (z. B. «Manchmal trifft man Personen mit ähnlichen Schwierigkeiten wie Sie, und dann merkt man, dass sie zuhause Probleme haben. Ist das bei Ihnen der Fall?» [Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fribourg, 2018]). An der Frauenklinik Maternité in Zürich wurde die Screeningfrage als Bestandteil der Anamnese in die elektronische Krankengeschichte aufgenommen; Beispielfragen liegen in verschiedenen Sprachen vor (Bänziger et al., 2010). Auch am CHUV ist der Leitfaden im Patientendossier integriert (Telefoninterview II, 2018). Im publizierten Konzept der Maternité Zürich werden zudem Beispiele für alternative indirekte Fragen aufgeführt (z. B. «Wie geht es Ihnen in Ihrer Beziehung?» [Bänziger et al., 2010, S. 265]). Zum Teil wird geraten, sich dem Thema zunächst durch indirekte Fragen zu nähern (u. a. Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Kanton Aargau, 2018). Mit Blick auf das Thema Zwangsheirat wird grundsätzlich empfohlen, indirekte Fragen zum Thema zu stellen (u. a. Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017).

Die Verwendung standardisierter Instrumente zur Früherkennung wird insgesamt selten empfohlen: Renteria (2003) empfiehlt beispielsweise den *Abuse Assessment Screen* (Weiss et al., 2008); Hofner et al. (2005) haben im Rahmen einer Studie am CHUV den *Partner Violence Screen* (Feldhaus et al., 1997) ins Französische übersetzt und um vier Fragen ergänzt. Mit Blick auf das Thema Gewalt gegen ältere Menschen werden bei Verdacht auf Gewalt die fünf Fragen des *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI; Yaffe et al., 2008) empfohlen:

- «1. Benötigen Sie von anderen Personen Unterstützung für eine der folgenden alltäglichen Verrichtungen: Baden, ankleiden, einkaufen, Rechnungen bezahlen, Mahlzeiten zubereiten? [Frage dient der Klärung des Grades der Abhängigkeit der Person, PK]
2. Hat Ihnen jemand je Esswaren, verordnete Medikamente, Ihre Brille, Ihr Hörgerät oder medizinische Pflege vorenthalten oder Sie von Menschen, mit denen Sie sich gerne getroffen hätten, ferngehalten?
3. Haben Sie sich schon geärgert, weil jemand so mit Ihnen geredet hat oder umgegangen ist, dass Sie das beschämt hat oder Sie sich bedroht gefühlt haben?
4. Hat jemand je versucht, Sie zu zwingen, gewisse Papiere zu unterschreiben oder Ihr Geld anders zu gebrauchen, als Sie es wollen?
5. Hat Ihnen schon jemand Angst gemacht, Sie auf eine Art berührt, die Sie nicht wollten, oder Ihnen körperlich Schmerzen zugefügt?» (Yaffe et al., 2008 in deutscher Übersetzung zit. nach Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Kanton Aargau, 2018, S. 16).

Verneinen Patient(inn)en die vermuteten Gewalterfahrungen und die Fachperson hat dennoch weiterhin den Verdacht auf Gewalt, wird in der Regel empfohlen, den Patient(inn)en Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und ihnen entsprechende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen (z. B. Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017; siehe Kap. 3.2.5). Darüber hinaus soll der Verdacht im Dossier festgehalten werden. Sowohl in Informationsbroschüren als auch in den Praktiken von Spitälern sind zudem Fallbesprechungen mit anderen Fachpersonen beim Verdacht auf häusliche Gewalt vorgesehen. In der Regel findet sich der Hinweis, dass man sich Unterstützung durch andere Fachpersonen beim Umgang mit häuslicher Gewalt holen soll (z. B. Vuillemin et al., 2009). Anonymisierte Fallberatungen

Häufig Aufführen von Beispielfragen nach Gewalt in Broschüren/Leitlinien

Die Verwendung standardisierter Instrumente zur Früherkennung wird selten empfohlen.

Fachpersonen sollen sich fachliche Unterstützung holen (z. B. Fallbesprechungen).

Häufig werden Empfehlungen bezüglich der Gestaltung der Gesprächssituation und der eigenen Haltungen gegeben.

bieten zum Teil die kantonalen Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt oder die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) an. Sind Kinder involviert, stellen hier die Kinderschutzgruppen bzw. «Child Abuse and Neglect»-Teams an den Kinderspitälern wichtige Ansprechpartner dar (z. B. Cheseaux et al., 2013; vgl. auch Krüger et al., 2018b).

Mit Blick auf die Gesprächssituation wird mehrheitlich empfohlen, mit der Patientin/dem Patienten möglichst alleine zu sprechen; auch die Kinder der Patient(inn)en sollten bei diesen für sie potentiell belastenden Gesprächen nicht anwesend sein. Für das Gespräch sowie die Untersuchung sollte genügend Zeit eingeplant werden. Die Patient(inn)en sollten über die ärztliche Schweigepflicht informiert werden (u. a. Halt-Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft, 2010). Insbesondere sollten Kinder oder andere Angehörige der Patient(inn)en nicht als Dolmetscher(innen) bei sprachlichen Hürden eingesetzt werden (u. a. Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017). Bezüglich des Dolmetschereinsatzes wurde zudem von einem Interviewpartner angemerkt, der Telefondolmetscherdienst sei in Fällen häuslicher Gewalt besonders geeignet, da so zwar eine zusätzliche Stimme am Gespräch beteiligt sei, aber keine weitere Person anwesend (Telefoninterview I5, 2018). Von anderer Seite wurde dieser Weg jedoch kritisiert; die Gespräche dauerten länger und dieser unpersönliche Weg sei bei so sensiblen Themen unangemessen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass die Angaben der Patient(inn)en ernst genommen werden und ihr Verhalten nicht verurteilt werden sollte. Die Fachpersonen sollten zudem eine klare Haltung gegen Gewalt einnehmen und dem (mutmasslichen) Opfer nicht vermitteln, dass es Verantwortung für die erlittene Gewalt trägt (u. a. Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fribourg, 2018). Verbunden sind diese Empfehlungen in der Regel mit Hinweisen zur Dokumentation der Gespräche (u. a. möglichst wortgetreue Dokumentation der Fragen und Antworten, Datierung der Gesprächsnotizen; z. B. Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017; siehe Kap. 3.2.3).

Wie sind Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt bei der Früherkennung zu berücksichtigen?

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt und ihre Situation werden in der Regel berücksichtigt, allerdings werden kaum Hinweise zum entwicklungsge-rechten Umgang mit den Kindern gegeben.

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt oder elterlicher Paargewalt und ihre Situation werden in der Mehrheit der Konzepte berücksichtigt ($n=31$; 82 %).²² Eine Ausnahme stellen hier Konzepte zu Gewalt gegen ältere Menschen dar (z. B. UBA, o. J.). Dies überrascht insofern nicht, als dass hier eine andere Ausgangssituation vorliegt. Inwieweit Kinder von häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen doch mitbetroffen sind, weiss man allerdings heute nicht. Doch auch wenn in den Leitlinien oder Broschüren darauf hingewiesen wird, dass die Patient(inn)en nach Kindern und deren Situation gefragt werden sollen, bedeutet dies nicht, dass diese Vorgaben auch so umgesetzt werden. Entsprechend wird in einem Konzept eine längere Nachkontrolle eingeplant (24-48 Stunden nach dem Erstkontakt), bei der die Situation allfälliger Kinder der Patient(inn)en beleuchtet und ggf. Massnahmen eingeleitet würden (Telefoninterview I6, 2018). In anderen Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass ein offenes Gespräch über die Situation der Kinder der Patientinnen nur möglich ist, wenn ein Gesprächsklima entsteht, bei dem die Frauen nicht befürchten müssen, «dass sofort Kinderschutzmassnahmen eingeleitet werden.» (Christen, 2013, S. 17)

In der Regel finden sich in den Konzepten kaum konkrete Hinweise zu Besonderheiten im Umgang mit den Kindern bei der Früherkennung häuslicher Gewalt oder elterlicher Paargewalt. Insofern scheint sich die Mehrheit der Broschüren implizit an Gesundheitsfachpersonen aus dem Erwachsenensystem zu richten. Allerdings ist mit Blick auf die Früherkennung und die Empfehlungen bezüglich des Vorgehens bei Kindern vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes zu konstatieren, dass es hier insgesamt kaum konkrete Vorgaben für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz gibt (Krüger et

²² Zu vier Konzepten/Praktiken lagen hierzu keine Angaben vor (11 %).

al., 2018b). Häufiger finden sich derartige Hinweise erwartungsgemäss in Materialien, die sich an Fachpersonen richten, die regelmässig mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, z. B. Lehrkräfte (z. B. Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Kanton Aargau, 2016). Beim Wissen über oder dem Verdacht auf häusliche Gewalt stehen den Gesundheitsfachpersonen darüber hinaus die Kinderschutzgruppen oder «Child Abuse and Neglect»-Teams zur Verfügung (z. B. Kinderspital Zürich, Universitätsspital Lausanne [département femme-mère-enfant]); an diese können sich Fachpersonen ausserdem wenden, um anonym Fälle zu besprechen, so dass eine Entbindung von der Schweigepflicht juristisch nicht notwendig ist.

Zwischenfazit «(Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt»

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die (Früh-)Erkennung häuslicher Gewalt bzw. elterlicher Paargewalt Bestandteil der überwiegenden Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken ist, unabhängig davon ob es sich um ein informations- oder informations- und strukturorientiertes Konzept handelt oder ein systemintern und/oder systemextern entwickeltes Konzept. Hierbei wird in der Regel auch die Situation mitbetroffener Kinder berücksichtigt. Empfohlen wird häufig ein routinemässiges Screening nach häuslicher Gewalt unabhängig vom Vorliegen eines Verdachts. In der Praxis sprechen die Gesundheitsfachpersonen jedoch häufig nur bei Verdacht die Patient(inn)en auf Gewalt als mögliche Ursache für ihre Verletzungen und Beschwerden an (vgl. auch Krüger et al., 2018b). Dies entspricht den Empfehlungen der WHO (2013), da der Nutzen der Screenings nicht ausreichend belegt sei. Darüber hinaus wird ihnen empfohlen, sich fachliche Unterstützung zu holen (z. B. in Form anonymisierter Fallbesprechungen durch die kantonalen Koordinations-, Interventions- oder Fachstellen häusliche Gewalt). Sind Kinder involviert stellen Kinderschutzgruppen bzw. «Child Abuse and Neglect»-Teams wichtige Ansprechpartner dar.

Informationen zu möglichen Hinweisen auf Gewalt und zum Ansprechen des Themas werden den Gesundheitsfachpersonen in der Regel über Informationsbroschüren und/oder Schulungen vermittelt. Mehrheitlich werden in den Materialien Beispielfragen aufgeführt; selten werden standardisierte Screeninginstrumente empfohlen. Hierbei finden sich jedoch kaum Angaben zum entwicklungsgerechten Umgang mit mitbetroffenen Kindern. Entsprechende Empfehlungen finden sich häufiger in Leitlinien und Broschüren, die sich an Fachpersonen richten, die regelmässig mit Kindern arbeiten (z. B. Schulpersonal, Sozialarbeitende).

Praxisbeispiele: Früherkennung häuslicher Gewalt

Zum Thema «Früherkennung» werden hier zwei Broschüren zur Aufklärung und Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen näher beschrieben:

1. Die DOTIP-Broschüre des Kantons Waadt (Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017) zur *Früherkennung von Paargewalt*. Sie ist – wie oben dargestellt – die Grundlage für die in den anderen Westschweizer Kantonen verwendeten Broschüren und kann auf häusliche Gewalt übertragen werden.

2. Die Broschüre der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt zusammen mit dem Spitex Verband des Kantons Bern und der UBA (2016) wird als Beispiel für die *Früherkennung von häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen* beschrieben.

Die erste Broschüre ist ein Beispiel für ein Vorgehen ohne die Verwendung eines evaluierten standardisierten Instrumentes, in dem die Gesundheitsfachpersonen nicht nur informiert werden und ihnen ein mögliches Vorgehen bei der Früherkennung vermittelt wird, sondern sie zugleich angehalten werden, ihre Einstellungen und Haltungen zum Thema zu reflektieren. Die zweite Broschüre ist hingegen ein Beispiel für die Verwendung eines evaluierten standardisierten Instrumentes zur Früherkennung – dem EASI (Yaffe et al., 2008). Beide Broschüren sind dem Bericht im Anhang beigelegt (siehe Anhänge 4 und 5).

1: «Violence dans le couple». Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s (Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017)

Die Broschüre umfasst in der dritten Auflage von 2017 vier Kapitel:

- Was ist Paargewalt?
- «Es liegt an Ihnen, denken Sie an DOTIP» («A vous d'agir, pensez DOTIP»)
- Zwangsheirat
- Unterstützungsmöglichkeiten und ergänzende Literatur

Mit Blick auf die Früherkennung von Paargewalt bzw. häuslicher Gewalt sind insbesondere die ersten beiden Kapitel der Broschüre interessant. Im ersten Kapitel wird zunächst über die Phänomene Paargewalt und Zwangsheirat informiert. Beides wird definiert (unter Bezug auf die WHO), die verschiedenen Gewaltformen (körperliche, psychische, verbale, sexuelle und ökonomische Gewalt) werden erläutert sowie deren rechtliche Einordnung. Es werden Informationen zum Ausmass von Paargewalt weltweit, in Frankreich und in der Schweiz gegeben sowie explizit darauf hingewiesen, dass sich die Ausführungen nicht alleine auf Gewalt gegen Frauen beziehen, auch wenn diese häufiger Opfer von Paargewalt werden als Männer. Ausführlich wird der Zyklus der Gewalt beschrieben: Spannungsaufbau, Gewaltausbruch, Rechtfertigung, «Honeymoon» (Bureau d'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, 2017, S. 12f.). In der dazugehörigen Abbildung sind die Kinder als Mitbetroffene der Gewalt im Zentrum aufgeführt. Im Anschluss werden die Ursachen der Gewalt erläutert, wobei – unter Bezug auf das ökologische Modell – Faktoren auf individueller Ebene, familiärer/Beziehungsebene, Gemeinschaftsebene und Gesellschaftsebene unterschieden werden. Im letzten Abschnitt zum Phänomen Paargewalt werden die Konsequenzen derselben für die Gesundheit des Opfers und für die Kinder aufgezeigt sowie die gesellschaftlichen Kosten, die durch Paargewalt entstehen. Unterstützt werden die einzelnen Ausführungen durch hervorgehobene Zitate aus Publikationen zum Thema (z. B. der Vereinten Nationen oder der WHO) sowie durch Zeugenberichte von Betroffenen.

Im zweiten Kapitel werden die einzelnen DOTIP-Schritte erläutert. Den Ausführungen hierzu vorgeschaltet ist eine Überblickstabelle, in der alle fünf Schritte benannt werden. Es werden zudem Einstellungen und falsche Überzeugungen aufgeführt, die Fachpersonen davon abhalten können, an Gewalt als Ursache von Beschwerden und Verletzungen zu denken bzw. dieses Thema anzusprechen. Gleich daneben werden entsprechende Informationen hierzu gegeben. Beispielsweise wird der falschen Überzeugung, Mediziner(innen) und Anwälte/Anwältinnen seien nicht von Paargewalt betroffen, entgegeng gehalten, dass alle Personen unabhängig von ihrer Kultur, sozialen Schicht oder Bildungsstand von Paargewalt betroffen sein können (ebd., S. 20f.). Dies ermöglicht den Fachpersonen, ihre eigenen Einstellungen und falschen Überzeugungen zu reflektieren. Im Anschluss an die Doppelseite mit dieser Tabelle werden die einzelnen DOTIP-Schritte ausführlicher erläutert, wobei der erste Schritt in der Erkennung der Gewalt besteht – détecter la violence. Die Fachpersonen werden darüber aufgeklärt, warum Früherkennung wichtig ist und wie sie Gewalterfahrungen bei Patient(inn)en erkennen können. Hierzu werden – wie oben beschrieben – mögliche Anzeichen für Gewalt erläutert sowie mögliche ausweichende Erklärungen der Patient(inn)en gegeben, z. B.: «Je suis tombée dans les escaliers» (ebd., S. 25)²³. Sie werden ermutigt, aktiv nach Gewalterfahrungen zu fragen. Hierzu werden den Fachpersonen Beispielfragen an die Hand gegeben, wie sie das Thema Gewalt ansprechen können, wobei indirekte und direkte Fragen nach Gewalt aufgeführt werden, z. B.:

- «Parfois, lorsque des personnes rencontrent des difficultés comme les vôtres, on se rend compte qu'elles ont des problèmes à la maison. Est-ce votre cas?» (ebd., S. 25)²⁴

- «Est-ce que votre partenaire essaie de vous contrôler, de vous empêcher de sortir, de voir votre entourage familial ou amical, de chercher un travail?» (ebd., S. 25)²⁵

Auf Grundlage dieser Beispielfragen haben die Fachpersonen die Möglichkeit, Formulierungen in eigenen Worten zu finden, die für sie «natürlicher» sind.

²³ «Ich bin die Treppe heruntergefallen.» (Übersetzung, PK)

²⁴ «Wenn Personen Schwierigkeiten haben wie Sie, stellt man manchmal fest, dass es sich um Schwierigkeiten zu Hause handelt. Ist das bei Ihnen der Fall?» (Übersetzung, PK)

²⁵ «Versucht Ihr Partner/Ihre Partnerin, Sie zu kontrollieren, zu verhindern, dass Sie ausgehen, dass sie Ihre Familie oder Freunde besuchen oder eine Arbeit finden?» (Übersetzung, PK)

Für den Fall, dass die Patient(inn)en sich nicht offenbaren, der Verdacht auf Gewalt aber bestehen bleibt, wird den Fachpersonen abschliessend geraten, den Patient(inn)en Informationsmaterial zu spezialisierten Beratungsstellen zu geben und Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Sie sollen dabei klar vermitteln, dass sie Gewalt verurteilen. Der Verdacht solle schliesslich im Dossier vermerkt werden. Die Fachpersonen werden darüber hinaus ermuntert, sich mit anderen Fachpersonen auszutauschen und mit dem Thema nicht alleine zu bleiben (ebd., S. 26). Unterstützt werden die Aussagen zur Früherkennung auch hier wieder durch Zeugenberichte von Betroffenen, die die Leser(innen) vermutlich noch einmal von der Relevanz des Erkennens und Ansprechens der Gewalt überzeugen sollen.

2: «Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten» (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt et al., 2016)

Diese kurze Broschüre umfasst sieben Abschnitte:

- Zielgruppe und Ziele der Broschüre
- Begriffsdefinition zu häuslicher Gewalt
- Formen und Betroffene häuslicher Gewalt
- Anfangsverdacht auf häusliche Gewalt
- Vorgehen bei einem erhärteten Verdacht
- Gewalt seitens der älteren Menschen
- Wichtige Beratungsstellen im Überblick

Mit Blick auf die Früherkennung der häuslichen Gewalt interessieren insbesondere die Abschnitte 2-4 der Broschüre, in denen häusliche Gewalt definiert wird (unter Bezug auf Schwander, 2003) und häufige Formen der Gewalt erläutert werden (verbale Aggressionen, Vernachlässigung, soziale Isolation, körperliche Gewalt). Darüber hinaus werden Ursachen für die Gewalt aufgezeigt, explizit mit dem Fokus auf häusliche Gewalt gegen ältere Menschen. Neben Risikofaktoren auf Seiten der Opfer werden auch Risikofaktoren für eine Täterschaft aufgeführt (z. B. Überforderung durch Pflege der Angehörigen, psychische Erkrankung). Unter der Überschrift «Anfang[s]verdacht auf häusliche Gewalt» (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt et al., 2016, S. 4) wird über Warnzeichen für das Vorliegen von Gewalt informiert und wie das Thema bei einem vagen Verdacht auf Gewalt angesprochen werden kann. Hierzu wird auf die weiter oben (siehe oben, S. 26) genannten fünf Fragen aus dem EASI nach Yaffe et al. (2008) verwiesen. Damit wird den Fachpersonen die Verwendung eines standardisierten Instrumentes empfohlen, dessen Güte bereits evaluiert worden ist (Yaffe et al., 2008). Der Vorteil des Einsatzes eines solchen Instrumentes kann in einer höheren Aufdeckungsrate liegen, wenn die Eignung der Fragen zur Aufdeckung von Gewalterfahrungen überprüft und bestätigt worden ist.²⁶ Hierdurch kann zudem das Risiko für Suggestivfragen bei der Früherkennung reduziert werden. Darüber hinaus kann es nicht nur die Fachpersonen, sondern auch die älteren Menschen selbst für das Phänomen sensibilisieren. Mit Blick auf die Angaben der Patient(inn)en auf die gestellten Fragen, werden die Fachpersonen in der Berner Broschüre angehalten, die auf die Fragen gemachten Aussagen sowie die Fragen selbst «wortgetreu und mit Datum festzuhalten sowie darauf zu achten, im Gespräch keine Suggestivfragen zu stellen.» (ebd., S. 5)

In Bezug auf beide Praxisbeispiele ist jedoch anzumerken, dass Informationsbroschüren 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 müssen in Schulungen zudem die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und das Vorgehen unter fachlicher Anleitung einzuüben.

²⁶ Allerdings sind die von Yaffe et al. (2008) berichtete Sensitivität (0.47) und Spezifität (0.75) als eher gering zu bezeichnen, wobei Sensitivität den Anteil richtig erkannter Fälle von *elder abuse* unter den misshandelten älteren Menschen meint und Spezifität den Anteil unter sämtlichen nicht gewaltbetroffenen Patient(inn)en, die korrekt als nicht betroffen identifiziert werden.

3.2.3 Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer (Fragen 1.3, 1.5, 1.8)

Die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden gewaltbetroffener Patient(inn)en ist Teil aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken.

Die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden aller gewaltbetroffenen Patient(inn)en ist Teil aller identifizierten Konzepte bzw. Praktiken zu denen entsprechend Angaben vorlagen ($n=36$). Die Dokumentation ist jedoch an die Voraussetzung geknüpft, dass die Patient(inn)en zustimmen. In den Broschüren wird regelmässig auf die Relevanz der juristisch verwertbaren Dokumentation und der Schlüsselposition der Gesundheitsfachpersonen diesbezüglich hingewiesen (u. a. Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fribourg, 2018; Kantonales Amt für Gleichstellung Familie, Kanton Wallis, 2018; Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017). Darüber hinaus sollen die Gesundheitsfachpersonen ihre Patient(inn)en über die Wichtigkeit der sorgfältigen Dokumentation informieren (u. a. Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al., 2010) sowie darüber, dass diese nur mit ihrer Zustimmung weitergeleitet werden darf (u. a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Richten sich die Broschüren explizit an Gesundheitsfachpersonen und nicht allgemein an «Fachpersonen», finden sich mehrheitlich ausführlichere Empfehlungen, wie bei der Dokumentation vorzugehen ist. Ebenso wird entsprechendes Wissen in (internen) Schulungen und Leitfäden vermittelt (z. B. von der Bildungsstelle Häusliche Gewalt Luzern; z. B. Käch, 2017). Die Kantone und einige Fachgesellschaften und Organisationen (z. B. Kinderschutz Schweiz [Lips, 2011]; Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG], 2009) stellen ebenfalls entsprechende Informationen und Dokumentationsbögen zur Verfügung, die die Praktiker(innen) nutzen können; in den meisten Westschweizer DOTIP-Broschüren ist ein Beispielbogen enthalten (z. B. Jura [Hofner & Viens Python, 2004]; Waadt: Renteria et al., 2008). Darüber hinaus veröffentlichen einschlägige Expert(inn)en in Büchern und Fachzeitschriften entsprechende Informationen (z. B. Margairaz, 2003; Tschudin, 2015)²⁷.

Mehrheitlich werden Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt, zudem wird Beratung durch spezialisierte Fachpersonen angeboten.

Die Mehrheit der zur Verfügung gestellten Dokumentationsbögen umfassen die unten aufgeführten Aspekte sowie ein Körperschema, in dem die Körperstellen, an denen sich die Verletzungen finden, markiert werden können.²⁸ Einzelne der im Rahmen der Studie kontaktierten Institutionen haben publizierte Vorgaben und Bögen für ihre Institution angepasst. Ein Beispielbogen ist dem Bericht im Anhang beigelegt (siehe Anhang 6). Darüber hinaus stehen die Mitarbeitenden rechtsmedizinischer Institute den Fachpersonen in der Regel telefonisch beratend zur Verfügung (z. B. Kanton Bern); eine Weiterleitung der Patient(inn)en an die Rechtsmedizin ist hingegen in der Regel nur durch die Strafverfolgungsbehörden möglich. In den Kantonen mit einer spezialisierten Gewaltabteilung oder Einrichtung stehen auch diese als Ansprechpartner für eine juristisch verwertbare Dokumentation zur Verfügung bzw. die Patient(inn)en können an diese weiterverwiesen werden (z. B. Kantone Bern und Waadt). Neben besonderen Vorgaben bezüglich des Umgangs mit Opfern sexueller Gewalt (siehe unten) wird zum Teil auf die Relevanz der besonderen Abklärung von Gewalt gegen den Hals verwiesen, da sich die Folgen auch erst Jahre später zeigen könnten (u. a. Exadaktylos, o. J.). Im Kanton Bern beispielsweise sollen sich Gesundheitsfachpersonen in diesem Fall an den «City Notfall» Bern wenden (Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Allgemein gilt, dass die Dokumentation durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden kann, verantwortlich bleiben aber die behandelnden Ärzte/Ärztinnen (u. a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016); dies gilt auch für den Fall forensisch geschulter Pflegefachpersonen, wie sie beispielsweise in den Kantonen Waadt oder Luzern zum Einsatz kommen (u. a. Romain-Glassey et al., 2010; Telefoninterview I7, 2018).

²⁷ Margairaz (2003) informiert zudem über die verschiedenen medizinischen Berichtstypen.

²⁸ Viele DOTIP-Bögen enthalten kein Körperschema (u. a. Bureau de l'égalité entre femmes et hommes, République et Canton du Jura, 2016).

Wie ist bei der Dokumentation vorzugehen?

In den Broschüren für Gesundheitsfachpersonen (u. a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016) sowie in Schulungen (z. B. Käch, 2017) wird den Gesundheitsfachpersonen vermittelt, worauf sie bei der Dokumentation achten müssen, damit diese von den Betroffenen im Rahmen eines allfälligen zivil-, straf- oder ausländerrechtlichen Verfahrens genutzt werden kann. In einigen deutschsprachigen Broschüren wird hierbei auf das Buch «Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren» der Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al. (2007/2010) verwiesen (z. B. Halt-Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft, 2010; Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017). Explizit oder implizit orientieren sich die Vorgaben dabei an der sog. 8-Punkte-Dokumentation (u. a. Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016). Diese wurde u. a. auf Grundlage der deutschen MED-DOC-CARD® von Graß et al. (2008) entwickelt und an Schweizer Verhältnisse angepasst (Fausch & Wechlin, 2010). Hiernach sollen Informationen zu den folgenden acht Punkten festgehalten werden:

1. **Formales** (Befunderhebende Person, Ort der Untersuchung, Datum und Uhrzeit der Untersuchung, zuweisende Stelle bzw. Institution, eventl. Adressat[in] des Berichts)
2. **Patient(inn)enbasisdokumentation** (Name, Adresse, Geburtsdatum, Körpergrösse und -gewicht, bestehende Schwangerschaft, anwesende Personen, Kommunikation mit/ohne Verdolmetschung [durch wen?], Kommunikationsfähigkeit [Alkohol-/Drogeneinfluss], Beschreibung der psychischen Verfassungen der/des Patientin/Patienten [ohne Bewertung])
3. **Beschreibung des Hergangs der Gewalttat** (Hergang der Gewalttat in den Worten der Patientin/des Patienten [klare, aber offene Fragen stellen], wer wird beschuldigt, Zeitpunkt [Datum, Uhr- oder Tageszeit], Dauer der Gewalttat, Einsatz von Waffen [z. B. Gürtel, Haushaltsgegenstände, Messer, Schusswaffen], Stärke der Gewalt, allfällige Zeug[inn]en [Kinder, Nachbar(inne)n etc.]
4. **Vorgeschichte** mit Angaben zu allfälligen früheren Gewalttaten (Festhalten der Schilderungen der Patientin/des Patienten, Verweis auf früherer Praxisbesuche, erstellte Dokumentationen usw.)
5. **Systematische Untersuchung des gesamten Körpers** (genaue Beschreibung der Verletzungen und des körperlichen Befundes [exakte Verortung am Körper (z. B. anhand von Körperschema) (wo?), Benennung des Befunds (was?), nähere Beschreibung des Befunds mit Grösse, Form, Farbe, genaue Anzahl, Tiefe, Randkontur (wie?) (eventuell mit Verweis auf beiliegende Fotos)], Beschreibung weiterer Symptome [z. B. Kopfschmerzen, Angst])
6. **Diagnose oder Verdachtsdiagnose** (Welche Verletzungsart und/oder gesundheitliche Störung liegt vor? Wie alt sind diese [frisch, mehrere Tage alt, im Zeitraum von ... bis ... entstanden], Bewertung des Befunds im Kontext der Schilderungen der Patientin/des Patienten)
7. **Angaben der getroffenen weiterführenden Massnahmen** (Dokumentation der notwendigen Behandlung sowie der verordneten Medikamente, Laborbefunde, Röntgenbilder (oder auch Computertomografie, Magnetresonanztomografie), Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Patientin/des Patienten, wurde ein Arztzeugnis ausgestellt, an wen wurde allenfalls weitervermittelt, ggf. konsiliarisch beigezogene Person festhalten)
8. **Fotodokumentation** (wenn Fotoaufnahmen durch Patientin/Patienten abgelehnt werden, zusammen mit Begründung festhalten)

Zum Teil findet sich der Hinweis, dass die Dokumentation der Verletzungen möglichst vor der Versorgung der Patient(inn)en gemacht werden sollte.

Empfehlungen zur Dokumentation entsprechen z. T. nicht rechtsmedizinischen Standards.

Insbesondere mit Blick auf Punkt 6 des empfohlenen Vorgehens ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zwischen der rein beschreibenden Befunderhebung und der Bewertung der Befunde zu unterscheiden ist (u. a. Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin [SGRM], 2015) und dass Letztere über die reine Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden hinausgeht.²⁹ Dies ist insbesondere mit Blick auf ein allfälliges rechtliches Verfahren relevant. So hält die SGRM (2015) in ihren Empfehlungen fest, dass sich Mediziner(innen) «bei Konsilien auf die objektive Befunderhebung und -dokumentation sowie auf die Spurensicherung beschränken» (S. 5) sollten, um zu vermeiden, dass die Dokumentation unter Umständen im Rahmen eines Verfahrens nicht verwendet werden kann. Trifft dieser Fall ein, ist dies in der Regel zum Nachteil der gewaltbetroffenen Patient(inn)en und stellt eine erhebliche unnötige Belastung für dieselben dar (u. a. WHO, 2007). Entsprechend empfiehlt auch die SGGG (2009) in ihrer Broschüre:

«Bei der Untersuchung sollten Sie sich auf die Erhebung von Befunden und die Dokumentation beschränken. Von einer Interpretation der Befunde wird gewarnt, da es z. B. auch rechtsmedizinischen Sachverständigen nicht immer möglich ist, ein Hämatom beziehungsweise eine Schürfung als Schlag oder Sturzfolge zu qualifizieren» (S. 14).³⁰

Rechtsmedizinischen Standards nach umfasst die Dokumentation die folgenden Punkte:

- «- Schreiben oder Diktieren eines Untersuchungsprotokolls während der Untersuchung,
- Fotodokumentation der Befunde in der Übersicht und im Detail mit Massstab,
- Anfertigung von Skizzen und/oder die Verwendung von Körperschemata (optional),
- Festhalten von Ort, Datum und Uhrzeit der Untersuchung sowie der an der Untersuchung beteiligten Personen.» (SGRM, 2015, S. 10)

(Wie) Sind die Verletzungen fotografisch festzuhalten?

Mehrheitlich werden die Fachpersonen explizit auf die Relevanz von Fotos bei der Dokumentation hingewiesen ($n=34$). Sie werden angewiesen, Fotos sichtbarer Verletzungen in einer Übersichtsaufnahme und einer Detailaufnahme zu machen. Dabei solle ein Massstab oder ein genormter Gegenstand (z. B. Zündholz) verwendet werden (Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich et al., 2010). Darüber hinaus müsse darauf geachtet werden, dass die Identität der Patient(inn)en sichtbar sei. Die Qualität der Digitalaufnahmen solle noch während der Untersuchung in Anwesenheit der Patient(inn)en kontrolliert werden (u. a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Dabei findet sich z. T. der Hinweis auf mögliche farbliche Verfälschungen durch die jeweiligen Lichtquellen und die Empfehlung, dass diese zu vermeiden seien. In der Broschüre der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al. (2016, S. 13) sowie in Schulungen werden den Fachpersonen entsprechende Beispielaufnahmen gezeigt (vgl. Abb. 4). In der genannten Broschüre wird zudem ein Beispiel für einen Eintrag einer Verletzung in ein Körperschema gegeben (vgl. Abb. 5).

Fachpersonen wird in der Regel empfohlen, Fotos sichtbarer Verletzungen in einer Übersichtsaufnahme und einer Detailaufnahme zu machen.

²⁹ Bemerkenswerterweise fehlt bei den Empfehlungen von Graß et al. zur zahnärztlichen Dokumentation in Fällen häuslicher Gewalt der Punkt der (Verdachts-)Diagnose.

³⁰ Siehe auch Empfehlung der deutschen Koordinationsstelle S.I.G.N.A.L e. V. (2018): «Dokumentieren Sie rein deskriptiv! Verzichten Sie auf eine Interpretation von Befunden wie z.B. auf die Einschätzung des Wundalters oder auf die Beurteilung, ob eine Verletzung fremd beigebracht wurde.» (S. 4)

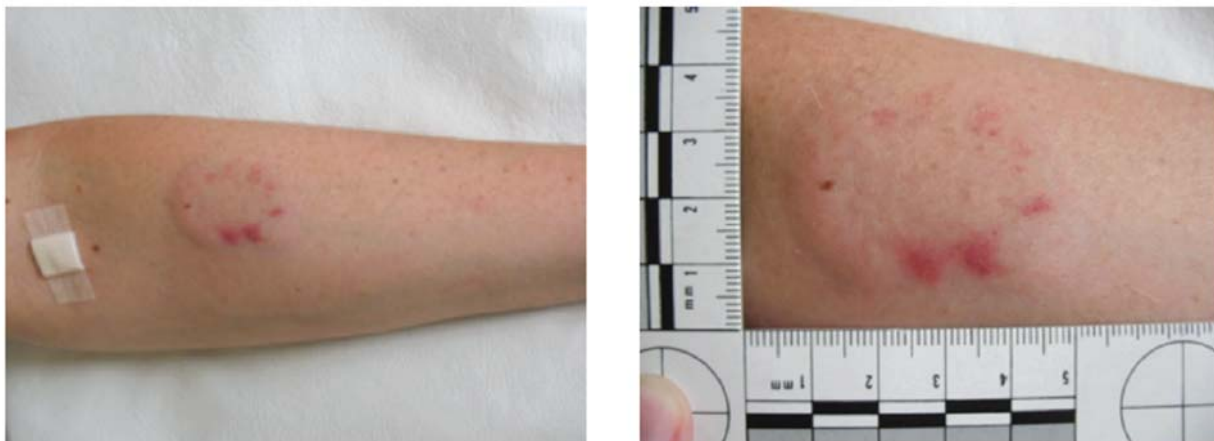


Abbildung 4: Beispiel Fotodokumentation (Übersichts- und Nahaufnahme) (aus: Ärztesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 13)



Abbildung 5: Beispiel Übertragung von Verletzungen in Körperschema (aus: Ärztesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 13)

Gemäss Empfehlungen sollen Fotos Teil des (elektronischen) Patientendossiers werden.

Die Fotos – sowie allfällige andere Bilder (Röntgen, Computer- oder Magnetresonanztomografie) – sollten gemäss Empfehlungen Teil des Patientendossiers werden (u. a. Ärztesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). In der Broschüre des Kantons St. Gallens wird explizit darauf hingewiesen, dass aussagekräftige Röntgenbilder dem Bericht beigelegt werden sollten, da die «Gerichtspraxis der letzten Jahre» gezeigt habe, «dass der Dokumentation beigelegte Röntgenbilder eine Überzeugungskraft haben und die Schwere einer Tathandlung nachhaltig belegen.» (Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016, S. 12) (siehe auch Fausch & Wechlin, 2010, S. 228)

Wie sind die Auskünfte der Patient(inn)en zu dokumentieren?

Die Angaben der Patient(inn)en seien möglichst wortgetreu festzuhalten, Beobachtungen seien von Interpretationen zu trennen.

Punkt 3 und 4 der 8-Punkte-Dokumentation beziehen sich auf die Angaben der Patient(inn)en zum Hergang der Gewalttat sowie zur Vorgeschichte (siehe oben). In den meisten Konzepten/Praktiken wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Angaben der Patient(inn)en zu den Geschehnissen möglichst wortgetreu festgehalten werden sollten. Bei den Angaben von kindlichen Opfern auf Schweizerdeutsch wird explizit hinzugefügt, dass diese auch in Mundart notiert werden sollten. Häufig findet sich der Hinweis auf die Wichtigkeit der Trennung der gemachten Beobachtungen von fachlichen Interpretationen. Mitgeteiltes solle zudem «als Mitgeteiltes und nicht als selbst Erlebtes notiert» werden (Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt des Kantons Zürich, 2014, S. 115/1). Im Manual für Fachpersonen der Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt IST des Kantons Zürich (2014, S. 115/1) wird zudem auf mögliche

Veränderungen der Aussage durch eine psychotherapeutische Behandlung und die Relevanz der Dokumentation derselben hingewiesen (z. B. veränderte Wortwahl). Zu notieren seien zudem Auffälligkeiten im Umgang der Patient(inn)en mit Begleitpersonen (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016).

Wie sind Verletzungen und Beschwerden bei sexueller Gewalt zu dokumentieren?

Für die Untersuchung von Patient(inn)en, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind oder bei denen ein entsprechender Verdacht besteht, gibt es in der Regel gesonderte Vorgaben, zum Teil gesonderte Dokumentationsbögen. Im Kanton Bern beispielsweise existiert seit 1986 das «Berner Modell», in dem das Vorgehen in diesen Fällen definiert ist. Ziel dieses Modells ist die koordinierte Zusammenarbeit der Akteure, um den Opfern sexueller Gewalt eine effiziente psychosoziale und medizinische Betreuung bieten zu können (Regierungsrat des Kantons Bern, 2017, S. 2). Mittlerweile haben andere Kantone das Modell übernommen bzw. sie haben Interesse daran bekundet (Regierungsrat des Kantons Bern, 2017). Die besonderen Vorgaben in Fällen sexueller Gewalt sind u. a. deswegen nötig, da 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 (z. B. HIV) abgeklärt und eine entsprechende Prophylaxe in die Wege geleitet werden. Die Opfer sollten daher möglichst innerhalb der ersten 72 Stunden nach dem Vorfall an eine geeignete Stelle überwiesen werden (u. a. Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016); in der Regel sollen die Patientinnen an eine Frauenklinik verwiesen werden, die Patienten an eine Notaufnahme. Dies sei selbst dann der Fall, wenn eine spezialisierte Gewaltabteilung am Spital oder eine ähnliche Einrichtung existiert (u. a. Kanton Waadt [Romain-Glassey et al., 2011]). Zum Teil wird zur Dokumentation der Verletzungen durch sexuelle Gewalt immer die Rechtsmedizin beigezogen (z. B. Kanton Bern [Regierungsrat des Kantons Bern, 2017]). Hat das (mutmassliche) Opfer Anzeige bei der Polizei erstattet, wird die Rechtsmedizin in der Regel von der Staatsanwaltschaft beauftragt, die Verletzungen und Beschwerden gerichtsverwertbar zu dokumentieren; in diesen Fällen werden die Kosten für die Dokumentation von den Strafverfolgungsbehörden übernommen (siehe auch Kap. 3.2.4). Sofern möglich, wird angeboten, dass die Untersuchung der Patientinnen durch eine Frau durchgeführt wird. Häufig findet sich auch die Empfehlung, dass insbesondere gynäkologische Untersuchungen behutsam durchgeführt werden sollten, da diese retraumatisierend wirken können. Den Frauen sollten alle Untersuchungsschritte erklärt werden, es solle ihnen dabei geholfen werden, wieder Selbstbestimmung über sich und ihren Körper zu erlangen (u. a. Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt Kanton Basel-Landschaft, 2018; Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern, 2017).

Einige rechtsmedizinische Institute bieten unabhängig von einer Strafanzeige die Aufbewahrung der Asservate im Rahmen der gesetzlichen Fristen an (z. B. Regierungsrat des Kantons Bern, 2017); dies ist unabhängig davon, ob die Patientin Anzeige erstattet oder nicht. Die Analyse der Spuren erfolge aber erst im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden (z. B. Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Damit die Betroffenen allfällige Spuren nicht unabsichtlich vernichten, werden die Gesundheitsfachpersonen zudem darüber informiert, dass die Patient(inn)en sich nicht waschen und ihre Kleidung nicht wechseln sollten. Sollten sie die Kleidung bereits gewechselt haben, sollen sie sie in einer Papiertüte sicherstellen. Eine weitere Besonderheit auf die in Fällen sexueller Gewalt hingewiesen wird, ist der Nachweis allfälliger bewusstseinsveränderter Substanzen (z. B. «K.O.-Tropfen»), der nur zeitlich begrenzt möglich sei (z. B. Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Ebenfalls zeitkritisch ist die Schwangerschaftsprophylaxe («Pille danach») sowie die Prophylaxe mit Blick auf sexuell übertragbare Krankheiten (u. a. HIV). Im Kanton Bern ist sogar gesetzlich vorgesehen, dass Beschuldigte angewiesen werden können, einen HIV-Test zu machen, damit den (mutmasslichen) Opfern die nebenwirkungsbehaftete HIV-Prophylaxe erspart werden kann bzw. diese abgebrochen werden kann (Regierungsrat des Kantons Bern, 2017).

In der Regel gibt es gesonderte Vorgaben zur Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden bei sexueller Gewalt.

Dokumentation in Fällen sexueller Gewalt gegen Frauen soll in der Regel durch Frauenkliniken/ gynäkologische Abteilungen durchgeführt werden, häufig unter Beizug der Rechtsmedizin.

Wie ist die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden aufzubewahren? An wen ist sie wann weiterzuleiten?

Dokumentationen werden meist bei Gesundheitsfachpersonen verwahrt und Patient(inn)en auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Sofern Angaben zur Aufbewahrung und Weiterleitung der Dokumentationen gemacht werden, sehen diese in der Regel vor, dass diese bei den Gesundheitsfachpersonen verwahrt werden. Sie sollen den Patient(inn)en aber nach Erstellung zur Verfügung stehen, so dass diese sie in allfälligen straf-, zivil- oder ausländerrechtlichen Verfahren nutzen können (u. a. Romain-Glassey et al., 2011). In Spitälern besteht zudem die Möglichkeit, dass die Dokumentationen beim internen Sozialdienst verwahrt werden, so dass weniger Personen Zugriff auf die Dokumente haben (Telefoninterview I9, 2018). Die Weiterleitung der Unterlagen an eine Opferhilfestelle oder an die Strafverfolgungsbehörden ist – unter Bezug auf das Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB – nur auf Wunsch der Patient(inn)en bzw. bei Anzeigeerstattung vorgesehen. Bei Anzeigeerstattung würden die Unterlagen an die Ermittlungsbehörden nach Entbindung von der Schweigepflicht weitergeleitet.

Bei korrekter Durchführung komme der juristisch verwertbaren Dokumentation therapeutischer Nutzen zu.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist der Befund von Romain-Glassey et al. (2011), dass 81 % der befragten Patient(inn)en der Gewaltabteilung des Universitätsospitals Lausanne die Dokumentation im Anschluss an die Untersuchung als Beweismittel nutzten. Doch auch Patient(inn)en, die dies nicht taten, hielten die Dokumentation für (sehr) nützlich (insg. 94%). Hieraus schliessen die Autor(inn)en, dass der Dokumentation neben der Beweisfunktion auch eine therapeutische Wirkung zukomme. Diesen Punkt betont ebenfalls der Hinweis von Fausch und Wechlin (2010, S. 225), die Dokumentation führe auch dazu, dass sich die betroffenen Patient(inn)en ernstgenommen fühlten. Dies setzt allerdings voraus, dass die Dokumentation den fachlichen Standards entspricht. Ist dies nicht der Fall und können die Dokumentationen nicht im Rahmen eines straf-, zivil- oder ausländerrechtlichen Verfahrens verwendet werden, stellt dies eine unnötige zusätzliche Belastung der betroffenen Patient(inn)en im Sinne einer sekundären Viktimisierung dar (siehe oben).

Dokumentation: Wie ist bei kindlichen Opfern (sexueller) Gewalt vorzugehen?

In Fällen (sexueller) Gewalt gegen Kinder soll die Dokumentation meist durch Pädiater(innen) vorgenommen werden.

In der Regel ist vorgesehen, dass kindliche Opfer (sexueller) Gewalt ebenfalls durch spezialisierte Fachpersonen untersucht werden. In der Regel sollen hier die Kinderspitäler oder – bei Mädchen – gynäkologisch geschulte Pädiater(innen) kontaktiert werden (z. B. Romain-Glassey et al., 2011). Unterstützung in diesen Fällen bieten darüber hinaus wieder die interdisziplinär besetzten Kinderschutzgruppen bzw. «Child Abuse and Neglect»-Teams (vgl. Kap. 3.2.7). Im Gegensatz zu Fällen, in denen Erwachsene betroffen sind, werden die Gesundheitsfachpersonen bei kindlichen Opfern sexueller Gewalt aufgefordert, die zuständige Kindes- und Erwachsenenbehörde zu kontaktieren. Insgesamt werden Gesundheitsfachpersonen in Fällen innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder eher dazu geraten, von ihrem Melderecht (Art. 314c Abs. 2 ZGB) Gebrauch zu machen oder ihre allfällige Meldepflicht (z. B. Art. 20 Abs. 5 lit. A i.V.m. Art 68 Abs. 2 LSan TI) wahrzunehmen (vgl. Kap. 3.2.7). Eine Übersicht über ihre Schweigepflicht sowie Melderechte und -pflichten werden den Mediziner(inne)n von verschiedenen Stellen zur Verfügung gestellt (z. B. Amt für Soziales des Kantons St. Gallen, 2018; Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich et al., 2019; Datenschutzbeauftragter Kanton Zürich, 2019).

Zwischenfazit «Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer»

Die Frage, ob Praktiken zur Erstellung einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der gewaltbetroffenen Patient(inn)en bestehen (Frage 1.8.1), kann vor dem Hintergrund der Befunde bejaht werden. Alle Konzepte bzw. Praktiken, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, sahen dies vor (inkl. Fotodokumentation), unabhängig vom jeweiligen Konzepttyp. In der Regel werden den Gesundheitsfachpersonen hierfür Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt. Die Vorgaben zum Vorgehen bei der Dokumentation orientieren sich häufig implizit oder explizit an

der sog. 8-Punkte-Dokumentation (vgl. Fachstelle Gleichstellung der Stadt Zürich et al., 2010). Diese entspricht aber zum Teil nicht rechtsmedizinischen Standards für eine juristisch verwertbare Dokumentation. Insbesondere sollten die Mediziner(innen) die Befunde ausschliesslich beschreiben, nicht bewerten. Eine Interpretation der Befunde kann dazu führen, dass die Unterlagen nicht mehr im Rahmen eines rechtlichen Verfahrens verwendet werden können. Dies ist in der Regel zum Nachteil der Opfer und stellt eine vermeidbare zusätzliche Belastung für dieselben dar.

Für Opfer sexueller Gewalt und für kindliche Opfer (sexueller) Gewalt gibt es in der Regel gesonderte Vorgaben. Meist sollen diese für die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden an eine Frauenklinik/gynäkologische Abteilung bzw. Pädiater(innen) verwiesen werden. In Fällen sexueller Gewalt wird regelmässig die Rechtsmedizin beigezogen.

In der Regel werden die Dokumentationen (inkl. Fotos) Teil des (elektronischen) Patientendossiers. Die Patient(inn)en erhalten die Unterlagen auf Wunsch ausgehändigt. Eine automatische Weiterleitung an Opferhilfeberatungsstellen oder Strafverfolgungsbehörden ist unter Verweis auf das Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB) nicht vorgesehen (Frage 1.8.2).

Praxisbeispiel: Dokumentation

Zum Thema «Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden» wird im Folgenden der «Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern» des Universitären Notfallzentrums Inselspital Bern (o. J.) als Praxisbeispiel vorgestellt. Das Formular befindet sich im Anhang 6 des Berichts.

«Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern» (Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern, o. J.)

Der Bogen dient der Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden von Gewaltopfern. Opfer sexueller Gewalt werden jedoch am Zentrum für sexuelle Gesundheit der Frauenklinik des Inselspitals untersucht. Hierbei wird auch die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden unter Beizug der Rechtsmedizin vorgenommen. Die Mediziner(innen) werden aufgefordert, den Bogen «nach gewalttätigen Übergriffen immer so vollständig wie möglich aus[zufüllen]» (ebd., S. 1). Sie sollen die Patient(inn)en zudem darüber informieren, dass der Bogen nur in Absprache mit ihnen weitergegeben werden darf (ebd., S. 1).

Der Dokumentationsbogen umfasst die folgenden **vier Kapitel** auf sechs DIN A4-Seiten:

- Angaben zum Setting der Untersuchung
- Angaben zum Ereignis
- Körperliche Untersuchung
- Weiterführende Massnahmen

Viele Antwortmöglichkeiten werden im Bogen bereits vorgegeben (vgl. Anhang 6). Dies hat gegenüber freien Antwortfeldern zum einen den Vorteil, dass relevante Informationen weniger vergessen werden sollten. Zum anderen kann der Bogen auf diese Weise schneller ausgefüllt werden. Daneben finden sich Freifelder für Ausführungen der Untersuchenden (z. B. zur Schilderung des Übergriffs durch die Patientin bzw. den Patienten).

Den Angaben im Kapitel 3 «Körperliche Untersuchung» sind Vorgaben zur Fotodokumentation vorgeschaltet (ebd., S. 3). Hier werden die Untersuchenden daran erinnert, dass sie eine Übersichts- und eine Detailaufnahme anfertigen und immer einen Massstab beilegen sollen. Sie sollen auf «blendende respektive farbverfälschende Effekte von

Blitzlicht respektive Kunstlicht achten» (ebd., S. 3) sowie auf eine hohe Bildqualität. Letztere sei möglichst in Anwesenheit der Patient(inn)en zu kontrollieren (ebd., S. 3).

Zu den «weiterführenden Massnahmen» in Kapitel 4 (ebd., S. 6) zählen das Ansprechen der Sicherheit der gewaltbetroffenen Person sowie allfällig beteiligter Kinder, allfällige Sicherheitsmassnahmen, die Empfehlung zu einem Gespräch bei einer Beratungsstelle, das Abgeben einer Notfallkarte sowie Informationen zu weiteren Untersuchungen, Überweisungen und einem allfälligen Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Abschliessend können die Untersuchenden weitere Bemerkungen anfügen.

Mit Blick auf die Ablage der Dokumentationen und Fotos soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es notwendig ist, zu prüfen, wer alles Zugriff auf die Dokumente hat. Gibt es Möglichkeiten, diesen Personenkreis einzuschränken, ist dies zu bevorzugen. Ein Beispiel wäre der beschriebene Weg der Ablage beim spitalinternen Sozialdienst. Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass das Zurverfügungstellen von Dokumentationsbögen und kurzen Anleitungen nicht ausreicht, um Gesundheitsfachpersonen in die Lage zu versetzen, die Verletzungen und Beschwerden von Gewaltopfern juristisch verwertbar zu dokumentieren. Dies muss vielmehr in Schulungen geübt werden; die Broschüren können anschliessend zur Erinnerung in konkreten Fällen beigezogen werden.

Die sorgfältige Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden benötigt mehr Zeit als die routinemässige Dokumentation der vorgenommenen medizinischen Leistungen (u. a. Romain-Glassey & Grabherr, 2017). Hierauf müssen die Praktiker(innen) hingewiesen werden, damit sie dies einplanen oder die Patient(inn)en an entsprechende Stellen weiterverweisen können. Dieser Mehraufwand führt zudem zur Frage der Finanzierung der Dokumentationen.

3.2.4 Finanzierung der Falldokumentationen (Frage 1.9)

Das erhöhte Risiko der Nicht-Zahlung erbrachter Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt kann dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema im Kontakt mit den Patient(inn)en meiden.

Das erhöhte Risiko der Nicht-Zahlung erbrachter Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten der Opfer (geringe finanzielle Mittel, Angst der Opfer, die Rechnung könne von der gewaltausübenden Person entdeckt werden) und Schwierigkeiten bei der Abrechnung der zusätzlich erbrachten Leistungen (Dokumentation) (vgl. FMH, 2016), kann dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt selbst im Verdachtsfall im Kontakt mit den Patient(inn)en vermeiden (auch Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2016a). Dieser Verdacht wurde auch in den Telefoninterviews geäussert (u. a. Telefoninterview I10, 2018). Darüber hinaus führen Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Leistungen wie der juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Patient(inn)en zu einer Verschärfung des Zeitmangels der Ärzte und Ärztinnen bei der Behandlung ihrer Patient(inn)en (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2016a). Zeitmangel ist jedoch ebenfalls ein bedeutendes Hindernis bei der Früherkennung häuslicher Gewalt durch Gesundheitsfachpersonen (siehe u. a. Krüger et al., 2018b)³¹. 2016 hielt daher die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) fest, dass die Kostenübernahme unbedingt zu klären sei. Ein weiteres Argument für die Übernahme der Kosten für die gerichtsverwertbare Dokumentation führen Romain-Glassey et al. (2011) an: Sie leiten aus dem bereits erwähnten therapeutischen Nutzen der Dokumentation auch unabhängig von einem Strafverfahren ab, dass die Dokumentationen als medizinische Versorgungsleistung verstanden werden können (Romain-Glassey et al., 2011).

Sozialversicherungsrechtlich gilt Gewalt als Unfall.

Das Thema der Finanzierung der medizinischen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt wird nur in wenigen der analysierten Dokumente behandelt. Ist dies der Fall, wird in der Regel darauf hingewiesen, dass Gewalt sozialversicherungsrechtlich als Unfall gelte

³¹ Dies trifft auch auf Offizinapotheker(innen) zu (Hofner & Viens Python, 2014).

Die Meldung an die Unfallversicherung kann bei den betroffenen Patient(inn)en Angst auslösen.

und die hierdurch entstehenden Gesundheitskosten durch die Unfallversicherung der unselbständig erwerbstätigen Patient(inn)en (mind. 8 Wochenstunden) übernommen würden. Arbeiteten die Patient(inn)en weniger als 8 Wochenstunden sei die Unfallversicherung dann «leistungspflichtig, wenn sich der Gewaltvorfall auf dem Arbeitsweg oder während der Arbeitszeit ereignet hat» (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 32) (Art. 1 i. V. m. Art. 13 UVV)³². Laut der SGGG (2009) müsse bei manifesten und behandlungsbedürftigen Verletzungen «eine Meldung an die Unfallversicherung erfolgen.» (S. 29) Dies sei auch im Falle einer Strafanzeige der Fall. Mit Blick auf die finanziellen Folgen sei dies im Interesse der Patientinnen, allerdings werde in diesen Fällen der Arbeitsgeber/die Arbeitgeberin informiert. Laut einer Interviewpartnerin löse dies bei den Betroffenen Ängste aus (Telefoninterview I11, 2018).

In der Broschüre der Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al. (2016) werden die Gesundheitsfachpersonen jedoch darauf hingewiesen, dass die betroffenen Patient(inn)en den Vorfall auch direkt der Unfallversicherung melden könnten; die Versicherung könne angewiesen werden, die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber nicht zu informieren. Darüber hinaus würden sowohl die Mitarbeiter(innen) der Unfallversicherung als auch die Personalverantwortlichen der Unternehmen der Schweigepflicht unterstehen (vgl. ebd.) (Art. 33 ATSG)³³. Grundsätzlich hat der Unfallversicherer einen Regressanspruch gegenüber der gewaltausübende Person. Bei der Unfallmeldung könne aber ein Regressverzicht zum Schutz des Opfers beantragt werden (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 32). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Patient(inn)en hierüber in der Regel nicht informiert sind.

Abrechnung über die Krankenkassen und ein Antrag auf Unterstützung durch die Opferhilfeberatungsstellen ist für viele Opfer problematisch.

Sind die Patient(inn)en nicht berufstätig, würden die Kosten hingegen von der jeweiligen Krankenkasse getragen. Allerdings müssten die Patient(inn)en den Selbstbehalt und die Franchise selbst tragen. Sind die Kosten hierdurch nicht gedeckt, könnten die Opferhilfestellen einspringen (Kostengutsprache, Soforthilfe) (u. a. Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Letzteres setzt aber zum einen voraus, dass sich die Betroffenen an eine Opferhilfestelle wenden; zum anderen müssen sie als Opfer im Sinne des Opferhilfegesetzes (OHG) anerkannt werden. Dies kann ebenfalls Angst bei den betroffenen Patient(inn)en auslösen. In einem Fall informierte der Kantonsarzt die Mediziner(innen), dass die Rechnungsstellung in diesen Fällen nach Tarmed-Tarif erfolge, die Patient(inn)en könnten die Rechnung zur Rückvergütung bei der jeweiligen Krankenkasse einreichen. Im Falle eines Strafverfahrens könnten die Kosten vom Täter bzw. der Täterin zurückgefordert werden. Die SGGG (2009) hält in ihrer Broschüre fest, Gynäkolog(inn)en könnten häusliche Gewalt unter folgenden Tarmed-Positionen abrechnen:

«00.0010 Konsultation, erste 5 Min.

00.0030 Konsultation, letzte 5 Min.

22.0030 Spezielle gyn. Beratung durch den Facharzt, pro 5 Min. (kann 6x/Jahr abgerechnet werden), mehrmals» (SGGG, 2009, S. 29).

Das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation dauert am CHUV im Schnitt etwa 4-5 Stunden.

Hält man sich vor Augen, dass die Mitarbeitenden der Gewaltabteilung des CHUV durchschnittlich 245-262 Min. pro Fall benötigen bzw. 297 in Fällen, bei denen auch Kinder betroffen sind (Romain-Glassey & Grabherr, 2017; persönliche Mitteilung von M. Bollmann, 2019),³⁴ wird ersichtlich, dass hierdurch nicht der gesamte Aufwand gedeckt ist, zumindest dann, wenn die Fachpersonen eine Dokumentation erstellen, die

³² Art. 13 UVV: «¹Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, deren wöchentliche Arbeitszeit bei einem Arbeitgeber mindestens acht Stunden beträgt, sind auch gegen Nichtberufsunfälle versichert. ²Für teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, deren wöchentliche Arbeitszeit dieses Mindestmass nicht erreicht, gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg als Berufsunfälle.»

³³ Art. 33 ATSG: «Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.»

³⁴ Eine Konsultation der Gewaltabteilung des CHUV bei Anwesenheit der Patient(inn)en dauere durchschnittlich 94 bzw. 111 Min. (Romain-Glassey & Grabherr, 2017; persönliche Mitteilung

tatsächlich im Rahmen eines rechtlichen Verfahrens verwendet werden kann (vgl. Kap. 3.2.3). Darüber hinaus wird bei diesen Praktiken und Empfehlungen die Gefahr erneuter Gewalt nicht berücksichtigt, wenn die Rechnung von der gewaltausübenden Person entdeckt wird. Sowohl eine Abrechnung über die Unfallversicherung als auch über die Krankenkasse stellt somit ein Hindernis dafür dar, dass sich die Opfer Gesundheitsfachpersonen anvertrauen.

Auf der einen Seite wird in den analysierten Materialien somit auf die Problematik der Abrechnung der zusätzlichen medizinischen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt (insb. juristisch verwertbare Dokumentation) hingewiesen. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass Lösungen gesucht werden, um in den bestehenden Strukturen diese Leistungen abrechnen zu können und den Praktiker(inne)n so die Sorge zu nehmen, dass sie unentgeltlich tätig sein müssen.

Und in der Tat nahmen nur wenige der telefonisch und schriftlich befragten Expert(inn)en und Praktiker(innen) Probleme bei der Finanzierung der zusätzlichen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt oder ein Risiko des Honorarausfalls wahr (siehe auch Kap. 3.3). Zu diesen zählten überwiegend die befragten Vertreter(innen) der Fach-, Interventions- oder Koordinationsstellen Häusliche Gewalt. Eine befragte Person gab an, die Dokumentation sei Teil der Anamnese, sie koste den Patienten nicht mehr Geld, nur mehr Zeit (Telefoninterview I12, 2018). Die meisten Befragten verwiesen auf die Unfallversicherer und/oder Krankenkassen; einige sprachen die Möglichkeit der Unterstützung durch die Opferhilfe an. In Fällen, in denen die Finanzierung der zusätzlichen Kosten thematisiert wurde, übernahmen Spitäler selbst die unbezahlten Anteile der Kosten und/oder die Mediziner(innen) arbeiteten unentgeltlich. Zum Teil werde auf Hilfsfonds von Spitälern oder Ärztesellschaften zurückgegriffen. Die folgende Abbildung 6 fasst die genannten Wege der Finanzierung der zusätzlich erbrachten medizinischen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt zusammen.

In der Praxis wird die Finanzierung der zusätzlichen medizinischen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt kaum problematisiert.



Abbildung 6: Überblick über die von den befragten Expert(inn)en und Praktiker(inne)n genannten Wege der Finanzierung der zusätzlich erbrachten Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt (eigene Darstellung)³⁵

von M. Bollmann, 2019). Hinzu kämen im Schnitt weitere 151 Min. für administrative Aufgaben (Tippen und Korrigieren des Berichts, Fotos erstellen und einfügen, Dokumentation verschicken und archivieren) (persönliche Mitteilung von M. Bollmann, 2019).

³⁵ Die in der Grafik verwendeten Fotos entstammen den folgenden Quellen (von links nach rechts): (1) <https://www.wn.de/Service/Verbrauchertipps/Unfallversicherung-Nicht-jedes-Unglueck-im-Job-gilt-als-Arbeitsunfall>; (2) <https://www.versicherungsguide.net/personenversicherung/krankenversicherung/private-krankenversicherung/> (3) <https://www.abus.com/ger/Ratgeber/Opferhilfe>; (4) <https://www.merkur.de/reise/warum-gibt-bord-flugzeugen-eigentlich-keine-fallschirme-zr-9960453.html>; (5) <http://arbeitundtechnik.gpa-djp.at/2013/12/20/unbezahlte-ueberstunden-im-vormarsch/>

Kanton Waadt trägt Kosten für Leistungen der Gewaltabteilung des CHUV.

Der Kanton **Waadt** ist bisher der einzige, der die Finanzierung der Leistungen der Gewaltabteilung und damit der juristisch verwertbaren Dokumentation geregelt hat. Entsprechend wird die Finanzierung der Dokumentation durch die Gewaltabteilung des CHUV im Anschluss an das Zwischenfazit als Praxisbeispiel vorgestellt.

Zwischenfazit «Finanzierung der Falldokumentationen»

Mit Blick auf die Frage, wie die Falldokumentationen finanziert werden, die nicht im Auftrag von den Strafverfolgungsbehörden erstellt werden (Frage 1.9), lässt sich vor dem Hintergrund der Befunde festhalten, dass die befragten Praktiker(innen) verschiedene Lösungen gefunden haben, um die von ihnen erbrachten Leistungen in den bisherigen Strukturen abzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um ein informations- oder informations- und strukturorientiertes Konzept handelt. Orientieren sich die Mediziner(innen) hingegen allein an einer bestehenden Meldepflicht, werden die Kosten für die Dokumentation von den Behörden übernommen, sofern sie ihrer Meldepflicht nachkommen.

Häufig findet sich der Verweis auf die Zuständigkeit der Unfallversicherung, zumindest, wenn die Patient(inn)en unselbständig mit einem entsprechenden Pensum erwerbstätig sind. Für den Fall, dass die Unfallversicherung nicht greift, übernehme die Krankenkasse die Leistungen, wobei der Selbstbehalt und die Franchise von den Betroffenen getragen werden müssen. Vor dem Hintergrund der beträchtlichen Dauer der Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer zeigt sich jedoch, dass eine den fachlichen Standards entsprechende Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden, die in einem rechtlichen Verfahren verwendet werden kann, nicht in den jetzigen Tarifstrukturen abgerechnet werden kann. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit die Dokumentationen der Praktiker(innen), die über die Unfall- oder Krankenversicherung abrechnen und dabei auf keine Probleme stossen auch den entsprechenden Standards genügen (vgl. Kap. 3.2.3). Darüber hinaus wird bei dieser Form der Abrechnung nicht berücksichtigt, dass der Eingang einer Rechnung für die Opfer die Gefahr erneuter Gewalt birgt und auch eine Meldung an die Unfallversicherung Angst auslösen kann. Beides kann dazu führen, dass sie sich lieber nicht offenbaren. Entsprechend erbringen einige der befragten Fachpersonen weite Teile der Leistungen in ihrer Freizeit oder die Spitäler und Hilfsfonds tragen die Kosten für die zusätzlichen Leistungen. Dies kann jedoch dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema Gewalt im Kontakt mit den Patient(inn)en lieber meiden. Als einziger Kanton hat Waadt die Finanzierung der Leistungen der medizinischen Gewaltabteilungen des CHUV eindeutig geregelt und hiermit sowohl auf Seiten der Gewaltopfer als auch auf Seiten der Fachpersonen mögliche Hindernissen für das Aufsuchen einer Fachperson bzw. dem Ansprechen der Gewalt abgebaut.

Praxisbeispiel: «Finanzierung der Falldokumentation»

Die durch die Leistungen der medizinischen Gewaltabteilung des CHUV anfallenden Kosten werden vom Gesundheitsdepartement des Kantons Waadt übernommen: als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit». Für die Gesundheitsfachpersonen im Kanton heisst dies, dass sie die Patient(inn)en für die juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden an eine Stelle verweisen können, in denen zum einen spezialisierte Fachpersonen dies übernehmen, zum anderen müssen sie hierdurch nicht um die Zahlung der erbrachten Leistungen fürchten. Für die gewaltbetroffenen Patient(inn)en bedeutet dies, dass sie die Untersuchung durchführen lassen können, ohne Sorge haben 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 im Kontakt mit den Patient(inn)en ansprechen, als auch

die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Patient(inn)en eine entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachperson aufsuchen.

3.2.5 Triage der gewaltbetroffenen Patient(inn)en (Fragen 1.5, 1.10)

Die Triage der Betroffenen ist Bestandteil fast aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken.

Werden gewaltbetroffene Patient(inn)en an spezifische Beratungsstellen (insb. Opferhilfeberatungsstellen) weitergeleitet (Frage 1.10)? Die Triage der Betroffenen ist Bestandteil fast aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken, zu denen entsprechende Informationen vorlagen ($n=32$).³⁶ Die Kantone stellen dafür Broschüren, mehrsprachige Notfallkarten und/oder Plakate zur Verfügung, die die Fachpersonen in den Praxisräumen auslegen bzw. aufhängen sollen (z. B. «Nothilfekarte gegen Gewalt», Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden, 2018). Die Auslagen sollen den Betroffenen signalisieren, dass die Gesundheitsfachpersonen auf das Thema häusliche Gewalt angesprochen werden können. Voraussetzung dafür, dass die Fachpersonen die betroffenen Patient(inn)en an geeignete Fachpersonen und Fachstellen weiterleiten können, ist jedoch Wissen über das jeweilige kantonale Hilfs- und Interventionssystem. Aus diesem Grund sind relevante Angebote mehrheitlich in den Broschüren für die Fachpersonen aufgeführt (z. B. Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016). Angebote für kindliche Opfer, fremdsprachige Patient(inn)en sowie für gewaltausübende Personen sind dort in der Regel ebenfalls ausgewiesen. In den Telefoninterviews wurden relativ häufig die Opferhilfestellen als Ansprechpartner erwähnt (u. a. Telefoninterview I8). Seltener finden sich hingegen Hinweise auf die UBA oder «alter ego» als Ansprechpartner in Fällen häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen. Abgeraten wird explizit von der Weitervermittlung an herkömmliche Paarberatungen, diese seien in Fällen häuslicher Gewalt nicht geeignet. Zum Teil wird explizit geraten, die Patient(inn)en darauf hinzuweisen, dass es gefährlich sein könne, die Informationsmaterialien zuhause zu haben (z. B. Kantonsarzt Thurgau, 2017), da die gewaltausübende Person sie entdecken könnte. Die Notfallkarten sind daher zum Teil so gestaltet, dass sie leicht versteckt werden können (z. B. «Nothilfekarte gegen Gewalt», Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden, 2018; Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016).

In Informationsmaterialien sind in der Regel auch Angebote für kindliche Opfer, fremdsprachige Patient(inn)en sowie für gewaltausübende Personen ausgewiesen.

In den analysierten Broschüren findet sich regelmässig der Hinweis, dass die Fachpersonen nicht überstürzt handeln sollten, die nächsten Schritte sollten gut überlegt sein (z. B. Koordinationsstelle Häusliche Gewalt Kanton St. Gallen, 2016). Die Situation solle weder bagatellisiert noch dramatisiert werden. Da Betroffene sich häufig schwertun würden, eine spezialisierte Beratungsstelle zu kontaktieren, solle dies – wenn möglich – während der Konsultation erfolgen. Sei dies nicht möglich, sollten die Kontaktdaten einer Stelle mitgegeben und beim nächsten Termin danach gefragt werden, ob ein Kontakt zustande gekommen ist (Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016). Den Betroffenen solle eine polizeiliche Anzeige empfohlen werden, sie sollten hierzu aber nicht gedrängt werden. Eine der interviewten Expertinnen wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Empfehlung einer Anzeige jedoch insofern problematisch sei, als man die Patientinnen dann auch über das aufklären müsse, was sie dann erwarte (Telefoninterview I13, 2018). Lehnten urteilsfähige Patient(inn)en die Hilfs- und Unterstützungsangebote ab, sei dies zu respektieren und im Dossier zu vermerken. Die Patient(inn)en sollten nicht bevormundet werden. Es sei wichtig, dass sie wieder selbst Kontrolle erhalten. Sofern keine Gefahr für Leib und Leben bestehe, solle daher nichts ohne Einwilligung der Patient(inn)en unternommen werden (z. B. Fachstelle Gleichstellung der Stadt Zürich et al., 2010). Sei davon auszugehen, dass die gewaltbetroffene Person urteilsunfähig ist, solle hingegen das weitere Vorgehen mit der zuständigen KESB abgesprochen werden. Bestehe dringender Handlungsbedarf solle die KESB darauf hingewiesen werden, so dass geklärt werden könne, ob Sofortmassnahmen eingeleitet werden müssen oder medizinische Handlungen gegen den Willen der gewaltbetroffenen Person notwendig und juristisch zulässig sind (Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016).

³⁶ Zu fünf Konzepten lagen keine Informationen zur Frage der Triage vor.

Äussert die betroffene Person Suizidgedanken, werde sie an eine psychiatrische Einrichtung weitervermittelt.

In Spitälern spielt bei der Triage der interne Sozialdienst eine grosse Rolle; übernimmt dieser die Triage, entlastet dies zudem die Mediziner(innen) und Pflegefachpersonen. Das Gleiche gilt für den Fall, dass eine forensisch geschulte Pflegefachperson die Triage übernimmt. Zum Teil ist vorgesehen, dass die Fachperson die Ablehnung der Hilfsangebote im Patientendossiers vermerkt; die Entscheidung sei jedoch zu respektieren. Zur Dokumentation der Triage sind in der Regel Einträge im Dokumentationsbogen vorgesehen (siehe Kap. 3.2.3).

Haben die Patient(inn)en **Kinder**, seien die Eltern an ihre Schutzpflicht ihnen gegenüber zu erinnern. In diesen Fällen wird den Mediziner(inne)n zum Schutz der Kinder zudem schneller geraten, eine Kinderschutzgruppe oder die zuständige Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde einzuschalten (vgl. Kap. 3.2.7).

Die Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken umfassen eine Risikoabschätzung ($n=29$)³⁷ sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans ($n=31$)³⁸. Hierbei werden meist die Opferhilfeberatungsstellen, Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt und/oder die Polizei hinzugezogen. In den analysierten Materialien werden den Fachpersonen teilweise konkrete Informationen dazu gegeben, welche Fragen zur Abklärung der Gefährdung der Patient(inn)en gestellt werden können (z. B. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern et al., 2016) sowie dazu, welche Unterlagen die Betroffenen in einer Notfalltasche verwahren sollen (z. B. Ausweispapiere) (z. B. «Nothilfekarte gegen Gewalt», Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden, 2018). Spitäler können die Patient(inn)en zu ihrem Schutz hospitalisieren, wobei die Aufnahme anonym erfolgen könne oder der Name nicht an die Zimmertür geschrieben werde. Eine weitere Unterstützung bietet der interne Sicherheitsdienst.

Werden die besonderen Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen berücksichtigt?

Zur Frage, inwiefern bei der Triage besondere Bedürfnisse der Patient(inn)en berücksichtigt werden, lagen nur in wenigen Fällen Informationen vor. Werden die Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen berücksichtigt, zielt dies mehrheitlich auf Migrant(inn)en, Kinder und zum Teil ältere Menschen. Nur wenige der befragten Institutionsvertreter(innen) gaben an, spezifische Angebote für Menschen mit Beeinträchtigungen zu suchen. Eine befragte Person wies für den Kanton Zürich auf die bestehende Lücke für Menschen mit Behinderungen (z. B. mit Rollstuhl oder Gehörlose) sowie für Asylsuchende hin (Telefoninterview I14, 2018). Eine andere befragte Person gab an, sie würden die Bedürfnisse von Prostituierten berücksichtigen (Telefoninterview I15, 2018); hierbei handelt sich allerdings um ein Konzept, das nicht auf Opfer häusliche Gewalt fokussiert, sondern sich an alle Gewaltopfer richtet. Ein wichtiger Ansprechpartner bei der Suche nach spezialisierten Angeboten sind auch hier die (spitalinternen) Sozialdienste.

Wann erfolgt die Triage?

Die telefonisch befragten Expert(inn)en und Praktiker(innen) gaben häufig an, der Zeitpunkt, wann über bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert werde, sei unterschiedlich. Zum Teil werde möglichst früh informiert, insbesondere dann, wenn die Nachkontrolle dazu genutzt werden solle, den weiteren Unterstützungsbedarf der betroffenen Patient(inn)en zu prüfen. Einige Interviewpartner(innen) gaben explizit an, nur dann die Patient(inn)en weiter zu verweisen, wenn keine Angehörigen anwesend seien.

Die Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken umfassen eine Risikoabschätzung sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans.

Werden die Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen berücksichtigt, zielt dies mehrheitlich auf Migrant(inn)en, Kinder und zum Teil ältere Menschen.

³⁷ In vier Fällen lagen hierzu keine Angaben vor.

³⁸ In vier Fällen lagen hierzu keine Angaben vor.

Mehrheitlich zählen Angebote für gewaltausübende Personen zu den analysierten Konzepten.

Existieren in den Kantonen Hilfsangebote für gewaltausübende Personen?

Mehrheitlich zählen Angebote für gewaltausübende Personen zu den analysierten Konzepten ($n=32$).³⁹ In der Deutschschweiz zählen hierzu mehrheitlich sowohl Beratungsangebote als auch das «Lernprogramm gegen Gewalt in Ehe, Familie und Partnerschaft». Der Zugang zu Letzterem ist jedoch in der Regel nicht frei, sondern wird von den spezifischen Fachstellen koordiniert (z. B. Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Aargau, o. J.). Thematisch findet mit Blick auf die Versorgung der gewaltausübenden Personen zudem häufig die Verknüpfung von häuslicher Gewalt und Sucht statt, so dass gewaltausübende Personen an Stellen verwiesen werden, die sich explizit dieser Doppelproblematik widmen (z. B. Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Aargau, o. J.).

Zwischenfazit «Triage der gewaltbetroffenen Patient(inn)en»

Es lässt sich somit insgesamt festhalten, dass die Triage der Opfer in der Regel Teil der analysierten Konzepte und Praktiken ist, unabhängig vom Konzepttyp. Die Fachpersonen sollen den Patient(inn)en Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen. Die Kantone stellen hierfür Informationsmaterialien zur Verfügung, das den Patient(inn)en ausgehändigt werden kann. Allerdings stehen noch nicht für alle Opfergruppen mit besonderen Bedürfnissen entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung. Da die Kontaktaufnahme mit einer Fach- oder Beratungsstelle eine Hürde für viele Patient(inn)en darstelle, sollen die Gesundheitsfachpersonen die Betroffenen darin unterstützen. Wollten die Opfer jedoch keine Unterstützung in Anspruch nehmen, sei dies zu respektieren. Sind jedoch Kinder oder urteilsunfähige Personen von der Gewalt (mit-)betroffen wird den Fachpersonen in der Regel zur Kontaktaufnahme mit der zuständigen KESB geraten. In der Regel stehen Angebote für gewaltausübende Personen zur Verfügung.

Praxisbeispiel: Triage der gewaltbetroffenen Patient(inn)en

Die Empfehlungen und Massnahmen zur Triage der Betroffenen unterscheiden sich kaum zwischen den Kantonen. In fast allen Kantonen können sich die Mediziner(innen) hierzu u. a. an den jeweiligen Informationsbroschüren orientieren. Exemplarisch werden im Folgenden die vergleichsweise umfassenden Hinweise aus der Berner Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln» eingefügt (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 18). Hier wird nicht nur auf die Situation von allfällig mitbetroffenen Kindern, sondern auch auf die von älteren Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen.

Planen und vermitteln von Hilfsangeboten (Kap. 3.7 aus der Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln»; Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 18)

Da die Betroffenen sorgfältig abwägen würden, ob sie sich einer Fachperson anvertrauen, würden sie dies erst tun, nachdem die Gewalt bereits länger andauert habe. Eine schnelle Intervention sei daher nur bei einer akuten Gefährdung der Patient(inn)en notwendig. Die nächsten Schritte sollten gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten geplant werden, wenn möglich zusätzlich unter Beizug einer spezialisierten Fachstelle. Hierbei solle auch nach Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld der Betroffenen geschaut werden (z. B. Bekannte, Verwandte).

Da die Kontaktaufnahme mit spezialisierten Beratungsstellen sowohl für die Opfer als auch für die Täter(innen) eine grosse Hürde darstelle, erfolge dies, wenn möglich, während der Konsultation. Sei dies nicht möglich, solle den Betroffenen eine Telefonnummer mitgegeben werden. Bei der nächsten Konsultation solle nachgefragt werden, ob die entsprechende Stelle kontaktiert wurde. Wenn die Patientin bzw. der Patient einverstanden sei, könne beim Folgetermin auch eine Fachperson der Beratungsstelle anwesend sein.

³⁹ In zwei Fällen lagen hierzu keine Informationen vor.

Lehne eine urteilsfähige gewaltbetroffene Patientin bzw. ein urteilsfähiger betroffener Patient jegliche Unterstützung ab, sei dies zu respektieren. Es solle im Patientendossier festgehalten werden. Sei hingegen davon auszugehen, dass die Person nicht urteilsfähig ist, müsse eine Gefährdungsmeldung bei der zuständigen KESB geprüft werden, so dass die geeigneten Erwachsenenschutzmassnahmen ergriffen werden könnten. Es sei sinnvoll, frühzeitig mit der KESB Kontakt aufzunehmen, um das Vorgehen abzuklären. Der Fall könne anonymisiert besprochen werden. Bestehe dringender Handlungsbedarf, müsse dies der KESB mitgeteilt werden. Es müsse geklärt werden, ob die KESB Sofortmassnahmen einleiten kann oder ob medizinische Massnahmen auch gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten notwendig und juristisch zulässig sind.

Am Ende der Ausführungen hinsichtlich gewaltbetroffener erwachsener Patient(inn)en wird auf das Kapitel der Broschüre hingewiesen, in dem auf die Situation betroffener Kinder eingegangen wird (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016, S. 18).

Im Anschluss an eine Seite mit relativ ausführlichen Informationen zum «Planen und [V]ermitteln von Hilfsangeboten» sind in einem hervorgehobenen Kasten die wesentlichen Aspekte und Kontaktdaten noch einmal aufgeführt. Auf den letzten Seiten der Broschüre sind die wichtigsten Akteure mit Kontaktdaten sowie Hinweise auf weitere Informationen und Materialien aufgeführt (S. 34-36); eine Notfallkarte im Taschenformat liegt der Broschüre ebenfalls bei.

3.2.6 Information über das Angebot (Frage 1.11)

Neben dem Internet sind die Notfallkarten, Plakate und Broschüren der kantonalen Stellen mögliche Informationsquellen für Betroffene.

Zu 34 Konzepten bzw. Praktiken lagen Informationen dazu vor, wie Betroffene 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 (z. B. Service pour la promotion de l'égalité entre homme et femme, Centre de consultation LAVI & Solidarité Femmes, 2004; Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden, 2018; für Jugendliche und ihre Lehrpersonen: z. B. Fachstelle und Fachkommission Kinder- und Jugendschutz der Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft, 2015). Da diese ausliegen und in der Regel auch online zur Verfügung stehen, sind sie rund um die Uhr verfügbar. Die Notfallkarten sind in der Regel in mehreren Sprachen verfasst, so dass auch fremdsprachige Gewaltopfer die Informationen verstehen können. Ausländer(innen) werden zudem von einigen Gemeinden oder Kantonen in fremdsprachigen Willkommensbroschüren über das Thema häusliche Gewalt und mögliche Ansprechpartner(innen) informiert (z. B. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2017). Eine weitere Möglichkeit, um gezielt fremdsprachige Frauen zu erreichen, sind muttersprachliche Gesprächsgruppen für Migrantinnen. Im Kanton Solothurn solle laut Massnahmenplan 2017-2018 geklärt werden, ob das Thema häusliche Gewalt in den «Femmes Tischen» eingebaut werden kann (Amt für Soziale Sicherheit, 2017b). Bei der Informationsvermittlung bisher unberücksichtigt scheinen jedoch die Bedürfnisse von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen zu sein. So konnten beispielsweise keine Informationen zu häuslicher Gewalt oder Paargewalt in leichter Sprache identifiziert werden, wie sie z. B. von einigen Institutionen in Deutschland herausgegeben worden sind (z. B. Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen & Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2016).

Die Beratungsstellen informieren ebenfalls über medizinische Leistungen. Darüber hinaus stellt das Internet eine zentrale Informationsquelle dar. Informationen zu den medizinischen Angeboten finden sich auf den Webseiten der Kantone, von Institutionen oder auf spezifischen Webseiten zum Thema häusliche Gewalt (z. B. www.violencequefaire.ch). Hilfreich für die Entscheidung der gewaltbetroffenen Personen kann es sein, wenn auf den Informationsmaterialien nicht allein die Kontaktdaten der verschiedenen Angebote aufgeführt werden, sondern auch kurz gesagt wird, welche Leistungen die jeweiligen Stellen anbieten (z. B. «Nothilfekarte gegen Gewalt», Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden, 2018).

Fremdsprachige Gewaltopfer werden gezielt angesprochen. Die Bedürfnisse von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen erscheinen bei der Informationsvermittlung bisher hingegen unberücksichtigt zu sein.

Wie kann ein niederschwelliger Zugang erreicht werden?

Haben die gewaltbetroffenen Personen Kenntnis von den medizinischen Angeboten, muss zudem ein niederschwelliger Zugang zu diesen Angeboten sichergestellt sein. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Erstversorgung der Verletzungen der Patient(inn)en und dem Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation derselben. Während für Ersterer auch zu Randzeiten (z. B. nachts) entsprechend geschulte Gesundheitsfachpersonen erreichbar sein müssen (insb. in den Notfallaufnahmen), ist dies mit Blick auf die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden nicht der Fall, so dass Patient(inn)en an entsprechende spezialisierte Stellen verwiesen werden könnten (z. B. medizinische Gewaltabteilungen). Allerdings müssen die Angebote so gelegen sein, dass auch Patient(inn)en aus ländlichen Gebieten diese erreichen können. Darüber hinaus müssen nicht nur die stationär tätigen Gesundheitsfachpersonen, sondern auch die niedergelassenen ausreichend für das Thema häusliche Gewalt sensibilisiert und über Handlungsstrategien in diesen Fällen informiert sein, so dass sie die Patient(inn)en auf mögliche Gewalterfahrungen als Ursache der Verletzungen und Beschwerden ansprechen.

Verfügen die Patient(inn)en nicht über ausreichend Kenntnisse in der jeweiligen Landessprache, stehen bereits heute professionelle Dolmetscherdienste zur Verfügung (siehe Kap. 3.2.2). In den Informationsmaterialien findet sich entsprechend regelmässig der Hinweis, dass die Angehörigen und insbesondere die Kinder der betroffenen Patient(inn)en nicht als Dolmetscher(innen) beigezogen werden sollten (vgl. Kap. 3.2.2). Hinweise zum Umgang mit Patient(inn)en mit Behinderungen waren in den analysierten Unterlagen hingegen nicht zu finden (z. B. bei kognitiven Beeinträchtigungen oder einer Hörbehinderung).

Zwischenfazit «Information über das Angebot»

Wie und wo finden die Opfer häuslicher Gewalt Informationen darüber, an wen sie sich für die Behandlung am besten wenden sollen? Wie gelangen die Betroffenen an die zuständigen medizinischen Fachpersonen? Wie kann ein niederschwelliger Zugang erreicht werden? (Frage 1.11) Vor dem Hintergrund der Befunde kann bezüglich dieser Fragen festgehalten werden, dass die Opfer über verschiedene Wege über die zur Verfügung stehenden Angebote informiert werden. Zum einen werden themenspezifische Broschüren, Notfallkarten und Plakate gedruckt und ausgelegt, zum anderen finden die Betroffenen auf verschiedenen Internetseiten Informationen zu medizinischen und weiteren Angeboten bei (häuslicher) Gewalt. Und auch in nicht spezifisch gewaltbezogenen Materialien wird über das Angebot informiert (z. B. in Willkommensbroschüren der Gemeinden). Sofern die Opfer über einen Internetzugang verfügen, stehen ihnen die Informationen somit rund um die Uhr zur Verfügung. Sie liegen zudem in der Regel in verschiedenen Sprachen vor, so dass sich auch fremdsprachige Opfer häuslicher Gewalt über bestehende Angebote informieren können. Schwieriger stellt sich die Situation für Analphabet(inn)en oder Menschen mit Beeinträchtigungen dar. So konnten im Rahmen der Recherchen beispielsweise keine Informationen in leichter Sprache identifiziert werden.

Mit Blick auf einen niederschweligen Zugang zu den medizinischen Angeboten müssen zudem – unter Berücksichtigung des jeweiligen Auftrags (z. B. Erstversorgung der Verletzungen, juristisch verwertbare Dokumentation) – die Öffnungszeiten sowie die örtliche Lage der Fachpersonen/Einrichtungen betrachtet werden.

Praxisbeispiel: Information über das Angebot

Mit Blick auf die Informationswege über das medizinische Angebot für Opfer häuslicher Gewalt gilt das Gleiche wie für die Triage der Betroffenen. Die analysierten Konzepte bzw. Praktiken unterscheiden sich diesbezüglich kaum. Als ein Beispiel für eine niederschwellige Möglichkeit der umfassenden Information von gewaltbetroffenen Personen soll hier die Webseite «www.violencequefaire.ch» kurz beschrieben und abgebildet werden, auch wenn es sich hierbei nicht um ein kantonales Angebot handelt. Das Angebot bezieht sich zudem auf Paargewalt, könnte aber auf häusliche Gewalt übertragen werden.

www.violencequefaire.ch

Die Webseite «www.violencequefaire.ch» wird vom gleichnamigen Verband gepflegt. Ziel des Verbands ist es, dass Personen, die von Gewalt in der Paarbeziehung betroffen sind, ihr Schweigen über die Gewalt brechen und mit Fachpersonen in Kontakt kommen können. Zu diesem Zweck stellen sie auf der Homepage nicht alleine relevante Informationen zu Paargewalt und entsprechenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten in der französischsprachigen Schweiz zusammen. Sie bieten ebenso eine anonyme und kostenlose Online-Beratung für Betroffene an. Die Homepage ist französischsprachig. Relevante Informationen zu Paargewalt sind allerdings in zwölf weitere Sprachen übersetzt worden (siehe Abb. 7). Über einen besonders hervorgehobenen «Button» gelangen homo-, bi- und transsexuelle Menschen an Informationen, die sich speziell auf ihre Lebenssituation beziehen. Darüber hinaus werden explizit Jugendliche als mögliche Betroffene angesprochen, eine Zielgruppe, die sich vermutlich besonders von Onlineangeboten angesprochen fühlt. Unter dem «Button» «adresses utiles» sind u. a. die medizinischen Gewaltabteilungen des CHUV und des HUG zu finden. Bei den genannten medizinischen und nicht-medizinischen Hilfs- und Unterstützungsangeboten werden auch welche aufgeführt, die sich an besondere Opfergruppen wenden (z. B. Migrant[inn]en).

Abbildung 7: Screenshot der Webseite «www.violencequefaire.ch»

In der Mehrheit der Kantone existieren interinstitutionelle Gremien zum Thema häusliche Gewalt auf kantonaler/regionaler Ebene.

3.2.7 Interinstitutionelle Zusammenarbeit (Fragen 1.5, 1.12)

Die Relevanz einer gut funktionierenden interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in Fällen häuslicher Gewalt wird sowohl von Expert(inn)en als auch von Praktiker(inn)en immer wieder betont (u. a. Häberli Leugger, 2010; Tschudin, 2015). Entsprechend gibt es in der Mehrheit der Kantone bereits interinstitutionelle Gremien auf kantonaler und zum Teil auch auf regionaler Ebene, in denen Vertreter(innen) verschiedener relevanter Institutionen und verschiedener Systeme (in der Regel Opferhilfe, Jugendhilfe, zivil- und strafrechtlicher Kindes- und Erwachsenenschutz) zusammenkommen. In den Kantonen mit einem eigenen Gesetz gegen häusliche Gewalt sind diese dort festgeschrieben (Art. 6 und 7 GhG-VS; Art. 9 LOVD). Zum Teil findet die Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg statt. Dies ist zum Beispiel in der **Zentral-schweiz** der Fall. Diese Zusammenarbeit ist häufig institutionalisiert durch Runde Tische, Kommissionen, Arbeitsgruppen oder durch ein installiertes Bedrohungsmanagementsystem. Im Kanton **Waadt** sieht das Gesetz gegen häusliche Gewalt die Kantonale Kommission gegen häusliche Gewalt vor (Art. 9 LOVD). Im **Walliser** Gesetz gegen häusliche Gewalt (GhG-VS) sind neben der Kantonalen Konsultativkommission (nach Art. 6 GhG-VS) regionale Runde Tische gegen häusliche Gewalt vorgesehen (nach Art. 7 GhG-VS). Zum Teil bilden die Gremien zu ausgewählten Themen Arbeitsgruppen, in denen ausgewählte Mitglieder mitarbeiten. In einigen Gruppen werden auch (anonyme) Fallbesprechungen durchgeführt. Als Vertreter(innen) des Gesundheitswesens sind häufig Psychiater(innen) oder Rechtsmediziner(innen) Mitglied der Gremien. Im Kanton **Bern** beispielsweise ist das Gesundheitswesen allein durch die Rechtsmedizin im Runden Tisch vertreten. Im Gegensatz dazu findet im Rahmen des beschriebenen «Berner Modells» in Fällen sexueller Gewalt eine starke Vernetzung mit Vertreter(inn)en der Gesundheitsversorgung statt (Regierungsrat des Kantons Bern, 2017).

Wie ist der Datenaustausch bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit geregelt?

Das strafrechtliche Berufsgeheimnis stellt ein Hindernis bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit dar, selbst bei Meldepflicht.

Wie arbeiten die kantonalen Hilfs-, Interventions- und Bedrohungsmanagementsysteme zusammen (Frage 1.12.1)? Gibt es Regelungen und Praktiken zum Informations- und Datenaustausch mit den verschiedenen in Betracht kommenden Stellen (inkl. Meldepflichten und -rechte) (Frage 1.12.2)? Im Falle der Zusammenarbeit im Rahmen eines Bedrohungsmanagements ist in der Regel ausschliesslich die Psychiatrie als medizinische Fachrichtung vertreten. Allerdings können sich praktizierende Gesundheitsfachpersonen an die entsprechenden Ansprechpersonen wenden. Ein Problem stellt hier aber das Berufsgeheimnis der Mediziner(innen) nach Art. 321 StGB dar. Interviewpartner(inn)en zufolge, sei dies selbst dann der Fall, wenn gesetzlich geregelt ist, dass sie bei Gefährdung von Leib und Leben oder der sexuellen Integrität der Patient(inn)en verpflichtet sind, eine Meldung an die Strafverfolgungsbehörden oder Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden zu machen (*Meldepflicht*), oder sie eine Meldung machen dürfen (*Melderecht*). Gesundheitsfachpersonen würden sich häufig weigern, eine Meldung zu machen, oder sie seien sich bezüglich ihrer Rechte und Pflichten unsicher. Ein Interviewpartner sprach davon, dass sich die Mediziner(innen) hinter dem Datenschutz «verschanzen» würden (Interview I8, 2018).

Allein in Fällen der **Kindeswohlgefährdung** wird den Gesundheitsfachpersonen in den analysierten Dokumenten regelmässig empfohlen, die zuständige Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde einzuschalten. Die befragten Spitäler haben zum Teil Vorlagen, um sich von den Eltern von der Schweigepflicht entbinden zu lassen (z. B. Inselspital Bern). Für den Fall, dass sie nicht von den Betroffenen selbst bzw. den Eltern der betroffenen Kinder von der Schweigepflicht entbunden werden, können die Fachpersonen in der Regel vom zuständigen Kantonsarzt bzw. der zuständigen Kantonsärztin von der Schweigepflicht entbunden werden. Allerdings sind seit dem 01. Januar 2019

«Personen, welche einem strafrechtlichen Berufsgeheimnis unterliegen [...], ohne vorgängige Entbindung von diesem Geheimnis zur Meldung berechtigt, wenn das Kindeswohl gefährdet erscheint. Im Gegensatz [zu vorher, PK] (Art. 364 StGB) verlangt das Gesetz dafür nicht mehr, dass eine strafbare Handlung begangen worden ist bzw. begangen zu werden droht.» (Maranta, 2018, S. 236)

Entsprechend informieren beispielsweise die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich et al. (2019) in ihren Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Ärzte und Ärztinnen mit den KESB die Mediziner(innen), dass sie gemäss Art. 314c Abs. 2 ZGB von Gesetzes wegen berechtigt sind, der KESB eine Gefährdungsmeldung zu erstatten, ohne vorher von der Schweigepflicht entbunden worden zu sein. Eine solche Meldung setze aber zwingend voraus, «dass die Ärztin jeweils die konkret vorliegenden, verschiedenen Interessen abwägt.» (ebd., S. 2) Damit seien «standardisierte Meldungen» ausgeschlossen.

Auf Bundesebene ist somit ein Melderecht für Berufsgeheimnisträger(innen) vorgesehen. Daneben können die Kantone jedoch selber Meldepflichten vorsehen, wie dies beispielsweise im Tessin der Fall ist (Art. 20 Abs. 5 lit. A i.V.m. Art 68 Abs. 2 LSan TI) (vgl. Kap. 3.1.1). Die rechtliche Lage bezüglich der Melderechte und -pflichten von Gesundheitsfachpersonen ist somit kompliziert, so dass es nicht verwunderlich ist, dass Gesundheitsfachpersonen trotz der zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien unsicher bezüglich ihrer Rechte und Pflichten sind. Hinzu kommt, dass die Schweigepflicht ein wichtiges Element im Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu den Patient(inn)en darstellt. Und diese wiederum ist wichtig, sollen sich gewaltbetroffene Personen Ärzt(inn)en anvertrauen. Entsprechend stellte sich auch in einer Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz die Schweigepflicht als Hemmnis bei der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen heraus (Krüger et al., 2018b). Hier scheinen klar definierte Abläufe wie beispielsweise im «Berner Modell» in Fällen sexueller Gewalt bei der Entscheidungsfindung zu helfen. Der Wunsch nach einer klaren Meldepflicht in diesen Fällen wurde vereinzelt von hier befragten Fachpersonen geäußert (vgl. Kap. 3.3). Allerdings löst sie das Dilemma nicht, in dem sich die Mediziner(innen) in diesen Fällen befinden, insbesondere aufgrund des hohen Stellenwerts der Schweigepflicht mit Blick auf das therapeutisch notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsfachperson und Patient(in). Entsprechend kritisch werden Meldepflichten im internationalen Diskurs diskutiert (u. a. McTavish et al., 2017).

Anonymisierte Fallbesprechungen sind eine wichtige Unterstützung für die Gesundheitsfachpersonen.

Vor diesem Hintergrund sind anonymisierte Fallberatungen eine wichtige Unterstützung für die Fachpersonen. Entsprechend finden Fallbesprechungen in interdisziplinären Gremien (z. B. Kinderschutzgruppen/»Child Abuse and Neglect«-Teams) oder Beratungen durch Fachstellen oder die KESB in der Regel anonymisiert statt; zum Teil werde eine Schweigepflichtsentbindung eingeholt, z. B. um einen Fall in einer Kinderschutzgruppe besprechen zu können. Dies ist auch bei Runden Tischen der Fall, wenn Fälle besprochen werden sollen.

Welche weiteren Möglichkeiten der Vernetzung gibt es?

Schulungen als Vernetzungsmöglichkeit, zentrale Rolle der Opferhilfeberatungsstellen bei Vernetzung

Eine weitere Möglichkeit der Vernetzung bieten Schulungen, insbesondere solche, die durch die kantonalen Fach-, Interventions- oder Koordinationsstellen Häusliche Gewalt angeboten werden. Zentral in der Zusammenarbeit der Akteure scheinen zudem die Opferhilfestellen zu sein. Diese sind in der Regel gut mit spezialisierten Beratungs- und Fachstellen sowie mit den Strafverfolgungsbehörden vernetzt. Mit Gesundheitsfachpersonen scheinen sie hingegen weniger gut vernetzt zu sein, wie Interviewpartner(innen) anmerkten (u. a. Telefoninterview I16, 2018). Einige befragte Opferhilfeberaterinnen wiesen darauf hin, dass sie relativ selten Meldungen von Ärzten und Ärztinnen erhalten würden. Sie vermuteten, dass diesen eventuell das relevante Wissen über Hilfs- und Unterstützungsangebote wie der Opferhilfe fehle. Dies treffe gemäss einer Interviewpartnerin vermutlich vor allem auf Mediziner(innen) in ländlichen Gebieten zu (Telefoninterview I17, 2018).

Geringe Grösse eines Kantons ist zugleich potenzieller Vor- als auch Nachteil für die Zusammenarbeit.

Insbesondere von Vertreter(inne)n kleinerer Kantone wurde die geringe Grösse als Vorteil genannt: «man kenne sich» (Telefoninterview I18, 2018). Aus diesem Grund wird hier zum Teil auf entsprechende Vernetzungsgefässe und/oder die schriftliche Fixierung der Zusammenarbeit verzichtet. In diesen Fällen funktioniere die Zusammenarbeit gut. Allerdings kann dies auch dazu führen, dass bei ausgewählten Personen dem Verdacht auf häusliche Gewalt nicht weiter nachgegangen wird (Telefoninterview I19, 2018). Andere interviewte Expert(inn)en und Praktiker(innen) gaben in Bezug auf die Qualität der interinstitutionellen Zusammenarbeit hingegen an, dass diese unterschiedlich gut sei (u. a. Telefoninterview I20, 2018). Gibt es kein definiertes Gefäss der Zusammenarbeit wie beispielsweise einen Runden Tisch, hängt die Vernetzung und die Qualität der Zusammenarbeit in der Regel von Einzelpersonen ab. Hierauf machten zwei Interviewpartner aufmerksam (u. a. Telefoninterview I21, 2018). Andere Interviewpartner(innen) wiesen darauf hin, dass ein Netzwerk Pflege bräuchte, wofür Ressourcen bereit gestellt werden müssten (u. a. Telefoninterview I22, 2018).

Gute Zusammenarbeit und Vernetzung benötigen Pflege.

Zwischenfazit «interinstitutionelle Zusammenarbeit»

Wie andere Studie zuvor, zeigen auch die vorliegenden Befunde, dass das strafrechtliche Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB) ein Hindernis in der Zusammenarbeit von Mediziner(inne)n und anderen Fachpersonen in Fällen häuslicher Gewalt darstellt. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Ärztinnen und Ärzte ein Melderecht haben oder sogar einer Meldepflicht unterstehen. Damit lösen auch normorientierte Konzepte wie im Tessin das Problem nicht, zumindest nicht für alle Gesundheitsfachpersonen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schweigepflicht ein wichtiges Element im Aufbau und der Aufrechterhaltung einer Vertrauensbeziehung zwischen Mediziner(in) und Patient(in) ist. Und diese ist für die Arbeit mit den Patient(inn)en essentiell, insbesondere wenn Tabuthemen wie häusliche Gewalt besprochen werden sollen. Dennoch ist eine funktionierende interinstitutionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in Fällen häuslicher Gewalt wichtig. Eine mögliche Lösung, die vielfach zur Verfügung gestellt wird, sind anonymisierte interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Beratungen durch die kantonalen Koordinations-, Interventions- und Fachstellen Häuslicher Gewalt oder den KESB. Auf diesem Wege können sich Gesundheitsfachpersonen beraten lassen, wie sie in einem konkreten Fall vorgehen sollten, ohne die Identität der betroffenen Patient(inn)en mitteilen zu müssen. Eine weitere Form der Zusammenarbeit stellen kantonale und regionale Arbeitsgruppen zum Thema häusliche Gewalt dar. Möglichkeiten der Vernetzung bieten darüber hinaus interdisziplinär ausgerichtete Schulungen. Im Anschluss muss das jeweilige Netzwerk jedoch auch gepflegt werden. Dies setzt die notwendigen Ressourcen voraus.

3.2.8 Evaluationen und geplante Änderungen (Fragen 1.13, 1.14)

Nur in 7 Kantonen konnten Evaluationen von Konzepten identifiziert werden.

Soweit recherchierbar sind in sieben Kantonen Konzepte oder Praktiken bzw. Teilaspekte derselben evaluiert worden. Mehrheitlich liegen diese Evaluationen einige Jahre zurück, so dass allfällige Anpassungen vermutlich bereits vorgenommen wurden (u. a. Gloor & Meier, 2004; Gloor & Meier, 2005; Romain-Glassey et al., 2011). Überwiegend handelt es sich hierbei um Konzepte oder Praktiken an Universitäts- oder Kantonsspitalern. Die beteiligten Fachpersonen haben die Befunde zum Teil publiziert (u. a. Fachstelle Gleichstellung der Stadt Zürich et al., 2010; Romain-Glassey et al., 2011). Andere Spitäler haben ihre Konzepte in der Pilotphase intern evaluiert und Anpassungen vorgenommen, ohne die Befunde zu veröffentlichen (z. B. Telefoninterview I42, I23, 2018). Beispielsweise sei der Einsatz der forensisch geschulten Pflegefachkraft in Graubünden positiv evaluiert worden (Telefoninterview I24, 2018). Am Kinderspital Zürich wurde die Einführung eines Screeningprotokolls auf der Notfallstation erprobt («The Hague Protocol», Diderich et al., 2013); die Pilotphase wurde von einer Masterstudentin begleitet, die die Befunde in ihrer Masterarbeit verarbeitet hat. Allerdings lagen ihren Analysen nur sieben Fälle zugrunde (Schmid, 2017). In den kantonalen Gesetzen häuslicher Gewalt ist ihre regelmässige Evaluation festgeschrieben (Art. 16 LOVD, Art. 23

GhG-VS). Sowohl im Wallis als auch in Waadt soll dies in einem 5-Jahres-Rhythmus erfolgen, so dass diese Arbeiten noch ausstehen.

Der Kanton Bern hat 2017 die Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln» (Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al., 2016) an Mediziner(innen) im Kanton verschickt und sie diese bewerten lassen (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2018). Insgesamt sei die Evaluation positiv ausgefallen. Das Gleiche treffe auf die Zufriedenheitsbefragung der Patient(inn)en der medizinischen Gewaltabteilung am CHUV im Jahr 2008 zu (Romain-Glassey et al., 2011). Die Zufriedenheitswerte seien hoch gewesen. Darüber hinaus habe die Befragung gezeigt, dass die Dokumentation der Beschwerden und Verletzungen von den meisten Betroffenen als Beweismittel in Strafverfahren verwendet wurde. Doch auch diejenigen Patient(inn)en, die die Dokumentation nicht weitergeleitet hatten, hätten sie als sinnvoll bewertet, woraus die Autor(inn)en einen therapeutischen Nutzen der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden ableiten (vgl. Kap. 3.2.3).

Neben wissenschaftlichen Konzeptevaluationen werden Anpassungen an den Konzepten aufgrund gesetzlicher oder struktureller Änderungen durchgeführt; beispielsweise übernimmt die Opferhilfe des Kantons Luzern seit dem 01. Januar 2019 die Fälle aus dem Kanton Nidwalden, da dieser aufgrund der geringen Fallzahlen Probleme beim Aufbau entsprechender Strukturen hatte (Telefoninterview I25, 2018). In anderen Kantonen sind Änderungen geplant oder werden als notwendig erachtet, die Planungen sind jedoch sistiert aufgrund fehlender finanzieller Mittel (u. a. Telefoninterview I26, 2018). Laut Auskünften der telefonisch befragten Personen sind in einigen Kantonen gerade Anpassungen in Arbeit (z. B. Telefoninterview I27, 2018) oder die Vorgaben würden aufgrund von Rückmeldungen laufend aktualisiert (Telefoninterview I28, 2018).

Geplante Änderungen werden zum Teil aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht durchgeführt.

Zwischenfazit «Evaluationen und geplante Änderungen»

Die Frage nach allfälligen Evaluationen (Frage 1.14) und geplanten Änderungen (Frage 1.13) können beide vor dem Hintergrund der Befunde insgesamt bejaht werden. Die regelmässige Evaluation der kantonalen Gesetze häuslicher Gewalt ist in ihnen festgeschrieben (Art. 16 LOVD, Art. 23 GhG-VS). Allerdings ist den Recherchen zufolge nur ein kleiner Teil der Konzepte evaluiert worden bzw. Teilaspekte derselben. Zudem liegen die Evaluationen und die allfällig erfolgten Änderungen häufig bereits einige Jahre zurück. Keines der identifizierten Konzepte und seine Wirkung scheint bisher umfassend evaluiert worden zu sein. Institutionsinterne Konzepte werden zudem häufig laufend überprüft und angepasst, ohne dass die Befunde öffentlich zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise können aber andere, die ein entsprechendes Konzept entwickeln nicht von den gemachten Erfahrungen profitieren.

Praxisbeispiel: Evaluationen

Vor dem Hintergrund, dass die von den Kantonen veröffentlichten Broschüren ein wesentliches Element der identifizierten kantonalen Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung darstellen, wird im Folgenden die genannte Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Kanton Bern zur Bewertung der aktuellen Informationsbroschüre kurz skizziert (Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt, 2018).

Umfrage der Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt

Im Frühjahr 2017 hat die **Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt** den rund 750 niedergelassenen Ärzt(inn)en im Kanton die Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln» zugeschickt. Der Broschüre lag ein Fragebogen in Papierform zur Bewertung der Broschüre bei; es bestand zudem die Möglichkeit, die Umfrage elektronisch auszufüllen. Der Bogen wurde von der Interventionsstelle zusammen mit Fachpersonen des Gesundheitswesens und der Opferhilfe entwickelt. Ziel der Befragung war es laut der Autor(inn)en «das Einholen von Rückmeldungen zur Bro-

schüre, die Erhebung von Zahlen, die Förderung der Auseinandersetzung mit der Thematik und das Erfassen von Verbesserungsmöglichkeiten» (ebd., S. 1). An der Befragung haben sich 122 Mediziner(innen) beteiligt, was einen Rücklauf von unter 20 % bedeutet.

Der Fragebogen selbst bestand aus einem etwa halbseitigen Anschreiben, in der die angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte über häusliche Gewalt und ihre wichtige Rolle in diesen Fällen sowie über das Ziel und die Dauer der Umfrage informiert wurden. Diesen Informationen schlossen sich acht Fragenblöcke zu den folgenden Themen an: Die ersten vier Fragen bezogen sich auf die **bisherigen Erfahrungen und das bisherige Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt**. Der fünfte Fragenblock bezog sich auf **Hilfestellungen**, die sich die Befragten vom Kanton im Umgang mit häuslicher Gewalt wünschen würden; die sechste Frage bezog sich schliesslich auf die genannte **Broschüre**. Im Anschluss konnten die Befragten **Fragen zum Thema häusliche Gewalt** an die Interventionsstelle richten, und im letzten Frageblock wurden **Angaben zur Person** der Befragten erhoben. Mit Ausnahme der ersten Frage hatten die befragten Mediziner(innen) nach jeder Frage die Möglichkeiten, Anmerkungen zum jeweiligen Thema anzubringen.

Mit Blick auf die Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln» wurden die Praktiker(innen) ausschliesslich gefragt, ob sie die Broschüre als hilfreich empfunden haben (ja, nein, teils/teils). Fast 90 % hätten diese Frage bejaht (Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt, 2018). Zwar ist dies eine wichtige Information, sie sagt jedoch nichts darüber aus, ob und wie die Broschüre von den Fachpersonen in ihrem Arbeitsalltag genutzt wird und ob sie tatsächlich dazu geführt hat, dass die Befragten das Thema häusliche Gewalt nun vermehrt in Kontakt mit den Patient(inn)en ansprechen, die Verletzungen und Beschwerden juristisch verwertbar dokumentieren und die Gewaltopfer an geeignete Fachstellen weiterverweisen.

Wichtige Informationen zu Problemen im Umgang mit häuslicher Gewalt liefern jedoch zusätzlich die Antworten auf die Frage nach gewünschten Hilfestellungen sowie die der Interventionsstelle gestellten Fragen zum Thema häusliche Gewalt, da sie auf entsprechenden Informationsbedarf hinweisen.

3.2.9 Statistiken zu häuslicher Gewalt als Thema in der medizinischen Versorgung (Frage 1.3)

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 (WHO, 2017). Seit der Revision der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2009 werden Fälle häuslicher Gewalt in den PKS des Bundes und der Kantone ausgewiesen (u. a. BfS, 2018). Darüber hinaus führen die anerkannten Opferhilfberatungsstellen eine Statistik, die auf Bundesebene zusammengeführt wird (u. a. BfS, 2018). Aus den beiden Statistiken geht allerdings nicht hervor, wie viele der Betroffenen Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen hatten. In Bezug auf Gewalt gegen ältere Menschen führt die UBA eine Statistik zu ihren Beratungsfällen (Telefoninterview I43, 2018).

Nur in neun der identifizierten Konzepte in sieben Kantonen ist das Erstellen einer Statistik zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung vorgesehen, drei dieser Konzepte beziehen sich ausschliesslich auf Gewalt gegen Kinder. Zu den Konzepten, die eine systematische Datenerfassung beinhalten, zählen zum einen Statistiken der Fälle der Universitäts- und Kantonsspitäler ($n=4$) sowie Statistiken auf kantonaler Ebene ($n=4$). So erfassen die beiden Westschweizer medizinischen Gewaltabteilungen am **CHUV** und **HUG** sowie das **Inselspital Bern** und die **Maternité des Triemli Spitals Zürich** systematisch Daten zu ihren Fällen. In unregelmässigen Abständen werden diese Daten publiziert (z. B. Hostettler-Blunier et al., 2018). Vier der befragten rechtsmedizinischen Institute halten zwar ebenfalls Daten zu ihren Fällen fest, können jedoch

Es werden kaum systematisch Daten zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in der Schweiz erfasst.

aufgrund der Daten keine Aussagen über Fälle häuslicher Gewalt treffen. Darüber hinaus veröffentlicht die Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderspitäler der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) die Zahl der an 20 von 31 Kinderspitälern registrierten Fälle von Kindesmisshandlung. Das Miterleben von elterlicher Paargewalt wird dort unter psychischer Gewalt subsumiert und explizit thematisiert (u. a. SGP, 2018). Und auch in den analysierten Konzepten zu Gewalt gegen Kinder ist die systematische Erfassung relevanter Daten vorgesehen.

Am rechtsmedizinischen Institut **Graubünden** führt zur Zeit eine forensisch geschulte Pflegefachkraft die Statistik; hier würden Tötlichkeiten erfasst. Im Rahmen des neuen Konzeptes der Opferhilfestelle sei eine aussagekräftige Statistik geplant, zum Zeitpunkt der Befragung stand jedoch noch nicht fest, welche Informationen erfasst werden (Telefoninterview I29, 2018). In den Kantonen **Waadt** und **Wallis** ist nach den kantonalen Gesetzen gegen häusliche Gewalt (Art. 15 LOVD, Art. 22 GhG-VS) die Führung eines Registers vorgesehen. Der Erfassungsbogen des Kantons Wallis ist seit Anfang 2019 im Spital Wallis in Gebrauch (siehe unten). Für Privatpraxen konnte hingegen trotz gesetzlicher Grundlage noch kein Meldesystem entwickelt werden. In der **Genfer** Statistik zu häuslicher Gewalt werden die Daten verschiedener Institutionen zusammengeführt (Kantonspolizei, Jugendämter, Bewährungshilfe, Opferhilfe etc.), die Daten der Gewaltabteilung der HUG sowie der Kinderschutzgruppe werden dabei separat ausgewiesen, da diese aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mit den Daten der anderen Dienste zusammengeführt werden könnten (Office cantonal de la statistique Genève [OCSTAT], 2018). Für Studien bzw. Fachpublikationen scheinen aber noch weitere Daten aus den Patientendossiers genutzt zu werden (Halperin, 2002).

Die WHO (2017, S. 104) empfiehlt die folgenden Informationen zu den Betroffenen systematisch zu erfassen:

- Grundlegende Merkmale der gewaltbetroffenen Person (wie sie für alle Patient[inn]en erfasst werden),
- Gewaltform (körperlich, sexuell, psychisch)
- Täter(in)-Opfer-Beziehung
- Gesundheitliche Beschwerden der Opfer
- durchgeführte Untersuchungen
- Behandlungsmassnahmen
- Weiterleitung an andere Fachstellen, andere Unterstützungsleistungen

Erfasste Informationen

Zu vier Statistiken lagen Angaben dazu vor, welche Daten erfasst werden. Hierzu zählen in allen Fällen die Gewaltform (körperliche, psychische und sexuelle Gewalt; zum Teil weitere Gewaltformen) sowie das Alter oder das Geburtsjahr der (mutmasslichen) Opfer und die Täter(innen)-Opfer-Beziehung. In drei Fällen werden auch das Geschlecht der Opfer, der Zeitpunkt oder Tag der Aufnahme bzw. Untersuchung sowie Angaben zur Triage erfasst. Nur noch in zwei Registern werden Informationen zum Alter und Geschlecht der gewaltausübenden Person, der Staatsbürgerschaft der Patient(inn)en sowie der Anzahl der Gewaltsituationen (bzw. Wiederholungsfall) festgehalten. Jeweils in einem Register werden die folgenden Daten systematisch erfasst: Symptome, Verletzungsart, Ort der Verletzung, Schwere der Verletzung, Gegenstand mit dem die Verletzungen zugefügt wurden, hinzugezogene weitere Fachpersonen, Dauer der Konsultation. An den Spitälern können bei Bedarf zudem weitere Daten den Patientendossiers entnommen werden.

Zwischenfazit «Statistiken zu häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung»

In der Schweiz werden kaum systematisch Daten zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung erhoben. Dies gilt insbesondere für Daten auf kantonaler Ebene. Darüber hinaus sind die Register unterschiedlich umfassend und damit unterschiedlich aussagekräftig. Auffällig ist, dass sich die Konzepte, die eine systematische Datenerfassung beinhalten, von Gesundheitsfachpersonen entwickelt wurden, zum Teil getragen vom jeweiligen Kanton. Eine Rolle spielt hierbei sicherlich, dass es sich dabei mehrheitlich um Mitarbeitende von Universitäts- und Kantonsspitalern mit Forschungsauftrag handelt.

Praxisbeispiel: Statistiken zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Als Beispiel für eine Mindestvariante an zu erhebenden Daten zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung wird im Folgenden der Erfassungsbogen des Kantons Wallis in Zusammenarbeit mit dem Spital Wallis und der HES-SO vorgestellt. Der Bogen wird seit Beginn des Jahres am Spital Wallis zur Erfassung bestätigter und vermuteter Fälle häuslicher Gewalt eingesetzt.

Praxisbeispiel: «Statistiken zu Fällen häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung»: Formulaire de déclaration d'un cas de violence domestique (avérée ou suspectée) / Formular zur Meldung von (bestätigter oder vermuteter) häuslicher Gewalt

Der Erfassungsbogen umfasst eine DIN A4-Seite mit Informationen zu sieben thematische Blöcken:

1. **Allgemeine Angaben:** Datum, Geburtsjahr der Patientin/des Patienten, Geschlecht, Wiederholungsfall (ist anzukreuzen, wenn die Person bereits zuvor wegen häuslicher Gewalt im Spital vorstellig geworden ist)
2. **Angaben zur Täter(innen)-Opfer-Beziehung** (aktuelle/r Partner/in, Ex-Partner/in, Kind, Bruder oder Schwester, Mitglied der Pflegefamilie [bei Kindern], andere Beziehung [welche?])
3. **Gewaltform** (körperliche, psychische und/oder sexuelle Gewalt, wobei jeweils angegeben werden soll, ob dies jeweils vermutet wird oder ob dies bestätigt wurde)
4. **Symptome** (Hämatome, Frakturen, Wunden, psychisches Trauma, andere Symptome [welche?])
5. **Zuweisende Stellen** (Polizei, Frauenhaus, Angehörige, Opferhilfe, Verein, Selbsteinweiser/in, andere [welche?])
6. **Behandelndes Spital**
7. **Abteilung innerhalb des Spitals**

3.2.10 Unterschiede zwischen Konzepten und Empfehlungen zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen (Frage 1.3, 1.5)

Wie die Ausführungen zu den analysierten Konzepten zeigen, lassen sich wenig Unterschiede mit Blick auf die verschiedenen Handlungskontexte (Privatpraxis vs. Spital) oder hinsichtlich verschiedener Gruppen innerhalb der Gesundheitsberufe finden. Dies zeigt auch ein Vergleich der DOTIP-Broschüren, die für verschiedene Berufsgruppen herausgegeben wurden (u. a. Gynäkolog[inn]en [Renteria et al., 2008], Apotheker[innen] [Schütz & Hofner, o. J.]).⁴⁰ Allerdings richten sich die Informationsbroschüren

Konzepte für verschiedene Berufsgruppen und Handlungskontexte unterscheiden sich kaum.

⁴⁰ Mittlerweile existiert für den Sozialbereich ein ähnliches Konzept: Détection et orientation sociale accompagnée de situations de violences au sein du couple (DOSAVI) (Lorenz, Flühmann & Wüthrich, 2017).

explizit oder implizit an Allgemeinmediziner(innen) bzw. Hausärzte/-ärztinnen des Erwachsenensystems. Vertreter(innen) der sog. medizinischen Hilfsberufe (z. B. Pflegefachpersonen, Hebammen) erreichen sie hingegen scheinbar kaum, obwohl sich diese entsprechendes Material wünschen würden, wie die Online-Befragung gezeigt hat (vgl. Kap. 3.3). Hebammen und Pflegefachpersonen werden jedoch systematischer zum Thema häusliche Gewalt geschult, wobei auch hier Expertinnen Verbesserungsbedarf ausgemacht haben (zusammenfassend: Krüger et al., 2018b). Neben den Broschüren der kantonalen Fach-, Interventions- und Koordinationsstellen häusliche Gewalt lassen sich Broschüren von Berufsverbänden finden, die sich explizit an ihre Mitglieder wenden. So liegt die Broschüre der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2009) vor sowie ein Leitfaden von Kinderschutz Schweiz zusammen mit der FMH zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen (Lips, 2011). Letzterer enthält auch Informationen für weitere relevante Gesundheitsfachpersonen wie Zahnärzte/-ärztinnen und Praxisassistent(inn)en (Lips, 2011).

Neben der genannten Broschüre zur **Früherkennung und Intervention in Fällen von Kindeswohlgefährdung** lassen sich auch von kantonalen Stellen Materialien zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen sowie zum weiteren Vorgehen in diesen Fällen finden (Risikoeinschätzung, Erstellen einer Gefährdungsmeldung bei der KESB, Beratungsgespräche mit Kindern). Diese richten sich aber häufig an Schulpersonal, Sozialarbeitende oder allgemein an Personen, die mit Kindern arbeiten (z. B. Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2013; Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Aargau, Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt, 2014; Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg, 2015; Fachstelle Häusliche Gewalt, Kantonspolizei Thurgau, 2015; Hauri & Zingaro, 2013) (für einen Überblick siehe Krüger et al., 2018b). Darüber hinaus liegen in Fällen von Kindeswohlgefährdungen sowie in Erwachsenenschutzfällen explizite Zusammenarbeitsvereinbarungen bzw. Empfehlungen vor (beispielsweise zwischen Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen: Schweizerischer Hebammenverband – Sektion Bern & Mütter- und Väterberatung Kanton Bern [o. J.] oder Ärzt[inn]en und den KESB: Ärztegesellschaft des Kantons Zürich et al., 2017; 2019).

Mit Blick auf die verschiedenen **Gewaltformen** erhält man aufgrund der Analysen zudem den Eindruck, dass das Vorgehen in Fällen sexueller Gewalt gegen Frauen (unabhängig von der Täter[innen]-Opfer-Beziehung) stärker strukturell verankert ist, als das Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt. So werden betroffene Frauen in der Regel an die Frauenkliniken oder gynäkologischen Abteilungen der Spitäler verwiesen und die rechtsmedizinischen Institute für die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Patient(inn)en hinzugezogen, was die Qualität der Dokumentation sicherstellt. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich diesem Thema früher angenommen wurde. So wurde beispielsweise das «Berner Modell» bereits 1986 entwickelt.

Unterschiede im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in einem **stationären** und einem **ambulanten Setting** liegen zum einen darin, dass in Kliniken oder Spitälern häufig intern die Möglichkeit des kollegialen, interdisziplinären Austauschs besteht. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der telefonischen Befragung daraufhin, dass die spitalinternen Sozialdienste eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Mediziner(innen) darstellen. Dies trifft insbesondere auf den Aspekt der Triage der gewaltbetroffenen Patient(inn)en zu (vgl. Kap. 3.2.5). Darüber hinaus ist an Spitälern die Wahrscheinlichkeit der Einstellung einer forensisch geschulten Pflegefachkraft höher, die die Versorgung der Gewaltopfer übernehmen kann (inkl. der juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden). Mit Blick auf die Ablage der Dokumentationen und Fotos ist in diesem Setting jedoch ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, wer Zugriff auf diese Daten hat. Und auch bei der Einschränkung der Personen mit Zugriff auf die Dokumentationen erweisen sich die spitalinternen Sozialdienste in der Praxis als eine Hilfe (vgl. Kap. 3.2.3).

3.3 Umsetzung der Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung (Fragen 2.1-2.3)

Mit Blick auf die Umsetzung der Konzepte und Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung wurde eine Zufallsauswahl von in der Schweiz praktizierenden Gesundheitsfachpersonen nach ihrer Kenntnis entsprechender Konzepte (Kap. 3.3.1), ihren Erfahrungen mit Fällen häuslicher Gewalt (Kap. 3.3.2), dem Besuch entsprechender Schulungen (Kap. 3.3.3) sowie nach Herausforderungen bei der Versorgung gewaltbetroffener Patient(inn)en befragt (Kap. 3.3.4). Sie konnten zudem angeben, welche Unterstützungsmassnahmen sie sich von kantonaler Seite in diesen Fällen wünschen würden (Kap. 3.3.5). Die im Folgenden zusammengefassten Befunde der standardisierten Online-Befragung werden, wo sinnvoll, um Befunde aus der telefonischen Befragung und der Dokumentenanalyse ergänzt.

3.3.1 Kenntnis von und Orientierung an Konzepten zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt

Damit Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt von den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen umgesetzt werden können, müssen ihnen diese selbstverständlich zunächst einmal bekannt sein. Die Fachpersonen wurden daher gefragt, ob sie ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung kennen. Zur Erläuterung wurde angemerkt, dass es sich dabei beispielsweise um Handlungsanweisungen oder um Materialien handeln könne, die den Umgang mit der Thematik erleichtern sollen (z. B. Checklisten oder Dokumentationsbögen). Das Konzept konnte in Form einer öffentlich zugänglichen Broschüre, einer Online-Publikation etc. vorliegen oder auch als Dokument, das nur intern (z. B. innerhalb einer Praxis oder Klinik) Verwendung findet.

Ein Konzept für die eigene Berufspraxis, das diese Definition erfüllt, kannte nach eigener Angabe rund ein Viertel der Befragten (24,0 %). Knapp zwei Drittel (61,8 %) kannten keines, die übrigen waren sich nicht sicher (14,2 %). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: Pflegefachpersonen (18,1 %) kannten deutlich seltener ein Konzept als Psychotherapeut(inn)en (43,6 %) oder stationäre Mediziner(innen) (46,2 %); niedergelassene Mediziner(innen) und Hebammen lagen dazwischen (25,0 bzw. 20,9 %; Abb. 8).

24 % der Befragten kannten ein Konzept, wobei sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen fanden.

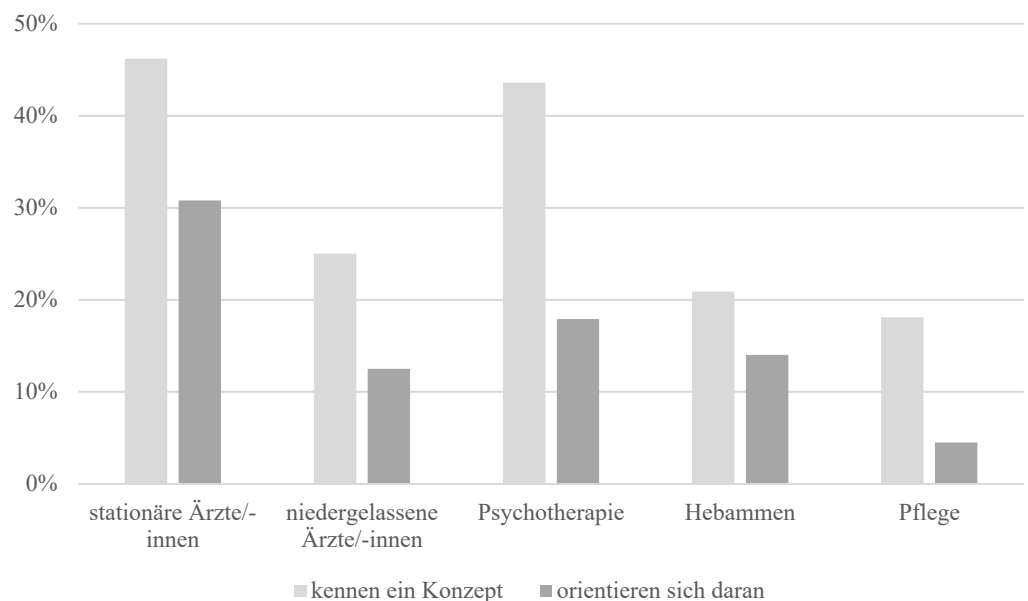


Abbildung 8: Anteil an Personen, die mindestens ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung kannten bzw. sich daran orientierten, nach Berufsgruppe

Rund 30 % der stationär tätigen Mediziner(inne)n orientieren sich an einem Konzept, bei den übrigen Berufsgruppen liegt der Anteil (zum Teil deutlich) darunter.

Dass eine Fachperson ein Konzept kennt, bedeutet freilich noch nicht, dass sie sich in ihrer Berufspraxis auch daran orientiert. Das zeigt sich in den Antworten auf die entsprechende Frage nach der Orientierung an einem Konzept in der Berufspraxis. Unter den stationär tätigen Ärzt(inn)en beträgt der Anteil derer, die sich an einem Konzept orientieren, rund ein Drittel (30,8 %), in den übrigen Berufsgruppen liegt er noch tiefer (Abb. 8). Unter den Pflegefachpersonen beträgt der Anteil lediglich 4,5 %.

Denjenigen, die sich an keinem Konzept orientierten, obwohl sie eines kannten, wurde die Frage gestellt, weshalb sie das nicht tun. Die am häufigsten genannten Gründe hierfür waren eine fehlende institutionelle Einbettung des Konzepts, dessen fehlende Praxistauglichkeit oder mangelnde zeitliche Ressourcen. Von jenen, die sich an einem Konzept orientierten, richteten sich nach eigener Angabe rund 60% stark oder sehr stark danach aus, die übrigen rund 40% taten das nur mässig.

Die Antworten auf die Frage, an welchem Konzept man sich orientiert, zeigen allerdings, dass der Begriff – trotz der 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. Konkrete Angaben zu Titeln oder Autorenschaft fehlten in den meisten Fällen. Nur in Einzelfällen wurde erwähnt, dass sich die befragte Person an bestimmten Broschüren orientiert (siehe unten).

Rund ein Viertel (24 %) betrachtete das genannte Konzept als «sehr praxistauglich/nützlich», rund 40 % fanden ihr Konzept «eher/teilweise praxistauglich/nützlich». 7,4 % gaben an, dass das Konzept eher oder gar nicht praxistauglich/nützlich sei. Rund 30 % schliesslich konnten dies nicht beurteilen.

Elf Befragte haben ihnen bekannte veröffentlichte und/oder unveröffentlichte Konzepte, Leitfäden und Praktiken genannt. Diese lassen sich den folgenden Kategorien zuordnen:

- **Publizierte Konzepte/Leitfäden zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung:**
 - Fachstelle für Gleichstellung et al. (2010) (*n*=3)
 - Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (2009) (*n*=2)
 - Leitfaden Kinderschutz Schweiz (Lips, 2011) (*n*=1)
 - Informationsbroschüren («Protocole d'intervention des professionnels»; «Violences sexuelles contre les femmes – Que faire»; *n*=2)
 - Publizierte Hinweise auf Gewalterfahrung: «Red flags» (vermutlich Hagemann-White & Bohne, 2003) (*n*=1)
- **Informationen von kantonalen und regionalen Fach- und Beratungsstellen:**
 - Konzept/Leitfaden der jeweiligen Opferhilfe/Frauenhaus (ohne nähere Angaben) (*n*=6)
 - Informationen von Fach- oder Anlaufstellen Häusliche Gewalt (*n*=2)
 - Informationen der Tessiner Kinderschutzstiftung (ASPI) (*n*=1)
 - Kantonale Unterlagen (z. B. Flyer), Veröffentlichungen zu Kindesanhörung, standardisierte Fragebögen (ohne weitere Angaben) (*n*=1)
 - Kantonale Unterlagen (ohne weitere Angaben) (*n*=3)
 - Informationsunterlagen diverser kantonalen und föderaler Stellen (insb. EBG) (*n*=1)
- **Gesetzliche Grundlagen** bzw. Informationen hierzu (Opferhilfegesetz, Straf- und Zivilrecht, Gesundheitsgesetz) (inkl. Formular zu Meldung von Gewaltfällen bei Meldepflicht) (*n*=5)

- **Interne Konzepte/Unterlagen:**
 - Interne Konzepte/Vorgehen ($n=5$; mit Blick auf Kinder: $n=1$; mit Blick auf sexuelle Gewalt gegen Frauen: $n=2$; mit Blick auf Opfer häuslicher Gewalt: $n=2^{41}$)
 - Internes Vorgehen Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden (u. a. Notfallstation) ($n=3$)
 - Konzepte der Kantonsspitäler Fribourg, Bern und Lausanne (ohne weitere Angaben) ($n=1$)
- **Schulungsunterlagen, Literatur:**
 - Rösch (o. J.). «Frauen und Familiengesundheit». ZHAW ($n=1$)
 - Schulungsunterlagen Notfallmedizin (ohne weitere Angaben) ($n=1$)
 - Diverse Literatur zum Thema (häusliche) Gewalt ($n=1$)

Standen den Forschenden entsprechende Unterlagen zu diesen Konzepten, Leitfäden und Praktiken zur Verfügung, wurden diese in der Dokumentenanalyse berücksichtigt (vgl. Kap. 2.2.4).

3.3.2 Erfahrungen im Umgang mit häuslicher Gewalt

57 % der Befragten waren im Jahr vor der Befragung wissentlich mit mind. einem Fall von häuslicher Gewalt in der Praxis konfrontiert, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten.

Um einordnen zu können, vor welchem Erfahrungshintergrund die befragten Praktiker(innen) berichten, wurden sie gebeten, eine Schätzung darüber abzugeben, mit wie vielen Fällen häuslicher Gewalt sie in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in ihrer beruflichen Praxis konfrontiert waren. Über die gesamte Stichprobe hinweg gaben etwas weniger als die Hälfte der Personen an (42,9 %), im letzten Jahr mit gar keinem Fall häuslicher Gewalt konfrontiert gewesen zu sein. Rund 20 % hatten es mit einem bis zwei Fällen zu tun, weitere 27,5 % mit fünf bis zehn Fällen. Rund jede zehnte Gesundheitsfachperson (9,7 %) behandelte wissentlich mehr als zehn Fälle häuslicher Gewalt.

Beträchtliche Unterschiede wurden zwischen den Berufsgruppen erkennbar: Bei den somatischen Ärzt(inn)en und den Psychotherapeut(inn)en lag der Anteil derer, die mindestens einen Fall von häuslicher Gewalt im Jahr zuvor wissentlich behandelt hatten, bei jeweils über 80 %, bei den Hebammen bei 62,8 %, bei den Pflegefachpersonen bei 45,9 % (Abb. 9). Eine ähnliche Varianz bestand bezüglich der mittleren Fallzahlen pro Jahr: So waren Ärzte/-innen mit durchschnittlich 8,2 Fällen ($SD=15,5$) deutlich häufiger mit häuslicher Gewalt konfrontiert als Vertreter(innen) der Psychotherapie ($M=5,8$, $SD=10,3$), der Geburtshilfe ($M=3,5$, $SD=12,5$) oder der Pflege ($M=5,0$, $SD=12,1$). Bei der Interpretation dieser Werte ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie nichts darüber aussagen, wie gross der Anteil von Fällen häuslicher Gewalt an allen Fällen ist, mit denen die Fachpersonen im Verlauf des Jahres konfrontiert waren. Ferner gilt es zu bedenken, dass nicht alle Fälle häuslicher Gewalt auch als solche identifiziert werden und dass die Rate an unerkannten Fällen vermutlich ebenfalls zwischen den Berufsgruppen schwankt.

⁴¹ Die betreffende Person gab an, sich an die medizinische Gewaltabteilung des Genfer Universitätsspital zu wenden (HUG). Die zweite Person gab an, den Betroffenen die Möglichkeit zur Offenbarung zu geben.

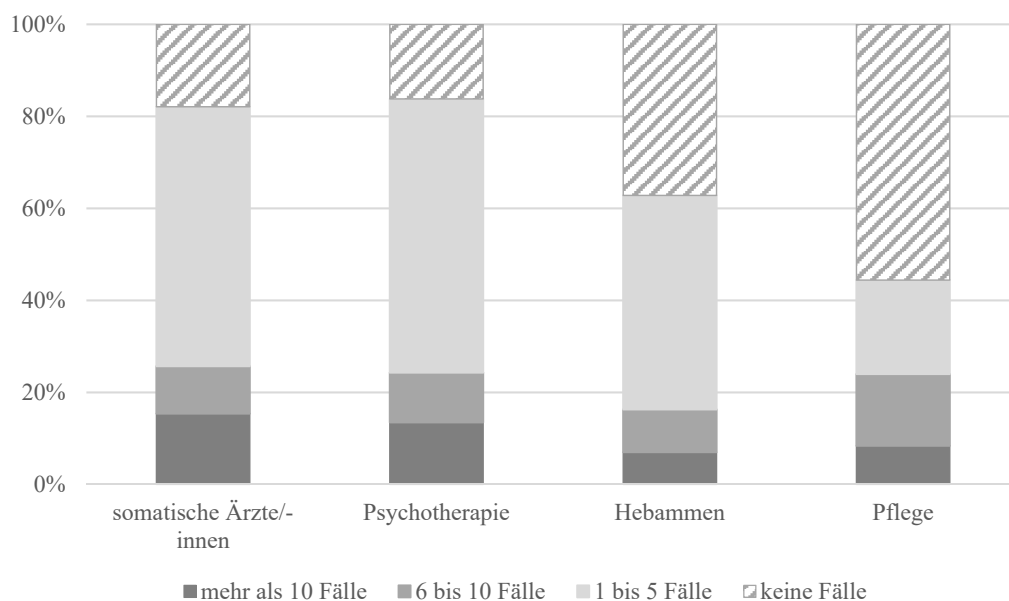


Abbildung 9: Geschätzte Anzahl Fälle von häuslicher Gewalt in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, über die Berufsgruppen hinweg, in %

24 % der Befragten, die im letzten Jahr mit mind. einem Fall häuslicher Gewalt konfrontiert waren, sprechen das Thema (fast) nie an.

Erfahrungen mit häuslicher Gewalt in der Praxis: Ansprechen der Gewalt

Diejenigen Fachpersonen, die im Jahr vor der Befragung mindestens einen Fall von häuslicher Gewalt in ihrer Praxis angetroffen haben, wurden gefragt, wie oft und in welchen Situationen sie ihre Patient(inn)en auf häusliche Gewalt ansprechen. Über alle Berufsgruppen hinweg tat dies nach eigenen Angaben rund ein Viertel der Befragten nie oder fast nie (23,8 %), drei Viertel taten es zumindest gelegentlich. Die Personen, die das Thema mindestens gelegentlich ansprechen, konnten wiederum angeben, ob sie das Thema häusliche Gewalt routinemässig (z. B. im Rahmen der Anamnese) bei allen Patient(inn)en ansprechen oder nur bei entsprechenden Auffälligkeiten. Auch hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: Eine routinemässige Befragung nehmen die befragten Pflegefachpersonen (9,6 %) und niedergelassenen sowie stationär tätigen Ärzte/-innen (5,9 bzw. 0,0 %) seltener vor als Hebammen (32,0 %) und Psychotherapeut(inn)en (38,7 %).

Eine weitere Frage in diesem Zusammenhang bezog sich darauf, wie Gesundheitsfachpersonen vorgehen, wenn sie häusliche Gewalt zum Thema machen. Bedienen sie sich dabei eines standardisierten Erhebungsinstruments (z. B. eines Gesprächsleitfadens oder eines Fragebogens) oder explorieren sie das Thema im freien Gespräch? Wenn sie es im freien Gespräch tun: Verwenden sie dabei direkte Fragen, die das mögliche Gewaltvorkommnis als solches ansprechen, oder nähern sie sich der Thematik durch indirekte Fragen? Da diese Strategien unter Umständen parallel zur Anwendung kommen, konnten die Befragten nicht nur eine, sondern ggf. auch mehrere Antwortkategorien wählen.

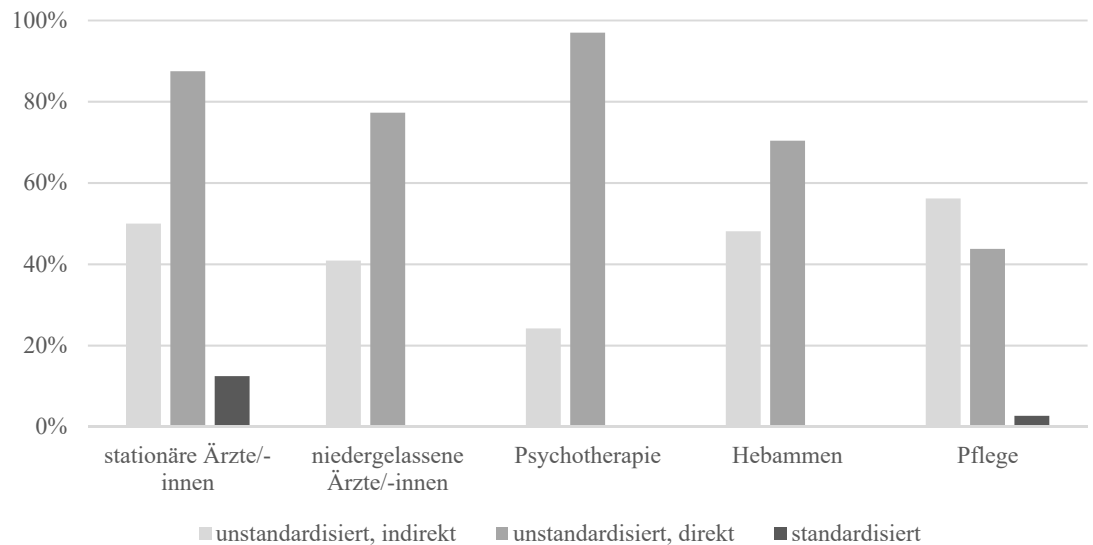


Abbildung 10: Anteil an Personen, die zur Thematisierung häuslicher Gewalt die jeweilige Befragungsmethode anwenden, nach Berufsgruppe

Standardisierte (Früh-)Erkennungsinstrumente werden von den Befragten sehr selten verwendet.

Im Ergebnis zeigt sich, dass standardisierte Instrumente zur Exploration häuslicher Gewalt in der alltäglichen Praxis der Gesundheitsversorgung nahezu inexistent sind. Unter den niedergelassenen Ärzt(inn)en, den Psychotherapeut(inn)en und den Hebammen fand sich kein einziger solcher Fall in unserer Stichprobe (Abb. 10). Auch bei den stationär tätigen Ärzt(inn)en (12,5%) und den Pflegefachpersonen (2,7 %) machen Personen, die ein solches Verfahren einsetzen, eine kleine Minderheit aus. Am stärksten verbreitet sind in allen Berufsgruppen ausser der Pflege direkte Fragen nach häuslicher Gewalt, aber auch indirekte Fragen werden häufig eingesetzt. Auffallend ist hier, dass Psychotherapeut(inn)en seltener indirekte Fragen stellen als die anderen Berufsgruppen, Hebammen und insbesondere Pflegefachpersonen dagegen im Verhältnis vergleichsweise häufig.

Erfahrungen mit häuslicher Gewalt in der Praxis: bisher ergriffene Massnahmen

Welche Massnahmen ergreifen Gesundheitsfachpersonen, wenn sie in ihrer Praxis einen Fall häuslicher Gewalt antreffen? Den Studienteilnehmenden wurde zu dieser Frage eine Liste möglicher Massnahmen vorgelegt. Sie hatten zudem die Möglichkeit, selbst weitere Massnahmen zu ergänzen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2. Die Tabelle zeigt auf, wie viele der Befragten in den unterschiedlichen Berufsgruppen die jeweilige Massnahme in ihrer bisherigen Praxis selbst bereits mindestens einmal ergriffen haben. Die Anordnung in der Tabelle entspricht folgendem Prinzip: Je höher eine Massnahme in der Tabelle steht, desto öfter gaben die Befragten im Mittel der fünf Berufsgruppen an, dass sie sie bereits einmal ergriffen hätten.

Tabelle 2: Anteil an Personen, die in erkannten Fällen häuslicher Gewalt schon einmal die jeweilige Massnahme ergriffen haben, nach Berufsgruppe

Massnahme	Berufsgruppe				
	Ärzte/-innen		Psycho- therapie (n=39)	Hebam- men (n=44)	Pflege (n=145)
niederge- lassen (n=31)	stationär (n=18)				
Information von betroffenen Patient(inn)en über spezielle Unterstützungs-/Beratungsangebote	60,9%	77,8%	72,7%	85,2%	39,5%
Dokumentation der Verletzungen (z. B. mittels Fotos oder Beschreibungen)	73,9%	44,4%	6,1%	25,9%	43,4%
Aktive Vermittlung in Unterstützungs-/Beratungsangeboten (u. a. Herstellen des Erstkontakts im Rahmen der Konsultation)	56,5%	33,3%	60,6%	29,6%	13,2%
Inanspruchnahme einer Fallberatung durch eine spezifische Stelle (z. B. KESB, Kinderschutzgruppe, Opferhilfe etc.)	13,0%	22,2%	39,4%	25,9%	9,2%
Weiterweisung an ein Spital/Notfall (z. B. für die Dokumentation der Verletzungen)	34,8%	0,0%	30,3%	14,8%	6,6%
Meldung an KESB	4,3%	11,1%	21,2%	22,2%	7,9%
Meldung an Strafverfolgungsbehörde	13,0%	11,1%	9,1%	3,7%	6,6%
Anderes	8,7%	11,1%	0,0%	14,8%	21,1%

Die drei häufigsten Massnahmen, die die Befragten bisher in Fällen häuslicher Gewalt ergriffen haben, waren Informieren über Hilfs-/Unterstützungsangebote, Dokumentation der Verletzungen und aktive Weitervermittlung der Patient(inn)en.

Die häufigste Massnahme stellte das Informieren der Patient(inn)en über Hilfs- und Unterstützungsangebote (z. B. Beratung) dar. Hier fällt auf, dass Pflegefachpersonen vergleichsweise selten zu diesem Mittel greifen. Eine mögliche Erklärung dafür findet sich in unseren Daten: Die Pflegefachpersonen sind diejenige Berufsgruppe, die am häufigsten weitere, im Fragebogen nicht bereits vorweggenommene Massnahmen benannt hat. Hier wurde besonders häufig die Meldung des betreffenden Falles an den zuständigen Arzt bzw. die zuständige Ärztin als Massnahme erwähnt. Insofern ist es plausibel, dass Pflegefachpersonen ihre Patient(inn)en nicht selbst über Unterstützungsangebote informieren, sondern diese Aufgabe den behandelnden Arzt(inn)en überlassen. Darüber hinaus war das Dokumentieren von Verletzungen unter den Mediziner(inne)n häufiger als unter den anderen Berufsgruppen, wobei ambulante Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner[innen], Gynäkolog[innen]) noch häufiger von entsprechenden Erfahrung berichteten als stationär tätige Ärztinnen und -ärzte. Letzteres mag daran liegen, dass es in den Spitälern und Kliniken Fachpersonen gibt, die auf die Dokumentation spezialisiert sind und den Kolleg(inn)en diese Aufgabe abnehmen. Fachpersonen der Psychotherapie sahen es hingegen nicht als ihre Aufgabe an, Verletzungen zu dokumentieren. Sie verweisen die Patient(inn)en dafür an medizinische Fachpersonen bzw. Kliniken.

Bemerkenswert ist der Befund, dass über sämtliche Berufsgruppen hinweg nur eine Minderheit der Fachpersonen bereits einmal eine Meldung an eine Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder an eine strafrechtliche Stelle erstattet hatte. An die KESB gelangten am ehesten die Hebammen (21,1 %) und Psychotherapeut(inn)en (22,2 %). Im Fall der Hebammen dürfte das damit zu tun haben, dass hier in jedem Fall Kinder involviert sind. Bezüglich der Psychotherapeut(inn)en lässt sich zumindest vermuten, dass diese aufgrund der intensiven, auch auf das Alltagsleben der Patient(inn)en orientierten Begleitung und Behandlung zuverlässig erfahren, ob Kinder oder pflegebedürftige Angehörige im Haushalt sind. Entsprechend werden sie regelmässiger erkennen, dass diese von häuslicher Gewalt betroffen sind. Im Umkehrschluss könnte das

freilich bedeuten, dass in der niedergelassenen und stationären Medizin nicht immer erfragt wird, ob von Gewalt betroffene Patient(inn)en Kinder oder pflegebedürftige Angehörige haben.

3.3.3 Schulung zum Thema häusliche Gewalt

Die Gesundheitsfachpersonen wurden gefragt, ob sie in ihrer bisherigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung schon einmal eine Schulung spezifisch zum Thema häusliche Gewalt absolviert haben. Gefragt wurde zusätzlich explizit nach den Themen «Erkennung von häuslicher Gewalt» und «Gesprächsführung in Verdachtsfällen». Rund zwei Drittel (67,1 %) aller Befragten gaben an, dass sie *keine* spezifische Schulung besucht hatten. Eine Schulung sowohl zur Erkennung häuslicher Gewalt als auch zur Gesprächsführung in Verdachtsfällen hatte rund jede siebte Person (13,7 % der gesamten Stichprobe) besucht. 5,5 % hatten nur eine Schulung zur Gesprächsführung, 6,3 % nur eine Schulung zur Erkennung häuslicher Gewalt absolviert. Weitere 5,1 % gaben zwar an, zu keinem dieser Themen spezifisch geschult worden zu sein, benannten aber den Besuch anderer Aus- oder Weiterbildungsveranstaltungen im Umfeld der Thematik wie beispielsweise psychotraumatologische Weiterbildungen. Der Anteil an Personen, die in irgendeiner Form zu häuslicher Gewalt geschult worden sind, unterschied sich dabei erwartungsgemäss nach Berufsgruppe. Er schwankte zwischen 25,9 % (somatische Medizin) und 39,5 % (Geburtshilfe). Diese Differenzen sind jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi(3) = 3,934, p=.269$). Eine Analyse nach Sprachregion war wegen der Stichprobengrösse lediglich für die Gruppe der Pflegenden sinnvoll und förderte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zutage ($\chi(2) = 1,877, p=.391$). Über die gesamte Stichprobe hinweg bestand allerdings ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl von Fällen häuslicher Gewalt, die eine Fachperson im Jahr zuvor behandelt hatte, und der Wahrscheinlichkeit, dass sie zum Thema geschult worden war. Genauer steigt diese Wahrscheinlichkeit pro fünf Fälle um rund 33 % ($OR=1,331, p=.002$). Bezüglich des Verhältnisses von Ursache und Wirkung ist dieser Zusammenhang freilich nicht eindeutig. Denkbar ist einerseits, dass Personen, die es häufiger mit häuslicher Gewalt zu tun haben, auch eher daran interessiert sind, sich zum Thema weiterzubilden. Möglich ist andererseits aber auch, dass bereits geschulte Personen häusliche Gewalt eher erkennen und deshalb höhere Fallzahlen berichten.

3.3.4 Probleme bei der Umsetzung in der Praxis (Fragen 2.1)

Von besonderem Interesse war, welche Herausforderungen die Befragten in ihrer beruflichen Praxis im Umgang mit häuslicher Gewalt wahrnehmen. Dazu wurde den Fachpersonen eine Liste mit möglichen Herausforderungen vorgelegt. Sie konnten sich jeweils zwischen drei Antworten entscheiden: «ist für meine Praxis nicht relevant», «ist relevant, bereitet aber keine Probleme» und «ist relevant und bereitet Probleme». Tabelle 3 führt für alle vier Berufsgruppen jeweils den Anteil an Personen auf, die die jeweilige Thematik als relevant *und* problematisch einstufen. Die Anordnung in der Tabelle folgt wieder dem obigen Prinzip: Je höher ein Thema in der Tabelle steht, desto öfter gaben die Befragten über alle Berufsgruppen hinweg durchschnittlich an, dass es ihnen Probleme bereite. Nicht berücksichtigt sind Herausforderungen im Zusammenhang mit der Kostenübernahme von Leistungen, die weiter unten separat behandelt werden. Bei der Interpretation der genannten Herausforderungen ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur wenige der befragten Fachpersonen Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt kannten und vergleichsweise wenige eine Schulung zum Thema besucht hatten (vgl. Kap. 3.3.3).

Das Erkennen häuslicher Gewalt bereitete unter sämtlichen Aufgaben, die im Fragebogen aufgelistet waren, am häufigsten Probleme. In den vier Berufsgruppen, deren Auftrag in erster Linie in der körperlichen Versorgung von Patient(inn)en besteht, betrachteten durchschnittlich mehr als die Hälfte der befragten Fachpersonen dies als Problem. Bedeutend seltener war dies dagegen in der Gruppe der Psychotherapeut(inn)en der Fall

67 % der Befragten hatten keine Schulung zum Thema häusliche Gewalt besucht, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigten.

Das Erkennen häuslicher Gewalt bereitete den Befragten am häufigsten Probleme.

($\chi(3)=8,366, p<.05$). Fast genauso oft als problematisch beurteilt wurde die Exploration zur Situation eventuell involvierter Kinder. Hier sahen sich sowohl die stationären Mediziner(innen) als auch die Hebammen besonders häufig vor Probleme gestellt (73,3 bzw. 64,7 %), signifikant seltener hingegen die Pflegefachpersonen (27,2 %; $\chi(3)=14,670, p<.01$). Unklar bleibt freilich, ob die Pflegenden die Exploration nicht als problematisch wahrnehmen, weil sie diese Aufgabe anderen Disziplinen überlassen, oder weil sie über geeignete Strategien der Erkundung verfügen.

Tabelle 3: Anteil an Personen, die die betreffende Thematik einstufen als «ist relevant und bereitet Probleme», nach Berufsgruppen

Thematik	Berufsgruppe				
	Medizin		Psycho- therapie (n=31)	Hebam- men (n=35)	Pflege (n=145)
	nieder-ge- lassen (n=31)*	stationär (n=18)			
Erkennen von häuslicher Gewalt	42,1%	58,3%	31,3%	62,9%	53,8%
Exploration zur Situation allfällig beteiligter Kinder der Betroffenen	42,1%	73,3%	34,4%	64,7%	27,2%
Umgang mit Melderechten und -pflichten	52,6%	33,3%	41,9%	60,6%	36,5%
Exploration zur Situation allfällig beteiligter pflegebedürftiger Angehörigen der Betroffenen	36,8%	75,0%	34,4%	30,3%	39,2%
Einschätzung des Risikos für Patient(inn)en, nach Hause entlassen zu werden	26,3%	50,0%	32,3%	48,5%	51,4%
Ansprechen von häuslicher Gewalt	15,8%	50,0%	21,9%	55,9%	58,7%
Untersuchung von (potenziellen) Opfern sexueller Gewalt im Besonderen	47,4%	50,0%	31,3%	35,3%	29,8%
Erstellen eines Sicherheitsplans	26,3%	50,0%	27,6%	45,5%	31,1%
Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation (wenn keine Vorgaben der Strafverfolgungsbehörden vorliegen)	36,8%	45,5%	26,7%	33,3%	26,2%
Austausch von Daten mit anderen beteiligten Stellen (z. B. Opferhilfeberatungsstellen)	26,3%	25,0%	29,0%	40,0%	30,1%
Umgang mit eigener Schweigepflicht	21,1%	16,7%	45,2%	45,7%	18,8%
Untersuchung von (potenziellen) Opfern häuslicher Gewalt allgemein	26,3%	33,3%	16,1%	40,0%	30,8%
Information von Betroffenen über Unterstützungsmöglichkeiten durch Dritte	21,1%	33,3%	19,4%	37,1%	32,7%
Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation bei Opfern sexueller Gewalt im Besonderen (wenn keine Vorgaben der Strafverfolgungsbehörden vorliegen)	33,3%	33,3%	22,6%	30,3%	21,4%
Erstellen von Bildern	15,8%	8,3%	12,9%	27,3%	11,7%
Ablage von Bildern im Besonderen	10,5%	0,0%	16,7%	19,4%	10,7%
Ablage der Dokumentation allgemein	10,5%	0,0%	16,1%	18,2%	6,9%

*Anmerkungen: * Die angegebenen Stichprobengrößen können wegen fehlender Werte in einzelnen Zellen abweichen.*

Am dritthäufigsten wurde der Umgang mit Melderechten und -pflichten als problematisch berichtet. Dieses Problem scheint von ambulant arbeitenden Fachpersonen (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, freiberuflich tätige Hebammen) etwas häufiger wahrgenommen zu werden als von stationär tätigen (46,3 vs. 35,4 %). Die Differenz ist jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi(2)=3,122, p=.210$). Darüber hinaus stellte für mindestens ein Viertel der Befragten die Risikoabschätzung und das Erstellen eines Sicherheitsplans eine Herausforderung dar sowie die Untersuchung potenzieller Opfer häuslicher und insbesondere sexueller Gewalt, das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation sowie der Austausch von Daten mit anderen beteiligten Stellen. Im Rahmen der Telefoninterviews wurde zudem angemerkt, dass die Übergabe der Gewaltbetroffenen ein «neuralgischer Punkt» sei, den man trainieren müsse (Telefoninterview I30, 2018). Eine andere Interviewpartnerin merkte an, dass die Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt kräftezehrend sei (Telefoninterview I31, 2018). Dies verweist auf die Notwendigkeit von Entlastungsmöglichkeiten für die Gesundheitsfachpersonen – sowohl auf fachlicher als auch auf persönlicher Ebene (z. B. Super- oder Intervisionen). Des Weiteren wurde häufiger Personalwechsel problematisiert sowie der Umstand, dass die Einführung eines neuen Konzepts auf Widerstände innerhalb des Spitals führen können. Allgemein könne man aber nicht überprüfen, ob alle Mitarbeitenden sich an die entsprechenden Leitlinien zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt halten würden. Letztlich könne der Zeitmangel im Alltag der Umsetzung der Konzepte im Wege stehen.

Herausforderungen im Umgang mit häuslicher Gewalt in der Praxis: Abrechnung der erbrachten Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt

Eine zentrale Frage im Zusammenhang des hier ausgeführten Forschungsmandats bezieht sich darauf, welche möglichen Probleme Gesundheitsfachpersonen bei der Abrechnung von Dokumentationen zu häuslicher Gewalt antreffen und welche Vorschläge zur Verbesserung der Situation sie diesbezüglich äussern. Zur Beschreibung möglicher Probleme wurden konkret drei Themen angesprochen, a) Kostenübernahme im Kontext von Leistungen bei häuslicher Gewalt allgemein, b) Kostenübernahme bezüglich einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Befunde⁴², sowie c) Risiko der Nicht-Behaltung von Behandlungskosten durch Patient(inn)en. Die Befragten konnten wiederum angeben, ob sie das jeweilige Thema in ihrer Praxis für relevant hielten und wenn ja, ob es ihnen Probleme bereite. Die unten stehende Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse bezüglich der Kostenübernahme von Leistungen im Zusammenhang von häuslicher Gewalt allgemein sowie bezüglich der Kosten von Dokumentationsleistungen im Speziellen.

Ersichtlich wird, dass bezüglich beider Themenbereiche jeweils eine Minderheit der befragten Praktiker(innen) von Problemen berichtet hat. Bezogen auf die Finanzierung allgemeiner Leistungen rund um Fälle häuslicher Gewalt variieren die Anteile zwischen einem Minimum von 9,1 % (Pflege) und einem Maximum von 23,5 % (Psychotherapie). Auch die Finanzierung einer juristisch verwertbaren Dokumentation, die im Zusammenhang häuslicher Gewalt zu leisten ist, bedeutete am häufigsten für die Psychotherapeut(inn)en ein Problem (20,6 %), hiervon waren jedoch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (19,1 %) und deren stationär tätige Kolleg(inn)en (16,6 %) annähernd gleich häufig betroffen. Die Tatsache, dass die meisten Gesundheitsfachpersonen in allen fünf Berufsgruppen keine Probleme bezüglich der Finanzierung von Dokumentationsleistungen wahrnahmen, ist beachtenswert – sie bedeutet freilich nicht zwingend, dass die Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Dokumentation, die dem Kriterium der juristischen Verwertbarkeit genügt, auch objektiv kein Problem darstellt. Dieser Punkt wird weiter unten aufgegriffen (Kap. 4).

Der Grossteil der Befragten nahm die Finanzierung der juristisch verwertbaren Dokumentation nicht als Problem wahr.

⁴² Dokumentationen, die im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden erfolgen, wurden von der Frage ausgenommen.

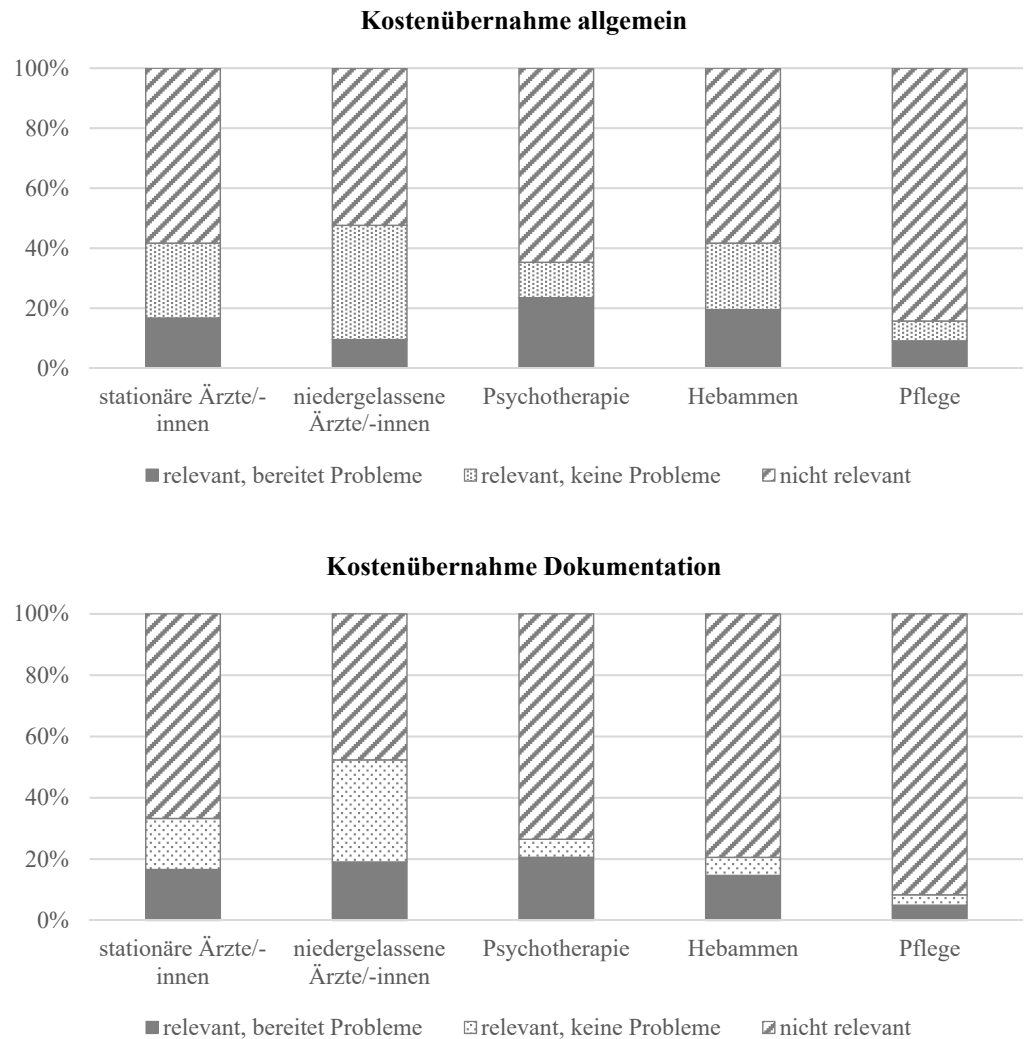


Abbildung 11: Relevanz der Kostenübernahme von Dokumentationen und des Risikos einer Nicht-Bezahlung von Leistungen im Zusammenhang häuslicher Gewalt, nach Berufsgruppe

Etwas häufiger für ein Problem gehalten wurde das spezifische Risiko der Nicht-Bezahlung von Versorgungsleistungen durch die Patient(inn)en selber (Abb. 12). Auch hier fällt auf, dass Fachpersonen der Psychotherapie am ehesten betroffen waren: Mehr als vier von zehn Psychotherapeut(inn)en (42,2 %) berichteten, diesem Thema in der Praxis begegnet zu sein, gefolgt von den Hebammen (38,9 %). Bei den niedergelassenen und den stationär tätigen Arzt(inn)en war ein Viertel (25,0 %) bzw. ein Fünftel (19,1 %) betroffen, deutlich geringer fiel der Anteil bei den Pflegefachpersonen aus (7,4 %).

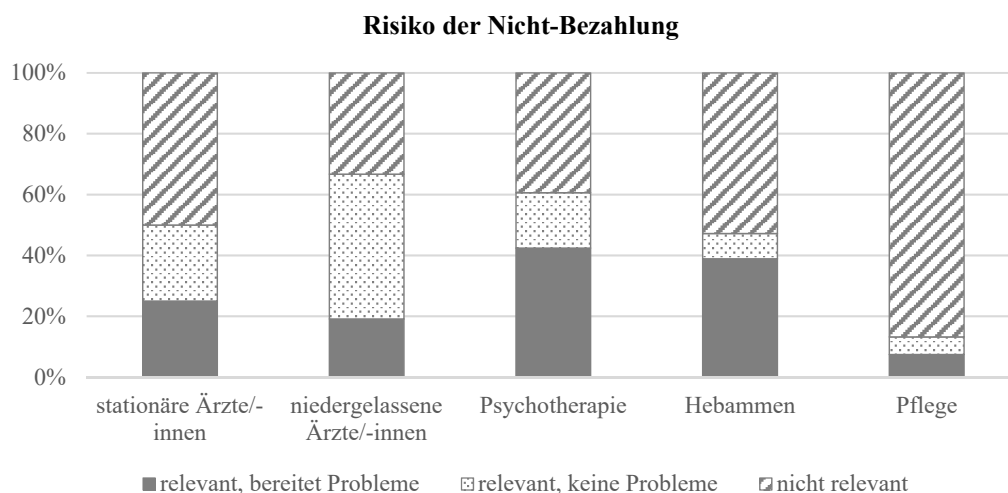


Abbildung 12: Relevanz des Risikos einer Nicht-Bezahlung von Leistungen im Zusammenhang häuslicher Gewalt, nach Berufsgruppe

Über die Häufigkeit wahrgenommener Probleme hinaus war von Interesse, auf welche Weise Gesundheitsfachpersonen ihre Leistungen im Kontext häuslicher Gewalt bisher abgerechnet haben. Zu der entsprechenden Frage nahm nur ein Teil derjenigen Personen in unserer Befragung Stellung, die pro Jahr mit mindestens einem Fall häuslicher Gewalt konfrontiert sind. Die Antworten verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Berufsgruppen:

- Pflegefachpersonen: $n=47$ (49%)
- Hebammen: $n=22$ (23%)
- Somatische Ärzte/-innen: $n=15$ (15%)
- Psychologische Psychotherapeut(inn)en: $n=9$ (9%)
- Ärztliche Psychotherapeut(inn)en: $n=4$ (4%)

Mehrheitlich rechnen die Befragten die Dokumentation der Verletzungen über die Unfallversicherung oder Krankenkasse ab.

Die Ergebnisse zeichnen ein ähnliches Bild wie die Telefoninterviews: Generell wird die Dokumentation von Verletzungen bei häuslicher Gewalt von den Befragten über das reguläre Tarifsystem bzw. die Krankenkasse oder Unfallversicherung abgerechnet. Nur in einzelnen Fällen wurde auf spezifische Herausforderungen in Bezug auf die Abrechnung der Dokumentation hingewiesen. Unter den verschiedenen Berufsgruppen waren in dieser Hinsicht keine deutlichen Unterschiede zu erkennen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Anzahl an Personen, welche die Frage beantworteten, insbesondere im Bereich der somatischen Medizin und der Psychotherapie zu gering ist, um entsprechende Unterschiede ausschliessen zu können.

In der somatischen Medizin und in der psychiatrischen Psychotherapie wird die Dokumentation von Verletzungen bei häuslicher Gewalt den Angaben der Befragten zufolge mehrheitlich als reguläre Konsultation gemäss entsprechendem Tarif abgerechnet bzw. die Kosten durch die Krankenkasse oder Unfallversicherung vergütet. Zwei Personen wiesen darauf hin, dass der zusätzliche Aufwand zumindest teilweise nicht abgerechnet werden könne bzw. die Abrechnung nach Zeit nicht den tatsächlichen Aufwand abbilde. Eine in der Psychiatrie tätige Person aus der französischsprachigen Schweiz erwähnte, dass der im Rahmen des Opferhilfegesetzes (OHG) vorgegebene Tarif nicht mit demjenigen der Therapeut(inn)en korrespondiere. Die befragten Psycholog(inn)en verrechneten die Dokumentation teilweise den Patient(inn)en (im Rahmen der üblichen Kostenabrechnung). Jeweils eine befragte Person gab an, dass die Kosten in gewissen Fällen von der Opferhilfe getragen bzw. dem Hausarzt/der Hausärztin oder dem Notfalldienst weiterverrechnet würden.

In der Pflege wird der Aufwand teilweise als reguläre Konsultation bzw. über die Fallpauschalen der *Diagnosis Related Group* (DRG)⁴³ der Krankenkasse oder der Unfallversicherung verrechnet (Aufenthaltskosten, Chirurgie, Orthopädie, Notfall etc.). Rund ein Drittel derjenigen Pflegefachpersonen, die zu der Frage Stellung bezogen, rechnete den entsprechenden Aufwand nicht oder nicht speziell ab, etwas mehr als ein Drittel hatte keine Kenntnis in Bezug auf die Abrechnung (wobei aus den vorhandenen Daten nicht abgeleitet werden kann, ob die Verantwortung für die Abrechnung bei den jeweiligen Ärzt(inn)en oder anderen Stellen liegt oder ob Zusatzkosten entstehen, die nicht abgerechnet werden). Eine Pflegefachperson wies darauf hin, dass eine Meldung bei der Unfallversicherung für viele Betroffene «sehr ungewöhnlich» und «mit Ängsten verbunden» sei – insbesondere im Hinblick auf die Weiterleitung von Informationen an die Arbeitgebenden.

In der Geburtshilfe schliesslich wird die Dokumentation den Angaben der Befragten zufolge ebenfalls mehrheitlich im Rahmen der regulären Versorgung (Schwangerschaftskontrolle oder Wochenbettbesuch) abgerechnet. Sechs Hebammen gaben an, dass sie die Dokumentation nicht in Rechnung stellen würden. Eine Hebamme vermerkte, dass es keine Möglichkeit gebe, mit der Dokumentation verbundene Unterstützungs- und Vernetzungsarbeit abzurechnen. Diese werde oft als Gratisarbeit geleistet oder anderen Leistungskategorien zugeordnet. Zwei Hebammen erwähnten, dass sie keine spezifische Konsultation oder Handlungen abrechnen müssten, da sie die betroffene Frau jeweils an spezialisierte Stellen weitervermittelten (z. B. an die KESB).

Verbesserungsvorschläge bzgl. der Abrechnung bzw. Finanzierung zusätzlicher Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt

Von einzelnen Vertreter(inne)n aller Berufsgruppen wurde darauf hingewiesen, dass gewisse (weitere) Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt erbracht werden, nicht oder nicht genügend in den bestehenden (Tarif-)Systemen abgebildet seien. Hier zeigt sich also erneut, dass es in jeder Berufsgruppe durchaus eine Minderheit von Fachpersonen gibt, die auf Probleme bezüglich der Abrechnung stossen. Zu den entsprechenden Leistungen gehörten neben der Dokumentation Abklärungen, Gespräche mit Betroffenen, Angehörigen und Fachstellen, die Berichterstattung, administrative und Koordinationsaufgaben sowie psychotherapeutische Behandlungen. Diese Leistungen sollten gemäss den befragten Personen in erster Linie über die Krankenkasse oder die KESB abgerechnet werden können. Tabelle 4 zeigt, welche Verbesserungsvorschläge konkret genannt wurden und welcher Berufsgruppe und Sprachregion diese zugeordnet werden können.

⁴³ DRG: Pauschalisiertes Abrechnungsverfahren, anhand dessen Patient(inn)en in Fallgruppen zugeordnet werden (stationäre Tarifstrukturen).

Tabelle 4: Von den Befragten genannte Verbesserungsvorschläge bezüglich der Abrechnung von Leistungen im Kontext häuslicher Gewalt

Verbesserungsvorschlag	nicht oder nicht vollständig verrechenbare Leistung	Berufsgruppe	n	Sprachgebiet
Gesetzesgrundlage zur Verrechnung der Leistungen		Medizin	1	D
Tarmed-Leistungen/Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse	Gespräche, Telefonate, Dokumentation, Berichte	Medizin	5	4 D, 1 F
Einführung einer Meldepflicht		Medizin	1	1 F
Anerkennung der Dringlichkeit von spezifischen Leistungen		Psychiatrie	1	1 F
Übernahme der (Behandlungs-) Kosten durch die Krankenkasse (u.a. bei anhaltender Gewalt)		Psychologische Psychotherapie	3	1 D 2 I
Eigene Abrechnungsstelle für strafrechtlich relevante Fälle	Dokumentation, Beweise	Psychologische Psychotherapie	1	1 D
Aufzeigen der Höhe der Kosten (bisher keine Einsicht in der Pflege) bzw. Transparenz der Abrechnung von Spitalleistungen gegenüber der Pflege		Pflege	2	2 D
Möglichkeit der Erfassung des Aufwands - Eigenständiger Dokumentationsblock mit Fallpauschale bzw. - Abrechnung über Krankenkasse oder KESB sowie Übernahme von Kosten durch Täter(innen)	Gespräche mit Organisationen, Angehörigen, Betroffenen, Abklärungs-, Beratungs- und Koordinationsleistungen, Fallbesprechungen und Hausbesuche	Pflege	2	2 D
Finanzielle Beteiligung des Täters/der Täterin		Pflege	1	1 D
Möglichkeit der Verrechnung von zusätzlichen Leistungen	Administration und Dokumentation	Hebammen	1	1 D

Anmerkungen: D = deutsches Sprachgebiet, F = französisches Sprachgebiet, I = italienisches Sprachgebiet

3.3.5 Gewünschte Hilfestellungen von institutioneller Seite

Die nachfolgende Tabelle 5 gibt einen Überblick über verschiedene Hilfestellungen, welche sich die befragten Fachpersonen von institutioneller Seite (Gesetzgebung, kantonale oder Bundesverwaltung sowie Fachstellen) wünschen würden, um die genannten Herausforderungen im Umgang mit häuslicher Gewalt (besser) angehen zu können.

Am häufigsten wünschen sich die Befragten konzeptionelle Grundlagen zum Umgang mit häuslicher Gewalt.

Am häufigsten (von 34 Personen) und in allen Berufsgruppen geäußert wurde der Wunsch nach Bereitstellung von konzeptionellen Grundlagen. Dazu wurden Konzepte, Leitfäden oder Informationsbroschüren gezählt. Gewünscht wurden mehrfach Informationen zu rechtlichen Grundlagen (inkl. Informationsrechte und -pflichten sowie Datenschutz). Darüber hinaus wurden Richtlinien und Checklisten zum Vorgehen bzw. zu folgenden Themen genannt:

- Erkennen und Ansprechen von häuslicher Gewalt (einschliesslich eines einfach handhabbaren Instruments zur [Früh-]Erkennung)
- Vermeidung von falsch-positiven Befunden und Überreaktionen
- mögliche Interventionen
- Zusammenarbeit mit Behörden und Fachstellen
- Evaluation des Fallverlaufs
- Verzeichnis von Fachstellen (für betreuende Fachpersonen und Opfer)
- Dokumentationsvorlagen (inkl. Hinweise zur Ablage von Fotos)

Insbesondere Pflegefachpersonen, jedoch auch einzelne Vertreter(innen) 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. Gemäss zahlreichen Äusserungen würden Fälle von häuslicher Gewalt vermutlich oft nicht erkannt oder die Thematik aufgrund ihrer Tabuisierung nicht angesprochen.

Einzelne Vertreter(innen) der verschiedenen Berufsgruppen sahen ausserdem einen Bedarf an kompetenter, niederschwelliger Beratung – wobei vor allem von Vertreter(inne)n der Pflege und von Hebammen darauf hingewiesen wurde, dass entsprechende Angebote während 24 Stunden und auch am Wochenende erreichbar sein sollten. Weitere gewünschte Hilfestellungen, die von einzelnen der befragten Personen genannt wurden, sind Tabelle 5 zu entnehmen. Die Antworten der Befragten wurden dabei inhaltlichen Kategorien zugewiesen. Bei der Interpretation der jeweiligen Häufigkeiten der Nennungen ist die verschieden starke Beteiligung der Berufsgruppen zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Gewünschte Hilfestellungen, Anzahl Nennungen, nach Berufsgruppe und Sprachgebiet

Gewünschte Hilfestellungen	n	
	total	nach Berufsgruppe/Sprachgebiet
Bereitstellen von konzeptionellen Grundlagen (Konzepte, Leitfäden, Informationsbroschüren)	34	6 Somatische Medizin (3 D, 1 F, 2 I) 3 Psychiatrie (1 D, 2 I) 3 Psychologie/Psychotherapie (2 F, 1 I) 11 Pflege (8 D, 3 F) 11 Geburtshilfe (6 D, 4 F, 1 I)
Sensibilisierung sowie Schulungen, Weiterbildungen, Aufnahme der Thematik in der Ausbildung (häufig Tabuthema, Patient[inn]en würden nicht auf die Thematik angesprochen, offenere Kommunikation erforderlich)	31	2 Somatische Medizin (1 D, 1 F) 4 Psychologie/Psychotherapie (I) 19 Pflege (18 D, 1 I) 6 Geburtshilfe (1 D, 4 F, 1 I)
Gewährleistung von kompetenter, niederschwelliger Beratung von Fachkräften (auch in Notfällen/ausserhalb der Bürozeiten), z. B. durch Kompetenzzentren, Hotlines, u. a. auch bezüglich Unterbringung nach Notfallaufnahme, wenn keine Hospitalisation nötig und keine Rückkehr in familiären Kontext möglich	15	2 Somatische Medizin (1 D, 1 I) 1 Psychiatrie (F) 2 Psychologie/Psychotherapie (I) 5 Pflege (3 D, 2 F) 5 Geburtshilfe (2 D, 3 F)
Bessere Koordination und Zusammenarbeit im Team (Ärzterschaft, Sozialdienst, Psychiatrie, Pflege) sowie im institutionellen Netzwerk	6	3 Psychologie/Psychotherapie (2 F, 1 I) 1 Pflege (D) 2 Geburtshilfe (1 D, 1 F)
Adäquate Unterstützungsangebote für Opfer und Täter(innen)/Unterbringungsmöglichkeiten für Opfer und Kleinkinder	5	1 Somatische Medizin (I) 1 Psychiatrie (F) 1 Psychologie/Psychotherapie (I) 2 Geburtshilfe (D)
Klare Gesetzgebung/staatliche Regelungen sowie Umsetzung und einheitliche Handhabung der Regelungen (u. a. bezüglich Meldungen bei Behörden, Übernahme von Verantwortung durch Behörden statt Abweisung/Weiterverweisung)	3	3 Psychologie/Psychotherapie (1 D, 1 F, 1 I)
Raschere Bearbeitung von Meldungen (u. a. durch die KESB in Notfällen/wenn keine Fälle von fürsorglicher Unterbringung)	2	1 Psychiatrie (D) 1 Pflege (D)
Vermehrte und klare Dokumentation	1	Pflege (D)
Übernahme von Verantwortung durch Ärzte/Ärztinnen und Therapeut(inn)en auch ausserhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hilfestellungen/Weiterverweisung der Patient[inn]en)	1	Pflege (D)
Mehr Anerkennung der Bedeutung psychischer Gewalt	1	Geburtshilfe (F)

Anmerkungen: D = deutsches Sprachgebiet, F = französisches Sprachgebiet, I = italienisches Sprachgebiet

3.3.6 Vorkehrungen zur Umsetzung der Vorgaben und zur Nachhaltigkeit (Frage 2.2)

Diejenigen Fachpersonen, die ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt für die eigene Berufspraxis nennen konnten, wurden anschliessend gebeten, anzugeben, ob im Rahmen der Organisations- bzw. Institutionsstruktur, in der sie tätig sind (z. B. Praxis, Spital, Berufsverband), bestimmte Vorkehrungen zur Verankerung des Konzepts getroffen werden. Dazu wurde wiederum eine Liste mit möglichen Vorkehrungen vorgelegt, zusätzlich hatten die Befragten die Möglichkeit, weitere Massnahmen frei zu benennen. Angesichts der geringen Anzahl an Personen, die hierzu Stellung nahmen ($n=53$), sind die Antworten nur bedingt aussagekräftig. Sie erlauben aber zumindest eine grobe Einschätzung zur Häufigkeit solcher Vorkehrungen. Abbildung 13 listet die Häufigkeiten separat für stationär ($n=24$) und ambulant ($n=39$) tätige Fachpersonen auf.

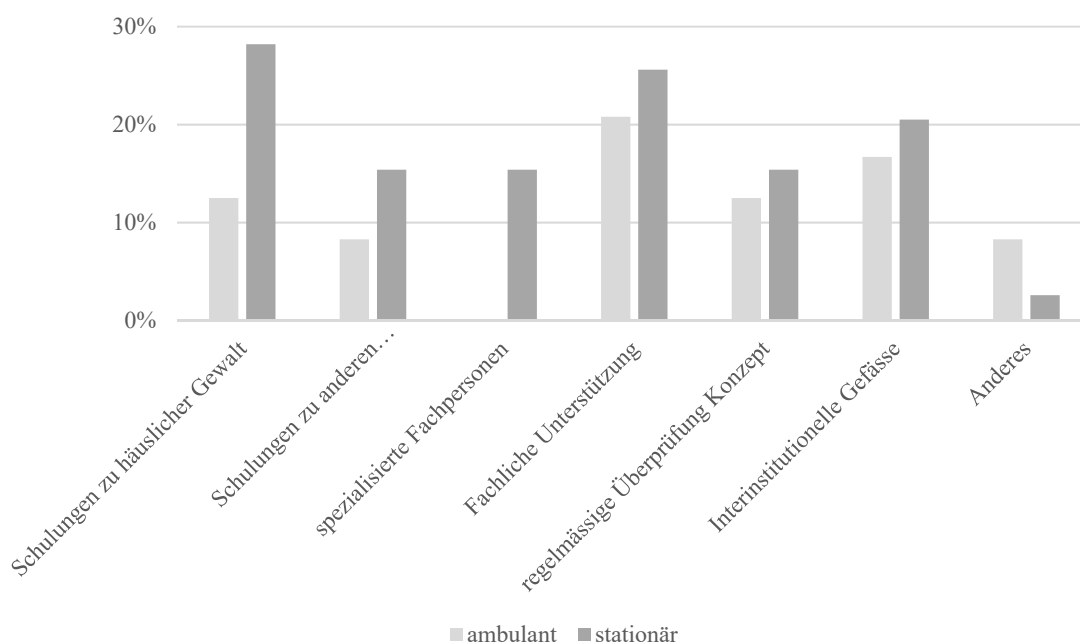


Abbildung 13: Anteil an Personen, die angaben, dass die eigene Institution/Organisation die entsprechende Vorkehrung zur Verankerung eines Konzepts im Umgang mit häuslicher Gewalt ergreift, nach beruflichem Setting (ambulant vs. stationär)

Nur wenige Befragte, die ein Konzept kannten, können institutionelle Vorkehrungen zu dessen Verankerung in Anspruch nehmen.

Im Überblick zeigt sich, dass nur eine Minderheit der befragten Praktiker(innen), die ein Konzept kannten und dieses potenziell umsetzen könnten, institutionelle Vorkehrungen dafür in Anspruch nehmen kann. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Rahmen, in letzterem sind solche Massnahmen zur Umsetzung allerdings etwas häufiger. Immerhin rund ein Viertel der stationär Tätigen kannte Schulungen zu häuslicher Gewalt, die vom jeweiligen Arbeitgeber/von der jeweiligen Arbeitgeberin organisiert und/oder finanziert werden. Damit spiegeln die von den befragten Praktiker(inne)n genannten Massnahmen zur Umsetzung die im Rahmen der Telefoninterviews und Dokumentenanalysen identifizierten Vorkehrungen wider (vgl. Kap. 3.2).

3.3.7 Praxis der Dokumentation (Frage 2.3)

Um die Frage beantworten zu können, wie Gesundheitsfachpersonen bei den Patientengesprächen vorgehen bzw. wie sie diese dokumentieren (Frage 2.3), wurden die im Rahmen der standardisierten Umfrage kontaktierten praktizierenden Gesundheitsfachpersonen gefragt, ob sie bereit wären, dem Projekt eine von ihnen vorgenommene Dokumentation zur Verfügung zu stellen. Sieben Befragte stimmten dieser Frage zu, fünf weitere gaben «vielleicht» an und baten darum, kontaktiert zu werden. Allerdings gaben nur drei dieser fünf Personen Kontaktdaten an. Im Nachgang zur Umfrage wurden diese drei Gesundheitsfachpersonen kontaktiert, die letztlich jedoch keine Beispieldokumentationen zur Verfügung gestellt haben. Es ist anzunehmen, dass zum einen datenschutzrechtliche Bedenken der Praktiker(innen) der Weitergabe anonymisierter Dokumentationen im Wege standen. Zum anderen kann die Sorge, dass die eigene Arbeit nicht den fachlichen Standards entspricht, dazu geführt haben, dass dem Projekt keine Dokumentationen zur Verfügung gestellt wurden, so dass die Frage, wie Praktiker(innen) bei der Dokumentation konkret vorgehen, nicht beantwortet werden kann.

4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen zum Umgang mit Problemen bei der Umsetzung der Konzepte

Abschliessend werden in diesem Kapitel die zentralen Befunde der zugrunde liegenden Studie zusammengefasst. Dabei wird auf die verschiedenen zuvor diskutierten Aspekte der Konzepte eingegangen (z. B. Gewaltformen, Früherkennung, Dokumentation). Auf dieser Grundlage werden anschliessend Empfehlungen zum Umgang mit den identifizierten Problemen bei der Umsetzung von Konzepten zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung abgeleitet sowie Mindeststandards für derartige Konzepte.

4.1 Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Befunde

Gesundheitsfachpersonen wird immer wieder eine Schlüsselposition bei der Früherkennung und Versorgung von Opfern (häuslicher) Gewalt sowie bei der Beweissicherung in diesen Fällen zugeschrieben (u. a. Tschudin, 2015; WHO, 2007). Entsprechend zeigt die vorliegende Studie, dass bereits heute in den Schweizer Kantonen Konzepte oder Praktiken zum Umgang mit Gewaltopfern in der medizinischen Versorgung vorliegen, die eine bestmögliche Versorgung der Betroffenen sicherstellen sollen. Allerdings hat die Befragung praktizierender Gesundheitsfachpersonen gezeigt, dass diese kaum bekannt sind. Und selbst wenn sie bekannt sind, wird sich bei der Versorgung der Opfer nicht immer daran orientiert. Unter häuslicher Gewalt wird dabei mehrheitlich die Ausübung oder Androhung körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt innerhalb einer bestehenden familiären, ehelichen oder eheähnlichen Beziehung verstanden. Wirtschaftliche Gewalt, wie sie in der einleitend zitierten Definition im Rahmen der Istanbul-Konvention aufgeführt wird, wird somit seltener explizit berücksichtigt. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich Gesundheitsfachpersonen nicht für die wirtschaftliche Situation ihrer Patient(inn)en zuständig fühlen. Hierbei wird jedoch die psychische Belastung der Patient(inn)en in Folge wirtschaftlicher Gewalt unterschätzt (u. a. Antai, Oke, Braithwaite & Lopez, 2014).

Während in der überwiegenden Mehrheit der Konzepte Kinder als Mitbetroffene mittlerweile berücksichtigt werden, wird die Situation pflegebedürftiger Angehöriger bisher noch seltener systematisch beachtet. Allerdings gibt es seit den letzten Jahren entsprechende Initiativen, wie die hier analysierten Informationen zu häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen sowie die systematische Verbreitung entsprechender Materialien der UBA durch einzelne kantonale Fach-, Interventions- oder Koordinationsstellen häusliche Gewalt zeigen. Darüber hinaus werden die Grundlagen zum Phänomen der Gewalt gegen ältere Menschen zur Zeit im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen im Rahmen einer Studie aufgearbeitet. Diese soll die Grundlage für den Bundesratsbericht in Erfüllung des Postulats 15.3945 (Glanzmann-Hunkeler) «Gewalt im Alter verhindern» dienen. Die Ergebnisse sollen im Herbst 2019 vorliegen.

Regionale Unterschiede zwischen den Konzepten und Praktiken

In allen Kantonen konnten Konzepte oder Praktiken zum Umgang mit Gewaltopfern identifiziert werden; zum Teil fokussieren diese jedoch auf sexuelle Gewalt oder Paargewalt. Daneben unterscheiden sie sich noch in weiteren Merkmalen: Sie reichen von einer blossen Orientierung an der gesetzlichen Meldepflicht, über das Zurverfügungstellen von Informationsbroschüren bis hin zu umfassenderen Konzepten, die neben der Information und Sensibilisierung der Fachpersonen auch Massnahmen auf struktureller Ebene vorsehen (insb. spezialisierte Fachpersonen oder medizinische Gewaltabteilungen).

Ausschlaggebend dafür, welche Aspekte ein Konzept umfasst, scheint die Frage zu sein, aus welcher Systemlogik heraus die Konzepte entwickelt worden sind. Wurden die Konzepte federführend von Gesundheitsfachpersonen entwickelt und von den kantonalen Stellen getragen, finden sich vermehrt auch Massnahmen auf struktureller Ebene. Wird auf kantonaler Ebene das Thema aber in erster Linie aus einer sicherheitspolitischen

Konzepte sind kaum bekannt und wenn sie bekannt sind, orientieren sich die Fachpersonen nicht immer daran.

Werden Konzepte aus einer gesundheits-/sozialpolitischen Perspektive entwickelt, sehen sie häufiger auch strukturelle Massnahmen wie spezialisierte Fachpersonen oder medizinische Gewaltabteilungen vor.

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, so dass mögliche Synergien nicht genutzt werden; dies betrifft insbesondere strukturelle Aspekte der Konzepte und deren Finanzierung. Hinsichtlich dieser verschiedenen Konzepttypen lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen finden. Insbesondere in den Deutschschweizer Kantonen scheinen die kantonalen Konzepte aus einer sicherheitspolitischen Logik heraus entwickelt worden zu sein. Dies könnte erklären, warum spitalinterne Konzepte hier nur selten mit den kantonalen Konzepten verknüpft sind. In der Westschweiz hingegen scheinen Paargewalt und häusliche Gewalt aus einer sozial- und gesundheitspolitischen Perspektive betrachtet zu werden. Hier lässt sich entsprechend ein stärkerer Einbezug von Gesundheitsfachpersonen feststellen, was vermutlich zu vermehrten Massnahmen auf struktureller Ebene geführt hat, wie die beiden medizinischen Gewaltabteilungen des HUG und des CHUV. Der Tessin wiederum stellt in diesem Bild einen Sonderfall dar, insofern sich Gesundheitsfachpersonen beim Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt hier ausschliesslich an ihrer Meldepflicht zu orientieren scheinen.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit

In der Mehrheit der Kantone existieren interinstitutionellen Gremien zum Thema häusliche Gewalt.

In der Mehrheit der Kantone existieren interinstitutionellen Gremien auf kantonaler und zum Teil auch auf regionaler Ebene. In der Regel kommen hier Vertreter(innen) verschiedener relevanter Institutionen und verschiedener Systeme zusammen wie der Opferhilfe, des Kinderschutzes, des Sozialwesens sowie zivil- und strafrechtlicher Behörden. In den Kantonen mit einem eigenen Gesetz gegen häusliche Gewalt sind diese Gremien und ihre Zusammensetzung dort festgeschrieben (z. B. Art. 6 und 7 GhG-VS). Während Vertreter(innen) des Gesundheitssystems in der Westschweiz regelmässig zu den ständigen Mitgliedern dieser 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. Mangelnde Informationen bzw. die mangelnde Regelmässigkeit von Informationen zum Thema häusliche Gewalt in der Gesundheitsversorgung könnte erklären, warum die kantonalen Konzepte und damit beispielsweise die Informationsbroschüren zum Thema der Mehrheit der befragten Praktiker(innen) nicht (mehr) bekannt waren und die Praxistauglichkeit bekannter Konzepte von vielen Befragten nicht beurteilt werden konnte. Dies entspricht dem Befund, dass auch Broschüren zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz kaum bekannt sind (Krüger et al., 2018b).

Vernetzung und Netzwerkpflge setzen Ressourcen voraus.

Die Studie zeigt jedoch, dass sich Gesundheitsfachpersonen auch unabhängig von diesen kantonalen oder regionalen Gremien mit anderen relevanten Akteuren in Fällen häuslicher Gewalt vernetzen und diese Netzwerke als wertvoll erachten. Eine Herausforderung stellt jedoch der Aufwand der Netzwerkpflge im Arbeitsalltag der Mediziner(innen) dar. Sie bedeutet einen zusätzlichen Aufwand, den die Praktiker(innen) u. U. ausserhalb ihrer Dienstzeiten auf sich nehmen müssen. Werden entsprechende Netzwerkaktivitäten nicht von offizieller Seite unterstützt und mitgetragen, ist sie vom Engagement einzelner Akteure abhängig. Fallen diese «Zugpferde» weg, ist das Netzwerk gefährdet. Dies trifft auch auf Angebote zur (anonymisierten) Fallberatung zu, die eine wichtige Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeit für Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit häuslicher Gewalt darstellen. Die Möglichkeit, Fälle anonymisiert besprechen zu können, ist für Gesundheitsfachpersonen aufgrund des Berufsgeheimnisses und der Notwendigkeit eines Vertrauensverhältnisses zu den Patient(inn)en besonders wert-

Bestehende Angebote für anonymisierte Fallberatungen scheinen Gesundheitsfachpersonen noch zu wenig bekannt zu sein.

voll. Im Kinderschutz ist dies beispielsweise für die interdisziplinären Kinderschutzgruppen in der Regel gegeben (Krüger & Niehaus, 2010b). Nicht beschränkt auf Kinderschutzfragen sind die Beratungsangebote der Fach-, Koordinations- und Interventionsstellen Häusliche Gewalt, der medizinischen Gewaltabteilungen oder der KESB, die ebenfalls zum Teil anbieten, dass man sich in Fällen häuslicher Gewalt beraten lassen kann, ohne die Identität der Betroffenen zu offenbaren. Diese Angebote scheinen aber bei den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zu wenig bekannt zu sein. Entsprechend zeigt die vorliegende Studie in Übereinstimmung mit vorherigen Studien (Krüger et al., 2018b), dass Gesundheitsfachpersonen häufig Hemmungen haben, mit zivil- oder strafrechtlichen Behörden in Fällen häuslicher Gewalt Kontakt aufzunehmen. Der Umgang mit Melderechten und -pflichten stellt für viele eine Herausforderung dar (vgl. Kap. 3.3). Klare Regelungen zum Austausch personenbezogener Daten zwischen Vertreter(inne)n verschiedener Institutionen und Systeme – insbesondere mit Vertreter(inne)n der Strafverfolgungsbehörden oder der KESB – findet sich jedoch häufig allein im Zusammenhang mit kantonalen Bedrohungsmanagementsystemen, bei denen von medizinischer Seite vor allem die forensische Psychiatrie involviert ist.

Früherkennung häuslicher Gewalt

Die Früherkennung häuslicher Gewalt und das Ansprechen derselben stellt eine Herausforderung für viele der befragten Praktiker(innen) dar. Zugleich ist sie Bestandteil fast aller identifizierten Konzepte und Praktiken. Die Empfehlungen sowie die in den Unterlagen aufgeführten Informationen hierzu ähneln sich stark. So wird in den Broschüren auf die Schlüsselfunktion von Gesundheitsfachpersonen in diesen Fällen hingewiesen, und es wird ihnen empfohlen, ihre Patient(inn)en auf das Thema anzusprechen. Hierzu werden ihnen Informationen zu Indikatoren für häusliche Gewalt gegeben sowie Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie das Thema ansprechen können. Selten wird der Einsatz standardisierter Instrumente empfohlen, was dem aktuellen Forschungsstand zum Thema und den Empfehlungen der WHO (2013b) entspricht (zusammenfassend: Krüger et al., 2018b). Zur Absicherung und Entlastung wird ihnen zudem geraten, sich bei spezialisierten Fachpersonen Unterstützung zu suchen.

Wissenslücken und Unsicherheiten stellen zentrale Hindernisse in der Umsetzung der Konzepte dar.

Als Hemmnis bei der Thematisierung möglicher Gewalterfahrungen im Gespräch mit Patient(inn)en erwiesen sich bei den Befragungen Unsicherheiten bezüglich der Gesprächsführung sowie bezüglich der Schweigepflicht, der Melderechte und -pflichten. Auch diese Probleme wurden in anderen Studien bereits herausgearbeitet (zusammenfassend: Krüger et al., 2018b). Hintergrund hierfür ist nicht allein mangelndes Wissen zur Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt. Für Gesundheitsfachpersonen und ihre Patient(inn)en ist die gesetzliche Schweigepflicht ein wichtiges Element im Aufbau und der Sicherung der notwendigen Vertrauensbeziehung. Zusammen mit Wissenslücken führt dies häufig dazu, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema meiden und selbst bei Verdacht auf Gewalt sich nicht an die zuständigen Behörden wenden. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Gesundheitsfachpersonen eine Meldepflicht haben (vgl. Kap. 3.2.7). Auch hier geraten die Gesundheitsfachpersonen in ein Dilemma. Hinzu kommen Unsicherheiten dazu, wie man Gewalt ansprechen kann und wie – bestätigt sich der Verdacht – in diesen Fällen weiter vorzugehen ist. Diese Unsicherheiten führen dazu, dass den Vorgaben in den Konzepten oder Leitlinien nicht immer gefolgt wird. Abhilfe können hier scheinbar auch nicht die zur Verfügung stehenden Broschüren und Schulungsangebote schaffen. Erstere scheinen zum einen nicht alle relevanten Berufsgruppen zu erreichen (z. B. Hebammen und Pflegefachpersonen); zum anderen scheinen sie in Vergessenheit zu geraten, wie die Ergebnisse der standardisierten Praktikerbefragung zeigen. Die existierenden und zum Teil kostenlosen Schulungsangebote hingegen scheinen noch nicht flächendeckend genutzt zu werden. Bei kostenpflichtigen Angeboten kommt hinzu, dass insbesondere in Zeiten des Spardrucks bspw. die Spitäler andere Prioritäten bei der Auswahl der Weiterbildungsthemen setzen. Entsprechend gab ein Grossteil der befragten Praktiker(innen) an, nicht spezifisch zum Thema häusliche Ge-

Informationsbroschüren und Schulungsangebote sind wenig bekannt, obwohl es sie gibt und sich viele Praktiker(innen) beides wünschen.

walt geschult worden sein, und die beiden häufigsten Hilfestellungen, die sich die Befragten von institutioneller Seite wünschen würden, waren das Bereitstellen von konzeptuellen Grundlagen und Schulungen (vgl. Kap. 3.3).

Bemerkenswert ist der Befund, dass sich hinsichtlich der Früherkennung häuslicher Gewalt ein deutlicher Unterschied zwischen Fällen zeigt, bei denen Kinder mitbetroffen sind, und Fällen, bei denen dies nicht der Fall ist. So scheint zum einen das Angebot der interdisziplinären Kinderschutzgruppen bekannter zu sein als andere Fachberatungsangebote; zum anderen wird den Gesundheitsfachpersonen hier nicht nur eher zu einer Meldung bei der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde geraten, hier folgen die Fachpersonen diesem Rat auch häufiger.⁴⁴ Mit Blick auf erwachsene Opfer häuslicher Gewalt sollen die Fachpersonen der Mehrheit der Empfehlungen nach die nächsten Schritte nach der Untersuchung hingegen gemeinsam mit den Patient(inn)en planen, sofern keine akute Gefahr für die Betroffenen besteht und diese urteilsfähig sind.

Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden

Das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden bei Einverständnis der Patient(inn)en ist ebenfalls Teil der überwiegenden Mehrheit der analysierten Konzepte und Praktiken. In den Informationsbroschüren werden die Gesundheitsfachpersonen darüber informiert, wie sie vorzugehen haben, wobei sich implizit oder explizit an der sog. 8-Punkte-Dokumentation orientiert wird. Häufig werden den Praktiker(inne)n zusätzlich standardisierte Dokumentationsbögen mit Körperschema zur Verfügung gestellt. Die Vorgaben enthalten in der Regel ebenfalls Informationen dazu, wie sichtbare Verletzungen fotografisch zu dokumentieren sind. Zum Teil können Rechtsmediziner(innen) bei Fragen zur Dokumentation telefonisch kontaktiert werden. Mit Blick auf die sog. 8-Punkte-Dokumentation ist jedoch anzumerken, dass sie nicht in allen Punkten rechtsmedizinischen Standards entspricht, was dazu führen kann, dass die erstellten Dokumentationen nicht im Rahmen eines rechtlichen Verfahrens verwendet werden können. Dies stellt eine vermeidbare Belastung der Opfer häuslicher Gewalt dar.

Mehrheitlich werden die Dokumentationen Teil des Patientendossiers. Sie werden den Patient(inn)en zwar nur selten unaufgefordert mitgegeben, stehen diesen aber in der Regel zur Verfügung, sollten sie sie im Rahmen eines zivil-, straf- oder ausländerrechtlichen Verfahrens nutzen wollen. Unter Berücksichtigung des Berufsgeheimnisses werden die Unterlagen ohne Einverständnis der Patient(inn)en nicht an Opferhilfestellen oder andere Institutionen weitergeleitet. Hinsichtlich der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden von Opfern sexueller Gewalt gibt es häufig gesonderte Vorgaben. Diese werden in der Regel an die gynäkologischen Abteilungen der Spitäler weiterverwiesen und bei der Dokumentation wird zum Teil die Rechtsmedizin beigezogen.

Doch auch wenn die Dokumentation Teil der Konzepte ist und den Fachpersonen die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, stellte diese für immerhin 21-33 % der befragten Praktiker(innen) eine Herausforderung dar. Eine Möglichkeit der Entlastung der Fachpersonen sowie der Sicherstellung der Qualität der Dokumentationen stellt der Einsatz forensisch geschulter Pflegefachkräfte an Spitalern oder das Angebot medizinischer Gewaltabteilungen dar. Mittlerweile gibt es in der Schweiz entsprechende Weiterbildungsangebote, so dass Pflegefachpersonen entsprechend geschult und für die Versorgung von Gewaltopfern eingesetzt werden könnten. Dies setzt allerdings die Finanzierung der Fachpersonen voraus.

Forensisch geschulte Pflegefachkräfte können die Mediziner(innen) entlasten und gleichzeitig die Qualität der Dokumentationen sicherstellen.

⁴⁴ In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsfachpersonen weniger geneigt sind, einen Fall von Misshandlung älterer Menschen den zuständigen Behörden zu melden als Fälle von Kindsmisshandlungen (Tilden et al., 1994 zit. nach Cooper et al., 2009).

Die Finanzierung der zusätzlichen Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt ist überwiegend nicht geregelt.

Finanzierung der zusätzlich erbrachten Leistungen in Fällen häuslicher Gewalt

In Fällen häuslicher Gewalt erbringen Gesundheitsfachpersonen zum einen zusätzliche Leistungen wie das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation, die zeitaufwendig sind und nicht gänzlich von der Unfall- oder Krankenversicherung getragen werden. Zum anderen müssen sie damit rechnen, dass die Patient(inn)en ihre Rechnung nicht begleichen. So kommt es in Fällen häuslicher Gewalt aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen und/oder aus Angst, die gewaltausübende Person könne mitbekommen, dass sich das Opfer Hilfe geholt hat, dazu, dass die Leistungen der Mediziner(innen) nicht bezahlt werden. Allerdings wird die mangelnde Regelung der Abrechnung der zusätzlichen Leistungen zwar auf politischer Ebene problematisiert, in der Praxis wird sie aber scheinbar weniger als Problem wahrgenommen und die Fachpersonen finden Wege, um das Problem zu umgehen. Vor dem Hintergrund, dass das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation mehrere Stunden in Anspruch nimmt, wirft die mangelnde Problematisierung der Finanzierung jedoch die Frage auf, inwieweit die Dokumentationen tatsächlich rechtsmedizinischen Standards entsprechen. In jedem Fall bedeutet die mangelnde Problematisierung nicht, dass es keiner klaren Regelung bedürfte. Es ist daher bedenklich, dass es scheinbar nur im Kanton Waadt eine klare Regelung gibt, nach der die Kosten der Versorgung durch die medizinische Gewaltabteilung des CHUV vom Kanton getragen werden. Den Patient(inn)en selbst entstehen hierdurch keine Kosten. Damit herrscht nicht allein für die Fachpersonen eine Sicherheit bzgl. der Abdeckung der zu erbringenden Leistungen. Das Wissen, dass die Versorgung kostenlos ist, kann zudem dazu führen, dass gewaltbetroffene Personen sich eher Hilfe bei den entsprechenden Institutionen suchen.

Triage der Betroffenen

Die Triage der Betroffenen ist in der Regel Teil der Konzepte.

In Bezug auf die Triage der Betroffenen an geeignete spezialisierte Fachstellen und -personen zeigen die Befunde wieder einen Unterschied zwischen dem, was in den Konzepten und Leitlinien vorgegeben ist, und der Umsetzung derselben. So ist die Triage Bestandteil aller Konzepte. In den Informationsbroschüren sind entsprechende Fach- und Beratungsstellen sowie Notfallnummern aufgeführt. Allerdings scheinen sich die praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zu wenig über das jeweilige Hilfs- und Interventionssystem in Fällen häuslicher Gewalt informiert zu fühlen. Dies gilt insbesondere dann, wenn besondere Bedürfnisse der Patient(inn)en zu beachten wären (z. B. Migrant[inn]en, Menschen mit Behinderungen). Darüber hinaus scheint dies insbesondere in ländlichen Regionen ein Problem zu sein. Als wichtige Ansprechpartnerinnen haben sich hier zum einen die Opferhilfeberatungsstellen erwiesen, zum anderen die spitalinternen Sozialdienste, die zum Teil die Aufgabe der Triage der Patient(inn)en übernehmen und damit die Mediziner(innen) und Pflegefachkräfte entlasten.

Der mangelnde systematische Einbezug des Gesundheitswesens bei der Entwicklung der Konzepte kann ein Grund sein, warum sich Gesundheitsfachpersonen schlecht über bestehende Angebote informiert fühlen, obwohl ihnen entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stünde. Mit Blick auf die Praxis vieler Gesundheitsfachpersonen kommt hinzu, dass diese vergleichsweise selten wissentlich mit Opfern häuslicher Gewalt konfrontiert werden, so dass die entsprechenden Informationen wieder in Vergessenheit geraten. So gab die Mehrheit der befragten Praktiker(innen) an, mit weniger als drei Fällen im Jahr vor der Befragung konfrontiert gewesen zu sein (vgl. Kap. 3.3.2). Dies entspricht in etwa den Befunden der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2018), wonach die Mehrheit der befragten Mediziner(innen) im Kanton Bern jährlich mit 1-3 Fällen häuslicher Gewalt konfrontiert sind. Entsprechend wünschten sich die befragten Praktiker(innen) eine kompetente, niederschwellige Beratung u. a. zur Unterbringung von Patient(inn)en, wenn keine Rückkehr in die Familie möglich ist (vgl. Kap. 3.3.5).

Kantone stellen Materialien zur Information der Opfer zur Verfügung.

Information über das Angebot

Die Strategien zur Information der Betroffenen über die bestehenden medizinischen Angebote in Fällen häuslicher Gewalt gleichen sich in den Kantonen. Es werden Notfallflyer mit den Kontaktdaten der wichtigsten Anlaufstellen in mehreren Sprachen zur Verfügung gestellt, die Gesundheitsfachpersonen in ihren Praxen auslegen sollen ebenso wie Informationsbroschüren zum Thema häusliche Gewalt, die sich an Betroffene wenden und ebenfalls einen Überblick über die wichtigsten Angebote im jeweiligen Kanton beinhalten. Das Material (Flyer, Broschüren, Plakate) dient dabei aber nicht nur der Information der Betroffenen, es soll ihnen zugleich signalisieren, dass die Fachpersonen als Ansprechpartner(innen) für das Thema häusliche Gewalt zur Verfügung stehen. Ein weiterer niederschwelliger Weg, die Betroffenen über die Angebote zu informieren, ist über Webseiten der Kantone, relevanter Fach- und Beratungsstellen oder über Webseiten, die sich explizit dem Thema annehmen wie «violencequefaire.ch» in der Romandie. Diese Informationen sind schnell zu finden und stehen den Betroffenen rund um die Uhr zur Verfügung, sofern sie über einen Internetzugang verfügen. Studien zeigen die Relevanz des Internets für die Informationsbeschaffung durch Betroffene auf (Douglas & Hines, 2011). Besteht auf den Homepages die Möglichkeit, sich die Seiten vorlesen zu lassen, sind die Informationen ausserdem für sehbehinderten Menschen und Analphabet(inn)en zugänglich. Allerdings stehen die Informationen in der Regel zwar in verschiedenen Nationalsprachen zur Verfügung, nicht jedoch in leichter Sprache für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Menschen mit einer geistigen Behinderung sind jedoch beispielsweise einem besonderen Risiko ausgesetzt, Opfer sexueller Gewalt zu werden (Niehaus, Krüger & Caviezel Schmitz, 2012; Schröttle et al., 2012).

Evaluationen

Es gibt keine umfassenden Evaluationen der Wirksamkeit der Konzepte.

Im Rahmen der zugrunde liegenden Recherchen konnten keine umfassenden Evaluationen von Konzepten oder Praktiken zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung und ihrer Wirksamkeit identifiziert werden. Damit liegen auch keine Informationen zum Zusammenspiel einzelner Elemente vor, wie z. B. zur Anwendung der Informationsbroschüren und deren Auswirkungen auf die Früherkennung, Dokumentation und gezielten Triage der Betroffenen. In der Regel wurden Teilaspekte untersucht, wie die Bewertung der Informationsbroschüre durch die Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2018). Daneben finden sich Zufriedenheitsbefragungen von Patient(inn)en, die den evaluierten Konzepten ein gutes Zeugnis ausstellen (Romain-Glassey et al., 2011). Es wurden somit bisher weniger Studien zur Wirksamkeit als zur Akzeptanz der jeweiligen Konzepte bzw. Massnahmen durchgeführt. Werden spitalinterne Konzepte während der Pilotphase evaluiert, scheinen die Befunde ausschliesslich intern genutzt zu werden, ohne diese einem Fachpublikum zur Verfügung gestellt werden.

Statistik zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung

Statistiken zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung werden in der Schweiz kaum systematisch geführt.

Daten zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung bieten eine Grundlage für die Ausgestaltung und Überprüfung von Massnahmen zur Prävention und Intervention in diesen Fällen (vgl. auch WHO, 2017). Statistiken zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung werden in der Schweiz jedoch kaum systematisch geführt. Eine Ausnahme stellt hier das seit Anfang 2019 geführte Register zu entsprechenden Fällen am Spital Wallis dar; in anderen Kantonen sind derartige Register in Vorbereitung. Relativ umfangreiche Daten zu Fällen häuslicher Gewalt werden zudem von Universitäts- und Kantonsspitalern gesammelt. Diese werden in unregelmässigen Abständen im Rahmen wissenschaftlicher Fachaufsätze publiziert. Im Kanton Genf werden die Daten der medizinischen Gewaltabteilung des HUG sowie der Kinderschutzgruppe im jährlichen kantonalen Bericht zum Ausmass häuslicher Gewalt im Kanton wiedergegeben (Office cantonal de la statistique Genève [OCSTAT], 2018).

Weitere Probleme bei der Umsetzung der Konzepte

Im Rahmen der beiden Befragungen wurden zudem Hindernisse im Alltag genannt, die der Umsetzung allfälliger Konzepte oder Leitlinien im Wege stehen können. Hierzu zählten Zeitmangel, mangelnde finanzielle Ressourcen, häufiger Personalwechsel, Widerstände bei der Einführung neuer Konzepte sowie persönliche Hindernisse. Zu Letzteren zählt insbesondere der Umstand, dass die Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt für die Gesundheitsfachpersonen kräftezehrend ist.

4.2 Abschliessende Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme beim Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung in der Schweiz

Die Befunde zeigen somit, dass es zwar bereits Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung gibt, diese sind jedoch zum einen unterschiedliche umfassend, zum anderen werden sie scheinbar in der Praxis kaum umgesetzt. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 4.1 zusammengefassten Befunde der Studie werden im Folgenden Empfehlungen bezüglich der Vermeidung bestehender Probleme in der Praxis bei der Umsetzung von Konzepten zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung abgegeben. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die folgenden Bereiche: Informationen zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch sowie das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation (Kap. 4.2). Im Anschluss werden in Form von Mindeststandards Empfehlungen dazu abgegeben, welche Aspekte Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung umfassen sollten (Kap. 4.3).

Informationen zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt

Ein zentrales Problem bei der Umsetzung entsprechender Konzepte ist das mangelnde Wissen von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zum Thema häusliche Gewalt und zu bestehenden Konzepten zum Umgang mit diesen Fällen. So gab über sämtliche Berufsgruppen hinweg mehr als die Hälfte der befragten Gesundheitsfachpersonen an, nicht spezifisch zu häuslicher Gewalt geschult worden zu sein. Und dies obwohl es entsprechende Angebote in der Deutsch- und Westschweiz gibt. Neben den klassischen Bildungsinstitutionen (Universitäten und Fachhochschulen), bieten kantonale Fach-, Interventions- und Koordinationsstellen häusliche Gewalt sowie weitere Fachstellen und Institutionen entsprechende Schulungen an. Zum Teil sind diese Angebote für die Gesundheitsfachpersonen kostenlos. Doch sowohl dieser Umstand als auch die bereits zur Verfügung stehenden Informationsbroschüren scheinen bisher zu wenig bekannt zu sein, um entsprechende Wirkung zeigen zu können. Diese Wissenslücken sind sicherlich ein Grund, warum sich im Rahmen der Studie insbesondere die folgenden Aspekte als Herausforderungen für die Befragten in der Praxis herausgestellt haben:

- das Erkennen und Ansprechen häuslicher Gewalt,
- die Exploration zur Situation allfällig beteiligter Kinder und pflegebedürftiger Angehöriger der Betroffenen,
- der Umgang mit Melderechten und -pflichten sowie
- die Einschätzung des Risikos für Patient(inn)en, nach Hause entlassen zu werden.

Mangelndes Wissen zur adäquaten Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt erklärt vermutlich zudem, wieso die Untersuchung der gewaltbetroffenen Patient(inn)en, das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden sowie die Weitervermittlung der Patient(inn)en an die richtigen Fachstellen bzw. -personen von den Befragten problematisiert wurde. 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, so dass es nicht vom persönlichen Interesse der Fachperson abhängt, ob sie entsprechendes Wissen vermittelt bekommt oder nicht (siehe auch Krüger et al., 2018a,b). Entsprechend wünschte sich

Das Thema häusliche Gewalt sollte systematisch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz verankert werden.

Schulungen bieten Möglichkeit der Reflexion eigener hinderlicher Einstellungen sowie zu praktischen Übungen (z. B. Ansprechen des Themas Gewalt, Dokumentation).

ein Teil der befragten Praktiker(innen) derartige Angebote in der Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung (vgl. Kap. 3.3.5).

Im Rahmen derartiger Schulungen besteht zudem die Möglichkeit der Reflexion eigener hinderlicher Einstellungen sowie der praktischen Übung. Beispielsweise sehen bereits jetzt Schulungskonzepte das Üben der Gespräche über häusliche Gewalt vor (Telefoninterview I33, 2018). Zum Teil werden in Trainings entsprechend geschminkte Übungspatient(inn)en eingesetzt (Telefoninterview I34, 2018). Die Relevanz derartiger Schulungen unterstreicht nicht nur Art. 15 der Istanbul-Konvention («Aus- und Fortbildung von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen»)⁴⁵. Studien zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt zeigen, dass sich geschulte Fachpersonen sicherer im Umgang mit dem Thema fühlen und infolge ihre Patient(inn)en eher auf Gewalt als mögliche Ursache ihrer Verletzungen und Beschwerden ansprechen (Thurston et al., 2009). Darüber hinaus können sie helfen, eine (ungewollte) sekundäre Traumatisierung der Opfer durch unangemessenes Verhalten der Fachpersonen zu vermeiden.

In diesen Schulungen sollten insbesondere die folgenden Inhalte thematisiert werden

- Definitionen der verschiedenen Gewaltformen (körperliche, psychische, sexuelle, wirtschaftliche und soziale Gewalt sowie Vernachlässigung), Deliktphänomenologie und Gewaltdynamiken (unter Berücksichtigung von Kindern als Mitbetroffene häuslicher Gewalt und häuslicher Gewalt gegen ältere Menschen sowie männlicher Opfer häuslicher Gewalt)
- Indikatoren für häusliche Gewalt
- Allgemeine Hinweise zu Früherkennungsmassnahmen
- Mögliche hinderliche Einstellungen bei der Früherkennung häuslicher Gewalt und der weiteren Versorgung der Betroffenen
- Vorgehen bei Verdacht auf häusliche Gewalt (inkl. Informationsfluss)
- Risikoeinschätzung, Erstellen eines Sicherheitsplans
- (Entwicklungsgerechte) Gesprächsführung (inkl. besondere Bedürfnisse bestimmter vulnerabler Gruppen)
- Juristisch verwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden (inkl. Bilder, Dokumentationsbogen) und mit besonderer Berücksichtigung des Vorgehens in Fällen sexueller Gewalt
- Interne und externe Beratungs- und Entlastungsangebote für die Fachpersonen
- Relevante Akteure des Hilfs- und Interventionssystems häusliche Gewalt
- Rechtliche Aspekte (insb. berufliche Schweigepflicht, Melderechte und -pflichten)
- Abgrenzung und Selbstschutz
- Umgang mit (gewaltausübenden) Angehörigen

Insbesondere wenn die Fachpersonen nicht regelmässig mit Opfern häuslicher Gewalt arbeiten, sollte ihnen zudem ein regelmässiges Angebot von «Auffrischerkursen» zur Verfügung stehen, in denen das Wissen zu den genannten Themen wieder ins Gedächtnis gerufen und aktualisiert werden kann. Werden die Schulungen von Beginn an interdisziplinär ausgerichtet, haben die Gesundheitsfachpersonen bereits während der Schulungen die Möglichkeit, sich mit relevanten Akteuren des jeweiligen kantonalen Hilfs- und Interventionssystems zu vernetzen. Damit Gesundheitsfachpersonen neben ihren anderen Verpflichtungen derartige Schulungen wahrnehmen können, ist bei der Finanzierung der Schulungen nicht

Angezeigt ist ein regelmässiges Angebot von «Auffrischerkursen», eine interdisziplinäre Ausrichtung der Schulungen und die Klärung der Finanzierung der Schulungen (Kurskosten, Zeit).

⁴⁵ «¹ Die Vertragsparteien schaffen für Angehörige der Berufsgruppen, die mit Opfern oder Tätern aller in den Geltungsbereich dieses 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. ² Die Vertragsparteien ermutigen dazu, dass die in Absatz 1 genannten Aus- und Fortbildungsmassnahmen auch Aus- und Fortbildungsmassnahmen zur koordinierten behördenübergreifenden Zusammenarbeit umfassen, um bei in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Gewalttaten einen umfassenden und geeigneten Umgang mit Weiterverweisungen zu ermöglichen.» (Art. 15 Istanbul-Konvention)

Informationsbroschüren/Leitlinien dienen als Erinnerungstütze und zur Orientierung im konkreten Fall. Sie müssen regelmässig überprüft und aktualisiert werden.

nur an die Kurskosten an sich zu denken. Es muss sichergestellt sein, dass die Gesundheitsfachpersonen die notwendige Zeit investieren können.

Im Alltag können dann die Informationsbroschüren oder Leitlinien dem Wachhalten des Wissens und der Orientierung im konkreten Fall dienen. Dass derartige Orientierungshilfen von den Praktiker(inne)n geschätzt werden, hat neben der hier durchgeführten Befragung auch die Umfrage der Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2018) gezeigt. Doch auch die Broschüren müssen nicht nur regelmässig überprüft und ggf. angepasst werden, die Praktiker(innen) müssen immer wieder an diese erinnert werden.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch

Ein weiteres zentrales Problem bei der Umsetzung von Konzepten zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung stellt die berufliche Schweigepflicht nach Art. 321 StGB sowie die komplexe Situation bezüglich der Melderechte und -pflichten der Gesundheitsfachpersonen dar (vgl. Kap. 3.3). Die Schweigepflicht ist wichtig für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patient(in). Entsprechend wird ihnen in den analysierten Broschüren regelmässig geraten, bei der Thematisierung des Verdachts auf Gewalt gegenüber den Patient(inn)en die Schweigepflicht zu betonen (u. a. Halt Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Stadt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Basel-Landschaft, 2010). In Übereinstimmung mit anderen Studien (u. a. Krüger et al., 2018b), hat sich entsprechend auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gezeigt, dass sich für Gesundheitsfachpersonen dann ein Dilemma ergibt, wenn sie vor der Frage stehen, ob sie den Fall zivil- oder strafrechtlichen Behörden melden sollten oder müssten. Eine explizite Meldepflicht, wie es in bestimmten Fällen vorgesehen ist (siehe u. a. Bundesrat, 2017; Maranta, 2018), löst dieses Dilemma nicht. Und damit auch nicht ein entsprechendes normorientiertes Konzept. Dies zeigen die Aussagen der hier schriftlich und telefonisch befragten Fachpersonen, obwohl sich einzelne Befragte explizit eine klare Meldepflicht wünschen würden (vgl. Kap. 3.2, 3.3). Um zu vermeiden, dass das Thema Gewalt bei der Versorgung der Patient(inn)en aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Situation vermieden wird, erscheint die Vermittlung des notwendigen rechtlichen Wissens im Rahmen von Schulungen und Informationsbroschüren vor diesem Hintergrund allerdings nicht ausreichend. Die Praktiker(innen) sollten zudem die Möglichkeit erhalten, den Umgang mit entsprechenden Dilemmata in der Praxis im Rahmen von Schulungen zu diskutieren und so Lösungsstrategien für sich zu finden.

Mit der Frage der Schweigepflicht ist ferner der Datenaustausch im Rahmen interinstitutioneller und interdisziplinärer Gremien verknüpft. Die Möglichkeit, sich in konkreten Fällen mit anderen Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems austauschen zu können, stellt aber eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Fachpersonen dar. Darüber hinaus kann hierdurch die bestmögliche Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt erreicht werden, indem sie schneller an die für sie passenden Fachstellen oder -personen weitergeleitet werden können. Entsprechend wird die Relevanz einer guten interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in Fällen häuslicher Gewalt immer wieder betont. Und in fast allen Kantonen sind Gefässe hierzu auf unterschiedlichen Ebenen vorgesehen. Doch trotz bestehender Gefässe erweist sich die Zusammenarbeit in der Praxis immer wieder als problematisch. Hierauf verweisen auch die Ergebnisse der beiden durchgeführten Befragungen (vgl. Kap. 3.2, 3.3). Die bestehenden Probleme sind dabei jedoch nur zum Teil auf Unsicherheiten bezüglich des Datenaustauschs zurückzuführen. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt darüber hinaus gegenseitigen Respekt und die Kenntnis der Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure voraus. Die Netzwerke müssen gepflegt werden. Dies wiederum benötigt Ressourcen. Damit das Gelingen der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht vom Engagement Einzelner abhängt, muss diese daher institutionell gewollt und verankert sein. Darüber hinaus sollte der Datenaustausch explizit geregelt sein, wie dies heute vor allem im Rahmen

Normorientierte Konzepte, die die Orientierung an der Meldepflicht ins Zentrum stellen, sind für eine angemessene Versorgung der Gewaltopfer nicht ausreichend.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit muss institutionell gewollt und verankert sein. Vertreter(innen) des Gesundheitswesens sollten regelmässig in den kantonalen und regionalen Gremien zu häuslicher Gewalt vertreten sein.

kantonalen Bedrohungsmanagementsysteme der Fall zu sein scheint (vgl. auch Bundesrat, 2017). Damit das Thema häusliche Gewalt jedoch in der Gesundheitsversorgung verankert wird und Gesundheitsfachpersonen sicherer im Umgang mit diesen Fällen werden ist eine regelmässige Vertretung der Gesundheitsversorgung in kantonalen und regionalen Gremien zu häuslicher Gewalt zentral. Hierbei sollte es sich möglichst um gut vernetzte Expert(inn)en für das Thema häusliche Gewalt im Kanton handeln. Hierdurch kann zum einen ihre Perspektive bei der (Weiter-)Entwicklung der Konzepte berücksichtigt werden; zum anderen kann hierdurch ein Informationsfluss zu den praktizierenden Fachpersonen implementiert werden (z. B. über die kantonsärztlichen Dienste).

Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden

Das Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der gewaltbetroffenen Patient(inn)en wurde von etwa einem Drittel der befragten Praktiker(innen) problematisiert. Dies galt sowohl für die Dokumentation in Fällen häuslicher Gewalt allgemein als auch in Fällen sexueller Gewalt im Besonderen. Das Erstellen von Bildern in diesem Zusammenhang wurde von immerhin etwa 15 % als Herausforderung wahrgenommen (vgl. Kap. 3.3). Dass letztlich keine der befragten Personen bereit war, den Forschenden eine Beispieldokumentation zur Verfügung zu stellen, ist neben Unsicherheiten bezüglich des Datenschutzes sehr wahrscheinlich auch auf Unsicherheiten bezüglich der Qualität der eigenen Dokumentationen zurückzuführen. Darüber hinaus lässt die mangelnde Problematisierung der fehlenden Klärung der Finanzierung der Falldokumentationen vermuten, dass viele Dokumentationen nicht rechtsmedizinischen Standards entsprechen. Um die Qualität der Dokumentationen sicherzustellen und eine sekundäre Viktimisierung der gewaltbetroffenen Patient(inn)en durch eine unzureichende Dokumentation zu vermeiden, sollten Informationen dazu, wie bei der Dokumentation vorzugehen ist, den Fachpersonen in der Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung vermittelt werden. Die Informationsbroschüren sollten ebenfalls ausreichend Informationen hierzu enthalten, die sich an rechtsmedizinischen Standards orientieren. Ein Dokumentationsbogen sollte im Anhang der Broschüre und/oder ein Link zur Vorlage aufgeführt sein. Um die Qualität der Dokumentationen soweit wie möglich sicherzustellen, sollten den Gesundheitsfachpersonen jedoch nicht nur die notwendigen Informationen und Vorlagen zur Verfügung gestellt werden. Ein rein informationsorientiertes Konzept erscheint nicht ausreichend, um die Opfer häuslicher Gewalt angemessen zu versorgen. Die Praktiker(innen) sollten zudem mindestens die Möglichkeit haben, sich telefonisch von entsprechend geschulten Fachpersonen beraten zu lassen. Dies könnten an Spitälern installierte spezialisierte Pflegefachpersonen für die Versorgung von Gewaltopfern sein (z. B. forensisch geschulte Pflegekräfte) oder Mitarbeitende medizinischer Gewaltabteilungen. Diese Fachpersonen könnten die Praktiker(innen) zudem bei der Weiterleitung der Patient(inn)en an die adäquaten Fach- und Beratungsstellen unterstützen oder bei der Suche nach Notfallunterkünften, in Fällen, in denen die Betroffenen zu ihrem eigenen Schutz nicht nach Hause entlassen werden können. Beides sind Varianten, die es zum Teil bereits heute gibt, die jedoch nicht allen Praktiker(inne)n bekannt zu sein scheinen.

Die Dokumentationen sollten im elektronischen Patientendossiers abgelegt und auf Wunsch den Patient(inn)en 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 zentralen Stelle wie dem spitalinternen Sozialdienst abgelegt werden. Eine Praxis, die es bereits heute gibt. Unabhängig vom Ablageort ist es wichtig, die Patient(inn)en explizit zu informieren, wie sie an ihre Unterlagen gelangen, sollten sie rechtliche Schritte einleiten wollen.

Informationen zur juristisch verwertbaren Dokumentation sollten den Fachpersonen in der Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung vermittelt werden.

Auch Informationsbroschüren sollten ausreichende Informationen zur Dokumentation enthalten (inkl. Dokumentationsbögen).

Beratungen zur Dokumentation durch spezialisierte Fachpersonen sollten angeboten werden.

Ein rein informationsorientiertes Konzept erscheint nicht ausreichend, um die Opfer häuslicher Gewalt angemessen zu versorgen.

Die Dokumentationen sollten im elektronischen Patientendossiers abgelegt und auf Wunsch den Patient(inn)en ausgehändigt werden. Nur eine begrenzte Zahl von Personen sollte Zugriff auf die Daten haben.

Die Wirksamkeit der Konzepte sollte wissenschaftlich evaluiert werden, Fälle häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung systematisch erfasst werden.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass vermutlich viele der identifizierten Probleme bei der Umsetzung der Konzepte vermieden werden könnten, wenn bei der Entwicklung und Umsetzung derselben Expert(inn)en zum Thema aus der Gesundheitsversorgung systematisch einbezogen würden. Dies kann zum einen die Praxistauglichkeit eingesetzter Massnahmen (z. B. Verständlichkeit und Handhabbarkeit von Broschüren) sowie die Akzeptanz derselben bei den Praktiker(inn)en erhöhen. Zum anderen liesse dies eine Koordination kantonaler und institutionsinterner Konzepte zu. Durch die regelmässige Vertretung des Gesundheitswesens in interinstitutionellen Gremien zu häuslicher Gewalt kann zudem ein regelmässiger Informationsfluss zu den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen implementiert werden, so dass der Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung immer wieder zum Thema gemacht wird. Hierfür müssen allerdings die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, worauf nicht zuletzt Art. 8 der Istanbul-Konvention («Finanzielle Mittel»)⁴⁶ verweist. Zur Qualitätssicherung der Konzepte sollte zudem deren Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert werden, wobei zur Beurteilung der Versorgungslage von Opfern häuslicher Gewalt auch die systematische Erfassung der Fälle in der Gesundheitsversorgung zählt. Welche Aspekte Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung mindestens umfassen sollten, wird im Folgenden dargestellt.

4.3 Minimalstandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Vor dem Hintergrund der analysierten Empfehlungen und (inter)nationalen Studien sowie den in Kapitel 3 beschriebenen Good-practice-Kriterien wurden Minimalstandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung abgeleitet, die sich auf die folgenden Aspekte beziehen:

- Zielgruppe und Gewaltformen
- Information über das Angebot und Niederschwelligkeit derselben
- Ganzheitliche Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt
- Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit
- Massnahmen zur Qualitätssicherung

Legt man diese Mindeststandards bei der Entwicklung neuer oder der Überprüfung bestehender Konzepte zugrunde, muss allerdings berücksichtigt werden, dass kantonale Konzepte beachten müssen, dass Gesundheitsfachpersonen je nach Handlungskontext in unterschiedliche Strukturen eingebunden sind.

i. Zielgruppe und Gewaltformen

Mit Blick auf die Zielgruppe und die im Konzept berücksichtigten Gewaltformen ist daran zu erinnern, dass Frauen – zumindest wenn man das Hellfeld betrachtet – zwar häufiger als Männer Opfer häuslicher Gewalt werden, dass aber auch Letztere von häuslicher Gewalt betroffen sein können. Darüber hinaus sind Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt explizit zu berücksichtigen ebenso wie häusliche Gewalt im pflegerischen Kontext. Berücksichtigt werden sollten zudem nicht alleine körperliche und sexuelle Gewalt, sondern explizit auch psychische, ökonomische und soziale Gewalt sowie – mit Blick auf Kinder und ältere Menschen – Vernachlässigung.

⁴⁶ «Die Vertragsparteien stellen angemessene finanzielle und personelle Mittel bereit für die geeignete Umsetzung von ineinandergreifenden politischen und sonstigen Massnahmen sowie Programmen zur Verhütung und Bekämpfung aller in den Geltungsbereich dieses Übereinkommens fallenden Formen von Gewalt, einschliesslich der von nichtstaatlichen Organisationen und der Zivilgesellschaft durchgeführten Massnahmen und Programme.» (Art. 8 Istanbul-Konvention)

ii. Information über das Angebot und Niederschwelligkeit derselben

Die Informationen zu den entsprechenden medizinischen Angeboten muss für die Betroffenen leicht und zu jeder Tages- und Nachtzeit zugänglich sein, wie dies beispielsweise über Flyer und kantonale sowie institutionelle Homepages der Fall ist. Hierbei sind besondere Bedürfnisse bestimmter Opfergruppen zu berücksichtigen (z. B. Informationen in verschiedenen Nationalsprachen, Vorleseoption auf Homepages für sehbehinderte Menschen und Analphabet[inn]en, Informationen in leichter Sprache für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen). Darüber hinaus muss darauf geachtet werden, dass sich die Betroffenen durch die Informationsbeschaffung nicht dem Risiko erneuter Gewalt aussetzen.

Neben den Informationen über das Angebot muss auch das Angebot selbst 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. Darüber hinaus müssen auch bei der Versorgung selbst die besonderen Bedürfnisse bestimmter Opfergruppen berücksichtigt werden, z. B. durch den Einsatz professioneller (Gebärden-)Dolmetscher(innen), Informationen in leichter Sprache etc.

iii. Ganzheitliche Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt

Die medizinische Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sollte möglichst umfassend sein, wobei der jeweilige Auftrag der Fachperson oder Institution berücksichtigt werden muss. Die Konzepte sollten mindestens die folgenden Schritte umfassen:

- Früherkennung häuslicher Gewalt (inkl. Ansprechen des Themas Gewalt)
- Umfassende Versorgung und Betreuung der Opfer
- Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden
- Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen (Triage)

Insbesondere bei der *Früherkennung* häuslicher Gewalt kommt den Gesundheitsfachpersonen eine Schlüsselposition zu, da sie häufig zu den ersten Ansprechpartner(inne)n der Opfer zählen. Die Früherkennung umfasst dabei nicht das blosses Erkennen der Gewalterfahrungen, sondern auch das Ansprechen derselben. Vor dem Hintergrund des heutigen Forschungsstandes kann jedoch nicht uneingeschränkt zu einem routinemässigen Screening mit Hilfe eines standardisierten Instrumentes geraten werden. Dies entspricht der Empfehlung der WHO (2013b) (zusammenfassend: Krüger et al., 2018a,b). Unabhängig davon, ob routinemässig gescreent wird oder Patient(inn)en bei Verdacht auf Gewalt angesprochen werden, müssen Massnahmen zur Früherkennung aber immer eingebettet sein in ein umfassenderes Konzept, in dem Massnahmen zur Unterstützung der Betroffenen zur Verfügung stehen.

Die *Versorgung und Betreuung der Opfer* sollte nicht nur die Erst- und weitere Versorgung der körperlichen Verletzungen und Beschwerden der Opfer umfassen (inkl. systematischer Nachkontrollen), sondern auch die Erst- und weitere Versorgung der psychischen Folgen der Gewalt. Hierzu zählt auch die Einschätzung der Gefährdung der Patient(inn)en sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans. Dabei ist auf einen respektvollen und umsichtigen Umgang mit den Patient(inn)en zu achten, z. B. indem die einzelnen Untersuchungsschritte erklärt werden oder ihnen die Entscheidung über weitere Schritte überlassen wird, sofern keine akute Gefahrensituation besteht. Sofern möglich, sollten die Patient(inn)en bei der Nachkontrolle von derselben Person untersucht werden. Ist dies nicht möglich, muss auf einen guten Informationsfluss bei der Übergabe geachtet werden, so dass sekundäre Viktimisierungen der Patient(inn)en vermieden werden können (z. B. durch mangelnde Umsichtigkeit bei gynäkologischen Untersuchungen).

Die Vorgaben für das Erstellen einer *juristisch verwertbaren Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden* sollten sich an rechtsmedizinischen Standards orientieren. Den Gesundheitsfachpersonen sollten Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt werden (z. B.

auf den Webseiten der kantonalen Fach-, Interventions- oder Koordinationsstellen Häusliche Gewalt, der Berufsverbände und/oder der kantonsärztlichen Dienste). Für konkrete Fragen zur Dokumentation sollten Ansprechpersonen mit entsprechender Expertise definiert werden (dies können auch spezialisierte Pflegefachpersonen sein, siehe unten). Dies macht deutlich, dass weder ein rein informationsorientiertes Konzept noch ein normorientiertes Konzept, bei dem sich an einer allfälligen Meldepflicht in Fällen häuslicher Gewalt orientiert wird, für eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt ausreicht.

Bei der *Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen* (Triage) sollten besondere Bedürfnisse der Patient(inn)en berücksichtigt werden (z. B. fremdsprachige Patient[inn]en, Menschen mit Behinderungen).

iv. Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit

Zu den Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Konzepte sollten diese mindestens die folgenden Punkte berücksichtigen:

- Schulungen
- klare Regelung der Finanzierung der erbrachten Leistungen
- klare Zuständigkeiten und Absprachen zwischen den relevanten Institutionen
- klare Regelung des Datenaustauschs zwischen den Institutionen
- schriftliche Fixierung der Leitlinien/Vorgaben

Schulungen zum Thema häusliche Gewalt stellen ein wichtiges Element der Konzepte dar (vgl. Kap. 4.2). Gesundheitsfachpersonen können hier das notwendige Wissen erwerben, den Umgang mit dem Thema und den gewaltbetroffenen Patient(inn)en trainieren sowie sich mit anderen relevanten Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems vernetzen.

Damit die Sorge vor einem Honorarausfall der Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt nicht im Wege steht, ist die **Finanzierung der erbrachten Leistungen** klar zu regeln. Hierzu zählen insbesondere das Erstellen der juristisch verwertbaren Dokumentation sowie das Risiko des Honorarausfalls aufgrund der Angst der Betroffenen vor erneuter Gewalt durch die Entdeckung der Rechnung durch die gewaltausübende Person. Für die Patient(inn)en hat die Kostenübernahme durch die Kantone wie im Falle der Leistungen der Gewaltabteilung des CHUV den Vorteil, dass sie das Angebot wahrnehmen können, ohne Sorge zu haben, die Rechnungen nicht zahlen zu können oder durch deren Entdeckung erneut misshandelt zu werden.

Aus Studien zur *interinstitutionellen Zusammenarbeit* ist bekannt, dass es klare Absprachen zwischen den Akteuren geben und Vorgaben möglichst *schriftlich* vorliegen sollten, damit die Zuständigkeiten klar geregelt und die Vorgaben verbindlicher sind (u. a. Krüger & Niehaus, 2010a,c; Santen & Seckinger, 2003). Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es zudem notwendig, dass die relevanten Akteure des Hilfs- und Interventionssystems die Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure kennen. Hierzu bedarf es strukturell verankerter Gefässe, in denen sich Vertreter(innen) relevanter Institutionen und Berufsgruppen austauschen und die Zusammenarbeit in konkreten Fällen absprechen können. Hierfür müssen die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

v. Massnahmen zur Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung sollten die Konzepte mindestens eine Massnahme beinhalten, die die Qualität konkreter Schritte bei der Versorgung sichert, sowie mindestens eine Massnahme, die sicherstellt, dass Probleme bei der Umsetzung des jeweiligen Konzepts erkannt und adressiert werden. Eine Massnahme, die zugleich die Qualität der Versorgung der Gewaltopfer sowie der juristisch verwertbaren Dokumentation erhöhen kann, ist der Einsatz *spezialisierter Fachpersonen*. Dies können beispielsweise forensisch geschulte Pflegefachkräfte an Spitälern sein oder die Errichtung einer medizinischen Gewaltabteilung mit entsprechend geschultem Personal. Beides würde zugleich zu einer Entlastung der anderen in diesen Fällen involvierten Mediziner(inne)n und Pflegefachpersonen führen. Da diese Fachkräfte oder Abteilungen explizit für Gewaltopfer zuständig sind, die Früherkennung somit nicht zu den

Aufgaben dieser Fachpersonen zählt, erscheint es sinnvoll, dieses Angebot nicht allein Opfern häuslicher Gewalt zur Verfügung zu stellen, sondern Opfern interpersoneller Gewalt allgemein, wie dies bei den beiden bereits bestehenden medizinischen Gewaltabteilungen des CHUV und des HUG der Fall ist.

Unabhängig vom Einsatz spezialisierter Fachpersonen sollte die Umsetzung der Konzepte regelmässig überprüft, bestehende *Probleme identifiziert und adressiert werden*. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Konzept tatsächlich im Alltag umgesetzt wird und die Opfer häuslicher Gewalt bestmöglich versorgt werden können.

Insgesamt machen die Ausführungen deutlich, dass weder rein norm- noch rein informationsorientierte Konzepte ausreichen, um eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt sicherzustellen. Hierfür braucht es umfassende informations- und strukturorientierte Konzepte, die von Gesundheitsfachpersonen (mit-)entwickelt und vom Kanton getragen werden. Hier besteht in der Schweiz noch Nachholbedarf, wie die Befunde der vorliegenden Studie zeigen.

5 Literaturverzeichnis

* Die im Bericht zitierten Dokumente zu konkreten Konzepten/Praktiken sind mit einem Asterisk gekennzeichnet

*Amnesty International (2006). *Staatliche Massnahmen gegen häusliche Gewalt: Die Situation im Kanton Wallis. Resultate einer Recherche*. Quelle online unter: <https://www.amnesty.ch/de/themen/frauenrechte/tradition-religion-und-frauenrechte/haeusliche-gewalt/schweiz/wallis-bericht>

*Amt für Soziales Kanton Appenzell Ausserrhoden (2018). *Netzwerk Gewaltschutz*. Quelle online unter: <https://www.ar.ch/verwaltung/departement-gesundheit-und-soziales/amt-fuer-soziales/abteilung-chancengleichheit/gleichstellung-frauen-maenner/netzwerk-gewaltschutz/>

*Amt für Soziale Sicherheit des Kantons Solothurn (2017a). *Prävention Häuslicher Gewalt. Teil I: Grundlagen*. Solothurn: Author.

*Amt für Soziale Sicherheit des Kantons Solothurn (2017b). *Teil II: Massnahmenplan Häusliche Gewalt 2017-2018 (Schwerpunkt: Familien & werdende Eltern)*. Solothurn: Author.

*Amt für Soziales des Kantons St. Gallen (2018). *Meldevorschriften an die Kindesschutzbehörden*. Quelle online unter: https://www.sg.ch/home/soziales/kinder_und_jugendliche/kindesschutz/_jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser_0/DownloadListParTeaser/download_teaser_3.ocFile/Merkblatt%20Melderecht%20und%20Meldepflicht%20allgemein.pdf

Antai, D., Oke, A., Braithwaite, P. & Lopez, G. B. (2014). The effect of economic, physical, and psychological abuse on mental health: a population-based study of women in the Philippines. *International Journal of family medicine, 2014*. doi:10.1155/2014/852317

*Ärztegesellschaft des Kantons Bern et al. (2016). *Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln. Eine praxisorientierte Handlungsanleitung für Fachpersonen des Gesundheitswesens*. Bern: Author.

*Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, Haus- und Kinderärzte Zürich [mfe], Kinderärzte Zürich – Vereinigung Züricher Kinder- und Jugendärzte [VZK] & Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden im Kanton Zürich (2017). *Empfehlungen Ärzteschaft – Erwachsenenschutz*. Quelle online unter: https://www.kesb-zh.ch/sites/default/files/attachments/empfehlungen_aerzteschaft_kesb_erwachsenenschutz_v1.0.pdf

*Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, Haus- und Kinderärzte Zürich [mfe], Kinderärzte Zürich – Vereinigung Züricher Kinder- und Jugendärzte [VZK] & Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden im Kanton Zürich (2019). *Empfehlungen Ärzteschaft – Kindesschutz*. Quelle online unter: https://www.kesb-zh.ch/sites/default/files/attachments/empfehlungen_aerzte_kesb_kindesschutz_v1.1.pdf

*Bänziger, V., Bass, B., Fleischli, M., Trionfini, A. & Weingartner, M. (2010). Ein Spital wird aktiv. 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., S. 243-281). Bern: Verlag Hans Huber.

*Baumeister, B., Gehrig, M., Beck, T. & Gabriel, T. (2015). *Häusliche Betreuung alter Menschen*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen & Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2016) (Hrsg). *Häusliche Gewalt ist nie in Ordnung!* Berlin: Author.

*Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2013). *Leitfaden und Empfehlungen zuhänden von Fachpersonen für Beratungsgespräche mit Kindern, die von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind*. Bern: Author.

*Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2016). *Zusammenstellung der Abrechnungsproblematik bei häuslicher Gewalt zuhänden der Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Postulats 14.4026 Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt*. Bern: Author.

- *Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, SPITEX Verband Kanton Bern & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA (2016). *Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten*. Bern: Authors.
- *Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2018). *Umfrage zum Umgang mit häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen, April bis Dezember 2017*. Quelle online unter: <http://www.pom.be.ch/pom/de/index/direktion/ueber-die-direktion/big.html>
- Bundesamt für Statistik [BfS] (2014). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Jahresbericht 2013*. Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik [BfS] (2015). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Jahresbericht 2014*. Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik [BfS] (2016). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Jahresbericht 2015*. Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik [BfS] (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Jahresbericht 2016*. Neuchâtel: BfS.
- Bundesamt für Statistik [BfS] (2018). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Jahresbericht 2017*. Neuchâtel: BfS.
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2010 (SR 830.1)
- Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (SR 832.20)
- *Bundesrat (2017). *Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Feri 13.3441 vom 13.06.2013*. Quelle online unter: <https://www.ejpd.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/gesetzgebung/gewaltschutz/ber-br-d.pdf>
- *Bureau de l'Égalité entre femmes et hommes, République et Canton du Jura (2016). *Violence et maltraitance envers les adultes. Protocole de dépistage et d'intervention. Document d'information à l'usage des professionnel-le-s de la santé de la République et Canton du Jura*. Quelle online unter: <https://www.jura.ch/CHA/EGA/Violence-domestique/Pour-les-professionnel-le-s.html>
- *Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud (2017). *Violence dans le couple. Détection – soutien – orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s*. Lausanne: Author.
- *Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fribourg (2018). *Gewalt in Paarbeziehungen bekämpfen. Interventionsprotokoll für Fachpersonen im Kanton Freiburg*. Freiburg: Author.
- *Cheseaux, J.-J., Duc Marwood, A. & Romain-Glassey, N. (2013). Exposition de l'enfant à des violences domestiques. Un modèle pluridisciplinaire de détection, d'évaluation et de prise en charge. *Revue Médicale Suisse*, 9, 398-401.
- *Christen, R. (2013). *Häusliche Gewalt wahrnehmen – intervenieren* (2. Aufl.). Unveröffentlichtes Manuskript: Kantonsspital Nidwalden.
- Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., Whitaker, D. J., Fadden, M. K. & Williams, M. (2007). Partner violence screening in rural health care clinics. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1319-1325.
- Cooper, C., Selwood, A. & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17(10), 826-838.
- *Datenschutzbeauftragter des Kantons Zürich (2019). *Merkblatt Melderechte und Meldepflichten für Spitäler*. Quelle online unter: https://dsb.zh.ch/internet/datenschutzbeauftragter/de/publikationen/anleitungen/_jcr_content/contentPar/form_0/formitems/kein_titel_gesetzt_/download.spooler.download.1551369718500.pdfMerkblatt-Meldepflichten-und-Melderechte-von-Spitaelern.pdf
- Deegener, G. & Koerner, W. (2006). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*. Lengerich: Pabst.
- *Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Aargau (o. J.). *Das doppelte Tabu: Merkblatt für Fachpersonen im Kanton Aargau zur Dualproblematik Häusliche Gewalt und Sucht*. Aarau: Author.
- *Departement Volkswirtschaft und Inneres des Kantons Aargau, Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt (2014). *Mittendrin. Kinder im Schatten häuslicher Gewalt – was tun in der Schule?* Aarau: Author.

- *Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, P. J. G., . . . Oudesluys-Murphy, A. M. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1122-1131.
- *Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (2015). *Protokoll zur Früherkennung und Weiterleitung von Fällen der Kindesmisshandlung (0 bis 18 Jahre)*. Freiburg: Author.
- Douglas, E. M. & Hines, D. A. (2011). The helpseeking experience of men who sustain intimate partner violence: An overlooked population and implications for practice. *J Fam Violence*, 26(6), 473-485.
- Duden (2017). *Die deutsche Rechtschreibung* (27. Aufl.). Leipzig: Dudenverlag.
- *Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] (2013). *Kosten von Gewalt in Paarbeziehungen*. Bern: EBG. Quelle online unter: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/dokumentation/publikationen/publikationen-zu-gewalt.html>.
- *Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] (2015). *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Häusliche Gewalt – Informationsblatt*. <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] (2017). *Internationale Zahlen zu häuslicher Gewalt*. Bern: EBG. Quelle online unter: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/dokumentation/publikationen/publikationen-zu-gewalt/informationsblaetter-haeusliche-gewalt.html>.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG] (2018). *Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz*. Bern: EBG. Quelle online unter: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/dokumentation/publikationen/publikationen-zu-gewalt/informationsblaetter-haeusliche-gewalt.html>.
- *Exadaktylos, A. (o. J.). *Aufklärungsblatt nach Strangulation*. Unveröffentlichtes Dokument: Inselspital Bern.
- *Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.). (2007/2010). *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- *Fachstelle Häusliche Gewalt, Kantonspolizei Thurgau (2015). *Häusliche Gewalt. Was kann/muss die Schule tun?* Frauenfeld: Author.
- *Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Kanton Aargau (2018). *Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Unterstützung einleiten*. Aarau: Author.
- *Fachstelle und Fachkommission Kinder- und Jugendschutz der Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft (2015). *Gewalt zu Hause – bleib nicht allein. Informationen für Jugendliche und ihre Lehrpersonen*. Liestal: Author.
- *Fausch, S. & Wechlin, A. (2010). 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., S. 195-241). Bern: Verlag Hans Huber.
- Feldhaus, K. M., Kozoil-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R. & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357–1361.
- *Gesetz über häusliche Gewalt (GhG) vom 18. Dezember 2015 (Kanton Wallis)
- *Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern [GEF] (2017). *Benvenuti nel Canton Berna*. Bern: Author.
- Gillioz, L., De Puy, J. & Ducret, V. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne: Payot.
- *Gillioz, R. Gramoni, C. Margairaz & C. Fry (2003) (Hrsg.). *Voir et agir. Responsabilités des professionnels de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*. Genève: Éditions Médecine & Hygiène.

- *Gloor, D. & Meier, H. (2004). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum*. Quelle online unter: http://www.socialinsight.ch/images/downloads/SB_Mat_SI.pdf
- *Gloor, D. & Meier, H. (2005). *Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Eine sozialwissenschaftliche Studie am Universitätsspital Basel*. Schriftenreihe des Justizdepartements (Band 8). Basel: Justizdepartement.
- Gloor, D. & Meier, H. (2010). Zahlen und Fakten zum Thema Häusliche Gewalt. 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*. (S. 17-36). Bern: Verlag Hans Huber.
- Goicolea, I., Hurtig, A. K., San Sebastian, M., Vives-Cases, C. & Marchal, B. (2015). Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. *BMC Health Serv Res*, 15, 228.
- Graß, H., Rothschild, M., Koerfer, A. & Obliers, D. (2008). *Med-Doc-Card®. Medizinische Befunddokumentation*. Quelle online unter: http://www.befund-gewalt.de/tl_files/content/Bilder/MED-DOC-CARD%2015062008.pdf
- Gupta, M. (2007). Mandatory Reporting Laws and the Emergency Physician. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 369-376.
- *Häberli Leugger, K. (2010). Interinstitutionelle und interdisziplinäre Kooperation. 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*. (S. 159-163). Bern: Verlag Hans Huber.
- *Halperin, D.-S. (2002). Médecine et violence : L'expérience d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(4), 205-211.
- *Halt Gewalt – Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Satdt & Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Basel-Landschaft (2010). *Wenn Patientinnen und Patienten von häuslicher Gewalt betroffen sind*. Basel/Liestal: Authors.
- *Hauri, A. & Zingaro, M. (2013). *Leitfaden Kinderschutz: Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hg.) (2014). *Dent-Doc-Card®*. Quelle online unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/Praev/H%C3%A4usliche_Gewalt/dent-doc-card.pdf
- *Hofner, M.-C. & Viens Python, N. (2004). «C'est assez»: programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence : origines et développements 2000-2004 (1420-2921). Quelle online unter: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_CC4572957F21.P001/REF
- *Hofner, M. C., Python, N. V., Martin, E., Gervasconi, J.-P., Graz, B. & Yersin, B. (2005). Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J*, 22, 481-485.
- *Hofner, M.-C. & Viens Python, N. (2014). *Violences domestiques. Prise en charge et prévention*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- *Hofner, M.-C. & Rodondi, P.-Y. (2015). 5 points essentiels pour la prise en charge au cabinet. *Schweizerische Ärztezeitschrift – Bulletin médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri*, 96(7), 240-242.
- *Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (2015). *Médecine et prévention de la violence*. Quelle online unter: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/uimpv_0.pdf
- *Hostettler-Blunier, S., Raoussi, A., Johann, S., Ricklin, M., Klukowska-Rötzler, J., Utiger, S., . . . Brodmann Maeder, M. (2018). Häusliche Gewalt am Universitären Notfallzentrum Bern: eine retrospektive Analyse von 2006 bis 2016. *Praxis*, 107(16), 886-892.
- *Hostettler, S. (2018). *Betreuung von Opfern häuslicher Gewalt am Universitären Notfallzentrum Inselspital Bern*. Unveröffentlichtes Manuskript: Inselspital Bern.

- *Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Basel-Landschaft (2018). *Wenn Patientinnen und Patienten von häuslicher Gewalt betroffen sind. Merkblatt*. Liestal: Author.
- *IST Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Zürich (2014). *Häusliche Gewalt – Manual für Fachleute*. Zürich: Author.
- *IST Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Kanton Zürich (2018). *IST Weiterbildungsreihe 2018*. Zürich: Sicherheitsdirektion Kanton Zürich.
- Jud, A., Lips, U. & Landolt, M. A. (2010). Characteristics associated with maltreatment types in children referred to a hospital protection team. *European Journal of Pediatrics*, 169, 173-180.
- Jung, H., Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Lee, J. O., & Brown, E. C. (2014). Does Child Maltreatment Predict Adult Crime? Reexamining the Question in a Prospective Study of Gender Differences, Education, and Marital Status. *Journal of interpersonal violence*, 30(13), 2238–2257.
- *Käch, E. (2017). *Umgang mit Häuslicher Gewalt im Kantonsspital Nidwalden*. Fortbildung, 10. und 19. Mai 2017 am Kantonsspital Nidwalden.
- *Kantonales Amt für Gleichstellung Kanton Wallis (2018). *Und wenn das Gewalt ist in meiner Partnerschaft?* Author.
- *Kantonsarzt Thurgau (2017). *Dokumentationsbogen Häusliche Gewalt*. Frauenfeld: Author.
- Killias, M., Simonin, M. & De Puy, J. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Bern: Stämpfli.
- Killias, M., Staubli, S., Biberstein, L. & Bänziger, M. (2012). *Häusliche Gewalt in der Schweiz. Analysen im Rahmen der schweizerischen Opferbefragung 2011*. Quelle online unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/opferhilfe/publikationen/ber-haeuslichegewalt-2011-d.pdf>
- *Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern (2017). *Wenn Patientinnen und Patienten von häuslicher Gewalt betroffen sind*. Luzern: Author.
- *Koordinationsstelle häusliche Gewalt Kanton St. Gallen (2016). *Häusliche Gewalt. Informationen für die Arztpraxis*. St. Gallen: Author.
- *Koordinationsstelle S.I.G.N.A.L e. V. (2018). *Gerichtsfeste Dokumentation und Spurensicherung nach häuslicher und sexueller Gewalt*. Quelle online unter: http://signal-intervention.de/sites/default/files/2019-02/Infothek_Empfehlungen_Doku_2018_1.pdf
- Krüger, P. & Niehaus, S. (2010a). Wesentliche Probleme interdisziplinärer Arbeitsbündnisse und Bedingungen für das Gelingen interdisziplinärer Kooperationen. In E. Dawid, J. Elz & B. Haller (Hrsg.), *Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe und Strafjustiz* (S. 19-28). Wiesbaden: Eigenverlag KrimZ.
- Krüger, P. & Niehaus, S. (2010b). Länderbericht deutschsprachige Schweiz. In E. Dawid, J. Elz & B. Haller (Hrsg.), *Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe und Strafjustiz* (S. 138-220). Wiesbaden: Eigenverlag KrimZ.
- Krüger, P. & Niehaus, S. (2010c). Basismodell interdisziplinärer Zusammenarbeit in Fällen von (sexueller) Gewalt gegen Kinder. In E. Dawid, J. Elz & B. Haller (Hrsg.), *Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe und Strafjustiz* (S. 317-336). Wiesbaden: Eigenverlag KrimZ.
- Krüger, P. (2015a). Neonatizide und ihre Prävention im deutschsprachigen Raum. *Z Allg Med*, 91(1), 16-20.
- Krüger, P. (2015b). Prevalence and phenomenology of neonaticide in Switzerland 1980-2010: A retrospective study. *Violence and Victims*, 30(2), 194-207.
- Krüger, P., Lätsch, D., Völksen, S. & Voll, P. (2018a). Détection précoce des violences intrafamiliales et des cas de mise en danger du bien de l'enfant. *Sécurité Sociale CHSS*, 1/2018, 21-24.
- Krüger, P., Lätsch, D., Völksen, S. & Voll, P. (2018b). *Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- *Lanz, C. (2016). *Merkblatt häusliche Gewalt gegen ältere Menschen*. Solothurn.
- *Lips, U. (2011). *Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zur Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Hg.), *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (S. 86-105). Thousand Oaks: Sage Publications.
- *Loi d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique (LOVD) du 26 septembre 2017 (211.24, Kanton Waadt)
- Lorenz, S., Flühmann, C. & Wüthrich, A. (2017). *Détection et orientation sociale accompagnée de situations de violences au sein du couple*. Quelle online unter: <https://limesurvey.hefr.ch/upload/surveys/265462/files/Guide%20-%207%20septembre.pdf>
- Maranta, L. (2018). Im «Irrgarten» zwischen Meldepflichten, Melderechten und Berufsgeheimnissen – die Revision der Meldevorschriften im Kinderschutz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 4/2018, 231-254.
- *Margairaz, C. (2003). Objectiver les violences : l'utilité de la documentation médico-légale. In L. Gillioz, R. Gramoni, C. Margairaz & C. Fry (Hg.), *Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes* (S. 277-295). Genève: Éditions Médecine & Hygiène.
- *Margairaz, C., Girard, J. & Halperin, D.-S. (2006). Violences au sein du couple et de la famille. Implications pour le praticien. *Forum Med Suisse*, 6, 367-373.
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., . . . MacMillan, H. L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ open*, 7(10), e013942-e013942. doi:10.1136/bmjopen-2016-013942
- Niehaus, S., Krüger, P. & Caviezel Schmitz, S. (2012). Chancen geistig behinderter Opfer sexueller Gewalt im Strafrechtssystem. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 18(11-12), 15-21.
- *Office cantonal de la statistique Genève [OCSTAT] (2018). *La violence domestique en chiffre, année 2017*. Genève: Author.
- Optimus Foundation (2018). *Kindeswohlgefährdung in der Schweiz. Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen*. Zürich: Author.
- *Regierungsrat des Kantons Bern (2017). *Berner Modell bei sexueller Gewalt*. Bern: Author.
- *Renteria, S.-C. (2003). Violence envers les femmes : on ne trouve que ce que l'on cherche. *Revue Médicale Suisse*, 543.
- *Renteria, S.-C., Hofner, M.-C., Adjaho, M.-T., Burquier, R. & Hohlfeld, P. (2008). *Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention*. (2. Aufl.). Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).
- *Romain-Glassey, N., Blaquièrre, C. & Ninane, F. (2010). Forensische Pflegekräfte in der Schweiz. *Forensik*, 1/2010, 16-18.
- *Romain-Glassey, N., Gut, M., Cathieni, F., Hofner, M.-C. & Mangin, P. (2011). A satisfaction survey conducted on patients of a medico-legal consultation. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(4), 158-161.
- *Romain-Glassey, N., Ninane, F., De Puy, J., Abt, M., Mangin, P. & Morin, D. (2014). The emergence of forensic nursing and advanced nursing practice in Switzerland: An innovative case study consultation. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 144-152.
- *Romain-Glassey, N. & Grabherr, S. (2017). *L'Unité de médecine des violences*. Lausanne: Unveröffentlichter Vortrag.

- Santen, E. & Seckinger, M. (2003). *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis*. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Scheidegger, F. & Darbellay, S. (2018). *Polizeilich registrierte Tötungsdelikte 2009-2016 innerhalb und ausserhalb des häuslichen Bereichs*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- *Schmid, S. A. (2017). *Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung*. Bern: Unveröffentlichte Masterarbeit an der Berner Fachhochschule.
- Schröttle, M. et al. (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. *Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW* Nr. 30, 60-64.
- *Schütz, M. & Hofner, M.-C. (o. J.). *Femmes victimes de violence conjugales. Le pharmacien est actif*. Quelle online unter: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dec/befh/fichiers_pdf/DOTIP_pharmaciens.pdf
- Schwander, M. (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, 121(2), 195-215.
- Schwarzenegger, C., Fischbacher, R., Loewe-Baur, M. & Stössel, J. (2015). Häusliche Gewalt, rechtliche Instrumente zum Schutz der Opfer und ihre Wirksamkeit – unter besonderer Berücksichtigung des polizeilichen Gewaltschutzes. In C. Schwarzenegger (Hg.), *7. Zürcher Präventionsforum – Häusliche Gewalt* (S. 9-98). Zürich/Basel/Genf: Schulthess.
- Schwarzenegger, C., Fuchs, M. & Ege, G. (2015). Best Practices bei der Erkennung und Bekämpfung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Rechtliche Rahmenbedingungen im internationalen Vergleich. In C. Schwarzenegger & R. Nägeli (Hg.), *7. Zürcher Präventionsforum - Häusliche Gewalt*. (S. 237-302). Zürich u.a.: Schulthess.
- *Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (2009). *Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen*. Bern: SGGG.
- *Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie [SGP] (2018). *Erneut deutlich mehr registrierte Fälle von Kindsmisshandlungen an schweizerischen Kinderkliniken*. Quelle online unter: https://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/2019-01/Nationale%20Kinderschutzstatistik%202017_D.pdf
- *Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin [SGRM] (2015). *Die forensisch-klinische Untersuchung von Personen nach Gewalteinwirkung*. Quelle online unter: https://www.sgrm.ch/inhalte/Forensische-Medizin/ForMed_Untersuchung_Lebende.pdf
- *Schweizerischer Hebammenverband – Sektion Bern & Mütter- und Väterberatung Kanton Bern (o. J.). *Leitfaden für die Zusammenarbeit der Hebammen und Mütterberaterinnen im Kanton Bern*. Quelle online unter: <https://www.mvb-be.ch/download/pictures/3b/9n66rmjoyd9inwbgpcec7jz9lner18/hebammenverband.pdf>.
- *Service pour la promotion de l'égalité entre homme et femme, Centre de consultation LAVI & Solidarité Femmes (2004). *La violence et inacceptable. Violence conjugale que faire?* (3. Auflage) Genf: Author.
- *Sicherheits- und Justizdepartement Kanton Obwalden (2018). *Nothilfekarte gegen Gewalt*. Quelle online unter: <http://www.ow.ch/dl.php/de/5b570f492f2d3/OW-Nothilfekarte.pdf>, Januar 2019.
- *Soforthilfe St. Gallen (2018). *Prospekt «Soforthilfe nach sexueller Gewalt»*. St. Gallen: Kantonsspital St. Gallen & Opferhilfe SG-AR-AI. Quelle online unter: https://www.kssg.ch/sites/default/files/media_document/2018-06/soforthilfe_flyer_v6_x4_web_0.pdf
- *Thurston, W. E., Tutty, L. M., Eisener, A. C., Lalonde, L., Belenky, C. & Osborne, B. (2009). Implementation of universal screening for domestic violence in an urgent care community health center. *Health Promotion Practice*, 10(4), 517-526.
- *Tschudin, S. (2014). *Opfer häuslicher Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 «Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit». Bern.

- *Tschudin, S. (2015). Prävention und Bekämpfung von häuslicher Gewalt. *Schweizerische Ärztezeitschrift – Bulletin médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri*, 96(7), 243-244.
- Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) (SR 0.311.35)
- *Unité de médecine des violences CHUV [UMV], Haute école de la santé La Source [ELS] & Haute École Spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO] (2016). *Maltraitance envers les personnes âgées : aspects et soins médico-légaux*. Quelle online unter: http://www.curml.ch/sites/curml/files/fichiers/documents/UMV/plaquette-module-de-formation-umv-2016-web_compressed.pdf
- *Unité de médecine des violences CHUV [UMV], Haute école de la santé La Source [ELS] & Haute École Spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO] (2017). *Aspects et soins médico-légaux dans le domaine de la violence interpersonnelle*. Quelle online unter: http://www.curml.ch/sites/curml/files/fichiers/documents/UMV/plaquette_formation_umv_2017_web.pdf
- *Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern (o. J.) *Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte [FMH] (2016). *Häusliche Gewalt und medizinische Dokumentation*. Schreiben vom 25.05.2016 an die Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern.
- *Verordnung über häusliche Gewalt (VhG) vom 14. September 2016 (550.600, Kanton Wallis)
- Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (SR 832.202)
- Volbert, R. (2008). Sekundäre Viktimisierung. In R. Volbert & M. Steller (Hg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 198–208). Göttingen: Hogrefe.
- *Vuillemin, P., Hofner, M. C. & Dubrit, C. (2009). Inacceptable et légalement interdite. *Courrier du médecin vaudois*, 3, 3-5.
- *Weiss, S. J., Ernst, A. A., Cham, E. & Nick, T. G. (2008). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 131-141.
- Widom, C. S. (1993). *The cycle of violence*. Vortrag auf der Second National Conference on Violence. Canberra, 15.-18. Juni 1993. <http://www.aic.gov.au/conferences/ncv2/>, 05.04.2016.
- *World Health Organization [WHO] (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2007). *Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2009). *Reducing violence through victim identification, care and support programmes*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Genf: Author.
- *World Health Organization [WHO] (2017). *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence*. Genf: Author.
- *Yaffe M. J., Wolfson C., Lithwick, M. & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), 276–300.
- Yexley, M., Borowski, I. & Ireland, M. (2002). Correlation between different experiences of intrafamilial physical violence and violent adolescent behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(7), 707-720.

*Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] (2018). *CAS Häusliche Gewalt*. Quelle online unter: <https://weiterbildung.zhaw.ch/data/soziale-arbeit/cas-haeusliche-gewalt-zhaw.pdf>

Anhang 1

Liste kontaktierter Institutionen im Rahmen der Telefonbefragung

Nr.	Kanton/Region	Institution
Opferhilfeberatungsstellen		
1	AG, SO	Beratungsstelle Opferhilfe Aargau Solothurn
2	AG	Anlaufstelle gegen Häusliche Gewalt (AHG) Aargau
3	AI, AR, SG	Opferhilfe SG-AR-AI
4	BE	VISTA Fachstelle Opferhilfe
5	BE	Frauenhaus Thun – Berner Oberland
6	BE	Service d'aide aux victimes Bienne
7	BL, BS	Opferhilfe beider Basel – triangel
8	FR	Centre de consultation LAVI pour les femmes – Solidarité Femmes
9	GE	Centre de consultation LAVI
10	GL	Opferberatungsstelle des Kantons Glarus
11	GR/Schweiz	Opferhilfe Graubünden/Schweizerische Verbindungsstellen-Konferenz Opferhilfegesetz (SVK-OHG)
12	JU	Centre de consultation LAVI
13	LU	Opferberatungsstelle des Kantons Luzern
14	NE	Centre de consultation LAVI
15	NW	Beratungsstelle Opferhilfe Kanton Nidwalden
16	OW	Kantonales Sozialamt Obwalden
17	SH	Fachstelle für Gewaltbetroffene
18	SZ, UR	Opferhilfe-Beratungsstelle Kanton Schwyz und Uri
19	TG	STIFTUNG BENEFO
20	TI	Servizio per l'aiuto alle vittime di reati Luganese e Mendrisiotto
21	VD	Centre de consultation LAVI
22	VS	Opferhilfeberatung Oberwallis
23	VS	Centre de consultation LAVI Valais romand
24	ZG	eff-zett das Fachzentrum Opferberatung
25	ZH	Fachstelle OKey & KidsPunkt
26	ZH	BIF Beratungsstelle für Frauen gegen Gewalt in Ehe und Partnerschaft
27	ZH	Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich
Gleichstellungsbüros		
28	Bund	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
29	AG	Fachstelle Familie und Gleichstellung
30	AR	Fachstelle Familie und Gleichstellung
31	BE	Kantonale Fachstelle für die Gleichstellung von Frauen und Männern
32	BL	Fachstelle für Gleichstellung des Kantons Basel-Landschaft

33	BS	Gleichstellungsbüro Basel-Stadt/Fachstelle Häusliche Gewalt Basel-Stadt
34	FR	Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille Fax
35	JU	Bureau de l'égalité entre femmes et hommes de la République et Canton du Jura
36	NE	Office de la politique familiale et de l'égalité
37	SG	Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte
38	TI	Ufficio della legislazione e delle pari opportunità
39	VS	Secrétariat à l'égalité et à la famille/Sekretariat für Gleichstellung und Familie
40	VD	Bureau de l'égalité entre femmes et hommes du canton de Vaud
41	ZH	Fachstelle für Gleichstellung von Frau und Mann des Kantons Zürich
42	Stadt Zürich	Fachstelle für Gleichstellung
Kantonsärztliche Dienste		
43	JU	Service de la santé publique du canton du Jura
44	AR	Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell A.Rh.
45	BE	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
46	BS	Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
47	AG	Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
48	GE	Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)
49	NE	Service de la santé publique du canton de Neuchâtel
50	SG	Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
51	AI	Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell I.Rh.
52	TI	Dipartimento della sanità e della socialità del canton Ticino
53	ZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
54	GR, GL	Gesundheitsamt des Kantons Graubünden
55	SZ	Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz
56	FR	Service du médecin cantonal du canton de Fribourg
57	TG	Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
58	ZG	Kantonsärztlicher Dienst des Kantons Zug
59	LU	Dienststelle Gesundheit und Sport des Kantons Luzern
60	BL	Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
61	NW	Kantonsarzt
62	UR	Kantonsarzt
63	SH	Departement des Innern des Kantons Schaffhausen
64	SO	Gesundheitsamt des Kantons Solothurn
65	OW	Kantonsarzt
66	VD	Service de la santé publique du Canton de Vaud
67	VS	Service de la santé publique du canton du Valais

Kantonale Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt		
68	BE	Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt/Schweizerische Konferenz gegen Häusliche Gewalt (SKHG)
69	AG	Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt Aargau
70	AR	Kantonspolizei Appenzell Ausserrhoden
71	BL	Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft
72	GE	Bureau de la promotion de l'égalité entre femmes et hommes et de prévention des violences domestiques
73	GR	Kantonales Sozialamt Graubünden, Koordinationsstelle gegen Häusliche Gewalt
74	JU	Police cantonale jurassienne
75	LU	Fachstelle Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement
76	SO	Fachstelle Prävention
77	SO	Fachstelle Opferhilfe
78	SZ	Kantonspolizei Schwyz
79	TG	Fachstelle Häusliche Gewalt, Kantonspolizei Thurgau
80	TI	Polizia cantonale
81	VD	Centre d'accueil MalleyPrairie VD
82	ZH	IST Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt
83	AI	Kantonspolizei Appenzell Innerrhoden
84	GL	Kriminalpolizei Glarus
85	NW	Kantonspolizei Nidwalden
86	OW	Kantonales Sozialamt
87	OW	Kantonspolizei Obwalden
88	SH	Fachstelle Häusliche Gewalt/Fachstelle Bedrohungsmanagement
89	UR	Amt für Soziales
90	ZG	Fachstelle Häusliche Gewalt
91	SG	Koordinationsstelle Häusliche Gewalt
92	Zentralschweiz	Zentralschweizer Fachgruppe Häusliche Gewalt
Berufs- und Interessenvertretungen, Bundesämter, Spitex und weitere		
93	Schweiz	Dachorganisation der Frauenhäuser der Schweiz und Liechtenstein
94	LU	Frauenhaus, Bildungsstelle Häusliche Gewalt
95	NE	Centre LAVI & Solidarité femmes (SAVI)
96	Schweiz	Fachverband Gewaltberatung Schweiz
97	Schweiz	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
98	Schweiz	Schweizerischer Hebammenverband
99	Schweiz	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
100	Schweiz	Verband Forensic Nursing
101	Schweiz	Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA)
102	Westschweiz	Alter ego

103	Schweiz	Kinderschutz Schweiz
104	Schweiz	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
105	UR	Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion, Amt für Gesundheit
106	Bund	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
107	Bund	Bundesamt für Justiz (BJ)
108	Bund	Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
109	LU	Dienststelle Soziales und Gesellschaft, Opferhilfe und Kinderschutz
110	Bund	Schweizerische Verbindungsstellen-Konferenz Opferhilfegesetz (SVK-OHG)
111	Schweiz	Spitex Schweiz
112	ZH	Spitex Zürich
113	LU	Spitex Luzern
114	Schweiz	CURAVIVA
115	FR	Staatsanwaltschaft
Notfallstationen und Walk-In-Einrichtungen, Spitäler (insb. in ländlichen Regionen)		
116	AI	Spital Herisau
117	AR	Kantonsspital Appenzell
118	GL	Kantonsspital Glarus
119	JU	Hôpital du Jura
120	LU	Kantonsspital Wolhusen
121	NE	Home médicalisé Les Charmettes [auf Empfehlung Hôpitaux Neuchâtelois]
122	NW	Kantonsspital Nidwalden
123	OW	Kantonsspital Obwalden
124	SH	Kantonsspital Schaffhausen
125	SZ	Regionalspital Einsiedeln
126	TI	Ospedale Regionale di Bellinzona
127	TG	Kantonsspital Münsterlingen
128	UR	Kantonsspital Uri
129	BS	Universitätsspital Basel (Notfall)
130-132	BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
133	BS/BL	Universitäts-Kinderklinik beider Basel (UKBB)
134	NE	Hôpital de Neuchâtel
135	JU	Hôpital de Delémont
136	VS	Hôpital du Valais
137	VS	Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais (ICHV)
138	GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
139	VD	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
140	BE	Inselspital Bern
141	BS/BL	Frauenklinik Universitätsspital Basel
142	ZH	Maternité Zürich, Triemli

Rechtsmediziner(innen)		
143	AG	Institut für Rechtsmedizin Aarau
144	BS	Institut für Rechtsmedizin Basel
145	BE	Institut für Rechtsmedizin Bern
146	GR	Institut für Rechtsmedizin Graubünden
147	VD	Universitätszentrum für Rechtsmedizin Lausanne-Genf
148	SG	Institut für Rechtsmedizin St. Gallen
149	ZH	Institut für Rechtsmedizin Zürich
150	VS	Rechtsmedizin
151	SO	Rechtsmediziner Solothurn (Bürgerspital)
152	VD	Medizinische Gewaltabteilung am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
Psychiatrische Einrichtungen		
153	VS	Centre valaisan de psychiatrie
154	VS	Fondation Aurore
155	NE	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)
156	VS	Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie

Anhang 2

Leitfaden unstandardisierte telefonische Institutionsbefragung

Allgemeine Angaben [*dienen der internen Dokumentation*]

Interviewerin:

Datum Kontakt – per E-Mail für Terminvereinbarung		
Datum 1. Kontakt(versuch) telefonisch		Uhrzeit:
Datum 2. Kontakt(versuch) telefonisch		Uhrzeit:
Datum 3. Kontakt(versuch) telefonisch		Uhrzeit:

Angaben zur befragten Institution

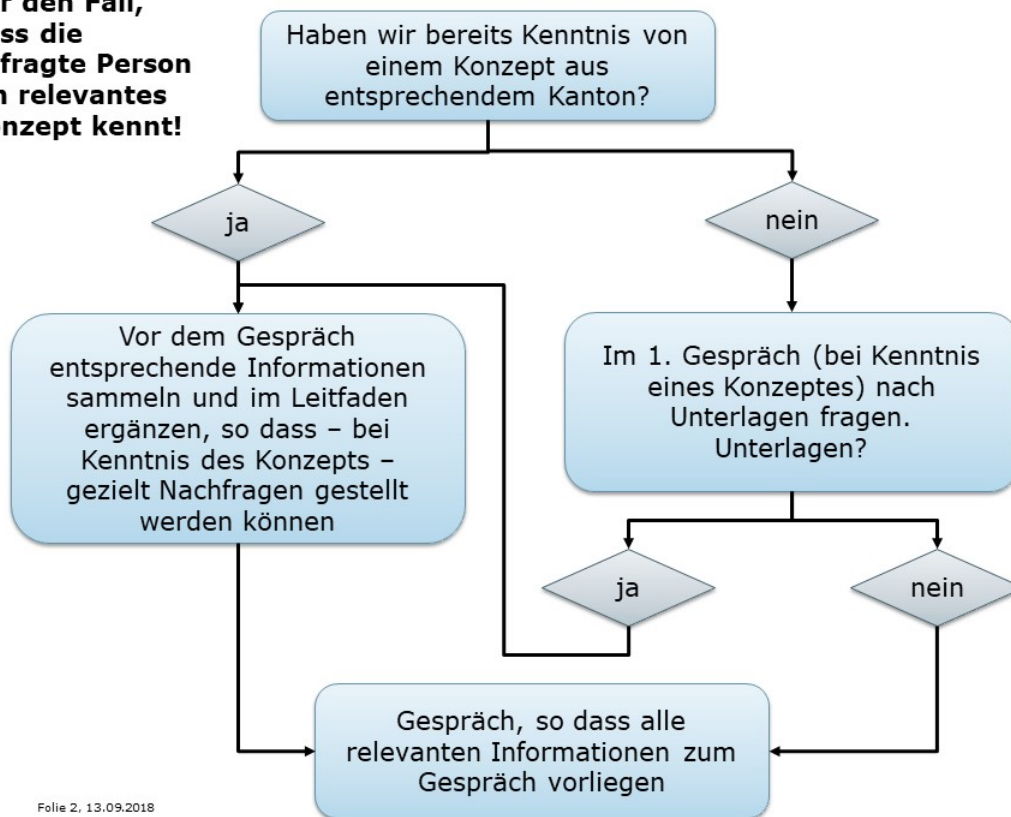
Name der Institution

Ansprechpartner/in (Name, Vorname, Kontaktdaten)		
---	--	--

Anleitung: Der Leitfaden enthält zum einen die Fragen, die während des Gesprächs zu stellen sind, zum anderen eine Art Checkliste, so dass sichergestellt ist, dass wir alle relevanten Informationen haben. Die Antwortvorgaben sind den Befragten *NICHT* vorzulesen; sie dienen der schnelleren Mitschrift während des Gesprächs!

Grundsätzlich sind vor dem Gespräch die zur Verfügung stehenden Unterlagen zu prüfen, so dass gezielte Nachfragen gestellt werden können (siehe Abbildung).

**Für den Fall,
dass die
befragte Person
ein relevantes
Konzept kennt!**



Folie 2, 13.09.2018

Einleitung

Fall 1: Aufgrund der Recherchen sind keine Konzepte bekannt:

1.1 Im Auftrag des Bundesamtes für Justiz machen wir eine Bestandsaufnahme von umfassenden, gesamtheitlichen Konzepten zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung. Damit sind Konzepte, Modelle, Praktiken oder Empfehlungen gemeint dazu,

- wie Betroffene erkannt werden sollen,
- wie sie weiter behandelt werden sollten,
- wie die Verletzungen und Beschwerden zu dokumentieren sind *und/oder*
- wie die Triage an weitere Institutionen geregelt ist. D. h. auch an Institutionen ausserhalb des Gesundheitswesens.

Ist Ihnen ein solches Konzept oder sind Ihnen entsprechende Praktiken oder Empfehlungen zum Umgang mit häuslicher Gewalt bekannt?

nein => **Gibt es jemanden im Kanton, an den wir uns mit dieser Frage wenden sollten?**

WER: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

ja

Wenn ja: Haben Sie schriftliche Unterlagen zum Konzept, die Sie uns zur Verfügung stellen können?

nein, keine Unterlagen

ja, Unterlagen – Dürfte ich Sie nach dem Studium der Unterlagen noch einmal anrufen, um allfällige Nachfragen zum Konzept zu klären?

ja

nein, kein 2. Gespräch erwünscht –

Darf ich Ihnen einige Fragen zu diesem Konzept stellen?

nein, wünscht kein Gespräch => **Gibt es jemanden im Kanton, an den wir uns bezüglich dieser Frage wenden sollten?** Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

WER: _____

ja – Vereinbarung des Termins für 2. Gesprächs

Fall 2: Aufgrund der Recherchen haben wir bereits Vorabinformationen, dann ist vorab zu prüfen, welche Informationen wir im Gespräch noch erfragen müssen.

1.2 Im Auftrag des Bundesamtes für Justiz machen wir eine Bestandsaufnahme von umfassenden, gesamtheitlichen Konzepten zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung. Damit sind Konzepte, Modelle, Praktiken oder Empfehlungen gemeint dazu,

- wie Betroffene erkannt werden sollen,
- wie sie weiter behandelt werden sollten,
- wie die Verletzungen und Beschwerden zu dokumentieren sind *und/oder*
- wie die Triage an weitere Institutionen geregelt ist. D. h. auch an Institutionen ausserhalb des Gesundheitswesens.

Ist Ihnen ein solches Konzept oder sind Ihnen entsprechende Praktiken oder Empfehlungen zum Umgang mit häuslicher Gewalt bekannt?

nein => **Gibt es jemanden im Kanton, an den wir uns mit dieser Frage wenden sollten?**

WER: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

ja – Dürfte ich Ihnen einige Fragen zu diesem Konzept stellen? [*Auch wenn wir bereits Unterlagen haben, am Ende des Gesprächs noch einmal nach weiteren Unterlagen und der Möglichkeit, allfälliger Nachfragen nach Studium der Unterlagen fragen!*]

ja

nein => **Gibt es jemanden im Kanton, an den wir uns mit dieser Frage wenden sollten?**

WER: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

2. Angaben zum Konzept

Einverständnis Aufzeichnung des Gesprächs: Damit ich mich voll auf Ihre Antworten konzentrieren kann, würde ich unser Gespräch gerne aufzeichnen. Nach Studienende werden die Aufnahmen selbstverständlich gelöscht. Wären Sie damit einverstanden, dass ich das Gespräch aufzeichne?

[Wenn nein: *Unbedingt aussagekräftige Notizen während und direkt nach dem Gespräch machen!*]

keine Aufnahme

Aufnahme

2.1 Allgemeine Angaben

Ich möchte Ihnen gerne zunächst einige allgemeine Fragen zum Konzept stellen und dann zu bestimmten Aspekten des Konzepts.

2.1.1 Wie wird häusliche Gewalt im Konzept definiert?

[Hier kann auch nach institutionsinterner Definition gefragt werden, wenn es sich um ein rein institutionsinternes Konzept handelt]

2.1.2 Bezieht sich das Konzept ausschliesslich auf häusliche Gewalt oder sind auch andere Gewaltformen eingeschlossen (z. B. Gewalt durch Dritte ausserhalb des häuslichen Umfelds)?

Wenn ja, welche Gewaltformen:

2.1.3 Welche Institutionen sind involviert?

keine weiteren

Spital/Spitäler – welche _____

Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft)

KESB

Kinderschutzgruppe/Child Abuse and Neglect-Team

Opferhilfeberatungsstellen

Frauenhäuser

Soziale Dienste

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (alle?)

Freiberufliche Hebammen

Spitex

Weitere Institutionen – nämlich: _____

2.1.4 Ist die Erkennung häuslicher Gewalt (oder auch anderer Gewaltformen) Teil der medizinischen Betreuung bzw. Bestandteil des Konzepts?

[Sicherstellen, dass klar ist, wer Früherkennung betreiben soll: Gesundheitsfachpersonen und/oder andere Fachpersonen]

nein

ja – in welcher Form?

Routinemässiges Screening aller Patient(inn)en

mit standardisiertem Instrument

mit unstandardisiertem Leitfaden

ohne Vorgaben

Nachfrage bei Verdacht auf Gewalterfahrungen

Fachpersonen wurden in Bezug auf das Erkennen von Gewalterfahrungen geschult

ohne gezielte Schulung

Fallbesprechung mit anderen Fachpersonen bei Verdacht auf Gewalterfahrungen – mit wem

(z. B. Kinderschutzgruppe) _____

Wie wird bei fremdsprachigen Patient(inn)en vorgegangen? Verdolmetschung?

Wenn ja, wer dolmetscht?

Enthält das Konzept Empfehlungen oder Vorgaben dazu, wie die Patient(inn)en befragt werden sollen, z. B. durch Beispielfragen?

2.1.4.1 Wenn ja, wird systematisch nach Kindern der Betroffenen gefragt?

nein

ja: Wird für die Betreuung der Kinder gesorgt?

nein

ja – wie und inwiefern [*unmittelbare Betreuung, allfälliger Schutzbedarf, Umgang/Verarbeitung der Gewalterfahrungen*]?

Wenn ja, wird systematisch nach anderen pflegebedürftigen Personen im Haushalt gefragt (z. B. pflegebedürftige Eltern der Betroffenen)?

nein

ja: Wird für die Betreuung dieser Personen gesorgt?

nein

ja – wie und inwiefern [*unmittelbare Betreuung, allfälliger Schutzbedarf, Umgang/Verarbeitung der Gewalterfahrungen*]?

2.1.5 Gibt es unterschiedliche Vorgaben bezüglich minderjähriger und erwachsener Betroffener?**(z. B. Gesprächsführung, Anwesenheit Dritter)**

- nein
- ja – inwiefern?

2.1.6 Gibt es spezielle Vorgaben bzgl. des Umgangs mit Opfern sexueller Gewalt?

- nein
- ja, insofern _____

2.1.7 Wird eine Risikoabschätzung vorgenommen?

- nein
- ja – für welche Risiken (z. B. Wiederholung, Suizid, Selbstschädigung oder Schädigung Dritter, z. B. der Kinder)?
- ja – wie?

2.1.8 Wird bei Bedarf ein Sicherheitsplan mit den Betroffenen erstellt?

- nein
- ja – durch wen? _____

2.1.9 Ist im Konzept auch die Behandlung/Betreuung der Beschuldigten vorgesehen?

- nein
- ja

2.1.10 Dokumentation**2.1.10.1 Gibt es Vorgaben bezüglich der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Betroffenen?**

- nein
- ja – welche? [*Schildern lassen und dabei prüfen, ob alle unten aufgeführten Aspekte angesprochen wurden. Wenn nicht, nachfragen. Wenn zusätzliche Informationen gegeben werden, bitte ebenfalls notieren*]

Relevante Aspekte mit Blick auf die Dokumentation der Befunde:**2.1.10.2 Werden die Verletzungen und Beschwerden immer dokumentiert oder nur auf Wunsch der Betroffenen?**

- Die Verletzungen/Beschwerden werden *immer* dokumentiert
 - Die Verletzungen/Beschwerden werden nur auf Wunsch der Betroffenen dokumentiert? [*Wenn ja, müssen die Betroffenen diesen Wunsch spontan äussern oder werden sie aktiv hier-nach gefragt oder sogar ermutigt, Verletzungen/Beschwerden dokumentieren zu lassen?*]

2.1.10.3 Sind Vorgaben dazu enthalten, wie dokumentiert wird?

nein

ja – nämlich _____

z. B. zum sprachlichen Ausdruck (rein beschreibend, nicht bewertend [Diagnose ist klar von der Beschreibung zu trennen]; Angaben der Pat. sind klar von den eigenen Befunden zu trennen; alle Verletzungen und Beschwerden sind zu dokumentieren, nicht nur die medizinisch relevanten (z. B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen u.a.m.; WO am Körper ist WAS für ein Befunde WIE zu beschreiben (Form, Farbe, Rand, Tiefe etc.))]

2.1.10.4 Gibt es spezielle Vorgaben bei der Dokumentation sexueller Gewalt? [Hier wäre auch gemeint, dass in diesen Fällen die Patient(inn)en zur Dokumentation an die Rechtsmedizin weitergeleitet werden]

nein

ja, nämlich _____

2.1.10.5 Gibt es Dokumentationsbögen, die genutzt werden sollen? (Nicht gemeint sind Vorgaben bei Auftrag durch die Strafverfolgungsbehörden)

nein

ja – Wird sich dabei auf Vorlagen bestimmter Institutionen gestützt (z. B. SGP, SGGG)?

nein

ja, nämlich _____

2.1.10.6 Werden Bilder erstellt (Fotos, Röntgenbilder, MRT/CT etc.)?

nein

ja – welche Art von Bildern _____

wann?

immer nur in folgenden Fällen: _____

2.1.10.7 Wenn Bilder erstellt werden: Gibt es Vorgaben, wie die Bilder zu erstellen sind? [Hierbei sind die verschiedenen Bildarten zu unterscheiden; diese Frage ist vermutlich in erster Linie für die Erstellung von Fotos relevant]

nein

ja – welche: _____

2.1.10.8 Wenn Bilder erstellt werden: Wie werden die Bilder abgelegt/archiviert? [elektronisch oder nur Papierform, als Teil der Krankengeschichte oder separat?]

2.1.10.9 Werden die Dokumentationen Teil des elektronischen Patientendossiers? [Anmerkung: Sie könnten z. B. separat abgelegt werden, damit sie bei Bedarf weitergegeben werden können, ohne dass die gesamte Krankengeschichte weitergegeben werden muss]

- nein – sondern _____
- ja

2.1.10.10 Wem wird die Befunddokumentation zugestellt?

- Patient(in) selbst
- Anderen, nämlich

2.1.10.11 Auf Grundlage welcher gesetzlichen Bestimmungen findet diese Weiterleitung statt?

2.1.10.12 Wenn die Dokumentationen einer Opferhilfeberatungsstelle weitergeleitet werden: Werden die Falldokumentationen mit Zustimmung oder im Auftrag des Opfers einer Opferhilfeberatungsstelle zugestellt?

- Es wird immer nach der Zustimmung der Betroffenen gefragt
- Nur auf Wunsch der Betroffenen (muss spontan von den Betroffenen kommen)

2.1.10.13 Für den Fall, dass die Dokumentation nicht im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden stattfindet: Wie werden sie finanziert?

Falls nicht erwähnt: Welche Leistungen übernimmt die Kranken- oder Unfallversicherung?

2.1.10.14 Wie wird mit dem Risiko von Honorarausfällen in Fällen häuslicher Gewalt umgegangen?

2.1.10.15 Gibt es weitere Vorgaben bezüglich der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Betroffenen?

- nein
- ja – Welche?

2.1.11 Beratung und Weiterbetreuung der Betroffenen**2.1.11.1 Werden die Betroffenen an bestimmte Beratungsstellen weitervermittelt?**

- nein
- ja – wie?
 - Information über bestehende Angebote
 - Abgabe einer Adressliste
 - Kontaktaufnahme mit Beratungsstelle durch Gesundheitsfachperson
 - Anderes, nämlich _____

2.1.11.2 Wird bei der Vermittlung auf besondere Bedürfnisse der Betroffenen geachtet, z. B. Angebote für migrantische Gewaltopfer, für Kinder, für ältere Menschen, für Menschen mit einer Behinderung?

- nein
- ja – mit Blick auf welche Zielgruppen und wie? [Kostenfreiheit, Vertraulichkeit, dezentrales Angebot]

2.1.11.3 Werden auch die Beschuldigten an spezifische Beratungs- und Hilfsangebote weitervermittelt?

- nein
- ja – wird hierbei ebenfalls auf besondere Bedürfnisse der Beschuldigten geachtet?
 - nein
 - ja, inwiefern? _____

2.1.11.4 Zu welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung werden die Betroffenen über die bestehenden weiteren Angebote informiert (z. B. spezifische Beratungsstellen)?

2.1.12 Information über Angebot

2.1.12.1 Wie wird über das Angebot informiert? Wie erfahren die Betroffenen, an wen sie sich am besten für eine Behandlung wenden sollen?

2.1.12.2 Wird auf einen niederschweligen Zugang zum Angebot geachtet?

nein

ja – wie? (z. B. auch keine sprachlichen Hürden: mit Blick auf fremdsprachige Pat., aber auch Menschen mit Behinderungen [z. B. Informationen in leichter Sprache])

2.1.13 Interinstitutionelle Zusammenarbeit

2.1.13.1 Mit Blick auf den Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt: Wie arbeiten die kantonalen Gesundheits-, Hilfs-, Interventions- und Bedrohungsmanagementsysteme zusammen?

2.1.13.2 Sind Abläufe und Zuständigkeiten der Akteure klar geregelt und strukturell verankert?

[Geht schon in Richtung Massnahmen zur erfolgreichen Umsetzung, dennoch explizit danach fragen]

nein

ja – wie? _____

2.1.13.3 Wie ist der Informations- und Datenaustausch zwischen den beteiligten Institutionen geregelt?

2.1.14 (Weitere) Entwicklung des Konzepts

2.1.14.1 Wann wurde das Konzept entwickelt? _____

2.1.14.2 Von wem wurde das Konzept entwickelt?

2.1.14.3 Welche Rolle hat der Kanton bei der Entwicklung und Implementierung des Konzepts gespielt?

2.1.14.4 Wurde das Konzept seitdem aktualisiert oder weiterentwickelt?

nein

ja – wann etwa, durch wen und was wurde überarbeitet?

2.1.14.5 Sind Änderungen des Konzepts geplant?

- nein, keine Änderungen geplant.
- ja – welche?

2.1.15 Wurde das Konzept bereits evaluiert?

- nein, keine Evaluation
- ja – Gibt es hierzu einen Bericht, den Sie uns zur Verfügung stellen könnten?
 - Wenn kein Bericht: Können Sie mir kurz beschreiben, wie dabei vorgegangen wurde und was die Evaluation ergeben hat?

2.2 Umsetzung der Konzepte und Praktiken

[Anmerkung: Fragen zu allfälligen Problemen und ihren Lösungen könnten bereits im Zusammenhang mit Konzeptänderungen thematisiert worden sein]

2.2.1 Sind Ihnen Probleme in der Praxis bei der Umsetzung des Konzepts bekannt?

[Falls keine Probleme bzgl. der Dokumentation der Befunde, der Kostenübernahme oder der juristischen Verwertbarkeit der Dokumentationen genannt werden, dann explizit danach fragen, ob entsprechende Probleme bekannt]

- nein, keine
- ja – welche:

2.2.2 Wenn Probleme bekannt sind: Wie sollen diese gelöst werden bzw. wie wurden diese gelöst?

2.2.3 Werden Massnahmen getroffen, damit das Konzept auch erfolgreich umgesetzt werden kann (z. B. Schulungen)? *[Wenn spontan keine Massnahmen genannt werden, dann die unten stehenden Massnahmen abfragen]*

- nein, keine
- ja, nämlich:
 - regelmässige Schulungen des Personals – wenn ja, durch wen? Wie häufig? Verpflichtend?
 - Pflege des institutionellen Netzwerks – wie?
 - Strukturelle Verankerung der Zuständigkeiten (siehe oben)
 - Einstellung spezialisierter Fachpersonen, z. B. forensisch geschulte Pflegefachfrauen/-männern
 - Fachliche Überwachung und Betreuung der spezialisierten Fachpersonen – wenn ja, durch wen? Wie?
 - Finanzierung der notwendigen Arbeitsschritte ist gesichert
 - Super- und/oder Interventionsangebote für die Fachpersonen oder andere Unterstützungsangebote für sie – nämlich _____
 - andere, nämlich _____

2.2.4 Statistische Erfassung der Fälle

2.2.4.1 Wird eine Statistik über die betreuten Fälle geführt?

- nein
- ja – durch wen? _____

Wenn Statistik geführt wird:

2.2.4.2 Welche Informationen werden erfasst?

a) Werden die verschiedenen Gewaltformen erfasst?

- nein
- ja, welche werden unterschieden:
 - körperliche Gewalt psychische Gewalt sexuelle Gewalt
 - wirtschaftliche Gewalt Vernachlässigung (Kinder) Vernachlässigung (pflegebedürftige Personen)
 - weitere, nämlich _____

b) Wird das Geschlecht der Betroffenen erfasst

- nein

- ja, aber nur bei volljährigen Patient(inn)en
- ja, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen

c) Wird das Alter der Betroffenen erfasst?

- nein
- ja, aber nur bei volljährigen Patient(inn)en
- ja, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen

d) Wird das Geschlecht der Beschuldigten erfasst?

- nein
- ja

e) Wird das Alter der Beschuldigten erfasst?

- nein
- ja

f) Wird das Täter-Opfer-Verhältnis erfasst?

- nein
- ja

g) Werden weitere Informationen erfasst?

- nein
- ja – welche _____

2.3 Ergänzungen durch befragte Person

Gibt es etwas, das Sie zum Konzept oder zum Thema Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung ergänzen möchten?

- nein
- ja, nämlich

[Abschliessende Frage, ob bei sie bei allfälligen Nachfragen noch einmal kontaktieren darf!]

Vielen Dank!

Anhang 3
Standardisierter Fragebogen Online-Befragung
(praktizierende Gesundheitsfachpersonen)

+

**Nr.: 1 Herzlich Willkommen! Bitte wählen Sie Ihre Sprache:
Bienvenue! Choisissez votre langue s'il vous plaît:
Benvenuti! Scelga la lingua, per favore:**

- Deutsch
- français
- italiano

Nr.: 2

Vielen Dank, dass Sie an unserer Online-Umfrage zum Umgang mit häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen teilnehmen!
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen im Umgang mit häuslicher Gewalt, auf Ihre Kenntnis von Konzepten zum Umgang mit der Thematik, auf allfällige Probleme sowie auf mögliche Lösungen.
Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 10-20 Minuten.

Nr.: 3

Zunächst bitten wir Sie um wenige Angaben zu Ihrer Person (alle Angaben sind anonymisiert).

Nr.: 4 Geschlecht

- weiblich
- männlich
- anderes

Nr.: 5 Wie alt sind Sie?

|

Nr.: 6 Zu welcher Berufsgruppe/welchen Berufsgruppen gehören Sie?

- Hausarzt/Hausärztin bzw. Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner)
- Notfallmedizinerin/Notfallmediziner
- Gynäkologe/Gynäkologin
- Psychiaterin/Psychiater (Erwachsene)
- Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterin
- Hebamme/Geburtshelfer
- Pflegefachperson
- Anderes, nämlich: |

+ +

Nr.: 7 Zu wie viel Stellenprozent arbeiten Sie?

Angabe in %: |

Keine Angabe/unterschiedlich

Nr.: 8 In welchem Arbeitskontext arbeiten Sie hauptsächlich?

Niedergelassen (private Praxis)

Spital

Anderes, nämlich: |

Nr.: 10

Häusliche Gewalt als Thema in der Gesundheitsversorgung
Unter häuslicher Gewalt verstehen wir in Anlehnung an die sog. Istanbul-Konvention alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen aktuellen oder ehemaligen (Ehe-)Partnern vorkommen. Täter/ Täterin und Opfer müssen dabei nicht (mehr) im selben Haushalt leben.

Nr.: 11 Was schätzen Sie: Mit wie vielen (vermuteten oder bekannten) Fällen häuslicher Gewalt sind Sie im Jahr in Ihrer beruflichen Praxis konfrontiert?

Keine

Geschätzte Anzahl Fälle pro Jahr: |

Weiss nicht

Nr.: 12 Sind Sie in Bezug auf das Ansprechen und/oder Erkennen von Fällen häuslicher Gewalt spezifisch geschult worden (z. B. in der Grundausbildung oder beim Besuch entsprechender Fort- oder Weiterbildungen)?

nein

ja, bezüglich des Ansprechens des Themas häusliche Gewalt

ja, bezüglich des Erkennens von Zeichen häuslicher Gewalt

ja, bezüglich beidem

ja, bezüglich anderer relevanter Themen, nämlich: |

Nr.: 13

Konzepte für den Umgang mit häuslicher Gewalt in der

Gesundheitsversorgung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Konzepte für den Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung.

Ein solches Konzept kann sowohl Definitionen, Handlungsanweisungen und Empfehlungen wie auch Materialien enthalten, die den Umgang mit der Thematik erleichtern sollen (z.B. Checklisten oder Dokumentationsbögen).

Das Konzept kann in Form einer öffentlich zugänglichen Broschüre, Online-Publikation etc. oder als Dokument vorliegen, das nur intern verwendet wird.

Ein Konzept kann auch einem spezifischen Modell zugrunde liegen, welches den Umgang mit der Thematik (stärker) institutionalisiert (z.B. durch die Einrichtung einer eigenen Abteilung in einem Spital).

Nr.: 14 Kennen Sie mind. ein solches Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt?

- ja
- nein
- weiss nicht

Nr.: 15 Falls Ihnen öffentlich zugängliche Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung bekannt sind: Welche Konzepte kennen Sie?

Nr.: 16 Falls Ihnen weitere, nicht veröffentlichte Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung bekannt sind: Welche kennen Sie?

Nr.: 17 Vorkehrungen zur institutionalisierten Umsetzung von Konzepten

Werden im Rahmen der Organisations- bzw. Institutionsstruktur, in der Sie tätig sind (z. B. Praxis, Spital, Berufsverband), bestimmte Vorkehrungen zur Umsetzung des Konzepts getroffen? Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Finanzierung, Anbieten oder Organisation von regelmässigen Schulungen bzw. Weiter- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt
- Finanzierung, Anbieten oder Organisation von regelmässigen Schulungen bzw. Weiter- und Fortbildung zu weiteren Gewaltformen
- Bereitstellen von Gefässen/Strukturen zur institutionellen Zusammenarbeit/zur Pflege des institutionellen Netzwerks (z.B. mit Spital, Strafverfolgungsbehörden, KESB, Opferhilfeberatungsstellen, Frauenhäusern, Sozialen Diensten, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, freiberuflichen Hebammen, Spitex etc.)
- Beschäftigung spezialisierter Fachpersonen, z. B. forensischer Pflegefachpersonen
- Anbieten von fachlicher Unterstützung (z. B. Supervision, Intervention)
- Regelmässige Überprüfung sowie ggf. Anpassung des Konzepts an den Bedarf und die Routinen Ihres Arbeitsumfeldes
- Anderes, nämlich: |
- Nein, keine
- Weiss nicht

Nr.: 18

Sie sind am Ende des Fragebogens angekommen. Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind für uns sehr wichtig!

Falls Sie jetzt noch Änderungen machen möchten, können Sie sich mit « Zurück » durch den Fragebogen klicken.

Wenn Sie jetzt auf « Weiter » klicken, ist die Befragung zu Ende und Ihre Angaben werden gespeichert. Eine weitere Bearbeitung ist dann nicht mehr möglich.

Nr.: 19

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

+

Nr.: 20 In welchen Situationen sprechen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Behandlungs- und/oder Beratungspraxis das Thema häusliche Gewalt an?

- nie
- fast nie
- routinemässig bei allen Patientinnen/Patienten (im Rahmen der Anamnese)
- bei Verletzungen oder anderen Auffälligkeiten, die auf häusliche Gewalt hindeuten
- bei Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Symptomen im Rahmen der Ursachensuche
- in anderen Situationen, nämlich:

+

**Nr.: 21 Wie sprechen Sie das Thema häusliche Gewalt an?
(Mehrfachantworten sind möglich)**

- mit Hilfe standardisierter Instrumente (z.B. standardisierter Fragebogen)
- ohne ein standardisiertes Verfahren mit Hilfe indirekter Fragen
- ohne ein standardisiertes Verfahren mit Hilfe direkter Fragen
- auf eine andere Weise, nämlich: |

Nr.: 22 Welche Massnahmen haben Sie in (Verdachts-)Fällen häuslicher Gewalt bereits einmal ergriffen? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Dokumentation der Verletzungen (z.B. mittels Fotos oder Beschreibungen)
- Weiterweisung an ein Spital/Notfall (z.B. für die Dokumentation der Verletzungen)
- Information von betroffenen Patientinnen/Patienten über spezifische Unterstützungs-/Beratungsangebote
- aktive Vermittlung in Unterstützungs-/Beratungsangebote (u.a. Herstellen des Erstkontakts im Rahmen der Konsultation)
- Meldung an KESB
- Meldung an Strafverfolgungsbehörde
- Inanspruchnahme einer Fallberatung für Sie als Fachperson durch eine spezifische Stelle (z.B. KESB, Kinderschutzgruppe, Opferhilfe etc.)
- Anderes, nämlich: |
- keine

Nr.: 23 Sind Sie in Bezug auf das Ansprechen und/oder Erkennen von Fällen häuslicher Gewalt spezifisch geschult worden (z. B. in der Grundausbildung oder beim Besuch entsprechender Fort- oder Weiterbildungen)?

- nein
- ja, bezüglich des Ansprechens des Themas häusliche Gewalt
- ja, bezüglich des Erkennens von Zeichen häuslicher Gewalt
- ja, bezüglich beidem
- ja, bezüglich anderer relevanter Themen, nämlich: |

Nr.: 24 Wie rechnen Sie Dokumentationen von Verletzungen bei häuslicher Gewalt ab? (Von der Frage ausgenommen sind Fälle, in denen die Dokumentation im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden erfolgt)

Nr.: 25

Konzepte für den Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Konzepte für den Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung.

Ein solches Konzept kann sowohl Definitionen, Handlungsanweisungen und Empfehlungen wie auch Materialien enthalten, die den Umgang mit der Thematik erleichtern sollen (z.B. Checklisten oder Dokumentationsbögen). Das Konzept kann in Form einer öffentlich zugänglichen Broschüre, Online-Publikation etc. oder als Dokument vorliegen, das nur intern verwendet wird. Ein Konzept kann auch einem spezifischen Modell zugrunde liegen, welches den Umgang mit der Thematik (stärker) institutionalisiert (z.B. durch die Einrichtung einer eigenen Abteilung in einem Spital).

Nr.: 26 Kennen Sie mind. ein solches Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt?

- ja
- nein
- weiss nicht

Nr.: 27 Falls Ihnen öffentlich zugängliche Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung bekannt sind: Welche Konzepte kennen Sie?

Nr.: 28 Falls Ihnen weitere, nicht veröffentlichte Konzepte zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung bekannt sind: Welche kennen Sie?

Nr.: 29 Orientieren Sie sich in Ihrer alltäglichen Praxis an mind. einem der von Ihnen genannten Konzepte?

- ja
- nein
- weiss nicht

Nr.: 30 Aus welchem Grund orientieren Sie sich nicht an einem der genannten Konzepte? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Fehlende Praxistauglichkeit des Konzepts/der Konzepte
- Fehlende Zeit
- Fehlende institutionelle Einbettung des Konzepts
- Anderes, nämlich: |
- weiss nicht

Nr.: 31 An welchem Konzept/welchen Konzepten orientieren Sie sich?

Nr.: 32 Subjektiv beurteilt: Wie stark orientieren Sie sich in Ihrem beruflichen Umgang mit häuslicher Gewalt tatsächlich an diesem Konzept/diesen Konzepten?

- kaum
- mässig
- stark
- sehr stark
- weiss nicht

Nr.: 33 Wie beurteilen Sie die im Konzept enthaltenen Grundlagen im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit/Nützlichkeit?

- Sie sind sehr praxistauglich/nützlich.
- Sie sind eher/teilweise praxistauglich/nützlich.
- Sie sind eher nicht praxistauglich/nützlich.
- Sie sind gar nicht praxistauglich/nützlich.
- Kann ich nicht beurteilen.

Nr.: 34

Herausforderungen und Empfehlungen

Im Folgenden sind verschiedene Aspekte des Umgangs mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung aufgeführt, in denen es möglicherweise zu Problemen in der täglichen Umsetzung kommen kann.

Nr.: 35 Besondere Herausforderungen können zum Beispiel mit der Finanzierung bzw. Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt verbunden sein.

Bitte kreuzen Sie an, was im Hinblick auf verschiedene Aspekte der Finanzierung/Abrechnung auf Sie/Ihre Berufspraxis zutrifft (Mehrfachantworten sind möglich).

	ist für meine berufliche Praxis nicht relevant	ist relevant, bereitet aber keine Probleme	ist relevant und bereitet (teilweise) Probleme/hat schon Probleme bereitet	weiss nicht
Übernahme von Kosten im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt allgemein (vollständige oder teilweise Finanzierung des Aufwands)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenübernahme für eine juristisch verwertbare Dokumentation der Befunde im Besonderen (wenn nicht im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenübernahme für zusätzliche Leistungen (z. B. Beratung, Erstellen eines Sicherheitsplans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risiko der Nicht-Bezahlung der Behandlungskosten durch die Patientinnen/ Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nr.: 36 Bräuchte es aus Ihrer Sicht Verbesserungen bezüglich der Abrechnung von spezifischen Leistungen (z.B. Dokumentation)? Wenn ja, welche Leistungen konkret und welche Möglichkeiten sehen Sie?

Nr.: 37 Weitere Herausforderungen können mit den nachfolgend genannten Themen-/Handlungsbereichen verbunden sein.

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie/Ihre Berufspraxis zutrifft (Mehrfachantworten sind möglich).

	ist für meine berufliche Praxis nicht relevant	ist relevant, aber keine Probleme	ist relevant und bereitet Probleme	weiss nicht
Erkennen von häuslicher Gewalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansprechen von häuslicher Gewalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung von (potenziellen) Opfern häuslicher Gewalt allgemein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung von (potenziellen) Opfern sexueller Gewalt im Besonderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploration zur Situation allfällig beteiligter Kinder der Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploration zur Situation allfällig beteiligter pflegebedürftiger Angehörigen der Betroffenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschätzung des Risikos für Patientinnen/ Patienten, nach Hause entlassen zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellen eines Sicherheitsplans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information von Betroffenen über Unterstützungsmöglichkeiten durch Dritte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation (wenn keine Vorgaben der Strafverfolgungsbehörden vorliegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellen einer juristisch verwertbaren Dokumentation bei Opfern sexueller Gewalt im Besonderen (wenn keine Vorgaben der Strafverfolgungsbehörden vorliegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstellen von Bildern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablage der Dokumentation allgemein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablage von Bildern im Besonderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umgang mit meiner Schweigepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umgang mit Melderechten und -pflichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Austausch von Daten mit anderen beteiligten Stellen (z. B. Opferhilfeberatungsstellen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nr.: 38 Gibt es bezüglich der von Ihnen angekreuzten oder genannten Probleme bestimmte Hilfestellungen, die Sie sich von institutioneller Seite (z. B. Fachstellen, kantonale Verwaltung, Bundesverwaltung, kantonale oder nationale Gesetzgebung) wünschen würden? Oder sehen Sie andere Lösungsmöglichkeiten? Wenn ja: Bitte kurz beschreiben, Stichworte genügen.

Nr.: 39 Vorkehrungen zur institutionalisierten Umsetzung von Konzepten

Werden im Rahmen der Organisations- bzw. Institutionsstruktur, in der Sie tätig sind (z. B. Praxis, Spital, Berufsverband), bestimmte Vorkehrungen zur Umsetzung des Konzepts getroffen? Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Finanzierung, Anbieten oder Organisation von regelmässigen Schulungen bzw. Weiter- und Fortbildung zum Thema häusliche Gewalt
- Finanzierung, Anbieten oder Organisation von regelmässigen Schulungen bzw. Weiter- und Fortbildung zu weiteren Gewaltformen
- Bereitstellen von Gefässen/Strukturen zur institutionellen Zusammenarbeit/zur Pflege des institutionellen Netzwerks (z.B. mit Spital, Strafverfolgungsbehörden, KESB, Opferhilfeberatungsstellen, Frauenhäusern, Sozialen Diensten, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, freiberuflichen Hebammen, Spitex etc.)
- Beschäftigung spezialisierter Fachpersonen, z. B. forensischer Pflegefachpersonen
- Anbieten von fachlicher Unterstützung (z. B. Supervision, Intervention)
- Regelmässige Überprüfung sowie ggf. Anpassung des Konzepts an den Bedarf und die Routinen Ihres Arbeitsumfeldes
- Anderes, nämlich: |
- Nein, keine
- Weiss nicht

Nr.: 40

Beispieldokumentation eines Patientengesprächs zu häuslicher Gewalt
Die sorgfältige Dokumentation von Beschwerden und Verletzungen von Patientinnen/Patienten, die (potenziell) Opfer häuslicher Gewalt geworden sind, ist ausgesprochen wichtig.

Entscheidend ist jedoch die Art und Weise, wie diese Dokumentation erfolgt.
Damit Empfehlungen in Bezug auf die Dokumentation von Beschwerden und

Verletzungen bei häuslicher Gewalt abgegeben werden können, ist eine Analyse von Beispieldokumentationen aus der alltäglichen Praxis von Gesundheitsfachpersonen von grosser Bedeutung. Aus dieser Analyse können in einem nächsten Schritt Standards zur Dokumentation abgeleitet werden.

Für die Studie sind alle Arten von Dokumentationen sehr wertvoll – auch wenn sie nur sehr rudimentär bzw. lückenhaft und/oder unter grossem Zeitdruck entstanden sind.

Nr.: 41 Sind Sie bereit, uns in anonymisierter Form die Dokumentation einer Untersuchung (inkl. allfälliger Gesprächsnotizen) zu einem (Verdachts-)Fall von häuslicher Gewalt zur Verfügung zu stellen?

Anmerkung: Die Beispieldokumentationen werden vollkommen vertraulich behandelt. Sie werden keiner Person ausserhalb des Forschungsteams zugänglich gemacht und nach Projektende vollständig vernichtet. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden keine Rückschlüsse auf beteiligte Personen oder Institutionen möglich sein.

- Ja. Ich kann Ihnen eine anonymisierte Beispieldokumentation zukommen lassen. **Herzlichen Dank! Gerne bitten wir Sie, das Dokument anonymisiert an folgende E-Mail-oder Post-Adresse zu senden: claudia.schuwey@bfh.ch/Claudia Schuwey, Berner Fachhochschule, Soziale Arbeit, Hallerstr. 10, 3012 Bern**
- Vielleicht, Bitte nehmen Sie telefonisch unter folgender Nummer/per Mail unter folgender E-Mail-Adresse Kontakt auf, um Details zu klären:
- Nein

Nr.: 42 Haben Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder zum Thema Umgang mit häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung allgemein? Wenn ja, bitten wir Sie, das folgende Feld zu nutzen.

|||

Nr.: 43

Sie sind am Ende des Fragebogens angekommen. Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind für uns sehr wichtig!

Falls Sie jetzt noch Änderungen machen möchten, können Sie sich mit «Zurück» durch den Fragebogen klicken.

Wenn Sie jetzt auf «Weiter» klicken, ist die Befragung zu Ende und Ihre Angaben werden gespeichert. Eine weitere Bearbeitung ist dann nicht mehr

+

+

möglich.

Nr.: 44

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

+

+

Anhang 4

Beispielbroschüre

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud (2017). *Violence dans le couple. Détection – soutien – orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s*. Lausanne.

Violence dans le couple

DÉTECTION
SOUTIEN
ORIENTATION
DES PERSONNES VICTIMES

Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s



Violence dans le couple

DÉTECTION-SOUTIEN-ORIENTATION DES PERSONNES VICTIMES

Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s

ÉDITION

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud (BEFH)

1^{ère} édition : 2003

2^{ème} édition mise à jour : 2006

3^{ème} édition mise à jour et augmentée du chapitre « mariages forcés » : 2017

GRAPHISME

cullycully.studio

Préface

Chaque année en Suisse, la violence dans les relations de couple est à l'origine de décès et entraîne des séquelles physiques et psychologiques durables. Les statistiques policières de la criminalité fournissent des chiffres qui évoluent peu au fil du temps. En 2016, on comptait dans le canton de Vaud plus de 1400 interventions de police pour violence domestique et plus de la moitié des homicides relevaient de ce type de violence. En dépit de son importance, celle-ci est encore trop souvent relativisée et renvoyée à la sphère privée. Pourtant, elle constitue un phénomène social d'une grande importance en termes de sécurité et de santé publiques.

Fort de ce constat, le Canton de Vaud a décidé de déployer des moyens supplémentaires pour protéger les victimes et pour éviter la récidive. La loi d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique (LOVD), approuvée en septembre 2017, prévoit, lors d'une intervention de police, la possibilité d'expulser l'auteur-e de violence du domicile commun jusqu'à 30 jours, et l'obligation pour l'auteur-e expulsé-e de se rendre à au minimum un entretien socio-éducatif. La victime bénéficie quant à elle d'une assistance médico-sociale d'urgence, d'un soutien juridique et d'un accompagnement.

Le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH) est conscient de la nécessité de soutenir le travail réalisé par la police en renforçant la capacité de détection. Trop souvent des situations sont passées sous silence, des femmes, majoritairement, sont exposées à des formes graves de violence, dont le harcèlement sexuel, le viol, les crimes dits d'« honneur », les mutilations génitales féminines et les mariages forcés. La détection de ces situations constitue l'un des seuls moyens pour venir en aide précocement aux victimes et d'énoncer que la violence est inacceptable.

Cet outil de détection « DOTIP » s'adresse à l'ensemble des professionnel·le·s en contact avec des personnes potentiellement victimes de violence ou travaillant en relation avec les victimes. Il offre des indicateurs qui permettent aux professionnel·le·s de mieux cerner lorsqu'elles ou ils se trouvent en présence d'une victime de violence dans le couple, ainsi que des pistes pour lui offrir un message de soutien et lui assurer une sécurité. Afin de favoriser également la détection des situations de mariages forcés, situations qui peuvent s'accompagner de violence, un chapitre offrant des indicateurs spécifiques, ainsi que des pistes d'actions pour offrir une protection, a été ajouté à cette édition par le BEFH dans le cadre du programme fédéral de lutte contre les mariages forcés.



Maribel Rodriguez
DÉLÉGUÉE À L'ÉGALITÉ
CHEFFE DU BEFH

Violence dans le couple

DÉTECTION-SOUTIEN-ORIENTATION DES PERSONNES VICTIMES

Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s

Ce protocole s'adresse aux professionnel-le-s travaillant en relation avec des personnes victimes de violence dans le couple. Il peut également être utile à quiconque souhaite venir en aide à une personne de son entourage vivant ce type de violence.

1^{ère} édition réalisée en 2003 sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud

par Michèle Gigandet, intervenante au centre LAVI de Genève (2001-2012) et formatrice en matière de violence conjugale, et Sara Moczyt, anciennement chargée de recherche au Bureau cantonal vaudois de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Manuel inspiré du modèle d'intervention DOTIP, élaboré pour le corps médical par Marie-Claude Hofner, médecin, et Nataly Viens Python, infirmière, de l'institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

Remerciements pour la première édition à Sylvette Mihoubi, Barbro Zimmer, Caterina Monguzzi, Berta Staedler, Lorenzo Clemente, Christophe Flühmann, Catherine Nessi, Patricia Tombois, Emmanuelle Moll et Viviane Vanney du Centre d'accueil MalleyPrairie, Pierre Jaquier du Centre de consultation LAVI Vaud, Christian Anglada du Service Violence et Famille et Me Isabelle Jaques pour leurs aimables relectures et suggestions.

La 3^{ème} édition a été mise à jour par le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH) et Michèle Gigandet (responsable pédagogique au centre d'accueil MalleyPrairie dès 2012). Le chapitre « mariages forcés » a été ajouté par le BEFH avec la contribution de Raphaela Minore, Marion Labeaut, Maribel Rodriguez, Nils Kapferer, Irène Schmidlin, Magaly Hanselmann, et la collaboration des participant-e-s du groupe de travail : Christian Anglada (CPA), Amina Benkais-Benbrahim (BCI), Magali Bonvin (Ministère Public), Line Barrière (SPJ), Gérald Derivaz (SPOP), Guadalupe De Ludicibus (La Fraternité), Christophe Dubrit (LAVI), Céline Exquis (BCI), Fiorella Deshogues (La Fraternité), Ishan Kurt (CCCI), Dominga Leuenberger (SPOP), Julie Gaudreau (SPOP), Michèle Gigandet (CMP), Chloé Maire (La Fraternité), Annie Piguet (Appartenances). Remerciements à Anu Sivaganesan (Service contre les mariages forcés), Anna Neubauer (SEM), Angela Oriti et Anne Ansermet (Astree) pour leurs conseils et suggestions. Ce chapitre a été soutenu par le crédit d'intégration de la Confédération dans le cadre du programme fédéral de lutte contre les mariages forcés.

Table des matières

I	Qu'est-ce que la violence dans le couple ?	5
	1. En préambule	6
	2. Ampleur du phénomène	8
	3. Les différentes formes de violence	10
	4. Le cycle de la violence	12
	5. Les racines de la violence	14
	6. Les conséquences de la violence	16
II	A vous d'agir, pensez DOTIP	19
D	Détecter la violence	23
	Pourquoi détecter?	24
	Comment détecter une situation de violence dans le couple?	24
O	Offrir un message clair de soutien	27
	Principes d'intervention et attitudes à favoriser	28
	Qui est responsable de quoi?	28
	Résonances personnelles de la violence	30
T	Traiter la situation	31
I	Informé	37
	La loi interdit la violence dans le couple	38
	Principales violences constitutives d'une infraction	40
	Droits des personnes victimes	43
	Importance des preuves	44
	Les ressources du réseau	45
P	Protéger et prévenir la récurrence	47
	L'évaluation des risques	48
	Les scénarios de protection	50
III	Mariages forcés	53
	Qu'est-ce qu'un mariage forcé?	54
	Un mariage forcé est à distinguer d'un mariage arrangé	54
	Causes des mariages forcés	55
	Ampleur du phénomène en Suisse	55
	Détecter et prévenir des situations de mariage forcé	56
	Offrir un message clair de soutien et informer la victime	57
	Traiter la situation et protéger la victime	59
IV	Services d'aide et bibliographie complémentaire	61

**I Qu'est-ce que
la violence dans
le couple ?**

1. En préambule

Les définitions de la violence sont très nombreuses et chacun-e en a sa propre représentation. Afin d'avoir un langage commun, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en propose la définition suivante : « L'usage délibéré ou la menace de l'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence. »¹

L'OMS distingue la violence dans les relations de couple et la violence domestique ou familiale. La violence dans le couple est la violence limitée aux partenaires ou ex-partenaires d'une relation intime. Ces personnes peuvent être adolescentes ou adultes, dans une relation hétéro ou homosexuelle, mariées ou non. Lorsque les partenaires sont mariés ou ont été mariés, on parle plus spécifiquement de violence conjugale. La violence domestique se déploie au sein du foyer ou de la famille, elle englobe non seulement la violence dans le couple ou conjugale mais également la violence faite aux enfants, tout comme la violence commise par les enfants. Elle comprend également la violence qui peut être exercée contre ou par les aîné·e·s.

La violence peut prendre plusieurs formes (physique, sexuelle, psychologique ou économique). Elle touche toutes les régions du monde et toutes les couches sociales, quel que soit le niveau d'éducation.

LES FEMMES SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

Plusieurs instances internationales se sont saisies de la violence à l'encontre des femmes.

En 1993, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté une Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, laquelle définit cette violence comme « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». L'ONU considère cette violence comme une violation des droits humains et des libertés fondamentales des femmes.² Depuis 1997, l'OMS reconnaît également la violence contre les femmes comme une problématique de santé publique prioritaire qui nécessite des stratégies d'action particulières.³

En 2011, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté la convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (dite Convention d'Istanbul). Cette convention reconnaît la violence à l'égard des femmes comme une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes, privant les femmes de leur pleine émancipation et les maintenant dans une position de subordination par rapport aux hommes. Elle définit la violence domestique

comme tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur-e de l'infraction partage ou ait partagé le même domicile que la victime. Elle reconnaît également que les femmes sont en outre exposées à d'autres formes graves de violence telles que le harcèlement sexuel, le viol, les crimes commis au nom du prétendu « honneur », les mutilations génitales féminines, et les mariages forcés (*voir chapitre « mariages forcés »*).

« Il arrive que les femmes soient violentes avec les hommes et les relations homosexuelles ne sont pas exemptes de violence, mais dans l'immense majorité des cas, ce sont les femmes qui sont victimes de violence de la part de leur partenaire masculin. »⁴

« Même si le phénomène est interactif et se joue à deux, les violences symétriques ou égales sont rares. »⁵

LA VIOLENCE AU SEIN DE LA FAMILLE CONSTITUE UN DÉLIT

La Convention d'Istanbul considère les actes de violence domestique comme des infractions pénales et invite les Etats membres à reconnaître que les Etats ont l'obligation de prévenir,

d'instruire et de sanctionner les actes de violence domestique et d'offrir une protection aux victimes.⁶

« La protection face à la violence est un droit de la personne. Faire usage de violence est punissable pénalement. »⁷

LA VIOLENCE EST À DIFFÉRENCIER DE L'AGRESSIVITÉ

Nous différencions violence et agressivité et nous nous référons aux définitions suivantes : « L'agressivité sert à définir le territoire de chacun, à faire valoir son droit. Elle est une force de construction et de définition de l'individu. La violence, elle, fait éclater le territoire de l'autre et le sien propre, elle envahit et rend confuses les limites. Elle est une force de destruction de soi et de l'autre. On définit l'acte de violence comme toute atteinte à l'intégrité physique et psychique de l'individu qui s'accompagne d'un sentiment de contrainte et de danger. »⁸

Dans ce manuel nous nous centrerons sur les violences exercées par un-e partenaire ou ex-partenaire marié-e ou non, et sur les mariages forcés (*voir chapitre « mariages forcés »*). Nous considérons les enfants concernés par la violence exercée entre leurs parents comme des victimes directes, qu'elles ou ils subissent la violence ou soient témoins des scènes de violence.

1 Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS

2 ONU. (1993). *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* : ONU

3 Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *La violence contre les femmes*. Genève : OMS

4 Organisation Mondiale de la Santé, *ibid*, page 6, référence 1

5 Weltzer-Lang, D. (1991). *Les hommes violents*. Paris : Lierre & Coudrier

6 Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 avril 2011

7 Centre suisse de prévention de la criminalité. (2003). *Stop à la violence domestique !* Berne

8 Perrone, R., & Nannini, M. (2012). *Violence et abus sexuels dans la famille* (5^{ème} édition revue et augmentée). Paris : ESF Editeur

2. Ampleur du phénomène

LA VIOLENCE DANS LE COUPLE

« Les études réalisées s'accordent pour démontrer qu'**une femme risque davantage d'être blessée, violée ou assassinée par l'homme qui est ou a été son partenaire que par toute autre personne**». ⁹ « Selon les estimations mondiales de l'OMS parues en 2016, 35% des femmes, soit près d'une femme sur trois, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie » et 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin. » ¹⁰

En France, en 2014, 118 femmes et 25 hommes ont été tué·e·s par leur conjoint·e·s ou ex-conjoint·e·s. On compte également 16 femmes et 6 hommes tué·e·s par leur partenaire non-officiel·le (amant·e, petit·e-ami·e, relation épisodique...). ¹¹

En Suisse, une femme sur cinq subit des violences physiques ou sexuelles de la part de son conjoint au cours de sa vie et deux femmes sur cinq sont victimes d'atteintes psychologiques. ¹² Les statistiques de la criminalité mettent en avant qu'en moyenne, entre 2014 et 2016, deux homicides par mois sont liés à la violence domestique (23 en 2014, 36 en 2015 et 19 en 2016). ¹³ Cela représente, dans le canton de Vaud, 4 homicides en 2014, 5 en 2015 et 3 en 2016, la majorité des victimes étant de sexe féminin. ¹⁴

Bien que les femmes soient les principales victimes de la violence dans le couple, ce guide s'adresse également aux hommes subissant des violences de la part de leur partenaire.

⁹ Organisation Mondiale de la Santé, ibid, page 6, référence 3

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *La violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS

¹¹ Violences faites aux femmes : les principales données. (2015). *La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*, N8

¹² Gillioz, L., Ducret, V., & De Puy, J. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne : Payot

¹³ Office fédérale de la statistique (2015, 2016, 2017). *Violence domestique enregistrée par la police*. Neuchâtel : OFS

¹⁴ Police cantonale vaudoise (2015, 2016, 2017). *Statistiques policières vaudoises de la criminalité*. Lausanne : Polcant

¹⁵ Première partie d'un témoignage écrit en 1998 par Elisabeth (prénom fictif), femme soutenue par Solidarité Femmes Genève, association venant en aide aux femmes victimes de violence conjugale ainsi qu'à leurs enfants

TÉMOIGNAGE¹⁵

Mon histoire est longue, ma vie est devenue un enfer. Je suis tellement seule, isolée et confuse, je suis tombée dans un grand trou noir. Tous mes sentiments sont si mélangés que je ne suis plus capable de les séparer. Je suis emprisonnée dans une spirale de peur, cette peur qui m'a paralysée et m'a rendue totalement aveugle et passive. Tout désir en moi a disparu ! Je m'accroche à n'importe quel mot ou geste gentil de lui en me disant, « il m'aime quand même, je dois l'aimer encore plus, essayer un passage, c'est de ma faute, ce n'est pas si grave, c'est juste encore mieux de comprendre ses besoins, etc. » Je ne vois pas le danger dans lequel je me trouve réellement ni le besoin de me protéger correctement, parce que je suis déjà morte sur le plan sentimental, que j'ai quelque part accepté de ne plus exister. Je ne vois pas de sortie de ce trou noir.

Moi, je n'existe plus, je ne vis plus, je survis seulement. Petit à petit, je suis devenue une morte vivante. Je mets toute mon énergie à essayer de continuer à fonctionner, comme une sorte de robot, bien programmé, sans émotion. Je mets toute mon énergie à garder la plus grande distance avec mes sentiments ainsi qu'avec les autres personnes à l'extérieur. J'ai tellement honte, je suis devenue spécialiste à tout cacher, à garder tout secret, à ne pas me confronter avec la réalité de ma situation qui n'est plus acceptable. Je suis devenue experte à excuser le comportement de l'autre. Je suis devenue experte à me culpabiliser et à prendre sur moi la responsabilité du comportement de l'autre. Tout est à cause de moi !

Je suis devenue une championne d'échecs à penser en avance, comment tout faire au mieux pour lui, comment ne pas l'irriter, comment éviter une explosion ou une confrontation. Mon cerveau est si préoccupé par ces questions, 24 heures sur 24, jour et nuit, que je ne me pose plus la question de pourquoi ma vie est devenue un enfer ! J'ai totalement oublié de me dire « Ce n'est pas normal, je ne dois pas accepter d'être traitée comme ça ! » J'ai oublié de dire simplement : « Stop – Non – Arrête !!! »

3. Les différentes formes de violence

LA VIOLENCE ÉCONOMIQUE

touche aux activités économiques et s'exerce notamment par les comportements suivants :

- contrôler
- refuser de contribuer selon ses ressources aux besoins du ménage
- s'approprier argent et biens
- exploiter professionnellement

Plus la personne est isolée et dépendante financièrement, plus elle devient vulnérable aux autres formes de violence.

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

visé la confiance en soi, l'identité personnelle et la force de vie. Elle s'exerce notamment par les comportements suivants :

- mépriser, dénigrer, insulter, humilier
- faire peur (chantage, menaces)
- contrôler et soumettre à sa volonté (contrôle des contacts, confiscation du téléphone portable et des papiers d'identité)
- isoler, restreindre la liberté
- détruire les effets personnels
- harceler
- s'attaquer à l'enthousiasme, la bonne humeur et l'énergie de l'autre
- maltraiter les animaux
- chantage affectif

LA VIOLENCE VERBALE

amplifie la violence psychologique et consiste, par exemple, en

- sarcasmes
- cris, hurlements
- ordres imposés brutalement
- menaces verbales

La violence psychologique peut aboutir à une situation d'emprise de l'auteur-e de violence sur la victime.

CERTAINS DE CES COMPORTEMENTS CONSTITUENT DES INFRACTIONS PÉNALES

LA VIOLENCE PHYSIQUE

affirme la domination de l'auteur-e de violence et consiste, par exemple, en

- gifles et empoignades
- coups et blessures
- brûlures
- morsures
- fractures
- étranglements
- séquestrations
- privation de nourriture
- privation de soins médicaux
- homicides (ou tentatives)

LA VIOLENCE SEXUELLE

visé à dominer la personne dans ce qu'elle a de plus intime. Elle comprend notamment les actes suivants :

- contrainte à des contacts ou pratiques sexuelles non consenties (au moyen de chantage, harcèlements, intimidations, etc.)
- viol ou tentative de viol
- astreinte à des pratiques sexuelles avec des tiers

Les mauvais traitements physiques sont souvent déguisés en accidents.

CES ACTES CONSTITUENT DES INFRACTIONS PÉNALES

Les violences économique, psychologique et verbale précèdent et accompagnent pratiquement toujours les violences physiques et sexuelles. Ces différentes formes de violence se conjuguent au fil du temps en une **escalade** de plus en plus dangereuse : plus les violences sont graves et répétées, plus le risque d'homicide augmente. Il arrive que la violence dans le couple ne se déclare pas avant le moment de la séparation et souvent elle persiste après la fin de la vie commune. Par ailleurs, les mariages forcés s'accompagnent fréquemment de ces différentes formes de violence, avant ou après le mariage (*voir chapitre « mariages forcés »*).

4. Le cycle de la violence

La violence dans le couple se déroule sous la forme d'un cycle, véritable cercle vicieux destructeur, facilement repérable une fois qu'il est connu.

Le cycle de la violence se compose des phases suivantes :

1. L'ACCUMULATION DE TENSIONS

Certaines personnes ayant recours à la violence manquent de confiance en elles. Elles sont incapables d'exprimer leurs sentiments et désaccords, et accumulent ainsi frustrations et mécontentements. D'autres veulent tout contrôler au sein de leur famille et refusent la négociation. Chaque manquement à leur volonté ou à leur désir est source d'insatisfaction. Face à ces comportements, les victimes se sentent inquiètes, ont peur et tentent d'améliorer le climat en faisant attention à leurs propres gestes et paroles. Ces différents griefs non discutés ou non résolus entraînent une accumulation de tensions et serviront de prétextes ou de justifications à l'explosion de violence.

2. L'EXPLOSION DE VIOLENCE

Les personnes ayant recours à la violence finissent par exploser, pour se décharger ou pour régler les conflits à leur avantage. Alors que la violence était mesurée pendant la première phase, elles sont alors capables des pires actes. Les victimes se sentent piégées, terrifiées, impuissantes. Bien souvent, la seule solution pour que *ça s'arrête* est de se conformer aux exigences de leur partenaire.

3. LA DÉRESPONSABILISATION ET LA JUSTIFICATION DE L'AUTEUR·E DE VIOLENCE

Les personnes auteures de violence cherchent ensuite à minimiser leurs actes et l'impact de ceux-ci. Par ailleurs, elles se déresponsabilisent en invoquant des causes externes (stress, fatigue, chômage, etc.) ou le comportement de leur partenaire pour justifier leur débordement. Les victimes en viennent à douter d'elles-mêmes, se culpabilisent et finissent par penser que ce sont elles qui doivent changer pour que la violence cesse. Cette responsabilisation et culpabilisation contribue à perpétuer le cycle de la violence.

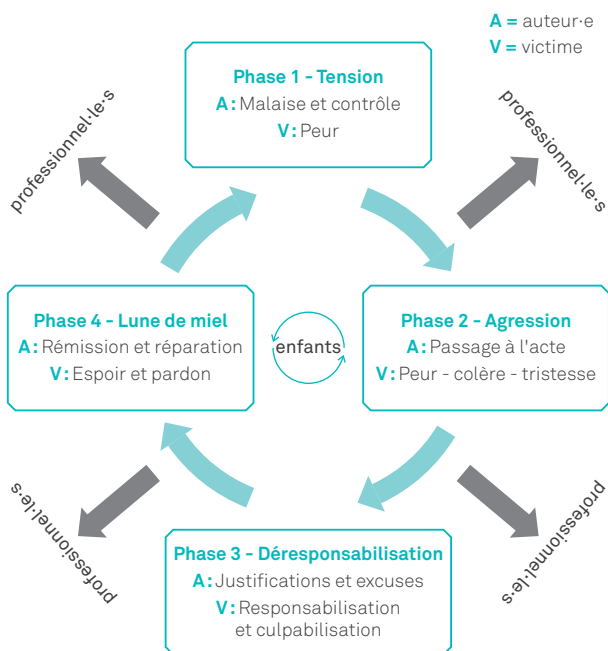
4. LA « LUNE DE MIEL »

Le moment de crise passé, les auteur·e·s de violence expriment des regrets, promettent de ne plus recommencer, ont peur de perdre leur partenaire et font tout pour se faire pardonner. Les personnes violentées reprennent espoir, veulent croire aux promesses de changement de leur partenaire et acceptent les excuses accompagnées de gentillesse. La violence est minimisée à son tour par les victimes. Ce processus de minimisation tend à la destruction de leur identité et de leur santé, et renforce le sentiment d'impunité de leur partenaire. Ces périodes de répit s'estompent au fil du temps pour tendre à disparaître, la peur remplaçant progressivement l'espoir.

Et ce cycle recommence, avec des phases de plus en plus rapprochées et des agressions de plus en plus graves. Si rien n'est entrepris, il peut aboutir à des blessures irréversibles, voire à l'homicide de la victime.

Les enfants sont au cœur du cycle de la violence, ne comprenant pas mais subissant fortement son impact. **Elles ou ils ne sont jamais épargné-e-s**, même si l'auteur-e de violence ne le vise pas directement.

SCHÉMA DU CYCLE DE LA VIOLENCE DANS LE COUPLE



5. Les racines de la violence

Les origines de la violence dans le couple doivent être recherchées à la fois dans l'individu, la famille, la communauté et la société. C'est la conjugaison de différents facteurs qui explique la violence et non une cause unique et invariable. Le risque de violence est directement proportionnel au nombre de facteurs qui vont coexister dans un couple donné.

FACTEURS SOCIAUX (historiques et structurels)

- rapport de force historiquement inégal entre les femmes et les hommes, qui reste défavorable aux femmes
- exploitation économique, sociale et sexuelle des femmes
- parti pris du respect de la sphère privée et carences de l'Etat face à la problématique de la violence dans le couple
- usage de la force pour résoudre les conflits au sein de la société
- fréquence et banalisation de la violence dans les médias
- héritage de systèmes d'éducation répressifs, autoritaires ou sexistes

FACTEURS COMMUNAUTAIRES

- coutumes et traditions autorisant le recours à la violence
- isolement ou faible insertion sociale
- pauvreté et exclusion

FACTEURS RELATIONNELS ET FAMILIAUX

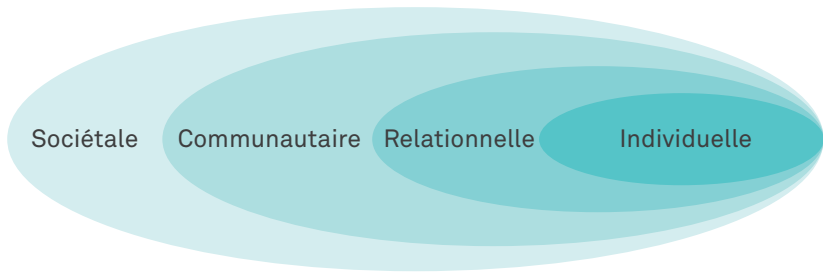
- passé familial empreint de violence
- pouvoir inégalement réparti dans le couple
- dépendance affective pouvant aboutir à une volonté de possession
- faible capacité de communication, refus de la négociation

FACTEURS INDIVIDUELS

- construction fragile de l'identité et blessures narcissiques
- difficultés à gérer ses émotions et frustrations
- antécédents de violence en tant que victime ou témoin
- troubles psychologiques ou de la personnalité
- volonté de domination et de contrôle
- abus d'alcool, de médicaments ou toxicomanie (il n'existe pas de relation causale entre l'alcool et la violence, mais il peut faciliter l'expression d'une violence déjà présente)

16 OMS. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé, résumé, (figure3, page 4)*. Genève : OMS
17 Lachapelle, H., & Forest, L. (2000). *La violence conjugale, développer l'expertise infirmière*. Québec : Presses de l'Université du Québec

MODÈLE ÉCOLOGIQUE POUR COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE DE LA VIOLENCE ¹⁶



« La violence conjugale peut se lire comme la traduction, au niveau individuel, du rapport de pouvoir existant dans la société au profit des hommes. Cela ne signifie pas que tous les hommes soient violents mais plutôt que l'organisation des rapports sociaux entre les hommes et les femmes rend possible la violence conjugale, en fonction de plusieurs facteurs qui se cumulent. » ¹⁷

6. Les conséquences de la violence

CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE SUR LA SANTÉ DES VICTIMES

Si les violences physiques et sexuelles sont clairement perçues comme des atteintes à l'intégrité des personnes victimes, les autres formes de violence sont plus subtiles, moins faciles à identifier, à détecter et à prouver. C'est la répétition de faits, apparemment anodins quand ils sont pris isolément, qui engendre une situation d'emprise et une atteinte à l'intégrité psychique. La violence mine la confiance en soi, détruit le bien-être et dégrade la santé. Elle entraîne des troubles psychosomatiques tels que stress, anxiété, dépression, insomnies, maux de tête, de ventre ou de dos, fatigue chronique, etc.

CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE SUR LES ENFANTS

Les enfants ne sont jamais épargnés par la violence qui règne dans leur famille, la subissant directement ou étant uniquement témoins des scènes de violence. Elles ou ils souffrent, sont fragilisés et peuvent présenter des troubles tels que sentiment d'insécurité, angoisse, culpabilité, troubles du sommeil ou de l'alimentation, difficultés d'apprentissage ou relationnelles, mais aussi subir des carences affectives, des sévices et toutes formes de maltraitance. Souvent, elles ou ils voudraient pouvoir intervenir et se chargent d'un rôle protecteur trop lourd pour leur âge. Les enfants sont animés de sentiments contradictoires et ne peuvent dénoncer la violence, pris dans des conflits de loyauté entre leurs deux parents. Elles ou ils risquent également de développer un haut niveau de tolérance à la violence et de reproduire ces comportements violents.

18 Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. (2013).

Coûts de la violence dans les relations de couple. Berne : BFEG

19 Banque Mondiale (1993). *Rapport de la Banque Mondiale 1993.* Washington, DC: Banque Mondiale

20 Halperin, D. (2003). Responsabilités des professionnel·le·s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. *Dans Voir et Agir.* Genève : Médecine et Hygiène.

COÛTS SOCIAUX DE LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS DE COUPLE

Selon une étude de 2013, le coût tangible de la violence dans les relations de couple en Suisse s'élèverait au total à environ 164 millions de francs par an. La part des coûts de chaque domaine étudié se monterait à 49 millions pour la police et la justice, à 37 millions pour les offres de soutien, à 35 millions pour la santé, à 3 millions pour les services spécialisés et la coordination et 40 millions pour pertes de productivité (pertes consécutives à la maladie, à l'invalidité et au décès). Il faudrait par ailleurs ajouter près de

2 milliards de francs de coûts intangibles, coûts consécutifs à la violence qu'il n'est pas possible d'exprimer directement en valeur monétaire (tels que l'altération de la qualité de vie due à la douleur, la souffrance et la peur).¹⁸

« On estime que la violence envers les femmes constitue à l'échelle mondiale une cause de décès et d'incapacité aussi fréquente, parmi les femmes en âge de procréer, que le cancer et qu'elle provoque davantage de troubles de la santé que les accidents de circulation et le paludisme réunis. »¹⁹

« La violence faite aux femmes est l'une des causes principales aussi bien de traumatismes aigus que d'affections médicales chroniques et le poids de morbidité qu'elle entraîne équivaut probablement sur le plan mondial, à celui d'autres grands problèmes de santé publique, tels le SIDA, la tuberculose ou les maladies cardio-vasculaires. »²⁰

**Il A vous d'agir,
pensez DOTIP**

A vous d'agir, pensez DOTIP

Détecter
la violence
dans le couple

JE N'Y PENSE PAS, PARCE QUE...

- « Ça n'arrive pas chez les médecins et les avocat-e-s »
- « Il a l'air si gentil »
- « Les hommes violents sont tous des alcooliques »
- « Si elle était battue, elle le dirait »

Offrir un
message clair
de soutien

JE TROUVE QUE CE N'EST PAS SI GRAVE, PARCE QUE...

- « Les hommes sont naturellement violents, surtout dans cette culture »
- « Il l'a agressée parce qu'elle l'avait poussé à bout »
- « Pour se battre, il faut être deux; la femme est aussi responsable que l'homme »

Traiter
la situation

JE N'INTERVIENS PAS, PARCE QUE...

- « Je n'ai pas le temps »
- « Je n'ai pas les compétences »
- « Je ne sais pas quoi faire »
- « J'ai peur d'intervenir, je pourrais être menacé-e en retour »
- « C'est un problème privé, cela ne me regarde pas »

Informer la
victime de ses
droits et des
ressources
du réseau

ÇA NE SERT À RIEN D'AIDER LES PERSONNES VICTIMES, PARCE QUE...

- « Si elles sont battues, c'est qu'elles l'ont cherché ou qu'elles aiment ça »
- « Elles retournent toujours avec leur partenaire »
- « Elles aussi sont violentes »
- « Ce sera encore pire après, surtout pour les enfants »
- « De toute façon, il n'y a rien à faire »

Protéger
et prévenir
la récurrence

JE NE PEUX RIEN FAIRE, PARCE QUE...

- « J'ai déjà tout essayé, elle ne veut pas le quitter »
- « Elle a trop peur des représailles, elle m'a fait promettre de ne rien dire »
- « Elle refuse d'admettre que ça ne va pas, elle dit qu'elle l'aime encore »

SACHEZ QUE

L'OMS recommande un dépistage systématique.

Toute personne peut exercer ou subir de la violence, sans distinction de culture, classe sociale ou éducation.

La honte ou la peur font que bien des victimes ne parlent pas spontanément de la violence.

SACHEZ QUE

La violence dans le couple est inacceptable. La plupart des actes de violence sont des délits punissables par la loi.

Toute victime a des droits. La responsabilité des actes de violence appartient uniquement à la personne qui les commet.

SACHEZ QUE

Ne pas intervenir, c'est cautionner la violence !

Vous n'êtes pas seul-e, vous pouvez compter sur les autres partenaires du réseau.

La violence dans le couple est un problème de société, de santé et de sécurité publiques.

SACHEZ QUE

Ce n'est pas la violence que les personnes victimes aiment mais leur partenaire, quand il ou elle n'est pas violent-e. Elles restent ou retournent pour de multiples raisons : espoir, peur, dépendance financière, honte, impuissance, isolement, attachement, etc.

La violence dans le couple affecte aussi en profondeur la santé et le développement des enfants qui en sont témoins.

SACHEZ QUE

Les victimes ont besoin d'aide pour évaluer le danger et envisager des scénarios de protection. Subir la violence n'est pas un destin.

Protéger, soutenir et accompagner les personnes concernées par la violence est un long processus, difficile mais possible.

Détecter la violence

Détecter la violence

POURQUOI DÉTECTER ?

Les études disponibles montrent que la grande majorité des personnes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent.

Si certaines souhaitent et attendent avec espoir d'être questionnées, d'autres tentent de cacher la violence, par peur, honte et désespoir.

Le dépistage systématique ou la détection des situations à risque¹ constituent les seuls moyens de repérer les situations passées sous silence, et l'occasion d'énoncer clairement que la violence est inacceptable.

COMMENT DÉTECTER UNE SITUATION DE VIOLENCE DANS LE COUPLE ?³

Pour être efficace, le questionnement permettant de mettre en lumière ces situations doit se faire de façon délicate, non menaçante et en toute confidentialité (hors de la présence du ou de la partenaire). Les personnes ayant de la peine à s'exprimer en français devraient pouvoir bénéficier des services d'un·e interprète n'appartenant pas à leur famille ou entourage.⁴

TÉMOIGNAGE

Charlo était toujours à côté de moi, jamais bien loin, mais si je tombais sur le bon médecin ou sur la bonne infirmière je serais sauvée. Ils verraient bien, et ils m'emporteraient... Cette fois-ci, peut-être. Une infirmière me regarderait et devinerait. Un médecin verrait plus loin que le bout de son nez. Il poserait la question. Il poserait la bonne question, je lui répondrais et ce serait fini... Une question. Une seule. J'y répondrais. Je leur débarrasserais tout s'ils me questionnaient. Questionnez-moi.²

- 1 Le dépistage consiste à questionner systématiquement toutes les personnes dans un service donné. La détection se fait en fonction des situations repérées comme à risque.
- 2 Doyle, R. (1997). *La femme qui se cognait dans les portes*. Editions 10/18
- 3 Une méthodologie de détection et d'orientation de toutes les personnes concernées par la violence dans le couple (victimes, auteur·e·s, enfants)-DOSAVI, adaptée à la pratique des intervenant·e·s du champ du social sera disponible au printemps 2018 et une version abrégée via Internet (Lorenz, Flühmann, Wüthrich, en cours). Cette dernière, complémentaire au DOTIP, met le focus sur les pratiques et les stratégies à adopter pour identifier les situations de violence, puis pour accompagner les personnes concernées en vue de faciliter la prise de contact avec un service pour victimes ou auteur·e·s. Elle comprend une formation ainsi qu'un guide de référence.
- 4 L'association Appartenances propose un service d'interprétariat dans le canton de Vaud (voir chapitre « services d'aide »)

De nombreuses personnes ne reconnaissent pas la violence subie et ne se perçoivent donc pas comme des victimes (dénigrement, banalisation, minimisation). Toutefois, elles sont souvent prêtes à parler de leur souffrance si elles sentent qu'elles seront écoutées, crues et respectées dans leurs choix.

Détecter les signaux d'alerte de la violence dans le couple

- plaintes vagues et symptômes chroniques sans cause physique apparente: «**J'ai des problèmes à la maison**»
 - blessures anciennes, répétées ou qui ne correspondent pas à l'explication donnée: «**Je suis tombée dans les escaliers**»
 - traumatismes physiques subis pendant la grossesse
 - manque de confiance et d'estime de soi, annulation de soi: «**Je ne sais pas si c'est important, ce n'est pas si grave**»
 - culpabilité, honte, dépréciation de soi: «**C'est de ma faute**»
 - troubles émotionnels: stress, apathie, angoisse, confusion, dépression, hyperexcitation ou détachement, pensées suicidaires
 - problèmes psychosomatiques: migraines, maux de ventre ou de dos, problèmes gynécologiques, troubles du sommeil ou de l'alimentation, fatigue chronique, etc.
 - manifestation de peur (sursauts aux bruits, embarras)
 - symptômes de stress post-traumatiques
 - impuissance et résignation: «**Personne ne peut rien faire**»
 - partenaire montrant une attention excessive, qui cherche à garder le contrôle ou qui manifeste du dénigrement, voire de l'agressivité
- isolement social
 - toute forme de dépendance (financière, affective, à l'alcool, à des drogues ou aux médicaments, etc.)

Oser questionner

La probabilité de violence augmente avec le nombre de signaux d'alerte présents. Lorsque plusieurs d'entre eux sont détectés, il est nécessaire d'aborder progressivement le sujet et d'adapter son discours à la situation particulière. On peut demander, par exemple :

- > Parfois, lorsque des personnes rencontrent des difficultés comme les vôtres, on se rend compte qu'elles ont des problèmes à la maison. Est-ce votre cas ?
- > Comment décririez-vous la relation avec votre partenaire? Comment cela se passe quand vous n'êtes pas d'accord sur un sujet, quand vous vous disputez ?
- > Vous êtes-vous déjà senti-e en danger sous votre propre toit, avez-vous parfois peur de ce que votre partenaire pourrait dire ou faire ?
- > Nous savons que la violence touche de nombreuses personnes et qu'elle a des conséquences directes sur la santé et le bien-être de ces personnes. Avez-vous déjà été maltraité-e ? Par qui ?
- > Avez-vous déjà été humilié-e ou giflé-e (ou insulté-e, dénigré-e, bousculé-e, frappé-e, menacé-e, etc.). Par qui ?
- > Est-ce que votre partenaire essaie de vous contrôler, de vous empêcher de sortir, de voir votre entourage familial ou amical, de chercher un travail ?

**Vos doutes subsistent alors
qu'aucune violence n'est déclarée**

Vous pouvez toujours faire part de votre inquiétude, donner quelques informations et adresses utiles, et assurer la personne de votre disponibilité (ou de celle d'un service spécialisé) si elle souhaite aborder ce thème plus tard. Même si elle ne répond pas sur le moment, il est important de lui donner un message qui condamne clairement les actes de violence. Elle comprendra que sa souffrance peut être entendue et qu'elle sera soutenue lorsqu'elle sera prête à demander de l'aide.

Conservez une trace de vos soupçons de violence dans votre dossier. Ne vous découragez pas, parlez à d'autres professionnel·le·s des situations à risque. Ne restez pas seul·e avec votre sentiment d'impuissance !

TÉMOIGNAGE

Qui peut me comprendre quand je n'arrive pas à me comprendre moi-même ?
Qui va m'écouter sans me juger ou me culpabiliser ?
Ma première libération sera d'oser parler avec quelqu'un pour prendre
et créer une distance, mais avec qui ?
Ma deuxième libération sera de partir, de me mettre en sécurité,
mais pour aller où ?
Ma troisième libération, de me donner du temps pour réfléchir
en tranquillité, mais comment ?
Pour moi, c'est un médecin qui m'a « forcée » à prendre contact avec
Solidarité Femmes. Je dis « forcée » parce que ma résistance était trop
forte. Je minimisais tellement ma situation, je ne voulais pas me confronter
avec ma réalité. (Elisabeth, suite)

Offrir un message clair de soutien

Offrir un message clair de soutien

Lorsqu'une personne maltraitée parle de ce qu'elle vit, il importe de prendre au sérieux la violence, sans la minimiser, la justifier ou la banaliser, et de rappeler que la loi l'interdit. Refuser de prendre position revient à cautionner indirectement la violence.

PRINCIPES D'INTERVENTION ET ATTITUDES À FAVORISER

Afin que l'entretien se déroule dans les meilleures conditions possibles et pour encourager la personne victime de violence à se confier et à solliciter une aide, il convient de :

- créer une atmosphère propice à l'établissement d'une relation de confiance : ne pas parler entre deux portes, prendre le temps d'écouter, etc.
- accueillir la souffrance avec bienveillance et respect, sans jugement
- recevoir les paroles et émotions comme elles viennent (pleurs, colère, angoisse, logorrhée verbale, dissociation – la personne semble ne rien ressentir –, etc.) en se rappelant qu'un état de choc est normal après une agression
- expliciter clairement la position de l'intervenant·e et ses limites
- condamner les actes de violence plutôt que les personnes qui les commettent et rappeler que toute personne est seule responsable de ses actes, notamment devant la loi
- comprendre les problèmes psychiques des victimes prioritairement comme la conséquence des violences plutôt que leur origine
- prendre au sérieux les menaces reçues par les victimes et leurs craintes

QUI EST RESPONSABLE DE QUOI ?

La responsabilité de chaque acte de violence, psychologique, physique ou sexuelle, incombe à la personne qui l'exerce, quelles que soient les raisons invoquées. Ce n'est pas l'attitude de l'autre qui rend une personne violente, c'est ce qui réagit à l'intérieur d'elle et qui lui appartient. Les comportements de l'autre ne peuvent en aucun cas être considérés comme la cause de la violence, ils agissent tout au plus comme éléments déclencheurs ou révélateurs.

Les situations suivantes constituent des éléments déclencheurs de violence fréquents : une accumulation de frustrations, un désaccord ou un conflit, un refus de la part de l'autre de se plier aux besoins ou désirs de la ou du partenaire (notamment sexuels), une velléité d'indépendance ou d'autonomie, une volonté de séparation ou encore un refus de contact après une rupture.

Lorsque la personne auteure de violence invoque ces faits comme justificatifs de sa violence, elle tente de se soustraire à sa responsabilité. On peut toujours choisir de quitter un lieu plutôt que de laisser libre cours à sa violence.

Par ailleurs, la violence est interdite par la loi suisse et n'est jamais excusable.

Quant à la personne victime, si elle n'est pas responsable de la violence exercée par son ou sa partenaire, son rôle est par contre d'assurer sa propre sécurité et celle de ses enfants, ou de demander de l'aide si elle n'est

pas en mesure de se protéger par elle-même, ce qui est fréquemment le cas (notamment du fait de la peur suscitée par les menaces, et de la difficulté à prendre soin de soi générée par la violence).

En tant que professionnel·le·s, nous sommes responsables

- d'affirmer clairement que chacun·e porte la responsabilité de ses actes de violence et donc aussi celle de les faire cesser. Si la personne n'arrive pas à mettre un terme à ses comportements violents par elle-même, des services spécialisés peuvent lui venir en aide
- de soutenir toute personne violentée en l'encourageant à se responsabiliser pour sa propre sécurité plutôt que pour le comportement de l'autre
- de rendre attentifs les deux parents au fait qu'ils sont tous deux responsables d'assurer la sécurité de leurs enfants

Si une personne présente des troubles psychiques importants (angoisse, propos incohérents, pensées suicidaires, etc.), il est nécessaire de la diriger vers un service approprié (*voir chapitre « services d'aide »*).

Il est dangereux, lorsque la violence est encore active, de chercher à préserver l'unité familiale avant tout. Un travail de couple, s'il est souhaité par les deux partenaires, doit prioritairement viser l'arrêt de la violence et la sécurité de la personne victime.

TÉMOIGNAGE

Quand j'ai commencé à parler, je me suis excusée de prendre le temps de quelqu'un d'autre, d'avoir besoin d'être écoutée. J'étais convaincue que je ne méritais pas ça, qu'il y avait d'autres histoires beaucoup plus graves que la mienne.

Dès que j'ai commencé à parler, ce fut comme une avalanche, comme une personne qui a eu trop longtemps soif. Je n'arrivais plus à réfréner mon désir de parler et d'ouvrir mes secrets. C'est fou ce sentiment de se vider de choses si bien cachées trop longtemps.

En parlant et en m'écoutant moi-même, j'ai compris que le danger était bien réel. « Je dois me mettre en sécurité, je dois partir ! » C'est fou ce sentiment de se préparer matériellement et mentalement pour partir ! Une fois partie, ce fut le grand « vide », il a fallu un courage immense pour ne pas retourner. J'ai dû m'habituer au silence, à la paix, à la tranquillité. C'est fou ce sentiment de se retrouver en tranquillité. Pour moi, c'était clair, seule, je n'y arriverais pas, j'avais besoin de l'aide de professionnel·le·s ! Ça m'a pris beaucoup de temps pour accepter d'être aidée, oser entrer dans un foyer et laisser mon mari derrière moi, seul à la maison. J'ai souffert et j'ai pleuré longtemps, mais en même temps, ça m'a donné confiance en moi ! (Elisabeth, suite)

RÉSONANCES PERSONNELLES DE LA VIOLENCE

La violence et ses conséquences sont des sujets qui nous touchent, nous interpellent, nous font réagir en tant qu'êtres humains et non seulement comme professionnel·le·s. Ils ne laissent personne indifférent et provoquent inévitablement un mélange d'émotions, parfois contradictoires : angoisse, colère, désespoir, peur, confusion, exaspération, révolte, douleur, etc. Des expériences personnelles en lien avec la violence, que ce soit comme victime, auteur·e ou témoin, peuvent également affecter notre perception de la situation et notre mode d'intervention.

Afin de nous protéger de cette multitude de sentiments réveillés en nous et difficiles à gérer, nous avons tendance à développer des attitudes défensives qui entravent notre action et risquent d'entraîner une victimisation secondaire des personnes violentées : doute, déni, banalisation, dramatisation, impuissance, toute-puissance, bâillonnement de la parole, rejet, exclusion, jugement, culpabilisation, etc.

Évaluer nos sentiments et attitudes face à une situation de violence

Il est fondamental de ne pas nier ou blâmer les résonances que la violence suscite en nous. Il s'agit de les accueillir pour pouvoir évaluer nos attitudes et mieux mesurer leurs effets. En faisant de la place à nos propres sentiments et réactions, nous les transformons en ressources et outils de compréhension et nous devenons davantage capables de faire de la place à la personne qui nous fait face.

Demandons-nous par exemple :

- > Qu'est-ce que cette situation me fait vivre ? Quels sentiments éveille-t-elle en moi ?
- > A quels besoins est-ce que je réponds, les miens ou ceux de la personne que je suis censé·e aider ?
- > Mon attitude et mes propos l'aident-elle à parler ou renforcent-ils ses sentiments de honte, de culpabilité ou de solitude ?
- > N'est-ce pas mon besoin de « sauver » l'autre qui s'exprime lorsque j'agis à sa place ?
- > Est-ce mon sentiment d'impuissance qui parle lorsque que je la presse à prendre une décision ?
- > Mon regard est-il libre des préjugés qui circulent autour de la violence ?
- > Suis-je influencé·e par les sentiments de révolte, injustice, impuissance, désespoir que la personne victime me transmet inconsciemment, sans les exprimer ?

Nous sommes notre premier outil de travail. Accordons-nous aussi l'écoute que nous offrons aux autres.

Accepter notre incontournable subjectivité nous permet de clarifier ce qui appartient à chacun·e et d'accompagner les personnes victimes selon leurs propres besoins et choix, sans projeter les nôtres sur elles.

T

Traiter la situation

Traiter la situation

Lorsque nous n'avons pas pour mission de traiter la violence dans le couple...

Même si notre rôle est tout autre, nous pouvons être confronté-e-s à des situations où la violence sévit, qu'elle soit encore cachée ou déjà dévoilée. Si nous ne les détectons pas, leurs conséquences ne seront pas correctement diagnostiquées et traitées. A défaut d'une prise en compte appropriée de la situation, notre action risque d'être entravée.

NOUS NE POUVONS PAS TOUT FAIRE...

Chaque individu a ses limites personnelles et chaque structure ses limites professionnelles. Nous avons le droit de demander l'aide de nos collègues, de notre hiérarchie ou de spécialistes de la question.

...MAIS NE CROYONS PAS QUE NOUS NE POUVONS RIEN FAIRE

Personne ne peut assumer la pleine responsabilité de la prise en charge des situations de violence dans le couple mais chacune et chacun peut faire quelque chose, de sa place particulière.

Nous ne sommes pas seul-e-s pour traiter ces situations

Travailler en réseau avec l'ensemble des partenaires concernés (police, justice, social, santé, etc.) est la meilleure façon de prendre en compte la complexité des situations de violence et de les traiter efficacement. A chacun-e son rôle et ils ne sont pas interchangeables, mais complémentaires.

En suivant les recommandations émises par différentes instances (ONU, OMS, Conseil de l'Europe, Conseil fédéral, etc.), des projets d'intervention coordonnés voient progressivement le jour en Suisse. Des lois et directives nouvelles apparaissent. Elles ont pour but de mieux protéger les victimes, de diminuer les risques de récidive et de responsabiliser les auteur-e-s, traduisant le fait que l'Etat considère la violence domestique comme un problème social et de santé publique plutôt que comme une affaire relevant uniquement de la sphère privée.

Nous devons consigner les cas de violence dans nos dossiers

Tout·e professionnel·le rencontrant une situation de violence, déclarée ou soupçonnée, devrait consigner les informations et observations en sa possession. Lorsqu'une action en justice est entreprise par la personne victime et que des preuves manquent, le témoignage des professionnel·le·s qui ont rencontré ou soutenu cette personne est parfois le seul élément pouvant donner du crédit à sa parole. Il ne s'agit pas d'affirmer que des actes ont bien eu lieu mais de retranscrire le plus fidèlement possible les propos rapportés, l'état émotionnel, ainsi que les signes physiques et psychologiques qui pourraient être en lien avec la violence.

Nous ne « savons » pas mieux que les personnes victimes ce qu'elles doivent faire

Sortir de la violence dans le couple est toujours un processus long et douloureux. Le mode de rupture le plus fréquent est évolutif : il est constitué d'étapes successives et de mouvements d'aller-retour vers l'autre. Chaque séparation, même temporaire, s'avère utile aux deux partenaires car elle leur permet de mieux voir l'engrenage destructeur dans lequel elle et il sont pris, et d'expérimenter des alternatives à la violence. Un soutien adéquat aide la personne victime à reprendre confiance en elle et à exercer davantage de pouvoir sur sa vie. Mais le parcours est difficile et freiné par de nombreux obstacles matériels, sociaux, familiaux et psychologiques. L'ambivalence des sentiments est une caractéristique de ce processus, liée à la complexité de la situation et à la force des liens affectifs qui perdurent.

TÉMOIGNAGE

Dans le foyer, j'ai rencontré d'autres femmes de tous âges, statuts et nationalités qui étaient venues à cause de la violence de leur conjoint, comme moi. D'abord, ça m'a choquée mais ça m'a aussi donné du réconfort de savoir que je n'étais pas la seule ! Très vite, je me suis sentie chez moi au foyer et j'ai réalisé combien je ne me sentais plus chez moi dans ma propre maison... (Elisabeth, suite)

Notre rôle n'est pas d'agir à la place des personnes victimes mais de les accompagner en respectant leurs choix et rythmes personnels, même s'ils sont contraires à notre propre vision de la situation. Plutôt que de juger leur comportement, nous pouvons chercher à comprendre les raisons de leur ambivalence et les aider à prendre conscience de tout ce qui les maintient sous l'emprise de leur partenaire ou prisonnières de cette dynamique destructrice. Notre bonne volonté de professionnel·e ne suffit pas !

Tout au long du processus, les personnes victimes peuvent bien évidemment compter sur leurs ressources propres, ainsi que sur l'entraide qui se développe dans les lieux de rencontre collective et les services d'aide.

TÉMOIGNAGE

Mais c'est spécialement les « groupes de soutien et de partage » qui étaient importants pour moi. Toutes ensemble, nous nous réunissions pour échanger nos sentiments, nos soucis et nos réactions, pour réfléchir à nos démarches et procédures en prenant en compte nos émotions. Le groupe nous aidait à nous comprendre et à nous respecter les uns les autres, à réaliser nos progrès, à accepter nos chemins respectifs, à réfléchir et prendre les bonnes décisions pour nous-mêmes, à vivre ensemble librement et en paix dans une période très difficile, sans être jugées ni avoir besoin de nous justifier. C'était un privilège de se retrouver chaque semaine pour ce moment précieux et j'ai énormément apprécié...

Ces différents soutiens se révélèrent si nécessaires pour me faire comprendre que c'est moi qui porte la responsabilité de ma propre vie ! C'est moi qui dois sortir du rôle de victime ainsi que du cercle de violence et de peur, c'est moi qui dois choisir la vie et pas seulement la survie.

A un certain moment, j'avais compris cela théoriquement, c'était devenu parfaitement clair, mais en même temps, physiquement, je restais complètement bloquée, prise par mes émotions. Ces différentes parties de moi-même n'étaient pas du tout intégrées, ni reliées ! Je ne m'autorisais pas à sentir mes sentiments dans mon propre corps. J'avais véritablement peur de libérer une force inconnue, j'avais peur de ne pas pouvoir la contrôler. C'était si dur pour mon corps de se confronter à la tristesse, la souffrance, la solitude, la colère, la confiance ou même la joie. L'exercice était douloureux physiquement, comme si c'était nécessaire d'atteindre chaque cellule en moi pour la remettre en vie. De me concentrer sur mon corps était nouveau, j'avais oublié cette partie de moi-même. A nouveau ma résistance était si profonde d'habiter mon corps après toutes les violences subies, après tout ce qu'il avait enduré ! En même temps, il y avait pourtant ce fort désir d'écouter et même d'aimer mon corps, de ressentir la vie en moi et de la protéger comme un nouveau-né, très vulnérable, mais bien présente et qui souhaitait s'épanouir. (Elisabeth, suite)

Informer

Informer

LA LOI INTERDIT LA VIOLENCE DANS LE COUPLE

Il importe, en tant que professionnel·le, de rappeler que les actes de violence sont interdits par la loi, même lorsqu'ils sont commis au sein du couple.

Législation pénale

Certaines violences sont poursuivies uniquement si la victime dépose plainte (le droit de porter plainte se prescrit par 3 mois). La plainte peut être retirée en tout temps, mais le retrait de plainte est définitif.

En ce qui concerne les menaces, les voies de fait réitérées et les lésions corporelles simples, infractions normalement poursuivies sur plainte, la poursuite a lieu d'office lorsque :

- l'auteur·e de violence est marié·e ou en partenariat enregistré avec la victime et que l'acte a été commis durant le mariage ou le partenariat ou dans l'année qui suit le divorce ou la dissolution
- l'auteur·e de violence entretient une relation hétéro ou homosexuelle avec la victime, pour autant que le couple fasse ménage commun et que l'acte ait été commis durant celui-ci ou dans l'année qui suit la séparation

Dans ces situations, l'autorité chargée de l'administration de la justice pénale (Ministère public) pourra suspendre la procédure si la personne victime le requiert ou donne son accord.

La procédure sera reprise si la victime révoque son accord dans les six mois qui suivent la suspension provisoire.

En l'absence de révocation de l'accord, la justice rendra une ordonnance de classement définitive. Selon un projet de loi en cours, la suspension de la procédure ne dépendrait à l'avenir plus uniquement de la volonté de la victime, mais serait décidée par l'autorité en fonction d'autres éléments, notamment l'absence de soupçon de violences réitérées.

D'autres violences sont poursuivies d'office, c'est-à-dire que dès que la police ou le Ministère public en ont connaissance (quiconque peut dénoncer l'infraction), ces autorités ont l'obligation d'ouvrir une enquête. De façon générale, les infractions suivantes sont poursuivies d'office : la contrainte, la séquestration, l'enlèvement, les lésions corporelles simples aggravées (notamment si l'auteur·e a fait usage de poison, d'une arme ou d'un objet dangereux), les lésions corporelles graves, la contrainte sexuelle, le viol, la pornographie, l'encouragement à la prostitution, l'omission de prêter secours, la mise en danger de la vie d'autrui, l'homicide, etc. Depuis 2004, le Code pénal (CP) ne fait plus de distinction, pour la contrainte sexuelle et le viol, entre une victime mariée, en partenariat, ou n'importe quelle autre victime : toutes ces infractions sont poursuivies d'office.

La poursuite d'office a notamment pour objectif de soulager la personne victime du fardeau du dépôt de plainte. Elle n'entraîne pas forcément pour autant l'obligation pour les professionnel·le·s de dénoncer les situations de violence, sauf si la victime est mineure. En principe, un signalement

aux autorités compétentes ne devrait pas se faire contre la volonté de la personne victime sauf si, suite à une évaluation approfondie de la situation, des raisons suffisantes le motivent. Selon la gravité de l'infraction commise, la prescription de l'action pénale se situe entre 7 et 30 ans, indépendamment du fait que la poursuite se fasse sur plainte ou d'office.

LOI FÉDÉRALE SUR L'AIDE AUX VICTIMES D'INFRACTIONS (LAVI)

La LAVI prévoit une aide spécifique pour les personnes victimes d'une infraction portant une atteinte directe à leur intégrité physique, psychique ou sexuelle. Le Centre de consultation LAVI de chaque canton est chargé de veiller à ce qu'elles bénéficient d'une aide sociale, psychologique, juridique et matérielle et qu'elles reçoivent une indemnité si elles subissent en raison de l'infraction un préjudice qui n'est pas réparé par l'auteur-e (*voir chapitre « services d'aide »*).

Législation civile

OBTENIR UNE MESURE D'ÉLOIGNEMENT

Depuis 2007, l'article 28b du Code civil (CC) permet de protéger la personnalité de la victime de violence, menaces ou harcèlement. La victime peut demander à la justice civile d'interdire à l'auteur-e de l'approcher ou d'accéder à

un périmètre donné, de fréquenter certains lieux, de prendre contact avec elle, notamment par téléphone ou voie électronique. Une expulsion du domicile peut également être requise par la victime, et même prononcée de manière immédiate par la police en cas de crise.

Loi vaudoise d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique

La loi d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique (LOVD), adoptée en septembre 2017, prévoit des moyens supplémentaires pour protéger la victime comme l'augmentation de la durée de l'expulsion immédiate à 30 jours et des moyens pour éviter la récidive, notamment au minimum un entretien socio-éducatif obligatoire pour les auteur-e-s expulsé-e-s du domicile commun. Il convient de relever que la LOVD prévoit une transmission systématique des coordonnées de l'auteur-e par la police à l'organisme habilité pour la prise en charge après chaque expulsion. L'organisme habilité prend rapidement contact avec l'auteur-e afin d'organiser au minimum un entretien socio-éducatif.

Toute personne victime d'une infraction peut déposer une plainte pénale, en se rendant à la police ou en écrivant au Ministère public. Elle peut aussi demander aide et conseils aux services spécialisés, à des juristes ou des avocat-e-s.

PRINCIPALES VIOLENCES CONSTITUTIVES D'UNE INFRACTION

Infractions contre la vie

HOMICIDE/MEURTRE/ASSASSINAT/ MEURTRE PASSIONNEL/HOMICIDE PAR NÉGLIGENCE (ART. 111, 112, 113 ET 117 CP)

Ces infractions sont commises par celui qui aura « intentionnellement tué une personne » (art. 111 CP), « tué avec une absence particulière de scrupules » (assassinat, art. 112 CP), « tué alors qu'il était en proie à une émotion violente » ou dans un « état de profond désarroi » (meurtre passionnel, art.113 CP), ou celui « qui, par négligence, aura causé la mort » (homicide par négligence, art.117 CP).

LÉSIONS CORPORELLES GRAVES (ART. 122 CP)

Cette infraction concerne la commission intentionnelle de blessures mettant la vie en danger, de mutilations, ou de lésions graves causant une incapacité de travail, une infirmité, une maladie mentale permanente, une défiguration grave et permanente.

LÉSIONS CORPORELLES SIMPLES (ART. 123 CP)

Cette infraction concerne les atteintes à l'intégrité corporelle ou à la santé qui ne sont pas considérées comme des lésions corporelles graves. Il s'agit par exemple de violences laissant des traces visibles telles que des hématomes, brûlures, un nez cassé, des côtes cassées ou d'autres fractures.

VOIES DE FAIT (ART. 126 CP)

Cette infraction concerne les violences qui ne constituent pas des lésions corporelles simples, notamment celles qui ne laissent pas de traces visibles, comme gifler, bousculer ou tirer les cheveux.

OMISSION DE PRÊTER SECOURS (ART. 128 CP)

Cette infraction est commise par tout individu « qui n'aura pas prêté secours à une personne qu'il a blessée, ou à une personne en danger de mort imminent, alors que l'on pouvait raisonnablement l'exiger de lui, étant donné les circonstances », et par toute personne qui « aura empêché un tiers de prêter secours ou l'aura entravé dans l'accomplissement de ce devoir. »

MISE EN DANGER DE LA VIE D'AUTRUI (ART. 129 CP)

Cette infraction est commise par celui « qui, sans scrupule, aura mis autrui en danger de mort imminente ». Par exemple : pointer une arme à feu chargée et désassurée sur autrui avec risque que le coup parte inopinément, ou abandonner une victime ligotée et bâillonnée dans un endroit isolé.

Infractions contre le patrimoine DOMMAGES À LA PROPRIÉTÉ (ART. 144 CP)

Cette infraction est commise par celui « qui a endommagé, détruit ou mis hors d'usage une chose appartenant à autrui ou frappée d'un droit d'usage ou d'usufruit au bénéfice d'autrui. »

Infractions contre l'honneur DIFFAMATION (ART. 173 CP)

Cette infraction concerne notamment celui « qui, en s'adressant à un tiers, aura accusé une personne ou jeté sur elle le soupçon de tenir une conduite contraire à l'honneur, ou de tout autre fait propre à porter atteinte à sa considération ».

CALOMNIE (ART. 174 CP)

Cette infraction concerne notamment celui « qui, connaissant la fausseté de ses allégations, aura, en s'adressant à un tiers, accusé une personne ou jeté sur elle le soupçon de tenir une conduite contraire à l'honneur, ou de tout autre fait propre à porter atteinte à sa considération. »

DISPOSITION COMMUNE (ART.176 CP)

« A la diffamation et la calomnie verbales sont assimilées la diffamation et la calomnie par l'écriture, l'image, le geste, ou par tout autre moyen. »

INJURE (ART. 177 CP)

Cette infraction concerne celui « qui, de toute autre manière, aura, par la parole, l'écriture, l'image, le geste ou par des voies de fait, attaqué autrui dans son honneur. »

UTILISATION ABUSIVE D'UNE INSTALLATION DE TÉLÉCOMMUNICATION (ART. 179 SEPTIES CP)

Cette infraction est commise par celui « qui, par méchanceté ou par espièglerie, aura utilisé abusivement une installation de télécommunication pour inquiéter un tiers ou pour l'importuner. »

Crimes ou délits contre la liberté

MENACES (ART. 180 CP)

Cette infraction consiste à alarmer ou effrayer une personne par une menace grave (menace de mort, de coups, d'enlever les enfants, etc.) La menace peut aussi être exprimée par geste, par exemple brandir une arme comme un couteau. Posséder une arme (à feu par exemple) peut renforcer la gravité de la menace.

CONTRAINTE (ART. 181 CP)

On exerce une contrainte lorsqu'en « usant de violence envers une personne ou en la menaçant d'un dommage sérieux, ou en l'enlevant de quelqu'autre manière dans sa liberté d'action », on l'oblige à faire, à ne pas faire ou à laisser faire un acte. Par exemple, interdire à la personne de sortir seule, de voir ses ami-e-s ou sa famille, de téléphoner. Faire usage de harcèlement, soit la persécution obsessionnelle et durable d'une personne, peut entrer dans la définition de la contrainte.

SÉQUESTRATION ET ENLÈVEMENT (ART. 183 CP)

Cette infraction est commise par « celui qui, sans droit, aura arrêté une personne, l'aura retenue prisonnière, ou l'aura, de toute autre manière, privée de sa liberté ». Par exemple, enfermer la personne dans une habitation (y compris le domicile commun) ou dans une pièce quelconque (chambre, toilettes, cave, etc.).

VIOLATION DE DOMICILE (ART. 186 CP)

Cette infraction est commise par « celui qui, d'une manière illicite et contre la volonté de l'ayant droit, aura pénétré dans une maison, dans une habitation, dans un local fermé faisant partie d'une maison, dans un espace, cour ou jardin clos et attenant à la maison, ou dans un chantier, ou y sera demeuré au mépris de l'injonction à sortir qui lui aura été adressée par un ayant droit. »

Infractions contre l'intégrité sexuelle

CONTRAINTE SEXUELLE (ART. 189 CP)

Cette infraction est commise par « celui qui, notamment en usant de menace ou de violence envers une personne, en exerçant sur elle des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, l'aura contrainte à subir un acte analogue à l'acte sexuel ou un autre acte d'ordre sexuel » (fellation, masturbation, sodomie, etc.). La contrainte sexuelle peut aussi s'exercer à l'égard d'un homme ou dans une relation homosexuelle.

VIOL (ART. 190 CP)

Cette infraction est commise par « celui qui, notamment en usant de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, aura contraint une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel » (pénétration vaginale). Le viol de l'épouse ou de la partenaire est soumis aux mêmes conditions que le viol sur une autre victime. Le viol homosexuel est punissable au sens de la contrainte sexuelle.

ENCOURAGEMENT À LA PROSTITUTION, EXPLOITATION DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE (ART. 195 CP)

Cette infraction concerne notamment celui qui, profitant d'un rapport de dépendance ou dans le but de tirer un avantage patrimonial, aura poussé autrui à se prostituer; celui qui aura porté atteinte à la liberté d'action d'une personne s'adonnant à la prostitution en la surveillant dans ses activités, ou en lui imposant l'endroit, l'heure, la fréquence ou d'autres conditions; celui qui aura maintenu une personne dans la prostitution.

PORNOGRAPHIE (ART. 197 CP)

Cette infraction concerne notamment celui qui aura offert à une personne qui n'en voulait pas « des écrits, enregistrements sonores ou visuels, images ou autres objets pornographiques ou des représentations pornographiques »; celui qui aura notamment fabriqué, exposé, offert, montré, ou rendu accessibles des objets ou représentations pornographiques, ayant comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants, des animaux, des excréments humains ou comprenant des actes de violence.

CONFRONTATION À UN ACTE D'ORDRE SEXUEL (ART. 198 CP)

Cette infraction concerne « celui qui aura causé du scandale en se livrant à un acte d'ordre sexuel en présence d'une personne qui y aura été inopinément confrontée », ou « qui aura importuné une personne par des attouchements d'ordre sexuel ou par des paroles grossières. »

A NOTER QUE LES TENTATIVES (DE VIOL, D'HOMICIDE, DE LÉSION CORPORELLE...) SONT ÉGALEMENT PUNISSABLES (ART. 22 CP).

Crimes ou délits contre la famille VIOLATION D'UNE OBLIGATION D'ENTRETIEN (ART. 217 DU CODE PÉNAL)

Cette infraction concerne celui qui ne fournit pas les aliments ou les contributions d'entretien qu'il doit en vertu du droit de la famille (les époux l'un envers l'autre et les parents envers les enfants), alors qu'il en aurait les moyens ou pourrait les avoir.

DROITS DES PERSONNES VICTIMES

Mariées ou vivant en partenariat

QUITTER LE DOMICILE (ART. 175 CC)

La loi prévoit que toute personne a le droit de quitter le domicile conjugal en cas de violence contre elle ou ses enfants ou lorsque sa vie, sa santé physique ou psychique ou le bien de la famille sont gravement menacés. Elle a le droit d'emmener ses enfants avec elle dans la mesure où leur intérêt préconise une telle solution. On ne pourra pas lui reprocher d'être partie dans une éventuelle procédure en séparation ou en divorce. Il n'est pas nécessaire d'en demander l'autorisation mais il peut être utile de solliciter immédiatement la justice civile pour demander l'attribution de la garde des enfants, par des mesures urgentes, pour éviter que le ou la partenaire n'agisse de son côté en invoquant une disparition, un enlèvement ou autre.

SOLLICITER LES MESURES PROTECTRICES DE L'UNION CONJUGALE

En cas de violence conjugale notamment, l'épouse ou l'époux victime de violence peut demander à la justice civile, de bénéficier des mesures protectrices de l'union conjugale. La requête ne nécessite pas le dépôt d'une plainte pénale. Il est possible d'obtenir une aide pour la rédiger (*voir chapitre « services d'aide » prestations des services*). Les mesures protectrices règlent diverses questions telles que la durée de la séparation, l'attribution de la jouissance du logement familial, la garde des enfants, l'obligation d'entretien. Des mesures urgentes peuvent également être sollicitées (par exemple l'octroi rapide d'une

contribution d'entretien, l'attribution provisoire de la garde des enfants, etc.). Cette procédure n'engendre pas de frais judiciaires. L'accompagnement d'un-e avocat-e peut être couvert par l'assistance judiciaire (*voir page 44*).

SE SÉPARER OU DIVORCER

La victime a le droit d'adresser à la justice une demande de divorce. Si la demande est unilatérale (la conjointe ou le conjoint refuse de divorcer), la vie commune devra avoir été suspendue pendant deux ans avant de pouvoir demander le divorce, à moins que les violences subies ne soient reconnues par la justice et considérées comme un motif suffisant de rupture immédiate du lien conjugal.

ATTENTION! Certaines personnes migrantes détentrices d'un permis autre que le permis d'établissement (permis C) ont un risque de perdre par la suite leur droit de séjourner en Suisse si elles se séparent ou divorcent. Elles devraient donc systématiquement être orientées auprès d'un service d'aide juridique spécialisé qui pourra les renseigner et les accompagner dans leurs démarches (*voir chapitre « services d'aide »*). La violence peut être reconnue comme une raison personnelle majeure permettant de demander une prolongation de son permis (art. 50 de la loi fédérale sur les étrangers LEtr).

Personnes victimes quel que soit leur état civil

OBTENIR UNE MESURE D'ÉLOIGNEMENT

Les droits prévus par l'article 28b CC, à savoir demander à la justice civile de prononcer notamment l'éloignement, l'interdiction de contact et l'expulsion peuvent être exercés contre l'auteur-e de violence, de menaces et de harcèlement indépendamment de ses liens avec la victime (*voir législation civile page 39*).

ASSISTANCE JUDICIAIRE

La personne qui établit qu'elle ne possède pas les ressources suffisantes pour assumer les frais d'une procédure judiciaire, sans s'exposer ou exposer sa famille à la privation des choses nécessaires à l'existence, peut demander l'assistance judiciaire dans le cadre d'une procédure civile. L'assistance judiciaire peut couvrir les frais d'avocat-e à un tarif préférentiel et les frais judiciaires. Il s'agit d'une avance remboursable qui peut faire l'objet d'un paiement échelonné. La personne conserve la possibilité de choisir son avocat-e.

IMPORTANTES DES PREUVES

Afin d'assurer au mieux sa sécurité et de faire valoir ses droits lors des procédures pénales ou civiles, la personne victime devra rendre vraisemblables les violences subies, voire en faire la preuve. Il est donc conseillé de :

- consigner précisément les faits, y compris les menaces et les dater
- effectuer un examen médical lors des épisodes de violence, même en l'absence de traces visibles, et demander au médecin d'établir un constat médical, également appelé constat de coups et blessures (ce dernier devrait également décrire l'état psychique de la personne victime)¹
- photographier les conséquences des actes de violence : hématomes, plaies, dégâts matériels, taches de sang, etc.
- conserver les preuves matérielles telles que les habits déchirés ou tachés, les messages laissés sur le répondeur, sur papier ou sur messagerie électronique, ou tout autre élément permettant d'étayer les faits

EN CAS DE VIOL OU DE CONTRAINTE SEXUELLE

Afin d'être en mesure de prouver l'identité de l'agresseur-e, il importe de faire établir le plus rapidement possible un constat médical sans s'être préalablement lavé-e ou changé-e, ceci afin d'éviter la disparition d'éventuelles

traces (si la personne s'est déjà changée, elle devrait conserver les habits dans un sac en papier). La victime devrait être orientée aux urgences gynécologiques d'un hôpital,² où elle pourra par ailleurs avoir rapidement accès à une prise en charge psychologique. Il faut savoir que passé un délai de 24 heures, les chances d'identifier l'auteur-e de l'agression diminuent considérablement. Ceci étant, même au-delà de ce délai, la personne devrait être orientée vers les urgences gynécologiques pour y recevoir les soins appropriés et bénéficier d'un constat médical si des traces subsistent ou si des lésions peuvent encore être détectées.

LES RESSOURCES DU RÉSEAU

Quelles que soient la nature et l'ampleur de notre intervention auprès des personnes victimes de violence, il est toujours nécessaire de les informer de l'existence des services d'aide spécialisés. Toutes les personnes victimes de violence dans le couple, y compris celles qui sont migrantes ou sans statut légal, ont le droit et la possibilité de recevoir de l'aide. Des services spécialisés sont également offerts aux personnes ayant recours à la violence (*Voir chapitre « services d'aide »*).

1 Dans le canton de Vaud, l'Unité de médecine des violences effectue l'examen médical ainsi que le constat de coups et blessures (*voir chapitre « services d'aide »*).

2 Dans le canton de Vaud ce sont les urgences gynécologiques ouvertes 24h/24 de la maternité du CHUV qui disposent d'un protocole d'intervention établi en collaboration avec la médecine légale. Ce protocole vise à ne pas perdre d'informations importantes et à acheminer dans les meilleures conditions le matériel destiné à l'identification de l'agresseur-e. Les données collectées sont conservées, de manière à ce que la victime n'ait pas à se prononcer immédiatement sur l'éventualité d'une plainte pénale (*voir chapitre « services d'aide »*).

P

Protéger et prévenir la récidive

Protéger et prévenir la récurrence

Occupées à mobiliser toute leur énergie pour survivre dans un environnement hostile, les personnes victimes de violence dans le couple ont généralement besoin d'une aide extérieure pour prendre le recul nécessaire à l'évaluation du danger de leur situation, et pour identifier les moyens dont elles disposent pour assurer leur protection et celle de leurs enfants le cas échéant.

Connaissant le cycle de la violence et les risques de récurrence inhérents à cette problématique, il est de notre devoir, lorsqu'une personne dévoile une situation de violence, de la référer le plus rapidement possible au service spécialisé approprié (voir chapitre « services d'aide »).

Toutefois, lorsqu'une personne violentée n'est pas prête à contacter l'un de ces services, il importe de réfléchir avec elle à la question de sa sécurité et à celle de ses enfants.

L'ÉVALUATION DES RISQUES

Rappelons-nous que la personne victime connaît bien son ou sa partenaire et est souvent apte à repérer les signes précurseurs de l'explosion de violence. Nous pouvons la questionner sur sa propre perception du danger afin d'évaluer ensemble :

1. le risque de violence immédiat
2. le danger à court et moyen terme
3. le risque d'homicide

Voici quelques exemples de questions concrètes et précises qui aident à effectuer cette évaluation :

- > Ressentez-vous de l'inquiétude quant à votre sécurité personnelle immédiate ?
- > Avez-vous peur pour votre vie ?
- > Des épisodes de violence se sont-ils déjà produits en dehors du domicile ?
- > Les agressions physiques sont-elles fréquentes ?
- > Est-ce que votre partenaire sait que vous avez demandé de l'aide ?
- > Est-ce que votre partenaire a déjà manifesté de la violence à l'égard de tiers ou des enfants ?
- > Est-ce que votre partenaire a déjà maltraité un animal domestique ?
- > Avez-vous déjà subi des lésions graves ?
- > Subissez-vous également des contraintes sexuelles ou des viols de la part de votre partenaire ?
- > Est-ce que votre partenaire possède des armes (notamment à feu) ?
- > Est-ce que votre partenaire consomme des drogues, notamment celles qui aiguisent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines, etc.) ?
- > Est-ce que votre partenaire menace de vous tuer ou de se suicider ?
- > Des menaces ont-elles été proférées envers vos proches (enfants, famille, ami-e-s) ?
- > Envisagez-vous de vous séparer ou de divorcer dans un avenir proche ?

Le risque de récurrence, de violence grave et finalement d'homicide s'accroît proportionnellement au nombre de réponses positives apportées aux questions ci-dessus.

La personne victime de violence court le maximum de risques d'être tuée lorsque son ou sa partenaire prend conscience de l'imminence ou de la réalité d'une rupture. La période qui précède et qui suit une séparation doit donc faire l'objet d'une attention particulière de la part des professionnel-le-s.

Ce moment est d'autant plus crucial que bien des victimes mobilisent leur énergie pour échapper à la violence et reconstruire leur vie lorsqu'elles réalisent le danger de mort qu'elles encourent ou lorsqu'elles commencent à avoir peur pour leurs enfants.

La personne victime sollicite la police

En cas de crise ou de danger, la victime peut solliciter la police. La loi vaudoise d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique prévoit la possibilité pour la police d'expulser l'auteur-e des violences du domicile commun pendant au maximum 30 jours. Cette expulsion est accompagnée, pour l'auteur-e, de l'obligation de se rendre à au minimum un entretien socio-éducatif. Une audience de validation de l'expulsion est agendée d'office par le tribunal.

La ou le partenaire victime peut également demander à la justice civile d'interdire à l'auteur-e de l'approcher ou d'accéder à un périmètre donné, de fréquenter certains lieux, de prendre contact avec elle, notamment par téléphone ou voie électronique. Il est vivement recommandé de faire appel à un-e avocat-e pour effectuer ces différentes requêtes. ¹

La loi vaudoise d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique (LOVD) prévoit des moyens supplémentaires pour protéger la victime, notamment la prise en charge coordonnée des situations à haut risque. En cas d'expulsion de l'auteur-e du domicile commun, la victime peut obtenir outre le soutien de la LAVI, celui de l'Equipe Mobile d'Urgences Sociales (EMUS) et du Centre d'accueil MalleyPrairie (CMP-prestations Guidance) (*voir chapitre « services d'aide »*).

LES SCÉNARIOS DE PROTECTION

Dans la co-élaboration de scénarios de protection avec la personne victime de violence, il faut garder à l'esprit qu'elle a développé des stratégies pour faire face à la situation. Il s'agit dès lors de mettre à jour ses ressources personnelles en lui demandant, par exemple, si elle peut prévoir l'escalade de la violence et se mettre à l'abri lorsqu'elle pressent le danger. Il s'agit également de valoriser le courage dont elle fait preuve et de lui proposer de l'utiliser pour protéger sa vie et celle de ses enfants. L'aider à élaborer un scénario de protection n'aura pas d'effet miracle mais cela lui permettra de réagir rapidement dès l'apparition des premiers signes de violence. C'est également une manière de l'inviter à réorienter son énergie à son bénéfice.

De manière générale, on peut suggérer à la personne en danger :

- de noter les numéros de téléphone importants (Police, Centre d'accueil MalleyPrairie, Centre LAVI, urgences sanitaires, etc.) et de les placer dans un endroit confidentiel facile d'accès, ou encore de les apprendre par cœur ²
- de prendre rapidement rendez-vous avec un service spécialisé pour qu'elle puisse réfléchir avec des professionnel·le·s expérimenté·e·s à la meilleure manière de se protéger et de protéger ses enfants
- de s'informer des mesures légales dont elle peut bénéficier
- de parler de la situation à son entourage familial, amical, professionnel afin qu'elle soit moins isolée

- d'identifier les personnes de confiance (proches ou professionnel·le·s) qui peuvent l'aider en cas d'urgence
- de convenir d'un mode de communication avec une personne proche (voisin·e, parent·e, ami·e), laquelle pourrait alerter la police en cas d'explosion de violence
- d'informer les enfants sur les conduites à tenir lors d'actes de violence : se réfugier dans le voisinage et demander d'appeler du secours
- d'organiser concrètement son départ (où aller, quand, comment)
- de préparer un sac avec ses effets personnels (et ceux des enfants) qu'elle entreposera dans un lieu sûr (domicile de proches)
- de penser à emporter des habits, de l'argent, un double des clés, des jouets pour les enfants et leurs affaires d'école; ainsi que les documents importants tels que le passeport, carte AVS, certificats de travail, livret de famille³

Pour que la police et la justice interviennent et puissent protéger les victimes, il faut les solliciter !

La personne victime a besoin d'un hébergement d'urgence

Si elle est en danger et qu'elle souhaite quitter le domicile, ne serait-ce que temporairement, la femme victime de violence peut solliciter un hébergement au Centre d'accueil MalleyPrairie pour elle et ses enfants. En cas de pleine occupation de l'institution, une solution alternative sera trouvée dans l'attente qu'une place se libère. A noter que le Centre LAVI peut financer un hébergement d'urgence (foyer, hôtel) pour une durée maximale de 21 jours pour toute victime de violence portant atteinte à son intégrité. La victime peut aussi trouver refuge chez des proches (famille, ami·e·s, collègues).

Par ailleurs, la personne victime peut profiter de son hébergement temporaire pour demander, avec l'aide du Centre LAVI, du Centre d'accueil MalleyPrairie ou d'un·e avocat·e, que le tribunal civil lui octroie les mesures protectrices de l'union conjugale, par le biais desquelles elle peut bénéficier de l'attribution de la jouissance du domicile conjugal.

La personne victime vit déjà séparée

Lorsque la victime continue d'être harcelée ou en danger malgré une séparation, il est important de réfléchir avec elle aux mesures utiles pour renforcer sa protection, comme par exemple installer un système de sécurité plus adéquat, demander à un·e proche de vivre temporairement chez elle ou se faire héberger temporairement par un·e proche, parler ouvertement du danger à son entourage, etc.

Toute personne victime de violence peut demander des mesures civiles de protection ou de séparation et déposer une plainte pénale pour les violences ou menaces dont elle fait l'objet,⁴ aussi souvent que nécessaire.

Se protéger soi-même des risques de violence

Il est normal d'avoir des craintes quant à sa propre sécurité lorsque l'on s'occupe de situations de violence dans le couple. En effet, il arrive que les auteur·e·s de violence menacent ou agressent également les professionnel·le·s.

Evaluez le danger autant pour les personnes victimes de violence que pour vous-même, prévoyez des mesures de protection adaptées et n'hésitez pas à demander à la direction de votre service de déposer plainte en cas de menaces.

- 1 Ces interdictions sont importantes car si elles sont acceptées par la justice, la personne qui enfreint l'interdiction se rend punissable pénalement
- 2 Une carte format « carte de crédit » avec les numéros d'urgence peut être commandée gratuitement auprès du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes – info.befh@vd.ch
- 3 Pour une liste détaillée : www.vd.ch/themes/vie-privee/violence-domestique/documentation/publications_brochure_violence_conjugale_que_faire, pages 36-37
- 4 Voir chapitre « informer »

TÉMOIGNAGE

Pendant tout le temps de l'hébergement au foyer, je vivais comme dans un cocon, à l'abri des dangers. Mais l'idée de me séparer de mon mari juridiquement et de tout perdre, sur tous les plans, y compris matériellement, de laisser tout derrière moi, était terrible, c'était presque comme mourir. Et puis j'ai accepté, j'ai pris ce risque de tout perdre et cette acceptation a entraîné une profonde transformation.

Dorénavant, c'est moi qui suis au centre de ma vie, ce n'est plus lui ! Il a repris sa place et sa taille normales, dans ma périphérie. Je suis responsable de moi-même, je veux sentir mes émotions, je veux me mettre debout et en mouvement, je veux côtoyer des personnes normales et saines, oui finalement, je veux simplement VIVRE !!! La vie me semble tout à coup si SIMPLE, ça me fait rire et pleurer en même temps, c'est nouveau et si pur, il y a toutes les couleurs et odeurs, tout a sa place sans effort et sans force, c'est la PAIX et l'harmonie enfin goûtée!!!

C'est une expérience incroyable et je suis émue par tant de beauté, de simplicité et de liberté. Jamais je n'aurais imaginé que j'arriverais à tout ça. Ce retournement qui s'est produit au moment où j'étais prête à vraiment tout perdre, c'est comme un miracle, comme une force de vie qui a jailli en moi et qui embrasse tout mon être !

Elisabeth, suite et fin du témoignage.

III Mariages forcés

Mariages forcés

Un mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux et épouse (art. 16 al. 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme).

L'office de l'état civil examine si les conditions du mariage sont remplies, notamment s'il n'existe aucun élément permettant de conclure que la demande n'est manifestement pas l'expression de la libre volonté des fiancés (art.99 al.1 ch 3 CC).

QU'EST-CE QU'UN MARIAGE FORCÉ ?

Le mariage forcé constitue une violation des droits humains. On est en présence d'un mariage forcé lorsque la/le futur-e conjoint-e subit des contraintes de la part de son entourage pour accepter l'union prévue. Le mariage est alors contracté sans la libre volonté d'un des deux conjoints au moins, lequel ne peut manifester son refus sans craindre des effets négatifs. La pression familiale et sociale peut se manifester à différents moments, lors du mariage à proprement parler ou, par la suite, pour maintenir l'union conjugale. Dans la majorité des cas, il n'y a pas qu'un-e seul-e auteur-e de violence. Les pressions et la violence sont généralement exercées par les proches. Elles peuvent prendre la forme de contrôle excessif, de menace, de chantage affectif, de violence physique, psychique et sexuelle ou d'autres traitements dégradants.

Sous le terme de « mariage forcé », trois types de situations relevant de la contrainte dans les relations amoureuses et le mariage peuvent être prises en compte :¹

- **type A :** une personne subit des pressions pour accepter un mariage dont elle ne veut pas
- **type B :** une personne subit des pressions pour renoncer à une relation amoureuse de son choix
- **type C :** une personne subit des pressions pour renoncer à demander le divorce ou pour rester marié-e (le mariage peut avoir été conclu volontairement ou non)

UN MARIAGE FORCÉ EST À DISTINGUER D'UN MARIAGE ARRANGÉ

Il n'est pas toujours facile de déterminer la différence entre un mariage forcé et arrangé. Le mariage arrangé se caractérise par le fait que le choix de la/du futur-e conjoint-e est effectué par des tiers, souvent les parents des futurs époux. Il limite le choix du ou de la partenaire à un cercle précis, mais sans violence ou pression exercée pour imposer un-e fiancé-e. L'élément déterminant pour distinguer un mariage forcé d'un mariage arrangé est que, pour ce dernier, la/le futur-e conjoint-e peut manifester son refus face aux propositions sans craindre des effets négatifs.

CAUSES DES MARIAGES FORCÉS

De telles pratiques peuvent s'inscrire dans des relations de solidarité ou de réciprocité, une famille ou un individu voulant respecter une promesse prise par le passé ou s'acquitter d'une dette. Elles peuvent également refléter une volonté de garantir un avenir à l'enfant et de préserver les traditions. Dans ce cadre, la découverte d'un·e petit·e ami·e de nationalité ou de religion différente, d'une relation homosexuelle, l'échec ou la fin d'un cursus scolaire ou un besoin de remettre dans le « droit chemin » (empêcher un comportement non conforme aux traditions pour sauver l'honneur) peuvent être des éléments déclencheurs pour les familles. Par ailleurs, le mariage (qu'il soit arrangé, forcé ou librement consenti) peut servir de stratégie d'immigration dans des pays dont les politiques migratoires sont et deviennent de plus en plus restrictives.²

AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE EN SUISSE

Une estimation pour les années 2009 et 2010³ fait état de 1400 cas de mariages forcés pour ces deux ans. Ce total se divise en 348 situations de contrainte à accepter un mariage, 384 de contrainte à renoncer à une relation et 659 de contrainte à rester marié·e·s. Les victimes ont entre 18 et 25 ans pour les situations de contrainte à se marier ou à renoncer à une relation. Elles sont plus âgées dans les cas de pressions à rester mariées. Plus récemment, entre les années 2015 et 2016, 905 cas ont été signalés. La part des femmes concernées s'élève à 83% et celle des hommes à 17%. Cependant, ces données ne sauraient refléter l'ampleur du phénomène en Suisse, peu de statistiques systématiques et exhaustives étant disponibles. Par ailleurs, étant donné l'élément de contrainte, le nombre de cas non recensés est sans doute élevé⁴.

1 Neubauer, A., & Dahinden, J. (2012). *Mariages forcés en Suisse : causes, formes et ampleur*. Berne : Office fédéral des migrations (ODM)

2 Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (BCI), & Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH). (2014). *Mariage si je veux ! Manuel à l'intention des professionnel·le·s*. Lausanne: BCI et BEFH. Disponible sur commande auprès du BCI et du BEFH

3 Neubauer, A., & Dahinden, J., *ibid*, page 54, référence 1

4 Conseil fédéral. (2017). *Programme fédéral de lutte contre les mariages forcés 2013-2017. Rapport du Conseil fédéral*. Berne : Conseil fédéral

DÉTECTER ET PRÉVENIR DES SITUATIONS DE MARIAGE FORCÉ

Certains éléments peuvent constituer un faisceau d'indices pour reconnaître une personne victime de mariage forcé. Les éléments ci-dessous ne sont pas exhaustifs et dépendent du cadre au sein duquel ils peuvent être observés. Même s'ils peuvent être valables pour d'autres problématiques, ils permettent de recenser des indices pour détecter une situation. Pour plus d'informations, référez-vous à la brochure « Mariage, si je veux ! ». ⁵

- changement de comportement chez la ou le jeune, tel que : baisse des résultats scolaires, absences, demandes de congés prolongés, dépression, anxiété, visites fréquentes à l'infirmier ou chez le médecin
- interruption de la formation, annonce de départ à l'étranger, annulation de l'assurance maladie
- difficultés à raconter certains événements personnels ou liés à la famille, à parler de son orientation scolaire ou professionnelle
- éloignement de la famille d'origine, fugue, isolement social
- peur de l'exclusion du cercle familial, de partir en vacances à l'étranger, de fréquenter sa ou son petit-e ami-e
- signes de violences subies et de contrôle excessif de la part des proches (sorties, habillement, salaire, etc.)
- participation des parents ou de tiers aux formalités du mariage
- difficultés à répondre aux questions, propos confus et relations réduites à l'essentiel (couple sans historique relationnel)
- différence d'âge élevée entre les deux partenaires

Lorsque plusieurs indices sont détectés, des questions indirectes et des discussions peuvent être utiles pour obtenir des informations et mieux saisir la situation. Les thèmes abordés peuvent être liés aux projets d'avenir, à la vie familiale ainsi qu'aux us et coutumes.

- > Comment avez-vous rencontré votre partenaire ?
- > Que pensent vos proches de votre relation ? Que pensent vos proches du mariage ?
- > Osez-vous vous opposer aux idées et choix de vos proches concernant le mariage ?
- > Quels sont vos projets pour la suite de votre parcours professionnel ?
- > Parfois, lorsque des personnes ont des inquiétudes comme les vôtres, on se rend compte qu'elles subissent des pressions de la part de leur entourage. Est-ce votre cas ?
- > Vous êtes-vous déjà senti-e en danger à la maison ?

Dans le cas où le doute subsiste, conservez une trace de vos soupçons dans vos dossiers. La procédure est la même que lors de suspicions de violence dans le couple (*voir chapitre « détecter », page 26*).

OFFRIR UN MESSAGE CLAIR DE SOUTIEN ET INFORMER LA VICTIME

Tout comme pour des situations de violence dans le couple, il importe de prendre au sérieux la contrainte ou la menace exprimée. Les principes d'intervention basés sur la bienveillance et le non jugement permettent à la victime de se confier et de solliciter de l'aide. Il est important d'informer la victime de ses droits et de mentionner que les mariages forcés sont interdits.

- **Sur le plan pénal** (art. 22 CP, art. 181a CP) : obliger une personne à conclure un mariage ou un partenariat enregistré en usant de violence à son égard, en la menaçant d'un dommage sérieux ou en l'entravant de quelque autre manière dans sa liberté d'action est pénalement punissable d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire. La tentative de mariage forcé est également punissable. Commettre l'infraction à l'étranger est punissable en Suisse si l'auteur-e s'y trouve et n'est pas extradé-e.
- **Droit au mariage** (art. 23 al. 2 Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966) : aucun « mariage ne peut être conclu sans le libre et plein consentement des personnes concernées ». Ce consentement porte sur le fait de se marier ou non, ainsi que sur le choix de la personne avec qui on se marie.
- **Célébration et reconnaissance du mariage** (art. 45 LDIP, 94 CC, 99 al. 1 ch. 3 CC, 105 ch. 6 CC) : la célébration du mariage en Suisse est régie par le droit suisse. Elle n'est possible que pour les personnes majeures. Au moment de la demande de mariage, l'office d'état civil examine également s'il existe des éléments permettant de conclure que la volonté de mariage n'est manifestement pas libre. En principe, le mariage avec un-e mineur-e conclu à l'étranger n'est pas reconnu en Suisse.
- **Annulation du mariage** (art. 105 ch. 5 CC, 106 CC, 45a LDIP) : un mariage forcé sera annulé civilement au terme d'une procédure qui peut être intentée par toute personne intéressée. Le mariage forcé conclu à l'étranger peut également être annulé en Suisse à certaines conditions.
- **Droit de séjour** (art. 45a LEtr, 50 al. 1 let b et al. 2 LEtr) : en cas d'indices de mariage forcé, une demande de regroupement familial sera suspendue jusqu'à ce que la question de la validité du mariage soit tranchée par les autorités civiles. L'existence d'un mariage forcé peut constituer une raison personnelle majeure permettant l'octroi ou la prolongation de l'autorisation de séjour de la personne qui en a été victime.

Bien que certain-e-s professionnel-le-s puissent garantir la confidentialité, la victime doit également être au courant de l'éventuel devoir de signalement ou de dénonciation le cas échéant.

- **En général** (art. 43a al. 3bis CC, 106 CC, 45a LEtr) : l'office d'état civil doit dénoncer aux autorités pénales les cas de mariage forcé qu'il constate. La procédure de mariage est bien évidemment suspendue. Les autorités fédérales et cantonales doivent en principe signaler à l'autorité compétente tout cas de mariage forcé dont elles auraient connaissance et qui pourrait les amener à soupçonner un motif de nullité. Ce devoir est toutefois subordonné aux nécessités de leur fonction. Cela signifie, par exemple, que les centres de consultation qui ont besoin d'établir un rapport de confiance avec leurs clients pour pouvoir exercer leur travail ne sont pas tenus de signaler le cas.
- **Pour les mineurs** (art. 32 LVPAE) : toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineur-e-s, a connaissance de la situation d'un-e mineur-e semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineur-e-s. Cette obligation concerne notamment les membres des autorités judiciaires, scolaires et ecclésiastiques, les professionnel-le-s de la santé et les membres du corps enseignant, les intervenant-e-s dans le domaine du sport, les préfet-ète-s, les municipalités, les fonctionnaires de police, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux, les éducatrices et les éducateurs, les psychologues scolaires, les psychomotricien-ne-s et les logopédistes⁶.

TRAITER LA SITUATION ET PROTÉGER LA VICTIME

Il convient de prendre en compte les demandes, les attentes et les besoins, mais aussi l'ambivalence des victimes et leur loyauté envers la famille. Leur dépendance économique ou émotionnelle peut les empêcher d'agir. Notre rôle est de renforcer la capacité de la victime à dire ce qu'elle veut ou pas et de l'orienter afin qu'elle puisse bénéficier de mesures d'accompagnement adéquates. Il est vivement recommandé de faire appel à un service d'interprète communautaire.⁷

Afin de l'orienter vers le service compétent, il est nécessaire de prendre en compte les risques immédiats et les dangers encourus à court et moyen terme. **Il faut distinguer les situations d'urgence** (grave danger, violence, risques d'enlèvement, d'homicide), **des situations qui peuvent être orientées vers un service spécialisé pour un accompagnement.** Il est également nécessaire d'oser questionner pour clarifier les enjeux pour la victime (conséquences sur sa vie en cas de refus, ses attentes, ses ressources et les actions qui peuvent être entreprises pour l'aider).

Ces précisions sont importantes pour évaluer le type de pressions subies et les formes de violences qui pourraient y être liées. Des questions permettent d'obtenir des informations utiles, par exemple :

- > Subissez-vous des pressions et des menaces de la part de vos proches ?
- > Des menaces ont-elles été proférées envers vos proches (enfants, famille, ami-e-s) ? Des conséquences graves sont-elles à craindre ?
- > Vous sentez-vous contrôlé-e (téléphone, sorties, isolement, etc.) ?
- > Les intentions ont-elles été explicitement déclarées (voyage prévu, assurance maladie résiliée, départ annoncé au contrôle des habitants) ?
- > Est-ce que vos proches savent que vous avez demandé de l'aide ?⁸

La victime est dans une situation de grave danger

La police doit être contactée, et pour toute victime mineur-e, le Service de protection de la jeunesse (SPJ) doit être averti.

Pour les femmes majeures, un hébergement d'urgence est possible auprès du Centre d'accueil MalleyPrairie. En cas de manque de place, contactez le Centre LAVI pour trouver une solution d'hébergement pour les femmes, ainsi que pour les hommes victimes.

Mesures de protection de dernier recours en cas de départ contraint imminent à l'étranger en vue du mariage

Certains conseils pratiques peuvent être d'une aide précieuse : faire des photocopies du permis de séjour, du passeport et de la carte d'identité au cas où ceux-ci seraient confisqués, emporter si possible de l'argent liquide et un téléphone à prépaiement, glisser dans le bagage à main un objet interdit en cabine afin de signifier lors d'une éventuelle fouille à l'aéroport qu'elle ou il est en danger, prendre ou mémoriser les coordonnées du Consulat ou de l'Ambassade suisse la plus proche pour un rapatriement en Suisse, ou le numéro de la Helpline du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) pour une protection consulaire (voir chapitre « services d'aide »).

La victime peut être orientée vers des services spécialisés

L'objectif principal est de constituer un réseau autour de la personne concernée et repousser l'éventualité que le mariage puisse être conclu. Des services spécialisés offrent un accompagnement, des conseils juridiques, médicaux, financiers ou psychologiques, etc. Ces structures peuvent également informer la victime des mesures de protection existantes dans le cas où le voyage et la date du mariage sont proches. Une annulation du mariage, une demande de divorce ou une demande de maintien des autorisations de séjour (permis B ou C) peuvent également être mises en place. Voir chapitre « services d'aide ». Les services offrant des prestations pour les situations de mariage forcé sont annotés d'une étoile*.

5 BCI & BEFH. (2014), ibid, page 55, référence 2

6 Le contact avec la famille doit être envisagé avec une grande prudence. Le Service de protection de la jeunesse (SPJ) a mis en place un service de permanence pour les personnes qui font un signalement (voir chapitre « services d'aide »)

7 Voir chapitre « services d'aide » : association Appartenances

8 Ibid, référence 6, référez-vous au service compétent, celui-ci évaluera les risques relatifs à la négociation avec la famille

IV Services d'aide et bibliographie complémentaire

Services d'aide

Les services offrant des prestations pour les situations de mariage forcé sont annotés d'une étoile.*

NUMÉROS D'URGENCE (PERMANENCE 24H/24)

Police secours

Numéro d'urgence 117
www.police.vd.ch
bmm@vd.ch

Urgences médicales

Numéro d'urgence 144

La Main Tendue

Ecoute confidentielle 24h/24,
Tél. 143
www.143.ch

SERVICES SPÉCIALISÉS

Centre d'accueil MalleyPrairie (CMP)*

Aide aux femmes victimes de violence dans le couple ou au sein de la famille, avec ou sans enfants.

Ch. de la Prairie 34, Lausanne
Tél. 021 620 76 76
info@malleyprairie.ch
www.malleyprairie.ch

Permanence téléphonique 24h/24

hébergement et accueil d'urgence 24h/24, 7j/7 à Lausanne

Les femmes trouvent temporairement protection, sécurité, accompagnement psychosocial et soutien dans les démarches administratives et juridiques. Un travail sur la violence et ses conséquences est proposé. Pour les enfants dont la mère travaille, possibilité d'accueil dans une garderie de la Fondation MalleyPrairie. Avec l'accord de la mère et dans l'attente d'une décision judiciaire, possibilité de rencontres père/enfants dans un espace réservé.

Consultations ambulatoires

Entretiens individuels pour les femmes victimes : soutien psychosocial, informations sociales et juridiques, soutien dans les démarches administratives et juridiques, travail sur les effets de la violence et la recherche d'alternatives. Les consultations peuvent avoir lieu :

- sur rendez-vous ou d'urgence à Lausanne
- sur rendez-vous à Bex, Montreux, Vevey, Nyon, Orbe, Payerne et Yverdon-les-Bains (prestation Itinérance).

Consultations ambulatoires Guidance

Pour les personnes victimes de violence dans le couple (hommes ou femmes), avec ou sans enfant, suite à une expulsion de l'auteur-e du domicile commun prononcée par la police. Consultation à domicile, écoute, informations et soutien dans les jours suivant l'expulsion.

Entretiens de couple

A la demande séparée des deux conjoints ou partenaires, possibilité d'entretiens de couple centrés sur la violence : l'objectif n'est ni la séparation ni la réconciliation, mais bien l'arrêt de la violence.

Groupe de soutien à quinzaine, à Lausanne

Ce groupe de soutien, animé par deux professionnelles spécialisées, offre un espace sécurisant aux femmes victimes de violence permettant de partager leur vécu, de prendre conscience de leurs besoins et de ce qui est acceptable ou non pour elles, de découvrir leurs propres ressources, et de (re)trouver confiance en elles. L'anonymat au sein du groupe est assuré.

Toutes les prestations sont gratuites sauf l'hébergement (selon ressources).

Centre de consultation LAVI*

Aide aux victimes d'infractions

Grand-Pont 2bis, Lausanne
Tél. 021 631 03 00

Rue du Molage 36, Aigle
Tél. 021 631 03 04

Rue de la Plaine 2, Yverdon-les-Bains
Tél. 021 631 03 08

Le Centre LAVI accorde à la personne victime d'infraction pénale (violence domestique, viol, mariage forcé, traite, etc.) une reconnaissance légale de son statut de victime. Cette valeur de reconnaissance publique et officielle est particulièrement importante pour la reconstruction identitaire des personnes violentées dans la sphère

privée. Les prestations du centre sont gratuites et confidentielles. Elles comprennent notamment :

- écoute et soutien
- prestations financières à l'intention des personnes reconnues comme victimes au sens de la LAVI (hébergement d'urgence, premières consultations juridiques et/ou psychologiques, changement de serrure, etc.)
- accompagnement dans les démarches juridiques et administratives liées aux infractions (déclaration aux assurances, etc.)
- informations sur la procédure pénale et sur les droits spécifiques des victimes LAVI
- en cas de procédure pénale, accompagnement auprès de la police et/ou de la justice
- orientation vers les services spécialisés

Le Centre LAVI offre une aide aux personnes suisses et migrantes, même sans permis de séjour valable (possibilité de travailler avec des interprètes), quel que soit leur âge.

Centre Prévention de l'Ale (CPAle) Fondation MalleyPrairie

Accueil et consultations pour personnes ayant recours à la violence dans le couple ou la famille

Rue de l'Ale 30, Lausanne
Tél. 021 321 24 00
info@prevention-ale.ch
www.prevention-ale.ch

Le Centre Prévention de l'Ale offre aux personnes adultes, hommes ou femmes, des programmes spécifiques permettant de stopper la violence.

Service de Protection de la jeunesse (SPJ)

Av. de Longemalle 1, Renens
Tél. 021 316 53 53
www.vd.ch/spj

En cas d'extrême urgence un service de piquet est assuré hors des heures d'ouverture par l'intermédiaire de la Police cantonale : Tél. 021 644 44 44

Office régional de protection des mineurs de l'Ouest

Route de l'Hôpital 5, Rolle
Tél. 021 557 53 17

Office régional de protection des mineurs du Nord

Avenue Haldimand 39,
Yverdon-les-Bains
Tél. 024 557 66 00

Office régional de protection des mineurs de l'Est

Grand'Rue 90, Montreux
Tél. 021 557 94 69

Office régional de protection des mineurs du Centre

Avenue des Casernes 2, Lausanne
Tél. 021 316 53 10

Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme (BCI)*

Rue du Valentin 10, Lausanne
Tél. 021 316 49 59
info.integration@vd.ch
www.vd.ch/mariage-si-je-veux

Soutien et orientation des professionnel-le-s en charge d'une situation de mariage forcé, ainsi que des personnes concernées. Diffusion de matériel de prévention et d'information. Organisation de séances de sensibilisation.

Association de soutien aux victimes de traite et d'exploitation (ASTREE)*

Ruelle de Bourg 7, Lausanne
Tél. 021 544 27 97
info@astree.ch
www.astree.ch

Association de soutien aux victimes de traite et d'exploitation (prostitution forcée, exploitation de la force de travail, trafic d'organes, activités illicites forcées). Hébergement et prise en charge des victimes de traite, information et orientation des victimes de mariage forcé.

Centre social protestant (CSP) - Service juridique

Beau-Séjour 28, Lausanne
Tél. 021 560 60 60
www.csp.ch/vd

Consultations juridiques gratuites dans tout le canton. Ecoute, informations, conseils et suivi dans les domaines du droit de la famille, du droit administratif, du droit des assurances sociales et des contrats.

SERVICES MÉDICAUX

Urgences non vitales adultes et enfants

Tél. 0848 133 133

Adultes :

Service des urgences-CHUV et Policlinique médicale universitaire

Rue du Bugnon 44, Lausanne

Enfants :

Hôpital de l'enfance

Ch. de Montétan 16, Lausanne

Urgences gynécologiques et obstétricales

Maternité du CHUV

Av. Pierre-Decker 2, Lausanne

Tél. 021 314 34 10

24h/24 en cas de violences sexuelles ou violences physiques subies en cours de grossesse

Urgences psychiatriques

Tél. 0848 133 133

Centrale téléphonique des médecins de garde du canton de Vaud

Tél. 0848 133 133

Equipe Mobile d'Urgences Sociales (EMUS)

Tél. 0848 133 133

www.urgences-sante.ch

Intervention médico-sociale en urgence 24h/24. Soutien aux victimes et à leurs enfants qui restent au domicile après une expulsion de l'auteur-e prononcée par la police.

Consultation médico-légale

Unité de médecine des violences (CHUV - UMV)

Rue du Bugnon 44, Lausanne

Tél. 021 314 00 60

Hôpital d'Yverdon-les-Bains

Rue d'Entremonts 11,

Yverdon-les-Bains

Tél. 024 424 42 20

Hôpital Riviera-Chablais

Av. de Belmont 25, Montreux

Tél. 021 966 64 77

Tous les jours de 8h à 12h y compris les jours fériés. Prise en charge des victimes de violence (constats de coups et blessures).

Consultation psychiatrique

Centre de consultation Les Boréales-CHUV

Avenue de Recordon 40, Lausanne

Tél. 021 314 66 33

Centre destiné à toute personne (enfant, adolescent-e, adulte, personne âgée) ayant subi ou commis des violences ou des abus sexuels dans le cadre de la famille. La consultation propose différents types de prises en charge, telles que thérapies individuelles, de couple et de famille, guidance et soutien, visites à domicile et groupes de parole.

Les consultations ont lieu uniquement sur rendez-vous.

Les prestations sont couvertes par l'assurance maladie.

SOUTIEN AUX MIGRANT·E·S

Association Appartenances*

Rue des Terreaux 10, Lausanne
Tél. 021 341 12 50

Rue des Communaux 2a, Vevey
Tél. 021 922 45 22

Rue de l'Ancienne-Poste 2,
Yverdon-les-Bains
Tél. 024 425 06 65

Spécialisée dans le champ de la migration, Appartenances a pour mission de favoriser le mieux-être et l'autonomie des personnes migrantes et de faciliter une intégration réciproque avec la société d'accueil.

L'association possède plusieurs secteurs dont l'interprétariat communautaire et la consultation psychothérapeutique pour migrant·e·s (CPM).

L'interprétariat communautaire, dans le cadre de son Service Intermedia, gère un pool d'interprètes communautaires appelé·e·s à intervenir sur demande afin de faciliter la communication entre la personne migrante et les professionnel·le·s.

La CPM propose une aide psychothérapeutique et psychiatrique spécialisée à des personnes présentant une souffrance psychique en lien avec la migration ou un vécu de guerre, de torture ou d'une autre forme de violence collective.

Service d'aide juridique aux exilé·e·s (SAJE)

Rue Enning 4, Lausanne
Tél. 021 351 25 51

Le SAJE offre des informations et une défense individuelle pour le maintien ou l'obtention d'une autorisation de séjour à toute personne ayant un jour déposé une demande d'asile ou souhaitant le faire. Le SAJE travaille avec des interprètes. La consultation est gratuite, tandis que la défense du dossier requiert une participation financière modeste.

Centre social protestant (CSP) - La Fraternité*

Place M.-L. Arlaud 2, Lausanne
Tél. 021 213 03 53

Rue de Lausanne 39, Payerne
Tél. 021 213 03 53

Rue de l'industrie 1, Renens
Tél. 021 213 03 53

Rue de la Tournelle 7-9, Orbe
Tél. 021 213 03 53

Ce service vient en aide aux personnes migrantes dépendant de la loi fédérale sur les étrangers (LEtr) et de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) (prestations complémentaires au SAJE qui aide les personnes soumises à la loi sur l'asile). Il offre notamment des informations et une aide pour toutes les questions liées au permis de séjour et peut ainsi informer les personnes victimes de violence conjugale ou de mariage forcé des conséquences d'une séparation ou

d'un divorce sur leur autorisation de séjour, et les aider dans leurs démarches auprès des autorités.

AIDE FINANCIÈRE

Centres sociaux régionaux (CSR)

Les adresses peuvent être obtenues auprès du Service de prévoyance et d'aide sociales, Tél. 021 316 52 21 ou sur www.vd.ch/violence-domestique

Les CSR, chargés de l'aide sociale, peuvent notamment octroyer une aide financière aux personnes qui ont entamé une démarche de séparation et qui se retrouvent sans ressources suffisantes. Les CSR sont également chargés d'octroyer le revenu d'insertion (RI) aux personnes chômeuses arrivées en fin de droit.

Offices régionaux de placement (ORP)

Les adresses peuvent être obtenues auprès du Service cantonal de l'emploi, Tél. 021 316 61 04 ou sur www.vd.ch/emploi

Les ORP sont chargés d'allouer les indemnités de l'assurance-chômage. Dans l'année qui suit une séparation de corps ou une demande de divorce, la personne qui n'aura préalablement pas cotisé à l'assurance-chômage peut demander des indemnités chômage à condition d'être apte au placement (notamment bénéficiaire d'une solution de garde pour les enfants) et de rechercher activement un emploi.

Bureau de recouvrement et d'avances sur pensions alimentaires (BRAPA)

c/o Service de prévoyance et d'aide sociales
Av. des Casernes 2, Lausanne
Tél. 021 316 52 22

Ce service donne des renseignements sur les droits des bénéficiaires de pensions alimentaires et sur les démarches nécessaires. Il octroie à l'ex-conjoint·e et/ou aux enfants, lorsqu'ils se trouvent dans une situation économique difficile, des avances partielles ou totales sur les pensions alimentaires dues en vertu de décisions judiciaires. Sur la base d'une cession des droits, il procède aux démarches utiles pour récupérer les montants dus auprès des débitrices et débiteurs (poursuites, cessions de salaire, plaintes pénales).

SITES INTERNET

www.violencequefaire.ch

Sur ce site, les victimes et les auteur·e·s de violence peuvent confier anonymement leur situation et poser les questions qui les préoccupent.

Des spécialistes du domaine leur offrent une écoute et des conseils personnalisés en ligne. Une section qui s'adresse spécifiquement aux jeunes propose le même service.

Le site apporte aussi des informations et des conseils utiles pour les proches et les professionnel·le·s qui font face à de telles situations et souhaitent pouvoir y répondre.

www.vd.ch/violence-domestique

Informations pour orienter et offrir une aide aux personnes concernées par la problématique de la violence domestique (incluant une carte réseau).

www.vd.ch/mariage-si-je-veux*

Informations pour orienter et offrir une aide aux personnes concernées par la problématique des mariages forcés.

et écouté·e, puis aiguillé·e directement vers la bonne porte. Le BIF vous renseigne notamment dans les domaines suivants : vie familiale (enfants, loisirs), vie professionnelle (réinsertion, formation, maternité), couple (couples binationaux, PACS, union libre, violence), séparation, divorce, droit du travail (informations juridiques générales), dépendance, assurances. Des permanences sans rendez-vous sont ouvertes à Lausanne.

INFORMATION ET ORIENTATION

Bureau cantonale de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH)*

Rue Caroline 11, Lausanne
Tél. 021 316 61 24
info.befh@vd.ch
www.vd.ch/egalite

Encourage la réalisation de l'égalité entre les sexes dans tous les domaines et s'emploie à éliminer toute forme de discrimination directe ou indirecte.

Orientation en cas de violence domestique et mariage forcé.

Bureau information femmes (BIF)

Av. Eglantine 6, Lausanne
Tél. 021 320 04 04
b.i.f@bluewin.ch
www.bif-vd.ch

Le BIF offre un service gratuit aux femmes et aux hommes, dans le respect de l'anonymat, sans constitution de dossier et dans la plus totale confidentialité. C'est un guichet social où chacun·e peut être accueilli·e

SERVICES NATIONAUX

Service contre les mariages forcés* Centre de compétence fédérale

Helpline gratuite : 0800 800 007
info@mariageforce.ch

Ce service offre des conseils et un accompagnement gratuit et confidentiel aux victimes de mariage forcé pour toute la Suisse. Il offre également des conseils et formations aux professionnel·le·s. Il est également disponible en dehors des heures de bureau via sa helpline.

Helpline Département fédéral des affaires étrangères (DFAE)

Tél. +41800 247 365

Tél. +41 58 465 33 33

helpline@eda.admin.ch

www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/dfae/

[kontaktformular.html](#)

La helpline fait office de guichet unique pour toute question ayant trait aux services consulaires, 365 jours par année-24h/24.

Un formulaire de contact est disponible en ligne.

Fondation suisse du Service Social International (SSI)

Rue Dr. Alfred Vincent 10, Genève 1

Tél. 022 731 67 00

Cet organisme intervient pour des problèmes socio-juridiques au-delà des frontières et s'occupe principalement d'enfants et de couples binationaux, notamment lors d'enlèvements internationaux d'enfants.

Bibliographie complémentaire

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH). (2015). *Violence conjugale, que faire ?* (7^{ème} édition). Lausanne : BEFH.

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG). (2008). *La violence dans les relations de couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse*. Berne : BFEG.

Croix-Bleue Suisse. (2015). *Alcool et Violence domestique. Manuel pour les consultations*. Berne : Croix-Bleue

Daligand, L. (2006). *Violences conjugales en guise d'amour*. Paris : Albin Michel.

Gillioz, L., Gramoni, R., Margairaz, C., & Fry, C. (2003). *Voir et Agir. Responsabilités des professionnel·le·s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*. Genève : Médecine et Hygiène, collection cahiers médico-sociaux.

Gloor, D., & Meier, H. (2013). *Violence dans le couple et alcool : fréquence de l'association des deux problèmes, schémas et settings des centres d'aide : étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique*. Schinznach-Dorf : Social Insight.

Hirigoyen, M.-F. (2005). *Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple*. Paris : Ed. Oh !

Hofner, M.-C., & Viens Python, N. (2002). *Violence et maltraitance envers les adultes. Protocole de dépistage et d'intervention*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Hofner, M.-C., & Viens Python, N. (2014). *Violences domestiques. Prise en charge et prévention*. Lausanne : PPUR, collection le savoir suisse.

Jamieson, Beals, Lalonde & Associates. (1999). *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. Canada : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.

Kuenzli-Monard, F. (2001). Déconstruction des idées reçues sur la violence : une alternative à la violence. *Médecine et hygiène* «*Thérapie familiale*», 22 (4), 397-412.

Larouche, G. (1997). *Agir contre la violence*. Montréal : Ed. La pleine lune.

Sadlier, K. (2010). *L'enfant face à la violence dans le couple*. Paris : Ed. Dunod.

Souffron, K. (2000). *Les violences conjugales*. Toulouse : Ed. Milan.

Tournier, J.-L. (2012). *L'enfant exposé à la violence conjugale*. Bruxelles : De Boeck.

SITES INTERNET

www.admin.ch

Recueil systématique du droit fédéral.

www.ebg.admin.ch

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes: site d'information et de documentation en matière de violence domestique. Une toolbox « violence domestique » donne accès à une base de documents qui mettent l'accent sur la violence dans les relations de couple. Il s'agit entre autres de mémentos, de brochures, de check-lists, d'aide-mémoires, de matériel de cours, de modèles de lettre, et de documentation.

www.vd.ch/violence-domestique

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud : site d'information et de documentation sur la problématique de la violence domestique.

www.vd.ch/mariage-si-je-veux

Bureau cantonal vaudois pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme : site d'information et de documentation sur la problématique des mariages forcés.

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH)

Département du territoire et de l'environnement

Rue Caroline 11 - 1014 Lausanne

T 021 316 61 24

www.vd.ch/egalite - info.befh@vd.ch

Anhang 5

Beispielbroschüre

Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, SPITEX Verband
Kanton Bern & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter
UBA (2016). *Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten*. Bern.

Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten



**Berner Interventionenstelle
gegen Häusliche Gewalt**

STIFTUNG BERNISCHE
OMBUDSSTELLE FÜR ALTERS-,
BETREUUNGS- UND HEIMFRAGEN



Impressum

Herausgeber/innen: Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt
SPITEX Verband Kanton Bern
Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA

Grafik: Petra Balmer

Übersetzung: Übersetzungsdienst des Generalsekretariats der Polizei- und
Militärdirektion des Kantons Bern

Auflage: 2500 deutschsprachige Exemplare
1000 französischsprachige Exemplare

Version: Dezember 2016

Bestelladresse: info.big@pom.be.ch

Download: www.be.ch/big

Inhaltsverzeichnis

Zielgruppe und Ziele der Broschüre	2
Begriffdefinition zu häuslicher Gewalt	2
Formen und Betroffene häuslicher Gewalt	2
Anfangsverdacht auf häusliche Gewalt	4
Vorgehen bei einem erhärteten Verdacht	6
Gewalt seitens der älteren Menschen	7
Wichtige Beratungsstellen im Überblick	8

Zielgruppe und Ziele der Broschüre

Die vorliegende kurze Handlungsanleitung richtet sich insbesondere an Pflegefachpersonen und beschreibt, wie bei einem Verdacht auf häusliche Gewalt/ bei manifestierter häuslicher Gewalt vorgegangen werden soll. Ausführlichere Informationen sind in der Broschüre «Häusliche Gewalt erkennen, dokumentieren und behandeln. Eine praxisbezogene Handlungsanleitung für Fachpersonen des Gesundheitswesens»¹ zu finden.

Begriffsdefinition zu häuslicher Gewalt

Von häuslicher Gewalt wird gesprochen, wenn Personen innerhalb einer bestehenden oder aufgelösten ehelichen, eheähnlichen oder familiären Beziehung psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt ausüben oder androhen². Charakteristisch für häusliche Gewalt ist die emotionale Nähe der Betroffenen. Bei älteren Menschen kann eine Abhängigkeit, die sich aus einer Pflege- und/ oder Betreuungsbedürftigkeit ergibt, dazu kommen.

Formen und Betroffene häuslicher Gewalt

Von häuslicher Gewalt ist etwa jede fünfte ältere Person betroffen, am meisten durch psychische, aber auch durch physische Gewalt.

¹ Broschüre ist zu finden unter www.be.ch/big > Links und Publikationen

² Schwander, Marianne: Interventionsprojekte gegen Häusliche Gewalt. Neue Erkenntnisse – neue Instrumente, in: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 121(2) 2003, S. 195–215

Häufige Formen sind:

- verbale Aggressionen (z.B. Drohen mit Heimeinweisung, Beleidigungen)
- Vernachlässigung (z.B. Nicht-Abgeben von verschriebenen Medikamenten, Vereiteln von Spitexeinsätzen und Besuchen bei der Hausärztin/dem Hausarzt),
- soziale Isolation (z.B. Untersagen von Besuchen, Unterschlagen von Briefen, Einschliessen) sowie
- körperliche Gewalt.³

Eine Ursache von Gewalt gegenüber älteren Menschen kann in einer Überforderungssituation liegen. Meist findet die Gewalt immer wieder statt, einmalige Übergriffe sind selten. Am stärksten gefährdet sind ältere Menschen, die

- pflegebedürftig sind,
- bei der Führung des Haushalts Unterstützung brauchen,
- dement sind,
- mit der betreuenden (gewaltausübenden) Person im selben Haushalt wohnen und sonst isoliert sind und/oder
- schon früher Opfer von Gewalt geworden sind.

Ein erhöhtes Risiko, gegen ältere Menschen gewalttätig zu werden, haben Personen, die

- überfordert sind mit der Betreuung ihrer Angehörigen,⁴
- psychisch krank oder von Suchtmitteln abhängig sind,
- auch ausserhalb der Betreuungssituation gewalttätig sind,
- finanziell abhängig von der zu betreuenden älteren Person sind und im gleichen Haushalt wohnen und/oder
- in einem lange bestehenden, ungelösten Konflikt mit der älteren Person leben.

³ Wettstein, Albert: Medizinische Sichtweise in: Baumeister, B. & Beck, T. (Hrsg.). Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen: Misshandlungssituationen vorbeugen und erkennen – Betreute und Betreuende unterstützen. Bern: Hogrefe 2016

⁴ Es ist z.B. sehr anspruchsvoll, längerfristig alleine eine demenzkranke angehörige Person zu betreuen.

Anfangsverdacht auf häusliche Gewalt

Warnzeichen

Es gibt Warnzeichen, die auf Gewalt gegen ältere Menschen hindeuten, dazu gehören:

- Wegweisen von aufgebotenen helfenden Laien oder Fachpersonen ohne überzeugende Begründung,
- körperliche Verletzungen, wie Hautabschürfungen, Frakturen, Spuren des Gebrauchs von Fixationsmaterial, Verbrennungen, unspezifische Schmerzen,⁵
- Verhalten der Begleitpersonen (z.B. Beantworten der an den Patienten/die Patientin gerichteten Fragen),
- Vernachlässigung (z.B. mangelhafte Ernährung oder Nichtbefolgen der Medikamentenverordnung).⁶

Ansprechen bei einem vagen Verdacht

Bei einem vagen Verdacht auf mögliche häusliche Gewalt haben sich die fünf Fragen des Elder Abuse Suspicion Index⁷ bewährt (EASI-Fragen):

1. Benötigen Sie von anderen Personen Unterstützung für eine der folgenden alltäglichen Verrichtungen: Baden, ankleiden, einkaufen, Rechnungen bezahlen, Mahlzeiten zubereiten?
2. Hat Ihnen jemand je Esswaren, verordnete Medikamente, Ihre Brille, Ihr Hörgerät oder medizinische Pflege vorenthalten oder Sie von Menschen, mit denen Sie sich gerne getroffen hätten, ferngehalten?

⁵ Dabei ist zu beachten, dass ältere Menschen auch Verletzungen von Stürzen oder Anstossen ohne Einwirkung Dritter erleiden können und dass bei Bettlägerigkeit trotz sorgfältiger Pflege, Frakturen von langen Knochen entstehen können.

⁶ Es muss jedoch beachtet werden, dass viele Demenzkranke eine Abneigung gegen Essen und Trinken entwickeln.

⁷ Vgl. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. (2008): Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl.*, 20(3): S. 276–300

3. Haben Sie sich schon geärgert, weil jemand so mit Ihnen geredet hat oder umgegangen ist, dass Sie das beschämt hat oder Sie sich bedroht gefühlt haben?
4. Hat jemand je versucht, Sie zu zwingen, gewisse Papiere zu unterschreiben oder Ihr Geld anders zu gebrauchen, als Sie es wollen?
5. Hat Ihnen schon jemand Angst gemacht, Sie auf eine Art berührt, die Sie nicht wollten, oder Ihnen körperliche Schmerzen zugefügt?

Wichtig ist, die Aussagen (inkl. gestellter Fragen) wortgetreu und mit Datum festzuhalten sowie darauf zu achten, im Gespräch keine Suggestivfragen zu stellen.

Weiteres Vorgehen

Kann der Verdacht auf häusliche Gewalt nicht ausgeräumt werden, sind folgende weitere Massnahmen zu ergreifen:

- Besprechen der Situation mit dem Vorgesetzten/der Vorgesetzten,
- Besprechen des Verdachts mit der aufbietenden Instanz/Person, falls der Betreuungs-/Pflegeauftrag nicht von der potenziell gewaltausübenden Person erteilt worden ist,
- sorgfältiges Planen der weiteren Schritte mit fachlicher Unterstützung,
- frühzeitig eine Gefährdungsmeldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) in Erwägung ziehen, insbesondere bei allein-stehenden Personen mit (Verdacht auf) Demenz.⁸

⁸ Vgl. Formular Gefährdungsmeldung unter www.be.ch/kja > Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde > Erwachsenenschutz > Gefährdungsmeldung

Vorgehen bei einem erhärteten Verdacht

Erhärtet sich der Verdacht, werden folgende Schritte empfohlen:

- Besprechen der Situation mit der betroffenen Person:
Die betroffene Person sollte informiert werden, dass
 - häusliche Gewalt häufig vorkommt,
 - sich die Gewalt ohne Eingreifen oder Errichten von Schutzmassnahmen meist wiederholt,
 - es verschiedene Fachstellen gibt, die Betroffenen Hilfe bieten, und
 - die betroffene Person Hilfe erhalten soll.
- Erarbeiten eines Sicherheits- und Massnahmenplans:
 - Zusammenstellen von hilfreichen Telefonnummern, idealerweise Abspeichern im Telefon,
 - Einleiten von Entlastungsmassnahmen für die gewaltausübenden Betreuungsperson, mindestens durch regelmässige Kontakte mit neutralen Personen (z.B. Hausarzt/Hausärztin, Spitex, SRK-Besuchsdienst), evtl. auch gegen den anfänglichen Widerstand der Betreuungsperson.
- Besprechen der Situation mit der gewaltausübenden Person mit dem Ziel, Entlastungsmassnahmen zur Verhinderung weiterer Gewalt in die Wege zu leiten.

Wenn die betroffene, hilfsbedürftige, ältere Person nicht motiviert werden kann, den notwendigen Massnahmen zuzustimmen, muss überprüft werden, ob sie diesbezüglich überhaupt urteilsfähig ist⁹. Falls nicht, muss die Pflegefachperson in Erwägung ziehen, eine Gefährdungsmeldung bei der zuständigen KESB einzureichen. Eine Meldung an die Polizei ist vor allem bei schwerwiegender körperlicher Misshandlung und im Falle einer akuten Gefährdung angezeigt. In den meisten Fällen genügt jedoch eine, unter Umständen als dringlich bezeichnete Meldung an die KESB. Es muss im Einzelfall geprüft werden, ob sich die Pflegefachperson dafür beim Kantonsarztamt von ihrer beruflichen Schweigepflicht entbinden lassen muss.¹⁰

Gewalt seitens der älteren Menschen

In der Pflege – nicht nur von älteren Menschen – kann es auch zu Gewalt von Seiten der pflegebedürftigen Menschen kommen. Für pflegende Angehörige sind solche Situationen besonders schwierig, da ihnen häufig Wissen und Handlungskompetenzen fehlen, um deeskalierend zu reagieren und um damit für die grösstmögliche Sicherheit aller Beteiligten zu sorgen. Eine ausgewogene Mischung zwischen Pflege durch Laien (insb. Angehörige) und professioneller Pflege sowie Beratungen und Kurse für betreuende Angehörige sind gerade bei schwierigen Betreuungsverhältnissen essentiell.

⁹ Eine Person ist urteilsfähig, wenn sie konkrete Umstände erkennen, diese in einem Zusammenhang einordnen und gestützt darauf handeln kann, vgl. Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907, SR 210.

¹⁰ Vertiefere Ausführungen zur beruflichen Schweigepflicht ergeben sich aus dem Leitfaden Schweigepflicht von Gesundheitsfachpersonen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vom März 2016 (www.gef.be.ch > Kantonsarztamt > Rechtliche Grundlagen)

Wichtige Beratungsstellen im Überblick

Im Folgenden sind einige ausgewählte Anlaufstellen zusammengestellt. Weitere Adressen können der gelben Notfallkarte (in 17 Sprachen erhältlich) der Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt entnommen werden:

Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA

Beratung bei Gewalt gegen ältere Menschen für Betroffene und ihr Umfeld sowie für Fachpersonen,
www.uba.ch, Telefon 058 450 60 60

Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen

Juristische Beratung, Vermittlung und Vernetzung bei Konflikten im Bereich der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege und Betreuung im Alters-, Behinderten- und Heimbereich
www.ombudsstellebern.ch, Telefon 031 372 27 27

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden

Beratung von Fachpersonen bezüglich Umgang mit Anzeichen auf mögliche Gefährdungen von hilfs- oder schutzbedürftigen Erwachsenen und Kindern gestützt auf anonyme Fallschilderungen, Durchführen von Abklärungen nach Gefährdungsmeldungen und gegebenenfalls Anordnung geeigneter Massnahmen,
www.be.ch/kesb

Kantonsarztamt

Entbindung von der Schweigepflicht, Beantwortung von rechtlichen Fragen,
www.be.ch/kaza, Telefon 031 633 79 31

Opferhilfe-Institutionen des Kantons Bern

Beratung auch für Fachpersonen bzgl. Massnahmen zugunsten von Opfern; Medizinische, psychologische, soziale, materielle und juristische Hilfe an Opfer von Straftaten gegen die körperliche, psychische und/oder sexuelle Integrität,
www.gef.be.ch > Soziales > Opferhilfe

Schweizerisches Rotes Kreuz SRK

- Informationen zu den regionalen Angeboten für Betagte, u.a. Besuchs-, Begleit- und Betreuungsdienste
www.srk-bern.ch > Regionen > Hilfe > für Ältere
- Zusammenstellung nützlicher Informationen und Angebote für pflegende Angehörige der nationalen Geschäftsstelle SRK:
www.pflege-entlastung.ch

Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt

Allgemeine Informationen zu häuslicher Gewalt, Weiterbildungen, Fallberatung und Triage für Fachpersonen; Informationen zur Täterarbeit,
www.be.ch/big, Telefon 031 633 50 33

Anhang 6

Beispiel Dokumentationsbogen

Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern (o. J.).

Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern. Bern.

Dokumentationsbogen bei Gewaltopfern

Füllen Sie den Dokumentationsbogen nach gewalttätigen Übergriffen immer so vollständig wie möglich aus und informieren Sie den Patienten/die Patientin, dass dieser nur in Absprache mit ihm / ihr weitergegeben wird.

Patienten/Patientinnen nach einem sexuellen Übergriff werden durch die Kollegen des Zentrums für sexuelle Gesundheit der Frauenklinik untersucht und betreut. Im Rahmen dieser Untersuchung, zusammen mit dem Institut für Rechtsmedizin, erfolgt auch die restliche forensische Dokumentation.

1. Angaben zum Setting der Untersuchung

Datum der Untersuchung: _____

Uhrzeit der Untersuchung: _____ von: _____ bis: _____

Vor- und Nachname des Patienten / der Patientin: _____

Geburtsdatum des Patienten / der Patientin: _____

Bei der Untersuchung anwesende Personen inkl Rolle: _____

Sprache der Untersuchung:

Deutsch Französisch Englisch andere Sprache, nämlich: _____

Ohne Übersetzung mit Übersetzung

Ergänzungen:

2. Angaben zum Ereignis

Datum und Uhrzeit des Gewaltereignis: _____

Ort des Ereignis: _____

Dauer des Ereignis: _____

Beschreibung des Gewaltereignisses in den Worten des Patienten / der Patientin

Kam es zu einer Polizeiintervention im Rahmen **dieses** Gewaltereignisses?

- Ja Nein

Zu welchen Gewaltformen kam es:

- Physische Gewalt (schlagen / treten /stossen / beissen / würgen /.....)
- Sexuelle Gewalt (zu sexuellen Handlungen zwingen / gegen Willen anfassen / küssen /
- Psychische Gewalt (beschimpfung / Bloßstellen / diffamieren / im Internet bedrängen, drohen / Kinder als Druckmittel benutzen / bevormunden / erniedrigen /....)
- Ökonomische Gewalt (Geld entziehen / verbieten zu arbeiten / Zugang zu Konto verwehren / ..)
- Soziale Gewalt (Kontakte verbieten / sozial isolieren / überwachen / einsperren / verfolgen / belästigen /)

Stand die gewaltausübende Person zum Zeitpunkt des Übergriffes vermutlich unter Alkohol - und / oder Medikamenteneinfluss?

- Nein Ja, nämlich _____

Wurden Gegenstände oder Waffen beim Gewaltereignis benutzt?

- Nein Ja, nämlich _____

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals statt (Würgen / Drosseln)?

- Nein Ja
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Aura / Wahrnehmungsstörungen: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bewusstlosigkeit: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindel: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Urin-/ Stuhlabgang: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen im Halsbereich: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Heiserkeit: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Gab es Sachbeschädigungen und / oder wurden Tiere misshandelt?

- Nein Ja, nämlich _____

Kam es zu speziellen Drohungen?

Nein

Ja, nämlich _____

Waren Kinder mitbetroffen (miterleben der Gewalt im Nebenzimmer, wahrnehmen der Folgen, gleichzeitige Misshandlung....)

Nein

Ja, Namen /Jahrgang der Kinder sowie Art der Betroffenheit

Kam es bereits zu früheren Gewaltereignissen?

Nein

Ja

Wenn ja, wo wurden Sie behandelt und welche medizinischen Massnahmen wurden vorgenommen?

3. Körperliche Untersuchung

Die Verletzungen sollten wenn möglich mittels Fotos dokumentiert werden. Folgende Grundsätze sollten dabei beachtet werden:

- Zuerst einen grösseren Bildausschnitt mit der Verletzung erstellen, dann eine Detailaufnahme anfertigen.
- Abbild immer mit Massstab machen.
- Auf blendende respektive farbverfälschende Effekte von Blitzlicht respektive Kunstlicht achten.
- Immer auf möglichst hohe Bildqualität achten und diese sofort (in Anwesenheit des Patienten / der Patientin) kontrollieren.

Wurde eine Fotodokumentation sämtlicher unten festgehaltener Verletzungen erstellt?

Nein

Ja, Ablageort _____

Kopf

Kopfhaut

intakt

verletzt

Foto Nr: _____

Gesichtshaut

Art der Verletzung

intakt

verletzt

offene Wunde

Hautabschürfung

Hautunterblutung

Punktblutung

andere, nämlich _____

Foto Nr: _____

Augen

Art der Verletzung

intakt

verletzt

Hautunterblutung

gerötete Augen

geschwollene Augen

Punktblutung

andere, nämlich _____

Foto Nr: _____

Mundhöhle/ Lippen/ Zähne
Art der Verletzung

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> Schleimhautverletzung | <input type="checkbox"/> Schwellung |
| <input type="checkbox"/> Zungenbiss | <input type="checkbox"/> Punktblutung |
| <input type="checkbox"/> Zahnschaden (wo) _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Ohren
Art der Verletzung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> Gehör geschädigt | <input type="checkbox"/> Ohrläppchen gerissen |
| <input type="checkbox"/> Hautunterblutung hinter Ohr | <input type="checkbox"/> Trommelfell intakt |
| <input type="checkbox"/> Punktblutung | |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Nase
Art der Verletzung

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> gebrochen |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Hals
Art der Verletzung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> Strangulationsmarke | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Stridor |
| <input type="checkbox"/> offene Hautverletzung | <input type="checkbox"/> Hautabschürfung |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Oberkörper
Art der Verletzung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> offene Hautverletzungen | <input type="checkbox"/> Hautabschürfungen |
| <input type="checkbox"/> Hautunterblutungen | <input type="checkbox"/> Rippenquetschungen |
| <input type="checkbox"/> Rippenbrüche | <input type="checkbox"/> Punktblutungen |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Arme / Finger
Art der Verletzung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> offene Hautverletzung | <input type="checkbox"/> Hautabschürfung |
| <input type="checkbox"/> Hautunterblutung | <input type="checkbox"/> Verstauchung |
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung Gelenksfunktion | <input type="checkbox"/> Brüche |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

Gesäss / Beine / Zehe
Art der Verletzung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> verletzt |
| <input type="checkbox"/> offene Hautverletzung | <input type="checkbox"/> Hautabschürfung |
| <input type="checkbox"/> Hautunterblutung | <input type="checkbox"/> Verstauchung |
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung Gelenksfunktion | <input type="checkbox"/> Brüche |
| <input type="checkbox"/> andere, nämlich _____ | |
- Foto Nr: _____

**Weitere körperliche und
Eventuell psychische
Symptome**

- Haben Sie weitere Symptome festgestellt, die allenfalls im Zusammenhang zur erlebten Gewalt stehen?
- nein ja

Wenn ja, welche Symptome (Stichwörter und eventuell Hinweis auf eine ausführlichere Beschreibung in der Krankenakte)

Spezialuntersuchung

Labor

Nein

Ja, folgendes Resultat _____

Röntgen

Nein

Ja, folgendes Resultat _____

CT/ MRI

Nein

Ja, folgendes Resultat _____

Sono

Nein

Ja, folgendes Resultat _____

Weitere involvierte Ärztinnen / Ärzte / Spitäler:

4. Weiterführende Massnahmen

Ist die Sicherheit des Patienten / der Patientin angesprochen worden?

Nein ja

Ist die Sicherheit allfälliger Kinder im Haushalt angesprochen worden?

Nein ja

Sind Massnahmen bezüglich der Sicherheit des Patienten / der Patientin nötig?

Nein ja, nämlich

Wurde dem Patienten / der Patientin ein Gespräch mit einer Beratungsstelle empfohlen?

Nein ja, nämlich

Folgetermin

nein ja, Datum _____

Überweisung

nein ja, wohin

AUF ausgestellt nein ja, von _____ bis _____ zu _____ %

Notfallkarte abgegeben nein ja

Bemerkungen: