



Häusliche Gewalt im Gesundheitswesen

Unterstützung für Fachkräfte

MAS-Thesis von Céline Wipf

Eingereicht bei Prof. Dr. Günther Wüsten

MAS Psychosoziale Beratung

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit

Olten, im Mai 2025

Abb. 1: Bildnachweis Titelseite: Adobe Stock, Lizenznummer: 464353665 (in: StockPhotoPro 2025: o.S.)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all den Menschen bedanken, die mich während meiner MAS-Thesis und meines gesamten Studiums unterstützt, begleitet und ermutigt haben.

Mein besonderer Dank gilt der Studienleitung, Prof. Dr. Günther Wüsten, für seine wertvollen Impulse, das konstruktive Feedback und die fachliche Begleitung. Ebenso danke ich meinen Mitstudierenden für den inspirierenden Austausch und die gemeinsamen Momente.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Familie, Freunde und meinen Partner für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre motivierende Unterstützung.

Ein grosses Dankeschön geht auch an meinen Vater Roger Wipf, meine Arbeitskollegin Sabine Merz, meine Studienkollegin Viktoria Oser und meinen Partner Christian Brügger für das sorgfältige Prüfen und Gegenlesen dieser Arbeit.

Mein Dank gilt ebenso meinem Arbeitgeber, dem Kantonsspital und allen Fachpersonen, die mitgewirkt haben. Ihre Einblicke aus der Praxis im Umgang mit häuslicher Gewalt haben diese Arbeit wesentlich bereichert.

Diese Thesis ist für mich mehr als ein akademischer Abschluss – sie steht für eine bedeutende fachliche und persönliche Weiterentwicklung und ist das Resultat gemeinsamer Erfahrungen und vielfältiger Unterstützung – dafür bin ich sehr dankbar.

Abstract

Häusliche Gewalt ist weit verbreitet, jedoch oft tabuisiert – auch im Gesundheitswesen. Fachkräfte stehen vor Herausforderungen, da der Umgang mit Gewaltopfern Sensibilität und Professionalität erfordert, aber oft von Unsicherheit geprägt ist. Ein strukturiertes Konzept zur Unterstützung des Gesundheitspersonals ist notwendig.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit zielt darauf ab, wie Fachkräfte im Gesundheitswesen auf den Umgang mit häuslicher Gewalt vorbereitet werden können.

Basierend auf Literaturrecherchen, theoretischen Ansätzen zu häuslicher Gewalt und fachspezifischen Studien werden institutionelle Rahmenbedingungen und bestehende Praxismodelle analysiert. Abschliessend wird eine Empfehlung zur Entwicklung eines Handlungskonzepts entworfen und konkrete Erkenntnisse für die psychosoziale Beratungspraxis abgeleitet.

Die Untersuchung zeigt, dass häusliche Gewalt oft nicht erkannt oder angesprochen wird. Es fehlen Fachwissen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und klare Zuständigkeiten. Ein Konzept mit Schulungsangeboten, einer Checkliste für Akutsituationen und interdisziplinären Ansprechpersonen kann die Betreuung von Betroffenen verbessern.

Trotz gesellschaftlichen Fortschritten besteht weiterhin Optimierungsbedarf bei der Sensibilisierung der Bevölkerung, der Prävention und der Verbesserung von Hilfsangeboten.

Schlüsselbegriffe: Häusliche Gewalt, Gesundheitswesen, Fachkräfte, Sensibilisierung, psychosoziale Beratung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Problemstellung.....	1
1.2	Persönliche Motivation	1
1.3	Zielsetzung, Themeneingrenzung und Fragestellung	2
1.4	Methodisches Vorgehen.....	4
2	Häusliche Gewalt	5
2.1	Grundlagen	5
2.1.1	Definition	5
2.1.2	Gewaltformen.....	7
2.1.3	Prävalenz	8
2.1.4	Ursachen und Risikofaktoren	10
2.1.5	Rechtliche Rahmenbedingungen	11
2.2	Besonders betroffene Gruppen	14
2.2.1	Männer als Opfer	14
2.2.2	Kinder und Jugendliche	15
2.2.3	Personen im Migrationskontext	17
2.3	Auswirkungen auf die Gesundheit	20
2.3.1	Traumatisierung	20
2.3.2	Resilienz	23
3	Konzeptentwicklung	25
3.1	Start-Phase	26
3.1.1	Projektidee	26
3.1.2	Projektleitung	26
3.2	Hauptstudie.....	27
3.2.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	27
3.2.2	Gegenüberstellung zweier Praxismodelle.....	30
3.2.3	Bedarfsanalyse und Zieldefinition	34
3.2.4	Klärung der Ressourcen.....	35
3.2.5	Rollen und Zuständigkeiten	35
3.3	Detailplanung	35
3.3.1	Theoretische Grundlagen	35
3.3.2	Grundprinzipien	35
3.3.3	Weiterbildung für Mitarbeitende	36
3.3.4	Checkliste für Akutsituationen	36
3.3.5	Routinemässiges Screening.....	37
3.3.6	Prävention.....	37
3.3.7	Externe Vernetzung	39
3.3.8	Forensic Nurse	41
3.4	Realisierung und Einführung	41
3.5	Projektabschluss.....	42
4	Umsetzungsaspekte für die Beratung.....	43
4.1	Theorien der Beratung.....	43
4.1.1	Wirkungsfaktoren der psychosozialen Beratung	43
4.1.2	Traumasppezifische Beratung.....	44

4.1.3 Resilienzfördernde Beratung	45
4.2 Grundprinzipien	46
4.3 Methoden in der Beratung	49
4.3.1 Systemische Fragen	49
4.3.2 Motivierende Gesprächsführung	50
4.3.3 Ressourcenorientierte Interviews	52
5 Schlussbetrachtungen	53
5.1 Beantwortung der Fragestellung	53
5.2 Schlussfolgerung für die Berufspraxis	54
5.3 Diskussion	55
5.4 Reflexion des Erarbeitungsprozesses	56
6 Verzeichnisse	58
6.1 Literatur- und Quellenverzeichnis	58
6.2 Hilfsmittelverzeichnis	63
7 HSA FHNW Eigenständigkeitserklärung für Leistungsnachweise	68

Abkürzungsverzeichnis

DAO	Dachorganisation der Frauenhäuser Schweiz und Lichtenstein
DGS	Departement für Gesundheit und Soziales
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
FACE	Facing Adverse Childhood Experiences
HPA-Achse	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis / Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision / Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KS	Kantonsspital
MAS	Master of Advanced Studies
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SKHG	Schweizerische Konferenz gegen Häusliche Gewalt
SKP	Schweizerische Kriminalprävention
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
ZGB	Zivilgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bildnachweis Titelseite: Adobe Stock, Lizenznummer: 464353665 (in: StockPhotoPro 2025: o.S.).....	I
Abb. 2: Gewaltspirale (in: Association Violence que faire 2025: o.S.).....	6
Abb. 3: Häusliche Gewalt: Entwicklung der polizeilich registrierten Straftaten (in: Bundesamt für Statistik 2025: o.S.).....	8
Abb. 4: Verteilung der Betroffenen nach Altersgruppe (eigene Darstellung in Anlehnung an: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2024: 4f)	9
Abb. 5: Registrierte Straftaten im Bereich häusliche Gewalt (eigene Darstellung in Anlehnung an: Bundesamt für Statistik 2024b: 38)	10
Abb. 6: Ökosystemisches Modell zur Erklärung von Gewalt (in: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020b: 3, in Anlehnung an: Egger/Schär Moser 2008: 11, WHO 2002: 13).....	11
Abb. 7: Geschädigte häuslicher Gewalt nach Staatszugehörigkeit und Aufenthaltsstatus, 2011 (in: Zoder 2012: 20)	17
Abb. 8: Nationalitäten der in Frauenhäuser aufgenommenen Personen 2023 (in: Dachorganisation der Frauenhäuser Schweiz und Liechtenstein (DAO) 2023: 13)....	18
Abb. 9: Weibliche Geschädigte in der Partnerschaft: Belastungsraten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2011 (in: Zoder 2012: 22)	18
Abb. 10: Projektphasen (eigene Darstellung in Anlehnung an: Gächter 2015: 62).....	25
Abb. 11: Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell (in: Universität Augsburg 2025: o.S, modifiziert nach Engel:1977)	29
Abb. 12: Rahmenmodell psychosozialer Beratung (in: Wälte 2021b: 47)	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anlauf- und Beratungsstellen des Kantons Aargau (eigene Darstellung) 40

Tabelle 2: Entscheidungswaage (eigene Darstellung in Anlehnung an: Miller/Rollnick 2009:
279) 51

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Der Fokus dieser MAS-Thesis liegt auf der Entwicklung einer Empfehlung zur Erarbeitung eines Handlungskonzepts. Dieses Konzept soll künftig Fachpersonen im Akutspital im Umgang mit Patientinnen und Patienten unterstützen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind oder bei denen ein entsprechender Verdacht besteht.

Die zugrundeliegende Idee entstand im Kontext des Aufbaus eines psychosozialen Beratungsangebots auf den Abteilungen Pädiatrie, Neonatologie und Geburtshilfe im Kantonsspital (KS) im Frühjahr 2024. Denn immer komplexer erscheinende Fallsituationen sorgten für einen Bedarfsanstieg an professioneller psychosozialer Mitbetreuung. Die Zuständigkeit für den Aufbauprozess wurde dem Care Management übertragen, da die im Team eingebundene Soziale Arbeit über die hierfür erforderliche fachliche Expertise verfügt. Beim Beratungsangebot liegt der Schwerpunkt auf der ganzheitlichen Unterstützung der Klientel, die von psychosozialen Mehrfachbelastungen betroffen sind. Dabei wird eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung angestrebt, indem nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch psychologische, soziale und emotionale Dimensionen beleuchtet werden.

Im Zusammenhang mit gewaltgeprägten Fallsituationen wurde beobachtet, dass beim Gesundheitspersonal Unsicherheiten betreffend Vorgehen und Ablauf bestehen. Die Zuständigkeiten zwischen internen Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, sowie die Kooperation mit externen Fachstellen wie dem Familiengericht oder der Polizei waren unklar und führten zur Handlungsunfähigkeit.

Basierend auf dieser Ausgangssituation wurde mit internen Recherchen begonnen. Es wurden Gespräche mit der Rechtsabteilung, der Pflegedienstleitung, Hebammenexperten sowie dem ärztlichen Dienst bezüglich betriebsinterner Richtlinien zum Sachverhalt geführt. Aufgrund von Aussagen von benannten Fachpersonen und eigenen Praxiserfahrungen entstand die Hypothese, dass häusliche Gewalt auch in einem Krankenhaus tabuisiert oder bagatellisiert wird. Zudem wurde deutlich, dass bislang keine internen Richtlinien vorliegen, wie in solchen Situationen angemessen zu reagieren ist. Rückmeldungen aus verschiedenen Fachgruppen verdeutlichen einen hohen Bedarf an Orientierung und erhöhter Handlungssicherheit.

1.2 Persönliche Motivation

Das Interesse an diesem Thema hängt tief mit meiner beruflichen Erfahrung und meinem persönlichen Engagement zusammen. Seit ich diese neue berufliche Herausforderung als Sozialarbeiterin auf der Frauen- und Kinderklinik im Kantonsspital im März 2024 angenommen

habe, beobachtete ich, dass häusliche Gewalt ein multifaktorielles Spannungsfeld darstellt. Erwartungen an Geschlechterrollen beeinflussen sowohl das Auftreten als auch den Umgang mit häuslicher Gewalt erheblich. Insbesondere im Migrationskontext zeigen sich kulturell bedingte Unterschiede. Dies hat mein Verständnis für die Betroffenen und meine Empathie ihnen gegenüber deutlich vertieft. Ausserdem erscheint es mir unerklärlich, dass in einer kantonalen medizinischen Institution keine betriebsinternen Richtlinien zum Handlungsablauf bei häuslicher Gewalt bestehen, während es beispielsweise für überschaubare pflegerische Kurzinterventionen schriftlich festgelegte Prozesse gibt. Dieser Thematik möchte ich auf den Grund gehen. Es ist mir ein Anliegen, dem Gesundheitspersonal Wissen zu vermitteln, um einen sensibleren und selbstbewussteren Umgang mit Betroffenen zu fördern. Gleichzeitig soll die interne und externe Zusammenarbeit in diesem Bereich optimiert werden. Mein Hauptinteresse liegt darin, Patientinnen und Patienten, die von häuslicher Gewalt betroffen sind und das Kantonsspital aufsuchen, eine sichere und wertschätzende Umgebung zu bieten, in der gemeinsam mit ihnen eine angemessene Lösung erarbeitet werden kann.

1.3 Zielsetzung, Themeneingrenzung und Fragestellung

In erster Linie besteht das Ziel der MAS-Thesis darin, die eigene Fach- und Methodenkompetenz zu erweitern und sie in der Praxis der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen anzuwenden. Durch das neu erworbene, fundierte Wissen sollen im Berufsalltag Interventionen und Massnahmen wissenschaftlich begründet werden können. Für die Praxis relevante und aktuelle Erkenntnisse werden im Team des Care Managements, als auch im interdisziplinären Team des Kantonsspitals eingebracht und tragen zur Professionalisierung sowie zur Optimierung von Abläufen und Prozessen bei.

Ziele auf Ebene der Betroffenen

- Bieten eines sicheren Umfelds
- Bieten eines niederschweligen, individuellen Unterstützungsangebots
- Aufbau eines Beratungssettings, das die persönliche Entwicklung begünstigt
- Förderung von eigenen Ressourcen und der Selbstbestimmung
- Treffen gezielter und geeigneter Unterstützungsmassnahmen
- Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung
- Verhinderung von Schwangerschaftsrisiken und dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktionen
- Vorbeugen von chronischen psychischen und physischen Erkrankungen

Ziele auf Ebene des Fachpersonal

- Professionalisierung durch die Schaffung klarer Abläufe und transparenter Strukturen sowie durch die Definition zuständiger Ansprechpersonen und einheitlicher Handlungsanweisungen
- Weiterbildung und Wissensvermittlung
- Vermittlung von Sicherheit und Selbstbewusstsein im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt
- Sensibilisierung und Stärkung der Wahrnehmung
- Erarbeiten von Empfehlungen für die Gesprächsführung
- Förderung der externen und interdisziplinären Zusammenarbeit
- Förderung von Erfahrung und Routine im Umgang mit dem Thema häusliche Gewalt

Aus den oben genannten Überlegungen leitet sich folgende Fragestellung ab:

Wie kann das Gesundheitspersonal dabei unterstützt werden, Betroffene von häuslicher Gewalt effektiv zu betreuen?

Eingrenzende Subfragen

- Welche Formen häuslicher Gewalt sind bekannt?
- Welche Rolle spielt der Migrationshintergrund bei häuslicher Gewalt?
- Wie wirken sich Rollenbilder auf häusliche Gewalt aus?
- Inwiefern sind Kinder von häuslicher Gewalt betroffen?
- Was sind die rechtlichen Grundlagen bei häuslicher Gewalt?
- Inwiefern beeinflussen Traumaverarbeitung und Resilienz das Erleben der Betroffenen?
- Welche Strategien und Ressourcen könnten dem Gesundheitspersonal mehr Sicherheit im Umgang mit Betroffenen geben?
- Worauf ist bei der Gesprächsführung mit Betroffenen häuslicher Gewalt besonders zu achten?
- Was ist bei der interdisziplinären Kooperation des Gesundheitspersonals beim Thema häuslicher Gewalt speziell relevant?
- Welche Faktoren müssen bei der Entwicklung und Anwendung eines Konzepts im Akutspital berücksichtigt werden? Aus der Sicht der Medizin und der Sozialen Arbeit?
- Welche externen Fachstellen und Organisationen sollten beim Entwicklungsprozess eines Konzepts zum Thema häusliche Gewalt im Akutspital involviert werden?
- Wie kann Prävention in Bezug auf häusliche Gewalt im Akutspital umgesetzt werden?

1.4 Methodisches Vorgehen

Die MAS-Thesis ist eine wissenschaftlich fundierte, konzeptionelle Arbeit, welche theoriegeleitet ein Praxisthema erörtert und sich im Rahmen der Thematik des Master of Advanced Studies (MAS) psychosoziale Beratung bewegt. Für das Ergebnis werden Literatur und Theorien zum Thema häusliche Gewalt recherchiert und Studien sowie Modelle verglichen und reflektiert. Abschliessend wird eine Empfehlung für ein Handlungskonzept entwickelt und Schlüsse für die psychosoziale Beratungspraxis gezogen.

Der Erarbeitungsprozess setzt sich aus der Entwicklung einer Fragestellung und einer Projektskizze zusammen. Darauf aufbauend wird ein Konzept und schlussendlich die Thesis selbst erarbeitet. Zitiert wird nach dem Zitierleitfaden der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. Begleitet und bewertet wird die Arbeit vom Leiter des MAS-Studiengangs "Psychosoziale Beratung".

Im Anschluss an die Einleitung werden im zweiten Kapitel zentrale Begriffe rund um häusliche Gewalt definiert und deren unterschiedliche Formen erläutert. Die Prävalenz dieser Problematik in der Schweiz wird durch statistische Daten veranschaulicht. Das Kapitel zu den rechtlichen Grundlagen wurde von der Abteilung Legal & Compliance des Kantonsspital überprüft. Folglich wird der Einfluss von häuslicher Gewalt auf die Gesundheit anhand von Theorien zu Resilienz und Traumatisierung untersucht. Im Weiteren wird auf die aktuelle Situation und den Entwicklungsbedarf im Kantonsspital zum Umgang mit häuslicher Gewalt eingegangen. In diesem Kontext werden zwei bereits bestehende Praxismodelle zum Thema verglichen und daraus resultierend wird der Entwicklungsprozess eines an die Strukturen des Kantonsspitals angepassten Handlungskonzept für das Gesundheitspersonal beschrieben. Demzufolge werden in Kapitel 4 Schlussfolgerungen für die Beratungspraxis gezogen. Abschliessend folgt eine Evaluation mit kritischem Blick auf das Ergebnis sowie ein Ausblick und Empfehlungen für die Berufspraxis.

2 Häusliche Gewalt

Mehr als 21'000 Straftaten im Bereich häuslicher Gewalt wurden im Jahr 2024 von der Polizei erfasst (Bundesamt für Statistik 2025: o.S.). Die Dunkelziffer nicht registrierter Fälle ist hierbei nicht enthalten. Schätzungen gehen davon aus, dass das tatsächliche Ausmass etwa fünfmal höher liegt (Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 12). Zudem verursacht häusliche Gewalt jedes Jahr Kosten von über 250 Millionen Schweizer Franken (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 2).

Früher wurde aufgrund der gesellschaftlichen Normen physische Gewalt als ein Mittel der Disziplinierung toleriert. Insbesondere die Gewaltausübung durch Männer wurde akzeptiert, da ihnen als Familienoberhaupt Autorität zugeschrieben wurde und Sanktionierung zu ihren Aufgaben zählte. Dieses Verständnis hat sich in der Zwischenzeit erfreulicherweise verändert (Büttner 2020: 5). Die zweite Frauenbewegung der 70er Jahre trug dazu bei, patriarchale Strukturen aufzubrechen (Wechlin 2015: 98). Häusliche Gewalt wird heute als schwerwiegende Verletzung der Menschenrechte angesehen. Sie führt nicht nur zu physischen Schmerzen, sondern kann auch erhebliche psychische Folgen und Traumatisierungen nach sich ziehen, selbst bei Personen, die nicht direkt betroffen sind (Büttner 2020: 5). Obwohl häusliche Gewalt inzwischen weniger tabuisiert ist, zögern viele Betroffene aus Angst vor Schuldzuweisungen, ihre Situation anzusprechen und Hilfe zu suchen. Obwohl in den Kantonen zahlreiche Beratungsstellen und Schutzeinrichtungen geschaffen wurden, ist die Zahl der Fälle weiterhin hoch (Wechlin 2015: 99). Warum dem so ist, wird in dieser Arbeit nachgegangen.

2.1 Grundlagen

2.1.1 Definition

In der Literatur sind unterschiedliche Begriffsbestimmungen von häuslicher Gewalt zu finden (Büttner 2020: 6). Aufgrund der Fokussierung auf nationale Gegebenheiten wird hier die Istanbul-Konvention zitiert (Europarat 2011: art. 3b), welche häusliche Gewalt wie folgt definiert:

"(...) der Begriff "häusliche Gewalt" [bezeichnet] alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte".

Sie kann in unterschiedlichen Beziehungskonstellationen auftreten, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft (Opferberatung Aargau o.J.). Die schweizerische Kriminalprävention

fügt weitere Merkmale von häuslicher Gewalt an. Sie weist zum Beispiel darauf hin, dass sich häusliche Gewalt als Gewalt im privaten Bereich von Gewalt in der Öffentlichkeit abgrenzen lässt. Ein weiteres Merkmal von häuslicher Gewalt ist die starke emotionale und teilweise auch intime Bindung zwischen Opfer und der tatusführenden Person. Oft wird das Machtgefälle und die Abhängigkeit in der Beziehung ausgenutzt (Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 5f).

Im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt wird häufig von der "Gewaltspirale" gesprochen, welche den Zeitfaktor und das zunehmende Ausmass deutlich macht. Bei der Gewaltspirale handelt es sich um ein Modell, bei dem gewisse Verhaltensmuster in Phasen ablaufen (ebd.) wie in Abbildung 2 erkennbar wird.

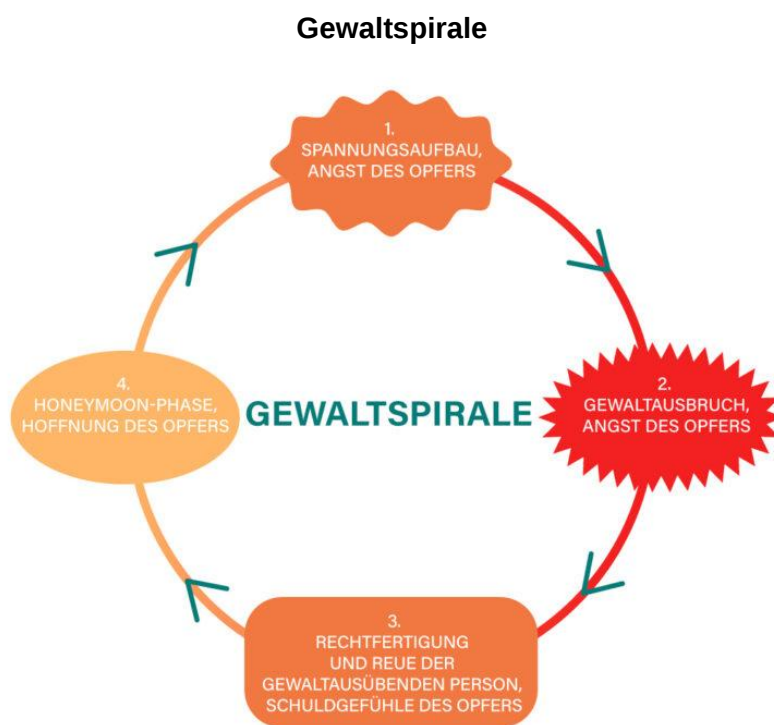


Abb. 2: Gewaltspirale (in: Association Violence que faire 2025: o.S.)

1. Die Konfliktsituation beginnt mit dem Spannungsaufbau der durch verbale Abwertungen und Demütigungen gekennzeichnet ist. Das Opfer versucht sich "richtig" zu verhalten, um eine Eskalation zu verhindern.
2. Es folgt der Gewaltausbruch, bei dem es zur Gewalthandlung kommt, die beim Opfer Gefühle von Kontrollverlust und Hilflosigkeit auslöst.
3. In der anschliessenden Phase der Entschuldigungs- und Entlastungsversuche zeigt die gewaltausübende Person oft Reue, Schuldgefühle, mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit.

4. In der Honeymoon-Phase wird nach der Ursache des Problems gesucht, wobei Tatpersonen die Verantwortung oft Umgebungsfaktoren zuschreiben. Um Ohnmachtsgefühle und erneute Eskalationen zu verhindern, nehmen Opfer die Schuld oft auf sich.

Ohne externe fachliche Unterstützung ist diese Dynamik kaum zu durchbrechen, sodass die Phasen der Gewaltspirale typischerweise erneut einsetzen (Schmid 2012: 39f).

2.1.2 Gewaltformen

Obwohl auch bei den Gewaltformen ein grosses Spektrum an Definitionen in der Literatur zu finden ist, wird grundsätzlich zwischen drei Kategorien differenziert.

- **Physische Gewalt:** Die körperliche Gewalt ist die deutlichste Gewaltform und reicht von Tätlichkeiten bis zu Tötungsdelikten. Dazu gehören unter anderem Ohrfeigen, Schlagen, Beissen bis zur Zwangssterilisation, Zwangsabtreibung oder Verstümmelung von Genitalien (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020a: 7).
- **Sexuelle Gewalt:** Diese umfasst unerwünschte Berührungen, Belästigungen und den Zwang zu sexuellen Handlungen bis hin zur Vergewaltigung (ebd.: 7f).
- **Psychische Gewalt:** Diese Gewaltform ist aufgrund der emotionalen Komponente die für die Gesellschaft und auch für die Behörden am schwierigsten zu erkennende Art. Merkmale können Drohungen, Erniedrigungen oder Schikanierungen sein (Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 7f).

In der Schweiz sind zwei weitere Formen häufig verbreitet und somit relevant zu erwähnen. Es handelt sich einerseits um die **ökonomische Gewalt**, mit der zum Beispiel Arbeitsverbote oder Verfügung über finanzielle Ressourcen, wie das Einziehen des Lohns, gemeint sind. Die gewaltausübende Person bringt das Opfer damit in eine wirtschaftliche Abhängigkeit (ebd.: 8). Andererseits geht es um die **soziale Gewalt**, wobei soziale Kontakte verboten werden, was zu einer sozialen Isolation führen kann. Dies mit dem Ziel von Kontrolle und Einschränkung der Selbstbestimmung (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020a: 8, Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 8).

Nicht zu vergessen sind Stalking und Zwangsheirat, welche ebenfalls zu den Formen von häuslicher Gewalt gezählt werden (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020a: 8).

Die unterschiedlichen Formen von Gewalt können einzeln oder in Kombination auftreten (ebd.: 7). Die verschiedenen Formen sind nicht alle strafbar, aber keine ist tolerierbar (Opferberatung Aargau o.J.).

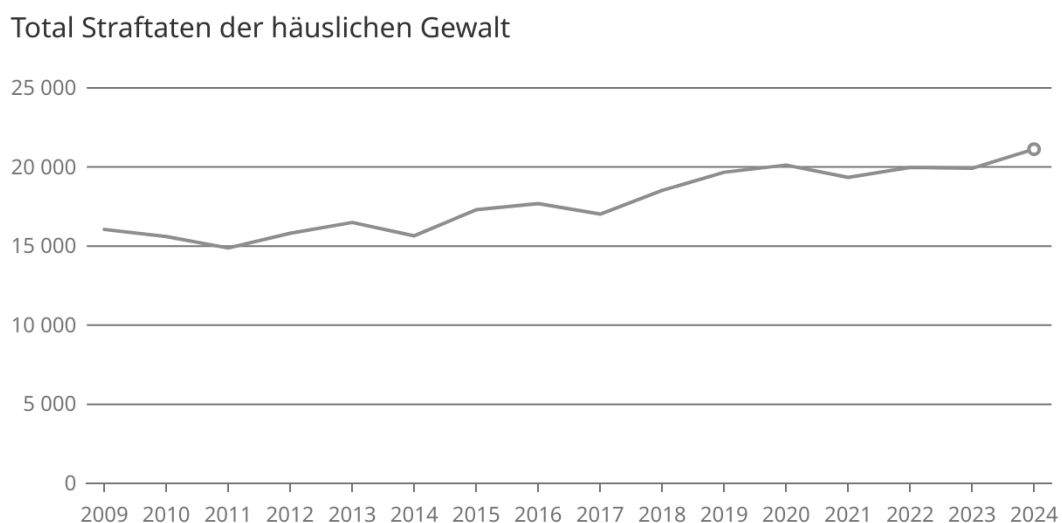
2.1.3 Prävalenz

Die Verbreitung von häuslicher Gewalt kann von Statistiken verschiedener Organisationen wie der Polizei oder der Opferberatungsstelle abgeleitet werden. Da viele Opfer von häuslicher Gewalt jedoch nicht den Mut aufbringen, über die Vorfälle zu sprechen, gibt es eine grosse Diskrepanz zwischen den registrierten Fällen und der Gesamtheit aller Vorfälle von häuslicher Gewalt. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausmass ungefähr fünf Mal grösser ist (Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 12). Prävalenzstudien versuchen diese Differenz klarer darzustellen, denn sie führt vermutlich zur verhaltenen Wahrnehmung des Problems in der Gesellschaft wie auch in der Politik (Gloor/Meier 2010: 24).

Aufgrund der Aktualität wird hier vor allem auf die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik eingegangen.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 21'127 Straftaten im Bereich häuslicher Gewalt registriert, dies entspricht etwa 40 % aller polizeilich erfassten Straftaten (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2024: 4). Die Anzahl registrierter Fälle ist zum letzten Jahr um 6,1 % gestiegen (Bundesamt für Statistik 2025: o.S.) was mit den unzureichenden Unterstützungsangeboten und der gesellschaftlichen Tabuisierung zusammenhängen könnte (Belser 2015: 105). Eine weitere deutliche Zunahme in den Jahren 2019 und 2020 ist in Abbildung 3 erkennbar, was vermutlich auf die COVID-Pandemie und die dadurch verstärkte häusliche Gemeinschaft zurückzuführen ist (Brodbeck et al. 2022: 8).

Häusliche Gewalt: Entwicklung der polizeilich registrierten Straftaten



Der starke Anstieg der Straftaten im Jahr 2015 ist zu ca. 40% auf eine Änderung im Informationssystem des Kantons Zürichs zurückzuführen.

Abb. 3: Häusliche Gewalt: Entwicklung der polizeilich registrierten Straftaten (in: Bundesamt für Statistik 2025: o.S.)

Im Kontext der Beziehung geschehen Gewalttaten zu 47 % in bestehenden Partnerschaften, zu 26 % in ehemaligen Partnerschaften und zu 10 % in anderen Beziehungen aus der Verwandtschaft (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2024: 4). Häusliche Gewalt ist immer noch ein stark geschlechterspezifisch geprägtes Phänomen. Frauen sind deutlicher häufiger Opfer von häuslicher Gewalt als Männer, der Frauenanteil unter den Betroffenen liegt bei rund 70 %. In Fällen von Gewalt innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung sowie in anderen Verwandtschaftsverhältnissen sind jedoch etwa 40 % der Opfer männlich (ebd.).

Von den in 2023 registrierten Opfern häuslicher Gewalt waren 15 % mehrfach gemeldet, was auf das längere Bestehen einer Gewaltspirale hindeutet (ebd.).

Bei den Tatpersonen liegt der Männeranteil bei 73,6 %. Zwischen 2019 und 2021 wurden jedes Jahr durchschnittlich 1'295 Fälle von Gewalttätigkeit gegenüber eigenen Kindern registriert, wobei 68 % der Tatpersonen männlich und 32 % weiblich waren (ebd.: 5).

Die Altersverteilung der betroffenen Personen, wie sie in der folgenden Darstellung aufgeführt ist, bleibt seit 2019 weitgehend konstant.

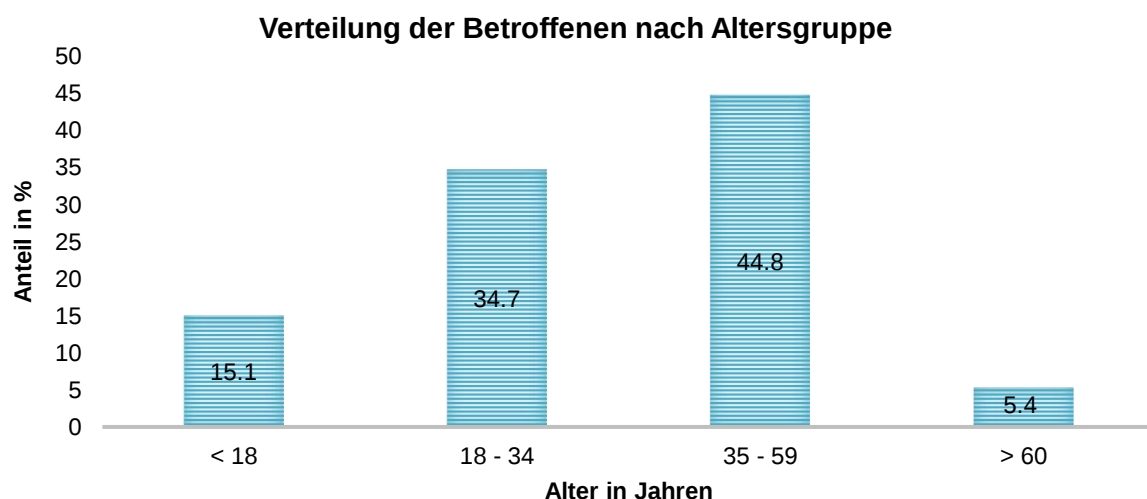


Abb. 4: Verteilung der Betroffenen nach Altersgruppe (eigene Darstellung in Anlehnung an: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2024: 4f)

Von den 19'918 Straftaten im Bereich häuslicher Gewalt aus dem Jahr 2023 wurden 88 Fälle als versuchte oder vollendete Tötungsdelikte klassifiziert. Suizidversuche von Personen, welche aufgrund von Gewaltsituationen ihr Leben beenden wollten, sind dabei nicht eingeschlossen. Wie in Abbildung 5 erkenntlich wird, umfassen die häufigsten Delikte im Bereich häuslicher Gewalt Körperverletzungen, Drohungen, Beschimpfungen und einfache Tötlichkeiten. 407 Straftaten wurden sexuellen Handlungen an Kindern zugeschrieben (ebd.: 4).

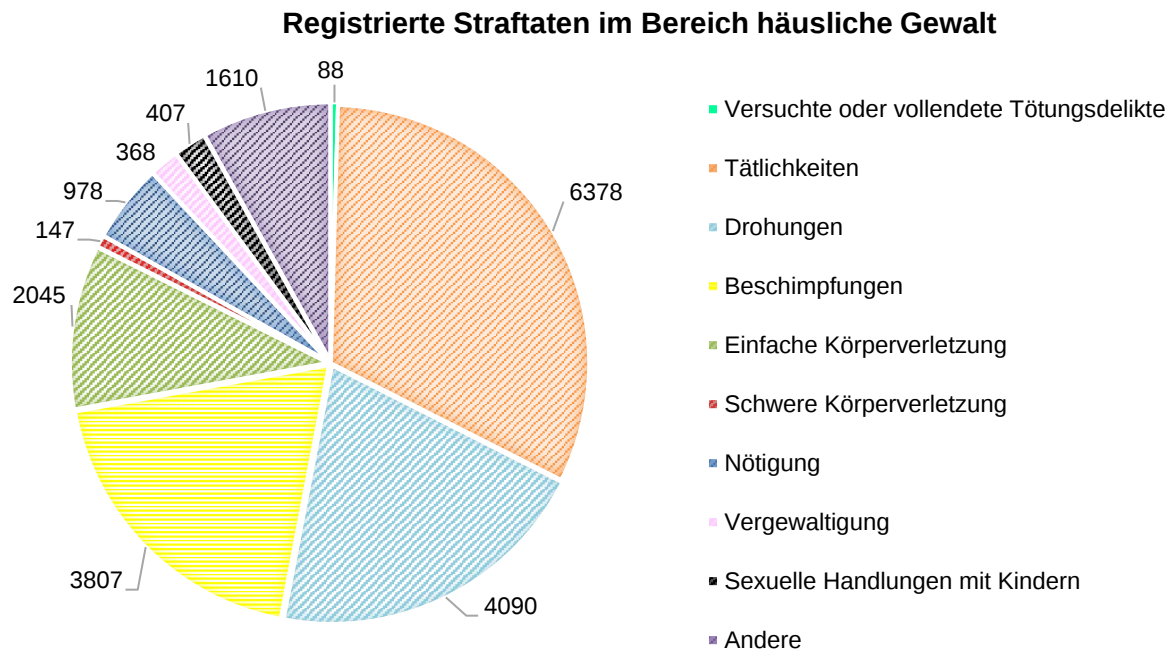


Abb. 5: Registrierte Straftaten im Bereich häusliche Gewalt (eigene Darstellung in Anlehnung an: Bundesamt für Statistik 2024b: 38)

2.1.4 Ursachen und Risikofaktoren

Um häusliche Gewalt frühzeitig zu erkennen und präventiv anzugehen ist es unabdingbar, die Ursachen und Risikofaktoren zu eruieren. Die Entwicklung häuslicher Gewalt lässt sich jedoch nicht mit einfacher Kausalität erklären, sondern hängt von verschiedenen, miteinander zusammenhängenden Faktoren ab. Für die Erklärung werden Ergebnisse aus Studien und Aspekte unterschiedlicher Theorien wie aus der Systemtheorie, der Bindungstheorie oder Entwicklungspsychologie zusammengetragen (Gloor/Meier 2010: 25f). Häusliche Gewalt ist meist das Ergebnis multifaktorieller Ursachen. Sie kann etwa durch Suchterkrankungen, eingeschränkten ökonomische Ressourcen oder Veränderungen in der Paardynamik, wie etwa durch Schwangerschaft oder Trennung, begünstigt werden (ebd.: 26). Wiederum kann das Erleben von Gewalterfahrungen in der Kindheit oder im Jugendalter ein Risikofaktor darstellen und zukünftige Tendenzen, Gewalt als Tatperson oder Opfer zu erleben, verstärken (Brunner 2008: 78). Häusliche Gewalt kann sich zudem durch strukturelle soziale Mechanismen über Generationen hinweg manifestieren (Büttner 2020: 5).

Eine umfangreiche Übersicht bietet das ökosystemische Modell nach Egger et al. und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der folgenden Darstellung. Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) versucht anhand dieses Modells die Wechselwirkung der vier Ebenen Individuum, Beziehung, Gemeinschaft und Gesellschaft zu verdeutlichen.

Ökosystemisches Modell zur Erklärung von Gewalt

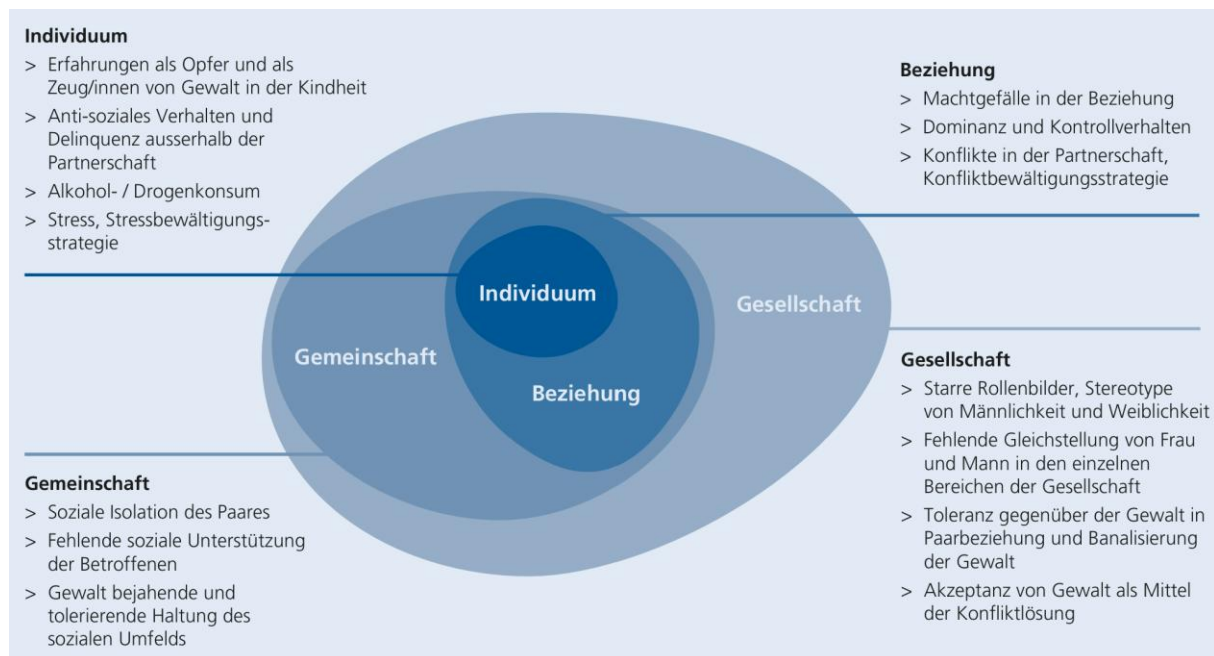


Abb. 6: Ökosystemisches Modell zur Erklärung von Gewalt (in: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020b: 3, in Anlehnung an: Egger/Schär Moser 2008: 11, WHO 2002: 13)

Auf jeder Ebene gibt es Faktoren, die das Gewaltisiko erhöhen oder verringern (WHO 2002: 22). Doch auch wenn gewisse gewaltfördernde Bedingungen vorliegen, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass interpersonelle Gewalt entsteht. Schutzfaktoren reduzieren die Prävalenz von Partnerschaftsgewalt und fördern die Resilienz der Betroffenen im Umgang mit den traumatischen Erfahrungen (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020b: 4f). Auf das Thema Resilienz wird in Kapitel 2.3.2 genauer eingegangen.

Wie im vorangegangenen Kapitel dargelegt, zeigen Studien, dass Frauen stärker von häuslicher Gewalt betroffen sind als Männer. Das Machtgefälle spielt dabei eine wesentliche Rolle. Zum einen kann dies mit der ökonomischen Abhängigkeit aufgrund niedriger Löhne oder Teilzeitbeschäftigung zusammenhängen, was den Handlungsspielraum von weiblichen Gewaltopfern stark einschränkt. Andererseits verstärken traditionelle Rollenbilder und gesellschaftlich und kulturell geprägte Wertesysteme solche Dynamiken zusätzlich. In der westlichen Sozialisation wird Männern noch immer häufig Dominanz und Durchsetzungsvermögen zugeschrieben, während Frauen als fürsorglich und unterordnungsbereit gelten (Mayer 2010: 59–61).

2.1.5 Rechtliche Rahmenbedingungen

Häusliche Gewalt ist keine private Angelegenheit, sondern ein Problem, welches die Gesellschaft betrifft, besonders, wenn Kinder involviert sind (Schweizerische Kriminalprävention SKP 2024: 2). Mit dieser Haltung greift der Staat ein, da er verpflichtet ist, die Opfer zu schützen. Darum wird häusliche Gewalt seit 2004 von Amtes wegen verfolgt. Die Polizei muss bei

Offizialdelikten aktiv werden, auch wenn das Opfer keine Strafanzeige einreicht. Zu den Offizialdelikten gehören gemäss Strafgesetzbuch (StGB) Körperverletzung, Drohung, sexuelle Übergriffe, Nötigung, Vergewaltigung sowie wiederholte Tötlichkeiten wie Ohrfeigen, Faustschläge oder Fusstritte (ebd.: 2–4). Erstaunlicherweise werden wiederholte Tötlichkeiten, einfache Körperverletzungen und Drohungen, die nicht während der Ehe oder Partnerschaft begangen wurden, weiterhin nur auf Antrag verfolgt. Dazu kommt, dass auch einmalige Tötlichkeiten nur auf Auftrag verfolgt werden. Sexuelle Handlungen gegenüber Kindern und Jugendlichen sind strafbar, wenn das Kind jünger als 16 Jahre alt ist und die gewaltausübende Person drei Jahre älter ist (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020a: 8). Strafverfahren können nur durch Antrag des Opfers oder dessen gesetzlichen Vertretung gestoppt werden und nur wenn dadurch eine Stabilisierung oder Verbesserung der Situation des Opfers resultiert (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2022: 3f). Die Polizei hat die Möglichkeit eine Wegweisung anzuordnen und somit der gewaltausübenden Person den Zutritt und die Rückkehr in die Wohnung für eine gewisse Zeit zu verbieten (Opferberatung Aargau o.J.). Danach können beim Zivilgericht weitere Massnahmen zum Schutz beantragt werden, wie zum Beispiel die 2007 im Zivilgesetzbuch (ZGB) eingeführten Annäherungs- oder Kontaktverbote (Wechlin 2015: 98). Ein Eheschutzverfahren kann beantragt werden, wenn eine Partei sich so schnell wie möglich trennen möchte. Bei einer Trennung oder Scheidung werden weiter die Wohnsituation, die Obhut der Kinder sowie die Unterhaltszahlungen geregelt (Opferberatung Aargau o.J.).

Mit der Anerkennung der Istanbul-Konvention, einem Übereinkommen des Europarats, verpflichtet sich die Schweiz seit dem 01. April 2018 ausserdem, Frauen und Mädchen besser vor Gewalt zu schützen. Häusliche Gewalt gilt gemäss Istanbul-Konvention als Menschenrechtsverletzung. Die Massnahmen der Konvention regeln das Vorgehen betreffend Prävention, Schutz und Strafverfolgung. Während das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann die Umsetzung auf Bundesebene koordiniert, sorgt die Schweizerische Konferenz gegen häusliche Gewalt (SKHG) für die Realisierung der Empfehlungen auf kantonaler Ebene (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2023).

Gefährdungsmeldung im Allgemeinen

Auf Ebene der Fachpersonen ist Wissen über die Rechtsbegriffe "Meldepflicht und Melde-recht" unabdingbar, weswegen sie hier erläutert werden. Die rechtlichen Grundlagen sind im ZGB unter Artikel 314c, 324d, 443 und 453 zu finden. Zuständig für die Gefährdungsmeldung ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Im Kanton Aargau übernehmen diese Aufgaben die Familiengerichte. Sie verfügen über einen Pikettdienst, der auch ausserhalb der Büroöffnungszeiten über die Kantonspolizei Aargau erreicht werden kann (Auskunft Abteilung Legal & Compliance des Kantonsspitals vom 21.3.2025). Eine Gefährdungsmeldung darf

grundsätzlich jede Person tätigen, die annehmen muss, dass eine Person in seiner körperlichen, psychischen oder sexuellen Integrität gefährdet ist. Berufsgeheimnistragende und deren Hilfspersonen müssen sich aber je nach Kanton vorgängig vom Berufsgeheimnis entbinden lassen. Wenn möglich sollen nur tatsächlich wahrgenommene und beobachtete Situationen weitergeleitet werden. Dies geschieht mündlich oder schriftlich (Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz 2019: 1–3).

Gefährdungsmeldung bei Kindern

Im Kinderschutz besteht grundsätzlich das Melderecht. Dieses gilt auch für Berufsgeheimnistragende, sofern die Meldung im Interesse des Kindes ist. Zu diesen Berufsgruppen gehören ärztliches Personal, Pflegepersonal, Fachkräfte der Psychologie, Physio-, Ergotherapie, Optometrie, Osteopathie, Ernährungsberatende und Studierende dieser Berufe (Art. 314c. Abs. 1 ZGB). Hilfspersonen von Berufsgeheimnistragenden hingegen müssen für die Meldung von der zuständigen kantonalen Behörde vom Berufsgeheimnis entbunden werden (Art. 314c ZGB). Dazu kann sich das Fachpersonal auch beim internen Rechtsdienst erkundigen (ebd.: 1, 8f).

Gefährdungsmeldung bei Erwachsenen

Auch im Erwachsenenschutzrecht kann jede Person der KESB eine Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint. Da gewisse Fachpersonen in einem Vertrauensverhältnis zur hilfsbedürftigen Person stehen, ist ihr Melderecht eingeschränkt. Fachpersonen welche unter einem Berufsgeheimnis stehen, müssen sich gemäss Erwachsenenschutzrecht erst von der Schweigepflicht entbinden lassen, bevor sie Informationen an die KESB weiterleiten (ebd.: 2). Dies gilt auch für ihre Hilfspersonen wie Pflegepersonal oder Sozialarbeitende eines Krankenhauses. Sie haben kein selbstständiges Melderecht und unterliegen auch nicht der Meldepflicht. In Fällen von erheblicher Gefährdung kann in jedem Fall auf die Aufhebung des Berufsgeheimnisses verzichtet werden. Also wenn die Gefahr besteht, dass eine hilfsbedürftige Person sich selbst gefährdet oder ein Verbrechen oder Vergehen begeht, mit dem sie jemanden anderen körperlich, seelisch oder materiell schwer schädigt (ebd.: 9). In solchen Situationen ist eine Interessensabwägung notwendig. Das heisst, die meldepflichtigen Personen sollen sich Gedanken dazu machen, ob die Gefährdung im Rahmen ihrer Tätigkeit aufgehoben werden kann. Es wird empfohlen, wenn immer möglich mit den Betroffenen und den Angehörigen das Gespräch zu suchen und sie über eine allfällig notwendige Meldung zu informieren. Schlussendlich wird die Verantwortung, eine hilfsbedürftige Person zu schützen, dem Vertrauensverhältnis übergeordnet. Aufgrund dessen ist es sinnvoll, eine Meldung erst nach Rücksprache mit anderen Fachkräften einzureichen. Da Hilfsbedürftigkeit objektiv nicht messbar ist, liegt die Zuständigkeit der Beurteilung bei der KESB. Sie kann die nötigen Informationen zusammentragen, indem sie Fachpersonen und -stellen beauftragt, Bericht über die

gefährdende Situation zu erstatten, um eine sorgfältige Einschätzung vorzunehmen und entsprechende Massnahmen einzuleiten (ebd.: 2f). Zu beachten gilt es bei der Güterabwägung, dass eine Meldung an die KESB ein Strafverfahren gegen die Person auslösen kann, die die Gefährdung der hilfsbedürftigen Person verursacht.

Im Kanton Aargau gehen die Melderechte im Erwachsenenschutz weiter als auf Bundesebene (ebd.: 7f). Derzeit ist unklar, ob dies rechtlich zulässig ist. Das Departement für Gesundheit und Soziales (DGS), welches über die Entbindungsgesuche vom Berufsgeheimnis entscheidet, ist folgender Ansicht: Bei Anfragen zu Vorabklärungen der KESB ist jeweils schriftlich eine Bestätigung zu verlangen, dass bereits ein Verfahren zum Zweck des Erwachsenenschutzes eröffnet wurde. Ärztliches Personal darf dann die Informationen an das Familiengericht herausgeben. Ein Entbindungsverfahren sei nicht notwendig. Auch wenn sich ein regionaler oder kommunaler Sozialdienst melden würde, wäre analog eine schriftliche Bestätigung vom auftraggebenden Familiengericht zu verlangen (Auskunft Abteilung Legal & Compliance des Kantonsspitals vom 21.3.2025).

2.2 Besonders betroffene Gruppen

2.2.1 Männer als Opfer

Männer als Opfer häuslicher Gewalt finden bisher wenig Beachtung in der Forschung und Öffentlichkeit (Mayer 2010: 107). Es ist bekannt, dass Männer generell häufiger Opfer von Gewaltdelikten werden als Frauen. Die Delikte geschehen meist im öffentlichen Raum und werden von männlichen Tätern ausgeführt. Im Bereich der Partnerschaftsgewalt leben 86 % der männlichen Gewaltbetroffenen in heterosexuellen und 14 % in homosexuellen Beziehungen (ebd.: 108).

Männliche Opfer stehen häufig unter besonderem gesellschaftlichem Druck. Traditionelle Rollenbilder und stereotype Denkmuster prägen das männliche Selbstverständnis erheblich. In der Sozialisation wird Männern vermittelt, dass Stärke und die Fähigkeit, Probleme eigenständig zu lösen, wesentliche Merkmale von Männlichkeit seien. Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit gelten als „unmännlich“ und werden oft verdrängt. Diese internalisierten Normen führen dazu, dass Männer körperliche Übergriffe seltener als ernstzunehmende physische Gewalt wahrnehmen. Ähnlich wie bei Sexualdelikten wird ihnen ausserdem von ihrem sozialen Umfeld oftmals eine Mitschuld an den gewalttätigen Handlungen der Tatperson zugeschrieben. Betroffene berichten, dass ihre Glaubwürdigkeit sogar bei professionellen Hilfestellen wie der Polizei in Frage gestellt wird, was das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden verstärkt und den Zugang zu Unterstützung erschwert (ebd.: 110–112). Gefühle von Scham, Versagen und Angst, nicht dem traditionellen Männlichkeitsideal zu entsprechen, führen dazu, dass viele

Männer ihre Erfahrungen nicht offen ansprechen. Der Rückzug aus dem sozialen Umfeld ist die Folge davon (ebd.: 111).

Obwohl Männer in Paarbeziehungen häufig ökonomisch besser gestellt sind, beenden sie gewaltvolle Beziehungen selten. Gründe dafür sind neben emotionaler Bindung und Verlustängsten. Ein weiterer Grund dafür ist die Befürchtung, im Falle einer Trennung das Sorgerecht für gemeinsame Kinder zu verlieren, da in Gerichtsprozessen dieses häufig der Mutter zugesprochen wird (ebd.: 110).

Während in der Zwischenzeit diverse Beratungsangebote für gewalttätige Männer bestehen, wie verschiedene Trainingsprogramme oder das Männerbüro in Zürich (Specht 2010: 74) sind die Angebote für gewalttätige Frauen begrenzt (Belser 2015: 105). In der Gewaltberatung mit Frauen ist eine differenzierte Betrachtung von Beziehungskonstellationen sowie der Formen von Gewaltanwendung erforderlich. Dabei kommt der reflektierten Auseinandersetzung mit der Opfer- und Täterinnen-Empathie eine zentrale Bedeutung zu (Specht 2010: 84–86).

2.2.2 Kinder und Jugendliche

Gemäss einer Studie der Niederlande aus dem Jahr 2014, erlebt jedes dritte Kind belastende Erfahrungen in seiner Kindheit (Stoltenborgh et al. 2015: o.S.). Heute ist bekannt, dass negative Kindheitserfahrungen, wie Misshandlung oder Vernachlässigung, die psychische und physische Entwicklung eines Kindes massgeblich gefährden können (Brodbeck et al. 2022: 3). Unter Kindsmisshandlung wird die gegen Kinder gewandte körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt verstanden (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020c: 4). Mit Vernachlässigung ist die anhaltende oder mehrfache Unterlassung oder Verweigerung der notwendigen Fürsorge gemeint. Diese kann in physischer Form, wie ungenügende Ernährung oder Körperhygiene, sowie in psychischer Form, wie unzureichende Förderung zum Beispiel der sozialen oder motorischen Fähigkeiten auftreten (ebd.: 4f). Häufig treten unterschiedliche Arten von negativen Kindheitserfahrungen in Kombination auf (Brodbeck et al. 2022: 2). In diesem Kontext startete die Fachhochschule Nordwestschweiz und die Universität Bern 2022 das Projekt "Facing Adverse Childhood Experiences (FACE) Using new Technologies". In einer epidemiologischen Studie wird der Zusammenhang zwischen Kindheitserfahrungen und psychosozialer Funktionsfähigkeit im Erwachsenenalter mit Fokus auf Emotionsregulation und Verarbeitung von sozialen Informationen genauer untersucht (ebd.: 3). Brodbeck et al. gehen davon aus, dass sowohl die Kombination verschiedener negativer Kindheitserfahrungen als auch deren Häufigkeit eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Art der Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit im Erwachsenenalter spielen (ebd.: 7). Familiensysteme, die von Autorität und Erniedrigung geprägt sind und weder Schutz noch Geborgenheit bieten, begünstigen die Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils und können

zu belastenden Beziehungserfahrungen führen. Bei betroffenen Kindern können durch die negativen Erinnerungen in Kombination mit den intensiven Emotionen fehlerhafte innere Denkmuster entstehen. Damit sind zum Beispiel mangelnde psychosoziale Fähigkeiten, wie ein niedriges Selbstwertgefühl, empfindlicher Umgang mit Ablehnung, soziale Interpretationsverzerrung oder unzureichendes soziales Verständnis gemeint. Soziale Informationen werden nur eingeschränkt verarbeitet, was sich dementsprechend auf das Verhalten auswirken kann. (ebd.: 3). Kinder und Jugendliche, die in gewaltgeprägten Familiensystemen aufwachsen, neigen also später dazu, Schwierigkeiten im Umgang mit Problemen und Konflikten zu haben. Der Aufbau eines gesunden Bindungsverhaltens fällt ihnen schwer, da Werte wie Respekt oder Wertschätzung kaum vorgelebt werden (Brunner 2008: 79). Dies macht die Suche nach sozialer Unterstützung umso schwieriger und begünstigt sozialen Rückzug (Brodbeck et al. 2022: 3). Aus den wiederholt auftretenden Stresssituation zu Hause können aber auch Verhaltensauffälligkeiten wie gesteigerte Wut oder Aggressivität, Niedergeschlagenheit, Schlaf- und Essstörung, imaginäre Freunde, Konzentrationsstörungen und Schulprobleme resultieren (Brunner 2008: 78f). Im Jugendalter kann häusliche Gewalt dazu führen, dass die Spannung zwischen Ablösung und Bindung zu einer noch grösseren Entwicklungs Herausforderung wird, als sie ohnehin schon ist (ebd.: 78). All diese Faktoren erhöhen wiederum das Risiko für die Entstehung mentaler Erkrankungen. Beispielsweise zeigt sich ein direkter Zusammenhang zwischen Erfahrungen emotionalen Missbrauchs in der Kindheit und dem Auftreten depressiver Symptome im Erwachsenenalter (Brodbeck et al. 2022: 3).

Bei häuslicher Gewalt sind Kinder und Jugendliche speziell betroffen. Sie haben aufgrund ihrer familiären und gesellschaftlichen Abhängigkeit ein besonders hohes Risiko, nach erlebter Gewalt eine Traumatisierung zu entwickeln. Sie können Gewalt direkt oder als Zeugen erleben (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2020c: 4). Meist sind sie auch emotional sowie körperlich stark involviert. Sie fühlen sich mitschuldig, illoyal und bauen dysfunktionale Strategien auf, um sich anzupassen oder sich und die betroffenen Familienmitglieder zu schützen (Brunner 2008: 79). Auch wenn Eltern sich bemühen, Konflikte in Abwesenheit der Kinder zu regeln, nehmen dies Kinder wahr (Sauermost 2010: 87). Viele kindliche Bedürfnisse werden in solchen Situationen aufgeschoben. Da die Gewalt meist in der Familie sowie auch in der Öffentlichkeit tabuisiert wird, fällt es den Betroffenen schwer, Hilfe zu holen oder sich jemandem anzuvertrauen, um das Erlebte zu verarbeiten (ebd.: 89).

Natürlich stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem Kindeswohl. Unter dem Kindeswohl wird die Befriedigung altersgerechter Grundbedürfnisse verstanden, die eine gesunde Entwicklung ermöglichen. Solche normativen Bedürfnisse sind beispielsweise ausreichende Ernährung, Körperhygiene, Schutz vor psychischer und physischer Gewalt, Zuneigung und Anerkennung. Die Verantwortung diese entwicklungsbegünstigenden

Lebensumstände zu gewährleisten, liegt bei den Eltern (Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz o.J.: 1).

Im Kontext der im Kapitel zuvor erwähnten Gefährdungsmeldungen scheint es wichtig darauf hinzuweisen, dass Massnahmen gegen den Willen der Eltern zu Widerstand und unzureichender Kooperationsbereitschaft führen können. Sobald die Behörden involviert werden, haben Eltern Angst, dass Entscheidungen gegen ihr Einverständnis gefällt oder ihre Kinder fremdplatziert werden. Dies kann zu Vertrauensmissbrauch führen und dafür sorgen, dass Termine und Vereinbarungen nicht eingehalten werden und der Kontakt zur Familie komplett abbricht. Soziale Isolation könnte eine Folge davon sein. Darum sollten Kinderschutzmassnahmen aus Sicht von Fachpersonen nie alleine, sondern nach Rücksprache mit einem interdisziplinären Team oder einer Kinderschutzgruppe getroffen werden (Sauermost 2010: 91).

2.2.3 Personen im Migrationskontext

Inwiefern Migrationshintergrund Einfluss auf häusliche Gewalt hat, wird in der Literatur nicht eindeutig geklärt. Patriarchale Strukturen des Herkunftslands, wirtschaftliche Abhängigkeit durch eingeschränkte Bildungs- und Arbeitschancen, Unsicherheiten in der eigenen Identität und Rolle, soziale Isolation sowie sprachliche Barrieren können das Risiko für häusliche Gewalt erhöhen (Schmid 2012: 45). Laut Polizeistatistik des Bundesamts für Statistik von 2012 gibt es hingegen keinen relevanten Unterschied in der Betroffenheit der schweizerischen und ausländischen Wohnbevölkerung (Zoder 2012: 20). Dies zeigt auch Abbildung 7.

Geschädigte häuslicher Gewalt nach Staatszugehörigkeit und Aufenthaltsstatus, 2011

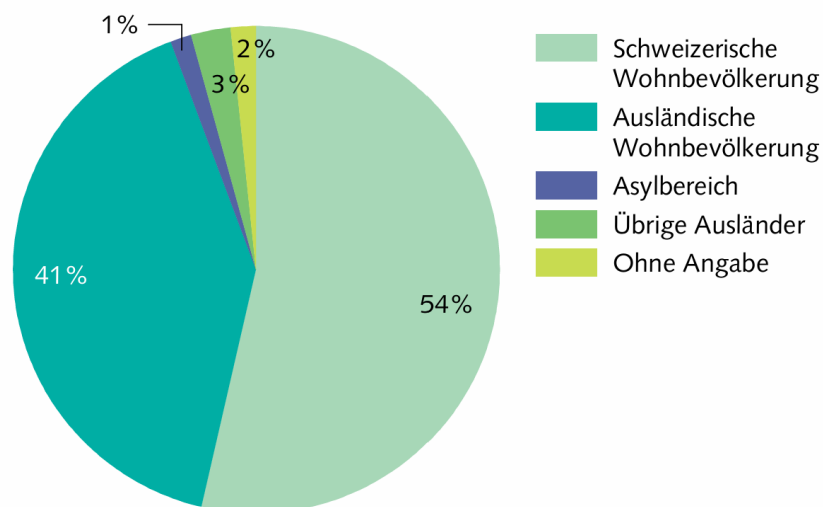


Abb. 7: Geschädigte häuslicher Gewalt nach Staatszugehörigkeit und Aufenthaltsstatus, 2011 (in: Zoder 2012: 20)

Andere Statistiken, wie beispielsweise die der Frauenhäuser aus 2023 in Abbildung 8 oder der Polizeistatistik aus 2011 in Abbildung 9, zeigen jedoch, dass vor allem Frauen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig Opfer häuslicher Gewalt werden (Durrer/Hanselmann 2008: 66, Zoder 2012: 22, Dachorganisation der Frauenhäuser Schweiz und Liechtenstein (DAO) 2023: 13).

Nationalitäten der in Frauenhäuser aufgenommenen Personen 2023

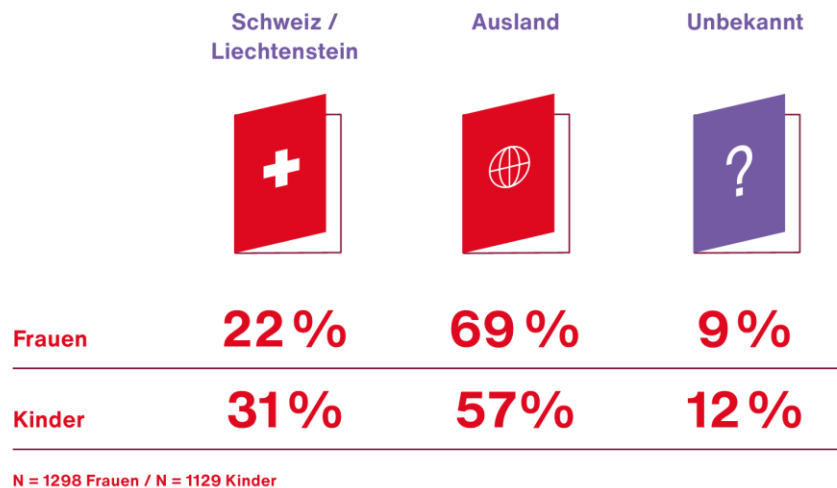


Abb. 8: Nationalitäten der in Frauenhäuser aufgenommenen Personen 2023 (in: Dachorganisation der Frauenhäuser Schweiz und Liechtenstein (DAO) 2023: 13)

Weibliche Geschädigte in der Partnerschaft: Belastungsraten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2011

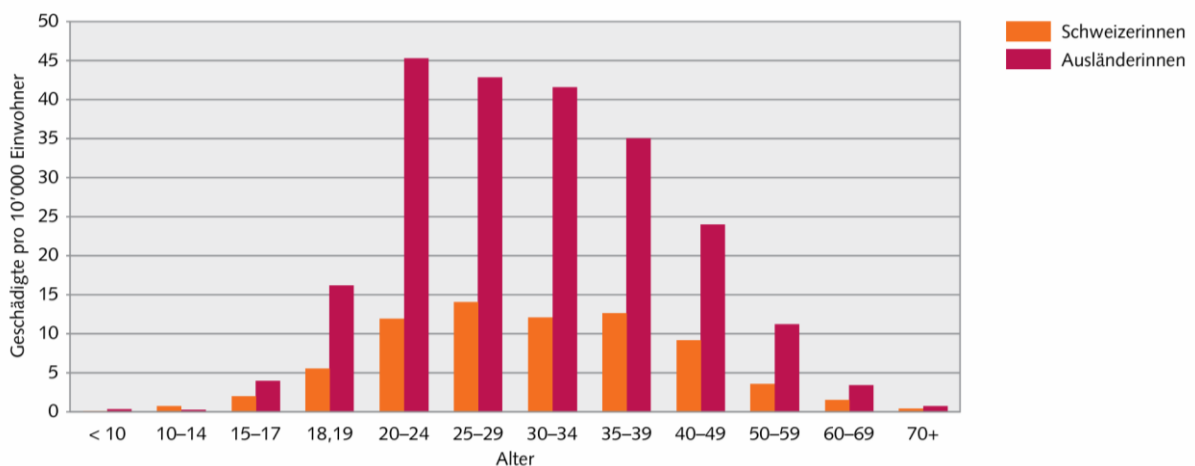


Abb. 9: Weibliche Geschädigte in der Partnerschaft: Belastungsraten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2011 (in: Zoder 2012: 22)

Der Widerspruch hinsichtlich der Verbreitung häuslicher Gewalt bei Menschen mit Migrationshintergrund könnte auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein. Das Anzeigeverhalten spielt dabei eine wesentliche Rolle, da Frauen mit Migrationshintergrund seltener professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Häufig fehlt es ihnen an den notwendigen Ressourcen, wie einem unterstützenden sozialen Umfeld, welches sie ermutigen könnte, die Gewalt zu melden (Schmid 2012: 45). Auch die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, die nach einer Trennung häufig erforderlich ist, wird gemieden, da sie die Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung gefährden könnte (ebd.: 47). Insbesondere Migrantinnen und Migranten im Familiennachzug stehen vor einem schwerwiegenden Konflikt: Entweder sich zu trennen, um sich und ihre Kinder zu schützen aber die Aufenthaltsbewilligung zu riskieren, oder die Gewalt zu ertragen (Durrer/Hanselmann 2008: 65). Das Schweizer Gesetz erlaubt in Ausnahmefällen zwar eine Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung, doch setzt dies eine erfolgreiche Integration voraus, die den Betroffenen aufgrund genau dieser herausfordernden Umstände bereits stark erschwert wird (ebd.: 66). Auch wenn viele Migrantinnen eine akademische Ausbildung im Herkunftsland absolviert haben, fällt es ihnen schwer, in der Schweiz eine entsprechende Anstellung zu finden. Daher sind sie gezwungen, unter schlechten Arbeitsbedingungen Tätigkeiten anzunehmen, für die sie überqualifiziert sind und die schlecht bezahlt werden (ebd.: 67). Für Migrantinnen kann es demnach schwieriger sein, sich aus einer Misshandlungsbeziehung zu lösen als für Schweizerinnen (Schmid 2012: 45). Neben finanzieller und sozialer Abhängigkeit erschweren zusätzliche Faktoren wie Loyalität gegenüber der Familie, Tradition und Religion den Schritt zur Trennung. Ein weiterer Faktor ist die fehlende Kenntnis der rechtlichen Grundlagen einer Trennung oder Scheidung, insbesondere der Regelungen zum Sorgerecht der Kinder. Oft werden Migrantinnen von ihren Partnern daran gehindert, Deutsch zu lernen, damit deren Emanzipation eingeschränkt bleibt. Dadurch wird es für diese Frauen noch schwieriger, sich zu informieren oder soziale Kontakte zu knüpfen, wodurch sie leichter in die Gewaltspirale geraten (ebd.: 46f). Um Frauen und Familien mit Migrationshintergrund in diesen schwierigen Lebenslagen bestmöglich zu unterstützen, ist eine ganzheitliche Betrachtung der erwähnten Faktoren essenziell. Nur so lassen sich geeignete Unterstützungsmöglichkeiten anbieten und Strategien zur Bewältigung sowie der Zugang zu wichtigen Ressourcen gezielt fördern (ebd.: 46).

Natürlich darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch Schweizerinnen von häuslicher Gewalt betroffen sind und patriarchale Werte auch hier das familiäre Umfeld prägen - vielleicht weniger sichtbar, aber dennoch präsent (Durrer/Hanselmann 2008: 66, Schmid 2012: 45).

2.3 Auswirkungen auf die Gesundheit

Dass häusliche Gewalt im Kinder- und Jugendalter einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheit hat, wurde bereits erläutert. Weiter haben Forschungen an der Frauenklinik Maternité aus dem Jahr 2003 die direkten Folgen von häuslicher Gewalt auf die psychische und physische Gesundheit von Betroffenen untersucht. Mehrfache Verletzungen, Verletzungen unterschiedlichen Alters sowie häufige Notfallbesuche können deutliche Hinweise auf häusliche Gewalt sein (Truninger 2010: 183f). Von den Frauen, die körperliche Gewalt erfahren haben, berichtet jede zweite von physischen Verletzungen, wie blauen Flecken, Zerrungen, Knochenbrüchen oder Komplikationen in der Schwangerschaft (Gloor/Meier 2010: 32f). 73 % der Betroffenen berichten von seelischen und psychosomatischen Auswirkungen wie Depression, Schuldgefühle, Schlafstörungen oder Essstörungen. Diese Folgen wirken sich zusätzlich negativ auf andere Lebensbereiche wie Arbeit, Ausbildung oder neue Beziehungen aus. Ausserdem gibt von den stark gewaltbetroffenen Frauen jede Dritte an, Suizidgedanken gehabt zu haben, während von den Frauen ohne Gewalterfahrungen nur jede Elfte davon berichtet (ebd.). Daraus lässt sich schliessen, dass mit der Intensität erlebter Gewalt die Häufigkeit gesundheitlicher Belastungen verstärkt zunimmt (ebd.: 35). Es ist entscheidend zu verstehen, dass das Übersehen der Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen schwerwiegende Konsequenzen haben kann. Dazu zählen kostspielige und langwierige Abklärungen, die häufig in erfolglosen oder fehlerhaften Behandlungen enden und dadurch zusätzliche gesundheitliche Schäden oder die Chronifizierung bestehender Probleme begünstigen (Truninger 2010: 185).

2.3.1 Traumatisierung

Definition

Ein Trauma bezeichnet eine tiefgreifende Erfahrung, bei der eine Diskrepanz zwischen einer bedrohlichen Situation und individuellen Bewältigungsfähigkeiten erlebt wird. Dadurch grenzt sich ein Trauma von einer belastenden Lebenssituation ab, welche mit Hilfe eigener Selbstschutzstrategien überstanden werden kann (Fischer/Riedesser 2023: 92).

Neurobiologischer Entstehungsprozess

Obwohl die genauen neurobiologischen Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und ihren Folgen noch nicht vollständig erforscht sind, gibt es empirische Hinweise zur Entstehung eines Traumas. In bedrohlichen Situationen wird das autonome, also das vegetative Nervensystem aktiviert, dessen Funktion grösstenteils unbewusst abläuft. Insbesondere der Sympathikus, der für die Kampf- und Fluchtreaktion verantwortlich ist, beginnt zu arbeiten. Nervenzellen im zentralen Nervensystem, also im Gehirn, genauer im Hypothalamus, werden

angeregt. Dies führt zur Ausschüttung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin, was zu physischen Veränderungen im Körper führt, wie die Erhöhung der Herzfrequenz, der Atmung und der Muskelspannung. Nebst dem autonomen Nervensystem ist auch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse) an diesem Prozess beteiligt. In Stresssituationen fördert sie die Ausschüttung des Hormons Cortisol, das kurzfristig Energie mobilisiert, unter anderem durch die Abschwächung des Immunsystems (Clemens 2022: 4). Spannend scheint, dass Rothschild (2002: 28) von einem wissenschaftlich nachgewiesenen niedrigen Cortisolspiegel bei Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) berichtet, während Clemens (2022: 5f) auf einen empirisch belegten erhöhten Cortisolspiegel bei Kindern hinweist, welche häusliche Gewalt miterlebten. Beide sind sich jedoch einig, dass andauernde Belastung zu einer Fehlaktivierung des limbischen Systems führen kann. Zum limbischen System gehören die Amygdala und der Hippocampus. Während die Amygdala für die emotionale Verarbeitung von Ereignissen zuständig ist, sorgt der Hippocampus für die zeitliche und räumliche Einordnung von Erlebnissen in der Erinnerung. Eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht, wenn eine schwerwiegende oder wiederholte Bedrohung zu einer Fehlregulation dieses Prozesses führt und die Wahrnehmung verzerrt (Rothschild 2002: 32).

Einflussfaktoren

Jeder Mensch kann im Laufe seines Lebens mit einer potenziell traumatischen Erfahrung konfrontiert werden (Ehlers 1999: 4). Ob daraus tatsächlich chronische Folgeschäden entstehen, hängt gemäss Fischer und Riedesser (2023: 153) von diesen objektiven Faktoren ab:

1. Schweregrad der Traumatisierung
2. Persistenz und Wiederholung der negativen Ereignisse
3. Art der Betroffenheit wie bleibende körperliche Einschränkungen
4. Verursachende Faktoren wie beispielsweise bewusst herbeigeführte Misshandlungen
5. Beziehung zwischen Opfer und Tatperson
6. Situationsdynamik

Doch nicht allein objektive Merkmale haben Einfluss auf die Verarbeitung einer traumatisierenden Situation, sondern auch die subjektive emotionale Wahrnehmung (Ehlers 1999: 5). Ausgeprägte Gefühle von Scham und Hilflosigkeit oder Selbstvorwürfe können die Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses erschweren (ebd.: 25).

Symptome

Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden Symptome eines Traumas in drei Kategorien eingeteilt:

- **Akute Belastungsstörung**, mit der Gefühlslosigkeit, depressive Verstimmung, Wut, Hoffnungslosigkeit, Hyperaktivität und soziale Isolation einhergehen können. Sie

dauert Stunden bis maximal drei Tage an (ebd.: 9).

- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**, welche sich durch Trigger ausgelöste Flashbacks, Vermeidungsverhalten in Bezug auf Verbindungen zum erlebten Ereignis und Überempfindlichkeit sowie Schreckhaftigkeit zeigen. Typischerweise entwickeln sich die Beschwerden im Verlauf der ersten sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis (ebd.: 6).
- **Anhaltende Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung**, wobei sich die Symptome einer PTBS chronifizieren und mindestens zwei Jahre anhalten (ebd.: 9).

Einer Traumaerfahrung kann Symptome in psychischer, physischer oder psychosozialer Form auslösen. Sie zeigt sich beispielsweise durch Verlust an Lebensfreude, Gleichgültigkeit, verminderte Anteilnahme am sozialen Leben, Schlafstörungen, übermässige Ängste, Aggressionen oder Zwangs- und Konzentrationsstörungen (ebd.: 3f). Eine Traumaerfahrung kann zudem Gefühle von Ohnmacht, Schutzlosigkeit und Kontrollverlust auslösen und das Vertrauen in sich selbst sowie die Wahrnehmung der Welt nachhaltig erschüttern (Münger 2018: 17f).

Folgen

Menschen mit frühen traumatischen Erfahrungen zeigen oft eine gesteigerte Stressreaktion im späteren Leben. Dies führt zu einem erhöhten Risiko für Angststörungen, Depressionen und Posttraumatischen Belastungsstörungen, aber auch für körperliche Erkrankungen wie Herzerkrankungen oder chronische Entzündungen (Clemens 2022: 6f).

Traumafolgen bei Kindern

Bei Kindern mit traumatischen Erfahrungen kann die gestörte Cortisolreaktion zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen und somit das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. Studien belegen, dass es dabei nicht entscheidend ist, ob die Kinder selbst Gewalt erfahren haben oder Beobachtende eines Gewaltereignisses waren (ebd.: 3).

Im Kontext häuslicher Gewalt

Hier werden die oben genannten objektiven Einflussfaktoren erneut angetroffen. Die bereits erwähnte Gewaltspirale verdeutlicht in diesem Zusammenhang die fortwährende Dauer der Misshandlungen. Zudem kann die emotionale Nähe zur gewalttätigen Person, wie sie in diesen Situationen typischerweise besteht, die Traumafolgen verstärken. Dadurch sind Gewaltopfer einem höheren Risiko ausgesetzt, negative Langzeitfolgen zu entwickeln (Schmid 2012: 47). Folgen häuslicher Gewalt können Jahre nach der Trennung fortbestehen und traumatische Erinnerungen auslösen. Gewalterfahrungen können Misstrauen fördern, das Verständnis von Nähe und Distanz verzerren sowie den Bezug zum eigenen Körper beeinträchtigen. Dadurch wird die künftige Beziehungsgestaltung und die Entwicklung gesunder Bindungsmuster oft

negativ beeinflusst (ebd.).

2.3.2 Resilienz

In Anlehnung an Emmy Werner (2011: 33) wird unter Resilienz die Widerstandskraft oder Belastbarkeit in Lebenskrisen verstanden. Also die Fähigkeit mit Stress umzugehen, sich an neue Bedingungen anzupassen und längerfristig gesund zu bleiben. Personen mit hoher Resilienz sind demnach robuster gegenüber Traumafolgen und psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. Sie gehen teilweise sogar gestärkter aus einer belastenden Situation hervor. Dabei spielen schützende Faktoren eine entscheidende Rolle.

"Schützende Faktoren verbessern die Reaktion eines Individuums auf schädigende Ereignisse, so dass seine Anpassung erfolgreicher ist als sie es wäre, wenn keine schützenden Faktoren gegeben wären." (ebd.).

Es wird davon ausgegangen, dass ein Teil der Resilienz angeboren ist, ein erheblicher Teil aber im Laufe der Kindheit und des Lebens erworben werden kann. Somit ist Resilienz keine Charaktereigenschaft sondern eine Kompetenz, die trainierbar ist (ebd., SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.). Zu diesen Schutzfaktoren gehören:

- Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen
- ein realistisches Selbstbild
- ein stabiles soziales Umfeld
- Akzeptanz der Situation und Mut darüber zu sprechen
- Optimismus
- Zukunftsorientierung
- Lösungsorientierung

(SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.).

In der Kauai-Längsschnittstudie wurde die Entwicklung von Kindern, mit Beginn in der Schwangerschaft, auf ihre biologischen und psychosozialen Risikofaktoren, sowie auf ihre Schutzfaktoren untersucht. Gemäss Werner (2011: 37) stellte sich heraus, dass resiliente Kinder folgende Voraussetzungen vorwiesen, die Parallelen zu den eben erwähnten schützenden Faktoren aufzeigen:

- eine Bezugsperson, von der sie positive Aufmerksamkeit bekamen
- Emotionale Unterstützung ausserhalb der Familie
- Teilnahme an auserschulischen Aktivitäten
- Glaube und Gebet
- Erkennen eines Lebenssinns

- ein selbst erzeugtes soziales Netzwerk
- eine optimistische Grundhaltung

Aus einem Fernsehbeitrag von SRF Puls aus dem Jahr 2024 geht hervor, dass das soziale Umfeld eine der grössten Determinanten ist. Es wird ausserdem berichtet, dass Kinder Herausforderungen selbst meistern müssen, um ihre Resilienz zu entwickeln und zu stärken. Klare Werte, die von den Eltern vermittelt werden, können diesen Prozess bestärken. Die Psychologin und Resilienzexpertin Jana Strahler spricht auch von Resistenz und Regeneration. Ihrer Ansicht nach ist die Selbstregulation dabei ein zentraler Mechanismus. Also die Kompetenz, Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen zu steuern und an die jeweilige Situation anzupassen (SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.). Doch genau diese Fähigkeit fehlt den Opfern von häuslicher Gewalt. Denn wie in der FACE-Studie bereits erwähnt wurde, neigen Personen, die von belastenden Kindheitserinnerungen geprägt sind, zu eingeschränkten Fähigkeiten der Selbstregulation und Stressbewältigung zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und geringen sozialen Funktionsfähigkeiten. Es spricht also vieles dafür, dass deren Resilienz abgeschwächt ist und sie über weniger Schutzfaktoren verfügen, was wiederum einen direkten Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit hat. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die Resilienz von Betroffenen zu stärken (Brodbeck et al. 2024: 2f).

3 Konzeptentwicklung

Die Entwicklung eines Handlungskonzepts am Kantonsspital orientiert sich am Projektphasenmodell nach Gächter. Dieses Modell bietet einen strukturierten Rahmen für ein systematisches Vorgehen in Projekten. Es kann abhängig von der Art und Komplexität des Projekts flexibel angepasst und als Orientierungshilfe genutzt werden (Gächter 2015: 9). Die nachfolgende Darstellung illustriert die Phasengliederung entsprechend diesem Modell. Auf der ersten vertikalen Ebene sind die Phasen nach Gächter dargestellt, auf der zweiten Ebene deren Inhalte und auf der dritten Ebene konkrete Massnahmen zur Umsetzung im KSB, die in diesem Kapitel näher erläutert werden.

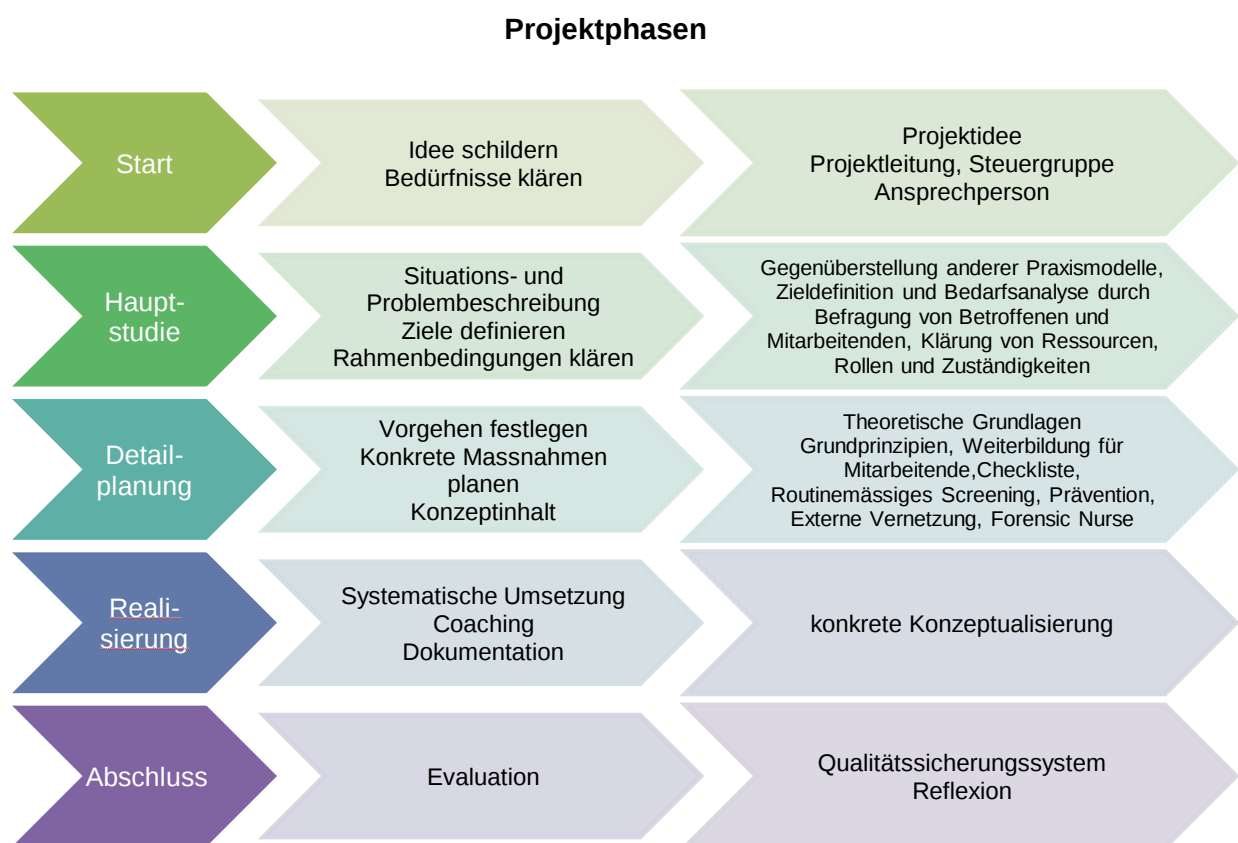


Abb. 10: Projektphasen (eigene Darstellung in Anlehnung an: Gächter 2015: 62)

Im Rahmen dieses Kapitels werden unterschiedliche Begriffe wie Konzept, Praxismodell, Leitfaden, Wegleitung und Checkliste verwendet. Um Missverständnissen vorzubeugen, sollen diese im Folgenden kurz erläutert und voneinander abgegrenzt werden. Die folgenden Begriffserklärungen basieren auf dem in dieser Arbeit zugrunde gelegten Verständnis und dienen der Klarheit der weiteren Ausführungen.

- Konzept: oder Handlungskonzept, welches die übergeordnete Idee oder Strategie zum Umgang mit häuslicher Gewalt im Spital beschreibt. Es umfasst die Zielsetzungen,

Grundsätze und strukturellen Rahmenbedingungen.

- **Praxismodell:** Sie dienen als orientierende Hilfsmittel und bieten einen Überblick über empfohlene Vorgehensweisen und Handlungsanweisungen.
- **Leitfaden oder Wegleitung:** werden synonym verwendet. Die Begriffe werden insbesondere von jenen Institutionen verwendet, deren Praxismodelle in dieser Arbeit verglichen werden.
- **Checkliste:** stellt ein praxisnahes Instrument dar, das eine strukturierte und systematische Abarbeitung relevanter Punkte ermöglicht, zum Beispiel bei Akutsituationen.

Diese Begriffe werden im Folgenden je nach Kontext verwendet, wobei das Handlungskonzept als übergeordneter Rahmen verstanden wird, innerhalb dessen Praxismodelle, Leitfäden, Wegleitungen und Checklisten als unterstützende Elemente Anwendung finden.

3.1 Start-Phase

In der Start-Phase des Projekts werden in einem ersten Schritt bestehende Optimierungspotenziale erfasst. Darüber hinaus werden personelle Entscheidungen getroffen, insbesondere hinsichtlich der Ernennung einer Projektleitung und der Bildung einer Projektgruppe (ebd.: 10).

3.1.1 Projektidee

Häusliche Gewalt ist weit verbreitet und oft schwierig zu erkennen. Falls sich Betroffene Hilfe holen, geschieht dies in erster Linie aufgrund von Verletzungen oder Beschwerden in der Notaufnahme eines Krankenhauses. Aufgrund von Scham und Angst wird ein Spital häufiger aufgesucht als die Polizei oder eine Beratungsstelle (Truninger 2010: 181). Als erste Ansprechperson sollten Mitarbeitende des Gesundheitswesens daher in der Lage sein, subtile Hinweise zu erkennen und kompetent darauf zu reagieren (Flury 2010: 123f). Doch wie bereits in der Einleitung beschrieben, besteht in diesem Bereich am KSB Verbesserungspotential. Diese Beobachtungen sind jedoch nicht ausschliesslich im KSB anzutreffen, sondern zeigen sich auch in anderen Institutionen. Häusliche Gewalt stellt in zahlreichen Organisationen ein marginalisiertes Thema dar, wodurch häufig unklar bleibt, wer dafür Verantwortung trägt, weshalb in der Regel keine internen Handlungsrichtlinien existieren. In der Folge kommt es nicht selten zu einer unnötigen Delegation an externe Fachstellen (Greber 2010: 178f). Diese Hintergründe machen den Bedarf eines Handlungskonzeptes deutlich.

3.1.2 Projektleitung

Zu Beginn der Konzeptentwicklung sollte eine Projektgruppe zusammengestellt und eine

Projektleitung benannt werden. Fachpersonen aus den Bereichen Gynäkologie, Pflege, Soziale Arbeit und Rechtswissenschaften sollten vertreten sein. Dabei ist zu berücksichtigen, ob die betreffenden Personen aus dem bestehenden Personal stammen und somit mit den betrieblichen Strukturen vertraut sind. In diesem Fall übernehmen sie die zusätzlichen Aufgaben neben ihren regulären Tätigkeiten. Alternativ können auch Fachkräfte aus dem Qualitätsmanagement oder einer externen Institution eingesetzt werden (Bänziger et al. 2010: 269f).

3.2 Hauptstudie

In dieser Projektphase stehen die Problemdefinition, die Zielsetzung sowie die Klärung der Rahmenbedingungen im Fokus (Gächter 2015: 14f). Zu diesem Zweck wird zunächst die aktuelle Situation im Kantonsspital erfasst, um den Bedarf für die Entwicklung eines Handlungskonzepts fundiert zu begründen. Im Rahmen der Hauptstudie werden zwei Praxismodelle aus anderen Organisationen analysiert und vergleichend gegenübergestellt.

3.2.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Einführung in die Organisation

Das Kantonsspital stellt als Akutspital die erste medizinische Anlaufstelle für die Bevölkerung im östlichen Teil des Kantons Aargau dar. Es beschäftigte im Jahr 2024 rund 3674 Mitarbeitende und versorgte 22'922 Patientinnen und Patienten stationär (Gisler/David/Martin 2025: 3).

Das Care Management ist übergeordnet, im Auftrag der Spitalleitung tätig, und organisatorisch dem Departement Pflege angegliedert. Das Team des Care Management setzt sich aus einer Teamleitung und 17 Mitarbeitenden zusammen, welche auf die Bereiche Medizin, Chirurgie, Dialyse und Frauen- und Kinderklinik aufgeteilt sind. Sie alle verfügen über eine pflegerische Grundausbildung; teilweise sind zudem Personen mit Weiterbildungen im Case Management oder mit tertiären Abschlüssen in Fachgebieten wie Ethik, Geriatrie oder Sozialer Arbeit vertreten.

Auftrag und Funktion

Zu den Aufträgen des Care Management zählt in erster Linie die Unterstützung beim Austrittsmanagement mit dem Ziel, eine für stationäre Patientinnen und Patienten passende Anschlusslösung zu finden. Wie in der Einleitung zuvor dargelegt, gehört zu den Funktionen des Care Managements seit März 2024 die psychosoziale Beratung von stationären und neu auch ambulanten Patientinnen und Patienten der Pädiatrie, Neonatologie und der Geburtshilfe. Das Ziel des Care Managements ist, eine möglichst hohe Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen, dem Behandlungsteam und externen nachsorgenden

Institutionen zu erreichen. Zudem sollen die von den Krankenkassen vorgegebene Verweildauer gemäss Fallpauschalensystem eingehalten und ungeplante Rehospitalisierung vermieden werden, was für einen erhöhten Zeitdruck sorgt «siehe Anhang A» (Genner 2024: 1f).

Die Mitarbeitenden des Care Managements halten sich bei ihrer Tätigkeit an verschiedene Arbeitsprinzipien wie an den Regelkreis des Case Managements, die Förderung der Selbstbestimmung und die Einhaltung der Schweigepflicht. Die Beratung findet meist im freiwilligen oder halbfreiwilligen Setting statt, denn das Care Management erhält seine Aufträge einerseits vom Behandlungsteam und andererseits von den Patientinnen und Patienten direkt beziehungsweise von deren Angehörigen. Anmeldungen können schriftlich per Mail oder mündlich beispielsweise auf der Visite oder per Telefon stattfinden. Das Team geht zudem proaktiv vor, indem die Stationen im Rahmen des Eintritts geprüft werden. Bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen übernimmt das Care Management eine fallführende Funktion. Dabei stehen die Kooperation und Verhandlung mit allen beteiligten Parteien im Vordergrund. In einem interdisziplinären Dokumentationssystem werden die einzelnen Massnahmen dokumentiert und die Planung der Anschlusslösung festgehalten «siehe Anhang B». Finanziert wird das Care Management über die Fallpauschale der Krankenkasse, das heisst für die Klientel entstehen keine direkten Zusatzkosten (ebd.).

Aktuelle Herausforderung

Häusliche Gewalt ist ein schambehaftetes Thema, was selbst für das Gesundheitspersonal schwer anzusprechen ist. Die Sorge, mit der Reaktion von Betroffenen nicht umgehen zu können oder sie in einem bestätigten Verdachtsfall unangemessen zu beraten, ist gross (Bass 2016: 77). Eine Umfrage der Frauenklinik Maternité des Stadtsitals Triemli aus dem Jahr 2003 verdeutlicht, dass 71 % der befragten Mitarbeitenden einen signifikanten Bedarf an Fachwissen und klaren Handlungsanweisungen in Bezug auf das Thema häusliche Gewalt aufweisen (Bänziger et al. 2010: 247). Ein Opfer einer Vergewaltigung berichtet bei der Fernsehsendung Impact aus dem Jahr 2024 von gleichartigen Erfahrungen. Sie erzählt von der unsicheren Reaktion des Personals in der Notaufnahme, von dem sie sich erhoffte, professionelle Unterstützung zu erhalten. Sie fühlte sich nicht ernstgenommen, während sie zudem mit grossen Schuldgefühlen kämpfte. Sie hätte sich zu diesem Zeitpunkt mehr Stabilität und Konstanz gewünscht (Gähwiler 2024: o.S.).

Ähnliche Gegebenheiten lassen sich im Kantonsspital beobachten, denn Mitarbeitende berichten von vergleichbaren Unsicherheiten. Unglücklicherweise gelingt die Triage von betroffenen Patientinnen und Patienten zur Sozialarbeiterin des Care Managements in solchen Fällen nur bedingt, obwohl eine frühzeitige Weiterleitung entscheidend wäre, um eine adäquate Unterstützung sicherzustellen. Dies kann damit zusammenhängen, dass das Angebot des Care

Management auf der Frauen- und Kinderklinik erst seit rund einem Jahr besteht und bei vielen Fachpersonen in den Handlungsabläufen noch nicht verankert ist. Mögliche Ursachen sind aber auch krankenhausspezifische Spannungsfelder wie Zeitdruck, Hierarchien, unklare Zuständigkeiten, diffuse Rollenzuteilungen sowie Unklarheiten beim Anmeldeprozess und der Kommunikation «siehe Anhang B» (Feuz 2024: 1, Truninger 2010: 188).

Zudem kann die vorherrschende medizinische Fokussierung auf die körperliche Gesundheit dazu beitragen, dass psychosoziale Dimensionen im Versorgungsprozess unzureichend berücksichtigt werden (Truninger 2010: 188). In der Praxis des KSB zeigt sich dies in der seltenen systematischen Erfassung von Sozialanamnesen oder klinikübergreifenden Nebendiagnosen. Ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells nach Engel, wie es in Abbildung 11 dargestellt wird, ist in der institutionellen Praxis bislang kaum verankert. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Medizin und damit auch diagnostische Klassifikationssysteme wie die ICD-10, primär auf das Individuum und weniger auf systemische sowie normative Zusammenhänge konzentrieren. Ein Bewusstsein für diese dynamische Wechselwirkung zwischen Körper, Psyche und sozialer Situation ist jedoch essenziell, um multifaktorielle Probleme in ihrer gesamten Komplexität zu erfassen und adäquate Unterstützung zu gewährleisten (Wälte 2021a: 101-103).

Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell

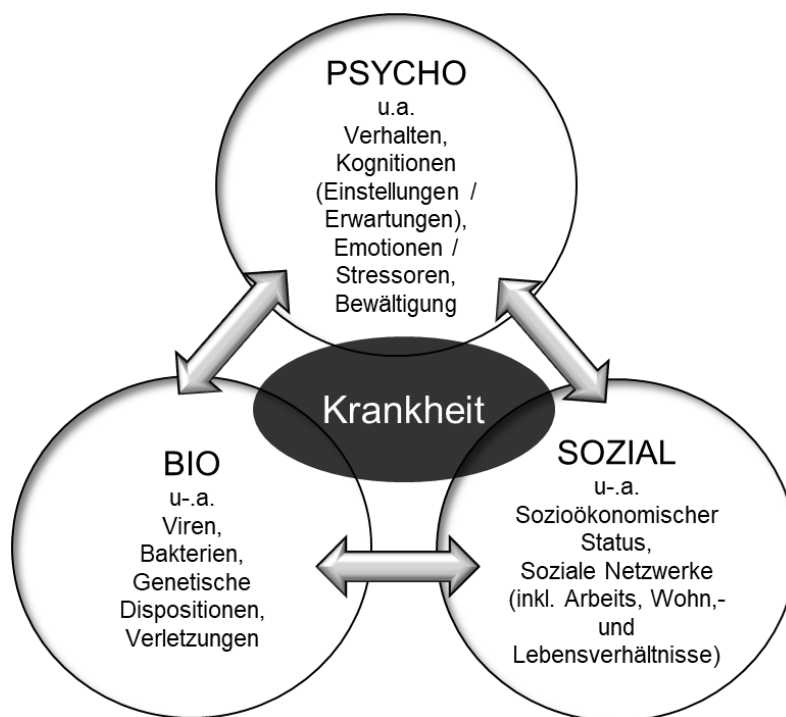


Abb. 11: Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell (in: Universität Augsburg 2025: o.S, modifiziert nach Engel:1977)

3.2.2 Gegenüberstellung zweier Praxismodelle

Beim Auswahlprozess der Praxismodelle wurde der Fokus darauf gerichtet, dass sowohl soziale als auch medizinische Perspektiven vertreten sind, damit sie einander gegenübergestellt werden können. Wegleitung A stammt von der Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement Luzern aus dem Jahr 2017, während Leitfaden B von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahr 2009 entwickelt wurde.

Wegleitung A

"Wenn Patientinnen und Patienten von häuslicher Gewalt betroffen sind – Informationen für Ärztinnen, Ärzte und Fachpersonen im Gesundheitsbereich für den Umgang mit gewaltbetroffenen Personen" von der Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement

Wegleitung A geht anfangs auf die Verbreitung von häuslicher Gewalt in der Schweiz ein. Sie beinhaltet eine kurze Definition und nennt das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Opfer und der tatusübenden Person. Die bedeutende Rolle des medizinischen Personals als primäre Ansprechperson, wie bereits festgestellt, wird hervorgehoben. Im Dokument wird erklärt, dass die Art und Weise, wie das Gesundheitspersonal betroffene Personen auf die häusliche Gewalt anspricht, enorm wichtig ist, denn dies hat Einfluss auf den weiteren Verarbeitungsprozess. Die Fähigkeit einer sensiblen und einfühlsamen Gesprächsführung wird in diesem Zusammenhang als förderlich beschrieben. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass die medizinischen und pflegerischen Mitarbeitenden nicht für die Bewältigung der häuslichen Gewalt verantwortlich sind. Es folgt eine Auflistung von somatischen und psychischen Indikatoren sowie "Red Flags", die auf häusliche Gewalt hinweisen können (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 2–4):

"Red Flags"

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*
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"

(Hagemann-White/Bohne 2003 zit. nach Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 4f).

Des Weiteren wird auf konkrete Handlungsansätze eingegangen, wie das Auslegen und Abgeben von Informationsmaterial, um zu zeigen, dass häusliche Gewalt ein präsent Thema ist. Auch Hinweise zum professionellen Verhalten werden gegeben, wie zum Beispiel, Betroffene nur auf die Problematik anzusprechen, wenn keine Angehörigen anwesend sind, damit sich die Situation zu Hause nicht verschärft. Weitere Verhaltensregeln, wie das Zeigen von Respekt und Verständnis oder das genaue Erklären der einzelnen Untersuchungsschritte werden erläutert, um den betroffenen Personen Sicherheit zu vermitteln. Damit die Autonomie der Opfer gefördert werden kann, sollen die Schweigepflicht, rechtliche Möglichkeiten und selbstbestimmte Entscheidungsfähigkeit betont werden. Von vorschnellen Ratschlägen wird abgeraten. Danach folgen Erklärungen zur Relevanz der Dokumentation und Hinweise zu Dokumentationsvorlagen. Ausserdem wird auf selbstreflexive Kompetenzen hingewiesen, insbesondere auf das Hinterfragen von Vorurteilen und Beachten der eigenen Grenzen (ebd.: 5–7). Am Ende werden verschiedene Fachstellen und deren Kontaktangaben aufgelistet (ebd.: 8).

Leitfaden B

"Leitfaden Häusliche Gewalt – Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen" von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Dieses Dokument ist das Resultat einer Kooperation von Gynäkologinnen und Gynäkologen aus verschiedenen Regionen der Schweiz, die sich zum Ziel gesetzt haben, die medizinische Betreuung gewaltbetroffener Frauen zu optimieren. Der Leitfaden basiert auf den empirischen Studien aus dem Jahr 2003, wobei Befragungen von Gewaltbetroffenen sowie Mitarbeitenden aus der Gynäkologie stattgefunden haben (Bass et al. 2009: 4). Auch dieser Leitfaden von gynécologie suisse leitet mit einem Editorial, welches von Statistiken zum Ausmass der Betroffenen berichtet, in die Thematik ein. Hier wird bereits das erste Mal darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig die Früherkennung von entsprechenden Symptomen ist, um langandauernde Fehlbehandlungen zu vermeiden. Darauf wird in diesem Leitfaden immer wieder hingewiesen (ebd.: 4,5,8). Als nächstes folgt eine ausführliche Begriffsdefinition, wobei die unterschiedlichen Formen von Gewalt erklärt werden. Es wird auf das Machtungleichgewicht, die Gewaltspirale und die Involvierung von Kindern eingegangen (ebd.: 6f). Die Perspektive der Opfer wird dargestellt und ihr Verhalten wird erklärt. Dazu zählt die Schwierigkeit, Grenzen wahrzunehmen, da sie es gewohnt sind, dass diese überschritten werden. Ebenso können ein

Abgeben von Verantwortung und überhöhte Erwartungen entstehen, da Gewaltopfer aufgrund der erlebten Fremdbestimmung häufig glauben, keinen Einfluss auf die Situation zu haben. Begleitet wird dieses Verhalten oft von ambivalenten Reaktionen. Auch in diesem Leitfaden wird von einer professionellen Haltung, die aus Offenheit, Respekt und Akzeptanz besteht, gesprochen. Es wird betont, dass eine angemessene Betreuung betroffener Personen kein umfassendes Expertenwissen erfordert. Vielmehr genügen Sensibilität für die Anzeichen, Kenntnisse über Anlauf- und Beratungsstellen sowie das Bewusstsein für die persönlichen Grenzen (ebd.: 8f). Als Verhaltensgrundsätze werden Punkte wie aktives, achtsames Nachfragen ohne Bagatellisierung (ebd.: 5) oder das Unterstützen ohne zu bevormunden genannt (ebd.: 8). Des Weiteren werden im Leitfaden Massnahmen beschrieben, die vermieden werden sollten. Darunter insbesondere das Aufnehmen von Kontakt mit der tatau-führenden Person oder weiteren Fachpersonen, ohne vorherige Rücksprache mit dem Opfer. Dazu zählt auch das Vermeiden von kritischem Hinterfragen, Bewertungen sowie das unnötige Wiederholen der Beschreibung des Tatvorgangs. Konkret werden auch Massnahmen für Akutsituationen empfohlen, darunter die Schaffung einer sicheren Atmosphäre, was das Einplanen von genügend Zeit beinhaltet sowie die Anerkennung des Mutes der Betroffenen (ebd.: 9). Im Weiteren wird die Signifikanz der Gesprächsführung hervorgehoben, da häusliche Gewalt ein mit Schamgefühl besetztes Thema ist, worüber Betroffene nicht gerne sprechen. Ein gezieltes Vorgehen in diesem Zusammenhang könnte das „Screening“ sein, bei dem im Rahmen des gynäkologischen Anamnesegesprächs routinemässig alle Patientinnen zu Erfahrungen mit häuslicher Gewalt befragt werden. Es wird betont, dass die Art und Weise, wie diese Frage in das Gespräch integriert wird, entscheidend ist. Einerseits soll die Frage nicht im Beisein von Bezugspersonen gestellt werden, da viele Opfer aus Angst vor den Konsequenzen sich nicht ehrlich äussern würden. Andererseits soll der Grund für die Frage erklärt und auf die Häufigkeit des Problems hingewiesen werden (ebd.: 10). Hier ein Beispiel einer solchen Screening-Frage:

"Studien in der Schweiz zeigen, dass jeder vierten Frau im Laufe ihres Lebens Häusliche Gewalt wie Respektlosigkeit, Demütigungen oder gar körperliche oder sexuelle Gewalt widerfährt. Da dies so häufig vorkommt, stelle ich allen Frauen die Frage, ob auch sie davon betroffen sind." (ebd.)

Weiter werden in diesem Leitfaden (ebd.: 11f) die Symptome genauer beschrieben und in verschiedene Bereiche aufgeteilt:

- allgemeine körperliche Symptome
- physische Symptome im Genitalbereich
- gynäkologische psychosomatische Beschwerden
- spezifische sexuelle Symptome

- allgemeine Situationen und Verhaltensweisen
- allgemeine psychosomatische Symptome

Auch auf die besonderen Herausforderungen von Migrantinnen wird eingegangen, ähnlich wie sie in dieser Arbeit in Kapitel 2.2.3 beschrieben werden. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede in den Wertvorstellungen und starke Abhängigkeitsverhältnisse erfordern das Gespräch mit den Betroffenen unter vier Augen zu suchen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei Verdacht auf häusliche Gewalt im Migrationskontext zwingend eine neutrale Übersetzungsperson hinzugezogen werden soll. Eine geschützten Umgebung, wie sie bei einer gynäkologischen Untersuchung vorbesteht, bietet eine gute Gelegenheit, offen sprechen zu können (ebd.: 13).

Im Anschluss folgen einige Bemerkungen zur Dokumentation. Es wird darauf hingewiesen, dass die Dokumentation ein entscheidendes Beweismittel in strafrechtlichen Verfahren sein kann. Für die Befragung und Untersuchung muss immer das Einverständnis des Opfers eingeholt werden. Eine präzise Erklärung der einzelnen Untersuchungsschritte wird hier gefordert. Fotografien und Abstriche können die Spurensicherung ergänzen. Es wird vom Interpretieren der Befunde abgeraten. Zur Orientierung verhelfen die Vorgaben der kantonalen Rechtsmedizin (ebd.: 14). Auf Seite 16 des Leitfadens befindet sich eine Checkliste, bei der die wichtigsten Punkte nochmals kurz zusammengefasst sind (ebd.: 16). Im Weiteren folgen Grundsätze für das ärztliche Personal und Anmerkungen zur rechtlichen Situation (ebd.: 24–26). Schlussendlich werden im Anhang unterschiedliche Dokumente wie Vorlagen, Hinweise zu strafrechtlichen Massnahmen und eine nach Kantonen geordnete, ausführliche Liste mit Anlauf- und Beratungsstellen zur Verfügung gestellt (ebd.: 17–45).

Vergleich

Während Wegleitung A insgesamt acht Seiten umfasst, liegt der Umfang von Leitfaden B bei 46 Seiten. Dies führt zum Vorteil, dass Wegleitung A, wie eine Art Checkliste, einen schnelleren Überblick verschafft. Leitfaden B beinhaltet hingegen verschiedene Arbeitshilfen und Vorlagen. In Wegleitung A werden wichtige Aspekte im Umgang mit häuslicher Gewalt kurz beschrieben, doch es wird kaum auf theoretische Hintergründe, wie die Gewaltspirale eingegangen. Dies ist jedoch für ein systemisches Verständnis der Komplexität von häuslicher Gewalt und deren Entstehung unumgänglich. Der Leitfaden der Gynäkologie und Geburtshilfe geht detaillierter auf solche Punkte wie die unterschiedlichen Gewaltformen oder den Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und gesundheitlichen Symptomen ein (ebd.: 5). Er ist deutlich ausführlicher als die Wegleitung der Gewaltprävention, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass der bio-psycho-sozialen Sichtweise im medizinischen Kontext mehr Relevanz zugesprochen wird. Daher lässt sich Leitfaden B eher als übergeordnetes Handlungskonzept

denn als eine blosse Checkliste interpretieren.

Leitfaden B fokussiert vorwiegend Patientinnen aus der Gynäkologie, doch lassen sich viele Aspekte auf gewaltbetroffene Personen im Allgemeinen übertragen.

Beide Dokumente gehen auf die Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung durch das Gesundheitspersonal ein. Sie geben konkrete Beispiele für hilfreiche Handlungsoptionen, Verhaltensweisen die vermieden werden sollten und Hinweise zur professionellen Haltung (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 5f, Bass et al. 2009: 8f). Die Bemerkung, dass das Gesundheitspersonal nicht für die Bewältigung des Problems verantwortlich ist, scheint relevant und sinnvoll. Damit wird die Befürchtung verringert, Fehler zu begehen und der Druck gemindert, eine sofortige Lösung liefern zu müssen (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 3). Auch der Hinweis, sich mit den eigenen Grenzen auseinander zu setzen, wird in beiden Wegleitungen namentlich aufgeführt, was auf die hohe emotionale Belastung hinweist (ebd.: 7, Bass et al. 2009: 8).

In Leitfaden B wird versucht, die Sichtweise und Verhaltensmuster der Opfer nachvollziehbar zu erklären, was für ein systemisches Verständnis spricht (ebd.: 8).

Es wirkt unvorteilhaft, dass auf psychologische Unterstützung nur in Leitfaden B und allein bei Personen mit vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen eingegangen wird (ebd.: 14). Aufgrund des Traumatisierungsrisikos sollte dies jedoch allen Betroffenen angeboten werden.

Dass weder die Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement noch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe auf die Prävention eingehen, stellt ein Optimierungspotential dar. Einzig im Leitfaden B werden unter den vorbeugenden Massnahmen die "Pille danach" und die HIV-Prophylaxe genannt (ebd.: 15). Dies sind jedoch Massnahmen, die nicht der Verhinderung häuslicher Gewalt selbst dienen, sondern lediglich medizinische und psychische Folgen sexueller Gewalt eindämmen.

3.2.3 Bedarfsanalyse und Zieldefinition

Für die Zieldefinition ist die Durchführung einer Bedarfsanalyse mit dem Gesundheitspersonal des KSB sinnvoll, um deren Bedürfnisse und Erwartungen zu erfassen. Dabei sollen Pflegendе, Hebammen, Ärzteschaft aber auch andere interdisziplinäre Bereiche wie beispielsweise die Rechtsabteilung miteinbezogen werden. Sie sollen darüber Auskunft geben, in welchen Bereichen sie Unsicherheiten empfinden und wo sie Optimierungsbedarf sehen. Ebenso scheint eine Befragung der Betroffenen angezeigt. Ihre persönlichen Erfahrungen sollten erfasst und Behandlungs- und Beratungsansätze, die als unterstützend beziehungsweise als hinderlich empfunden worden sind, eruiert werden. Eine solche Bedarfsanalyse kann anhand von schriftlichen Fragebögen, einer Online-Umfrage oder im Rahmen eines persönlichen

Interviews erfolgen (Bänziger et al. 2010: 271). Oder es wird auf bereits vorhandene Ergebnisse von Befragungen oder Statistiken zurückgegriffen, wie die Statistik aus der Frauenklinik Maternité Inselhof Zürich von 2003 (ebd.: 247–249). Ein Austausch mit externen Fachstellen wie Opferberatung, Polizei oder Frauenhäusern könnte ebenso sein, um von deren Erfahrungen zu profitieren (ebd.: 272).

3.2.4 Klärung der Ressourcen

Im nächsten Schritt folgt die Klärung der internen Ressourcen. Das Gesundheitspersonal benötigt ausreichend Zeit sowie geeignete Räume, um ungestörte Einzelgespräche mit den Betroffenen führen zu können. Ebenso wichtig sind Austauschformate wie Fallbesprechungen, damit Fachkräfte die emotional belastenden Situationen, denen sie im beruflichen Alltag ausgesetzt sind, erfolgreich verarbeiten können (Truninger 2010: 194).

3.2.5 Rollen und Zuständigkeiten

Es ist sinnvoll eine verantwortliche Person oder Gruppe zu benennen, die Ansprechperson für das Thema häusliche Gewalt ist. In diesem Zusammenhang sind Regeln für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu definieren. Es soll festgelegt werden, wann der Sozialdienst miteinbezogen wird. Wichtig ist, dass sich die Mitarbeitenden bewusst sind, Entscheidungen nicht alleine treffen zu müssen und Unterstützung aus dem Team anfordern zu können. Zudem könnten regelmässige interdisziplinäre Besprechungen über komplexe Fallsituationen an interdisziplinären Rapporten stattfinden (Truninger 2010: 193f).

3.3 Detailplanung

In der Projektphase der Detailplanung erfolgt die systematische Ausarbeitung von Aufgaben (Gächter 2015: 20). Basierend auf den bisherigen Analysen sowie dem Vergleich der beiden Praxismodelle werden konkrete Massnahmen und inhaltliche Schwerpunkte für die Entwicklung eines Umsetzungskonzepts im KSB abgeleitet.

3.3.1 Theoretische Grundlagen

Theoretische Aspekte, etwa zu Gewaltformen oder zur Gewaltspirale, wie sie in Kapitel 2 dargestellt wurden, bilden eine wesentliche Grundlage für die wissenschaftliche Fundierung eines Handlungskonzept (Truninger 2010: 191f).

3.3.2 Grundprinzipien

Um das Ziel einer gemeinsamen internen Haltung zu verfolgen und dem Gesundheitspersonal mehr Sicherheit zu vermitteln, müssen Grundprinzipien in einem Konzept verankert sein (ebd.: 193). Zentrale Elemente hierbei sind Vertraulichkeit, Wertschätzung, Respekt, Empowerment

sowie eine klare Haltung gegenüber Gewalt (ebd.: 191f, Fausch/Wechlin 2010: 211f) worauf in Kapitel 4.2 noch vertiefend eingegangen wird.

3.3.3 Weiterbildung für Mitarbeitende

Dazu gehören regelmässige Schulungen, Weiterbildungen oder Fachreferate an Teamsitzungen. Neben fachlichen und methodischen Kompetenzen sollen auch normative Aspekte, wie ethische Prinzipien und gesellschaftliche Erwartungen im Umgang mit Betroffenen, berücksichtigt werden. Theoretisches Hintergrundwissen, das Erkennen von Anzeichen, Screening-Fragen, Diagnostik, Gesprächsführung oder das Erstellen einer Sozialanamnese könnten Inhalte solcher Schulungen sein. Die Wissensinputs könnten von internen Experten der Sozialen Arbeit, der Psychologie oder der Gynäkologie durchgeführt werden. Es könnten aber auch externe Fachpersonen zum Beispiel von der Fachstelle "sexuelle Gesundheit" oder die Polizei eingeladen werden. Zuvor sollten Zielgruppen und Teilnahmebedingungen definiert werden (Bänziger et al. 2010: 257f). Im KSB ist dazu mit den Leitungen der unterschiedlichen Klinikbereichen, insbesondere mit der Leitung der Frauen- und Kinderklinik, sowie der Abteilung für Fort- und Weiterbildung Kontakt aufzunehmen, um die Rahmenbedingungen für solche Schulungen zu klären.

3.3.4 Checkliste für Akutsituationen

Um in Situationen häuslicher Gewalt handlungsfähig zu bleiben, sollen sich Mitarbeitende rasch einen Überblick über die wichtigsten Punkte verschaffen können. Eine Checkliste, wie sie in Wegleitung B aufgeführt ist, die klare Handlungsanweisungen für die Praxis gibt (Bass et al. 2009: 16), würde vermutlich von den Mitarbeitenden des KSB begrüsst werden. Sie soll kurz und prägnant sein, denn die Zeitressourcen im Akutspital sind erfahrungsgemäss begrenzt und ausführliche Handlungskonzepte werden selten im Detail gelesen. Textliche Hervorhebungen, wie sie in Wegleitung A gekennzeichnet sind, könnten für einen guten Überblick übernommen werden. Zu Beginn der Checkliste sollte die zuständige interne Fachstelle oder Ansprechperson mit Kontaktangaben aufgeführt sein, sei dies das Care Management, eine Fachperson aus der Sozialen Arbeit oder eine Forensic Nurse.

Die folgenden Punkte zeigen den Inhalt einer potentiellen Checkliste (ebd.: 16):

- Erkennen und Ansprechen
- Untersuchung und Anamnese
- Dokumentation
- Sicherheit und Unterstützung gewährleisten

Die Auflistung von "Red Flags" wie in Wegleitung A (Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement 2017: 4f) und Massnahmen für Akutsituationen, sowie empfohlene

Vermeidungen, wie sie in Leitfaden B beschrieben sind (Bass et al. 2009: 9), werden aufgrund ihrer konkreten Formulierung als besonders praktisch erachtet. Das Verfassen von konkret formulierten Beispielsätzen, um Betroffene bei Verdacht auf häusliche Gewalt einfacher anzusprechen, scheint hilfreich zu sein (Fausch/Wechlin 2010: 208f). Solche Beispielsätze könnten in Form einer Kittelkarte allen Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung gestellt werden. Am Ende der Checkliste sollten die wichtigsten Beratungs- und Fachstellen der Region mit den Kontaktdaten aufgeführt sein.

3.3.5 Routinemässiges Screening

Auch das routinemässige Screening, wie es in Leitfaden B vorgestellt wird, scheint ein nützliches Modell, um Fälle von häuslicher Gewalt frühzeitig zu erkennen. Um diese Massnahme im Konzept des KSB aufzunehmen, könnte die Projektgruppe sie der ärztlichen und pflegerischen Leitung an einer regelmässig stattfindenden Sitzung zur Qualitätsprüfung vorstellen (Bänziger et al. 2010: 272f).

3.3.6 Prävention

Für eine effektive Bekämpfung von häuslicher Gewalt ist die Prävention ein wesentlicher Aspekt (Haeberli Leugger 2010: 162). Entsprechend sollte sie integrativer Bestandteil eines Handlungskonzepts im Spital sein. Dieses Kapitel widmet sich daher präventiven Massnahmen im Kontext häuslicher Gewalt.

Gesellschaftliche Ebene

Um nachhaltig die Fallzahlen häuslicher Gewalt zu reduzieren, muss die Bevölkerung auf deren Ausmass aufmerksam gemacht werden. Das strukturelle Machtungleichgewicht zwischen den Geschlechtern stellt einen zentralen Einflussfaktor bei häuslicher Gewalt dar. Forschungsergebnisse belegen, dass häusliche Gewalt mehrheitlich von Männern ausgeübt wird, während Frauen überwiegend die Opferrolle einnehmen. Die Förderung der Geschlechtergleichstellung gilt daher als eine der wirksamsten Strategien zur Prävention häuslicher Gewalt (Greber 2010: 180).

Kinder und Jugendliche

Gemäss FACE-Studie von 2024 scheinen Präventionsmassnahmen insbesondere in der frühen Kindheit sinnvoll, um die Resilienz zu fördern und negative Kindheitserfahrungen von Beginn an zu vermeiden. Dies erfordert die Mitwirkung der Eltern, die nicht immer gewährleistet ist (Brodbeck et al. 2024: 2). Darum erhalten Schulen in diesem Kontext eine zentrale Rolle. Die Istanbul Konvention schreibt in Artikel 14 vor, dass die Vertragsparteien Massnahmen treffen, um Lehrmittel zu Themen wie Chancengleichheit, Aufhebung von Rollenzuschreibung, gegenseitigem Respekt und gewaltfreier Konfliktlösung in Lehrpläne aufzunehmen. Um die

Inhalte niederschwellig an die junge Zielgruppe zu vermitteln, wird empfohlen, Fachstellen wie Opferberatungsstellen oder die Polizei in den Unterricht einzuladen. Die Auseinandersetzung mit solchen Themen sollte regelmässig in allen Schulstufen stattfinden. Zudem soll die Thematisierung dieser Prinzipien in ausserschulischen Bildungsstätten, Freizeitangeboten und Medien, wie Elternbildungskampagnen, gefördert werden (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG 2023: 8, Egger/Schär Moser 2008: 81).

Ein Forschungsteam der FACE-Studie richtet seinen Fokus eher auf die Prävention im Jugendalter, um einer ungünstigen Entwicklung der psychischen Gesundheit entgegenzuwirken. In dieser Lebensphase, geprägt vom Übergang ins Erwachsenenalter und wachsender Autonomie, gelingt die Distanzierung von maladaptiven familiären Strukturen möglicherweise besser. Gleichzeitig stellt dieser Lebensabschnitt eine sensible Phase dar, in der sich Probleme verfestigen oder sogar verschlimmern können. Risiken wie Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit oder ausfälliges Verhalten sind Folgen davon. Gezielte Interventionen können in dieser entscheidenden Phase besonders wirkungsvoll sein. Leider stehen jungen Erwachsenen im Gesundheits- und Sozialwesen nur begrenzte Unterstützungsangebote zur Verfügung, weshalb mit Hilfe der FACE-Interventionsstudie eine Selbsthilfe-App entwickelt wurde. Die App erfasst und fördert die Selbst- und Emotionsregulation, die sozialen Fähigkeiten sowie die soziale Informationsverarbeitung, um die Resilienz und das Wohlbefinden zu verbessern. Bei der Entwicklung wurde grossen Wert auf Niederschwelligkeit, Anonymität und Umsetzbarkeit im Alltag gelegt (Brodbeck et al. 2024: 2). Die App basiert auf kognitiv-behavioralen Prinzipien und bietet eine Toolbox mit psychoedukativen Materialien und Übungen für den Alltag in Form von Texten, Audiodateien und Videos an. Dabei wird die Zielgruppe zur Selbstreflexion, zur Veränderung von destruktiven Bewältigungsmustern und zum Erlernen neuer Fähigkeiten angeregt. Bei der Nutzung der App werden die Teilnehmenden von Professionellen der Psychologie oder der Sozialen Arbeit begleitet, die insbesondere auf positive Verstärkung setzen (ebd.: 6f).

Kantonale Ebene

Auch im Kanton Aargau werden von der zuständigen Fachstelle für Häusliche Gewalt verschiedene Präventionsprojekte zur Bekämpfung häuslicher Gewalt geplant und durchgeführt. Beispielsweise fördert sie die internationale Kampagne "16 Tage gegen Gewalt an Frauen" mit verschiedenen Aktionen. Die Kampagne findet jährlich vom 25. November, dem internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen, und dem 10. Dezember, dem Tag der Menschenrechte, statt. Während diesen Tagen werden zum Beispiel Podiumsdiskussionen und Theaterauftritte zum Thema durchgeführt oder Fachpersonen verteilen spezifisches Informationsmaterial in der Öffentlichkeit. Die Kampagne wird durch Berichterstattung von den Medien, etwa von SRF oder dem Tagesanzeiger, aufgegriffen. Im Jahr 2024 trug die Überschrift der Kampagne den Titel "Wege aus der Gewalt". Mit der Social-Media-Kampagne "Toxic Love" macht die

Fachstelle für Häusliche Gewalt weiter auf vermeintlich harmlose Situationen aufmerksam, um sie frühzeitig zu erkennen und besonders auf psychische Gewalt hinzuweisen. Die Fachstelle bietet auch Ausstellungen, sowie Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen und Eltern zu Themen wie Gewalt in der Jugendliebe oder im Alter an (Fachstelle Häusliche Gewalt 2025).

Gesundheitswesen

Doch was sind die Möglichkeiten eines Krankenhauses, um Präventionsarbeit zu leisten? Allein mit der Einführung eines Konzepts und der Schulung des Spitalpersonals findet eine Sensibilisierung statt. Das Auflegen von Informationsbroschüren und Aufhängen von Plakaten in Warteräumen und Eingangsbereichen macht darauf aufmerksam, dass dem Thema häusliche Gewalt eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird. Auch Notfallkarten, passend für das Portemonnaie, mit den wichtigsten Anlauf- und Beratungsstellen, sind hilfreich. Sie können diskret von Begleitpersonen mitgenommen werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Informationen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Um spezifisch Mitarbeitende zu sensibilisieren, wäre auch ein Beitrag in der Hauszeitschrift denkbar (Bänziger et al. 2010: 273). Im Rahmen eines Projekts oder einer Kampagne könnten auch Medienmitteilungen oder Informationsveranstaltungen für die lokale Bevölkerung durchgeführt werden (ebd.: 261f).

3.3.7 Externe Vernetzung

Die Zusammenarbeit mit externen Fachstellen ist für die Betreuung von Betroffenen häuslicher Gewalt essentiell und sollte daher in einem Konzept eines Krankenhauses verankert sein. Die Vernetzung fördert die Kooperation und den Fachaustausch, um sich bei Fragen oder Anliegen gegenseitig unterstützen zu können. Ein klares gegenseitiges Bewusstsein über Auftrag und Angebot kann dazu beitragen, Opfer gezielt an die passende Fachstelle zu vermitteln. Ausserdem kann das Gesundheitspersonal davon profitieren, wenn Expertinnen und Experten anderer Institutionen für Referate zu spezifischen Themen eingeladen werden (ebd.: 272). Das Angebot an Fachorganisationen im Bereich häusliche Gewalt kann kantonal und regional unterschiedlich sein. Auch im Kanton Aargau besteht ein wertvolles Angebot an lokalen Anlauf- und Beratungsstellen (Fachstelle Häusliche Gewalt 2024), wie hier in Tabelle 1 aufgezeigt:

Anlauf- und Beratungsstellen des Kantons Aargau

Organisation	Weblink / Tel. Nr.
Anlaufstelle gegen Häusliche Gewalt (AHG)	www.ahg-aargau.ch
Opferberatung Aargau	www.opferberatung-ag.ch
Frauenhaus Aargau-Solothurn	www.frauenhaus-ag-so.ch
ZwüscheHalt (Männerhaus)	www.zwueschehalt.ch
Kantons- und Regionalpolizei	www.ag.ch/de/verwaltung/dvi/kantonspolizei
Kinderschutzgruppen Kantonsspital Aarau und Baden	www.kantonsspitalbaden.ch/wissen/kinderschutzgruppe
Kinderärzte	www.kinderaerzteaargau.ch
Ärztlicher Notfalldienst Kanton Aargau	Tel. 0800 401 501
Die Dargebotene Hand, Tel. 143	www.143.ch
Eltern-Notruf	Tel. 0848 35 45 55
Psychiatrische Dienste Aargau	www.pdag.ch
ask! Jugendpsychologischer Dienst	www.beratungsdienste.ch
Schulpsychologischer Dienst	www.ag.ch/schulpsychologie.ch
Schulsozialarbeit	https://www.ag.ch/de/verwaltung/bks/kindeergarten-volksschule/unterstuetzung-beratung/schulsozialarbeit
Selbsthilfegruppe der Anlaufstelle gegen Häusliche Gewalt (AHG)	www.selbsthilfe-ag.ch
BZB Plus Bezirk Baden (Familienberatungsstelle)	www.bzbplus.ch
JEFB (Jugend-, Ehe- und Familienberatung Kanton Aargau)	www.jefb.ch
ags Suchtberatung Aargau	www.suchtberatung-ags.ch
Forensic Nurse	www.swissforensicnurses.ch
Spitex	www.spitex-aarau.ch
Mütter- und Väterberatung	www.mvb-aargau.ch
Freiberufliche Hebammen	www.hebammensuche.ch

Tabelle 1: Anlauf- und Beratungsstellen des Kantons Aargau (eigene Darstellung)

Die langjährige interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich häuslicher Gewalt führte zur Einführung eines proaktiven Ansatzes. Dadurch nehmen Beratungsstellen nach einem Polizeieinsatz aktiv Kontakt zu Betroffenen auf und bieten ihnen Unterstützung an (Wechlin 2015: 99). Auf diese Weise nutzt im Männerbüro Zürich etwa ein Viertel der angefragten Männer das Angebot einer freiwilligen Beratung (Belser 2015: 104). Im Kanton Aargau übernimmt diese Aufgabe die Anlaufstelle gegen Häusliche Gewalt AHG (Fachstelle Häusliche Gewalt 2024).

Bei der Tätigkeit auf der Geburtshilfe im Kantonsspital wird ausserdem der Zusammenarbeit mit der Spitex, der Mütter- und Väterberatung und freiberuflichen Hebammen eine spezielle Bedeutung zugesprochen. Denn Mitarbeitende dieser Berufsgruppen sind in einem besonderen Masse mit häuslicher Gewalt konfrontiert. Sie treten mit Frauen und Familien in ihrer eigenen Lebenswelt in Kontakt, während sie sich ausserhalb der sicheren Struktur einer Institution befinden. Im häuslichen Umfeld haben sie Einsicht in den Alltag und begegnen direkt den gewaltausübenden Personen (Fausch/Wechlin 2010: 220). Für sie ist entscheidend, sich ihrer Rolle und Funktion bewusst zu sein. Ein regelmässiger Austausch kann helfen, Anzeichen von häuslicher Gewalt frühzeitig zu erkennen und sich in solchen Situationen gegenseitig zu unterstützen, um angemessen reagieren zu können (ebd.: 222).

3.3.8 Forensic Nurse

Wenn ein Krankenhaus bestrebt ist, die Professionalisierung in Bezug auf den Umgang mit gewaltbetroffenen Personen zu fördern, könnte die Zusammenarbeit mit einer Forensic Nurse in Betracht gezogen werden. Solche Fachpersonen sind Expertinnen und Experten in der Rechtsmedizin und wissen, wie sie sich beim ersten Kontakt mit Gewalt- oder Traumaopfern verhalten müssen, um die nötige Sicherheit zu vermitteln. Zu ihrem Auftrag zählt, die betroffenen Personen ernst zu nehmen, aufzuklären und zum Sprechen zu ermutigen. Für die Untersuchung und Beratung nehmen sie sich die erforderliche Zeit und führen eine Rolle als Vermittlungsperson zwischen Hilfesuchenden und den zuständigen Fachstellen aus. Dadurch können Doppelspurigkeiten und unklare Zuständigkeiten vermieden und das Behandlungsteam entlastet werden. Dies führt zur Reduktion von unnötigen verbalen Wiederholungen des Tatgeschehens und damit verbundener Retraumatisierung (Gähwiler 2024: o.S.). Die Möglichkeiten, spezifische Fachkräfte für forensische Pflege einzustellen oder auszubilden, soll gemeinsam mit der Pflegedienstleitung des KSB geprüft werden.

3.4 Realisierung und Einführung

In dieser Projektphase steht die Umsetzung der geplanten Massnahmen sowie die Koordination des Implementierungsprozesses im Vordergrund (Gächter 2015: 22f). Dabei ist sicherzustellen, dass die zuvor definierten Interventionen und Massnahmen sorgfältig in die

bestehenden Strukturen und Prozesse des KSB eingebunden werden. Eine zentrale Rolle kommt der Projektleitung sowie allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu, insbesondere im Hinblick auf eine sorgfältige Rollenklärung und die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit. Der nachhaltige Erfolg der Konzeptrealisierung hängt massgeblich von der Unterstützung und dem wahrgenommenen Nutzen seitens der Klinikleitung ab (Truninger 2010: 194, Bass 2016: 90f).

3.5 Projektabschluss

In der Abschlussphase der Konzeptentwicklung stellt sich die Implementierung eines Qualitätssicherungssystems als eine sinnvolle und nachhaltige Massnahme zur Sicherung der Wirksamkeit und Weiterentwicklung des Konzepts dar (Gächter 2015: 24f). Durch die regelmässige Evaluation der Ziele durch die Arbeitsgruppe oder eine qualitätsbeauftragte Person sollen Hindernisse und Mängel identifiziert werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird reflektiert und handlungsanleitende Dokumente regelmässig überprüft (Bänziger et al. 2010: 263f).

4 Umsetzungsaspekte für die Beratung

Wie bereits dargelegt, zögern viele Betroffene aus Angst, Scham oder aufgrund von Loyalitätskonflikten über ihre Situation zu sprechen. Eine empathische und gezielte Gesprächsführung ist daher entscheidend, um Vertrauen aufzubauen und subtile Hinweise zu erkennen. Dazu eignen sich spezifische Gesprächsführungstechniken (Fausch/Wechlin 2010: 207). Dieses Kapitel beleuchtet zunächst zentrale Theorien der Beratung (4.1), gefolgt von grundlegenden Prinzipien der Gesprächsführung, die für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen relevant sind (4.2). Abschliessend werden ausgewählte Beratungsmethoden vorgestellt, welche sich vor allem an die Fachpersonen der Beratung, zum Beispiel der Sozialen Arbeit richten (4.3).

4.1 Theorien der Beratung

Eine fundierte Beratung im Umgang mit häuslicher Gewalt setzt theoretisches Wissen voraus. Dieses Kapitel erläutert zentrale Grundlagen, die für eine wirksame psychosoziale, resilienzfördernde und traumasensible Beratung relevant sind.

4.1.1 Wirkungsfaktoren der psychosozialen Beratung

Komplexe Fallkonstellationen mit multiplen Einflussfaktoren erfordern individuell angepasste Interventionen. Für solche Situationen gibt es in der Beratung kein ultimatives Erfolgsrezept. Dennoch existieren Faktoren, die positive Wirkungen erzielen und unerwünschte Ergebnisse reduzieren können. Entscheidend ist die Interaktion zwischen therapeutischen Beratungstechniken, Umweltfaktoren und Erwartungshaltung der Ratsuchenden und die Beratungsbeziehung (Wälte 2021b: 43–45). Wälte (ebd.: 46–50) hat die zentralsten Wirkungsfaktoren in der folgenden Darstellung zusammengetragen, welche später bei den Grundprinzipien und Beratungsmethoden wieder aufgegriffen werden:

1. Die Gestaltung einer professionellen Beziehung
2. Analyse und Klärung der Probleme
3. Analyse und Vereinbarung von Beratungszielen
4. Motivation zur Veränderung
5. Problemaktualisierung
6. Ressourcenaktivierung
7. Hilfe zur Problembewältigung

Rahmenmodell psychosozialer Beratung

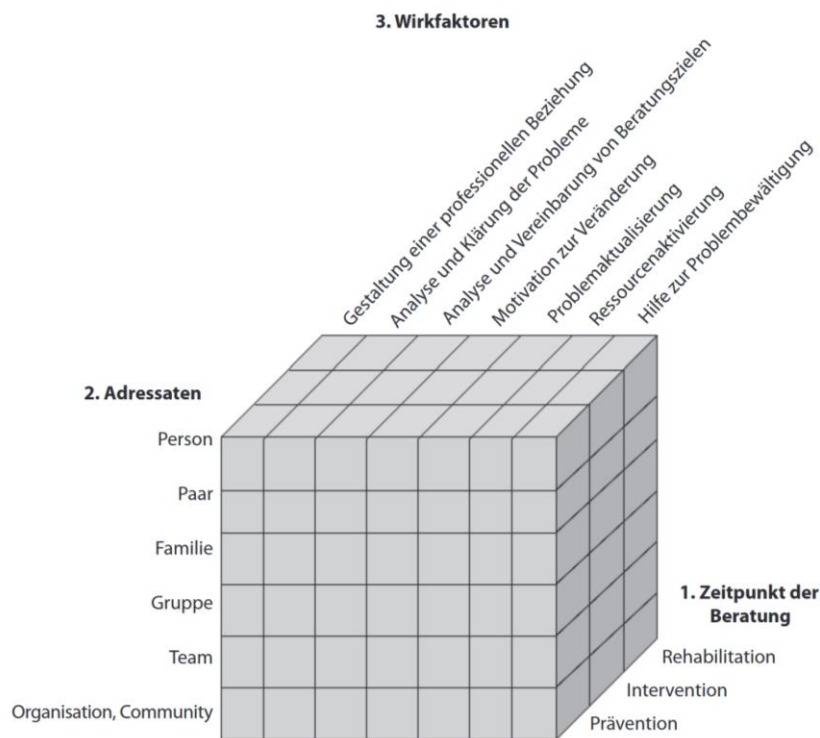


Abb. 12: Rahmenmodell psychosozialer Beratung (in: Wälte 2021b: 47)

4.1.2 Traumaspezifische Beratung

Im Gespräch mit Gewaltopfern sind Verharmlosung, emotionale Gleichgültigkeit und Unschlüssigkeit seitens der Betroffenen typische Reaktionen (Fausch/Wechlin 2010: 232). Es kann auch vorkommen, dass Ereignisse nicht chronologisch geschildert werden (ebd.: 211). Dies kann, wie bereits erläutert, mit der beeinträchtigten Funktion des Hippocampus zusammenhängen, der für die zeitliche und räumliche Einordnung von Erinnerungen zuständig ist (Rothschild 2002: 32). Solche Verhaltensmuster treten häufig im Zusammenhang mit Traumatisierung auf und lassen sich auch auf den Kontrollverlust sowie die Missachtung persönlicher Grenzen zurückführen (Münger 2018: 17f). Münger (ebd.) fasst neun zentrale Aspekte bei der Beratung zusammen, die diesen spezifischen Verhaltensmustern entgegenwirken:

1. **Grenzen und Eigenständigkeit der Betroffenen respektieren:** Mit Verhaltensweisen und Entscheidungen soll respektvoll umgegangen werden, auch wenn diese als dysfunktional erachtet werden.
2. **Würdigung des Leids:** Indem Bagatellisierungen und Verdrängungen vermieden werden.
3. **Aufbau einer verlässlichen und vertrauensvollen Beratungsbeziehung:** Dies liegt in der Verantwortung der Fachperson.

4. **Adäquater Umgang mit den Traumafolgen:** Falls Betroffene beispielsweise beginnen, das Ereignis sehr detailliert wiederzugeben, ist es sinnvoll, sie dabei zu unterbrechen, um ein Wiedererleben und somit eine Retraumatisierung zu verhindern.
5. **Grösstmögliche Sicherheit vermitteln:** Durch transparentes Informieren und Gewährleisten von Kontinuität und Präsenz.
6. **Stabilisierungsarbeit:** Durch Klärung und Sicherstellung von Massnahmen zur Tagesstrukturierung und Existenzsicherung.
7. **Psychoedukation:** In Form von Sensibilisierung und Wissensvermittlung, um die Traumatisierung zu normalisieren und als sinnvolle Reaktion auf das Erlebte zu erklären.
8. **Förderung der Selbstwirksamkeit:** Aufgrund von erfahrener Hilflosigkeit und Fremdbestimmung sollen Selbstvertrauen und Selbstbestimmung wieder gestärkt werden.
9. **Förderung der Bereitschaft zur Therapie:** Psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung sollen sich gegenseitig ergänzen.

4.1.3 Resilienzfördernde Beratung

Im Kapitel 2.3.2 wurde dargelegt, dass die Entstehung längerfristiger gesundheitlicher Schäden bei betroffenen Personen von häuslicher Gewalt von verschiedenen Faktoren abhängt. Positive Lebensumstände stärken die persönliche Widerstandskraft (SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.). Als kurze Wiederholung werden die schützenden Faktoren folglich nochmals aufgeführt:

- Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen
- ein realistisches Selbstbild
- ein soziales Umfeld
- Akzeptanz der Situation und Mut darüber zu sprechen
- Optimismus
- Zukunftsorientierung
- Lösungsorientierung

Da Resilienz im Laufe des Lebens erlernt und weiterentwickelt werden kann (Werner 2011: 33, SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.), macht es folglich Sinn, in der Beratung auf die Förderung dieser protektiven Eigenschaften hinzuwirken. Die Stärkung der Persönlichkeit soll im Mittelpunkt stehen (Schmid 2012: 49).

4.2 Grundprinzipien

Auf Grundlage der zuvor dargestellten Beratungstheorien werden nun spezifische Prinzipien zur Anwendung im Kontext häuslicher Gewalt im Gesundheitswesen abgeleitet. Sie sollen zur Bildung einer professionellen Beratungshaltung dienen.

Positive Gesprächsatmosphäre

Für eine Beratung bei Verdacht auf häusliche Gewalt muss zuerst ein geschützter Rahmen geschaffen werden. Dies erfordert ein angenehmes und sicheres Beratungssetting in der die Privat- und Intimsphäre gewahrt werden kann. Die beratende Person muss sich genügend Zeit nehmen können, um nicht den Eindruck zu vermitteln, wichtigere Tätigkeiten erledigen zu müssen. Betroffene sind es sich aufgrund des schambehafteten Themas nicht gewohnt, darüber zu sprechen. Daher soll bei Verdacht auf häusliche Gewalt, wenn immer möglich, ein Gespräch ohne Angehörige stattfinden. Vielleicht erkennt die betroffene Person dann die Möglichkeit, ungehemmt sprechen zu können. Bei Sprachbarrieren ist die Organisation einer neutralen übersetzenden Person empfehlenswert. Falls es jedoch nicht möglich ist, unter vier Augen mit der betroffenen Person zu sprechen, soll ihr dies für einen späteren Zeitpunkt angeboten werden (Bass et al. 2009: 9, ebd.: 13, Fausch/Wechlin 2010: 207).

Haltung gegenüber Gewalt

Bei der Beratung soll klar vermittelt werden, dass eine Institution wie ein Krankenhaus und deren Mitarbeitende keine Art von Gewalt tolerieren. Die Verantwortung für Gewalt liegt ausschliesslich bei der Tatperson, unabhängig von situativen Faktoren. Das Verhalten des Opfers darf nicht als mitverantwortlich für die Gewaltausübung betrachtet werden. Gewalt ist niemals gerechtfertigt und darf niemandem widerfahren (ebd.: 213). Durch diese klare Einstellung können Emotionen beim Gegenüber ausgelöst werden, welche das Bewusstsein für das Problem fördern. Die Problemaktualisierung gehört zu den Wirkungsfaktoren der psychosozialen Beratung nach Wälte (2021b: 49).

Arbeitsbeziehung

Mit der Zeit hat sich herausgestellt, dass der Erfolg einer Therapie weniger vom fachlichen Wissen und Können der Beratungsperson abhängt, sondern vielmehr von ihrer professionellen Einstellung. Diese schafft für ratsuchende Personen die Grundlage für Selbstreflexion und konstruktive Persönlichkeitsentwicklung (Rogers 2021: 22). Gemäss Carl Rogers (ebd.: 23–32) liegen die Schwerpunkte einer professionellen Arbeitsbeziehung bei der Kongruenz, der Wertschätzung und der Empathie. Kongruenz bedeutet Authentizität und Transparenz, welche die beratende Person zum Ausdruck bringt, wenn ihre verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikation übereinstimmt (ebd.: 30f). Positive Wertschätzung und bedingungsfreie

Akzeptanz kann durch Respekt und Zuwendung, ohne Beurteilung und Bewertung des Gegenübers vermittelt werden (ebd.: 27f). Empathie bedeutet die Kompetenz, die Gedanken, Gefühle und das Weltbild anderer Personen achtsam und differenziert zu erfassen. Dies wird durch ein einführendes Verstehen und eine Kommunikation auf Augenhöhe zum Ausdruck gebracht. Dabei hilft ein aktives, offenes und bewertungsfreies Zuhören (ebd.: 23f). Diese Attribute können zu einem gewissen Teil auch mit der Persönlichkeit der beratenden Person zusammenhängen (Wälte 2021b: 47). Auch Wälte (ebd.: 46f) beschreibt eine professionelle und vertrauensvolle Beziehung als den bedeutendsten Wirkungsfaktor in der psychosozialen Beratung.

Empowerment

In der psychosozialen Beratung wird auf den Wirkungsfaktor "Analyse und Vereinbarung von Beratungszielen" eingegangen. Dabei werden Ziele gemeinsam mit der hilfesuchenden Person vereinbart (ebd.: 48). Bei Opfern von häuslicher Gewalt sollte die Rückgewinnung der Sicherheit und Kontrolle eines dieser Ziele darstellen. Sie sollen ihr Selbstbestimmungsrecht, welches sie durch die Fremdbestimmung verloren haben, wiedererlangen. Um die Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung zu fördern, sollen Hilfesuchende die Möglichkeit erhalten, Entscheidungen selbst zu treffen. Positive Autonomieerfahrungen können zur Überwindung der Hilflosigkeit beitragen (Schmid 2012: 49f, Münger 2018: 18). Zudem gelten Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen als zentrale Schutzfaktoren für eine ausgeprägte Resilienz (SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.). Beratungspersonen nehmen in diesem Selbsthilfeprozess vor allem eine begleitende und unterstützende Rolle ein (Schmid 2012: 49f). Es ist sinnvoll, Ratschläge und Eingriffe in Entscheidungen zu vermeiden. Auch soll das Verarbeitungstempo der Opfer akzeptiert werden und sie sollen nicht zu überstürzten Handlungen gedrängt werden. Der Wille der Ratsuchenden ist zu respektieren, denn sie sind die Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt (Fausch/Wechlin 2010: 211f).

Ressourcenaktivierung

Studien zeigen, dass die Aktivierung von Ressourcen einer der entscheidenden Wirkfaktoren in der Beratung ist und massgeblich zum Erfolg einer Therapie beiträgt (Bamberger 2015: 165). Opfer von Gewalttaten sind sich ihrer eigenen Stärken und Handlungsmöglichkeiten oft nicht bewusst, da diese in der gewaltgeprägten Beziehung kaum Anerkennung fanden. Bereits das Gespräch über vorhandene Ressourcen, wie ein unterstützendes soziales Umfeld oder persönlich wohltuende Aktivitäten, kann das Bewusstsein dafür stärken (Fausch/Wechlin 2010: 214f). Das Erschliessen von Ressourcen des sozialen Umfelds trägt wiederum zur Stärkung der Resilienz bei (SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.). Bei der Gesprächsführung speziell zu beachten ist, dass der Fokus bei den Potentialen und nicht bei den Defiziten liegen soll (Schubert 2021a: 201).

Aufklärung

Nebst der Bereitstellung von Informationen zu Anlauf- und Beratungsstellen spielt die Psychoedukation eine zentrale Rolle. Gewaltbetroffene denken häufig, mit ihrer Situation allein zu sein. Wie bereits erwähnt kann ein Spital durch das Auflegen von Flyern und Plakaten verdeutlichen, dass häusliche Gewalt ein präsent und ernst genommenes Thema ist. Darüber hinaus ist es wichtig, Betroffene über die Gewaltspirale, den Einfluss körperlicher Beschwerden auf die psychische Gesundheit und ihre rechtlichen Möglichkeiten aufzuklären (Fausch/Wechlin 2010: 214). Diese Form der Aufklärung trägt dazu bei, das Verständnis für das Problem zu fördern und kann dem 2. Wirkungsfaktor der psychosozialen Beratung, der "Analyse und Klärung der Probleme" zugeordnet werden (Wälte 2021b: 46f).

Aufbau von Vertrauen

Um das Vertrauen in der Beratung aufzubauen, kann es hilfreich sein, früh auf die berufliche Schweigepflicht hinzuweisen. Somit weiss die hilfeschuchende Person, dass sie in einem geschützten Rahmen ist und traut sich vielleicht, offener zu sprechen. Es ist wichtig, der betroffenen Person das weitere Vorgehen sorgfältig zu erklären und sie in die Entscheidung über die nächsten Schritte einzubeziehen. Das Gegenüber soll spüren, dass die Situation ernst genommen wird (Fausch/Wechlin 2010: 212f). Nach Rücksprachen mit anderen Fachpersonen soll immer wieder eine Rückmeldung an die betroffene Person stattfinden (Sauermost 2010: 95f). Abschätzende Bemerkungen über die gewaltausübende Person sind zu vermeiden, da Opfer häufig Gefühle für diese Person empfinden. Fragen zu möglichen Gründen für die Gewalt sollen unterlassen werden, um der betroffenen Person nicht noch mehr Schuldgefühle aufzubürden. Aktiv nachfragen und Mut zusprechen stärkt ebenfalls das Vertrauen (Fausch/Wechlin 2010: 211).

Aushalten und Akzeptieren

Im Kontext von häuslicher Gewalt werden Bagatellisierung, emotionale Distanz oder ambivalente Reaktionen bezüglich Trennung oder Anzeigeerhebung seitens der Opfer regelmässig verzeichnet (Fausch/Wechlin 2010: 232). Dafür könnten das in der Gewaltbeziehung erlebte Missachten von Grenzen und der Verlust von Kontrolle verantwortlich sein (Münger 2018: 17f). Fachpersonen müssen akzeptieren, wenn der Verdacht auf häusliche Gewalt abgestritten wird. Nicht selten wird auch die angebotene Unterstützung abgelehnt. Vorschnelle Lösungen können die Problematik verschärfen oder bei der Rückkehr ins häusliche Umfeld zu einer erneuten Gewalteskalation führen (Fausch/Wechlin 2010: 212). Trotzdem soll versucht werden, weiterhin mit der betroffenen Person in Kontakt zu bleiben, was häufig viel Geduld erfordert. Es ist jedoch möglich, dass zu einem späteren Zeitpunkt - etwa nach dem Spitalaustritt - genügend Vertrauen entsteht, sodass sich die betroffene Person in einem Gespräch doch noch öffnen kann (Bänziger et al. 2010: 265).

Grenzen erkennen

Das Beraten von gewaltbetroffenen Personen kann von Gefühlen wie Frustration und Machtlosigkeit geprägt und daher emotional sehr belastend sein. Umso wichtiger ist es zu erkennen, dass die Lösung des Problems nicht in der Verantwortung der beratenden Personen liegt. Dies erfordert Fähigkeiten der Selbstreflexion. Vorurteile sollen kritisch hinterfragt und eigene Grenzen erkannt werden. Entscheidungen müssen nicht alleine getroffen werden. Zum eigenen Schutz ist es wichtig, bei Unsicherheit Unterstützung im interdisziplinären Team oder Beratung bei externen Fachstellen wie der Opferberatungsstelle anzufordern. Bei Bedarf sollen Angebote von ethischen Fallbesprechungen oder psychologische Personalberatungen in Anspruch genommen werden (Sauermost 2010: 95, Fausch/Wechlin 2010: 233).

4.3 Methoden in der Beratung

Dieses Kapitel beleuchtet eine Auswahl gezielter Methoden der Gesprächsführung, die als Hilfe zur Problembewältigung dienen und somit auf den 7. Wirkungsfaktor der psychosozialen Beratung hinweisen. Die Auswahl der Methoden erfolgte aufgrund ihrer realisierbaren Umsetzung und besonderen Eignung für die Beratung von Gewaltbetroffenen im Akutspital. Es ist wichtig darauf zu achten, dass die beratende Person im Sinne der Kongruenz Methoden wählt, die ihrer Professionalität, der Arbeitsweise sowie ihrer Persönlichkeit entsprechen (Wälte 2021b: 47).

4.3.1 Systemische Fragen

Systemische Fragen zählen zu einer Fragetechnik der systemischen Beratung. In der systemischen Beratung wird davon ausgegangen, dass Realität subjektiv konstruiert wird und unterschiedliche Perspektiven bestehen. Probleme werden nicht isoliert einer Person, sondern dem sozialen System zugeschrieben. Durch die zirkuläre Dynamik beeinflusst jede Veränderung einer Komponente das gesamte System. Daher wird dieser Ansatz oft in der Familienberatung genutzt (Schubert/Wälte/Meyer 2021: 245). Auch bei häuslicher Gewalt, deren Ursachen laut Gloor und Meier (2010: 25f) multifaktoriell sind, lassen sich systemische Methoden anwenden. Gezielte Fragetechniken regen beim Gegenüber Denkprozesse und Reflexion an. Dadurch eröffnen sich neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten. Bei der systemischen oder auch triadischen Frage wird die Sichtweise einer anderen Person erfragt. Es geht darum, zu ermitteln, welche Vorstellungen eine betroffene Person darüber hat, wie sie von anderen wahrgenommen wird (Bamberger 2015: 121). Wie zum Beispiel: "Was würde Ihre beste Freundin darüber sagen, wenn sie wüsste, dass Ihr Partner Ihnen regelmässig das Handy entwendet?". Diese Fragetechnik lässt sich ohne grossen Aufwand in das zeitlich begrenzte Beratungssetting in einem Akutspital integrieren.

4.3.2 Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung wird häufig angewendet, um die Veränderungsmotivation zu fördern. Sie wurde von Miller und Rollnick ursprünglich für die Beratung von Menschen mit Suchterkrankungen konzipiert. Sie lehnt sich an den klientenzentrierten Ansatz von Carl Rogers an, unterscheidet sich jedoch durch eine zielgerichtete, ressourcenorientierte Vorgehensweise (Beck/Borg-Laufs 2021: 92). Zentral ist die Annahme, dass Ratsuchende über innere Stärken und Veränderungspotenzial verfügen. Und sie bestimmen selbst die Geschwindigkeit ihres Entwicklungsprozesses (Miller/Rollnick 2009: 36–38). Die Rolle der Beratenden besteht darin, Veränderungsbereitschaft zu fördern, ohne Druck auszuüben. Sie agieren in einer erkundenden und unterstützenden Haltung (ebd.: 27). Entscheidend für den Erfolg der Beratung ist, dass die Betroffenen eine Ambivalenz zwischen ihrer aktuellen Situation und ihrem angestrebten Zielzustand erkennen. Es wird angenommen, dass sich das Klientel in einem Spannungsfeld zwischen Annäherung und Vermeidung bewegt. Die intrinsische Motivation soll durch einen kooperativen Gesprächsstil gefördert werden, was wiederum den 4. Wirkungsfaktor von Wälte (2021b: 48) "Motivation zur Veränderung" unterstreicht. Im Zentrum der folgenden Methoden steht die Förderung der intrinsischen Motivation betroffener Personen.

- **Selbstwirksamkeit fördern:** Dies erfolgt, indem betont wird, dass die Entscheidung, die Lebensumstände aktiv zu verändern, bei der ratsuchenden Person liegt und ihr zugetraut wird, den Weg selbst zu finden (Miller/Rollnick 2009: 34f). Durch die Erkundung persönlicher Wünsche lassen sich realisierbare Ziele setzen, deren Erreichung wiederum das Selbstvertrauen stärkt. Ein bestärkender und wertschätzender Umgang im Beratungsgespräch kann diesen Prozess zusätzlich fördern (Beck/Borg-Laufs 2021: 94). Hier muss gleichzeitig betont werden, dass die Verantwortung für die erlebte Gewalt eindeutig bei der gewaltausübenden Person liegt, dessen Verhalten nicht durch das Opfer verändert werden kann (Fausch/Wechlin 2010: 213).
- **Zweiseitige Reflexion:** Wobei gegensätzliche Aussagen mit einem "und" verbunden werden, um die Ambivalenz zu verdeutlichen. Dabei ist es wichtig, den Satz mit dem Aspekt zu beenden, der die Veränderung fördert, da das Gegenüber meist auf diesen Teil reagiert (Miller/Rollnick 2009: 234–236). Im Kontext der Beratung eines Gewaltopfers könnte eine solche Aussage wie folgt lauten: "Einerseits werden Sie von Ihrem Partner mit Blumen beschenkt und andererseits demütigt er Sie vor ihren Kindern".
- **Der Change Talk:** Er beschreibt sprachliche Äusserungen zur Veränderungsmotivation, die von Ratsuchenden selbst verbalisiert werden (ebd.: 189). Nachteile der aktuellen Situation und Vorteile einer Verhaltensveränderung werden hervorgehoben indem beispielsweise direkte Fragen nach persönlichen Werten, Wünschen oder

Zukunftsvorstellungen gestellt werden (ebd.: 210f). Gemäss Wüsten (2022: 6) kann die Frage nach eigenen Werten und persönlichen Zielen die Beschäftigung mit dem Lebenssinn und die eigene Reflexionsfähigkeit antreiben. Dabei werden gleichzeitig emotionale Prozesse aktiviert. Die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgestaltung kann zu neuen Erkenntnissen über eigene Fähigkeiten führen. Die Zukunftsorientierung weist auch wieder auf ein Element der Resilienz hin (SRF Schweizer Radio und Fernsehen 2024: o.S.).

- **Hilfsmittel:** Um die Vor- und Nachteile einer potentiellen Veränderung zu verdeutlichen, können gemäss Miller und Rollnick (2009: 279) auch Hilfsmittel wie die "Entscheidungswaage", wie in Tabelle 2 dargestellt, zur Visualisierung und Verschriftlichung verwendet werden.

Entscheidungswaage

<i>Vorteile des Bleibens</i>	<i>Vorteile des Weggehens</i>
<i>Nachteile des Bleibens</i>	<i>Nachteile des Weggehens</i>

Tabelle 2: Entscheidungswaage (eigene Darstellung in Anlehnung an: Miller/Rollnick 2009: 279)

Im weiteren Prozess der motivierenden Gesprächsführung wird gemeinsam mit den Ratsuchenden ein Veränderungsplan zum Erreichen der Ziele erstellt. Dieser Plan enthält konkrete Schritte sowie potentielle Herausforderungen (Beck/Borg-Laufs 2021: 98).

Während des Beratungsprozesses muss mit Widerstand wie Bagatellisierung oder Negierung von Seiten der Klientel gerechnet werden. Diese Dissonanz weist darauf hin, dass die Handlungsweise nicht zielführend ist und daher geändert werden soll. Er kann durch das Reflektieren von Emotionen und die Würdigung unterschiedlicher Perspektiven abgebaut werden. Gegebenenfalls hilft auch eine Verschiebung des inhaltlichen Gesprächsfokus (Miller/Rollnick 2009: 245f).

Zu den Schwerpunkten der motivierenden Gesprächsführung zählen auch Empathie, Akzeptanz, positive Wertschätzung und die Förderung der Autonomie (ebd.: 32–35). Dies sind ebenfalls zentrale Aspekte, auf die beim Umgang mit häuslicher Gewalt immer wieder hingewiesen wird.

4.3.3 Ressourcenorientierte Interviews

Die Ressourcenorientierung geht davon aus, dass jeder Mensch über Ressourcen und Potenziale verfügt oder solche entwickeln kann, um sein Leben erfolgreich zu gestalten und Probleme zu bewältigen (Schubert 2021b: 117). Dabei wird zwischen personellen, interaktionellen, sozialen, ökonomischen und Ressourcen der Umwelt unterschieden (Schubert 2021a: 198). Allein das Bewusstwerden über die eigenen Kompetenzen fördert eine günstige Entwicklung und Problembewältigung (ebd.: 201). Für die Ressourcenaktivierung werden persönliche Stärken und Ressourcen aus unterschiedlichen Lebensbereichen gesammelt. Dazu werden Fragen zur Erfassung von Möglichkeiten und Fähigkeiten gestellt. Eine visuelle Darstellung der gesammelten Resultate kann diesen Prozess unterstützen. Schubert (Schubert 2021b: 121f) und Bamberger (2015: 61f) formulieren Fragen für Ressourceninterviews, von denen insbesondere die folgenden im Kontext der Beratung von Opfern häuslicher Gewalt hilfreich sein können:

- "Wie ist es Ihnen gelungen, diesen herausfordernden Zustand bis jetzt auszuhalten?"
- "Wie haben Sie in der Vergangenheit ähnliche Probleme bewältigt?"
- "Welche Ihrer Fähigkeiten waren dabei besonders hilfreich?"
- "Welche Ressourcen könnten Ihnen in der aktuellen Situation noch Unterstützung bieten?"

5 Schlussbetrachtungen

Dieses Kapitel greift die zentrale Fragestellung erneut auf und fasst die erzielten Ergebnisse prägnant zusammen. Die gewonnenen Erkenntnisse werden kritisch analysiert und ihre Relevanz für die Praxis herausgearbeitet. Es erfolgt eine Diskussion und abschliessend die Reflexion des Erarbeitungsprozesses.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Das Ziel dieser MAS-Thesis besteht darin, die in der Einleitung formulierte Forschungsfrage zu beantworten, welche an dieser Stelle erneut aufgegriffen wird.

Wie kann das Gesundheitspersonal dabei unterstützt werden, Betroffene von häuslicher Gewalt effektiv zu betreuen?

Durch die Analyse relevanter Fachliteratur, aktueller Forschungsergebnisse und der Auswertung bestehender Praxismodelle wird in dieser Arbeit aufgezeigt, dass häusliche Gewalt ein mehrdimensionales, gesamtgesellschaftliches Problem darstellt, dessen Bewältigung hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem stellt. Die Haltung, mit der Fachpersonen eines Spitals als erste Anlaufstelle den Betroffenen häuslicher Gewalt begegnen, ist von zentraler Bedeutung (Truninger 2010: 181). Die Auseinandersetzung mit diesem Thema hat verdeutlicht, dass die Einführung eines Handlungskonzepts und die gezielte Sensibilisierung des Gesundheitspersonals entscheidend sind, um Unsicherheiten im Umgang mit häuslicher Gewalt zu reduzieren und eine langfristige Qualitätssicherung in diesem sensiblen Bereich zu gewährleisten. Es wurde veranschaulicht, dass Gewaltbetroffene oft Hemmungen haben, ihre Situation offenzulegen. Umso relevanter ist, dass Fachpersonen des Gesundheitswesens über die notwendigen Kompetenzen und das Wissen verfügen, um subtile Hinweise frühzeitig zu erkennen und angemessen zu reagieren. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass die Verantwortung für die Lösung dieser Problematik nicht allein bei den Gesundheitsfachkräften liegt, da dazu spezifische Qualifikationen fehlen (Flury 2010: 123). Durch kontinuierliche Schulung und systematische Integration von Gesprächsmethoden kann das Krankenhauspersonal effektiver auf diese Problematik reagieren (Bänziger et al. 2010: 257f). Nicht nur die Wissensvermittlung stärkt die Rolle der Mitarbeitenden, sondern auch eine professionelle institutionelle Haltung, die auf Wertschätzung, Ressourcenorientierung und Förderung von Selbstwirksamkeit basiert. Wiederum ist eine interne fachliche Ansprechperson von zentraler Bedeutung, die für solche Situationen zuständig ist und unkompliziert kontaktiert werden kann. Dabei spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine signifikante Rolle (ebd.: 270f). Um den Betroffenen

niederschwellige Unterstützungsangebote vermitteln zu können, ist zudem die enge Kooperation mit externen Fachstellen relevant (ebd.: 272).

5.2 Schlussfolgerung für die Berufspraxis

Diese Arbeit bestärkt meine Auffassung, dass die Förderung des Gesundheitspersonals ein zentraler Faktor ist, um häusliche Gewalt im klinischen Kontext effektiver zu adressieren. Um die Betreuung von Gewaltopfern zu verbessern, ist eine ganzheitliche Herangehensweise notwendig. Diesbezüglich wurde mir bewusst, dass im Gesundheitswesen dem bio-psycho-sozialen Modell bisher zu wenig Bedeutung zugeschrieben wird. Die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht nur biologisch bestimmt ist, sondern auch von psychischen und sozialen Faktoren abhängt, ist unabdingbar. Darum liegt der Schlüssel in der konsequenten Verankerung dieser Thematik, der gezielten Schulung des Klinikpersonals und der interdisziplinären sowie externen Kooperation.

Eine der grössten Herausforderungen bleibt die Übertragung theoretischer Erkenntnisse in die Praxis. Bereits bei der Einführung des Care Managements in der Frauen- und Kinderklinik vor einem Jahr zeigte sich, wie stark der Widerstand gegenüber Veränderungen in etablierten Strukturen sein kann. Insbesondere knappe Ressourcen und hierarchische Strukturen erweisen sich dabei als potenzielle Hürden. Dies gilt umso mehr für die Frauen- und Kinderklinik des Kantonsspitals, wo durch die junge Implementierung des Care Managements die Rollen und Zuständigkeiten bislang nicht eindeutig geregelt sind. Bei der Erteilung der Empfehlung und der Einführung eines Konzepts zum Umgang mit häuslicher Gewalt muss daher sorgfältig geprüft werden, welche massgebenden Personen involviert werden und wie der Prozess gestaltet wird. Ohne die Akzeptanz und Unterstützung der Klinikleitung ist dieses Vorhaben kaum umsetzbar. Doch allein die Thematisierung im Betrieb sorgt für mehr Aufmerksamkeit und mindert die Hemmung des Gesundheitspersonals.

Besonders bedeutsam erscheint, dass sich das Klinikpersonal der eigenen fachlichen und emotionalen Grenzen bewusst ist, um sekundäre Traumatisierung und emotionale Erschöpfung vorzubeugen. Ebenso zählen die kritische Reflexion gesellschaftlich und persönlich geprägter Rollenzuschreibungen sowie ein professioneller Umgang mit Empathie gegenüber Betroffenen als auch gewaltausübenden Personen zu den zentralen Aspekten. Der hohe Zeitdruck im klinischen Alltag erfordert jedoch häufig eine schnelle und lösungsorientierte Arbeitsweise. Dabei besteht die Gefahr, dass Reflexion und interdisziplinäre Absprachen in den Hintergrund gedrängt werden. Reflexionsangebote wie Supervisionen und kollegiale Fallbesprechungen gelten hier als essenzielle Bestandteile. In diesem Bezug habe ich realisiert, dass zu meiner Zielgruppe nicht nur Opfer häuslicher Gewalt gehören, sondern auch Ratsuchende aus dem Behandlungsteam, die in solchen Momenten stark involviert sind.

Ich habe zudem wertvolle Erkenntnisse für die Beratungspraxis gewonnen. Zum einen haben die Recherchen meine Sensibilität für kulturelle Einflüsse geschärft. Bei Sprachbarrieren ist in Beratungsgesprächen das grosszügige Involvieren von kulturvermittelnden Fachpersonen angezeigt. Zum anderen ist mir die Bedeutung der Selbstwirksamkeit bewusst geworden, welche ich bisher unterschätzt habe. Sie ist ein zentraler Faktor, um das Potenzial der Ratsuchenden zu aktivieren und ihre Handlungsfähigkeit nachhaltig zu stärken. Nebst einem starken Selbstvertrauen ist auch ein stabiles soziales Umfeld, sowohl als Schutzfaktor im Sinne der Resilienz, als auch zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen essenziell. Fehlen diese protektiven Elemente, steigt das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden und langfristig unter gesundheitlichen Folgen zu leiden. Damit entsteht ein Teufelskreis, in dem fehlende Ressourcen die Verletzlichkeit erhöhen und die Bewältigung erschweren. Daher möchte ich in Beratungsgesprächen mit Opfern häuslicher Gewalt den Fokus verstärkt auf die Förderung von Autonomie und die Erschliessung sozialer Ressourcen legen.

Erneut habe ich die Relevanz der Beziehungsarbeit erkannt. Zwar stellt in meinem Arbeitsalltag unzuverlässiges Verhalten bei Terminen seitens Klientel immer wieder eine Herausforderung dar und erschwert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Doch besonders eindrücklich ist die Erkenntnis, dass zwischen den Beratungssitzungen oft tiefgehende Denkprozesse bei den Betroffenen stattfinden, auch wenn im direkten Gespräch nur scheinbar kleine Fortschritte erzielt werden. Dies verdeutlicht, dass psychosoziale Beratung nicht allein auf unmittelbare Veränderungen abzielt, sondern auch langfristige Entwicklungsprozesse initiiert, die erst mit der Zeit erkennbar werden.

Abschliessend sei nochmals betont, dass es eine fortlaufende Aufgabe von uns allen ist, die gesellschaftliche Einstellung zu Gewalt und Geschlechterrollen kritisch zu hinterfragen und anzusprechen, um langfristig präventiv zu wirken. Schon kleine Massnahmen können dabei eine grosse Wirkung entfalten.

5.3 Diskussion

Obwohl es hinsichtlich häuslicher Gewalt Fortschritte in der Gesellschaft gegeben hat, wie das Inkrafttreten der Istanbul-Konvention 2018, welche die Schaffung von Schutz- und Hilfsangeboten sowie eine verbesserte Aufklärung fordert, besteht weiterhin Optimierungsbedarf (Büttner 2020: 5).

Die Gesellschaft und auch die Medien neigen dazu, Gewalt zu verharmlosen (Lavoyer 2024: 21f). Damit der Thematik der nötige Respekt und die Ernsthaftigkeit zugeschrieben wird, muss Gewalt klar benannt werden. Stalking ist beispielsweise kein "Beziehungsdrama", sondern häusliche Gewalt, und eine Vergewaltigung ist nicht bloss „Sex“, sondern Missbrauch (ebd.).

Gemäss Crime Survey von 2022 nehmen nur ca. 10 % der Opfer von sexueller Gewalt Kontakt mit der Polizei auf. Auch bei Opfern von Tötlichkeiten und Körperverletzungen liegt die Zahl der Meldungen an die Polizei nur bei 28.9 %. Erstaunlich scheint weiter, dass die Kontaktaufnahme zu Opferberatungsstellen mit 10-12 % selten vorkommt (Markwalder/Biberstein/Baier 2023: 19, 23f). Viele Gewalttaten werden nicht aktenkundig, weil sich Betroffene aufgrund der möglichen Stigmatisierung nicht zur Wehr setzten oder die Abhängigkeit zur gewaltausübenden Person zu gross ist (Peter 2015: 102). Dass Menschen mit Symptomen von psychischen Erkrankungen selten professionelle Unterstützung suchen, bestätigt auch die FACE-Studie (Brodbeck et al. 2022: 3). Dazu kommt, dass viele Kantone auf fehlende Ressourcen aufmerksam machen, um wirkungsvolle Arbeit in diesem Bereich leisten zu können (Egger/Schär Moser 2008: 81). Hilfsorganisationen stossen an ihre Grenzen, während es oft an einer gezielten Sensibilisierung von Schlüsselpersonen mangelt (Büttner 2020: 5). Es fehlt an differenzierten Beratungsangeboten, etwa speziell für männliche Opfer, gewalttätige Frauen oder Paare, die nach einem Gewaltereignis zusammenleben möchten und Unterstützung im Alltag benötigen (Belser 2015: 105). Daher stellt sich die zentrale Frage, wie Unterstützung effektiver vermittelt werden kann. Bund und Politik tragen hier eine grosse Verantwortung. Sie müssen vermehrt in eine nationale Strategie investieren, um die regelmässige Ratifizierung der Istanbul-Konvention sicherzustellen und Hilfsangeboten auszubauen. Um ein gesellschaftliches Umdenken zu fördern, ist es entscheidend, geschlechterspezifische Rollenbilder kritisch zu hinterfragen und daher Präventionsmassnahmen wie Resilienzförderung oder gewaltfreie Kommunikation frühzeitig und konsequent in der Kindheit zu verankern (Peter 2015: 102f).

5.4 Reflexion des Erarbeitungsprozesses

Die Erarbeitung dieser MAS-Thesis war ein intensiver und bereichernder Prozess, der mich sowohl fachlich als auch persönlich wachsen liess.

Die grösste Herausforderung im Erarbeitungsprozess bestand darin, neben Erwerbsarbeit, Freizeit sowie Erwartungen des sozialen Umfelds und meinen eigenen Ansprüchen genügend zeitliche Ressourcen bereitzustellen.

Zu Beginn sollte aus einem breiten, komplexen Themenfeld eine präzise Forschungsfrage formuliert werden. Anfangs fiel es mir schwer, die Fragestellung hinsichtlich der Zielgruppe einzugrenzen. Einerseits lag es nahe, mich aufgrund des Praxiskontexts auf Patientinnen der Frauenklinik zu fokussieren, andererseits strebte ich an, Empfehlungen für ein Handlungskonzept zu entwickeln, das auf alle medizinischen Bereiche des KSB anwendbar ist. Gespräche mit Fachpersonen aus der Praxis, Mitstudierenden und der Studienleitung waren hilfreich, um den Fokus letztlich zu setzen.

Das Erstellen der Skizze und des Konzepts bereitete mir vergleichsweise wenig Mühe, da ich

gerne strukturiert arbeite und komplexe Inhalte übersichtlich darstelle. Die Empfehlung der Studienleitung, aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen auf Umfragen zu verzichten, war äusserst hilfreich. Dies führte jedoch dazu, dass Primärliteratur und spezifische Statistiken als Grundlage verwendet werden mussten. Mir fiel es anfangs schwer, nachzuvollziehen und zu akzeptieren, Primärliteratur zu zitieren, obwohl das Ziel einer MAS-Thesis die Generierung neuen Wissens ist. Die Literaturrecherche erwies sich im ersten Moment als mühevoll, bis die passende Primärliteratur gefunden wurde. Das Schreiben der konkreten Arbeit stellte sich vor allem als Fleissarbeit heraus, was mir aufgrund meiner Selbstdisziplin nicht allzu viel Schwierigkeiten bereitete. Besonders förderlich war es, an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen an der Thesis arbeiten zu können, da so keine Zeit für eine erneute Einarbeitung in das Thema verloren ging. Es war vorteilhaft, eine klare Vorstellung davon zu haben, welche Aussagen ich treffen wollte, da ich so gezielt nach der relevanten Literatur suchen konnte, um meine Praxiserfahrungen und die daraus abgeleiteten Thesen theoretisch zu fundieren. Da das Verfassen meiner letzten wissenschaftlichen Arbeit bereits einige Jahre zurücklag, war es erforderlich, mich erneut mit den Anforderungen des Zitierstils vertraut zu machen.

Im Erarbeitungsprozess spielte vor allem die Reflexion eigener Praxiserfahrungen eine grosse Rolle. Immer wieder habe ich theoretische Erkenntnisse mit den Gegebenheiten im KSB abgeglichen. Die Verbindung von theoretischem Wissen und praktischer Relevanz war mir von Anfang an ein wichtiges Anliegen. Besonders prägend war die Auseinandersetzung mit der Entwicklung eines Handlungskonzepts. Dabei galt es, kreative Ideen zu entwickeln, aber gleichzeitig die Realisierbarkeit im Spitalalltag im Auge zu behalten. Initial war das Ziel meiner Arbeit, ein vollständiges, konkretes Handlungskonzept zu entwickeln, das zeitnah in die Praxis umgesetzt werden könnte. Allerdings habe ich während des Erarbeitungsprozesses erkannt, dass strukturelle und betrieblichen Rahmenbedingungen, insbesondere die Mitwirkung durch weisungs- und entscheidungsbefugte Fachpersonen, die Umsetzung dieses Vorhabens verzögerten.

Abschliessend blicke ich mit Stolz auf den Erarbeitungsprozess zurück. Ich bin dankbar, eine praxisrelevante Thematik gewählt zu haben, was meine Motivation bis zum Schluss aufrechterhielt. Die MAS-Thesis ist nicht nur ein wissenschaftliches Produkt, sondern spiegelt auch eine persönliche Entwicklung wider, hin zu einer reflektierteren, fachlich fundierteren und selbstbewussteren Fachperson in der psychosozialen Beratung.

6 Verzeichnisse

6.1 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Association Violence que faire (2025). Was ist Gewalt? URL: <https://www.violencequefaire.ch/de/gewaltspirale/> [Zugriffsdatum: 04. Mai 2025].
- Bamberger, Günter G. (2015). Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. Originalausgabe, 5., überarbeitete Aufl. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Bänziger, Vreni/Bass, Barbara/Fleischli, Marlene/Trionfini, Anatinna/Weingartner, Martha (2010). Ein Spital wird aktiv. Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber.
- Bass, Barbara (2016). Häusliche Gewalt - was kann ein Spital tun? Irrsinnig Weiblich - Psychische Krisen Im Frauenleben: Hilfestellung Für Die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin / Heidelberg. S. 75–91.
- Bass, Barbara/Ghavami-Dicker, Stefanie/Pok Lundquist, Judit/Schnarwyler, Beate/Tschudin, Sibil/Castelberg, Brida (2009). Leitfaden Häusliche Gewalt. St. Moritz: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.
- Beck, Barbara/Borg-Laufs, Michael (2021). Änderungsmotivation. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hg.). Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 82–99.
- Belser, Katharina (2015). Wo stehen wir in der Täterarbeit? In: Frauenfragen. Schutz vor Gewalt. Jg. S. 104–105.
- Brodbeck, Jeannette/Bötschi, Salome I. R./Vetsch, Neela/Berger, Thomas/Schmidt, Stefanie J./Marmet, Simon (2022). Investigating emotion regulation and social information processing as mechanisms linking adverse childhood experiences with psychosocial functioning in young swiss adults: the FACE epidemiological accelerated cohort study. In: BMC Psychology. 10. Jg. (1). S. 99. DOI: 10.1186/s40359-022-00798-5.
- Brodbeck, Jeannette/Bötschi, Salome I.R./Vetsch, Neela/Stallmann, Lina/Löchner, Johanna/Berger, Thomas/Schmidt, Stefanie J./Marmet, Simon (2024). Fostering resilience and well-being in emerging adults with adverse childhood experiences: study protocol for a randomized controlled trial to evaluate the FACE self-help app. In: BMC Psychology. 12. Jg. (1). S. 84. DOI: 10.1186/s40359-024-01560-9.
- Brunner, Sabine (2008). Kinder inmitten häuslicher Gewalt. In: Frauenfragen. Häusliche Gewalt: eine Bestandesaufnahme. Jg. S. 78–81.
- Bundesamt für Statistik (2025). Polizeilich registrierte Gewaltstraftaten im häuslichen Bereich. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt/registrierte-gewaltstraftaten.html> [Zugriffsdatum: 04. Mai 2025].
- Büttner, Melanie (Hg.) (2020). Handbuch häusliche Gewalt. Stuttgart: Schattauer.
- Clemens, Vera (2022). Neurobiologische Folgen kindlichen Miterlebens häuslicher Gewalt. Ulm: Universitätsklinikum Ulm. URL: <https://haeuslichegewalt.elearning-gewalt-schutz.de/>
- Dachorganisation der Frauenhäuser Schweiz und Liechtenstein (DAO) (2023). Jahresbericht 2023. Bern. URL: https://www.frauenhaeuser.ch/sites/default/files/2024-05/231031_DAO_Jahresbericht_2023.pdf

- Durrer, Sylvie/Hanselmann, Magaly (2008). Migrantinnen und häusliche Gewalt: stärker betroffen und weniger geschützt. In: Frauenfragen. Häusliche Gewalt: eine Bestandsaufnahme. Jg. S. 65–69.
- Egger, Therese/Schär Moser, Marianne (2008). Gewalt in Paarbeziehungen: Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen. In: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. S. 206.
- Ehlers, Anke (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen Bern: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020a). Definition, Formen und Folgen häuslicher Gewalt. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020b). Ursachen, Risiko- und Schutzfaktoren von Gewalt in Paarbeziehungen. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2020c). Häusliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2022). Häusliche Gewalt in der Schweizer Gesetzgebung. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2023). Istanbul-Konvention. Bern. URL: <https://www.ebg.admin.ch/de/istanbul-konvention>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2024). Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Europarat (2011). Istanbul Konvention. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/168/de>
- Fachstelle Häusliche Gewalt (2024). Ich werde bedroht, beschimpft, geschlagen oder verfolgt und brauche Hilfe. URL: <https://www.ag.ch/de/verwaltung/dvi/ueber-uns/organisation/generalsekretariat/haeusliche-gewalt/notfall-und-beratung-hilfe-finden/ich-werde-bedroht?jumpTo=NDM1NTU4NC80YWVvMzc2Ni03NzVILTRIYTgtOWNhNC1kMDY2OWRkZTYzMDY>
- Fachstelle Häusliche Gewalt (2025). Öffentlichkeitsarbeit und Prävention. URL: <https://www.ag.ch/de/verwaltung/dvi/ueber-uns/organisation/generalsekretariat/haeusliche-gewalt/16-tage-gegen-gewalt-an-frauen-kampagne#MjM2OTQzOQ> [Zugriffsdatum: 19. Februar 2025].
- Fausch, Sandra/Wechlin (2010). Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich. In: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber. S. 195–241.
- Feuz, Monica (2024). Protokoll Austausch Case Management, F+K.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2023). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 6. Auflage. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flury, Regula (2010). Grundsätze der Beratung gewaltbetroffener Frauen. In: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber. S. 123–130.

- Gächter, Hans Peter (2015). Projektmanagement. 4. Auflage. Aufl. Bern: hep der Bildungs-
verlag.
- Gähwiler, Olivia (2024). Forensic Nurses im Einsatz. URL: <https://www.srf.ch/news/gesellschaft/forensic-nurse-nach-gewalttaten-bleibt-nur-wenig-zeit-fuer-eine-spurensicherung> [Zugriffsdatum: 22. Oktober 2024].
- Genner, Manuela (2024). Richtlinie Konzept Care Management.
- Gisler, Omar/David, Simon/Martin, Tanja (2025). Das Jahr 2024 - Jahres- und Lagebericht der Kantonsspital Baden AG. Wettingen. URL: file:///C:/Users/cwipf/Downloads/2024_jahresbericht.pdf
- Gloor, Daniela/Meier, Hanna (2010). Zahlen und Fakten zum Thema häusliche Gewalt. In: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité, Stadtsptial Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. 2. Aufl. Bern: Hans Huber. S. 17–36.
- Greber, Franziska (2010). Die Vielfalt und Komplexität Häuslicher Gewalt erkennen. In: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber. S. 165–180.
- Haeberli Leugger, Karin (2010). Interinstitutionelle und interdisziplinäre Kooperation. Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (2019). Melderechte und Meldepflichten an die KESB nach Art. 314c, 314d, 443 sowie 453 ZGB. o.O.: Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (o.J.). Merkblatt zum Kinderschutz. Luzern.
- Koordination Gewaltprävention und Bedrohungsmanagement (2017). Wenn Patientinnen und Patienten von häuslicher Gewalt betroffen sind. Luzern: Zentralschweizer Fachgruppe häuslicher Gewalt.
- Lavoyer, Agota (2024). Von Gewalt und Sprache. In: Obstetrica. (10). S. 20–22.
- Markwalder, Nora/Biberstein, Lorenz/Baier, Dirk (2023). Häusliche Gewalt in der Schweiz. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. URL: <https://digitalcollection.zhaw.ch/server/api/core/bitstreams/64418905-c377-46eb-bc7d-9ad3b1b06460/content>
- Mayer, Klaus (2010). Männer, die Gewalt gegen die Partnerin ausüben. In: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber. S. 53–72.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränderte Auflage. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Münger, Mirjam (2018). Menschen mit Traumafolgen in der Sozialen Arbeit. In: Impuls Magazin des Departements Soziale Arbeit. (3). S.
- Opferberatung Aargau (o.J.). Häusliche Gewalt. Aarau: Opferberatung. URL: <https://www.opferberatung-ag.ch/sie-sind-opfer-von> [Zugriffsdatum: 10. November 2024].
- Peter, Susan A. (2015). Warum braucht es immer noch Frauenhäuser? In: Frauenfragen. Schutz vor Gewalt. Jg. S. 102–103.
- Rogers, Carl R. (2021). Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. 25. Auflage. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch.

Rothschild, Babette (2002). Der Körper erinnert sich: Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis-Verl.

Sauermost, Susanna (2010). Kinder und häusliche Gewalt. 2. Aufl. Bern: Hogrefe AG. S. 87–98.

Schmid, Gabriela (2012). Die Situation von Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben. In: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. 2. Aufl. Bern: Hogrefe AG. S. 37–51.

Schubert, Franz-Christian (2021a). Ressourcenaktivierung. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hg.). Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 198–213.

Schubert, Franz-Christian (2021b). Ressourcendiagnostik. In: Borg-Laufs, Michael (Hg.). Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 117–134.

Schubert, Franz-Christian/Wälte, Dieter/Meyer, Melanie (2021). Methoden der systemischen Paar- und Familienberatung. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hg.). Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 245–264.

Schweizerische Kriminalprävention SKP (2024). Zuhause im Unglück. Bern.

Specht, Heidrun (2010). Frauen als Täterinnen. In: Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. 2., überarb. und erw. Aufl. Aufl. Bern: Huber. S. 77–88.

SRF Schweizer Radio und Fernsehen (2024). Resilienz – Wie wir zu innerer Stärke kommen. URL: <https://www.srf.ch/play/tv/puls/video/resilienz---wie-wir-zu-innerer-staerke-kommen?urn=urn:srf:video:ad50e87e-7a7a-475e-9b99-a75d46991fea> [Zugriffsdatum: 31. Januar 2025].

Stoltenborgh, Marije/Bakermans-Kranenburg, Marian J./Alink, Lenneke R. A./Van IJzendoorn, Marinus H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. In: Child Abuse Review. 24. Jg. (1). S. 37–50. DOI: 10.1002/car.2353.

Truninger, Annina (2010). Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hg.). Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. 2. Aufl. Bern: Hans Huber. S. 181–194.

Universität Augsburg (2025). Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell. URL: <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/#:~:text=Das%20%E2%80%9EBiopsychosoziale%20Modell%20von%20Gesundheit%20und%20Krankheit%E2%80%99C%20wurde,gilt%20heute%20als%20eines%20der%20international%20anerkanntesten%20Krankheitsmodelle.> [Zugriffsdatum: 04. Mai 2025].

Wälte, Dieter (2021a). Diagnostische Grundlagen zum Fallverständnis nach dem bio-psycho-sozialen Modell. Psychosoziale Beratung. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wälte, Dieter (2021b). Wirkfaktoren. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hg.). Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 43–51.

Wechlin, Andrea (2015). Wie hat sich der Umgang mit häuslicher Gewalt verändert? In: Frauenfragen. Schutz vor Gewalt. Jg. S. 98–99.

- Werner, Emmy (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In: Zander, Margherita (Hg.). Handbuch Resilienzförderung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- WHO (2002). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Kopenhagen.
- Wüsten, Günther (2022). Lebenssinn und Ressourcen in Psychotherapie und Beratung: Methoden für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zoder, Isabel (2012). Polizeilich registrierte häusliche Gewalt: Übersichtspublikation. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

6.2 Hilfsmittelverzeichnis

Chat GPT 4.0 ChatGPT ist ein KI-gestützter Chatbot, der natürliche Sprache versteht und menschenähnliche Antworten generiert. Er basiert auf der GPT 4 Architektur von OpenAI und kann Texte verfassen, Fragen beantworten, Code schreiben, Zusammenfassungen erstellen und vieles mehr.

<https://chatgpt.com/>

Dieses Werkzeug wurde von der Verfasserin dieser Arbeit verwendet, um die Fragestellung einzugrenzen, Ideen zum Aufbau eines Inhaltsverzeichnisses zu entwickeln, Synonyme zu finden und selbst verfasste Textpassagen zu kürzen. Es wurden keine Texte mit diesem Tool generiert und in dieser Arbeit verwendet.

DeepL Translate Der DeepL Übersetzer ist ein maschineller Übersetzungsdienst, der Übersetzungen von bisher unübertroffener Qualität erstellt.

<https://www.deepl.com/de/translator>

Dieses Werkzeug wurde von der Verfasserin dieser Arbeit verwendet, um die FACE-Studie von Englisch auf Deutsch zu übersetzen. Es wurden keine Texte mit diesem Tool generiert und in dieser Arbeit verwendet.

Zotero Zotero ist ein Open-Source-Tool für wissenschaftliches Arbeiten, das dabei hilft, Literatur zu sammeln, zu organisieren, zu analysieren und auf verschiedene Weise zu teilen.

<https://www.zotero.org/>

Dieses Werkzeug wurde von der Verfasserin dieser Arbeit verwendet, um Literatur zu verwalten und Zitate und das Literaturverzeichnis einzufügen.



Richtlinie

Konzept Care Management

Geltungsbereich: Departement Pflege

Herausgeber: Kaderkonferenz

Erstellt am: 20.02.2024

Freigegeben am: 14.03.2024

Zusammenfassung

Diese Richtlinie fasst die relevanten Ziele und Leitsätze für das „Konzept Care Management“ am KSB zusammen.

1. Geltungsbereich und Zweck

Als Teil des interprofessionellen Behandlungsteams informiert und unterstützt das Team Care Management Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen bei der Vorbereitung und Planung des Spitalaustritts. Dabei orientiert es sich an den Bedürfnissen und den Lebensumständen der Betroffenen sowie an den vorhandenen Ressourcen.

Das Care Management deckt alle stationären Bereiche der Erwachsenen Patienten sowie definierte ambulante Bereiche ab.

2. Das Care Management (CM) am KSB

Das Care Management am KSB orientiert sich am standardisierten Case Management Verfahren und basiert auf den folgenden Prozessschritten (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz (2014), S. 8):

- Klärung und Aufnahme der Patienten (Clearing und Intake)
- Situations- und Bedarfseinschätzung (Assessment)
- Entwicklung, Definition von Zielen, Unterstützungsangebote, Massnahmen planen (Ziel- und Handlungsplanung)
- Massnahmen durchführen und umsetzen (Durchführung und Leistungssteuerung)
- Ergebnisse bewerten (Evaluation)

2.1. Leitsätze zur Involvierung des Care Managements

- Stationäre Anschlusslösung notwendig (Reha, Pflegeheim, etc.)
- Zu Hause wird mehr Unterstützung als bisher benötigt
- Soziale Unterstützung und Beratung erforderlich
- Kontakt mit Behörden notwendig
- Uneinigkeit zwischen Behandlungsteam und Patienten/Angehörigen

2.2. Ziele des Care Managements am KSB

- Prozessoptimierung im Bereich Ein-, Aufenthalts- und Austrittsmanagement
- Optimierung der Zusammenarbeit mit nachsorgenden Institutionen und Partnern (Informationsfluss und Kommunikation)
- Vermeidung von Versorgungsunterbrüchen im häuslichen Umfeld
- Steigerung der Zufriedenheit der Patienten/Angehörigen, nachsorgenden Dienste (Spitex, Hausarzt etc.)

Fachverantwortliche(r) Autor(in): Manuela Genner
Prüfer(in): Monica Feuz
Freigeber(in): Michèle Schmid

Revisionsnummer: R.0010.13.07.23

Seite 1/3

- Entlastung und Unterstützung der Behandlungsteams (Ärzte, Pflege, Therapeutische Dienste)

2.3. Abgrenzungen (gehört nicht zu den AVK des CM)

Das Team Care Management ist nicht verantwortlich für die Pflegeanamnese der Patienten. Es erfasst / ergänzt im Austrittsmanagement lediglich die für den Austritt relevanten Informationen und dokumentiert diese in den Verlaufseinträgen.

Grundsätzlich übernimmt das Care Management keine Aufgaben in der direkten Pflege. Bei Situationen wie z. Bsp. einer Pandemie etc. können pflegerische Aufgaben durch die Leitung des Supportbereiches delegiert werden.

3. Organisation und Strukturen

Das Team Care Management ist im Departement Pflege angegliedert und direkt der Leitung Supportbereich Pflege unterstellt.

Das Team wird fachlich und organisatorisch durch eine Teamleitung ([Link](#)) geführt. Nebst der Führungstätigkeit und Übernahme von einzelnen Fallbegleitungen ist die Teamleitung in Projekten aktiv, insbesondere in Projekten im Bereich Prozess- und Schnittstellenthemen mit Beteiligung der spitalexternen Versorgungspartner.

Um den Informationsfluss Wissens- und Qualitätssicherung zu gewährleisten stehen dem Team Care Management verschiedene interne und externe Gefässe zur Verfügung.

Kennzahlen für diverse Berichte und Audits werden erstellt und entsprechend ausgewertet.

3.1. Profile im Care Management

- Care Managerin (Dipl. Pflegefachperson) (mitgeltendes Dokument Stellenbeschreibung Care Manager/in: [Link](#))
- Sozialbegleiterin (braucht keine pflegerische Grundausbildung) (mitgeltendes Dokument Stellenbeschreibung Sozialbegleiterin Dialyse: [Link](#))

3.2. Weiterbildungsprofil

Das Weiterbildungsprofil enthält Pflicht-Easylearns und Pflicht-Weiterbildungen sowie Empfehlungen für sinnvolle Weiterbildungen für das Team Care Management. Das Weiterbildungsprofil findet sich im Informer unter: [Link](#)

4. Mitgeltende Dokumente und / oder Quellenhinweis

- Bähler, Beatrice - Kantonsspital Baden AG (2014): Konzept Care Management und Patientenberatung, Baden (intern)
- Netzwerk Case Management - Hochschule Luzern- Soziale Arbeit (2014): Definition und Standards Case Management
- Stellenbeschreibung Teamleitung Care Management: [Link](#)
- Stellenbeschreibung Care Management: [Link](#)
- Stellenbeschreibung Sozialbegleitung: [Link](#)
- Weiterbildungsprofil Care Management: [Link](#)

5. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AVK	Aufgabe, Verantwortung, Kompetenz
Round Table	Runder Tisch
CM	Care Management

6. Genehmigung und Inkrafttreten

Die Richtlinie wurde am 14.03.2024 durch die Kaderkonferenz Pflege genehmigt und tritt per sofort in Kraft.

Genehmigt durch die Departementsleitung Pflege

Michèle Schmid
Direktorin Departement Pflege

Protokoll

Austausch Case Management Frauenklinik / Beschluss Protokoll

Departement Pflege
Monica Feuz
Leiterin Supportbereiche Pflege

Direkt +41 56 486 29 09
Zentrale +41 56 486 21 11
monica.feuz@ksb.ch

Departement / Klinik / Abteilung: Pflege Supportbereich Pflege	Sitzungsdatum: 10. Dezember 2024	Sitzungsort: M. Feuz
Verfasser: Monica Feuz	Erstelldatum: 10. Dezember 2024	Anzahl Seiten: 1
Anwesend: Manuela Genner, Sabine Sahli, Monica Feuz, Celine Wipf	Abwesend: -	Zur Kenntnisnahme: Anwesende

Notwendigkeit für die Funktion ist laut Sabine Sahli auch gemäss Rückmeldungen der Ärzteschaft gegeben.

Nächste Schritte:

1. Information Ärzteschaft/Pflege:

- CW geht nochmals die Ärzte zum CM und den Prozess informieren.
- Sensibilisierung der Ärzteschaft, wann das CM beigezogen werden soll
 - Klären: was hält die Ärzteschaft davon ab, das CM beizuziehen. Was braucht es dazu?
 - Die Patientin muss vom Arzt informiert werden, dass das CM am nächsten ambulanten Termin dabei ist.
 - Regeln der Dokumentation CM müssen übernommen werden
 - Kommunikation, dass grundsätzlich keine Vertretung vorhanden ist
 - Schulung an Teamsitzungen oder KUFU der Pflege zu CM-Themen
 - Stationsleitungen müssen auch über die Funktion und den Prozess informiert werden

2. Terminplanung: Klären wer plant die Termine mit den Patientinnen. Zudem klären ist der technische Weg (Kisitermin/Kisim-Agenda) (Ev. Infos von Doris von Siebenthal zum Wund einholen (wie machen sie das) und Termin mit Andrea Schön um zu klären was möglich ist)

3. Pensum von 90%: Kostenallokation zur Frauen – und Kinderklinik bleibt bestehen. 25. März 2025 Evaluation. Die Kosten der Stellen bleiben vorläufig bei F+K. Falls das Pensum von 90% nicht ausgefüllt ist und die Kostenallokation verändert werden müsste, dann muss das CM dazu offenen Stellen haben um die Prozente / Kosten zu übernehmen. Solange würden die Kosten bei F+K bleiben.

- Im Team CM muss ein klarer «Hafen» definiert werden.

4. Austauschtermine: von Céline finden zukünftig mit Manuela Genner und Sabine Sahli statt

5. Bezeichnung der Funktion von Céline ist zu klären / Sozialarbeiterin? Oder wie weiter?

7 HSA FHNW Eigenständigkeitserklärung für Leistungsnachweise

Ich erkläre hiermit, dass ich den vorliegenden Leistungsnachweis selber und selbständig verfasst habe,

- dass ich sämtliche nicht von mir selbst stammenden Textstellen und anderen Quellen wie Bilder etc. gemäss gängigen wissenschaftlichen Zitierregeln [z.B. gem. Wegleitung zur Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW] korrekt zitiert und die verwendeten Quellen klar sichtbar ausgewiesen habe;
- dass ich in einer Fussnote oder einem Hilfsmittelverzeichnis alle verwendeten Hilfsmittel (KI-Assistenzsysteme wie Chatbots [z.B. ChatGPT], Übersetzungs- [z.B. DeepL], Paraphrasier- [z.B. Quillbot]) oder Programmierapplikationen [z.B. Github Copilot] deklariert und ihre Verwendung bei den entsprechenden Textstellen angegeben habe;
- dass ich sämtliche immateriellen Rechte an von mir allfällig verwendeten Materialien wie Bilder oder Grafiken erworben habe oder dass diese Materialien von mir selbst erstellt wurden;
- dass das Thema, die Arbeit oder Teile davon nicht bei einem Leistungsnachweis eines anderen Moduls verwendet wurden, sofern dies nicht ausdrücklich mit der Dozentin oder dem Dozenten im Voraus vereinbart wurde und in der Arbeit ausgewiesen wird;
- dass ich mir bewusst bin, dass meine Arbeit auf Plagiate und auf Drittautorschaft menschlichen oder technischen Ursprungs (Künstliche Intelligenz) überprüft werden kann;
- dass ich mir bewusst bin, dass die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW einen Verstoß gegen diese Eigenständigkeitserklärung bzw. die ihr zugrundeliegenden Teilnehmendenpflichten gemäss Reglementen der Hochschule für Soziale Arbeit verfolgt und dass daraus disziplinarische Folgen (Verweis oder Ausschluss aus dem Programm) resultieren können.

Ort/Datum: Fislibach, 09. Mai 2025

Name: Céline Wipf

Unterschrift:

(www.fhnw.ch/soziale-arbeit/weiterbildung)