

Evaluation Aufsuchender Dienst Forensic Nurses

Bericht im Auftrag der Bildungsdirektion des
Kantons Zürich

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie:

Sarah Heiniger, Thomas Egger, Marc Höglinger, Flurina Meier

Winterthur, 20. Februar 2026

IMPRESSUM

Herausgeber:
ZHAW School of Management and Law
St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)
www.zhaw.ch/wig

Projektleitung, Kontakt: Flurina Meier
flurina.meier@zhaw.ch

Copyright © 2026, ZHAW School of Management and Law

Abstract

Ausgangslage

Der Aufsuchende Dienst Forensic Nurses (ADFN) wurde im April 2024 als Pilotprojekt im Kanton Zürich lanciert, um Betroffene sexueller und häuslicher Gewalt niederschwellig forensisch zu versorgen und Spuren zu sichern -- unabhängig von einer sofortigen Strafanzeige. Die vorliegende Evaluation untersucht die ersten 18 Monate des Pilotprojekts (April 2024 bis September 2025) mit Fokus auf Leistungserbringung, Zusammenarbeit mit Stakeholdern sowie Kosten und Ressourceneinsatz.

Methodik

Die Evaluation kombiniert quantitative Analysen von Routinedaten des ADFN, administrativen Daten und Kostendaten mit 17 qualitativen Interviews mit Vertreter:innen von Spitälern, ambulanten Leistungserbringer:innen, Opferberatungsstellen, Polizei, Rechtsmedizin und dem ADFN-Team. Ergänzend wurde ein Vergleichsmodell aus dem Kanton Waadt (Gewaltopferambulanz UMV) einbezogen.

Zentrale Ergebnisse

Im Evaluationszeitraum wurden 345 forensische Untersuchungen durchgeführt (2024: 149, 2025: 196), 13% der Betroffenen erstatteten später Strafanzeige. Die Inanspruchnahme des ADFN zeigt eine steigende Tendenz (31% Anstieg zwischen 2024 und 2025), liegt aktuell jedoch noch unter der vorgängig geschätzten Anzahl Untersuchungen im Vollbetrieb. Als Hauptursache wird der noch geringe Bekanntheitsgrad in der Allgemeinbevölkerung identifiziert. Neben den telefonischen Erstkontakten, die in forensischen Untersuchungen mündeten, dokumentierte der ADFN insgesamt 311 weitere Telefonkontakte. Die Anzahl Telefonkontakte stieg von 130 im Jahr 2024 auf 181 im Jahr 2025 (Anstieg um ca. 39 %).

Die Evaluation zeigt, dass das Pilotprojekt einen klaren Mehrwert für die Betroffenen und die Versorgungsstrukturen bietet. Denn, der ADFN schliesst eine wichtige Versorgungslücke: Durch spezialisierte forensische Fachkompetenz, 24/7-Verfügbarkeit und die zeitliche Entkoppelung von Spurensicherung und Entscheidung über eine Strafanzeige profitieren Betroffene von einer professionellen Betreuung. Die Zusammenarbeit mit Stakeholdern funktioniert grundsätzlich gut, wobei insbesondere die Entlastung der Personalressourcen auf den Notfallstationen positiv bewertet wird.

Das Team des ADFN umfasst 8-10 Personen (6.6 VZÄ) und ein Team von 7-8 Rechtsmediziner:innen (1 VZÄ) leisten den Hintergrunddienst für den ADFN. Gemeinsam decken sie die 24/7-Verfügbarkeit des ADFN ab. Diese scheint insbesondere am Wochenende gerechtfertigt, da 36% der Einsätze am Wochenende anfallen und davon 51% in der Abend- und Nachtzeit (19:00 - 08:00 Uhr). Bis September 2025 beliefen sich die Gesamtkosten des ADFN auf CHF 1.96 Mio. im Jahr 2024 (9 Monate) und auf CHF 1.17 Mio. im Jahr 2025 (9 Monate). Mit 56% fielen dabei die Personalkosten am meisten ins Gewicht gefolgt von den Aufbau-Kosten (25%), welche nur im ersten Jahr anfielen, und dem Overhead (16%).

Diskussion und Handlungsempfehlungen

Zur Weiterentwicklung wird prioritär eine Verbesserung des Bekanntheitsgrades in der Bevölkerung und bei Fachpersonen empfohlen. Dies würde es ermöglichen, Betroffene besser zu erreichen und die aufgrund der 24/7-Verfügbarkeit bereitgestellten Personalressourcen effizienter auszulasten. Organisatorisch sollten Kommunikationsstrukturen optimiert, Schulungsformate ausgebaut und die Integration ambulanter Leistungserbringer systematisiert werden.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	3
1 Einführung	5
1.1 Ausgangslage und Entwicklung	5
1.2 Pilotprojekt ADFN und die Dienstleistungen	5
1.3 Ziel der Evaluation	6
1.4 Fragestellungen	6
2 Vorgehen und Datengrundlage	6
2.1 Quantitative Datenerhebung und Analysen	6
2.2 Qualitative Datenerhebung und Analysen	7
3 Resultate	8
3.1 Leistungserbringung des ADFN	8
3.2 Wahrgenommener Mehrwert für Betroffene aus Sicht der Fachpersonen	13
3.3 Zusammenarbeit und Prozesse	15
3.4 Einsatzzeiten, Personal und Kosten	21
3.5 Exkurs: Vergleich «Zürcher Modell» und «Waadtländer Modell»	27
4 Diskussion	28
4.1 Zusammenfassung der Resultate	28
4.2 Entwicklungsmöglichkeiten des «Zürcher Modells»	30
4.3 Limitationen und Empfehlung für zukünftiges Monitoring / Evaluation	31
5 Handlungsempfehlungen	32
6 Literaturverzeichnis	36
7 Anhang	37
7.1 Detailfragen der Evaluation	37
7.2 Einsatzzeiten, Personal und Kosten: Zusätzliche Auswertungen	38

1 Einführung

1.1 AUSGANGSLAGE UND ENTWICKLUNG

Die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und von häuslicher Gewalt ist ein zentrales Anliegen in der Schweiz. Eine fachstellenübergreifende Arbeitsgruppe prüfte 2020 die Umsetzung der Istanbul-Konvention SR 0.311.35 (Istanbul-Konvention, 2018) im Kanton Zürich und stellte fest, dass die meisten Anforderungen weitgehend erfüllt sind. Verbesserungsbedarf sah sie aber insbesondere bei der Sichtbarkeit bestehender Angebote, der kontinuierlichen Weiterbildung des medizinischen Personals und der Gerichtsverwertbarkeit gesicherter Spuren auch ohne Strafanzeige. Vor diesem Hintergrund hat der Regierungsrat mit Regierungsratsbeschluss Nr. 1320/2023 die Einrichtung des Pilotprojekts «Aufsuchender Dienst Forensic Nurses» (ADFN) am Institut für Rechtsmedizin (IRM) der Universität Zürich (UZH) beschlossen.

1.2 PILOTPROJEKT ADFN UND DIE DIENSTLEISTUNGEN

Ziel des Pilotprojekts ist es, ein kantonsweit erreichbares, niederschwelliges Angebot zu schaffen, das Opfer von sexueller und häuslicher Gewalt rechtsmedizinisch versorgt, Spuren sichert und Betroffene an Beratungsstellen weiterleitet — unabhängig von einer Strafanzeige. Das Projekt wurde als befristetes Pilotvorhaben (2024–2026) mit einer externen Evaluation geplant, welche den Entscheid einer möglichen Verstärkung des Angebots unterstützen soll.

Organisatorisch wurde der ADFN als Delegationsmodell angelegt: Forensic Nurses (FN) führen Untersuchungen in fachärztlicher Supervision des IRMs durch, übernehmen Triage-Aufgaben, dokumentieren Verletzungen und sichern Asservate; der ärztliche Hintergrunddienst (Rechtsmediziner:innen des IRM) gewährleistet fachliche Führung, Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung (IRM, 2023).

Die FNs übernehmen ein breites Aufgabenspektrum, das sowohl medizinische als auch psychosoziale Komponenten umfasst. Im Zentrum steht die forensische Untersuchung nach sexueller oder häuslicher Gewalt, bei der Spuren professionell dokumentiert und gesichert werden. Dazu gehören DNA-Abstriche, toxikologische Proben, Fotografien der Verletzungen und weitere Spurensicherungsmassnahmen.

Das Pilotprojekt richtet sich an Betroffene sexueller und häuslicher Gewalt, unabhängig vom Alter und Geschlecht. Ein zentraler Grundsatz ist die permanente Verfügbarkeit: An 365 Tagen im Jahr können Spital-Notfalldienste rund um die Uhr eine FN beiziehen. Diese Erreichbarkeit soll gewährleisten, dass zeitkritische forensische Untersuchungen zeitnah eingeleitet werden können, unabhängig davon, ob die Betroffenen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Strafanzeige erstatten möchten oder nicht. Das Pilotprojekt war ursprünglich auf Spital-Notfalldienste beschränkt. Aufgrund der Nachfrage ambulanter Leistungserbringer (z.B. Ladies Permanence Stadelhofen, Ambulatorium Kanonengasse) wurde das Angebot im Juli 2025 auf diesen Bereich ausgeweitet.

Parallel zur medizinischen Versorgung und Spurensicherung erfolgt eine Beratung und Betreuung der Betroffenen. Die FNs klären die Betroffenen über ihre Rechte auf und vermitteln bei Bedarf an eine geeignete Opferberatungsstelle. Alle Massnahmen werden ausschliesslich mit dem Einverständnis der Betroffenen durchgeführt.

Zusätzlich zur direkten Versorgung führen die FNs Weiterbildungen für medizinisches Personal durch, um Spitalmitarbeitende für Anzeichen sexueller und häuslicher Gewalt zu sensibilisieren und zu vermitteln, in welchen Situationen der ADFN einbezogen werden sollte.

Finanziell wurde das Pilotprojekt mit rund 5,5 Mio. Franken für den Zeitraum 2024–2026 ausgestattet; die erwarteten jährlichen Betriebskosten im Vollbetrieb liegen bei etwa 1,7 Mio. Franken. Die Ressortverteilung der Kosten erfolgte über die beteiligten Direktionen (Gesundheitsdirektion (GD), Bildungsdirektion (BI), Direktion der Justiz und des Innern (JI) gemäss dem Regierungsratsbeschluss Nr. 1320/2023 (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2023).

1.3 ZIEL DER EVALUATION

Die Evaluation verfolgt drei Ziele: Erstens soll sie dem Regierungsrat eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage zur möglichen Verstärkung des Angebots liefern. Zweitens werden Optimierungspotenziale in der Organisation und Umsetzung identifiziert. Drittens werden Grundlagen zur Klärung offener Fragen zur langfristigen Finanzierung erarbeitet.

1.4 FRAGESTELLUNGEN

Die Evaluation konzentriert sich auf drei zentrale Fragestellungen:

1. Leistungserbringung: Wie gut werden die angestrebten primären Ziele in den Bereichen Spurensicherung und Opferhilfe sowie das sekundäre Ziel der Entlastung der medizinischen Versorgungsstruktur erreicht?
2. Zusammenarbeit und Prozesse: Wo ist das ADFN-Programm bereits gut implementiert und wo braucht es Verbesserung? Wie gut gelingt die Zusammenarbeit und Umsetzung in der Praxis?
3. Kosten: Welche Kosten entstehen durch das Programm und wie stellen sich diese im Verhältnis zum Nutzen dar?

Eine Auflistung der Detailfragen der Evaluation findet sich in Anhang 7.1.

2 Vorgehen und Datengrundlage

Die Evaluation berücksichtigt die ersten 18 Monate des Pilotprojekts im Zeitraum vom 1. April 2024 bis 30. September 2025. Die Datenerhebung erfolgte durch eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden.

2.1 QUANTITATIVE DATENERHEBUNG UND ANALYSEN

Die quantitativen Analysen zur Leistungserbringung basieren auf Routinedaten des IRM bzw. des ADFN. Seit Beginn des Pilotprojektes erhebt der ADFN Einsatzdetails (Erstkontakt, Ort der forensischen Untersuchung, Anbindung an Opferberatungsstelle, Deliktart, Tatkanton, vorzeitige Beendigung der Untersuchung), demographische Angaben zu den Klient:innen (Geschlecht, Altersgruppe, Wohnkanton) und führt ein Zeiterfassungssystem (Dauer der Untersuchung, Einsatzzeit). Diese Daten wurden uns vom ADFN in aggregierter Form zur Verfügung gestellt.

Zudem dokumentieren die FN alle Telefonkontakte, welche nicht mit einer forensischen Untersuchung verbunden sind, also v.a. Beratungen und Informationsvermittlungen beinhalten, sowie alle Schulungen bei Stakeholdern wie Spitälern oder Opferberatungsstellen. Diese Daten bilden die Grundlage der Analysen zu den Telefonkontakten und den Schulungstätigkeiten.

Die Analysen zu Personal und Kosten basieren hauptsächlich auf Auszügen aus dem SAP-System des IRM. Sie wurden als monatliche Angaben durch das IRM zur Verfügung gestellt und umfassten die Anzahl und Vollzeitäquivalente der Mitarbeitenden (FNs und Rechtsmediziner:innen), Personalkosten

(getrennt nach FNs und Rechtsmediziner:innen), mittlere Löhne (getrennt nach FN und Rechtsmediziner:innen; Jahreslohn entsprechend der Anzahl VZÄ, inkl. Sozialleistungen und Pikett, ohne Lunch-Checks, Aus- und Weiterbildung), Sachkosten, Overheadkosten und andere Kosten (v.a. Aufbauskosten).

Zur Einschätzung der benötigten Zeit für den gesamten Ablauf – vom Eingang der telefonischen Meldung über die Anfahrt, die klinische Untersuchung und die Asservierung bis zur Fertigstellung des Dokumentationsberichts – wurden die medizinische und die pflegerische Leitung des ADFN gebeten, die Dauer typischer Arbeitstätigkeiten zu quantifizieren (z.B. Dokumentationsdauer nach Deliktart, Reisezeiten, Schulungen). Für diese Tätigkeiten wurden jeweils ein Minimum, ein Maximum und eine mittlere Dauer eingeschätzt.

2.2 QUALITATIVE DATENERHEBUNG UND ANALYSEN

Für den qualitativen Teil der Evaluation wurden semistrukturierte Interviews mit 18 Personen aus sieben Stakeholdergruppen durchgeführt. Das Vorgehen kombinierte deduktive und induktive Elemente: Ein systematisch aufgebauter Leitfaden sicherte die Vergleichbarkeit durch gezielte Abfrage vorab definierter Evaluationskriterien, während offene Nachfragen die Erfassung projektspezifischer Aspekte, Implementations- und Wirkungszusammenhänge sowie unterschiedlicher Stakeholder-Perspektiven ermöglichten. Von den 17 Interviews fanden 13 online und 4 face-to-face statt.

Die Auswahl der befragten Stakeholder erfolgte gestuft und gruppenspezifisch: Vertreter:innen des ADFN sowie der rechtsmedizinischen Ärzteschaft des IRM wurden mittels Zufallsstichprobe ausgewählt. Bei den Spitälern wurde eine kombinierte Typologie- und datenbasierte Vorgehensweise angewandt: Berücksichtigt wurden universitäre und nicht-universitäre Zentrumsspitäler, Grundversorger und Spezialkliniken mit unterschiedlicher Interaktionshäufigkeit zum ADFN. Die zu interviewenden Personen wurden von den jeweiligen Einrichtungen vorgeschlagen. Bei den ambulanten Leistungserbringern nahmen beide offiziell eingebundene Anbieter teil. Opferberatungsstellen wurden primär datenbasiert ausgewählt, wobei Einrichtungen mit häufigen ADFN-Kontakten priorisiert und das Klientel hinsichtlich Frauen, Männer sowie Kinder und Jugendliche abgedeckt wurde. Die polizeiliche Vertretung wurde auf Vorschlag des Auftraggebers interviewt. Als Vergleichsmodell wurde die Gewaltopferambulanz (UMV) des CHUV in Lausanne herangezogen.

Das Sample umfasste FNs des ADFN (3 Personen), Rechtsmediziner:innen des IRM (2), Notfalldienste der Spitäler (6), ambulante Leistungserbringer (2), Opferberatungsstellen (3), Polizei (1) sowie eine Vertretung des Vergleichsmodells aus dem Kanton Waadt (1). Von den 18 interviewten Personen verfügten 5 über ein CAS Forensic Nursing; 14 waren weiblich, 4 männlich.

Aus ethischen und rechtlichen Gründen konnten Betroffene selbst nicht befragt werden. Ihre Perspektive wurde stellvertretend über Aussagen der Opferberatungsstellen sowie des medizinischen Personals berücksichtigt.

Die Auswertung erfolgte mittels fokussierter Inhaltsanalyse unter Verwendung der Software MAXQDA (Kuckartz & Rädiker, 2024), die eine systematische Codierung und Kategorisierung der Interviewinhalte ermöglicht. Dabei wurden sowohl vorab definierte Evaluationskriterien (deduktiv) als auch Themen aus den Interviews (induktiv) berücksichtigt.

3 Resultate

3.1 LEISTUNGSERBRINGUNG DES ADFN

Mit Blick auf die Leistungserbringung wurden drei Ziele verfolgt: (1) Die Verbesserung der Spurensicherung bei häuslicher und sexueller Gewalt in Fällen, in welchen von den Betroffenen unmittelbar nach dem Delikt keine Strafanzeige gewünscht wird und (2) die bessere Anbindung der Betroffenen an die Opferhilfe. (3) Angesichts des hohen Zeitaufwands forensischer Untersuchungen wurde zudem eine Entlastung der medizinischen Versorgungsstrukturen angestrebt.

Die Leistungserbringung wird anhand der Inanspruchnahme analysiert: Wie viele forensische Untersuchungen sowie telefonische Beratungen und Informationsvermittlungen wurden in den ersten 18 Monaten durchgeführt? Welche Bevölkerungsgruppen nutzen das Angebot und wie entwickelt sich die Nachfrage über die Zeit? Grundlage der Analysen sind Routinedaten des ADFN.

3.1.1 Inanspruchnahme von forensischen Untersuchungen

Der ADFN hat in der Evaluationsperiode vom 1. April 2024 bis 30. September 2025 insgesamt 345 forensische Untersuchungen durchgeführt. Die forensischen Untersuchungen konzentrierten sich vor allem auf das Universitätsspital Zürich, die Zentrumsspitäler sowie das Kinderspital. Hier erfolgten 66% aller Untersuchungen (Abbildung 1): 138 (40%) am Universitätsspital, 88 (26%) in den Zentrumsspitalern Zürich und Winterthur sowie 47 (14%) am Kinderspital Zürich (Abbildung 1).

Was verstehen wir unter einem «Einsatz», einer «Untersuchung» und einem «Telefonkontakt»?

Ein **Einsatz** umfasst den operativen Ablauf vom Eingang der Meldung über die Anfahrt zur betroffenen Person, die klinische Untersuchung sowie die Sicherung und Dokumentation der Asservate, endet aber vor dem Berichtschreiben.

Unter **Untersuchung** verstehen wir die forensische Untersuchung der betroffenen Person im Spital oder bei ambulanten Leistungserbringern vor Ort, *einschliesslich* der initialen Kontaktaufnahme durch Betroffene, Angehörige oder Fachpersonen.

Telefonkontakte sind Anrufe, die nicht in eine forensische Untersuchung münden, sondern beratender oder informierender Art waren.

Während die forensischen Untersuchungen alle im Kanton Zürich stattfanden, befanden sich die Tatorte teilweise ausserhalb (11% in anderem Kanton; 3% im Ausland) oder waren unbekannt (13%, Abbildung 1). Nur wenige Untersuchungen (23 der 345, 7%) wurden vorzeitig beendet. Begründet wurden vorzeitige Abbrüche der Untersuchungen in den Interviews mit Intoxikationen oder der fehlenden psychischen Bereitschaft der Gewaltbetroffenen, die eine Weiterführung der Untersuchung verunmöglichten.

Ungefähr die Hälfte der Klient:innen waren nach der forensischen Untersuchung bei einer Opferberatung angebunden, 10% waren dies schon vor dem ADFN. Weitere 10% nahmen eine andere Beratung in Anspruch, welche nicht von einer Opferberatungsstelle durchgeführt wurde und ungefähr ein Drittel wünschte sich keine Anbindung an eine Opferberatungsstelle (Abbildung 1). Die Anbindung an eine Opferberatungsstelle bedeutet, dass die betroffene Person Kontaktdaten erhält oder direkt an eine Beratungsstelle weitervermittelt wird, wo sie psychosoziale Unterstützung, rechtliche Beratung und Begleitung im Strafverfahren erhalten kann.

Die Klient:innen des ADFN waren in der grossen Mehrheit weiblich (86%), jünger als 46 Jahre (91%) und wohnhaft im Kanton Zürich (75%, Abbildung 2). Etwas mehr als die Hälfte erfuhr sexuelle Gewalt (54%). 14% der Klient:innen waren männlich. In anderen Kantonen waren 10%, in anderen Ländern 3% wohnhaft.

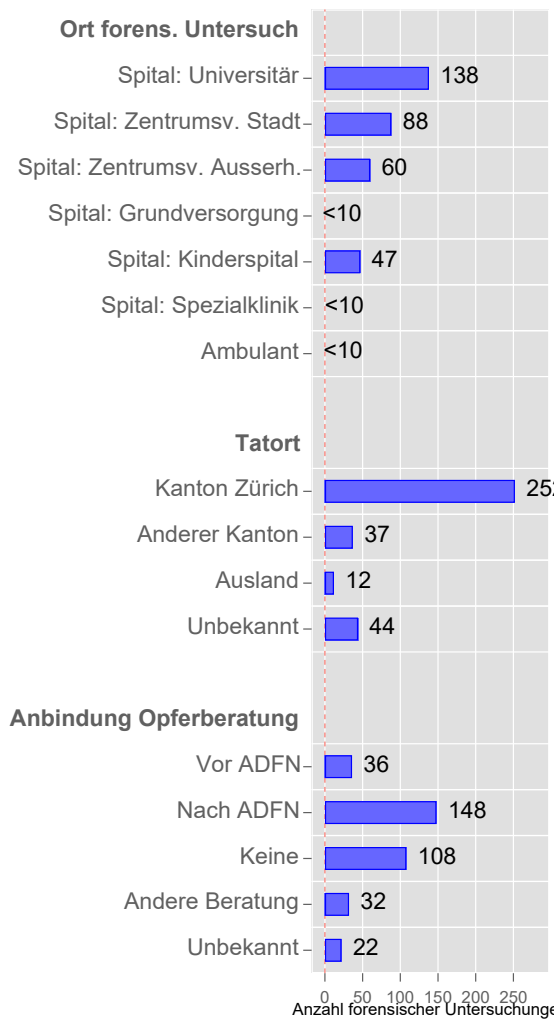


Abbildung 1: Ort der forensischen Untersuchung, Tatort und Anbindung der Opferberatung der vom ADFN untersuchten Betroffenen

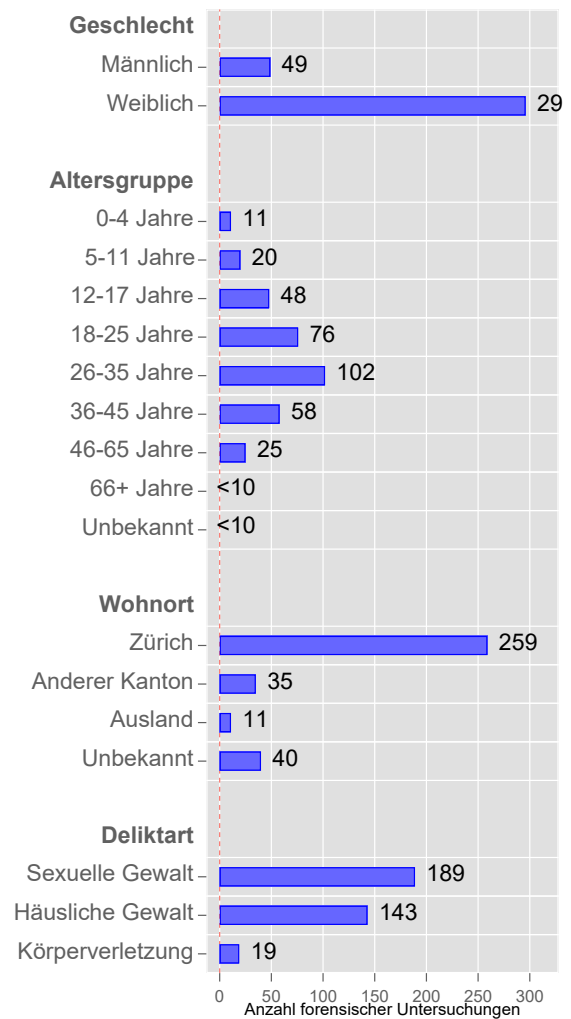


Abbildung 2: Geschlecht, Alter, Wohnort und Deliktart der vom ADFN betreuten Fälle

Die Deliktart variierte nach Alter (Abbildung 3): Während Klient:innen im Kindesalter bis 11 Jahre und ab 36 Jahren vorwiegend wegen häuslicher Gewalt forensisch untersucht wurden, war der Hauptgrund für eine forensische Untersuchung bei den 12-35-Jährigen sexuelle Gewalt. Bei den über 36-jährigen war häusliche Gewalt Hauptdelikt.

Die Geschlechterverteilung war bei Kindern bis 11 Jahre etwa ausgeglichen. Die 12- bis 45-Jährigen Klient:innen waren grösstenteils weiblich, bei den Klient:innen ab 46 Jahren beträgt der Anteil der Männer rund ein Drittel.

Zur Beurteilung von zeitlichen Trends in der Inanspruchnahme wurden die Anzahl Untersuchungen über die Evaluationsperiode hinweg analysiert. Während die monatlichen Zahlen erheblich schwankten, zeigt die geglättete Trendkurve eine konsistente Aufwärtstendenz, was auf eine zunehmende Etablierung des Angebots in den Spitälern und bei den Betroffenen hindeutet (Abbildung 4).

Im Jahr 2024 wurden während der Evaluationsperiode (9 Monate, April bis Dezember) insgesamt 149 forensische Untersuchungen durchgeführt (Ø 16.6 pro Monat). Im Jahr 2025 (9 Monate, Januar bis September) stieg die Zahl auf 196 Fälle (Ø 21.8 pro Monat), was einem Anstieg von 31% entspricht. Die Evaluationsperiode umfasst jeweils nur 9 Monate pro Jahr, da das Pilotprojekt am 1. April 2024 startete und die Datenerhebung am 30. September 2025 endete. Hochgerechnet auf ein volles Jahr entspricht dies 199 Untersuchungen für 2024 und 261 für 2025.

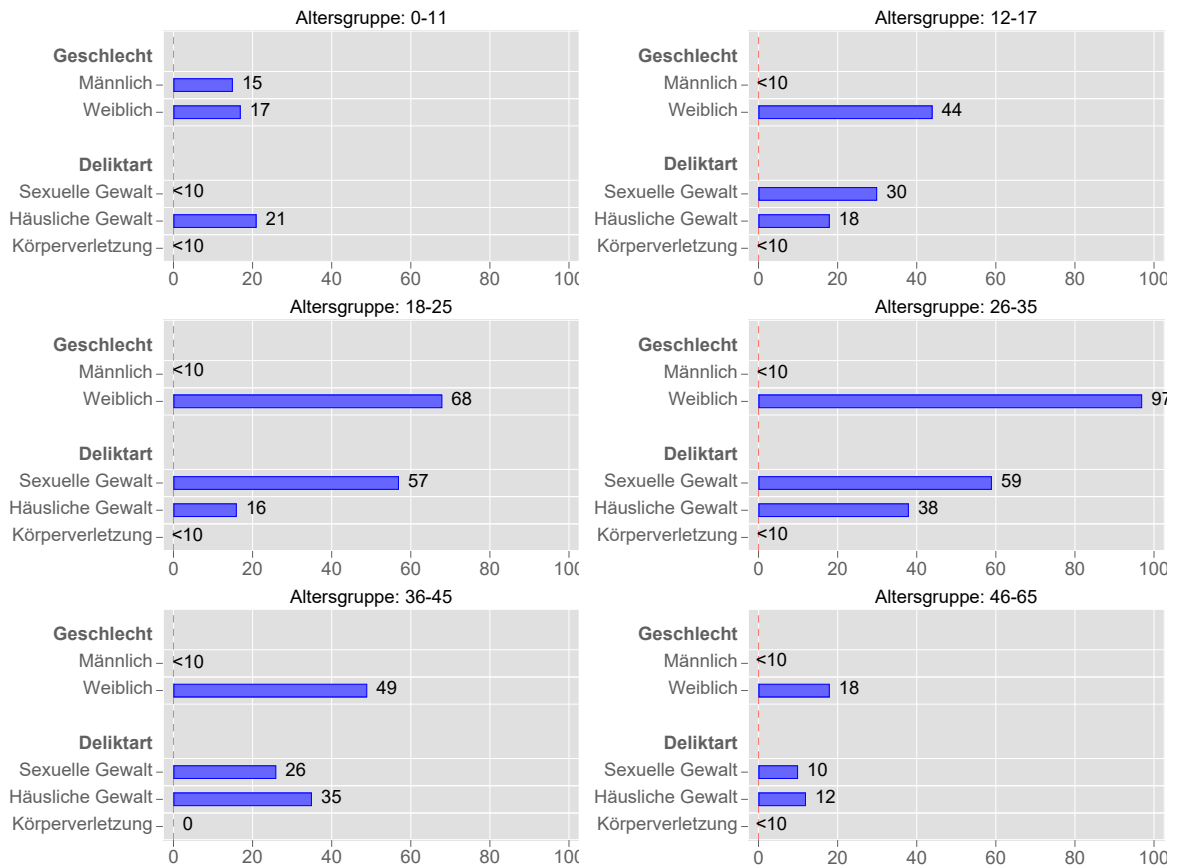


Abbildung 3: Geschlecht und Deliktart der vom ADFN untersuchten Betroffenen aufgeschlüsselt nach Altersgruppen

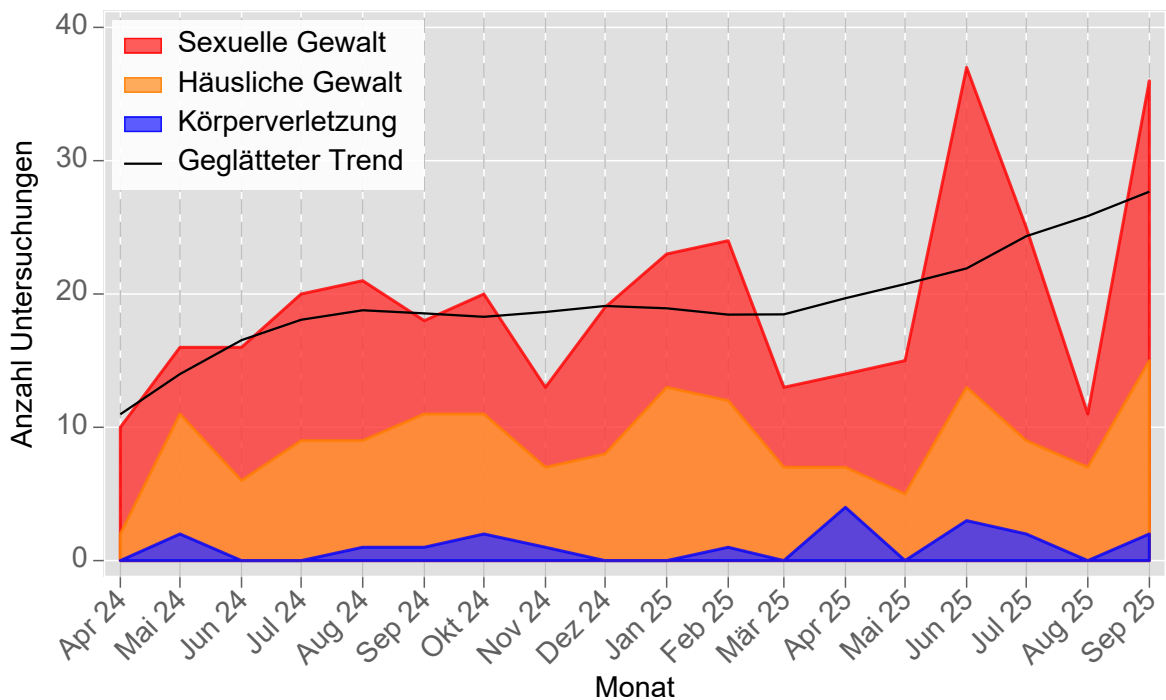


Abbildung 4: Anzahl forensischer Untersuchungen im Zeitverlauf nach Deliktart

3.1.2 Telefonkontakte

Neben den forensischen Untersuchungen bei den Leistungserbringern vor Ort bietet der ADFN auch telefonische Beratungen und Informationsvermittlung an. Diese niederschwellige Kontaktmöglichkeit ermöglicht Fachpersonen, Betroffenen oder Angehörige von Betroffenen eine erste Abklärung, fachliche Beratung und Orientierung, auch in Fällen in welchen keine forensische Untersuchung erforderlich oder erwünscht ist. Die in diesem Kapitel berichteten Telefonkontakte betreffen nur Kontaktaufnahmen, die unabhängig von forensischen Untersuchungen sind.

Über die gesamte Evaluationsperiode führten die FNs insgesamt 311 Telefonkontakte durch. Von diesen waren 81% (251 Telefonate) gewaltbezogen, während die restlichen 19% unbekannte Gründe oder sonstige Anliegen betrafen (Abbildung 5). Konsistent mit dem Profil der forensischen Untersuchungen war sexuelle Gewalt auch bei den Telefonberatungen das häufigste Thema. Die Anrufer:innen waren mehrheitlich Gesundheitsfachpersonen (47%, 147 Telefonate), gefolgt von betroffenen Personen selbst (28%, 87 Telefonate), was die Rolle des ADFN als Orientierungshilfe für Professionelle aber auch Betroffene unterstreicht.

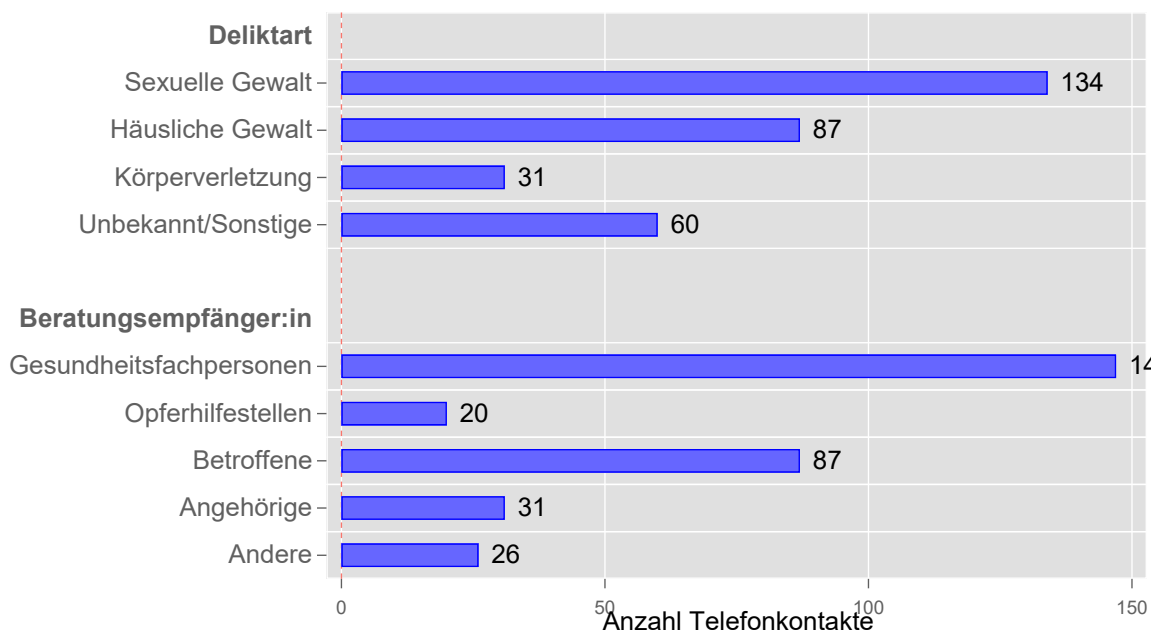


Abbildung 5: Deliktart und Beratungsempfänger:in bei Telefonkontakten

Auch die Telefonberatungen zeigten über die Evaluationsperiode hinweg starke monatliche Schwankungen. Der generelle Trend zeigt jedoch eine Zunahme, bis kurz vor Ende der Evaluationsperiode dann eine leichte Abnahme (August und September 2025, vgl. Abbildung 6). Im Jahr 2024 (9 Monate: April bis Dezember) wurden insgesamt 130 Telefonberatungen durchgeführt (\bar{x} : 14,4 pro Monat). Im Jahr 2025 (9 Monate: Januar bis September) stieg die Zahl deutlich um etwa 39% auf 181 Kontakte (\bar{x} : 20,1 pro Monat). Hochgerechnet auf 12 Monate würde dies 173 Telefonberatungen für 2024 und 241 für 2025 entsprechen.

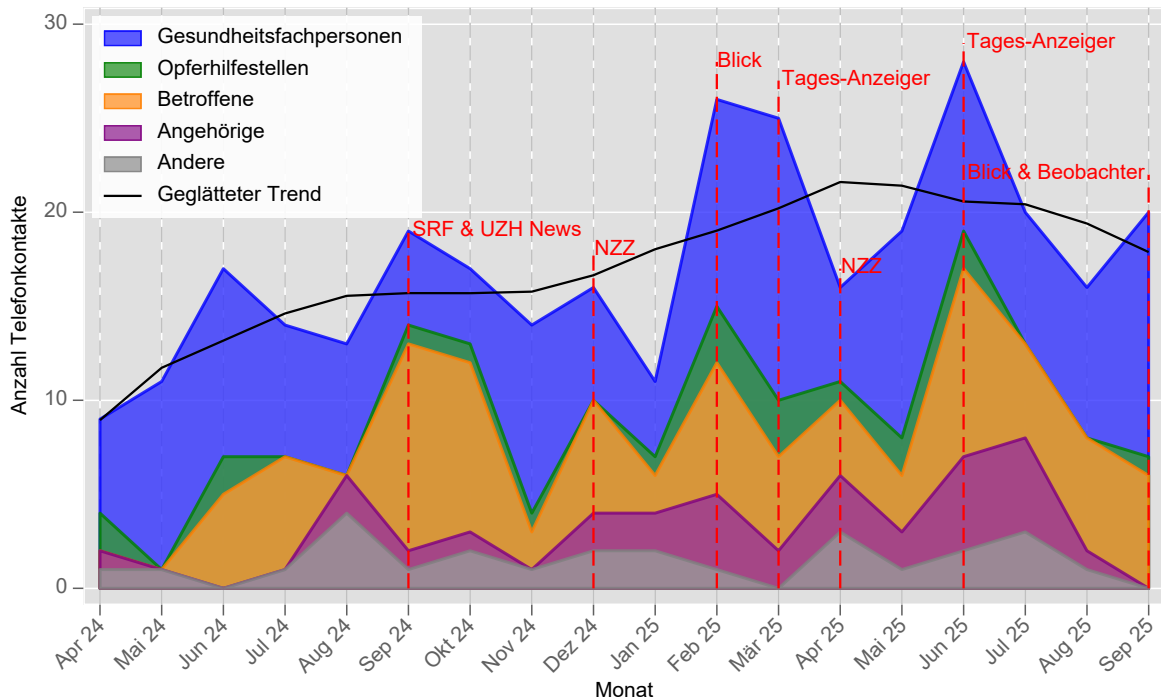


Abbildung 6: Anzahl Telefonkontakte im Zeitverlauf nach Beratungsempfängern

Die Schwankungen bei den Telefonberatungen sind in der Verlaufsgrafik deutlich sichtbar und zeigen charakteristische Muster in der Zusammensetzung der Anrufer:innen. In Monaten mit erhöhten Kontaktzahlen stieg insbesondere der Anteil betroffener Personen und Angehöriger an. Dies deutet darauf hin, dass öffentliche Wahrnehmung und Bekanntheit des Angebots die Nachfrage direkt beeinflussen. Eine mögliche Erklärung für diese Spitzen könnte in Medienberichterstattungen zu diesen Zeitpunkten liegen¹ (Abbildung 6).

Die telefonischen Beratungen fungieren als Komplement zu den forensischen Untersuchungen und erfüllen eine wichtige Lotsenfunktion für Betroffene und Fachpersonen. Die stetig steigende Inanspruchnahme deutet auf eine wachsende Bekanntheit des Angebots in der Praxis hin. Die Synchronität zwischen Medienberichterstattung und Kontaktsitzen lässt vermuten, dass sich Öffentlichkeitsarbeit unmittelbar auf die Inanspruchnahme auswirkt.

3.1.3 Strafanzeigenerstattung nach forensischer Untersuchung durch ADFN

Ein zentrales Anliegen des ADFN ist die zeitliche Entkoppelung von forensischer Untersuchung und Strafanzeige. Betroffene sollen Spuren sichern lassen können, ohne sich unmittelbar für eine Anzeige entscheiden zu müssen. Eine Strafanzeige kann – falls gewünscht – zu einem späteren Zeitpunkt erstattet werden. Dieses Vorgehen soll insbesondere für Betroffene häuslicher und sexueller Gewalt die Hürde zur Anzeigenerstattung senken.

Der Anteil der Betroffenen, die nach einer forensischen Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt Anzeige erstatten, dient als Indikator dafür, in welchem Ausmass diese Option genutzt wird: zuerst Spuren sichern, die Entscheidung zur Anzeige jedoch erst nachgelagert treffen.

¹ Medienberichte in den ersten 18 Monaten des Pilotprojekts: 11.09.2024 [SRF](#), 26.09.2024 [UZH News](#), 07.12.2024 [NZZ](#), 05.02.2025 [Blick](#), 11.03.2025 [Tages-Anzeiger](#), 2.4.2025 [NZZ](#), 10.06.2025 [Tages-Anzeiger-Podcast](#), 15.09.2025 [Blick](#), 13.9.2025 [Beobachter](#)

Im Evaluationszeitraum erstatteten 13% (45 von 345) der Betroffenen nachträglich Strafanzeige (Abbildung 7). Davon waren 39 weiblich, 6 männlich. Bei Kindern und Jugendlichen war der Anteil mit 22% (17 Personen) fast doppelt so hoch wie bei Erwachsenen mit 11% (28 Personen).

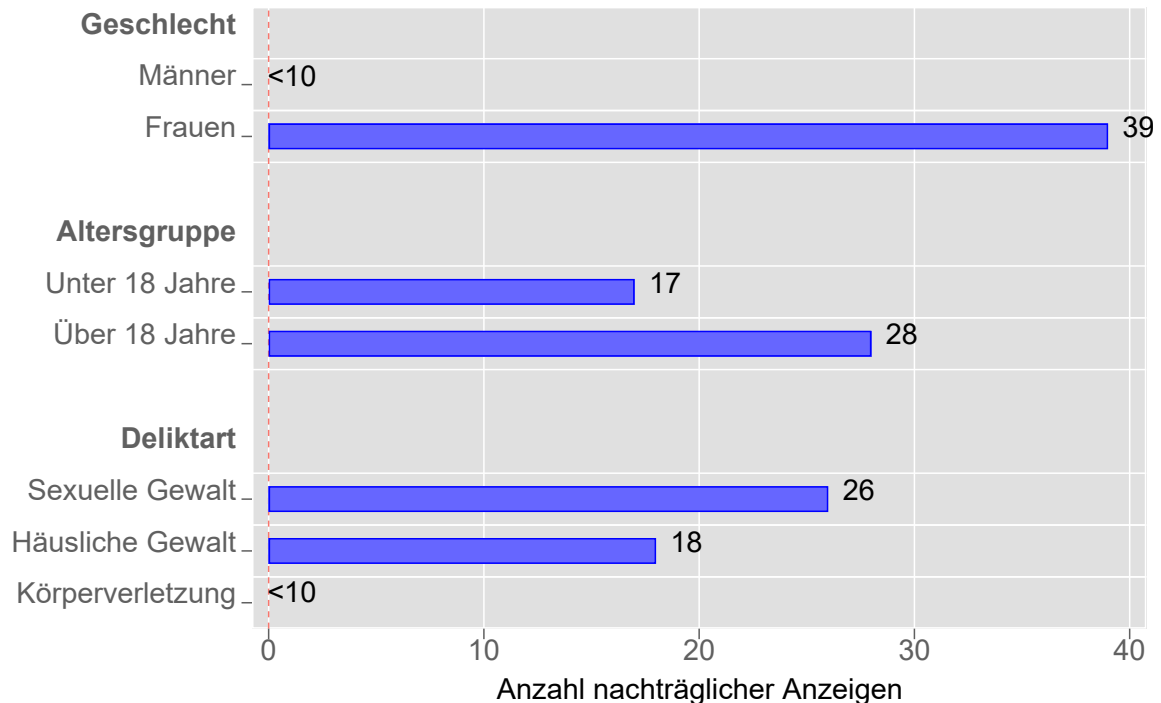


Abbildung 7: Anzahl nachträglicher Strafanzeigen nach forensischer Untersuchung nach Geschlecht, Altersgruppe und Deliktart

3.2 WAHGENOMMENER MEHRWERT FÜR BETROFFENE AUS SICHT DER FACHPERSONEN

Der ADFN schliesst eine zentrale Angebotslücke durch professionelle forensische Fachkompetenz, niederschweligen 24/7-Zugang und die Möglichkeit, forensische Untersuchung und Strafanzeige zeitlich zu entkoppeln.

Da Betroffene selbst aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht direkt befragt werden konnten, basieren die folgenden Ausführungen auf Aussagen aus qualitativen Interviews mit Opferberatungsstellen, medizinischem Fachpersonal und Vertreterinnen und Vertretern des ADFN.

Schliessung einer Angebotslücke

Mit der Einführung des ADFN wurde eine wichtige Angebotslücke geschlossen. Zwar konnten Betroffene sexueller oder häuslicher Gewalt bereits vor April 2024 Spuren in Notfallabteilungen oder Arztpraxen dokumentieren lassen, doch fehlte häufig der Zugang zu medizinischem oder pflegerischem Personal mit forensischer Fachkompetenz. Gemäss den Interviewpartnern führte die verfügbare Untersuchungsbox des IRM aufgrund unterschiedlicher Anwenderkenntnisse bei den Ärzten zu uneinheitlichen Dokumentationsergebnissen; in den Jahren ihres Einsatzes mündete dies gemäss anekdotischer Evidenz aus der Rechtsmedizin nur vereinzelt in einer Strafanzeige. Der ADFN bietet nun professionelle forensische Versorgung ohne unmittelbaren Anzeigezwang, was insbesondere seitens der Opferberatungsstellen stark betont wurde.

Niederschwelliger Zugang durch Verfügbarkeit und Mobilität

Gemäss Aussagen der interviewten Fachpersonen sinken durch die 24/7-Verfügbarkeit (rund um die Uhr, 365 Tage/Jahr) die Zugangsbarrieren, weil Betroffene zu jeder Zeit Zugang zu den spezialisierten Fachpersonen erhalten. Zudem erleichtert laut Einschätzung der Befragten die Mobilität resp. der aufsuchende Aspekt des Angebots den Zugang: Betroffene können die nächstgelegene Notfallaufnahme aufsuchen und erhalten dort vor Ort forensische Untersuchungen durch den ADFN.

Zeitressourcen ermöglichen individuelle Betreuung

Die FNs des ADFN verfügen über ausreichend Kapazität für eine umfassende Betreuung der Betroffenen während der Untersuchung. Die Betreuung erfolgt regelmässig im Verhältnis 1:1 (in Einzelfällen 2:1), was Ruhe, persönliche Begleitung und qualitative forensische Versorgung ermöglicht. Dieses intensive Support-Modell können Notfallstationen aufgrund der personellen Ressourcen unter normalen Bedingungen nicht bieten.

Gezielte Information und Vernetzung mit Opferberatung

Ein zentraler Mehrwert für Betroffene liegt auch in der strukturierten Informationsvermittlung. Gemäss den befragten Fachpersonen – insbesondere aus Opferberatungsstellen und Spitälern – wurden die Informationen für Betroffene durch den ADFN deutlich verbessert. Gezielte Informationen zu Abläufen, Rechten und Möglichkeiten sowie die aktive Vermittlung an Opferberatungsstellen erleichtern die Nachbetreuung und bereiten Betroffene besser auf mögliche rechtliche Schritte vor.

„Ich glaube auch die Personen [...], bei denen Spuren gesichert wurden, die werden meistens an eine Opferberatungsstelle verwiesen und gehen dann dorthin. Ich finde, die Personen sind gut vorbereitet auf das Strafverfahren. Durch die Schritte, die hier entstehen, sind die natürlich sehr gut vorbereitet. Die wissen, was sie erwartet bei der Polizei. Das ist sicher ein grosser Vorteil.“ (KAPO)

Entkoppelung der Untersuchung und Anzeigeentscheidung

Das ADFN-Angebot ermöglicht Betroffenen, forensische Untersuchung und Strafanzeige zeitlich zu entkoppeln. Statt einer unmittelbaren Entscheidung können Befunde zunächst dokumentiert werden; die Anzeigenentscheidung kann zu einem späteren Zeitpunkt vorbereitet getroffen werden.

Diese Autonomie verbessert die rechtliche Position der Betroffenen: Die professionelle Dokumentation erhöht, so wird in den Interviews angenommen, die Verwertbarkeit der Befunde in späteren juristischen Verfahren. Zusätzlich stärkt die Bereitschaft zur Untersuchung gemäss Aussagen von Opferberatungsstellen und Polizei die Glaubwürdigkeit der Betroffenen und verbessert möglicherweise die Chancen auf erfolgreiche Opferhilfsansprüche.

Zwischenfazit: Der ADFN bietet Betroffenen einen konkreten Mehrwert durch fünf zentrale Aspekte: (1) Schliessung einer Versorgungslücke durch forensische Fachkompetenz, (2) niederschwelliger Zugang dank 24/7-Verfügbarkeit und Mobilität, (3) ausreichend Zeitressourcen für intensive 1:1-Betreuung, (4) strukturierte Information und Vermittlung an Opferberatung sowie (5) die Möglichkeit der zeitlichen Entkoppelung von forensischer Untersuchung und Anzeigeentscheidung. Diese Kombination ermöglicht es Betroffenen, unter weniger Druck eine informierte und autonome Entscheidung über weitere Schritte zu treffen.

3.2.1 Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung und Öffentlichkeitsarbeit

Ein spezialisiertes Angebot nützt nur, wenn Betroffene davon wissen. Der Bekanntheitsgrad in der Allgemeinbevölkerung ist daher ein kritischer Erfolgsfaktor für die nachhaltige Inanspruchnahme des ADFN.

Geringer Bekanntheitsgrad in der Allgemeinbevölkerung

Der Bekanntheitsgrad des ADFN wird von den Interviewten in der Allgemeinbevölkerung des Kantons als gering eingeschätzt. In den ersten 20 Monaten des Pilotprojekts wurde seitens des ADFN keine eigeninitiierte Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt, da hierfür kein eigenes Budget vorgesehen war. Ziel war primär, die Spitäler zu informieren. Betroffene Personen wurden nicht direkt angesprochen. Vertreterinnen des ADFN traten jedoch in Absprache mit der GD in verschiedenen Medien auf, wodurch das Projekt in der Öffentlichkeit bekannter wurde. Diese Medienauftritte standen in Zusammenhang mit einer erhöhten Nachfrage nach telefonischen Auskünften, was Abbildung 6 in Kapitel 3.1.2 «Telefonkontakte» zeigt.

Bedeutsam ist: Im Dezember 2025 lancierte die Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit dem IRM schliesslich eine proaktive öffentliche Kampagne. Die Wirkungen dieser Kampagne auf die Anzahl Untersuchungen und Kontaktaufnahmen sind nicht Teil dieser Evaluation, werden aber für zukünftige Analysen relevant sein.

3.3 ZUSAMMENARBEIT UND PROZESSE

Im Bereich Prozesse und Zusammenarbeit mit den Stakeholdern wurde untersucht, wo die Zusammenarbeit mit anderen Stakeholdern bereits gut implementiert ist und wo Verbesserungspotenzial besteht oder die Prozesse geklärt oder verbessert werden sollten. Die erfolgreiche Umsetzung des ADFN hängt massgeblich von der Zusammenarbeit mit Spitälern, ambulanten Praxen, Polizei und Opferberatungsstellen ab.

Untersucht werden drei zentrale Dimensionen: (1) der wahrgenommene Mehrwert für Leistungserbringer, (2) der Bekanntheitsgrad bei Fachpersonen sowie (3) die Qualität der Zusammenarbeit an den verschiedenen Schnittstellen.

3.3.1 Mehrwert des ADFN für Leistungserbringer

Die Akzeptanz durch Leistungserbringer ist entscheidend für den langfristigen Erfolg des ADFN. Die qualitativen Interviews zeigen eine einhellig positive Beurteilung: Das Angebot wird als wertvolle Unterstützung erlebt, die Teams entlastet und die forensische Versorgungsqualität verbessert. Die folgenden Ausführungen basieren auf Interviews mit Vertreter:innen von Spitälern und ambulanten Leistungserbringern.

Breite Zustimmung zum Angebot

Das Pilotprojekt ADFN wurde von den befragten Vertreter:innen der Spitäler und ambulanten Leistungserbringer einhellig begrüsst. Die beiden ambulanten Leistungserbringer, die zum Zeitpunkt der Evaluation beim ADFN eingebunden waren, hatten sich sogar selbst aktiv um die Einführung des Angebots in ihrer Praxis bemüht. Die hohe Zustimmung manifestierte sich auch in der Teilnahmebereitschaft: Sämtliche angefragten Spitäler und ambulanten Leistungserbringer erklärten sich bereit, an einem Interview teilzunehmen – ein starkes Signal für die Relevanz des ADFN und das Interesse, ihre Perspektive einzubringen.

«Es ist einfach wichtig zu sagen, dass der ADFN wirklich eine Bereicherung ist. Es ist etwas, das uns hilft und ich bin der Meinung, dass es auch den Betroffenen hilft. Das ist wichtig, dass das aus der Evaluation rauskommt, wenn alle anderen auch dieser Meinung sind.» (Ärztenschaft Spital)

Entlastung und Zeitgewinn

Die befragten Vertretenden der Spitäler und ambulanten Leistungserbringer betonten, dass die Professionalität und Erfahrung der Mitarbeitenden des ADFN eine spürbare Entlastung für Gesundheitsfachpersonen bewirke. Das medizinische Personal kann sich auf die medizinische Versorgung konzentrieren, während die forensische Dokumentation durch den ADFN übernommen wird.

Entschärfung des Spannungsfelds zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht

Medizinische Fachpersonen befinden sich in einer chronischen Spannungssituation: Sie unterliegen dem ärztlichen Berufsgeheimnis (Schweigepflicht), sind aber gleichzeitig mit der politischen Forderung konfrontiert, Fälle von Gewalt melden zu müssen. Diese Ambivalenz erzeugt Unsicherheit und emotionalen Druck. Durch die Einbindung des ADFN erhalten Fachpersonen hier eine neue Handlungsoption. Eine befragte Ärztin berichtete, dass der gefühlte politische Druck, Fälle häuslicher oder sexueller Gewalt sofort melden zu müssen, durch das ADFN-Angebot deutlich reduziert wurde. Statt als Erstes die Betroffenen zu einer Anzeige zu bewegen oder diese gar selbst zu erstatten, können sie Betroffene an den spezialisierten ADFN verweisen, der dann die forensische Versorgung und Information der Betroffenen übernimmt. Dadurch wird das Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht entschärft und den Fachpersonen mehr Handlungssicherheit zurückgegeben.

Zwischenfazit: Der ADFN bietet Leistungserbringern einen deutlichen Mehrwert auf drei Ebenen: (1) breite Akzeptanz durch hohe fachliche Qualität und spürbare Relevanz für die Praxis, (2) Entlastung des medizinischen Personals durch Übernahme zeitaufwändiger forensischer Untersuchungen bei gleichzeitiger Konzentration auf Kernaufgaben sowie (3) Entschärfung ethisch-rechtlicher Spannungsfelder zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht. Diese Kombination erklärt die durgehend positive Beurteilung durch alle befragten Vertreter der Leistungserbringer.

3.3.2 Bekanntheitsgrad bei und Kommunikation mit den Stakeholdern

Als Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit müssen Fachpersonen wissen, dass der ADFN existiert, verstehen, für welche Fälle er zuständig ist, und wissen, wie er zu erreichen ist. Die Interviews offenbaren ein differenziertes Bild: Zwar ist das Angebot bei den befragten Stakeholdern grundlegend bekannt, doch existieren Wissenslücken auch unter vermeintlich gut informierten Personen.

Nur wenn Fachpersonen wissen, in welchen Fällen und auf welche Weise der ADFN einzubinden ist, kann eine koordinierte Zusammenarbeit stattfinden. Die Interviews zeigen, dass das Angebot des ADFN grundsätzlich bei den befragten Stakeholdern bekannt ist. Da die Interviewpersonen häufig von den jeweilig angefragten Institutionen selbst vorgeschlagen wurden, gehen wir davon aus, dass überwiegend besonders informierte Mitarbeitende an den Interviews teilnahmen; deshalb bleibt unklar, ob dieses Wissen in den gesamten Teams der befragten Stakeholdergruppen verbreitet ist.

Selbst bei den befragten, und vermutlich gut informierten, Personen zeigten sich zum Teil Wissenslücken zu den Einsatzkriterien des ADFN. Einzelne befragte Spitalmitarbeitende waren beispielsweise nicht über die Beschränkung auf sexuelle und häusliche Gewalt oder die Aufbewahrungsfristen für Aservate informiert. Dies deutet darauf hin, dass die Wissensverteilung zwischen den Institutionen ungleichmässig ist, wobei solche Unschärfen in der Kenntnis des Angebots auch bei Vertretenden von grösseren Spitalern mit häufigeren Fällen auftraten.

Unklarheiten bei der Kommunikation von Neuerungen

Die Wissenslücken lassen sich teilweise aber auch durch Defizite in der Kommunikation von Neuerungen erklären. Entscheide und Neuerungen, die in der Steuerungsgruppe oder auf Ebene des IRM getroffen werden, sollten durch das IRM bzw. den ADFN gezielt und zeitgerecht an alle relevanten Stakeholder kommuniziert werden. Die Verlängerung der Asservierungsfrist von 1 Jahr (mit Option auf Verlängerung) auf 15 Jahre verdeutlicht diese Kommunikationsherausforderung. Bei dieser Neuerung erfolgte die Kommunikation – gemäss den befragten Vertretenden von Opferberatungsstellen und Spitälern – nicht ausreichend und nicht zeitgerecht. Auch die geplante Öffnung des Angebots für ambulante Leistungserbringer wird zunächst zurückhaltend kommuniziert, da – gemäss Aussagen des ADFNs – für die Einbindung dieser Gruppe noch viele Fragen offenbleiben.

Hohe Bekanntheit bei Opferberatungsstellen

Im Gegensatz zu den Spitälern zeigt sich bei den Opferberatungsstellen eine deutlich höhere Kontinuität im Wissen um den ADFN. Die Befragten führen dies vor allem auf die geringe personelle Fluktuation in diesen Einrichtungen zurück, ein Kontrast zur deutlich höheren Personalaustausch in den Spitälern. Auch bei der Polizei besteht gemäss Interviewaussagen grundsätzlich Kenntnis über den ADFN.

Zwischenfazit: Der ADFN ist bei allen befragten Stakeholdergruppen grundsätzlich gut bekannt. Allerdings zeigen sich bei Spitälern Wissenslücken bezüglich konkreter Details des Angebots – etwa zu Einsatzkriterien, Aufbewahrungsfristen für Asservate oder aktuellen Neuerungen. Diese Wissenslücken werden durch mehrere Faktoren begünstigt: (1) hohe Personalfuktuation in Spitälern erschwert den kontinuierlichen Wissenserhalt, (2) organisatorische Entscheide und Neuerungen werden seitens ADFN nicht immer zeitnah und strukturiert kommuniziert. Um diese Lücken zu schliessen, sind sowohl weiterhin regelmässige Weiterbildungsangebote als auch eine proaktivere Kommunikation von Änderungen seitens ADFN erforderlich.

3.3.3 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern

Der Erfolg des ADFN hängt massgeblich davon ab, wie die Zusammenarbeit mit Spitälern und ambulanten Leistungserbringern im Alltag funktioniert. Die folgenden Ausführungen basieren auf qualitativen Interviews mit Vertreter:innen von Spitälern und ambulanten Leistungserbringern sowie mit dem ADFN-Team selbst. Untersucht wird, wie die operative Zusammenarbeit in der Praxis verläuft, welche Herausforderungen bestehen und wo Optimierungspotenziale liegen. Dabei werden sowohl strukturelle Rahmenbedingungen (z.B. Personalfuktuation, räumliche Gegebenheiten) als auch prozessuale Aspekte (z.B. Arbeitsteilung, Kommunikationswege) betrachtet.

Gute Zusammenarbeit bei weitgehend geregelten Zuständigkeiten

Die Zusammenarbeit zwischen dem ADFN und den relevanten Stakeholdern wird insgesamt als gut eingeschätzt. Aus Sicht der Spitäler, auch jener in der Peripherie, sind die Wartezeiten bis zum Eintreffen des ADFN unproblematisch. Aspekte, bei denen die Zuständigkeiten nicht eindeutig geregelt sind, wie beispielsweise die Zuständigkeiten für die Entnahme von Blut- und Urinproben werden flexibel gehandhabt; je nach zeitlicher Verfügbarkeit übernimmt entweder die FN des ADFN oder das Pflegepersonal der Spitäler die Probenentnahme. Abgesehen von diesen wenigen Punkten scheinen die Zuständigkeiten klar aufgeteilt – die FNs kümmern sich um die forensische Untersuchung, das Spitalpersonal um die medizinische Versorgung der Betroffenen.

Personalrotation erschwert kontinuierliche Ansprechpartner

Seitens ADFN wird der hohe Aufwand, um Ansprechpersonen in den jeweiligen Spitälern zu haben, betont. Die hohe Personalrotation in den Spitälern verhindert konstante Ansprechkontakte. Dies kann die Organisation von Weiterbildungen und das Verbreiten der Kenntnis zum Angebot des ADFN erschweren und führt dazu, dass in den Spitälern sehr regelmässig über den ADFN informiert werden muss. Dies insbesondere auf der Ebene der Assistenzärzte.

Räumliche Herausforderungen bei ADFN-Einsätzen

Von mehreren Leistungserbringern wurde hervorgehoben, dass bei Einbezug des ADFN ein Raum über mehrere Stunden belegt wird. Dies kann bei den Leistungserbringern zu räumlichen Engpässen oder zur Verwendung von ungeeigneten Räumlichkeiten, z.B. hinsichtlich Privatsphäre und ausreichender Bedingungen für die Fotodokumentation, führen.

Anbindung im ambulanten Bereich: Prozesse und Anforderungen

Die Anbindung an den ADFN ist für ambulante Leistungserbringer mit initialem organisatorischem Aufwand verbunden. So betonen ambulante Leistungserbringer, dass sie anlässlich ihrer Anbindung an den ADFN verbindliche Prozesse mit definierten Zuständigkeiten und Kontaktkriterien eingeführt haben, die sie in Anlehnung an die Konzepte der Spitäler erstellen konnten. So gelten beispielsweise die Anwesenheit einer gynäkologischen Fachperson vor Ort (bei sexueller Gewalt an weiblichen Personen) oder die Öffnungszeiten einer Praxis als Voraussetzung dafür, dass der ADFN in den eigenen Räumlichkeiten überhaupt eingebunden wird. Auch Anpassungen im Angebot der ambulanten Leistungserbringer mussten mit der Anbindung an den ADFN diskutiert werden, beispielsweise das Angebot einer Postexpositionsprophylaxe (PEP).

Zwischenfazit: Die Zusammenarbeit zwischen dem ADFN und den Leistungserbringern funktioniert gut. Zuständigkeiten sind klar geregelt, Wartezeiten unproblematisch, und bei Unklarheiten werden pragmatische Lösungen gefunden.

Drei Herausforderungen zeigen sich: (1) Hohe Personalrotation in Spitälern erschwert stabile Ansprechkontakte und erfordert kontinuierliche Schulungen, (2) mehrstündige Raumbelagungen führen vereinzelt zu räumlichen Engpässen, (3) die Anbindung ambulanter Leistungserbringer erfordert initialen Aufwand zur Prozessdefinition. Diese Herausforderungen beeinflussen die Zusammenarbeit, ohne sie grundlegend zu gefährden.

3.3.4 Zusammenarbeit mit Opferberatungsstelle und Polizei

Neben den Gesundheitseinrichtungen sind Opferberatungsstellen und Polizei zentrale Partner im Versorgungsnetzwerk des ADFN. Eine funktionierende Zusammenarbeit an diesen Schnittstellen ist entscheidend für eine ganzheitliche Betreuung der Betroffenen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf Interviews mit Vertreter:innen von Opferberatungsstellen, Polizei und dem ADFN-Team. Untersucht wird, wie die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren funktioniert und wo Herausforderungen bestehen.

Gute Zusammenarbeit mit Opferberatung und der Polizei

Vertretende ausserhalb des Gesundheitswesens sprechen von einer guten Zusammenarbeit mit dem ADFN. Vertretende der Opferberatungsstellen betonten, dass persönlicher Austausch die Bekanntheit des Angebots erhöht und viele Unklarheiten niederschwellig telefonisch geklärt werden können. Seitens Polizei wurde erläutert, dass Prozesse grundsätzlich definiert sind und ein regelmässiger Austausch stattfindet; auch hier werden offene Fragen niederschwellig telefonisch mit den jeweils entsprechenden Kontaktpersonen geklärt.

Aber Unklarheiten bei Polizeibeteiligung

Gleichzeitig wurden in verschiedenen Interviews (ADFN, Spitäler) wiederkehrende Unsicherheiten im Vorgehen genannt, wenn die Polizei involviert ist — etwa Fälle, in denen eine Strafanzeige erwartet wird, aber kein Aufgebot beim IRM erfolgt, oder Fälle, in denen der ADFN trotz Anwesenheit der Polizei vor Ort vom Spital kontaktiert wird. Seitens der Polizei wurden diese Schwierigkeiten als anfängliche Herausforderungen beurteilt, die inzwischen weitgehend gelöst sind; ADFN und die Spitäler hingegen berichteten, dass solche Unklarheiten noch im Jahr 2025 bestanden.

Zwischenfazit: Die Zusammenarbeit mit Opferberatungsstellen und Polizei funktioniert insgesamt gut; persönlicher Austausch und klare Prozesse ermöglichen schnelle Klärungen. Gleichzeitig bestehen wiederkehrende Unsicherheiten bei Polizeibeteiligung (fehlende IRM-Aufgebote trotz Anzeige, parallele ADFN-Kontakte trotz Polizeipräsenz).

3.3.5 Steuerungs- und Begleitgremien

Neben der operativen Zusammenarbeit stützen formelle Gremien die Steuerung des Pilotprojekts ADFN. Begleit- und Steuerungsgruppe bündeln die Perspektiven zentraler Stakeholder, sichern den fachlichen Austausch und dienen als Austauschplattformen für Entscheide zu Anpassungen und Erweiterungen des Angebots.

Das ADFN-Pilotprojekt wird seit dem 1. April 2024 auf organisatorischer Ebene von einer Begleitgruppe unterstützt; diese besteht aus Mitgliedern der ursprünglichen Arbeitsgruppe, die die Gründung und Entwicklung des Projekts massgeblich geprägt hat. Die Begleitgruppe trifft sich einmal jährlich im Frühjahr und setzt sich aus Vertretungen verschiedener Stakeholder (Opferberatungsstellen, Polizei, Spitäler) zusammen. Sie dient dem fachlichen Austausch, der Information zum Projektstand sowie der Rückmeldung zu Herausforderungen und Unklarheiten.

Seit Juni 2025 besteht auf Initiative der Universität Zürich zusätzlich eine Steuerungsgruppe, die die Direktionen BI, GD und die JI (kantonale Opferhilfe und Staatsanwaltschaft) sowie die Universitäre Medizin Zürich umfasst. Die Steuerungsgruppe trifft sich bis zum Abschluss des Pilotprojekts zweimal jährlich. Seit Einsetzung der Steuerungsgruppe wurden grössere Anpassungen vorgenommen, etwa die Ausweitung des Angebots auf ambulante Leistungserbringer. Entscheidungen der Steuerungsgruppe werden über die Leitungsinstanzen an das ADFN-Team weitergeleitet.

3.3.6 Qualität und Qualitätssicherung

Die Qualität der forensischen Untersuchungen ist entscheidend für die rechtliche Verwertbarkeit der Dokumentation. Die folgenden Ausführungen basieren auf Informationen von den Rechtsmedizinerinnen des IRM und dem ADFN-Team. Sie zeigen, wie das ärztliche Delegationsmodell und systematische Qualitätssicherungsmassnahmen zu deutlichen Verbesserungen gegenüber der früheren Untersuchungsbox-Praxis führen.

Delegationsmodell und Verantwortlichkeiten

Die Organisationsstruktur des ADFN basiert auf dem Delegationsmodell. Die FNs werden im Rahmen ärztlicher Delegation durch die Rechtsmedizin des IRM eingesetzt. Dies ist rechtlich zulässig, wenn Auswahl, Instruktion und Überwachung durch die verantwortliche Arztperson gewährleistet sind. Untersuchungen sowie Blutentnahmen dürfen von den FNs durchgeführt werden. Hingegen sind Tätigkeiten mit spezifischem Arztvorbehalt nicht delegierbar. Die Verantwortung liegt stets bei der delegierenden Arztperson, den Rechtsmediziner:innen am IRM. Berichte und Gutachten können durch die FNs vorbereitet werden, müssen jedoch ärztlich visiert und gezeichnet werden. Aktuell erfolgt die fachliche Betreuung und Delegation durch das gesamte oberärztliche Team des IRM.

Qualität der forensischen Untersuchung vor und nach Einführung des ADFN

Vertretende aus den Spitälern und der Rechtsmedizin schätzten die Qualität forensischer Untersuchungen mit der Untersuchungsbox des IRM vor Einführung des ADFN als weniger umfassend ein. Charakteristisch war ein primär klinischer statt forensischer Blick: Es fehlte an Erfahrung und Routine bei forensischen Untersuchungen sowie an spezifischem Know-how zur forensischen Dokumentation. Die Dokumentation fokussierte weitgehend auf medizinische Befunde, während ihre Ausrichtung an rechtsverwertbaren Standards als lückenhaft eingeschätzt wurde. Mit dem Einsatz des ADFN hat sich dies deutlich verändert. Befragte aus Spitälern, Opferberatungsstellen und Rechtsmedizin hoben die

forensische Expertise der FNs und die Einführung klar strukturierter Abläufe hervor. Durch standardisierte Protokolle, Fotodokumentation nach forensischen Standards und eine forensische anstelle einer klinischen Perspektive verbesserten sich Nachvollziehbarkeit und potenzielle Rechtsverwertbarkeit der Befunde erheblich.

Qualitätssicherungsmassnahmen

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität bestehen bereits mehrere Massnahmen, die von den FNs selbst und den Vertretern der Rechtsmedizin als zentral für die Aufrechterhaltung der hohen Standards genannt wurden: fachärztliche Supervision und fachliche Führung durch das IRM, standardisierte Leitfäden und Checklisten, regelmässige Fall- und Qualitätsreviews sowie gezielte Fortbildungen. Vertretende der Rechtsmedizin und des ADFN betonten zudem die Bedeutung institutsübergreifender Abstimmungen, beispielsweise bei Fotostandards und Asservatenmanagement.

Vorschlag zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur

Seitens der Rechtsmedizin wurde als mögliche Weiterentwicklung vorgeschlagen, die fachliche Betreuung des ADFN künftig einer definierten Gruppe ausgewählter Rechtsmediziner:innen, anstatt dem gesamten forensisch-ärztlichen Team zu übertragen. Damit soll die fachliche Konsistenz für die FNs des ADFN gestärkt und die Umsetzung der durch die Rechtsmediziner:innen geforderten Standards erleichtert werden. Da die Gewährleistung eines 24-Stunden-Hintergrunddienstes durch die Rechtsmediziner:innen erforderlich ist, erscheint diese Überlegung insgesamt nicht umsetzbar. Allerdings könnte eine Konzentration der Verantwortung für Einführung und Weiterbildung auf wenige ausgewählte Rechtsmediziner:innen allenfalls realisiert werden.

Zwischenfazit: Die forensische Qualität hat sich nach Einführung des ADFN verbessert: standardisierte Abläufe, forensische Dokumentation und ärztliche Supervision erhöhen Nachvollziehbarkeit und Rechtsverwertbarkeit. Bestehende QS-Massnahmen (Leitfäden, Checklisten, Reviews, Fortbildungen) sichern das Niveau ab.

3.3.7 Exkurs: Spezialfall Kinder und Jugendliche

Die forensische Betreuung von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich für den ADFN von jener erwachsenen Betroffenen. Der Exkurs beleuchtet, wie der ADFN in diesem Bereich tätig ist, welche Besonderheiten sich in der Praxis zeigen und welche zusätzlichen Anforderungen sich aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ergeben.

Anzahl Untersuchungen und Anzeigehäufigkeit

Die forensische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen stellt einen besonderen Fall im Leistungsspektrum des ADFN dar. Im Evaluationszeitraum wurden insgesamt 47 Kinder und Jugendliche untersucht. Im Vergleich zu erwachsenen Betroffenen erfolgten dabei überproportional häufig Strafanzeigen (vgl. Kapitel 3.1.3). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Mehrheit dieser Kinder und Jugendlichen auch ohne ADFN eine klinische oder forensische Untersuchung erhalten hätte – eine Annahme, die für erwachsene Betroffene nicht in gleichem Masse zutrifft.

Eingeschränktes Leistungsangebot

Das Angebot des ADFN ist bei Kindern und Jugendlichen bewusst eingeschränkt: Die FNs nehmen keine Befragungen zu den Vorfällen vor. Bei Kindern und Jugendlichen, die am Kinderspital untersucht werden, erfolgt die Beratung durch die Kinderschutzgruppe bzw. die Opferberatungsstelle und nicht durch den ADFN.

Besonderheiten bei der Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen nach sexueller Gewalt weist ein besonderes Vorgehen auf: Kinder- und Jugendgynäkologinnen sind während der gesamten forensischen Untersuchung

anwesend, während bei erwachsenen Betroffenen eine gynäkologische Begleitung nur punktuell während spezifischer Untersuchungsschritte erfolgt. Die durchgängige Anwesenheit führt bei Kindern und Jugendlichen zu einer geringeren Entlastung der Personalressourcen. Dennoch wird der ADFN-Einsatz aufgrund der hohen Professionalität, Routine und des forensischen Fachwissens von den beteiligten Fachpersonen sehr geschätzt und als deutliche Verbesserung gegenüber der Situation vor Einführung des ADFN beurteilt.

Spezifische Kompetenzen und organisatorische Überlegungen

Die forensische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen erfordert zusätzliche Kompetenzen über jene bei Erwachsenen hinaus. Befragte Fachpersonen nannten insbesondere vertiefte pädiatrische Kenntnisse als wünschenswert. Zudem sollte die Einführung und Instruktion neuer FNs in diesem Bereich besonders sorgfältig erfolgen, um Missverständnisse – etwa zum Untersuchungsablauf – zu vermeiden. Eine befragte Person regte zudem an, die 24/7-Abdeckung im Kinderspital zu überdenken und stattdessen feste Präsenzzeiten (z.B. 8–15 Uhr an ausgewählten Tagen) zu prüfen. Dies würde Untersuchungen bündeln, Ressourcen schonen und die Belastung für Kinder und Jugendliche reduzieren, wenn nächtliche Untersuchungen medizinisch nicht zwingend sind. Gleichzeitig wurde betont, dass der ADFN in ein solches Modell unbedingt eingebunden sein sollte.

Zwischenfazit: Die forensische Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist ein spezialisierter Bereich mit eigenen Anforderungen und Einschränkungen: Die FNs führen keine eigenständigen Befragungen durch, und die psychosoziale Beratung erfolgt durch spezialisierte Partner. Die durchgehende Präsenz von Kinder- und Jugendgynäkologinnen in Fällen sexueller Gewalt führt zu geringerer Ressourcenentlastung als bei Erwachsenen, wird aber als Qualitätsmerkmal geschätzt. Allerdings zeigen sich Grenzen: Die spezialisierte pädiatrische Kompetenz, die diese Versorgung erfordert, verfügt der ADFN bisher noch nicht in vollem Umfang. Kontinuierliche Fortbildung und sorgfältige Einführung neuer FNs bleiben daher essentiell.

3.4 EINSATZZEITEN, PERSONAL UND KOSTEN

In Bezug auf die Kosten sollte in der Evaluation insbesondere geprüft werden, welche Kosten anfallen und wie sich diese im Verhältnis zum Nutzen darstellen.

3.4.1 Untersuchungs- und Einsatzzeiten

Die Einsätze der FN verteilen sich fast gleichmässig über alle Wochentage (für Details siehe Abbildung 12, Anhang 7.2.1), wobei 64% der Fälle unter der Woche anfallen und 36% der Fälle am Wochenende (Dauer des Wochenendes: Freitagabend 19:00 Uhr bis Montagmorgen 8:00 Uhr). Unter der Woche von Montag bis Freitag fallen 46% der Untersuchungen zwischen 14:00 Uhr und 22:00 Uhr an, 35% im Frühdienst zwischen 8:00 Uhr und 14:00 Uhr und 20% in der Nacht (Abbildung 8). Am Wochenende verteilen sich die Untersuchung gleichmässig auf den Tages- und den Nachtdienst. (Abbildung 9).

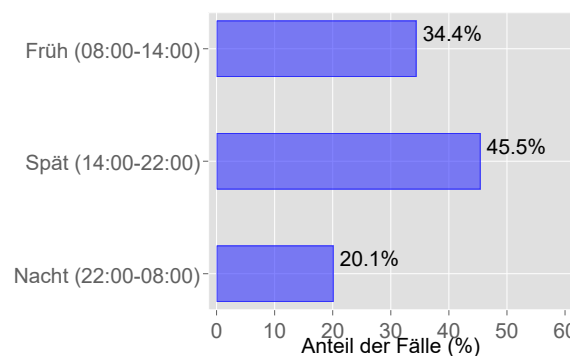


Abbildung 8: Anteil der Einsätze unter der Woche nach Schichten

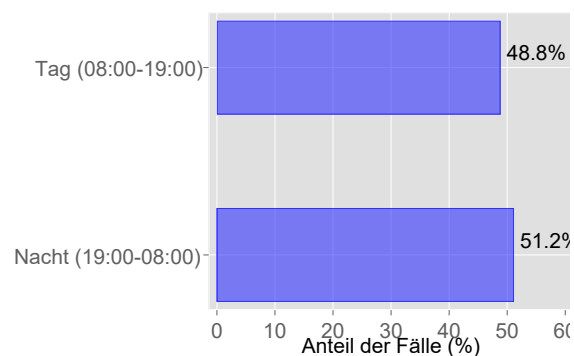


Abbildung 9: Anteil der Einsätze am Wochenende nach Schichten

Die Einsatzzeiten und Arbeitszeitmodelle der FNs wurden laut Aussagen der Mitarbeitenden über den Evaluationszeitraum wiederholt angepasst. Dabei wurde insbesondere die Pikett-Regelung mehrfach geändert, weil frühere Regelungen zu viel Unter- und Überzeit in den Stundenabrechnungen der ADFN führten. Auf Januar 2026 wurde nochmals eine neue Regelung der Dienste und Pikettzeiten eingeführt (Tabelle 1 und Tabelle 2). Diese Anpassung berücksichtigt auch, dass die meisten Fälle unter der Woche am Nachmittag und Abend anfallen und weniger am Vormittag oder in der Nacht. Ab Januar 2026 gelten die folgenden Dienst- und Pikettzeiten für die FN:

Tabelle 1: Dienst- und Pikettzeiten unter der Woche (Montagsmorgen 8:00 Uhr – Freitagabend 19:00 Uhr)

Dienst	Zeiten	Abdeckung
Frühdienst	8:00 – 17:00 Uhr	Durch eine Person abgedeckt
Spätdienst	14:00 – 22:00 Uhr	Durch zwei Personen abgedeckt
Pikett-Dienst (zu Hause)	22:00 – 8:00 Uhr	Durch eine Person des Spätdienstes abgedeckt

Tabelle 2: Dienst- und Pikettzeiten am Wochenende (Freitagabend 19:00 Uhr – Montagmorgen 8:00 Uhr)

Dienst	Zeiten	Abdeckung
Präsenzdienst (vor Ort)	8:00 – 19:00 Uhr	Durch eine Person abgedeckt
Pikett-Dienst (zu Hause)	19:00 – 8:00 Uhr	Durch eine Person abgedeckt

Die Dienstzeiten der Rechtsmediziner:innen sind im Anhang im Detail ausgeführt (Tabelle 10, Anhang 7.2.2)

3.4.2 Dauer von Untersuchungen und Einsätzen

Die Dauer einer forensischen Untersuchung liegt im Durchschnitt bei 116 Minuten, unterscheidet sich jedoch deutlich nach Deliktart (siehe Abbildung 10). Bei Körperverletzungen dauerte sie im Durchschnitt 73 Minuten, bei häuslicher Gewalt ohne sexuelle Gewalt 97 Minuten und bei sexueller Gewalt 131 bzw. 133 Minuten (nicht bzw. in Kombination mit häuslicher Gewalt).

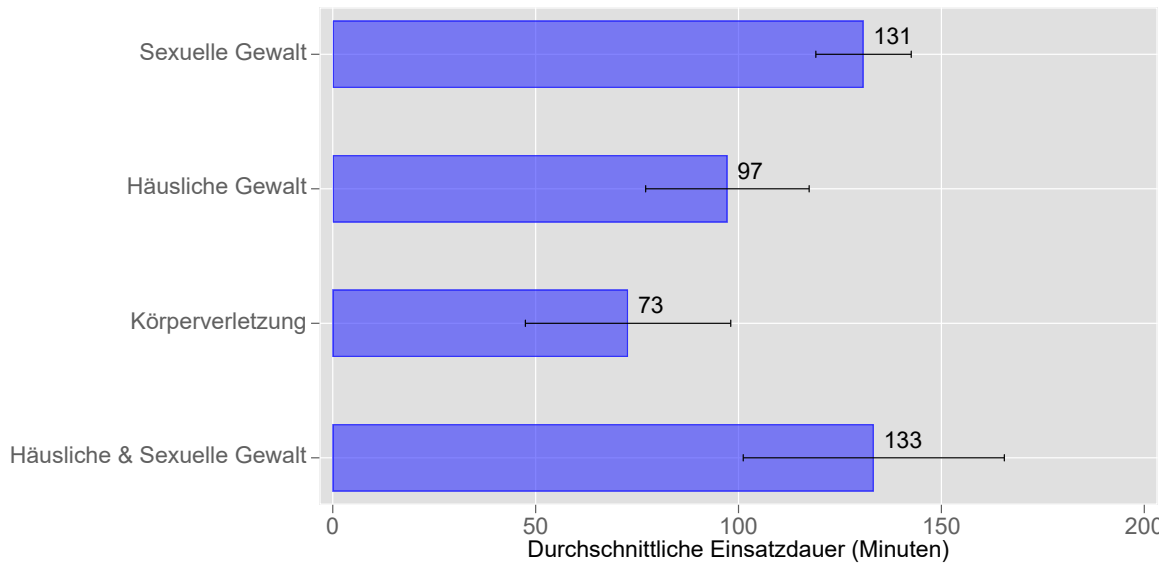


Abbildung 10: Durchschnittliche Untersuchungsdauer nach Deliktart

Ein Einsatz einer FN umfasst neben der eigentlichen forensischen Untersuchung noch weitere Arbeitsschritte. Um die aufgewendete Arbeitszeit für einen vollständigen Einsatz einschätzen zu können, wurden die FN gebeten, die Dauer verschiedener Arbeitsschritte einzuschätzen. Ein Einsatz startet im Normalfall mit dem ersten Kontakt zwischen FN und Gesundheitsfachpersonen, Opferberatungsstellen, Betroffenen oder Angehörigen. Dieser erste Austausch zusammen mit der Absprache mit dem rechtsmedizinischen Hintergrunddienst dauert ca. 30 Minuten (siehe Tabelle 3). Die An- und Rückreisezeit zum Einsatzort beträgt zwischen 30 Minuten (z.B. stadinterne Spitäler) und 2 Stunden (z.B. gewisse stadt-externe Spitäler).

Nach der Rückkehr ins IRM müssen die Asservate und Fotos fachgerecht abgelegt und die Eckdaten des Einsatzes in einer digitalen Maske erfasst werden, was ca. 45 Minuten dauert. Nach diesem Schritt ist die FN wieder einsatzbereit. Der Fall ist jedoch erst mit der Dokumentation final abgeschlossen, diese kann auch zu einem späteren Zeitpunkt fertiggestellt werden, z.B. während Präsenzzeiten ohne Einsätze. Insbesondere bei sexueller Gewalt sind die Dokumentationen eher umfangreicher und erfordern zwischen 2.5 und 5 Stunden, bei häuslicher oder anderer körperlicher Gewalt sind sie eher kürzer und erfordern gemäss Einschätzung der FN 1 bis 3.5 Stunden (Details Berichtszeit: siehe Anhang 7.2.3).

Gesamthaft beansprucht ein Einsatz inklusive Dokumentation im Mittel zwischen 403 (bei Körperverletzung) und 551 (bei sexueller Gewalt) Minuten. Die nach Häufigkeit der Deliktarten gewichtete durchschnittliche Dauer eines Falls liegt bei 492 Minuten.

Tabelle 3: Arbeitszeit pro Einsatz inkl. Dokumentation nach Arbeitsschritt und total, nach Deliktart

Deliktart	Häufigkeit	Erstinfo & Absprache RM (min)	Ø Wegzeit (min)	Ø Untersuchung (min)	Nachbearbeitung (min)	Ø Bericht* (min)	Total (min)
Sexuelle Gewalt	189	30	120	131	45	225	551
Häusliche Gewalt	143	30	120	97	45	135	427
Körperverletzung	19	30	120	73	45	135	403
Mittelwert (gewichtete nach Häufigkeit der Deliktart)							492

*Sexuelle Gewalt: mittlerer bis langer Bericht, häusliche Gewalt & Körperverletzung: kurzer bis mittlerer Bericht (Details zur Dauer Berichterstellung siehe Anhang); Erstinfo: Erstinformation durch Leistungserbringer/Opfer/Betroffene; RM: Rechtsmediziner:innen; min: Minuten; Ø: Durchschnitt

3.4.3 Personal und Vergleich mit den Schätzungen der Anzahl Fälle

Das ADFN-Team bestand während der 18-monatigen Beobachtungszeit aus 8-10 FN und wies ein mittleres Vollzeitäquivalent (VZÄ) von 6.6 auf (siehe Abbildung 13 im Anhang 7.2.4). Das vorhandene VZÄ-Volumen war vornehmlich auf die Anforderungen von 24/7-Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft über 365 Tage zurückzuführen und weniger auf die Anzahl durchgeführter Untersuchungen. Das Team der verantwortlichen Ober- oder Fachärzt:innen der Rechtsmedizin bestand 2024 aus 7, im Jahr 2025 aus 8 Personen, von welchen jeweils 1 VZÄ für den Hintergrunddienst der FN reserviert war.

Im ersten Betriebsjahr 2024 (April bis Dezember) führte der ADFN 149 forensische Untersuchungen durch und erreichte damit die im Voraus geschätzte und vom Regierungsrat des Kantons Zürich genehmigte Anzahl von 150 Untersuchungen pro Jahr (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2023). Die Inanspruchnahme des ADFN zeigt eine steigende Tendenz (31% Anstieg zwischen 2024 und 2025), lag 2025 jedoch noch unter der vorgängig geschätzten Anzahl Untersuchungen im Vollbetrieb.

Aufgaben der FN ausserhalb der Einsätze

Neben den forensischen Untersuchungen bzw. Einsätzen leisten die FN noch andere Aufgaben. Insbesondere die telefonische Auskunft für Leistungserbringer, Betroffene und weitere ist laut Aussagen der IRM-Leitung umfangreicher ausgefallen, als erwartet.

Für die FN mit Fach- oder Führungsfunktion gehört zudem die Durchführung von Schulungen und Informationsveranstaltungen für Leistungserbringer (Spitäler, ambulante Leistungserbringer, Opferhilfeorganisationen etc.) zum Aufgabenprofil. Die Veranstaltungen behandeln entweder spezifische fachliche Inhalte oder informieren über Auftrag, Aufgaben und die Zusammenarbeit mit dem ADFN. Die Dauer liegt je nach Format zwischen 20 Minuten und 2 Stunden (ohne Reisezeiten). Im gesamten Evaluationszeitraum wurden 78 solcher Veranstaltungen durchgeführt. Die Frequenz nahm im Zeitverlauf zu: 2024 wurden durchschnittlich 4.1 Veranstaltungen pro Monat durchgeführt, 2025 (Januar bis September) 4.6 pro Monat.

Darüber hinaus übernehmen die FN mit Fach- oder Führungsfunktion weitere Aufgaben, darunter Führung und Personalplanung, Netzwerkpflege und fachlicher Austausch, die Weiterentwicklung des ADFN (z.B. Prozessklärungen und Aufbau der Zusammenarbeit mit neuen Kooperationspartnern wie ambulanten Leistungserbringern), die Bearbeitung von Anfragen aus anderen Kantonen, Koordinationsaufgaben, das Erstellen von Statistiken sowie das Fahrzeug-Management. Perspektivisch sind zudem vertiefte Auswertungen der vorhandenen Daten und wissenschaftliche Publikationen vorgesehen.

Weiter sind alle FN angehalten an den täglichen Rapporten (2 Mal pro Woche inkl. Journal Club) und der Fortbildungsveranstaltungen für Assistenzärzt:innen der Rechtsmedizin (1 bis 2 Mal pro Woche 1-2 Stunden) teilzunehmen. Diese Veranstaltungen wurden für die Ausbildung von Fachärzten für die

Rechtsmedizinieingerichtet und sollen laut Konzept auch von den FN besucht werden, wenn kein aktueller Fall ihren Einsatz verlangt (IRM, 2023). Letztlich gibt es Situationen, in welchen die FN sich Einsätzen der Rechtsmediziner:innen anschliessen. Diese Einsätze dienen der praktischen Ausbildung der FN.

3.4.4 Kosten

Basierend auf den Kostendaten, die per Ende September 2025 vorhanden waren, beliefen sich die Gesamtkosten des ADFN 2024 (9 Monate) auf CHF 1.96 Mio. und 2025 (9 Monate) auf 1.17 Mio. (Abbildung 11). Die Kosten von 2025 dürften in diesen Berechnungen leicht unterschätzt sein, da gewisse Ausgaben (z.B. Ausgaben für Sekretariatsarbeiten) erst im Dezember auf das Konto des ADFN umgebucht werden (für Details siehe Anhang 7.2.5). Dies entspricht durchschnittlichen monatlichen Kosten von rund CHF 218'000 im ersten und CHF 130'000 im zweiten Jahr. Die höheren Kosten im ersten Jahr sind v.a. auf einmalige Aufbauarbeiten zurückzuführen. Diese umfassten die initiale Rekrutierung und Fachausbildung der FN, die Finalisierung des Konzepts, Anpassungen am IT-System, initiale Fortbildungen und Infoveranstaltungen in den Spitälern sowie die Erstausrüstung von fünf Arbeitsplätzen inklusive eines Dienstfahrzeugs. Ein Budget für Kommunikationsmassnahmen zur Ansprache der breiten Öffentlichkeit war in dieser Phase nicht vorgesehen.

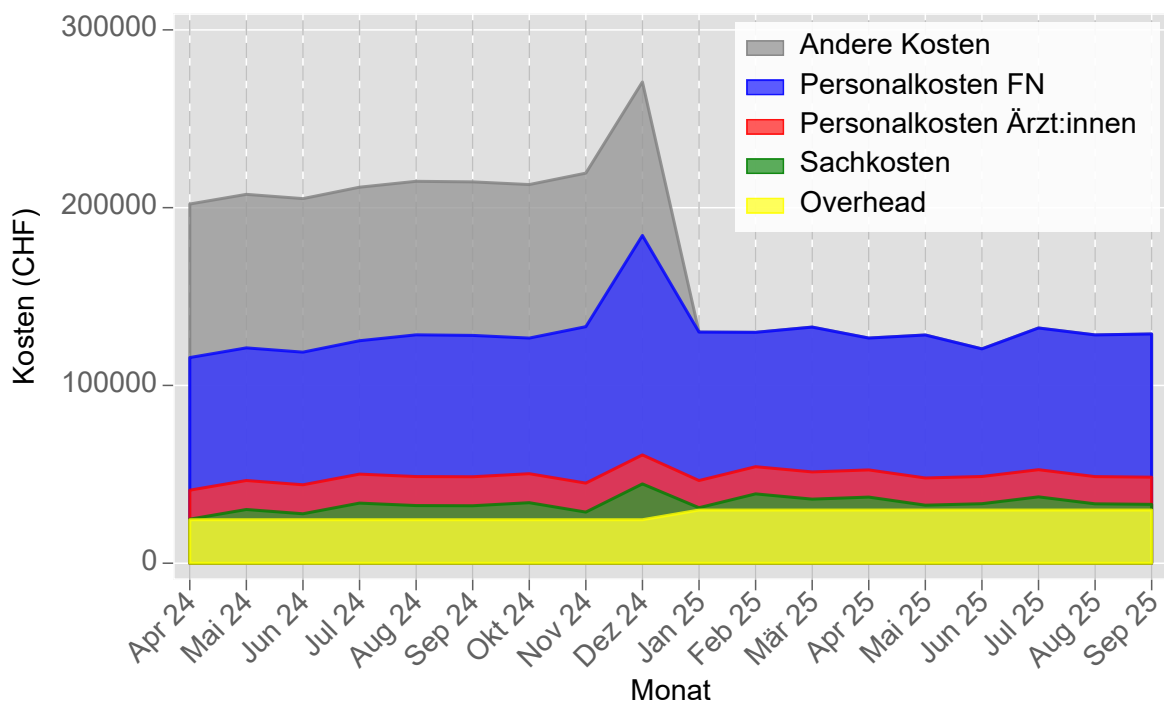


Abbildung 11: Kostenentwicklung ADFN über die Zeit

Mittlere Kosten pro Einsatz inkl. Dokumentation

Auf Basis der Jahresarbeitszeit der FNs und einem kalkulatorischen Stundensatz von CHF 50 (Details siehe Anhang 7.2.6) ergeben sich für einen durchschnittlichen Einsatz inkl. Dokumentation Kosten von CHF 410 (gewichtetes Mittel, Tabelle 4). Dabei sind die Kosten für die Einsätze bei sexueller Gewalt aufgrund der längeren Zeitdauer der Untersuchung und der Berichterstattung höher (CHF 459) als jene für häusliche Gewalt (CHF 356) und diese wiederum höher als jene für Körperverletzung (CHF 336).

Tabelle 4: Kosten eines Einsatzes inkl. Dokumentation nach Deliktart

Deliktart	Zeit pro Fall (Total, h)	Kosten pro Fall (Total, CHF)
Sexuelle Gewalt	9.18	459
Häusliche Gewalt	7.12	356
Körperverletzung	6.72	336
gewichteter Mittelwert	8.21	410

Zeit und Kosten für Bereitschaftsdienste

Pro Jahr fallen bei den FN durchschnittlich 5'782 Stunden an Nacht- und Wochenenddiensten an. Diese verteilen sich auf 3'754 Stunden Nacht- und 2'028 Stunden Wochenend-Tagdienste (Dienstvorgaben FN: siehe Kapitel 3.4.1). Bei den Ärzt:innen belaufen sich die Pikettstunden durchschnittlich auf 5'834 Stunden, wovon 3'224 am Wochenende geleistet werden (Dienstvorgaben Rechtsmediziner:innen siehe Anhang Kapitel 7.2.2).

Seit Beginn des Pilotprojektes erhalten die FN eine Pikettentschädigung von CHF 120 pro Nacht und CHF 80 pro Tag für den Präsenzdienst am Wochenende. Sobald ein Einsatz nötig ist, können die anfallenden Arbeitszeiten dem Arbeitszeitkonto gutgeschrieben werden, die Pauschale wird dabei nicht angepasst. Die Rechtsmediziner:innen, die im regulären Hintergrunddienst die Supervision der FN abdecken, erhalten CHF 4.40 pro Stunde resp. bei Einsatz/Aufgebot CHF 6.60 pro Stunde, dies allerdings gemäss Pikettreglement der UZH nur im Zeitraum zwischen 20:00 Uhr und 06:00 Uhr. Somit belaufen sich die Kosten für die Bereitschaftsdienste - ohne Einberechnung möglicher Einsätze - auf CHF 77'790 pro Durchschnittsjahr (Tabelle 5 und Tabelle 6). Im Evaluationszeitraum führten die FN ungefähr 100 forensische Untersuchungen während der aktuell gültigen Nacht- und Wochenenddienst-Zeiten durch.

Tabelle 5: Arbeitszeit und Kosten für Bereitschaftsdienste der Forensic Nurses basierend auf den Dienstvorgaben gültig ab Januar 2026**Bereitschaftsdienste Forensic Nurses**

	Nachtdienste un-ter der Woche	Wochenenddienste Tag	Wochenenddienste Nacht	Summe
Arbeitsstunden (h)	2'610	2'028	1'144	5'782
Kosten (CHF)	31'320	12'480	8'320	52'120

Tabelle 6: Arbeitszeit und Kosten für Bereitschaftsdienste (ohne Einberechnung möglicher Einsätze) der Rechtsmediziner:innen basierend auf den Dienstvorgaben gültig ab Januar 2026**Bereitschaftsdienste Ärzt:innen**

	Nachtdienste un-ter der Woche	Wochenenddienste (Tag und Nacht)	Summe
Arbeitsstunden (h)	2'610	3'224	5'834
Kosten (CHF)	11'484	14'186	25'670

Dass in den obigen Berechnungen die Einsätze nicht berücksichtigt wurden, führt zu einer leichten Überschätzung der eigentlichen Zeiten und Kosten für Bereitschaftsdienste bei den Ärzt:innen, da die Arbeitszeiten bei Einsätzen von den Pikett-Zeiten abgezogen werden müssten. Bei den FN bleiben die Kosten aufgrund der Pauschalen auch bei Auftreten von Einsätzen unverändert.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Kosten beschränken sich auf die Bereitschaftsdienste und bilden – aufgrund fehlender Daten – nicht die gesamten Vorhalteleistungen ab, welche auch Kosten z.B. für Räumlichkeiten beinhalten würden.

3.5 EXKURS: VERGLEICH «ZÜRCHER MODELL» UND «WAADTLÄNDER MODELL»

Die forensische Versorgung von Gewaltbetroffenen unterscheidet sich in der Schweiz zwischen den Kantonen erheblich. Eine Analyse der bestehenden Modelle zeigt vielfältige Unterschiede in Struktur, Umfang, Ausgestaltung und Zielgruppe. In einem vertiefteren Vergleich haben wir den ADFN bzw. das «Zürcher Modell» dem «Waadtländer Modell», die älteste Gewaltopferambulanz der Schweiz, gegenübergestellt.

Vergleichsmodell Gewaltopferambulanz (UMV) – Eigene Standorte eingeschränkter Öffnungszeiten

Die UMV besteht seit 2006 und verfügt über eine dezentralisierte Struktur mit einem Hauptstandort am CHUV in Lausanne, der an allen Wochentagen bedient ist, sowie drei Satellitenstandorten in Nyon, Yverdon und Rennaz, die wöchentlich an 2–3 Tagen bedient werden. Die UMV verfügt somit über eigene Standorte, wie dies für den ADFN in Zürich zum Teil gewünscht bzw. gefordert wird. Im Gegensatz zum ADFN, der täglich während 24 Stunden gerufen werden kann, bietet das UMV an seinen Standorten Untersuchungstermine zu klar geregelten Öffnungszeiten (Bürozeiten).

Weitere Unterschiede im Leistungsangebot zwischen UMV und ADFN

Die UMV unterscheidet sich vom ADFN auch im Leistungsangebot: Es werden Betroffene von häuslicher und von ausserhäuslicher Gewalt, nicht aber von sexueller Gewalt untersucht. Da die UMV keinen internen gynäkologischen oder proktologischen Service anbieten kann, werden Betroffene von sexueller Gewalt an die gynäkologischen bzw. an die somatische Notaufnahme weitergeleitet, wo sie jeweils von einem Team bestehend aus einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen bzw. einer Proktologin oder einem Proktologen, einer Notfallärzt:in und einer Rechtsmediziner:in untersucht werden.

Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren werden nicht an der UMV betreut und ans Kinderspital oder an eine Kinderärzt:in verwiesen.

Das Angebot wird vom Kanton Waadt finanziert und ist für Betroffene kostenlos. Die Finanzierung umfasst auch professionelles Dolmetschen und, falls erforderlich, Kinderbetreuung während der Konsultation.

Personalausstattung und Kapazitäten UMV

Das Team der UMV besteht aktuell aus 8 FNs, 2 Rechtsmediziner:innen, 3 Sekretär:innen und einem Forschungsverantwortlichen. Mit dieser Kapazität deckt das Team rund 1'000 Konsultationen pro Jahr ab, wobei ca. 1/3 der Fälle auf häusliche Gewalt und 2/3 der Fälle auf ausserhäusliche Gewalt zurückzuführen ist. Ungefähr die Hälfte der Betroffenen sind Männer, die andere Hälfte Frauen, wobei Frauen stärker von häuslicher Gewalt betroffen sind.

4 Diskussion

4.1 ZUSAMMENFASSUNG DER RESULTATE

4.1.1 Zielerreichung

Mehrwert für die Betroffenen gegeben

Ein zentraler Vorteil des ADFN liegt darin, dass Betroffene von häuslicher und sexueller Gewalt eine Spurensicherung durchführen lassen können, ohne sich sofort für eine Strafanzeige entscheiden zu müssen. Dies führt zu einer besseren Spurensicherung, zu einer erheblichen emotionalen Entlastung und reduziertem zeitlichen Druck für die Betroffenen. Parallel dazu ermöglicht die Vermittlung an Opferberatungsstellen eine umfassende Information der Betroffenen über verfügbare Unterstützungsleistungen, die rechtliche Ausgangslage und die Abläufe eines Strafverfahrens.

Mindestens die Hälfte der Betroffenen, die sich forensisch untersuchen liessen, kam innerhalb des Evaluationszeitraums in Kontakt mit Opferberatungsstellen. 40% der Betroffenen wurden durch den ADFN an eine Opferberatungsstelle vermittelt und 10% waren bereits vor der Untersuchung durch den ADFN an eine Opferberatungsstelle angebunden.

Diese Anbindung an die Opferberatungsstellen hatte vermutlich auch einen Einfluss auf das Anzeigeverhalten. Insgesamt erstatteten im Evaluationszeitraum 45 Betroffene von häuslicher oder sexueller Gewalt Strafanzeige: 11% der Erwachsenen und 22% der Kinder und Jugendlichen. Zur Situation vor dem Pilotprojekt liegen keine systematischen Daten vor. Anekdotische Evidenz der Auftraggebenden zufolge wurde in den 13 Jahren zuvor aber nur vereinzelt die Untersuchungsbox des IRMs im Rahmen eines Strafverfahrens ausgewertet. Auch international ist die öffentlich zugängliche Datenlage unzureichend, was eine vergleichende Einordnung erschwert (Kerbacher et al., 2020).

Neben den absoluten Fallzahlen ist auch die Zusammensetzung der erreichten Personengruppen aufschlussreich. So nutzten insbesondere jüngere Betroffene das ADFN-Angebot, während ältere Gewaltbetroffene (65+) es kaum in Anspruch nahmen – ein Muster, das auch im Vergleichsmodell der Gewaltopferambulanz im Kanton Waadt beobachtet wird. Dies deutet möglicherweise weniger auf unterschiedliche Betroffenheitsraten hin als vielmehr auf Zugangshürden bei älteren Betroffenen – etwa durch vielseitige Betreuungsabhängigkeiten, eingeschränkte Mobilität oder einen geringeren Bekanntheitsgrad des Angebots.

Entlastung medizinischer Versorgungsstrukturen – wo möglich – erreicht

Das Ziel der Entlastung medizinischer Versorgungsstrukturen wird laut Interviews insbesondere bei erwachsenen Betroffenen erreicht. Forensische Untersuchungen und deren Dokumentation sind zeitintensiv: bei häuslicher Gewalt durchschnittlich 1,5 Stunden, bei sexueller Gewalt über 2 Stunden. Diese Aufgaben lagen zuvor beim Personal der Notaufnahmen oder wurden – im Falle einer vorliegenden Strafanzeige – vom IRM erbracht. Mit dem ADFN können die freiwerdenden Ressourcen auf den Notaufnahmen anderweitig genutzt werden.

Bei Kindern fällt die Entlastungswirkung des ADFN geringer aus. Dies liegt an den besonderen Anforderungen der Versorgung von Kindern: Am Kinderspital ist bei Verdacht auf sexuelle Übergriffe eine Kinder- und Jugendgynäkologin während der gesamten Untersuchung anwesend. Der ADFN entlastet daher primär bei der Dokumentation. Ärztliche Personalressourcen werden für die Gesamtdauer der Untersuchung weiterhin benötigt. Diese Einschätzung stützt sich ausschliesslich auf Angaben des Kinderspitals, sodass nicht ausgeschlossen werden kann, dass andere Institutionen, die Kinder und Jugendliche behandeln, anders verfahren.

Zusammenarbeit mit Stakeholdern beibehalten, Kommunikation mit Leistungserbringern verbessern

Sowohl die etablierten Kooperationspartner als auch die neu angebotenen ambulanten Leistungserbringer schätzen die Zusammenarbeit mit dem ADFN als wertvoll ein. Sie loben insbesondere den Mehrwert für Betroffene und die Entlastung des Spitalpersonals. Allerdings bestehen bei Fällen mit Polizeibeteiligung noch Herausforderungen für den ADFN und die Spitäler. Obwohl der ADFN und die Polizei ihr Vorgehen bei Unklarheiten grundsätzlich festgelegt haben und sie sich bezüglich des grundsätzlichen Vorgehens einig sind, zeigt sich bei Polizeibeteiligung fortlaufender Klärungsbedarf. Um solche Fälle zeitnah zu klären, sollten die bestehenden Austauschformate zwischen ADFN und Polizei genutzt ggf. intensiviert und das Spitalpersonal bzgl. der Abläufe besser instruiert werden.

Die Implementierung der Zusammenarbeitsprozesse des ADFN in den Spitälern und bei den Opferberatungsstellen kann grundsätzlich als gut bewertet werden. Dennoch sollte die Bekanntheit des ADFN-Angebots durch kontinuierliche Kommunikation mit beiden Stakeholdergruppen weiter gepflegt und gestärkt werden. Hilfreich sind klare Ansprechpersonen und die Pflege persönlicher Kontakte. Dies funktioniert insbesondere bei den Opferberatungsstellen gut, die im Vergleich zu den Spitälern eine tiefe Personalfuktuation haben. In der Kommunikation mit den Spitälern besteht jedoch noch Verbesserungspotenzial. Eine klare Regelung der Kommunikationsverantwortlichkeiten bei Neuerungen und ein aktives, zeitgerechtes Informieren der Stakeholder würden die Zusammenarbeit erheblich verbessern.

Bei den Opferberatungsstellen wird auch die künftige Zusammenarbeit mit dem seit November 2025 bestehenden 24/7-Opferberatungstelefon interessant sein. Es sollte geprüft werden, welche Synergien zwischen dem 24/7-Beratungsangebot und der durchgehenden Erreichbarkeit des ADFN genutzt werden können – etwa durch gegenseitige Informations- und Vermittlungsprozesse.

Einsatzzeiten scheinen gerechtfertigt, Auslastung noch zu erhöhen

Das Aufkommen der Untersuchungen über den Tages- und Wochenverlauf zeigen, dass eine Abdeckung der Nächte und Wochenenden gerechtfertigt ist, wenn man einen möglichst sofortigen Untersuchungs gewährleiten will. Allerdings sollte auch darauf geachtet werden, die Arbeitszeiten der FN möglichst gut durch Fallarbeit auszulasten.

Die geschätzte Anzahl Untersuchungen für 2024 wurde erreicht; die Prognose für 2025 war hingegen überschätzt – trotz dem Ausbau des Angebotes auf mehr Spitäler und ambulante Leistungserbringer. Die Überschätzung der Anzahl forensischer Untersuchungen im Jahr 2025 lassen sich vermutlich eher durch den geringen Bekanntheitsgrad des ADFN als durch einen tatsächlich geringeren Bedarf erklären. Dies zeigt der Vergleich mit der UMV des Kantons Waadt, welcher ungefähr eine halb so grosse Bevölkerung bedient wie der Kanton Zürich (Etat de Vaud, 2026; Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2026). Das UMV hat im Jahr 2024 rund 300 Fälle häuslicher Gewalt untersucht, der ADFN in den Monaten Oktober 2024 – September 2025 99 Fälle. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass erst ein kleiner Anteil der Betroffenen im Kanton Zürich erreicht wurde.

Die Informationskampagne für die breite Bevölkerung, welche im Dezember 2025 lanciert wurde, könnte dazu beitragen, die Anzahl forensischer Untersuchungen zu erhöhen. Zudem wurde die Leitung der FN ab 2026 von der Fallarbeit befreit, was helfen könnte, das Onboarding der ambulanten Leistungserbringer oder Anfragen von anderen Kantonen für eine Zusammenarbeit zu beschleunigen. Diese Massnahmen können helfen, die FN besser auszulasten und den anvisierten Fallzahlen 2026 näher zu kommen.

Die Anzahl telefonischer Anfragen war höher als erwartet. In der Steuerungssitzung vom 20. Juni 2025 wurde daher entschieden, neben den forensischen Untersuchungen auch die Telefonkontakte ohne folgende forensische Untersuchung als Fall zu bewerten. Im Jahr 2025 wurden auf dieser Grundlage insgesamt 377 Fälle registriert (forensische Untersuchungen und Telefonkontakte zusammen).

Zurzeit scheinen die Telefonkontakte gut durch die FN abdeckbar zu sein. Sollte die Fallauslastung zu hoch werden, müsste mit Blick auf das Vergleichsmodell im Kanton Waadt geprüft werden, ob ein Teil

dieser telefonischen Arbeit oder gewisse administrative Aufgaben auch einer Bürofachkraft überlassen werden könnten.

4.1.2 Reifegrad des Projektes

Das Pilotprojekt befand sich zum Evaluationszeitpunkt nach 18 Monaten Laufzeit weiterhin in einer aktiven Entwicklungsphase. Das Leistungsangebot (z.B. Öffnung für ambulante Leistungserbringer) und die Anbindung von Leistungserbringern (z.B. kontinuierliches Onboarding der Spitäler im Kanton Zürich) sowie betriebliche Fragen (z.B. Organisation Pikettzeiten, Verantwortlichkeiten am IRM), entwickelten sich fortlaufend weiter. Vielen Anpassungen im Angebot, der Zusammenarbeit und in betrieblichen Fragen wurden in den ersten 18 Monaten Laufzeit kontinuierlich angepasst und optimiert. Insofern war der Zeitpunkt der Evaluation sehr früh gewählt. Viele der Aussagen der Evaluator:innen wurden unabhängig von der Evaluation von den Verantwortlichen erkannt und teilweise in den Wochen und Monaten nach Ende des Evaluationszeitraums bereits umgesetzt (z.B. Kommunikationsmassnahmen ggü. breiter Bevölkerung im Dezember 2025).

Charakteristisch für diese erste Projektphase war eine ausgeprägte Personenzentrierung: Zentrale Aufgaben, insbesondere die Kommunikation mit den verschiedenen Stakeholdergruppen, lagen bei einzelnen Leitungspersonen. Solche Personenabhängigkeiten sind häufig charakteristisch für Pilotprojekte oder frühe Phasen von Unternehmen. Sie führen jedoch zu einer hohen Abhängigkeit von Schlüsselpersonen. Diese sollte bei einer Verstetigung des Angebotes reduziert werden.

4.2 ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN DES «ZÜRCHER MODELLS»

Innerhalb der Interviews wurden Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Alternativen zum aktuellen Zürcher Modell aktiv erfragt. Einige der genannten Vorschläge sollen hier ausgeführt und bezüglich ihrer Vor- und Nachteile besprochen werden.

4.2.1 Aufbau einer zentralen Anlaufstelle mit eigenen Untersuchungsräumen

In den Interviews wurde mehrfach erwähnt, dass sich nicht alle Betroffenen in einem Spital untersuchen lassen möchten. Die Ausweitung auf ambulante Leistungserbringer kann hier eine Lösung darstellen, bringt jedoch eigene Herausforderungen: z.B. die Verfügbarkeit eines Untersuchungsraumes für 90 Minuten bis über zwei Stunden, das Erfüllen von Qualitätsvorgaben (z.B. gewisse Medikamente bei sexueller Gewalt), etc. Daher lag die Idee nahe, dass der ADFN eigene zentrale Untersuchungsräume nutzen könnte.

Ein solches Angebot wäre niederschwellig und würde es den Betroffenen ermöglichen, selbst direkt den ADFN aufzusuchen. Andererseits müsste gewährleistet werden, dass während der gesamten Öffnungszeiten einer solchen Anlaufstelle sowohl ein ärztlicher Hintergrunddienst aus Rechtsmediziner:innen als auch gynäkologische bzw. proktologische Fachärzt:innen vor Ort sind.

D.h. es müsste geklärt werden, in welchen Zeitfenstern eine solche Anlaufstelle Untersuchungen vor Ort anbieten würde. Basierend auf unseren Daten und der aktuellen Organisation der Pikettzeiten, gehen wir davon aus, dass der ADFN zwischen 8:00 Uhr und 22:00 Uhr Untersuchungen vor Ort anbieten würde. Zudem wird davon ausgegangen, dass der ADFN gleichzeitig weiterhin von Spitälern und ambulanten Leistungserbringern für Untersuchungen herbeigerufen werden könnte. In diesem Fall müssten die Stellenprozente der ADFN auf zwei Personen pro Schicht zwischen 8:00 Uhr und 22:00 Uhr erhöht werden, um gewährleisten zu können, dass auch bei einem Einsatz bei anderen Leistungserbringern immer eine FN in der zentralen Anlaufstelle Betroffene in Empfang nehmen könnte.

Eine zweite zu klärende Frage ist, an welcher Örtlichkeit die zentrale Anlaufstelle stationiert sein könnte. Das IRM ist keine Option, da der Zugang zum IRM an der Universität Irchel – der heutige Arbeitsort der

FN – aus rechtlichen Gründen eingeschränkt ist. Wenn eine zentrale Anlaufstelle eröffnet wird, würde idealerweise der gesamte ADFN seinen Arbeitsort an diesen Ort verlegen, um bei Eintreffen von Betroffenen direkt vor Ort zu sein. Dies würde automatisch bedeuten, dass die heutige enge Zusammenarbeit zwischen dem ADFN und den Rechtsmediziner:innen des IRM deutlich reduziert würde. Das Modell würde damit einen grossen Vorteil der heutigen Organisation verlieren. Zudem müssten höchstwahrscheinlich eigene Rechtsmediziner:innen angestellt werden, wie dies in Lausanne der Fall ist. Dies würde wohl mit einer Erhöhung der Stellenprozent bei den Ärztinnen und Ärzten des ADFN einhergehen.

Insgesamt würde der Aufbau einer solchen zentralen Anlaufstelle sowohl zu höheren Sachkosten (z.B. Räumlichkeiten) als auch zu höheren personellen Kosten (FN, Rechtsmediziner:innen, gynäkologische und proktologische Ärzt:innen) führen. Zudem besteht zurzeit keine Information über den Bedarf der Betroffenen für eine solche zentrale Anlaufstelle. Aus diesen beiden Gründen empfehlen wir einen solchen Schritt zurzeit nicht. Ein solches Angebot sollte aber dann wieder in Erwägung gezogen werden, wenn das Angebot des ADFN etabliert und die Auslastung des ADFN deutlich höher ist oder wenn der Bedarf seitens der Betroffenen für eine solche zentrale Anlaufstelle klar nachgewiesen ist.

4.2.2 Keine zentrale Anlaufstelle, aber eigene Untersuchungsräume

Falls sich in der Zusammenarbeit mit ambulanten Leistungserbringern zeigt, dass viele Betroffene nicht in ein Spital möchten aber gleichzeitig viele ambulanten Leistungserbringer die Untersuchung nicht bei sich durchführen können, wäre das ebenfalls ein Hinweis dafür, dass die FN eigene Untersuchungsräume anbieten sollten. Diese müssen nicht zwingend mit dem Aufbau einer vollständigen Anlaufstelle (siehe Kapitel 4.2.1) einhergehen. Alternativ könnten die FN bestehende Untersuchungs-räumlichkeiten nutzen.

Diese Möglichkeit eigener Untersuchungsräume birgt einige Vorteile. So könnte den Betroffenen, die sich direkt melden, eine Untersuchung ausserhalb des Spitals angeboten werden. Zudem würde die Problematik der Räumlichkeiten bei den ambulanten Leistungserbringern entlastet. Nachteil wären die höheren Kosten für die Nutzung der Räumlichkeiten sowie die Sicherstellung, dass gynäkologische respektive proktologische Fachärztinnen und -ärzte vor Ort sind, falls dieses Angebot auch für Betroffene von sexueller Gewalt bestehen soll. Wir empfehlen, diese Option einerseits mit den ambulanten Leistungserbringern zu besprechen und andererseits rechtlich und finanziell abzuklären.

4.3 LIMITATIONEN UND EMPFEHLUNG FÜR ZUKÜNFTIGES MONITORING / EVALUATION

Die vorliegende Evaluation deckt 18 Monate des Pilotprojekts ab und ermöglicht damit eine Beurteilung der Aufbau- und Implementierungsphase des ADFN. Die Aussagen der Evaluation beziehen sich daher nicht auf einen Regelbetrieb. Sie beleuchten vielmehr eine Phase, in welcher viele Erfahrungen gemacht wurden, welche direkt zu Änderungen im täglichen Betrieb führten.

Die Evaluation erfasst mit dem Einbezug der Spitäler, ambulanter Leistungserbringer, den Opferberatungsstellen, der Polizei und der Berücksichtigung eines Vergleichsmodells ein breites Spektrum an Stakeholderperspektiven. Allerdings konnten die Betroffenen häuslicher oder sexueller Gewalt aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht selbst zu ihren Erfahrungen mit dem Dienst befragt werden. Die Sichtweise der Betroffenen wurde stellvertretend über Vertretende der Opferberatungsstellen sowie durch Aussagen von Pflegefachpersonen und der Ärzteschaft erhoben. Obwohl eine direkte Befragung Betroffener nicht stattfand, ermöglicht die triangulierte Quellenlage eine Annäherung an diese Perspektive. Eine weiterführende Evaluation sollte die Betroffenenperspektive direkt erfassen, um ein vollständiges Bild der Wirksamkeit und Zufriedenheit mit dem Angebot zu erhalten.

In der vorliegenden Evaluation lag der Schwerpunkt auf der operativen Tätigkeit des ADFN und der Implementierung bei den verschiedenen Stakeholdern. Eine weiterführende Evaluation sollte stärker

auf organisatorische (z.B. Personal, Verantwortlichkeiten) und strukturelle (z.B. Delegationsmodell) Aspekte des Pilotprojekts fokussieren.

Darüber hinaus sollte die Gerichtsverwertbarkeit der forensischen Dokumentation systematisch untersucht werden. Dafür werden die Perspektiven der Staatsanwaltschaft sowie Informationen zu Anklagen und Verurteilungen notwendig. Solche Daten sind erst zu einem späteren Zeitpunkt vorhanden, da noch keine vom ADFN untersuchten Fälle vor Gericht verhandelt wurden. Informationen aus dem Rechtstag würden es ermöglichen, die tatsächliche Validität und Wirksamkeit der ADFN-Dokumentationen im Strafverfahren zu bewerten.

Natürlich ist auch ein kontinuierliches Monitoring der Anzahl forensischen Untersuchungen, telefonischen Kontakte und Anzahl eingegangener Strafanzeigen bei einer Weiterführung des Projekts über die Pilotphase hinweg sinnvoll und von Interesse für die Bewertung des ADFN.

5 Handlungsempfehlungen

Der ADFN erfüllt inhaltlich und qualitativ weitgehend die Anforderungen; verbleibende Verbesserungsbedarfe betreffen daher vornehmlich organisatorische und kommunikative Bereiche. Dennoch raten wir auf inhaltlicher Ebene die bestehenden Weiterbildungsangebot für die FNs beizubehalten und um spezialisierte Schulungen für hochvulnerable Patientengruppen (z. B. Kinder) zu ergänzen. Weitere Handlungsempfehlungen konzentrieren sich auf organisatorische und kommunikative Massnahmen.

5.1.1 Bekanntheitsgrad des ADFN verbessern

Bekanntheitsgrad in der Allgemeinbevölkerung im Kanton Zürich erhöhen

Der Nutzen des ADFN für die Betroffenen scheint gegeben und der Vergleich mit dem «Waadtländer Modell» legt nahe, dass es noch Potential zum Erreichen von weiteren Betroffenen gibt. Um die Inanspruchnahme des ADFN zu erhöhen, die FN noch besser auszulasten und eine bedarfsorientierte Nutzung durch gewaltbetroffene Personen sicherzustellen, sollten gezielte Informationsmassnahmen in der Bevölkerung des Kantons Zürich implementiert werden. Eine systematische Öffentlichkeitsarbeit trägt dazu bei, die Bekanntheit des Angebots zu steigern und damit Zugangsbarrieren für betroffene Personen zu reduzieren. Zur Verbesserung der Bekanntheit schlagen wir folgendes vor:

- Künftig sollte ein **festes Budget für Kommunikationsarbeiten** für das ADFN-Projekt vorgesehen werden. Eine erste Informationskampagne wurde im Dezember 2025 gestartet. Da diese ausserhalb des Evaluationszeitraums war, konnte ihr Effekt innerhalb der Evaluation nicht überprüft werden.
- **Medienpräsenz verstärken:** Präsenz in den nationalen Medien steht im Zusammenhang mit einer höheren Inanspruchnahme des Angebots des ADFN. Deshalb sollte, falls keine regelmässige Informationskampagne möglich ist, durch wiederkehrende Medienauftritte auf das Angebot aufmerksam gemacht werden.
- Alle Spitäler und ambulante Leistungserbringer dazu anhalten, **ADFN-Telefonnummer auf Spitalwebseite/ Praxiswebseite aufzuschalten**. Spitäler und ambulante Praxen sind oftmals erste Anlaufstellen für Gewaltbetroffene, daher wäre es sinnvoll das Angebot auf den entsprechenden Kanälen zu platzieren. Dies ermöglicht es Betroffenen ohne gezielte Suche vom Angebot zu erfahren.
- **Erstellen von kurzen Erklärvideos**, welche die Aufgaben und den Mehrwert des ADFN erklären und z.B. auf Webseiten aufgeschaltet werden können. Solche kurzen Videos lassen sich

sehr gut einsetzen, um Informationen über soziale Medien an eine breite Öffentlichkeit zu verbreiten.

Bekanntheitsgrad in Spitälern und bei ambulanten Leistungserbringern im Kanton Zürich erhöhen

Der ADFN sollte künftig in den Spitälern und bei den ambulanten Leistungserbringern stärker bekannt gemacht werden, um die Zugänglichkeit für Betroffene zu erhöhen. Innerhalb der Spitäler besteht aktuell eine Herausforderung durch hohe Personalfuktuation und zum Teil durch fehlende zentrale Ansprechpartner:innen für den ADFN. Zur Verbesserung der Bekanntheit schlagen wir folgende Massnahmen vor:

- **Intensivierte Informationsveranstaltungen** in den weiteren Phasen des Pilotprojekts, damit ein hoher Bekanntheitsgrad etabliert werden kann.
- **Gemeinsame Informationsveranstaltungen** des ADFN mit Vertretungen der Polizei und Opferberatungsstellen, damit Zuständigkeiten und Ablaufwege klar kommuniziert werden können.
- **Erstellen von kurzen Erklärvideos**, welche die Aufgaben und die Zusammenarbeit mit dem ADFN erklären. Mit Videos können unabhängig von Arbeitszeiten des Personals eine breite Informationsabdeckung erreicht werden und sie können z.B. neuen Mitarbeitenden im Spital im Rahmen des Onboardings als erste Information dienen. Allerdings können Videos den Mehrwert von persönlichen Kontakten zum Netzwerkaufbau nicht vollständig ersetzen und die tatsächliche Reichweite müsste überprüft werden.
- Absolventinnen und -Absolventen des CAS Forensic Nursing als **Multiplikatorinnen und zentrale Anlaufstellen in Spitälern verankern**.
- Ergänzend sollten in den Kliniken verbindliche **Kontaktlisten und Ansprechpersonen** sowie strukturierte Einführungen (z.B. mittels Videos) für wechselndes Personal etabliert werden, damit die Information über den ADFN langfristig in der Belegschaft der Spitäler etabliert wird und er bei Bedarf schnell und zuverlässig eingebunden werden kann.

Hohen Bekanntheitsgrad des ADFN bei Opferberatungsstellen im Kanton Zürich aufrechterhalten

Derzeit ist der Bekanntheitsgrad des ADFN bei den Opferberatungsstellen hoch, was wesentlich auf die geringe Personalfuktuation und die kontinuierlichen, persönlichen Informationskontakte durch den ADFN zurückgeführt wurde. Um diese Präsenz dauerhaft zu sichern und die Zusammenarbeit mit den Opferberatungsstellen weiter zu stärken, schlagen wir vor:

- **Persönliche Kontakte zu den Opferberatungsstellen weiterhin aktiv pflegen**, z. B. durch kurze Vor-Ort-Visits, Telefonate damit bestehende Beziehungen erhalten bleiben.
- **Den Kontakt mit dem neuen 24/7-Telefon für Gewaltopfer systematisch nutzen und institutionalisieren** (z. B. gemeinsame Abläufe, direkte Weiterleitungswege, feste Ansprechpartnerinnen/-partner). Nach einer Betriebsdauer von ca. 3-6 Monaten eine erste gezielte interne Evaluation durchführen; dabei Indikatoren wie Anzahl Weiterleitungen/Anzahl Untersuchungen, Reaktionszeiten, Zufriedenheit der Partnerstellen und identifizierte Hürden erfassen.

5.1.2 Weiterentwicklung des ADFN

Die erste Aufbauphase des ADFN ist grundsätzlich gut gelungen. Wie in vielen Pilotprojekten üblich, war die Aufbauphase von häufigen Anpassungen und Änderungen geprägt (z.B. personelle Zuständigkeiten, arbeitsrechtliche Voraussetzungen) und wies eine hohe Personenabhängigkeit auf. Basierend auf den Erkenntnissen zur Aufbauphase ergeben sich folgende nächste Schritte:

Optimierung der Kommunikationsstruktur und -prozesse

Die aktuellen Kommunikationsstrukturen des ADFN weisen Defizite hinsichtlich Zuständigkeiten und Informationsflüssen auf. Es werden folgende Massnahmen empfohlen:

- **Klärung der Kommunikationsverantwortlichkeiten:** Die Zuständigkeiten für die Kommunikation von Neuerungen und Anpassungen sollten explizit definiert werden. Dazu gehört die Festlegung, welche Instanz welche Informationen an welche Zielgruppen (intern: Rechtsmediziner:innen, ADFN-Fachpersonal; extern: Spitäler, ambulante Leistungserbringer, Opferberatungsstellen, Polizei) kommuniziert. Ein standardisierter Kommunikationsplan sollte Ansprechpersonen, definierte Eskalationsstufen und regelmässige Aktualisierungszyklen umfassen, um Transparenz, Verlässlichkeit und Missverständnisvermeidung zu gewährleisten.
- **Anpassung der Kommunikationsfrequenz:** Die derzeitigen Treffen der Begleitgruppe (einmal jährlich im Frühjahr) und der Steuerungsgruppe (zweimal jährlich im Frühjahr und Herbst) weisen unterschiedliche Frequenzen auf. Für die formative Projektphase wird empfohlen, die Begleitgruppentreffen auf zweimal jährlich zu erhöhen und damit der Steuerungsgruppen-Frequenz anzugleichen. Bei Verstetigung des Pilotprojekts sollten beide Gremien fortgeführt werden: die Steuerungsgruppe als strategisches Element zur Weiterentwicklung des Angebots, die Begleitgruppe zur zeitnahen Diskussion operativer Herausforderungen über Stakeholdergruppen hinweg. Gegebenenfalls kann nach der Verstetigung die Frequenz der Treffen reduziert werden.
- **Etablierung ergänzender Kommunikationsformate:** Zusätzlich zu den bestehenden Sitzungsgefässen sollten niederschwellige Kommunikationskanäle entwickelt werden (z.B. E-Mail-Updates, Mailinglisten, Kurzbriefings). Diese ermöglichen eine zeitnahe und zielgerichtete Kommunikation von Anpassungen und aktuellen Herausforderungen über die Anfangsphase des Projekts hinaus.

Geplante Integration neuer Stakeholdergruppen

Die Integration zusätzlicher Stakeholdergruppen, insbesondere ambulanter Leistungserbringer, erfordert eine systematische Vorbereitung. Zunächst sollten die spezifischen Rahmenbedingungen, Bedürfnisse und Voraussetzungen der jeweiligen Partnergruppen mittels Bedarfsanalyse erfasst werden.

- **Erstellen eines Implementierungskonzepts** für das Onboarding von ambulanten Leistungserbringern, welches auf den bisherigen Erfahrungen aufbaut. Das Konzept sollte standardisierte Prozesse, Zuständigkeitsregelungen und Qualitätsanforderungen definieren sowie Mindeststandards für das Onboarding festlegen (Infrastruktur, Privatsphäre, Barrierefreiheit, Personalqualifikation in den Praxen aber auch bei den FNs).
- Ergänzend zum Konzept sind **strukturierte Schulungs- und Informationsformate** für die Schulung des Praxispersonals vorzusehen.

Klärung der geografischen Reichweite

Der ADFN erhielt in der Vergangenheit mehrere Anfragen, ob der Dienst auf Leistungserbringer in angrenzenden Kantonen ausgeweitet werden kann.

- **Strategische Ausrichtung bezüglich ausserkantonalen Einsätze klären:** Wir empfehlen dafür transparente Kriterien zu entwickeln, die definieren, unter welchen Bedingungen Einsätze ausserhalb des Kantons Zürich erfolgen können (z.B. vollkostendeckende Verrechnung der Einsätze). Diese sollten insbesondere Effizienzkriterien für Anfahrtswege und Reisezeiten, die zeitliche Belastung des ADFN-Personals als auch die Versorgungsqualität für Betroffene berücksichtigen.

Voraussetzungen für Weiterentwicklungsschritte sicherstellen:

Die oben genannten Weiterentwicklungsschritte benötigen Zeit, welche die eigentliche Leistungserbringung, d.h. die forensische Untersuchung von Fällen nicht beeinträchtigen sollte. Daher empfehlen wir die folgenden Massnahmen, um die Weiterentwicklung zu gewährleisten:

- **Ausreichend Personalressourcen für die Weiterentwicklung des ADFN:** Die Erstellung eines Implementierungskonzepts und die Entwicklung von Zusammenarbeitsprozessen mit neuen Leistungserbringern benötigt ausreichend Personalressourcen der Leitungspersonen des ADFN.
Als erste Massnahme wird eine Reduktion oder Befreiung der FN-Leitung von Fallarbeit empfohlen (eine Massnahme, die bereits auf Januar 2026 umgesetzt wurde). Im Anschluss sollte ein systematisches Monitoring die tatsächliche Ressourcenausstattung evaluieren und klären, ob die verfügbare Kapazität für die Erfüllung der Leitungsaufgaben ausreichend ist oder ob eine Erweiterung des Stellenumfanges notwendig wird
- **Ausreichend Austausch mit den strategischen Entscheidungsträgern und den Stakeholdern:** Die weiter oben erwähnte Erhöhung der Sitzungsfrequenz mit der Begleitgruppe ermöglicht es, auch in diesem Gremium Zusammenarbeitsfragen zu klären und ggf. über die Stakeholder hinweg zu harmonisieren. Ergänzend könnten Entscheidungsprozesse zwischen den Treffen auf dem schriftlichen Weg definiert und eingerichtet werden. Dies gilt auch für die Steuerungsgruppe
- **Budget für Entwicklungsarbeit definieren:** Die oben definierten Aufgaben zur Entwicklung des ADFN sollten konkret im Auftrag für den ADFN definiert werden und mit einem entsprechenden Budget ausgestattet sein.

6 Literaturverzeichnis

- Etat de Vaud. (2026) *Etat et structure de la population*. Etat et structure de la population. <https://www.vd.ch/etat-droit-finances/statistique/statistiques-par-domaine/01-population/etat-et-structure-de-la-population>
- IRM. (2023). *Konzept zur Integration des Aufsuchenden Dienstes Forensic Nurses (ADFN) in die Abteilung Forensische Medizin und Bildgebung (FMB) des IRM-UZH*. UniversitätsSpital Zürich, Institut für Rechtsmedizin.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>
- Regierungsrat des Kantons Zürich. (2023). *Regierungsratsbeschluss RRB 1320/2023: 1320. Zürcher Modell für Opfer sexueller und häuslicher Gewalt – Aufsuchender Dienst Forensic Nurses (gebundene Ausgabe, befristeter Leistungsauftrag)*.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich. (2026). *Bevölkerung in Zahlen: Datensatz 1141 (Bevölkerungsbestand und -wachstum ab 2010)*. <https://www.zh.ch/de/soziales/bevoelkerungszahlen.zhweb-noredirect.zhweb-cache.html?keywords=einwohner#/datasets/1141@statistisches-amt-kanton-zuerich>
- Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention), SR 0.311.35 <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/168/de>

7 Anhang

7.1 DETAILFRAGEN DER EVALUATION

Die folgenden Tabellen listen die Detailfragen zu den jeweiligen Evaluationsschwerpunkten auf.

Tabelle 7: Evaluationsfragen zur Leistungserbringung

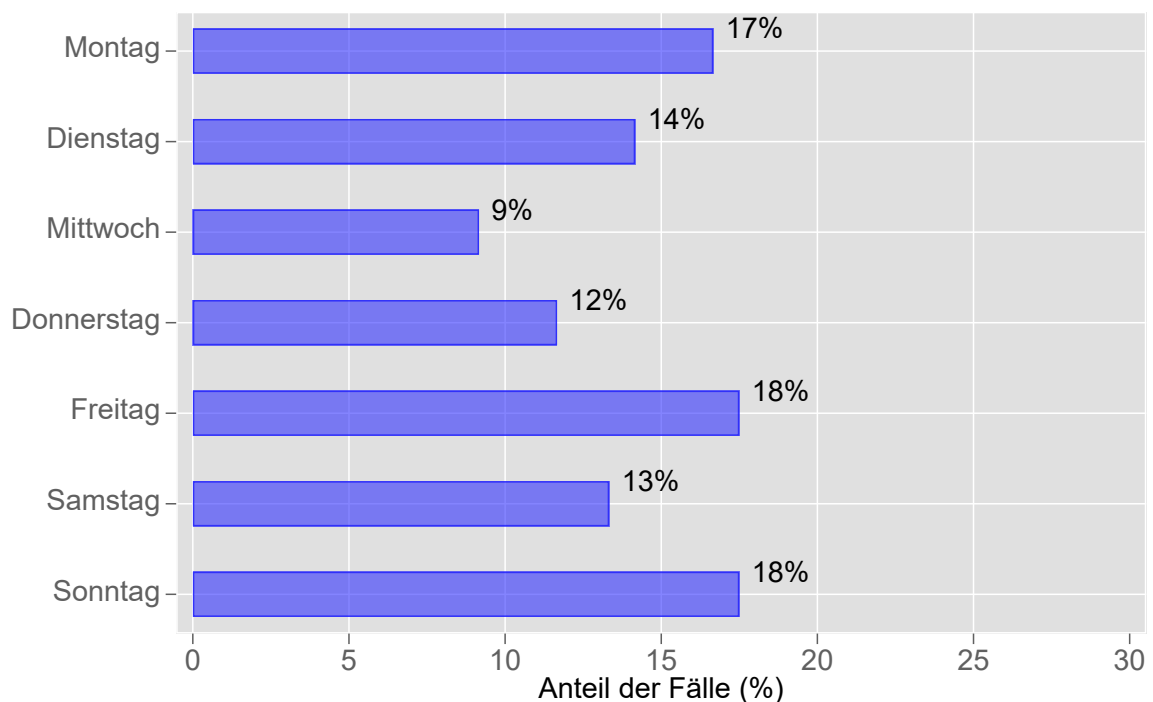
1	Leistungserbringung
1.1.	Wer (Institutionen/Personen) nutzt das Angebot des ADFN?
1.2.	Welche Personen lehnen das Angebot des ADFN ab?
1.3.	Wie gestaltet sich die forensische Untersuchung der Betroffenen?
1.4.	Wie gestaltet sich die Vermittlung zu Opferberatungsstellen?
1.5.	Inwiefern trägt das Programm zur Entlastung der medizinischen Versorgungsstruktur bei?
1.6.	Wie nutzt das Spitalpersonal den ADFN? Wann wird auf eine FN zurückgegriffen? Nach welchen Kriterien wird der ADFN eingesetzt?
1.7.	Welche Leistungen werden von der FN erbracht?
1.8.	Welchen Nutzen/welche Wirkung/welchen Mehrwert sehen die Leistungsempfänger (Spitäler/ambulante Leistungserbringer, Opferhilfeorganisationen, Polizei) aus der Arbeit des ADFN?
1.9.	Wie ist die Qualität der forensischen Untersuchungen?
1.10.	Nutzen Betroffene die Möglichkeit einer späteren Anzeigeerstattung?

Tabelle 8: Evaluationsfragen zur Zusammenarbeit und zu Prozessen

2	Zusammenarbeit und Prozesse
2.1.	Ist der Ort der Leistungserbringung (Spitalnotfälle im Kanton/ambulante Leistungserbringer) zweckmässig? Bräuchte es weitere Orte der Leistungserbringung?
2.2.	Wie zufrieden sind die Betroffenen (aus Sicht der Opferhilfeorganisationen) /die Opferhilfeorganisationen/ die Mitarbeitenden der Spitäler und ambulanten Leistungserbringer mit dem Angebot des ADFN und der Arbeit der FN (inkl. z.B. Wartezeiten der Opfer)? Wo gibt es Optimierungsbedarf?
2.3.	Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern (ADFN//Spital/ambulante Institutionen/Opferberatungsstellen)? Gibt es Optimierungspotential?
2.4.	Wie setzt sich die Arbeitszeit der FN zusammen? Gibt es Optimierungspotential?

Tabelle 9: Evaluationsfragen zu Kosten**3 Kosten**

3.1. Wie verteilen sich die Kosten auf die Aufgaben der FN und welche weiteren Kosten fallen an (mittlere Kosten pro Fall, Kosten für Vorhalteleistungen, externe/interne Weiterbildungskosten, Qualitätskontrolle, Sachkosten)? Gibt es Optimierungspotential?

7.2 EINSATZZEITEN, PERSONAL UND KOSTEN: ZUSÄTZLICHE AUSWERTUNGEN**7.2.1 Forensische Untersuchungen nach Wochentag****Abbildung 12: Forensische Untersuchungen nach Wochentag****7.2.2 Regelung der Pikettzeiten und Dienste der Rechtsmediziner:innen****Tabelle 10: Unter der Woche (Montagsmorgen 7:00 Uhr - Freitagabend 17:00 Uhr)**

Dienst	Zeiten
Hintergrunddienst vor Ort	7:00 – 17:00 Uhr
Hintergrunddienst zu Hause	17:00 – 7:00 Uhr
Pikett-Zeiten	20:00 – 6:00 Uhr

Am Wochenende (Freitagabend 17:00 Uhr – Montagmorgen 7:00 Uhr): Durchgehender Pikett-Dienst (zu Hause)

7.2.3 Schätzungen zur Dauer von Berichten nach Umfang des Berichts:

- Kurzer Bericht: 1-4 Seiten: ca. 1 Stunde Aufwand
- Mittlerer Bericht: 5-7 Seiten: ca. 2.5 – 3.5 Stunden Aufwand
- Langer Bericht: 8-10 Seiten: ca. 4-5 Stunden Aufwand

7.2.4 Anzahl Forensic Nurses-Mitarbeitende und -Vollzeitäquivalente des ADFN über den Evaluationszeitraum

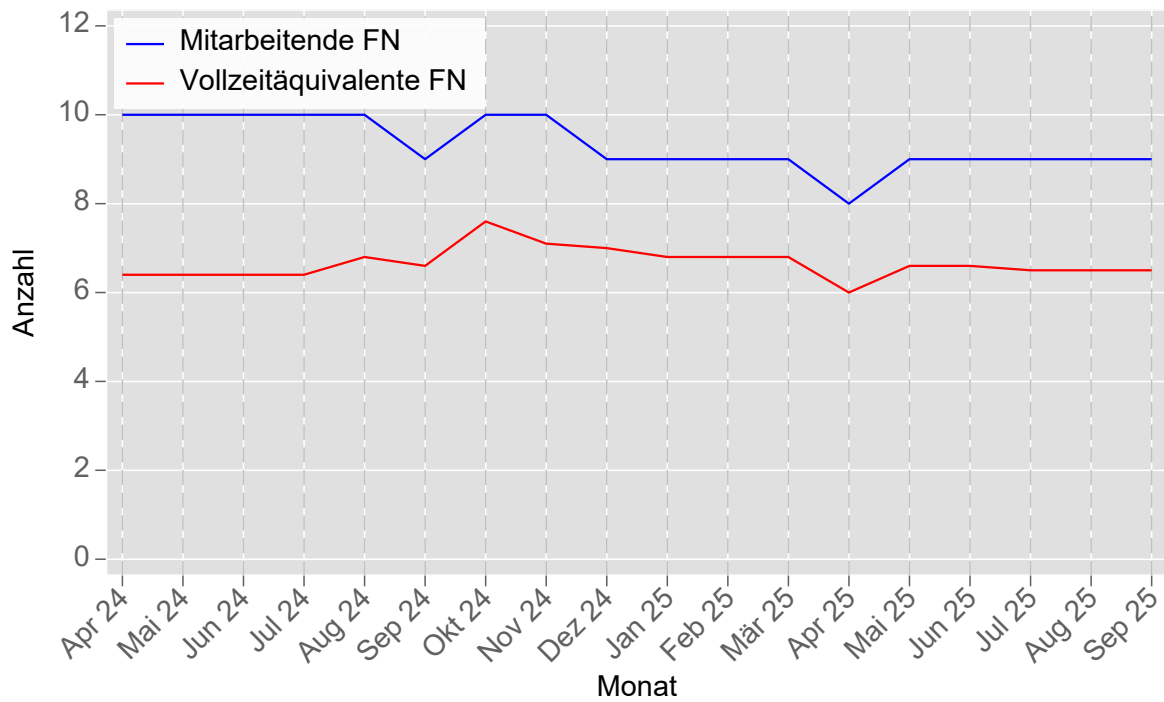


Abbildung 13: Mitarbeitende und Vollzeitäquivalente der Forensic Nurses über den Evaluationszeitraum

7.2.5 Kosten ADFN im Detail

Tabelle 11: Details Kosten ADFN

Kosten ADFN	2024 (9 Mo- nate) in CHF	2025 (9 Mo- nate) in CHF	Bemerkung
Personalkosten FN	745'792	706'912	im Jahr 2025 fehlen noch die Kosten für das Sekretariat. 2024 (9 Monate) beliefen sich diese auf ca. CHF 35'000
Personalkosten Ärzt:innen (1 VZÄ)	146'802	146'802	für 2025 eine Annahme, da Umbuchung der exakten Kosten erst im Dezember 2025
Sachkosten	68'690	44'369	Vermutlich Unterschätzung für 2025 (Umbuchungen, welche im Dezember anfallen fehlen)
Overhead	220'088	269'048	2025: Januar bis September
Andere Kosten (v.a. Aufbaukosten)	777'242		Umfasst v.a. Aufbaukosten, diese fielen nur 2024 an
Total	1'958'614	1'167'131	Kosten 2025 eher unterschätzt

FN: Forensic Nurses; VZÄ: Vollzeitäquivalent

7.2.6 Berechnung mittlerer Stundenlohn der Forensic Nurses

Tabelle 12: Mittlerer Stundenlohn Forensic Nurses

pro Vollzeitäquivalent

Mittlerwertlohn* Nurses (CHF)	103'059
Jahresarbeitszeit** Nurses (h)	2105
Lohnkosten pro Stunde (CHF/h)	49

* Jahreslohn entsprechend der Anzahl VZÄ, inkl. Sozialleistungen und Pikett, ohne Lunch-Checks, Aus- und Weiterbildung (berücksichtigter Zeitraum: April 2024 - Sept 2025); **Ohne Abzug von Feiertagen, Ferien etc.; VZÄ: Vollzeitäquivalent

Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften

School of
Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.zhaw.ch/sml

TRIPLE CROWN



swissuniversities