

Simone Annika Schmid

Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung

Eine quantitative Untersuchung im Bereich Kinderschutz

Master-Thesis des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit
der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich
August 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek
c/o Berner Fachhochschule BFH
Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Simone Annika Schmid: Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung. Eine quantitative Untersuchung im Bereich Kinderschutz

ISBN 978-3-03796-639-6

Schriftenreihe Master-Thesen des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich

In dieser Schriftenreihe werden Master-Thesen von Studierenden des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung

Eine quantitative Untersuchung im Bereich Kinderschutz

Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung

Eine quantitative Untersuchung im Bereich Kinderschutz

Verfasserin

Simone Annika Schmid

Studienbeginn

Frühlingssemester 2015

Fachbegleitung

Dr. Andreas Jud

Abgabe

9. August 2017

Master in Sozialer Arbeit, Bern | Luzern | St. Gallen | Zürich

Abstract

Kindeswohlgefährdungen aufzudecken stellt eine grosse, gesellschaftliche Herausforderung dar. Da Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung zumeist im Verborgenen stattfinden, braucht es unterschiedliche Ansätze, die solche zu erkennen vermag. Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit einem Screening auf Erwachsenenotfallstationen, das gefährdete Kinder anhand von elterlichen Risikofaktoren – die gleichzeitig Einweisungsgründe darstellen – identifiziert. Ziel war es zu prüfen, ob durch die Einführung dieses Screening-Instrumentes neue Fälle von Kindeswohlgefährdungen erkannt werden können, die nicht bereits im Kinderschutzsystem eingeschlossen sind. In der Schweiz ist es bisher nicht Usus, Patientinnen und Patienten mit den Einweisungsgründen Partnerschaftsgewalt, Substanzmissbrauch, Suizidversuch oder schwere, psychische Störung systematisch zu fragen, ob sie Kinder haben. Bei entsprechendem Einweisungsgrund wurde für die vorliegende Untersuchung die betroffene Patientin oder der betroffene Patient nach allfälliger Elternschaft befragt. Waren Kinder vorhanden, wurde eine Gefährdungsmeldung zuhanden der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) ausgelöst. Die KESB klärte zunächst ab, ob – und wenn ja, inwiefern – die Familie bereits bekannt war. Weiter wurde eine erste Einschätzung zur Situation der Kinder gemacht, um gegebenenfalls eine Kindeswohlklärung in die Wege zu leiten oder – je nach Fall – subsidiäre, freiwillige Unterstützungsangebote anzuregen. Das Screening wurde während dreier Monate in drei Notfallstationen im Kanton Zürich durchgeführt. Insgesamt wurden zwölf Fälle identifiziert, wovon neun der KESB bereits bekannt waren und drei neu entdeckt wurden. Aufgrund des kleinen Samples wurden zur Auswertung ausschliesslich Verfahren der deskriptiven Statistik verwendet. Es konnten somit keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit erfolgen. Dennoch konnten einige übergeordnete Erkenntnisse abgeleitet werden; darunter die Relevanz einer Sensibilisierung in Bezug auf Kinderschutzfragen in unterschiedlichen Berufsfeldern, die Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit im Kinderschutz und die Bedeutung von Bekanntmachung der unterschiedlichen, niederschweligen Hilfsangeboten im weitesten Sinn – sowohl für die belasteten Eltern als auch für die betroffenen Kinder.

Dank

Ich möchte mich bei folgenden Menschen bedanken, die mich alle auf die eine oder andere Art bei meiner Masterarbeit unterstützt haben:

Patricia Bamert und Georg Staubli, die die Arbeit in die Wege leiteten und koordinierten.

Rita Sager, Doris Eis, Andrea Goebel, Christoph Schreen und das gesamte medizinische Personal der mitwirkenden Notfallstationen.

Claudia Hafner, Danielle Spiegelberg, Lucie Rehsche, Käthi Dellenbach, Marianne Härri, Arnold Wittwer, Ursula Franz, Martina Nüssli und Linus Cantieni von den fünf involvierten Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden.

Andreas Jud, der mich wissenschaftlich und fachlich begleitete.

Fiora Pedrina und Tobias Bockstaller, die mir kritische und wertvolle Rückmeldungen zu meiner Arbeit gaben.

Brigitte und Adrian Schmid-Studer, die mich jederzeit bedingungslos unterstützten.

Und Runa, der ich diese Arbeit widme.

Vorwort

Die vorliegende Masterthesis *Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Vorbeugung und (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdung* bezieht sich auf eine Ausschreibung von Herrn Dr. Andreas Jud (Hochschule Luzern Soziale Arbeit) auf der internen E-Learning-Plattform Moodle des Masters in Sozialer Arbeit. Die Arbeit ist als Pilotstudie für die Schweiz angedacht. Gleichzeitig ist sie eine Replikationsstudie einer gross angelegten Untersuchung in den Niederlanden. 2013 publizierten Diderich et al. das sogenannte *Hague Protocol* (Diderich et al., 2013). Dabei wurde in den Niederlanden erstmalig ein Screening in Erwachsenennotfallstationen zur Identifikation von Eltern mit den in Kapitel 2.6 beschriebenen Risikofaktoren eingeführt. Hatte die betroffene Patientin oder der betroffene Patient eine Obhutspflicht für minderjährige Kinder, wurde auf Basis des Protokolls eine Meldung an die zuständige Kinderschutzbehörde ausgelöst, damit abgeklärt werden konnte, wie die familiäre Situation aussieht und ob das Kindeswohl gewährleistet ist. Im Falle einer Gefährdung wurden Massnahmen zur Unterstützung der Familie eingeleitet. Die Meldungen der Erwachsenennotfallstationen stiegen von eins bis drei Fällen pro Jahr vor der Implementierung des Protokolls auf bis zu 178 Gefährdungsmeldungen im Jahr 2011 nach der Implementierung an. In 91% der gemeldeten Fälle wurde eine Kindeswohlgefährdung festgestellt. Die zuständige Behörde hatte in über 90% der Fälle unterstützende Massnahmen und Hilfeleistungen für die Familien angeordnet oder empfohlen; in weniger als 1% der gemeldeten Fälle wurde eine Strafverfolgung eingeleitet. Es konnte durch das Screening eine hohe Zahl (73%) gefährdeter Kinder und dessen Familien identifiziert werden, die zuvor noch keinerlei Hilfe durch den Kinderschutz erfahren hatten und der Behörde noch nicht bekannt waren. Mit 48% häufigster und für festgestellte Kindeswohlgefährdungen relevantester Einweisungsgrund in den Notfallstationen war häusliche Gewalt. An zweiter Stelle stand Suizidversuch mit 28%. 14% der gemeldeten Fälle wurden wegen Substanzmissbrauch eingewiesen, in 7% der Fälle war eine schwere, psychische Erkrankung der Grund für eine Meldung. In 3% wurde eine Kombination der relevanten Einweisungsgründe festgestellt. Aufgrund dieser Resultate wurde das Protokoll anschliessend in sämtlichen Erwachsenennotfallstationen des Landes eingeführt. Die Studie erlangte internationale Aufmerksamkeit. In verschiedenen Ländern innerhalb und ausserhalb Europas wurden ähnliche Ansätze zur Identifizierung von Kindeswohlgefährdungen diskutiert und teils als Pilotstudien geplant (Diderich et al., 2013).

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Dank.....	3
Vorwort	5
1 Einleitung	8
1.1 Prävalenz von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	9
1.2 Ansätze zur Identifikation gefährdeter Kinder	11
1.2.1 Notfallstation.....	12
1.2.2 Melderecht und Meldepflicht	12
2 Grundlagen, Begrifflichkeiten und Fachdiskurse.....	15
2.1 Screening allgemein und im Kinderschutz	15
2.2 Prävention und Früherkennung im Kinderschutz.....	16
2.2.1 Kritik.....	18
2.3 Kinderschutz in der Schweiz.....	20
2.3.1 Rechtlicher Kontext	20
2.3.2 Formen des Kinderschutzes in der Schweiz	21
2.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz.....	23
2.4 Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung.....	25
2.5 Risiko- und Schutzfaktoren.....	28
2.6 Elterliche Risikofaktoren.....	31
2.6.1 Häusliche Gewalt	32
2.6.2 Suchterkrankung der Eltern.....	34
2.6.3 Psychische Erkrankung und Suizidalität	36
3 Fragestellungen	38
4 Methode.....	40
4.1 Stichprobe	40
4.2 Instrumente.....	43
4.3 Variablen	44
4.3.1 Variablen: Notfallstation	44
4.3.2 Variablen: KESB.....	46
4.4 Gütekriterien	48
4.4.1 Objektivität	48
4.4.2 Reliabilität.....	49
4.4.3 Validität	50
4.5 Vorgehen	50
4.6 Auswertung	52
5 Ergebnisse	55
5.1 Einweisungsgründe und Notfallstationen	55
5.2 Entscheide der KESB.....	58
6 Diskussion	63
6.1 Methoden- und weitere Kritik.....	63
6.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	65
6.2.1 Einweisungsgründe und Notfallstationen	65
6.2.2 Berufsgeheimnis und Einwilligung Gefährdungsmeldung	69
6.2.3 Entscheide der KESB	72

6.2.4	Screening und Früherkennung	74
6.2.5	Gendersensibler Blick auf die Ergebnisse: Wo bleiben die Väter?.....	77
6.3	Fazit	79
6.4	Zusammenfassung und Ausblick	82
	Literaturverzeichnis.....	85
	Tabellenverzeichnis	91
	Anhangsverzeichnis.....	92

1 Einleitung

In regelmässigen Abständen erscheinen Erfahrungsberichte ehemals misshandelter oder schwer vernachlässigter Kinder, heute erwachsener Menschen in den Medien. Die Tochter einer an Borderline erkrankten Mutter bricht ihr Schweigen und erzählt von den düsteren Kindheitserinnerungen: Wie sie jahrelang dem unberechenbaren Handeln, den unzähligen Misshandlungen durch ihre psychisch schwer kranke Mutter ausgesetzt war, ohne dass Aussenstehende darauf aufmerksam geworden wären, geschweige denn eingegriffen hätten. Weitere Berichte stammen von Kindern drogenabhängiger Eltern, die immer wieder über Tage hinweg sich selbst überlassen, physisch und psychisch vernachlässigt blieben. Es drängt sich die Frage auf, wie über so viele Jahre schwere Misshandlungen und Vernachlässigungen an Kindern unentdeckt stattfinden können. Und wie in Zukunft betroffene Kinder besser erreicht werden können. Welche Möglichkeiten gibt es, gefährdete Kinder möglichst früh zu erkennen, noch bevor solch schwere Misshandlungen und Vernachlässigungen eingetreten sind?

Die vorliegende Arbeit versucht einen bescheidenen Beitrag zu leisten, um Kinder zu identifizieren, deren Eltern von einer Suchterkrankung, von schwerer, psychischer Erkrankung, von Suizidalität oder von häuslicher Gewalt betroffen sind. Es ist bekannt, dass regelmässig Patientinnen und Patienten in Notfallstationen genau mit diesen Einweisungsgründen behandelt werden. In der Schweiz ist es allerdings nicht Usus, bei einer entsprechenden Einweisung im Spital nach vorhandenen Kindern und deren Verbleib und Wohlbefinden zu fragen. Dieser Lücke will die vorliegende Untersuchung nachgehen und dabei die Frage zu beantworten versuchen, ob durch ein solches Screening – ein Screening nach Elternschaft bei oben genannten Einweisungsgründen auf der Notfallstation – dazu führen kann, Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen und je nach Bedarf Hilfeleistungen für die betroffenen Kinder und Familien einzuleiten.

Dazu wird in den folgenden Kapiteln einen Überblick zur Prävalenz von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung geliefert und in die Thematik Notfallstation - und damit verbunden das Dilemma zwischen Berufsgeheimnis und Melderecht – eingeführt. Anschliessend werden Grundlagen, Begrifflichkeiten und Fachdiskurse vorgestellt (Kap. 2), die für die Untersuchung von Relevanz sind: Screening, Prävention und Früherkennung im Kinderschutz¹, Formen und rechtlicher Kontext des Kinderschutzes in der Schweiz, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kindeswohl und

¹ In der Schweiz bestehen zweierlei Terminologien: Kinderschutz und Kinderschutz. Ersteres wird insbesondere im juristischen Kontext verwendet, während in medizinischen, sozialarbeiterischen oder entwicklungspsychologischen Zusammenhängen eher von Kinderschutz gesprochen wird. In der vorliegenden Arbeit wird mehrheitlich von Kinderschutz die Rede sein, ausser es handelt sich ausdrücklich um Terminologien, die in der Schweiz als fixe Bezeichnungen so bestehen (wie beispielsweise Kinderschutzbehörde oder Kinderschutzmassnahmen).

Kindeswohlgefährdung und schliesslich elterliche Risikofaktoren. In Kapitel 3 werden die Fragestellungen formuliert. Es folgt die Beschreibung der Methode, der Instrumente, der Variablen, der Gütekriterien, der Vorgehensweise und der Auswertungsverfahren in Kapitel 4. Die Ergebnisse der Erhebung werden in Kapitel 4.6 vorgestellt. Darauf aufbauend folgen die Methodenkritik, die Diskussion der Ergebnisse und das Fazit (Kap. 6). Abgerundet wird die Arbeit mit dem Ausblick.

1.1 Prävalenz von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Es ist unbestritten, dass Kindesmisshandlung und Vernachlässigung mehrheitlich im Verborgenen stattfinden und daher die Identifikation von gefährdeten Kindern eine grosse, gesellschaftliche Herausforderung darstellt (Sethi, 2013, S. 1). Dies zeigt sich klar im Vergleich der Kindesmisshandlungszahlen: Einerseits bestehen Hellfeldstudien, die durch Befragungen von Fachkräften im Kinderschutz oder durch Datensätze von Organisationen im Bereich Kinderschutz wie Kinderspitäler, Kinderschutzbehörden oder Kriminalstatistiken zustande kamen. Andererseits liegen Dunkelfeldzahlen vor, die auf Bevölkerungsstudien zur Prävalenz von Kindesmisshandlungen basieren. Die Diskrepanz zwischen den Zahlen dieser beiden Typen von Studien machen deutlich, dass von einer grossen Anzahl Kindesmisshandlungsfälle ausgegangen werden muss, die nicht aufgedeckt werden. So wurden im Jahr 2015 in den Kinderkliniken der Schweiz 1388 Kinder mit Misshandlungen oder Vernachlässigung gemeldet (Wopmann, 2016, S. 967). Dies sind die Zahlen von knapp 80% der Schweizer Kinderkliniken, wobei die Daten aller grossen und mittelgrossen Kinderspitäler miteinbezogen wurden. Anders gelesen wird bei rund einem von 1000 Kindern (0-18 Jahre) eine Misshandlung in einer Kinderklinik aufgedeckt. Die Fälle, die sich über die Meldungen in den Kinderspitälern identifizieren lassen, machen nur einen kleinen Teil der Kindeswohlgefährdungen aus (Wopmann, 2014, S. 6). Sie bilden lediglich die Spitze des Eisbergs. Weitere Zahlen zu Kindeswohlgefährdungen werden von den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) in Bezug auf angeordnete Schutzmassnahmen erhoben. Die Anzahl der Kinder mit laufenden Kinderschutzmassnahmen in der Schweiz belief sich per Ende 2015 auf 40'629 Schutzmassnahmen, was gut 27 auf 1000 Kinder entspricht (Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES, 2016).

Die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen ist schwer zu identifizieren. In der Schweiz sind bisher nur sehr unzureichend Fallzahlen untersucht worden respektive fehlen gänzlich (z.B. Jud, 2014; Wopmann, 2016). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) publizierte 2013 Zahlen zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung (Sethi, 2013). In der Europäischen Region der WHO sterben jährlich 850 Kinder unter 15 Jahren an den Folgen einer Misshandlung. Von sexuellem Missbrauch sind 18 Millionen Kinder unter 18 Jahren betroffen. Dies entspricht einer Prävalenz von knapp 10%. 44 Millionen Kinder oder 23% der unter 18-Jährigen werden physisch misshandelt. Bei psychischer Misshandlung sind es 55 Millionen Kinder unter 18 Jahre respektive 29% der Kinder (Sethi, 2013, S. 2f). Zur Vernachlässigung

von Kindern wurden bisher nur wenige Untersuchungen durchgeführt. Weltweite Forschungsarbeiten zeigen jedoch, dass die Prävalenz bei Vernachlässigung ebenfalls hoch ist: 16% für physische Vernachlässigung und 18% für emotionale Vernachlässigung (Sethi, 2013). Im Europäischen Bericht der WHO über die Prävention von Kindesmisshandlungen werden zusammenfassend die weitreichenden Folgen von Misshandlungen an Kindern und Jugendlichen beschrieben. Meist gehen Kindesmisshandlungen mit weiteren negativen Erfahrungen in der Kindheit einher. Sie beeinträchtigen nicht nur die psychische und physische Gesundheit, sondern können auch negative Konsequenzen auf die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes haben. Oft wirkt es sich negativ auf die Bildungschancen der betroffenen Kinder aus. Die finanziellen Kosten von misshandelten und vernachlässigten Kindern und den daraus entstehenden Folgen belaufen sich in der Europäischen Region der WHO auf mehrere Milliarden Euro (Sethi, 2013).

Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer (2011) untersuchten eine repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung in Deutschland (S. 233). 15% der Personen berichteten über emotionale, 12% über körperliche Misshandlungen, 13% über sexuellen Missbrauch, 50% über emotionale und 48% über körperliche Vernachlässigung in ihrer Kindheit und Jugend. 1,6% der Personen der Gesamtstichprobe gab an, schwer emotional, 2,8% schwer körperlich und 1,9 % schwer sexuell misshandelt worden zu sein in Kindheit oder Jugend. 6,6% der Befragten gaben Auskunft über schwere emotionale und 10,8% über schwere körperliche Vernachlässigung in Kindheit und Jugend (Häuser et al., 2011). Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert und Goldbeck (2011) berichten in ihrer Metastudie zu Prävalenz von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in Deutschland, dass der Anteil von körperlich misshandelten Kindern und Jugendlichen bei rund 10% über die Jahre konstant geblieben sei (S. 69). Das bedeutet, dass jedes zehnte Kind in Deutschland mindestens einmal bis zum 18. Geburtstag von physischer Gewalt betroffen ist.

Die Häufigkeitsangaben von Misshandlungen und Vernachlässigung bei Kindern schwanken von Studie zu Studie teils stark. Jud, Rassendorfer, Witt, Münzer und Fegert (2016) nennen einige Gründe für diese Abweichungen. Etwa können die Enge respektive Weite der Definition von Misshandlungen eine Rolle spielen. Die unterschiedlichen Studiendesigns sowie der Fokus auf Jahres- oder Lebenszeitprävalenz sind ebenfalls Ursachen für die unterschiedlichen Zahlen. Weiter werden die Eingrenzung der Stichprobe in Bezug auf das Alter, erschwerter Zugang in gewissen Subpopulationen oder Verzerrungen durch geringe Teilnahmequoten oder durch die Befragten selbst als Gründe für die Abweichungen gesehen (S. 24f).

Grundsätzlich sind sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland grosse Forschungslücken zu Fallzahlen von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung auszumachen. Fegert und Kavemann (2016) fordern in diesem Zusammenhang, dass sich die „enorme gesellschaftliche Dimension“ (S. 4)

von Kindesmisshandlung in den Forschungsanstrengungen einer Gesellschaft widerspiegeln müssen. Sie postulieren eine verbesserte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis und bestehen auf eine verständliche Publikation der Ergebnisse (S. 4f).

1.2 Ansätze zur Identifikation gefährdeter Kinder

Tatsache bleibt die grosse Lücke zwischen identifizierten und in der Dunkelziffer repräsentierten Misshandlungen an Kindern. Um diese Lücke zu minimieren, werden im Bereich des Kinderschutzes mögliche, neue Ansätze zur Erkennung von Kindeswohlgefährdungen konzipiert und untersucht (vgl. u.a. Diderich et al., 2013; Kindler, 2013; Kindler & Lillig, 2005; Meysen, Schönecker, & Kindler, 2009; Sethi, 2013). Dabei können grundsätzlich zwei Ansätze unterschieden werden: Einerseits kann eine Identifikation von Kindeswohlgefährdungen über kindliche Risikofaktoren erfolgen, andererseits über Risikofaktoren, die die Eltern oder das familiäre Umfeld betreffen (siehe Kap. 2.5 und 2.6). Erst genannte Ansätze werden beispielsweise in Kindertagesstätten, bei Kinderärztinnen und Kinderärzten, in Hebammen-Praxen, in Schulen und Kindergärten verfolgt (u.v.a. Buschhorn, 2012; Leyendecker, 2010; Meysen & Schönecker, 2009; Suess & Hammer, 2010). Neben kindlichen Risikofaktoren sind zahlreiche Risikofaktoren, die auf elterlicher oder familiärer Ebene auszumachen sind, bekannt und wissenschaftlich breit erforscht (Übersicht bei Kindler, Lillig, Blüml, Meysen & Werner, 2006). Ansätze, die eine frühe Identifikation von gefährdeten Kindern und deren Familien ausschliesslich über elterliche Risikofaktoren untersuchen, gibt es vereinzelt in Frauenkliniken, wo Wöchnerinnen bezüglich erlebter, häuslicher Gewalt gescreent wurden (Gloor & Meier, 2004a). Im Falle von häuslicher Gewalt und involvierten Kindern wird die Polizei bei einem entsprechenden Einsatz aktiv und benachrichtigt den Kinderschutz (siehe Kap. 1.2.2). Weniger systematisch werden teilweise auch über die Mütter-/Väterberatung, die Schulsozialarbeit, Kinderarztpraxen, die Sozialen Dienste oder über Drogenanlaufstellen Kindeswohlgefährdungen über elterliche Risikofaktoren identifiziert (Eichler, 2011; Inauen, 2016; Jordan, Schneider & Wagenblass, 2005; Kinderschutz Schweiz, 2014; Meyer & Kieslinger, 2014; Sethi, 2013). Auf Erwachsenennotfallstationen in der Schweiz wurden aber bislang keine Untersuchungen zur Identifikation von Kindeswohlgefährdungen über elterliche Risikofaktoren durchgeführt.

Die vorliegende Masterthesis setzt hier an. Auf Erwachsenennotfallstationen wurden aufgrund vordefinierter, elterlicher Risikofaktoren Patientinnen und Patienten herausgefiltert und untersucht, ob diese Kinder haben. Das Ziel dabei war, Kindeswohlgefährdungen respektive unterstützungsbedürftige Kinder und deren Familien zu identifizieren. Durch das Screening wurde erhofft, dass risikobehaftete Familien möglichst früh – also bereits vor einer tatsächlich stattgefundenen Misshandlung oder Vernachlässigung – identifiziert werden können. So sollte gezielt Unterstützung und Hilfe angeboten werden können, um Kindeswohlgefährdungen vorzubeugen oder

zumindest zu mindern. Primär zielte dieser Ansatz auf die Erkennung unterstützungsbedürftiger Familien ab, die bisher noch nicht mit dem Kinderschutzsystem in der Schweiz in Berührung gekommen waren. Die Sensibilisierung des medizinischen Personals dürfte ein weiterer Vorteil dieses Zugangs sein. Damit ist gemeint, dass in Notfallstationen gewisse Krankheitsbilder oder Diagnosen als elterliche Risikofaktoren in Bezug auf Kindeswohlgefährdung wahrgenommen und als solche erkannt werden. Durch diese Sensibilisierung könnte eine engere Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen entstehen, die sich mit unterschiedlichen Ansätzen für einen breiten und umfassenden Kinderschutz engagieren (Sethi, 2013).

1.2.1 Notfallstation

Wie bereits im vorangehenden Kapitel erwähnt, geschieht die Datenerhebung der vorliegenden Arbeit in Erwachsenennotfallstationen. Dieses Umfeld wird hier kurz eingeführt. Notfallstationen in der Schweiz repräsentieren Tor und Anlaufstelle zum Gesundheitsversorgungssystem beziehungsweise zu den Spitälern. Zumeist sind sie in oder nahe urbaner Zentren situiert und an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr geöffnet. Ein niederschwelliger Zugang ist dabei von Bedeutung. Jede Patientin und jeder Patient, unabhängig von der Schwere der Krankheit oder Verletzung, wird in einer Notfallstation aufgenommen (Vilpert, 2013, S. 1). Die Notfallstationen in der Schweiz bewältigten im Jahr 2011 pro Tag durchschnittlich 4400 Konsultationen, dies entspricht auf das ganze Jahr ausgerechnet 204 Konsultationen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (ebd.). Die Einweisungsgründe sind vielfältig. Das Notfallpersonal hat täglich mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern, Verletzungen, Symptomen und Diagnosen zu tun. Dass gewisse Einweisungsgründe gleichzeitig Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen darstellen (vgl. Kapitel 2.6), stellt den Hintergrund der vorliegenden Pilotstudie dar. Bisher wurden jedoch Patientinnen und Patienten nicht danach gefragt, ob sie Kinder haben. Entsprechend wurden die Risikofaktoren weder als solche wahrgenommen noch erfasst. Für die Pilotstudie wurden nun die Patientinnen und Patienten nach Elternschaft gescreent. Um im konkreten Fall herauszufinden, ob eine Kindeswohlgefährdung vorlag, musste eine Meldung an die Kindes- und Erwachsenenbehörde (KESB) erfolgen, die die Situation und das Wohl des Kindes abklärte. Damit eine solche Meldung durch das Notfallpersonal ausgelöst werden konnte, mussten die Eltern einverstanden sein. War dies nicht der Fall, durfte eine Ärztin oder ein Arzt nur nach einer Entbindung vom Berufsgeheimnis die Patientin oder den Patienten bei der KESB melden. Das Verhältnis zwischen Berufsgeheimnis, dem das medizinische Personal verpflichtet ist, und Melderecht im Falle einer Kindeswohlgefährdung ist dabei von zentraler Bedeutung. Es wird im folgenden Kapitel erläutert.

1.2.2 Melderecht und Meldepflicht

2015 hat der Bundesrat entschieden, dass für Personen, die dem Berufsgeheimnis des Strafgesetzbuches unterstehen, ein Melderecht gelten soll (Art. 321 StGB). Meldeberechtigt sind

neben Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen unter anderen auch Anwältinnen und Anwälte (Bundesrat, 2015). Dieses Melderecht besteht allerdings ausschliesslich in Fällen, bei denen ein Kind von einer strafbaren Handlung betroffen ist *und* eine Meldung im Interesse des Kindes erscheint (Art. 364 StGB). In allen anderen Fällen muss sich die meldende Person von der betroffenen Person – oder deren gesetzlicher Vertretung – oder bei der vorgesetzten Behörde vom Berufsgeheimnis entbinden lassen. Da im Fall der vorliegenden Erhebung nicht vom beobachteten, elterlichen Risikofaktor direkt auf eine Gefährdung des Kindes geschlossen werden konnte, musste bei Nicht-Einverständnis der Eltern ein Gesuch um Berufsgeheimnisentbindung an die zuständige Gesundheitsdirektion gestellt werden, um eine Gefährdungsmeldung auslösen zu können (Kinderschutz Schweiz, 2014, S. 1). Dies dient der rechtlichen Absicherung des medizinischen Personals, nicht aufgrund einer Verletzung des Berufsgeheimnisses belangt zu werden. Auf eine *Meldepflicht* für Personen, die dem Berufsgeheimnis unterstehen, wird verzichtet. Begründet wird dies dadurch, dass eine Meldung die Vertrauensbeziehung zum betroffenen Kind oder zu Dritten – wie beispielsweise im vorliegenden Fall die Eltern – unnötig gefährden und somit kontraproduktiv wirken könnte (Bundesrat, 2015).

Anders verhält es sich in Bezug auf das Melderecht respektive die Meldepflicht im Falle einer vermuteten Kindeswohlgefährdung bei Personen, die „in amtlicher Tätigkeit“ (Zivilgesetzbuch ZGB Art. 443) von einer Gefährdung erfahren. Seit der Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes (KESR) 2013 ist die Meldepflicht für jene Personengruppe gesetzlich geregelt. So werden insbesondere Angestellte bei Polizei und in Schulen in die Pflicht genommen. Der Kreis von meldepflichtigen Personen wird jedoch je nach Kanton unterschiedlich definiert. In einzelnen Kantonen werden beispielsweise auch Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, bei Verdacht Meldung zu erstatten (Kinderschutz Schweiz, 2014, S. 1). Gemäss Kinderschutz Schweiz (2014) führen die uneinheitlichen und unübersichtlichen kantonalen Regelungen der Meldepflichten zu einer Rechtsunsicherheit bei den Akteurinnen und Akteuren (S. 3). Gleichzeitig entsteht dadurch eine Rechtsungleichheit für gefährdete Kinder. Der Kinderschutz Schweiz plädiert daher für eine schweizweit gültige Gesetzgebung. Ob jedoch eine allgemeine Meldepflicht für alle Personen, die von einer Kindeswohlgefährdung erfahren, tatsächlich einen besseren Kinderschutz verspricht, ist umstritten. Auf der einen Seite drückt zwar eine allgemeine Meldepflicht die Wichtigkeit von Kinderschutz in einer Gesellschaft aus. Sie kann zu einer erhöhten Sensibilisierung der Thematik führen, wenn gleichzeitig entsprechende Öffentlichkeitsarbeit geleistet wird. Dieses erhöhte Bewusstsein führt in der Regel zu mehr Meldungen von Verdachtsfällen bei den Kinderschutzbehörden (ebd.). Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass gleichzeitig zu den steigenden Meldezahlen keine Erhöhung der Ressourcen für die Abklärung erfolgt. Die Bewältigung der grösseren Anzahl von Fällen kann unter Umständen nicht garantiert werden. Weil dadurch die Wirkung ausbliebe, gingen

auch die Meldungen wieder zurück und die Qualität der Meldungen würde in Frage gestellt. Ein weiteres Problem dürfte die Aufteilung der knappen Ressourcen sein, die für die steigende Anzahl Abklärungen benötigt würden, gleichzeitig aber unter Umständen für Fälle fehlten, die es dringender benötigten (Kinderschutz Schweiz, 2014, S. 3). Insbesondere Tätige aus dem Gesundheitsbereich äusserten Befürchtungen, dass bei einer Einführung der allgemeinen Meldepflicht Eltern – aus Angst vor negativen Konsequenzen – ihre misshandelten Kinder nicht mehr behandeln liessen und sich dies für den Kinderschutz sogar kontraproduktiv auswirken könnte (ebd.).

2012 wurde in der Schweiz eine Studie veröffentlicht, die die Vorgehensweisen sowie die Haltung von Fachpersonen im Gesundheitssektor untersuchte, wenn sie mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert waren (Roulet Schwab et al., 2012). Die Befragten waren alle im Kanton Waadt angestellt. Dort besteht seit 2004 eine allgemeine Meldepflicht für Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Auffallend viele Befragte wussten wenig Bescheid über die geltende Meldepflicht (S. 3). Die Risikofaktoren und Gefährdungssituationen wurden von den meisten Fachpersonen über die Berufsgrenzen hinweg ähnlich eingeschätzt. Viele betonten zudem die Bedeutung des Austausches im Team oder mit einer externen Fachstelle im Falle eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung und die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Evaluationsphase einer mutmasslichen Gefährdung (S. 4). Es zeigte sich weiter, dass die Vorgehensweise keineswegs institutionell verankert war, sondern meist intuitiv geschah. Als weitere erschwerende Faktoren wurden mangelnde zeitliche Ressourcen, mangelnde Kenntnis des potenziellen Netzwerks, ungenügendes Wissen über Kompetenzen der anderen Berufe, unklare Verantwortlichkeiten oder Unsicherheit bezüglich Schweigepflicht genannt (S. 6). Viele Befragte sagten deshalb, sie fühlten sich mit ihrem Verdacht alleine gelassen. Entscheidungen zu treffen – auch bezüglich einer Meldung – falle ihnen unter diesen Umständen schwer. Die Autorinnen und der Autor stehen daher der allgemeinen Meldepflicht kritisch gegenüber. Sie empfehlen, für eine erhöhte Qualität der Meldungen eher Massnahmen zur Förderung der Früherkennung zu prüfen: in der Ausbildung, im institutionellen Bereich und in der interinstitutionellen Zusammenarbeit (Savioz, Brioschi, Roulet Schwab & Knüsel, 2013, S. 15).

2 Grundlagen, Begrifflichkeiten und Fachdiskurse

Nachdem eingehend auf die Prävalenz von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz, Deutschland und Europa eingegangen, die Notwendigkeit von neuen Ansätzen zur Identifizierung von gefährdeten Kindern erläutert und damit den Zugang, der in der vorliegenden Arbeit untersucht wurde – nämlich die Notfallstation – begründet wurde, werden im Folgenden die zentralen Begriffe und Fachdiskurse vorgestellt, die in engem Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung stehen. Zunächst werden die Begriffe Screening und Früherkennung geklärt. Danach werden neben dem Kinderschutz in der Schweiz die theoretischen Grundlagen zu Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung vorgestellt. Im Anschluss folgt ein Überblick zum Forschungsstand zu den elterlichen Risikofaktoren, auf die in der Untersuchung fokussiert wird.

2.1 Screening allgemein und im Kinderschutz

Für die vorliegende Arbeit wurde in Notfallstationen ein Screening durchgeführt. Damit ist ein Siebungsprozess zu verstehen: Es gilt, wenige unter vielen zu finden (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 54). Das Wort *Screening* wird abgeleitet aus dem englischen Verb ‚to screen‘, das so viel bedeutet wie ‚sieben‘, ‚überprüfen‘ respektive ‚Filter‘ oder ‚Sieb‘. Das systematisch eingesetzte Testverfahren dient dazu, innerhalb eines definierten Prüfbereichs bestimmte, gesuchte Merkmale - zumeist Risiken – herauszufiltern oder zu identifizieren. Dieser Prüfbereich kann wie im vorliegenden Fall eine Risikogruppe sein: Patientinnen und Patienten mit den Einweisungsgründen respektive Risikofaktoren häusliche Gewalt, Substanzabusus, psychische Erkrankung und Suizidversuch. In der Medizin werden Screenings häufig angewendet. Wichtig dabei ist, dass der Einsatz von Screening-Untersuchungen nicht diagnostisch erfolgt (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 57). Personen mit positiven oder verdächtigen Resultaten müssen weiterführenden Untersuchungen unterzogen werden. Dies gilt analog für die vorliegende Pilotstudie. Aufgrund von Einweisungsgrund und gescreenter Elternschaft darf nicht automatisch auf eine Kindeswohlgefährdung geschlossen werden. Dazu braucht es weitere Abklärungen, die durch die KESB vorgenommen werden. Um innerhalb grösserer Gruppen bestimmte Sachverhalte oder Risiken zu identifizieren, müssen Screening-Verfahren nicht nur aussagekräftig, sondern auch relativ einfach und kostengünstig sein. Aussagekraft und Aufwand stehen dabei in einem Spannungsverhältnis zueinander (Kindler, 2009, S. 193). Damit ist gemeint, dass stets abgewogen werden muss, inwiefern sich der Aufwand mit den erzielten Ergebnissen legitimieren lässt.

Risikoscreenings im Kinderschutz werden im Bereich der Prävention und Früherkennung angesiedelt (Kindler, 2010). Ziel ist das Erreichen von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, wobei das Unterbreiten von Hilfsangeboten im Rahmen eines freiwilligen Kinderschutzes geschieht (siehe Kap. 2.3.2). Kindler (2010) betont, dass es nicht darum gehe, Eltern zur Teilnahme an einem solchen Screening oder zur Inanspruchnahme der empfohlenen Hilfen zu zwingen. Durch frühes Erkennen von

Risikofamilien und entsprechend selektiver Prävention wird die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung verringert, förderliche Formen von Fürsorge und Erziehung werden begünstigt (S. 1074). Ein Screening im Kinderschutz meint also zu überprüfen, ob Risikoindikatoren für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und gegebenenfalls frühe und passgenaue Unterstützung anzubieten (ebd.).

2.2 Prävention und Früherkennung im Kinderschutz

Zahlreiche Autorinnen und Autoren plädieren für präventives Handeln als eine Hauptmaxime im Kinderschutz (u.v.a. Altgeld, 2010; Buschhorn, 2012; Kindler, 2010; Leyendecker, 2010; Sethi, 2013; Ziegenhain & Fegert, 2009). Wenn Kindeswohlgefährdungen in einem frühen Stadium identifiziert werden und Hilfe erfolgt, kann das Auftreten von Folgeschäden - wie beispielsweise kindliche Fehlentwicklungen – in vielen Fällen verhindert oder zumindest deren Ausmass reduziert werden (Hauri & Zingaro, 2013, S. 7).

Prävention kann dabei auf verschiedenen Ebenen stattfinden. So wird in der Literatur häufig von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gesprochen, die sich in Bezug auf Zeitpunkt und Interventionsmassnahmen unterscheiden. Primärprävention im Kinderschutz zielt einerseits auf die Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen. Andererseits bezweckt sie die Abwendung von potentiellen Risiken, die die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können (Böllert, 2011, S. 1227). Die Massnahmen solcher Primärprävention können sich sowohl an spezifische Personengruppen als auch an die Gesamtbevölkerung richten. Meist finden sie in Form von Aufklärung, Erziehung, Information oder politischen Aktionen statt. Sekundäre Präventionsmassnahmen richten sich spezifischer an gefährdete Personengruppen. Im Kinderschutz sind dies Familien mit erhöhtem Misshandlungs- beziehungsweise Vernachlässigungsrisiko. Diese Form hat den Vorteil, konzentriert die Ressourcen dort einzusetzen, wo sie am dringendsten erforderlich sind (Kindler & Lillig, 2005, S. 10). Auch hier ist das Ziel, durch frühzeitiges Entdecken eine positive Veränderung herbeizurufen. Kindler und Lillig (2005) führen einige Voraussetzungen aus, die für eine wirksame Sekundärprävention gegeben sein müssen: Erstens müssen wesentliche Risikofaktoren für Misshandlung beziehungsweise Vernachlässigung bekannt sein. Zweitens müssen bei einem beträchtlichen Anteil der Misshandlungs- respektive Vernachlässigungsfälle auch tatsächlich genannte Risikofaktoren sichtbar sein. Drittens müssen die relevanten Risikofaktoren in der Praxis beobachtbar sein. Und viertens müssen Handlungsstrategien vorhanden sein, die bei Entdecken eines risikobelasteten Falles auch nachweisbar die Situation positiv beeinflussen können (S. 10). Als Tertiärprävention werden jene Massnahmen verstanden, die zur Verringerung der Schwere oder des Ausmasses eines Problems – in diesem Fall einer Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung – beitragen und zukünftige Normverstösse vermeiden. Dass den Normen verallgemeinerbare, gesellschaftlich anerkannte Vorstellungen

zugrunde liegen, die im Kontext der Prävention weder problematisiert noch hinterfragt werden, wird von Böllert kritisiert (Böllert, 2011, S. 1227). Weiter diskutiert sie die Unterscheidung zwischen Prävention und Intervention und stellt dabei fest, dass Prävention und Intervention sich letztlich nur noch darin unterscheiden, dass sie zu einem anderen Zeitpunkt stattfinden: Prävention als rechtzeitige Intervention (ebd.). Die vorliegende Untersuchung lässt sich im Bereich der Sekundärprävention verorten. Gemäss den Voraussetzung, die Kindler und Lillig für eine wirksame Prävention als notwendig erachten, wurden erstens die für die Studie vordefinierten Risikofaktoren in zahlreichen Forschungen als Indikatoren für Kindeswohlgefährdungen bestätigt (vgl. Kap. 2.6). Zweitens wurden in vielen Fällen von Kindeswohlgefährdungen ebendiese Risikofaktoren beobachtet. Drittens sind die vordefinierten Risikofaktoren auf den Notfallstationen erkennbar. Und schliesslich viertens bestehen unterschiedliche Formen von Kinderschutz in der Schweiz (vgl. Kap. 2.3.2), die zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfe für belastete Familien im Sinne von Handlungsstrategien bieten.

Im Zusammenhang mit Früherkennung von gefährdeten Familien, hat sich Altgeld (2010) mit sozialen Frühwarnsystemen auseinandergesetzt (S. 93). Wie der Begriff bereits sagt, handelt es sich um ein System, das früh vor etwas warnen soll. In naturwissenschaftlichem oder technischem Kontext sind solche Frühwarnsysteme eher bekannt, beispielsweise um vor einer Lawine, einem Tsunami, einem Erdbeben oder einem Brand zu warnen. Damit sollen schlimmere Folgen durch frühes Eingreifen verhindert werden (Buschhorn, 2012, S. 23). Dabei bleibt zu bedenken, dass das System nur bei ernsthafter Gefahr reagiert, da sonst nach mehrmaligen Fehlalarmierungen das ganze System in Frage gestellt würde (Jordan et al., 2005, S. 6). Altgeld nennt die drei Basis-Elemente eines sozialen Frühwarnsystems: Wahrnehmen, Warnen, Handeln (S. 93). Bei der vorliegenden Arbeit wurden die ersten beiden Aspekte eines Frühwarnsystems – Wahrnehmen und Warnen – untersucht. Der dritte Schritt – Handeln – erfolgt anschliessend durch die KESB.

Um dem ersten Schritt – Wahrnehmen – gerecht zu werden, muss vorerst geklärt werden, was es genau wahrzunehmen gilt. Altgeld (2010) betont, dass im Kinderschutz dabei ein präventiver Ansatz zentral ist, wie eingangs des Kapitels ausgeführt wurde. Das Ziel eines Frühwarnsystems im Kinderschutz liegt nicht primär darin, akute Kindeswohlgefährdungen aufzudecken, wo Kinder bereits Gefahren ausgesetzt sind oder waren. Vielmehr verfolgt dieser Ansatz eine frühe Erkennung von problematischen oder riskanten Entwicklungen in einer Familie, sodass entsprechend früh Hilfeleistungen angeboten werden können, die sich auf das weitere Aufwachsen des Kindes günstig auswirken (S. 94). Der zweite Schritt in einem Frühwarnsystem – Warnen – zielt darauf ab, Gefahrenpotentiale zu bewerten und zu filtern. Dabei geht es zunächst darum, gewisse Standards zu definieren, um sogenannte Schwellenwerte eines Gefahrenpotentials feststellen zu können, deren Überschreitung eine Gefährdungssituation erwarten und damit eine Warnung rechtfertigen liesse

(Buschhorn, 2012, S. 26). Solche Schwellenwerte in Bezug auf eine Kindeswohlgefährdung zu bestimmen, setzt eine hohe fachliche Kompetenz und eine Reflexivität der eigenen Wertehaltung voraus, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Falle einer Warnsituation zu gewährleisten. Insbesondere innerhalb einer Institution wird die Wichtigkeit einer gemeinsam entwickelten Haltung betont, damit auf eine Warnung mit einer Handlung reagiert werden kann (S. 27). Dass dabei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gewinnbringend, wenn nicht sogar unumgänglich ist, wird in Kapitel 2.3.3 genauer erläutert.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern die Disziplin Soziale Arbeit dahingehend eine gesellschaftliche Aufgabe zu erfüllen hat, sich für die Identifikation und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen einzusetzen. Da Kinder in unserer Gesellschaft zu den schwächsten Mitgliedern gehören, rücken sie in den Fokus der Sozialen Arbeit (Rosch, 2016, S. 67f). In erster Linie sind die Eltern dafür zuständig, ihren Kindern den nötigen Schutz zu gewährleisten. Sind aber strukturelle oder auch individuelle Gründe dafür verantwortlich, dass Kinder nicht ihren Entwicklungsbedürfnissen entsprechend aufwachsen können, und die Eltern können oder wollen dabei keine Abhilfe schaffen, so hat die Soziale Arbeit - neben anderen Disziplinen - im Bereich des Kinderschutzes einen gesellschaftlichen Auftrag. Abgeleitet davon ist es eine kontinuierliche Aufgabe der Sozialen Arbeit, Kindeswohlgefährdungen in unserer Gesellschaft zu reduzieren. Dass dabei auch die Identifikation von ebendiesen eine zentrale Rolle spielen muss, erklärt sich von selbst.

2.2.1 Kritik

Es wird auch Kritik am Einsatz von Diagnose- oder Screening-Verfahren im Bereich der Früherkennung von gefährdeten Kindern geäußert (Buschhorn, 2012, S. 46). Die Orientierung an Defiziten respektive an Risikofaktoren könne zu einem Generalverdacht und zu einer Stigmatisierung von betroffenen Familien oder sogenannten Risikogruppen führen. Marquard (2008) führt diese Kritik noch weiter aus, indem er die Rolle des Staates in Bezug auf Strategien zur Kindeswohlsicherung auf ihre Widersprüche hin konfrontiert (S. 55). Er beobachtet eine Tendenz weg von der früheren Priorisierung der Elternrechte hin zu Screening und Früherkennung, insbesondere im Hinblick auf „bestimmte Bevölkerungsgruppen in sogenannten benachteiligten sozialen Milieus“ (S. 55), die mit der Früherkennung in den verstärkten Fokus des Kinderschutzes geraten. Marquard führt nicht weiter aus, was er genau unter diesen Bevölkerungsgruppen versteht. Es ist davon auszugehen, dass er insbesondere auf von Armut betroffene Familien anspricht, die ohnehin gesellschaftlichen Stigmata und Benachteiligungen auf unterschiedlichen Ebenen ausgesetzt sind. Marquard kritisiert weiter das „Fördern, Fordern und Kontrollieren im frühestmöglichen Stadium“ (S. 55) und stellt ein ausuferndes Verständnis permanenter, genereller Prävention fest, das wiederum geprägt sei von stigmatisierender und problemverstärkender Defizitorientierung (S. 56). Dies habe zur Folge, dass eine

Vertrauensbildung zwischen Eltern und Hilfeleistenden fragwürdig erscheint. Durch die frühe Identifikation und damit einhergehenden Unterstützung von Risikofamilien stellt Marquard eine Kontrolle und Bevormundung ebendieser Zielgruppen fest, die er als "gesellschaftliche Allmachtsfantasie" (S. 56) interpretiert. Die Erwartungen, durch fortwährende Sicherung eines jeden Kindes die Gefahr einer Gefährdung zu eliminieren und umfassenden Kinderschutz sicherzustellen, proklamiert Marquard als nicht erfüllbar. Dem gegenüber stellt er die Forderung nach einer „Kultur des Vertrauens“ (S. 56) im Sinne einer „freiheitlich-demokratischen Gesellschaft“ (ebd.) und nach Förderung von verantwortlichem Handeln der Eltern statt absolute Kontrolle.

Dieser Kritik kann entgegen gehalten werden, dass zu wenig zwischen Screening und Abklärung unterschieden wird. Bei letzterem müssen nebst Risikofaktoren auch Schutzfaktoren und Ressourcen untersucht werden, um ein umfassendes und differenziertes Bild der Situation zu erhalten. Bei einem Screening jedoch sollen mit möglichst geringem Aufwand gefährdete Kinder identifiziert werden und dabei muss gezwungenermaßen auf eindeutige Risikofaktoren fokussiert werden, um zu erkennen, wo überhaupt ein Problem bestehen könnte. Das Risiko, dass dabei Fälle in den Fokus geraten, die keinerlei Gefährdung ausgesetzt sind und dabei unter Umständen unnötig stigmatisiert werden, muss vorsichtig abgewogen werden mit der Tatsache, dass ohne ein Screening oder eine Früherkennung gefährdeten Kindern den dringend benötigten Schutz versagt bleibt. Das Dilemma zwischen Stigmatisierung und fehlendem Schutz lässt sich nicht vollständig auflösen. So muss auch im Rahmen der vorliegenden Studie die Tatsache reflektiert werden, dass ein Screening stets die Gefahr einer Stigmatisierung der betroffenen Familien birgt. Marquards Argumentation, umfassender Kinderschutz sei unerfüllbar, soll nicht dazu verleiten, keine Verbesserungen im Kinderschutz voranzutreiben. Dass dies auch im Rahmen eines Screeningverfahrens effektiv geschehen kann, haben verschiedene Autorinnen und Autoren gezeigt (u.a. Diderich et al., 2013; Kindler, 2010; Meysen et al., 2009; Sierau & Glaesmer, 2009). Dabei gilt es immer die Balance zwischen Kinderschutz und Elternrechten zu wahren.

Weitere Kritik bezüglich der Orientierung an Risikofaktoren betrifft die Akzeptanz für Unterstützung und Hilfsangebote bei Familien. Diese Akzeptanz drohe abzunehmen, wenn Familien nur reduziert auf ihre Defizite identifiziert würden (Jordan et al., 2005, S. 23). Jordan et al. (2005) plädieren in diesem Sinne dafür, von der Defizitorientierung weg zu kommen und vielmehr eine „Spurensuche nach Stärken“ (S. 23) zu betreiben. Ein soziales Frühwarnsystem solle sich explizit als Hilfe und nicht als „neue Form der sozialen Kontrolle“ (S. 23) verstehen. Kindler (2010) betont in der Diskussion um Früherkennung, den Fokus auf die Unterstützung belasteter Familien zu setzen statt die Verhinderung von Gefährdung in den Vordergrund zu rücken (S. 1078). Er weist auf die hohen Quoten freiwilliger Teilnahme bei Angeboten von Frühen Hilfen hin, die positive Wirkung zeigte. Die Einbettung von Hilfsangeboten und die intensivierten Kooperationsbeziehungen sind notwendig, um den

Unterstützungsbedarf zu decken. Auch hier kann ergänzt werden, dass es von zentraler Bedeutung ist, Früherkennung, Abklärung und anschliessende Hilfe zu differenzieren. Grenzen der Prävention im Kinderschutz sieht Böllert (2011) in der Abarbeitung von Präventionsmassnahmen, die sich auf individuelle Problemlagen von Zielgruppen beziehen, ohne dabei die zugrunde liegenden Ursachen – wie strukturelle oder gesellschaftliche Problematiken – miteinzubeziehen (S. 1230f). Dass ein Screening solchen Anforderungen nicht gerecht werden kann, liegt auf der Hand. Dazu braucht es Anstrengungen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene. Dabei darf die Grundvoraussetzung für eine gelingende Prävention nicht aus den Augen verloren werden; dass ein reflektierter Umgang mit dem gesellschaftlichen Verständnis von Normabweichungen respektive von Normalität unumgänglich ist (Böllert, 2011, S. 1227).

2.3 Kinderschutz in der Schweiz

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Aspekte des Kinderschutzes in der Schweiz vorgestellt. Dabei wird Bezug genommen auf den rechtlichen Kontext, die unterschiedlichen Formen und Zuständigkeiten im Kinderschutz und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die für einen umfassenden Kinderschutz von zentraler Bedeutung ist.

2.3.1 Rechtlicher Kontext

In der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) wird auf den Schutz respektive die Förderung von Kindern² und Jugendlichen eingegangen. Art. 11 BV beschreibt den Anspruch von Kindern „auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung“. Die Kantone haben gemäss Art. 67 BV bei der Erfüllung ihrer Aufgaben den besonderen Förderungs- und Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen. Im Zivilgesetzbuch (ZGB) wird die elterliche Zuständigkeit und Verantwortung gegenüber den Kindern in Art. 301 und 302 ZGB geregelt, wo es heisst: „Die Eltern leiten im Blick auf das Wohl des Kindes seine Pflege und Erziehung und treffen unter Vorbehalt seiner eigenen Handlungsfähigkeit die nötigen Entscheidungen“ (Art.301 ZGB). Diese haben „das Kind ihren Verhältnissen entsprechend zu erziehen und seine körperliche, geistige und sittliche Entfaltung zu fördern und zu schützen“ (Art.302 ZGB). Das heisst, in erster Linie sind die Eltern respektive die Sorgeberechtigten für die Erziehung, eine gesunde Entwicklung und das Wohl ihrer Kinder zuständig. Können Eltern ihre Verantwortung nicht oder nur in unzureichendem

² Als Kind wird sowohl gemäss UN-Kinderrechtskonvention (KRK) als auch gemäss schweizerischer Gesetzgebung jeder Mensch vor der Beendigung seines 18. Lebensjahres definiert. Damit betrifft das Kindeswohl Kinder und Jugendliche vor dem Erreichen der Volljährigkeit mit 18 Jahren. Im Folgenden wird die Terminologie Kind beziehungsweise Kinder in diesem Sinne verwendet.

Ausmass wahrnehmen, besteht eine Schutzpflicht des Staates gegenüber den Kindern, die sich aus oben erläuterten Art. 11 BV ableiten lässt.

Die Verpflichtung, Kinder vor Gefährdungen zu schützen, wird in der Kinderrechtskonvention (KRK) in Art. 19 ausformuliert. Einerseits werden die Eltern als Obhutspflichtige und damit zuständig für den Schutz jeder Form von physischer, sexueller oder psychischer Gewalt, Vernachlässigung, schlechter Behandlung oder Ausbeutung der Kinder beschrieben. Andererseits werden die Vertragsstaaten verpflichtet, geeignete Massnahmen in Bezug auf Gesetz, Bildung und Soziales zu errichten, um Kinder vor jeglicher Art von Gewalt, Schadenszufügung, Vernachlässigung oder Ausbeutung zu schützen. In Art. 19 KRK Abs. 2 werden Schutzmassnahmen von Seiten der Staaten gefordert, die zur Aufdeckung, Meldung, Untersuchung und Behandlung von Kindeswohlgefährdungen beitragen sollen. Es kann also von einer Pflicht der Vertragsstaaten gesprochen werden, sich aktiv um die Identifizierung und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen zu bemühen respektive dafür zu sorgen, dass Strukturen bestehen, die dies ermöglichen. Um Kinder zu schützen, müssen nachfolgend auf die Identifikation und Erkennung von Gefährdungssituationen auf verschiedenen Ebenen etablierte und verlässliche Strukturen und Fachstellen vorhanden sein, um den ungünstigen Bedingungen, denen die betroffenen Kinder ausgesetzt sind, entgegen zu wirken (Kantonales Jugendamt des Kantons Bern, 2016, S. 5). Sind diese nicht vorhanden, läuft jede Anstrengung um Aufdeckung von gefährdeten Kindern ins Leere. Weiterführende Hilfen sind für einen funktionierenden Kinderschutz unerlässlich.

2.3.2 Formen des Kinderschutzes in der Schweiz

In der Schweiz sind die Umsetzungen im Bereich des Kinderschutzes an unterschiedlichen Stellen in der Gesetzgebung festgehalten. Es wird unterschieden zwischen freiwilligem, öffentlich-rechtlichem, strafrechtlichem und zivilrechtlichem Kinderschutz. Der Staat ist durch die Kinderschutzbehörden beauftragt, bei Nichterfüllung der elterlichen Pflichten das Kindeswohl zu gewährleisten.

Der freiwillige Kinderschutz beinhaltet sämtliche Interventionen oder Hilfeleistungen, die die Eltern oder Sorgeberechtigten von sich aus in Anspruch nehmen. Diese können das Aufsuchen einer Erziehungsberatungsstelle, kinderärztliche Untersuchungen, kinder- und jugendpsychologische Unterstützung, Frühe Hilfen und andere sein. Charakteristisch dabei ist, dass es sich um private oder öffentliche Einrichtungen handeln kann. Je nach Angebot kann dabei entweder die Förderung des Kindes oder die Unterstützung der Eltern bei der Erfüllung ihrer Erziehungs- und Betreuungsaufgabe im Fokus stehen.

Neben den Eltern hat auch der Staat eine Schutzpflicht gegenüber Kindern. Einen elementaren Beitrag leistet dabei der öffentlich-rechtliche Kinderschutz. Die Schule gilt in diesem Bereich als zentrale Akteurin. Dies beinhaltet neben dem Bildungs- und Erziehungsauftrag auch zahlreiche weitere Aspekte, die zur Verminderung oder zur Abhilfe einer Kindeswohlgefährdung beitragen, wie

Schulsozialarbeit, Elterngespräche, heil- und sonderpädagogische Unterstützung, schulärztliche und schulpsychologische Dienste (Rosch & Hauri, 2016a, S. 406).

Der strafrechtliche Kinderschutz zielt auf den Schutz von Kindern im Rahmen des Strafrechts ab. Von der Konzeption des Strafrechts her spielt die Täterorientierung eine wichtige Rolle. Ein Delikt muss bereits begangen sein. Der strafrechtliche Kinderschutz orientiert sich somit an einer repressiven Logik statt einer präventiven (Rosch & Hauri, 2016a, S. 407f) und unterscheidet sich dadurch elementar von den drei anderen Formen im Kinderschutz.

Der zivilrechtliche Kinderschutz bezieht sich auf den Kinderschutz, der im Zivilgesetzbuch ab Art. 307 ZGB festgeschrieben ist. Zunächst wird mit der elterlichen Sorge die Verantwortung und Pflicht der Eltern für das Wohl ihrer Kinder in Art. 1 ZGB definiert. Sind die Eltern nicht oder nur unzureichend in der Lage, das Kindeswohl zu gewährleisten, kommt der zivilrechtliche Kinderschutz zum Tragen. Wichtigstes Indiz ist dabei die Gefährdung des Kindeswohls, beschrieben in Art. 307 ZGB. Von einer Gefährdung wird nicht erst gesprochen, wenn sich diese in der Realität verwirklicht hat, sondern ebenso, „sobald nach den Umständen die ernstliche Möglichkeit einer Beeinträchtigung des körperlichen, sittlichen, geistigen oder psychischen Wohls des Kindes vorauszusehen ist“ (Hauri & Zingaro, 2013, S. 19). Die Ursache der Gefährdung ist dabei irrelevant. Im zivilrechtlichen respektive behördlichen Kinderschutz sind vier Grundsätze zu befolgen: die Subsidiarität, die Verschuldensunabhängigkeit, die Komplementarität und die Verhältnismässigkeit. Subsidiarität meint, dass zivilrechtliche Kinderschutzmassnahmen nur dann zum Tragen kommen, wenn die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe sorgen oder dazu nicht in der Lage sind und wenn vorgelagerte Hilfen, beispielsweise Angebote des freiwilligen Kinderschutzes nicht oder nur unzureichend greifen. Mit Verschuldensunabhängigkeit ist gemeint, dass Kinderschutzmassnahmen im Rahmen des Zivilrechts kein Verschulden der Eltern voraussetzt. Komplementarität heisst, dass es durch die angeordneten Kinderschutzmassnahmen nicht zu einer Verdrängung der vorhandenen Fähigkeiten und Verantwortung der Eltern gegenüber ihren Kindern kommt. Vielmehr sind die Massnahmen als Ergänzung dazu zu verstehen. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit bezieht sich auf die Notwendigkeit und Tauglichkeit einer Kinderschutzmassnahme in Bezug auf die Abwendung oder Milderung einer Kindeswohlgefährdung. Dabei spielt der Grad der Gefährdung eine wichtige Rolle. Eine Massnahme darf „weder stärker noch schwächer sein als nötig“ (Hauri & Zingaro, 2013, S. 20).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit spielen die Formen des Kinderschutzes in der Schweiz insofern eine Rolle, als dass je nach Entscheid der KESB respektive Einschätzung der Kindeswohlgefährdung - auf die in Kapitel 2.4 genauer eingegangen wird - eine andere Form des Kinderschutzes zum Zuge kommt. Die Möglichkeiten, die sich der KESB im Rahmen dieser Untersuchung bieten, werden in den Kapiteln 4.3.2, 5.2 und 6.2.3 behandelt.

2.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz

Mit der Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes (KESR) 2013 wurde der Kinderschutz in der Schweiz professionalisiert. Das neue Gesetz sieht eine interdisziplinäre Fachbehörde vor. Neben der Interdisziplinarität ist auch die Mindestanzahl Mitglieder eines Spruchkörpers gesetzlich definiert. So ist die KESB neu eine Fachbehörde, die grundsätzlich in einer Besetzung von mindestens drei Behördenmitgliedern ihre Entscheide fällt. Die Interdisziplinarität in Kombination mit der Mindestanzahl Mitglieder hat mit dem generellen Auftrag der KESB zu tun, unter Einbezug von unterschiedlichen Perspektiven die Situation einer schutzbedürftigen Person zu erfassen und zu verändern oder zu stabilisieren. Die Entwicklung von sach- und personengerechten Lösungen verlangt im Einzelfall neben juristischen Kompetenzen auch solche aus anderen Disziplinen wie der Psychologie, der Sozialen Arbeit oder der Pädagogik (Konferenz der kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK, 2008, S. 76ff). Damit kann sichergestellt werden, dass für die Entscheidungsfindung die relevanten Aspekte eines Falls berücksichtigt wurden. Neben den genannten Disziplinen ist je nach Fall noch weiteres Fachwissen – wie jenes der Medizin, Psychiatrie, Versicherungswesen oder Administration – erforderlich. Dieses kann durch interne oder externe Dienste abgedeckt werden (Konferenz der kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK, 2008, S. 79).

In Bezug auf Kindeswohlabklärungen und Mandate sind eine Vielfalt an Kompetenzen gefordert (Rosch, 2016, S. 67). So gehört beispielsweise die Einschätzung des Kindeswohls zu den komplexesten und herausforderndsten Aufgaben. Es gilt neben kindlichen Entwicklungsbedürfnissen auch elterliche Fähigkeiten, familiäre und Umgebungsfaktoren miteinzubeziehen (siehe Kap. 2.4). Daneben sind das Berücksichtigen von materiellen, physischen, psychischen, sozialen und emotionalen Gegebenheiten und ihren Wechselwirkungen zentral (Biesel & Schnurr, 2014). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, braucht es den Einbezug von Wissen aus den Disziplinen Medizin, Psychologie, Pädagogik, Recht und Soziale Arbeit. In vielen Ländern gilt die Soziale Arbeit als die *leading profession* im Kinderschutz, weil in der Sozialen Arbeit der Wissensseinbezug von anderen Disziplinen und die „reflektierte Berücksichtigung der Zuständigkeiten, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsstile anderer Professionen zur ‚Normalität‘“ gehören (Biesel & Schnurr, 2014, S. 5). Dabei spielen Kernkompetenzen wie das Gewinnen, Deuten und Beurteilen von Informationen zum Kindeswohl eine zentrale Rolle. Zudem wird in der Sozialen Arbeit mit besonderer Sensibilität auf Interaktion und kommunikative Kompetenzen geachtet. Dies erfordert ein hohes Mass an Selbstkompetenz und damit die Fähigkeit, die eigene Person als wichtiges Werkzeug in die berufliche Tätigkeit einzubringen. Diese Kompetenzen sind nötig, um Beratungs- und Gesprächsführungsmomente in Hilfeprozessen professionell zu gestalten. Die Wichtigkeit solcher Momente steht ausser Zweifel, insbesondere in sensiblen Settings wie es im Kinderschutz oft anzutreffen ist. Dies betrifft sowohl die

Kindeswohlklärung als auch die Mandatsführung im Rahmen einer angeordneten Kinderschutzmassnahme (Biesel & Schnurr, 2014, S. 5).

Inversini (2011) plädiert für einen intensiven interdisziplinären Austausch in der Fachbehörde (S. 56). Er beobachtet Unsicherheiten bei der Generierung von Daten im Fachgremium und empfiehlt für mehr Klarheit, dass die unterschiedlichen Disziplinen ihr Fachwissen im Diskurs einbringen und kritisch durchleuchten. Das erfordert eine Offenheit und „dass sich die Mitglieder auch wechselseitig über die Schultern schauen lassen“ (S. 56). Die Zuständigkeiten sollen der fachlichen Kompetenz unterliegen und immer wieder ausgehandelt werden. Inversini betont dabei das Erfordernis von hoher Sensibilität und Selbstkritik, die er als grundlegende Voraussetzungen für die Zusammenarbeit und die kritischen Auseinandersetzungen im interdisziplinären Fachgremium sieht.

Auch in Bezug auf die Verfahrensinstruktion beschreibt Fassbind (2016) die zentrale Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit (S. 126). So muss die Koordination der ins Verfahren involvierten Fachkräfte gewährleistet sein und immer wieder abgesprochen werden, wer jeweils zuständig ist. Fassbind betont dabei die Wichtigkeit von institutionalisierten Gefässen des Austausches und „interdisziplinaritätsförderliche Zusammenarbeitskulturen“ (S. 126f). Er geht sogar noch einen Schritt weiter und setzt sich ein für eine Aufhebung der Disziplinergrenzen zugunsten einer Zusammenarbeit, bei der alle Beteiligten gleichermassen Verantwortung tragen und bei Bedarf selbstständig spezialisiertes Fachwissen anderer Disziplinen von Kolleginnen und Kollegen einholen (S. 127).

Das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation legt einen starken Fokus auf die interdisziplinäre und organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Prävention von Kindesmisshandlungen (Sethi, 2013, S. 1). Im Bewusstsein darüber, dass Misshandlungen und Vernachlässigungen von Kindern in europäischen Gesellschaften mehrheitlich ein verstecktes Phänomen darstellt, wird die Wichtigkeit von unterschiedlichen Ansätzen für die Erkennung und Identifizierung von gefährdeten Familien betont. Es werden neben Gesundheitssystemen insbesondere die Bereiche „Bildung, Sozialfürsorge und Justiz“, sowie „Kommunalbehörden und nichtstaatliche Organisationen“ (S. 11) genannt, denen eine nähere Zusammenarbeit empfohlen wird (Sethi, 2013). Es braucht neben der Identifikation und Meldung - die beispielsweise über ein Screening geschehen können - abklärende Dienste, die sich den gemeldeten Fällen annehmen. Gesamtgesellschaftliche Aufgabe von Verhinderung und Verminderung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung bedeutet, dass auf unterschiedlichen Ebenen agiert wird (Sethi, 2013, S. 11).

Häfeli (2012) nennt neben weiteren Voraussetzungen für einen wirksamen Kinderschutz die interdisziplinäre Zusammenarbeit als einen zentralen Faktor (S. 11). Mögliche Wirkungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz – in der Schweiz namentlich in den KESB – sind eine höhere Qualität, ein vielschichtigeres Bild in Bezug auf den einzelnen Fall, höhere Effektivität und

Effizienz, breiter abgestützte, objektivere Entscheidung und die Stärkung der Kompetenz der Fachpersonen (Häfeli, 2012, S. 11).

Die vorliegende Arbeit stellt ein konkretes Beispiel für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich des Kinderschutzes dar. So beteiligte sich neben der Disziplin Medizin auch die Soziale Arbeit und das Recht an der Planung und Umsetzung. Erst in gemeinsamer Absprache und Koordination konnte diese Pilotstudie realisiert werden, wobei das Definieren der Schnittstellen eine wichtige Rolle spielte. So war die Medizin für die Identifikation der Fälle zuständig, während die Soziale Arbeit und das Recht ihre Kompetenzen in der Einschätzung und Abklärung der Situation einbrachten. Allgemein muss zwischen Screening respektive Identifikation von Kinderwohlgefährdungen und Abklärung vorsichtig unterschieden werden, weil die Disziplinen nicht in beiden Bereichen im selben Masse involviert sind. So sind für die Identifikation beispielsweise Fachpersonen aus der Pädagogik (Schule), der Medizin (Kinderarztpraxen), der Psychologie (Schulpsychologischer Dienst) oder der Sozialen Arbeit (Sozialdienst), aber auch die Polizei – wie im Falle von Häuslicher Gewalt – oder Betreuungspersonal (Kindertagesstätten) gefordert. Die in Kapitel 1.2.2 erwähnte Studie von Roulet Schwab et al. (2012), wo Vorgehensweisen und Haltungen von Fachpersonen im Gesundheitsbereich bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung untersucht wurden, weist ebenfalls auf die zentrale Bedeutung des interdisziplinären Austausches im Falle eines Gefährdungsverdachts hin. Die enge Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen erleichtere es, eine Entscheidung bezüglich einer Gefährdungsmeldung zu treffen und erhöhe die Qualität der Meldungen. Im Falle einer Abklärung sind - wie eingangs des Kapitels beschrieben - die in den Fachbehörden vertretenen Disziplinen von Bedeutung. Der Wissensaustausch untereinander kann aber während des gesamten Prozesses eine zentrale Rolle spielen, damit keine wichtigen Informationen verloren gehen und die Situation eines Kindes möglichst aus vielen unterschiedlichen Perspektiven durchleuchtet werden kann.

2.4 Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung

Jede Abklärung einer Kindeswohlgefährdung orientiert sich an der Frage nach dem Kindeswohl. Im ZGB wird der Begriff *Kindeswohl* in Art. 301 ZGB wie folgt eingeführt: „Die Eltern leiten im Blick auf das Wohl des Kindes seine Pflege und Erziehung und treffen unter Vorbehalt seiner eigenen Handlungsfähigkeit die nötigen Entscheidungen“. Der Begriff des Kindeswohls wird im Gesetz nicht definiert und ist somit rechtlich unbestimmt. Dies hat zur Folge, dass die Auslegung und Fixierung des Begriffs im Einzelfall zu erfolgen hat. Hinzu kommt, dass die Auslegung des Kindeswohls gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen ist und deshalb in der Praxis mit unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden kann. Dettenborn (2014) betont dabei den Vorteil, dass dadurch soziale Dynamiken und neue fachliche Erkenntnisse berücksichtigt werden können (S. 10). Gerade in wertpluralistischen, liberalen Rechtsstaaten, die Eltern einen grossen Ermessensspielraum

überlassen, nach welchen ethischen und religiösen Wertemasstäben sie ihre Kinder erziehen (Rosch & Hauri, 2016b, S. 414), muss die Frage nach dem Kindeswohl eine vielschichtige sein. In der Kinderrechtskonvention, die 1997 durch die Schweiz ratifiziert wurde, wird der Begriff des Kindeswohls ebenfalls nicht genauer ausgeführt. In Art. 18 KRK wird das Wohl des Kindes als Grundanliegen der Eltern in Bezug auf Erziehung und Entwicklung genannt (Unicef, 1994). Weiter wird nicht auf den Begriff eingegangen. Auch hier zeigt sich, dass das Kindeswohl keine feste Grösse und daher stets im Einzelfall zu beurteilen ist, gleichzeitig aber als Richtpunkt die einzige Legitimation zum Eingriff des Staates in die Familienautonomie darstellt (Dettenborn, 2014, S. 50).

In der Literatur wird eingehend auf das Kindeswohl eingegangen. Gemäss Rosch und Hauri (2016b) beinhaltet das Kindeswohl zweierlei Voraussetzungen. Einerseits müssen der nach „fachlicher Einschätzung wohlverstandenen Bedarf des Kindes, unter Berücksichtigung seiner subjektiven Bedürfnisse“ (S. 413) gewährleistet sein. Andererseits gilt es dies mit den tatsächlichen Lebensbedingungen eines Kindes abzugleichen (S. 412f). Lenz (2014) beschreibt das Kindeswohl als „Recht des Kindes auf eine Förderung seiner Entwicklung und einer Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (S. 44). Für Dettenborn (2014) bleibt der Begriff Kindeswohl einerseits „diffus und beliebig“ (S. 9) in Bezug auf die relevanten Kriterien, andererseits wissenschaftstheoretisch eine „definitorische Katastrophe“ (S. 48). Er nennt dabei Ursachen wie die zwangsläufige Überschreitung von Disziplinargrenzen, weil es in Bezug auf das Kindeswohl immer um interdisziplinäre Sachverhalte geht (siehe Kap. 2.3.3). Dabei sieht Dettenborn die Gefahr der Kompetenzüberschreitung, sobald der Begriff Kindeswohl zur Verwendung kommt. Als weitere Ursache beschreibt Dettenborn, dass der Begriff in verschiedensten Kontexten angewandt und unterschiedlichen Anforderungen und Zielen gerecht werden soll (S. 48). Zudem sei Kindeswohl kein empirischer Begriff, der beobachtbare Fakten beschreibt, sondern „ein hypothetisches Konstrukt, ein alltagstheoretischer Begriff“ und dadurch ideologiefähig (S. 49). Eine Definition zu suchen sei, „das Unmögliche zu wollen“ (S. 51). Er schlägt vor, „als Kindeswohl die für die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes oder Jugendlichen günstige Relation zwischen seiner Bedürfnislage und seinen Lebensbedingungen“ zu verstehen (S. 51). Bedürfnisse werden im Sinne von zugeschriebenen, ‚objektiven‘ Entwicklungserfordernissen – oder anders benannt als Bedarf – verstanden (S. 51). Weiter schreibt Dettenborn: „Als ‚günstig‘ wird verstanden, wenn die Lebensbedingungen die Befriedigung der Bedürfnisse insoweit ermöglichen, dass die sozialen und altersmässigen Durchschnittserwartungen an körperliche, seelische und geistige Entwicklung erfüllt werden“ (S. 51). Die Orientierung an den Grundbedürfnissen eines Kindes spielt dabei eine wichtige Rolle. Brazelton und Greenspan (2008) formulieren diese Grundbedürfnisse eines Kindes, die sich unabhängig vom Alter zeigen (S. 1f). So braucht jedes Kind eine stabile Bindung zu mindestens einer empathischen Bezugsperson. Es will vor Gefahren geschützt werden und physiologische Bedürfnisse wie Schlaf,

Hygiene und Nahrung stillen. Hinzu kommen Grundbedürfnisse wie Wertschätzung, körperliche Unversehrtheit, Sicherheit und Geborgenheit sowie Möglichkeiten der Regulation. Jedes Kind ist darauf angewiesen, gemäss seinem Entwicklungsstand und seiner Persönlichkeit unterschiedliche Erfahrung machen zu können – das heisst kognitive, emotionale, ethische und soziale Anregung zu erhalten, die sich beispielsweise in der Vermittlung und Förderung von Kulturtechniken äussern können. Weiter nennen die Autoren das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen und nach einer Einbettung in ein soziales Gefüge respektive die Gewährung von sozialen Kontakten auch ausserhalb der Kernfamilie (Brazelton & Greenspan, 2008).

Rosch und Hauri (2016b) betonen die Wichtigkeit, die subjektiven Bedürfnisse des Kindes – oder anders formuliert: der Kindeswille – für die Ermittlung des Kindeswohls miteinzubeziehen (S. 415f). Den Willen des Kindes zu erfragen geschieht dem Alter des Kindes entsprechend und trägt der Tatsache Rechnung, dass der Wille eines jeden Menschen, egal ob Kind oder erwachsene Person, immer durch die Umwelt und das soziale Umfeld geprägt ist. So kommt es vor, dass der Kindeswille dem Kindeswohl widerspricht. Eine Abwägung gestützt mit fachlichen Argumenten kann nicht umgangen werden. Die Verantwortung für Entscheidungen in Bezug auf die Lebenssituation darf keinesfalls dem Kind zugesprochen werden (Rosch & Hauri, 2016b, S. 416). Dies kann im Gegensatz stehen zur Entwicklung von Selbstwirksamkeits- und Selbstbestimmungserwartung des Kindes und ist daher in jedem Fall individuell zu beurteilen. Oberste Maxime bleibt die Gewährleistung und Erhaltung des Kindeswohls. Ein am Kindeswohl ausgerichtetes Handeln im Kinderschutz orientiert sich an oben genannten Aspekten und wählt „die am meisten dienliche und am wenigsten schädliche Handlungsalternative“ (Heck, 2016, S. 93). Auch hier zeigt sich wieder die Orientierung am Einzelfall für die Beurteilung des Kindeswohls. Entscheidend ist, was für ein Kind aufgrund seiner individuellen Fähigkeiten und Eigenschaften in der gegebenen Situation das Beste ist respektive welche Lebensbedingungen seiner guten und gesunden Entwicklung am besten dienen.

Analog dem Begriff des Kindeswohls ist auch die Kindeswohlgefährdung ein unbestimmter Rechtsbegriff, der sich rechtlich von Art. 302 ZGB – vergleiche Kapitel 2.3.1 zum rechtlichen Kontext des Kinderschutzes in der Schweiz – ableiten lässt (Rosch & Hauri, 2016b, S. 412). Kindeswohlgefährdung ist aber nicht nur ein rechtliches, sondern ebenfalls ein normatives Konstrukt, jedoch kein beobachtbarer Umstand. Der Begriff dient dabei als Legitimationsgrundlage für staatliche Eingriffe und als sachlicher Massstab, anhand dem sich zivilrechtliche Massnahmen erklären lassen. Wichtig dabei erscheint, dass der Kinderschutz sich in diesem Zusammenhang sowohl als Schützer des Kindes als auch als Unterstützer der Familie positioniert (Lenz, 2014, S. 45). Dabei steht die Sicherstellung des Kindeswohls und gleichzeitige Abwendung der Kindeswohlgefährdung im Vordergrund.

Sobald die Grundbedürfnisse eines Kindes oder die subjektiven Bedürfnisse von Kindern in ihrem Leben nicht mehr gewährleistet sind, ist das Wohl des Kindes gefährdet (Rosch & Hauri, 2016b, S. 414f). Dies kann sowohl die Beeinträchtigung von körperlichem, sittlichem oder geistigem Wohl als auch Belastungen für die soziale und emotionale Entwicklung von Kindern beinhalten. Die tatsächliche Verwirklichung ist dabei sekundär, bereits die ernsthafte Bedrohung des Kindeswohls gilt als Gefährdung (Rosch & Hauri, 2016b, S. 415). Unter Kindeswohlgefährdungen werden in der Literatur verschiedene Formen verstanden. Es wird zwischen Vernachlässigung, sexueller Gewalt, körperlicher oder psychischer Misshandlung unterschieden (z.B. Jud, 2013). Daneben gibt es weitere Gefährdungskategorien wie Mobbing unter Gleichaltrigen oder Cybermobbing. Grundsätzlich gilt, dass alle Formen von Kindeswohlgefährdung wie Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen - seien sie körperlich, sexuell oder psychisch - psychosoziale Probleme sind, die sich schwierig identifizieren lassen (Rosch & Hauri, 2016b, S. 418).

Um eine Kindeswohlgefährdung festzustellen, braucht es zumeist einen Blick in die Zukunft. Tatbestände sprechen in solchen Fällen selten für sich, sondern sind hinsichtlich der Auswirkungen auf das Kind zu bewerten. Es gilt dabei die Gefährdung zu durchleuchten und dabei Prognosen aufzustellen: Inwiefern, in welchem Ausmass und mit welcher Wahrscheinlichkeit erhebliche Beeinträchtigungen oder gar Schädigungen in der Entwicklung des Kindes zu erwarten sind. Um die Lebenssituation eines Kindes im Hinblick auf eine Kindeswohlgefährdung beurteilen zu können, bedarf es einer fachlichen und normativen Bewertungsgrundlage (Lenz, 2014, S. 45). Für eine solche Einschätzung helfen Risiko- und Schutzfaktoren (Kindler, 2010, S. 1074). Die für die vorliegende Arbeit relevanten Risikofaktoren werden in den folgenden Kapiteln diskutiert.

2.5 Risiko- und Schutzfaktoren

In der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen hat die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren einen hohen Stellenwert (Hauri & Zingaro, 2013, S. 35). Schutzfaktoren wurden insbesondere in der Resilienzforschung untersucht, wo die Frage im Vordergrund steht, wie sich Kinder auch in ungünstigen Lebensumständen vergleichsweise gesund entwickeln können. In der Literatur wird zwischen personalen, familiären und Umfeld bezogenen Schutzfaktoren unterschieden (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S. 48ff). Personale Schutzfaktoren können kognitive Fähigkeiten, das positive Wahrnehmen der eigenen Person, körperliche Gesundheit, kontaktfreudiges, fröhliches Temperament, soziale Kompetenz oder hohe Selbstwirksamkeitserwartung sein. Familiäre Schutzfaktoren betreffen Aspekte wie mindestens eine sichere Bindung und eine positive Beziehung zu den Eltern oder zu einer anderen nahen Bezugsperson, familiäre Stabilität oder eine vorhersehbare Alltagsstruktur. Mit sozialen oder Umfeld bezogenen Schutzfaktoren sind Kontakte zu Gleichaltrigen, eine hohe Qualität der Bildungsinstitutionen, Erwachsene als positive Rollenmodelle, die Zugehörigkeit

zu sozialen Gruppen oder ganz allgemein die Einbettung in soziale Unterstützungssysteme gemeint (Bengel et al., 2009, S. 102ff). Die Autorinnen und der Autor betonen, dass die Wirksamkeit von Schutzfaktoren kontextspezifisch ist und von weiteren Faktoren wie dem Alter des betroffenen Kindes oder dem Vorhandensein von Risikofaktoren beeinflusst wird. Schutzfaktoren stellen einerseits Ressourcen dar und andererseits liefern sie Anhaltspunkte für die Ausgestaltung von Unterstützung und Förderung von Kindern in unterschiedlichen Lebenslagen (Hauri & Zingaro, 2013, S. 35).

Unter Risikofaktoren versteht man im Kinderschutz Merkmale, die statistisch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden sind, dass es zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommen kann (Hauri & Zingaro, 2013, S. 15). In der Literatur lassen sich zahlreiche, untersuchte Risikofaktoren finden, die unter bestimmten Rahmenbedingungen einen Einfluss auf das Auftreten von Kindeswohlgefährdungen haben können. Es wird zwischen kindlichen, elterlichen, den familiären oder situationsbedingten Kontext betreffende Risikofaktoren unterschieden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde auf Risikofaktoren fokussiert, die die Eltern oder die familiäre Situation betreffen. Da das Screening in Erwachsenennotfallstationen stattfand, wurden Risikofaktoren definiert, die dort regelmässig beobachtbar sind. Gleichzeitig sollten die vordefinierten Risikofaktoren in verschiedenen Studien eine hohe Korrelation mit Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung aufgewiesen haben (siehe Hervorhebungen in Tabelle 1: Risikofaktoren). Es sind dies namentlich häusliche Gewalt, Substanzabusus und schwere, psychische Erkrankung inklusive Suizidalität seitens eines Elternteils oder beider Elternteile (Diderich et al., 2013). Im Wissen darum, dass es zahlreiche weitere, breit erforschte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung gibt, seien diese auf Ebene des Kindes, der Eltern, der familiären Umstände, des Situationskontextes, des Umfeldes oder der Gesellschaft, kann in den folgenden Kapiteln ausschliesslich auf die oben genannten Risikofaktoren eingegangen werden. Einen umfassenden Überblick zur Thematik bietet der von Kindler, Lillig, Blüml, Meysen und Werner herausgegebene Band *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (2006).

Nachstehend wird zusammenfassend nach Kindler et al. (2006) einen Überblick zu den Risikofaktoren aufgeführt.

Ebene/Kontext	Risikofaktoren
Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Entwicklungsstand • Gesundheit • Regulations- und Verhaltensstörungen
Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Erkrankungen • Suchterkrankungen • Lebensgeschichte • Persönlichkeit • Gedanken und Gefühle zu Fürsorge und Erziehung
Familiärer Kontext	<ul style="list-style-type: none"> • Familienstruktur • Sozioökonomische Situation • Stressbelastung • Fehlende soziale Unterstützung • Partnerschaftssituation/-gewalt • Arbeitssituation • Psychologische Merkmale des Familiensystems
Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbarer Situationskontext • Wahrnehmung im Situationserleben der Eltern • Vorübergehende Einflüsse auf Situation
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Armut • Soziale Benachteiligung • Geschlechterungleichheit
Weitere Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Religiös geprägte Erziehungs- und Sozialisationspraktiken • Zugehörigkeit der Eltern zu extremen Gruppierungen

Tabelle 1: Risikofaktoren, zusammengefasst nach Kindler et. al (2006). Eigene Darstellung und Hervorhebung.

Kindler et al. (2006) betonen, dass insbesondere jene Risikofaktoren aufgeführt werden, die sich in mehr als einer Studie finden liessen. Als Merkmale von aussagekräftigen und glaubwürdigen Untersuchungen nennen Kindler und Lillig (2005) die Stichprobe von Neugeborenen über möglichst lange Zeiträume, der Einbezug von unterschiedlichen Ländern beziehungsweise ethnisch-kulturellen Gruppen und die Verwendung verschiedener Methoden zur Feststellung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Kindler & Lillig, 2005, S. 10). Aus diesen Forschungen wurden drei Haupt-Risikofaktoren abgeleitet: Armut, Sucht und der Nachweis einer schweren, psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile. Weitere starke Risikofaktoren sind Partnerschaftsgewalt, ausgeprägte Ohnmachtsgefühle gegenüber dem Kind oder eine Geschichte eigener Misshandlung beziehungsweise Vernachlässigung als Kind bei einem Elternteil. Daneben wird eine Vielzahl von Risikofaktoren berichtet, die in kleineren Studien untersucht wurden, die aber je nach Kontext und Situation nicht

minder bedeutungsvoll sind. Insbesondere das Zusammenwirken von mehreren Risikofaktoren hat einen erheblichen Einfluss auf das Auftreten von Kindeswohlgefährdungen (Kindler & Lillig, 2005, S. 10f). Eine Risikoeinschätzung kann dazu dienen, den Grad einer Gefährdung erkennbar zu machen. Eine zukünftige Misshandlung kann damit aber nicht vorausgesagt werden. Hauri und Zingaro (2013) plädieren in diesem Sinne auf die Unerlässlichkeit eines sensiblen und vorsichtigen Umgangs mit Risikofaktoren, da stets die Gefahr einer Stigmatisierung der betroffenen Kinder und Eltern droht (S. 42f). Das Vorhandensein eines oder mehrerer Risikofaktoren bedeutet nicht zwingend, dass eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich vorliegt. Um dies in Erfahrung zu bringen, bedarf es einer vertieften, umfassenden Abklärung, die sowohl Ressourcen und Schutzfaktoren berücksichtigt, als auch Risikofaktoren fachlich professionell einschätzt. Es sind auch immer wieder Kinder zu beobachten, die in widrigsten Umständen aufwachsen und sich dennoch zu gesunden, starken Erwachsenen entwickeln. Hier spielen - wie bereits oben erwähnt - Schutzfaktoren eine zentrale Rolle. Dieser überaus wichtige Bereich des Kinderschutzes, der sich mit der Resilienz von Kindern beschäftigt, kann unter vielen anderen bei Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015) nachgelesen werden. Vorhandene Risikofaktoren in Familien bedeuten nicht zwingend eine aussichtslose Situation für die Kinder. Wichtig in solchen Fällen ist die professionelle und empathische Hilfestellung im Rahmen des Kinderschutzes, sei dies nun auf freiwilliger, öffentlich-rechtlicher oder zivilrechtlicher Ebene (siehe Kap. 2.3.2). Um Hilfe anbieten zu können, muss allerdings das gefährdete Kind zuerst identifiziert und dem Kinderschutz gemeldet werden. Dies kann – wie in der vorliegenden Untersuchung – durch die Erkennung von elterlichen Risikofaktoren geschehen.

2.6 Elterliche Risikofaktoren

Im Folgenden werden die für die Pilotstudie relevanten, elterlichen Risikofaktoren beschrieben. Es sind dies häusliche Gewalt, Substanzabusus, schwere, psychische Erkrankung und Suizidalität. Es kann von einer Gewichtung der Risikofaktoren ausgegangen werden, wenn es um die Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung eines Kindes geht. Reinhold und Kindler (2006) nennen dabei drei zentrale Risikofaktoren, die insbesondere in der frühen Kindheit mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Kindeswohlgefährdung führen können: Partnerschaftsgewalt, Missbrauch von Alkohol- respektive Drogenkonsum der Mutter, des im selben Haushalt lebenden Vaters oder Partners und eine diagnostizierte, psychische Störung der Eltern (Kindler & Lillig, 2005; Reinhold & Kindler, 2006). Einzelne Risikofaktoren sind nur sehr selten genügend aussagekräftig, verhalten sich aber in Kumulation mit anderen additiv verstärkend. So konnte gezeigt werden, dass es in mehrfach belasteten Familien im Vergleich zur Normalbevölkerung zu einem sprunghaften Anstieg von Misshandlungen und Vernachlässigungen kommt (Kindler & Lillig, 2005, S. 10). Ab einer Kombination von drei und mehr bedeutsamen Risikofaktoren besteht ein hohes Gefährdungsrisiko.

2.6.1 Häusliche Gewalt

Seit 2004 regelt in der Schweiz das Strafgesetzbuch (StGB), dass einfache Körperverletzung (Art. 123 Ziff. 2 Abs. 3–5 StGB), wiederholte Tötlichkeiten (Art. 126 Abs. 2 StGB), Drohung (Art. 180 Abs. 2 StGB) sowie sexuelle Nötigung (Art. 189 StGB) und Vergewaltigung (Art. 190 StGB) in Ehe und Partnerschaft Officialdelikte sind. Damit müssen diese Delikte von Amtes wegen verfolgt werden.

Gemäss Istanbul-Konvention werden unter dem Begriff *häusliche Gewalt* „alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte“ definiert (Bundesamt für Justiz, 2015, S. 10). Ferel und Reber (2016) betonen die Notwendigkeit dieser umfassenden Definition, um die Problematik und die Bandbreite von Gewalt im häuslichen Kontext sichtbar werden zu lassen. Zudem weisen die Autorinnen darauf hin, dass nur eine differenzierte Definition von häuslicher Gewalt allen Aspekten dieser Form von Gewalt gerecht werden kann und damit erst die Grundlage geschaffen wird, Handlungsstrategien für die Bekämpfung von häuslicher Gewalt zu entwickeln (S. 3). Der Begriff *häusliche Gewalt* wird insbesondere in feministischen Kreisen kritisiert, weil damit die Tatsache, dass zumeist Männer die Täter und Frauen die Opfer sind, verschleiert werde. Die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik in der Schweiz geben dieser Kritik recht. Demnach sind knapp 80% der Täter im häuslichen Bereich männlich, während es gegen 80% weibliche Opfer sind (Bundesamt für Statistik, 2017a). Hierbei handelt es sich um Zahlen von Helffeldstudien, das heisst, diese Fälle erlittener Gewalt wurden den Behörden gemeldet und registriert. Verschiedene Prävalenzstudien zeigen auf, dass zwischen 20 und 40% aller Frauen im Verlaufe ihres Lebens mindestens einmal Opfer von häuslicher Gewalt sind, sei dies in psychischer, physischer oder sexueller Form (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, 2014, S. 7f). Aufgrund dieser Sachlage plädieren gendersensible Forscherinnen und Forscher für einen Begriff, der dieser Tatsache Rechnung trägt. So wird in der Literatur häufig *Partnergewalt* oder *Partnerschaftsgewalt* statt *häusliche Gewalt* verwendet. Weil in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf die Gefährdung des Kindeswohls gelegt wird, werden die Begriffe synonym verwendet.

In der Schweiz ist häusliche Gewalt ein soziales Problem erheblichen Ausmasses. 2016 wurden durch die Polizei über 17'600 Straftaten im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt registriert (Bundesamt für Statistik, 2017b). Die Polizei ist bei jedem Fall von häuslicher Gewalt – sofern Kinder oder Jugendliche involviert sind – verpflichtet, eine Meldung an die KESB auszulösen. Die Zahlen, die von der Schweizerischen Kriminalstatistik erhoben werden, sind die letzten Jahre kontinuierlich gestiegen. Als Gründe dafür werden Veränderungen des Informationssystems des Kantons Zürich und die erhöhte

Sensibilisierung der Bevölkerung der Thematik gegenüber angegeben (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, 2017, S. 3). Dass die Dunkelziffer im Bereich häusliche Gewalt um einiges höher ausfällt, ist unbestritten (Ferrel & Reber, 2016, S. 1). Bei einer Prävalenzstudie aus der Schweiz aus dem Jahr 2004 gaben 77% der Frauen an, mindestens einmal psychische Gewalt oder kontrollierendes Verhalten durch eine nahe stehende Person erlebt zu haben. 44% erlitten bereits physische Gewalt oder Drohungen. Sexuelle Gewalt durch den Partner oder eine verwandte Person erlebten 13% der befragten Frauen (Gloor & Meier, 2004a). Dass oft auch Kinder anwesend oder involviert sind, wenn Eltern gewalttätig werden, zeigt eine Studie aus Deutschland von Kavemann und Kreyssig (2007). Bei 50 bis 70% der Polizeiinterventionen wegen häuslicher Gewalt sind ebenfalls Kinder vor Ort (Kavemann & Kreyssig, 2007, S. 15f). Überproportional viele Kinder waren zwischen 0 und 6 Jahre alt. In der Schweiz dürften es ähnlich hohe Zahlen sein. Schätzungen gehen von 27'000 Kindern aus, die jährlich in der Schweiz von Gewalt in Partnerschaften mitbetroffen sind (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, 2015, S. 5). Selbst wenn sie nicht selber Opfer von Gewalt werden, sind Kinder auch als Zeuginnen und Zeugen von Gewalt innerhalb der Familie mitbetroffen. Häufig geraten die Kinder in einen Loyalitätskonflikt zwischen den sich streitenden Eltern. Das Miterleben von Partnerschaftsgewalt hat für Kinder schwerwiegende Folgen, trotzdem werden im Interventionsfall die Kinder meist übersehen. Es wird wenig auf ihre Bedürfnisse eingegangen – in dieser für sie ausserordentlich schwierigen Situation. Dies liegt zum einen an fehlenden Ressourcen bei den intervenierenden Institutionen, aber zum anderen auch an der mancherorts noch mangelnden Wahrnehmung von mitbetroffenen Kindern als Gewaltopfer (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau, 2015, S. 4).

Reinhold und Kindler (2006) beschreiben den Einfluss gewisser familiärer Kontexte auf Situationen, in denen Kindeswohlgefährdungen vermehrt auftreten. Als einer der bedeutendsten Risikofaktoren in diesem Zusammenhang hat sich anhaltende und wiederholende Partnerschaftsgewalt erwiesen (S. 19). Elternteile, die Gewalt gegen ihre Partnerin oder ihren Partner anwenden, weisen häufig erhebliche Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit auf (Reinhold & Kindler, 2006, S. 19–2). Gleichzeitig stellt die erfahrene Gewalt eine erhebliche Belastung des anderen Elternteils dar, so dass es insbesondere im Zusammenhang mit weiteren Risikofaktoren wie psychische Instabilität oder eigene Misshandlungserfahrungen in der Kindheit dazu führen kann, dass die Eltern die Fürsorge für das Kind nicht mehr gewährleisten können oder dass es zu aggressiven Übergriffen gegen das Kind kommen kann. Dabei spielt in den meisten Fällen eine Überforderung der Eltern eine Rolle. Kinder, die Gewalt in der elterlichen Partnerschaft miterleben, sind immer Opfer von psychischer Gewalt. Das Miterleben von Gewalt, bei der wichtige Grenzen überschritten werden, ist prinzipiell für jeden Menschen einschneidend (Brunner, 2008). Zudem ist bekannt, dass Kinder in oben beschriebenen Konstellationen auch überdurchschnittlich häufig physisch misshandelt werden. Dass von

Partnerschaftsgewalt betroffene Kinder neben Entwicklungsstörungen auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, später selbst Opfer oder Täterin beziehungsweise Täter von Gewalt zu werden, wurde mehrfach nachgewiesen (Kindler et al., 2006). Weiter wurde beobachtet, dass in Partnerschaftsgewalt involvierte Kinder unterschiedliche Entwicklungsbeeinträchtigungen aufweisen. Kindler (2007) beschreibt in einer Forschungsübersicht die unterschiedlichen Folgen, unter denen Kinder nach (mit-)erlebter häuslicher Gewalt leiden. Das Miterleben von Gewalt löst zumeist starke Angstgefühle aus. Die Symptome reichen von Schlaf- und Essstörungen, Einnässen und Einkoten, gehäuften Krankheiten, Sprechstörungen, Rückzug bis hin zu suizidalen Gedanken und Handlungen. Bei Kindern im Primarschulalter kommen häufig Schuldgefühle und Loyalitätskonflikte hinzu. Die betroffenen Kinder befürchten, ihr eigenes Fehlverhalten könne Auslöser für die Gewalt sein. Es kann zu deutlichen Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Problemen oder spezifischen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in Form von posttraumatischen Belastungsstörungen kommen. Weiter wurden in Studien Probleme im Sozialverhalten und eine eingeschränkte Lernbereitschaft beziehungsweise Konzentrationsfähigkeit bei betroffenen Kindern festgestellt, so dass Rückstände in der kognitiven Entwicklung entstehen können, die dann über die Schuljahre hinweg den Schulerfolg erheblich beeinträchtigen können (S. 37f). Darüber hinaus wird vermutet, dass im Erwachsenenalter geringere Fähigkeiten zu einer konstruktiven Konfliktbewältigung und eine höhere Bereitschaft zum Ausüben oder Erdulden von Gewalt eine Folge sein kann. Dadurch werde einerseits die Lebensqualität der betroffenen Kinder stark beeinträchtigt, andererseits werden auch nachfolgende Generationen negativ beeinflusst (Kindler, 2007, S. 41).

2.6.2 Suchterkrankung der Eltern

In der vorliegenden Arbeit sind unter Substanzen alle bewusstseinsverändernden Drogen gemeint, sowohl legale als auch illegale. Der Fokus liegt nicht so sehr auf der Substanz selber, sondern vielmehr auf den Auswirkungen, die eine Sucht von einem oder beider Elternteile auf das familiäre Zusammenleben und auf das Aufwachsen der Kinder haben kann. Daher können gewisse Forschungsergebnisse zur Alkoholabhängigkeit teilweise auch für Aussagen zur Substanz bezogenen Abhängigkeit von Heroin, Kokain oder Medikamenten verwertet werden. Dies gilt insbesondere für die nicht direkt substanzabhängigen Auswirkungen wie jene auf das familiäre Zusammenleben der Betroffenen. Eine Reihe von substanzabhängigen Risiken können nicht verallgemeinert werden, wie beispielsweise die gesundheitlichen Auswirkungen für das Ungeborene durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft, die sich von den Folgen eines Opiatkonsums unterscheiden. Klein (2003) gibt zu bedenken, dass die Illegalität von Heroin, Kokain und weiteren Substanzen und die damit verbundene Angst und rechtlichen Konsequenzen in Bezug auf Beschaffung und Konsumation der Substanz bei den Betroffenen zu Problematiken führen, die bei Alkoholabhängigen nicht zu beobachten sind (S. 366). Letztlich ist aber nicht der Konsum der Eltern an sich problematisch für die

Kinder, sondern dessen Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zum Kind und auf die Familienatmosphäre (Zobel, 2006, S. 89).

Über die Prävalenz suchtkranker Eltern lassen sich bislang keine verlässlichen Angaben machen. Die vorliegenden Studien und Schätzungen zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder suchtkranker Eltern keine Randgruppe darstellen (Lenz, 2009, S. 6). In Deutschland gehen konservative Schätzungen von 40.000 bis 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern aus (Klein, 2003, S. 360). Dass Alkoholabhängigkeit ein weit verbreitetes Phänomen auch in Familien ist, zeigt Lenz (2009) in seiner zusammenfassenden Studie. Es sei davon auszugehen, dass in jeder siebten Familie in Deutschland mindestens ein Elternteil alkoholabhängig sei. Zahlenmässig sind das rund 2,7 Millionen Mädchen und Jungen unter 18 Jahren, die mit wenigstens einem alkoholkranken Elternteil zusammenwohnen (S. 6). Rund 100'000 Kinder und Jugendliche leben gemäss Schätzungen von Sucht Schweiz hierzulande in Familien, die von der Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils betroffen sind. Wie viele Kinder in der Schweiz bei Eltern aufwachsen, die regelmässig illegale Substanzen konsumieren, lässt sich gegenwärtig nicht einschätzen (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2016). Trost (2010) konstatiert, dass 46% der opiatabhängigen Frauen in Deutschland mindestens ein Kind haben, wobei rund die Hälfte davon auch mit ihren Müttern im selben Haushalt wohnen (S. 79). Die von Trost beschriebenen Zahlen stammen mehrheitlich aus Erhebungen der späten 90er Jahren. Zur Entwicklung in den letzten 20 Jahren existieren keine Statistiken.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es trotz der weiten Verbreitung des Phänomens eine grosse Herausforderung ist, Kinder aus suchtblasteten Familien frühzeitig zu erkennen und entsprechend einzugreifen (SFA/ISPA, 2006, S. 8). Lange wurde Kindern von suchtkranken Eltern sowohl in der Praxis als auch in der Forschung wenig bis keine Beachtung geschenkt. Klein (2003) beschreibt eine Reihe von Risiken, die betroffene Kinder in ihrem Alltag antreffen (S. 359f). Solche sind teils starke Armut, Vernachlässigung, Kriminalisierung und Strafverfolgung der Eltern, mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern aufgrund eigener Mangelerfahrung, Schulversagen, wechselnde Fremdplatzierung und häufige Trennungserfahrung. Klein betont die spezifischen Risiken, die alleinerziehende, suchtkranke Mütter begleiten. Deren Lebenssituation sei im Besonderen geprägt von Überforderungsmomenten und bedürfe adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung (S. 362). In Familien mit einem substanzabhängigen Elternteil erfüllen die Eltern ihre Erziehungspflichten oft nur in ungenügendem Mass. Durch die beständige Fixierung auf das Suchtmittel, ist das Interesse für das Kind oft eingeschränkt. Der andere Elternteil, durch die Erkrankung der Partnerin oder des Partners oft überfordert, verfügt selten über genügend Ressourcen, um kompensierend einzuwirken (ebd.). Das Kind wird so häufig sich selbst überlassen und muss dabei Aufgaben und Verantwortungen meistern, denen es nicht gewachsen ist (SFA/ISPA, 2007, S. 5). Neben einer Reihe biologischer Risikofaktoren wie Mangelernährung und Wachstumsstörungen, die insbesondere bei Säuglingen opiatabhängiger

Mütter zu beobachten sind, nennt Trost (2010) einige zentrale psychosoziale Risikofaktoren, denen Kinder substanzmissbrauchender Eltern ausgesetzt sind. So spielt die instabile Familienatmosphäre eine entscheidende Rolle. Oft ist der Aufbau einer verbindlichen Mutter-Kind-Beziehung durch emotionale Instabilität, schwankende Zuwendungsbereitschaft und gehemmtes Elternverhalten gestört (S. 80). Weiter beschreibt Trost eine „Diskontinuität in der basalen Versorgung und Betreuung“ und „mangelnde Entwicklungsanregung, die sich als motorische, sprachliche, kognitive oder emotionale Entwicklungsverzögerung“ auswirken kann (S. 80f). In unterschiedlichen Studien wird Kindern aus suchtblasteten Familien im Vergleich zu Kinder aus Familien ohne Substanzmissbrauch ein bis zu sechsfach höheres Risiko nachgewiesen, später ebenfalls eine Suchtstörung zu entwickeln. Somit können die betroffenen Kinder als grösste Risikogruppe in Bezug auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung angesehen werden. Bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern sind es rund 30%, die später eine eigene Sucht entwickeln (Klein, 2003, S. 359; SFA/ISPA, 2007, S. 3; Zobel, 2006).

2.6.3 Psychische Erkrankung und Suizidalität

Psychische Erkrankungen bei Eltern sind kein Randphänomen. In der Schweiz geht man in konservativen Berechnungen von mindestens 20'000 bis zu 50'000 Kindern aus, die von der psychischen Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern betroffen sind (Gurny, Cassée, Gavez, Los & Albermann, 2007, S. 2). Lange Zeit hat weder die Praxis noch die Wissenschaft den Kindern psychisch kranker Eltern Aufmerksamkeit geschenkt. Im Fokus standen die kranken Menschen selber. Erst nach und nach wurde erkannt, dass durch die psychische Erkrankung eines Elternteils die Familiensituation erheblichen Belastungen ausgesetzt sein kann und insbesondere die Kinder unter den Umständen leiden (Cassée, Los-Schneider, Baumeister & Gavez, 2008, S. 6). Die psychische Erkrankung von Eltern gilt als gut erforschter Risikofaktor in Bezug auf einen ungünstigen Entwicklungsverlauf und auf psychische Störungen der Kinder selbst. Die Auswirkungen auf die Kinder unterscheiden sich je nach Art, Ausprägung und Verlauf der elterlichen Erkrankung, wie Lenz (2014) in einem Überblick von verschiedenen Studien beschreibt (S. 24). Die Art der elterlichen Erkrankung wirke sich auf den Umgang mit den Kindern und damit auf die psychische Gesundheit der Kinder aus. Hornstein und Trautmann-Villalba (2010) schildern, wie beispielsweise depressive Mütter die Signale ihres Kindes oft übersehen oder falsch interpretieren, dadurch wenig interagieren und dem Kind keine Stimulierung durch Berührung oder interaktives Spiel anbieten (S. 65). Die Mutter-Kind-Beziehung ist in diesen Fällen oft geprägt von einem Mangel an Empathie. Häufig gelingt es psychisch kranken Müttern nicht, eine positive, emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, was in eine manifeste Bindungsstörung übergehen kann. Im Gegensatz zu Müttern mit einer depressiven Erkrankung erleben sich Mütter, die an chronischer Schizophrenie oder an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung – auch Borderline genannt – leiden, subjektiv eng verbunden mit ihrem Kind (ebd.). Unter instabiler Persönlichkeitsstörung ist eine psychische Erkrankung zu verstehen, die sich

durch mangelnde Impulskontrolle ohne Berücksichtigung von Konsequenzen und verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung zeigt. Es besteht eine Neigung zu Wut- oder Gewaltausbrüchen und eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017). Bei von Schizophrenie oder von emotional instabilen Persönlichkeitsstörung betroffenen Müttern ist das Kind meist nicht nur einzige Bezugsperson, sondern gleichzeitig auch Partnerersatz und letzte Verbindung zur Normalität. Insbesondere bei an Borderline erkrankten Müttern leiden die Kinder häufig an den abrupten Stimmungswechseln, die von überschwänglicher Liebe bis hin zu zornig wütender Abwertung des Kindes gehen können (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010). Forschung spezifisch zu Vätern mit einer psychischen Erkrankung liess sich keine finden, die Studien beschäftigen sich mehrheitlich mit Müttern, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder explizieren nicht nach Geschlecht des Elternteils. Zusätzlich zur Art der Erkrankung des Elternteils spielen weitere Belastungsfaktoren für die betroffenen Kinder eine entscheidende Rolle. Einerseits werden bei Loch (2016) familiäre Konstellationen wie das Alter der Kinder, das Familienklima und chronische familiäre Konflikte genannt. Andererseits beschreibt die Autorin chronische soziale Belastungen wie Armut, Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung und soziale Isolation (S. 24f), die einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben. Dies gilt jedoch für alle Kinder, die in Familien mit entsprechenden elterlichen Risikofaktoren aufwachsen.

Eine weitere Risikokonstellation ergibt sich aus der Selbstmordgefährdung psychisch kranker Mütter. Insbesondere im Zusammenhang mit einer postpartalen Depression ist das Suizidrisiko bei Frauen hoch (Hornstein & Trautmann-Villalba, 2010, S. 68). Der Verlust der Mutter in der frühen Kindheit kann sich traumatisierend auf das Kind auswirken und beeinträchtigt die gesunde Entwicklung. Neben einem erhöhten Gesundheits- und Verletzungsrisiko bei Kindern psychisch kranker Eltern, wurde eine drei- bis vierfach höhere Wahrscheinlichkeit beobachtet, dass die Kinder selbst eine psychische Störung entwickeln. Kinder, die psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden, stammen häufig aus Familien, in denen ein Elternteil oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind. Etwa ein Drittel der Söhne und ein Viertel der Töchter psychischer kranker Eltern zeigen ebenfalls psychische Auffälligkeiten (Lenz, 2014).

3 Fragestellungen

Die Hauptfragestellung bezieht sich auf die Identifikation und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen. Bisher wird in der Schweiz auf Erwachsenennotfallstationen nicht systematisch erfragt, ob Patientinnen und Patienten mit den Einweisungsgründen Partnerschaftsgewalt, Substanzmissbrauch, Suizidversuch oder schwere, psychische Störung Kinder haben beziehungsweise Eltern sind. Es soll geprüft werden, ob durch die Einführung eines Screening-Instrumentes auf Erwachsenennotfallstationen neue Fälle von Kindeswohlgefährdungen erkannt werden können, die nicht bereits im Kinderschutzsystem eingeschlossen sind. Dabei lautet die Hypothese, dass durch ein Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen mit den oben genannten Einweisungsgründen neue Fälle von Kindeswohlgefährdungen erkannt werden, die nicht bereits im Kinderschutzsystem erfasst wurden. Im Falle eines positiven Zusammenhangs – das Screening führt zu mehr neu entdeckten Kinderschutzfällen – ist die Frage zu beantworten, inwiefern eine Implementierung eines entsprechenden Screenings in sämtlichen Erwachsenennotfallstationen in der Schweiz notwendig und sinnvoll sein kann, ob mit gewissen Anpassungen eine erfolgreichere Früherkennung von gefährdeten Kindern und deren Familien über ein solches Screening erreicht werden kann oder ob es für die Schweiz weitere, grösser angelegte Untersuchungen zu elterlichen Risikofaktoren beziehungsweise zu Patientinnen- und Patienten-Screenings auf Erwachsenennotfallstationen braucht, die die Dringlichkeit für Massnahmen und neue Ansätze im Bereich der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen untersuchen.

Um die Stichprobe genauer analysieren zu können, werden weitere Teilfragestellungen formuliert: Zunächst wird auf die Erhebung und Situation in den Notfallstationen eingegangen, anschliessend werden Teilfragestellungen zu den Entscheiden der KESB aufgeführt. Der letzte Abschnitt der Teilfragestellungen betrifft das durchgeführte Screening.

1. Teilfragestellungen zur Situation und Erhebung in den Notfallstationen

- Welche Aussagen lassen sich zur Anzahl der gemeldeten Fälle machen?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Notfallstationen bei der Anzahl Meldungen?
- Wie sieht die Stichprobe aus in Bezug auf die Einweisungsgründe respektive die Risikofaktoren häusliche Gewalt, Suizidversuch, Substanzabusus und schwere, psychische Erkrankung?
- Können in der Stichprobe Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Einweisungsgrund und Standort der Notfallstation gemacht werden?
- Welche Aussagen lassen sich über die Entbindung vom Berufsgeheimnis machen?
- Gibt es Unterschiede respektive Gemeinsamkeiten bei Eltern, die ihr Einverständnis für eine Meldung verweigern (in Bezug auf Einweisungsgrund, Geschlecht oder Alter der Patientin oder des Patienten, Anzahl der Kinder oder Standort der Notfallstation)?

- Lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stichprobe feststellen?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen den Notfallstationen bezüglich der Gesamtzahl der Konsultationen im Erhebungszeitraum verglichen mit der Anzahl Meldungen?

2. Teilfragestellungen zu (kurzfristigen) Entscheiden der KESB

- Gibt es Unterschiede zwischen den Fällen, die den Behörden bereits bekannt sind und jenen, die durch das Screening neu erkannt wurden?
- Wie gestaltet sich die Beurteilung der Fälle respektive der Gefährdungsmeldungen bei der KESB allgemein?
- Was lässt sich über Fälle sagen, die bei den KESB als ‚abgeschlossen‘ gelten? (Das heisst, Familien, die den KESB bekannt sind, bei denen einstmals Massnahmen errichtet und schliesslich ‚erfolgreich abgeschlossen‘ wurden.)
- Welche Massnahmen und/oder Hilfeleistungen wurden bei den bereits bekannten Familien gesprochen oder empfohlen?
- Können in der Stichprobe Zusammenhänge zwischen Einweisungsgrund und kurzfristigem Entscheid der KESB erkannt werden?

3. Teilfragestellungen zum Screening

- Inwiefern kann ein Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Identifikation und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen genutzt werden?
- Welche Implikationen können für weitere Verwendungszwecke des Screenings abgeleitet werden?
- Welche Anpassungen müssten für eine weitere Verwendung des Screening in Notfallstationen gemacht werden?
- Welche Implikationen können in Bezug auf Patientinnen und Patienten abgeleitet werden, die eine Gefährdungsmeldung durch das medizinische Personal in den Notfallstationen verweigern?

4 Methode

Wie bereits im Vorwort beschrieben, handelt es sich bei der vorliegenden Studie um eine Replikationsstudie des Hague Protocols, das von Diderich et al. 2013 publiziert wurde. Entsprechend orientiert sich das vorliegende Studiendesign an oben genannter Untersuchung.

Die Haupt- und davon abgeleiteten Teilfragestellungen bedingten einen quantitativen Forschungszugang. Dies hatte damit zu tun, dass mit der Studie von Diderich et al. (2013) bereits zu Beginn des Forschungsprozesses eine Untersuchung vorlag, an die die vorliegende Arbeit anknüpfen konnte. Das Screening selber orientierte sich in deduktiver Herangehensweise an vorab festgelegten Kriterien, nach denen die Probandinnen und Probanden gefiltert wurden. Quantitative Zugänge eignen sich insbesondere bei Forschungsgegenständen, über die bereits Theorien und Modelle vorliegen. Dies war sowohl im Falle von elterlichen Risikofaktoren als auch bei den Entscheiden der KESB zu Kinderschutzmassnahmen gegeben.

Hauptauschlaggebend für die Wahl der Methode war, möglichst einfach und mit möglichst wenig Aufwand für die Verantwortlichen in den Notfallstationen und bei den KESB die erforderlichen Daten zu erheben. Die Anwendbarkeit des Instrumentes in der täglichen Praxis musste gewährleistet sein. Die Effizienz und die Durchführbarkeit der Erhebung spielten dabei eine entscheidende Rolle, denn eine Implementierung eines solchen Screenings würde an zu hohen Hürden leicht scheitern. Die entwickelten Erhebungsinstrumente trugen diesen Anforderungen Rechnung und werden im folgenden Kapitel beschrieben. Die Erhebung entspricht einem Querschnittsdesign.

4.1 Stichprobe

Um Fälle in den Erwachsenennotfallstationen in die Stichprobe einzuschliessen, mussten zwei Voraussetzungen gegeben sein.

1. Der Einweisungsgrund in die Notfallstation ist mindestens einer der folgenden: Häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch, Suizidversuch, schwere, psychische Erkrankung.
2. Die Patientin oder der Patient hat Kinder zwischen 0 und 18 Jahren.

Drei Notfallstationen von drei Spitälern im Kanton Zürich wurden während den Monaten Februar, März und April 2017 untersucht. Da sämtliche Patientinnen und Patienten in den drei Notfallstationen gemäss den oben genannten Kriterien gescreent wurden, handelt es sich in dieser Arbeit um eine Vollerhebung.

Notfallstation	Gesamtzahlen Konsultationen. Februar - April 2017	Sämtliche Fälle, die den Kriterien entsprechen. Februar - April 2017	In die Studie eingeschlossene Fälle. Februar - April 2017
Spital Bülach	7653	4 (davon 1 Ausschluss)	3
Spital Limmattal	6683	4	4
Universitätsspital Zürich (USZ)	9360	7 (davon 2 Ausschlüsse)	5
Total	23'696	15	12

Tabelle 2: Fälle Notfallstationen. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017). Eigene, erhobene Daten.

Die drei Spitäler Bülach, Limmattal und Universitätsspital Zürich (USZ) unterscheiden sich sowohl in der Grösse respektive Kapazität als auch bezüglich des Einzugsgebietes. Die Gesamtzahlen der Konsultationen in den Erhebungsmonaten Februar bis April 2017 zeigen in der Tabelle 2, dass die Notfallstation des USZ knapp anderthalb mal so viele Einweisungen zu bewältigen hat wie die Notfallstationen der Spitäler Bülach und Limmattal, die von der Grösse her in etwa vergleichbar sind. Die Spitäler können des Weiteren in Bezug auf ihr Einzugsgebiet unterschieden werden. Während das USZ mitten in der Stadt Zürich lokalisiert ist, deckt das Spital Limmattal mit Sitz in Schlieren einen Teil der Agglomeration Zürich ab. Das Spital Bülach, mit Standort in der gleichnamigen Kleinstadt, kann als Regionalspital bezeichnet werden, das über ein relativ weites Einzugsgebiet im Zürcher Unterland verfügt. Die drei Spitäler meldeten sich auf einen Aufruf der Kinderschutzgruppe, um sich bei der Pilotstudie zu beteiligen. Die Auswahl der Notfallstationen für die Stichprobe entsprach demzufolge keiner Zufallsauswahl, sondern kam Interesse geleitet zustande. Dies schien insofern wichtig, dass die Verantwortlichen in den beteiligten Notfallstationen sich aus Eigeninitiative für das Pilotprojekt engagierten. So konnte mit einem reibungslosen Ablauf in Bezug auf Erhebung und Weiterleitung der Daten gerechnet werden. Als nachteilig muss bedacht werden, dass Stichproben, die nicht zufällig zustande kommen, nur bedingt Aussagen über die Grundgesamtheit zulassen, weil die Stichprobe Verzerrungen aufweisen kann. Im vorliegenden Fall könnte dies ebenfalls der Fall sein. So nehmen beispielsweise Notfallstationen, die ohnehin sensibilisiert auf Kindeswohlgefährdungen sind, unter Umständen eher an einer entsprechenden Studie teil als solche, die darauf keinen Fokus legen. Die Motivation, weshalb sich eine Oberärztin oder ein Oberarzt für die Beteiligung an der vorliegenden Pilotstudie entschieden hat, galt es zu hinterfragen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass je nach Untersuchungsgegenstand mehr oder weniger grosse Unterschiede zwischen selbstselektierten und zufällig zustande gekommenen Stichproben bestehen. Ohne die Untersuchung einer Zufallsstichprobe kann natürlich nichts über diese und damit auch nichts über den Unterschied zwischen den beiden Stichproben ausgesagt werden.

Insgesamt wurden 15 Patientinnen und Patienten herausgefiltert, die die beiden obigen Einschlusskriterien zur Studie erfüllten. Je sechs Personen wurden in den Monaten Februar und April gescreent, im März waren es drei Fälle, die entdeckt wurden. Drei der insgesamt 15 Fälle wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen. In einem dieser drei Fälle konnte keine Meldung an die KESB erfolgen, da die Patientin eine Gefährdungsmeldung ablehnte und im Anschluss das Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis durch die Gesundheitsdirektion nicht bewilligt wurde. In zwei weiteren Fällen erfolgte ein Ausschluss aus der Stichprobe, weil die Patientinnen nicht im Kanton Zürich gemeldet waren. Diese beiden Fälle wurden zwar an die zuständige KESB weitergeleitet, aber die Daten zum Entscheid der Behörden konnten nicht mehr weiter verfolgt werden, wodurch die Fälle aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden. In sämtlichen anderen Fällen war die Patientin beziehungsweise der Patient im Kanton Zürich gemeldet. Die für die Studie relevante Stichprobe bestand dementsprechend aus zwölf Patientinnen und Patienten.

Eine Schwierigkeit, die ungelöst blieb, stellten jene Fälle dar, die bei der Aufnahme auf der Notfallstation nicht ansprechbar waren oder bei denen die Verletzungen zu schwer wiegten, als dass eine Befragung zu diesem Zeitpunkt hätte durchgeführt werden können. Oft wurden solche Patientinnen und Patienten relativ schnell in andere Abteilungen verlegt und entsprechend stationär betreut. Solche Fälle konnten im Nachhinein nicht mehr in die Stichprobe aufgenommen werden, weil es den Aufwand überstieg, die betroffenen Patientinnen und Patienten aufzusuchen. Hinzu kommt, dass die Untersuchung die Praxis abbilden sollte, wo es auch immer wieder vorkommen würde, dass Fälle aus unterschiedlichen Gründen trotz eines implementierten Screenings nicht erkannt oder erfasst werden konnten.

Ausgehend von der Annahme, dass die meisten Patientinnen und Patienten, die in einer der beteiligten Notfallstationen behandelt werden, in den Einzugsgebieten der Spitäler wohnhaft und gemeldet sind, wurde mit den für diese Gebiete zuständigen KESB zusammengearbeitet. Sie werden nachstehend aufgelistet.

- KESB Stadt Zürich
- KESB Bezirk Dielsdorf
- KESB Bezirk Dietikon
- KESB Kreis Bülach Süd
- KESB Kreis Bülach Nord

4.2 Instrumente

Es wurden zwei vollstandardisierte Fragebögen für die vorliegende Arbeit konzipiert. Mit dem ersten wurden die Daten auf den Notfallstationen erhoben, der zweite diente zur Erhebung der kurzfristigen KESB-Entscheide. Beide Fragebögen sind im Anhang einzusehen. Ein dritter Fragebogen wurde entworfen, um im Falle von vorhandenem Risikofaktor und Elternschaft eine Gefährdungsmeldung an die KESB auszulösen. Die Daten dieses letzten Fragebogens flossen nicht in die vorliegende Arbeit ein. Die Erarbeitung aller Fragebögen geschah gemeinsam mit der Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich, wobei auch involvierte Personen aus den Notfallstationen und den beteiligten KESB zu Rate gezogen wurden bezüglich Formulierungen und Ausprägungen der Variablen und Frage-Items. Die Fragebögen wurden in mehreren Schritten unter Einbezug verschiedener Expertinnen und Experten erarbeitet und gutgeheissen.

Weil die Fälle auf den Notfallstationen nicht berechenbar oder zu einem spezifischen Zeitpunkt erhoben werden konnten – Notfälle ereignen sich bekanntlich rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche – und entsprechend verschiedene Personen auf den Notfallstationen die Daten erhoben, musste der Fragebogen sehr einfach und übersichtlich gestaltet und auf das Wesentliche reduziert werden. Da von einer hohen Arbeitsbelastung auf den Notfallstationen ausgegangen wurde, war wichtig zu bedenken, dass der Mehraufwand der Studie sich auf ein Minimum beschränkte, damit nicht aufgrund der Zusatzbelastung gewisse Fälle untergingen. Der KESB-Fragebogen enthielt analog zum ersten Fragebogen nur sehr wenige und ausschliesslich geschlossene Fragen. Einerseits diente diese induktive Herangehensweise einer einfachen und effizienten Erfassung der Informationen auf Seiten der KESB, andererseits ermöglichte die vollstandardisierte Erhebung, dass die Daten der einzelnen KESB untereinander vergleichbar waren. Eine nachträgliche Kategorisierung des Materials erfolgte entsprechend nicht. Ein vollstandardisierter Fragebogen, wie er für die vorliegende Untersuchung verwendet wurde, soll nur entwickelt und zum Einsatz kommen, wenn im zu untersuchenden Bereich bereits genügend theoretisches und empirisches Vorwissen vorhanden ist (Schaffer, 2014, S. 131/134). Diese Voraussetzung war sowohl in Bezug auf die elterlichen Risikofaktoren als auch auf die Gefährdungskriterien gegeben, wie unter dem Fachdiskurs in den Kapiteln 2.3, 2.4 und 2.6 ausführlich nachzulesen ist. Der dritte Fragebogen, die eigentliche Gefährdungsmeldung, wurde zuhause der KESB ausgefüllt. Auf den Notfallstationen wurden hiermit einerseits der Einweisungsgrund und die Einwilligung zur Meldung beziehungsweise Entbindung von der Schweigepflicht erfasst. Diese Informationen wurden mit geschlossenen Fragen erhoben. Andererseits wurden nach Möglichkeit Angaben zur familiären Situation, zu Alter und Anzahl der Kinder und zu allfälligen Besonderheiten – zum Beispiel aggressives Auftreten oder die Notwendigkeit für eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher – erhoben. Diese Fragen wurden teils offen gestellt, damit das Personal auf den Notfallstationen die Möglichkeit hatte, wichtige Informationen über die Patientin oder den Patienten

zuhanden der zuständigen KESB zu erfassen. Diese Informationen dienen zur genaueren Einschätzung der Situation. Dieser Fragebogen wurde nicht zur Auswertung für die vorliegende Studie entworfen.

4.3 Variablen

4.3.1 Variablen: Notfallstation

Im Folgenden wird die Operationalisierung der beiden Einschlusskriterien auf den Notfallstationen beschrieben. Hierbei handelt es sich um die unabhängigen Variablen.

Erste Voraussetzung: Einweisungsgrund

Die Diagnose – und damit der für die Studie relevante Einweisungsgrund auf der Notfallstation – wurde von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gestellt. Die Bildung einer Diagnose in einem Spital in der Schweiz findet gemäss ICD-10-GM, der internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, German Modification, statt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017). Dieses Klassifikationssystem wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. Es ist für alle Kliniken in der Schweiz verbindlich und unterscheidet sich nicht zwischen den Spitälern (Bundesamt für Statistik, 2017c; HPlus, 2017).

Eine Diagnose erfolgte einerseits über Schilderungen der oder des Betroffenen oder von Personen, die den Vorfall miterlebt hatten und allenfalls die Patientin oder den Patienten begleiteten. Andererseits wurden vom medizinischen Personal körperliche, psychische und psychosomatische Symptome aufgenommen, die zur Diagnosebildung genutzt wurden. Diese können im Fall von häuslicher Gewalt einerseits körperliche Indikatoren sein wie beispielsweise Frakturen, Würgemale, Verbrennungen, Gesichts-, Kiefer-, Zahnverletzungen, Verletzungen in unterschiedlichen Heilstadien oder Narben, spezielle gynäkologische Auffälligkeiten wie vaginale oder anale Verletzungen. Oft sind auch Verletzungen vorzufinden, die nicht zum geschilderten Vorfall passen (Fausch & Wechlin, 2010, S. 199ff; gynécologie suisse, 2009, S. 11). Andererseits werden in den meisten Fällen auch psychische oder psychosomatische Symptome beobachtet wie Angst, Panikattacken, Nervosität, Verzweiflung, Resignation, Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Erinnerungslücken, Depression, Suizidgedanken oder selbstverletzenden Verhalten (Fausch & Wechlin, 2010, S. 201). Im Falle von Substanzabusus kann das Blut- oder Urinbild aufschlussreich sein oder weitere, Substanzen spezifische, körperliche oder das Verhalten betreffende Symptome wie beispielsweise Unruhe, Halluzination, Angst, Übererregbarkeit, beschleunigter oder verlangsamter Puls, Pupillenveränderung, Schwitzen, Schwindel, Zittern, Überwärmung des Körpers, veränderter Blutdruck, muskuläre Krämpfe, gesteigerte oder verlangsamte Reflexbereitschaft, Übelkeit, Erbrechen, Sedation bis Koma, akute Verwirrtheit (Bodmer, Nemeč, Scholer & Bingisser, 2008; Simons, 2014). Bei schweren, psychischen Störungen können Symptome wie starke Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Aggressivität, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken,

Halluzinationen, schwere depressive oder manische Zustände ausschlaggebend sein für eine entsprechende Diagnose (Paulitsch, 2009). Bei psychischen Erkrankungen stellte eine entsprechende Diagnose eine besondere Herausforderung dar, insbesondere die Frage, in welchen Fällen eine Mutter oder ein Vater als ‚schwer psychisch erkrankt‘ eingestuft werden sollte. Nach Möglichkeit sollte in diesen Fällen eine psychiatrisch ausgebildete Fachperson beigezogen oder die Patientin respektive der Patient triagiert werden. Grundsätzlich entschied in Fällen von schweren, psychischen Störungen die diensthabende Oberärztin oder der diensthabende Oberarzt, ob die Patientin oder der Patient noch in der Lage war, sich selber und das in ihrer oder seiner Obhut liegende Kind zu versorgen. Bei Suizidversuchen wurde in jedem Falle eine Meldung an die KESB gemacht.

Bei gesellschaftlich tabuisierten und heiklen Themen wie Partnerschaftsgewalt und Suizidalität konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Patientin oder der Patient in jedem Fall transparent berichtete, was der Grund ihrer oder seiner Einweisung auf der Notfallstation war. Insbesondere von Partnerschaftsgewalt betroffene Frauen erzählen selten von sich aus über ihnen Widerfahrenes, sei dies aus Angst-, Schuld- oder Schamgefühlen (gynécologie suisse, 2009, S. 5). Die Gefahr bestand, dass Personen aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden, weil entsprechend der Selbstdeklaration der Patientin oder des Patienten ein anderer Einweisungsgrund in den Akten vorlag, obschon es beispielsweise zu Partnerschaftsgewalt gekommen war, diese aber verschwiegen, verschleiert oder als Unfall dargestellt wurde (Fausch & Wechlin, 2010, S. 203). Die soziale Erwünschtheit spielte in diesem Sinne bei allen vordefinierten Einweisungsgründen eine Rolle. Verzerrungen der Stichprobe, die dadurch entstehen konnten, waren schwerlich zu vermeiden.

Zweite Voraussetzung: Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren

Als zweites Kriterium, um in die Stichprobe aufgenommen zu werden, wurden die Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahre hätten. Diese Operationalisierung wich von derjenigen des Hague Protocol ab, wo es heisst: „Adult patients who, on questioning confirmed that they were responsible for the care of under aged children (irrespective of whether they were a parent, informal caretaker or legal guardian)“ (Diderich et al., 2013, S. 3).

Die Frage nach der Operationalisierung der Kinder wurde kontrovers diskutiert. Die Fokussierung auf ‚eigene Kinder‘ wurde dadurch legitimiert, dass unabhängig davon, ob die Kinder nur das Wochenende, wie im Falle von getrennt lebenden Eltern, oder vollzeitlich von der betroffenen Person betreut werden, eine Meldung bei der Kinderschutzbehörde sinnvoll erschien, um das Kindeswohl abzuklären. Die Gefahr bestand hier, dass gewisse Fälle von Stiefelternschaft verloren gingen, weil diese Patientinnen und Patienten allenfalls die Frage nach Kindern verneinten. Weiter würden Personen aus der Stichprobe ausgeschlossen, die regelmässig nicht eigene Kinder betreuen wie beispielsweise Grosseltern, sonstige Verwandte oder Bekannte, Babysitterinnen und Babysitter oder Tagesmütter.

Eltern, die ihre Kinder in der Notfallstation verschweigen oder allenfalls keinen Kontakt zu ihren Kindern haben, würden ebenfalls ausgeschlossen. Wobei in letzterem Fall eine Meldung wenig angezeigt wäre. Die beschriebenen, möglichen Ausschlüsse konnten nicht vermieden werden, weil wie oben erläutert der Fragebogen möglichst übersichtlich und einfach gehalten werden musste.

Die Frage nach dem Wohnort konnte zu Ausschlüssen aus der Stichprobe führen: Bei Personen, die nicht im Einzugsgebiet der involvierten KESB wohnen, war es den Ärztinnen und Ärzten freigestellt, ob sie eine Meldung machen möchten oder nicht. Allerdings konnten solche Fälle nicht in die Auswertung dieser Arbeit gelangen, da nur mit den oben genannten, fünf KESB zusammen gearbeitet wurde. Bei Personen ohne festen Wohnsitz oder bei obdachlosen Personen konnte jedoch eine Meldung erfolgen. Die KESB ist gemäss Art. 444 ZGB verpflichtet jeder Meldung nachzugehen respektive die Zuständigkeit abzuklären, selbst wenn kein Wohnsitz der Familie bekannt ist.

Jede Gefährdungsmeldung wurde bei der KESB genau angeschaut. Falls keine genauere Abklärung angezeigt war und das Kindeswohl als gesichert angeschaut werden konnte, hatte dies keine weiteren Konsequenzen für die Eltern. Damit konnte das Risiko von fälschlicherweise in die Stichprobe aufgenommenen Patientinnen und Patienten eingegangen werden.

4.3.2 Variablen: KESB

Nachstehend werden die Items ausgeführt, die bei der KESB unterschieden wurden. Dabei handelt es sich um die abhängigen Variablen.

Fall der KESB bekannt: ja/nein

Bei dieser Variable handelt es sich um das Kernstück der Untersuchung. Die Frage, ob der Fall bekannt ist, hängt vorerst davon ab, ob die betreffende Person im Einzugsgebiet der KESB gemeldet ist. Ist sie dies nicht, wird die Meldung an die zuständige Behörde weitergereicht. Der Wohn- beziehungsweise Meldeort und damit verbundene Ausschlüsse aus dem Sample werden weiter oben behandelt (siehe Kap. 4.1).

Ist die Familie der KESB bekannt, ist von Interesse, welche Schritte bereits eingeleitet wurden respektive inwiefern die Familie im Kinderschutzsystem eingebunden ist.

Wenn ja, Art der Abklärung respektive Massnahme

Die KESB erfasste, ob zum Zeitpunkt der Erhebung eine laufende Abklärung, eine laufende Massnahme oder eine abgeschlossene Massnahme bestand. Dabei konnte einen Einblick gewonnen werden, inwiefern die bereits bekannte Familie im Kinderschutzsystem eingebunden war/ist, ob in Notfallstationen erkannte Fälle unter Umständen erneut aufgegriffen werden sollten, die als bereits abgeschlossen galten, ob sich in einer laufenden Abklärung Vorfälle gehäuft hatten, die es zu

berücksichtigen galt oder ob allfällige Zusammenhänge zum Einweisungsgrund erkennbar waren. Dieses Item sollte nicht überschätzt werden, weil wenig bis keine Informationen zu den Umständen in der Familie respektive zum Fall vorlagen.

Wenn nein, weiteres Vorgehen

Das weitere Vorgehen der KESB im Falle eines noch nicht behördlich erfassten Falles sollte einen ersten Eindruck der Dringlichkeit beziehungsweise des Grades der Kindeswohlgefährdung zeigen. Es handelte sich dabei um eine erste Einschätzung der KESB, wie im gemeldeten Fall weiter vorzugehen war.

Bei den nachfolgend beschriebenen Schritten handelte es sich um kurzfristige Outcomes, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung innerhalb von zwei Wochen bei der KESB entschieden wurden. Diese kurzfristige Einschätzung der Situation wurde mit den beteiligten KESB so vereinbart, um den Zeitplan der Masterthesis einhalten zu können. Wie ein Normalverfahren anschliessend an eine Gefährdungsmeldung verläuft, ist nachzulesen bei Fassbind et al. (2016).

Superprovisorische oder vorsorgliche Massnahme (gemäss Art. 445 ZGB): Wird aufgrund der ersten Abklärungen ersichtlich, dass bereits schwere Misshandlungen stattgefunden haben respektive dass eine akute Kindeswohlgefährdung als sehr wahrscheinlich eingestuft werden kann und der Schutz des Kindes nur mit einer superprovisorischen Massnahme gewährleistet werden kann, hat die KESB die Möglichkeit, eine vorsorgliche Unterbringung ohne vorgängige Anhörung der Betroffenen anzuordnen (Faggiano & Soland, 2014, S. 15). Diese Massnahme zeigt den akutesten Bedrohungsgrad für das betroffene Kind und findet im Rahmen des zivilrechtlichen Kinderschutzes statt. Diese Form des Kinderschutzes wird in Kapitel 2.3.2 ausgeführt.

Abklärungsauftrag ausgelöst: Stellt die KESB nach einer ersten Kontaktaufnahme oder nach ersten Einschätzungen zur familiären Situation fest, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Fall angezeigt ist, kann eine Kindeswohlklärung eingeleitet werden. Diese dauert in der Regel rund drei Monate und wird in den meisten Fällen einem externen Abklärungsdienst in Auftrag gegeben. Hierbei handelt es sich um die Eröffnung eines zivilrechtlichen Kinderschutzverfahrens, das ebenfalls im Kapitel 2.3.2 beschrieben wird und ausführlich bei Rosch und Hauri (2016b) nachzulesen ist.

Freiwillige, subsidiäre Massnahmen angeregt (z.B. Elternberatung, Hort, Unterstützung durch private oder öffentliche Dienste, andere Beratungsstellen): Wird die Gefährdung von der KESB als gering respektive nicht als genügend hoch für eine Abklärung eingestuft, kann die Behörde den betroffenen Eltern oder dem betroffenen Elternteil niederschwellige, freiwillige Angebote nahe legen, die der Unterstützung oder Entlastung des Kindes, der Eltern oder der ganzen Familie dienen. Das können Beratungsstellen unterschiedlicher Art, Betreuungsangebote für Kinder, schulpsychologische Dienste, Elternkurse, die Schulsozialarbeit oder polyvalente Sozialdienste sein. Diese Angebote sind im

öffentlich-rechtlichen oder freiwilligen Kinderschutz zu verordnen, auf die im Kapitel 2.3.2 eingegangen wird.

Keine weiteren Schritte notwendig: Stellt die KESB keine Gefährdung des Kindeswohls fest, sind keine weiteren Schritte im Rahmen des Kinderschutzes zu verfolgen.

Anderes: Falls in gewissen Fällen das weitere Vorgehen der KESB keinem der oberen Items entspricht, ist an dieser Stelle der entsprechende Entscheid der KESB fest zu halten.

4.4 Gütekriterien

Mit Hilfe der Gütekriterien lassen sich Aussagen zur Qualität der Daten machen. Grundsätzlich kann im Falle der vorliegenden Arbeit von einer hohen Qualität der Daten ausgegangen werden. Dies kann aus verschiedenen Perspektiven begründet werden. Erstens, weil der Untersuchungsinhalt, der Untersuchungsablauf und die Untersuchungssituation standardisiert realisiert werden konnten. Zweitens, weil die Erhebungsbögen von hoch qualifizierten Personen mit Expertise und Erfahrung in ihrem spezifischen Bereich – sowohl in den Notfallstationen als auch bei der KESB – ausgefüllt wurden. Drittens, weil sich die Frage-Items an der Studie Hague Protocol (2013) orientierte, die auf ihre Objektivität, Validität und Reliabilität geprüft wurde. Im Folgenden wird genauer erläutert, unter welchen Umständen die Gütekriterien erfüllt wurden.

4.4.1 Objektivität

Objektivität bedeutet die Unabhängigkeit einer wissenschaftlichen Aussage von subjektiven Einschätzungen und Bewertungen der Testanwendenden (Blanz, 2015, S. 255). Im vorliegenden Fall sind dies die Ärztinnen und Ärzte respektive die Behördenmitglieder der KESB. Da in der vorliegenden Untersuchung unterschiedliche Personen an der Erhebung beteiligt waren, kann davon ausgegangen werden, dass die Objektivität gewährleistet ist, weil die Resultate nicht von einer einzelnen Person abhingen. Dabei spielte insbesondere die Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt eine wichtige Rolle. Eine einheitliche Instruktion der Testanwendenden und eine strukturierte Erhebungsmethode ist Voraussetzung dafür, damit die Objektivität gewährleistet werden kann (Blanz, 2015, S. 255). Da es sich jedoch bei der vorliegenden Erhebung nicht um eine Testsituation, sondern um konkrete Praxissituationen auf den Notfallstationen handelte, kann davon ausgegangen werden, dass das Ausfüllen der Fragebögen in unterschiedlichen Umständen stattfand und entsprechend die einheitliche Strukturiertheit des Erhebens nicht vorausgesetzt werden konnte. Wichtiger erscheint aber, wie die Antworten – konkret die Diagnosen – zustande kamen. Die Operationalisierung der Einweisungsgründe wird weiter oben in Kapitel 4.3.1 diskutiert, wo insbesondere auch auf die Problematik der sozialen Erwünschtheit eingegangen wird. Diese kann die Objektivität der Daten einschränken. Dass Patientinnen und Patienten auf den Notfallstationen durch

das Auftreten, die Haltung, implizit vermittelte Werte oder das äussere Erscheinungsbild des medizinischen Personals beeinflusst werden können, ist unbestritten. Dies wird als Interviewereffekte bezeichnet (Glantz & Michael, 2014, S. 313). Darauf musste insbesondere bei der Interpretation derjenigen Fälle Rücksicht genommen werden, die einer Gefährdungsmeldung nicht freiwillig zustimmten (siehe Kap. 5.1 und 6.2.2). Eine vorsichtige Operationalisierung der relevanten Items war nötig, um die Unabhängigkeit zu gewährleisten; das heisst, das Testresultat nicht von einzelnen Testanwenderinnen oder –anwendern abhängig zu machen. Die standardisierten Frage-Items und die standardisierten Abläufe der Testanwendung – insbesondere auf den Notfallstationen – unterstützten dies. Die Erhebungsbögen der Notfallstationen und der KESB liessen wenig Spielraum für Interpretation zu. Hinzu kam, dass davon ausgegangen werden konnte, dass die Resultate nicht von persönlichen Meinungen, individuellen Deutungen oder emotionalen Abhängigkeiten zwischen Testenden und Testpersonen beeinflusst wurden, weil keinerlei persönliche Verbindung zwischen den involvierten Personen bestand. Die klar definierte, professionelle Rolle des medizinischen Personals respektive der Behördenmitglieder und die emotionale oder bei letzteren auch räumliche Distanz zu den Probandinnen und Probanden beeinflusste die Objektivität des Tests positiv. Das Eigeninteresse an gewissen Resultaten der Studie konnte sowohl auf Seiten der Notfallstationen als auch auf Seiten der KESB als gering eingestuft werden. Das heisst, die Probandinnen und Probanden dürften in dieser Hinsicht unbeeinflusst bleiben. Die erhobenen Daten liessen aufgrund der klar definierten Items auch in Bezug auf die Interpretation und Auswertung wenig Spielraum zu. Es musste jedoch in der Auswertung und Analyse der Daten auf das kleine Sample Rücksicht genommen werden.

4.4.2 Reliabilität

Die Reliabilität einer Messmethode gibt an, inwieweit Messergebnisse, die unter gleichen Bedingungen mit identischen Messverfahren erzielt werden, übereinstimmen. Sie wird häufig als Korrelation zwischen zwei Messreihen berechnet (Blanz, 2015, S. 255). Um die Reliabilität der vorliegenden Untersuchung sicher zu stellen, müssten zu einem späteren Zeitpunkt in denselben Notfallstationen mit demselben Fragebogen Patientinnen und Patienten erfasst werden. Solche Retest-Reliabilitäten zur Überprüfung der zeitlichen Konsistenz der Fragebögen konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht beurteilt werden. Zudem müssten während eines längeren Zeitraums Erhebungen stattfinden, um ein grösseres Sample zu erhalten, damit eine Aussage zur Korrelation zwischen den beiden Messreihen gemacht werden könnte. Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, werden die Diagnosen in sämtlichen Kliniken der Schweiz mit einem standardisierten Instrument – dem ICD-10-GM – gestellt. So kann davon ausgegangen werden, dass dieselbe Patientin oder derselbe Patient in einer anderen Notfallstation oder von unterschiedlichem medizinischem Personal überprüft, dieselbe Diagnose erhalte.

4.4.3 Validität

Validität meint das Ausmass, in dem eine Messmethode tatsächlich das Konstrukt misst, das gemessen werden soll (Blanz, 2015, S. 256). Da in der vorliegenden Untersuchung auf der Ebene der Notfallstationen hauptsächlich Konstrukte gemessen wurden, die direkt beobachtbar waren und nach medizinischen, standardisierten Kriterien zustande kamen, kann von einer hohen Validität ausgegangen werden (vgl. Kap. 4.3.1).

Die Validität der KESB-Entscheidung zu beurteilen, ist anspruchsvoller, da die einzelnen Behörden die Fälle nicht nach einem standardisierten Instrument beurteilen. Insbesondere die Items, die den Gefährdungsgrad eines Kindes messen, müssten mit weiteren Verfahren – beispielsweise einer zivilrechtlichen Abklärung – überprüft werden. Erst so könnte die Situation eines Kindes respektive das Ausmass der Gefährdung fundiert beurteilt werden. Dies ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Es konnte ausschliesslich eine rudimentäre, erste Einschätzung der KESB zum Kindeswohl und zur Situation des Kindes in den betroffenen Familien gemacht werden. Für eine grösser angelegte Studie könnte hier die Untersuchung noch ergänzt werden um die festgestellte Kindeswohlgefährdung. Da die Items des KESB-Fragebogens zusammen mit mehreren Behördenmitgliedern aus den KESB ausgearbeitet wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Validität gewährleistet ist. Die Validität des Items, ob ein Fall den Behörden bereits bekannt ist, kann als hoch bezeichnet werden, da diese Variable direkt beobachtbar und überprüfbar ist.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass aufgrund des kleinen Samples keine Aussagen zur internen und externen Validität gemacht werden können. So können beispielsweise keine Zusammenhänge zwischen spezifischen Einweisungsgründen und KESB-Entscheidungen ausgemacht werden, um die Validität anhand von Korrelationen zwischen einzelnen Items zu belegen. Dazu wären sowohl ein längerer Erhebungszeitraum als auch eine Beteiligung von weiteren Spitälern an einer weiterführenden Studie nötig.

4.5 Vorgehen

Für die vorliegende Pilotstudie wurden sowohl der Feldzugang in den Notfallstationen als auch die Kontakte zu den KESB durch Herrn Dr. Georg Staubli, Leiter der Kinderschutzgruppe am Kinderspital Zürich, in die Wege geleitet. Die Verantwortlichen in den beteiligten Spitälern und in den KESB signalisierten grosses Interesse und Kooperationsbereitschaft. Herr Dr. Andreas Jud, Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit, wurde hinzugezogen, um das Projekt im Rahmen einer Masterthesis wissenschaftlich zu begleiten.

Zeitgleich mit dem Ausschrieb der Studie als Masterarbeit erfolgte durch Herrn Dr. Andreas Jud die Eingabe an die Schweizerische Ethikkommission (swissethics). Diese erklärte sich nicht zuständig, da

die Studie nicht unter das Humanforschungsgesetz falle. Dabei dürfte eine Rolle gespielt haben, dass im vorliegenden Fall keine Daten spezifisch zu Forschungszwecken erfasst wurden, sondern die Pilotstudie lediglich Daten berücksichtigte, die in der Praxisroutine ohnehin anfallen. In Bezug auf den Ablauf musste jedoch gewährleistet werden, dass die Studie anonym erfolgte. Das hiess, dass der Forschenden zu keinem Zeitpunkt Namen der betroffenen Personen einsichtig waren.

Während dreier Monate – 1. Februar bis 30. April 2017 – wurde in den drei oben genannten Erwachsenenotfallstationen eine Vollerhebung zur Elternschaft bei den Einweisungsgründen häusliche Gewalt, Substanzabusus, schwere, psychische Erkrankung und Suizidversuch durchgeführt. Um dem medizinischen Personal die Relevanz, Rahmenbedingungen und Umsetzung der Studie näher zu bringen, fand vor der Erhebungsperiode je eine Informationsveranstaltung an allen drei beteiligten Spitälern statt. In zwei Fällen wurde diese von Dr. Georg Staubli, in einem Fall von Dr. Doris Eis, Oberärztin am Institut für Notfallmedizin am USZ, durchgeführt. An allen Veranstaltungen war mindestens ein Behördenmitglied der KESB vor Ort, um Fragen zu klären wie beispielsweise zu Gefährdungsmeldungen allgemein, zu den Abläufen im Falle einer Meldung, zu möglichen Schritten der KESB während einer Abklärung oder zu zivilrechtlichen Massnahmen im Kinderschutz.

Die vorliegende Pilotstudie wurde von der Kinderschutzgruppe des Universitätskinderspitals Zürich koordiniert. Das Erhebungsmaterial wurde vom Sekretariat der Kinderschutzgruppe vorbereitet und bereitgestellt. Im Vorfeld fanden einige Sitzungen mit den Verantwortlichen der beteiligten KESB und Notfallstationen, der Kinderschutzgruppe, der Fachbegleitung und der Masterstudentin statt. Themen dieser Sitzungen waren die Klärung der Zuständigkeiten, der Fahrplan der Studie, der genaue Ablauf der Erhebung, die Fragebögen zuhanden der Notfallstationen und der KESB, die Operationalisierung der Variablen, die Anonymisierung der Daten, rechtliche Aspekte des Pilotprojektes, der Umgang mit dem Berufsgeheimnis und der allfälligen Entbindung von ebendiesem über die Gesundheitsdirektion und andere, die Studiumsetzung und die Erhebung betreffende Fragen.

In den Notfallstationen wurde pro eingewiesene Person einen Fragebogen zu den oben genannten Einschlusskriterien ausgefüllt. Dies geschah durch das Notfallpersonal respektive durch die diensthabende Oberärztin oder den diensthabenden Oberarzt. Wurden die Voraussetzungen für die Stichprobe erfüllt, wurde die Patientin oder der Patient über die Gefährdungsmeldung bei der KESB informiert. Bei Nicht-Einverständnis der betroffenen Person wurde durch die behandelnde Oberärztin oder den behandelnden Oberarzt ein Gesuch zur Entbindung vom Berufsgeheimnis an die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gestellt, um bei Entbindung anschliessend eine Gefährdungsmeldung auszulösen. Diese zusätzliche Filterfunktion durch die Gesundheitsdirektion führte in einem Fall dazu, dass keine Gefährdungsmeldung erfolgen konnte. Auf der schriftlichen Gefährdungsmeldung zuhanden der KESB wurde nach Möglichkeit kurz die familiäre Situation der

gemeldeten Person geschildert. Je nach Fall wurden weitere wichtig erscheinende Informationen zur Patientin oder zum Patienten festgehalten (siehe Kap. 4.2). Eine Kopie des Fragebogens mit dem Einweisungsgrund und nach Möglichkeit eine Kopie des Spital-Austrittberichtes wurde beigelegt. Bei der KESB wurden die Unterlagen um deren Informationen ergänzt (siehe Kap. 4.3.2). Die KESB benutzte dazu den eigenen Fragebogen. Wichtig dabei war die Verknüpfung der Daten der Notfallstationen mit jenen der KESB. Um dies sicherzustellen, verwendeten beide Organisationen pro Patientin respektive pro Patienten dasselbe Kürzel. Dieses bestand aus dem Anfangsbuchstaben des Standortes der meldenden Notfallstation (B für Bülach, L für Limmattal, U für USZ) und wurde ergänzt mit einer Nummer, die pro neuen Fall von den Notfallstationen eröffnet wurde. So konnten die Daten mühelos miteinander verknüpft werden. Zur Gewährleistung der Anonymität der betroffenen Personen wurden die Unterlagen an Dr. Georg Staubli respektive ans Sekretariat der Kinderschutzgruppe gesandt. Dort wurden die Namen und Adressen von den Unterlagen – namentlich von der Gefährdungsmeldung – entfernt. Schliesslich blieben nur die Kürzel, mit denen die Fälle benannt wurden. So konnte die Anonymisierung der Daten sichergestellt werden, bevor sie zur Aufbereitung und Auswertung weitergereicht wurden.

Nach Ablauf der Erhebungsperiode Anfang Mai 2017 wurden die Daten durch die Masterstudentin bei der Kinderschutzgruppe abgeholt. Teils fehlende Daten wurden nachträglich bei den beteiligten Organisationen erfragt und ergänzt.

4.6 Auswertung

Bei der vorliegenden Untersuchung kamen ausschliesslich Verfahren der deskriptiven Statistik zur Anwendung. Dies ergab sich aus zweierlei Gründen: Erstens stellte sich das Sample als zu klein heraus. Gemäss Konvention wird häufig die Mindestanzahl von 30 Fällen angegeben, um inferenzstatistische Verfahren anwenden zu können (Bortz & Schuster, 2010, S. 87). Diese Anzahl wurde in der vorliegenden Erhebung nicht erreicht. Zweitens wurde in drei Organisationen eine Vollerhebung durchgeführt, wobei die Auswahl der Organisationen nicht zufällig erfolgte (siehe Kap 4.1). Verallgemeinerungen und damit die Anwendung inferenzstatistischer Verfahren auf der Basis selbstselektierter Stichproben sind problematisch (siehe Kap. 4.1 und 4.4). Inferenzstatistische Verfahren beruhen grundsätzlich auf der Annahme, dass die zugrunde liegenden Daten repräsentativ sind und damit die Stichprobe zufällig generiert wurde. Demzufolge sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht aussagekräftig genug, um auf ihnen basierend auf alle Patientinnen und Patienten, die sich infolge der bekannten Einweisungsgründe auf einer Notfallstation behandeln liessen, schliessen zu können. Aufgrund dieser Tatsache ist die Generalisierbarkeit der durch die vorliegende Erhebung bereit gestellten Daten nicht möglich beziehungsweise nicht angebracht. Auf die Anwendung inferenzstatistischer Analyseverfahren wurde deshalb verzichtet. Die Stichprobe

wurde ausschliesslich anhand deskriptiver Statistikverfahren beschrieben. Dies diente der Zusammenfassung, Ordnung und übersichtlichen Darstellung der Daten, die es zu interpretieren galt. Die Möglichkeiten zur Beantwortung sowohl der Haupt- als auch der Teilfragestellungen stellten sich aufgrund des kleinen Samples als eingeschränkt heraus. Da die allermeisten relevanten Variablen nominalskaliert waren, wurden hauptsächlich Häufigkeiten untersucht, einige Kreuztabellen zur Darstellung zweier Variablen angewandt oder in einzelnen Fällen der Median bestimmt. Zur Auswertung der Daten wurde die Software Excel verwendet.

Hätte das Sample eine Grösse von mindestens 30 Fällen erreicht, hätten neben deskriptiven Statistikverfahren auch Verfahren der Inferenzstatistik eingesetzt werden können. Diese hätten Aussagen zu einer über die untersuchten Fälle hinausgehenden Grundgesamtheit erlaubt. Dabei hätte weiterhin die Tatsache der nicht zufällig zustande gekommenen Stichprobe mitreflektiert werden müssen. Aufgrund der mehrheitlich nominalskalierten, abhängigen Variablen hätten sich für die vorliegende Untersuchung grundsätzlich zwei Verfahren der Inferenzstatistik angeboten: das (binär) logistische Regressionsverfahren und der Chi-Quadrat-Test. Diese beiden Verfahren werden im Folgenden kurz vorgestellt und erklärt, weshalb sie sich zur Auswertung der Daten geeignet hätten.

Mit dem (binär) logistischen Regressionsverfahren hätte geprüft werden können, ob ein Zusammenhang zwischen einer abhängigen, binären Variable und einer – oder mehreren – unabhängigen Variablen besteht. Voraussetzungen für dieses Verfahren sind erstens, dass die abhängige Variable binär respektive 0-1-codiert ist. Zweitens müssen die unabhängigen Variablen metrisch oder – im Falle kategorialer Variablen – binär codiert werden. Drittens muss für jede Gruppe, die durch kategoriale, unabhängige Variablen gebildet wird, $n \geq 25$ gelten (Universität Zürich, 2016). Eine wichtige abhängige und gleichzeitig binäre Variable der vorliegenden Untersuchung stellt die Variable ‚Fall bereits bekannt bei KESB‘ dar, die nur die beiden Ausprägungen ‚ja‘ oder ‚nein‘ annehmen kann. Diese Variable hätte mit der unabhängigen Variable ‚Einweisungsgrund‘ untersucht werden können. Weiter hätte die Variable ‚Fall bereits bekannt bei KESB‘ mit den Variablen Alter der Patientin/des Patienten, Geschlecht der Patientin/des Patienten, Anzahl Kinder oder Standort Notfallstation nach einem Zusammenhang untersucht werden können. Die Massnahmen und das weitere Vorgehen der KESB hätten nach einem Zusammenhang mit dem Einweisungsgrund überprüft werden können. Interessant wäre je nach Häufigkeit und Auftreten die Untersuchung nach Zusammenhängen bei Fällen, die einer Gefährdungsmeldung durch die Notfallstation nicht zugestimmt hatten. Dabei hätte beispielsweise der Standort der Notfallstation, der Einweisungsgrund, das Alter der Patientin/des Patienten als Korrelationsgrösse genauer angeschaut werden können.

Für weitere inferenzstatistische Analysen hätte der Chi-Quadrat-Verteilungstest angewandt werden können. Damit wird mit Hilfe einer Kreuztabelle die Häufigkeitsverteilung zweier bivariater Variablen

untersucht und die Wahrscheinlichkeit, mit welcher die Verteilung vorliegt, berechnet. Für die Grundgesamtheit gilt dabei die Annahme, dass die Variablen stets gleich verteilt sind (Blanz, 2015, S. 201). Mit dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest hätte weiter überprüft werden können, ob zwei Merkmale unabhängig voneinander auftreten respektive ob gewisse Häufigkeiten in Abhängigkeit zueinander stehen. Für die Anwendung von Chi-Quadrat-Tests wird eine Mindestanzahl von 5 Fällen pro Zelle – das heißt, pro Ausprägung eines Merkmals – vorausgesetzt.

Bei allen oben dargestellten Untersuchungen hätte vorsichtig mit einem allenfalls postulierten Kausalzusammenhang umgegangen respektive dieser immer theoretisch begründet werden müssen. Hätte dies nicht geleistet werden können, hätte stets darauf verwiesen werden müssen, dass es sich bei den Ergebnissen um eine Korrelation, nicht jedoch um einen Kausalzusammenhang handelte.

5 Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden die Erkenntnisse zur Überprüfung und Beantwortung der Fragestellungen dargestellt. Die Ergebnisse werden ausschliesslich auf Ebene der Stichprobe behandelt. Es können keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gemacht werden. Die Gründe hierzu werden in Kapitel 4.6 erläutert. Die Fragestellungen, die in Kapitel 3 ausgeführt wurden, sind hier im Ergebnisteil in zwei Themenblöcke gegliedert: erstens, Einweisungsgründe, Situation und Erhebung auf den Notfallstationen und zweitens, Einschätzung und Entscheide der KESB. Dabei werden die Fragestellungen mit den erhobenen Daten in Verbindung gebracht, veranschaulicht und präzisiert, um sie anschliessend im Kapitel 6.2 in einem breiteren Kontext zu analysieren, zu interpretieren und kritisch zu diskutieren. Die Fragestellungen zur Anwendung von und zum Umgang mit Screenings werden im Kapitel 6.2.4 behandelt.

Die Hauptfragestellung bezieht sich auf die Identifikation und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen. Die Hypothese lautet, dass durch ein Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen mit den Einweisungsgründen Partnerschaftsgewalt, Substanzmissbrauch, Suizidversuch oder schwere, psychische Störung neue Fälle von Kindeswohlgefährdungen erkannt werden, die nicht bereits im Kinderschutzsystem erfasst wurden.

5.1 Einweisungsgründe und Notfallstationen

Nachstehend wird die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellungen zu den Einweisungsgründen und im Zusammenhang mit den Notfallstationen erläutert und dargestellt. Folgende Fragestellungen werden dabei untersucht:

- *Welche Aussagen lassen sich zur Anzahl der gemeldeten Fälle machen?*
- *Gibt es Unterschiede zwischen den Notfallstationen bei der Anzahl Meldungen?*
- *Wie sieht die Stichprobe aus in Bezug auf die Einweisungsgründe respektive die Risikofaktoren häusliche Gewalt, Suizidversuch, Substanzabusus und schwere, psychische Erkrankung?*
- *Können in der Stichprobe Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Einweisungsgrund und Standort der Notfallstation gemacht werden?*
- *Lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Stichprobe feststellen?*
- *Welche Unterschiede bestehen zwischen den Notfallstationen bezüglich der Gesamtzahl der Konsultationen im Erhebungszeitraum?*

Insgesamt wurden in der Erhebungsperiode zwölf Gefährdungsmeldungen durch die drei beteiligten Notfallstationen gemacht. Auslöser für eine entsprechende Meldung war in allen Fällen einer der vier bekannten Einweisungsgründe. Drei Fälle wurden vom Spital Bülach gemeldet, vier Fälle durch die Notfallstation Limmattal entdeckt und fünf Fälle vom USZ gescreent. Während des

Erhebungszeitraumes wurden in den drei Notfallstationen insgesamt 23'696 Patientinnen und Patienten behandelt. Dies zeigt Tabelle 3. Auf 1'975 Konsultationen kam entsprechend eine Gefährdungsmeldung. Vergleicht man die drei Notfallstationen miteinander in Bezug darauf, auf wie viele Konsultationen ein Fall gemeldet wurde, so liegt das Spital Bülach mit 2'551 Konsultationen pro Gefährdungsmeldung über dem Schnitt, während das USZ knapp darunter und das Limmattalspital etwas deutlicher unter dem Schnitt liegt. Bei den unten stehenden Zahlen wurden die Ausschlüsse, die in Kapitel 4.1 genauer beschrieben werden, nicht berücksichtigt.

Notfallstation	Gesamtzahl Konsultationen. Februar - April 2017	Gefährdungsmeldungen. Februar – April 2017
Spital Bülach	7'653 (2'551)	3 (1)
Spital Limmattal	6'683 (1'670)	4 (1)
Universitätsspital Zürich (USZ)	9'360 (1'872)	5 (1)
Total	23'696	12
Durchschnitt	1'975	1

Tabelle 3: Anzahl Fälle pro Notfallstation. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017).

Die Tabelle 4 zeigt die Häufigkeiten der gescreenten Patientinnen und Patienten pro Notfallstation und Einweisungsgrund.

	Partnergewalt	Substanz- abusus	Suizidversuch	Psychische Erkrankung	Gesamt
Spital Bülach	2 ♀	-	1 ♂	-	3
Spital Limmattal	2 ♀	-	1 ♀	1 ♀	4
USZ	1 ♀	3 ♀	1 ♀	-	5
Gesamt	5	3	3	1	12

Tabelle 4: Einweisungsgründe pro Notfallstation.

In der Stichprobe liessen sich elf weibliche Personen ausmachen, ein Patient war männlich. Das Alter der Patientinnen und des Patienten belief sich zwischen 19 und 52 Jahren, wobei die Hälfte der Patientinnen zum Zeitpunkt der Erhebung unter 38 Jahre alt war, die andere Hälfte älter als 38 Jahre. Die Probandinnen und der Proband hatten zwischen einem und drei Kinder unter 18 Jahre. Fünf Mal wurde ein Kind angegeben, vier Mal zwei Kinder und in drei Fällen drei Kinder.

Häusliche Gewalt war mit fünf Fällen häufigster Einweisungsgrund im Rahmen der vorliegenden Studie. In allen drei Notfallstationen wurde diese Diagnose zwischen ein- bis zweimal gestellt. Bei den

Betroffenen handelte es sich ausschliesslich um Frauen. So ebenfalls bei den drei Patientinnen der Studie mit Einweisungsgrund Substanzmissbrauch. Diese wurden alle vom Universitätsspital gemeldet. Suizidversuche waren in der Stichprobe drei zu finden, je eine pro Spital. Der einzige männliche Patient der Stichprobe wurde aufgrund eines Suizidversuches eingewiesen. Eine psychische Störung wurde lediglich einmal diagnostiziert. Teils wurde im Zusammenhang mit Substanzabusus oder Suizidversuch ebenfalls die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt. In diesen Fällen wurde für die Ergebnisdarstellung nur der Einweisungsgrund Suizidversuch respektive Substanzmissbrauch erfasst.

Weitere Fragestellungen zur Stichprobe betrafen das Einverständnis der Eltern bezüglich einer Gefährdungsmeldung und die damit verbundene Entbindung vom Berufsgeheimnis.

- *Welche Aussagen lassen sich über die Entbindung vom Berufsgeheimnis machen?*
- *Gibt es Unterschiede respektive Gemeinsamkeiten bei Eltern, die ihr Einverständnis für eine Meldung verweigern (in Bezug auf Einweisungsgrund, Geschlecht oder Alter der Patientin oder des Patienten, Anzahl der Kinder oder Standort der Notfallstation)?*

In drei Fällen willigten Patientinnen nicht ein, dass aufgrund der Einweisung auf der Notfallstation eine Gefährdungsmeldung ausgelöst wurde. Alle drei Fälle ereigneten sich im USZ. Zweimal war Suizidversuch der Einweisungsgrund, einmal handelte es sich um Substanzmissbrauch. Bei allen drei Fällen wurde ein Gesuch um Berufsgeheimnisentbindung an die Gesundheitsdirektion gestellt. In einem Fall wurde das Gesuch abgelehnt mit der Begründung, dass es keine Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gäbe. Die Schilderungen der Mutter zur Situation ihres Sohnes reichten aus, um die Entbindung vom Berufsgeheimnis und damit die Gefährdungsmeldung zu verhindern (vgl. Kap. 6.2.2). Dabei dürfte das Alter des Kindes (14 Jahre) eine Rolle gespielt haben und die Aussage der Patientin, dass das Kind oft durch den Kindsvater und die Grossmutter betreut werde. Die zwei weiteren Frauen, die sich mit einer Gefährdungsmeldung nicht einverstanden erklärten, waren die jüngsten im Sample (19 respektive 22 Jahre alt). Auch hier wurde je ein Gesuch um Berufsgeheimnisentbindung an die Gesundheitsdirektion gestellt. In diesen beiden Fällen wurde der Antrag stattgegeben, damit eine Gefährdungsmeldung an die KESB erfolgen konnte. Bei der Überprüfung der beiden Fälle durch die KESB stellte sich heraus, dass beide Mütter mit ihren Kindern den Behörden bereits bekannt waren. In einem Fall (Suizidversuch) handelte es sich um eine abgeschlossene Massnahme. Das Kind lebt beim Kindsvater. Im zweiten Fall (Substanzmissbrauch) wurde eine laufende Massnahme festgestellt. Die KESB meldete den durch die Notfallstation gemeldeten Vorfall der zuständigen Beiständin.

Bei sämtlichen anderen Fällen erklärten sich die Patientinnen respektive der Patient einverstanden mit einer Gefährdungsmeldung an die KESB. Dabei fällt auf, dass insbesondere auch jene drei Fälle, die

bisher mit dem Kinderschutzsystem noch nicht in Berührung kamen (siehe Kap. 5.2), ihre Einwilligung gaben.

Mit dem vorliegenden Sample können keine Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Einweisungsgrund und Standort der Notfallstation gemacht werden. Dafür müsste über einen längeren Zeitraum in allen drei Notfallstation die Erhebung weitergeführt werden.

Spezifische Muster oder Zusammenhänge zwischen einzelnen Items im Sample können keine festgestellt werden – mit einer Ausnahme: Die deutliche Mehrheit von weiblichen Probandinnen im Vergleich zu männlichen fällt auf (mehr dazu in Kap. 6.2.5). Ansonsten lassen die Fälle keine typischen, sich wiederholenden Häufigkeiten erkennen. Diese Tatsache dürfte primär am kleinen Sample liegen. Als zweiter Grund gilt es zu bedenken, dass alle drei Notfallstationen mit einer sehr heterogenen Klientel konfrontiert sein dürften (siehe Kap. 1.2.1 und 4.1). Dies könnte ein Grund für die sehr unterschiedlich zusammengesetzten Fälle in Bezug auf Einweisungsgrund, Entscheide respektive Massnahmen der KESB, Standort der KESB, Alter der Patientin oder des Patienten und Anzahl Kinder sein.

5.2 Entscheide der KESB

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den kurzfristigen Einschätzungen und Entscheiden der KESB erläutert und dargestellt. Dabei sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- *Gibt es Unterschiede zwischen den Fällen, die den Behörden bereits bekannt sind und jenen, die durch das Screening neu erkannt wurden?*
- *Wie gestaltet sich die Beurteilung der Fälle respektive der Gefährdungsmeldungen bei der KESB allgemein?*
- *Was lässt sich über Fälle sagen, die bei den KESB als ‚abgeschlossen‘ gelten? (Das heisst, Familien, die den KESB bekannt sind, bei denen einstmals Massnahmen errichtet und schliesslich ‚erfolgreich abgeschlossen‘ wurden.)*
- *Welche Massnahmen und/oder Hilfeleistungen wurden bei den bereits bekannten Familien gesprochen oder empfohlen?*

Nachstehend sind die Fälle gemäss dem Entscheid der KESB dargestellt. Diese Entscheide sind als erste Einschätzung des Falles zu verstehen (siehe Kap. 4.3.2). Die Stichprobe wurde einerseits unterteilt in Fälle, die der KESB bereits bekannt waren und solche, die zuvor noch nicht in Kontakt kamen mit dem Kinderschutzsystem respektive mit der entsprechenden Behörde (KESB). Andererseits wurde unterschieden zwischen Massnahmen, die die KESB bereits zu einem früheren Zeitpunkt initiiert respektive abgeschlossen hatte und dem weiteren Vorgehen, das die KESB aufgrund der Gefährdungsmeldung der Spitäler verfolgte. Letzteres beinhaltete teils bekannte Fälle und sämtliche,

noch nicht bekannten Fälle. Die Tabelle 5 zeigt gewisse Überschneidungen von Massnahmen und Entscheidungen der KESB, wie aufgrund der Meldung durch die Notfallstationen weiter vorgegangen wurde. Aus Gründen der Transparenz sind in der Tabelle 5 alle Informationen, die die KESB bereitstellte, ersichtlich.

		Fälle der KESB bekannt	Fälle nicht bekannt	Alle Fälle
Fälle insgesamt		9	3	12
Massnahmen (bei Fällen, die der KESB bereits bekannt sind)	Laufende Abklärung	1	-	1
	Laufende Massnahme/n	3	-	3
	Abgeschlossene Massnahme/n	3	-	3
Weiteres Vorgehen (bei allen Fällen)	Keine weiteren Schritte nötig	3 (davon 2 Überschneidungen: 1 mit laufender, 1 mit abgeschloss. Massnahme)	2	5 (davon 2 Überschneidungen: 1 mit laufender, 1 mit abgeschloss. Massnahme)
	Empfehlung freiwilliges, niederschwelliges Hilfsangebot	1	0	1
	Vertiefte Abklärung eingeleitet	3 (davon 3 Überschneidungen: 2 mit abgeschloss. Massnahme, 1 mit laufender Abkl.)	1	4 (davon 3 Überschneidungen: 2 mit abgeschloss. Massnahme, 1 mit laufender Abkl.)
	Superprovisorische/vorsorgliche Massnahme	0	0	0

Tabelle 5: Ergebnisse KESB.

In neun von zwölf Fällen war die Familie der KESB bereits vor der Meldung durch die Erwachsenennotfallstation bekannt. Davon wurde bei drei Fällen eine laufende Massnahme im Rahmen des zivilrechtlichen Kinderschutzes, in drei weiteren Fällen eine abgeschlossene Massnahme festgestellt. In einem Fall von Partnerschaftsgewalt war zum Zeitpunkt der Meldung durch die Notfallstation bereits eine Abklärung eingeleitet worden infolge einer Meldung der Polizei. Die Polizei hatte bei dem Vorfall interveniert und routinemässig, weil Kinder im selben Haushalt wohnten, eine Gefährdungsmeldung zuhanden der KESB ausgelöst (vgl. Kap. 1.2.2). In drei Fällen wurde auf weitere Schritte verzichtet, wobei ein Fall bereits über eine Massnahme verfügte, bei einem weiteren Fall wurde eine abgeschlossene Massnahme festgestellt, im dritten Fall bestand keine Massnahme.

Drei der gemeldeten Fälle waren der KESB noch nicht bekannt. Die Einweisungsgründe dieser drei Fälle waren unterschiedlich (Substanzmissbrauch, Suizidversuch, psychische Erkrankung), ebenso unterschieden sich die meldenden Notfallstationen pro Fall. In zwei Fällen waren die betroffenen Personen über 40 Jahre alt und gaben an, drei Kinder zu betreuen. Im dritten Fall war die Patientin 30 Jahre alt und hatte ein Kind. Die KESB entschied nach einer ersten Einschätzung in zwei Fällen, dass keine weiteren Schritte nötig seien. In einem Fall wurde eine vertiefte Abklärung im Rahmen des zivilrechtlichen Kinderschutzes eingeleitet.

Primär zielte das Screening auf Fälle ab wie diese drei oben geschilderten. Aufgrund des kleinen Samples kann jedoch keine abschliessende Antwort auf die Hauptfragestellung gegeben werden, ob mit einem Screening auf Erwachsenennotfallstationen unentdeckte Fälle von Kindeswohlgefährdung aufgedeckt werden können oder nicht. Die den Behörden noch nicht bekannten Fälle stellten den kleineren Teil der Stichprobe dar. In zwei von den drei Fällen konnte gemäss Einschätzung der KESB von keiner Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden, zumindest wurden von Seiten der KESB keine weiteren Schritte in die Wege geleitet. Dies lässt darauf schliessen, dass die Situation der involvierten Kinder stabil ist, obwohl im einen Fall der Vater wegen eines Suizidversuchs, im anderen die Mutter wegen einer psychischen Störung auf der Notfallstation eingeliefert wurde. Im dritten Fall, der der KESB noch nicht bekannt war, leitete die Behörde ein Abklärungsverfahren ein. In diesem Fall wurde die Mutter wegen Substanzmissbrauch auf der Notfallstation eingewiesen. Gemäss Gefährdungsmeldung des Spitals lebten drei Kinder unter 18 Jahre im selben Haushalt der besagten Patientin. Dieser Fall dürfte als einziger unter den insgesamt zwölf Meldungen gelten, der die Hypothese stützt, dass mit einem Screening unentdeckte Kindeswohlgefährdungen erkannt werden können. Dennoch wäre es verfrüht, von diesen wenigen Fällen auf die Grundgesamtheit zu schliessen.

Eine weitere Zielgruppe könnten jene Familien sein, die der KESB zwar bekannt sind, deren Kinderschutzmassnahmen jedoch bereits eine Weile zurück liegen und zum Zeitpunkt der Meldung durch die Notfallstation als abgeschlossen gelten. In immerhin zwei Fällen – einmal mit Einweisungsgrund Partnerschaftsgewalt, einmal mit Suizidversuch – wurde die KESB durch das Screening auf die betroffene Familie aufmerksam und initiierte eine erneute Abklärung des Kindeswohls. In einem weiteren Fall, bei der die KESB eine bereits abgeschlossene Massnahme attestierte, wurden keine weiteren Schritte vorgenommen. So kann insgesamt von drei Fällen berichtet werden, bei denen aufgrund des Screenings möglicherweise Kindeswohlgefährdungen neu identifiziert werden konnten: In einem Fall eine Familie, die bisher noch keinerlei Berührungspunkte hatte mit dem Kinderschutzsystem, in zwei Fällen solche, deren Massnahmen als abgeschlossen galten.

In keinem der von den Notfallstationen gemeldeten Fälle wurde im Anschluss durch die KESB eine vorsorgliche respektive superprovisorische Massnahme gesprochen. Daher kann davon ausgegangen

werden, dass in keinem der Fälle der Stichprobe vor kurzem schwere Misshandlungen stattgefunden hatten respektive eine akute Kindeswohlgefährdung als sehr wahrscheinlich eingestuft wurde (vgl. Kap. 4.3.2).

Eine weitere Fragestellung betreffend der Entscheide der KESB ist die folgende:

- *Können in der Stichprobe Zusammenhänge zwischen Einweisungsgrund und kurzfristigem Entscheid der KESB erkannt werden?*

	Häusliche Gewalt	Substanzabusus	Suizidversuch	Psych. Erkrankung
Keine weiteren Schritte	1	0	2 (davon 1 neuer Fall)	1 (neuer Fall)
Empfehlung niederschwelliges Hilfsangebot	1	0	0	0
Vertiefte Abklärung	2	1 (neuer Fall)	1	0
Laufende Massnahme/n	1	2	0	0
Abgeschlossene Massnahme/n	(1) Fall wird erneut abgeklärt	0	(1) Fall wird erneut abgeklärt	0
Superprovisorische/vorsorgliche Massnahme	0	0	0	0
Total	5	3	3	1

Tabelle 6: Einweisungsgrund und Entscheid der KESB.

Die Tabelle 6 zeigt die vier Einweisungsgründe und welche Massnahmen zum Zeitpunkt der Erhebung bei der KESB bereits bestanden respektive wie die KESB das weitere Vorgehen gestaltete. Im Fall von häuslicher Gewalt lässt sich beinahe die ganze Bandbreite an Einschätzungen der Situation erkennen. So wurden Entscheide getroffen wie ‚keine weiteren Schritte notwendig‘ und ‚Anregung für niederschwelliges, freiwilliges Hilfsangebot‘. Diese beiden Einschätzungen der KESB lassen darauf schliessen, dass eher nicht von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden kann. Weiter wurden durch die Erwachsenennotfallstationen Fälle von Partnergewalt entdeckt, die gemäss Einschätzung der KESB einer vertieften Abklärung bedürfen. Einmal wurde eine laufende Massnahme berichtet. Beim Einweisungsgrund Substanzabusus zeichnete sich ein etwas anderes Bild. Von den insgesamt drei Fällen wurden zweimal Patientinnen gescreent, die (oder deren Kinder) bereits über laufende Schutzmassnahmen verfügten. Ein Fall wurde neu identifiziert. Im Anschluss an die Gefährdungsmeldung durch die Notfallstation wurde ein Abklärungsverfahren ausgelöst. In allen

Fällen in der Stichprobe mit dem Einweisungsgrund Substanzmissbrauch kann somit von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden, respektive es wurde einstmals eine Gefährdung festgestellt, die dann zur Errichtung einer Massnahme geführt hatte. Die drei Fälle mit dem Einweisungsgrund Suizidversuch wurden von der KESB unterschiedlich beurteilt. In zwei betroffenen Familien wurde das Kindeswohl als gewährleistet eingestuft. Es waren somit keine weiteren Schritte notwendig, um die Eltern oder Kinder zu unterstützen. Im dritten Fall stellte die KESB eine abgeschlossene Massnahme fest. Aufgrund der Meldung durch das Spital wurde erneut eine Abklärung in die Wege geleitet. In diesem Fall ist eine Kindeswohlgefährdung wahrscheinlich. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Fall von psychischer Erkrankung entdeckt. Es handelte sich dabei um eine Familie, die der KESB noch nicht bekannt war. Nach erster Einschätzung wurde keine Gefährdung des Kindeswohls festgestellt und daher keine weiteren Schritte als notwendig empfunden.

Grundsätzlich muss auch hier betont werden, dass angesichts der kleinen Stichprobe keine der obigen Aussagen verallgemeinert werden können. Es konnten keine Regelmässigkeiten oder Zusammenhänge zwischen Einweisungsgrund und Entscheid der KESB aufgrund der erhobenen Daten festgestellt werden.

6 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden im Diskussionsteil theoriegestützt interpretiert. Es wird nochmals entlang der Fragestellungen überprüft, welche Gültigkeit respektive Reichweite die Erkenntnisse haben. Es soll eine möglichst kontroverse Diskussion der Ergebnisse dargestellt werden. Folgende Unterkapitel strukturieren diese: Einweisungsgründe und Notfallstationen, Berufsgeheimnis und Einwilligung Gefährdungsmeldung, Entscheide der KESB, Screening und Früherkennung, gendersensibler Blick auf die Ergebnisse. Abschliessend wird ein Fazit gezogen und im Ausblick Themen und Fragestellungen für weiterführende Forschung angedacht.

Damit die Ergebnisse weder unter- noch überbewertet werden, wird zu Beginn die methodische Vorgehensweise nochmals rekapituliert und kritisch reflektiert. Diese Kritik, methodisch und inhaltlich, bildet den Einstieg in die Diskussion der oben aufgeführten Themen.

6.1 Methoden- und weitere Kritik

Die Methoden- und allgemeine Kritik beinhalten die kritische Reflexion des Forschungsdesigns, der Methode, der Vorgehensweise der Erhebung und des Inhalts respektive der Auswahl der Literatur.

Grundlegend muss kritisiert werden, dass im Vorfeld nicht eingehender recherchiert und abgeklärt wurde, mit wie vielen Fällen in der definierten Erhebungsperiode gerechnet werden kann. Dabei hätte insbesondere die Gesamtzahl der Konsultationen in den untersuchten Notfallstationen des Hague Protocols zu Rate gezogen werden können und mit der Gesamtzahl der Konsultationen der drei involvierten Schweizer Notfallstationen verglichen werden können. Bei sorgfältiger Analyse der Zahlen wäre ersichtlich geworden, dass die geplanten drei Monate Erhebung in den drei Spitälern mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht jene Anzahl Fälle hervorbringen würde, die der Konvention für inferenzstatistische Auswertungen genüge – sprich mindestens dreissig Fälle (Bortz & Schuster, 2010, S. 87). So hätte im Vorfeld bereits entschieden werden können, ob entweder mehr als drei Notfallstationen für die Pilotstudie hätten gewonnen werden wollen oder ob die Erhebungsperiode auf eine Dauer ausgedehnt werden konnte, die genügend Fälle versprechen würde. Mit dem ersten Erhebungsjahr des Hague Protocols als Referenz wären mindestens sieben, besser noch 9-12 Monate Erhebungszeit erforderlich gewesen, um ein aussagekräftiges Sample zu erhalten.

Allgemein wäre von Vorteil gewesen, über 12 Monate hinweg in den Notfallstationen erheben zu können. So hätten mögliche saisonale Schwankungen in Bezug auf Ferien oder Jahreszeit, aber auch mediale Ereignisse, die einen Einfluss auf die Risikofaktoren respektive deren Häufigkeit auf den Notfallstationen haben könnten, besser abgedeckt werden können. Dies hätte allerdings eine bedeutend längere Vorlaufzeit benötigt und hätte im Rahmen einer Masterarbeit zu Problemen mit dem Fahrplan der Hochschule geführt. Weiter müsste bei einer weiteren Untersuchung darauf

geachtet werden, dass Notfallstationen in unterschiedlichen Regionen der Schweiz untersucht werden. So könnten allfällige kantonale, (sprach-)regionale oder Unterschiede in Bezug auf Stadt/Land einerseits ausgeglichen, andererseits verglichen werden. Ein spezielles Augenmerk wäre dabei auf den Umgang mit dem Berufsgeheimnis zu legen, das nicht in allen Kantonen der Schweiz gesetzlich einheitlich geregelt ist und daher unterschiedlich gehandhabt wird.

Weiter muss das Zustandekommen der vorliegenden Stichprobe kritisiert werden. Es handelt sich hierbei um eine Gelegenheitsstichprobe, die sich Interessen geleitet ergab. Dabei kann die Gefahr bestehen, dass sich nur gewisse Notfallstationen melden, die sich von den anderen allenfalls unterscheiden. So könnte in Notfallstationen, die nicht zufällig für die Teilnahme ausgewählt wurden, bereits mehr (oder auch weniger) Sensibilisierung vorhanden sein in Bezug auf die Thematik Kinderschutz und Risikofaktoren. Weiter könnte das Berufsgeheimnis einen anderen Stellenwert einnehmen, persönliche Betroffenheit vorliegend sein, eine Affinität zu Screening-Instrumenten entscheidend sein, ein gewisses Image verfolgt werden wollen oder Interessenskonflikte eine Rolle spielen. All diese Gründe könnten zu Verzerrungen in der Stichprobe führen, weshalb streng genommen nur bei Zufallsstichproben die Methoden der induktiven Statistik anwendbar sind und damit Verallgemeinerungen der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit erlauben.

Eine weitere Kritik betrifft die Schulung des medizinischen Personals auf den Notfallstationen. Diese müsste einheitlicher stattfinden, sprich in jedem Spital von derselben Person mit derselben Präsentation durchgeführt werden. Hierbei müsste vermehrt auf das Berufsgeheimnis eingegangen werden. Die Einwilligung zur Gefährdungsmeldung durch die Eltern müsste stärker thematisiert werden, um das medizinische Personal auf die Problematik zu sensibilisieren. So könnten Unsicherheiten beseitigt werden. Diesbezüglich positiv zu werten war die Anwesenheit von mindestens einem Behördenmitglied der KESB an jeder Schulung. Dieses stand für Fragen zur Verfügung.

Auf die Items des KESB-Fragebogens müsste in einer weiteren Untersuchung stärker eingegangen werden. Da schweizweit bisher kein standardisiertes Abklärungsinstrument vorliegt, müsste die Frage durchleuchtet werden, wie die einzelnen KESB zu ihren Einschätzungen – bezüglich Kindeswohlgefährdung und bezüglich weiterer Schritte, die in die Wege geleitet werden – kommen und inwiefern diese Entscheide zwischen den KESB vergleichbar und somit für eine Studie als valide einzustufen sind.

Trotz der vielen Kritikpunkte gilt es zu bedenken, dass die vorliegende Arbeit von Beginn weg als Pretests respektive Pilotstudie konzipiert war. In diesem Rahmen erhofft sie sich doch einen bescheidenen Beitrag leisten zu können, der in allfällige, weiterführende Untersuchungen einfließen und zu einer qualitativ aussagekräftigen Arbeit beitragen kann.

Eine grosse Herausforderung stellte die Auswahl der Literatur dar. Zu den meisten Themen der vorliegenden Arbeit liessen sich unzählige (Standard-)Werke, Publikationen, Literatur und Studien finden. Gegen Ende der Erhebung zeigte sich, dass die Zahlen zu klein waren, um aussagekräftige Daten zu erhalten. Dies hatte zur Folge, dass sich erneut eine Vertiefung in die Literatur aufdrängte, um dennoch einen Diskussionsteil erstellen zu können, der eine gewisse Relevanz ausweisen konnte. Dies führte teils dazu, dass die Übersicht und Stringenz darunter litt. Ob zu guter Letzt dennoch die eine oder andere anregende Diskussion zustande kommen konnte, dies sei der Leserin respektive dem Leser zu beurteilen überlassen.

6.2 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse werden bewusst breit gehalten. Wie bereits mehrfach erwähnt, hat das kleine Sample zur Folge, dass keinerlei Aussagen verallgemeinert werden können. Daraus resultiert eine Diskussion, die vermehrt Bezug nimmt auf die im Theorieteil erläuterten Inhalte und die die Fragestellungen eher anhand bereits bekannter Forschung analysiert als aufgrund der im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten. Zudem wird grundsätzlich auf die geringe Anzahl Fälle eingegangen.

6.2.1 Einweisungsgründe und Notfallstationen

Im Vergleich zur Gesamtzahl der Konsultationen pro Notfallstation erstaunte die geringe Anzahl Fälle, die die Einschlusskriterien für die Studie erfüllten. Dabei stellte sich die Frage, weshalb so wenige der Betroffenen mit Einweisungsgrund häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch, Suizidversuch oder psychische Erkrankung in den Notfallstationen Eltern sind³. Aufgrund der vorliegenden Empirie kann auf diese Frage keine abschliessende Antwort gefunden werden. Es können jedoch theoriegestützt und basierend auf weiteren Studien einige Annahmen formuliert werden. Dazu sind die Einweisungsgründe gesondert zu betrachten.

Im Falle von häuslicher Gewalt dürfte ein Grund die starke Abhängigkeit – sei diese emotionaler oder finanzieller Art – der zumeist weiblichen Betroffenen von ihren Partnern sein (Mayer, 2010, S. 59). Nach einem Gewaltvorfall braucht es Überwindung, sich an eine Stelle oder Institution zu wenden. In

³ Gemäss persönlicher Mitteilung (Mail vom 22. März 2017) von Frau Dr. Doris Eis, Oberärztin am Institut für Notfallmedizin am USZ, wurden in den Monaten Januar bis Juni 2016 rund 290 Fälle von Substanzabusus (zum Teil im Rahmen von Suizidversuchen) und neun Fälle von häuslicher Gewalt auf der Notfallstation des USZ eingewiesen. Dies entspräche circa 50 potenziellen Fällen pro Monat (sprich Patientinnen und Patienten ohne Kinder miteingeschlossen). Während den drei Erhebungsmonaten Februar bis April 2017 meldete das USZ – inklusive den Ausschlüssen, die in Kap. 4.1 beschrieben werden – sieben Fälle. Dies entspricht knapp 5% aller Fälle mit den oben genannten Einweisungsgründen. Dabei sind jedoch nicht alle Suizidversuche und psychischen Erkrankungen berücksichtigt, die in dieser Zeit in der Notfallstation des USZ behandelt wurden.

einer Studie aus dem Jahre 2004, wo 1772 Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli zu Gewalterfahrungen und daraus resultierenden, gesundheitlichen Auswirkungen befragt wurden, wurden unter anderem die Hindernisse für die Nutzung institutioneller Hilfe untersucht. Als häufigster Grund stellte sich heraus, dass betroffene Frauen professionelle Unterstützung nicht für nötig hielten (43%). Dabei könnte eine Rolle spielen, dass viele Frauen nicht (mehr) wahrnehmen, wie gravierend die Gewalt eigentlich ist (Truninger, 2010, S. 189). Weitere Gründe sind moralische Bedenken wie Scham oder Schuld (21%) oder mangelnde Angebotskenntnisse (14%), die Frauen daran hindern, sich im Falle von Partnergewalt Hilfe zu holen (Gloor & Meier, 2004b, S. 50f). Bei derselben Untersuchung wurden die Frauen nach der tatsächlich in Anspruch genommenen, institutionellen Hilfe befragt. Dabei gaben lediglich knapp 7% der betroffenen Frauen an, dass sie eine Notfallstation oder ein Spital aufgesucht haben nach einer Gewalteinwirkung. Bei den mit stärkerem Ausmass Betroffenen sind es immerhin 10%, die sich an eine Notfallstation oder an einen Spital wenden. Wie viele von diesen Frauen Kinder haben, ist aus der Studie nicht ersichtlich. Jedoch wird ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und der Gewaltbetroffenheit attestiert. Mütter, deren Kinder älter als vier Jahre sind, gaben deutlich häufiger an, stärkeres Ausmass an Gewalt zu erleben oder erlebt zu haben (Gloor & Meier, 2004b, S. 33). Ob und welche Hilfe diese Frauen aufsuchten, ist aus der Studie nicht zu erkennen. Grundsätzlich kann gefolgert werden, dass grosse Hürden bestehen für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen, eine Notfallstation – oder ganz allgemein professionelle Hilfe – aufzusuchen. Gloor und Meier (2004a) machen dabei deutlich, dass auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte eine Zurückhaltung besteht, wenn es um das Thematisieren von Partnergewalt geht. Bei einer grossen Anzahl der Betroffenen wurde das Problem gar nicht angesprochen (30%) oder die betroffenen Frauen selbst gaben keine Auskunft auf die entsprechenden Fragen (10%). Verantwortlich für die geringe Anzahl der gescreenten Frauen auf den Notfallstationen könnten auch strukturelle Gründe in den Spitälern sein, die dazu führen, dass Betroffene von Partnergewalt nicht als solche erkannt werden. Truninger (2010) nennt dabei Zeitnot, hohe Arbeitsbelastung und der relativ geringe Stellenwert von psychosomatischen und psychosozialen Ansätzen (S. 188). Individuelle Gründe können ebenfalls eine Rolle spielen, wie mangelndes Wissen der medizinischen Fachkräfte über und fehlende Sensibilität für die Problematik Partnerschaftsgewalt, ihre Hintergründe und Ursachen. Truninger hält zudem die Angst vieler Gesundheitsfachpersonen davor fest, Gewalt anzusprechen, da Hemmungen bestehen, die Privatsphäre der Patientin zu verletzen (S. 188). Hinzu kommt oft eine Überforderung und Hilflosigkeit angesichts dessen, was kommen könnte, wenn nach Gewalt in der Partnerschaft gefragt würde (Truninger, 2010, S. 189). Dabei ist eine proaktive Rolle von Seiten des medizinischen Personals unumgänglich, da viele Frauen nicht von sich aus von ihren Erlebnissen berichten oder der Verletzungsgrund sogar aktiv verschleiern (Fausch & Wechlin, 2010, S. 200). Dies zeigt, wie stark häusliche Gewalt tabuisiert ist. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl identifizierter, von Gewalt

betroffener Frauen könnte auch die Schwere der körperlichen und/oder psychischen Verletzungen sein. Nach einer schweren Gewalttat durch den Partner kann davon ausgegangen werden, dass sich viele Frauen in einem Schockzustand befinden, der zum Zeitpunkt der Diagnosestellung auf der Notfallstation keine Befragung zur familiären Situation zulässt. Unter Einbezug aller oben ausgeführten Erklärungsversuche wird klar, dass die (offiziellen) Zahlen von Partnergewalt betroffenen Frauen, die in Notfallstationen auftauchen, nur einen Ausschnitt der Realität abbilden dürften.

Beim Einweisungsgrund Substanzabusus kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere Fälle von Missbrauch auf der Notfallstation eingewiesen werden, bei denen schwerwiegende, akute Symptome aufgrund des Konsums aufgetreten sind (Simons, 2014). Eine Schwierigkeit in Bezug auf das Screening von stark intoxikierten Patientinnen und Patienten stellt die Befragung selbst dar. Ob eine aufgrund von Substanzmissbrauch eingewiesene Person über ihre familiäre Situation Auskunft geben kann, hängt vom momentanen Zustand respektive von der körperlichen und psychischen Verfassung der betroffenen Person ab und ob die Patientin respektive der Patient grundsätzlich ansprechbar ist. In der Stichprobe fällt auf, dass die Diagnose Substanzabusus möglicherweise in Zusammenhang mit dem Standort der Notfallstation steht. Ob dies allgemeine Gültigkeit hat, lässt sich aber aufgrund der vorliegenden Daten nicht sagen. Es kann hingegen festgehalten werden, dass Substanzmissbrauch in den Notfallstationen häufig im Zusammenhang mit weiteren Verletzungen, Suizidversuch und/oder psychischen Auffälligkeiten auftritt.

Im Falle von Suizidversuch ist das medizinische Personal mit einer anspruchsvollen Situation konfrontiert. Guptill (2011) beschreibt die unmittelbare Zeit nach einem Suizidversuch als höchst labil für die Patientin oder den Patienten, die oft geprägt ist von Frustration bezüglich des missglückten Suizidversuches und einer allgemeinen Unzufriedenheit und Verzweiflung den Lebensumständen gegenüber (S. 163). Meist müssen die Betroffenen nach einem entsprechenden Vorfall vorerst medikamentös stabilisiert werden. Der Fokus des Notfallpersonals liegt primär auf den physischen Verletzungen, wobei die psychische Verfassung der Patientin oder des Patienten nur eine minimale Aufmerksamkeit erhält (S. 163). Psychologisch ausgebildetes Personal ist auf den Notfallstationen wenig anzutreffen. Die Zahlen der Stichprobe zeigen, dass Suizidversuch als Einweisungsgrund in allen drei Spitälern vorkam wird. Guptill stellt fest, dass Pflegefachpersonen wenig geschult werden, wie mit Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch über die medizinischen Bedürfnisse hinaus umgegangen werden kann (S. 163). So bestehe eine Unsicherheit seitens des Personals, die sich auch auf die Befragung nach Kindern auswirken und das Vorschlagen einer Gefährdungsmeldung erschweren dürfte. Auch beim Einweisungsgrund Suizidversuch wurden vermehrt Mehrfachproblematiken respektive kombinierte Diagnosen konstatiert, wie beispielsweise in Kombination mit einer psychischen Störung oder mit Substanzmissbrauch. Diese Fälle zeigen deutlich, dass die Situation für betroffene Kinder geprägt ist von vielschichtigen Problematiken. Dem

widerspricht, dass immerhin in einem Fall der Stichprobe nach einem Suizidversuch gemäss Einschätzung der KESB keine weiteren Schritte notwendig waren, um die Familie zu unterstützen. Um hierzu weitere Aussagen machen zu können, wären zusätzliche Hintergrundinformationen zur Situation der Familie erforderlich.

Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung stellen grundsätzlich nur eine kleine Gruppe des Klientels auf Notfallstationen dar. Dass in der vorliegenden Untersuchung die Diagnose einer psychischen Erkrankung untervertreten ist, dürfte an der Tatsache liegen, dass auf allgemeinen Notfallstationen nur bedingt psychisch Erkrankte eingewiesen werden. Analog zu Personen nach einem Suizidversuch kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgung auf den Notfallstationen nicht primär ausgerichtet ist auf Erkrankungen mit psychischer Ursache. Da die Stichprobe dies bestätigt, müsste in Bezug auf das Screening gefragt werden, wo Eltern mit psychischer Krankheit identifiziert werden könnten. In erster Linie dürften dies psychiatrische Institutionen, Beratungsstellen mit spezifischem Angebot für psychisch Erkrankte, Kriseninterventionszentren im Bereich psychischer Krankheit oder auch Praxen von Psychologinnen und Psychologen sein. Hier zeigt sich, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit und Sensibilität in Bezug auf Kindeschutzthemen unumgänglich sind (vgl. Kap. 2.3.3). Eine noch grössere Rolle dürfte das Berufsgeheimnis darstellen. Basiert die Behandlung von psychisch Erkrankten mindestens ebenso stark wie auf den Notfallstationen auf dem Grundsatz, dass sie in Anspruch genommen werden kann, ohne dabei die Herausgabe von Informationen zur Patientin oder zum Patienten zu befürchten. Dies schliesst eine Meldung an die KESB durch die behandelnde oder beratende Person grundsätzlich aus – ausser eine Einwilligung seitens der Eltern liegt vor. Wie psychisch Erkrankte damit umgehen, kann aufgrund der vorliegenden Stichprobe nicht gesagt werden. Der Hilfeansatz müsste daher zwingend in Richtung Kooperation mit den Eltern gehen, um beispielsweise die ganze Familie in eine Therapie miteinzubinden. Lenz (2012) betont, dass viele psychisch erkrankte Eltern in Sorge über die Entwicklung ihrer Kinder sind und sich Hilfen wie allgemeine Unterstützung in der Erziehung und Betreuung wünschen (S. 38). Viele betroffene Eltern wissen indes nicht, dass und ob sie Hilfen für sich und ihre Kinder in Anspruch nehmen können. Oft besteht eine grosse Unwissenheit zu den Angeboten, insbesondere bei Eltern mit Migrationshintergrund (S. 39). Lenz macht weiter darauf aufmerksam, dass die Frage nach vorhandenen Kindern bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten respektive Therapeutinnen und Therapeuten keine Selbstverständlichkeit sei (S. 39). Dies legt nahe, dass die Identifizierung von Kindeswohlgefährdungen über solche Ansätze respektive die Sensibilisierung in diesem Bereich noch sehr unzureichend sind. Dabei kann – so Lenz weiter – das Fragen nach Kindern bei psychisch erkrankten Eltern sich in zweierlei Hinsicht als positiv herausstellen. Einerseits erleben Betroffene das angestossene Gespräch über Familie und Kinder grundsätzlich als Entlastung, andererseits kann dadurch der Weg zur Inanspruchnahme von Hilfen für die Kinder geebnet werden (S. 41). Lenz weist

darauf hin, dass sich dabei die Kooperation mit Mitarbeitenden von Erziehungsberatungsstellen bewährt habe, weil dadurch die Hemmschwelle der Betroffenen sinke, von entsprechenden Hilfsangeboten Gebrauch zu machen (S. 47).

Es lohnt sich ein kurzer Blick auf die Zahlen des Hague Protocols, wobei ein eingehender Vergleich der beiden Studien den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Auf insgesamt 23'700 Konsultationen in den drei Schweizer Notfallstationen wurden 15 Fälle entdeckt. 12 davon konnten in die Studie eingeschlossen werden. Hoch gerechnet auf 100'000 Konsultationen ergäbe dies 63 Fälle inklusive Ausschlüsse respektive 51 Fälle, wenn die Ausschlüsse nicht mitgerechnet werden. Im Hague Protocol wurden im ersten Erhebungsjahr 48.5 Meldungen verzeichnet auf 100'000 Konsultationen. Im Durchschnitt der vier Jahre Erhebungszeit 2008-2011 nach der Implementierung des Protokolls waren es 63.9 Meldungen auf 100'000 Konsultationen. Dies zeigt, dass die Zahlen der vorliegenden Untersuchung durchaus mit den Ergebnissen aus den Niederlanden vergleichbar sind (vgl. Tabelle 7).

	Anzahl Konsultationen	Anzahl Fälle
Erhobene Fälle aller Notfallstationen (Februar – April 2017)	23'696	12
Alle erhobenen Fälle inkl. Ausschlüsse		15
Durchschnitt Konsultationen pro Fall	1'975	1
Hochrechnung	100'000	51
Hochrechnung inkl. Ausschlüsse	100'000	63
Im Vergleich: Hague Protocol 2008 - 2011	100'000	48 – 80 Ø 63.9

Tabelle 7: Hochrechnung und durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Fall. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017). Diderich et al. (2013).

Die Frage bleibt, wie mehr Eltern erreicht werden können, die belastet sind durch Partnergewalt, Substanzmissbrauch, Suizidalität oder schwere, psychische Probleme, damit bei Bedarf Unterstützung und Hilfe für die Familie angeboten werden können.

6.2.2 Berufsgeheimnis und Einwilligung Gefährdungsmeldung

Immerhin drei Fälle in der Stichprobe haben sich mit einer Gefährdungsmeldung aufgrund ihrer Einweisung auf der Notfallstation nicht einverstanden erklärt. Die Gründe dafür sind nicht rekonstruierbar. Alle drei Fälle liessen sich auf der Notfallstation des USZ behandeln. Da zwei Fälle infolge eines Suizidversuches und ein Fall wegen Substanzmissbrauchs eingewiesen wurden, stellt sich die Frage, ob der Standort des Spitals oder der Einweisungsgrund einen Einfluss darauf haben könnte, dass Patientinnen oder Patienten nach einem entsprechenden Vorfall eine Gefährdungsmeldung verweigern. Auch hier bleibt die Aussagekraft minimiert, weil nicht genügend Fälle miteinander

verglichen werden können. Dennoch lässt sich dieses Ergebnis der Stichprobe ansatzweise diskutieren. Dass sich Patientinnen nach einem Suizidversuch in einem sehr labilen und schwierigen Zustand befinden, ist unbestritten (Guptill, 2011, S. 163). Der Umgang mit Betroffenen ist ohnehin anspruchsvoll und das medizinische Personal wenig in psychologischen Belangen geschult (siehe Kap. 6.2.1). Die Patientin oder den Patienten in einer solchen Phase auf allenfalls vorhandene Kinder und auf die familiäre Situation anzusprechen, stellt eine grosse Herausforderung dar. Ob der Einweisungsgrund tatsächlich einen Einfluss auf die Einwilligung der Eltern bezüglich Gefährdungsmeldung hat, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Um betroffene Patientinnen und Patienten adäquat auf eine Gefährdungsmeldung aufgrund der Einweisung im Spital anzusprechen, ist eine empathische Kommunikationsform erforderlich. Es ist anzunehmen, dass dies in der Hektik des Notfallalltags nicht stets verfügbar ist. Dabei dürfte auch eine Rolle spielen, dass das medizinische Personal vorgängig nicht auf diese Gespräche vorbereitet wurde. Die Wortwahl und die Art und Weise, wie kommuniziert wird, verrät viel über allfällige Unsicherheiten in Bezug auf das Gespräch oder auch über eigene Haltungen gegenüber einer solchen Gefährdungsmeldung. Ein weiterer Faktor kann die Kultur des Spitales sein bezüglich des Berufsgeheimnisses. Obwohl die gesetzliche Grundlage für alle Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich dieselbe ist, können unterschiedliche Gewichtungen bestehen bezüglich der beiden Grundsätze Berufsgeheimnis und Kinderschutz. Weiter dürfte von Bedeutung sein, welche Informationen eine Patientin oder ein Patient zur geplanten Gefährdungsmeldung erhält. Dies wurde vorgängig für die Pilotstudie nur rudimentär besprochen: ein Informationsblatt von der KESB wurde jeweils an die Patientin oder den Patienten ausgehändigt (siehe Anhang 3). Einen Einfluss dürfte ebenfalls haben, ob und welche Erfahrungen die Eltern bereits gemacht haben mit der KESB oder dem Kinderschutzsystem im Allgemeinen. Hier können auch mediale Ereignisse hineinspielen wie beispielsweise negative Berichterstattung über die KESB. Solche Mediennachrichten können Eltern veranlassen, einer Gefährdungsmeldung eher abneigend gegenüber zu stehen. Grundsätzlich ist es allerdings schwierig, dazu im Nachhinein eine allgemeingültige Aussage im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu machen. Dazu fehlen überprüfbare Hintergrundinformationen.

All diese Gründe sind nicht zu unterschätzen und können die Patientin oder den Patienten in ihrer Entscheidung beeinflussen oder gar bestärken, sich einer Meldung zu widersetzen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Eltern einer Gefährdungsmeldung eher zustimmen, wenn in einer Form kommuniziert wird, wo sich die Eltern ernst genommen fühlen und gleichzeitig transparent informiert wird, sodass die Verunsicherung der Eltern auf ein Minimum reduziert wird.

Trotzdem lässt sich eine Verweigerung durch die Eltern nie ganz ausschliessen, womit die Gesundheitsdirektion ins Blickfeld rückt. In der vorliegenden Arbeit hat die Gesundheitsdirektion

zweimal eine Entbindung vom Berufsgeheimnis gewährt, während sie einmal das Gesuch ablehnte. Dies zeigt, dass die Gesundheitsdirektion über einen Ermessensspielraum verfügt, der nicht zu unterschätzen ist. Die Begründung, weshalb das Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis abgelehnt wurde, lautete, dass im konkreten Fall nicht von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden kann. Welche Informationen der Gesundheitsdirektion vorlagen, um auf diese Einschätzung zu kommen, ist unklar. Zumindest lässt diese Begründung darauf schliessen, dass die Gesundheitsdirektion einerseits Kenntnisse zum Fall erhalten hat und sich andererseits aufgrund dieser Informationen ein Urteil zur Situation der Familie machte und dies als Grundlage zur Ablehnung des Gesuchs verwendete. Dass die Beurteilung des Kindeswohls eine höchst komplexe Aufgabe ist, wird im Kapitel 2.4 eingehend diskutiert. Insbesondere der interdisziplinäre Austausch wird als Voraussetzung für eine umfassende Einschätzung des Kindeswohls angeschaut. Die Gesundheitsdirektion ist weder ein auf Kindeswohl noch ein auf Kinderschutz spezialisiertes Gremium. Dass sie sich dennoch eine Einschätzung wie im beschriebenen Fall erlaubt, muss kritisch hinterfragt werden. Von Gesetzes wegen sind die KESB beauftragt, Abklärungsverfahren zu Kindeswohlgefährdungen anzuordnen und anschliessend aufgrund der Ergebnisse zu beurteilen, ob und inwiefern das Kindeswohl im konkreten Fall gefährdet ist (vgl. Kap. 2.3 und 2.4). Dennoch lässt sich mit den gegebenen gesetzlichen Regelungen und in Bezug auf die Ziele der vorliegenden Untersuchung die Gesundheitsdirektion nicht umgehen. Die Filterfunktion durch die Gesundheitsdirektion hat dabei zweierlei Gesichter. Zum einen muss als problematisch angeschaut werden, wenn sie sich in Kinderschutzfragen einmischt. Zum anderen ist eine Instanz, die sich mit den Schwierigkeiten und Problematiken rund um das Berufsgeheimnis auseinandersetzt, unumgänglich. Letzten Endes geht es um die Gewichtung und Wertung von zwei grundlegenden Einrichtungen unseres demokratischen Rechtssystems: Kinderschutz versus Schutz der Privatsphäre. Das Dilemma zwischen diesen beiden Grundrechten lässt sich nicht aus dem Weg räumen.

Eine Lockerung des Berufsgeheimnisses zu Gunsten eines breiteren Kinderschutzes ist stark umstritten, wie im Kapitel 1.2.2 genauer ausgeführt wird. Insbesondere in Bereichen, wo die Arbeit wesentlich auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Klientin oder Klient, Patientin oder Patient und Therapeutin, Arzt, Psychiaterin oder Psychologe – um nur einige Beispiele zu nennen – aufbaut, ist ein Loyalitätskonflikt vorprogrammiert, wenn gefährdete oder potenziell gefährdete Kinder involviert sind. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Problematik in den Notfallstationen in eher geringerem Ausmass zeigt, weil das dort tätige Personal nicht in vergleichbarer Beziehung steht zu den Patientinnen und Patienten. Die Hemmschwelle, eine Gefährdungsmeldung auszulösen respektive ein Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis zwecks Meldung zu stellen, dürfte entsprechend kleiner sein, weil nicht der Verlust eines Vertrauensverhältnisses zum Patienten oder zur Patientin auf dem Spiel steht – oder zumindest nur in vermindertem Ausmass.

6.2.3 Entscheide der KESB

Die Zahlen der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die meisten Familien, die im Rahmen des Screenings identifiziert wurden, den Behörden bereits bekannt waren. Das bestätigt einerseits, dass Familien mit den bekannten Problematiken Unterstützungsbedarf in Bezug auf ihre Kinder aufweisen. Denn diejenigen Eltern, die bereits über Schutzmassnahmen für ihre Kinder und/oder für sich selbst verfügen, müssten bereits zu einem früherem Zeitpunkt in irgendeiner Weise auf sich aufmerksam gemacht haben, damit die Situation abgeklärt und schliesslich eine Massnahme durch die KESB installiert werden konnte. Ob dies allerdings aufgrund der Problematik, die zur Einweisung auf der Notfallstation führte, geschah, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Andererseits zeigt dies auch, dass die Kinderschutzbehörden über diverse andere Kanäle zu ihren Gefährdungsmeldungen kommen. So sind beispielsweise bei der KESB Stadt Zürich im Jahr 2016 insgesamt 2066 Meldungen im Kinderschutz eingegangen (KESB Stadt Zürich, 2017). Gut ein Drittel – namentlich 744 Meldungen – stammte von der Polizei. Die Mehrheit dieser Meldungen durch die Polizei dürfte nach Vorkommnissen häuslicher Gewalt ausgelöst worden sein (persönliche Kommunikation, Lucie Rehsche, Behördenmitglied Stadt Zürich, 15. März 2017). Rund 200 Meldungen, die 2016 bei der KESB Stadt Zürich eingegangen waren, wurden durch Betreuungspersonal (Krippe, Hort etc.) gemacht, 46 Meldungen erfolgten durch die Kreisschulpflegen. 49 Meldungen tätigten Spitäler, 24 Meldungen kamen von einer psychiatrischen Klinik. Nur gerade 12 Gefährdungsmeldungen stammten von Ärztinnen oder Ärzten. Obwohl aufgrund dieser Zahlen keine Aussage darüber gemacht werden kann, weshalb diese Gefährdungsmeldungen erfolgten und bei welchen Meldungen welche weiteren Schritte oder Verfahren eingeleitet wurden, so zeigt es doch auf, dass in medizinischen respektive psychiatrischen Arbeitsfeldern – aber auch im schulischen Bereich – eher zurückhaltend mit Meldungen an die KESB umgegangen wird.

Ein genauerer Blick auf die weiteren Schritte, die die KESB in den erhobenen Fällen verfolgt, lässt ein paar Interpretationen zu. Auffällig ist, dass von Seiten der KESB im Rahmen der Untersuchung kaum Empfehlungen für subsidiäre, freiwillige und niederschwellige Hilfs- oder Beratungsangebote abgegeben werden. Dies erstaunt, so kann davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Eltern allein schon durch den Vorfall, der zur Einweisung auf die Notfallstation führte, mit Themen konfrontiert sind, die nicht einfach zu bewältigen sind. Ob die gescreenten Familien bereits freiwillige Angebote in Anspruch nehmen oder zumindest über solche Bescheid wissen, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erhoben. Es gibt insbesondere im Raum Zürich eine Reihe an professioneller Fach- und Beratungsstellen zu den Themen Partnerschaftsgewalt, psychische Erkrankung, Suizid und Substanzmissbrauch (Cassée et al., 2008, S. 38). Es stellt sich die Frage, weshalb solche Angebote wahrscheinlich eher selten über die KESB an die Klientinnen und Klienten herangetragen werden. Zumal einige Studien klar zeigen, dass gerade Betroffene mit den bekannten Problematiken

grössenteils wenig Kenntnis haben über bestehende Hilfsangebote (Cassée et al., 2008; Gloor & Meier, 2004b; Klein, 2003; Lenz, 2012).

Da die KESB eine Behörde und damit eine staatliche Einrichtung ist, die gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben im Auftrag des Staates ausführt, muss die Frage gestellt werden, ob die Ausrichtung der KESB in diesem Zusammenhang eher eine juristische als eine sozialarbeiterische ist und ob die Zuständigkeit tendenziell im Rahmen des gesetzlichen Kinderschutzes bleibt. Obwohl, wie in Kapitel 2.3.3 nachgelesen werden kann, die Interdisziplinarität im Kinderschutz grosse Bedeutung einnimmt, wird vermutet, dass die KESB wenig beratende Funktion einnimmt respektive wenige Eltern und Familien triagiert, bei denen zwar nicht unmittelbar eine Kindeswohlgefährdung festgestellt werden konnte, aber die dennoch als hilfsbedürftig eingestuft werden könnten. Wird die KESB doch regelmässig mit Familien konfrontiert, bei denen – wenn nicht hochriskante, so doch problembehaftete – Lebensumstände für die Kinder vorzufinden sind, so liegt es nahe, dass zumindest auf weiterführende Angebote aufmerksam gemacht werden könnte⁴. Ob und weshalb dies tatsächlich der Fall ist, müsste in weiteren Untersuchungen geprüft werden. Fragen zur Zuständigkeit und zu Kenntnissen der KESB-Behördenmitglieder bezüglich niederschwelliger Hilfsangebote bleiben ebenfalls offen.

Ein eher unerwartetes Ergebnis stellten jene Fälle dar, welche zu einem früheren Zeitpunkt über eine Massnahme verfügten, die allerdings zum Zeitpunkt des Screenings als abgeschlossen galten. In immerhin zwei Fällen wurde durch die Meldung der Notfallstation eine erneute Abklärung des Kindeswohls veranlasst. Auch hier kann keine allgemeingültige Aussage gemacht werden. Es kann vermutet werden, dass die beschriebenen Umstände keine Seltenheit darstellen. Entsprechend kann die Hypothese formuliert werden, dass auch nach abgeschlossener Massnahme nicht davon ausgegangen werden kann, dass das Kindeswohl als längerfristig gesichert angeschaut werden kann. Insbesondere in Familien, deren schwerwiegende Problematiken auch nach abgeschlossener Massnahme weiter bestehen, ist die Annahme berechtigt, dass auch die Kinder weiterhin belastet sind (vgl. Kap. 2.6). Dies legt nahe, dass die Aufhebung einer Kinderschutzmassnahme zwar im Sinne eines Empowerments der Familie wünschenswert, aber erst nach reiflicher Überprüfung des Falles in die Wege geleitet werden sollte. Dabei könnte der Fokus des hiesigen Kinderschutzsystems eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Hierzulande – wie auch in vielen anderen kontinentaleuropäischen

⁴ Gemäss persönlicher Mitteilung durch Lucie Rehsche, Behördenmitglied der KESB Stadt Zürich, vom 15. März 2017, lässt sich sagen, dass bei rund zwei Drittel der Kinder, für die Gefährdungsmeldungen bei der KESB eingehen, keine Massnahme angeordnet wird. Dies ist eine beachtliche Anzahl Fälle, mit der die KESB in Kontakt tritt und die durch die KESB untersucht wird, anschliessend aber nicht als (genügend) unterstützungsbedürftig beurteilt wird. Dabei wäre interessant heraus zu finden, ob und in welchem Rahmen diese Kinder oder Eltern je nach Bedarf auf subsidiäre Angebote verwiesen werden.

Ländern wie Deutschland, Belgien, die Niederlande, Dänemark und Schweden – ist das Kinderschutzsystem stark auf den Schutz der Familie ausgerichtet (Gilbert, 2012, S. 532). Diese sogenannte *family service orientation* bedeutet, dass grundsätzlich Hilfsleistungen Vorrang haben gegenüber gesetzlichen Eingriffen – sprich zivilrechtlichen Schutzmassnahmen. Familienhilfe steht im Vordergrund und eine partnerschaftliche, kooperative Zusammenarbeit mit den belasteten Familien wird angestrebt. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Kindeswohlgefährdungen nicht durch Böswilligkeit der Eltern oder sonstiger Erziehungsberechtigter geschieht, sondern eher Überforderung, psychische Schwierigkeiten der Eltern, sozioökonomische Gründe oder Probleme in der Partnerschaft verantwortlich sind für die eingeschränkten Erziehungs- und Beziehungskompetenzen (ebd.). Es wird also in der family service orientation Wert darauf gelegt, die Eigenverantwortung der Eltern und die Stärkung des Familiensystems zu fördern. Damit lässt sich ansatzweise erklären, wie Familien mit abgeschlossener Massnahme eine nicht unbedeutende Anzahl der sogenannt neu identifizierten Fälle ausmachen könnten. Das Kinderschutzsystem im Sinne einer family service orientation ist bestrebt, den Eltern nach Möglichkeit ihre Unabhängigkeit vom Kinderschutzsystem zurück zu geben und somit die Selbstbestimmung zu fördern. Selbstverständlich befinden sich die Entscheidungsträgerinnen und –träger dabei stets auf einer Gratwanderung zwischen Empowerment der Familie und dem Risiko, die Kinder allenfalls erneuter Gefährdung auszusetzen. Ob und in welchem Ausmass solche und ähnliche Fälle im Schweizer Kinderschutzsystem tatsächlich anzutreffen sind, gälte es in weiterführenden Studien herauszufinden.

6.2.4 Screening und Früherkennung

Im Folgenden werden die Fragestellungen zur Thematik Screening und Früherkennung behandelt (siehe Kap. 3). Der vorherrschende Charakter der Fragen verlangt nach einer Diskussion. Die Fragen können wenig mit den erhobenen Daten und Ergebnissen aus der Stichprobe beantwortet werden. Vielmehr bedürfen sie einer übergeordneten, theoriegeleiteten, interpretativen Analyse.

Folgende Fragestellungen werden diskutiert.

- *Inwiefern kann ein Screening von Patientinnen und Patienten auf Erwachsenennotfallstationen zur Identifikation und Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen genutzt werden?*
- *Welche Implikationen können für weitere Verwendungszwecke des Screenings abgeleitet werden?*
- *Welche Anpassungen müssten für eine weitere Verwendung des Screening in Notfallstationen gemacht werden?*
- *Welche Implikationen können in Bezug auf Patientinnen und Patienten abgeleitet werden, die eine Gefährdungsmeldung durch das medizinische Personal in den Notfallstationen verweigern?*

Das Ziel eines Screenings ist es, möglichst früh auf eine riskante Entwicklung aufmerksam zu werden (siehe Kap. 2.1 und 2.2). Im vorliegenden Fall sind dies Familien, die in gewissen Bereichen unterstützungsbedürftig sind. Gleichzeitig sollen mit einem Screening zwar gefährdete Kinder entdeckt werden, aber in einem Stadium, wo noch keine gravierenden Vorkommnisse zu schweren Misshandlungen oder Vernachlässigung eines Kindes geführt haben. Ob dies mit der vorliegenden Untersuchung gelungen ist, muss zumindest in Frage gestellt werden. Die meisten entdeckten Fälle wiesen bereits installierte Kinderschutzmassnahmen auf, was deutlich macht, dass die Familie bereits zu einem früheren Zeitpunkt der KESB gemeldet wurde. Anschliessend wurde nach einer Abklärung das Kindeswohl im betreffenden Fall als gefährdet erachtet. Die KESB ordnete einen Eingriff in die Familie an, sprich hielt eine Kinderschutzmassnahme für notwendig. Aufgrund des kurzen Erhebungszeitraumes konnte allerdings keine Verallgemeinerung dieser Befunde erfolgen. Dazu wären umfassendere Erhebungen in weiteren Notfallstationen erforderlich. Neben den der KESB bereits bekannten Fällen wurden aber auch einige wenige entdeckt, die zuvor noch nicht in Berührung kamen mit dem Kinderschutzsystem in der Schweiz. Ob aufgrund dieser Fälle ein Screening in Notfallstationen dennoch als erfolgreich beurteilt werden kann, müsste in weiteren Untersuchungen überprüft werden. Dass jedoch in keinem der gescreenten Fälle von der KESB eine vorsorgliche respektive superprovisorische Massnahme angeordnet wurde (vgl. Kap. 4.3.2 und 5.2), kann als Indiz dafür gesehen werden, dass das Screening als Instrument der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen tauglich sein kann. Wären mit dem Screening hauptsächlich akute und bereits in die Tat umgesetzte, schwere Misshandlungen an Kindern aufgedeckt worden, hätte das Ziel der Früherkennung als gescheitert betrachtet werden müssen. Im vorliegenden Fall liessen sich jedoch keine solchen oder ähnlich unmittelbar gefährdeten Fälle feststellen.

Bei Screenings muss immer der Kosten- und Zeitaufwand miteinbezogen werden. Im vorliegenden Fall ist dieser minimal gehalten (siehe Kap. 4.5). Bei der Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten auf der Notfallstation muss ohnehin eine Reihe von Informationen zur Person erfragt werden, so dass eine zusätzliche Frage - diese nach den Kindern – bei den bekannten Einweisungsgründen nicht ins Gewicht fiel. Hinzu kam, im Falle von vorhandenen Kindern, ein kurzes Gespräch zur familiären Situation und zur Gefährdungsmeldung. Dieses darf sowohl zeitlich als auch emotional nicht unterschätzt werden. Die Art und Weise, wie ein solches Gespräch geführt wird, spielt eine entscheidende Rolle (siehe Kap. 1.2.2, 6.2.1 und 6.2.2). Dass jedoch in Fällen von häuslicher Gewalt, Substanzmissbrauch, psychischer Erkrankung und Suizidversuch auf der Notfallstation nicht ausschliesslich über die Verletzungen gesprochen werden kann, sondern zumindest ansatzweise auch Fragen zur psychosozialen Situation der Patientin oder des Patienten geklärt werden müssen, scheint offensichtlich. An dieser Stelle das allfällige Vorhandensein von Kindern respektive deren Verbleib und Wohlbefinden zur Sprache zu bringen, ergibt auch ohne standardisiertes Screening Sinn. Um die Hilfe für die betroffenen Kinder und

deren Familien nicht dem Zufall zu überlassen, sollte über eine einheitlich geregelte Vorgehensweise nachgedacht werden.

Der Einsatz von Screenings in medizinischen Berufsfeldern ist häufig. Dies hat einerseits zur Folge, dass das Personal in Notfallstationen solche Instrumente gewohnt sind und um deren Zweck und Nutzen wissen – fernab von den Argumentationen, die Kinderschutz spezifisch bestehen. Andererseits stehen Screenings gerade in der Medizin auch oft in der Kritik (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 238). So wird bemängelt, dass häufig Screenings zum Einsatz kommen, die keinerlei wissenschaftlicher Evidenz standhalten. Erstens werden in solchen Fällen zahlreiche Patientinnen und Patienten belastet, obwohl keine riskante Entwicklung vorliegt. Dieser Schaden muss immer in Bezug gesetzt werden zu jenen Fällen, die tatsächlich einen Gewinn erfahren durch das Screening. Zweitens gehen Ressourcen verloren, die an anderer, unter Umständen dringender benötigter Stelle eingesetzt werden könnten. Drittens macht ein Screening nur dann Sinn, wenn es flächendeckend und systematisch implementiert wird (ebd.). Ansonsten ist die Entdeckung einer ungünstigen Entwicklung – sei dies medizinisch oder wie im vorliegenden Fall das Kindeswohl betreffend – dem Zufall überlassen. Weiter ist zu bedenken, dass nach der Identifikation eines Risikos auch effektive Interventionen angeboten werden müssen, um das Risiko – in unserem Fall die Kindeswohlgefährdung – zu reduzieren. Raffle und Muir Gray (2009) betonen, dass diese beiden Schritte untrennbar miteinander verbunden sind: „Man kann nicht intervenieren, ohne zu identifizieren, und es macht wenig Sinn, zu identifizieren, wenn man nicht effektiv interveniert“ (S. 63).

Das vorliegende Screening hat jedoch einen zusätzlichen, positiven Effekt, der nicht zu unterschätzen ist: Die Sensibilisierung des medizinischen Notfallpersonals für elterliche Risikofaktoren im Bereich des Kinderschutzes. Dies soll nicht dazu verleiten, dass Ärztinnen, Ärzte oder Pflegefachpersonen eine eigene Einschätzung der familiären Situation einer Patientin oder eines Patienten vornehmen sollten. Vielmehr wäre das Ziel, über die akuten, körperlichen Verletzungen hinweg einen Blick auf die familiären Umstände zu wagen, die gerade bei den bekannten Einweisungsgründen nie unberührt bleiben. Dennoch hat sich allein durch ein Screening die Situation der Familie oder des Kindes noch nicht verbessert. Was danach kommt, ist entscheidend. Nach der Identifizierung einer belasteten Familie müssen Schritte folgen, die für alle Beteiligten nachvollziehbar sind. Wie die Stichprobe zeigt, wäre nicht in allen Fällen eine Meldung an die KESB nötig gewesen. Aber auch dies müsste durch weitere Untersuchungen überprüft werden.

Die Akzeptanz eines Screenings hängt einerseits von dessen Erfolg ab. Das heisst, wenn ein möglichst maximaler Nutzen erreicht werden kann. Raffle und Muir Gray (2009) verstehen darunter, erstens, dass eine grosse Anzahl von Risikopersonen gescreent werden kann, zweitens, dass eine hohe Erkennungsrate des gesuchten Merkmals erreicht werden kann – sowohl für das Sieben als auch für

das Aussortieren – und schliesslich drittens, dass die empfohlenen – oder im vorliegenden Fall teils verordneten – Massnahmen eine hohe Zustimmung finden (S. 87). Andererseits haben politische und gesellschaftliche Diskurse zur Thematik Kinderschutz einen Einfluss darauf, welchen Stellenwert oder welche Akzeptanz ein Screening genießt. Hierzulande herrscht, wie bereits in Kap 6.2.3 angetönt, die family service orientation vor. Diese verfolgt eher einen partnerschaftlichen, emanzipatorischen Ansatz mit den Eltern. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines Screenings, wo der Einzelfall vorerst nicht angeschaut wird. Hier muss deshalb unterschieden werden zwischen Screening und Abklärung (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 2.3.3). Ein Screening nimmt in Kauf, dass auch Fälle herausgefiltert werden, die nicht betroffen sind. Erst eine genaue Abklärung des einzelnen Falles kann Antworten geben, ob ein Fall gerechtfertigt verdächtigt wurde oder nicht. Dieses Risiko besteht bei jeder Form von Siebtest.

Das durchgeführte Screening ist in der Schweiz ein Novum. Dass Notfallpatientinnen und –patienten in gewissen Fällen nach Kindern gefragt werden, ist bisher nicht Usus. Obwohl die Zahlen gemäss Stichprobe klein sind und die erwartete Früherkennung von belasteten Familien nur in wenigen Fällen eintraf, soll das Projekt noch nicht als gescheitert erklärt werden. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, müsste das Screening in weiteren Landesteilen und über längere Zeit ausgeweitet werden, um die tatsächliche Bedeutung erfassen und darstellen zu können. Obwohl es sich bei den erfassten Fällen – zumindest was die erhobene Stichprobe betrifft – um ein Randphänomen handelt, soll die allfällige Wirkung für die einzelnen Kinder weder über- noch unterschätzt werden. Ob und was ein Screening in Fällen neu entdeckter Kindeswohlgefährdung leisten kann, müsste ebenfalls von weiteren Untersuchungen beantwortet werden. Dazu bräuchte es detailliertere Informationen zur Entscheidungsgrundlage der KESB und eine Längsschnittstudie, die die identifizierten Kinder und deren Entwicklung über einen längeren Zeitraum untersucht.

Schliesslich bleibt die Identifizierung gefährdeter Kinder eine grosse gesellschaftliche Herausforderung, die es mit unterschiedlichen Ansätzen – vielleicht auch mit eigens dafür kreierten Screenings – anzugehen gilt. Auch wenn dies nur einen bescheidenen Beitrag im gesamten Kinderschutzsystem bedeutet.

6.2.5 Gendersensibler Blick auf die Ergebnisse: Wo bleiben die Väter?

Was in der Stichprobe auffällt, ist die grosse Mehrheit der Mütter. Während der ganzen Erhebungsperiode wurde nur ein einziger Vater gescreent. Einen Teil dieses Phänomens lässt sich mit den Einweisungsgründen erklären. Dass Opfer von häuslicher Gewalt grösstenteils weiblich sind – insbesondere bei schweren körperlichen Verletzungen, die eine Behandlung auf der Notfallstation nötig machen – zeigt eine Forschungsübersicht des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Mann und Frau (2014, S. 9). Ebenfalls sind Suizidversuche beim weiblichen Geschlecht häufiger

(Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 17). Bei psychisch erkrankten Menschen variieren die Zahlen teils stark. Es wird allerdings zumeist eine Übervertretenheit von weiblichen Patientinnen festgestellt (Lenz, 2009, S. 6), insbesondere bei den Diagnosen Borderline und Depression (Müters, Hoebel & Lange, 2013, S. 1). Zur Geschlechterverteilung bei Einweisungen auf der Notfallstation aufgrund von Substanzmissbrauch konnten keine eindeutigen Prävalenzen gefunden werden. Unter den Eltern, die an einer Alkoholkrankheit leiden, sind aber ebenfalls mehr Mütter als Väter zu verorten (Lenz, 2009, S. 7)

Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass im Fall von häuslicher Gewalt, Suizidversuch und psychischer Erkrankung Frauen unter den Notfallpatientinnen häufiger vertreten sind, erklärt das noch nicht die überproportionale Häufigkeit der Mütter im vorliegenden Sample. Hier müssen weitere Faktoren hineinspielen, die aus einem gendersensiblen Blickwinkel hinterfragt werden sollten. Dabei könnten die Häufigkeiten von Alleinerziehenden in Bezug auf das Geschlecht eine Rolle spielen. Auf neun alleinerziehende Mütter kommt ein alleinerziehender Vater (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2008, S. 10), wobei psychische Erkrankungen bei alleinerziehenden Müttern bedeutend häufiger auftreten als bei Eltern, die in einer Partnerschaft leben (Müters et al., 2013, S. 5). Ob und inwiefern Alleinerziehende im Sample vertreten waren, wurde nicht systematisch erfasst. Grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass – neben den spezifischen Einweisungsgründen – auch die Tatsache, dass mehr Mütter als Väter mit ihren Kindern im selben Haushalt wohnen, ein Grund dafür sein könnte, dass das Geschlecht in der Stichprobe entsprechend unausgeglichen ausfällt.

Weiter stellt sich die Frage, ob das Notfallpersonal Frauen eher als verantwortlich für allfällige Kinder wahrnehmen. Während bei männlichen Patienten möglicherweise eher weniger nachgefragt wird, ob Kinder vorhanden seien und wie es denn um diese stehe, weil unterbewusst davon ausgegangen wird, dass noch eine Mutter vorhanden sein muss, die für die Kinder zuständig ist. Diese Stereotypisierung von Mann und Frau könnte dazu führen, dass Väter weniger als solche wahrgenommen werden. Jedoch dürfte auch ein psychisch kranker Vater einen Einfluss auf die Entwicklung und Gesundheit seiner Kinder haben und ist unter Umständen angewiesen auf Hilfsleistungen oder Unterstützung in Bezug auf die Erziehung und Betreuung seiner Kinder. Allerdings gibt es kaum Forschung zu Häufigkeit und Einfluss von Vätern, die von den bekannten Risikofaktoren betroffen sind. Auch dieser Umstand – und der Vergleich mit Studien zu diesen Themen mit Müttern – zeigt, wie wenig belastete Väter im Fokus sowohl der Wissenschaft als auch der Praxis stehen.

Es gilt kritisch zu hinterfragen, ob ein Screening-Instrument nach Elternschaft immer – wenn auch nur implizit – nach Geschlecht selektiert und Mütter damit sichtbarer macht als Väter. Wenn dies so ist, muss die Frage gestellt werden, wie die betroffenen Väter erreicht werden können respektive ob es

spezifische Instrumente braucht, die auch Väter zu identifizieren vermögen. Nach einer Identifizierung von hilfsbedürftigen Vätern müsste weiter untersucht werden, wie sich die Landschaft der Hilfsangebote für Väter gestaltet. Es lässt sich vermuten, dass auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, die dazu führen dürften, dass Väter grosse Hemmschwellen zu bewältigen haben, wenn es darum geht, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

6.3 Fazit

Ein Screening auf Erwachsenennotfallstationen zur Identifikation von Kindeswohlgefährdungen tangiert die unterschiedlichsten Aspekte und Themenfelder wie das Dilemma um Berufsgeheimnis und Melderechte, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die unterschiedlichen Formen des Kinderschutzes, Risikofaktoren, Prävention und Früherkennung oder Fragen um das Kindeswohl. Die vorliegende Arbeit erhofft sich zumindest ansatzweise einige dieser komplexen Sachverhalte aufgezeichnet haben zu können. Das Fazit beschäftigt sich nun abschliessend mit den wichtigsten Erkenntnissen, einigen Thesen und möglichen Ableitungen und Konsequenzen, die die Untersuchung und die zahlreichen Recherchen ergeben haben.

Erstaunt hat, dass neu entdeckte Fälle, auf die mit dem Screening aufmerksam wurde, nur eine kleine Anzahl ausmachte. Die Hypothese, dass mit dem Screening Familien identifiziert werden können, die nicht bereits im Hilfesystem des Kinderschutzes eingeschlossen sind, müsste mit einem grösseren Sample erneut überprüft und beantwortet werden. Bereits aus heutiger Sicht lässt sich aber ein Screening auf Erwachsenennotfallstationen aus mehreren Gründen auf argumentativer Ebene rechtfertigen. Erstens wird mit einer standardisierten Erfragung nach der familiären Situation in Fällen von häuslicher Gewalt, Substanzabusus, schwerwiegenden psychischen Erkrankungen und Suizidversuch der Kinderschutz nicht der Beliebigkeit oder dem Zufall überlassen. Zweitens werden mit einer systematisierten Meldung an die KESB alle Fälle gleich behandelt. Drittens kümmert sich anschliessend eine professionelle Fachbehörde um die Frage des Kindeswohls. Viertens kann die meldende Ärztin oder der meldende Arzt an dieser Stelle die Verantwortung – zumindest für allenfalls involvierte Kinder – abgeben. Fünftens ist der Kosten- und Zeitaufwand eines entsprechenden Screenings relativ gering. Und sechstens: Auch wenn nur in einzelnen Fällen aufmerksam gemacht werden kann auf schwierige Verhältnisse und Eltern unterstützt werden können - einerseits in ihrer eigenen belastenden Situation und andererseits in Bezug auf die Kinder – dann ist schon einiges erreicht. Es wäre fatal, im Kinderschutz nicht den Einzelfall ernst zu nehmen und nicht die kleinen Schritte in Richtung einer Verbesserung für einzelne Kinder zu würdigen. Jedes einzelne Kind hat ein Recht auf Schutz und auf ein förderliches, seiner Entwicklung entsprechendes Aufwachsen (siehe Kap. 2.3.1 und 2.4).

Sowohl für eine erfolgreiche Umsetzung eines entsprechenden Screenings als auch für einen umfassenden Kinderschutz konnten aufgrund der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit einige Punkte abgeleitet werden. Dies beginnt – erstens – bei der Sensibilisierung des medizinischen Personals auf den Notfallstationen in Bezug auf Kinderschutz allgemein. Konkret könnte das heissen, dass sich alle, die beruflich – wenn auch nur indirekt – mit Kinderschutz in Berührung kommen, in der Ausbildung an Fachhochschule oder Universität ein Grundwissen zur Thematik Kinderschutz aneignen (Sethi, 2013, S. 12). Kindeswohlgefährdungen und damit auch Risikofaktoren müssten ein Thema in unterschiedlichen Bereichen sein, um möglichst viele gefährdete Kinder und Familien erreichen zu können. Neben der Förderung der Sensibilität würde dies zu mehr Sicherheit im Umgang mit konkreten Kinderschutzsituationen führen.

Zweitens könnte eine spezifische Sensibilisierung in Bezug auf die Erkennung von elterlichen Risikofaktoren in den Spitälern unterstützend sein. Dies beginnt damit, dass beispielsweise häusliche Gewalt als mögliche Ursache in Betracht gezogen und auch erkannt wird, wenn bei einer Patientin (chronische) seelische, psychosomatische oder körperliche Symptome und Beschwerden vorliegen. Gloor und Meier (2004a) betonen in diesem Zusammenhang, dass ein medizinischer Fokus, der die Folgen und Auswirkungen häuslicher Gewalt miteinbezieht, unverzichtbar sei als Ergänzung zu juristischen und sozialarbeiterischen Interventionen in diesem Bereich (S. 7). Insbesondere Gynäkologinnen und Geburtsabteilungen könnten als Türöffnerinnen fungieren, um belastete Familien oder Mütter möglichst früh zu identifizieren (Fausch & Wechlin, 2010). In Bezug auf das Screening könnte das bedeuten, dass einerseits Schulungen zu elterlichen Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung für das Notfallpersonal angeboten werden könnten. Andererseits wäre über eine Erweiterung des Screenings in andere Abteilungen, wie beispielsweise die Maternité oder die Gynäkologie, nachzudenken.

Die dritte Ableitung aus der vorliegenden Arbeit betrifft den Umgang und die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, die von Risikofaktoren betroffen sind. Dabei geht es darum, die familiäre Situation und die psychosozialen Umstände einer Patientin oder eines Patienten in Erfahrung zu bringen, um adäquat handeln und allenfalls weitere Schritte in die Wege leiten zu können (vgl. Kap. 6.2.1). Dies verlangt hohe kommunikative und soziale Kompetenzen. Ist eine Gefährdungsmeldung an die KESB angezeigt, bedarf dies genügend Feingefühl, um der Patientin oder dem Patienten den Sinn und Gewinn einer solchen Meldung verständlich zu machen und sie oder ihn genügend über den Vorgang zu informieren. Dabei gilt es, den Fokus einerseits auf das involvierte Kind zu lenken, das womöglich unter den gegebenen Umständen leidet. Je nach Fall dürfte hier die Schwierigkeit bestehen, sich komplett von Schuldzuweisungen zu distanzieren. Andererseits soll die Hilfe und Unterstützung im Vordergrund stehen, die in Anspruch genommen werden kann. Eine eingewilligte, freiwillige Meldung ist in jedem Fall zu begrüssen, da Kooperation mit den Eltern im Kinderschutz einen

hohen Stellenwert einnimmt (vgl. Kap. 6.2.3). Hier wäre auch die KESB – in jüngster Zeit häufig negativer, medialer Aufmerksamkeit ausgesetzt – gefragt, ihre unverzichtbare Arbeit der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Hier kommt – viertens – die Vernetzung und Zusammenarbeit der Disziplinen ins Spiel. Eine klare Eingrenzung der Zuständigkeiten ist fundamental (siehe Kap. 2.2.1 und 2.3.3). So ist das medizinische Personal keineswegs für die Beurteilung der familiären Situation oder die Einschätzung der Situation der Kinder zuständig. Die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte besteht darin, mithilfe des Screenings Familien zu identifizieren, die in Kinderschutzbelangen potenziell hilfsbedürftig sind. Die Abklärung und Beurteilung des Kindeswohls obliegt der KESB. Neben der Zuständigkeitsklärung beinhaltet die Zusammenarbeit auch die (selektive) Weitergabe von Informationen. Cassée et al. (2008) betonen in diesem Zusammenhang, dass grossen Wert auf die wertschätzende Einbindung der Eltern in diesem Prozess zu legen sei. Jedoch müsste im Interesse des Kindeswohls ein Informationsaustausch in vereinzelt Fällen auch gegen den Willen der Eltern erfolgen können (S. 91). Neben der dringend erforderlichen Vernetzung verschiedenster Akteurinnen und Akteure im Kinderschutz ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit auch innerhalb der Kinderschutzbehörde von zentraler Bedeutung, sowohl für die Identifikation als auch zur Verminderung von Kindeswohlgefährdungen. Darauf wird ausführlich in Kapitel 2.3.3 eingegangen.

Fünftens spielt die gesetzlich vorgeschriebene Schweigepflicht der Ärztinnen und Ärzte eine entscheidende Rolle. Eine allgemeine Meldepflicht und damit eine Aufhebung des Berufsgeheimnisses in sämtlichen Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung ist stark umstritten (Kinderschutz Schweiz, 2014, S. 3). Ob damit Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen tatsächlich effizienter bekämpft werden können, ist fraglich (vgl. Kap. 1.2.2 und 6.2.2). Dennoch muss die Filterfunktion durch die Gesundheitsdirektion in Bezug auf die Gefährdungsmeldungen kritisch hinterfragt werden. Zumindest eine Weiterführung der Diskussion um die Lockerung des Berufsgeheimnisses in Fällen von (vermuteter) Kindeswohlgefährdung wäre mit einer Einführung eines Screenings unumgänglich und zu begrüssen.

Sechste Erkenntnis der vorliegenden Untersuchung betrifft die Rolle der KESB in Fällen, bei denen zwar keine Kinderschutzmassnahme indiziert ist, aber die familiären Umstände dennoch als belastet angeschaut werden können. Hier könnte sich eine stärker sozialarbeiterische, beratende Ausrichtung bemerkbar machen, indem beispielsweise die betroffenen Eltern auf freiwillige, subsidiäre Angebote aufmerksam gemacht werden. Auch dies wäre im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes zu verstehen, der den Einzelfall und dessen Bedürfnisse aus verschiedenen Perspektiven durchleuchtet (siehe Kap. 2.3.3). Gerade in Fällen von vorhandenen elterlichen Risikofaktoren müsste hier sowohl auf Ebene der Eltern als auch der Kinder mitgedacht werden.

Siebtens zeigt sich vielerorts die mangelnde Kenntnis über Hilfsangebote sowohl im Bereich des Kinderschutzes als auch in Bereichen, die diese Arbeit tangieren. Mit letzteren sind beispielsweise Angebote für Betroffene von häuslicher Gewalt, von Sucht- oder psychischen Erkrankungen oder Angebote für suizidale Menschen gemeint. Eine Bekanntmachung dieser Angebote einerseits bei Berufspersonen und Professionellen, die – direkt oder indirekt – mit dem Kinderschutz oder mit Betroffenen in Berührung kommen und andererseits bei den Betroffenen selbst, drängt sich auf. Allerdings müssten auch die erheblichen Hemmschwellen bei den betroffenen Eltern, diese Angebote aufzusuchen und zu nutzen, genauer untersucht werden. In vielen Fällen bestehen Ängste, Scham oder fehlendes Bewusstsein, dass Hilfe benötigt wird. Zusätzlich sollten Väter vermehrt als Klientel im Bereich des Kinderschutzes wahrgenommen werden und den Bedarf für spezifische Angebote geprüft werden.

Und schliesslich achtens und letztens bleibt die Ernüchterung, dass der Zugang zu und die Identifikation von gefährdeten Kindern weiterhin eine grosse Herausforderung darstellt. Es gilt, weitere Zugänge und Ansätze zur Identifikation von Kindeswohlgefährdungen zu überprüfen und weiterzuverfolgen wie beispielsweise ein Screening in psychiatrischen Notfallkliniken, Hausarztpraxen oder bei Gynäkologinnen. Dabei können auch Ideen aus dem Ausland – worauf auch die vorliegende Untersuchung basiert – einen Versuch wert sein. Ob sie einen Erfolg versprechen, wird nur durch die Empirie zu beantworten sein. Letztlich gibt es keine allumfassende Lösung. Die Problematik Kindeswohlgefährdung und deren Identifizierung muss von vielen Seiten her angegangen werden. Dabei sollen auch unkonventionelle Ansätze gewagt, aber gleichzeitig stets kritisch hinterfragt werden.

6.4 Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mit Hilfe eines Screenings auf drei Erwachsenen-notfallstationen belastete Familien und deren gefährdete Kinder zu identifizieren, die bisher noch keinerlei Berührung mit dem Kinderschutzsystem in der Schweiz gemacht hatten. Dieses Ziel wurde nur in sehr bescheidenem Ausmass erreicht. Die Mehrheit der gescreenten Eltern war der KESB bekannt und verfügte bereits über Kindesschutzmassnahmen. Die neu entdeckten Fälle stellten eine Minderheit dar. Zudem liess die Grösse des Samples keine Verallgemeinerung der Aussagen zu, es konnten ausschliesslich auf Ebene der Stichprobe Aussagen gemacht werden. Der Erhebungszeitraum stellte sich als zu kurz heraus, um die erforderliche Anzahl Fälle zu erheben, die inferenzstatistische Berechnungen und somit Generalisierungen auf die Grundgesamtheit ermöglicht hätten. Es bedürfte aus diesem Grund weiterer, grösser angelegter Untersuchungen, um eine Stichprobe zu erhalten, die die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit abschliessend zu beantworten vermag.

Grundsätzlich muss die Frage gestellt werden, wie der Kinderschutz in der Schweiz engmaschiger und breiter abgestützt auftreten kann. Wie kann ein besserer Zugang zu gefährdeten Kindern und deren

belasteten Familien geschaffen werden? Über welche Ansätze, Schnittstellen, Initiativen können mehr schutzbedürftige Kinder identifiziert werden, ohne dass der Staat respektive die Kinderschutzorgane zur totalitären Überwachungs- und Kontrollinstanz mit Generalverdacht aller von Risikofaktoren betroffenen Familien verkommen? Diese Fragen könnten Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Dabei besteht immer die Gratwanderung zwischen uneingeschränktem Schutz gefährdeter Kinder und Wahrung der Privatsphäre der Eltern, die es kritisch zu reflektieren gilt.

Im Zusammenhang mit dem Screening wäre interessant herauszufinden, wie sowohl das medizinische Personal als auch die Behördenmitglieder der KESB den Bedarf und die Wirkung eines Screening-Instrumentes einschätzen. Fragen hierzu könnten sein: Welcher Bedarf besteht für ein Screening? Welche weiteren Einsatzorte sind denkbar? Welche weiteren Ansätze könnten verfolgt oder untersucht werden, die Kindeswohlgefährdungen mithilfe von elterlichen Risikofaktoren identifizieren? Wie könnten insbesondere sehr junge Kinder erreicht werden? Welche Anpassungen müssten dabei vorgenommen werden, damit das Screening genauer und zielgerichteter funktioniert? Welche weiteren (Screening-)Instrumente sind denkbar, die bei der Früherkennung von gefährdeten Kindern helfen könnten? Aufgrund welcher Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung könnten weitere Screening-Instrumente diskutiert werden? Welche Voraussetzungen müssten gegeben sein?

Weitere offene Fragen bestehen in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Organisationen und Institutionen im Kinderschutz. Welche Schnittstellen bestehen in den unterschiedlichen Phasen eines Kinderschutzfalles – von Prävention/Früherkennung/Screening bis zur Verordnung einer Schutzmassnahme? Wie könnten die Schwerpunkte und Perspektiven der Disziplinen in Bezug auf die Durchleuchtung und Einschätzung eines Kinderschutzfalles am optimalsten zusammen fliessen und voneinander profitieren? Wie könnte der Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren optimiert werden, ohne dabei den Daten- und Persönlichkeitsschutz der betroffenen Familien über Gebühr zu verletzen? Inwiefern sollte und könnte die Zusammenarbeit intensiviert werden, um mehr unbekannte Kinderschutzfälle aufzudecken? Welche Rolle spielt dabei das Berufsgeheimnis und welche Anpassungen müssten in Bezug auf Melderecht respektive Meldepflicht diskutiert werden? Inwiefern hat die Änderung bezüglich Meldepflicht und Melderecht im Kinderschutz zu mehr Gefährdungsmeldungen geführt? Weiter wäre zu untersuchen, woher die KESB die vorliegenden Fälle kennt, wo die Zusammenarbeit bereits gut funktioniert und wo noch Lücken bestehen. In diesem Zusammenhang müsste auch die Klärung der Kompetenzen und Zuständigkeiten untersucht werden.

Hilfreich wäre, jene Fälle genauer zu analysieren, bei denen die Eltern einer Gefährdungsmeldung nicht freiwillig zustimmten. Was waren die Gründe dafür? Wie wurde vom medizinischen Personal kommuniziert? Wie könnten Eltern besser für eine Gefährdungsmeldung gewonnen werden? Wie

erlebten die betroffenen Eltern die Konfrontation auf der Notfallstation: Dass aufgrund ihres Krankheitsbildes möglicherweise das Wohl ihres Kindes als gefährdet angeschaut werden muss und daher eine Meldung an die KESB angezeigt ist? Weiter bestehen offene Fragen zu jenen Fällen, die durch die Notfallstationen gemeldet wurden, aber nach einer ersten Einschätzung der KESB nicht weiter verfolgt wurden. Tauchen diese Fälle zu einem späteren Zeitpunkt erneut im Kinderschutzsystem auf?

Letztlich geht es um die wichtige Frage: Wie können die vielen unentdeckten Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung möglichst früh erkannt werden? Dies bleibt eine grosse gesellschaftliche Herausforderung. Ausgehend von der Annahme, dass eine sehr hohe Anzahl Kinder von Misshandlung und Vernachlässigung betroffen ist, diese betroffenen Kinder aber zumeist unentdeckt bleiben, müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um Zugänge zu diesen schutzbedürftigen Kindern zu schaffen. Die vorliegende Arbeit lässt viele Fragen offen und generiert neue, die es in weiteren Untersuchungen zu überprüfen gälte. Schliesslich braucht es einen Kinderschutz, der als „kollektive Verantwortung“ (Nett & Spratt, 2012, S. 3) wahrgenommen wird. Dies kann insbesondere bedeuten, dass mehr Sensibilität für die Thematik auf verschiedenen Ebenen gefördert, eine empathische Kommunikation und Kooperation mit den betroffenen Eltern angestrebt und eine reflektierte, zielgerichtete, interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter ausgebaut wird.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, K. (2010). Soziale Frühwarnsysteme in Kindertageseinrichtungen: die Herner Materialien. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 93–102). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Biesel, K. & Schnurr, S. (2014). Rolle der Sozialen Arbeit bei Abklärungen im Kinderschutz. Luzern. Zugriff am 24.3.2017. Verfügbar unter: http://kinderwohlabklaerung.ch/dam/Praesentationen/Biesel_Schnurr_Vernetzungstagung-Luzern_07.-November-2014/Biesel_Schnurr_Vernetzungstagung%20Luzern_07.%20November%202014.pdf
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen* (1. Auflage.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bodmer, M., Nemec, M., Scholer, A. & Bingisser, R. (2008). Kokainabusus: Bedeutung für die Notfallmedizin. *Schweiz Med Forum SMF*, 8, 512–516.
- Böllert, K. (2011). Prävention und Intervention. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. Auflage.). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. doi:10.2378/ot4a.art113
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch) (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2008). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern: was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein.* (E. Vorspohl, Übers.). Weinheim, Basel: Beltz Taschenbuch.
- Brunner, S. (2008). Kinder inmitten häuslicher Gewalt. *Frauenfragen*, (2).
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz*. Schweizerische Eidgenossenschaft. Zugriff am 26.6.2017. Verfügbar unter: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/BAG_2015_Suizid_Epidemiologie.pdf
- Bundesamt für Justiz. (2015). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention)*. Bern: Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement. Zugriff am 26.7.2017. Verfügbar unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/gesetzgebung/gewaltschutz/vn-ber-uebereinkommen-d.pdf>
- Bundesamt für Statistik. (2017a). Häusliche Gewalt: Verteilung der geschädigten und beschuldigten Personen nach Geschlecht und pro Beziehungsart. Zugriff am 26.7.2017. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.assetdetail.2825764.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017b). Häusliche Gewalt. Zugriff am 26.7.2017. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017c). Instrumente zur medizinischen Kodierung. *Schweizerische Eidgenossenschaft*. Zugriff am 2.5.2017. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Bundesrat. (2015). Mehr Kinderschutz dank erweiterter Melderechte und Meldepflichten. Zugriff am 29.3.2017. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-56866.html>
- Buschhorn, C. (2012). *Frühe Hilfen: Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern* (Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion). Wiesbaden: Springer VS.
- Cassée, K., Los-Schneider, B., Baumeister, B. & Gavez, S. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf*. Forschungsbericht. Zürich: ZHAW Soziale Arbeit. Zugriff am 5.4.2017. Verfügbar unter: https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialearbeit/Forschung/Kindheit_Jugend_Familie/Familie_Aufwachsen/Ki_psychisch_kranker_Eltern-ZH-Forschungsbericht_2_doc.pdf
- Dettenborn, H. (2014). *Kindeswohl und Kindeswille: psychologische und rechtliche Aspekte* (4., überarbeitete Auflage.). München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2017). *ICD-10-GM 2017: Internationale statistische Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10-GM) (Version 2017-Stand: 23. September 2016.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, P. J. G. et al. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37 (12), 1122–1131. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.005
- Eichler, A. (2011). *Aussagekraft und Anwendungsmöglichkeiten des Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK) in der Praxis: Untersuchungen zur Güte der Messung*. Zugriff am 19.12.2016. Verfügbar unter: <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/files/1969/AnnaEichlerDissertation.pdf>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau. (2014). *Vorkommen und Schwere häuslicher Gewalt im Geschlechtervergleich – aktueller Forschungsstand*. Informationsblatt No. 16. (S. 1–21). Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau. (2015). *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche im Kontext häuslicher Gewalt*. No. 17. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Zugriff am 28.3.2017. Verfügbar unter: <https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/publikationen/dokumentation/informationsblatt17gewaltgegenkinderundjugendliche.pdf.download.pdf/informationsblatt17gewaltgegenkinderundjugendliche.pdf>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau. (2017). *Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz*. Informationsblatt No. 9. Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Faggiano, N. & Soland, S. (2014). Die Rolle und Funktionsweise der KESB im Kontext des zivilrechtlichen Kinderschutzes. *Marie Meierhofer Institut für das Kind MMI*. Zugriff am 26.4.2017. Verfügbar unter: http://www.mmi.ch/files/downloads/a490482ad98a2d012cb5057636daf920/Referat_Faggiano_Soland.pdf
- Fassbind, P., Peter, V., Dietrich, V., Speich, S., Herzig, C., Frey, G. et al. (2016). Ablauf und Stadien des Kindes- und Erwachsenenschutzverfahrens. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (S. 124–195). Bern: Haupt Verlag.
- Fausch, S. & Wechlin, A. (2010). Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Auflage, S. 195–241). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fegert, J. M. & Kavemann, B. (2016). *Forschung zu sexuellem Missbrauch – Vom Tabu zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe*. Berlin: UBSKM. Zugriff am 22.3.2017. Verfügbar unter: https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/Forderungskatalog_Forschung.pdf
- Ferel, A. & Reber, M. (2016). *Gewalt in Partnerschaft und Familie - eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung*. Bern: Schweizerische Kriminalprävention SKP. Zugriff am 20.3.2017. Verfügbar unter: <https://www.skppsc.ch/de/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/skpinfo22016dt.pdf>
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2015). *Resilienz* (4., aktualisierte Auflage.). München: Reinhardt.
- Gilbert, N. (2012). A comparative study of child welfare systems: Abstract orientations and concrete results. *Children and Youth Services Review*, 34 (3), 532–536. doi:10.1016/j.childyouth.2011.10.014
- Glantz, A. & Michael, T. (2014). Interviewereffekte. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 313–322). Wiesbaden: Springer VS.
- Gloor, D. & Meier, H. (2004a). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Zusammenfassung*. Zugriff am 28.3.2017. Verfügbar unter: https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/PDF_files/Themen/Geschlechtsspezifische%20Gewalt/Haeusliche_Gewalt/maternite_projekt_ergeb_pat_befragung.pdf
- Gloor, D. & Meier, H. (2004b). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum: Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie*. (Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich & Zürich Maternité Inselhof Triemli, Hrsg.). Bern: Edition Soziothek.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2016). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015*. (Sucht Schweiz, Hrsg.). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Guptill, J. (2011). After an attempt: caring for the suicidal patient on the medical-surgical unit. *Medsurg Nursing*, 20 (4), 163.

- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007). *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Winterthur. Zugriff am 5.4.2017. Verfügbar unter: https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/Forschung/Kindheit_Jugend_Familie/Familie_Aufwachsen/Kinder_Psychisch_kranker_Eltern_Kurzfassung.pdf
- gynécologie suisse (Hrsg.). (2009). Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen. Zugriff am 7.3.2017. Verfügbar unter: https://www.pom.be.ch/pom/de/index/direktion/ueber-die-direktion/big/Gesundheitsversorgung.assetref/dam/documents/POM/GS/de/HaesuslicheGewalt/Informationsmaterial/I10_SGGG_Verbesserung_med_Betreuung_Leitfaden_Juni_2009.pdf
- Häfeli, C. (2012). Abklärungen im Kinderschutz. Gehalten auf der KOKES-Fachtagung 2012: Neues Kindes- und Erwachsenenschutzrecht - konkrete Umsetzungsfragen, Universität Freiburg. Zugriff am 19.12.2016. Verfügbar unter: https://www.kokes.ch/application/files/6314/6167/0811/Abklaerungen_im_Kinderschutz.pdf
- Hauri, A. & Zingaro, M. (2013). Leitfaden Kinderschutz. Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis. (Stiftung Kinderschutz Schweiz, Hrsg.).
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 231–238.
- Heck, C. (2016). Einführung in den Kindes- und Erwachsenenschutz. Überblick über die Akteure und deren Aufgaben. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (S. 89–97). Bern: Haupt Verlag.
- Hornstein, C. & Trautmann-Villalba, P. (2010). Postpartale psychische Erkrankungen und die Folgen für das Kindeswohl. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit: Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 63–71). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- HPlus. (2017). ICD-10. *HPlus Die Spitäler der Schweiz*. Zugriff am 2.5.2017. Verfügbar unter: http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/begriffe/icd_10/
- Inauen, N. (2016). *Kinderschutz im niederschweligen Suchtbereich*. Masterthesis. Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen, Zürich.
- Inversini, M. (2011). Kinderschutz interdisziplinär – Beiträge von Pädagogik und Psychologie. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz ZKE*, (1), 47–58.
- Jordan, E., Schneider, K. & Wagenblass, S. (2005). Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme. (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg.). Institut für soziale Arbeit ISA e.V. Zugriff am 14.3.2017. Verfügbar unter: http://www.soziales-fruehwarnsystem.de/material/SozFr_Arbeitshilfen.pdf
- Jud, A. (2013). Überlegungen zur Definition und Erfassung von Gefährdungssituationen im Kinderschutz. In D. Rosch & D. Wider (Hrsg.), *Zwischen Schutz und Selbstbestimmung: Festschrift für Professor Christoph Häfeli zum 70. Geburtstag* (S. 49–65). Bern: Stämpfli. Zugriff am 2.1.2017. Verfügbar unter: <https://mail.zhaw.ch/owa/service.svc/s/GetFileAttachment?id=AAMkADZmNGlyYjhjLTl3OGYtNGMxYS04Zjk4LWE5M2EzZjM0MjM3YwBGAAAAAAGk5sQCKFRYRsZZYppUj5BwBEXICY4at4QJV9FzQYOYtPA0A0AGYEAABEXICY4at4QJV9FzQYOYtPAABQquN5AAABEgAQANODWBLuumpCtRDRWrjSlk8%3D&X-OWA-CANARY=Gr2ECP1CtkWxnc4ODVEOSH-Tg3HqMtQl4mtfKWedliCDuwbjvrLrYjZ9K68Lz7ls89V-BWUqNLw>
- Jud, A. (2014). Fallzahlen im Kindes- und Erwachsenenschutz in den Jahren 2002–2011: Eine ständige Zunahme? *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz ZKE*, (5), 373–393.
- Jud, A., Rassendorfer, M., Witt, A., Münzer, A. & Fegert, J. M. (2016). *Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch: Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs*. Berlin: UBSKM. Zugriff am 26.4.2017. Verfügbar unter: https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/Expertise_H%C3%A4ufigkeitsangaben.pdf
- Kantonales Jugendamt des Kantons Bern. (2016). Früherkennung von Kindeswohlgefährdung im Frühbereich (0-5 Jahre). Eine Arbeitshilfe für Fachpersonen. *Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern JGK*. Verfügbar unter: https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/kindes_erwachsenenschutz/kinder_jugendhilfe/umfassender_kindesschutz/frueherkennung_vonkindeswohlgefaehrdung.assetref/dam/documents/JGK/KJA/de/jugendamt/KJA_FE_Brosch%C3%BCre-Fr%C3%BCherkennung_de.pdf
- Kavemann, B. & Kreyssig, U. (Hrsg.). (2007). *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt* (2., durchgesehene Auflage.). Wiesbaden: Springer VS.
- KESB Stadt Zürich. (2017, März 15). Projekt SPEK: Fragen/Antworten.

- Kinderschutz Schweiz. (2014). Erleichterung der Melderechte und qualifizierte Umsetzung der Meldepflichten. *Kinderschutz Schweiz*. Zugriff am 27.4.2017. Verfügbar unter: <https://www.kinderschutz.ch/de/fachpublikation-detail/erleichterung-der-melderechte-und-qualifizierte-umsetzung-der-meldepflichten.html?download=252>
- Kindler, H. (2007). Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung: Ein Forschungsüberblick. In B. Kavemann & U. Kreyssig (Hrsg.), *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt* (2., S. 36–52). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff am 23.5.2017. Verfügbar unter: http://www.land.saarland/dokumente/thema_justiz/mijugs_koordinierungsstelle_Manuskript_Dr_Kindler.pdf
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? *Frühe Hilfen im Kinderschutz: rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe* (S. 173–234). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen: Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53 (10), 1073–1079. doi:10.1007/s00103-010-1132-x
- Kindler, H. (2013, April). Gefährdungseinschätzung, Risikoeinschätzung, Risikoscreening: Fortschritte, Probleme & Lösungen. Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H. & Lillig, S. (2005). Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken (Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen – früh helfen). *Deutsches Jugendinstitut e.V.*, 10–13.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Klein, M. (2003). Kinder drogenabhängiger Eltern: Fakten, Hintergründe, Perspektiven. *Report Psychologie*, 28, 358–371.
- Konferenz der kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK. (2008). Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde als Fachbehörde (Analyse und Modellvorschläge). *Zeitschrift für Vormundschaftswesen ZVW*, (2), 63–128.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES. (2016). KOKES-Statistik 2015. Anzahl Kinder mit Schutzmassnahmen per 31.12.2015. *Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES*. Zugriff am 26.4.2017. Verfügbar unter: https://www.kokes.ch/application/files/9614/8534/6867/KOKES-Statistik_2015_Kinder_A3.pdf
- Lenz, A. (2009). *Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe*. Zugriff am 28.3.2017. Verfügbar unter: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB-Expertise_Lenz_suchtkranke_Eltern.pdf
- Lenz, A. (2012). *Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder* (1. Auflage.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe Verlag.
- Leyendecker, C. (Hrsg.). (2010). *Gefährdete Kindheit: Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (Pädagogik). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Loch, U. (2016). *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern: Ethnografie im Jugendamt* (2. Auflage.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Marquard, P. (2008). Fördern - Fordern - Kontrollieren. Anmerkungen zu Ambivalenten der aktuellen Kinderschutzdebatte. *FORUM Jugendhilfe*, (4), 55–61.
- Mayer, K. (2010). Männer, die Gewalt gegen die Partnerin ausüben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2., S. 53–76). Bern: Verlag Hans Huber.
- Meyer, T. & Kieslinger, C. (2014). *Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart*. Forschungsbericht. Stuttgart. Zugriff am 16.1.2017. Verfügbar unter: <http://www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/IfaS-Abschlussbericht-zum-Projekt-Sonnenkinder-im-Dezember-2014.pdf>
- Meysen, T. & Schönecker, L. (2009). Kooperation für einen guten Start ins Kinderleben - der rechtliche Rahmen. In T. Meysen, L. Schönecker & H. Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz: rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz: rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Müters, S., Hoebel, J. & Lange, C. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. (Robert Koch-Institut Berlin, Hrsg.) *GBE kompakt*, 4 (2), 1–10.

- Nett, J. C. & Spratt, T. (2012). *Kindesschutzsysteme: Ein internationaler Vergleich der "Good Practice" aus fünf Ländern (Australien, Deutschland, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich) mit Schlussfolgerungen für die Schweiz. Zusammenfassung der Empfehlungen*. Zürich.
- Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik* (1. Auflage.). Wien: Facultas.wuv.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland: Annäherung an ein Dunkelfeld. *Kindheit und Entwicklung*, 20 (2), 64–71. doi:10.1026/0942-5403/a000042
- Raffle, A. & Muir Gray, J. A. (2009). *Screening: Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen* (1. Auflage.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Reinhold, C. & Kindler, H. (2006). Was ist über familiäre Kontexte, in denen Gefährdungen auftreten, bekannt. In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 133–136). München: Deutsches Jugendinstitut e.V. Zugriff am 19.12.2016. Verfügbar unter: <http://interna.humanesrecht.com/sites/interna.humanesrecht.com/files/Was%20ist%20C3%BCber%20famili%C3%A4re%20Kontexte.pdf>
- Rosch, D. (2016). Kindes- und Erwachsenenschutz als Berufsfeld der Sozialen Arbeit. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (S. 67–97). Bern: Haupt Verlag.
- Rosch, D., Fountoulakis, C. & Heck, C. (Hrsg.). (2016). *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (1. Auflage.). Bern: Haupt Verlag.
- Rosch, D. & Hauri, A. (2016a). Begriff und Arten des Kindesschutzes. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (S. 406–409). Bern: Haupt Verlag.
- Rosch, D. & Hauri, A. (2016b). Zivilrechtlicher Kindesschutz. *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (S. 410–458). Bern: Haupt Verlag.
- Roulet Schwab, D., Brioschi, N., Savioz, F., Ghaber, C., Posse, B. & Knüsel, R. (2012). Maltraitance infantile et coordination: regards croisés d'acteurs professionnels et institutionnels confrontés au processus préalable au signalement. Résumé. *Université de Lausanne*. Zugriff am 15.5.2017. Verfügbar unter: https://www.unil.ch/ome/files/live/sites/ome/files/users/nbriosch/public/Resume_de_la_recherche
- Savioz, F., Brioschi, N., Roulet Schwab, D. & Knüsel, R. (2013). Vorstellungen und Vorgehensweise der Kinderärzte bezüglich Kindesmisshandlungen im Kanton Waadt (3). *Paediatrica*, 23, 14–15.
- Schaffer, H. (2014). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: eine Einführung* (3., überarbeitete Auflage.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2008). *Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Kurzfassung*. Neuchâtel.
- Sethi, D. (2013). Europäischer Bericht über die Prävention von Kindesmisshandlung. Zusammenfassung. *World Health Organization Europe*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/242161/e96928g.pdf?ua=1
- SFA/ISPA. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: hinschauen und reagieren. Eine Wegleitung zur Frühintervention für Fachleute*. Lausanne: SFA/ISPA.
- SFA/ISPA. (2007). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes*. Lausanne: Bundesamt für Gesundheit BAG. Zugriff am 29.3.2017. Verfügbar unter: http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Kinder_aus_alkoholbelasteten_Familien_Zusammenfassung_2007.pdf
- Sierau, S. & Glaesmer, H. (2009). Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK) von G. Deegener, G. Spangler, W. Körner, & N. Becker (2009). *Klin. Diagnostik u. Evaluation*, 327–332.
- Simons, E. (2014). Freizeitdrogen auf der Notfallstation. *Stadt Zürich*. Zugriff am 27.4.2017. Verfügbar unter: [https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/waid/Deutsch/Neuer%20Ordner%20\(3\)/PDF/Aerzte_und_Zuweiser/freizeitdrogenx.pdf](https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/waid/Deutsch/Neuer%20Ordner%20(3)/PDF/Aerzte_und_Zuweiser/freizeitdrogenx.pdf)
- Suess, G. J. & Hammer, W. (Hrsg.). (2010). *Kinderschutz: Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten* (Fachbuch Klett-Cotta) (1. Auflage.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trost, A. (2010). Interaktion und Regulation bei Säuglingen drogenkranker Mütter - Risiken und Chancen für die Frühförderung. *Gefährdete Kindheit: Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 79–92). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Truninger, A. (2010). Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtpital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche*

- Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2., S. 181–194). Bern: Verlag Hans Huber.
- Unicef. (1994). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Zugriff am 6.3.2017. Verfügbar unter: <https://epub.ub.uni-muenchen.de/8946/1/8946.pdf>
- Universität Zürich. (2016). Methodenberatung. Logistische Regressionsanalyse. *Universität Zürich UZH*. Zugriff am 13.6.2017. Verfügbar unter: <http://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse/zusammenhaenge/lreg.html>
- Vilpert, S. (2013). Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*, (3), 1–8.
- Wopmann, M. (2014). Nationale Kinderschutzstatistik der schweizerischen Kinderkliniken. *Pädiatrie*, (1), 4–6.
- Wopmann, M. (2016). Gleich viele Fälle von Kindsmisshandlung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 26–27 (97), 967–968.
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2009). Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. *Frühe Hilfen im Kinderschutz: rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe* (S. 11–22). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen* (2., überarbeitete Auflage.). Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Risikofaktoren, zusammengefasst nach Kindler et. al (2006). Eigene Darstellung und Hervorhebung.	30
Tabelle 2: Fälle Notfallstationen. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017).....	41
Tabelle 3: Anzahl Fälle pro Notfallstation. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017).	56
Tabelle 4: Einweisungsgründe pro Notfallstation.	56
Tabelle 5: Ergebnisse KESB.	59
Tabelle 6: Einweisungsgrund und Entscheid der KESB.....	61
Tabelle 7: Hochrechnung und durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Fall. Quelle: Statistik der einzelnen Spitäler (2017). Diderich et al. (2013).....	69

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Fragebogen Notfallstation

Anhang 2: Fragebogen KESB

Anhang 3: Merkblatt für Patientin/Patient

Projekt SPEK

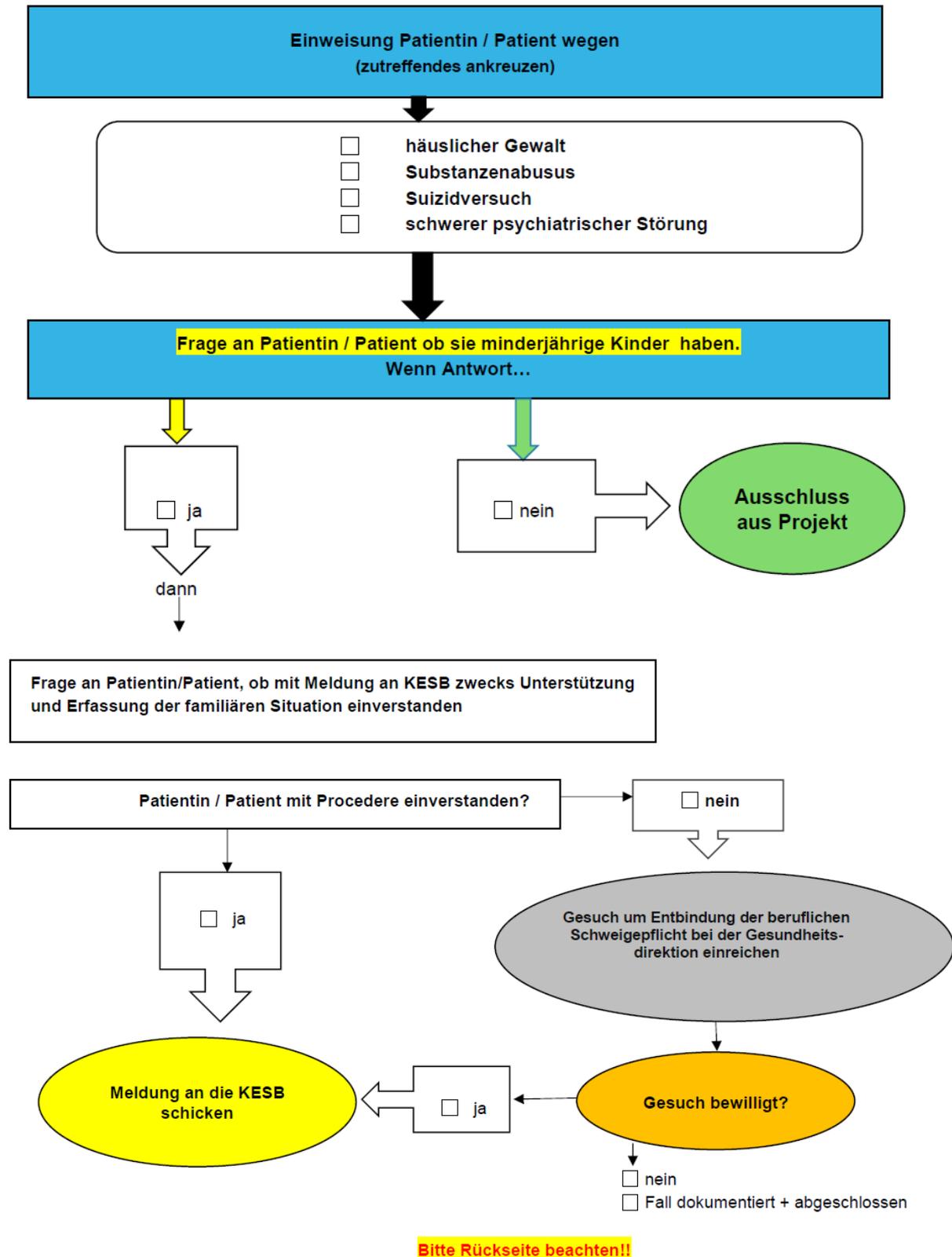
Spital-Flowsheet

Screening von Patienten auf
Erwachsenennotfallstationen bezüglich Kindswohlfährdung

Patientenkleber

U _____

Ort, Datum Zürich,/...../2017



Anhang 1: Fragebogen Notfallstation (Rückseite)

- 1 x **Spital-Flowsheet** ans Kinderspital Zürich zurück schicken !!
→Vorgedruckte Adressetiketten sind im Ordner vorhanden!
- 1 x **Kopie Spital-Flowsheet** im Studienordner ablegen.

- 1 x **Meldung an KESB** ausfüllen und an zuständige KESB schicken
- 1 x **Kopie Meldung an KESB** ausgefüllt im Studienordner ablegen.
- 1 x **KESB-Flowsheet** an KESB schicken
→vorgedruckte Adressetiketten der zuständigen KESB im Studienordner vorhanden!

- 1x **Merkblatt KESB** auszuhändigen an die Patientin/den Patienten
!! jede KESB hat ihr eigenes Merkblatt

Falls notwendig:

- 1x **Gesuch um Entbindung der beruflichen Schweigepflicht**
ausfüllen und an Gesundheitsdirektion schicken
→vorgedruckte Adressetiketten der Gesundheitsdirektion im Studienordner vorhanden!

- 1x **Kopie Gesuch um Entbindung der beruflichen Schweigepflicht** im Studienordner ablegen

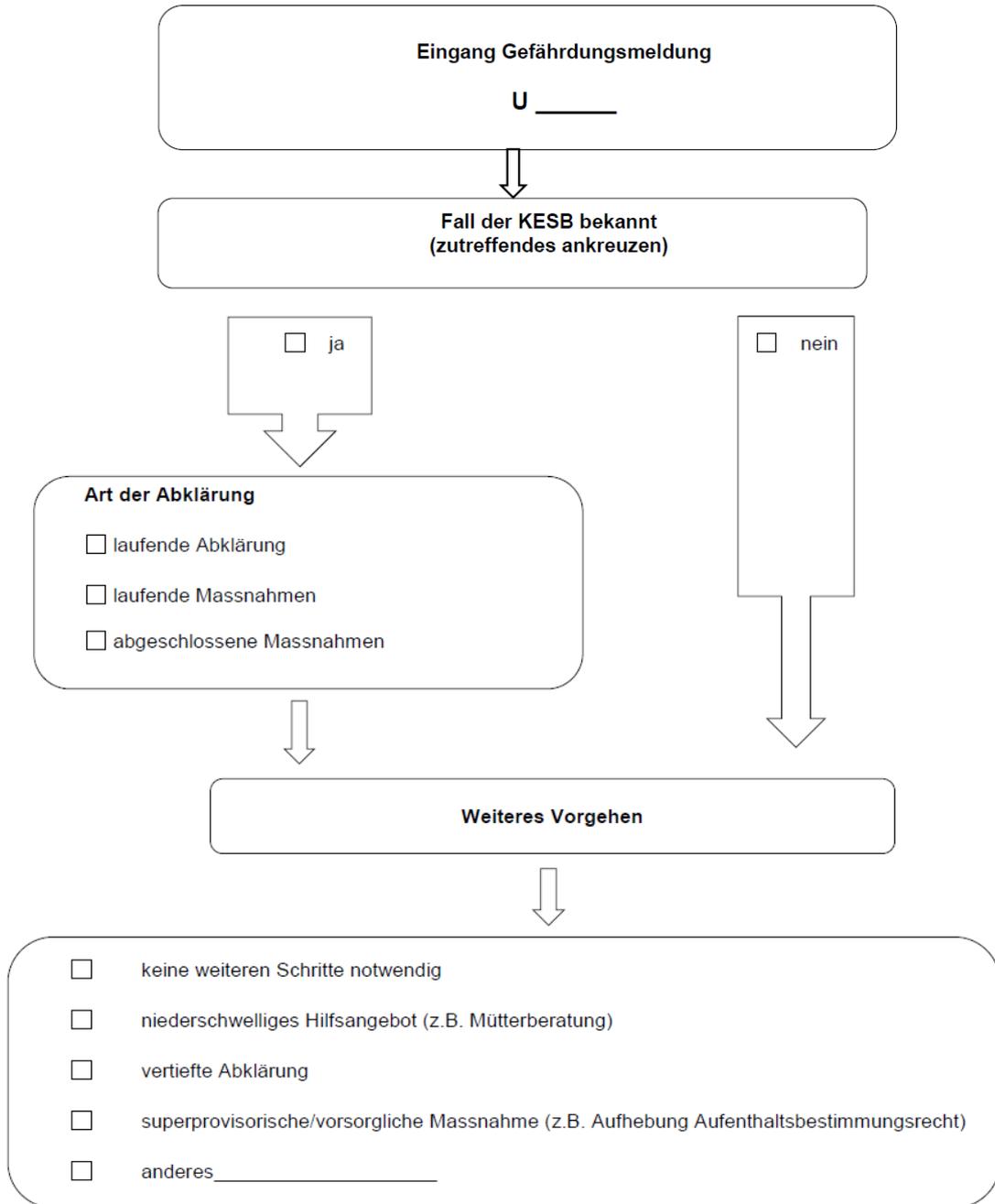
KESB-Flowsheet

Projekt SPEK

Screening von Patienten auf Erwachsenennotfallstationen bezüglich Kindswohlfährdung

Von der KESB auszufüllen und ans Kinderspital zurückschicken (Adresse s. Rückseite).

Wenn möglich innert 14 Tagen nach Erhalt der Meldung auszufüllen.



Merkblatt der Kinderschutzbehörde (auszuhändigen an die Patientin/den Patienten)

Sie sind aufgrund eines Problems auf die Notfallstation gelangt, das vermutlich nicht nur Sie selbst betrifft, sondern auf die eine oder andere Weise auch Ihre Kinder.

In solchen Fällen wollen die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen sicherstellen, dass die Situation der Kinder seriös abgeklärt und diesen, wenn nötig, geholfen wird. Deshalb macht das Spital Meldung an die Kinderschutzbehörde. Der Kinderschutz ist Aufgabe der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

Was wir als Kinderschutzbehörde tun

Unsere Behörde hat zunächst die Aufgabe herauszufinden, wie es Ihren Kindern geht und ob sie Hilfe brauchen. Wenn ja, geht es um die Frage, wie die Kinder bzw. Sie als Familie am besten unterstützt werden können.

Um das zu klären, wird sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in den nächsten Tagen bei Ihnen melden, mit Ihnen einen Termin vereinbaren und Ihre Situation besprechen. Das Gespräch findet entweder bei Ihnen zu Hause oder in den Räumen der Kinderschutzbehörde statt.

Die ganze Familie ist gefragt

Wenn irgend möglich, sollte Ihre ganze Familie bei dieser Abklärung mitmachen. So können alle Beteiligten erzählen, wie sie die Situation empfinden. Und die Kinderschutzbehörde erhält ein gutes Bild davon, welche Schwierigkeiten Sie und ihre Familie selbst lösen können, und wo welche Unterstützung wertvoll sein kann.

Es gibt viele Möglichkeiten der Hilfe

Die Unterstützungsangebote in der Stadt Zürich für schwierige Phasen in einer Familie sind vielfältig. Kompetente Fachleute leisten die nötige Hilfe meist im Rahmen einer freiwilligen Zusammenarbeit. Wenn diese Möglichkeiten nicht ausreichen, können wir, die KESB, auch eine sogenannte Kinderschutzmassnahme beschliessen – zum Beispiel eine Beistandschaft.

Unser gemeinsames Anliegen: das Wohl Ihrer Kinder

Wir verstehen, wenn Ihnen die Aussicht auf ein Gespräch mit der Kinderschutzbehörde Sorgen bereitet. Aber denken Sie daran: Es geht um das Wohlbefinden Ihrer Kinder. Das liegt Ihnen als Eltern am Herzen, und uns von der KESB auch. Wenn wir auf dieser Basis gut zusammenarbeiten, kommt das allen Beteiligten zugute – in erster Linie Ihren Kindern.

Wenn Sie Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

(Kontaktdaten der jeweiligen KESB)

Öffnungszeiten: Termine nach telefonischer Vereinbarung