

Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie

Zehn Empfehlungen zur
Gesundheitsversorgung von
Kindern, die in Institutionen
und Pflegefamilien leben

Argumentarium

Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie

Zehn Empfehlungen zur
Gesundheitsversorgung von
Kindern, die in Institutionen
und Pflegefamilien leben

Argumentarium

Zusammenfassung

Dieses Argumentarium ergänzt die zehn Empfehlungen für eine bestmögliche Gesundheitsversorgung von Kindern, die in Institutionen und Pflegefamilien leben, durch fachspezifische Hintergrundinformationen und Praxiserfahrungen. Es basiert auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Das Argumentarium beschreibt die Zielgruppe und deren Helfersysteme, die gesetzlichen Rahmenbedingungen und was man über die Gesundheit von ausserfamiliär untergebrachten Kindern weiss. Es hebt hervor, dass jedes Kind ein Recht auf eine bestmögliche Gesundheitsversorgung hat. Dabei bezieht es sich auf die Kinderrechte, wie sie in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegt sind, und stellt internationale Empfehlungen vor. Zudem bezieht es die Erfahrungen von Gesundheitsversorger:innen im Kontext der ausserfamiliären Unterbringung mit ein.

Das Argumentarium betont die Bedeutung einer kontinuierlichen medizinischen Betreuung von Kindern, die ausserfamiliär untergebracht sind. Es unterstreicht die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteuren: den leiblichen Eltern, Pflegeeltern, den Fachpersonen unterschiedlichster Professionen, Therapeut:innen und Behörden. Nur durch einen kontinuierlichen Informationsaustausch können die gesundheitlichen Bedürfnisse dieser Kinder angemessen berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist der Einbezug der Perspektive des Kindes bzw. des Jugendlichen. Die Kinder sollen, soweit sie urteilsfähig sind, aktiv in Entscheidungen über ihre Gesundheit einbezogen werden; bei nicht urteilsfähigen Kindern erfolgt die Einbeziehung auf andere geeignete Weise, um ihre Perspektive zu berücksichtigen.

Letztlich richten sich die Empfehlungen und dieses Argumentarium an alle, die an der Pflege und Betreuung von Kindern in Pflegeverhältnissen beteiligt sind – von den Gesundheitsfachpersonen bis hin zu den politischen Entscheidungsträgern. Beide Publikationen bieten eine Orientierung, warum eine kontinuierliche, bedarfsgerechte und transdisziplinär organisierte Gesundheitsversorgung für die betroffenen Kinder so wichtig ist. Die Empfehlungen sollen nicht nur diesen Kindern zugutekommen, sondern auch die Verantwortlichen dabei unterstützen, ihre Rolle im Helfersystem besser zu verstehen und zu koordinieren.

Inhaltsverzeichnis

5	Einleitung
6	Grundlagen
6	Beschreibung der Zielgruppe
7	Wie viele Kinder in der Schweiz leben in ausserfamiliärer Unterbringung?
8	Die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausserfamiliärer Unterbringung
9	An der Gesundheitsversorgung beteiligte Helfersysteme für Pflegekinder
11	Der Gesundheitszustand von Kindern in ausserfamiliärer Unterbringung aus internationaler und nationaler Perspektive
14	Umfrage bei Schweizer Kinderärzt:innen über ausserfamiliär untergebrachte Kinder
17	UN-Kinderrechte zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen
18	Policy Dokumente zu Gesundheitsthemen besonderer Pflegekindergruppen in der Schweiz
19	Internationale Empfehlungen und Richtlinien
19	Die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics (AAP)
20	Die Situation in Deutschland
21	System der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche in der Schweiz
23	Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung bei ausserfamiliärer Unterbringung
23	Frühe Kindheit
23	Gesundheits- und Entwicklungsrisiken
25	Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen
25	Schulalter
25	Gesundheits- und Entwicklungsrisiken
27	Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen
28	Adoleszenz
28	Gesundheits- und Entwicklungsrisiken
30	Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen
31	Herausforderungen und Hindernisse einer angemessenen Gesundheitsversorgung
31	Dokumentation und Kommunikation der Gesundheitsdaten
32	Erschweris der Gesundheitspflege durch die Verteilung von Betreuung und Verantwortung auf viele Akteure
34	Erschwerte Zusammenarbeit der verschiedenen Helfersysteme
36	Ungenügende Bekanntheit der Problemlage in den Helfersystemen
37	Unvollständiges Fachwissen zu den besonderen Gesundheitsfragen von Pflegekindern
39	Ansprüche des Persönlichkeitsschutzes, Meldepflicht und Melderechte
42	Literatur

Einleitung

Kinder, die in Institutionen oder Pflegefamilien und nicht bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, haben einen Anspruch darauf, dass ihre Gesundheit ebenso sorgfältig verfolgt wird wie bei Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien leben. Eltern, Pflegeeltern, Bezugspersonen, Fachpersonen, Beistände und Behörden müssen sich dieser Verantwortung bewusst sein. Diese Kinder benötigen eine umfassende Gesundheitsversorgung, die ihre besonderen Risiken berücksichtigt und ihnen die notwendigen Behandlungs- und Erholungsmöglichkeiten bietet. Zudem muss die Gesundheitsversorgung dieser Kinder sicherstellen, dass ihr Recht auf Mitbestimmung in Gesundheitsfragen gewahrt bleibt.

Am 19. September 2024 wurden im Auftrag von pädiatrie schweiz und dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) und unter Mitwirkung von weiteren Fachgesellschaften, Organisationen und Expert:innen insgesamt zehn Empfehlungen zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung ausserfamiliär untergebrachter Kinder in der Schweiz verabschiedet. Die Empfehlungen wurden ausgearbeitet, weil der dringende Verdacht bestand, dass betroffene Kinder und Jugendliche in der Schweiz ungenügend versorgt werden und es zu einer Unter- oder Fehlversorgung kommt.

Die Empfehlungen basieren auf angelsächsischen Vorlagen und berücksichtigen die Rechte der betroffenen Kinder auf Gleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung. Sie beschreiben zudem die damit verbundenen Anforderungen an die Gesundheitsexperten und beinhalten Vorschläge zur transdisziplinären Vernetzung.

Die Empfehlungen sollen den Verantwortlichen, Bezugspersonen und Behandelnden von ausserfamiliär untergebrachten Kindern eine Orientierungsgrundlage bieten, wie die Gesundheitsversorgung in Platzierungsprozessen im besten Interesse des partizipierenden Kindes und seines gesundheitlichen Wohlbefindens sichergestellt werden kann. Sie sollen auch die gesundheitlichen Ansprüche der betroffenen Kinder gegenüber administrativen und politischen Entscheidungsträgern festhalten.

Das vorliegende Argumentarium ergänzt die zehn Empfehlungen durch fachspezifische Hintergrundinformationen und Praxiserfahrungen. Es basiert auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Dabei berücksichtigt es die Rahmenbedingungen von Pflegeverhältnissen in der Schweiz sowie altersspezifische Aspekte der Kindergesundheit. Zudem bezieht es die Erfahrungen von Gesundheitsversorger:innen im Kontext der ausserfamiliären Unterbringung mit ein.

Grundlagen

Beschreibung der Zielgruppe

Die Empfehlungen für eine umfassende und bestmögliche Gesundheitsversorgung beziehen sich auf alle Kinder und Jugendlichen, die nicht bei ihren leiblichen Eltern, sondern ausserhalb ihrer Herkunftsfamilien aufwachsen¹. Zu dieser Gruppe gehören Kinder und Jugendliche aller Altersstufen, die in Pflegefamilien und Institutionen verschiedenster Organisationsformen oder in Verwandtschaftspflege leben.

Es existieren sehr unterschiedliche Formen der Platzierung bzw. Unterbringung. So sind manche Kinder wegen einer schweren Beeinträchtigung einer heilpädagogischen Institution anvertraut; andere besuchen wegen Verhaltensauffälligkeiten und besonderen Beschulungsbedürfnissen ein Schulheim, wiederum andere leben wegen Kindeswohlgefährdung oder einer schweren familiären Notlage in Institutionen oder in privaten oder professionellen Pflegefamilien. Im Säuglingsalter können dies auch Kinder sein, die einen neonatalen stationären Entzug durchmachen, die bei Übergangs- bzw. SOS-Pflegemüttern oder mit ihren Müttern in Mutter-Kind-Heimen leben. Auch bedürfen ausserfamiliär lebende Jugendliche – einschliesslich der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden oder im Massnahmenvollzug Untergebrachten – eines besonderen Schutzes und der Unterstützung in Gesundheitsbelangen. Zudem sind auch Kinder in noch laufenden Adoptionsverfahren in diese Empfehlungen miteingeschlossen, da sie bei internationalen Adoptionen vorgängig meist grosse Belastungen erlebt haben. Ebenso eingeschlossen sind Säuglinge bei Inlandsadoptionen, die in der Regel bis zur endgültigen Adoptionsfreigabe in Übergangspflegefamilien verbleiben und je nach Dauer durch diese frühen Bezugspersonen- und Umweltwechsel sehr belastet sein können.

Da ausserfamiliär untergebrachte Jugendliche mit vollendetem 18. Lebensjahr und im Übergang zum selbstständigen Lebensunterhalt als Careleaver meist nicht die übliche familiäre Unterstützung erhalten, wenden sich die Empfehlungen auch an sie und ihre medizinischen Fachpersonen.

Wie viele Kinder in der Schweiz leben in ausserfamiliärer Unterbringung?

In der Schweiz gibt es keine verlässlichen Daten zur Anzahl, Art und zum Verlauf von ausserfamiliären Platzierungen bzw. Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen. Die gemeinsamen Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) merken deshalb an: «Der UNO-Kinderrechtsausschuss 23 hat daher der Schweiz im Jahr 2015 empfohlen, eine gesamtschweizerische Statistik einzuführen. Dieses Anliegen hat der Bundesrat im Jahr 2018 im Bericht über Massnahmen zum Schliessen von Lücken bei der Umsetzung der UNO-Kinderrechtskonvention aufgenommen. Bis der angestrebte Ausbau der vom Bund betriebenen Plattform für Heimerziehung und Familienpflege (Casadata25) abgeschlossen ist, muss auf bereichsspezifische Daten sowie Hochrechnungen zurückgegriffen werden (vgl. Vereinte Nationen, Ausschuss für die Rechte des Kindes).» (SODK & KOKES, 2020, 15)

Nach Angaben der Pflege- und Adoptivkinderorganisation Schweiz (PACH) lebten im Jahr 2017 zwischen 18.000 und 19.000 Kinder in Pflegefamilien oder in Kinder- und Jugendheimen (Seiterle, 2018); dies entspricht etwa einem Prozent der 0- bis 18-jährigen Wohnbevölkerung in der Schweiz. Die Zahlen beruhen auf einer Hochrechnung aus unvollständigen Schweizer Daten der Jahre 2015 bis 2017. Insgesamt lebte zum Erhebungszeitpunkt rund ein Viertel der betroffenen Kinder in Pflegefamilien verschiedenster Organisationsgrade. Diese privaten oder professionellen Pflegefamilien sind teilweise – vor allem in der deutschsprachigen Schweiz – in Fachverbänden (Dienstleistungsanbieter in der Familienpflege, DAF) organisiert, von denen sie fachlich begleitet werden. Die restlichen drei Viertel der Kinder lebten in stationären Einrichtungen, die von Kleinkinderheimen über Institutionen mit heil- oder sonderpädagogischem Beschulungsangebot bis zu Einrichtungen des Massnahmenvollzuges reichen.

Die KOKES veröffentlicht jährlich landesweite Zahlen zu den zivilrechtlich angeordneten Kindesschutzmassnahmen. Dabei wird jedoch die Anzahl der freiwilligen ausserfamiliären Unterbringungen, die ohne Beteiligung einer Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) erfolgen – etwa bei Platzierungen in einem Schulheim –, nicht erfasst. Obwohl die Zahlen der KOKES weder die Gesamtheit noch die genaue Art oder Dauer aller Unterbringungen registrieren, bieten sie dennoch einen Einblick in das Ausmass der betroffenen Massnahmen zum Schutz von Kindern. Diese wurden erforderlich, wenn die psychosoziale oder körperliche Integrität der Kinder gefährdet war oder die Eltern nicht in der Lage waren, diese sicherzustellen. So wurde im Jahr 2021 in 4.644 Fällen das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Eltern (Art. 310 ZGB) und in 332 Fällen die elterliche Sorge (Art. 311/12 ZGB) entzogen. Die Relevanz einer

¹ Heute wird dafür meist der Begriff «ausserfamiliär untergebrachte Kinder» verwendet (nach den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES), 2020). Ebenfalls wird häufig von «Pflegekindern» gesprochen. Dies sind Kinder und Jugendliche, die ausserhalb ihrer Herkunftsfamilien in Pflegefamilien, Institutionen, Heimen, Schulheimen oder Einrichtungen für Behinderte, in Institutionen des Massnahmenvollzuges für Jugendliche oder auch bei Verwandten untergebracht sind. Darin eingeschlossen sind unbegleitete jugendliche Asylsuchende, Kinder in Adoptionsverfahren sowie Careleaver.

umfassenden Gesundheitsversorgung in Kindesschutzfällen wird auch dadurch deutlich, dass 2021 in 333 Fällen eine Beistandschaft zur Umsetzung medizinischer Massnahmen eingerichtet wurde.

Die Kantone Bern und Zürich erheben systematisch Platzierungsdaten durch die kantonalen Jugendämter. Diese erteilen die Bewilligung für Institutionen und Pflegefamilien und sind für die Aufsicht zuständig. In den übrigen Kantonen der Schweiz sind sowohl die Aufsicht als auch die Erfassung von Fremdplatzierungen sehr unterschiedlich geregelt. Aus diesem Grund gibt es kaum vergleichbares Datenmaterial zu Anzahl oder Alter der ausserfamiliär untergebrachten Kinder noch zu den Settings ihrer Unterbringungen zu Beginn wie am Ende der Platzierung. Diese Daten wären jedoch nötig, um die gesundheitliche Verfassung und auch den weiteren Verlauf wie beispielsweise die Schulausbildung als Ergebnisdaten von ausserfamiliärer Unterbringung untersuchen zu können (Oezdirek et al., 2021).

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausserfamiliärer Unterbringung

In der Schweiz geschieht die ausserfamiliäre Unterbringung eines Kindes bzw. Jugendlichen in Institutionen oder Pflegefamilien entweder freiwillig auf Wunsch bzw. mit Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern oder gestützt auf eine Massnahme im zivilrechtlichen Kindesschutz, bei der den Eltern die Obhut entzogen wurde. Bei letzterer sind lokale Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) oder auch Gerichte involviert. Eine institutionelle Unterbringung kann auch im Jugendstraf- oder Massnahmenvollzug angeordnet werden oder als schulische Massnahme organisiert sein.

Ob freiwillig oder angeordnet: Die Pflegekinderverordnung (PAVO) regelt stets die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen ausserhalb ihrer Familien. Pflegefamilien oder Institutionen benötigen eine kantonale Bewilligung im Sinne der PAVO. Diese ist zudem auch für die Aufsicht von Heimen und Pflegefamilien zuständig. Im Einzelnen unterscheidet die PAVO die Familienpflege (Art. 4–11 PAVO), die Tagespflege (Art. 12 PAVO) und die Heimpflege (Art. 13–20 PAVO). Die PAVO macht Angaben zu den Voraussetzungen, die die Familien bzw. Institutionen erfüllen müssen, und wie diese überprüft werden. Gesundheitsthemen werden in der PAVO namentlich bei den Heimen unter Art. 15c erwähnt – mit der Vorgabe, dass in Heimen für gesunde und abwechslungsreiche Ernährung und ärztliche Überwachung gesorgt, das Kindeswohl beachtet und das Kind seinem Alter entsprechend in die Massnahmen einbezogen werden soll.

Ergebnisse des Forschungsprojektes «Pflegekinder Next Generation» weisen u. a. auf die hohe Ungleichheit in der Alimentierung und fachlichen Begleitung von Pflegeeltern und ihren Aufsichten hin, da die Vorgaben der PAVO kantonal sehr unterschiedlich interpretiert und alimentiert werden (Schnurr et al., in Netz Spezial, 2024). Deshalb wurde schon im März 2023 das Postulat 22.4407

«Ein zeitgemässer Handlungsrahmen für die ausserfamiliäre Begleitung von Kindern tut not» überwiesen. Es beauftragt den Bundesrat, eine Revision der bestehenden Pflegekinderverordnung in Auftrag zu geben. Die PAVO soll sich künftig stärker an den Kinder- bzw. Partizipationsrechten orientieren, zeitgemässe Verfahren der ausserfamiliären Unterbringung aufzeigen und Rechtsungleichheiten zwischen den Kantonen beseitigen.

Einstweilen bieten Organisationen des schweizerischen Pflegekinder-systems – wie der Branchenverband der institutionellen Dienstleister für Kinder und Jugendliche (YOUVITA, www.youvita.ch), INTEGRAS oder die Pflege- und Adoptivkinderorganisation Schweiz PACH (<https://pa-ch.ch>) – teils Beratungen für betroffene Kinder und Jugendliche in Pflege- und Adoptivfamilien, teils Beratung und Weiterbildung für Adoptiv- und Pflegeeltern sowie Professionelle an und erstellen u. a. auch Expertisen im Feld, die der Qualitätssicherung dienen.

Aufgrund der uneinheitlichen kantonalen Administration von Platzierungsverhältnissen haben die KOKES und die SODK sowie Fachorganisationen wie der Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik (INTEGRAS) Empfehlungen und Handlungsleitfäden erarbeitet. Diese definieren die inhaltlichen Grundlagen von Platzierungsprozessen nach dem Prinzip der Best Practice und bieten einen Orientierungsrahmen sowie Hinweise auf unterstützende Instrumente für das Vorgehen (KOKES & SODK, 2020; INTEGRAS, 2013). Diese Empfehlungen verweisen dabei namentlich auf die Notwendigkeit einer Indikationsstellung für die ausserfamiliäre Unterbringung – zum Beispiel gestützt auf sozialpädagogische Diagnostikinstrumente –, darüber hinaus auf die Passung von Zielsetzung und Setting des Pflegeverhältnisses – beispielsweise in einer Institution oder Pflegefamilie – sowie auf die Beachtung partizipativer Ansprüche aller Beteiligten. Weiter plädieren sie für die Begleitung und Evaluation des Platzierungsprozesses. Das Ziel der ausserfamiliären Unterbringung bestünde – so steht es in den Empfehlungen – darin, die optimale Entwicklung des jeweiligen Kindes zu fördern. Dabei beziehen sich die Empfehlungen auf den bewährten, jedoch vagen Begriff des Kindeswohles, den sie als «gesunde Entwicklung des Kindes» (SODK & KOKES, 2020) umschreiben und der in der aktuellen Fachliteratur auch als «förderliche Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes» (Gabriel & Aebischer, 2013) definiert wird.

An der Gesundheitsversorgung beteiligte Helfersysteme für Pflegekinder

An der Gesundheitsversorgung von Kindern, die ausserfamiliär in Pflegeverhältnissen leben, sind viele verschiedene Helfersysteme beteiligt (Abb. Seite 11). Im Einzelnen können dies die leiblichen Eltern sein, die die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes seit der Schwangerschaft miterleben, aber auch Pflegeeltern oder Sozialpädagog:innen, die das Kind betreuen und sich mit seiner aktuellen Entwicklung und seinen Bedürfnissen vertraut machen. Zudem gehören

zum Helfernetz Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen, insbesondere die Kinder- und Hausärzt:innen, und je nach Entwicklungsbedürfnissen des Kindes und seiner Gesundheit auch Heilpädagog:innen, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen, Fachpersonen der Frühen Kindheit, der Schule und der Berufsbildung, Sonder- und Sozialpädagog:innen sowie psychologische Psychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Anders als bei Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien aufwachsen, wird die Gesundheit von Kindern, die in Pflegeverhältnissen leben, allenfalls auch von Vertrauenspersonen ergänzend begleitet und ggf. von gesetzlichen Beistandspersonen oder Vormunden mitbestimmt. Sind die Eltern nicht in der Lage, sich um die gesundheitlichen Belange ihres Kindes bzw. ihrer Kinder zu kümmern, kann die Behandlung des Kindes von involvierten Behörden (KESB, Gerichte, Aufsichtsbehörden) angeordnet werden. In der Praxis können sich allein aus der Vielzahl der involvierten Akteure komplexe Situationen und damit u. U. Erschwernisse für eine kontinuierliche Gesundheitsversorgung der Kinder ergeben. Die Abbildung zeigt, wie umfassend das Helfer- und Bezugspersonensystem ausserfamiliär aufwachsender Kinder, dem Fachpersonen der Gesundheit im Praxisalltag begegnen, aussehen kann.

In den meisten Fällen verbleibt die elterliche Sorge und damit das Bestimmungsrecht über medizinische Behandlungen bei den Eltern der Herkunftsfamilie. Daher ist in der Regel bei allen Fragen der Gesundheitsversorgung deren Einverständnis notwendig – meist unter dem Vorbehalt von Notfallbehandlungen, die in der Kompetenz der Pflegeeltern oder der betreuenden Institution liegen. In seltenen Fällen wird den Eltern das medizinische Bestimmungsrecht² entzogen und in der Folge einer Beistandsperson oder einem Vormund übertragen.

In Institutionen werden meist bei der Aufnahme des Kindes eine allgemeine Entbindung der Schweigepflicht und das Einverständnis für Arztbesuche und Notfallbehandlungen eingeholt. Bei Pflegefamilien kann das Vorgehen je nach Organisation, Dachverband oder individuellen Absprachen variieren. Es gibt jedoch Pflegefamilien, die keiner Organisation angehören, was die Frage aufwirft, wie in solchen Fällen die kontinuierliche Gesundheitsversorgung der Kinder sichergestellt werden kann. In der geplanten Revision der Pflegekinderverordnung (PAVO) ist daher vorgesehen, die Gesundheitsversorgung und deren Kontrolle als festen Bestandteil der Aufsicht über jedes Pflegeverhältnis festzulegen.

Abbildung
Komplexes Versorgungsnetz von ausserfamiliär
aufwachsenden Kindern aller Altersstufen



Der Gesundheitszustand von Kindern in ausserfamiliärer Unterbringung aus internationaler und nationaler Perspektive

Zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern befassen sich mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die in Heimen oder Pflegefamilien aufwachsen (siehe z. B. Keefe et al., 2022; McLeigh et al., 2021; Mackes et al., 2020; van Ijzendoorn et al., 2020; Sonuga-Barke et al., 2017; Vasileva, 2016; Hillen & Gafson, 2014; Pears & Fisher, 2005; Clyman et al., 2002; Smyke, 2002). Die Forschungsergebnisse sind eindeutig: Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die in ihren Herkunftsfamilien aufwachsen, weisen die betroffenen Kinder eine signifikant schlechtere psychische und körperliche Gesundheit auf. So leiden Erwachsene, die in frühen Lebensphasen unter schwierigen Bedingungen aufwuchsen, deutlich häufiger unter Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Störungen oder sozialen Belastungen (Felitti, 2019;

² gesetzliche Vertretung in medizinischen Fragen resp. medizinisches Entscheidungsrecht

Egle et al., 2016; Fegert et al., 2021). Inzwischen sind auch die neurobiologischen Mechanismen, die die langfristigen Auswirkungen widriger Kindheitsbedingungen erklären, besser nachvollziehbar: So wird vermutet, dass Vernachlässigung insbesondere mit Beeinträchtigungen in der kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklung einhergeht, während Missbrauch und Bedrohung vor allem die Emotionsverarbeitung und kognitive Kontrolle beeinflussen (McLaughlin et al., 2014; Kavanaugh et al., 2017; Ellis et al., 2021).

In der Schweiz gibt es hingegen nur wenige Daten zur gesundheitlichen Verfassung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen. Die 2020 veröffentlichte Studie des Schweizer Gesundheitsobservatoriums (OBSAN-Studie) untersuchte zwar die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hierzulande und betrachtete dabei die Auswirkungen von Familie, Umwelt, Gesundheitsverhalten sowie akuten und chronischen Krankheiten. Allerdings enthält die Studie keine Daten zur körperlichen Gesundheit und Entwicklung von Kindern, die ausserhalb ihrer Familie aufwachsen. Im OBSAN-Bericht findet sich einzig ein Hinweis auf eine Studie, die bei ausserfamiliär untergebrachten Jugendlichen hohe Prävalenzraten an psychischen und Verhaltensauffälligkeiten feststellte. Diese wurden im Zusammenhang mit Belastungen der Herkunftsfamilien durch Armut, elterliches Suchtverhalten oder psychische Schwierigkeiten und Gewalterfahrungen erklärt (Averdijk et al., 2018).

Einige Schweizer Studien dokumentieren die hohe psychische Belastung bei Jugendlichen, die in Heimen oder Pflegefamilien leben. Insbesondere die Forschergruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) befasste sich in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm mit den erhöhten Risiken für psychiatrische Erkrankungen, ADHS und Traumatisierung bei Jugendlichen, die in Heimen untergebracht sind, sowie mit diesbezüglichen Lücken in Diagnostik und Behandlung (Schmid et al., 2013; Schmid, 2016; Schmid, 2011). In einer Längsschnittuntersuchung zu den Gesundheitsverläufen von Jugendlichen, die im Massnahmenvollzug oder anderen Heimen platziert waren, untersuchte die Gruppe Zusammenhänge zwischen Trauma-Erkrankungen bei ausserfamiliär untergebrachten Jugendlichen und immunologischen Veränderungen (Bürgin et al., 2022) und entwickelte die standardisierte Eingangs- und Verlaufsdagnostik EQUALS (Schröder et al., 2013).

Auch in der noch nicht abgeschlossenen Zürcher Adoptionsstudie (Gabriel & Keller, 2020), einer Längsschnittstudie über Verläufe von Adoptionen im Kanton Zürich, zeigten sich in ersten Ergebnissen Hinweise auf eine Besserung der anfänglich hohen psychischen Belastung von adoptierten Kindern in vielen Fällen, aber auch vereinzelt erhebliche Verschlechterungen im Verlauf. Langzeitliche Ergebnisse liegen auch aus einer wegweisenden Studie über die

Gesundheit von ausserfamiliär untergebrachten Säuglingen vor, die zwischen 1958 und 1961 von Dr. Marie Meierhofer in Zürich durchgeführt wurde (Meierhofer & Keller, 1966). Die Untersuchung zeigte, dass Kinder, die in ihrer ersten Lebenszeit in einem Säuglingsheim betreut wurden, kognitive, sprachliche und emotionale Entwicklungsdefizite aufwiesen – verglichen mit Gleichaltrigen, die von Geburt an in ihren Familien aufwuchsen und in den Zürcher Longitudinalstudien (ZLS) untersucht wurden (Sand et al., 2023). Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 76 «Fürsorge und Zwang» wurden die knapp 70-jährigen Personen, die zwischen 1953 und 1959 geboren und in einem Säuglingsheim betreut worden waren, wieder eingeladen und zu ihrem Lebensverlauf befragt (Lannen et al., 2021). Die Resultate dieser populationsbasierten, nicht-selektiven Kohorte zeigten, dass die ehemaligen in Heimen betreuten Säuglinge im Gruppenvergleich mit der ZLS im Alter zwischen 15 und 30 Jahren eine erhöhte Sterblichkeit aufwiesen. Zudem zeigten sie im Lebensverlauf eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit, eine geringere Lebenszufriedenheit, vermehrt problematische Partnerschaften sowie Schwächen bei den kognitiven Fähigkeiten und in der Emotionsregulation. Wenn die Untersuchten während der Unterbringung im Säuglingsheim Kontakt zu ihren Familien hatten, waren die Belastungen in ihrer Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden im Erwachsenenalter weniger stark ausgeprägt (Lannen et al., 2024; Sand et al., 2024). Zu ähnlichen Befunden einer hohen psychosozialen Belastung im späteren Erwachsenenalter nach einer Heimunterbringung kam auch eine qualitative Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) mit Erwachsenen, die zwischen 1950 und 1990 in Heimen des Kantons Zürich platziert waren (Gabriel et al., 2021).

Eine klinische, nicht repräsentative Studie mit 16 Vorschulkindern zwischen drei und fünf Jahren (Mögel, 2018), die in Heimen und Pflegefamilien lebten, zeigte vergleichbare Befunde wie die Studie von Dr. Marie Meierhofer sowie die aktuellen internationalen Forschungsergebnisse für diese Altersgruppe (Dozier et al., 2013). Die Gruppe der platzierten Kinder wurde im Vergleich zu Kindergartenkindern, die in ihren Familien aufwuchsen, von ihren Betreuenden als psychisch und sozial-emotional deutlich belastet eingeschätzt (Heflinger, 2000; Smyke, 2002; Hillen, 2012). Dabei fiel die Belastung weniger stark aus, wenn die sehr jungen Kinder in Pflegefamilien lebten oder wenn ein zuverlässiger, mehrmals wöchentlicher Kontakt zu einer familiären Vertrauensperson bestand.

Obwohl die Bedeutung der Entwicklungsförderung als Bestandteil einer Platzierung anerkannt ist (Gabriel, 2022), liegen zur Inanspruchnahme und den Verläufen von entwicklungsfördernden Massnahmen – wie zum Beispiel heilpädagogischer Früherziehung, Logopädie und Sonderpädagogik – bei ausserfamiliär aufwachsenden Kindern in der Schweiz noch keine Daten vor.

Gleichwohl unternehmen insbesondere die Schweizer Fachhochschulen breite Forschungsbemühungen zur Verbesserung der Lage von ausserfamiliär untergebrachten Kindern, Jugendlichen und Careleavern. Dabei zeigen Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt «Pflegekinder Next Generation», dass sich die betroffenen Jugendlichen trotz des breit akzeptierten Anspruches einer verbesserten Partizipation selbst oftmals nicht gehört fühlen. Zugleich scheinen entwicklungs- und belastungsbedingt herausfordernde Verhaltensweisen der Kinder von den Bezugspersonen oft nicht eingeordnet und adäquat beantwortet werden zu können (Kilde et al., 2024). Weiter fehlen auch Beratungsangebote für Herkunftseltern dazu, wie sie das Wohlbefinden ihrer Kinder im gesamten Platzierungsprozess unterstützen können (Aeby et al., 2024).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass derzeit in der Schweiz überwiegend Gesundheitsdaten zur psychischen Verfassung von Jugendlichen sowie Langzeitstudien in Zusammenhang mit ausserfamiliärer Unterbringung vorliegen. Hingegen fehlen weitgehend Daten zur körperlichen und psychischen Gesundheit von jüngeren Kindern sowie zu Bedarf und Verläufen von entwicklungsfördernden Massnahmen bei Kindern, die in Pflegefamilien oder Institutionen aufwachsen (Werner & Stohler, 2024).

Umfrage bei Schweizer Kinderärzt:innen über ausserfamiliär untergebrachte Kinder

Die lückenhafte Datenlage in der Schweiz warf die Frage auf, wie ärztliche Akteur:innen die Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen in der Schweiz wahrnehmen. Deshalb wurde im November 2021 eine Online-Umfrage über die Schweizerische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin «pädiatrie schweiz» in deutscher, französischer und italienischer Sprache durchgeführt (Mögel & Jenni, 2023).

An der Umfrage beteiligten sich von den 1.964 berufstätigen Mitgliedern von pädiatrie schweiz insgesamt 187 Kinderärzt:innen (9.5 Prozent). 122 (82 Prozent) waren als Niedergelassene tätig, 34 (22 Prozent) arbeiteten ganz oder zum Teil auch in Institutionen oder Spitälern. 24, also 21 Prozent, waren für die medizinische Betreuung in einem Kinder- oder Jugendheim zuständig. 120 Teilnehmende machten auch von der Möglichkeit Gebrauch, zu einzelnen Fragen ergänzende Kommentare abzugeben.

Die körperliche Verfassung der von den Kinderärzt:innen behandelten Kinder und Jugendlichen wurde mehrheitlich als sehr gut oder eher gut eingeschätzt (65 Prozent). Die psychische Befindlichkeit der Kinder wurde von einem Drittel der Kinderärztinnen und Kinderärzte als eher belastet wahrgenommen (34 Prozent). Nur in zwei Fällen wurde sie als sehr gut beurteilt. In einzelnen Kommentaren verwiesen die Kinderärzt:innen auf eine hohe Belastung von ausserfamiliär untergebrachten Säuglingen und Kleinkindern durch Regulations-

störungen und häufige Infekte. Dies insbesondere bei Säuglingen, die neonatale Entzugsbehandlungen erhalten hatten und in der anschliessenden Betreuung für die Pflegeeltern sehr anspruchsvoll waren. Mit zunehmendem Alter der Kinder wurde ihre psychische Befindlichkeit als stark belastet eingeschätzt. Bei den Jugendlichen ergaben sich in der Umfrage viele Hinweise auf problematische Entwicklungsverläufe und gelegentlich auf unkontrollierte Medikamenteneinnahme sowie auf das Fehlen einer hausärztlichen Betreuung.

64 der Befragten (57 Prozent) gaben an, Entwicklungsverzögerungen bei den betroffenen Kindern diagnostiziert zu haben. Ein Drittel der Befragten stellte vor allem sprachliche und kognitive Entwicklungsdefizite fest. Die Hälfte der Kinderärzt:innen berichtete von Problemen der Kinder im sozialen Verhalten. Die Mehrheit der Befragten (71 Prozent) gab an, die betroffenen Kinder und Jugendlichen vor allem in Vorsorgeuntersuchungen gesehen zu haben, etwa ein Drittel (29 Prozent) sei ausschliesslich im Rahmen von Notfallkonsultationen erfolgt. Verordnete Fördermassnahmen (wie beispielsweise Physiotherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Früherziehung oder Logopädie) waren bei etwa einem Drittel der Fälle abgebrochen oder überhaupt nicht wahrgenommen worden.

Die Kontinuität und Verlässlichkeit sowohl bei Akutbehandlungen als auch bei Vorsorgeuntersuchungen wurden von 48 Prozent der Befragten als uneinheitlich beurteilt, fast zehn Prozent taxierten sie als unzureichend für eine angemessene Gesundheitsversorgung.

Fehlende Informationen über die gesundheitliche Vorgeschichte und frühere Behandlungen der Kinder, einschliesslich der Familienanamnese, wurden als erhebliche Herausforderungen bei der Behandlung genannt. Die individuelle Zusammenarbeit mit Eltern, Pflegeeltern, Heimen, Beiständen und Behörden wurde von 71 Prozent der Befragten als zumeist gut, von 27 Prozent als unterschiedlich und von zwei Prozent als meist unbefriedigend erlebt.

Einige Befragte berichteten von dem erheblichen Zeitaufwand und den Herausforderungen, die mit der Sicherstellung der elterlichen Zustimmung bei schwer kranken oder schwer erreichbaren Eltern verbunden sind. Besonders kritisch sehen die Kinderärzt:innen, dass Eltern das medizinische Entscheidungsrecht behalten, selbst wenn sie ihrerseits unter Beistandschaft stehen oder ihr Besuchsrecht nur eingeschränkt oder unter Aufsicht ausüben können. Dies wurde in einzelnen Fällen als unverständlich und sogar als Beeinträchtigung des Kindeswohles empfunden. Inhaltlich betraf dies vor allem Impfungen, Behandlungen mit Methylphenidat (zum Beispiel Ritalin) wegen ADHS oder die Notwendigkeit von psychotherapeutischen Behandlungen.

Kommentare aus der Umfrage bei Kinderärzt:innen in der Schweiz

Abbruch der Behandlung

«Solange die Kinder in einer geregelten Situation sind, gelingt die Betreuung meist gut. Schwierig sind abrupte Wechsel der Betreuungssituation, welche meist zum Abbruch der ärztlichen Begleitung führen. Häufig erfahren wir dann nicht, wie es weiter geht und/oder wer die Betreuung weiterführt (Übergabe der Akten). Dies trifft besonders bei interkantonalen Wechseln zu.»

Vorsorgeuntersuchungen im Schulalter

«Da im Schulalter generell nicht viele Vorsorgeuntersuchungen anfallen, sind Arztkontakte selten. Bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern sind wir es in der Regel, die an ausstehende Termine, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen erinnern, und manchmal werden vereinbarte Termine vergessen. Ich vermute, dass dies bei den Erziehern untergeht.»

Jugendliche als Patienten

Adoleszente haben vielfältige Gesundheitsbedürfnisse (zum Beispiel im Bereich Verhütung, Essstörungen, Umgang mit Alkohol, Tabak, Drogen etc.). Ihr Wunsch nach Autonomie und Hilfe kann in unübersichtlichen Betreuungssituationen zu Überforderung oder Gefährdung auch bei der Einnahme von Medikamenten führen, wie das nachfolgende Praxisbeispiel aus der Fragebogenumfrage skizziert: «Ich habe zum Beispiel eine Jugendliche im Rahmen einer Spezialsprechstunde gesehen, welche mir schon vom Notfall von Suizidversuchen bekannt war. Sie lebt aktuell in einer Pflegefamilie, in einer anderen Gemeinde als die Mutter. Dadurch ist ihr aktueller Hausarzt ein anderer als bis vor ein paar Monaten. Dies ist beiden Hausärzten nicht bekannt. Sie gibt an, sechs verschiedene Medikamente täglich einzunehmen. Nur bei einem davon war klar, dass es die Gynäkologin verschrieben hatte (ich habe mit zwei Hausärzten, der Gynäkologin und der Psychiatrie telefoniert). Alle anderen waren von unbekannter Quelle und nicht indiziert (keine Psychopharmaka).»

Die obigen Umfrageergebnisse sind aufgrund der subjektiven Einschätzungen und der niedrigen Rücklaufquote nicht repräsentativ. Zudem wurden wichtige Gesundheitsthemen wie Zahngesundheit, Impfstatus und die Häufigkeit von Infektionen nicht berücksichtigt. Dennoch stimmen die geschätzten Angaben zu häufig auftretenden sprachlichen und sozialen Entwicklungsverzögerungen sowie die berichteten Hindernisse für eine umfassende und kontinuierliche Gesundheitsversorgung gut mit den Ergebnissen internationaler Studien überein (Vasileva & Petermann, 2018; Keefe et al., 2022; Espleta et al., 2023).

UN-Kinderrechte zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Internationale wie auch die vorliegenden schweizerischen Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern beziehen sich auf den Artikel 24 der UN-Kinderrechte zum «Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit». Die Schweiz ratifizierte 1997 die UN-Konvention über die Rechte des Kindes.

Zieht man eine umfassende Gesundheitsversorgung in Betracht, in die auch das psychische Wohlbefinden und die Prävention von Folgeerkrankungen einbezogen werden, sind die nachfolgend aufgeführten Kinderrechte für den Anspruch einer umfassenden Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen, die in Pflegeverhältnissen aufwachsen, von grosser Bedeutung:

- Gleichbehandlungsartikel (Art. 2, UNO-KRK): «Kein Kind darf aufgrund seines Geschlechts, seiner Herkunft, seiner Sprache, seiner Religion oder seiner Hautfarbe benachteiligt werden.» Kein Kind sollte aufgrund der ausserfamiliären Unterbringung in seiner Gesundheitsversorgung benachteiligt werden.
- Recht auf Wahrung des Kindeswohles (Art. 3, UNO-KRK): «Werden Entscheidungen getroffen, die sich auf das Kind auswirken, hat das Wohl des Kindes Vorrang. Dies sowohl in der Familie als auch beim staatlichen Handeln.» Kinder in Settings ausserfamiliärer Unterbringung sind während des Platzierungsprozesses immer wieder von tiefgreifenden behördlichen Entscheidungen und solchen ihrer sorgeberechtigten Eltern betroffen, die sich auf ihre psychosoziale Befindlichkeit und Gesundheit auswirken.
- Recht auf Leben und Entwicklung (Art. 6, UNO-KRK): «Das Kind soll in seiner Entwicklung gefördert werden und Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung haben. Es muss vor Missbrauch und Ausbeutung geschützt werden.» Wohlbefinden, Entwicklungsförderung und Zugang zur Gesundheitsversorgung können in Platzierungsprozessen aufgrund der vorhergehenden Belastungen und durch den Wechsel von Lebensorten und Bezugspersonen beeinträchtigt werden.
- Recht auf Anhörung und Partizipation (Art. 12, UNO-KRK): «Das Kind soll seine Meinung zu allen seine Person betreffenden Fragen oder Verfahren äussern können. Seine Meinung soll bei Entscheidungen mitberücksichtigt werden. Dazu gehört auch, dass es altersgerecht informiert wird.» Dies gilt in besonderem Masse bei Kindern, die aufgrund ihrer Lebenssituation in einem Kinderheim, einer Institution oder einer Pflegefamilie (noch) nicht oder nicht mehr vertraut genug mit ihren für sie verantwortlichen Bezugspersonen sind und explizit Gefässe der Anhörung und Partizipation benötigen.

Policy Dokumente zu Gesundheitsthemen besonderer Pflegekindergruppen in der Schweiz

In der Schweiz befasst sich die KOKES in Zusammenarbeit mit der SODK mit der ausserfamiliären Unterbringung von Kindern. Diese beiden Kommissionen haben im Jahr 2020 Empfehlungen zur Stärkung der Kinderrechte in Situationen von ausserfamiliärer Unterbringung herausgegeben (SODK & KOKES, 2020). Sie stützen sich dabei unter anderem auf die oben aufgeführten internationalen Kinderrechte zum Anspruch auf eine optimale Gesundheitsversorgung (UN-Kinderrechtskonvention, 2023) sowie auf die PAVO. Mit diesen Empfehlungen wurde eine wichtige Grundlage für einen stärkeren Einbezug der Gesundheitsversorgung in die Planung und Begleitung von Unterbringungsprozessen geschaffen. Die Empfehlungen halten im Zusammenhang mit der Gesundheit, Entwicklung und Befindlichkeit ausserfamiliär untergebrachter Kinder fest, dass die unbestimmten Rechtsbegriffe Kindeswohl bzw. übergeordnetes Kindesinteresse zwar multiple Perspektiven umfassen, jedoch immer von der Frage geleitet sind, «was ein Kind benötigt, um sich gesund entwickeln zu können, und ob die konkreten Umstände dies ermöglichen» (ebd. 2020, S. 13).

SODK und KOKES empfehlen den Kantonen, in der ersten Phase einer ausserfamiliären Unterbringung den Hilfsbedarf des Kindes durch eine «sorgfältige Beschreibung und Bewertung der Lebenslage zu ermitteln und zu den Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug zu setzen». Sie verweisen dabei auf sozialpädagogische Abklärungsinstrumente wie «z. B. das Luzerner und Berner Abklärungsinstrument» (KOKES & SODK (2020, S. 17)). Weiter definieren sie als Ziel der Betreuungsphase während der ausserfamiliären Unterbringung, dass die Kinder «die altersgemässen Entwicklungsaufgaben sowie die Situation Pflegekind – sei das in einer Pflegefamilie oder in einer Institution – bewältigen respektive verarbeiten können» (ebd. 2020, S. 17). Nicht weiter ausgeführt ist, von wem oder mit welchen Instrumenten dieses Ziel erfasst bzw. überprüft wird.

Auch verweisen die Empfehlungen von SODK und KOKES mit Blick auf die Belastungen, die zu einer ausserfamiliären Unterbringung führen, auf einen Beratungsbedarf «über die Volljährigkeit hinaus» und auf allfällige finanzielle Unterstützung im Anschluss an die Austrittsphase und auf eine Flexibilität der Angebote, «um den Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden, wenn möglich und nötig durch interkantonale Zusammenarbeit» (ebd. 2020, S. 30).

In der Schweiz werden spezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern in weiteren Policy Dokumenten bzw. Merkblättern angesprochen: So haben der Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik (INTEGRAS) und die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) gemeinsam 2021 acht Empfehlungen zur interdisziplinären Praxis und Zusammenarbeit bei der kinder-

und jugendpsychiatrischen sowie sozialpädagogischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die in Heimen oder Pflegefamilien leben (INTEGRAS & SGKJPP, 2021), formuliert.³

Internationale Empfehlungen und Richtlinien

Im internationalen Kontext gibt es nur wenige Richtlinien zur Gesundheitsversorgung von Kindern, die ausserhalb ihrer Familie untergebracht sind. Einzig in Grossbritannien, den USA und Australien wurden umfassende Leitlinien und Empfehlungen veröffentlicht, um eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung und Vorsorge für Pflegekinder sicherzustellen. So haben die Ministerien für Gesundheit und Bildung in Grossbritannien verbindliche Richtlinien zur Gesundheitsversorgung von Pflegekindern auf einer gesetzlichen Grundlage erstellt (Department of Education & Department of Health, 2015). In den USA wurden entsprechende Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern durch die nationale Vereinigung der Kinderärzt:innen (American Academy of Pediatrics, Council on Foster Care, Adoption and Kinship Care, 2015) vorangetrieben. Diese Empfehlungen werden im nächsten Abschnitt genauer erläutert, da sie, ähnlich wie die vorliegenden, von einer medizinischen Fachgesellschaft herausgegeben wurden.

Die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics (AAP)

Die AAP empfiehlt – in Übereinstimmung mit dem nicht verpflichtenden US-Gesundheitssystem – eine umfassende kinderärztliche Untersuchung innerhalb von 72 Stunden nach der Inobhutnahme, einschliesslich eines Screenings der Entwicklung und des Wohlbefindens. Weitere Untersuchungstermine sollten in den ersten drei Monaten nach der Platzierung erfolgen. Der dabei erhobene Gesundheitsstatus soll mit in die Formulierung der Platzierungsziele einbezogen werden, und die Kinderärzt:innen sollen die psychologische Beratung der Pflegeeltern während der Eingewöhnungsphase des Kindes nach der Platzierung übernehmen.

Zusätzliche Empfehlungen beziehen sich auf eine kontinuierliche Gesundheitsversorgung (Follow-up) und die Erstellung einer umfassenden Gesundheitsdokumentation, die auch die psychische Verfassung der Kinder berücksichtigt. Es wird zudem besonderer Wert auf die Erkennung von Anzeichen von

³ Es gibt noch viele weitere Policy Dokumente wie zum Beispiel ein Merkblatt zum Umgang mit schutzbedürftigen, z. T. unbegleiteten Kindern aus der Ukraine (herausgegeben im April 2022 von SODK und KOKES in Absprache mit dem Staatssekretariat für Migration (SEM), dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der ukrainischen Botschaft). Dieses verweist auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, ihre Partizipationsrechte sowie ihr Bedürfnis nach Kontakt zu ihren Bezugspersonen, die Vertretungsrechte ihrer Eltern und ihre besonderen Schutzbedürfnisse, wenn sie ohne Sorgeberechtigte in der Schweiz eingereist sind.

Misshandlung gelegt. Darüber hinaus sind Kinderärzt:innen in Standortgespräche einzubeziehen und sollen eine enge Kommunikation mit den Fallverantwortlichen in Bezug auf die gesundheitlichen Belange der Kinder sicherstellen. Ausserdem wird auf die Möglichkeit verwiesen, einen ärztlichen Antrag auf medizinische Versorgung bei Careleavern bis zum 21. resp. 26. Altersjahr zu stellen (sogenannte «Chafee Option»).

Ursprünglich hatte die AAP die Schaffung von «Medical Homes» angeregt, die als kinderärztliche Zentren mit Kinderschutzexpertise und interdisziplinären Behandlungsteams die medizinische Begleitung auch über Platzierungswechsel hinweg anbieten sollten. Dies erwies sich jedoch als nicht umsetzbar. Stattdessen hat sich ein Gesundheitsnetzwerk als Online-Plattform, zunächst unter dem Namen «Medical Home» (2021), seit 2024 auf der Homepage der AAP unter dem Stichwort «Foster Care» etabliert. Diese Plattform steht Kinderärzt:innen sowie anderen Gesundheitsfachpersonen, aber auch Eltern und Pflegeeltern als frei zugängliche Ressource zur Verfügung. Über das AAP Portal «Foster Care» können Merkblätter zu Best Practices sowie Diagnoseinstrumente abgerufen werden (AAP, 2025).

Das Anforderungsprofil für die kinderärztliche Versorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern beinhaltet im Netzwerk «Foster Care» der AAP unter anderem folgende Inhalte: Kenntnisse über den Kindes- und Jugendschutz und zu den Rahmenbedingungen von Platzierungen im jeweiligen Bundesstaat, Beratung und Unterstützung bezüglich des Zuganges zu Behandlungsressourcen, Sicherstellung einer kontinuierlichen Dokumentation der Gesundheitsdaten des Kindes sowie Wissen über Traumafolgestörungen, -behandlung und -pädagogik.

Eine Befragung von Pflegeeltern in mehreren US-amerikanischen Bundesstaaten ergab eine grosse Zufriedenheit der Pflegeeltern und Hinweise auf bessere Gesundheitsverläufe der Kinder, wenn die Kinderärzt:innen obige Empfehlungen in ihrer Behandlungspraxis umsetzten (Espeleta et al., 2023).

Die Situation in Deutschland

In Deutschland existieren zwar keine spezifischen Empfehlungen, jedoch gibt es verschiedene Initiativen, die darauf abzielen, die Gesundheitsversorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu verbessern. So nahm die Dachorganisation der kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften zum Gesetzesentwurf des bundesweiten Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) zum Thema «Pflegekinder» Stellung. Sie wies insbesondere auf die Notwendigkeit einer «Verbesserung der Perspektivklärung für Pflegekinder sowie die Verbesserung der Beratung und Unterstützung von Herkunftseltern und Pflegeeltern» hin. Darüber hinaus begrüsst die medizinischen Dachorganisationen die Einführung eines Gesetzeszusatzes, der die Aufhebung der Langzeitplatzierung (Dauerverbleibensanordnung) künftig an die Berücksichtigung der fol-

genden Aspekte des Kindeswohles knüpft: dem Bedürfnis des Kindes «nach kontinuierlichen und stabilen Lebensverhältnissen, der Qualität der Beziehung zu den Pflegeeltern und Eltern, sowie bestehenden Entwicklungsdefiziten, die den Verbleib in der Pflegefamilie [erfordern]» (Mall et al., 2017). In einer weiteren gemeinsamen Stellungnahme von 2019 äusserten sich die Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) zusammen mit ihrem Konvent-Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ, Dachverband der Kinder- und Jugendmedizin) zum obigen Entwurf des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen. Die Verbände forderten zudem eine stärkere Einbindung von Zahnärzt:innen in Kinderschutznetzwerke, da zahnärztliche Befunde auf Vernachlässigung und Gewalteinwirkung hinweisen können (Karpinski et al., 2019).

In Deutschland stellt die kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik Ulm mit dem Praxismanual «Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem» ein umfassendes Open-Source-Instrument zur Verfügung (Oswald et al., 2011). Dieses Manual bietet wertvolle Hilfestellungen für die Psychodiagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen bei Pflegekindern.

System der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche in der Schweiz

In der Schweiz steht ein, im internationalen Vergleich, hervorragendes Gesundheitssystem für Kinder und Jugendliche zur Verfügung (Jenni & Sennhauser, 2013).

Eine besondere Bedeutung haben die Vorsorgeuntersuchungen. pädiatrie schweiz empfiehlt dabei 17 Vorsorgetermine von Geburt bis zum 14. Lebensjahr; davon sind acht Termine dem ersten Lebensjahr gewidmet. Danach folgen halbjährliche bis jährliche Vorsorgetermine bis zum vierten Lebensjahr (Kindergarten Eintritt). Die Gesundheits- und Entwicklungsbedürfnisse werden im sogenannten «Gesundheitsheft» aufgeführt, das von pädiatrie schweiz herausgegeben und an alle in der Schweiz geborenen Kinder abgegeben wird (zu Details zu den Vorsorgeuntersuchungen siehe Jenni & Holtz, 2024). Der Abstand zwischen der Vorsorgeuntersuchung mit sechs Jahren (Schuleintritt) und der nächsten Vorsorgeuntersuchung mit zehn Jahren dürfte allerdings für Kinder, die in diesem Alter neu in eine Pflegefamilie oder Institution eintreten bzw. solche Lebensorte wechseln, nicht genügen.

In der frühen Kindheit wird die ärztliche Versorgung durch das in der ganzen Schweiz etablierte präventive Beratungsangebot der Mütter- und Väterberatung (MVB) als eine zentrale Anlaufstelle für Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern ergänzt. Ihre Beraterinnen, meist diplomierte Pflegefachfrauen mit einer frühbereichsspezifischen Zusatzausbildung, stehen lokal Familien mit Kindern ab Geburt bis zum fünften Geburtstag kostenlos und vertraulich beratend zur Verfügung.

In der Schweiz steht ausserdem ein gut ausgebautes kinder- und jugendpsychiatrisches sowie entwicklungspädiatrisches Versorgungssystem in den medizinischen sowie in den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen zur Verfügung. Beim Zugang zu kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungen in niedergelassenen Praxen oder zu stationären Behandlungen bestehen hingegen teilweise empfindliche Lücken, wie eine 2022 eingereichte Standesinitiative zur Versorgungssicherheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt.

Schliesslich existiert in der Schweiz bezüglich entwicklungsfördernder Massnahmen grundsätzlich ein breit zugängliches Netz kantonaler Anbieter von heil- bzw. sonderpädagogischer Förderung in Institutionen, niedergelassenen Praxen und allen Schulstufen (Kronenberg, 2021).

Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung bei ausserfamiliärer Unterbringung

Frühe Kindheit

Gesundheits- und Entwicklungsrisiken

Säuglinge und Kleinkinder sind für eine gesunde Entwicklung auf die Präsenz von Eltern bzw. primären Bezugspersonen angewiesen. Sie benötigen die zärtliche und verständnisvolle Zuneigung und Präsenz dieser, um sich selbst und ihre Umwelt erkunden und ein resilientes Stressregulationssystem sowie eine individuelle Bindungs- und Selbstorganisation aufbauen zu können. Vor allem die Co-Regulation von Emotionen in einer vertrauten und kontinuierlichen Eltern-Baby-Beziehung bildet die Grundlage für ein kohärentes Selbstgefühl und damit eine stabile psychische Entwicklung der Kinder. Ein Grundbedürfnis der frühen Kindheit ist daher die Verfügbarkeit von liebevollen und dem Säugling vertrauten, verlässlichen und verständnisvollen Bindungspersonen in einer sicheren Umwelt (Bronfenbrenner, 2005; Jenni, 2024).

Typische Gefährdungen in der frühen Kindheit können bereits vor der Geburt eintreten, wie z. B. der mütterliche Konsum von Suchtmitteln oder die Belastung der Schwangerschaft durch häusliche Gewalt, Flucht oder ähnliches (Jenni, 2024). Wachsen Säuglinge und Kleinkinder in einer Umwelt auf, die von Vernachlässigung und Deprivation geprägt ist, sind sie körperlicher, sexueller oder emotionaler Misshandlung oder häuslicher Gewalt ausgesetzt oder leiden ihre Eltern an schweren psychischen Erkrankungen und/oder chronischer Überforderung und fehlenden familialen Ressourcen, geht dies mit kurz- und langfristigen Folgen für die sozial-emotionale, kognitive und körperliche Entwicklung der Kinder einher (Egle et al., 2016; Felitti et al., 2019). Je nach Dauer und Ausmass der Belastungen kann ihre Fähigkeit, zu lernen, sich bei Stress zu regulieren oder Beziehungen einzugehen, erheblich verletzt sein (Ellis et al., 2022; Evans, 2013; Kavanaugh et al., 2017). Meist ist es eine Kumulation solcher Risikofaktoren, die schliesslich zur Trennung von Mutter und Säugling oder Kleinkind sowie seiner Familie und zu einer ausserfamiliären Unterbringung führt.

Platzierungen in der frühen Kindheit sind aus verschiedenen Gründen besonders herausfordernd. Einerseits sind viele Entwicklungsmeilensteine der frühen Kindheit genetisch-biologisch getaktet (Jenni, 2021). Sie finden – wie beispielsweise der Aufbau einer sicheren Bindungsorganisation, der mindestens eine im Alltag kontinuierliche Bindungsperson voraussetzt – etwa zwischen sechs und achtzehn Monaten, d. h. zu bestimmten Zeitfenstern, statt. Auch für die weitere kognitive, soziale und emotionale Entwicklung bedürfen Kleinkinder der Anregung und Rückversicherung in einer kontinuierlichen und stabilen Eltern-Kind-Beziehung. Entsprechend belegt die aktuelle neurowissen-

schaftliche und Pflegekinder-Forschung die ausserordentliche Empfindlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern gegenüber einer längeren Trennung von vertrauten Bezugspersonen und Umwelten – selbst dann, wenn diese ungünstig waren (Dozier et al., 2013; Jenni, 2024; Sheridan et al., 2022; Ziegenhain et al., 2014). Obwohl Säuglinge und Kleinkinder bei einer ausserfamiliären Unterbringung sehr rasch wieder kontinuierliche Bezugspersonen benötigen, haben Platzierungen in der frühen Kindheit aus rechtlichen und administrativen Gründen häufig provisorischen Charakter, weil sie mit mehreren Wechseln von Betreuungspersonen und Lebensorten verbunden sind (Mögel, 2022; Ziegenhain et al., 2014). Auch ist die Trennungsangst oder Verstörung der betroffenen Säuglinge und Kleinkinder für Aussenstehende nicht immer leicht zu erkennen (Ducieux & Neumanns, 2021). Zudem werden die Auswirkungen von emotionaler Vernachlässigung und Traumatisierung sowie der Trennung von primären Bezugspersonen auf die sozial-emotionale und sprachlich-kognitive Entwicklung und auf die psychische Stabilität im weiteren Entwicklungsverlauf unterschätzt (Leslie et al., 2002; Hillen & Gafson, 2014; Vasileva & Petermann, 2017; McLeigh et al., 2021; Sheridan et al., 2022). So werden zum Beispiel Verhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern wie Rückzug, undifferenzierte Freundlichkeit oder wenig fokussierte Exploration nicht selten als hohe Anpassungsfähigkeit oder Unbeschwertheit eingeordnet und damit Zeichen von hoher Stressbelastung und Trennungsangst übersehen (Ziegenhain et al., 2014; Humphreys et al., 2017). Verhaltensauffälligkeiten und belastende Vorerfahrungen eines Kleinkindes können jedoch eine neue Pflegebeziehung und damit die Integration in eine förderliche Umgebung beeinträchtigen (Lohaus et al., 2018).

Bei postpartalen psychischen Erkrankungen oder elterlicher Überforderung ist der Schutzbedarf für die frühe Eltern-Kind-Beziehung verständlicherweise besonders hoch. Daher wird Eltern von ausserfamiliär untergebrachten Säuglingen oft eine längere Erholungszeit zugestanden. In der Folge kann es zu einer Reihung von zeitlich befristeten SOS-Platzierungen oder zu Heimunterbringungen von Kindern im Säuglingsalter kommen. Letztere werden von Eltern – entgegen der Empfehlung von UNICEF und Fachgesellschaften – aus Sorge, die Elternrolle zu verlieren, bevorzugt. Ohne eine gleichzeitige intensive Förderung oder Behandlung des Eltern-Kind-Kontaktes kann dieser jedoch rasch verkümmern, da sich Säuglinge an die Umgebung und Personen binden, mit denen sie ihren Alltag verbringen. In vielen Fällen kommt es nicht zu einer raschen Erholung der Elternschaft. Dann sind weitere Umplatzierungen gegen Ende des ersten oder im Verlauf des zweiten Lebensjahres notwendig. Dadurch sind die sehr jungen Kinder weiteren frühen Trennungen ausgesetzt, wodurch ihre sozial-emotionale Entwicklung zusätzlich empfindlich belastet wird (Dozier et al., 2013; Mögel, 2022; Ziegenhain et al., 2014).

Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen

Gesundheitsfördernde Massnahmen bei ausserfamiliärer Unterbringung in der frühen Kindheit können verschiedene Ansätze umfassen. Dazu zählen stationäre Interventionen, die darauf abzielen, die Beziehung zwischen Mutter und Kind in psychiatrischen Mutter-Kind-Einheiten oder sozialpädagogischen Mutter-Kind-Institutionen wiederherzustellen. Eine weitere Massnahme ist die Begrenzung vorläufiger Unterbringungen ohne intensiven Einbezug vertrauter Bezugspersonen auf einen kurzen Zeitraum von bis zu 14 Tagen (Ziegenhain, 2014). Besonders bei Heimplatzierungen bedarf es rascher psychotherapeutischer oder psychoedukativer Interventionen, um ein hochfrequentes Kontaktsetting zu ermöglichen. Nur so kann eine tragfähige Bindung des Kindes an die Eltern erhalten bzw. aufgebaut werden.

Immer ist eine rasche Einschätzung der kindlichen Befindlichkeit sowie der Beziehungsqualität zu den Eltern und den Bezugspersonen am Unterbringungsort wichtig, um eine Grundlage für die weitere Platzierungsperspektive zu schaffen.

Die Begleitung und Förderung sicherer Bindungsbeziehungen des Babys oder Kleinkindes sowohl in der Pflegefamilie wie im Kontakt zur Herkunftsfamilie haben Priorität. Eine gemeinsame Beratung und Begleitung von Eltern und Pflegeeltern zu den Herausforderungen einer geteilten Elternschaft (Co-Parenting) wirkt der Fragmentation in der Lebenswelt des Babys oder Kleinkindes entgegen und fördert das Erleben von Kohärenz und Zugehörigkeit, das in der frühen Kindheit die Grundlage für eine gesunde Entwicklung bildet (Mögel, 2014; Zimmermann, 2020).

Schliesslich sollten bei Entwicklungsverzögerungen in der Exploration, in der Sprache bzw. anderen alterstypischen Entwicklungsaufgaben frühzeitig Förderhilfen bereitgestellt werden.

Schulalter

Gesundheits- und Entwicklungsrisiken

Im frühen und mittleren Schulalter entwickeln Kinder Vorstellungen von Identität, indem sie ihre eigenen Fähigkeiten und schulischen Fertigkeiten entdecken, ihren Platz in der Gruppe von Gleichaltrigen suchen und ihre Rolle in der Familie erkunden (Jenni, 2021). Trotz wachsender Autonomie orientieren sich die Kinder noch stark an positiven Elternfiguren und suchen bei Schwierigkeiten zuerst Rückversicherung in den Bindungen ihres Familiensystems. Auch können sich im frühen Schulalter durch die gestiegenen ausserhäuslichen Anforderungen psychische Verletzlichkeiten wie z. B. Ängste (soziale Ängste oder Angst vor dem Schulbesuch) oder Symptome eines ADHS nun deutlicher zeigen als noch im Vorschulalter (Goemans et al., 2016).

Schulkinder, die nicht bei ihrer Familie leben können, sind noch kaum in der Lage, komplexe elterliche Belastungen aus einer übergeordneten Perspektive einzuordnen. Nicht selten reagieren sie mit Scham- und Schuldgefühlen, Rollenkehr (d.h. sie übernehmen eine fürsorgliche Haltung gegenüber den Erwachsenen), Loyalitätskonflikten und gedrückter Stimmung auf die schweren Notlagen ihrer Eltern. Auch wenn sie durch den schützenden Abstand zu einem hoch belasteten oder missbräuchlichen Familienalltag entlastet werden, so machen sie sich doch häufig Sorgen um ihre Familie oder fühlen sich verantwortlich. Zudem kann die Trennung von der gewohnten Umgebung mit empfindlichen Verlusten von Ressourcen wie beispielsweise weiteren Vertrauenspersonen und Freunden, Hobbys in Sportvereinen und der Schule einhergehen (Schofield & Beek, 2005; Schröder et al., 2017).

Anders als ihre Altersgenossen sind Pflegekinder mit der spezifischen Entwicklungsaufgabe der Integration von zwei Lebenswelten konfrontiert (Wolf, 2012). Sie brauchen viel Zeit, um die in der gewohnten Umgebung erlernten Bewältigungsstrategien an die neuen Verhältnisse anzupassen und allmählich vertrauensvolle Beziehungen zu den neuen Bezugspersonen einzugehen. Dabei müssen sie sich in zwei, oft höchst unterschiedlichen Lebenswelten zurechtfinden und die Beziehung zu ihren Eltern neu einordnen.

Gleichzeitig sollen sich ausserfamiliär aufwachsende Kinder mit alterstypischen Aufgaben wie der Integration in einer Peergruppe und mit schulischen Anforderungen auseinandersetzen (INTEGRAS & SGKJPP, 2021). Beides verlangt von ihnen selbstregulatorische Kompetenzen wie wachsende Frustrationstoleranz, Emotionskontrolle, Impuls- und Aufmerksamkeitssteuerung (Jenni, 2021). Nicht wenige ausserfamiliär untergebrachte Kinder wurden jedoch aufgrund der erlebten Belastungen, die zu ihrer Platzierung führten, in ihrer Selbstregulation so gefordert, dass sie in ihrer Entwicklung und ihren Bedürfnissen oft «jünger» als ihre nicht ausserfamiliär untergebrachten Altersgenossen erscheinen (Vasileva & Petermann, 2018; Keefe et al., 2022). Auffällig externalisierendes Verhalten (unruhig, impulsiv, unaufmerksam oder aggressiv) kann jedoch die schulische und soziale Anpassung zusätzlich erschweren und verdeckt nicht selten hohe internalisierende Symptome (Belastungen der Kinder durch Ängste, Stimmungsabfall und Sorgen).

Die häufiger als im Durchschnitt auftretenden Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache bei Pflegekindern werden ebenfalls mit Widrigkeiten in Zusammenhang gebracht, denen die Kinder ausgesetzt waren (Golding et al., 2013; Vasileva & Petermann, 2018; Krier & Duren Green, 2018; Ellis et al., 2022).

Die Gesamtheit der komplexen Anforderungen und vielfältigen Belastungen können die Widerstandskraft der Kinder immer wieder überfordern. Die daraus entstehenden psychischen Belastungen, Verhaltensprobleme und evtl. zusätzliche Lernschwierigkeiten gefährden nicht nur die Integration am Pflegeplatz und in der Schule, sondern auch die Entwicklung eines positiven Selbst-

bildes bei den Kindern. Die Beachtung ihrer individuellen Bedürfnisse nach Teilhabe und Entwicklungszeit, die Förderung der Ressourcen und Interessen der Kinder und das rechtzeitige Erkennen und Behandeln allfälliger gesundheitlicher Einschränkungen sollen dem entgegenwirken.

Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen

Gesundheitsfördernde Massnahmen bei ausserfamiliärer Unterbringung in der mittleren Kindheit können verschiedene Aspekte umfassen. Damit ausserfamiliär aufwachsende Schulkinder alterstypisch Gefühle von Selbstwirksamkeit entwickeln können, müssen sie sich im Pflegekontext wie in der Schule und bei Peers akzeptiert und zugehörig erleben können. Sie benötigen Respekt für ihre besondere Lebenssituation und ausreichend Zeit, um sich in den neuen Verhältnissen zurecht zu finden. Gegebenenfalls benötigen sie auch Unterstützung im Kontakt und in der Auseinandersetzung mit ihrer Herkunftsfamilie sowie beim Einordnen ihrer Biografie. Dabei ist es wichtig, die Partizipationsbedürfnisse des individuellen Kindes zu beachten, ihm Nähe zu vertrauten Personen und Orten zu ermöglichen und es zu unterstützen, seine individuellen Neigungen und Begabungen zu entfalten.

Ausserfamiliär aufwachsende Kinder im Schulalter, die schulisch oder psychisch belastet sind, profitieren spezifisch von häufigerer Rückversicherung, Ermutigung und individueller Begleitung (Schofield & Beek, 2005; Oswald et al., 2011; Keefe et al., 2022). Sie haben bei entsprechender Indikation Anspruch auf die Kontinuität von sonderpädagogischen oder auch medizinischen Hilfen, z.B. bei Platzierungswechseln. Auch sollten sie regelmässig bei ihrer vertrauten Kinderärztin bzw. ihrem vertrauten Kinderarzt vorgestellt werden. Denn aufgrund der abnehmenden Frequenz der im Gesundheitsheft empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen können im Schulalter gerade bei Platzierungswechseln Lücken im Behandlungsmonitoring oder bei der Früherkennung entstehen.

Zeigen die Kinder Einschränkungen in der Schul-, Sozial- und Peerkompetenz oder Hinweise auf eine allfällige Behinderung soll eine entwicklungspädiatrische oder kinderpsychiatrische Einschätzung frühzeitig erfolgen, um rechtzeitig Fördermassnahmen einzuleiten. Darüber hinaus ist eine Beratung der Pflegeeltern, Eltern und Heimerziehenden im Umgang mit Schulproblemen erforderlich, um die Vernetzung mit schulischen und ausserschulischen Bezugspersonen und Fachleuten zu fördern.

Psychotherapeutische, medizinische und fördertherapeutische Massnahmen und ihre Implementierung (zum Beispiel eine IV-Anmeldung, sonderpädagogische oder integrierte schulische Förderung) müssen gut aufeinander abgestimmt und mit allen wichtigen Bezugspersonen, Eltern, Pflegeeltern und Fachpersonen des Kindes abgesprochen sein. Dabei stehen die Sicht des Kindes, seine Bedürfnisse und seine Befindlichkeit im Mittelpunkt.

Bei Bedarf sollen die Gesundheitsversorger:innen ebenfalls Unterstützung zu Fragen des emotionalen Wohlbefindens der Kinder geben und sich ihrerseits eng mit den entsprechenden kinderpsychiatrischen oder kinderpsychologischen Fachstellen vernetzen. Von grosser Bedeutung ist die kinderärztliche Aufmerksamkeit für das Auftreten von Ängsten, Rückzug und Verhaltensauffälligkeiten. Emotionale Störungen und verschiedene Formen von Traumatisierung sollten eingehend abgeklärt und behandelt werden (Oswald et al., 2011). Bei Diagnosen wie ADHS und Autismus-Spektrum-Störung kommt der Beachtung der häufigen Komorbiditäten besondere Bedeutung zu, weshalb eine vollständige Diagnostik, kontinuierliche Behandlung und vor allem die sorgfältige Kontrolle einer allfälligen Medikation notwendig sind (Kutcher et al., 2004). Besonders für Pflegekinder mit Behinderungen darf eine umfassende Einschätzung der Entwicklung und psychischen Befindlichkeit nicht übersehen werden.

Adoleszenz

Gesundheits- und Entwicklungsrisiken

Die adoleszente Entwicklung wird von umfangreichen biologischen, sozialen und psychischen Reifeprozessen bestimmt (Jenni, 2021). In dieser Phase erfährt der Körper einen letzten grossen Entwicklungsschub, der durch hormonell bedingte Reifungsprozesse zu Wachstum, Veränderungen des Körpers und zur sexuellen Reife führt. Auch das Gehirn verändert sich, was mit grundlegenden Wandlungen im Denken, Fühlen und Verhalten der Jugendlichen einhergeht. Diese Veränderungen ermöglichen es ihnen, sich von ihren Eltern zu lösen und ein eigenständiges, selbstverantwortliches Leben zu führen. Dabei knüpfen sie tiefgehende Bindungen zu anderen, insbesondere zu Gleichaltrigen. Zudem befassen sich Jugendliche zunehmend mit ihrer Zukunft, insbesondere mit schulischen und beruflichen Perspektiven. Sie sind auf der Suche nach ihrer eigenen Identität und entwickeln moralische Werte sowie ein persönliches Normensystem.

Zu diesen Autonomieprozessen gehört auch, dass die Jugendlichen in der mittleren und späten Adoleszenz eigenständiger Sorge für ihre Gesundheit übernehmen und z. B. beim Wechsel vom vertrauten Kinderarzt zu einem Hausarzt oder bei einer Psychotherapie die Arzt- oder Therapeutenwahl selbst bestimmen. Dies gilt insbesondere auch für junge Frauen in der Wahl ihrer Gynäkologin.

Allgemein ist die Phase der Adoleszenz nicht frei von Krisen; viele Jugendliche kämpfen mit Gesundheitsproblemen. Zu den häufigen Erkrankungen in dieser Lebensphase zählen unter anderem Essstörungen, depressive Verstimmungen oder suizidale Gedanken sowie ein übermässiger Konsum von Alkohol, Tabak oder Cannabis, risikobehaftetes Sexualverhalten und andere psychosoziale sowie psychosomatische Probleme. Dennoch suchen Jugendliche in schwie-

rigen Situationen, nach negativen Erlebnissen oder bei der Planung ihrer schulischen und beruflichen Zukunft weiterhin den Austausch mit ihrer Mutter oder ihrem Vater bzw. Rückhalt bei ihren Eltern (Jenni, 2021).

Diese Autonomie- und Identitätsprozesse der adoleszenten Entwicklung stellen Jugendliche in ausserfamiliärer Unterbringung wie ihr Umfeld vor grosse Herausforderungen. So können alterstypisch notwendige Ablöseprozesse mit dem Platzierungsziel, d. h. der Erholung und Stabilisierung in einem haltgebenden Umfeld, kollidieren. Manche Belastungen aus der frühen Kindheit scheinen – trotz anfänglich guter Erholung auch in stabilen Platzierungsverhältnissen – depressive Erkrankungen im Verlauf der späten Adoleszenz zu begünstigen (Sonuga-Barke et al., 2017; Gabriel et al., 2021). Haben die Jugendlichen emotionale Vernachlässigung in überforderten Familien, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch, Traumatisierung oder mehrfache Wechsel von Lebenswelten durchgemacht, konnten sie kaum oder nur sehr unterschiedliche Erfahrungen von Fürsorge erleben und hatten wenig Gelegenheit für den alters-typisch allmählichen Aufbau von Selbstfürsorge (Fegert et al., 2021; Schmid et al., 2017).

Auch die vielfältigen Anforderungen von Ausbildung und Berufswahl fordern die betroffenen Jugendlichen und ihre Umwelt heraus. Wachsende Ansprüche der Umwelt und eigene Bedürfnisse nach einer zunehmend autonomen Lebensführung können belastete Jugendliche rasch in eine Überforderungssituation bringen. Risikobehaftetes Verhalten oder psychische Instabilität infolge früherer Traumatisierung können zu Platzierungswechseln, Ausbildungsabbrüchen oder Hospitalisationen führen. Sie sind Ausdruck der komplexeren und damit auch verlängerten Prozesse der Gesundung und des Erwachsenwerdens, die ausserfamiliär aufwachsende Jugendliche zu bewältigen haben (Nowacki & Schoelmerich, 2010; King et al., 2023).

Neben diesen psychischen und sozialen Herausforderungen sind Jugendliche aus Pflegeverhältnissen meist auch finanziell benachteiligt. Bei der beruflichen Ausbildung und beim Übergang ins Erwachsenenalter benötigen sie zusätzliche Hilfen, da sie anders als ihre Altersgenossen kaum auf soziale und finanzielle Unterstützung ihrer Herkunftsfamilien zählen können (Werner & Stohler, 2021). So macht z. B. der Verein Careleaver auf finanzielle Probleme bei der Erhaltung der Körper- und Zahngesundheit aufmerksam, da Careleaver ab 18 Jahren kaum mit der Übernahme der Krankenkassen- bzw. Gesundheitskosten durch ihre Herkunftsfamilien rechnen können. In diesem Zusammenhang kann die nicht seltene Kündigung von Zusatzversicherungen aus Spargründen durch Eltern oder Beistände im Kindesalter den jungen Erwachsenen grosse Probleme bereiten, da die Betroffenen von den Kassen Vorbehalte wegen im Kindesalter durchgeführter ergotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlungen erfahren.

Gesundheits- und entwicklungsfördernde Massnahmen

Gesundheitsfördernde Massnahmen bei ausserfamiliärer Unterbringung sind entscheidend für das Wohlbefinden. Eine individuelle Beratung soll die Jugendlichen und, in Absprache mit ihnen, ihre Bezugs- oder Vertrauenspersonen zu gesundheitlichen Fragen und zu ihrer persönlichen Gesundheitspflege umfassend informieren. Es werden altersgerechte und interessenbasierte Gesundheitsangebote bereitgestellt, wobei die Selbstbestimmungsbedürfnisse der Jugendlichen im gesamten Behandlungsprozess beachtet werden, um ihre Autonomie zu stärken.

Neben der Aufmerksamkeit für die körperliche und die Zahn-Gesundheit gilt ein besonderes Augenmerk dem psychischen und emotionalen Wohlbefinden der Jugendlichen. Psychische Belastungen oder Erkrankungen und Suchtgefährdung werden frühzeitig erkannt, und bei Bedarf erfolgt eine gezielte Beratung oder Überweisung an entsprechende Fachstellen, um die notwendige Unterstützung zu gewährleisten. Zudem ist die Aufklärung zur sexuellen Gesundheit von zentraler Bedeutung. Jugendliche erhalten umfassende Informationen zu Themen wie Verhütung, dem Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und potenziell riskanten Sexualpraktiken. Bei Bedarf wird eine Überweisung zu gynäkologischen Sprechstunden organisiert, um sicherzustellen, dass die gesundheitliche Versorgung angemessen ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die gesundheitlichen Fragen im Zusammenhang mit der schulischen und beruflichen Integration. Hierbei wird eine umfassende Beratung angeboten, die im Bedarfsfall auch die Unterstützung bei der Anmeldung zur Invalidenversicherung (IV) einschliesst. Es wird darauf geachtet, dass die gesundheitlichen Belange der Jugendlichen in den Integrationsprozess einfließen, um ihre Chancen auf eine erfolgreiche Ausbildung und berufliche Eingliederung zu verbessern.

Von entscheidender Bedeutung ist auch die Begleitung beim Wechsel von der kinderärztlichen in eine altersadäquate hausärztliche Versorgung. Dazu gehört die Klärung der Finanzierung der Krankenkassenkosten sowie des ausreichenden Versicherungsschutzes ebenso wie Bedürfnisse und Ziele der individuellen Gesundheitsversorgung der betroffenen Jugendlichen. Diese Schritte werden rechtzeitig vor dem Übergang ins Erwachsenenalter angegangen, um sicherzustellen, dass die Jugendlichen auch nach ihrem Austritt aus der Einrichtung oder aus einem Pflegeverhältnis die notwendige gesundheitliche Versorgung erhalten können. Auch sollten junge Erwachsene am Ende der ausserfamiliären Unterbringung über alle für ihre Gesundheit relevanten Krankenakten verfügen und die Gelegenheit erhalten, diese Befunde mit einer ärztlichen Fachperson ihres Vertrauens zu besprechen.

Alle diese Massnahmen tragen dazu bei, die Gesundheit und das Wohlbefinden von betroffenen Jugendlichen nachhaltig zu fördern und ihnen eine gelingende Transition ins Erwachsenenleben zu ermöglichen.

Herausforderungen und Hindernisse einer angemessenen Gesundheitsversorgung

Die häufigen Wechsel von Bezugspersonen, Lebensorten, administrativen Zuständigkeiten und Fachkräften, die mit dem Aufwachsen in ausserfamiliären Umgebungen verbunden sind, können zu Lücken in der Gesundheitsversorgung führen, wie etwa die Unterbrechung von Behandlungen und Fördertherapien sowie Lücken in der Gesundheitsdokumentation. Beides kann das Vertrauen und die Compliance in weitere Behandlungen und den Effekt von therapeutischen Massnahmen schwerwiegend mindern.

Nachfolgend sind typische Schwierigkeiten der Gesundheitsversorgung von Pflegekindern aufgeführt, wie sie auch in den angelsächsischen Empfehlungen bzw. Richtlinien beschrieben werden. Die begleitenden Fallbeispiele stammen aus der Umfrage bei den Kinderärzt:innen (Mögel & Jenni, 2023) und aus der Praxis der Abteilung Entwicklungspädiatrie des Universitäts-Kinderspitals Zürich.

Dokumentation und Kommunikation der Gesundheitsdaten

Bei einer ausserfamiliären Unterbringung, ob behördlich angeordnet oder im Einvernehmen mit den Eltern organisiert, wird nicht nur die Obhut des Kindes neuen Bezugspersonen und an einen neuen Wohnort übertragen, sondern meist auch die medizinische Betreuung. Oft müssen auch laufende Behandlungen oder Therapien im neuen Umfeld weitergeführt werden. Die Zuständigkeit dafür kann besonders in Fällen, in denen keine Beistandschaft besteht, herausfordernd sein. Zwar behalten die meisten Eltern das Sorgerecht und somit das medizinische Bestimmungsrecht, also die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Kinder. Doch aufgrund eigener Belastungen sind sie zum Zeitpunkt der Trennung vom Kind oft nicht in der Lage, diese Versorgung sicherzustellen oder notwendige Krankenakten und Berichte bei den behandelnden Ärzten anzufordern. Es ist jedoch im vitalen Interesse jedes ausserfamiliär aufwachsenden Kindes, dass seine medizinischen Grundversorger:innen Zugang zu allen Gesundheitsdokumenten und zu familienanamnestischen Daten haben, die für seine Gesundheit relevant sind.

Vorher zuständige medizinische Fachpersonen werden selten über den Wechsel der Obhut und die neuen Ansprechpartner:innen informiert oder zögern aus unterschiedlichen Gründen, die Zustimmung der Eltern zur Weiterleitung der Krankenakte einzuholen. Bis das Kind einem neuen Kinderarzt oder einer neuen Kinderärztin vorgestellt wird, die dann die Erlaubnis der Eltern zur Einsicht in die bisherigen Krankenakten einholen, vergeht häufig wertvolle Zeit, wie das folgende Beispiel zeigt.

Fallbeispiel: Zeitfenster für Förderbehandlungen

Das fünfjährige Kind einer psychisch und sozial überforderten Familie wird zunächst zur Krisenintervention in einem Kleinkindheim untergebracht. Kurz zuvor hatte es nach langer Wartezeit, durch die damalige Kinderärztin eingeleitet, eine dringend notwendige logopädische Behandlung begonnen. Diese wurde durch die Inobhutnahme unterbrochen. Weder lag ein Überweisungsbericht an die nachbehandelnden Kinderärzt:innen vor, noch wurde das Kind am neuen Ort einem Kinderarzt vorgestellt. Die auffallende Sprachstörung des Kindes wird zunächst den familiären Belastungen zugeschrieben. Nach einigen Monaten initiiert das aufmerksame Heimpersonal, unterstützt von der Kindergärtnerin, eine psychotherapeutische Abklärung für das verstört wirkende Kind. Als die Psychotherapeutin auf die schwere, in der Herkunftsfamilie anamnestisch bekannte Sprachentwicklungsstörung und den dringend benötigten logopädischen Behandlungsbedarf hinweist, sind die logopädischen Förderressourcen für das laufende Schuljahr längst ausgeschöpft.

Erschwernis der Gesundheitspflege durch die Verteilung von Betreuung und Verantwortung auf viele Akteure

Nicht nur Säuglinge und Kleinkinder, sondern auch Schulkinder und Jugendliche sind auf die Aufmerksamkeit ihrer Umwelt für ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden angewiesen. Eine solche Aufmerksamkeit schliesst die Beobachtung von Veränderungen im Verhalten und der Befindlichkeit der Kinder mit ein und beruht einerseits auf der Sensitivität einer Bezugsperson und andererseits auf ihrer Vertrautheit mit dem Kind. Diese Aufmerksamkeit der Bezugspersonen kann bei Kindern, die nicht in ihren Familien leben können, immer wieder unterbrochen sein durch ...

- noch fehlende Vertrautheit von neuen Bezugspersonen und Verantwortlichen mit dem Kind bzw. seiner Gesundheit und Entwicklung: zum Beispiel bei notfallmässigen Platzierungen oder Wechseln des Pflegeortes und ebenso bei Beistands- oder Personalwechseln;
- Erschöpfung von Pflegeeltern in der Betreuung von hoch belasteten Kindern bzw. durch die hohe Arbeitsbelastung von sonderpädagogischem Fachpersonal in Institutionen;

- Unerreichbarkeit oder fehlende Compliance von sorgeberechtigten Eltern, die aufgrund ihrer schweren Belastungen nicht in der Lage sind, sich zeitnah mit einer gesundheitlichen Frage ihres Kindes zu befassen, und zum Beispiel ihr Einverständnis für eine Abklärung oder Behandlung verweigern;
- fehlende Abstimmung oder Konflikte im Bezugspersonen- und Helfernetz, die die Aufmerksamkeit absorbieren und von der Gesundheitsversorgung des Kindes abziehen;
- inhaltliche oder zeitliche Überforderung der Gesundheitspersonen angesichts der Problemlagen und komplexen Helfersysteme bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen.

Solche Erschwernisse können dazu beitragen, dass ärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder Abklärungen bei Kindern, die in Institutionen oder Pflegefamilien leben, nicht mit derselben Dringlichkeit eingefordert oder so umfassend ausgeführt werden wie bei Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien aufwachsen. Auch der Umstand, dass Pflegeeltern und Bezugspersonen in den Institutionen angehalten sind, sich nicht in das medizinische Bestimmungsrecht von Eltern einzumischen, führt auf Seiten von Gesundheitsversorger:innen nicht selten zu Irritationen. Die geforderte professionelle und damit eher distanzierte Haltung von Pflegeeltern oder Sozialpädagog:innen kann bei den Behandelnden dann Zweifel an deren Compliance für die Behandlung oder ihrem Engagement für das Kind und seine Befindlichkeit auslösen. Ein Phänomen, das in der Pflegekinderforschung bekannt ist und das den Behandlungserfolg oder das Monitoring von Fördermassnahmen deutlich schwächen kann (Unterberg et al., 2013).

Fallbeispiele aus der Entwicklungspädiatrie des Universitäts-Kinderspitals Zürich

Die Pflegemutter eines Kindes im ersten Kindergartenjahr zeigt sich bei dessen entwicklungspädiatrischer Kontrolle gegenüber dem verhaltensauffälligen und sprachverzögerten Kind fürsorglich und engagiert für seine Förderung. Auch äussert sie den dringenden Wunsch nach einer kinderpsychologischen Abklärung und Beratung. Als eine solche mit einigem Aufwand durch die Behandelnden kurzfristig mobilisiert werden kann, bittet sie um einen Aufschub von einem halben Jahr, da sie mehrere Pflegekinder zu versorgen habe. Tatsächlich meldet sie sich erst auf Druck des Kindergartens nach einem Jahr wieder im Spital.

Ein siebenjähriges bindungsdepriviertes Kind, das in seinem Kinderheim eine vertraute Beziehung zu seiner Bezugsperson aufgebaut hat, wird von der Kinderärztin wegen schwerer Entwicklungsrückstände und der bevorstehenden Einschulung zur Abklärung überwiesen. Die selbst kognitiv eingeschränkte, unter Beistandschaft stehende Mutter hat das vollständige Sorgerecht. Längere Zeit verweigert sie die Entbindung von der Schweigepflicht für den Austausch mit der Schulbehörde, die einen Heimwechsel vorschlägt, da das Angebot an Sonderschulplätzen in der Gemeinde gering sei. Gleichzeitig ist die Mutter für ein klärendes Gespräch nicht erreichbar. Erst nach einem – im Vergleich zu anderen Patient:innen – enorm hohen zeitlichen Aufwand von Seiten der abklärenden Ärztin und des bestehenden Helfernetzes können schliesslich das Einverständnis der Mutter gewonnen und die Abklärung durchgeführt werden sowie im Beisein fast aller beteiligten Fach- und Bezugspersonen das Auswertungsgespräch stattfinden. In der Zwischenzeit wurde der vom Kind dringend benötigte Sonderschulplatz in der Nähe des Heimes vergeben. Ein Heimwechsel wäre für das Kind jedoch eine zu grosse Belastung. Wie soll das Kind nun beschult werden?

Erschwerte Zusammenarbeit der verschiedenen Helfersysteme

Die Zusammenarbeit zwischen den Helfersystemen kann durch unterschiedliche Fachsprachen, die schiere Anzahl verschiedener Akteure sowie administrative Prozesse und Abklärungsverfahren nach unterschiedlichen Standards erschwert sein; medizinische und entwicklungspädiatrische Diagnostik, kinder- und jugendpsychiatrische Beurteilungen, psychotherapeutische und sozialpädagogische Einschätzungen sowie Massnahmen des zivilrechtlichen Kindeschutzes folgen unterschiedlichen Konzepten und Fachsprachen (Ziegenhain et al., 2014, Biesel et al., 2017).

Platzierungen von Kindern in Institutionen oder Pflegefamilien sind Kindeschutzmassnahmen, die sowohl notfallmässig, zunehmend aber auch gestützt durch sozialpädagogische Abklärungsverfahren begründet werden (Blülle et al., 2013; Biesel et al., 2017; SODK & KOKES, 2020). Nicht immer geben die Eltern die Einwilligung zum Einholen von ärztlichen Befunden; auch ist der Zeitaufwand, solche einzuholen, für die Abklärenden gross (Geburtsklinik, Kinder- und Hausärzt:innen, Mütter-Väter-Beratung, Physiotherapie etc.). Häufig wird eine ausführliche Dokumentation aller Gesundheitsdaten erst spät und nach einem schwierigen Verlauf im Rahmen von aufwendigen kinder- oder jugendpsychiatrischen bzw. psychologischen Gutachten erhoben, wenn ein-

schneidende Massnahmen wie ein Wechsel des Pflegeplatzes oder die Rückkehr zu den Eltern beurteilt werden sollen (Leslie et al., 2002; Pedrina & Mögel, 2016).

Ein gutes Beispiel für eine auf die Perspektive des Kindes ausgerichtete interdisziplinäre Verständigung im Helfernetz ist die folgende Bemerkung aus der Umfrage bei pädiatrie schweiz.

Kommentar eines Kinderarztes aus der Umfrage von pädiatrie schweiz

«Die Unterbringung in einem Heim, das sich in der Regel an einem anderen Ort als dem bisherigen Wohnort des Kindes befindet, führt häufig zu einem Wechsel des Kinderarztes. Dies ist aus Sicht des Heimes verständlich, aber bedauerlich, da es sich oft um komplexe Fälle handelt, die der bisherige Kinderarzt sehr gut kennt, deutlich besser als die neuen Fachkräfte.

In einem Fall meinte eine Sozialpädagogin, es sei unbedingt notwendig, dass das Kind bei seinem bisherigen Kinderarzt bleibe, der es seit seiner Geburt kannte. Sie sah darin einen der wenigen konstanten Bezugspunkte im Leben des Kindes und jemanden, der dessen Vergangenheit kennt und begleitet. Die Sozialpädagogin entschied sich deshalb, die Fahrten selbst zu übernehmen, da sie der Meinung war, dies sei zum Wohl des Kindes. Diese Handlung fand ich bemerkenswert sensibel und engagiert.»

Im Verlauf von regelmässigen Behandlungen oder Fördermassnahmen tauchen häufig Lücken oder Schwierigkeiten im Helfernetz auf, die eine optimale Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen erschweren.

Häufig stellen sich Fragen zur Beteiligung von Eltern sowie zum Einbezug von Bezugspersonen der Kinder in Institutionen bzw. Pflegefamilien bei Behandlungen und der Elternarbeit in Therapien. Wer betreut das Kind im Alltag und damit auch im Krankheitsfall? Wer begleitet es zu Förder- oder Therapiemassnahmen und wer engagiert sich in der dort geforderten Elternarbeit? Welche Person ist so eng mit dem Kind und seiner Perspektive vertraut, dass sie Verschlechterungen sowie Erholungsprozesse in der körperlichen oder psychischen Befindlichkeit und Entwicklung des Kindes beobachten und einschätzen kann? Wer kann zum Beispiel bei einem Säugling oder einem Kleinkind, das sich noch nicht verbal äussern kann, dessen Perspektive auch gegenüber Dritten vertreten?

Welche Fachperson im Helfernetz kann sich zu diesen Gegebenheiten einen Überblick verschaffen? Und umgekehrt: Sind die Behandelnden darauf vorbereitet, sowohl Eltern wie die Bezugspersonen mit ihren unterschiedlichen Rollen und Perspektiven auf das Kind und seine gesundheitlichen Belange in

die Behandlung einzubeziehen? Dürfen gegebenenfalls vertraute Bezugspersonen des Kindes auch gegen den Willen der Eltern in die Behandlung bzw. Entscheidungen dazu miteinbezogen werden?

Darüber hinaus ist es relevant, zu klären, bei welchen Themen urteilsfähige Schulkinder oder Jugendliche ihre Eltern, Pflegeeltern sowie Bezugs- oder Vertrauenspersonen in ihren eigenen Fragen zu Gesundheitspflege und -vorsorge einbeziehen möchten und wo nicht.

Oft stellt sich die Frage, wie man Bezugspersonen – also Eltern, Pflegeeltern oder sozialpädagogische Fachkräfte in Einrichtungen – zur Gesundheitsversorgung der Kinder beraten und für ihre Bedürfnisse sensibilisieren kann. Besonders in Fällen, wenn sie nicht in der Lage, nicht bereit oder rechtlich nicht autorisiert sind, pädagogisch Verantwortung zu übernehmen.

Die Regelung des medizinischen Bestimmungsrechtes allein kann nicht gewährleisten, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse von ausserfamiliär lebenden Kindern vollständig beantwortet werden. Es ist entscheidend, dass sich alle Beteiligten, Eltern, Bezugspersonen und Fachkräfte zu den oben aufgeführten Fragen austauschen und regelmässig zusammenarbeiten. Nur so können sie sicherstellen, dass die Gesundheitsbedürfnisse des Kindes im Mittelpunkt stehen und alle Beteiligten ihre Rolle in diesem Prozess verstehen.

Ungenügende Bekanntheit der Problemlage in den Helfersystemen

Helfersysteme reagieren auf die Notlage der betroffenen Kinder im Rahmen ihrer fachlichen Kenntnisse, ihres Auftrages und ihrer Kompetenzen. Spezifisches Gesundheitswissen kann nicht immer vorausgesetzt werden; deshalb sind eine kontinuierliche ärztliche Behandlung bzw. Weitergabe der Befunde und ein kontinuierliches Monitoring der laufenden Fördertherapien unverzichtbar.

Je nach Unterbringungssetting sind Aspekte der Gesundheitsversorgung verschieden geregelt. In Kinderheimen und Institutionen werden oft mit dem Eintritt des Kindes eine generelle Entbindung der Schweigepflicht und das Einverständnis für Arztbesuche und Notfallbehandlungen eingeholt; bei Pflegefamilien variiert das Vorgehen je nach Organisationsgrad bzw. Anschluss an eine Pflegefamilienorganisation oder durch individuelle Vereinbarungen. Bei Pflegefamilien, die keiner Organisation angeschlossen sind, müssten Vereinbarungen zu den Modalitäten der Gesundheitsversorgung und deren Kontrolle bei der jährlichen, kantonale unterschiedlich geregelten Aufsicht liegen. Verbindliche Standards dazu könnten Gegenstand der angestrebten PAVO-Revision sein. Eine Verankerung der Gesundheitsversorgung im Helfersystem – sowohl bei der Planung einer ausserfamiliären Unterbringung wie auch bei der Aufsicht von Pflegeverhältnissen – sollte die oben beschriebenen Lücken schliessen. Gerade in der frühen Kindheit verfügen eventuell nur Geburtshelfer:innen und

Kinder- und Hausärzt:innen über relevante biografische Gesundheitsdaten eines Kindes, die im Verlauf seines Aufwachsens in einem oder mehreren Settings von ausserfamiliärer Unterbringung bedeutungsvoll werden können.

Kommentar eines Kinderarztes aus der Umfrage von pädiatrie schweiz

«Als Kinderarztpraxis waren wir für eine Institution von drogenabhängigen Müttern zuständig. Sobald ein Austritt aus der Institution erfolgte, ging die Behandlung zur Kinderärztin am Wohnort der Mutter über. Die Austritte der Mütter erfolgten oft ohne Rücksprache mit uns Kinderärzten. Man bekam das Gefühl, alles andere (Sozialarbeiterin, Beistand etc.) war wichtiger und an den Kinderarzt wurde gar nicht gedacht ...»

Unvollständiges Fachwissen zu den besonderen Gesundheitsfragen von Pflegekindern

Viele Kinder- und Hausärzt:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, Mütter-/Väterberater:innen, Heilpädagogische Frühförder:innen, Logopäd:innen sowie Physio- und Psychotherapeut:innen werden in ihren Aus- und Weiterbildungen noch nicht systematisch mit den rechtlichen und administrativen Gegebenheiten von ausserfamiliären Pflegeverhältnissen in der Schweiz vertraut gemacht. Auch erhalten sie in ihrer Aus- und Weiterbildung noch kaum das für ihr eigenes Fachgebiet spezifische, klinische Wissen zu den gesundheitlichen Risiken und Behandlungsoptionen hochbelasteter Kindheiten (Leslie et al., 2002; Scott Heller et al., 2002; Glenen, 2022). Trotzdem gibt es inzwischen Initiativen, bewährte Methoden der Diagnostik in der medizinischen und psychologischen Aus- und Weiterbildung den spezifischen Umweltbedingungen und Belastungen anzupassen, in denen Pflegekinder leben (Oswald et al., 2011; Mögel, 2019; Hofer & Fellingner, 2022).

Fallbeispiel aus der Praxis eines kinderärztlichen Grundversorgers

In der Kinderarztpraxis wird ein zweijähriges Kleinkind durch die Bezugsperson des Kinderheimes vorgestellt. Bei der Untersuchung des Ohres fällt das Kind blitzartig in Schlaf. Diese Situation wiederholt sich bei mehreren Gelegenheiten. Der in der Versorgung von Kleinkindern, die in einem Kinderheim leben, erfahrene Kinderarzt erkennt dieses ungewöhnliche Verhalten (sudden sleep onset) als Traumazeichen, d.h. als eine alarmierende Form des schuttsuchenden Rückzuges. Seine Beobachtung legt nahe, die Anamnese des Kindes auf ein Traumageschehen hin zu explorieren und vor allem seinem Bedürfnis nach Sicherheit grösste Aufmerksamkeit zu schenken.

Eine Sensibilisierung und Weiterbildung der medizinischen Berufsgruppen zu den Gesundheitsthemen von Kindern, die in Pflegefamilien oder Institutionen aufwachsen, ist von grosser Bedeutung, um eine bestmögliche Gesundheitsversorgung dieser Kinder sicherzustellen. Dazu ist es notwendig, dass medizinische und therapeutische Fachpersonen entsprechende Kenntnisse über pflegekinderspezifische Belastungen erwerben: wie zum Beispiel Anzeichen und Folgen von Traumata, Vernachlässigung, Missbrauch, die Trennung von Bezugspersonen und Lebensorten sowie die damit einhergehende erhöhte Stressempfindlichkeit. Sie sollten auch lernen, wie diese Belastungen behandelt und in förderlichen Pflegeverhältnissen adressiert werden können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das frühzeitige Erkennen und Fördern von Ressourcen und Entwicklungspotenzial, selbst unter widrigen Bedingungen. Fachpersonen müssen lernen, die Kinder aktiv an Behandlungsmassnahmen und Entscheidungen, die sie betreffen, zu beteiligen, und dabei die individuellen Ressourcen der Kinder berücksichtigen. Zudem ist eine angemessene Gestaltung der Beratung für die Bezugs- und Fachpersonen der Kinder unerlässlich, um eine unterstützende Umgebung zu schaffen.

Ein verantwortungsvolles und kontinuierliches Dokumentieren der Gesundheitsdaten ist ebenfalls wichtig, um langfristig den Jugendlichen und Careleavern einen Überblick über ihre gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen. Schliesslich sollte die Abstimmung der Behandlungen mit den involvierten Bezugspersonen und Helfersystemen erfolgen, um einen koordinierten Ansatz zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Diese Massnahmen tragen dazu bei, die Gesundheitsversorgung von Kindern in besonderen Lebenslagen zu optimieren und ihre individuellen Bedürfnisse besser zu adressieren.

Ansprüche des Persönlichkeitsschutzes, Meldepflicht und Melderechte

Ärztliche Schweigepflicht, Verfahrensrechte unter behördlicher Aufsicht und Partizipationsrechte von Kindern in allen Altersstufen stellen zusammen mit den Elternrechten ein empfindliches Rechtsgut und damit eine Herausforderung im Umgang mit den Gesundheitsdaten der Kinder dar. Die beteiligten Personen im Umfeld des Kindes sind an die Schweigepflicht gebunden – je nach ihrer Rolle in unterschiedlicher Weise (Berufsgeheimnis bei medizinischem Personal, Amtsgeheimnis bei Behörden, z. B. Verschwiegenheitserklärung für Eltern, Pflegeeltern und sonderpädagogisches Fachpersonal in Institutionen bzw. Kinderheimen).

Die Schweigepflicht umfasst alle Daten und Informationen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern erfasst werden. Sie dient dem Schutz der Privatsphäre der Kinder und stellt eine wichtige Grundlage für das Vertrauensverhältnis dar, das sie in ihrem Versorgungsnetz benötigen.

Werden im Rahmen der Behandlung Gefährdungen bzw. Verletzungen des Kindeswohles, das heisst der körperlichen, psychischen oder sexuellen Integrität eines Kindes oder eines Jugendlichen, festgestellt, sind nach Art. 314d ZGB Personen in amtlicher Tätigkeit oder Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Psychologie verpflichtet, der zuständigen Kindesschutzbehörde eine Meldung zu erstatten, wenn sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit Abhilfe schaffen können.

Umgekehrt ist eine Behörde gemäss Art. 20d Abs. 5 PAVO berechtigt und verpflichtet, ihrerseits Unterlagen und Auskünfte zu verlangen. Dies kann die Meldepflicht zu den ärztlichen Feststellungen und Anordnungen sowie die Meinung der Kinder bei wichtigen Entscheidungen betreffen. Eine Aufsichtsbehörde ist berechtigt, sich ein Bild darüber zu machen, «welche psychischen Belastungen (Diagnosen) ein Kind zu bewältigen [hat] und ob die Kinder in die Entscheidungen, welche einen wesentlichen Einfluss auf ihr Leben haben, adäquat einbezogen wurden» (KOKES & SODK, 2020).

Kommentar von zwei Kinderärzt:innen aus der Umfrage von pädiatrie schweiz

«Es leuchtet mir nicht ein, warum die leiblichen Eltern das Entscheidungsrecht bezüglich medizinischen oder anderen therapeutischen Massnahmen weiterhin haben (Beispiel nach Missbrauch durch die leiblichen Eltern) und diese Massnahmen nicht direkt mit den Pflegeeltern, allenfalls mit Zustimmung des Beistandes, eingeleitet werden können.»

«Ich empfinde die Entscheidungsfreiheit bezüglich Impfen bzw. dessen Verweigerung bei psychisch auffälligen Eltern von fremdplatzierten Kindern schwierig. Aufgrund eines fehlenden Impfwanges in der Schweiz verordnet der Vormund bei zwei meiner Patienten diese nicht an und verletzt damit meines Erachtens das Kindeswohl.»

Ein Beispiel aus der psychotherapeutischen Praxis

Ein Achtjähriger berichtet empört, dass er der Kindesanwältin ab jetzt nur noch «Chabis» erzählen würde. Er hatte ihr berichtet, dass der Vater ihn zweimal gehauen habe. Nun müsse er deswegen in der Pflegefamilie bleiben und dürfe nicht mehr zum Vater zurück, was er unbedingt will. Auch habe der Pflegevater ihm einmal weh gemacht, wofür es zumindest Hinweise gab. In der folgenden Woche streitet der Junge aber auch diese Mitteilung ab. Erst als er sich über längere Zeit vergewissert hat, dass die Therapeutin zunächst nichts von dem, was er äussert, in seine Umwelt trägt, ist er auf ihren Vorschlag hin bereit, der Kindesanwältin nochmal zuzuhören. Diese kann ihm darlegen, dass sie die Notwendigkeit der Platzierung nicht mit den Ohrfeigen des Vaters, sondern mit dessen Krankheit und damit einhergehenden Verwahrlosung begründet hat. Auch wenn der Junge weiterhin zurück zum Vater möchte, entlastet ihn diese Mitteilung doch von quälenden Schuldgefühlen. Er kann sich in der Therapie freier zu schwierigen Momenten in der Beziehung zum Vater wie zum Pflegevater äussern und erlaubt der Therapeutin schliesslich, sich mit beiden darüber auszutauschen.

Typische Interessenskonflikte in der komplexen Gesundheitsversorgung von Pflegekindern lassen sich abschwächen, wenn sich medizinische Fachpersonen und Behandelnde zu Beginn einer Behandlung von Pflegekindern vergewissern, dass eine Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern oder der sie vertretenden Fachpersonen für die Behandlung vorliegt und der Informationsaustausch mit den Bezugspersonen des Kindes geklärt ist. Zu Beginn eines Pflegeverhältnisses, das meist mit einem Wechsel der bisherigen Kinder- oder Hausärzt:innen einhergeht, sollten deshalb die für die Massnahme zuständigen Fachpersonen mit den sorgeberechtigten Eltern klären, wie das elterliche Einverständnis für geplante und nicht vorhersehbare ärztliche Behandlungen sowie der Informationsfluss unter den Helfersystemen abgesichert und auch organisiert werden können. Darin eingeschlossen sind der Umgang mit der Schweigepflicht im Informationsaustausch mit den Bezugspersonen im Alltag sowie mit weiteren (zum Beispiel schulischen) Fachpersonen sowie die Einsicht in die Gesundheitsdaten des Kindes.

Behandelnde suchen, unter Berücksichtigung der Wünsche des urteilsfähigen Kindes oder Jugendlichen, den Austausch mit dem gesamten Helfernetz. Dazu gehören die Eltern, Bezugspersonen am Wohnort des Kindes sowie gegebenenfalls weitere Fachkräfte und Vertrauenspersonen. Nur so können sie eine vertrauensvolle Beziehung zum Kind aufbauen, ihre Einschätzungen besser im Kontext der komplexen Lebenssituation des Kindes einordnen und dessen gesundheitlichen Bedürfnisse besser verstehen.

Partizipationsrechte von Kindern, verbleibende elterliche Rechte bei hoch belasteten Eltern, berufliche Schweigepflicht und Kinderschutz definieren die komplexen Lebenssituationen von Kindern, die nicht in der Obhut ihrer Eltern aufwachsen können. Fachleute des Gesundheitswesens können sich hier an Vorgehensweisen des interdisziplinären Kinderschutzes orientieren, wie man gegensätzliche Interessen der Beteiligten würdigen und aushandeln kann. (Stucky & Wider, 2018; Blum et al., 2022)

Literatur

- AAP American Academy of Pediatrics. Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care, Committee on Adolescence, and Council of Early Childhood. (2015). Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*, 136(4), e1131–e1140.
Siehe auch auf der AAP Plattform «Foster Care» 2025, <https://www.aap.org/en/patient-care/foster-care/>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. University of Vermont Department of Psychiatry.
- Aeby, G., Reimer, D., & Etienne, M. (2024). Begleitung von Herkunftseltern kaum geregelt. *Netz Spezial*, 1, 16–21.
- Averdijk, M., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2018). The long-term effects of out-of-home placement in late adolescence: A propensity score matching analysis among Swiss youths. *Longitudinal and Life Course Studies*, 9(1), 30–57.
- Biesel, K., Jud, A., Lätsch, D., Schär, C., Schnurr, S., Hauri, A., & Rosch, D. (2017). Nicht Entweder-oder, sondern Sowohl-als-auch? Zur Kombination des Berner und Luzerner Abklärungsinstruments zum Kinderschutz und des Prozessmanuals zur dialogisch-systemischen Kindeswohlklärung. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 2, 139–155.
- Blum, S., Brunner, S., Grossniklaus, P., Herzig, C. A., Jeltsch-Schudel, B., & Meier, S. (2022). *Kindesvertretung: Konkret, partizipativ, transdisziplinär*. transcript Verlag.
- Blülle, S., Cassée, K., & Diethelm, K. (2013). *Leitfaden Fremdplatzierung*. INTEGRAS. Bronfenbrenner, U., (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bürgin, D., Clemens, V., Vargheses, N., & Schmid, M. (2022). Adverse and traumatic exposures, post-traumatic stress disorder, telomere length, and hair cortisol – Exploring associations in a high-risk sample of young adult residential care leavers. *Brain Behaviour & Immunity-Health*, 26(49), 100524.
- Clyman, R., Harden, B. J., & Little, Chr. (2002). Assessment, Intervention and Research with Infants in Out-Of-Home Placement. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 435–453
- Department of Education, & Department of Health (Eds.). (2015). *Statutory guidance on promoting the health and well-being of looked after children*. DCSF. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Dozier, M., Zeanah, C., & Bernard, K. (2013). Infants and Toddlers in Foster Care. *Development Perspectives*, 7(3), 166–171.
- Ducreux, E., & Puentes-Neumann, G. (2020). Adaptation of babies in three types of placement: An ethological approach. *Infant Mental Health Journal*, 1–13.
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – Ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1247–1254.
- Ellis, B. J., Abrams, L. S., Masten, A. S., Sternberg, R. J., Tottenham, N., & Frankenhuis, W. E. (2022). Hidden talents in harsh environments. *Development and Psychopathology*, 34(1), 95–113.
- Espeleta, H. C., Bakula, D. M., Cherry, A. S., Lees, J., Shropshire, D., Domm, K., Ruggiero, K. J., Mullins, L. L., & Gillaspay, S. R. (2023). Caregiver perceptions of the pediatric medical home model to address the health services needs of youth in foster care. *Children and Youth Services Review*, 150, 106964.
- Fegert, J. M., Sachser, C., & Witt, A. (2020). Adverse Childhood Experiences (ACE) – belastende Kindheitserlebnisse. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad, & T. Legenbauer (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 1–10). Springer Berlin Heidelberg.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56, 774–786.
- Gabriel, Th., & Keller, S. (2020). Soziale Elternschaft und soziale Zugehörigkeit: Reflexionen der Zürcher Adoptionsstudie. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 23, 295–322.
- Gabriel, Th. & Aebischer, M. (2013). Einleitung, in: INTEGRAS *Leitfaden Fremdplatzierung*, 7–9,
- Gabriel, Th., Keller, S., Bombach, C., Stohler, R., & Ibrahim, B. (2015). *Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich*. ZHAW.
- Gabriel, T., Keller, S., & Bombach, C. (2021). Vulnerability and Well-Being Decades After Leaving Care. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Gabriel, Th. (2022). Aufsicht über Pflegefamilien. *Netz. Pflegekinder-Aktion Schweiz*, 1, 8–10.
Gesundheitsheft Schweiz: <https://www.paediatricschweiz.ch/unterlagen/gesundheitsheft/>
- Glennen, S. (2002). Language Development and Delay in Internationally Adopted Infants and Toddlers: A Review. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 11(4), 333–339.
- Goemans, A., van Beem, M., Vedder, P., & van Geel, M. (2016). Developmental Outcomes of Foster Children: A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. *Child Maltreatment*, 21(3), 198–217.
- Golding, S., William, C., & Leitão, S. (2013). Speech and language development: Knowledge and experiences of foster carers. *ACQ*, 13(1), 12–20.

- Goldman, P. S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bradford, B., Christopoulos, A., Ken, P. L. A., Cuthbert, C., Duchinsky, R., Fox, N. A., Grigoras, S., Gunnar, M. R., Ibrahim, R. W., Johnson, D., Kusumaningrum, S., Agastya, N. L. P. M., Mwangangi, F. M., Nelson, C. A., Ott, E. M., Reijman, S., van IJendoorn, M. H., Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: Policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 606–633.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to Determine the Clinical Status of Children in State Custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55–73.
- Hillen, T., Gafson, L., Drage, L., & Conlan, L. M. (2012). Assessing the Prevalence of Mental Health Disorders and Mental Health Needs among Preschool Children in Care in England. *Infant Mental Health Journal*, 33, 411–420.
- Hillen, T., & Gafson, L. (2014). Why good placements matter: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 486–499.
- Hofer, J., & Fellingner, J. (2022). 3/m – Pflegekind mit Hyperaktivität und deutlich eingeschränkter Sprachentwicklung. Vorbereitung auf die Facharztprüfung: Fall 101. *Monatsschrift Kinderheilkunde, Suppl* 6, 545–552.
- Humphreys, K., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. (2017). Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder et age 12: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology*, 29(2), 675–684.
- INTEGRAS Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik, & Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP). (2021). *Empfehlungen für eine gute interdisziplinäre Praxis zwischen Sozialpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Kontext ausserfamiliärer Unterbringungen*. <https://www.integras.ch/de/aktuelles/904-integras-und-die-sgkjpp-veroeffentlichen-neue-standards-empfehlungen-fuer-eine-gute-interdisziplinare-praxis>
- Jenni, O. & Sennhauser, F.H. (2016). Child Health Care in Switzerland. *Journal of Pediatrics*, 177, 203–212.
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen*. Springer Verlag.
- Jenni, O. & Holtz, S. (2024). Vorsorgeuntersuchungen. In S. Meyer (Ed.), *Duale Reihe Pädiatrie* (pp. 55–69).
- Jenni, O. (2024). *Entwicklungsstörungen verstehen*. Springer Verlag.
- Kantonale Programme zur Gesundheitsförderung:
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/gesundheitsfoerderung-in-der-fruehen-kindheit>
- Karpinski, H., Peter, S., Rodeck, B., Thyen, U., & Trost-Brinkhues, G. (2019). *Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.) mit ihrem Konvent – Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ e.V.) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V., Dachverband der Kinder- und Jugendmedizin) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG)*. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-261020.pdf>
- Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2016). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(1), 64–78.
- Keefe, R. J., Cummings, A. D. L., Greeley, C. S., & Van Horne, B. S. (2022). Mental Health and Developmental Disorder Diagnoses of Foster and Nonfoster Children Enrolled in Medicaid. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 43(5), e296–e303.
- Kilde, G., Köngeter, S., & Moser, L. (2024). Partizipation: Dem Erlebten Sinn geben. *Netz Spezial*, 1, 11–15.
- King, L. S., Guyon-Harris, K. L., Valadez, E. A., Radulescu, A., Fox, N. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2023). A Comprehensive Multilevel Analysis of the Bucharest Early Intervention Project: Causal Effects on Recovery From Early Severe Deprivation. *The American Journal of Psychiatry*, 180(8), 573–583.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES). (2019). *Melderechte und Meldepflichten an die KESB nach Art.314c,314d,443 sowie 453 ZGB*. https://www.kokes.ch/application/files/7815/4843/1295/Merkblatt_Melderechte-Meldepflichten_definitiv_Version_25.1.2019.pdf
- Krier, J., & Duren Green, T. (2018). Youths in foster care with language delays: Prevalence, causes, and interventions. *Psychology in the Schools*, 55(5), 523–538.
- Kronenberg, B. (2021). *Sonderpädagogik in der Schweiz: Bericht im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) im Rahmen des Bildungsmonitorings*. SBFI und EDK. <https://www.sbf.admin.ch/sbf/de/home/dienstleistungen/publikationen/publikationsdatenbank/sonderpaedagogik.html>
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R. L., Fisman, S., Greenhill, L. L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11–28.

- Lannen, P., Sand, H., Sticca, F., Gallego, R., Bombach, C., Simoni, H., Wehrle, F., & Jenni, O. (2021). Development and Health of Adults Formerly Placed in Infant Care Institutions – Study Protocol of the Life Stories Project. *Front Human Neurosci*, 14(611691).
- Lannen, P., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). Heimplatzierung von Kleinkindern in der Schweiz – 60 Jahre danach. In H. Liebsch, E. Flemming, & C. Spitzer (Eds.), *Wochenkrippen und Säuglingsheime: Institutionalisierte Fremdbetreuung im frühen Kindesalter* (pp. 143–156). Psychosozial-Verlag.
- Lannen, P., Sticca, F., Sand, H., Bombach, C., Simoni, H., & Jenni, O. (2024). «Lebensgeschichten». Säuglingsheimplatzierung und ihre Bedeutung über die Lebensspanne. In A. Knüsel, A. Grob, & V. Mottier (Eds.), *Schicksale der Fremdplatzierung. Behördenentscheidungen und Auswirkungen auf den Lebenslauf*. (Vol. 3, pp. 27–38). Schwabe Verlag.
- Leslie, L. K., Gordon, J., Ganger, W., & Gist, K. (2002). Developmental Delay in Young Children in Children Welfare By Initial Placement Type. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 496–516.
- Lohaus, A., Kerkhoff, D., Chodura, S., Möller, C., Symanzik, T., Rueth, J. E., Ehrenberg, D., Job, A.-K., Reindl, V., Konrad, K., & Heinrichs, N. (2018). Longitudinal relationships between foster children's mental health problems and parental stress in foster mothers and fathers. *European Journal of Health Psychology*, 25, 33–42.
- Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar, S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G., Mehta, M. A., Sonuga-Barke, E. J. S., & on behalf of the ERA Young Adult Follow-up team. (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(1), 641–649.
- Mall, V., Horacek, U., & Oberle, A. (2017). *Stellungnahme der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften zum Bereich Pflegekinder*. <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahme-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-pflegekinder-300317.pdf>
- McLaughlin, K., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu. Rev. Dev. Psychol.*, 1, 277–312.
- McLeigh, J. D., Tunnell, K., & Lazcano, C. (2021). Developmental Status of Young Children in Foster Care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 42(5), 389.
- Meierhofer, M., & Keller, W. (1966). Frustration im frühen Kindesalter (3. Auflage 1974). Hans Huber.
- Merkblatt zum Umgang mit schutzbedürftigen Kindern aus der Ukraine: <https://www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/schutz-von-kindern-aus-der-ukraine>
- Mögel, M. (2014). Sinn und Gestaltung von Besuchskontakten in der frühen Kindheit. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*, 143–145.
- Mögel Wessely, M. (2019). «Sie wären eine lange Familie gewesen» Das Zugehörigkeitserleben in Obhut genommener Vorschulkinder in der MacArthur Story Stem Battery [Konstanz]. <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/45806>
- Mögel, M. (2021). Selbst- und Beziehungsentwicklung in ungewissen Lebenswelten. Platzierungen in der frühen Kindheit. *Frühförderung Interdisziplinär*, 40, 201–212.
- Mögel, M., & Jenni, O. (2023). Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz. *Prim Hosp Care*, 23(9), 268–270.
- National Health Service & Department for Education. (2015). *Promoting the health and wellbeing of looked after children. Statutory guidance for local authorities, clinical commissioning groups and NHS England*. <https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children--2>
- Nowacki, K. & Schoelmerich. (2010). Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults. *Attachment & Human Development*, 12, 551–566.
- Oezdirek, M., Tschäppeler, B., Guarise, C., Fried, G., Kapp, J., Horber, P., & Reimer, D. (2021). *Standards Qualité des processus dans le placement d'enfants et adolescents en famille d'accueil*. Verlag Integras.
- Oswald, S. H., Ernst, C., & Goldbeck, L. (2011). *Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Praxismanual*. Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Downloads/Praxismanual_Stand_Juni2011.pdf
- Pears, K., & Fisher, P. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 112–121.
- Pedrina, F., & Mögel, M. (2016). Soziale Elternschaft: Geteilte Verantwortung bei der Gestaltung von Übergängen von Kleinkindern in Pflegefamilien. In *Elternschaft: Klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven* (Vol. 5, pp. 226–249). Brandes & Apsel.
- Raby, K. L., Freedman, E., Yarger, H. A., Lind, T., & Dozier, M. (2019). Enhancing the language development of toddlers in foster care by promoting foster parents' sensitivity: Results from a randomized controlled trial. *Developmental Science*, 22(2), e12753.
- Rausser, G., Meierhofer, K., Reimer, D., Tausendfreund, T., & Gabriel, Th. (2021). *Implications of a child centered research, policy and practice*. 16th International Conference of the European Scientific Association on Residential & Family Care for Children and Adolescents (EuSARF), Zürich.
- Reimer, D. (2021, May). Peer Review on «Furthering quality and accessibility of Foster Care service» *Thematic Discussion Paper Better Quality in Foster Care in Europe – How can it be achieved?* Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Website: <https://digitalcollection.zhaw.ch/items/28597d6a-bb3b-4925-8a83-7c052b5542f5>

- Royal Australasian College of Physicians RACP. (2006). Health of children in «out-of-home» care. <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/health-of-children-in-out-of-home-care.pdf>
- Sand, H., Sticca, F., Eichelberger, D., Wehrle, F., Simoni, H., Jenni, O., & Lannen, P. (2024). Raised in conditions of psychosocial deprivation: Effects of infant institutionalization on early development. *Children and Youth Service Review*, 163. 107718.
- Schmid, C. (2018). *Kindeswohlgefährdung in der Schweiz. Formen, Hilfen, fachliche und politische Implikationen* (UBS Optimus Foundation, Ed.). <https://www.kinderschutz.ch/angebote/herunterladen-bestellen/optimus-studie-2018>
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry* 13:3.
- Schmid, M. (2011). *Gute und schlechte Verläufe in der Heimerziehung. Welche Heranwachsenden erreichen ihre pädagogischen Ziele? Ergebnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ).* BKJPP-Jahrestagung, Friedrichshafen.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2017). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung von Pflegefamilien. In S. B. Gahleitner, Th. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schnurr, S., Rein, A., Galle, S., Ramsauer, N., & Schoch, A. (2024). Zuständigkeiten klären und Begleitung verankern. *Netz Spezial*, 1, 23–28.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and Resilience in Long-Term Foster-Care. *British Journal of Social Work*, 35, 1–19.
- Schröder, M., Jenkel, N., & Schmid, M. (2013). EQUALS – ein teilstandardisiertes Instrument zur interdisziplinären Zielvereinbarung und Unterstützung des Hilfeplanverfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner, K. Wahlen, O. Bilke-Hentsch, & D. Hillenbrand (Eds.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 171–187). Kohlhammer.
- Schröder, M., Perez, T., Buderer, C., & Schmid, M. (2017). Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 118–126.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Peter, C., Diebold, M., Delgrande, M., Dratva, J., Kickbusch, I., & Stronski, S. (2020). *OBSAN Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe. <https://www.obsan.admin.ch/de/jahresbericht-2020>
- Scott Heller, S., Smyke, A., & Boris, N. (2002). Very Young Foster Children and Foster Families: Clinical Challenges and Interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 555–575.
- Seiterle, N. (2017). *Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2015*. Zürich: PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz.
- Seker, S., Bürgin, D., d'Huart, D., Schmid, M., Schmeck, K., Jenkel, N., Fegert, J. M., Steppan, M., & Boonmann, C. (2022). Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 9–21.
- Sheridan, M., Mukerji, C. E., Wade, M., Humphreys, K., Garrisi, K., Goel, S., Patel, Fox, N., Zeanah, C. H., Nelson, C., & McLaughlin, K. (2022). Early deprivation alters structural brain development from middle childhood to adolescence. *Neuroscience*, 8, 1–13.
- Smyke, A., Zeanah, C., Fox, N., & Nelson, C. (2010). Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Development*, 81, 212–223.
- SODK & KOKES. (2020). *Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) zur ausserfamiliären Unterbringung*. <https://www.kokes.ch/de/dokumentation/empfehlungen/platzierung>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*, 389(10078), 1539–1548.
- Spangler, G., Bovenschen, I., Jorjadze, N., Zimmermann, J., Werner, A., Riedel, N., Gabler, S., Kliwer-Neumann, J., & Nowacki, K. (2019). Inhibited symptoms of Attachment Disorder in children from institutional and foster care samples. *Attachment & Human Development*, 21(2), 132–151.
- Stucky, M., & Wider, D. (2018). Peer-Arbeit als Form der Partizipation – auch im Kindes-/Erwachsenenschutz! *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 4, 304–310.
- Tottenham, N. (2014). The importance of early experiences for neuro-affective development. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 109–129.
- Turney, K., & Wildeman, Ch. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118.
- UNICEF. (2013). *UN-Kinderrechtskonvention*. <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>
- Unterberg, A., Schröder, M., Perez, T., Di Gallo, A., & Schmid, M. (2013). Der Zusammenhang von elterlichem Stress, Bindungsproblemen und psychischer Belastung von Pflegekindern. *Familiendynamik*, 4, 278–288.

- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720.
- Vasileva, M., & Petermann, F. (2018). Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(4), 443–458.
- Werner, K., & Stohler, R. (2021). Berufliche Integration von Jugendlichen in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe – Herausforderungen und Unterstützung. *Gesellschaft-Individuum-Sozialisation. Zeitschrift für Sozialisationsforschung*, 2(1).
- Wieber, F., Zysset, A., & von Wyl, A. (2022). *Central concepts in mental health promotion programs for children and adolescents: Evidence and examples from Switzerland*. Abstract citation ID: ckac129.451.
- Windsor, J., Benigno, J. P., Wing, C. A., Carroll, P. J., Koga, S. F., Nelson, C. A., Fox, N., & Zeanah, C. H. (2011). Effect of Foster Care on Young Children's Language Learning. *Child Development*, 82(4), 1040–1046.
- Wolf, K. (2012). *Sozialpädagogische Interventionen in Familien*. Beltz Juvena.
- Zeanah, C.H. & King, L.S. (2022): Practice and Policy Regarding Child Neglect: Lessons from Studies of Institutional Deprivation, *Annual Review of Developmental Psychology* 4(1), 399–422
- Ziegenhain, U., Fegert, J., Petermann, F., Schneider-Hassloff, H., & Künster, A. (2014). Inobhutnahme und Bindung. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 248–259.
- Zimmermann, J. (2020). *Förderung positiver Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien Implementierung des bindungsbasierten Beratungsprogramms Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC) für Pflegefamilien in den Regelstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe*. Fachtagung Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/Pflegefamilien/ACB_Fachtag_2020_Zimmermann.pdf

Impressum

Herausgeber:
pädiatrie schweiz,
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM),
Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP)

Autorenschaft:
Dr. rer. nat. Maria Mögel und
Prof. Dr. med. Oskar Jenni
Abteilung Entwicklungspädiatrie,
Universitäts-Kinderspital Zürich

Lektorat und Korrektorat:
Stefanie Wolff-Heinze

Gestaltung:
Michael Stahl Visuelle Kommunikation

Druck:
Valmedia AG, Pomonastrasse 12, 3930 Visp

Bezugsadresse:
pädiatrie schweiz,
Rue de l'Hôpital 15, 1700 Freiburg
E-Mail: sekretariat@paediatricschweiz.ch

Copyright:
pädiatrie schweiz,
Kollegium für Hausarztmedizin (KHM),
Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP)

Diese Publikation ist als Download verfügbar unter:
<https://www.paediatricschweiz.ch/fremdplatzierte-kinder/>

