

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu  
Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer  
Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen*

*Forschungsbericht Nr. 1/18*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV  
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

- Autorinnen/Autoren:** Paula Krüger, Hochschule Luzern  
David Lätsch, Berner Fachhochschule  
Peter Voll, HES-SO Valais-Wallis  
Sophia Völksen, HES-SO Valais-Wallis  
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit  
Institut Sozialarbeit und Recht  
Werftstrasse 1  
CH-6002 Luzern  
Tel. +41 (0)41 367 48 48 / Fax +41 (0)41 367 48 49  
E-mail: paula.krueger@hslu.ch  
Internet: www.hslu.ch
- Auskünfte:** Manuela Krasniqi  
Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft  
Bundesamt für Sozialversicherungen  
Effingerstrasse 20  
CH-3003 Bern  
Tel. +41 (0)58 462 91 69  
E-mail: manuela.krasniqi@bsv.admin.ch
- ISSN:** 1663-4659 (eBericht)  
1663-4640 (Druckversion)
- Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern  
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –  
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares  
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.
- Vertrieb:** BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)
- Bestellnummer:** 318.010.1/18D



Berner Fachhochschule  
Haute école spécialisée bernoise  
Bern University of Applied Sciences

Hes·SO // VALAIS  
WALLIS  
Haute Ecole de Travail Social  
Hochschule für Soziale Arbeit &

Lucerne University of  
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE  
LUZERN**

Soziale Arbeit

## Schlussbericht

# Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen

---

Paula Krüger, Hochschule Luzern

David Lätsch, Berner Fachhochschule

Peter Voll, HES-SO Valais-Wallis

Sophia Völksen, HES-SO Valais-Wallis

Unter der Mitarbeit von: Amel Mahfoudh, Rahel Portmann und Claudia Schuwey sowie  
Susanne Lorenz Cottagnoud, Andreas Jud & Jachen Nett

August 2017



## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen**

Das Postulat Feri (12.3206 «Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen») beauftragt den Bundesrat, einen Bericht über die Möglichkeiten von Screenings zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern zu verfassen und Empfehlungen zur Umsetzung zu entwickeln. Das federführende Bundesamt für Sozialversicherungen hat zur Erarbeitung der Grundlagen einen Forschungsauftrag an die Hochschule Luzern vergeben. Die Arbeiten wurden von einer Expertengruppe begleitet, in der Bund, Kantone und Fachgesellschaften und -verbände des Gesundheitsbereichs vertreten waren.

Der qualitativ hochstehende Forschungsbericht beschreibt gestützt auf eine telefonische Befragung von Gesundheitsfachpersonen, den aktuellen Stand der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz. Er gibt Auskunft darüber, welche Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen im In- und Ausland existieren, welche Erkenntnisse es zu deren Wirksamkeit und dem adäquaten Umgang mit ihren Ergebnissen gibt und welche Empfehlungen sich hieraus für die Schweiz ableiten lassen.

Die Befunde zeigen, dass Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz bereits heute Früherkennungsmassnahmen zu innerfamiliärer Gewalt an Kindern anwenden. Sie tun dies vor allem beim Auftreten eines Verdachts und nur selten mit standardisierten Instrumenten. Vorgaben zum Umgang mit einer mutmasslichen Kindeswohlgefährdung gibt es kaum. Die befragten Gesundheitsfachpersonen würden eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen befürworten. Es hat sich jedoch weder national noch international eine breit anerkannte Best-Practice der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen etabliert. Insbesondere zum Nutzen verdachtsunabhängiger Screenings gibt es bisher nur wenige und wenn, dann inkonsistente empirische Befunde. Die Experten und Gesundheitsfachpersonen beurteilen solche Screenings denn auch teilweise kritisch.

Im Bericht werden soweit möglich zentrale Bedingungen für eine effektive Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen herausgearbeitet. Wichtig ist, dass bestehende und neu entwickelte Massnahmen wissenschaftlich evaluiert werden. Klar ist zudem, dass Früherkennungsinstrumente auf die einzelnen Berufsgruppen und den Anwendungskontext (Spital, Arztpraxis etc.) abgestimmt sein müssen und nur dann Sinn machen, wenn sie eingebettet sind in ein regionales Konzept des Umgangs mit Kindeswohlgefährdungen, welches auch die Zusammenarbeit der involvierten Institutionen und Fachdisziplinen regelt. Schliesslich braucht es umfassende Aus-, Weiter- und Fortbildungsmassnahmen für Gesundheitsfachpersonen.

Die Ergebnisse des Forschungsberichts fliessen in den Bericht zum Postulat Feri (12.3206) ein. Sie sind zudem eine wichtige Grundlage für Berufsverbände und Fachgesellschaften des Gesundheitsbereichs sowie für Kantone und Gemeinden, um entsprechende Früherkennungsinstrumente und -konzepte zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln.

Ludwig Gärtner  
Vizedirektor  
Leiter Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft



## **Avant-Propos de l'Office fédéral des assurances sociales**

Le postulat Feri (12.3206 « Violences intrafamiliales à l'égard des enfants. Créer les conditions permettant un dépistage par des professionnels de la santé »), charge le Conseil fédéral de rédiger un rapport sur les possibilités de mettre en place un dépistage des violences intrafamiliales à l'égard des enfants et de faire des recommandations portant sur la mise en œuvre. L'Office fédéral des assurances sociales, responsable de l'élaboration de ce rapport, a attribué un mandat de recherche à la Haute école de Lucerne en vue d'établir les bases qui serviront à l'établissement du rapport. Les travaux ont été suivis par un groupe d'experts composé entre autres de représentants de la Confédération, des cantons et des sociétés et associations spécialisées dans la santé.

Le rapport de recherche, de grande qualité, dresse un état des lieux de la mise en œuvre des mesures de détection précoce en Suisse basé sur une série d'entretiens téléphoniques menés auprès de professionnels de la santé. Il répertorie les mesures de détection précoce des situations de mise en danger du bien de l'enfant qui existent en Suisse et à l'étranger. Il renseigne sur l'efficacité de ces mesures et sur le traitement adéquat de leurs résultats. À partir de ces informations, il formule des recommandations pour la Suisse.

Ce rapport montre que les professionnels de la santé exerçant en Suisse ont déjà recours à des mesures de détection précoce des situations de violence intrafamiliales à l'égard des enfants. Ils le font principalement en cas de soupçon et ne se servent que rarement d'instruments standardisés. Les instructions sur la manière de procéder dans ces situations font largement défaut. Les professionnels de la santé interrogés seraient favorables à la mise en place à l'échelle nationale de mesures de détection précoce. Cependant, il manque, en Suisse et dans les autres pays examinés, un corpus de bonnes pratiques reconnues pour la détection précoce des situations de mise en danger du bien de l'enfant. Pour l'instant, il n'existe que peu de connaissances empiriques sur l'utilité d'un dépistage systématique qui ne se fonde pas sur des soupçons et, s'il y en a, elles ne sont pas cohérentes. Une partie des experts et des professionnels de la santé exprime des réserves quant à l'utilité d'un tel dépistage.

Le rapport présente les principales conditions requises pour une mise en œuvre efficace de la détection précoce. L'important est que les mesures existantes et les nouvelles mesures soient évaluées scientifiquement. Il est en outre évident que les instruments de détection précoce doivent être adaptés aux différents groupes professionnels et au contexte dans lequel ils sont utilisés (hôpital, cabinet médical, etc.) et qu'ils n'ont de sens que s'ils sont intégrés dans une stratégie régionale portant sur la lutte contre la mise en danger du bien de l'enfant ; cette stratégie devra aussi régler la collaboration entre les institutions impliquées et les différentes disciplines. Enfin, des mesures complètes de formation de base, de formation postgrade et de formation continue des professionnels de la santé doivent être adoptées.

Les résultats du rapport de recherche sont intégrés dans le rapport en réponse au postulat Feri (12.3206). Ils constitueront en outre une base importante pour l'élaboration et le développement de stratégies et d'instruments de détection précoce à la fois pour les associations et les sociétés spécialisées dans la santé, mais aussi pour les cantons et les communes.

Ludwig Gärtner  
Vice-directeur  
Responsable du domaine Famille, générations et société





## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

Con il postulato Feri (12.3206 «Violenza intrafamiliare sui bambini. Rilevamento precoce ad opera degli specialisti del settore sanitario») il Consiglio federale è stato incaricato di redigere un rapporto sulle possibilità di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare sui bambini e di formulare raccomandazioni per la sua attuazione. In qualità di organo responsabile in materia, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha dunque conferito alla Scuola universitaria professionale di Lucerna un mandato di ricerca per l'elaborazione delle basi necessarie. I lavori sono stati seguiti da un gruppo di esperti in cui erano rappresentati la Confederazione, i Cantoni nonché le società mediche e le associazioni professionali del settore sanitario.

Fondato su un'indagine svolta telefonicamente presso gli specialisti del settore sanitario, il rapporto di ricerca, di elevata qualità, descrive la situazione attuale per quanto riguarda l'attuazione delle misure di rilevamento precoce in Svizzera. Esso fornisce informazioni concernenti le misure esistenti in Svizzera e all'estero per il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori, le conoscenze in merito alla loro efficacia e all'adeguato trattamento dei relativi risultati nonché le raccomandazioni che se ne possono trarre per la Svizzera.

Dai risultati emerge in primo luogo che gli specialisti del settore sanitario in Svizzera applicano già misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare sui minori, ma soprattutto in caso di sospetto e solo raramente in modo standardizzato. Prescrizioni su come agire in caso di presunte minacce per il benessere dei minori sono praticamente inesistenti. Gli specialisti del settore sanitario interpellati sarebbero favorevoli all'introduzione di misure di rilevamento precoce a livello nazionale. Finora, però, non si sono affermate, né a livello nazionale né a livello internazionale, buone pratiche ampiamente riconosciute per il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori: in particolare, i risultati empirici sull'utilità di svolgere un rilevamento precoce a prescindere dall'esistenza di sospetti sono pochi e incoerenti. D'altronde, gli esperti e gli specialisti del settore sanitario si mostrano in parte scettici nei confronti di questo tipo di rilevamento.

Nell'ambito del rapporto sono formulate alcune considerazioni centrali per l'effettiva attuazione di misure di rilevamento precoce. È importante che sia quelle esistenti che quelle nuove vengano valutate scientificamente. È inoltre chiaro che gli strumenti di rilevamento precoce devono essere adeguati ai singoli gruppi professionali e al contesto in cui sono impiegati (ospedale, studio medico ecc.) e che essi hanno senso solo se s'inseriscono in una strategia regionale per affrontare le minacce per il benessere dei minori che regoli anche la collaborazione al livello delle istituzioni e delle discipline mediche interessate. Infine, occorrono ampie misure di formazione, perfezionamento e aggiornamento per gli specialisti del settore sanitario.

I risultati del rapporto di ricerca, integrati nel rapporto in adempimento del postulato Feri (12.3206), costituiscono anche una base importante per aiutare le società mediche e le associazioni professionali del settore sanitario nonché i Cantoni e i Comuni ad approntare o a sviluppare strumenti e strategie di rilevamento precoce.

Ludwig Gärtner  
Vicedirettore  
Capo dell'Ambito Famiglia, generazioni e società



## **Foreword by the Federal Social Insurance Office**

The Feri Postulate (12.3206 “Fundamentals for the Screening by Healthcare Professionals of Domestic Violence against Children”) requested that the Federal Council prepare a report on the possibilities of screening for domestic violence against children and to make corresponding recommendations for implementation. In its capacity as the lead office in this matter, the Federal Social Insurance Office commissioned the Lucerne University of Applied Sciences and Arts to carry out research into the fundamentals. The research work was supported by a group of experts comprising representatives of the federal government, the cantons as well as companies and associations active in the healthcare industry.

The high-calibre research report produced describes, on the basis of telephone interviews with healthcare professionals, the current state of implementation of early-diagnosis measures in Switzerland. It provides information on the measures taken in Switzerland and abroad to identify threats to child welfare at an early stage as well as the findings as regards their effectiveness and the appropriate interpretation of the results. It also makes recommendations for Switzerland on the basis of the findings.

The findings show that healthcare professionals in Switzerland already employ early-diagnosis measures in relation to domestic violence against children, and they do so particularly where there is suspicion of violence and only rarely using standardised tools. Hardly any instructions are in place on how healthcare professionals should deal with cases where they suspect a threat to a child’s welfare. The healthcare professionals surveyed would support the nationwide introduction of early-diagnosis measures in Switzerland. Thus far, however, no recognised best-practice standard for the early diagnosis of threats to child welfare has become established in the healthcare industry, either in Switzerland or abroad. In particular, the empirical data concerning the benefits of screening in the absence of suspicion is inconsistent. In view of this, some of the experts and healthcare professionals are critical of screenings of this kind.

To the extent possible, the report elaborates key conditions for the effective implementation of early-diagnosis measures. It is important that both existing and newly developed measures are evaluated scientifically. It is also clear that the early-diagnosis tools must be tailored to the individual occupational groups and the application context (hospitals, doctors’ practices, etc.) and are viable only if integrated in a regional strategy that also regulates collaboration between the institutions and disciplines involved. Finally, the healthcare professionals require comprehensive education and further training.

The results of the research report will be incorporated in the report on the Feri postulate (12.3206) and will form a sound basis on which the companies and associations active in the healthcare industry, as well as the cantons and local authorities, can develop and refine corresponding early-diagnosis tools and strategies.

Ludwig Gärtner  
Deputy Director  
Head of Family, Generations and Society



## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Zusammenfassung.....	IX
Résumé .....	XV
Riassunto .....	XXI
Summary .....	XXVII
1. Ausgangslage .....	1
1.1 Fragestellungen .....	2
2. Studiendesign .....	7
2.1 Systematische Internetrecherche .....	7
2.2 Systematisches Literaturreview.....	9
2.2.1 Suchstrategie.....	9
2.3 Dokumentenanalyse .....	12
2.4 Curriculaanalyse.....	12
2.5 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews.....	13
2.6 Telefonische Befragung von Gesundheitsfachpersonen .....	14
3. Ergebnisse .....	21
3.1 Literaturreview .....	21
3.1.1 Übersicht über wissenschaftliche Instrumente und Verfahren zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen.....	21
3.1.2 Erkenntnisse zu Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Instrumenten und Verfahren der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen .....	36
3.1.3 Zwischenfazit: Literaturreview .....	42
3.2 Dokumentenanalyse .....	44
3.2.1 Instrumente (Checklisten, Leitfäden etc.) .....	44
3.2.1.1 Standardisierte Früherkennungsinstrumente.....	44
3.2.1.2 Unstandardisierte Leitfäden.....	47
3.2.1.3 Zwischenfazit: Instrumente.....	53
3.2.2 Empfehlungen .....	54
3.2.2.1 Zwischenfazit: Empfehlungen .....	59
3.3 Curriculaanalyse.....	60
3.3.1 Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz.....	62
3.3.2 Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz .....	66
3.3.2.1 Medizinische „Hilfsberufe“ bzw. Gesundheitsfachberufe.....	66

3.3.2.2	Mediziner(innen) .....	70
3.3.2.3	Gesundheitsfachpersonen allgemein.....	74
3.3.2.4	Zwischenfazit: Curriculaanalyse.....	74
3.4	Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews.....	76
3.4.1	Allgemeine Einschätzungen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung mittels eines standardisierten Instrumentes.....	76
3.4.2	Spezifische Instrumente zur (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdungen .....	77
3.4.3	Setting und Zeitpunkt der Früherkennung bzw. Abklärung.....	81
3.4.4	Einbezug des Kindes .....	82
3.4.5	Allgemeine Vor- und Nachteile standardisierter Instrumente.....	82
3.4.6	Herausforderungen bei der Früherkennung bzw. Abklärung.....	83
3.4.7	Allgemeine Anforderungen an Früherkennungsmassnahmen.....	84
3.4.8	Herausforderungen bei der Einführung von Instrumenten in die Praxis .....	84
3.4.9	Umgang mit dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung .....	85
3.4.10	Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	85
3.4.11	Forschungsbedarf .....	86
3.4.12	Policy-Empfehlungen.....	87
3.4.13	Zusammenfassung: Qualitative Experteninterviews .....	88
3.5	Halbstandardisierte telefonische Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen..	90
3.5.1	Anwendung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und Vorgehen bei Verdacht.....	90
3.5.2	Vorgaben zum Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt.....	95
3.5.3	Nutzen von und Schaden durch Früherkennungsmassnahmen aus Sicht der Praktiker(innen).....	95
3.5.4	Schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt.....	97
3.5.5	Zwischenfazit: Halbstandardisierte telefonische Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen.....	100
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	103
4.1	Schlussfolgerungen .....	103
4.1.1	Erkenntnisstand und Empfehlungen zu Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und zum adäquaten Umgang bei Verdacht (Fragen 1.1-1.4, 1.8, 1.9).....	103
4.1.2	Erkenntnisse zum adäquaten Umgang bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (Frage 2.1).....	105
4.1.3	Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und etwaiger Handlungsbedarf in der Schweiz (Fragen 1.5, 1.6, 1.7).....	106

---

4.1.4 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz (Fragen 2.2, 2.3) .....	108
4.2 Abschliessende Empfehlungen .....	108
5. Literatur .....	113
6. Anhang .....	127
6.1 Ergänzende Informationen zur Internet- und Literaturrecherche .....	127
6.2 Beschriebene Instrumente .....	130
6.3 Verwendete Befragungsinstrumente .....	131
6.3.1 Leitfaden qualitative Experteninterviews.....	131
6.3.2 Leitfaden halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen.....	133





**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Früherkennung zwischen Prävention und Behandlung.....	4
Abbildung 2: Flussdiagramm Quellenauswahl Internetrecherche .....	9
Abbildung 3: Suchprozedere und Anzahl der identifizierten Publikationen.....	12
Abbildung 4: Grobgliederung Fragebogen telefonische Befragung .....	16
Abbildung 5.A: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 1.1-1.4).....	18
Abbildung 5.B: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 1.5-1.9).....	19
Abbildung 5.C: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 2.1-2.4).....	19
Abbildung 6: Von Instrumenten erfasste Gewaltformen, insgesamt und differenziert nach Fokus auf Gewalt gegen Kinder und/oder Erwachsene .....	46
Abbildung 7: Vorgehen der befragten Praktiker(innen) bei der Früherkennung, differenziert nach Berufs- bzw. Fachgruppen.....	92
Abbildung 8: Vorgehen der befragten Praktiker(innen) bei Vorliegen eines Verdachts, differenziert nach Berufs- bzw. Fachgruppen .....	93
Abbildung 9: Befürwortung/Ablehnung einer schweizweiten Einführung von Früherkennungsmassnahmen .....	97
Abbildung 10: Befürwortung generelles Screening oder verdachtinduziertes Vorgehen .....	99



**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Suchbegriffe zur Identifikation relevanter Publikationen (Datenbank PsyINFO) .....	11
Tabelle 2: Beispielhafte Schwellenwerte/Definitionen zur Beurteilung der Gütekriterien Validität und Reliabilität .....	24
Tabelle 3: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Gesundheitsversorgung (alphabetisch sortiert).....	28
Tabelle 4: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Forschung (alphabetisch sortiert) .....	29
Tabelle 5: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Kinderschutz/Kinder- und Jugendhilfe (alphabetisch sortiert) 30	
Tabelle 6: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Forensik (alphabetisch sortiert) .....	31
Tabelle 7: Überblick über standardisierte und unstandardisierte Instrumente aus der Schweiz (Dossieranalysen) .....	49
Tabelle 8: Übersicht über relevante Themen in Ausbildungen von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz nach Zielgruppen .....	65
Tabelle 9: Übersicht über relevante Themen in Weiter- und Fortbildungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz nach Zielgruppen .....	68
Tabelle 10: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von und zu Vorgehen bei innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Expert(inn)en Nennungen .....	78
Tabelle A.1: Suchbegriffe Literaturreview .....	129



## Zusammenfassung

### 1. Ausgangslage und Fragestellungen

Der Nationalrat hat am 15. Juni 2012 das Postulat Feri (12.3206 „Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen“) an den Bundesrat überwiesen, in dem Yvonne Feri einen Bericht über die Möglichkeiten von Screenings zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern sowie Empfehlungen zu deren Umsetzung forderte. Hintergrund war die Annahme, dass durch entsprechende Screenings im Rahmen der regelmässig durchgeführten ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Kinder, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, frühzeitig identifiziert und unterstützt werden können. Mit der Erstellung des Berichts wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, federführend ist das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Das BSV schrieb das Projekt zur Erarbeitung einer Übersicht und evidenzbasierter Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen im März 2016 aus. Die Studie sollte Auskunft darüber geben, welche Massnahmen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im In- und Ausland existieren, welche belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse es zu deren Wirksamkeit gibt (inkl. Nutzen-Schaden-Analysen), was über den adäquaten Umgang mit den Ergebnissen des Screenings bekannt ist (inkl. Aus-, Weiter- und Fortbildungsbedarf) sowie darüber, welche Empfehlungen sich hieraus für die Schweiz ableiten lassen. Der Fokus sollte dabei auf Screeninginstrumenten im Gesundheitsbereich liegen, die mit Blick auf Kinder eingesetzt werden; berücksichtigt werden sollten aber auch Instrumente aus anderen relevanten Bereichen (z. B. Kinderbetreuung, Freizeit). Geklärt werden sollte, inwieweit sich diese Instrumente zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder eignen. Im Juni 2016 erhielt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU) zusammen mit der Berner Fachhochschule (BFH) sowie der Haute école spécialisée de Suisse occidentale Valais-Wallis (HES-SO) den Auftrag, das Projekt durchzuführen.

### 2. Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene methodische Zugänge miteinander verknüpft: Literaturreview, Internetrecherche, Dokumentenanalyse (Instrumente zur Früherkennung, Empfehlungen), qualitative Interviews mit nationalen und internationalen Expert(inn)en ( $N=11$ ), halbstandardisierte Befragung praktizierender Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz ( $N=159$ ) sowie eine Curriculaanalyse. Der Vorteil dieses multiperspektivischen und -methodischen Vorgehens liegt darin, dass sich die verschiedenen methodischen Zugänge und Quellen im Sinne einer Methoden- und Datentriangulation ergänzen; dies bot gleichzeitig die Möglichkeit der Validierung der Ergebnisse.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Erkenntnisse und Empfehlungen zu Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die Forschung der letzten Jahrzehnte eine Reihe von evidenzbasierten Instrumenten hervorgebracht hat, die in ausgewählten Anwendungskontexten und bezogen auf bestimmte Bereiche von Kindeswohlgefährdungen erprobt und teilweise psychodiagnostisch validiert worden sind. Die Forschungsliteratur bietet somit eine ganze Reihe von Instrumenten an, die grundsätzlich für einen breiteren Einsatz im Rahmen von Früherkennungsmassnahmen im Gesundheitswesen eingesetzt werden könnten. Bezüglich ihrer Integration als routinemässigen Bestandteil in die Gesundheitsversorgung scheint der Fachdiskurs jedoch noch immer weit von einer breit anerkannten und umgesetzten Best-Practice entfernt. Es fehlt zum einen an umfangreicheren Modellversuchen, die ein

bestimmtes Screening-Verfahren oder -Konzept über einen längeren Zeitraum in unterschiedlichen Handlungsfeldern erprobt hätten; und es fehlt zum anderen – als logische Konsequenz – an längsschnittlichen empirischen Studien, die die Eignung, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit solcher Verfahren gründlich untersucht hätten. Unsicherheiten bestehen bspw. bezüglich der Frage, ob ein universelles Screening zu Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung, das bei allen Patient(inn)en verdachtsunabhängig zur Anwendung kommt, überhaupt ratsam sei oder ob dessen Nachteile (z. B. hohe Raten an Falsch-Positiv- und Falsch-Negativ-Diagnosen) die möglichen Vorteile überwiegen würden. Ähnlich offen ist die Befundlage zur konkreteren Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen (Befragungsmethoden, Umgang mit gewonnenen Erkenntnissen). Diesen Mangel einer anerkannten Best-Practice sowie die Heterogenität im Vorgehen bestätigen zum einen die Ergebnisse der Befragung nationaler und internationaler Expert(inn)en; zum anderen spiegelt sich beides in den Aussagen der befragten Praktiker(innen) in der Schweiz wider. Darüber hinaus konnte den analysierten Empfehlungen zu Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen von (inter-)nationalen Expert(inn)en, staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen und Organisationen, Kirchenverbänden sowie Fach- bzw. Berufsgesellschaften entnommen werden, dass alleine darin Einigkeit besteht, dass Gesundheitsfachpersonen und anderen Berufsgruppen (z. B. Erzieher[innen], Lehrkräfte, Sozialarbeitende) eine entscheidende Rolle bei der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen zukommt. Sie werden aufgerufen, mutig zu sein und das Thema Gewalt im Gespräch mit ihren Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en anzusprechen. Dabei wird Gesundheitsfachpersonen – auch in der Schweiz – häufiger empfohlen, Fragen nach Gewalterfahrungen routinemässig in die Anamnese zu integrieren, während den Vertreter(inne)n der anderen Berufsgruppen häufiger zu einem verdachtinduzierten Vorgehen geraten wird. Dennoch werden auch Gesundheitsfachpersonen mehrheitlich auf nicht standardisierte (Schweizer) Leitfäden zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen verwiesen, die jedoch zumindest von den befragten Praktiker(inne)n nur in Ausnahmefällen herangezogen werden.

In der Literatur findet sich zudem der Hinweis, dass die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung nur dort Aussicht auf Erfolg hat, wo sie in ein umfangreicheres Konzept des institutionellen und interinstitutionellen Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen eingebettet ist. Doch gerade an dieser Schnittstelle zwischen der Identifikation von Gefährdungen und der geeigneten Reaktion darauf besteht ebenfalls ein Empiriedefizit. Die Übereinstimmung zwischen den Expert(inn)en beschränkt sich folglich vorwiegend auf theoretische Annahmen darüber, wodurch sich ein angemessener Umgang von Gesundheitsfachpersonen mit identifizierten Gefährdungen von Kindern im Wesentlichen auszeichnen müsste: Die Unterstützungsleistungen sollten sowohl auf einem grundlegenden Verständnis für die Ursachen und Folgen von innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen beruhen als auch auf Wissen darüber, welche Angebote es zur Unterstützung von gewaltbetroffenen Kindern gibt, wo diese zu finden und wie wirksam sie sind. Erforderlich sei zudem Wissen darüber, wie Gespräche mit gewaltbetroffenen Kindern zu führen sind, welche rechtlichen Ansprüche Kinder haben und wie sie durch unmittelbare Massnahmen in ihrer Sicherheit zu schützen sind. Bemerkenswerterweise fanden sich insbesondere zur entwicklungsgerechten Gesprächsführung mit Kindern jedoch nur wenige konkrete Hinweise in den analysierten Empfehlungen. Und insgesamt fanden sich nur wenige Empfehlungen bezüglich des Vorgehens bei der Befragung der Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en: Es sollten direkte Fragen gestellt und Suggestivfragen vermieden werden; ein Routine-Screening sollte durch einen Einleitungssatz gerahmt werden, der das Vorgehen begründet und unterstreicht, dass diese Fragen allen

Patient(inn)en gestellt werden, um die Akzeptanz bei ihnen zu erhöhen. Allen Berufsgruppen wurde zudem geraten, die Beobachtungen und Gespräche sorgfältig zu dokumentieren, wobei Gesundheitsfachpersonen signifikant häufiger standardisierte Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt wurden.

### **3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz**

Ein Aspekt, der in allen Studienteilen betont wurde, ist die Relevanz der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit bei (Verdachts-)Fällen von Kindeswohlgefährdungen. Dies jedoch nicht allein mit Blick auf die konkrete Bearbeitung dieser Fälle. Bereits bei der Entwicklung entsprechender Leitlinien und Screeninginstrumente sowie in Bezug auf Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema wurde die Zusammenarbeit von Vertreter(inne)n verschiedener Fachrichtungen und Institutionen empfohlen. Für die erfolgreiche Durchführung von Früherkennungsmassnahmen – insbesondere mit Blick auf die Unterstützung der Betroffenen – wurde zudem auf die hierfür relevanten Fachkenntnisse hingewiesen. Dabei können entsprechende Fachkenntnisse Studien zufolge nicht nur der Qualitätssicherung dienen, sie können ausserdem die Einstellungen und subjektiven Kompetenzerwartungen von Praktiker(inne)n positiv beeinflussen, so dass sie häufiger Screenings durchführen als nicht geschulte Kolleg(inn)en. Vor diesem Hintergrund ist der Befund der Curriculaanalyse, dass das Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen nicht flächendeckend in den Ausbildungscurricula von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz verankert ist, besonders ernüchternd. Ein Befund, der von den interviewten nationalen Expert(inn)en bestätigt wurde. Darüber hinaus zeigten sich Unterschiede in den behandelten Themen: So wird beispielsweise nicht allen Berufsgruppen rechtliches Wissen im Kontext innerfamiliärer Gewalt vermittelt, was – bei Unsicherheiten – dazu führen kann, dass weggesehen und nicht eingegriffen wird. Ähnlich sieht die Situation mit Blick auf die Weiter- und Fortbildung der berücksichtigten Berufsgruppen aus. Zwar gab es im Untersuchungszeitraum (2014-2016) entsprechende Angebote, ob die Fachpersonen diese jedoch besucht haben, hing mehrheitlich von ihnen selbst ab. Und auch klinikinterne Fallbesprechungen sichern nicht, dass Gesundheitsfachpersonen flächendeckend über das notwendige Wissen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen sowie dem Umgang mit den Informationen verfügen.

### **3.3 Stand der Praxis bezüglich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz**

Im Rahmen einer halbstandardisierten Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz wurde der aktuelle Stand des Einsatzes von Früherkennungsmassnahmen untersucht. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass bereits heute Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen umsetzen, wobei die Befragten diese mehrheitlich beim Auftreten eines Verdachts auf Gewalt einsetzten und nur selten ein standardisiertes Instrument verwendeten. Überwiegend nutzten sie Gespräche und (Interaktions-)Beobachtungen zur Früherkennung. Darüber hinaus scheinen verbindliche Vorgaben zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen noch immer eher die Ausnahme zu sein, obwohl diese zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl der Fachpersonen bezüglich des Themas Gewalt führen und hierdurch die Wahrscheinlichkeit erhöhen würde, dass die Praktiker(innen) Früherkennungsmassnahmen systematisch anwenden. Die wenigen von den Befragten genannten Instrumente und Vorgaben scheinen in erster Linie in der Praxis erprobte, aber nicht wissenschaftlich evaluierte Verfahren zu sein.

Dies entspricht der Einschätzung der interviewten (inter-) nationalen Expert(inn)en. Eine von den Befragten bereits verbreitete eingesetzte Form der Absicherung der eigenen Beobachtungen stellt die (interdisziplinäre) Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen dar.

Die von den Praktiker(inne)n beschriebenen Vorgehensweisen sind sowohl durch den jeweiligen professionellen Auftrag und die jeweilige Arbeitsweise (z. B. therapeutische Gesprächstechniken) beeinflusst als auch durch die örtlich/regional etablierten Strukturen und Traditionen. Beispielsweise setzten sich in Verdachtsfällen insbesondere die befragten Gesundheitsfachpersonen aus der Deutschschweiz sowie Klinikangestellte mit Kinderschutzgruppen in Kontakt. Mit Blick auf Kinder als Betroffene elterlicher Paargewalt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass hier noch ein Sensibilisierungsbedarf besteht. Der Fokus der Praktiker(innen) scheint zum Teil immer noch auf körperlicher und sexueller Gewalt gegen Kinder zu liegen, während schwerer zu entdeckende Formen der Kindeswohlgefährdung wie psychische Gewalt weniger Aufmerksamkeit erhalten. Darüber hinaus scheinen insbesondere Psychiater(innen) bei der Behandlung erwachsener Patient(inn)en die Kinder derselben immer noch häufig „auszublenden“.

Sowohl die geäußerten Bedenken gegenüber Früherkennungsmassnahmen (z. B. höhere Arbeitsbelastung, Stigmatisierung, Verlust der Vertrauensbeziehung) als auch die genannten potentiellen Vorteile derselben (z. B. höhere Aufdeckungsrate, mehr Sicherheit in der Fallbearbeitung) entsprechen den bekannten Argumenten aus der internationalen Literatur, wie sie im Rahmen des Literaturreviews herausgearbeitet wurden. Trotz der geäußerten Bedenken sprach sich jedoch die Mehrheit der befragten Gesundheitsfachpersonen für eine flächendeckende Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt aus. Weniger Einigkeit bestand jedoch bezüglich der genaueren Ausgestaltung dieser Massnahmen, wobei auch hier wieder der jeweilige Handlungskontext sowie existierende regionale Strukturen und Traditionen eine Rolle spielten. 40 % befürworteten die Einführung eines verdachtinduzierten Vorgehens, 30 % ein generelles Screening; weitere 30 % der Befragten wollte sich hingegen nicht festlegen. Akzeptanz in der Praxis scheint ein Verfahren zu erhalten, dass von verschiedenen im jeweiligen Handlungsfeld relevanten Berufs- bzw. Fachgruppen und/oder Fachgesellschaften entwickelt bzw. eingeführt wird. Dies entspricht den oben genannten Empfehlungen.

#### **4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Vor dem Hintergrund der Befunde lässt sich festhalten, dass sich bisher national wie international keine breit anerkannte Best-Practice der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung, dem Bildungssystem oder der Kinder- und Jugendhilfe etabliert hat. In Praxis und Wissenschaft existieren zwar Screeninginstrumente, die in spezifischen Handlungsfeldern (z. B. der medizinischen Notfallversorgung) an einzelnen Standorten erprobt worden sind, teilweise mit vielversprechenden Ergebnissen. Von umfassenden nationalen Strategien, die den Einsatz von Instrumenten und Massnahmen in unterschiedlichen Bereichen fördern und koordinieren, kann jedoch nicht die Rede sein. Dieses Defizit kann auf verschiedene Hindernisse im Bereich der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung zurückgeführt werden.

Aufgrund der erheblichen Unterschiede zwischen den Handlungsfeldern und den Funktionen der relevanten Akteure in ihnen lassen sich kaum Screeninginstrumente entwickeln und evaluieren, die über die Grenzen eines bestimmten Kontextes oder einer bestimmten professionellen Funktion hinaus eingesetzt werden könnten. Innerhalb spezifischer, klar abgegrenzter Handlungsfelder bereitet zudem das Verhältnis von Sensitivität und Spezifität Probleme: Je höher die Quote an erkannten Fällen innerfamiliärer Gewalt, desto höher tendenziell auch die Quote der unbegründeten Verdachtsfälle. Das mag



insbesondere bei Vertreter(inne)n „helfender Berufe“ aufgrund ihrer professionellen Identität zu einem Widerstand gegen die systematische Erkundung innerfamiliärer Gewalt führen – dies umso mehr, wenn darüber hinaus befürchtet wird, allzu invasive Fragen könnten das für die Behandlung wichtige Vertrauensverhältnis zur Patientin bzw. zum Patienten gefährden. Hinzu kommen Ungewissheiten über gesetzliche Konsequenzen, wo sich ein Verdachtsmoment und die daraus abgeleitete Massnahme als unbegründet erweist. Und schliesslich fehlen an vielen Stellen bewährte Rezepte dazu, wie in einem bestätigten Fall (bzw. bei einem erhärteten Verdacht) von innerfamiliärer Gewalt weiter vorzugehen ist, welche Stellen beizuziehen sind und wie das Vorgehen der Familie gegenüber kommuniziert werden soll. Die Unsicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens senkt dann die Bereitschaft, Verdachtsmomenten systematisch nachzugehen. Ferner hat sich gezeigt, dass Praxistauglichkeit und Wirksamkeit von Screeninginstrumenten in einigen Handlungsfeldern positiver beurteilt werden als in anderen. Konkret ist das beispielsweise im Bereich der Pädiatrie oder der Notfallversorgung der Fall, wie die Erkenntnisse aus der Experten- und Praktikerbefragung bzw. des Literaturreviews ergaben. In diesen Bereichen sind heute bereits teilweise Screeninginstrumente im Einsatz. Sie finden jedoch weder flächendeckend Verwendung noch sind sie bisher im Kontext der Schweiz wissenschaftlich evaluiert worden.

Auf der Basis der vorliegenden Befunde lassen sich dennoch eine Reihe von Erwägungen formulieren, in welche Richtungen sich die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz in der näheren Zukunft bewegen sollte (Wünschbarkeit) und könnte (Machbarkeit): (1) Screeninginstrumente müssen auf den Anwendungskontext und die professionelle Funktion der Anwender(innen) zugeschnitten sein (z. B. Pädiatrie, Mütter-Väter-Beraterinnen). (2) Sollen in spezifischen Anwendungsfeldern Screeninginstrumente neu eingeführt werden, ist der internationale Forschungsstand zu nutzen; in einigen wenigen Anwendungsfeldern existieren bereits heute Instrumente, zu denen vielversprechende Befunde aus Evaluationsstudien vorliegen. (3) Die Einführung neuer Instrumente hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn die Instrumente von einflussreichen Akteuren innerhalb der Profession (bspw. den Berufsverbänden) gewollt, mitgetragen und in der Entwicklung mitgestaltet werden. Neben der Akzeptabilität des Instruments kann dies auch die Praxistauglichkeit positiv beeinflussen (z. B. Bearbeitungsdauer, Sprachniveau). (4) Wo Instrumente eingeführt werden, sind – wo immer möglich – evaluative Begleitstudien vorzusehen, die das Instrument einer objektiven Überprüfung unterziehen und Schlussfolgerungen zur inhaltlichen Überarbeitung und zu Fragen der strukturellen Einbettung geben. Vor dem Hintergrund, dass in der internationalen Literatur bisher eine eher kritische Beurteilung des Nutzens von generellen Screeninginstrumenten vorwiegt, die jedoch nicht auf eindeutigen, sondern auf inkonsistenten empirischen Befunden beruht, erscheint dies besonders wichtig. (5) Die Einführung von Screeninginstrumenten kann zudem nicht losgelöst von Konzepten der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgen, die im Fall eines vermuteten oder bestätigten Falls von Kindeswohlgefährdungen zu greifen hat. Mit der Einführung eines Instruments muss ein Konzept verbunden sein, wie mit positiven Ergebnissen des Screenings umgegangen wird und welche weiteren Abklärungen und Interventionen sich daraus innerhalb wie ausserhalb der Institution ergeben. Falls die Entwicklung dahin geht, dass in ausgewählten Anwendungskontexten ein universelles Verfahren der Früherkennung eingeführt und erprobt werden sollte, so verweist die Forschungsliteratur auf eine Reihe weiterer Risiken, denen Rechnung zu tragen ist:

- Falsch-negative Befunde könnten zu falscher Sicherheit führen, falsch-positive hingegen zu ungerechtfertigten Belastungen der Familien.

- Auf der einen Seite erscheint es rechtlich und ethisch problematisch, wenn verdachtsunabhängige Verfahren ohne vorgängige Aufklärung der Beteiligten (Kinder und Eltern als deren rechtliche Vertreter) über die Ziele durchgeführt werden. Auf der anderen Seite ist angesichts der moralischen Sensibilität des Themas bei einer vorgängigen Information der Beteiligten mit verzerrenden Antworten zu rechnen. Zu regeln ist schliesslich die schwierige Frage, wie mit Verweigerungen von Antworten umzugehen ist.

Insgesamt ist es wichtig, dass die mit dem Screening betrauten Fachpersonen in der Anwendung des Instruments und dem adäquaten Umgang mit Ergebnissen ausreichend geschult werden – dazu gehören je nach Kontext auch und insbesondere methodische Aspekte der Gesprächsführung mit den befragten Eltern und Kindern. Die Befunde der Curricula- und Dokumentenanalyse sowie der beiden Befragungen zeigen deutlich, dass immer noch Bedarf an Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz besteht. Es darf nicht vom Interesse der Einzelperson oder dem Zufall abhängen, ob entsprechende Veranstaltungen besucht werden; darüber hinaus darf es nicht sein, dass die Existenz eines entsprechenden Angebotes an thematische Moden gebunden ist, zumal das Wissen regelmässig im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aufgefrischt und aktualisiert werden muss. Aufgrund der hohen Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz sollten Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen nicht allein berufsgruppenspezifisch angeboten werden, sondern sich gleichzeitig an die beteiligten Akteure richten. Ein entsprechendes regionales Angebot kann dann gleichzeitig der Vernetzung der Akteure dienen, was die Zusammenarbeit in konkreten Fällen erleichtert und verbessert.

## Résumé

### 1. Contexte et problématique

Le 15 juin 2012, le Conseil national a adopté le postulat Feri (12.3206 « Violences intrafamiliales à l'égard des enfants. Créer les conditions permettant un dépistage par des professionnels de la santé ») déposé par Yvonne Feri qui demandait au Conseil fédéral de présenter un rapport sur les possibilités de dépistage des violences intrafamiliales faites aux enfants et de formuler des recommandations de mise en œuvre. L'auteure du postulat considère qu'un dépistage dans le cadre des examens médicaux préventifs auxquels sont régulièrement soumis les enfants permettrait de repérer à temps et d'aider les enfants touchés par la violence domestique. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a chargé l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de la rédaction du rapport. En mars 2016, l'OFAS a lancé un appel d'offres pour une étude produisant une vue d'ensemble et des connaissances scientifiques sur les mesures de détection précoce des situations de violence domestique ou de mise en danger du bien de l'enfant. Cette étude devait répertorier les mesures de détection précoce existant en Suisse et à l'étranger et fournir des connaissances scientifiques robustes concernant leur efficacité (avec une analyse de leurs avantages et inconvénients) ainsi que des pistes pour le traitement adéquat des résultats du dépistage (y compris les besoins en matière de formation initiale, de formation postgrade et de formation continue) et des recommandations pour la Suisse. Elle devait mettre l'accent sur des outils de dépistage du système de santé qui soient adaptés aux enfants, mais aussi sur des outils applicables dans d'autres contextes (structures d'accueil des enfants, centres de loisirs, etc.). L'objectif de l'étude était de déterminer dans quelle mesure ces instruments permettent de détecter à temps la violence intrafamiliale à l'égard des enfants. Le mandat a été confié à la Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social, à la Haute école spécialisée bernoise et à la Haute école spécialisée de Suisse occidentale Valais-Wallis en juin 2016.

### 2. Structure de l'étude

Pour répondre à toutes ces questions, les chercheurs ont utilisé plusieurs approches méthodologiques : étude de la littérature, recherches sur Internet, analyse de documents (instruments de détection précoce, recommandations), entretiens qualitatifs avec des experts nationaux et internationaux ( $N = 11$ ), entretiens semi-structurés avec des professionnels de la santé en Suisse ( $N = 159$ ) et analyse des cursus d'étude. L'avantage de ce procédé associant plusieurs perspectives et méthodes réside dans le fait que les différents accès et sources méthodologiques se complètent et assurent une triangulation des données qui permet aussi de valider les résultats.

### 3. Résultats

#### 3.1 Connaissances et recommandations concernant la détection précoce de situations de violence domestique ou de mise en danger du bien de l'enfant

L'étude montre que la recherche de ces dernières décennies a produit une série d'instruments fondés sur des données probantes qui ont été testés dans des contextes spécifiques et pour différentes formes de mise en danger du bien de l'enfant. Certains de ces outils ont été validés du point de vue psychodiagnostique. La littérature scientifique recense en effet une riche palette d'instruments susceptibles, en principe, d'être largement utilisés à des fins de détection précoce dans le système de santé. En ce qui concerne leur utilisation à des fins de dépistage systématique dans le système de santé, le discours scientifique est cependant encore loin de définir un ensemble de bonnes pratiques largement reconnues et appliquées. D'une part, le nombre de projets pilotes ayant testé une méthode ou une stratégie de

dépistage concrète sur une durée prolongée dans différents champs d'intervention est insuffisant. D'autre part, conséquence logique du point précédent, il manque des études empiriques longitudinales analysant la pertinence, la faisabilité et l'efficacité de telles méthodes. Des incertitudes subsistent notamment concernant la question de savoir s'il est vraiment indiqué de procéder à un dépistage systématique des situations de mise en danger du bien de l'enfant dans le système de santé, car il n'est pas certain qu'une approche qui englobe tous les patients sans se fonder sur des soupçons ne comporte pas moins d'avantages que d'inconvénients (tels que des taux élevés de faux positifs ou de faux négatifs). Des doutes existent aussi en ce qui concerne la mise en œuvre concrète des mesures de détection précoce (aspects méthodologiques de l'enquête, traitement des informations obtenues). Les experts suisses et étrangers interrogés confirment qu'il n'existe pas de bonnes pratiques reconnues ni d'approches coordonnées, deux lacunes que confirment les praticiens actifs en Suisse. D'ailleurs, le seul constat sur lequel s'accordent les experts suisses et étrangers, les institutions étatiques, les organisations non gouvernementales, les organisations religieuses ainsi que les sociétés professionnelles concerne le rôle crucial que jouent les professionnels de la santé et d'autres branches (éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux, etc.) dans la détection précoce des situations de violence domestique ou de mise en danger du bien de l'enfant. Ces professionnels sont invités à faire preuve de courage et à aborder la question de la violence lors de leurs entretiens avec des patients ou des usagers. En Suisse comme à l'étranger, ce sont avant tout les professionnels de la santé qui sont appelés à se renseigner systématiquement sur des épisodes violents dans le cadre de l'anamnèse, tandis qu'on attend des autres groupes professionnels qu'ils agissent en cas de soupçon. Pourtant, même les experts de la santé doivent avoir recours à des guides (suisses) non standardisés pour détecter les situations de violence domestique ou de mise en danger du bien de l'enfant, ce que les praticiens interrogés déclarent ne faire qu'exceptionnellement.

La littérature indique que la détection précoce des situations de mise en danger du bien de l'enfant par le système de santé ne peut réussir que si elle se fonde sur un vaste programme de réponse institutionnelle et interinstitutionnelle de la violence domestique et des autres formes de mise en danger du bien de l'enfant. Mais c'est précisément à l'interface entre l'identification d'une menace et l'intervention adéquate que le manque de connaissances empiriques est flagrant. Le consensus parmi les experts se limite donc principalement à des hypothèses concernant les principales caractéristiques d'un traitement adéquat des situations de mise en danger du bien de l'enfant identifiées par les professionnels de la santé. Selon les experts, le savoir des professionnels ne devrait pas se limiter à la compréhension fondamentale des causes et des conséquences de la violence domestique et des types de menaces pour le bien de l'enfant, mais porter également sur les possibilités d'assistance aux enfants victimes de violence, leur accessibilité et leur efficacité. Les professionnels devraient aussi savoir mener des entretiens avec les enfants victimes de violence, connaître les droits légaux de ces enfants et avoir une vision des moyens disponibles pour garantir immédiatement leur sécurité. Il est d'autant plus surprenant de constater que les documents étudiés n'ont fourni que peu de recommandations sur la bonne façon de poser des questions aux enfants en tenant compte de leur développement. Les rares conseils concernant la façon de s'entretenir avec les patients ou les clients recommandent de poser des questions directes et non pas suggestives et de commencer l'entretien en expliquant qu'il s'agit d'un dépistage systématique et en précisant que les mêmes questions sont posées à tous les patients, pour mieux faire accepter la procédure. Il est recommandé à tous les groupes professionnels de documenter leurs entretiens et leurs observations avec précision. Toutefois, il existe clairement davantage de grilles de documentation standardisées pour les professionnels de la santé que pour les autres spécialistes.

### **3.2 Formation initiale, formation postgrade et formation continue des professionnels de la santé en Suisse**

Un des aspects qui apparaît à tous les échelons de l'étude est l'importance des liens entre les experts et celle de la collaboration interinstitutionnelle dans les cas (ou les soupçons) de mise en danger du bien de l'enfant. Cette exigence ne concerne pas seulement le traitement concret des cas. Les représentants de différents secteurs professionnels et les institutions devraient déjà collaborer lors du développement des lignes directrices et des outils de dépistage, ainsi que pour la formation postgrade et la formation continue. Pour que les mesures de détection précoce soient efficaces et aident réellement les personnes concernées, les professionnels devraient impérativement disposer des connaissances spécifiques requises. Des études montrent que l'acquisition de connaissances techniques contribue non seulement à garantir la qualité des prestations, mais qu'elle influence aussi la confiance des praticiens dans leurs propres compétences. Ceux-ci se sentent plus aptes à procéder à un dépistage systématique et le font plus souvent que leurs collègues non formés. Compte tenu de ce fait, les résultats de l'étude selon lesquels la thématique de la détection précoce des situations de violence domestique et de mise en danger du bien de l'enfant ne figure pas dans les cursus des professionnels de la santé partout en Suisse sont particulièrement inquiétants. Les experts suisses interrogés à ce sujet ont fait le même constat. En outre, les thèmes figurant dans les divers cursus varient : ainsi, tous les groupes professionnels n'acquièrent pas de connaissances juridiques relatives à la violence intrafamiliale, ce qui ne lève pas le doute et l'ignorance, et pourrait dissuader certains professionnels d'intervenir. La situation n'est pas très différente en ce qui concerne la formation continue des autres groupes professionnels étudiés. S'il existait des offres de formation dans ce domaine pendant la période étudiée (2014 à 2016), elles étaient toutefois facultatives et les professionnels étaient libres de les suivre ou non. Les examens de cas en clinique ne garantissent pas non plus que les professionnels de la santé de toute la Suisse disposent des connaissances suffisantes pour détecter à temps les situations de mise en danger du bien de l'enfant et pour les traiter de manière adéquate.

### **3.3. État de la détection précoce des violences intrafamiliales ou d'autres formes de mise en danger du bien de l'enfant en Suisse**

Une enquête semi-standardisée menée auprès des praticiens de la santé en Suisse a examiné l'utilisation actuelle des outils de détection précoce dans le pays. Elle a montré que certains professionnels de la santé prennent déjà des mesures de détection précoce, mais qu'ils le font surtout en cas de soupçon de violence et rarement de manière systématique au moyen d'un outil standardisé. La plupart des professionnels se contentent de mener des entretiens et d'en tirer des observations (fondés sur leurs interactions avec les patients). En outre, les procédures à suivre impérativement en cas de soupçon de mise en danger du bien de l'enfant sont très rares, quand bien même elles permettraient de rassurer les professionnels dans de telles situations et pourraient les inciter à prendre plus systématiquement des mesures de détection précoce. Les rares instruments et prescriptions évoqués par les personnes interrogées sont généralement des procédés utilisés dans leur travail habituel, mais non soumis à une évaluation scientifique. Ce constat est le même parmi tous les experts qu'ils soient suisses ou étrangers. Une des méthodes utilisées par les professionnels interrogés pour se rassurer consiste à consulter d'autres praticiens pour parler de leurs observations (collaboration interdisciplinaire).

Les procédures décrites par les praticiens sont influencées par leur mandat professionnel, leur mode de travail habituel (par ex. techniques de conversation thérapeutique) et par les structures et traditions établies au niveau local ou régional. En Suisse alémanique, par exemple, les professionnels de la santé et les employés de cliniques qui ont participé à l'enquête ont tendance, en cas de soupçon, à s'adresser

à des groupes engagés dans la protection des enfants. L'étude montre que des efforts de sensibilisation sont encore nécessaires en ce qui concerne les enfants dont les parents ont un comportement violent entre eux. Il semble qu'une partie des praticiens continuent de se concentrer sur la violence physique ou sexuelle contre les enfants et oublie parfois les formes de mise en danger du bien de l'enfant plus difficiles à détecter, comme la violence psychologique. De plus, les psychiatres qui s'occupent d'adultes semblent encore souvent négliger le bien-être des enfants de leurs patients.

Tant les craintes exprimées par les personnes interrogées au sujet des mesures de détection précoce (par ex. surcroît de travail, stigmatisation, rupture de la relation de confiance) que leurs avantages potentiels (par ex. taux de détection plus élevé, sécurité accrue dans le traitement) se retrouvent dans la littérature internationale examinée dans le cadre de l'étude. En dépit des craintes formulées, la plupart des professionnels de la santé sont néanmoins favorables à l'introduction de mesures de détection précoce des violences domestiques à l'échelle nationale. Par contre, l'agencement concret de ces mesures ne fait pas l'unanimité et l'on constate là aussi que le contexte d'intervention ou les structures et les traditions régionales jouent un rôle manifeste. 40 % des personnes interrogées se sont exprimées en faveur d'une procédure fondée sur les soupçons et 30 % pour un dépistage systématique. Les 30 % restants ne se sont pas prononcés. Une procédure développée et introduite en commun par plusieurs groupes professionnels et associations médicales semble être la solution qui serait le plus facilement acceptée en pratique. Elle correspond aussi aux recommandations formulées ci-dessus.

#### **4. Conclusions et recommandations**

Il ressort de l'étude qu'il n'existe aucun corpus de bonnes pratiques généralement reconnues sur le plan national ou international pour la détection précoce des situations de mise en danger du bien de l'enfant applicable aux différents secteurs de la santé, de la formation ou de l'aide à l'enfance et à la jeunesse. On trouve pourtant sur le terrain et dans la littérature scientifique des instruments de dépistage ayant été testés à différents endroits dans des champs d'intervention spécifiques (services d'urgence, par ex.) et ayant fourni des résultats parfois prometteurs. Il n'existe cependant aucune stratégie nationale visant à promouvoir et coordonner l'utilisation des instruments et des mesures dans les différents secteurs. Ce déficit s'explique par l'existence de nombreux obstacles à la détection précoce de violences intrafamiliales et de situations de mise en danger du bien de l'enfant.

La grande hétérogénéité qui caractérise les champs d'intervention des divers acteurs et les différences entre les fonctions qu'ils y assument ne permettent guère de développer et d'évaluer des instruments de dépistage utilisables au-delà du domaine ou de la fonction professionnelle considérés. En outre, à l'intérieur d'un champ d'intervention clairement défini, le rapport entre sensibilité et spécificité peut s'avérer problématique : une augmentation du taux des violences domestiques détectées peut s'accompagner d'une augmentation du taux de soupçons infondés. De ce fait, on constate notamment dans la communauté des professionnels de la santé qui considèrent que leur tâche première est d'aider le patient et non d'élucider d'éventuels soupçons, une certaine réticence face au dépistage systématique des violences domestiques – en particulier lorsque cela implique de poser des questions trop dérangeantes qui risquent d'affecter la relation de confiance entre le professionnel et son patient. À cela s'ajoute une certaine hésitation quant aux conséquences légales que pourraient entraîner un soupçon infondé et d'éventuelles mesures prises pour y réagir. Enfin, il manque souvent des recettes éprouvées pour aborder les soupçons de violence domestique confirmés, trouver les services compétents et informer la famille sur la procédure enclenchée. L'incertitude concernant la marche à suivre décourage les professionnels d'examiner systématiquement les cas de soupçons. L'étude a aussi montré que les

instruments de dépistage systématique sont jugés plus pratiques et plus efficaces dans certains contextes d'intervention, concrètement en pédiatrie ou en médecine d'urgence, comme l'ont montré les réponses des experts et des praticiens de même que l'étude de la littérature. Dans ces domaines certains instruments sont d'ores et déjà utilisés, mais ils ne sont pas appliqués dans l'ensemble de la Suisse et n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation scientifique à l'échelle nationale.

Ces constats peuvent servir de point de départ à une série de considérations sur la direction que la détection précoce des situations de mise en danger du bien de l'enfant devrait (désirabilité) ou pourrait (faisabilité) prendre en Suisse dans un proche avenir. (1) Les instruments de dépistage doivent correspondre au contexte dans lequel ils sont utilisés et à la fonction professionnelle de l'utilisateur (par ex. pédiatrie, conseil parental). (2) Avant l'introduction d'un nouvel instrument de dépistage dans un domaine spécifique, il faut consulter la documentation sur la recherche internationale à titre de référence, car, dans certains champs d'intervention, des outils ont déjà été évalués et se sont avérés prometteurs. (3) Ces instruments ne parviendront pas à s'imposer s'ils ne sont pas souhaités par des acteurs influents dans la profession concernée (par ex. associations professionnelles). Il est donc indispensable de faire participer ceux-ci au développement et à la mise en place des outils. L'implication dans la conception d'un instrument n'améliore pas seulement son acceptation, mais aussi son utilité pratique (par ex. en ce qui concerne la durée des entretiens ou le langage adapté aux personnes interrogées). (4) Au moment d'introduire de nouveaux outils, il faut si possible prévoir des évaluations parallèles qui permettront de les tester en toute objectivité, de se prononcer sur la nécessité de revoir leur contenu et de répondre aux questions d'intégration structurelle. C'est d'autant plus important que la littérature internationale disponible à ce jour est plutôt critique au sujet de l'utilité des instruments de dépistage systématique, même si les réticences ne se fondent pas sur des preuves incontestables, mais sur des constats empiriques peu consistants. (5) La mise en place d'instruments de dépistage systématique est indissociable de la collaboration interinstitutionnelle et pluridisciplinaire, incontournable dans les cas (soupçonnés ou avérés) de mise en danger du bien de l'enfant. Elle doit aussi s'accompagner d'un plan d'action en cas de résultat positif du dépistage, qui indique les investigations complémentaires nécessaires et précise les mesures à prendre par l'institution ayant détecté le cas ou par une autre instance. Lorsque les travaux de développement débouchent sur l'introduction et l'expérimentation d'une méthode universelle de détection précoce dans un champ d'intervention spécifique, la littérature scientifique évoque une série de risques supplémentaires dont il faut tenir compte :

- Les faux négatifs peuvent induire un sentiment de sécurité infondé, tandis que les faux positifs peuvent perturber injustement les familles concernées.
- Il est problématique sur les plans juridique et éthique de procéder à un dépistage systématique – n'étant pas fondé sur des soupçons – sans en informer au préalable les personnes concernées (enfants et parents en tant que représentants légaux) et sans les renseigner sur les objectifs de la démarche. Par contre, en cas d'information préalable, il est à craindre que les personnes interrogées adaptent quelque peu leurs réponses aux questions, vu l'aspect sensible du sujet abordé sur le plan moral. Enfin, il faut savoir comment procéder lorsque les personnes refusent de répondre aux questions.

Ce qui importe avant tout, c'est de bien former les professionnels chargés du dépistage à l'utilisation des instruments et à la bonne façon de réagir face aux résultats. Suivant le contexte, cette formation doit comprendre des aspects méthodologiques concernant l'entretien avec les parents et les enfants. Les résultats de l'examen des cursus, de l'analyse documentaire et des deux enquêtes menées auprès

des experts et des praticiens montrent bien que le personnel de santé, en Suisse, manque encore d'une formation initiale, d'une formation postgrade et d'une formation continue dans ce domaine. N'étant pas inscrite dans le cursus obligatoire, l'offre actuelle ne profite qu'aux personnes intéressées. Or il n'est pas opportun que l'offre de formation dépende des sujets à la mode, d'autant qu'il faut régulièrement mettre à jour les connaissances et les formations pour suivre l'évolution des connaissances. Compte tenu de l'importance de la coopération interdisciplinaire dans le domaine de la protection de l'enfant, il ne faut pas seulement mettre en place des cours de formation postgrade ou continue destinés à des groupes professionnels spécifiques, mais aussi des formations intéressant tous les acteurs concernés. Organisées au niveau régional, de telles formations favoriseront simultanément les contacts entre acteurs et faciliteront ainsi leur collaboration dans des cas concrets



## Riassunto

### 1. Contesto e questioni oggetto dello studio

Il 15 giugno 2012 il Consiglio nazionale ha trasmesso al Consiglio federale il postulato Feri (12.3206 «Violenza intrafamiliare sui bambini. Rilevamento precoce ad opera degli specialisti del settore sanitario»), con il quale Yvonne Feri chiedeva un rapporto sulle possibilità di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare sui bambini e raccomandazioni per la sua attuazione. Questa richiesta era motivata dall'idea che un rilevamento precoce svolto nel quadro delle periodiche visite mediche preventive dei bambini permetterebbe di individuare precocemente i soggetti esposti alla violenza domestica e di sostenerli. L'incarico di redigere il rapporto in questione è stato affidato al Dipartimento federale dell'interno (DFI), che lo ha assunto attribuendone la responsabilità all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). Nel marzo del 2016 l'UFAS ha quindi messo a concorso il progetto per l'elaborazione di una panoramica e di conoscenze scientificamente provate sulle misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori. L'obiettivo dello studio era fornire informazioni concernenti le misure esistenti in Svizzera e all'estero per il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori, le conoscenze scientificamente fondate relative alla loro efficacia (comprese analisi danni-benefici), lo stato attuale delle conoscenze sull'adeguato trattamento dei risultati del rilevamento precoce (compresa la necessità di formazione, perfezionamento e aggiornamento) e le raccomandazioni che se ne possono trarre per la Svizzera. L'accento andava posto sugli strumenti di rilevamento precoce del settore sanitario utilizzati per i minori, ma tenendo conto anche degli strumenti di altri settori rilevanti (p. es. custodia di bambini, tempo libero), per accertare in che misura questi strumenti siano adeguati per rilevare precocemente la violenza intrafamiliare sui bambini. Nel giugno del 2016 l'UFAS ha incaricato dello svolgimento del progetto la Scuola universitaria professionale per il lavoro sociale di Lucerna (Hochschule Luzern – Soziale Arbeit), insieme alle scuole universitarie professionali di Berna (Bernener Fachhochschule) e del Vallese (Haute école spécialisée de Suisse occidentale Valais-Wallis).

### 2. Impostazione dello studio

Per affrontare le questioni oggetto dello studio, sono stati combinati diversi approcci metodologici: analisi bibliografica, ricerca su Internet, analisi documentale (strumenti per il rilevamento precoce, raccomandazioni), interviste qualitative con esperti nazionali e internazionali ( $N=11$ ), indagine semi-standardizzata presso gli specialisti del settore sanitario attivi in Svizzera ( $N=159$ ) e analisi curricolare. Il vantaggio di questa procedura dai molteplici metodi e prospettive risiede nel fatto che i vari approcci metodologici e fonti si integrano in una triangolazione di metodi e dati, un aspetto che ha permesso al contempo di validare i risultati ottenuti.

### 3. Risultati

#### 3.1 Conoscenze e raccomandazioni sulle misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori

I risultati mostrano che la ricerca dell'ultimo decennio ha messo in luce una serie di strumenti scientificamente provati che sono stati sperimentati in alcuni contesti applicativi e in relazione a determinati tipi di minacce per il benessere dei minori, e in parte validati dal punto di vista psicodiagnostico. Dalla letteratura scientifica emerge dunque una vasta gamma di strumenti che per principio potrebbero essere ampiamente impiegati nel quadro di misure di rilevamento precoce nel settore sanitario. Tuttavia, per quanto concerne una loro inclusione quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, il dibattito scientifico appare ancora ben lungi dall'individuare buone pratiche ampiamente riconosciute e applicate. Da un lato, mancano progetti modello che abbiano sperimentato una determinata procedura o strategia di rilevamento precoce su un arco di tempo prolungato e in campi d'azione diversi; dall'altro, come logica

conseguenza, mancano studi empirici longitudinali che abbiano accuratamente analizzato l'adeguatezza, l'attuabilità e l'efficacia di tali procedure. Vi sono incertezze, ad esempio, sulla questione se sia opportuno procedere nel settore sanitario a un rilevamento precoce universale delle minacce per il benessere dei minori su tutti i pazienti, a prescindere dall'esistenza di sospetti, o se gli inconvenienti di una tale procedura (p. es. elevati tassi di diagnosi di falsi positivi e falsi negativi) non siano maggiori dei possibili vantaggi. Inoltre, restano dubbi anche riguardo all'attuazione concreta delle misure di rilevamento precoce (metodi d'indagine, trattamento delle conoscenze acquisite). Questa mancanza di buone pratiche riconosciute e l'eterogeneità procedurale sono confermate sia dai risultati dell'indagine condotta presso gli esperti nazionali e internazionali che dalle affermazioni degli operatori del settore interpellati attivi in Svizzera. Inoltre, dall'analisi delle raccomandazioni sulle misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori, formulate da esperti nazionali e internazionali, da istituzioni e organizzazioni governative e non, da associazioni di chiese nonché da società mediche e professionali, è emerso che vi è consenso su unico punto, vale a dire l'attribuzione di un ruolo decisivo agli specialisti del settore sanitario e di altri gruppi professionali (p. es. educatori, insegnanti, assistenti sociali). Essi sono chiamati a dar prova di coraggio e ad affrontare il tema della violenza nel quadro dei colloqui con i propri pazienti o con le persone con cui sono in contatto. In questo contesto, la raccomandazione più frequente per gli specialisti del settore sanitario (anche in Svizzera) è di integrare sistematicamente nell'anamnesi domande su esperienze di violenza, mentre per i rappresentanti degli altri gruppi professionali è di adottare una procedura da avviare in caso di sospetto. Al contempo, però, agli specialisti del settore sanitario vengono prevalentemente indicate guide (svizzere) non standardizzate sul rilevamento precoce, cui tuttavia gli operatori del settore (per lo meno quelli interpellati) ricorrono solo in casi eccezionali.

Nella letteratura scientifica si constata inoltre che il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori nel settore sanitario ha prospettive di successo solo laddove esso s'inserisce in una strategia globale per affrontare a livello istituzionale e interistituzionale la violenza intrafamiliare e altre forme di minacce per il benessere dei minori. Tuttavia, è proprio tra l'individuazione delle minacce e la reazione adeguata che si rileva un'ulteriore mancanza di conoscenze empiriche. Di conseguenza, il consenso tra gli esperti si limita perlopiù a ipotesi teoriche sulle caratteristiche fondamentali di un trattamento adeguato delle situazioni di rischio per i minori individuate dagli specialisti del settore sanitario. A loro avviso, le prestazioni di sostegno dovrebbero fondarsi sia su una comprensione di base delle cause e conseguenze della violenza intrafamiliare e delle altre forme di minacce per il benessere dei minori sia sulla conoscenza delle proposte concrete per sostenere i minori esposti alla violenza, della loro disponibilità locale e della loro efficacia. Secondo gli stessi specialisti, è inoltre necessario sapere come vanno svolti colloqui con tali minori, quali sono i diritti legali di questi ultimi e come va tutelata la loro sicurezza con misure immediate. È interessante notare, però, che le raccomandazioni analizzate forniscono poche indicazioni concrete in particolare su come svolgere colloqui con i minori in funzione del loro sviluppo. Nel complesso, inoltre, solo poche raccomandazioni spiegano come procedere in questo contesto con i pazienti o le persone con cui si è in contatto: porre domande dirette ed evitare domande suggestive; iniziare un rilevamento precoce sistematico con un'introduzione che motivi la procedura e chiarisca che le domande poste sono previste per tutti i pazienti, in modo da farle accettare meglio. A tutti i gruppi professionali si consiglia poi di documentare accuratamente le osservazioni e i colloqui svolti; in proposito è emerso che gli specialisti del settore sanitario hanno molto più spesso a disposizione una documentazione standardizzata.

### **3.2 Formazione, perfezionamento e aggiornamento degli specialisti del settore sanitario in Svizzera**

Un aspetto sottolineato in tutte le componenti dello studio è la rilevanza della rete di contatti e della collaborazione interdisciplinare per i casi (sospetti) di minacce per il benessere dei minori. Questo però non è importante unicamente in vista del trattamento concreto di tali casi: la collaborazione tra rappresentanti di diverse specializzazioni e istituzioni è raccomandata già nella fase di sviluppo di pertinenti linee direttive e strumenti di rilevamento precoce nonché in relazione a corsi di perfezionamento e aggiornamento sul tema. Per attuare efficacemente misure di rilevamento precoce – in particolare nell’ottica di sostenere gli interessati – si fa inoltre riferimento alle conoscenze specialistiche rilevanti in materia. Secondo gli studi condotti, queste conoscenze non servono solo a garantire la qualità, ma possono anche incidere positivamente sugli atteggiamenti e sulle aspettative soggettive in termini di competenze degli operatori del settore, che svolgono così rilevamenti precoci più spesso rispetto ai loro colleghi che non hanno seguito una formazione pertinente. Considerate queste premesse, il risultato dell’analisi curricolare – confermato anche dagli esperti nazionali intervistati – è particolarmente deludente: il rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori non è inserito nei percorsi formativi degli specialisti del settore sanitario svizzero su tutto il territorio. Inoltre, sono emerse differenze tra i temi trattati: non tutti i gruppi professionali acquisiscono ad esempio conoscenze giuridiche legate alla violenza intrafamiliare, cosicché può succedere che, in caso d’incertezza, si guardi dall’altra parte senza intervenire. Per quanto concerne il perfezionamento e l’aggiornamento dei gruppi professionali considerati, si profila un quadro analogo: se è vero che nel periodo preso in esame (2014–2016) erano disponibili offerte di questo genere, il ricorso a esse da parte degli specialisti è tuttavia dipeso prevalentemente da decisioni personali dei medesimi. Va aggiunto che nemmeno le discussioni interne dei casi possono garantire che tutti gli specialisti del settore sanitario dispongano delle necessarie conoscenze sul rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori e sul trattamento delle relative informazioni.

### **3.3 Situazione della prassi concernente il rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori in Svizzera**

Nel quadro di un’indagine semi-standardizzata presso gli specialisti del settore sanitario attivi in Svizzera, è stata esaminata la situazione attuale per quanto concerne l’impiego delle misure di rilevamento precoce. Dai risultati è emerso in primo luogo che gli specialisti del settore sanitario in Svizzera attuano già misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori, anche se gli interpellati lo fanno prevalentemente in caso di sospetto e solo raramente in modo standardizzato. La maggior parte di loro ricorre a colloqui e osservazioni (interattive) per il rilevamento precoce. Inoltre, prescrizioni vincolanti su come agire in caso di sospette minacce per il benessere dei minori si profilano ancora piuttosto come l’eccezione alla regola, sebbene accrescano il senso di sicurezza degli specialisti in materia di violenza e, quindi, la probabilità che essi applichino sistematicamente nella loro attività misure di rilevamento precoce. I pochi strumenti e dettami menzionati dagli interpellati sembrano essere soprattutto metodi sperimentati nella prassi, ma non valutati su base scientifica. Questo corrisponde alla valutazione degli esperti, nazionali e internazionali, intervistati. Una delle forme che gli interpellati utilizzano già ampiamente per attestare le proprie osservazioni è la collaborazione (interdisciplinare) con altri specialisti.

Le procedure descritte dagli operatori del settore sono influenzate sia dai rispettivi mandati professionali e modi di lavorare (p. es. tecniche di colloquio terapeutico) che dalle strutture e dalle tradizioni radicatesi a livello locale e regionale. In casi sospetti, ad esempio, in particolare gli specialisti del settore sanitario della Svizzera tedesca interpellati e i dipendenti di cliniche hanno dichiarato di mettersi in contatto con gruppi per la protezione dell’infanzia. Per quanto concerne i minori esposti alla violenza tra i genitori, i risultati mostrano che è ancora necessaria un’attività di sensibilizzazione al riguardo. Gli operatori del

settore sembrano continuare in parte a concentrarsi sulla violenza fisica e sessuale nei confronti dei minori, prestando invece meno attenzione a forme di minacce per il benessere dei minori più difficili da individuare, quali la violenza psicologica. Inoltre, nel trattare pazienti adulti, soprattutto gli psichiatri sembrano lasciare ancora spesso in ombra i figli dei medesimi.

Sia le riserve espresse rispetto alle misure di rilevamento precoce (p. es. carico di lavoro maggiore, stigmatizzazione, perdita del rapporto di fiducia instaurato) che i potenziali vantaggi rilevati nelle medesime (p. es. tassi di individuazione più elevati, maggiore sicurezza nel trattamento dei casi) corrispondono ai noti argomenti della letteratura scientifica internazionale elaborati nel quadro dell'analisi bibliografica. Nonostante le riserve espresse, la maggioranza degli specialisti del settore sanitario interpellati si è dichiarata favorevole all'introduzione di misure di rilevamento precoce della violenza intrafamiliare a livello nazionale. È emerso invece un consenso minore riguardo ai dettagli dell'impostazione di queste misure, un'altra questione per la quale si sono mostrati importanti i rispettivi contesti di attività nonché le strutture e tradizioni regionali esistenti. Il 40 per cento degli interpellati ha approvato l'introduzione di una procedura da avviare in caso di sospetto, il 30 per cento si è espresso a favore di un rilevamento precoce generale, mentre un altro 30 per cento ha preferito non esprimersi in modo vincolante al riguardo. Nella prassi sarebbe accettata una procedura sviluppata, ed eventualmente introdotta, da diversi gruppi professionali o specializzati e/o società mediche rilevanti nei rispettivi campi d'azione. Questo corrisponde alle raccomandazioni summenzionate.

#### **4. Conclusioni e raccomandazioni**

Sulla base dei risultati ottenuti, si può constatare che finora nel settore sanitario, nel sistema della formazione e nell'ambito dell'aiuto all'infanzia e alla gioventù non si sono affermate, né a livello nazionale né a livello internazionale, buone pratiche ampiamente riconosciute per il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori. Se è vero che nella prassi e in ambito scientifico esistono strumenti di rilevamento precoce che sono stati sperimentati in alcuni luoghi in campi d'azione specifici (p. es. per l'assistenza medica d'emergenza), talvolta anche con risultati promettenti, non esistono tuttavia ampie strategie nazionali che promuovano e coordinino l'impiego di strumenti e misure in ambiti diversi. Questa lacuna può essere riconducibile a vari ostacoli che si pongono nel settore del rilevamento precoce della violenza intrafamiliare e delle minacce per il benessere dei minori.

Considerate le notevoli differenze tra i campi d'azione e le funzioni degli attori rilevanti in ciascuno di essi, è molto difficile sviluppare e valutare strumenti di rilevamento precoce che possano essere impiegati al di là di un determinato contesto o di una funzione professionale precisa. All'interno di campi d'azione specifici e ben definiti, inoltre, emergono problemi per quanto concerne il rapporto tra sensibilità e specificità: più è alta la quota di casi di violenza intrafamiliare rilevati, più sarà tendenzialmente alta anche la quota dei casi sospetti infondati. In particolare tra i rappresentanti di figure professionali che s'identificano nel loro ruolo di sostegno, questo fenomeno potrebbe comportare una certa riluttanza a indagare sistematicamente sulla violenza intrafamiliare, a maggior ragione se in più si teme che domande troppo invadenti possano pregiudicare il rapporto di fiducia con il paziente, che è fondamentale per il trattamento. A ciò si aggiungono le incertezze relative alle ripercussioni legali che potrebbero derivare da un sospetto infondato e da misure adottate di conseguenza. Infine, spesso mancano soluzioni collaudate per quanto concerne i passi successivi da compiere in presenza di un caso attestato (o di un sospetto rivelatosi fondato) di violenza intrafamiliare, i servizi da coinvolgere e la comunicazione alla famiglia circa la procedura da seguire. L'incertezza relativa ai passi successivi rende a sua volta meno propensi ad analizzare sistematicamente indizi sospetti. È emerso anche che l'adeguatezza pratica e l'efficacia degli strumenti di rilevamento precoce sono valutate in maniera più positiva in determinati campi d'azione. Concretamente, ad esempio, secondo i risultati dell'indagine tra gli esperti e gli opera-

tori del settore nonché dell'analisi bibliografica, questo vale per gli ambiti della pediatria e dell'assistenza d'emergenza, nei quali già oggi vengono impiegati alcuni di questi strumenti. Tuttavia, essi non sono utilizzati sull'intero territorio nazionale e finora non sono stati oggetto di una valutazione scientifica in Svizzera.

Sulla base delle presenti constatazioni, è comunque possibile formulare una serie di considerazioni in merito alla direzione che il rilevamento precoce delle minacce per il benessere dei minori in Svizzera dovrebbe (auspicabilità) e potrebbe (fattibilità) seguire nel prossimo futuro. (1) Gli strumenti di rilevamento precoce devono essere adeguati al contesto in cui sono impiegati e alla funzione professionale di chi vi ricorre (p. es. pediatri, consulenti per padri e madri). (2) Se vanno introdotti strumenti di rilevamento precoce in campi d'applicazione specifici, occorre tener conto dello stato della ricerca internazionale: in alcuni campi esistono già strumenti che sono stati oggetto di studi di valutazione con risultati promettenti. (3) L'introduzione di nuovi strumenti ha prospettive di successo solo se questi sono voluti da attori influenti nell'ambito professionale in questione (p. es. da associazioni professionali), che devono partecipare al loro sviluppo e sostenerli. Oltre che sul grado di accettazione degli strumenti, questo può incidere positivamente anche sulla loro adeguatezza pratica (p. es. durata di trattamento, livello linguistico). (4) In caso d'introduzione di tali strumenti, vanno previsti per quanto possibile studi accompagnatori di valutazione che li sottopongano a una verifica oggettiva, e che traggano conclusioni su eventuali necessità di rielaborazione dei contenuti e forniscano risposte a questioni di radicamento strutturale. Questo appare particolarmente importante se si considera che attualmente la letteratura scientifica internazionale è perlopiù piuttosto critica riguardo all'utilità di strumenti di rilevamento precoce generali, sebbene tali posizioni non si fondino su risultati inconfutabili, bensì su constatazioni empiriche incoerenti. (5) L'introduzione di strumenti di rilevamento precoce presuppone infine necessariamente strategie di collaborazione interistituzionale e interdisciplinare, le quali devono essere attivate in presenza di casi – presunti o attestati – di minacce per il benessere dei minori. L'introduzione di un nuovo strumento deve andare di pari passo con un piano che indichi come procedere in caso di risultati positivi del rilevamento precoce e quali ulteriori accertamenti e interventi effettuare sia all'interno che all'esterno dell'istituzione in questione. Nel caso in cui si andasse nella direzione d'introdurre e sperimentare una procedura universale di rilevamento precoce in alcuni contesti applicativi, la letteratura scientifica segnala una serie di altri rischi di cui tenere conto.

- Risultati falsi negativi potrebbero comportare una falsa sicurezza, mentre falsi positivi preoccupazioni ingiustificate per le famiglie interessate.
- Se da un lato appare giuridicamente ed eticamente problematico svolgere procedure a prescindere dall'esistenza di sospetti senza prima spiegarne gli obiettivi alle persone coinvolte (minori e genitori in qualità di loro rappresentanti legali), dall'altro, va presa in considerazione la possibilità che, data la delicatezza del tema dal punto di vista morale, un'attività d'informazione preliminare di queste persone comporti risposte stravolte. Va infine risolta la difficile questione di come procedere di fronte al rifiuto di fornire risposte.

Nel complesso, è importante che gli specialisti cui è affidato il rilevamento precoce dispongano di una formazione sufficiente circa l'impiego dei relativi strumenti e il trattamento adeguato dei risultati, tra cui rientrano, a seconda del contesto, anche e soprattutto aspetti metodologici per svolgere i colloqui con i minori e i loro genitori. I risultati dell'analisi documentale e di quella curriculare nonché delle due indagini svolte mostrano chiaramente che per gli specialisti del settore sanitario svizzero restano necessari corsi di formazione, perfezionamento e aggiornamento. La frequenza di tali corsi non può essere determinata dall'interesse del singolo individuo o dal caso; inoltre, la predisposizione di un'offerta in materia non può essere legata a tendenze tematiche, tanto più che le conoscenze vanno regolarmente consolidate e aggiornate nel quadro di corsi di aggiornamento. Considerata l'elevata rilevanza della

collaborazione interdisciplinare per la protezione dei minori, occorrerebbe proporre corsi di perfezionamento e aggiornamento non solo a gruppi professionali specifici, ma anche ai diversi attori coinvolti. Un'offerta regionale in tal senso potrebbe permettere al contempo la messa in rete degli attori, il che agevolerebbe e migliorerebbe la collaborazione nei casi concreti

## Summary

### 1. Background and Issues examined

On 15 June 2016, the National Council addressed Postulate Feri (12.3206 “Fundamentals for the Screening by Health Professionals of Domestic Violence against Children”) to the Federal Council. In the postulate, Yvonne Feri requested preparation of a report on the potential screening of domestic violence against children as well as corresponding recommendations for implementation. The background for the postulate was the assumption that appropriate screenings during regular medical check-ups could help to identify children threatened by domestic violence at an early stage and provide them with support. The Federal Department of Home Affairs (FDHA) was tasked with preparing the report, with the Federal Social Insurance Office (FSIO) acting as the lead organizational unit. In March 2016, the FSIO invited tenders for the project to compile an overview of, and produce evidence-based findings on, measures for the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare. The purpose of the study was: to provide information on the measures taken in Switzerland and abroad to diagnose threats to child welfare at an early stage; to detail any reliable scientific findings on their effectiveness (including harm-benefit analyses); to describe what is known about adequate responses to the screening results (including education and further training measures); and to derive from this recommendations for practice in Switzerland. Emphasis was to be placed not only on screening instruments in the healthcare field that can be deployed with children, but also those from other relevant areas (e.g. childcare, leisure time activities). The study was intended to clarify the extent to which these instruments are suitable for the early diagnosis of domestic violence against children. In June 2016, the Lucerne University of Applied Sciences and Arts – Social Work together with the Bern University of Applied Sciences and the University of Applied Sciences Western Switzerland, Valais-Wallis, were entrusted with carrying out the project.

### 2. Design of the study

In order to answer the questions involved, a variety of methods were deployed in parallel: review of the literature, online research, analysis of documents (early-diagnosis instruments, recommendations), qualitative interviews with Swiss and international experts ( $N=11$ ), a semi-standardised survey of practising healthcare professionals in Switzerland ( $N=159$ ) as well as an analysis of curricula. The advantage of this multi-perspective, multi-method approach was that the different methodologies and sources supplemented each other in terms of method and data triangulation; it also offered a way of validating the results.

### 3. Results

#### 3.1 Findings and recommendations concerning measures for the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare

The results show that the research of recent decades has yielded a number of evidence-based instruments that have been tested and, in some cases, psychodiagnostically validated in selected usage contexts and for certain types of threats to child welfare. The research literature thus offers a whole array of instruments that are fundamentally suited to broad-scale deployment as early-diagnosis measures in the healthcare industry. However, experts are still a long way from agreeing on best practice when it comes to the wide-scale use of these instruments as routine components of the healthcare service portfolio. For one thing, there is a lack of comprehensive pilot projects that have tested a particular screening procedure or concept over a long period of time in different action areas; for

another – and as a logical consequence of the former – there are no longitudinal empirical studies that have thoroughly examined the suitability, implementability and effectiveness of such procedures. Uncertainties remain, for example, with regard to whether universal screening – deployed with all patients even where no suspicions exist – is even advisable and whether the disadvantages of this procedure (e.g. high rates of false-positive and false-negative diagnoses) might not outweigh its advantages. The findings are equally open as regards the specific implementation of early-diagnosis measures (survey methods, how to deal with the findings). The results of the survey of Swiss and international experts confirm both this lack of recognised best practice and the heterogeneity of approaches taken; both factors are also reflected in the statements of the practitioners interviewed in Switzerland. Further, an analysis of the recommendations for early-diagnosis measures made by local and international experts, governmental and non-governmental institutions and organisations, religious associations as well as specialist and occupational societies showed they are united in thinking that healthcare professionals and other occupational groups (e.g. educators, teachers, social workers) have a pivotal role to play in the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare. These professionals are called upon to show courage and address the topic of violence in discussions with their patients and clients. It is already the case that healthcare professionals – including those in Switzerland – are frequently advised to make questions regarding experience of violence a routine part of their anamnesis, whereas representatives of the other occupational groups are more often advised to proceed only if they harbour suspicions. Nonetheless, the majority of healthcare professionals are generally instructed to refer to non-standardised (Swiss) guidelines for the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare – guidelines that, at least according to the practitioners surveyed, are used in exceptional cases only.

In addition, the literature makes reference to the fact that the early diagnosis of threats to child welfare in the healthcare field will be successful only if it is embedded in an overall institutional and inter-institutional plan to deal with domestic violence and similar threats to the child welfare. But it is precisely at this interface – between identified threats and appropriate responses – that we also find empirical deficits. Agreement between the experts is thus restricted mainly to theoretical assumptions as to what the salient features of an appropriate response by healthcare professionals could be: support services should be based not only on a fundamental understanding of the causes and consequences of domestic violence and other threats to child welfare, but also on knowledge of the services available to assist children affected by violence, where they are to be found and how effective they are. It is also necessary to know how to conduct interviews with abused children, what legal rights those children have and what direct action can be taken to keep them from harm. It is remarkable, however, that the recommendations analysed contained very little specific information on how to conduct such interviews with children in a manner befitting their respective phase of development. What is more, generally only few recommendations were made concerning the approach to be taken when interviewing patients/clients: questions should be direct and leading questions avoided; in order to raise levels of acceptance, a routine screening should be prefaced by a statement giving reasons for the approach and underscoring that all patients are asked such questions. Further, all occupational groups were advised to carefully document their talks with patients/clients as well as their observations; healthcare professionals, however, are much more likely to have standardised documentation forms at their disposal for this purpose.



### **3.2 Education and further training of healthcare professionals in Switzerland**

One aspect stressed in all parts of the study is the importance of networking and interdisciplinary collaboration in cases where child welfare is (suspected to be) at threat – but not simply with regard to the actual processing of such cases. Even at the phase in which corresponding guidelines and screening instruments are being developed, and in relation to educational and further-training events on the topic, it was recommended that the representatives of different areas of specialisation and of different institutions cooperate closely. Reference was also made to how critical relevant expertise is to the successful implementation of early-diagnosis measures – especially as regards the support given to victims. Studies show that, while appropriate expertise helps to ensure quality, it can also have a positive influence on practitioners' attitudes and subjective expectations of competency, with the result that they carry out screenings more often than those of their colleagues who lack corresponding training. In light of this fact, it is particularly sobering to note that the analysis of the training curricula revealed that the topic of early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare is not firmly embedded across the board in the training curricula of healthcare professionals in Switzerland – a fact confirmed by the Swiss experts interviewed. Beyond that, there are differences in the topics covered: not all professional groups receive training in the legal aspects of domestic violence, something that can cause those involved to look the other way and avoid intervening in situations where they are uncertain. The situation is similar when it comes to education and further training opportunities for the occupational groups examined. Although there were corresponding offerings in the survey period (2014–2016), it was largely up to the specialists themselves whether they took advantage of them. Even staff discussions of cases at clinics cannot ensure that all healthcare professionals will have the knowledge needed to diagnose threats to child welfare early or know how to handle such information.

### **3.3 Current practice in Switzerland as regards the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare**

A semi-standardised survey of practising healthcare professionals in Switzerland was used to examine how early-diagnosis measures are currently deployed. The results of the survey reveal, firstly, that healthcare professionals in Switzerland already use early-diagnosis measures to identify domestic violence and threats to child welfare – although the majority of respondents deploy such measures where there is indeed suspicion of violence and only rarely use a standardised tool. For the most part, they rely on talks and their own observations (of interactions between the parties) as a means of early diagnosis. Secondly, binding requirements on how to deal with threats to child welfare still appear to be the exception, although such requirements would give the health professionals a greater feeling of security as regards the issue of violence and thus increase the likelihood of the practitioners' systematically applying early-diagnosis measures. The few instruments and requirements named by the respondents appear to comprise mainly procedures that have proven themselves in practice but have not yet been scientifically evaluated. This matches the assessment of the Swiss and international experts interviewed. Among those surveyed, (interdisciplinary) collaboration with other experts is already a widespread method of validating one's own observations.

The approaches described by the practitioners are influenced not only by their respective occupational remit and their particular working methods (e.g. therapeutic interview techniques), but also by established local/regional structures and traditions. For example, when faced with suspicious cases, the surveyed healthcare professionals and hospital staff in German-speaking Switzerland are particularly prone to seek contact with child protection groups. As for children who are victims of violence on the part of both parents, the results of the survey indicate that levels of awareness indeed need to be raised.

Some of the practitioners still seem to be focusing more on physical and sexual forms of child abuse, while other threats to child welfare that are more difficult to detect (e.g. psychological abuse) tend to be overlooked. What is more, psychiatrists, in particular, frequently appear to “blot out” the children of the adult patients they are treating.

Both the concerns expressed as regards early-diagnosis measures (e.g. work-intensive, stigmatisation, forfeiting of counterparty’s trust) and the potential benefits of such measures mentioned (e.g. higher discovery rates, greater security in case processing) correspond to the arguments that came to light in reviews of the international literature. Despite the concerns they raised, the majority of the healthcare professionals surveyed advocated the wide-scale use of early-diagnosis measures for domestic violence. There was less agreement, however, as regards the precise design of such instruments – although here, too, the respective context of action and existing regional structures and traditions played a role. 40% of the respondents favoured introducing a procedure in which action would be taken only if there were grounds for suspicion, while 30% favoured a general form of screening; the remaining 30% of respondents were undecided. In practice, there seems to be acceptance for a procedure that is developed and launched by the different occupational/specialist groups and/or societies involved in the respective action area. This is in line with the above-mentioned recommendations.

#### **4. Conclusions and recommendations**

The findings lead to the conclusion that, thus far, no recognised best-practice standard for the early diagnosis of threats to child welfare has become established in the healthcare industry, education system or child/youth assistance field – whether in Switzerland or abroad. Both in practice and in discussions among academics, screening instruments indeed exist that are being tested in specific action areas (e.g. in emergency medical care) at individual locations, sometimes with promising results. However, it is clear that no comprehensive national strategies are in place to promote and coordinate the deployment of instruments and measures in different areas. This deficit can be attributed to various obstacles hindering the early diagnosis of domestic violence and threats to child welfare.

Given the big differences between the action areas and functions of the parties involved in them, it is hardly possible to develop and evaluate screening instruments that could be deployed beyond the boundaries of a particular context or professional function. Moreover, within specific, clearly delimited action areas, the relationship between sensitivity and specificity causes problems: the higher the ratio of identified cases of domestic violence, the higher the ratio of unsubstantiated cases tends to be as well. This fact, in combination with identification with one’s job – especially among representatives of the “care professions” – might engender resistance to systematic screening for domestic violence, particularly so if there is a fear that excessively invasive questioning could endanger the patient’s trust, which is so important for treatment. In addition, uncertainty remains as regards the legal consequences of cases where a suspicion proves to be unfounded and the measures taken based on it unnecessary. Finally, there are very few tried-and-tested methods for how to proceed in confirmed cases of domestic violence (or where a suspicion is corroborated), which parties need to be consulted, and how to inform the family in question of proceedings. This procedural uncertainty diminishes the willingness of those involved to systematically pursue suspicious cases. A further aspect is that the practicality and effectiveness of screening instruments are judged more positively in some action areas than in others. This is specifically the case in the fields of paediatrics and emergency care, as the survey of experts and practitioners, and reviews of the literature, revealed. Although some screening instruments are already

in use in these areas, they have neither been applied on a broad scale, nor scientifically evaluated within the Swiss context.

On the basis of the findings, however, a number of recommendations can be formulated regarding the approach that the early diagnosis of threats to child welfare in Switzerland should (desirability) and could (viability) take in the near future: (1) Screening instruments must be tailored to the usage context and the professional function of the users (e.g. paediatricians, parental consultants). (2) If new screening instruments are to be introduced in specific application areas, the state of the art in international research must serve as a benchmark; in a small number of application areas, instruments already exist that evaluation studies have shown to hold promise. (3) The introduction of new instruments is likely to meet with success only if influential parties within the profession (in particular, in the professional associations) support them, advocate their use, and play a role in their development. In addition to enhancing acceptance of the instruments, this can also have a positive impact on actual practice (e.g. processing times, adequacy of language used). (4) When instruments are introduced, accompanying evaluation studies should be commissioned wherever possible in order to objectively assess their use and draw consequences for their structural integration and for possible content revisions. This appears to be particularly important given that, to date, the majority of international papers have tended to be critical of the benefits of general screening instruments, although such criticism was based on inconsistent, rather than unambiguous, empirical findings. (5) The introduction of screening instruments cannot be viewed separately from approaches to interinstitutional and interdisciplinary collaboration, a form of collaboration that must be pursued in suspected or confirmed cases of threats to child welfare. The introduction of every instrument must be tied to a strategy for dealing with positive screening results and for determining which further clarifications or interventions derive from those results, both inside and outside the institution. If it should happen that a universal method of early diagnosis is to be deployed and tested in selected usage contexts, the research literature points to a number of other risks that must be taken into account:

- False-negative findings could lead to a false sense of security, while false-positives could place an undue burden on the families in question.
- On the one hand, it would appear to be legally and ethically problematical if, in the absence of suspicion, a procedure is conducted without first informing those involved (i.e. the children and their parents, as their legal representatives) of the purpose of such a procedure. On the other, the moral sensitivity of this subject is likely to result in skewed answers if those involved are informed in advance. Another difficult matter that needs to be resolved is how to deal with a person's refusal to answer.

All in all, it is important that the specialists entrusted with carrying out the screening are adequately trained in use of this instrument and in how to respond adequately to the facts it may uncover – depending on the context, that may include, in particular, methodologies for interviewing parents and their children. The results of the analysis of curricula and documentation, as well as of the two surveys, clearly show that there is still a need for education and further training for healthcare professionals in Switzerland. Attending corresponding seminars cannot be left to chance or to the individual's personal interest; furthermore, it is also unacceptable if the availability of corresponding offerings depends on what is popular at a given point in time, especially given that knowledge needs to be refreshed and updated in further training courses on a regular basis. In view of the high degree of relevance of inter-

disciplinary collaboration in child protection, training courses should not be geared to specific occupational groups only, but should target all those parties involved. Corresponding regional courses can then also serve as a networking platform for these parties, which would facilitate and improve collaboration in specific cases.

## 1. Ausgangslage

Im Postulat 12.3206 („Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen“) vom März 2012 verlangte Yvonne Feri einen Bericht über die Möglichkeiten von Screenings zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern sowie Empfehlungen zu deren Umsetzung. Hintergrund war die Annahme, dass durch entsprechende Screenings im Rahmen der regelmässig durchgeführten ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Kinder, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, frühzeitig identifiziert und unterstützt werden können. Zum Zeitpunkt des Postulats wurde von einer fehlenden wissenschaftlichen Grundlage derartiger Screenings bei Kindern ausgegangen, da der Fokus bisher auf den Eltern gelegen habe. Gefordert wurde ein evidenzbasiertes Instrument. Zwar lagen bereits 2012 das Vorsorgemanual und die überarbeitete Checkliste für die Vorsorgeuntersuchungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie sowie der „Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis“ der Stiftung Kinderschutz Schweiz vor, inwieweit diese in der Praxis angewendet wurden und werden und ob diesbezüglich weiterer Handlungsbedarf bestand, war jedoch unklar. Der Bundesrat betonte in seiner Antwort zudem, dass zur Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen auch der professionelle Umgang der Fachpersonen im Gesundheitsbereich mit mutmasslichen Gefährdungssituationen gehöre (Reaktion bei Verdacht, Wissen über entsprechende Kinder- und Jugendhilfestellen).

Der Nationalrat hat das Postulat am 15. Juni 2012 an den Bundesrat überwiesen. Mit der Erstellung des Berichts wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, federführend war das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Das BSV schrieb das Projekt zur Erarbeitung einer Übersicht und evidenzbasierter Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen im März 2016 aus. Die Studie sollte Auskunft darüber geben, welche Massnahmen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im In- und Ausland existieren, welche belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse es zu deren Wirksamkeit gibt (inkl. Nutzen-Schaden-Analysen) sowie darüber, welche Empfehlungen sich hieraus für die Schweiz ableiten lassen. Der Fokus lag dabei auf Screeninginstrumenten im Gesundheitsbereich, die mit Blick auf Kinder eingesetzt werden, berücksichtigt werden sollten aber auch Instrumente aus anderen relevanten Bereichen (z. B. Kinderbetreuung, Freizeit). Zu klären war, inwieweit sich diese Instrumente zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder eignen. Zu berücksichtigen waren dabei nicht nur Erkenntnisse aus dem deutschen und englischen Sprachraum, sondern auch aus dem französischen und italienischen.

Im Juni 2016 erhielt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU) zusammen mit der Berner Fachhochschule (BFH) sowie der Haute école spécialisée de Suisse occidentale Valais-Wallis (HES-SO) den Auftrag, das Projekt durchzuführen. Der vorliegende Schlussbericht gibt einen Überblick über die methodische Anlage des Projektes sowie über dessen Ergebnisse. Abschliessend werden vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde Schlussfolgerungen mit Blick auf die zugrunde liegenden Fragestellungen gezogen sowie Empfehlungen abgeleitet.

## 1.1 Fragestellungen

Gemäss Ausschreibung wünschte das BSV die Beantwortung von insgesamt 13 Fragestellungen, die sich zwei Themenbereichen zuordnen lassen:

1. Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern und anderen Kindeswohlgefährdungen: Übersicht, wissenschaftliche Erkenntnisse, Umsetzung und Handlungsbedarf
2. Adäquate Reaktion auf Ergebnisse des Screenings

Zur Identifikation des Handlungsbedarfs in der Schweiz sowie zur Formulierung von Empfehlungen stehen im **ersten Fragenkomplex** der bisherige Erkenntnisstand zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern sowie bisherige Massnahmen zur möglichst frühzeitigen Wahrnehmung von Hinweisen einer Kindeswohlgefährdung im Mittelpunkt (zur Definition zentraler Begriffe siehe Kasten 1). Der Fokus liegt dabei insbesondere auf Massnahmen der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt durch Gesundheitsfachpersonen, einbezogen werden sollten jedoch auch Erkenntnisse, Massnahmen und Empfehlungen aus anderen relevanten Handlungsfeldern (z. B. Erziehung, Kinderbetreuung, Freizeit) sowie zu anderen Formen der Kindeswohlgefährdung. Im Einzelnen sollten die folgenden neun Fragen beantwortet werden, die zum Teil Unterfragestellungen beinhalten:

- 1.1 Welche **Arten von Massnahmen zur Früherkennung** von (direkt/indirekt) erlebter innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder sowie weiterer Kindeswohlgefährdungen (physische, psychische und sexuelle Gewalt sowie Vernachlässigung, Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom) werden in der deutsch-, englisch-, französisch- und italienischsprachigen Literatur beschrieben?
- 1.2 (i) Welche Erkenntnisse gibt es über **Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der verschiedenen Früherkennungsmassnahmen von innerfamiliärer Gewalt**, die von Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich eingesetzt werden (Pädiater[innen], Neonatolog[innen], Allgemeinmediziner[innen], Schulärzte/-ärztinnen, Zahnärzte/-ärztinnen, Dermatolog[innen], Pflegefachpersonen im pädiatrischen Bereich, medizinische Praxisassistent[innen] [MPA], Therapeut[innen], Mütter-Väter-Berater[innen], Gynäkolog[innen], Hebammen/Geburtshelfer)?  
 (ii) Insbesondere: Inwieweit eignen sich **Screeninginstrumente**, die bei Kindern und/oder Eltern/Erziehungsberechtigten angewendet werden, zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt?  
 (iii) Gibt es Erkenntnisse aus **Nutzen-Schaden-Analysen** der Anwendung solcher Instrumente – insbesondere bei Kindern? Falls ja, welche?  
 (iv) Gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, was, wie, wann, wo (in welchen Örtlichkeiten) und in welchem Alter gefragt werden sollte? Falls ja, welcher Art sind diese Erkenntnisse?
- 1.3 Welche Erkenntnisse über **die Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Massnahmen zur Früherkennung weiterer Kindeswohlgefährdungen** durch Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich sowie durch Fachpersonen aus anderen relevanten Bereichen (z. B. Erziehung, Kinderbetreuung, Freizeit) gibt es?
- 1.4 (i) Gibt es auf nationaler und internationaler Ebene **Empfehlungen** zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. zu entsprechenden Screeninginstrumenten?  
 (ii) Gibt es Empfehlungen zur Früherkennung von weiteren Formen der Kindeswohlgefährdung?  
 (iii) Gibt es spezifische Empfehlungen hinsichtlich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt und weiterer Kindeswohlgefährdungen in den verschiedenen Bereichen (Gesundheit, Erziehung, Kinderbetreuung, Freizeit etc.)?
- 1.5 **Umsetzung**: Welche Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und anderer Kindeswohlgefährdungen werden in der Schweiz und in ausgewählten Ländern grundsätzlich umgesetzt?
- 1.6 (i) Wie ist der **aktuelle Stand** bezüglich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz in der Praxis?

- (ii) Inwiefern werden Screenings durch Gesundheitsfachpersonen bei Kindern und Eltern/Erziehenden in der Schweiz durchgeführt (Umsetzung der Checkliste des Schweizerischen Verbands für Pädiatrie, Leitfaden der Stiftung Kinderschutz Schweiz etc.)?
- 1.7 **Handlungsbedarf:** Besteht bezüglich der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder und anderer Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz Handlungsbedarf?
- 1.8 (i) Gibt es **Empfehlungen** zur Umsetzung von Massnahmen zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz?
- (ii) Gibt es Empfehlungen zum Einsatz von Screenings durch Gesundheitsfachpersonen, insbesondere mit Blick auf Kinder?
- (iii) Falls ja, welche Empfehlungen können für die Schweiz formuliert werden unter Berücksichtigung der schweizerischen Rahmenbedingungen?
- 1.9 (i) Gibt es **Empfehlungen** zu Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen im Allgemeinen und für andere Bereiche (Erziehung, Kinderbetreuung, Freizeit etc.)?
- (ii) Falls ja, welche Empfehlungen können für die Schweiz formuliert werden unter Berücksichtigung der schweizerischen Rahmenbedingungen?

In Bezug auf den Themenbereich „**adäquate Reaktionen auf Ergebnisse des Screenings**“ sollten die folgenden vier Fragestellungen beantwortet werden:

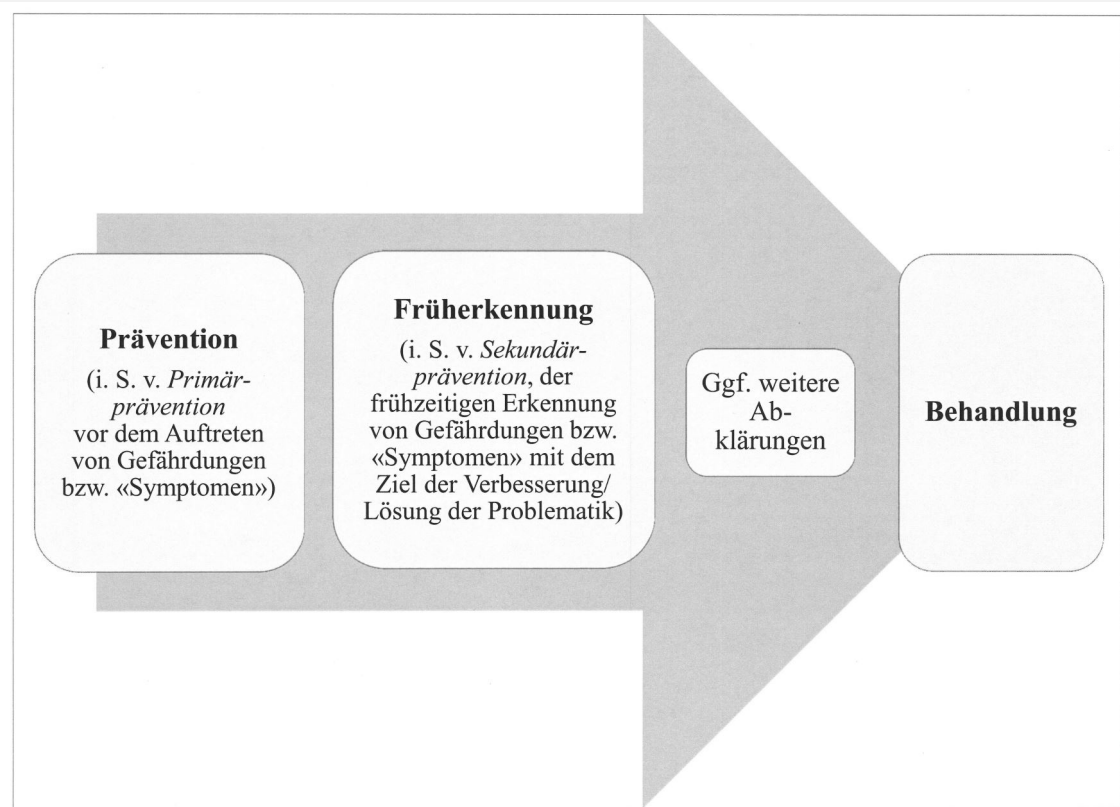
- 2.1 Welche Erkenntnisse gibt es zum **adäquaten Umgang von Fachpersonen** bei einem Verdacht auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung?
- 2.2 Werden den Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz in der **Aus- und Weiterbildung** (Fachausbildung, betriebliche Weiterbildungen oder durch Fachverbände etc.) die notwendigen Kenntnisse und Handlungsmöglichkeiten vermittelt, um adäquat auf wahrgenommene Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen, insbesondere auf Ergebnisse der Screenings reagieren und betroffene Kinder bzw. Familien an geeignete Kinder- und Jugendhilfestellen weiterverweisen zu können?
- 2.3 Besteht bezüglich der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen mit Blick auf adäquate Reaktionen auf die Ergebnisse eines Screenings in der Schweiz **Handlungsbedarf**?
- 2.4 Welche **Empfehlungen** können für die Schweiz diesbezüglich ausgesprochen werden?

Im folgenden Kasten 1 sind die hier zugrunde liegenden Definitionen zentraler Begriffe aufgeführt.

**Kasten 1**

**Früherkennung:** Unter dem Begriff „Früherkennung“ wird in der deutschsprachigen Fachliteratur zweierlei diskutiert: Zum einen das Erkennen von Gefährdungen im frühen oder frühesten Lebensalter (Säuglingsalter, Kleinkindalter) und zum anderen das möglichst frühe Erkennen von Gefährdungen. In diesem zweiten Sinn bezieht sich *Früh-* also nicht auf das Alter des Kindes, sondern auf den Entwicklungsverlauf der Gefährdung, in Abbildung 1 durch den Pfeil symbolisiert. Im vorliegenden Bericht wird Früherkennung im zweiten Sinne und somit als Sekundärprävention verstanden, die im Gegensatz zur Primärprävention nicht bereits vor dem Auftreten von Gefährdungen ansetzt (vgl. Abb. 1), sondern einer ersten Einschätzung des „Falls“ dient; im nächsten Schritt können weitere, vertiefende **Abklärungen** vorgenommen werden, bei denen u. U. Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengetragen werden, oder es werden direkt Interventionen eingeleitet (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Früherkennung zwischen Prävention und Behandlung



**Früherkennungsmassnahmen:** Unter Massnahmen zur Früherkennung verstehen wir hier nicht allein **standardisierte Verfahren** wie Fragebögen, bei denen sowohl die Formulierung der Fragen als auch deren Reihenfolge vorgegeben sind, sondern auch **unstandardisierte Verfahren** wie unstandardisierte oder klinische Interviews<sup>1</sup>, bei denen die Fragen individuell angepasst werden können, sowie unstandardisierte Formen der Beobachtungen.

<sup>1</sup> Klinische Interviews sind in der Regel Gespräche, in denen die Klinikerin/der Kliniker „Informationen über zahlreiche Aspekte von Lebenssituation, Verhalten und Persönlichkeit eines Patienten [bzw. einer Patientin, PK] sammelt.“ (Butcher, Mineka & Hooley, 2009, S. 147) Klinische Interviews können in standardisierter und unstandardisierter Form erfolgen.



**Generelles Screening, universelles Screening:** Unter einem generellen oder universellen Screening werden im vorliegenden Bericht Früherkennungsmassnahmen verstanden, die bei *allen* Angehörigen einer bestimmten Population (z. B. allen Patient[inn]en bzw. Klient[inn]en) eingesetzt werden, unabhängig davon, ob der Verdacht besteht, dass die Person von innerfamiliärer Gewalt betroffen ist oder nicht. Diese Screenings werden demnach routinemässig durchgeführt. Bei generellen Screenings kommen in der Regel standardisierte Verfahren zum Einsatz, unstandardisierte Verfahren können jedoch ebenfalls verwendet werden.

**Verdachtinduziertes Vorgehen:** Im Unterschied zum generellen Screening wird hier von einem verdachtinduzierten Vorgehen gesprochen, wenn die Früherkennungsmassnahmen erst beim Vorliegen eines Verdachts zum Einsatz kommen. Auch beim verdachtinduzierten Vorgehen können sowohl standardisierte als auch unstandardisierte Verfahren angewendet werden.

**Kind:** Unter die Kategorie „Kind“ fallen im Rahmen der Studie ungeborene Kinder sowie Personen bis unter 18 Jahren.

**Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder:** Unter innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder fallen hier sowohl die direkte Kindesmisshandlung durch Familienangehörige (physische, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom) als auch miterlebte elterliche Paargewalt als eine Form der psychischen Kindesmisshandlung.



## 2. Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden verschiedene methodische Zugänge miteinander verknüpft: Internet- und Literaturrecherche, Dokumentenanalyse, qualitative Experteninterviews, halbstandardisierte telefonische Befragung sowie eine Curriculaanalyse. Im Folgenden wird das nähere Vorgehen beschrieben und dargelegt, mit Hilfe welcher Methoden Informationen zu welchen der zugrunde liegenden Fragestellungen erhoben wurden.

### 2.1 Systematische Internetrecherche

Eine systematische Internetrecherche diente der Identifizierung existierender Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt), Erkenntnissen zu deren Eignung/Wirksamkeit und Umsetzbarkeit sowie der Ermittlung von Erkenntnissen zur Befragung von Kindern und entsprechender Empfehlungen im Gesundheits- und anderen relevanten Bereichen. Darüber hinaus sollten auf diese Weise Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich in der Schweiz identifiziert werden, in denen – zumindest potentiell – Wissen zu Früherkennungsmassnahmen und dem Umgang mit deren Ergebnissen vermittelt werden.

Die Internetrecherche erfolgte in zwei Schritten: Zunächst wurde in google.com als allgemeiner internationaler Suchmaschine mit Hilfe einschlägiger Schlagwörter in den Texten der Webseiten nach relevanten Quellen gesucht; die verwendeten Schlagwörter stimmten weitgehend mit denen im Rahmen der Literaturrecherche verwendeten Suchwörter überein (vgl. Anhang, Tab. A.1).<sup>2</sup> Aufgrund entsprechender Beschränkungen bei der Google-Recherche musste die Suche jeweils auf 32 Suchwörter pro Abfrage beschränkt werden. Zur Erhöhung der Qualität der Suchergebnisse im Sinne möglichst vieler relevanter Treffer wurden die Suchwörter daher in einem ersten Suchdurchgang überprüft, angepasst und die „erfolgreichsten“ ausgewählt. So stellte sich beispielsweise heraus, dass Schlagwörter wie Diagnose/diagnosis die Suchergebnisse verschlechterten. Da aufgrund der begrenzten Zahl von Suchwörtern vor allem die Recherchemöglichkeiten bei der italienisch- und französischsprachigen Recherche beschränkt waren<sup>3</sup>, wurden hier zunächst verschiedene Suchwortkombinationen getestet.

Aufgrund der sehr hohen Trefferzahlen – insbesondere in der englischsprachigen Recherche – und da Google die Treffer nach Relevanz ordnet, wurde festgelegt, dass die ersten 20 Treffer auf ihre Relevanz hin geprüft werden. Aufgrund des wiederholten Einsatzes zentraler Suchwörter ist davon auszugehen, dass dennoch die wesentlichen relevanten Dokumente gefunden worden sind. Für die weiteren Analysen wurden ausschliesslich offizielle Dokumente staatlicher und nicht staatlicher Institutionen (NGOs) sowie von Fach- und Berufsverbänden elektronisch gesichert. Informationen und Dokumente privater Autor(inn)en wurden nicht berücksichtigt, sofern es sich nicht um wissenschaftliche Veröffentlichungen auf privaten Seiten der Forscher(innen) handelte. Ausgeschlossen wurden zudem journalistische Artikel, Blog- und Forumsbeiträge sowie YouTube-Videos. Die Suchergebnisse wurden in einer Excel-Tabelle dokumentiert; diese bildete die Grundlage für die Auswertungen der Analyseergebnisse.

---

<sup>2</sup> Die Suchbegriffe der Googlerecherche sind detailliert dem Anhang des Zwischenberichts zu entnehmen. Durch eine ergänzende Recherche bei google.ch, durch die insbesondere schweizbezogene Dokumente identifiziert werden konnten, konnten nicht signifikant mehr relevante Dokumente identifiziert werden.

<sup>3</sup> So setzt sich beispielsweise Kindesmisshandlung im Französischen und Italienischen aus mindestens drei Wörtern zusammen (z. B. maltraitance des enfants bzw. maltrattamento sui/dei bambini).

Um sicherzustellen, dass alle relevanten Schweizer Dokumente zum Thema in die Analysen eingeschlossen werden, wurde im zweiten Schritt gezielt nach Informationen auf den Webseiten der relevanten Departemente und Behörden des Bundes (Eidgenössisches Departement des Inneren [Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Sozialversicherungen, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau], Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement [Bundesamt für Justiz, Bundesamt für Polizei]) sowie auf den Webseiten der Kantone und relevanter Fachgesellschaften und Berufsverbände<sup>4</sup> gesucht. Die Liste Letzterer ist im Anhang aufgeführt. Sofern möglich wurde bei der Suche auf den Seiten der Fachgesellschaften und Berufsverbände mit den allgemeinen Schlagwörtern „häusliche Gewalt“, Kinderschutz/Kindesschutz, Kindsmisshandlung/Kindesmisshandlung, Kindeswohlgefährdung/Kindeswohlgefährdung, Früherkennung und Screening recherchiert.<sup>5</sup> Aufgrund der hohen Zahl hinterlegter Dokumente wurde auf den Seiten des Bundes und der Kantone mit den folgenden spezifischeren Suchwörtern bzw. Kombinationen derselben gesucht: „häusliche Gewalt“ Kind, „häusliche Gewalt“ Früherkennung, Früherkennung Kindeswohlgefährdung, Früherkennung Kindeswohlgefährdung, Früherkennung Kindesschutz, Früherkennung Kinderschutz, Kindsmisshandlung, Kindesmisshandlung.<sup>6</sup> Da die Trefferzahlen auf den kantonalen Seiten zum Teil recht hoch waren, wurde festgelegt, dass – liegt die Trefferzahl über 50 – die ersten 50 Treffer einbezogen werden. Medienmitteilungen wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Da die Suche nach einschlägigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in der Schweiz über Google nicht erfolgreich war, wurden diese ebenfalls über die Webseiten der einschlägigen Berufs- bzw. Fachverbände sowie der entsprechenden Ausbildungsinstitutionen (Universitäten, Fachhochschulen, Höhere Fachschulen und Berufsschulen)<sup>7</sup> mit den genannten Suchwörtern gesucht. Die Veranstaltungshinweise und Studiengangsprogramme wurden elektronisch gesichert. Berücksichtigt wurden hierbei auch (medizinische) Kongress- und Tagungsbeiträge, die im Rahmen der jeweiligen Fort- und Weiterbildungsprogramme anerkannt werden. Aufgrund der Vielzahl an potentiell relevanten Tagungs- und Kongressbeiträgen und dem Umstand, dass möglichst aktuelle Diskussionen berücksichtigt werden sollten, wurde festgelegt, dass nur Vorträge berücksichtigt werden, die zwischen 2014 und Ende 2016 gehalten worden sind.

Auf diese Art und Weise konnten insgesamt 13'293'542 Treffer erzielt werden, 13'253'100 alleine im Rahmen der Google-Suche; bei Letzterer handelte es sich mehrheitlich um englisch- (46 %) und deutschsprachige Quellen (34 %), bei den gezielten Recherchen fast ausschliesslich um französisch- und deutschsprachige. Im Rahmen der Dokumenten- und Curriculaanalyse wurden 4'635 Quellen auf ihre Relevanz hin näher überprüft, 4'561 dieser Quellen wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen, da es sich um Duplikate oder um für die zugrunde liegenden Fragestellungen irrelevante

<sup>4</sup> Relevante Informationen ausländischer Fachgesellschaften sollten über die allgemeine Internetrecherche erfasst worden sein.

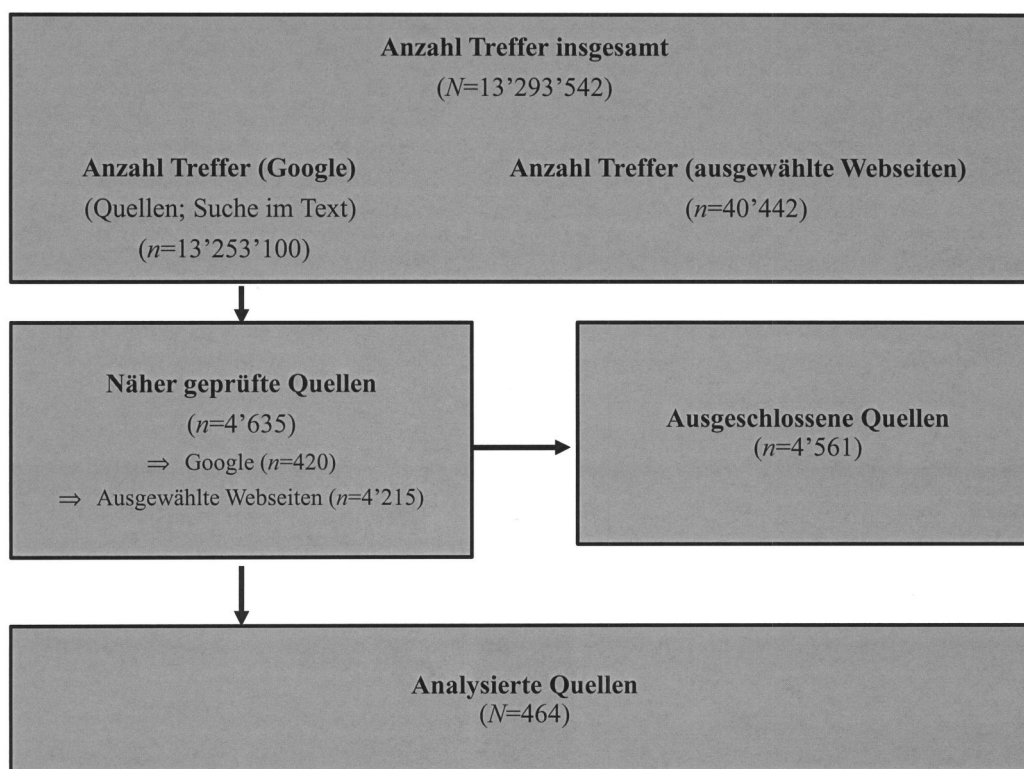
<sup>5</sup> Französisch: „violence domestique“, „violence conjugale“, „protection de la jeunesse“, „protection de l'enfance“, „maltraitance des enfants“, „maltraitance envers des enfants“, dépistage und „détection precoce“; Italienisch: „violenza domestica“, „violenza coniugale“, „protezione dei bambini“, „protezione dei minori“, „abuso dei minori“, „abuso dei bambini“, „maltrattamento sui bambini“, „diagnosi precoci“.

<sup>6</sup> Französisch: „violence domestique“ enfant, „violence conjugale“ enfant, „violence domestique“ dépistage, „violence conjugale“ dépistage, dépistage „protection de la jeunesse“, dépistage „protection de l'enfance“, „maltraitance des enfants“, „maltraitance envers des enfants“; Italienisch: „violenza domestica“ bambini, „violenza coniugale“ bambini, „violenza domestica“ „diagnosi precoci“, „violenza coniugale“ „diagnosi precoci“, „diagnosi precoci“ „protezione dei bambini“, „diagnosi precoci“ „protezione dei minori“, „abuso dei minori“, „abuso dei bambini“, „maltrattamento sui bambini“.

<sup>7</sup> Die jeweiligen Anbieter wurden über die Berufsverbände/Fachgesellschaften, [www.ausbildung-weiterbildung.ch](http://www.ausbildung-weiterbildung.ch) sowie [www.berufsberatung.ch](http://www.berufsberatung.ch) recherchiert.

Quellen handelte; insbesondere aufgrund der mehrsprachigen Recherche auf den Webseiten des Bundes sowie der Kantone, Fachgesellschaften und Berufsverbände war mit Dopplungen zu rechnen. Die im Rahmen der Internetrecherche identifizierten relevanten wissenschaftlichen Aufsätze sind in das Literaturreview eingeflossen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über den Auswahlprozess.

Abbildung 2: Flussdiagramm Quellenauswahl Internetrecherche



\* Die Anzahl der analysierten Quellen entspricht nicht der Differenz der näher geprüften und der ausgeschlossenen Quellen ( $n=74$ ), da auf den Seiten einiger Institutionen keine Suchmöglichkeit bestand, aber dennoch relevante Dokumente identifiziert werden konnten. In wenigen Fällen waren die Quellen nicht mehr abrufbar.

## 2.2 Systematisches Literaturreview

Mit Hilfe eines systematischen Literaturreviews sollten zum einen ebenfalls Arten von Früherkennungsmassnahmen identifiziert werden, wobei in der Literatur beschriebene, aber nicht publizierte Instrumente bei den jeweiligen Autor(inn)en angefragt wurden. Zum anderen können insbesondere die Fragen zu Erkenntnissen zur Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit entsprechender Massnahmen beantwortet werden, inkl. Schaden-Nutzen-Analysen sowie der Frage nach der angemessenen Befragung der Kinder. Darüber hinaus liefert das Review einen Überblick über wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich des adäquaten Umgangs von Fachpersonen mit den im Rahmen des Screenings gewonnenen Informationen.

### 2.2.1 Suchstrategie

Für die Aufnahme von wissenschaftlichen Publikationen in die Literaturübersicht galten zwei Einschlusskriterien: Die Arbeiten mussten a) einen klaren *thematischen Bezug* zur Früherkennung von

Kindeswohlgefährdungen aufweisen (z. B. Beschreibung von Konzepten, Massnahmen oder Instrumenten, Wirksamkeitsstudien, Kosten-Nutzen-Analysen) und sie mussten b) klar als *wissenschaftliche* Arbeiten ausgewiesen sein (z. B. Transparenz des methodischen Vorgehens, Transparenz des Quellenbezugs, Qualitätssicherung durch Publikation in einem wissenschaftlichen Verlag). Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die nicht in englischer, deutscher, französischer oder italienischer Sprache erschienen sind oder vor dem Jahr 1990 veröffentlicht wurden. Dieses zweite, zeitliche Ausschlusskriterium beruht auf der Einschätzung, dass Arbeiten noch älteren Datums der Aktualität des Fachdiskurses kaum mehr gerecht werden könnten.

Zur Identifikation relevanter Literatur in den wissenschaftlichen Datenbanken wurde eine mehrstufige Suchstrategie eingesetzt. In einem ersten Schritt wurden die einschlägigen Datenbanken englischer, deutscher, französischer und italienischer Sprache unter Verwendung einheitlicher Suchbegriffe abgefragt (berücksichtigte Datenbanken: ASSIA, BDSP, CAIRN.INFO, CINAHL Plus, Cochrane Library, Digital Dissertation, Dis-sonline.de, EBSCO, EMBASE, Érudit, Google Scholar, Ilisi, LiSSa, NDLDT, NEBIS, PubMed/MEDLINE, ProQuest, PsycINFO, PSYINDEX, SAPHIR, SocIndex, Sociological Abstracts, WISO<sup>8</sup>). Im zweiten Schritt wurde die Gesamtzahl der identifizierten Publikationen um doppelt bzw. mehrfach gefundene Arbeiten reduziert, im dritten Schritt die Titel der gefundenen Arbeiten auf ihre Relevanz für die vorliegende Review-Arbeit überprüft und eindeutig irrelevante Publikationen aus der Liste entfernt. Der vierte Schritt beinhaltete die Lektüre sämtlicher Abstracts der verbliebenen Artikel; wo sich aufgrund der Abstracts zeigte, dass Publikationen die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden sie entfernt. Die verbliebenen Artikel wurden im fünften Schritt im Volltext gelesen und ausgewertet und, sofern ihre Relevanz sich bestätigte, im Literaturreview berücksichtigt. Zusätzlich zu diesem Vorgehen wurde die im Rahmen des Reviews erarbeitete tabellarische Übersicht zu vorhandenen Früherkennungsinstrumenten (siehe weiter unten, Tabellen 3–6) einer internationalen Gruppe von Experten<sup>9</sup> vorgelegt, mit der Bitte, die darin aufgelisteten Publikationen um weitere relevante Arbeiten zu ergänzen, falls solche im Rahmen des beschriebenen Suchprozesses noch nicht identifiziert worden waren.

Zur Veranschaulichung der Suchstrategie führt Tabelle 1 exemplarisch die englischsprachigen Suchbegriffe auf, die bei der Abfrage der Datenbank PsycINFO verwendet wurden. In den übrigen Datenbanken wurden identische Begriffe verwendet (nach Bedarf übertragen ins Deutsche, Französische und Italienische), bedingt durch die Vorgaben der jeweiligen Suchmaske jedoch teilweise mit angepasster Syntax. Eine vollständige Auflistung der Suchbegriffe findet sich im Anhang (Tab. A.1).

---

<sup>8</sup> Die Liste der Datenbanken aus der Forschungsofferte wurde in der Realisierung des Mandats zusätzlich um einige Datenbanken erweitert.

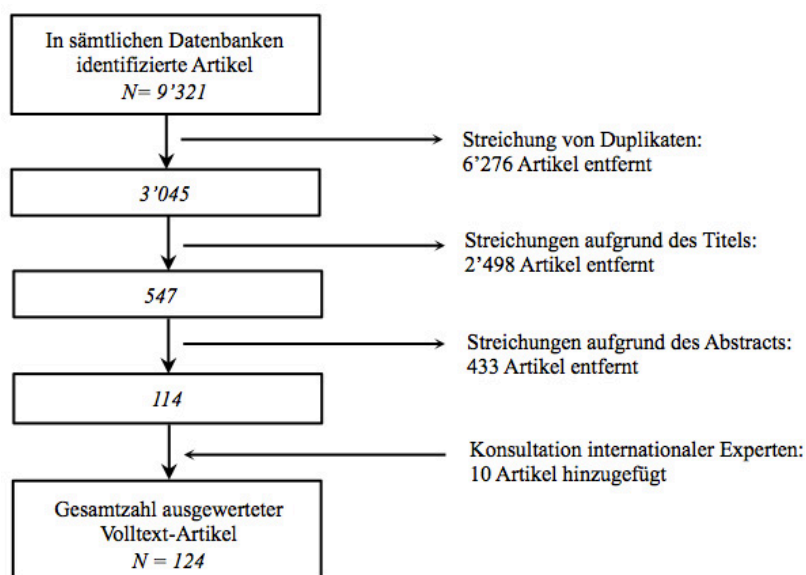
<sup>9</sup> Angefragt wurden folgende Personen: Trevor Spratt, Trinity College Dublin, Irland; Raelene Freitag, Children's Research Center, USA; Christopher Mikton, WHO Violence Prevention Unit, USA; John Fluke, ISPCAN Working Group for Child Maltreatment Data Collection, USA.

Tabelle 1: Suchbegriffe zur Identifikation relevanter Publikationen (Datenbank PsyINFO)

Thema	Suchbegriffe
Allgemeine Suchbegriffe	domestic violence OR intimate partner violence OR family violence OR intrafamilial violence OR child abuse OR child neglect OR child maltreatment OR child protection OR battered child syndrome OR genital mutilation OR munchhausen syndrome AND screening OR assessment OR detection OR tool OR measurement OR diagnosis OR scale
<i>spezifischere Suchanfragen</i>	<i>Begriffe wie oben, ergänzt durch:</i>
Review-Artikel	review OR meta-analysis
Eignung, Wirksamkeit, Qualität, Umsetzbarkeit der Massnahmen, Instrumente und Ansätze, Kosten-Nutzen-Analysen	evaluation OR efficacy OR effectiveness OR effect OR harm OR cost OR benefit OR practicability OR feasibility OR consequence*
In der Schweiz eingesetzte Instrumente und Massnahmen	switzerland OR swiss
Adäquater Umgang mit Gefährdungen	response OR service OR reaction
Befragung von/Interaktion mit Kindern	child interview OR child questioning OR interaction with children OR interaction with families

Das gesamte Suchprozedere und die Anzahl der dabei identifizierten (neu hinzugenommen oder ausgeschiedenen) Publikationen ist in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

Abbildung 3: Suchprozedere und Anzahl der identifizierten Publikationen



Die Ergebnisse der Literaturanalyse lieferten sowohl Antworten auf die genannten Fragestellungen als auch – zusammen mit den Ergebnissen der Internetrecherche – eine Grundlage für die folgenden Untersuchungsschritte: Dokumenten- und Curriculaanalyse, qualitative Experteninterviews und halbstandardisierte Befragung relevanter Fachpersonen.

### 2.3 Dokumentenanalyse

Die im Rahmen der Studie identifizierten national und international verfügbaren Instrumente zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt und anderer Formen der Kindeswohlgefährdung, die Erkenntnisse zu deren Wirksamkeit und Umsetzbarkeit sowie die bestehenden Empfehlungen hierzu wurden mit Blick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihren jeweiligen Inhalten im Rahmen der Dokumentenanalyse computergestützt mit MaxQDA qualitativ und quantitativ inhaltsanalytisch untersucht (Mayring, 2015). Hierzu wurden auf Grundlage der Literatur und einer ersten Sichtung der Dokumente Kategoriensysteme (eines bezüglich der Instrumente/Leitfäden/Richtlinien etc., eines bezüglich der Empfehlungen) entwickelt, die im Rahmen der weiteren Analysen überprüft und angepasst wurden.

### 2.4 Curriculaanalyse

Die Inhalte der online recherchierten Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz wurden quantitativ inhaltsanalytisch mit Blick auf die Frage untersucht, inwieweit Wissen über entsprechende Massnahmen sowie über den Umgang mit deren Ergebnissen vermittelt wird. Da die ermittelten Veranstaltungshinweise in der Regel keine detaillierten Angaben zum Inhalt der Veranstaltungen enthielten, wurde eine Liste mit den jeweiligen Ansprechpartner(inne)n erstellt. Diese wurden im Folgenden postalisch oder per E-Mail angeschrieben und gebeten, mit Hilfe eines Fragebogens Auskunft darüber zu geben, inwieweit Sie im Rahmen von Lehrveranstaltungen oder Vorträgen auf (wissenschaftlichen) Fachtagungen innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt), deren Früherkennung sowie den adäquaten Umgang mit dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung zum Thema machen. Der Fragebogen lag in einer



deutsch- und einer französischsprachigen Version vor. Bieten sie thematisch relevante Veranstaltungen an, wurden sie ergänzend gebeten, die eingesetzten Materialien zur Verfügung zu stellen. Die angeschriebenen Fachpersonen wurden einmalig wieder postalisch oder elektronisch an die Befragung erinnert und gebeten, sollten sie noch nicht an der Umfrage teilgenommen haben, dies zu tun. Die Inhalte der online verfügbaren sowie der im Rahmen der Umfrage erlangten Materialien wurden ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet.

Angeschrieben wurden insgesamt 148 Fachpersonen aus der Schweiz, Deutschland ( $n=12$ ) und Österreich ( $n=1$ ). 58 % wurden auf dem Postweg kontaktiert. Mehrheitlich stammten die Personen aus dem deutschsprachigen Raum (64 %). Zu den angeschriebenen Fachpersonen zählten Mitarbeitende von Fachhochschulen (für Gesundheit), Universitäten sowie (Universitäts-)Kliniken. Darüber hinaus wurden Mitarbeitende kantonaler Stellen sowie von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) kontaktiert. An der Befragung teilgenommen haben insgesamt 54 Fachpersonen, was einer Rücklaufquote von 36 % entspricht; die Ausschöpfungsquote betrug 34 % ( $n=51$ ).

## 2.5 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews

Im Dezember 2016 und Januar 2017 wurden insgesamt elf qualitative leitfadengestützte Experteninterviews (Helfferich, 2014; Meuser & Nagel, 1991) durchgeführt. Die Liste der beigezogenen Expert(inn)en umfasste vorab im Gesundheitsbereich tätige Wissenschaftler(innen) und Fachpersonen, ergänzt um Fachleute aus dem Bereich des allgemeinen Kindesschutzes sowie der Verwaltung. Befragt wurden die folgenden Expert(inn)en:

- Prof. Dr. Lenneke R. A. Alink, Professorin für Forensische Familienforschung am Centre for Child and Family Studies, Universiteit Leiden, Niederlande
- Dr. med. Daniel Schechter, Leiter der Abteilung Unité de liaison, Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Genf; u. a. Co-Studienleiter des Projektes „Geneva early childhood stress project“ (NCCR-SYNAPSY)
- Dr. med. Myriam Caranzano-Maitre, Direktorin der Stiftung ASPI, Fondazione della Svizzera italiana per l’Aiuto, il Sostegno e la Protezione dell’Infanzia, Breganzona sowie Mitglied des Stiftungsrats von Kinderschutz Schweiz
- Dr. med. Alexandra Duc Marwood, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), département de psychiatrie, Direktorin du centre de consultation Les Boréales, Lausanne
- Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain, Leiterin Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinik Ulm, Deutschland
- M.A. Isabel Miko Iso, Justiz- und Sicherheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Generalsekretariat, Fachleiterin Fachstelle Häusliche Gewalt, Basel-Stadt, Mitglied der Inter-kantonalen Konferenz gegen häusliche Gewalt
- Dr. Heinz Kindler, Diplom-Psychologe, Leiter der Fachgruppe 3 „Familienhilfe und Kinderschutz“ des Deutschen Jugendinstituts e.V., München, Deutschland
- Dr. med. Ulrich Lips, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin, bis 2013 leitender Arzt an der Universitäts-Kinderklinik Zürich und Leiter der Kinderschutzgruppe an der Universitäts-Kinderklinik Zürich
- Dr. med. Nathalie Romain Glassey, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Unité de médecine des violences, verantwortliche Ärztin für die Sprechstunde, Lausanne
- Dr. habil. Gilles Séraphin, Soziologe und Leiter des Observatoire National de l’Enfance en Danger (ONED), Frankreich

- Prof. Patricia Perrenoud, Haute Ecole de Santé Vaud, filière sage-femme in Lausanne, Anthropologin und Hebamme
- Prof. Dr. Nico Trocmé, Direktor der School of Social Work, McGill University, Montreal, Kanada; Projektleiter der Canadian Incidence Study (CIS) of Reported Child Abuse and Neglect

Aufgrund der wenig eindeutigen Ergebnisse des Literaturreviews und der unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Gesprächspartner(innen) deckte der den Interviews zugrunde liegende Leitfaden ein breites Themenspektrum ab (vgl. Anhang Kap. 6.3.1). Im Einzelnen enthielt er die folgenden anzusprechenden Themen:

- Praxiserfahrungen und/oder Beobachtungen der Expertin/des Experten in der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häusliche Gewalt), Bewertung einzelner Instrumente
- Generalisierung: allgemeine Beurteilung von standardisierten Instrumenten im Vergleich zu unstandardisierten klinischen Interviews
- Stand der Praxis und Implementierung von Instrumenten im Land, in dem die Expertin/der Experte tätig ist
- Forschungsbedarf
- allgemeine Policy-Empfehlungen
- Expert(inn)en aus der Schweiz: Einschätzung des Handlungsbedarfs bezüglich des Einsatzes derartiger Instrumente sowie des Bedarfs an der Vermittlung entsprechenden Wissens im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen.

Die Reihenfolge der Behandlung der genannten Themen ergab sich – wie bei Experteninterviews vorgesehen – durch den jeweiligen Gesprächsverlauf und die Schwerpunktsetzungen der Expert(inn)en. Aufgrund der zum Teil grossen örtlichen Distanz wurden die meisten Interviews telefonisch geführt. Im Anschluss wurden die Gespräche von den Befragterinnen protokolliert und den Gesprächspartner(inne)n zur Validierung vorgelegt. Diese Protokolle wurden qualitativ inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) ausgewertet.

## **2.6 Telefonische Befragung von Gesundheitsfachpersonen**

Zur breiteren Abstützung der Befunde aus den Experteninterviews zum aktuellen Stand bezüglich der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Praxis wurden selbständige und angestellte Fachpersonen aus dem gesamtschweizerischen Gesundheitsbereich mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens befragt (vgl. Anhang Kap. 6.3.2); im Einzelnen wurden Vertreter(innen) der folgenden Berufsgruppen bzw. Fachrichtungen in die Befragung eingeschlossen:

- Allgemeinmediziner(innen),
- Dermatolog(inn)en,
- Gynäkolog(inn)en,
- Hebammen/Geburtshelfer,
- Kinder- und Jugendpsychiater(innen),
- Medizinische Praxisassistent(inn)en (MPA),
- Neonatolog(inn)en,
- Notfallmediziner(innen),
- Pädiater(innen),

- Pflegefachpersonen (im pädiatrischen Bereich),
- Psychiater(innen),
- Schulärzte und -ärztinnen.

In diesem Rahmen sollten zudem allfällige nicht publizierte standardisierte und nicht-standardisierte Instrumente und „Protokolle“ zur Früherkennung identifiziert werden. Darüber hinaus wurden die befragten Praktiker(innen) nach ihrer Meinung bezüglich der Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen gefragt.

Vor dem Hintergrund, dass insbesondere Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich zeitlich stark eingebunden sind, und im Sinne einer hohen Beteiligung sollte der Fragebogen kurz gehalten werden und die Befragung telefonisch erfolgen.<sup>10</sup> Der Leitfaden wurde auf Grundlage der bis zum Zeitpunkt des Zwischenberichts erarbeiteten Befunde aus den vorherigen Arbeitspaketen (Literaturreview, Internetrecherche, Dokumenten- und Curriculaanalyse) entwickelt. Da es wegen des vereinbarten Zeitplans nicht möglich war, die Erkenntnisse aus den qualitativen Experteninterviews zu berücksichtigen, und aufgrund der in der Literatur- und Dokumentenanalyse festgestellten uneinheitlichen Befundlage bzw. Empfehlungen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen, konnten nur in Bezug auf wenige Fragen Antwortvorgaben gemacht werden. Es handelte sich somit um eine halb-standardisierte Befragung. Die folgende Abbildung 4 zeigt die Gliederung des Fragebogens, der ins Französische und Italienische übersetzt wurde. Hellgrau unterlegte Felder enthalten Themen, zu denen alle Teilnehmer(innen) befragt wurden, schwarze Felder diejenigen, zu denen Teilnehmer(innen) befragt wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits Früherkennungsmassnahmen umgesetzt haben bzw. die sich für eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt ausgesprochen haben. Das dunkelgraue Feld enthält Fragen, die Teilnehmer(inne)n gestellt wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung keine derartigen Früherkennungsmassnahmen durchgeführt haben.

Die telefonischen Interviews wurden – das Einverständnis der Befragten vorausgesetzt – digital aufgezeichnet, so dass das Gespräch für die Dokumentation der Antworten nicht unterbrochen werden musste. Die Daten wurden in eine Datenmatrix übertragen und computergestützt deskriptiv- sowie inferenzstatistisch mit IBM SPSS 23 ausgewertet (Bortz & Döring, 2003).

---

<sup>10</sup> Jede ausgewählte Fachperson wurde jeweils bei Bedarf bis zu fünf Mal telefonisch bzw. zwei Mal elektronisch kontaktiert, um einen Termin für das Interview zu vereinbaren. Die telefonischen Kontaktversuche erfolgten jeweils an unterschiedlichen Wochentagen und zu unterschiedlichen Uhrzeiten.

Abbildung 4: Grobgliederung Fragebogen telefonische Befragung



Zur Stichprobengewinnung wurden zunächst die jeweiligen Fachgesellschaften mit der Bitte um Herausgabe der Mitgliederlisten angeschrieben, wenn diese nicht online verfügbar waren. Nur wenige erklärten sich hierzu jedoch bereit oder sie waren nicht in der gesamten Schweiz aktiv. Aus diesem Grund wurde für die meisten Facharztgruppen auf die online verfügbare Datenbank der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zurückgegriffen; die hier gelisteten Mediziner(innen) sind überwiegend auch Mitglied des Berufsverbandes. Im Falle der Pflegefachpersonen im pädiatrischen Bereich, den Hebammen in Kliniken sowie den Schulärztinnen und -ärzten mussten jeweils mehrstufige Stichproben gezogen werden, da diese Fachpersonen nicht gelistet sind. Auf der ersten Ziehungsstufe wurden zufällig sechs deutsch- und zwei französischsprachige Kantone ausgewählt; das Tessin als einziger italienischsprachiger Kanton wurde automatisch in die Stichprobe eingeschlossen. Zur Ziehung der Stichprobe der Pflegefachpersonen und angestellten Hebammen wurde auf der zweiten Ziehungsstufe über [www.doctor.ch](http://www.doctor.ch) eine Zufallsauswahl von Kliniken getroffen, wobei Augenkliniken, psychiatrische Kliniken und Rehaeinrichtungen ausgeschlossen wurden. Den Websites der Kliniken wurden dann die Kontaktdaten der Fachpersonen bzw. der jeweiligen Ansprechpersonen (z. B. Pflegeleitung) entnommen; waren die einzelnen Mitarbeitenden nicht aufgeführt, wurden die jeweiligen Leitungspersonen kontaktiert und um die Weiterleitung der Anfrage gebeten. Bei den medizinischen Praxisassistentinnen in der Westschweiz und dem Tessin sowie regional bei anderen Berufsgruppen konnten ebenfalls keine Listen von Einzelpersonen als Grundlage für die Stichprobenziehung genutzt werden. Hier wurden auf der ersten Ziehungsstufe zufällig Institutionen bzw. Arztpraxen ausgewählt und diese in Folge kontaktiert und um die Weiterleitung der Anfrage an die entsprechenden Fachpersonen gebeten.

Auf diese Weise wurden pro Berufsgruppe – soweit möglich – 20 Fachpersonen zufällig ausgewählt; insbesondere im Tessin waren zum Zeitpunkt der Befragung jedoch nicht für alle Gruppen 20 Personen recherchierbar (insb. Neonatolog[inn]en, Notfallmediziner[inne]n), so dass diese alle in die Stichprobe aufgenommen wurden. Die Fachpersonen wurden in einem ersten Schritt vom BSV über die Studie und die Befragung informiert und um Teilnahme gebeten; ihnen wurde angekündigt, dass sie eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter der HSLU kontaktieren wird. Lag keine Postanschrift vor, wurden sie per E-Mail kontaktiert. Lag weder eine postalische Anschrift noch eine E-Mail-Adresse vor, wurden sie direkt telefonisch kontaktiert und ihnen wurde das Schreiben per E-Mail zugesandt. Ziel war es, im kurzen Projektzeitraum max. elf Fachpersonen pro Berufsgruppe und Sprachregion zu kontaktieren und für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen ( $N=396$ ); insbesondere im Tessin gibt es jedoch – wie gesagt – Berufsgruppen, die durch weniger als elf Personen im Kanton vertreten sind. Insgesamt sind 429 Personen kontaktiert worden; die Rücklaufquote betrug 37 % ( $n=159$ ). Vor dem Hintergrund, dass zeitlich stark eingebundene Fachpersonen befragt worden sind, kann diese Quote als zufriedenstellend bezeichnet werden. Leider konnte keine Medizinische Praxisassistentin zur Teilnahme an der Studie bewegt werden. Die Unterschiede in der Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen bzw. Fachrichtungen war statistisch signifikant ( $p=.000$ ); insbesondere unter den Hebammen, Mütter-Väter-Beraterinnen, Pflegefachpersonen, (Kinder- und Jugend-)Psychiater(inne)n sowie Notfallmediziner(inne)n war die Beteiligung hoch (50-79 %). Auch die Unterschiede in der Beteiligung von Personen, die in (eigener) Praxis tätig sind oder in einer Klinik, waren statistisch signifikant ( $p=.000$ ), wobei sich vor allem Klinikangestellte an der Studie beteiligt haben. Um trotz der zum Teil geringen Beteiligung bestimmter Berufsgruppen (insb. Allgemeinmediziner[inne]n/Hausärzte/-ärztinnen, Dermatolog[inn]en) einen Vergleich zwischen Berufsgruppen zu ermöglichen, wurden die folgenden neuen Professionsgruppen gebildet

- Pädiatrie (Pädiater[inne]n, Neonatolog[inn]en, Schulärzte/-ärztinnen),
- Gynäkologie und Geburtshilfe (Gynäkolog[inn]en, Hebammen),
- Pflegefachpersonen,
- (Kinder- und Jugend-)Psychiater(inne)n,
- Mütter-Väter-Berater(inne)n,
- Notfallmediziner(inne)n,
- Allgemeinmediziner(inne)n/Hausärzte/-ärztinnen und Dermatolog(inne)n.

Die drei Sprachregionen waren insgesamt zu etwa gleichen Teilen vertreten. Im Vergleich zum Anteil von Frauen unter den ausgewählten Fachpersonen (60 %), waren sie unter den Teilnehmer(inne)n überrepräsentiert (70 %); dies ist vermutlich auf die hohe Beteiligung von Berufsgruppen zurückzuführen, die immer noch mehrheitlich von Frauen gewählt werden (Hebammen, Pflege). Teilgenommen haben zudem vor allem erfahrene Fachpersonen: So wiesen die Teilnehmer(inne)n im Schnitt 21 Jahre Berufserfahrung auf ( $M=21,16$ ;  $SD=9,74$ ;  $Min=1$ ;  $Max=50$ )<sup>11</sup>, entsprechend lag das Durchschnittsalter mit knapp 50 Jahren eher hoch ( $M=49,47$ ;  $SD=10,64$ ;  $Min=23$ ;  $Max=77$ ). Jeweils die Hälfte der Teilnehmer(inne)n war in einer Praxis bzw. in einer Klinik tätig.

Aufgrund der genannten Rücklaufquote, der unterschiedlich guten Beteiligung der Berufsgruppen, von Praxis- und Klinikmitarbeitenden sowie der Überrepräsentanz von Frauen sind Verzerrungen bei der Zusammensetzung der Stichprobe nicht auszuschliessen (z. B. interessengeleitete Teilnahme).

---

<sup>11</sup>  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung,  $Min$  = Minimum,  $Max$  = Maximum

Dennoch erlauben die gewonnenen Daten einen Einblick in die Praxis der befragten Berufsgruppen bezüglich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen.

Der Vorteil der skizzierten methodischen Herangehensweise insgesamt liegt darin, dass sich die verschiedenen methodischen Zugänge und Quellen im Sinne einer Methoden- und Datentriangulation ergänzen; dies bietet gleichzeitig die Möglichkeit der Validierung der Ergebnisse. Die folgenden Abbildungen 5.A-C zeigen, wie die zugrunde liegenden Fragestellungen und methodischen Zugänge verknüpft sind.

Abbildung 5.A: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 1.1-1.4)

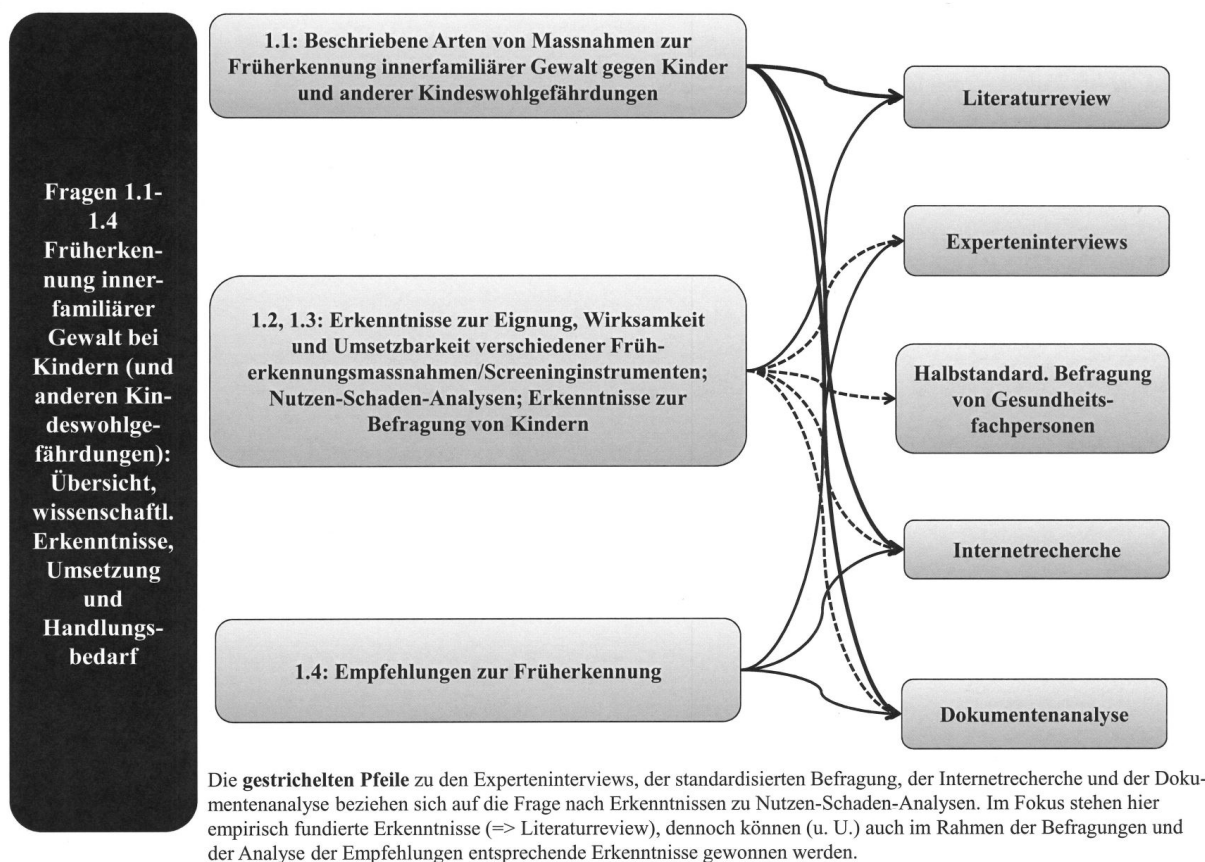


Abbildung 5.B: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 1.5-1.9)

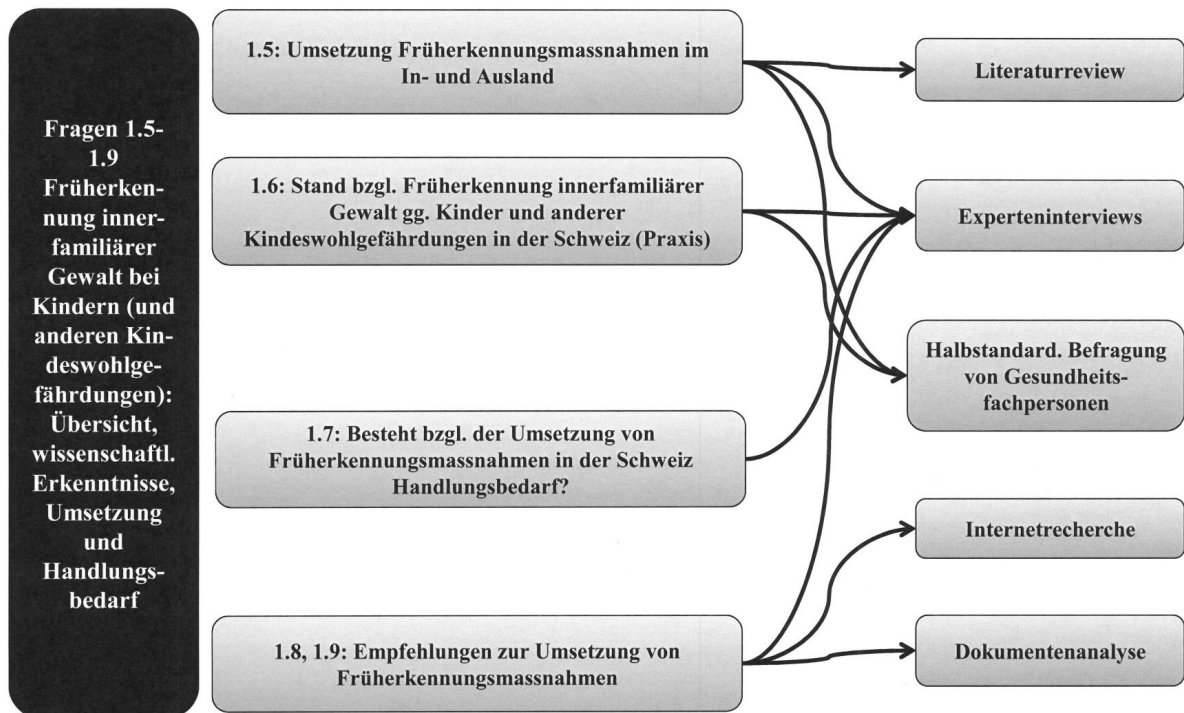
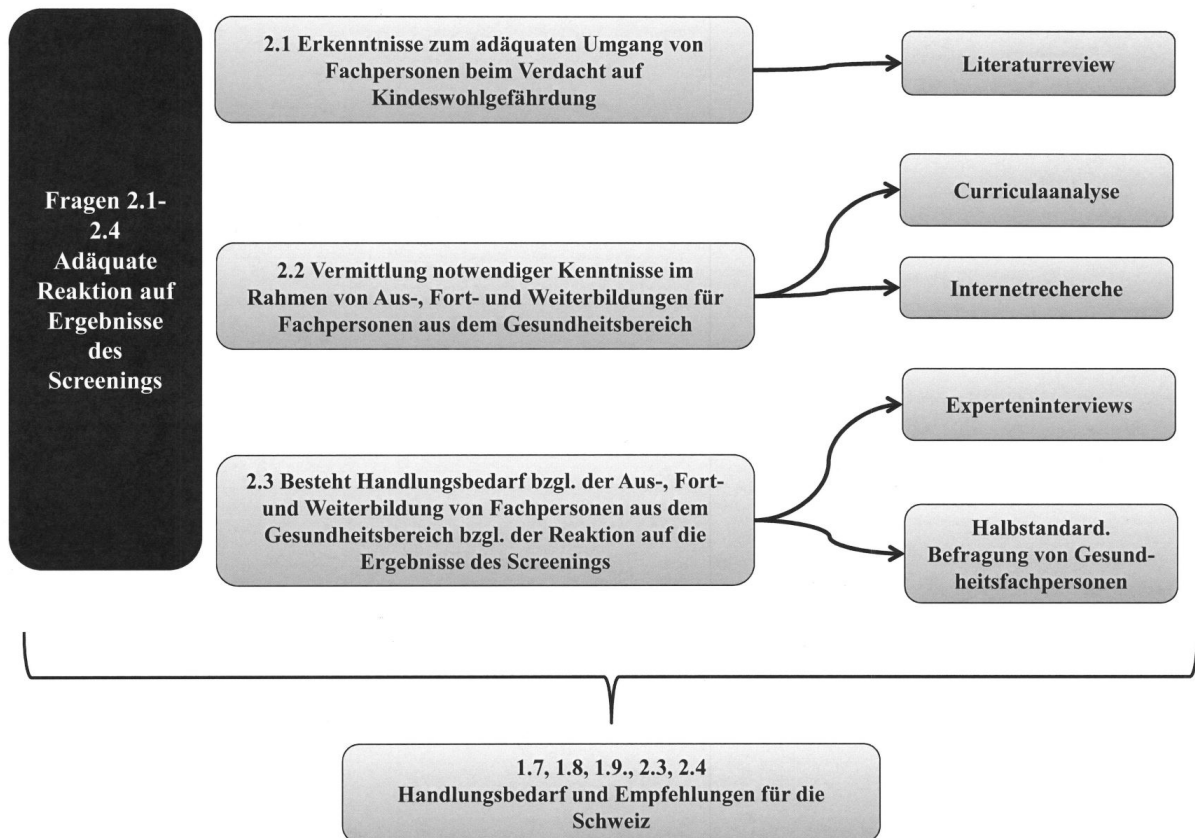


Abbildung 5.C: Verknüpfung methodische Zugänge und Fragestellungen (Fragen 2.1-2.4)







### 3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Befunde aus den einzelnen Studienteilen zunächst getrennt voneinander dargestellt; jedes Unterkapitel schliesst mit einem Zwischenfazit. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit Blick auf die zugrunde liegenden Fragestellungen erfolgt in Kapitel 4.

#### 3.1 Literaturreview

##### 3.1.1 Übersicht über wissenschaftliche Instrumente und Verfahren zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen

Im folgenden ersten Teil der Literaturübersicht wird nun aufgezeigt, welche Instrumente und Verfahren, die der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen dienen, in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind. Zusätzlich wird im Sinne einer ersten Qualifizierung berücksichtigt, was über die psychometrische Qualität (Validität, Reliabilität) dieser Instrumente bekannt ist. Die Frage danach, wie wirksam die Anwendung solcher Verfahren in der Praxis ist und welche konkreten Umstände diese Wirksamkeit beeinflussen, wird weiter unten (Kap. 3.1.2) behandelt.

Die Erarbeitung einer systematischen Literaturübersicht zu den oben skizzierten Fragestellungen sieht sich mit der Herausforderung konfrontiert, dass die internationale Forschung zwar eine Fülle von diagnostischen und prognostischen Instrumenten hervorgebracht hat, die auf die Identifizierung von Kindeswohlgefährdungen abzielen. Bezüglich der genaueren Art der erfassten Kindeswohlgefährdung, des Anwendungskontextes und des zeitlichen Horizonts der Einschätzung sind die dokumentierten Instrumente jedoch ausserordentlich heterogen.

Zur Art der erfassten Kindeswohlgefährdung liegen einige wenige Instrumente vor, die sämtliche verbreiteten Formen von Kindeswohlgefährdungen aufzudecken beanspruchen, daneben aber auch zahlreiche Instrumente, die sich ausschliesslich auf spezifische Formen richten (z. B. körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung). Die Anwendungskontexte reichen von der sozialwissenschaftlichen und klinischen Forschung (z. B. Prävalenz- und Inzidenzstudien) über unterschiedliche Felder der klinischen Praxis (z. B. Pädiatrie, Psychiatrie, Notfallmedizin, Pflege), der Forensik (z. B. Polizeiarbeit, Strafverfolgung und -vollzug) und der psychologisch-psychiatrischen Begutachtung bis hin zur sozialarbeiterischen Abklärung mutmasslicher Kindeswohlgefährdungen. Der zeitliche Horizont der Einschätzung kommt sowohl als gegenwärtig-diagnostischer vor (Erkennung von bereits eingetretenen Verletzungen des Kindeswohls) als auch in präventiv-prognostischer Orientierung (z. B. Früherkennung von familiären Konstellationen, die ein erhöhtes Risiko für künftige innerfamiliäre Gewalt oder andere Kindeswohlgefährdungen anzeigen). Zusätzlich variieren die vorhandenen Instrumente in zahlreichen weiteren Hinsichten: beispielsweise hinsichtlich der Altersspanne der Kinder, für die die Einschätzung getroffen werden soll, der anvisierten Population (z. B. Allgemeinbevölkerung vs. klinische Subpopulation) oder der geographisch-kulturellen Region, in der die Instrumente entwickelt und validiert worden sind (z. B. angloamerikanischer vs. europäischer Raum).

Wie in mehreren Übersichtsarbeiten jüngerer Datums betont wird (Bailhache, Leroy, Pillet & Salmi, 2013; Kindler, 2010; McTavis, MacGregor, Wathen & MacMillan, 2016; Rabin, Jennings, Campbell & Bair-Merritt, 2009; Trevillion, Corker, Capron & Oram, 2016), liegt bisher weder für das Miterleben von Partnergewalt im Speziellen noch für ein breiteres Spektrums von Kindeswohlgefährdungen

ein *einziges* Screening-Verfahren vor, das sich in verschiedenen Handlungsfeldern und Anwendungskontexten der Gesundheitsversorgung empirisch bewährt hätte und deshalb mit einer klaren Empfehlung zu versehen wäre.<sup>12</sup> Bailhache et al. (2013) fassen dies wie folgt zusammen: „There is very scarce and low-quality evidence on the accuracy of instruments for identifying abused children. Child maltreatment is mostly identified when children have already serious consequences and the sensitivities and specificities of tools are inadequate.“ Diesem ernüchternden Attest kann freilich entgegengehalten werden, dass über die Qualität der vorliegenden Instrumente zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen schlicht nicht hinreichend viele Erkenntnisse vorliegen: Selbst die im voranstehenden Absatz erwähnten Übersichtsarbeiten berücksichtigen in der Regel nur einen kleinen Teil der in der Literatur beschriebenen Instrumente. Im Folgenden wird dieses Defizit angegangen. Es werden sämtliche von uns identifizierten Instrumente und Verfahren tabellarisch dargestellt und entlang wesentlicher Unterscheidungsmerkmale skizziert.

Als zentrales Einschlusskriterium für die Aufnahme in die tabellarische Darstellung diene, dass die vorrangige Zielsetzung des Instruments oder Verfahrens in der Erkennung oder Früherkennung von einer oder mehreren Formen von Kindeswohlgefährdungen bestehen musste. Eingeschlossen wurden auch solche Verfahren, die sich lediglich auf die Erkennung von Gewalt in intimen Partnerschaften (engl. *intimate partner violence*) richten, ohne ein allfälliges Miterleben dieser Gewalt durch Kinder zu erhellen – dies aus dem Grund, weil solche Instrumente und Verfahren potentiell zu einem Gefährdungsscreening in Bezug auf mitbetroffene Kinder erweitert werden *könnten*. Berücksichtigt sind nur Verfahren, die in der wissenschaftlichen Literatur transparent dokumentiert sind. Als hinreichend transparent gilt diese Dokumentation dann, wenn a) das Erkenntnisziel benannt ist, b) der Anwendungsbereich (z. B. Altersgruppe der Population, professionelles Setting, vorausgesetzte Expertise der Anwender[innen]) beschrieben wird, c) das Konstruktionsprinzip (z. B. empirie- vs. konsensbasiert) kenntlich gemacht wird, d) der Aufbau des Instruments erläutert wird sowie e) das Verfahren der Datenauswertung (z. B. numerische Skalenbildung vs. qualitative Interpretation) beschrieben wird.

Die grosse Anzahl und inhaltliche Vielfalt der von uns identifizierten Instrumente und Verfahren legt es nahe, sie in kriteriengeleiteter Gruppierung zu präsentieren. Leitendes Kriterium dieser Gruppierung ist im Folgenden der Anwendungskontext: Es werden zunächst Instrumente und Verfahren aufgeführt, die speziell für Handlungsfelder der Gesundheitsversorgung entwickelt und/oder in dieser eingesetzt und validiert worden sind (Tabelle 3). Darauf folgen Verfahren, die vorrangig zu Forschungszwecken entwickelt wurden (Tabelle 4). Als Drittes kommen Verfahren zur Darstellung, die sich auf den Anwendungskontext der sozialarbeiterischen Abklärung und verwandte professionelle Settings beziehen (Tabelle 5). Schliesslich folgen Verfahren aus forensischen Handlungsfeldern (Tabelle 6). Wo Instrumente in mehreren Handlungsfeldern eingesetzt wurden, sind sie jeweils in demjenigen Zusammenhang aufgeführt, für den sie ursprünglich konzipiert worden sind. In den Spalten der Tabellen sind neben der Bezeichnung des Instruments die genauere Art der erfassten Kindeswohlgefährdung, der zeitliche Horizont der Einschätzung (diagnostisch vs. prognostisch), die Quelle und Methode der Datenerhebung, die Anzahl der Items des Instruments, die Qualität der empirischen Validierung sowie die Quellen des Instruments und allfälliger Validierungs- oder Anwendungsstudien eingetragen.

---

<sup>12</sup> Zur Definition des Begriffs Screening siehe Kasten 1.

Erklärungsbedürftig ist die Einschätzung zur *Qualität der empirischen Validierung*. In den Tabellen 3–6 sind zwei Aspekte der Validierung gesondert berücksichtigt, nämlich die Validität und die Reliabilität des jeweiligen Verfahrens. (Erläuterungen zur Bedeutung der Begriffe Validität und Reliabilität finden sich in Kasten 2.) Beide sind jeweils auf einer dreistufigen Skala als *niedrig*, *mittel* oder *hoch* bewertet. Wo die Bewertungsgrundlagen fehlen (weil beispielsweise der Literatur überhaupt keine relevanten Kennwerte zu entnehmen sind), ist das mit dem Kürzel *k. A.* für „keine Angabe“ gekennzeichnet. Die Prädikate *niedrig*, *mittel* und *hoch* orientieren sich jeweils an Schwellenwerten zur Beurteilung psychometrischer Gütekriterien, wie sie in der Literatur definiert worden sind (z. B. DeVellis, 2012; Kline, 2000; McHugh, 2012). Tabelle 2 listet diese Schwellenwerte für unterschiedliche Dimensionen der Validität und Reliabilität auf. Die angegebenen statistischen Kennwerte sind als *beispielhaft* zu verstehen, da in der Literatur unterschiedliche Koeffizienten verwendet werden. Die Validität wurde als hoch eingestuft, wenn mindestens eine Subdimension der Validität das Prädikat hoch rechtfertigte, als mittel, wenn mindestens eine Subdimension das Prädikat mittel rechtfertigte und keine das Prädikat hoch, und als niedrig, wenn keine Subdimension mindestens das Prädikat mittel erhielt. Gleiches gilt analog für das Gütekriterium der Reliabilität. Bei der Festlegung der Prädikatsstufe wurden zusätzlich zu den ausgewiesenen Schätzwerten jeweils auch die Stichprobengröße und die Konfidenzintervalle berücksichtigt, was in einzelnen Fällen zu einer Herabstufung des Prädikats führte, wenn das untere Ende des Konfidenzintervalls allzu deutlich vom Schätzwert abwich. Zu den verwendeten Schwellenwerten insgesamt ist anzumerken, dass sie die Vergleichbarkeit zwischen Studien gewährleisten und eine erste, grobe Orientierung ermöglichen. Welche psychometrischen Qualitäten eines diagnostischen Verfahrens im konkreten Fall als hinreichend bzw. akzeptabel gelten können, hängt bei genauerem Hinsehen indes von den Umständen ab – etwa vom praktischen Interesse, das mit dem Instrument verfolgt wird.

Tabelle 2: *Beispielhafte Schwellenwerte/Definitionen zur Beurteilung der Gütekriterien Validität und Reliabilität*

<b>Gütekriterium</b>	<b>Dimension</b>	<b>Schwellenwerte/Definiton</b>
Validität	Konstruktvalidität	hoch: Korrespondenz Messmethode/Konstrukt aufwendig hergeleitet, entweder methodisch (z. B. Expertenpanel) oder theoretisch (Analyse) mittel: Korrespondenz Messmethode/Konstrukt thematisiert, aber ohne besondere methodische oder theoretische Gründlichkeit niedrig: Korrespondenz Messmethode/Konstrukt inhaltlich widersprüchlich oder methodisch unsorgfältig hergeleitet
	Kriteriumsvalidität	hoch: (Spezifität UND Sensitivität) $\geq 90\%$ mittel: ((Spezifität $\geq 90\%$ ) UND (70% $\leq$ Sensitivität $< 90\%$ )) ODER ((70% $\leq$ Spezifität $< 90\%$ ) UND (Sensitivität $\geq 90\%$ )) niedrig: (Spezifität ODER Sensitivität) $< 70\%$
	Konvergente Validität	hoch: mind. 2 überzeugende Belege konvergenter und/oder diskriminanter Validität im theoretisch erwarteten Ausmass mittel: mind. 1 überzeugender Beleg konvergenter und/oder diskriminanter Validität im theoretisch erwarteten Ausmass niedrig: Belege für fehlende konvergente und/oder diskriminante Validität (theoretisch unplausible Kovarianzen)
Reliabilität	Interne Konsistenz	hoch: $\alpha \geq 0.8$ mittel: $0.8 > \alpha \geq 0.7$ niedrig: $\alpha < 0.7$
	Test-Retest-Reliabilität	hoch: $r \geq 0.8$ mittel: $0.8 > r \geq 0.7$ niedrig: $r < 0.6$
	Interrater-Reliabilität	hoch: $\kappa \geq 0.8$ mittel: $0.8 > \kappa \geq 0.6$ niedrig: $\kappa < 0.7$

**Kasten 2**

Der Begriff der **Validität** meint das Ausmass, in dem eine Messmethode tatsächlich genau das misst, was sie zu messen beansprucht. Zur Einschätzung der Validität werden in der Forschungsliteratur üblicherweise verschiedene Subdimensionen des Begriffs berücksichtigt. Von besonderer Bedeutung sind die *Konstruktvalidität*, die *Kriteriumsvalidität* und die *konvergente (vs. diskriminante) Validität* (z. B. Kline, 2016). Die Konstruktvalidität bezieht sich darauf, wie theoretisch plausibel es ist, dass eine bestimmte Messmethode tatsächlich dasjenige Konstrukt misst, das sie zu messen vorgibt. Beurteilen lässt sich die theoretische Plausibilität beispielsweise danach, ob die Urheber der Messmethode die verwendeten Beurteilungsaufgaben konsistent auf bestimmte theoretische Facetten des betreffenden Konstrukts beziehen und dabei auch alternative Konstrukte, die durch die Messung ebenfalls berührt werden könnten, erwägen. Die Kriteriumsvalidität beschreibt das Ausmass, in dem ein Konstrukt zur statistischen Vorhersage anderer Konstrukte (= Kriterien) taugt, die in einem theoretisch plausiblen Zusammenhang mit diesem stehen. Bezogen auf Instrumente zur Identifikation von Kindeswohlgefährdungen wäre beispielsweise zu erwarten, dass die Diagnose einer Gefährdungssituation im Hier-und-Jetzt die Wahrscheinlichkeit einer späteren Verletzung des Kindeswohls voraussagt (= prädiktive Kriteriumsvalidität). Die konvergente bzw. diskriminative Validität schliesslich bezieht sich darauf, in welchem Ausmass ein Konstrukt im Rahmen einer Messung ähnliche Ausprägungen zeigt wie verwandte Konstrukte bzw. unähnliche Ausprägungen im Vergleich mit nicht-verwandten Konstrukten. Für eine hohe konvergente Validität einer neuen Messmethode zum Konstrukt emotionaler Vernachlässigung spräche beispielsweise, wenn deren Ergebnisse mit einer etablierten Methode zur Erhebung der Bindungsbeziehung (= verwandtes Konstrukt) positiv korrelieren, jedoch nicht oder höchstens schwach mit einer Methode zur Messung der Persönlichkeitsmerkmale des Kindes (nicht-verwandtes Konstrukt). Für die Beurteilung der Kriteriumsvalidität und der konvergenten Validität diagnostischer Verfahren sind dabei zwei weitere Begriffe von zentraler Bedeutung: Sensitivität und Spezifität. Leicht erklären lassen sich diese beiden Begriffe im medizinischen Kontext: Die Sensitivität eines diagnostischen Verfahrens meint hier denjenigen Prozentsatz unter sämtlichen tatsächlich erkrankten Personen, die durch das Verfahren korrekt als erkrankt diagnostiziert werden. Umgekehrt bezeichnet die Spezifität des Verfahrens denjenigen Prozentsatz unter sämtlichen tatsächlich gesunden Personen, die korrekt als gesund diagnostiziert werden. Ersetzt man das Begriffspaar *gesund/krank* durch *gefährdet/nicht-gefährdet* oder *betroffen/nicht-betroffen*, so lassen sich die Begriffe Sensitivität und Spezifität auf das Feld der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt übertragen. Die Validität eines diagnostischen Verfahrens ist umso grösser, je höher Sensitivität *und* Spezifität ausfallen.

Der Begriff **Reliabilität** meint das Ausmass, in dem eine Messung exakt desselben Gegenstandes jeweils exakt dieselben Messergebnisse reproduziert. Wird die tatsächliche Temperatur 21° Celsius von einem Thermometer einmal als 20° angegeben und das nächste Mal als 25°, so ist das Thermometer als Messmethode nicht reliabel. Gibt es jedesmal 21° an, so ist es reliabel. Letzteres würde indes auch gelten, wenn jedesmal 30° angegeben würden: Entscheidend für die Reliabilität ist nicht die Wahrheit des Messergebnisses, sondern nur der Umstand, dass es unter exakt denselben Bedingungen jeweils exakt reproduziert wird. Reliabilität ist insofern eine notwendige, aber keine zureichende Bedingung von Validität. Die Reliabilität von Messmethoden wird in den Sozialwissenschaften üblicherweise auf drei Arten erfasst: durch Masse der internen Konsistenz, der Test-Rest-Reliabilität sowie der Interrater-Reliabilität. Erläuterungen zu diesen drei Messmethoden finden sich an anderer Stelle (z. B. Vogt & Johnson, 2011). Für den vorliegenden Zusammenhang ist wichtig, dass sich Reliabilität quantifizieren und nach ihrer Qualität beurteilen lässt.

Die Übersichten zu den einzelnen Instrumenten und Verfahren in den Tabellen 3–6 werden im Folgenden jeweils zunächst kurz im Hinblick auf ihren zentralen Erkenntnisgehalt kommentiert. In den darauf folgenden Abschnitten greifen wir für jeden der vier Anwendungskontexte (Gesundheitsversorgung, Forschung, Kinderschutz, Forensik) ein Verfahren beispielhaft heraus und beschreiben es näher. Links zu diesen Instrumenten sind dem Bericht im Anhang beigelegt.

Wie aus **Tabelle 3** hervorgeht, liegt spezifisch für den Anwendungsbereich der Gesundheitsversorgung eine Reihe von Instrumenten vor, die auf die Erkennung und in manchen Fällen die Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt ausgerichtet sind (zur Unterscheidung dieser Begriffe siehe Kasten 1, S. 4f.). Die Mehrheit dieser Instrumente bezieht sich ausschliesslich auf Gewalt in intimen Partnerschaften und berücksichtigt nicht die Situation allfälliger beteiligter Kinder. Einige berücksichtigen jedoch schwangere Frauen oder werden bei Jugendlichen eingesetzt. Die Datenquelle sind in den meisten Fällen die von der Gewalt betroffenen Frauen, die Methode diejenige des Selbstbeurteilungsbogens oder des Interviews. Hinsichtlich psychometrischer Gütekriterien ragt kein Verfahren eindeutig heraus, Befunde zu Validität oder Reliabilität fehlen oder sind, wo sie vorliegen, in vielen Fällen nur mässig überzeugend. Das genaue Setting der Anwendung variiert stark, am häufigsten sind die Verfahren in der medizinischen Notfallversorgung eingesetzt worden, daneben kommen auch Psychiatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Allgemeinpraxis wiederholt vor. Spezifische Instrumente zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen ausserhalb von Partnergewalt gibt es nur wenige. Zwei davon betreffen die Erkennung einer körperlichen Misshandlung als Ursache körperlicher Verletzungen (*Screening Index for Physical Child Abuse* und *Criteria for Distinguishing Abuse from Accidents*), eines die Identifikation eines sexuellen Missbrauchs (*Signs Associated with Sexual Abuse*). In einem Verfahren (aus dem Anwendungsfeld der medizinischen Notfallversorgung) wird das Risiko einer Kindesmisshandlung anhand elterlicher Merkmale erfasst (*The Hague Protocol*). Nur ein einziges Verfahren, das spezifisch für den Bereich der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung entwickelt wurde, berücksichtigt die betroffenen Kinder selbst als Datenquelle (*Childhood Trauma Questionnaire – Short Form*).

**Tabelle 4** führt diejenigen Instrumente zur Erfassung von Kindeswohlgefährdungen auf, die in der internationalen Forschung derzeit am häufigsten eingesetzt werden und/oder die vielversprechendsten psychometrischen Eigenschaften aufweisen. Dabei lag das besondere Augenmerk der Literaturrecherche auf Instrumenten, die ein möglichst breites Spektrum von Gefährdungen abdecken und sich durch ökonomische Handhabung bzw. kurze Bearbeitungsdauer als Screening-Verfahren eignen könnten. Wie sich zeigt, liegt nur eine Handvoll Instrumente vor, die diese beiden Kriterien erfüllen. Häufiger sind hingegen – ähnlich wie im Bereich der Gesundheitsversorgung – solche Instrumente, die sich auf Gewalt in intimen Partnerschaften beziehen, ohne die Situation beteiligter Kinder gesondert zu berücksichtigen. Lediglich ein Instrument, das in der Literatur hinreichend transparent dokumentiert ist, erfasst spezifisch das Miterleben von häuslicher Gewalt aus der Perspektive der betroffenen Kinder (*Child Exposure to Domestic Violence Scale – CEDV*). Unter den Anwendungsvoraussetzungen ist zu berücksichtigen, dass die Instrumente auf eine *anonyme* Bearbeitung ausgelegt sind, wie sie in Forschungskontexten allgemein üblich ist. Das im Vergleich mit den anderen Anwendungskontexten insgesamt hohe Niveau der Validierung muss in diesem Zusammenhang gesehen werden. Können die befragten Personen sich sicher sein, dass ihre Angaben nicht auf sie als Einzelpersonen zurückverfolgt werden, so fällt damit ein wirkmächtiges Motiv zur Verzerrung des eigenen Antwortverhaltens weg. Müssen sie hingegen – wie es bei einer nicht-anonymen Bearbeitung der Fall ist – damit rechnen, dass sie als Einzelpersonen identifiziert werden können, so mögen Scham, Schuldgefühle oder Befürch-

tungen bezüglich möglicher Konsequenzen dazu führen, dass Antworten verzerrt werden. Dahingestellt bleibt deshalb, ob die soliden Werte vieler Verfahren aus dem Forschungskontext auch dann noch Bestand hätten, wenn die Anonymitätsbedingung aufgehoben wäre.

Tabelle 3: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Gesundheitsversorgung (alphabetisch sortiert)

Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Zeithorizont	Anwendungsbereich	Methode und Quelle	Anz. Items	Validität	Reliabilität	Referenz
Abuse Assessment Screen (AAS)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Geburtsklinik; Frauenklinik; pränatale Gynäkologie; ambulante Psychiatrie; med. Notfallversorgung	1) fragebogengestütztes Interview, Frauen; 2) Selbstbeurteilung (Paper-Pencil und computerunterstützt), Männer und Frauen	3-4	mittel	k.A.	Weiss, Ernst, Cham & Nick (2008)
Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)	Kindeswohlgefährdung: körperlich, psychisch, sexuell, vernachlässigend	diagnostisch	Psychiatrie	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, betroffene Kinder	28	mittel	hoch	Bernstein & Fink (1998)
Criteria for Distinguishing Abuse from Accidents (CDAA)	Körperliche Misshandlung	diagnostisch	Pädiatrie, med. Notfallversorgung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	28	mittel	hoch	Wu, Lu, Lin & Feng (2015)
Danger Assessment (DA)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	prognostisch (Rezidivrisiko)	verschiedene Felder der Gesundheitsversorgung; Gewaltprävention (Beratung)	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	20	hoch	hoch	Campbell, Webster & Glass (2009)
Hague Protocol	Kindeswohlgefährdung	diagnostisch	med. Notfallversorgung	Fremdbeurteilung durch Fachperson, aufgrund von Akteneinsicht oder Elternbefragung	3	mittel	k.A.	Diderich et al. (2014)
HARK	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Chirurgie	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	4	hoch	k.A.	Sohal, Eldridge & Feder (2007)
Hurt, Insulted, Threatened or Screamed at Questionnaire (HITS)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch	diagnostisch	Chirurgie; med. Notfallversorgung	1) fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen; 2) Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Männer	4-7	mittel	k.A.	Sherin, Sinacore, Li, Zitter & Shakil (1998)
Partner Abuse Interview	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Chirurgie	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	11	k.A.	hoch	Pan, Ehrensaft, Heyman, O'Leary & Schwartz (1996)
Partner Violence Screen (PVS)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	med. Notfallversorgung	fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	3	mittel	k.A.	Feldhaus, Kozoil-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein & Abbott (1997)
SAFE-T	Gewalt in Paarbeziehungen: psychisch	diagnostisch	med. Notfallversorgung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, betroffene Frauen	5	k.A.	k.A.	Fulfer, Tyler, Choi, Young et al. (2007)
Screening Index for Physical Child Abuse (SIPCA)	Körperliche Misshandlung	prognostisch	Pädiatrie, Allgemeinmedizin, med. Notfallversorgung	Körperlicher Befund des Kindes, soziodemographische Daten des Kindes	27	mittel	hoch	Chang, Knight, Ziegfeld, Haider & Paidas (2005)
Signs Associated with Sexual Abuse (SASA)	Sexueller Missbrauch	diagnostisch	Pädiatrie	fragebogengestütztes Interview mit Eltern, klinische Beurteilung der Symptome des Kindes	26	hoch	hoch	Wells, McCann, Adams, Voris & Dahl (1997)
Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich	prognostisch (Rezidivrisiko)	Allgemeinmedizin	fragebogengestütztes Interview, Frauen und Männer, Auswertung gerichtlicher Akten	20	hoch	hoch	Kropp & Hart (2000)
STaT	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch	diagnostisch	med. Notfallversorgung	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	3	mittel	k.A.	Paranjape & Liebschutz (2003)
Women Abuse Screening Tool (WAST)	Gewalt in Paarbeziehungen: psychisch	diagnostisch	med. Notfallversorgung	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	8	mittel	hoch	Brown, Lent, Schmidt & Sas (2000)
Women Abuse Screening Tool – Short form (WAST-SF)	Gewalt in Paarbeziehungen: psychisch	diagnostisch	Allgemeinpraxis; med. Notfallversorgung	fragebogengestütztes Interview, betroffene Frauen	2	k.A.	k.A.	Brown, Lent, Schmidt & Sas (2000)



Tabelle 4: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Forschung (alphabetisch sortiert)

Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Zeithorizont	Anwendungsbereich	Methode und Quelle	Anz. Items	Validität	Reliabilität	Referenz
Abuse Risk Inventory (ARI)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	prognostisch	Forschung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	25	mittel	mittel	Yegidis (1989)
Bricklin Perceptual Scales (BPS)	Vernachlässigung	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Jugendliche	64	mittel	mittel	Bricklin (1995)
Child Abuse Potential Inventory (CAPI)	Körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung	prognostisch	Forschung, Forensik, Psychiatrie	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Eltern	160	hoch	hoch	Milner (1994)
Child Attachment Interview	Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind, ggf. Anzeichen missbräuchlicher oder vernachlässigender Erziehung	diagnostisch	Forschung, Psychiatrie	Interview mit Kind	offene Fragen (ca. 30 min.)	hoch	mittel	Target, Fonagy & Shmueli-Goetz (2003)
Child Behavior Checklist (CBCL)	Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, somatische Beschwerden, soziale Kompetenzen	diagnostisch	Forschung, Psychiatrie, Erziehungsberatung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Eltern	138	mittel	mittel	Achenbach & Edelbrock (1980)
Child Exposure to Domestic Violence Scale (CEDV)	Miterleben von innerfamiliärer Gewalt	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Kinder	42	hoch	mittel	Edleson, Shin & Johnson Armendariz (2007)
Childhood Level of Living Scale (CLL)	Vernachlässigung	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Eltern/Fachperson	99	k.A.	mittel	Polansky, Chalmers, Buttenwieser & Williams (1978)
Composite Abuse Scale (CAS)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Forschung, Forensik	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, betroffene Frauen	30	hoch	mittel	Hegarty, Sheehan & Schonfeld (1999)
Index of Spousal Abuse (ISA)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Forschung, Forensik	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, betroffene Frauen	30	hoch	hoch	Hudson & McIntosh (1981)
Indian Family Violence and Control Scale (IFVCS)	Gewalt in Paarbeziehungen: körperlich, psychisch, sexuell	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, betroffene Frauen	63	hoch	hoch	Kalokhe, Stephenson, Kelley, Dunkle et al. (2016)
ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachlässigend	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Kinder	38	hoch	hoch	Zolotor, Runyan, Dunne, Jain et al. (2009)
ISPCAN Child Abuse Screening Tool Parents' Version (ICAST-P)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachlässigend	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, Eltern	59	hoch	hoch	Runyan, Dunne, Zolotor, Madrid et al. (2009)
ISPCAN Child Abuse Screening Tool Retrospective Version (ICAST-R)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachlässigend	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Jugendliche und Erwachsene	36	hoch	hoch	Dunne, Zolotor, Runyan, Andrevva-Miller et al. (2009)
Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachlässigend; Peer-Viktimisierung (körperlich, psychisch, sexuell)	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Jugendliche	34	hoch	mittel	Finkelhor, Hamby, Omrod & Turner (2005)
Measure of emotional abuse (kein Eigenname)	Emotionale Misshandlung	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Jugendliche	46	mittel	hoch	Fernandopulle & Fernando (2003)
Ontario Child Neglect Index (CNI)	Vernachlässigung	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	27	hoch	k.A.	Trocme (1996)
Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTS)	Körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Eltern	80	hoch	mittel	Straus, Hamby, Finkelhor, Moore & Runyan (1998)
Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)	Eltern-Kind-Interaktion mit missbräuchlichem Beziehungsmuster	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	offene Fragen	mittel	mittel	Hatzinikolaou, Karveli, Skoubourdi, Zarkosta et al. (2016)
WorldSAFE Core Questionnaire	alle Kindeswohlgefährdungen, Gewalt in Paarbeziehungen	diagnostisch	Forschung	Fragebogen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, Frauen/Mütter	33	mittel	hoch	Sadowski, Hunter, Bangdiwala & Muñoz (2004)

Tabelle 5: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Kinderschutz/Kinder- und Jugendhilfe (alphabetisch sortiert)

Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Zeithorizont	Anwendungsbereich	Methode und Quelle	Anz. Items	Validität	Reliabilität	Referenz
Berliner Kinderschutzbogen (SFBB)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	ambulante und stationäre Jugendhilfe, Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	60	k.A.	k.A.	Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) (o. J.)
Berner und Luzerner Abklärungsinstrument zum Kinderschutz	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung	20	k.A.	k.A.	Lätsch, Hauri, Jud & Rosch (2015)
California Family Assessment and Factor Analysis (CFAFA)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	23	niedrig	niedrig	Barlow, Fisher & Jones (2012)
Child Abuse Risk Evaluation – Netherlands (CARE—NL)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	14	k.A.	k.A.	Barlow, Fisher & Jones (2012)
Child at Risk Field System (CARF)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	14	niedrig	k.A.	Holder & Corey (1989)
Child Endangerment Risk Assessment Protocol (CERAP)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	15	mittel	k.A.	Fuller & Nieto (2010)
Elternbelastungsscreening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)	Körperliche Misshandlung, Vernachlässigung	prognostisch	Erziehungsberatung, Scheidungsrecht, Kinderschutz	Fragebogen zur Selbstbeurteilung, Eltern	32	niedrig	mittel	Deegener, Spangler, Körner & Becker (2009)
Framework for the Assessment of Children in Need – Family Pack of Questionnaires and Scales	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	ambulante und stationäre Jugendhilfe, Kinderschutz	diverse Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, Kind, Eltern, Fachperson		mittel-hoch	k.A.	Department of Health (2000)
Graded Care Profile	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch	Kinderschutz	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson		k.A.	hoch	Srivastava & Polnay (1997)
Intake Case and Risk Assessment (CARAS)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson		k.A.	mittel	Practice Leadership Unit, Child Protection and Juvenile Justice Branch (1999)
Manitoba Risk Estimation System (MRES)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	22	k.A.	k.A.	Sigurdson & Reid (1990)
Melde- und Prüfbögen des Deutschen Jugendinstituts	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Abklärung von Kindeswohlgefährdungen	Checklisten zur Fremdbeurteilung, Fachperson	12	k.A.	k.A.	Kindler (2006)
Safeguarding Assessment & Analysis Framework (SAAF)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	120	k.A.	k.A.	Bentovim, Cox, Bingley Miller & Pizzey (2009)
SDM Family Risk Assessment Tool	Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung	prognostisch	Kinderschutz	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	12 (abuse) + 11 (neglect)	hoch	mittel	Children's Research Center (2012)
SDM Safety Assessment Tool	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	13	mittel	k.A.	Children's Research Center (2012)
Signs of Safety (SoS)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Checklisten zur Fremdbeurteilung, Fachperson		k.A.	k.A.	Turnell & Edwards (1999)
Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	ambulante und stationäre Jugendhilfe, Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	48-96	k.A.	k.A.	Hillmeier, Huber & Pschibl (2004)
Stuttgarter Kinderschutzbogen (SKB)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	ambulante und stationäre Jugendhilfe, Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	62	k.A.	mittel	Reich (2004)
Washington Risk Assessment Matrix (WRAM)	Kindeswohlgefährdungen: körperlich, psychisch, sexuell, vernachl.	diagnostisch/ prognostisch	Kinderschutz	Verfahren zur Fremdbeurteilung, Fachperson	37	gering	gering	Palmer (1988)

Tabelle 6: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Bereich Forensik (alphabetisch sortiert)

Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Zeithorizont	Anwendungsbereich	Methode und Quelle	Anz. Items	Validität	Reliabilität	Referenz
Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)	Partnergewalt: körperlich, psychisch, sexuell (Kinder nicht berücksichtigt)	prognostisch	Polizei	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	10	k.A.	k.A.	Kropp, Hart & Belfrage (2005)
Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)	Sexueller Missbrauch	diagnostisch	Spezialisierte forensische Abklärung, stationäre Pädiatrie	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson	38	mittel	mittel	Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt et al. (1992)
Domestic Violence Risk Appraisal Guide (DVRAG)	Partnergewalt: körperlich, psychisch, sexuell (Kinder nicht berücksichtigt)	prognostisch	Polizei	Polizeiliche Akten und Hare Psychopathy Checklist (PCL-R)	14	k.A.	k.A.	Hilton, Harris, Rice, Houghton & Eke (2008)
Domestic Violence Screening Instrument – Revised (DVSI-R)	Partnergewalt: körperlich, psychisch, sexuell (Kinder nicht berücksichtigt)	diagnostisch	Strafvollzug	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson aufgrund Auswertung strafrechtlicher Akten	12	hoch	k.A.	Williams & Grant (2006)
Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)	Partnergewalt: körperlich, psychisch, sexuell (Kinder nicht berücksichtigt)	prognostisch	Polizei	Fragebogen zur Fremdbeurteilung, Fachperson aufgrund Auswertung polizeilicher Akten	13	hoch	k.A.	Hilton & Harris (2009)

Die in **Tabelle 5** dargestellten Instrumente und Verfahren sind inhaltlich äusserst heterogen. Das gilt insbesondere in Bezug auf den Grad der Standardisierung, dem sie die Entscheidungsfindung unterziehen. Das Spektrum reicht hier von den *Melde- und Prüfbögen des Deutschen Jugendinstituts* bis hin zu den Instrumenten des *Structured-Decision-Making Model (SDM)*. Erstere beschränken sich darauf, Forschungsbefunde zu zentralen Einschätzungsaufgaben des Abklärungsprozesses zusammenzufassen, um der Praktikerin bzw. dem Praktiker eine gewisse Hilfestellung zu bieten. Letztere führen die Fachperson Schritt für Schritt gleichsam an der Hand: Die Items der Instrumente sind anhand von Definitionskatalogen strikt operationalisiert, und der Entscheidungsprozess ist durch Entscheidungsbäume in hohem Grad vereinheitlicht und strukturiert. Im Vergleich mit den Anwendungsbereichen der Gesundheitsversorgung und insbesondere der Forschung fällt auf, dass die für den Kinderschutz und allgemein für die Kinder- und Jugendhilfe entwickelten Verfahren kaum im Hinblick auf psychometrische und diagnostische Gütekriterien untersucht worden sind. Empirische Hinweise zur Reliabilität und Validität fehlen in den meisten Fällen vollständig und sind, wo doch Befunde vorliegen, wenig ermutigend. Zu den Zielsetzungen der Verfahren insgesamt ist zu sagen, dass sie in der Regel nicht den Anspruch einer Früherkennung bzw. eines Screenings verfolgen, sondern für die Aufgabe der Abklärung von mutmasslichen Kindeswohlgefährdungen entwickelt wurden. Diese Ausgangslage bringt es mit sich, dass die meisten Verfahren einen mehrtägigen oder mehrwöchigen Abklärungsprozess voraussetzen, in dem Daten aus zahlreichen Quellen und Perspektiven zusammengetragen werden müssen. In den vorliegenden Bericht sind solche Verfahren dennoch aufgenommen worden, weil sie das Konstrukt des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung ins Zentrum des Erkenntnisinteresses stellen und den Versuch unternehmen, dieses möglichst differenziert und gründlich abzubilden. Für ökonomisch konzipierte, auf einen breiten und effizienten Einsatz angelegte Screening-Verfahren könnten sie deshalb inhaltlich anregend sein. Für einige der aufgeführten Verfahren gilt zudem, dass sie einzelne Fragebögen oder Checklisten als Bestandteile enthalten, die dem Anspruch an ein Screening-Instrument nahekommen. Am deutlichsten trifft dies auf das *SDM Risk Assessment Tool* zu, das weiter unten beschrieben wird.

In **Tabelle 6** schliesslich sind Instrumente versammelt, die sich grundsätzlich für den Einsatz in der Gesundheitsversorgung eignen könnten, auch wenn sie bisher vorwiegend oder ausschliesslich in forensischen Handlungsfeldern (Polizei, Strafvollzug) verwendet worden sind. Vier dieser Instrumente beziehen sich auf Gewalt in intimen Paarbeziehungen, abermals ohne gesonderte Berücksichtigung der Situation allfällig beteiligter Kinder. Das fünfte Instrument dient der Abklärung des Verdachts auf sexuellen Missbrauch, methodisch wird hier ein fragebogengestütztes Interview mit den Eltern des Kindes eingesetzt.

In den folgenden Abschnitten wird nun für jeden der vier Anwendungskontexte exemplarisch ein Verfahren beschrieben. Gemeinsam ist den Verfahren, dass sie sich aufgrund ihrer Verbreitung und/oder der Qualität ihrer empirischen Validierung für eine eingehendere Prüfung als Screening-Instrumente zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen empfehlen.

### **Gesundheitsversorgung: Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF)**

Das *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ-SF) ist ein Instrument zur retrospektiven Erfassung von Kindeswohlgefährdungen (Bernstein et al., 2003). Es handelt sich um eine gekürzte Fassung des zuvor entwickelten *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein & Fink, 1998). Dessen 70 Items wurde faktorenanalytisch auf 28 Items reduziert. Ziel dieser Reduktion war es, das neue Instrument durch die kürzere Bearbeitungsdauer (ca. 5 Minuten) für Screening-Zwecke nutzbar zu machen. Gedacht ist das CTQ-SF für den Einsatz bei Kindern ab 12 Jahren. Die 28 Items des Instruments verteilen sich auf sechs Skalen. Fünf davon beziehen sich auf Formen von Kindeswohlgefährdungen: körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung. Alle Subskalen setzen sich aus jeweils fünf Items zusammen. Die sechste Skala, bestehend aus drei Items, dient der Validierung, d. h. der Erfassung von Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen, die auf ein verzerrendes Antwortverhalten hindeuten. In sämtlichen Items wird jeweils eine Aussage dargeboten (z. B. „Als Kind glaubte ich, meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren“), die auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Polen „überhaupt nicht“ und „sehr häufig“ zu bewerten ist. Die daraus resultierenden Punktestände können zu einem Gesamtscore (0 bis 25) und zu Subskalen-Scores (jeweils 0 bis 5) addiert werden. Für die ursprüngliche Langfassung des Instruments, bestehend aus 70 Items, sind in der Literatur Schwellenwerte definiert worden, die das dimensionale Format in ein kategoriales überführen (z. B. Bernstein et al., 1997; Scher et al., 2001). Für die Kurzfassung steht das noch aus. Die psychometrischen Eigenschaften der Kurzfassung sind vielversprechend: Die angenommene 5-Faktoren-Struktur liess sich in unterschiedlichen Populationen (klinischen wie nicht-klinischen) replizieren, die interne Konsistenz sämtlicher Subskalen erwies sich als moderat bis hoch, und eine gute konvergente Validität deutete sich darin an, dass die Ergebnisse des *CTQ-SF* in hohem Mass mit denjenigen anderer, aufwendigerer Erhebungsmethoden (halbstrukturierte Interviews, Einschätzungen von behandelnden Psychotherapeut[inn]en) korrespondierten. Eine unautorisierte deutsche Übersetzung liegt vor (Rodewald, 2005).

Bezogen auf den Anspruch der Früherkennung ist zum CTQ-SF allerdings anzumerken, dass es sich prinzipiell nicht für die Identifikation *aktuell* bestehender Kindeswohlgefährdungen vor dem zwölften Lebensjahr eignet, weil es nur für die Befragung von Kindern ab dem zwölften Jahr vorgesehen ist. Auch jenseits des zwölften Lebensjahrs ist das Instrument in seiner gegenwärtigen Form nicht für ein Screening bezüglich *aktueller* Gefährdungen geeignet, weil es gefährdende Ereignisse und Zustände ausschliesslich retrospektiv (im Tempus des Imperfekts) erfragt. Hier scheint indes eine Ausweitung auf aktuelle Ereignisse und Zustände durch Anpassungen der Item-Formulierungen gut möglich. Anzumerken ist schliesslich auch, dass das CTQ-SF keine Skala und keine Items zum Miterleben von Gewalt in intimen Paarbeziehungen enthält.

### **Forschung: ICAST-Instrumente der International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect**

Besondere Beachtung unter den in Tabelle 4 präsentierten Instrumenten verdienen die von der *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) entwickelten Instrumente zur Erfassung von Kindeswohlgefährdungen (Dunne, Zolotor, Runyan, Andrevia-Miller et al. 2009; Runyan, Dunne, Zolotor, Madrid et al., 2009; Zolotor, Runyan, Dunne, Jain et al., 2009). Es handelt sich genauer um drei unterschiedliche Versionen prinzipiell desselben Instruments, die jeweils für die

Befragung von Kindern (ICAST-C), der Eltern (ICAST-P) bzw. die retrospektive Befragung von Erwachsenen (ICAST-R) konzipiert sind. Ungewöhnlich an der Trias ist, dass sie aus einem mehrstufigen Entwicklungsverfahren hervorging, an dem sich Expertinnen und Experten aus zahlreichen Ländern und verschiedenen Kontinenten beteiligten (= hohe Konstruktvalidität). Die ersten Fassungen der Instrumente wurden von einem internationalen Arbeitsgremium im Rahmen zweier Workshops erarbeitet, die weitere Entwicklung erfolgte in einem dreistufigen Delphi-Verfahren unter Beiziehung von mehr als 100 internationalen Expertinnen und Experten. Ziel des Projekts war es, die empirische Operationalisierung von Kindeswohlgefährdungen international zu vereinheitlichen und damit die Vergleichbarkeit von Befunden zu erhöhen. Der Aufbau des Instruments lässt sich am Beispiel der Version für Kinder (ICAST-C) veranschaulichen: Diese besteht aus 38 Items, die sich auf fünf Skalen verteilen: Exposition gegenüber Gewalt, körperliche Viktimisierung, psychische Viktimisierung, sexuelle Viktimisierung sowie Vernachlässigung. Zusätzlich zu diesen fünf Skalen existiert eine Erweiterung, die sich auf Gewalterfahrungen ausserhalb der eigenen Familie bezieht (mit den drei Skalen körperliche, psychische und sexuelle Viktimisierung). Alle drei ICAST-Instrumente sind in Pilotstudien bisher erst an kleineren Stichproben erprobt worden. Dabei ergaben sich für die interne Konsistenz der Skalen moderate bis hohe Werte (vgl. Runyan, Dunne & Zolotor, 2009). An empirischen Validierungsstudien fehlt es bisher. Nicht überprüft ist die angenommene Faktorenstruktur.

In der Gesamtbetrachtung vereinen die ICAST-Instrumente verschiedene Vorzüge: Der Umfang der Instrumente ist vergleichsweise gering und die Bearbeitungsdauer entsprechend kurz, erfasst wird ein breites Spektrum von Kindeswohlgefährdungen einschliesslich des Miterlebens von innerfamiliärer Gewalt, die Instrumente liegen in unterschiedlichen Versionen für unterschiedliche Personengruppen vor und sind in internationalen Expertengruppen breit vernehmlicht und diskutiert worden. Dabei ist anzumerken, dass sie zu Forschungszwecken konzipiert und bisher ausschliesslich in solchen erprobt worden sind. Dieser Umstand ist insbesondere für den kritischen Punkt der Anonymität von Bedeutung: Empirische Forschung garantiert Anonymität in aller Regel und beseitigt damit eine zentrale Quelle verzerrenden Antwortverhaltens. Ob sich dieselbe Art der Datenerhebung (Selbstbeurteilung anhand eines Fragebogens) auch im Kontext von Screenings anwenden lässt, die Anonymität nicht garantieren können, ohne ihren Zweck zu verlieren, ist bisher nicht hinreichend geklärt.

### **Kindesschutz: Structured-Decision-Making Model (SDM): Risk Assessment Tool**

Das SDM Risk Assessment Tool ist Teil eines umfassenderen Sets von Instrumenten, die gesamthaft als *Structured-Decision-Making Model* (SDM) bezeichnet werden und sich auf den gesamten Prozess eines Kindesschutzfalles von der Entgegennahme einer Gefährdungsmeldung bis hin zur Überprüfung der Wirksamkeit von Massnahmen beziehen (Children's Research Center, 2012). Das Risk Assessment Tool dient dabei der Risikoeinschätzung im Zuge der Abklärung einer Kindeswohlgefährdung. Es kommt erst dann zum Einsatz, wenn zuvor festgestellt worden ist, dass das Kind in der aktuellen Situation keinen *akuten* Gefährdungen ausgesetzt ist. Ziel ist eine längerfristige Prognose, die den Unterstützungsbedarf der Familie im Horizont von ein bis zwei Jahren antizipieren soll. Das Tool ist empiriebasiert, die verwendeten Items beruhen auf Risikofaktoren künftiger Kindeswohlgefährdungen, die im Rahmen umfangreicher Fallanalysen identifiziert worden sind. Das Instrument besteht aus zwei Skalen (Risiko einer körperlichen Misshandlung sowie Risiko einer Vernachlässigung), die aus 12 bzw. 11 Items bestehen. Die aus der Beurteilung der Items zusammengetragenen Punktestände werden zu Gesamtscores addiert. Aus diesen Gesamtscores lässt sich sowohl für körperliche Miss-

handlung als auch für Vernachlässigung eine vierstufige Risikoeinschätzung ableiten, die von „niedrig“ bis „sehr hoch“ reicht. Für jede Risikostufe ist definiert, wie häufig der Kontakt mit der betreffenden Familie mindestens herzustellen ist, um den Fallverlauf zu beobachten und ggf. Unterstützungsmassnahmen zu ergreifen. Die Zuordnung der Risikostufen zu den genaueren Kontaktfrequenzen ist dabei von jeder Institution, die das Instrument anwendet, individuell und unter Berücksichtigung der gegebenen Ressourcen zu bestimmen.

Im Unterschied zu den meisten anderen Instrumenten und Verfahren im Anwendungsbereich des Kinderschutzes ist das SDM und mit ihm dessen Risk Assessment Tool gründlich evaluiert worden. Dabei hat sich gezeigt, dass das Risk Assessment Tool eine hohe prädiktive Validität aufweist. Das neuerliche Auftreten von Gefährdungsmeldungen und -ereignissen kann damit besser vorausgesagt werden als durch den Rückgriff auf erfahrungsbasiert-intuitive Urteile oder andere herkömmliche, nicht empiriebasierte Entscheidungshilfen (Barlow, Fisher & Jones, 2012). Im Hinblick auf den Einsatz auch in anderen Feldern der Früherkennung sind diese Ergebnisse bemerkenswert; allerdings ist hinzuzufügen, dass das Instrument ausschliesslich auf der Analyse von Fallentwicklungen in den Vereinigten Staaten beruht, die wiederum nur in einigen Bundesstaaten durchgeführt wurde. Eine Anwendung und empirische Überprüfung in anderen kulturellen und geographischen Kontexten steht noch aus. Auch ist das Instrument ausschliesslich zur Prognose von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung ausgerichtet, wobei bei Letzterer nicht zwischen unterschiedlichen Formen von Vernachlässigung (z. B. körperlich und emotional) differenziert wird. Das ausschliessliche Miterleben von innerfamiliärer Gewalt findet keine Berücksichtigung.

### **Forensik: Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)**

Das vermutlich bekannteste der fünf Verfahren aus Tabelle 6 ist das *Ontario Domestic Assault Risk Assessment* (ODARA), ein Instrument zur Vorhersage der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Täter(inne)n von Partnergewalt (Hilton & Harris, 2009). Konzipiert wurde das ODARA für die Anwendung durch Polizistinnen und Polizisten, es wird aber mittlerweile auch in anderen Kontexten, beispielsweise in der Täterberatung und Täterarbeit eingesetzt. Die 13 Items des Instruments werden von der Fachperson selbst im Ja/Nein-Format beantwortet; dabei greift sie zum einen auf Aussagen des Opfers, zum anderen auf polizeiliche oder andere Akten zur Vorgeschichte des Täters/der Täterin zurück. Zu den beurteilten Bereichen gehören Drohungen, die der Täter/die Täterin ausgesprochen hat, vergangene oder gegenwärtige Formen von Delinquenz und Suchtverhalten des Täters/der Täterin, das Ausmass der Angst, die das Opfer empfindet oder die Verfügbarkeit von schützenden Einflüssen im Umfeld. Aus der Beantwortung der Items ergibt sich eine gesamthafte Risikoeinschätzung, die von 0 bis 7 reicht; die Risikoeinschätzung sagt dabei sowohl die Wahrscheinlichkeit wie die mutmassliche Schwere eines allfälligen Rückfalls voraus. In Verbindung mit der *Hare Psychopathy Checklist* von Hare (1991) kann das ODARA zudem zu einem Verfahren ausgebaut werden, das zusätzlich die Wahrscheinlichkeit eines Tötungsdelikts als Folge von Partnergewalt voraussagt. Dieses Instrument, das ebenfalls in Tabelle 6 aufgeführt ist, nennt sich *Domestic Violence Risk Appraisal Guide* (DVRAG) (Hilton, Harris, Rice, Houghton & Eke, 2008). In einer jüngeren Meta-Analyse erwies sich die prädiktive Validität des ODARA im Vergleich mit anderen Verfahren (darunter die in Tabelle 3 aufgeführten Instrumente *Danger Assessment* und *Spousal Assault Risk Assessment*) als überlegen (Messing & Thaller, 2013).

Für die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen ist das ODARA insofern relevant, als der Rückfall eines Täters/einer Täterin auch zu einer Gefährdung des Kindes führen kann, sofern ein solches im selben Haushalt lebt. Die Frage, ob und in welcher Form Kinder als Zeugen der Gewalt mit betroffen sind, wird durch das Instrument allerdings nicht berücksichtigt.

### 3.1.2 Erkenntnisse zu Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Instrumenten und Verfahren der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen

Im voranstehenden Kapitel wurden wissenschaftlich fundierte Instrumente und Verfahren dargestellt, die für die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen relevant sind (oder es – wie im Fall der zahlreichen Instrumente zur Identifikation von Gewalt ausschliesslich in intimen Paarbeziehungen – durch inhaltliche Erweiterungen werden könnten). Neben der Auflistung in tabellarischer Form wurden qualifizierende Aspekte berücksichtigt, namentlich empirische Belege zur Validität und Reliabilität der Instrumente. Dabei ging es um Einzelbeurteilungen, nicht um allgemeinere Erkenntnisse zur Frage, welche Wirksamkeit der Einsatz evidenzbasierter Instrumente im Bereich der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen insgesamt verspricht und von welchen genaueren Modalitäten der Umsetzung und Einbettung diese Wirksamkeit abhängt. Diese Themen bilden den Gegenstand des folgenden Kapitels.

Auffällig ist zunächst, dass sich zahlreiche Autorinnen und Autoren *aus theoretischer Warte* klar für den Einsatz evidenzbasierter Verfahren<sup>13</sup> aussprechen, weil diese den Schutz des Kindes und die Planung passgerechter Interventionen zu verbessern versprechen (Bartelink, van Yperen & ten Berge, 2015; Bolton & Lennings, 2010; Coker, Flerx, Smith, Whitaker, Fadden & Williams, 2007; Kindler, 2010; McFarlane, Parker, Soeken & Bullock, 1992; Slep, Heyman & Foran, 2015). Diese Einschätzung folgt in der Regel aus der Feststellung, dass Fachkräfte im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt sind, die die Präzision des nicht explizit-regelgeleiteten, sondern intuitiv-erfahrungsbasierten Urteils beeinträchtigen. Die Situation der jeweiligen Familien sei oft komplex und dynamisch, Informationen fehlten oder seien widersprüchlich, die Beurteilung der Situation müsse in Ermangelung expliziter Entscheidungsregeln intuitiv erfolgen, relevante Informationen könnten leicht übersehen werden. Risikoeinschätzungen und Bedarfsabklärungen würden folglich allzu oft auf einem verzerrten Bild der Situation des Kindes bzw. der Familie beruhen, darauf basierende Interventionen könnten den Problemen nicht gerecht werden. Statt Kinder ausreichend zu schützen, könne sich die Situation verschlimmern – beispielsweise dadurch, dass unverhältnismässige ausserfamiliäre Unterbringungen zu Beziehungsabbrüchen führen oder die fortdauernde Gewalt schwerwiegende Verletzungen der Kinder zur Folge hat (z. B. Munro, 1999, 2008).

Neben solchen Einschätzungen, die den Einsatz evidenzbasierter Verfahren prinzipiell befürworten, finden sich in der Literatur allerdings auch eine Reihe von Arbeiten, die den Nutzen systematischer Früherkennungsverfahren in ein kritisches Licht rücken. In diesen Arbeiten wird darauf hingewiesen, dass insbesondere bei einem breiten Screening *ohne vorausgehendes Verdachtsmoment* die Gefahr einer inakzeptabel hohen Quote an falsch-positiven Befunden drohe: Viele Personen würden als Folge des Screenings fälschlich eines gewaltsamen Verhaltens verdächtigt und damit unnötig stigmatisiert. So schreiben etwa MacMillan et al. (2001) in ihrer systematischen Übersicht zu Massnahmen der Prävention von Kindeswohlgefährdungen: „Because of the high false-positive rates of screening tests for child maltreatment and the potential for mislabelling people as potential child abusers, the possible

---

<sup>13</sup> Mit dem Begriff „evidenzbasiert“ wird dabei nicht zwingend nur auf standardisierte Verfahren (vgl. Kasten 1) Bezug genommen, sondern allgemein auf Instrumente, deren Eignung in empirischen Studien überprüft worden ist.



harms associated with these screening manoeuvres outweigh the benefits.” Zu ähnlichen Einschätzungen gelangen auch andere Autor(inn)en (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb & Janson, 2009; McTavish et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2013). Auffällig ist allerdings, dass die erwähnten Nachteile für betroffene Kinder und Familien vorwiegend theoretisch postuliert, jedoch kaum empirisch nachgewiesen werden, wie in mehreren Studien angemahnt wird (Feder, Ramsay, Dunne, Rose et al., 2009; Nelson, Nygren, McInerney, Klein et al., 2004; Wathen & MacMillan, 2003).

Inwiefern sind evidenzbasierte Instrumente und Verfahren also im Licht *empirischer* Befunde geeignet, zu einer Verbesserung der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen beizutragen? Die Forschungsliteratur zu dieser Frage ist mehrheitlich geprägt von widersprüchlichen Befunden und Schlussfolgerungen.

Auf der einen Seite stehen Studien, die zeigen, dass evidenzbasierte Abklärungsverfahren und Screening-Instrumente die Transparenz getroffener Entscheidungen erhöhen können (Barlow et al., 2012), das Verständnis der Fachkräfte für Ursachen und Folgen von innerfamiliärer Gewalt fördern (Anderson, Marshak & Hebbeler, 2002) sowie durch klare Anleitungen zur Datenanalyse davor bewahren, dass wichtige Informationen übersehen werden (Short, Hadley & Bates, 2002). Festgestellt wird ferner, dass Fachkräfte sensibilisiert würden für die Möglichkeit innerfamiliärer Gewalt und sich vermehrt in der Lage sähen, auch subtilere Hinweise auf die jeweilige Problematik wahrzunehmen (Thurston, Tutty, Eisener, Lalonde, Belenky & Osborne, 2009; Wu, Lu, Lin & Feng, 2015). Die Anwendung der Instrumente habe das Potenzial, die Analyse und die nachfolgende Entscheidungsfindung zu verbessern und zu einer sorgfältigeren Planung von Interventionen beizutragen (de Kwaadsteniet, Bartelink, Witteman, ten Berge & van Yperen, 2013; Hägele, 2012; Kalokhe, Stephenson, Kelley, Dunkle et al., 2016; Léveillé & Chamberland, 2010; Strobel, Liel & Kindler, 2008). Konkret wurden in Bezug auf Screening-Verfahren positive Effekte beispielsweise in folgenden Bereichen festgestellt:

- Reduktion von Fällen erlebter Partnergewalt bei Müttern neugeborener Kinder, die vor der Geburt des Kindes an einem Screening zu Gewalt in intimen Partnerschaften teilgenommen hatten (Spangaro, Zwi, Poulos & Man, 2010)
- Verstärkte Reflexion der Betroffenen über die eigene Situation, zunehmendes Wissen bezüglich der Verbreitung von Missbrauch und dessen Einfluss auf die Gesundheit sowie damit verbunden erhöhte Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Spangaro et al., 2010)
- Verbesserungen des psychischen und/oder körperlichen Gesundheitszustands betroffener Frauen nach Anwendung der *Women Experience with Battering Scale* (Coker et al., 2001).
- Erkennen von nicht sichtbaren Verletzungen durch den Einsatz des *Abuse Assessment Screen* (AAS) (Anderson, Stockman, Sabri, Campbell & Campbell, 2015)
- Deutliche Erhöhung der Anzahl vermuteter und bestätigter Kindeswohlgefährdungen in der medizinischen Notfallversorgung nach Einführung des *The Hague Protocol* (Diderich, Fekkes, Verkerk, Pannebakker et al., 2013).

In dieser Aufzählung wird deutlich, dass der Nutzen von Screening-Verfahren häufiger für Gewalt in intimen Partnerschaften als für innerfamiliäre Gewalt an Kindern untersucht worden ist (vgl. Edleson, Ellerton, Seagen, Kirchberg, Schmidt & Ambrose, 2007).

Einige Studien, die die theoretisch angenommenen Stigmatisierungseffekte und andere negative Begleiterscheinungen im Bereich der Früherkennung von Gewalt in intimen Partnerschaften empirisch

beleuchtet haben, erbrachten keine Hinweise auf solche Effekte (O'Doherty, Hegarty, Ramsay, Davidson Leslie, Feder & Taft, 2015). Andere Arbeiten legen den Schluss nahe, dass ein routinemässiges Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich gut akzeptiert wird (Coker et al., 2007; Koziol-McLain, Garrett, Fanslow, Hassall, Dobbs & Lovell, 2010), allerdings je nach Anwendungskontext mit deutlich schwankenden Raten zwischen 43 und 85 % (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson & Feder, 2002). Eher im Widerspruch dazu steht nun allerdings wieder, dass in jüngeren Arbeiten doch verschiedene negative Auswirkungen geringer Effektstärke festgestellt worden sind, die jeweils unmittelbar nach dem Einsatz des Screening gemessen wurden: etwa erhöhtes Unwohlsein, Stress, Scham oder die Angst vor Einmischung der Behörden (Thackeray, Hibbard & Dowd, 2010).

Neben dem Risiko von Falsch-Positiv-Diagnosen wird in der Literatur immer wieder auf das umgekehrte Risiko von Falsch-Negativ-Diagnosen hingewiesen: darauf, dass bestehende Gefährdungen trotz eines Screenings oft unerkant bleiben könnten. Bezogen wiederum auf die Identifizierung von Gewalt in intimen Beziehungen kommen verschiedene Autor(inn)en zum Schluss, dass viele Frauen im Kontext eines universellen Screenings kaum bereit seien, Erlebnisse von Partnergewalt offenzulegen (Catallo, Jack, Ciliska & MacMillan, 2013; Chang, Decker, Moracco, Martin, Peterson & Frasier, 2003; Liebschutz, Battaglia, Finley & Averbuch, 2008). In einer Übersichtsarbeit zeigte sich zudem, dass Screenings zwar in manchen Fällen die Rate an identifizierten Fällen von Partnergewalt erhöhten, keine deutlichen Belege fanden sich jedoch dafür, dass dies auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme wirksamer Unterstützungsleistungen führte (Ramsay et al., 2002).

Eine weitere Schwäche von universellen Screenings wird darin gesehen, dass sie personelle und ökonomische Ressourcen binden, die im ungünstigen Fall auf Kosten der Aufmerksamkeit für Hochrisiko-Gruppen gehen und damit die Betreuung und Behandlung dieser Gruppen beeinträchtigen (Wathen et al., 2008). Tendenziell kritisch wird der Einsatz von Früherkennungsinstrumenten schliesslich auch von den Praktikerinnen und Praktikern in der Gesundheitsversorgung selbst betrachtet. Vorbehalte bestehen beispielsweise aufgrund der Tatsache, dass Screenings und die Planung daraus sich ergebender Interventionen zu deutlicher Mehrarbeit führen können. Immer wieder betont wird dies insbesondere in beruflichen Kontexten, in denen die zeitlichen Ressourcen besonders knapp sind, etwa in Notfallabteilungen von Kliniken (vgl. Brown, Lent, Schmidt & Sas, 2000; Coker et al., 2001; Léveill e & Chamberland, 2010; Thackeray et al., 2010). In zwei angelsächsischen Befragungsstudien sprachen sich jeweils rund zwei Drittel der Ärzte und Ärztinnen sowie rund die Hälfte der Pfleger(innen) gegen die Einführung von Screening-Verfahren zu innerfamiliärer Gewalt aus (Ramsay et al., 2002). Eine Rolle scheint dabei auch die Befürchtung zu spielen, von Eltern rechtlich belangt zu werden, falls sich ein Misshandlungsverdacht nicht bestätigt (Lips, 2014).

### **Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Screening-Verfahren: Vermittelnde Faktoren zum adäquaten Umgang mit Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt und Kindeswohlgefährdung**

Die bisher vorliegenden Befunde zu Nutzen und Kosten von Screening-Verfahren im Kontext innerfamiliärer Gewalt fallen widersprüchlich aus, wie im voranstehenden Absatz deutlich wurde. Dieser Umstand ruft nach Erklärungen dafür, von welchen *vermittelnden Faktoren* die Eignung und Wirksamkeit entsprechender Verfahren abhängen mag. Führen möglicherweise nur bestimmte Formen von

Screenings unter spezifischen Umständen zu positiven Ergebnissen, während andere Formen und andere Umstände keine oder gegenteilige Effekte mit sich bringen? Im Folgenden wird diese Fragestellung entlang unterschiedlicher Bereiche potentieller Einflussfaktoren thematisiert.

*Universelles Screening vs. verdachtinduziertes Vorgehen<sup>14</sup>*: Der Begriff „universelles Screening“ bezeichnet Verfahren, in denen sämtliche Angehörige einer Population auf das Vorhandensein potentieller Gefährdungen befragt werden, ohne dass vorgängig bereits besondere Anzeichen einer solchen Gefährdung vorliegen müssen. In der Gesundheitsversorgung kann das beispielsweise bedeuten, dass ärztliche Fachpersonen *alle* ihre Patientinnen und Patienten nach Vorkommnissen innerfamiliärer Gewalt befragen, ungeachtet allfälliger Verdachtsmomente. Weiter oben sind verschiedene Arbeiten zitiert worden, die den Nutzen solcher universellen Screening-Verfahren zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt in Zweifel ziehen (z. B. Gilbert et al., 2009; MacMillan et al., 2009; WHO, 2013). Bei näherer Betrachtung ist die Befundlage allerdings auch hier keine ganz eindeutige. Thackeray et al. (2010) stellen in einer Übersichtsarbeit fest, dass es keine klaren Belege gibt für die Unterlegenheit universeller Screening gegenüber solchen, die durch einen Anfangsverdacht, d. h. das Vorhandensein allfälliger Warnzeichen nahegelegt werden (verdachtinduziertes Vorgehen). Thurston et al. (2009) zeigen für Screenings zu innerfamiliärer Gewalt in der ärztlichen Praxis, dass sich einige Patient(inn)en sogar wohler fühlten, wenn sie wussten, dass alle anderen auch befragt werden, andere reagierten dagegen defensiv, weil sie befürchteten, fälschlich als Täter(innen) oder Opfer von Gewalt identifiziert zu werden. Eine Gruppe unter den befragten Ärzten und Ärztinnen sprach sich zudem dafür aus, dass ein universelles Screening nicht praktikabel sei – insbesondere nicht bei Personen, die bereits Unterstützung durch spezialisierte Stellen erhielten, oder solchen, die den Arzt oder die Ärztin wegen geringfügiger Beschwerden (z. B. Heiserkeit) aufsuchten.

*Methode der Befragung/Erhebung*: Bevorzugen Personen, die an einem Screening-Verfahren teilnehmen, das Setting des Interviews oder die schriftliche Befragung? Welche Methode führt zu valideren Ergebnissen? In einer Studie gaben Frauen Erlebnisse von Partnergewalt häufiger im Gespräch als in der schriftlichen Befragung an (Norton, Peipert, Zierler, Lima & Hume, 1995), in einer anderen waren sie in der schriftlichen Befragung eher dazu bereit als in der mündlichen (MacMillan et al., 2009), und in einer dritten Gruppe zeigten sich diesbezüglich keine Unterschiede (O’Doherty et al., 2015). In einem Vergleich zwischen den drei Erhebungsmethoden Interview, Selbstbeurteilungsfragebogen im Papierformat und Selbstbeurteilungsfragebogen am Computer zeigte sich in einer Studie, dass Frauen am ehesten von erlebter innerfamiliärer Gewalt berichteten, wenn sie die Fragen am Computer beantworteten, kein Unterschied ergab sich zwischen den anderen beiden Methoden (Hussain, Sprague, Madden, Hussain, Pindiprolu & Bhandari, 2015). Dass computerunterstützte Selbstbeurteilungen die Bereitschaft zum Bericht von Gewalterfahrungen erhöhen können, belegen zudem zwei weitere Untersuchungen (Ahmad, Hogg-Johnson, Stewart, Skinner, Glazier & Levinson, 2009; Lewis-O’Connor, 2008). Die Gründe dafür sind empirisch nicht geklärt. Hypothetisch lassen sie sich damit in Verbindung bringen, dass das Ausfüllen am Computer einen stärkeren Eindruck von Anonymität vermittelt und damit die Schwelle zur Offenlegung unangenehmer Erfahrungen senkt. Hinweise bestehen ferner darauf, dass Frauen Screenings zu innerfamiliärer Gewalt besser akzeptieren, wenn sie in einen umfangreicheren Fragebogen auch zu anderen, weniger invasiven Themen eingebettet sind (Hooker, Small, Humphreys, Hegarty & Taft, 2015). Kaum Untersuchungen sind bisher zu Vor- und Nachteilen

---

<sup>14</sup> Zur grundlegenden Unterscheidung zwischen universellen Screenings und verdachtsinduziertem Vorgehen siehe Kasten 1.

unterschiedlicher Erhebungsmethoden bei anderen Personengruppen, beispielsweise bei Kindern, vorgelegt worden. Gut belegt ist, dass Kinder und Jugendliche sich nur selten emotional beeinträchtigt fühlen, wenn sie in Forschungsstudien nach Erfahrungen von Gewalt und anderen unangenehmen Erfahrungen befragt werden (z. B. Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby & Shattuck, 2014; Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders & Kilpatrick, 2011), und zwar unabhängig davon, ob das Setting die Anonymität der Befragten gewährleistet (Selbstbeurteilungsfragebogen) oder nicht (Interview). Unzulässig wäre es indessen, diesen Befund unbesehen auf den gänzlich anderen Kontext von Screenings übertragen zu wollen. Gänzlich anders ist dieser Kontext deshalb, weil Screenings anders als Forschungsstudien zu unmittelbaren Konsequenzen für die Befragten führen können (z. B. zum Angebot oder gar zur Anordnung von Interventionen).

*Setting der Befragung/Erhebung:* Ergiebiger ist die Literatur hingegen bezüglich der Frage, in welchen Settings die mit einem Screening zu innerfamiliärer Gewalt verbundene Erhebung bevorzugt durchgeführt werden sollte und welche besonderen Zielsetzungen es dabei zu berücksichtigen gilt. Eine repräsentative Sammlung der wichtigsten Empfehlungen, die diesbezüglich in der Literatur kursieren, legen McTavish et al. (2016) vor. Von besonderer Bedeutung sind folgende Punkte: 1) Die Erhebung zu bisher vorgefallener Gewalt in der Familie muss zugleich sicherstellen, dass die Sicherheit des Kindes oder der gewaltbetroffenen erwachsenen Person für die unmittelbare Zukunft gewährleistet ist. Dazu gehört das Erstellen eines „Sicherheitsplans“ (engl. *safety plan*) für den Fall, dass neuerliche Gewalt droht (vgl. MacMillan, Wathen & Varcoe, 2013). 2) Das Kind und die Elternteile müssen separat befragt werden, also nicht im Beisein anderer Familienmitglieder. 3) Bei der Befragung von Kindern gilt es, altersangemessene Formulierungen zu wählen, also beispielsweise für das Kind unverständliche Fachausdrücke zu vermeiden (vgl. Hibbard, Barlow & MacMillan, 2012). 4) Der Grad der Vertraulichkeit des Gesprächs muss den Betroffenen gegenüber thematisiert werden. Dazu gehört gegebenenfalls die Auskunft darüber, dass die Fachperson verpflichtet ist, Informationen an andere Stellen weiterzugeben, falls diese auf eine unmittelbare Bedrohung für eine der beteiligten Personen hindeuten. Genauere Hinweise zur Formulierung dieser und weiterer Auskünfte gegenüber den Befragten finden sich teilweise in der Literatur (z. B. Feder, Hutson, Ramsay & Taket, 2006; MacMillan & Wathen, 2014; WHO, 2014). Da es sich hier nicht um empirische Studien zur Angemessenheit unterschiedlicher Formulierungen handelt, sondern um aus der Praxis entwickelte fachliche Empfehlungen, werden sie nicht im vorliegenden Kapitel zur Literaturübersicht, sondern in der Dokumentenanalyse berücksichtigt.

*Fachkompetenz:* Mehrere Studien deuten darauf hin, dass Fachkräfte über spezifisches Wissen verfügen müssen, um Screening-Instrumente wirksam anzuwenden – nicht nur in Bezug auf die Formen und Ursachen von Gewalt, sondern auch im Hinblick auf methodische Fragen der Auswertung und Gewichtung der jeweiligen Informationen. Würden beispielsweise Skalen, die im medizinischen Kontext entwickelt wurden, in anderen Bereichen (etwa in der Schule) verwendet, so werde das Instrument teilweise zu „mechanisch“ angewendet, was dazu führe, dass nur die Oberfläche der Problematik erfasst und soziale oder kulturelle Kontexte ausgeblendet würden. Der Blick auf ein Kind werde entsprechend verengt bzw. auf einige wenige Beurteilungsdimensionen reduziert (Bartelink et al., 2015; Thackeray et al., 2010). Eine derartige Verwendung der Instrumente wird mit dem Risiko von Willkür sowie einer übertriebenen „Medikalisierung“ in Verbindung gebracht (Suesser, 2012). Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass Screening-Instrumente in der Hand von spezialisierten Fachleuten eine geeignete Arbeitshilfe sein können, nicht aber durch weniger qualifizierte Berufsgruppen oder Laien angewendet werden dürfen (Herrmann, Banaschak, Thyen & Dettmeyer, 2010). Im letzten Jahrzehnt

an Bedeutung gewonnen haben in diesem Zusammenhang Schulungsprogramme, die sich auf die Identifikation und Unterstützung von Kindern beziehen, die Zeugen von elterlicher Partnergewalt geworden sind. Wirksamkeitsstudien zu diesen Programmen zeigen auf, dass sich das Wissen, die Einstellung und die subjektive Kompetenzüberzeugung zu Themen innerfamiliärer Gewalt bei den teilnehmenden Fachpersonen noch ein Jahr nach der ersten Intervention auf deutlich erhöhtem Niveau hält (Turner, Broad, Drinkwater, Firth et al., 2015). Der Effekt fällt stärker aus, wenn die Inhalte des Programms durch regelmässige „Refresher“- bzw. „Booster“-Sitzungen wachgehalten werden. Ferner liess sich feststellen, dass Absolvent(inn)en des Programms bei ihren Klient(inn)en tatsächlich häufiger Screenings bezüglich innerfamiliärer Gewalt durchführten als Kolleg(inn)en, die das Programm nicht absolviert hatten. Über die Wirksamkeit dieser Screenings – vermittelt durch daran anschliessende Interventionen – ist jedoch nichts bekannt.

*Partizipation der Betroffenen bei der Entscheidungsfindung:* In verschiedenen Studien zeigt sich, dass die aktive Teilhabe von Eltern und/oder Kindern an der Entscheidungsfindung und der Planung von Interventionen positive Auswirkungen auf die unmittelbare Sicherheit und das Wohlergehen der Kinder haben und sich langfristig förderlich auf das Verhalten und die Selbstwirksamkeit von Eltern und Kindern auswirken kann (vgl. Bartelink et al., 2015). Diese Befunde und Überlegungen mögen auf den ersten Blick nur indirekt von Bedeutung für die Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen sein, weil sie sich nicht auf die Identifikation von Gefährdungen, sondern auf die Planung angemessener Unterstützungsleistungen bei festgestellten Gefährdungen beziehen. Allerdings würde durch eine zu strikte Trennung zwischen diesen beiden Bereichen der Umstand verkannt, dass die Übergänge zwischen Diagnostik und Intervention in der Praxis oft fliessend sind, weil dieselben Personen, die Gefährdungen diagnostizieren, in vielen Fällen zugleich Teil des potenziellen Unterstützungssystems sind. Mindestens werfen die vorstehenden Befunde also die Frage auf, wie Früherkennung als diagnostisches Anliegen so zu realisieren ist, dass der partizipative Ansatz bei der Planung von Unterstützungsleistungen nicht verbaut, sondern im Gegenteil vereinfacht wird.

*Strukturelle Einbettung des Screening-Verfahrens:* Nach Einschätzung mehrerer Autor(inn)en können umfassende Programme, die neben dem Screening weitere Komponenten enthalten und in die Struktur der beteiligten Organisationen eingebettet sind, dem komplexen Thema innerfamiliärer Gewalt besser gerecht werden als Verfahren, die nicht von weiteren Massnahmen begleitet sind (Barlow et al., 2012; Gillingham, 2011; Gillingham & Humphries, 2010; O’Campo, Kirst, Tsamis, Chambers & Ahmad, 2011; Short et al., 2002; Turner et al., 2015). Zu solchen begleitenden Massnahmen zählen Schulungen, Supervisionen, multidisziplinäre Ansätze, Unterstützung durch Vorgesetzte, Anpassung des Screening-Prozesses an den Bedarf und die Routine im jeweiligen professionellen Kontext, Hilfe für Betroffene vor Ort oder die Vernetzung mit lokalen, spezialisierten Stellen. Bei der Evaluation von umfassenden, primär im Gesundheitsbereich realisierten Programmen wurden folgende positiven Wirkungen nachgewiesen (McCaw, Berman, Syme & Hunkeler, 2001; Short et al., 2002; Thurston et al., 2009):

- grössere Anzahl tatsächlich durchgeführter Screenings durch Spezialist(inn)en für innerfamiliäre Gewalt
- mehr ärztliche Überweisungen an spezialisierte Dienste
- grössere Sicherheit der Ärzte/-innen und des Klinikpersonals im Umgang mit innerfamiliärer Gewalt, Wissenszuwachs

- stärkeres Bewusstsein für die Verantwortung, die Fachpersonen bezüglich der Identifikation und des wirksamen Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt zukommt
- verbesserte Wahrnehmung vorhandener Ressourcen im Umgang mit innerfamiliärer Gewalt innerhalb der Einrichtung
- verbesserte Kommunikation mit Opfern innerfamiliärer Gewalt
- erhöhte Zufriedenheit der Patient(inn)en mit der Gesundheitsversorgung
- grössere Anzahl von Betroffenen, die direkt Hilfe suchen

Auch scheint ein weites Netz bzw. eine entsprechende Einbettung der Massnahmen langfristig dazu beitragen zu können, dass sich die Gesundheit der Betroffenen verbessert und Missbrauchserfahrungen sowie Risiken reduziert werden (z. B. Tjaden & Thoennes, 2000). Angesichts geringer Stichprobengrössen und einiger weiterer methodischer Einschränkungen müssen diese Befunde jedoch mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden.

### 3.1.3 Zwischenfazit: Literaturreview

In der Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur zu Massnahmen der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen fällt auf, dass Konsens zwischen den Forschenden vorwiegend in einem Punkt besteht: dem Eingeständnis, dass der aktuelle Wissensbestand nicht als ausreichend zu betrachten ist (z. B. Bailhache et al., 2013; Gilbert, Kemp et al., 2009; Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb & Janson, 2009; Kindler, 2010; MacMillan, Wathen, Jamieson et al., 2009; McTavish et al., 2016). Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat eine Fülle von evidenzbasierten Instrumenten hervorgebracht, die in ausgewählten Anwendungskontexten und bezogen auf bestimmte Bereiche von Kindeswohlgefährdungen (z. B. Gewalt in Paarbeziehungen, die eine Gefährdung auch für die mitbetroffenen Kinder darstellen) erprobt und teilweise psychodiagnostisch validiert worden sind (vgl. Kap. 3.1.1). Die Forschungsliteratur bietet also heute bereits eine Reihe von Instrumenten an, die grundsätzlich für einen breiteren Einsatz im Rahmen von Früherkennungsmassnahmen in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden könnten. Eine Auswahl von vier solchen Instrumenten ist im Kapitel 3.1.1 präsentiert worden. Bezogen auf das übergeordnete Anliegen, Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen als routinemässigen Bestandteil in die Gesundheitsversorgung zu integrieren, scheint der Fachdiskurs indessen noch immer weit von einer breit anerkannten und breit umgesetzten Best-Practice entfernt. Dazu fehlt es einerseits an umfangreicheren Modellversuchen, die ein bestimmtes Screening-Verfahren oder -Konzept über einen längeren Zeitraum in unterschiedlichen Handlungsfeldern erprobt hätten; und es fehlt andererseits – als logische Konsequenz – an längsschnittlichen empirischen Studien, die die Eignung, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit solcher Verfahren gründlich untersucht hätten.

Unsicherheiten bestehen beispielsweise bezüglich der Frage, ob ein universelles Screening zu Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung überhaupt ratsam sei; in einigen der oben zitierten Arbeiten wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Nachteile eines solchen Ansatzes (z. B. Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Fachperson und Familie, hohe Raten an Falsch-Positiv- und Falsch-Negativ-Diagnosen) die möglichen Vorteile überwiegen würden (z. B. Gilbert, Kemp et al., 2009; McTavish et al., 2016; WHO, 2013). Unklar bleibt, ob solche Einschätzungen lediglich der Tatsache geschuldet sind, dass sich bisher noch keine hinreichend verlässliche und als wirkungsvoll ausgewiesene Praxis des universellen Screenings etabliert hat, oder ob solche Ansätze grundsätzlich keine Erfolge versprechen. Ähnlich offen ist die Befundlage zur konkreteren Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen, d. h. zu methodischen Aspekten der Befragung von Betroffenen und

des Umgangs mit den dabei gewonnenen Erkenntnissen. So hat sich beispielsweise weder die mündliche Befragung im Rahmen eines Interviews noch das Vorlegen eines schriftlichen Selbstbeurteilungsfragebogens bisher als eindeutig vorteilhaft erwiesen. Triftig erscheint die Annahme – auch bezogen auf andere methodische Aspekte der Früherkennung –, dass es selbst bei denselben Befragungsgegenständen, die unter denselben Umständen erhoben werden, wohl kaum die eine Vorgehensweise gibt, die sich für alle Befragten am besten eignet (Thackeray et al., 2010). Empirische Entscheidungskriterien diesbezüglich, erschlossen beispielsweise anhand von spezifischen Merkmalen des Falles oder von Persönlichkeitsmerkmalen der Befragten, liegen bisher nicht vor. Neben der Frage nach der Überlegenheit von schriftlichen oder mündlichen Befragungsmethoden wäre schliesslich auch von Interesse, ob es Vorgehensweisen gibt, die im Bereich des Nonverbalen (z. B. Interaktionsbeobachtungen) liegen und damit auch bei Kleinkindern oder anderen Personen mit fehlender oder deutlich eingeschränkter Sprachkompetenz eingesetzt werden könnten.

Eine Erkenntnis der voranstehenden Literaturübersicht besteht ferner darin, dass die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung nach Einschätzung mehrerer Autor(inn)en nur dort Aussicht auf Erfolg hat, wo sie in ein umfangreicheres Konzept des institutionellen und interinstitutionellen Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen eingebettet ist. Massnahmen der Früherkennung sind stets auf ein übergeordnetes Ziel bezogen: dass einer etwaigen Gefährdung abgeholfen werden kann, und zwar durch geeignete Strategien der Prävention oder Intervention. Gerade hier, an dieser Schnittstelle zwischen der Identifikation von Gefährdungen und der geeigneten Reaktion darauf, besteht ein ähnliches Empiriedefizit, wie es in den voranstehenden Kapiteln für das engere Anliegen der Früherkennung festgestellt wurde. Die Übereinstimmung zwischen den Expertinnen und Experten beschränkt sich vorwiegend auf theoretische Annahmen darüber, wodurch sich ein angemessener Umgang von Fachpersonen der Gesundheitsversorgung mit identifizierten Gefährdungen von Kindern im Wesentlichen auszeichnen müsste. Die Unterstützungsleistungen der Fachpersonen sollten nicht nur, so wird betont, auf einem grundlegenden Verständnis für die Ursachen und Folgen von innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen beruhen, sondern auch auf Wissen darüber, welche Angebote es zur Unterstützung von gewaltbetroffenen Kindern gibt, wo diese zu finden und wie wirksam sie sind (MacMillan & Wathen, 2014; McTavish et al., 2016; Trevillion et al., 2016). Erforderlich sei zudem ein Wissen darüber, wie Gespräche mit gewaltbetroffenen Kindern zu führen sind, welche rechtlichen Ansprüche Kinder haben und wie sie durch unmittelbare Massnahmen in ihrer Sicherheit zu schützen sind (MacMillan, Wathen, Jamieson et al., 2009; Stewart, MacMillan & Wathen, 2013). Hinweise bestehen darauf, dass die erforderliche Fachkompetenz durch ein regelmässiges Angebot von Schulungen verbessert und damit dem Anliegen der Früherkennung mehr Geltung verschafft werden kann (Turner et al., 2015).

Dieses Fazit aus der Sichtung der internationalen wissenschaftlichen Literatur macht deutlich, wie wichtig es ist, vorhandenes informelles Wissen von Fachpersonen der Gesundheitsversorgung und des Kinderschutzes zum Thema der Früherkennung zu erhellen. Nicht alle Wissensbestände, die Praktiker(innen) zur Anwendung bringen, finden notwendig auch Eingang in die publizierte wissenschaftliche Literatur. Die in den nächsten Schritten des Forschungsmandats realisierte Befragung von nationalen Fachpersonen sowie von nationalen und internationalen Expertinnen und Experten erscheint vor diesem Hintergrund umso notwendiger. Dabei wird es insbesondere darum gehen, in diejenigen Lücken des Wissensstandes vorzudringen, die in der Literaturübersicht nicht gefüllt, aber als solche identifiziert worden sind.

## 3.2 Dokumentenanalyse

### 3.2.1 Instrumente (Checklisten, Leitfäden etc.)

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden 67 Instrumente (Checklisten, Leitfäden etc.) analysiert. In 43 % der Fälle handelte es sich um standardisierte Instrumente ( $n=29$ ), in den restlichen 57 % um nicht standardisierte Leitfäden ( $n=38$ ). Die Ergebnisse der Analysen werden im Folgenden getrennt nach Standardisierungsgrad dargestellt.

#### 3.2.1.1 Standardisierte Früherkennungsinstrumente

Mehrheitlich lagen die standardisierten Instrumente in englischer Sprache vor ( $n=16$ ), in einem Fall lag die deutschsprachige Übersetzung des Instrumentes vor; entsprechend stammten die Autor(inn)en dieser Instrumente aus dem englischen Sprachraum (Australien, Kanada, Grossbritannien, USA). Elf Instrumente stammten aus dem deutschen Sprachraum, acht davon aus der Schweiz (mehrheitlich deutschsprachig). Zwei Instrumente stammten aus Italien, wobei eines im Rahmen eines EU-Projektes entwickelt worden ist (INTOVIAN; Bollini et al., 2012). Die standardisierten und unstandardisierten Instrumente aus der Schweiz sind in Tabelle 7 aufgeführt; die Reihenfolge der Instrumente ist bestimmt durch den Standardisierungsgrad sowie die Zielgruppen.

Die Instrumente sind mehrheitlich für den Gebrauch durch Gesundheitsfachpersonen vorgesehen ( $n=17$ ; 61 %<sup>15</sup>: Gesundheitsfachpersonen allgemein, Pädiater[innen], Allgemeinmediziner[innen]/*primary care*, Hebammen, Pflegefachpersonen, Notfallmediziner[innen]). Daneben fanden sich Instrumente, die für Fachpersonen im Frühbereich ( $n=2$ ), Vertreter(innen) der Strafverfolgungsbehörden ( $n=2$ ), Sozialarbeitende/Jugendamtsmitarbeitende ( $n=1$ ) oder andere Fachpersonen ( $n=6$ ) entwickelt worden sind. Gut die Hälfte der standardisierten Instrumente diente dem Screening ( $n=16$ ), zehn der Risikoeinschätzung und zwei sollten bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung eingesetzt werden; mit den Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2) soll das Ausmass von Gewalt in Partnerschaften sowie Strategien im Umgang mit diesen Konflikten erhoben werden (Straus et al., 1996). Entsprechend dienten die Instrumente unterschiedlichen Zielsetzungen:

- Identifikation (weiblicher) Opfer häuslicher Gewalt bzw. Partnergewalt (inklusive oder exklusive schwangerer Frauen, Jugendlicher und beteiligter Kinder) ( $n=10$ ),
- Risikoeinschätzung erneuter häuslicher Gewalt/Gewalt durch den Intimpartner (inklusive oder exklusive schwangerer Frauen, Jugendlicher und beteiligter Kinder) ( $n=7$ , davon in einem Fall bezüglich Tötungsdelikten in Partnerschaften),
- Identifikation von kindlichen Misshandlungsoffern, Einschätzung des Grads der Kindeswohlgefährdung, Einschätzung des weiteren Vorgehens ( $n=7$ ),
- Messung des Ausmass von Gewalt in Partnerschaften und Taktiken mit dem Konflikt umzugehen ( $n=1$ ),
- Erstellen eines Sicherheitsplans für Opfer häuslicher Gewalt ( $n=3$ ),
- Identifikation von Frauen mit postpartaler Depression ( $n=1$ ).

---

<sup>15</sup>  $N=28$ , in einem Fall lagen keine Informationen zur Zielgruppe vor.



Der Umfang der Instrumente variierte zwischen 3 und 174 Items, 54 % der Instrumente umfasste bis zu 10 Items ( $M=28,39$ ;  $Md=10,00$ ;  $SD=43,01$ ).<sup>16</sup> Die Itemzahl unterschied sich jedoch deutlich zwischen den Instrumenten, die explizit für ein routinemässiges Screening häuslicher bzw. innerfamiliärer Gewalt vorgesehen sind und dabei der Identifizierung von Betroffenen dienen sollen und denen mit anderer Zielsetzung (z. B. Risikoassessment), wobei Erstere erwartungsgemäss mehrheitlich deutlich kürzer waren ( $M=11,33$ ;  $Md=6,00$ ;  $SD=15,52$ ).

Die meisten Instrumente bezogen sich ausschliesslich auf Gewalt gegen Erwachsene ( $n=8$ ) oder direkt oder indirekt sowohl auf Gewalt gegen Kinder als auch gegen Erwachsene ( $n=19$ ); nur zwei Instrumente bezogen sich ausschliesslich auf Gewalt gegen Kinder und klammerten damit das Miterleben häuslicher Gewalt als eine Form der psychischen Misshandlung aus bzw. in einem Fall waren hierzu keine Angaben gemacht worden.

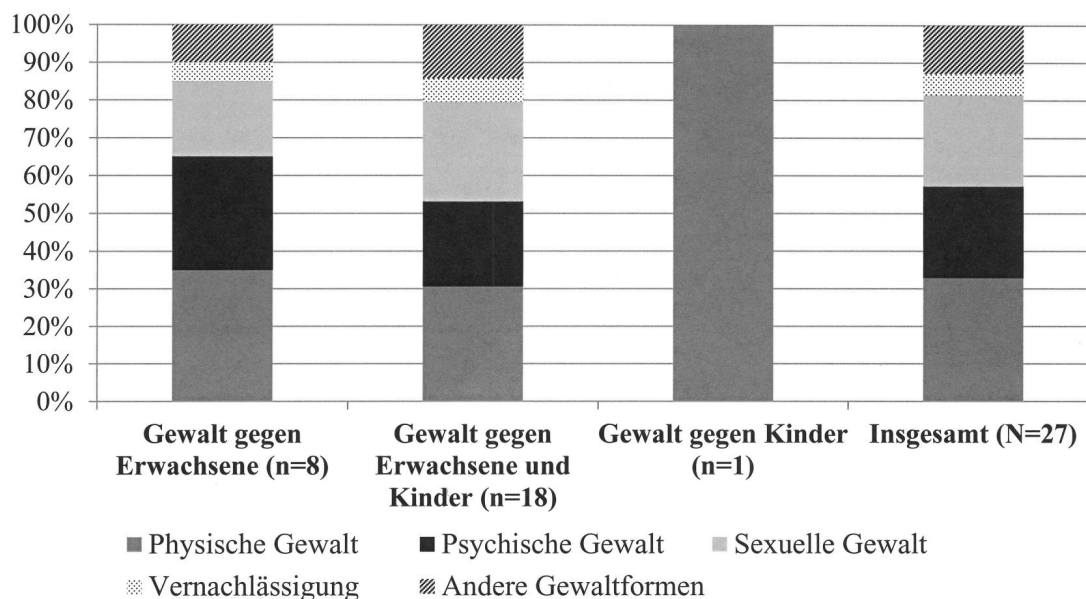
Fast alle Instrumente bezogen sich u. a. auf körperliche Gewalt gegen Kinder und/oder Erwachsene ( $n=23$ ), wobei dies im Rahmen der Analysen nur in einem Fall explizit ausgeschlossen werden konnte; in den anderen Fällen waren die Angaben hierzu uneindeutig oder lagen gar nicht vor. Jeweils 17 der 24 Instrumente berücksichtigten psychische und/oder sexuelle Gewalt, nur 4 berücksichtigten Vernachlässigung als eine Form der Misshandlung. Neun Instrumente berücksichtigten weitere Gewaltformen, zu diesen zählten Erwachsenenkonflikt um das Kind, Autonomiekonflikt, Mobbing, ökonomische Gewalt, das Vorenthalten von medizinischen Hilfsmitteln beim Vorliegen einer körperlichen Behinderung (z. B. Rollstuhl, Beatmungsgerät). Von den 18 Instrumenten, die sich (u. a.) auf häusliche Gewalt bezogen, berücksichtigten immerhin 13 Kinder als Mitbetroffene. Die folgende Abbildung 6 zeigt, auf welche Gewaltformen sich die Instrumente bezogen, insgesamt und differenziert nach Fokus auf Gewalt gegen Kinder und/oder Erwachsene.<sup>17</sup> Hierbei fällt zum einen auf, dass Vernachlässigung nur in wenigen der analysierten Instrumenten berücksichtigt wurde; zum anderen fällt auf, dass psychische Gewalt prozentual häufiger in Instrumenten berücksichtigt wurde, die sich auf Gewalt gegen Erwachsene beziehen, während die, die direkt oder indirekt Gewalt gegen Erwachsene und/oder Kinder berücksichtigten, häufiger Items zu sexueller Gewalt umfassten.

---

<sup>16</sup>  $N=28$ ; bei Instrumenten mit unterschiedlichen Skalen für verschiedene Altersgruppen der Kinder wurde für die Berechnungen die durchschnittliche Itemanzahl berücksichtigt.

<sup>17</sup>  $N=27$

Abbildung 6: Von Instrumenten erfasste Gewaltformen, insgesamt und differenziert nach Fokus auf Gewalt gegen Kinder und/oder Erwachsene  
(Quelle: Dokumentenanalyse, 2016/2017)



In Bezug auf den Inhalt der Items der standardisierten Instrumente fiel auf, dass sich diese bei den Instrumenten zur Früherkennung häuslicher Gewalt auf Erwachsenenenebene (zum Teil inkl. schwangerer Frauen, Jugendlicher) häufig auf Gewalterfahrungen der Patient(inn)en innerhalb des letzten Jahres bezogen (u. a. *Abuse Assessment Screen* [AAS, Norton et al., 1995]), ein Aspekt der von Ernst, Weiss, Cham und Marquez (2002) explizit kritisiert wird und der zur Konstruktion des *Ongoing Abuse Screen* (OAS) geführt hat, das sich auf aktuelle Gewalterfahrungen bezieht. Einige Instrumente enthielten zudem mehrere Items, die sich auf Merkmale des (vermeintlichen) Täters bzw. der (vermeintlichen) Täterin beziehen (z. B. Vorstrafen wegen Gewaltdelikten, Drogenkonsum, psychische Erkrankungen). In diesem Zusammenhang wird auch bei Instrumenten zur Gewalt unter Erwachsenen teilweise implizit (z. B. im *Spousal Assault Risk Assessment* [SARA, Kropp & Hart, 2000]) oder explizit (z. B. im ODARA [u. a. Hilton & Harris, 2009]) nach Gewalt gegen Kinder gefragt. Im SARA werden die Fachpersonen abschliessend explizit aufgefordert, die Gefährdung für Kinder und andere Personen einzuschätzen. Im *Danger Assessment* (DA) wird hingegen nach Drohungen des Partners gegen die Kinder der Partnerin gefragt (u. a. Campell et al., 2009). In der *Composite Abuse Scale* (CAS) (u. a. Hegarty et al., 1999) findet sich zudem die Frage, ob der Partner versucht hat, die Familie, Freunde oder die Kinder gegen die Partnerin aufzubringen („My Partner: Tried to turn my family, friends and children against me“). Dies kann – ähnlich wie die „Misshandlung durch einen Erwachsenenkonflikt um das Kind“ (z. B. im Rahmen von Umgangsstreitigkeiten) (Dettenborn & Walter, 2002) – als eine Frage nach einer Sonderform der psychischen Kindsmisshandlung interpretiert werden, auch wenn dies vermutlich nicht die Zielsetzung der Autor(inn)en war.

Soweit dies den Unterlagen zu entnehmen war, enthielten sechs Instrumente Informationen zum weiteren Vorgehen nach Aufdecken der Gewalterfahrungen bzw. dem Aufkommen des Verdachts (z. B. Entscheidungsbaum, Fachstellen). In anderen Fällen wurden Angaben zum weiteren Vorgehen in Zusatzdokumenten oder Manualen gemacht. Interessanterweise enthalten die Richtlinien zum INTO-VIAN (0-3 Jahre) (Bollini, Visci & Fantini, 2012) Hinweise zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit der

Angaben der Betreuungspersonen, denen scheinbar – zumindest zum Teil – aussagepsychologische Erkenntnisse zur Frage der Glaubhaftigkeit von Aussagen zugrunde liegen, ohne dass dies explizit gemacht würde. So wird zum Beispiel auf die Bewertung der Kohärenz der Angaben der Betreuungspersonen hingewiesen (Bollini et al., 2012). Fraglich ist, inwieweit diese vereinfachten Informationen der Fallbearbeitung dienen, zumal es nicht Aufgabe der Gesundheitsfachpersonen ist, die Glaubhaftigkeit der Angaben der Patient(inn)en zu beurteilen.

Nur in sechs Instrumenten wurden neben Risiko- auch Schutzfaktoren berücksichtigt; hierunter fanden sich jeweils ein Instrument zur routinemässigen Anwendung bzw. zum verdachtsinduzierten Vorgehen sowie drei Instrumente zur Risikoeinschätzung. Die CTS-2 beinhalten über die Erhebung von Strategien im Umgang mit dem Konflikt im Grunde ebenfalls Schutzfaktoren. Während die Berücksichtigung von Schutzfaktoren in den letzten beiden Anwendungskontexten relevant ist, ist fraglich, inwieweit Instrumente für ein generelles Screening diese enthalten müssen, sollen sie doch möglichst kurz gehalten werden und vor allem der Klärung der Frage dienen, ob weitere Schritte eingeleitet werden müssen.

### 3.2.1.2 Unstandardisierte Leitfäden

Die Mehrheit der 38 nicht standardisierten Leitfäden stammte aus der Schweiz ( $n=25$ ) (vgl. Tab. 7), sieben aus Deutschland; die Mehrheit lag in (u. a.) deutscher Sprache vor ( $n=26$ ). Sechs Instrumente lagen ausschliesslich französischsprachig vor, fünf in Englisch (USA, Neuseeland) und eines ausschliesslich auf Italienisch (Italien). Soweit ersichtlich, ist bisher nur ein Instrument evaluiert worden (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Brandenburg [BVKJ Brandenburg], 2015). Dass so viele Schweizer Leitfäden identifiziert werden konnten, ist vermutlich auf die Recherchestrategie zurückzuführen, bei der Schweizer Internetinhalte durch verschiedene Zugänge berücksichtigt wurden (vgl. Kap. 2).

Im Gegensatz zu den standardisierten Instrumenten richteten sich die Leitfäden nicht mehrheitlich ausschliesslich an Gesundheitsfachpersonen, sondern an Fachpersonen in den Bereichen Kinderbetreuung/Schule ( $n=8$ ), Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten ( $n=6$ ), Fachpersonen im Frühbereich ( $n=1$ ), Sozialarbeitende/Jugendamtsmitarbeitende ( $n=1$ ) und/oder andere Fachpersonen (z. B. Psycholog(inn)en;  $n=7$ ). 19 richteten sich an Gesundheitsfachpersonen (Pädiater[innen], Mediziner[innen], medizinische Praxisassistentinnen, Hebammen, Gynäkolog[innen] und/oder Mütter-Väter-Beraterinnen). Erwartungsgemäss war die überwiegende Mehrheit der Leitfäden zum Einsatz bei Verdacht bzw. zur Sensibilisierung der Fachpersonen entwickelt worden (74 %;  $n=28$ ), wobei ein Leitfaden zur Sensibilisierung auf den AAS als Screeninginstrument verweist; zehn waren Screeninginstrumente.

Im Vergleich mit den standardisierten Instrumenten dienten die Leitfäden einem weniger breiten Spektrum an Zielsetzungen:

- Erkennen von und Vorgehen bei Kindeswohlgefährdungen ( $n=24$ ) [20 Leitfäden berücksichtigten Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt],
- Erkennen von und Vorgehen bei innerfamiliärer Gewalt (Erwachsene und Kinder) ( $n=7$ ) [6 Leitfäden berücksichtigten Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt] und
- Erkennen von und Vorgehen bei Partnergewalt (Erwachsenenebene) ( $n=7$ ) [5 Leitfäden berücksichtigten Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt].

Die Zielsetzungen zeigen bereits, dass sich die Leitfäden – im Gegensatz zu den standardisierten Instrumenten – mehrheitlich (auch) auf Gewalt gegen Kinder bezogen ( $n=34$ ; 89 %). Fast alle Leitfäden

berücksichtigten körperliche, psychische (jeweils  $n=34$ ) und/oder sexuelle ( $n=33$ ) Gewalt. Zu den weiteren Gewaltformen zählten:

- Vernachlässigung ( $n=22$ ),
- (sozio-)ökonomische Gewalt ( $n=9$ ),
- strukturelle/institutionelle Gewalt ( $n=3$ ),
- Erwachsenenkonflikt um das Kind ( $n=2$ )
- Münchhausen-by-proxy ( $n=2$ ),
- verbale Gewalt ( $n=2$ ),
- Beschneidung ( $n=1$ ),
- Autonomiekonflikt ( $n=1$ ),
- Cybermobbing ( $n=1$ ).

Bemerkenswert ist, dass die Leitfäden, die häusliche Gewalt thematisierten, Kinder als Mitbetroffene berücksichtigen (94 %;  $n=29$ ). Damit decken die Leitfäden ein deutlich breiteres Spektrum an Gewaltformen ab als die standardisierten Instrumente, was nur in wenigen Fällen auf den direkten Bezug zu Kindeswohlgefährdungen erklärt werden kann (z. B. bei der Berücksichtigung von Münchhausen-by-proxy). Dennoch ist kritisch anzumerken, dass auch hier Vernachlässigung in deutlich weniger Instrumenten berücksichtigt wird als die Trias „körperliche, sexuelle und psychische Gewalt“. Ein weiterer inhaltlicher Unterschied zwischen den analysierten Leitfäden auf der einen Seite (u. a. BVKJ Brandenburg, 2015; Hauri & Zingaro, 2013; Lips, 2011) und den standardisierten Instrumenten zur Früherkennung von Partnergewalt auf der anderen Seite ist, dass Erstere neben bekannten Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung häufiger auch mögliche Schutzfaktoren aufführen (z. B. „aktive Bewältigungsstrategien“; Hauri & Zingaro, 2013), während Letztere mehrheitlich (ausgewählte) Risikofaktoren abfragen (z. B. Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern; Bollini et al., 2012). Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die standardisierten Früherkennungsinstrumente in der Regel der Identifikation Betroffener dienen. Soll mit ihrer Hilfe jedoch eine Einschätzung des Gefährdungsgrades vorgenommen werden, ist zu prüfen, welche Auswirkungen das Ausblenden allfälliger Schutzfaktoren hat. Im Vergleich von Materialien aus dem medizinischen Bereich und anderen relevanten Tätigkeitsfeldern (z. B. Soziale Arbeit, Kinderbetreuung) fiel zudem auf, dass Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich in den Instrumenten stärker auf die Relevanz einer sorgfältigen Dokumentation der Befunde und Beobachtungen hingewiesen werden („Beweissicherung“), und die Leitfäden hierfür Dokumentationsblätter enthalten (u. a. BVKJ Brandenburg, 2015; Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG], 2009). Ferner geht die Hälfte der Leitfäden auf das erhöhte Risiko für Migrant(inn)en ein, Opfer häuslicher Gewalt zu werden, und/oder auf den Umgang mit sprachlichen Schwierigkeiten, wobei in der Regel darauf hingewiesen wird, dass ein(e) professionelle(r) Dolmetscher(in) hinzugezogen werden sollte. Zum Teil wird auf die Gefahr der Kulturalisierung der Gewalt und die Relevanz interkultureller Kompetenzen der Fachpersonen hingewiesen.

Tabelle 7: Überblick über standardisierte und unstandardisierte Instrumente aus der Schweiz (Dossieranalysen)

Nr.	Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Standardisierung	Anwender(innen)	Methode und Quelle	Anz. Items	Sprachen	In Literatur-Referenz	In Literatur-Referenz
1	Checklisten Vorsorgeuntersuchungen	Kindsmisshandlung (ohne weitere Angaben), häusliche Gewalt, Mobbing (ab 4 J.), sexueller Missbrauch (ab 10 J.)	standardisiert	Pädiater(innen)	Checkliste zur Fremdeinschätzung, Eltern/Kinder/Jugendliche	38-66 (altersabhängig)	Deutsch, Französisch, Italienisch	nein	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (2011)
2	Questionnaire violence „PVS“ (modifizierte Version des <i>Partner Violence Screen Questionnaire</i> )	Körperliche und psychische Gewalt in Partnerschaft	standardisiert	Notfallmediziner(innen)	Fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	8	Französisch	nein	Hofner et al. (2005)
3	Früherkennung von Kindeswohlgefährdung im Frühbereich (0-5 Jahre). Eine Arbeitshilfe für Fachpersonen				Anleitung/Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kt. Bern, Kantonales Jugendamt (2016)
	<b>Darin enthalten und separat erhältlich:</b> Einschätzungshilfen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung für Fachpersonen im Frühbereich (0-5 Jahre)	Physische, psychische, sexuelle Gewalt gegen Kinder, Vernachlässigung	standardisiert	Fachpersonen im Frühbereich (0-5 Jahre) (insb. Ärzte/Ärztinnen, Hebammen, Fachpersonen aus dem Bereich Kinderbetreuung sowie Fachpersonen aus der Sozial- und Heilpädagogik)	Checkliste zur Fremdeinschätzung, Familie	36	Deutsch, Französisch	nein	Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kt. Bern & Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern (o. J.)
4	Dépression périnatale – guide des adresses utiles à Genève (darin: Questionnaire de dépistage de la dépression périnatale EPDS [französische Übersetzung der Edinburgh Postnatal Depression Scale])	Perinatale Depression der Mutter	standardisiert	Gesundheitsfachpersonen	Fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	10	Französisch	nein	Groupe genevois de prévention de la dépression périnatale (2010)
5	Guideline zu Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft	Physische Misshandlung durch Alkohol- oder Zigarettenkonsum		Hebammen/ Geburtshelfer	Anleitung/Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Schweizerischer Hebammenverband (2011)
	<b>Darin enthalten:</b>	(1) Fragen zum Alkoholkonsum (speziell für Frauen während der Schwangerschaft) (AUDIT-C)	standardisiert	Hebammen/ Geburtshelfer	Fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	6	Deutsch	nein	Schweizerischer Hebammenverband (2011)
		(2) Fragen zum Rauchen	standardisiert	Hebammen/ Geburtshelfer	Fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	6	Deutsch	nein	Schweizerischer Hebammenverband (2011)
7		(3) Fagerström-Fragebogen (Nikotinabhängigkeit)	standardisiert	Hebammen/ Geburtshelfer	Fragebogengestütztes Interview mit betroffenen Frauen	6	Deutsch	nein	Schweizerischer Hebammenverband (2011)
8	Dossier ostetrische	Gewalt/Misshandlung (wird nicht weiter spezifiziert)	standardisiert	Hebammen/ Geburtshelfer	„Falldossier“: Fremdeinschätzungen, fragebogengestütztes Interview mit Frauen		Italienisch, Deutsch, Französisch	nein	Schweizerischer Hebammenverband (2009)

Tabelle 7: Überblick über standardisierte und unstandardisierte Instrumente aus der Schweiz (Dossieranalyse; Fortsetzung)

Nr.	Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Standardisierung	Anwender(innen)	Methode und Quelle	Anz. Items	Sprachen	In Literatur-review	Referenz
1	Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen	Häusliche Gewalt (physisch, psychisch, sexuell, sozio-ökonomische Gewalt)	unstandardisiert	Gynäkolog(innen) und Geburtshelfer(innen)	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch	nein	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009)
2	Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis	Körperliche, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung, Münchhausen-by-proxy, strukturelle Gewalt, Miss-handlung durch Autonomiekonflikt, Misshandlung durch Erwachsenenkonflikt um das Kind (inkl. häusliche Gewalt)	unstandardisiert	Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, Medizinische Praxisassistent(innen)	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch, Italienisch	nein	Lips (2011)
3	Wenn Patientinnen und Patienten von Häuslicher Gewalt betroffen sind. Informationen für Ärztinnen, Ärzte und Fachpersonen im Gesundheitsbereich für den Umgang mit gewaltbetroffenen Personen	Häusliche Gewalt (psychische, physische, sexuelle Gewalt) [Hinweis auf Kinder als Betroffene]	unstandardisiert	Ärzte/Ärztinnen, Fachpersonen im Gesundheitsbereich	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Luzerner Interventionsprojekt gegen Häusliche Gewalt (2008)
4	Häusliche Gewalt. Informationen für die Arztpraxis	Häusliche Gewalt (körperlich, psychisch, sexuell)	unstandardisiert	Niedergelassene Mediziner(innen)	Leitfaden/Broschüre	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Kanton St. Gallen, Koordinationsstelle Häusliche Gewalt (o. J.)
5	Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern	Körperliche, sexuelle, psychische Gewalt, Vernachlässigung, Beschneidung (inkl. Partnerschaftsgewalt)	unstandardisiert	Fachpersonen im Frühbereich	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Brunner (2013)
6	Orientierungshilfe zur Reflexion von Wahrnehmungen, die auf Gefährdungen des Kindeswohls in der FRÜHEN KINDHEIT hinweisen können	wird nicht spezifiziert	unstandardisiert	Hebammen, Mütter-und-Väter-Beraterinnen	Orientierungshilfe/Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Keller-Schuhmacher & Hungerbühler-Räber (2013)
7	Violence envers les femmes – Protocole de dépistage et d'intervention (spezifisch für CHUV)	Gewalt gegen Frauen, keine weiteren Angaben	unstandardisiert	Gynäkolog(innen), Hebammen und weiteres Personal am DGOG am CHUV	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch	nein	Renteria et al. (2008)
8	Violence et maltraitance envers les adultes. Protocole de dépistage et d'intervention	Körperliche, sexuelle, psychische, ökonomische Gewalt, Vernachlässigung	unstandardisiert	Gesundheitsfachpersonen und Kantonsangestellte	Leitfaden	trifft nicht zu	Französisch	nein	Hofner & Viens Python (2004)
9	Femmes victimes de violences conjugales. Le pharmacien est actif.	Häusliche Gewalt (körperlich, psychisch, sexuell, ökonomisch)	unstandardisiert	Apotheker(innen)	Leitfaden	trifft nicht zu	Französisch	nein	Schütz & Hofner (o. J.)
10	Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis	Körperliche, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung; Gefährdung als Folge von Erwachsenenkonflikten um das Kind, Münchhausen-by-proxy (Partnerschaftsgewalt erwähnt)	unstandardisiert	Sozialarbeitende	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Hauri & Zingaro (2013)
11	Mittendrin. Kinder im Schatten häuslicher Gewalt – was tun in der Schule?	Häusliche Gewalt (physische, psychische, soziale, ökonomische und sexualisierte Gewalt)	unstandardisiert	Lehrkräfte, Schulleitungen, Schulsozialarbeit, Betreuungseinrichtungen	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Kt. Aargau, Dep. Volkswirtschaft und Inneres, Fachstelle Intervention gg. häusl. Gewalt (2014)

Tabelle 7: Überblick über standardisierte und unstandardisierte Instrumente aus der Schweiz (Dossieranalyse; Fortsetzung)

Nr.	Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Standardisierung	Anwender(innen)	Methode und Quelle	Anz. Items	Sprachen	In Literaturview	Referenz
12	Häusliche Gewalt. Was kann die Schule tun?	Häusliche Gewalt (physische, psychische, sexuelle Gewalt) (inkl. zwischen Kindern und Erwachsenen oder in jugendlichen Paarbeziehungen)	unstandardisiert	Lehrkräfte, Schulleitungen, Schulsozialarbeit	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch	nein	Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2016)
13	Häusliche Gewalt. Was kann die Schule tun?	Häusliche Gewalt (körperlich, psychisch)	unstandardisiert	Lehrkräfte	Leitfaden/Broschüre	trifft nicht zu	Deutsch, Rätomanisch, Italienisch (in einer Broschüre)	nein	Schanuel & Joos (2007)
14	Häusliche Gewalt. Was kann/muss die Schule tun?	Häusliche Gewalt (körperlich, psychisch, sexuell)	unstandardisiert	Schulpersonal	Leitfaden/Broschüre	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Kantonspolizei Thurgau, Fachstelle Häusliche Gewalt (2015)
15	Häusliche Gewalt: Was tun in der Schule?	Häusliche Gewalt, keine weiteren Angaben	unstandardisiert	Schulpersonal	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Stadt Zürich & Kanton Zürich (2016)
16	Integrität respektieren und schützen	Innerhalb der Familie: (sexuelle) Übergriffe	unstandardisiert	Lehrpersonen, Schulleitungen, weitere schulische Fachpersonen und Schulbehörden	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz [LCH] (2014b)
17	Familiäre Gefährdungssituationen in der psychologischen Beratung. Eine Orientierungshilfe	Physische, psychische, sexuelle Gewalt/Ausbeutung, Vernachlässigung, strukturelle Gewalt, häusliche Gewalt	unstandardisiert	Mitarbeitende (Psycholog/innen) von Erziehungsberatungsstellen	Orientierungshilfe/Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Erziehungsberatung des Kantons Bern (2015)
18	Leitfaden und Empfehlungen zuhanden von Fachpersonen für Beratungsgespräche mit Kindern, die von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind	Kinder als Betroffene häuslicher Gewalt, physische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung	unstandardisiert	Fachpersonen für Beratungsgespräche mit Kindern, die von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2013a)
19	Kinder und häusliche Gewalt	Häusliche Gewalt (physische, psychische, sexuelle Gewalt)	unstandardisiert	Mit Kinderschutz oder häuslicher Gewalt befassete Behörden und Institutionen	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2013b)
20	Gewalt in Paarbeziehungen erkennen – die Opfer unterstützen, vernetzen, informieren und schützen	Ökonomische, psychische, verbale, körperliche, sexuelle Gewalt (in der Paarbeziehung)	unstandardisiert	Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch	nein	Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann und für die Familienfragen des Kantons Freiburg & Kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007)
21	Protokoll zur Früherkennung und Weiterleitung von Fällen der Kindesmisshandlung (0 bis 18 Jahre)	Körperliche und/oder psychische Vernachlässigung, körperliche, psychologische Misshandlung, sexuelle Handlungen mit einem Kind oder in dessen Anwesenheit; Kinder als Betroffene häuslicher Gewalt	unstandardisiert	Personen, die Kontakt zu Minderjährigen haben	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch, Französisch	nein	Kanton Freiburg, Direktion für Gesundheit und Soziales (2015)

Tabelle 7: Überblick über standardisierte und unstandardisierte Instrumente aus der Schweiz (Dossieranalyse; Fortsetzung)

Nr.	Bezeichnung	Erfasste Gefährdung	Standardisierung	Anwender(innen)	Methode und Quelle	Anz. Items	Sprachen	In Literaturreview	Referenz
22	Protocol à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance des mineurs	Körperliche, sexuelle, psychische Gewalt, Vernachlässigung	unstandardisiert	Fachpersonen, die mit Minderjährigen allgemein oder mit Gewaltopfern im Besonderen arbeiten	Leitfaden	trifft nicht zu	Französisch	nein	Association interprofessionnelle d'intervenants en matière de maltraitance des mineurs (2006)
23	Violence conjugale. Dépistage – Soutien – Orientation	Körperliche, sexuelle, psychische, verbale, ökonomische Gewalt	unstandardisiert	Fachpersonen	Leitfaden	trifft nicht zu	Französisch	nein	Gigandet & Mosczytz (2007)
24	La Maltraitance des enfants est inacceptable...	Körperliche, sexuelle, psychische, institutionelle Gewalt, Vernachlässigung	unstandardisiert	Alle Personen (=> insb. Fachpersonen, die mit Kindern in Kontakt kommen)	Leitfaden	trifft nicht zu	Französisch	nein	République et Canton de Neuchâtel, Département de l'éducation et de la famille (2015)
25	Leitfaden für das Vorgehen bei Gefährdung des Kindeswohls	Körperlich, psychisch, sexuell, häusliche Gewalt, Vernachlässigung	unstandardisiert	Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten	Leitfaden	trifft nicht zu	Deutsch	nein	Arbeitsgruppe Kinderschutz, Amt für Soziales, Koordination Kinderschutz (2013)



In den umfangreicheren Leitfäden fanden sich ferner ausführlichere Informationen zum Umgang mit den Befunden sowie „Warnungen“ in Bezug auf die Interpretation der gemachten Beobachtungen; beispielsweise nennt Lips (2011) mögliche Differentialdiagnosen, die von den Ärztinnen und Ärzten in Betracht gezogen werden sollten. In den Leitfäden wird darüber hinaus über die jeweilige rechtliche Situation informiert (z. B. Melderechte und -pflichten, Zuständigkeiten) (BVKJ Brandenburg, 2015; Hauri & Zingaro, 2013; Lips, 2011). Insbesondere wenn keine Befragung der Patient(inn)en oder Klient(inn)en selbst stattfindet, erscheint der Hinweis zentral, dass körperliche Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes, die Folge einer Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung sein *können*, aber nicht sein müssen; entsprechend weisen u. a. Dettenborn und Walter (2002) darauf hin, dass es kein „Missbrauchssyndrom“ gibt. Immer noch wird allerdings beispielsweise in der Wahrnehmung kindlicher Sexualität sexuelles Verhalten häufig als Indikator für einen sexuellen Missbrauch gewertet, obwohl „[s]exuelle Verhaltensäußerungen von Kindern [...] Bestandteil normaler Entwicklung und nicht per se erklärungsbedürftig“ sind (Volbert, 2010, S. 60). Veränderungen in (sexuellen) Verhaltensmustern von Kindern können zwar ein Zeichen für einen stattgefundenen sexuellen Übergriff sein, können aber auch andere Ursachen haben. Das Gleiche gilt für andere Veränderungen kindlichen Verhaltens. Eine mangelnde Schulung der Fachpersonen kann daher beispielsweise dazu führen, dass die Negierung von Gewalterfahrungen der Patient(inn)en oder Klient(inn)en angezweifelt und weitere, die Betroffenen potentiell belastende Abklärungen eingeleitet werden. So konnte beispielsweise Munro (1999) zeigen, dass auch Fachpersonen im Bereich des Kindesschutzes häufig dazu neigen, an einer bestimmten Sicht auf einen Fall festzuhalten, selbst wenn ihnen gegenteilige Beweise vorliegen. Vor diesem Hintergrund erscheinen fehlende „Warnhinweise“ oder Erläuterungen zwar insbesondere dann besonders problematisch, wenn die Betroffenen nicht selbst nach Gewalterfahrungen gefragt werden, doch auch eine Befragung potentieller Gewaltopfer schützt nicht vor Fehleinschätzungen.

### 3.2.1.3 Zwischenfazit: Instrumente

Die Analysen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den standardisierten Instrumenten und den unstandardisierten Leitfäden auf. So sollen die Leitfäden in der Regel nicht nur der Erkennung von Opfern innerfamiliärer Gewalt dienen, sondern auch Hinweise zum Vorgehen bei Verdacht geben, wobei die Hälfte der analysierten Instrumente auf Bedürfnisse von Migrant(inn)en eingeht. Darüber hinaus enthalten sie nicht nur Informationen zu relevanten rechtlichen Aspekten, sondern auch „Warnhinweise“, die bei der Interpretation der eigenen Beobachtungen zu beachten sind. Vor dem Hintergrund, dass Anzeichen für eine Misshandlung selten eindeutig sind, erscheint dies – sofern man nicht alle Patient(inn)en direkt nach Gewalterfahrungen fragt – relevant, um unnötige, die Betroffenen belastende Abklärungen zu vermeiden. Mangelnde Informationen zur rechtlichen Situation können bei Unsicherheiten auf Seiten der Fachperson hingegen zum Vermeiden des Themas innerfamiliäre Gewalt führen.

Mit Blick auf die standardisierten Screening-Instrumente fällt insbesondere deren zum Teil grosser Umfang auf; dies gilt insbesondere für Instrumente, die mehrere Gewaltformen abdecken sollen. Entsprechend decken die unstandardisierten Leitfäden ein breiteres Spektrum von Gewaltformen ab, wobei häufig das Miterleben häuslicher Gewalt als Form der psychischen Kindsmisshandlung berücksichtigt wird. Mit Blick auf den Einsatz standardisierter Instrumente im Gesundheitsbereich wird jedoch immer wieder auf die knappen zeitlichen Ressourcen verwiesen, so dass fraglich ist, welcher Umfang für Praktiker(innen) noch akzeptabel wäre.

### 3.2.2 Empfehlungen

Insgesamt konnten 226 Dokumente mit Empfehlungen zum Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung von Expert(inn)en, staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen sowie Organisationen, kirchlichen Verbänden und Fach- bzw. Berufsgesellschaften im Rahmen der Internetrecherche identifiziert werden. Die Dokumente stammten mehrheitlich aus der Schweiz (56 %;  $n=127$ ), jeweils ca. 10 % stammte aus Deutschland ( $n=28$ ), den USA ( $n=23$ ) bzw. Italien ( $n=18$ ). Weitere Dokumente stammten aus Ländern wie Australien, Kanada und Indien oder von international tätigen Organisationen (WHO, UNICEF). Entsprechend lagen knapp 60 % der Dokumente in deutscher Sprache vor, knapp ein Fünftel in englischer, 14 % in französischer und 9 % in italienischer Sprache. Vorwiegend bezogen sich die Dokumente auf Kinder (und Jugendliche) (58 %;  $n=130$ ), ein Drittel auf Erwachsene/Frauen und Kinder (34 %); 19 Dokumente bezogen sich ausschliesslich auf Erwachsene bzw. Frauen als Betroffene ( $n=18$ ) oder Täter(innen) ( $n=1$ ) häuslicher Gewalt.<sup>18</sup> Über die Hälfte der Dokumente richtete sich explizit an Gesundheitsfachpersonen (54 %;  $n=123$ ), 48 an die Allgemeinheit bzw. Fachpersonen im Allgemeinen (21 %).<sup>19</sup> Weitere Zielgruppen waren:

- Schulpersonal ( $n=32$ ),
- Erzieher(innen)/KiTa-Personal ( $n=7$ ),
- Sozialarbeitende, Berater(innen) (inkl. Psycholog[in]en) ( $n=7$ ),
- Mitarbeitende von Institutionen/Behörden, die sich mit Kinderschutz befassen ( $n=4$ ),
- Kirchenmitarbeitende ( $n=3$ ),
- Strafverfolgung ( $n=2$ ),
- Jugendarbeiter(innen) ( $n=1$ ).

Einigkeit herrschte darüber, dass (Gesundheits-)Fachpersonen eine zentrale Rolle bei der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und Kindeswohlgefährdungen zukommt. Mehrheitlich wird sich für ein verdachtinduziertes Vorgehen ausgesprochen (52 %;  $n=103$ );<sup>20</sup> in 7 dieser Dokumente wurde festgehalten, dass vor dem Hintergrund des heutigen Forschungsstandes noch keine Empfehlung für ein routinemässiges Screening bezüglich innerfamiliärer Gewalt ausgesprochen werden könne. Ferner wurde angemerkt, dass es nicht ausreiche, Fälle innerfamiliärer Gewalt zu identifizieren, die Fachpersonen müssten wissen, wie weiter vorzugehen sei, um die Betroffenen zu unterstützen (u. a. Foster Fink, 2013). In 76 Fällen wurde sich für ein Routine-Screening bezüglich häuslicher Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung oder einzelner Kindeswohlgefährdungen (z. B. postpartale Depression, weibliche Genitalverstümmelung, Zwangsheirat, Alkohol-/Tabakkonsum während und nach der Schwangerschaft) ausgesprochen (38 %). In sieben Fällen wurde sich für Früherkennung bezüglich innerfamiliärer Gewalt ausgesprochen, jedoch ohne das genauere Vorgehen zu beschreiben, und in weiteren zwölf Dokumenten bezogen sich die Empfehlungen nicht auf Früherkennung innerfamiliärer Gewalt im engeren Sinne, sondern auf weitergehende Abklärungen oder Gefährdungseinschätzungen. Bemerkenswert ist, dass Gesundheitsfachpersonen signifikant häufiger zu einem Routine-Screening geraten wurde (56 %) als anderen Berufsgruppen (z. B. Erzieher[in]en, Sozialarbeitende; 17 %) ( $p=.000$ ). Letzteren wurde hingegen häufiger ein verdachtinduziertes Vorgehen empfohlen. Ein Routine-Screening wird den Gesundheitsfachpersonen dabei hauptsächlich von Expert(inn)en (56 %) (u. a. Foster

---

<sup>18</sup>  $N=225$

<sup>19</sup>  $N=227$ , Mehrfachnennungen möglich

<sup>20</sup>  $N=198$

Fink, 2013), staatlichen Institutionen (national, regional) (19 %) (u. a. Fanslow, Kelly & Ministry of Health, 2016) und Fachgesellschaften (11 %) empfohlen (u. a. Baumann, 2010; SGGG, 2009). Hintergrund dieser unterschiedlichen Empfehlungen ist vermutlich zum einen der Umstand, dass Gesundheitsfachpersonen aufgrund ihrer verbreiteten Anwendung im somatischen Bereich mit derartigen Screenings vertraut sind (z. B. Brustkrebsscreening) und damit geübt im Umgang mit standardisierten Diagnoseinstrumenten; zum anderen sehen sie die Patient(inn)en seltener als beispielsweise Erzieher(innen) oder Lehrkräfte.

Ähnlich stellt sich die Situation dar, wenn man ausschliesslich die Empfehlungen für die Schweiz betrachtet: Auch hier wird den Fachpersonen mehrheitlich zu einem verdachtinduzierten Vorgehen geraten (60 %), Gesundheitsfachpersonen hingegen signifikant häufiger ein Routine-Screening bezüglich innerfamiliärer Gewalt (55 %) als anderen Fachpersonen (15 %) ( $p = .000$ ). Mehrheitlich wurde den Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz von Expert(inn)en und ihren Fachgesellschaften zu einem Routine-Screening geraten.

In 50 Dokumenten wurden explizit spezifische standardisierte oder unstandardisierte Instrumente empfohlen. Zu den standardisierten Instrumenten zählten weitgehend englischsprachige Instrumente (zum Teil in Übersetzung) zur Identifikation von Betroffenen häuslicher Gewalt bzw. zur Gefährdungseinschätzung. Darüber hinaus fanden sich deutschsprachige Instrumente, die explizit für die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen entwickelt worden waren. Im Ländervergleich fiel auf, dass in den neun italienischen Dokumenten, in denen konkrete Instrumente empfohlen wurden, mehrheitlich das Spousal Assault Risk Assessment (SARA) empfohlen worden war ( $n=7$ ).<sup>21</sup> Im Einzelnen wurden die folgenden Instrumente genannt:

- Spousal Assault Risk Assessment (SARA; Kropp & Hart, 2000)\* ( $n=8$ ),
- Abuse Assessment Screen (AAS; Weiss et al., 2008)\*, Abuse Assessment Screen-Disability (AAS-D; McFarlane et al., 2001) ( $n=4$ ),
- Edinburgh Postpartum Scale (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) ( $n=4$ ),
- Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Kindler, o. J.) ( $n=3$ ),
- Partner Violence Screen (PVS; Feldhaus et al., 1997)\* ( $n=2$ ), Partner Violence Screen (deutsche Übersetzung; Nyberg, Hartman, Stieglitz & Riecher-Rossler, 2008) ( $n=1$ ),
- Danger Assessment (DA; Campbell et al., 2009)\* ( $n=2$ ),
- Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS; Sherin et al., 1998)\* ( $n=2$ ),
- Women Abuse Screening Tool (WAST; Brown et al., 2000)\* ( $n=1$ ), WAST (italienische Übersetzung; Bramante, Filocamo & Mencacci, o. J.) ( $n=1$ ),
- Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA; Hilton & Harris, 2009)\* ( $n=1$ ),
- Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK; Sohal et al., 2007)\* ( $n=1$ ),
- Domestic Violence Safety Assessment Tool (DVSAT; New South Wales Government, 2015) ( $n=1$ ),
- Domestic Violence Screening Tool (DVST; in: Contra Costa County Health Services Department, 1995) ( $n=1$ ),
- Domestic Violence Screening Inventory (DVSI, DVSI-R; Williams & Grant, 2006)\* ( $n=1$ )
- Violence Against Women Screen (VAWS; Kataoka et al., 2010) ( $n=1$ ),
- Wahrnehmungsbögen für den Kinderschutz (Künster et al., 2013a, b) ( $n=1$ ),

<sup>21</sup> Die Instrumente wurden fast ausnahmslos auch im Rahmen des Literaturreviews sowie der Dokumentenanalyse (Instrumente) berücksichtigt (vgl. Tab. 7). Instrumente, die im Rahmen des Literaturreviews berücksichtigt wurden, sind mit einem Asteriks (\*) gekennzeichnet.

- Skala elterlicher Feinfühligkeit (in Künster, 2013) ( $n=1$ ),
- Eltern-Belastungs-Screening (EBSK; Deegner et al., 2009)\* ( $n=1$ ),
- AUDIT-C (Fragen zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft), Fragen zum Rauchen während der Schwangerschaft ( $n=1$ ) (Schweizerische Hebammenverband, 2011),
- IPSCAN Child Abuse Screening Tools (ICAST-C, ICAST-P, ICAST-R; Zolotor et al., 2009; Runyan et al., 2009; Dunne et al., 2009)\* ( $n=1$ ),
- Stuttgarter Kinderschutzbogen (Reich, 2004)\* ( $n=1$ ).

Die empfohlenen nicht standardisierten Leitfäden stammten fast ausschliesslich aus der Schweiz,<sup>22</sup> und zielen auf die Sensibilisierung von (Gesundheits-)Fachpersonen zur Identifikation von und Intervention in Fällen innerfamiliärer Gewalt. Im Einzelnen wurden empfohlen:

- Dépistage – Soutien – Orientation des personnes victimes (DOTIP) (Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann und für die Familienfragen des Kantons Freiburg & Kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen, 2007; Renteria, Hofner, Adjaho, Burquier & Hohlfeld, 2008;  $n=8$ ),
- Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis (Lips, 2011;  $n=4$ ),
- Früherkennung von Gewalt an Kindern. Leitfaden für Fachpersonen, die in sozialen und pädagogischen Kontexten im Frühbereich begleitend, beratend und therapeutisch tätig sind (Brunner, 2013;  $n=3$ ),
- Leitfaden Kinderschutz. Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis (Hauri & Zingaro, 2013;  $n=2$ ),
- Leitfaden Früherkennung und Frühintervention von gefährdeten Jugendlichen im Setting Schule und Jugendarbeit (in Kanton Basel-Landschaft, 2014) ( $n=1$ ),
- Leitfaden für das Vorgehen bei Gefährdung des Kindeswohls, St. Gallen (Arbeitsgruppe Kinderschutz, Amt für Soziales, Koordination Kinderschutz, 2013) ( $n=1$ ),
- „Häusliche Gewalt. Was kann die Schule tun?“ (Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, 2016) ( $n=1$ ),
- Checkliste „Pflege, Beratung und besondere Aufmerksamkeit“ (Graf & Hurri, 2014) ( $n=1$ ),
- Leitlinien zur Prävention physischer und psychischer Gewalt in Kindertagesstätten und Horten (Verband Kindertagesstätten der Schweiz [KiTaS], 2013) ( $n=1$ ),
- Leitfaden Kinderschutz für Hebammen und Mütterberaterinnen (Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft, Fachkommission Kindes- und Jugendschutz, 2014) ( $n=1$ ),
- Merkblatt für Fachstellen „Gefährdung des Kindeswohls“ (in Weik, 2012) ( $n=1$ ),
- Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Schule und Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (in Kanton Aargau, Departement Volkswirtschaft und Inneres, Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt, 2014) ( $n=1$ ),
- Beobachtungs- und Bewertungsinstrument zur Risiko- und Gefahrenreinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung der Forschungsgruppe PETRA (in Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck, Referat Kinder- und Jugendarbeit, 2012) ( $n=1$ ).

Bemerkenswert ist, dass – obwohl Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz mehrheitlich zum routinemässigen Screening zur Früherkennung geraten wird – ihnen überwiegend nicht standardisierte

<sup>22</sup> Auch diese wurden fast ausnahmslos in der Dokumentenanalyse (Instrumente) berücksichtigt.

Leitfäden ( $n=11$  von 16) und keine standardisierten, kurzen Screeningtools empfohlen wurden, obwohl der mit dem Screening verbundene Mehraufwand in der Literatur immer wieder bemängelt wird (vgl. Kap. 3.1.2). Mit Blick auf ein Screening durch Hebammen kritisiert beispielsweise Loos (2013) entsprechend, dass frei praktizierende Hebammen selbst Fragen zu häuslicher Gewalt formulieren müssten, was die Wahrscheinlichkeit zutreffender Antworten reduziere (S. 28). Darüber hinaus enthielten die Dossiers in Spitälern in der Regel keine Fragen zu häuslicher Gewalt; standardisierte direkte Fragen könnten mehr Fälle häuslicher Gewalt aufdecken als individuell formulierte. Loos (2013) spricht sich für „Eine interprofessionelle Leitlinie zu häuslicher Gewalt [aus, PK], die von Hebammen, Gynäkologie und Neonatologie unter Mitarbeit von Gewaltfachleuten und Betroffenen erarbeitet wird“ (S. 29); diese könnte zu einem Konsens der Berufsgruppen führen, die Erhebung von häuslicher Gewalt als obligatorisch zu erklären. Diese Empfehlungen müssten anschliessend in die Praxis implementiert werden, d. h. Gewaltprävention müsse in die Zielsetzung der Spitäler, Geburtshäuser und Praxen aufgenommen werden, was strukturelle Anpassungen bedinge (Loos, 2013, S. 29). Darüber hinaus fordert sie, dass die Gesundheitsfachpersonen die Zeit für die Erhebung der Informationen sowie allfällige Interventionen abrechnen können müssen, ohne jedoch auszuführen zu.

In den analysierten Empfehlungen wie in der Literatur wird mit Blick auf die Einführung von Früherkennungsmassnahmen auf die Relevanz der hierfür relevanten Fachkenntnisse hingewiesen (u. a. MacMillan et al., 2010; McTavish et al., 2016), die durch ein regelmässiges Angebot von Schulungen verbessert werden könnten. Entsprechende Fachkenntnisse können jedoch nicht nur der Qualitätssicherung dienen, sie können ausserdem die Einstellungen und subjektiven Kompetenzerwartungen von Praktiker(inne)n beeinflussen, so dass sie häufiger Screenings durchführen als nicht geschulte Kolleg(inn)en (Turner et al., 2015).

In Bezug auf die weiterführenden Schritte beim Vorliegen eines Verdachts auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung findet sich immer wieder der Hinweis, die Fachpersonen sollten nicht alleine und überstürzt handeln, sondern sich an entsprechende Fachstellen oder an erfahrene Kolleg(inn)en wenden (u. a. Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz, 2014a; Frei, 2014; Schlaginhaufen, 2013; Von Arx, Winzap-Kälin & Hänni, 2005). In diesem Zusammenhang wird der Aspekt der Vernetzung der beteiligten Fachpersonen und Institutionen regelmässig betont. Darüber hinaus findet sich wiederholt der Hinweis, die Fachperson solle bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt ihre eigenen Einstellungen bezüglich des Themas reflektieren, die einen abhalten könnten, hinzuschauen und ggf. einzugreifen (z. B. „Männer sind von Natur aus gewalttätig, besonders die dieser Ethnie“, „Ich unternehme nichts, weil ich nicht kompetent bin“) (u. a. Renteria, Hofner, Adjaho, Burquier & Hohlfeld, 2008<sup>23</sup>).

Zur Örtlichkeit des Gesprächs werden in der Regel keine expliziten Angaben gemacht, es ist somit davon auszugehen, dass es in der Praxis, Klinik bzw. dem jeweiligen Arbeitsort der Fachperson stattfindet. Sowohl bei einem routinemässigen Screening als auch bei einem verdachtinduzierten Vorgehen wird empfohlen, dass das Gespräch im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und/oder Arztkonsultationen aus anderem Anlass als Teil der Anamnese durchgeführt werden soll. Damit gilt für Gesundheitsfachpersonen wie für Fachpersonen aus anderen Bereichen, dass sie immer aufmerksam sein sollten. Bezüglich einer Befragung der Eltern und Kinder wird in der Regel betont, dass die Fachpersonen nicht selbst ermitteln sollen, dies sei Aufgabe der Strafverfolgungsbehörden (u. a. Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, 2005; Nitschke, 2011). Hinsichtlich des Gesprächs

---

<sup>23</sup> Übersetzung, PK

mit den Patient(inn)en bzw. Klient(in) wird auf eine ruhige und sichere Gesprächsatmosphäre hingewiesen (u. a. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013); die Personen sollten alleine – in Abwesenheit von Angehörigen – auf mögliche Gewalterfahrungen angesprochen werden. Bei mangelnden Sprachkenntnissen solle unbedingt ein(e) professionelle(r) Dolmetscher(in) hinzugezogen werden (u. a. Luzerner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt, 2008); dies gelte auch für Gespräche mit hörgeschädigten Patient(inn)en (Utah Department of Health, 2008). Die Fachpersonen sollten genau zuhören und die Angaben der Befragten ernstnehmen, Schuldzuweisungen sollten vermieden werden. Die Fragen selbst sollten möglichst direkt und offen sein: Bei Kindern z. B. „Wie ist das passiert?“ (Fanslow, Kelly & Ministry of Health, 2016); mit Blick auf Erwachsene finden sich dennoch eher geschlossene Beispielfragen, z. B. „Könnte es sein, dass vielleicht doch noch etwas anderes zu ihren Verletzungen geführt hat?“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013, S. 45). Eine Frage, die bereits Zweifel an den Angaben der Patientin bzw. des Patienten suggeriert. Betont wird jedoch, dass in jedem Fall Suggestivfragen vermieden werden sollten; in einem Leitfaden wird Letzteres mit Blick auf eine allfällige Glaubhaftigkeitsbegutachtung im Rahmen eines Strafverfahrens empfohlen (Techniker Krankenkasse, Landesvertretung NRW, 2011). Dennoch finden sich Formulierungsvorschläge wie „Symptome wie Sie sie haben, stehen häufig im Zusammenhang mit Gewalt. Kann es sein, dass Ihnen jemand Gewalt angetan hat?“ (Fopp, 2006, S. 3). Bei einem Routine-Screening solle das Gespräch ferner durch einen einleitenden Satz gerahmt werden, „z. B. mit einem Hinweis auf die Häufigkeit des Problems und darauf, dass die Frage routinemässig allen Frauen gestellt wird“ (Tschudin, 2015, S. 44). Entsprechend hält Loos (2013) mit Blick auf ein Screening durch Hebammen fest:

„Wenn wir begründen können, warum wir fragen und erklären, dass alle Frauen danach gefragt werden, ist die Bereitschaft gross, sich auf die Themen einzulassen. Die Begründung der Fragen und der respektvolle Umgang mit den Antworten zeigt den Frauen, wo sie hinschauen müssen, um sich zu schützen. [...] Von der eigenen Beobachtung ausgehend können die Beteiligten danach gefragt werden, wie sie die Situation erlebt haben. Im Gespräch kann dann das Verhalten, dessen Bedeutung und die emotionalen Reaktionen gut mit zirkulären Fragen erörtert werden (was löst es bei Ihnen aus, wenn Ihr Mann / Ihre Frau ...). Es kann auch abgeklärt werden, welche weitere Hilfe empfohlen werden kann.“ (S. 29)

Der Hinweis darauf, dass allen Frauen diese Fragen gestellt werden, könne vor allem mit Blick auf Migrant(inn)en relevant sein, da Frauen, die bereits mit Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert gewesen seien, davon ausgehen könnten, ihnen würden diese Fragen allein aufgrund ihrer Herkunft gestellt (Weingartner, 2008). Als Beispiele für konkrete Screeningfragen dienen in den analysierten Empfehlungen mehrheitlich Items aus standardisierten Instrumenten bzw. daran angelehnte Fragen (z. B. „Have you ever been hurt or threatened by your boyfriend/husband/partner“; The Family Violence Prevention Fund, 1999). In einem Dokument wurde eine Beispielfrage mit Blick auf Frauen mit Behinderungen formuliert (Committee on Health Care for Underserved Women, 2012), in einem anderen wurde empfohlen, das Screening sollte schriftlich erfolgen, für (funktionale) Analphabet(inn)en könne der Bogen durch die Fachperson ausgefüllt werden (Australian Institute of Health and Welfare, 2015). Tschudin (2014) schlägt beispielhaft die folgende Frage für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe vor: „Es ist bekannt, dass auf Frauen öfters Gewalt ausgeübt wird. Haben Sie je zuhause Gewalt erlebt?“

Es finden sich jedoch auch widersprüchliche Empfehlungen. So empfiehlt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013), „Zu vermeiden sind konfrontierende Formulierungen

wie: „Das Muster ihrer Verletzungen passt aber gar nicht zu der von ihnen angegebenen Unfallursache.““ (S. 45) Stüssi (2010) hingegen empfiehlt zwar ebenfalls ein klares Ansprechen der Thematik ohne Schuldzuweisungen und Verurteilungen, als Beispielsatz führt er jedoch auf: „Das passt einfach nicht zusammen – und es gibt eine Erklärung!““ (S. 18)

Mit Blick auf die Befragung von Kindern zum Thema Gewalt fällt auf, dass kaum Angaben zu Altersunterschieden in der Gestaltung der Gespräche gemacht wird. Genannt wurden lediglich die folgenden Aspekte:

- Anwesenheit der Eltern (ab der 4. Klasse in Abwesenheit der Eltern) (u. a. Klopffstein, 2016),
- Anpassung des Sprachstils (ohne konkretere Angaben) (u. a. Fanslow, Kelly & Ministry of Health, 2016),
- Ansprechen weiterer Gewaltformen bei Jugendlichen (z. B. Cyberbullying) (Fanslow, Kelly & Ministry of Health, 2016),
- keine Befragung von Kindern unter 3 Jahren (Improving Professional Practice On Child Abuse, o. J.).

Der letzte Aspekt entspricht aussagepsychologischen Erkenntnissen: „Kinder vor dem vollendeten 4. Lebensjahr können sich durchaus auch an länger zurückliegende Ereignisse erinnern, haben aber noch große Schwierigkeiten, Informationen selbständig abzurufen, sie sind daher in erheblichem Maße auf spezifische Hinweisreize angewiesen.“ (Niehaus, Volbert & Fegert, 2017, S. 29)

Empfehlungen bezüglich der Dokumentation der Angaben der Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en fanden sich in 56 Dokumenten (25 %). Hierin wurde generell auf eine sorgfältige schriftliche (und chronologische) Dokumentation hingewiesen und – insbesondere mit Blick auf Kinder – darauf, dass die Angaben der Kinder (und Begleitpersonen) möglichst wortgetreu festzuhalten seien (u. a. Nitschke, 2011; Techniker Krankenkasse, Landesvertretung NRW, 2011). In einigen Dokumenten wurde empfohlen, ebenfalls die gestellten Fragen sowie die geäußerte Emotionen zu notieren. Zur Dokumentation von körperlichen Verletzungen wird zum Teil zu Fotografien geraten (Kamann, 2008). Ferner wurde auf die Relevanz der Unterscheidung der gemachten Beobachtungen und dessen Bewertungen bzw. von „Fakten“ und „Vermutungen“ hingewiesen. Derartige Empfehlungen fanden sich sowohl mit Blick auf Gesundheitsfachpersonen als auch Fachpersonen anderer Berufsgruppen, wobei Gesundheitsfachpersonen signifikant häufiger (12 %) als anderen (2 %) konkrete Dokumentationsbögen als Grundlage für die Dokumentation vorgeschlagen wurden ( $p = .005$ ). Bei Verwendung dieser Bögen dürfte die Dokumentation in Verdachtsfällen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen von Gesundheitsfachpersonen somit systematischer und einheitlicher sein als von Vertreter(inn)en anderer Berufsgruppen.

### 3.2.2.1 Zwischenfazit: Empfehlungen

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass unter Expert(inn)en, staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen und Organisationen, Kirchenverbänden sowie Fach- bzw. Berufsgesellschaften alleine darin Einigkeit besteht, dass Gesundheitsfachpersonen und anderen Berufsgruppen (z. B. Erzieher[innen], Lehrkräfte, Sozialarbeitende) eine entscheidende Rolle bei der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen zukommt; dies gilt auch für den Fall, dass Kinder elterliche Paargewalt miterleben. Sie werden aufgerufen, mutig zu sein und das Thema Gewalt im Gespräch mit ihren Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en anzusprechen. Während Gesundheitsfachpersonen – auch in der

Schweiz – jedoch häufiger empfohlen wird, Fragen nach Gewalterfahrungen routinemässig in die Anamnese zu integrieren, wird den Vertreter(innen) der anderen Berufsgruppen häufiger zu einem verdachtsinduzierten Vorgehen geraten. Dennoch werden auch Gesundheitsfachpersonen mehrheitlich auf nicht standardisierte (Schweizer) Leitfäden zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen verwiesen.

Unabhängig davon, ob zu einem Routine-Screening oder einem verdachtinduzierten Vorgehen geraten wird, wird den Fachpersonen in den analysierten Dokumenten empfohlen, nicht überstürzt und alleine zu handeln, wenn sie den Verdacht auf Vorliegen innerfamiliärer Gewalt bzw. einer Kindeswohlgefährdung haben. Es sollten direkte Fragen gestellt und Suggestivfragen vermieden werden; ein Routine-Screening sollte durch einen Einleitungssatz gerahmt werden, der das Vorgehen begründet und unterstreicht, dass diese Fragen allen Patient(inn)en gestellt werden. Aus der Literatur ist bekannt, dass dies die Akzeptanz bei den Befragten erhöhen kann (vgl. Kap. 3.1). Bemerkenswerterweise fanden sich nur in seltenen Fällen Angaben zu Unterschieden in der Befragung von Kindern unterschiedlichen Alters; in keinem Fall wurde auf spezifische Aspekte hingewiesen, die man je nach Entwicklungsstand des Kindes beachten muss. Dies erscheint bedenklich: zum einen mit Blick auf die Gestaltung der Situation für die Kinder, zum anderen mit Blick auf die (strafrechtliche) Verwertbarkeit und die Gefahr der Fehlinterpretation der von den Kindern gemachten Angaben. Darüber hinaus fanden sich nur selten Hinweise zum Umgang mit weiteren vulnerablen Gruppen, z. B. Menschen mit Behinderungen oder (funktionale) Analphabet(inn)en. Mit Blick auf Migrant(inn)en wurde mehrheitlich darauf hingewiesen, dass professionelle Dolmetscher(innen) für die Gespräche hinzugezogen werden sollten.

Allen Berufsgruppen wird geraten, die Beobachtungen und Gespräche sorgfältig zu dokumentieren, wobei Gesundheitsfachpersonen signifikant häufiger standardisierte Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt werden. In der Konsequenz dürften die Notizen derselben im Vergleich zu Vertreter(inne)n anderer Berufsgruppen daher systematischer und einheitlicher sein.

Insgesamt wird mit Blick auf die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt die Relevanz der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit betont; allerdings beschränkt sich dies nicht auf die Bearbeitung von (Verdachts-)Fällen. Bereits bei der Entwicklung entsprechender Leitlinien und Screeninginstrumente sowie in Bezug auf Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema wird die Zusammenarbeit von Vertreter(inne)n verschiedener Fachrichtungen und Institutionen empfohlen. Insgesamt wird auf die Relevanz der für die erfolgreiche Durchführung von Früherkennungsmassnahmen – insbesondere mit Blick auf die Unterstützung der Betroffenen – relevanten Fachkenntnisse hingewiesen. Dabei können entsprechende Fachkenntnisse nicht nur der Qualitätssicherung dienen, sie können ausserdem die Einstellungen und subjektiven Kompetenzerwartungen von Praktiker(inne)n beeinflussen, so dass sie häufiger Screenings durchführen als nicht geschulte Kolleg(inn)en (Turner et al., 2015). Dies unterstreicht noch einmal die Relevanz systematischer Schulungen von Gesundheitsfachpersonen zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (inkl. häuslicher Gewalt) sowie deren Früherkennung.

### 3.3 Curriculaanalyse

Insgesamt konnten 439 potentiell relevante Veranstaltungen (Fachkurse, Certificate of Advanced Studies [CAS], Tagungen, Vorträge u. a. m.) und Ausbildungsgänge (Bachelor, Master) im Rahmen der



Internetrecherche identifiziert werden, von denen nach einer ersten Sichtung etwa die Hälfte ausgeschlossen werden konnte ( $n=222$ ), mehrheitlich weil sie keine thematisch relevanten Inhalte umfassen. Bei den verbleibenden 217 Bildungsangeboten handelte es sich mehrheitlich um Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen (79 %,  $n=171$ )<sup>24</sup>, wobei es sich in 12 Fällen um Weiterbildungsprogramme zur Erlangung von im Rahmen des Projektes relevanter Facharztstitel handelte (u. a. Kinder- und Jugendmedizin, Notfallmedizin)<sup>25</sup>. 21 % der Veranstaltungen waren Ausbildungsprogramme ( $n=45$ ). Die Mehrheit der Veranstaltungen richtete sich an (angehende) Pflegefachpersonen ( $n=56$ ; 26 %) und (angehende) Kinder- und Jugendmediziner(innen) (inkl. Neonatolog[inn]en, Kinderchirurg[inn]en, Kindernotfallmediziner[innen], Schulärzte/-ärztinnen;  $n=47$ ; 22 %), 10 % richteten sich an Allgemeinmediziner(innen) und 9 % an Gynäkolog(inn)en. Die restlichen Veranstaltungen richteten sich entweder an andere spezifische Gesundheitsfachpersonen (z. B. Hebammen) oder an Gesundheitsfachpersonen bzw. Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten allgemein.

Von diesen 217 Veranstaltungen konnten 49 im weiteren Verlauf der Analysen aufgrund der vorliegenden Materialien ausgeschlossen und 25 als relevant identifiziert werden. Sofern möglich, wurden in den verbleibenden Fällen die aufgeführten Kontaktpersonen im Rahmen einer schriftlichen Umfrage kontaktiert (vgl. Kap. 2.4); insgesamt wurden 148 Fachpersonen postalisch oder per E-Mail kontaktiert, mehrheitlich aus dem deutschsprachigen Raum ( $n=96$ ; 65 %). An der Befragung teilgenommen haben gut ein Drittel der Angeschriebenen ( $n=54$ ; 36 %), 78 % davon aus der deutschsprachigen Schweiz ( $n=40$ ). Die Ausschöpfungsquote betrug 34 % ( $n=51$ ). Im Rahmen sozialwissenschaftlicher Studien ist die erzielte Rücklaufquote zwar erwartbar gering, es liegt aber dennoch die Vermutung nahe, dass sich vor allem die Personen beteiligt haben, denen das Thema innerfamiliäre Gewalt ein besonderes Anliegen ist. Aufgrund der mangelnden Repräsentativität der Daten wird im Folgenden auf ein Vergleich der Schweizer Sprachregionen verzichtet.

Die Bildungsangebote der Umfrageteilnehmenden bzw. ihrer Institutionen richteten sich mehrheitlich an Pflegefachpersonen ( $n=22$ ), Medizinstudent(inn)en ( $n=17$ ) und Hebammen/Geburtshelfer ( $n=11$ ). Zu den weiteren Zielgruppen zählten

- Mütter-Väter-Berater(innen) ( $n=9$ ),
- Allgemeinmediziner(innen) ( $n=8$ ),
- Pädiater(innen) ( $n=6$ ),
- Gynäkolog(inn)en ( $n=6$ ),
- Psychiater(innen)/(psychologische) Psychotherapeut(inn)en/Psycholog(inn)en ( $n=6$ ),
- Schulärzte/-ärztinnen ( $n=5$ ),
- Medizinische Praxisassistent(inn)en ( $n=5$ ),
- Neonatolog(inn)en ( $n=4$ ),
- Dentalassistent(inn)en ( $n=4$ ),
- Kinder- und Jugendpsychiater(innen)/-psychotherapeut(inn)en ( $n=4$ ),
- Notfallmediziner(innen) ( $n=2$ ) und/oder

andere Berufsgruppen (u. a. Fachpersonen der Frühen Kindheit [0-5 Jahre], Schulpsycholog[inn]en, Physiotherapeut[inn]en, Vertreter[innen] der Sozialen Arbeit, Jurastudent[inn]en) ( $n=10$ ). 15 Befragte

<sup>24</sup> Mehrheitlich wurden die Veranstaltungen sowohl als Weiter- als auch als Fortbildungsveranstaltung angeboten.

<sup>25</sup> Die Weiterbildungsprogramme befanden sich zum Zeitpunkt des Berichts in Revision (zum Stand der Revisionen siehe: [http://www.fmh.ch/files/pdf18/ueb\\_wbp.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf18/ueb_wbp.pdf), Stand: Mai 2017).

gaben an, dass sie in ihren Veranstaltungen keine Themen behandeln, die mit Blick auf die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen relevant sind (29 %). Die Angaben der verbleibenden 36 Personen werden im Folgenden zusammen mit den Ergebnissen der Analyse der Dokumente aus der Internetrecherche dargestellt, getrennt nach Aus- und Weiter- bzw. Fortbildung. Eine Übersicht über die behandelten Themen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die einzelnen Berufs- bzw. Fachgruppen bieten die Tabellen 8 (Ausbildung) und 9 (Fort-/Weiterbildung); die Reihenfolge der Themen in den Tabellen richtet nach deren Zugehörigkeit zu bestimmten Themengebieten.

### 3.3.1 Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz

Zumindest an einer Schweizer Fachhochschule werden bezüglich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung in der Ausbildung der **Hebammen** relevante Informationen vermittelt. Insgesamt waren Angaben zu sechs entsprechenden Veranstaltungen gemacht worden, in denen die folgenden Themen schwerpunktmässig behandelt und die einmal im Jahr angeboten wurden bzw. werden:

- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt; professionelle Haltung) ( $n=3$ ),
- Häusliche Gewalt (Deliktsphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder) ( $n=2$ ),
- Paargewalt im Rahmen der Geburt ( $n=2$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=1$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=1$ ),
- Behandlung von Kinder als Betroffene häuslicher Gewalt ( $n=1$ )

Dabei wurden auch bestimmte (vulnerable) Gruppen mit Blick auf Paargewalt thematisiert; zu den genannten Schlagwörtern zählten hier Geschlecht/Intersektionalität, vulnerable Gruppen und gleicher Zugang zur Versorgung sowie soziale Ungleichheit.

Die genannten Veranstaltungen dauerten zwischen 160 und 1'500 Minuten, im Schnitt dauerten sie drei Stunden ( $Md=3,00$  Stunden)<sup>26</sup>.

Besser sah die Situation bezüglich der Ausbildung von **Pflegefachpersonen** in der Schweiz aus; hier wurden Angaben zu insgesamt elf Veranstaltungen an vier Institutionen zu folgenden Themen gemacht, die mehrheitlich den Schwerpunkt der jeweiligen Veranstaltung bildeten ( $n=9$ ).

- Kinderschutz allgemein, Prävention von Kindsmisshandlungen, Risikofaktoren, Vernachlässigung ( $n=4$ ),
- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=3$ ),

---

<sup>26</sup>  $Md$  = Median

- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=2$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=2$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=2$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=2$ ),
- Dokumentation ( $n=2$ ),
- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde [KESB], Kinderschutzgruppen) ( $n=1$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Gewalt allgemein (Phänomenologie, Traumatologie) ( $n=1$ ),
- Pflege und Elternschaft ( $n=1$ ),
- Spezifische Probleme bei der Pflege von Jugendlichen ( $n=1$ ).

Es scheint im Rahmen der Ausbildung der Pflegefachpersonen somit ein sehr breites Themenspektrum bezüglich innerfamiliärer Gewalt abgedeckt zu werden. Die sechs Veranstaltungen, zu denen entsprechende Angaben gemacht worden waren, fanden mehrheitlich einmal im Jahr statt ( $n=4$ ), zwei fanden häufiger statt. Die Veranstaltungen dauerten zwischen 45 und 2'880 Minuten, im Schnitt dauerten sie ebenfalls drei Stunden ( $Md=3,00$  Stunden).

**Medizinstudent(inn)en** erhalten im Rahmen ihres Studiums zumindest an den Schweizer Universitäten, die sich an der Studie beteiligt haben, ebenfalls Informationen zum Thema Kinderschutz bzw. Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen; die Grundlagen hierfür sind im Lernzielkatalog für das Medizinstudium gelegt worden (Working Group under a Mandate of the Joint Commission of Swiss Medical Schools, 2008). Von den Befragten wurden insgesamt sieben Veranstaltungen genannt, in denen schwerpunktmässig die folgenden Themen behandelt wurden.

- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=4$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=3$ ),
- Häusliche Gewalt (Deliktphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder) ( $n=2$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=2$ ),

- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=2$ ),
- Kinderschutz allgemein, Risikofaktoren ( $n=2$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=1$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Dokumentation ( $n=1$ ).

Tabelle 8: Übersicht über relevante Themen in Ausbildungen von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz nach Zielgruppen\*

Thema	Hebammen/Ge- burtshelfer	Pflegefach-per- sonen	Medizin-stu- dent(inn)en	Medizin. Praxis- assistent(inn)en	Dentalassis- tent(inn)en	Mütter-Väter- Beraterinnen
Kindesschutz allgemein, Prävention von Kindesmisshandlungen, Risikofaktoren, Vernachlässigung/Mütter-Väter-Beraterinnen: Risiko- und Schutzfaktoren	--	X	X	--	--	X
Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen, Epidemiologie)	--	X	X	--	--	--
Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie)	--	X	--	--	--	--
Häusliche Gewalt (Deliktspänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder)/Hebammen: Paargewalt im Rahmen der Geburt	X	--	X	--	--	--
Gewalt allgemein (Phänomenologie, Traumatologie)	--	X	--	--	--	--
Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich)	X	X	X	--	--	--
Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen)	--	X	X	--	--	--
Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung/Mütter-Väter-Beraterinnen: gesetzliche Grundlagen	--	X	X	--	--	X
Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kindesschutz	X	X	X	--	--	X
Dokumentation	--	X	X	--	--	--
Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können)	--	X	X	--	--	X
Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können)	--	X	X	--	--	--
Früherkennung von häuslicher Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können)	X	--	X	--	--	--
Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden)	X	X	X	--	--	--
Kommunikation mit/Befragung von Patient(inn)en zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting)/Mütter-Väter-Beraterinnen: Umgang mit den Eltern bei Kindeswohlgefährdungen allgemein	X	X	X	--	--	X
Weitere Themen	X	X	--	--	--	--

\* X = Mind. eine Veranstaltung zum Thema für Berufsgruppe; -- = keine Veranstaltung zum Thema für Berufsgruppe

Die Veranstaltungen für Medizinstudent(inn)en wurden mehrheitlich einmal im Jahr angeboten ( $n=5$ ) und dauerten im Schnitt 45-60 Minuten ( $M=60$  Minuten;  $Md=45$  Minuten); die längste Veranstaltung dauerte insgesamt 150 Minuten.

Die Befragten, die in der Ausbildung von **Medizinischen Praxisassistent(inn)en** ( $n=4$ ) oder **Dentalassistent(inn)en** ( $n=3$ ) tätig sind, gaben an, dass im Rahmen der Ausbildung keine Themen behandelt werden, die mit Blick auf die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung relevant wären. Laut des Schweizerischen Fachverbandes **Mütter- und Väterberatung** wird im Rahmen der Ausbildung zur Mütter- und Väterberaterin das Thema Kinderschutz behandelt.<sup>27</sup> Darüber hinaus richteten sich fünf von Befragten genannten Veranstaltungen u. a. an Mütter- und Väterberaterinnen. In ihnen wurden die folgenden Themen besprochen:

- Risiko- und Schutzfaktoren ( $n=3$ ),
- Umgang mit den Eltern bei Kindeswohlgefährdungen allgemein ( $n=1$ ).
- Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen ( $n=1$ ),
- Kooperation und Vernetzung ( $n=1$ ),
- Gesetzliche Grundlagen ( $n=1$ ).

### 3.3.2 Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz

#### 3.3.2.1 Medizinische „Hilfsberufe“ bzw. Gesundheitsfachberufe

Nicht nur in der Ausbildung, sondern auch in der Fortbildung der **Pflegefachpersonen** in der Schweiz finden sich Angebote, in denen Kinderschutz-Themen behandelt werden. Insgesamt fanden sich im Rahmen der Internetrecherchen und der Umfrage neun derartiger Veranstaltungen (CAS, Fachkurse/Fortbildungen, Vorträge, Fallbesprechungen), in denen die folgenden Themen entweder vertieft bzw. aufgefrischt oder neu eingeführt wurden:

- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=3$ ),
- Häusliche Gewalt (Deliktsphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder) ( $n=2$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt/Gewaltbetroffenen (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=2$ ),
- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=2$ ),
- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Erfassen „forensischer Probleme“ bei Notfallpatient(inn)en ( $n=1$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=1$ ),

<sup>27</sup> [https://www.sf-mvb.ch/files/1VMHTLB/fakten\\_ausbildung\\_sf\\_mvb.pdf](https://www.sf-mvb.ch/files/1VMHTLB/fakten_ausbildung_sf_mvb.pdf), Stand: Mai 2017.

- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=1$ ),
- Grundlagen Erwachsenen- und Kinderschutzrecht ( $n=1$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Dokumentation ( $n=1$ ),
- Forensic reasoning ( $n=1$ ).

Darüber hinaus wurden als eine Form der Weiter- bzw. Fortbildung interdisziplinäre Fallbesprechungen an Kliniken genannt, in denen es um den Umgang mit schwierigen Situationen ginge (z. B. OHG, Einbezug der KESB).

Im Rahmen der Recherchen konnte eine Veranstaltung zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder und Möglichkeiten, in der hausärztlichen Praxis mit Patient(inn)en darüber zu sprechen, identifiziert werden, die sich an **medizinische Praxisassistent(inn)en** richtete. Eine befragte Person gab zudem an, es habe in der Westschweiz einen Vortrag zum Thema innerfamiliäre Gewalt für **Dentalassistent(inn)en** gegeben.

Im Rahmen der Recherchen konnten zehn Fortbildungsveranstaltungen identifiziert werden, die sich (u. a.) an **Hebammen** richten, wobei es in einem Fall um die oben genannten Fallbesprechungen zu schwierigen Situationen handelte. Die restlichen Veranstaltungen vertieften die folgenden Themen oder führten diese neu ein:

- Häusliche Gewalt (Deliktphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder) ( $n=2$ ),
- Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder ( $n=2$ ),
- Risiko- und Schutzfaktoren ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=2$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt/Gewaltbetroffenen (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen ( $n=1$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren/Betreuung ( $n=1$ ),
- Umgang mit den Eltern bei Kindeswohlgefährdungen ( $n=1$ ),
- Kooperation und Vernetzung ( $n=1$ ),
- gesetzliche Grundlagen ( $n=1$ ),
- Dokumentation ( $n=1$ ).

Tabelle 9: Übersicht über relevante Themen in Weiter- und Fortbildungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz nach Zielgruppen<sup>\*,\*\*,\*\*,\*</sup>

Thema	Hebammen/ Geburts- helfer	Pflege- fach-per- sonen	Medizin. Praxis-assis- tent(inn)en	Dentalassis- tent(inn)en	Gynä- kologie/ Geburts- hilfe	Allge- mein-me- dizin	Kinder- und Ju- gendmedizin,** Kinderchirurgie	(Kinder- und Jugend-) Psychiatrie und Psycho- therapie	Not- fallme- dizin
Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfebearbeitungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vorgehen bei Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren/Betreuung	X	--	--	--	X	X	--	--	--
Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie)/Innerfamiliäre Gewalt (ohne weitere Angaben)/Beziehungsprobleme mit Kindern (inkl. emotionale Kindesmisshandlung)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Häusliche Gewalt (Deliktphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder)/psychische, physische Misshandlung des Partners/Häusliche Gewalt und sexuelle Gewalt	X	X	--	--	X	X	X	X	X
Häusliche Gewalt und Alkoholmissbrauch	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Opfer körperlicher Misshandlung, sexueller Gewalt, häusliche Gewalt (Erwachsene)	--	--	--	--	--	X	--	--	X
Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können)/Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können)	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Tabelle 9: Übersicht über relevante Themen in Weiter- und Fortbildungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz nach Zielgruppen (Fortsetzung)<sup>\*, \*\*\*, \*\*\*\*, \*\*\*\*\*</sup>

Thema	Hebammen/ Geburts- helfer	Pflege- fach- perso- nen	Medizin. Praxis-assis- tent(inn)en	Dentalassis- tent(inn)en	Gynä- kolo- gie/ Geburts- hilfe	Allge- mein- medizin	Kinder- und Jugendmedi- zin, <sup>*</sup> Kinder- chirurgie	(Kinder- und Ju- gend-) Psychiat- rie und Psychothe- rapie	Not- fall- medi- zin
Früherkennung von häuslicher Gewalt/Gewaltbetroffenen (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spezifische Symptome der Misshandlung in der Adoleszenz, die Zeichen einer Misshandlung sein können	--	--	--	--	--	X	X	--	--
Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kindesschutz (ohne weitere Angaben)/Risiko- (und Schutz)faktoren/ Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder/Folgeerscheinungen von Misshandlung und Ausbeutung/Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung	X	--	--	--	X	X	X	X	X
Kommunikation mit/Befragung von Patient(inn)en zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting)/„Prinzipien des Gesprächs in speziellen und schwierigen Situationen“ (inkl. Misshandlung)/Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Möglichkeiten, darüber zu sprechen/Hebammen: Umgang mit den Eltern bei Kindeswohlgefährdungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gesetzliche Grundlagen (ohne weitere Angaben)/Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung/Grundlagen Erwachsenen- und Kinderschutzrecht	X	X	--	--	--	X	X	X (DE)	--
Kooperation/Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kindesschutz	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dokumentation/Erfassen „forensischer Probleme“ bei Notfallpatient(inn)en	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Weitere Themen (u. a. forensic nursing)	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\* X = Mind. eine Veranstaltung zum Thema für Berufsgruppe; -- = keine Veranstaltung zum Thema für Berufsgruppe; \*\* Inkl. Neonatologie, Kindernotfallmedizin, Schulärzte/-ärztinnen

\*\*\* Veranstaltungen für Ärzte/Ärztinnen allgemein wurden allen medizinischen Fachrichtungen zugeschrieben; \*\*\*\* Veranstaltungen für Gesundheitsfachpersonen allgemein wurden allen berücksichtigten Berufsgruppen zugeschrieben; \*\*\*\*\* Keine Veranstaltungen im Rahmen der Recherchen gefunden, die sich spezifisch an Dermatolog(inn)en gerichtet haben

### 3.3.2.2 Mediziner(innen)

In Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für (angehende) **Gynäkolog(inn)en** wurden zum Teil ebenfalls entsprechende Themen behandelt; laut des Weiterbildungsprogramms ist das Thema Kinderschutz jedoch nicht systematisch in der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe verankert. Insgesamt konnten sechs Veranstaltungen (Fortbildungsveranstaltungen, Tagungen/Kongresse) zu folgenden Themen identifiziert werden:

- Vorgehen bei Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren/Betreuung ( $n=5$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können)/Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren ( $n=3$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=3$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=2$ ),
- Häusliche Gewalt und sexuelle Gewalt ( $n=1$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Dokumentation ( $n=1$ ).

Zwei dieser Vorträge zur Früherkennung und Betreuung von Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren richteten sich zudem an **Stillberater(innen)**.

Laut Weiterbildungsprogramm bzw. den dortigen Lernzielen sollen in der Weiterbildung zum **Allgemeinmediziner bzw. zur Allgemeinmedizinerin** die folgenden Themen mit Blick auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen behandelt werden: (1) Beziehungsprobleme mit Kindern (inklusive emotionale Kindesmisshandlung); (2) häusliche Gewalt; (3) psychische und physische Misshandlung des Partners bzw. (4) Opfer körperlicher Misshandlung, sexueller Gewalt (Erwachsene). In zwei spezifischen Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen wurden die folgenden Themen behandelt:

- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) [Schwerpunkt: Adoleszenz] ( $n=1$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Schwangeren mit psychosozialen Risikofaktoren/Betreuung ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=1$ ),
- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=1$ ),
- Spezifische Symptome der Misshandlung in der Adoleszenz, die Zeichen einer Misshandlung sein können ( $n=1$ ).

Angehende **Kinder- und Jugendmediziner(innen)** sollen sich laut Weiterbildungsprogramm zum Erwerb des Facharztstitels mit den folgenden „Aspekten des Kinderschutzes“ befassen:

„Kenntnis des regionalen Netzwerkes von Gesundheitsversorgung, Schule sowie sozialen und rechtlichen Institutionen[;] Erziehungsgrundlagen und pädagogische Prinzipien[;] Allgemeine Ursachen von Vernachlässigung

und Misshandlung[;] Erkennung von misshandelten Kindern[;] Erkennung der physischen, emotionellen und geistigen Misshandlung[;] Erkennung der sexuellen Ausbeutung[;] Folgeerscheinungen von Misshandlung und Ausbeutung[;] Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung[;] Teamarbeit mit Sozialarbeitern, Psychologen, Rechtsvertretern und anderen Fachpersonen“ (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF] & FMH, 2014, S. 18) sowie mit „Prinzipien des Gesprächs in speziellen und extremen Situationen“ (ebd., S. 13), zu denen u. a. Misshandlung zählt.

Dies gilt ebenfalls für den Schwerpunkt **Neonatologie**. Bei der Wahl des Schwerpunkts **Kindernotfallmedizin** muss das Thema Kindesmisshandlung („spezifische Verletzungsmuster, Folgen], Hautveränderungen aufgrund von Kindsmisshandlung, Untersuchung nach sexueller Misshandlung“ [SIWF & FMH, 2014, Anhang 12, S. 14] ebenfalls laut Weiterbildungsprogramm abgedeckt werden.

Die sieben identifizierten spezifischen Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen für Pädiater(innen) behandelten die folgenden Themen:

- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=4$ ),
- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=3$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=3$ , in einem Fall mit Schwerpunkt Adoleszenz),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=3$ ),
- interdisziplinäre Zusammenarbeit ( $n=3$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=2$ ),
- Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=2$ , in einem Fall mit Schwerpunkt Adoleszenz),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=2$ , in einem Fall mit Schwerpunkt Adoleszenz),
- Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Risikofaktoren ( $n=1$ ),
- Sexuelle Traumatisierung beim Kind (Erst- und Nachbetreuung, Kinderschutz) ( $n=1$ ),
- Spezifische Symptome der Misshandlung in der Adoleszenz, die Zeichen einer Misshandlung sein können ( $n=1$ ),
- Kinderschutz ( $n=1$ ).

Erwerben Ärztinnen und Ärzte den Facharztstitel für **Kinderchirurgie** müssen sie sich ebenfalls mit dem Thema Erkennen von Symptomen der verschiedenen Misshandlungsformen auseinandersetzen (physische, psychische, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung). Im Rahmen der Befragung wurde zudem eine Weiter- bzw. Fortbildungsveranstaltung zum Thema Kinderschutz genannt, die sich u. a. an (angehende) Kinderchirurg(inn)en wendet und einmal im Jahr angeboten wird.

Im Rahmen der Recherchen konnten insgesamt fünf Veranstaltungen (Fortbildungsveranstaltungen, Vorträge) identifiziert werden, die sich (u. a.) an **Schulärztinnen und -ärzte** richteten; diese bezogen sich auf die folgenden Themen:

- Melderechte und Meldepflichten bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung ( $n=5$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können [in einem Fall mit Schwerpunkt Adoleszenz] ( $n=3$ ),
- Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=2$ ),
- Dokumentation ( $n=2$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) [in einem Fall mit Schwerpunkt Adoleszenz] ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=1$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Kinderschutz ( $n=1$ ).

Spezifische Veranstaltungen zum Thema Kinderschutz für **Notfallmediziner(innen)** in der Schweiz konnten im Rahmen der Recherchen nicht identifiziert werden. Im Europäischen Curriculum für Notfallmedizin der European Society for Emergency Medicine (EuSEM) wird unter der Überschrift Missbrauch und Gewalt jedoch festgehalten:

„Notfallmediziner müssen in der Lage sein, Krankheits- oder Verletzungsmuster zu erkennen, die eventuell auf körperlichen oder sexuellen Missbrauch oder häusliche Gewalt an Kindern oder Erwachsenen hindeuten. Von ihnen wird verlangt, geeignete Maßnahmen zum Schutz von Kindern oder Erwachsenen einzuleiten. Zudem müssen sie lernen, das am Notfallort arbeitende Personal vor Gewalt und Misshandlung zu schützen bzw. das Risiko zu begrenzen.“ (EuSEM, 2009, S. 15)

Hierzu gehören explizit auch Verletzungen der Haut (EuSEM, 2009, S. 30). Missbrauch und Misshandlung von Erwachsenen und Kindern zählt im Curriculum zudem zu den spezifischen Aspekten der Notfallmedizin (Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Partnergewalt).

In der Weiterbildung zum Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie** werden Kinderschutzaspekte laut Weiterbildungsprogramm behandelt. Darüber hinaus fanden sich zwei Vorträge, in denen u. a. folgende Aspekte angesprochen wurden: (1) Screening bei postpartaler Depression, (2) Wann besteht bei Kindern psychisch kranker Eltern eine Kindeswohlgefährdung?

Sechs von den Befragten genannten Veranstaltungen richteten sich u. a. an **Psycholog(inn)en** und behandelten die folgenden Themen:

- Risiko- und Schutzfaktoren ( $n=3$ ),
- Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen ( $n=2$ ),
- Vorgehen/Kooperation und Vernetzung ( $n=2$ ),
- Gesetzliche Grundlagen ( $n=2$ ),
- Umgang mit den Eltern bei Kindeswohlgefährdungen allgemein ( $n=1$ ).

In der Weiterbildung zum Facharzt für **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** sind die Themen Kinderschutz und Kinderschutzmassnahmen ebenfalls verankert, ohne diese genauer zu beschreiben. Darüber hinaus fanden sich Informationen zu vier spezifischen Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen (Vorträge, E-Learningkurs). Hierunter fielen zum einen die beiden Vorträge, die sich auch an Psychiater(innen) und Psychotherapeut(inn)en richteten, zum anderen ein Vortrag zur Frage: Welche Konsequenzen haben die hohen Fallzahlen von sexuellem Kindesmissbrauch, Miss-handlung und Vernachlässigung für Institutionen? Im E-Learning-Kurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ der Universität Ulm werden u. a. zum einen Grundlagen zum Thema Kinderschutz und Kindesmisshandlung (Gewaltformen, Risiko- und Schutzfaktoren) behandelt, zum anderen Akteure im Kinderschutz (Deutschland), rechtliche Rahmenbedingungen (Deutschland), frühe Hilfen und Interventionen sowie die Kommunikation mit den Eltern (Grundlagen der Gesprächsführung) thematisiert. Im Zusammenhang mit Methoden werden Instrumente zur Interaktionseinschätzung vorgestellt (Einschätzung der Feinzeichen des Säuglings, Einschätzung der elterlichen Feinfühligkeit) sowie weitere Einschätzungsinstrumente für die Praxis, die im Rahmen der Instrumentenanalyse genauer betrachtet wurden: Instrument zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen, Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Kindler, o. J.), Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz (Künster et al., 2013a, b). Als E-Learning-Kurs können prinzipiell auch Kinder- und Jugendpsychiater(innen) aus der Schweiz teilnehmen, allerdings beziehen sich die Informationen zu Angeboten und rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Situation in Deutschland.

Laut dem Weiterbildungsprogramm „**Facharzt für Dermatologie und Venerologie**“ ist die Behandlung des Themas Kindeswohlgefährdung oder häusliche Gewalt nicht vorgesehen. Entsprechend konnten auch keine einschlägigen Veranstaltungen oder Vorträge gefunden werden, die sich explizit an Dermatolog(inn)en (in Ausbildung) gerichtet haben.

Vier der von den Befragten genannten Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen richteten sich an **Ärztinnen und Ärzte allgemein**; in ihnen wurden die folgenden Themen behandelt:

- Häusliche Gewalt (Deliktphänomenologie, „Gewaltspirale“ und/oder Auswirkungen auf Kinder) ( $n=2$ ),
- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt/Gewaltbetroffenen (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=1$ ),
- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=1$ ),
- Kinderschutz ( $n=1$ ),
- Dokumentation ( $n=1$ ).

Darüber hinaus werden in die genannten Fallbesprechungen zum Umgang mit schwierigen Situationen ebenfalls Ärzte und Ärztinnen allgemein eingeladen.

### 3.3.2.3 Gesundheitsfachpersonen allgemein

Weitere Veranstaltungen richteten sich an Gesundheitsfachpersonen allgemein ( $n=11$ ; Vorträge, Businesslunch) bzw. allgemein an Fachpersonen, die mit Kindern arbeiten ( $n=2$ ) oder die mit dem Thema häusliche Gewalt konfrontiert sind ( $n=1$ ). In Bezug auf drei Veranstaltungen wurden keine Angaben zur Zielgruppe gemacht.

Neun der elf Veranstaltungen, die sich explizit an Gesundheitsfachpersonen allgemein richteten, waren Vorträge auf der Nationalen Konferenz „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“ (2014), ausgerichtet vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG). Insgesamt wurden in den 17 Veranstaltungen mit Blick auf die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen die folgenden relevanten Inhalte angesprochen:

- Spezifische Früherkennungsmassnahmen (z. B. Checklisten, Leitfäden) ( $n=6$ ),
- Früherkennung von häuslicher Gewalt/Gewaltbetroffenen (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf häusliche Gewalt hindeuten können) ( $n=5$ ),
- Dokumentation ( $n=4$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können) ( $n=3$ ),
- Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz ( $n=3$ ),
- Kindeswohlgefährdungen im Kontext innerfamiliärer Gewalt (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=2$ ),
- Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen allgemein (inkl. Hinweise oder Merkmale, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten können [hier: postpartale Depression]) ( $n=2$ ),
- Kommunikation mit/Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema innerfamiliäre Gewalt (inkl. Kindeswohlgefährdung) bzw. schwierigen Situationen (Gesprächstechniken, Gesprächssetting) ( $n=2$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen im Besonderen (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. KESB, Kinderschutzgruppen) ( $n=2$ ),
- Forensic nursing ( $n=2$ ),
- Kindeswohlgefährdungen allgemein (verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung, Epidemiologie) ( $n=1$ ),
- Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt/Weitervermittlung (inkl. relevante Institutionen in diesem Bereich, z. B. Opferhilfeberatungsstellen, Fachstellen für häusliche Gewalt) ( $n=1$ ),
- Häusliche Gewalt und Alkoholmissbrauch ( $n=1$ ).

### 3.3.2.4 Zwischenfazit: Curriculaanalyse

Mit Blick auf die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz ergibt sich vor dem Hintergrund der Befunde der Eindruck, dass das Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen weitgehend nicht flächendeckend in den Curricula verankert ist; darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in den behandelten Themen. So wird beispielsweise nicht allen Berufsgruppen rechtliches Wissen im Kontext innerfamiliärer Gewalt vermittelt (vgl. Tab. 8), was – bei Unsicherheiten – dazu führen kann, dass weggeschaut und nicht eingegriffen wird. Das Gleiche trifft auf

Wissen zur Gesprächsführung beim Thema innerfamiliäre Gewalt zu; diesbezügliche Wissenslücken können auf der einen Seite zur Vermeidung des Ansprechens der Thematik führen, auf der anderen Seite zur Anwendung ungeeigneter (z. B. konfrontativer, suggestiver) Gesprächstechniken. Insbesondere eine suggestive Befragung kann – wie eine mangelhafte oder gar fehlende Dokumentation der Beobachtungen und Gespräche – insbesondere im Rahmen eines allfälligen Strafverfahrens bei der Beurteilung der Aussagen problematisch sein. Vor diesem Hintergrund erscheint ebenfalls bedenklich, dass nicht allen Berufs- bzw. Fachgruppen Grundlagen zur Dokumentation der Befunde vermittelt werden. Insbesondere mit Blick auf die Diskussion der Anwendung von Früherkennungsmassnahmen und dem Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen ist zudem die Vermittlung von Wissen zu besonderen Bedürfnissen vulnerabler Gruppen relevant (z. B. Migrant[in]en, funktionale Analphabet[in]en, Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen). Inwieweit dies in der Ausbildung thematisiert wird, ging im Rahmen der Studie jedoch nur aus den Angaben zur Hebammenausbildung hervor. Den vorliegenden Unterlagen war zudem in der Regel nicht zu entnehmen, ob das Miterleben häuslicher Gewalt von Kindern explizit als eine Form der Kindeswohlgefährdung angesprochen wird.

Insgesamt scheint die Situation besonders prekär bei der Ausbildung medizinischer Praxisassistent(inn)en und Dentalassistent(inn)en zu sein (vgl. Tab. 8); ihre Rolle scheint bei der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen noch unterschätzt zu werden. Sie können jedoch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin über wichtige Beobachtungen bezüglich einer möglichen Kindeswohlgefährdung informieren. Bereits heute stärker verankert ist das Thema in der Ausbildung der Pflegefachpersonen und Hebammen; und auch Medizinstudent(inn)en werden entsprechende Angebote gemacht. Allerdings weisen Expert(inn)en selbst mit Blick auf Pflegefachpersonen und Hebammen darauf hin, dass weiterhin Bedarf an einer systematischen Verankerung des Themas in den Ausbildungscurricula besteht (u. a. Bonvin, 2014; Klopstein, 2014b) bzw. an einer Vereinheitlichung der Curricula zur Qualitätssicherung (Loos, 2013). Und auch Expert(inn)en aus anderen Bereichen sehen hier eindeutig einen Bedarf (vgl. Kap. 3.2.2).

Ähnlich sieht die Situation mit Blick auf die Weiter- und Fortbildung der berücksichtigten Berufsgruppen aus. Zwar gab es im Untersuchungszeitraum (2014-2016) entsprechende Angebote, ob die Fachpersonen diese jedoch besuchten, hing mehrheitlich von ihnen selbst ab. In einigen Kliniken wird das Thema zwar in interdisziplinären Fallbesprechungen behandelt, so dass sich die Möglichkeit der wiederholten Besprechung des Vorgehens in Kinderschutzelfällen an der jeweiligen Klinik bietet, insgesamt darf es aber nicht vom Zufall bestimmt sein, ob entsprechende Fälle besprochen werden. Besonders problematisch erscheint vor diesem Hintergrund, dass – zumindest vor der Revision derselben (vgl. Fussnote 25) – nicht in allen Weiterbildungsprogrammen relevanter Facharztgruppen das Thema Kinderschutz verankert war; dies obwohl auch hier die notwendigen Grundlagen im Lernzielkatalog gelegt sind (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF], 2012). Darüber hinaus erscheint eine einmalige Schulung zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen nicht ausreichend; im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen muss das Wissen regelmässig aufgefrischt und aktualisiert werden. Im Rahmen der Internetrecherchen ist zudem der Eindruck entstanden, dass Kinderschutz und die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt ein Thema ist, dass in unregelmässigen Abständen Aufmerksamkeit erhält. So fanden sich im Rahmen der Internetrecherchen für den Zeitraum vor 2014 weitere relevante Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, die aktuell scheinbar nicht mehr angeboten werden.

Vor diesem Hintergrund überrascht nicht, dass sich auch in knapp einem Viertel der analysierten Empfehlungen (24 %; vgl. Kap. 3.2.2) für eine verbesserte Aus-, Weiter- und/oder Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen zum Thema innerfamiliäre Gewalt bzw. zu spezifischen Gewaltformen (z. B. weibliche Genitalverstümmelung) in der Schweiz ausgesprochen wurde (u. a. Bass, 2014; Birri, 2014; Graf & Hurri, 2014; Loos, 2013).

### **3.4 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews**

Die Befragung von Expert(inn)en aus unterschiedlichen Bereichen (Gesundheit, Forschung, Soziales und Verwaltung) erlaubt es, den Bericht mit unterschiedlichen Sichtweisen aus Praxis und Wissenschaft anzureichern. Die Ergebnisse der Interviewstudie werden im Folgenden nach den Themen des zugrunde liegenden Leitfadens (vgl. Kap. 2.5) in zusammenfassender Form vorgestellt. Die Darstellung unterschiedlicher Standpunkte wird, wo für das Verständnis sinnvoll, durch den Hinweis auf die Fachdisziplin oder die Position der Expertin/des Experten im Versorgungssystem ergänzt. Einzelne, eingeschobene (anonymisierte) Zitate dienen der Veranschaulichung. Im letzten Unterkapitel erfolgt eine abschliessende Zusammenfassung.

#### **3.4.1 Allgemeine Einschätzungen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung mittels eines standardisierten Instrumentes**

Ein spezifisches Instrument zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung wurde von den Expert(inn)en nicht genannt. Insgesamt vertraten sie die Meinung, dass sowohl die Früherkennung als auch weiterführende Abklärungen nicht auf ein einziges Instrument abzustützen seien, sondern vielmehr auf einer Kombination unterschiedlicher Verfahren beruhen sollte. Die Anwendung eines standardisierten Instrumentes im Rahmen einer ersten Situationsabklärung wurde jedoch von allen Expert(inn)en unterstützt. Um einen Gesamtüberblick über die Situation des Kindes zu erhalten, sei es aber sinnvoll, neben geschlossenen auch offene Fragen zu integrieren, welche Ausführungen und Erklärungen der Adressat(inn)en zulassen. Es dürfe keinesfalls von der Annahme ausgegangen werden, dass anhand eines standardisierten Instrumentes gesicherte Auskünfte über eine bestehende Kindeswohlgefährdung zu erhalten sei.

Waren sich in diesem Punkt alle Gesprächspartner(innen) einig, so fächerten sich die Meinungen im Weiteren fachspezifisch auf. Aus somatisch-medizinischer Sicht (Pädiatrie, Kinderschutzgruppe) wurde ein standardisiertes Instrument (ähnlich einer Checkliste) als äusserst hilfreich für eine erste Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung betrachtet: Es ermögliche eine erste Entscheidung, ob an eine Fachstelle – und ggf. an welche – zu verweisen sei (Kinderschutzgruppe, Beratungsstelle etc.). Expert(inn)en aus den Bereichen der Neonatologie, Soziologie sowie der Psychologie und Psychiatrie hingegen verwiesen darauf, dass ein standardisiertes Instrument nur als Einstieg in die Thematik dienen könne, aber keine (genügende) Einschätzung der Kindeswohlgefährdung an sich erlaube. Hier wurde die Bedeutung des Einbezuges der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion betont. Zudem müssten ebenso die Erziehungs- und Beziehungskompetenzen der Eltern und diesbezügliche Entwicklungsprobleme des Kindes bzw. der Kinder bei einer Abklärung der Kindeswohlgefährdung miteinbezogen werden. Des Weiteren solle auch der familiäre Hintergrund (häusliches Umfeld, Partnerschaft, Geschwisterkinder) der befragten Person in die Einschätzung miteinfließen. Somit ist – aus dieser Perspektive – die Anwendung eines standardisierten Instrumentes für sich allein ungenügend, um über eine erste Situationsabklärung hinaus eine erste Diagnose zu stellen. Beeinflusst wird diese



Einschätzung der Gesprächspartner(innen) von ihrer jeweiligen Stellung im Abklärungs- bzw. Hilfeprozess. Standardisierte Verfahren werden vor allem von jenen befürwortet, die an der Früherkennung und Risikoabschätzung beteiligt sind, während sie im Rahmen einer „vertieften Abklärung“ in den Hintergrund treten.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass ein Screeninginstrument nach Meinung der Expert(inn)en hilfreich erscheint, um eine erste Triage vorzunehmen bzw. um den Entscheid über den Verweis an eine andere (Fach-)Stelle zu fällen. Diese sollte jedoch in einem zweiten Schritt eine vertiefte und nur noch teilweise standardisierte Abklärung durchführen.

#### **3.4.2 Spezifische Instrumente zur (Früh-)Erkennung von Kindeswohlgefährdungen**

In der nachfolgenden Tabelle 10 sind jene Instrumente zusammengefasst, welche laut Expert(inn)en in der Praxis in ihrem jeweiligen Land zum Einsatz kommen. Zunächst werden die Früherkennungsinstrumente nach Ländern sortiert aufgeführt, anschliessend die Verfahren, die der weiteren Abklärung dienen. Die Darstellung zeigt, dass neben Checklisten bzw. Screeningbögen, insbesondere offene Fragebögen und Leitfaden angewandt werden. Wie aus der Übersicht hervorgeht, kommen jedoch institutionenübergreifende Instrumente kaum vor. Eine Ausnahme stellt das Konzept des interdisziplinären E-Learningkurses „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ der Universität Ulm dar. Über diese e-Plattform werden theoretisches und praktisches Wissen sowie Instrumente im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz vermittelt (vgl. Kap. 3.3.2.2).

Tabelle 10: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von und zu Vorgehen bei innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Expert(inn)en Nennungen

Bezeichnung	Gefährdungen und Zeithorizont	Anwendungsbereich (Anwender(innen))	Methode, Adressat(inn)en	Anzahl Items/Fragen	Land	Quelle
<b>Früherkennung</b>						
Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie [SGP]	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch-diagnostisch	Vorsorgeuntersuchungen Pädiatrie (ab 1. Woche – 6. Lebensjahr/Adoleszenz), Pädiater(innen)	Checklisten zur Fremdbeurteilung, Adressat(inn)en: Eltern (und Kind) Erhebung von: Risikofaktoren, körperliche und psychische Befunde, Verhaltensauffälligkeiten	2-5 Items bzgl. Gewalterfahrung	CH	SGP (2011)
Kindesmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zur Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Allgemeinmedizin, Ärzte/-innen; Medizinische Praxissassistent(innen)	Leitfaden zur Fremdbeurteilung Adressat(inn)en: Eltern (und Kind) Abhandlung von: Risikofaktoren, körperliche Befunde, Verhaltensauffälligkeiten, Umgang mit Verdacht	--	CH	Lips (2011)
Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch (Identifikation Bedarf an präventivem Unterstützungs- und Beratungsangebot)	Kliniken der Geburtshilfe (kurz nach der Geburt oder u. U. bereits während der Schwangerschaft), Fachpersonen	Verfahren zur Fremdbeurteilung von Risikofaktoren Adressat(inn)en: Eltern Erhebung von: Sozialer Belastung, Verhalten Hauptbezugsperson gegenüber Kind (Risikoinventar)	5 offene Fragen	DE	Kindler (o. J.) <sup>28*</sup> (Modellprojekt: Guter Start ins Kinderleben)
Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung (Zusätzliche Quellen: Einleitung, Leitfaden)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Kliniken Geburtshilfe, Fachpersonen	Risikoeinschätzung basierend auf Erkenntnissen aus ‚Anhaltbogen‘ (siehe oben), Entscheidungsbaum	2 Items, Entscheidungsbaum	DE	KJPP Universitätsklinikum Ulm & DJJuF e.V., (o. J.) <sup>*</sup>
Handreichungen für ‚gelbe‘ (mässig kritische) Fälle (Nr. 1), ‚rote‘ (potentielle) Fälle (Nr. 2)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Berater(innen), Fachpersonen	Nr. 1: Hinweise/Hilfestellung betreffend weiterem Ablauf Nr. 2: Gefährdungseinschätzung, Bewertung der Hilfebeziehung	4 Items	DE	Universität Ulm (o. J.a,b)
Wahrnehmungsbögen – ‚Rund um die Geburt‘ (Nr. 1) sowie ‚Klein- und Vorschulkinder‘ (Nr. 2)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Zum internen Gebrauch im Bereich: Kindertagesbetreuung (Nr. 2), Erzieher(innen) und Tageseltern; Geburtshilfe (Nr. 1), Hebammen/Geburtshelfer	Altersabhängige Bögen Adressat(inn)en: Eltern Drei Ebenen im Fokus: familiäre Ressourcensituation, bestehende Kindeswohlgefährdung und Risikofaktoren (Grundlage hier der ‚Anhaltbogen‘).	47 Items	DE	Künster et al. (2013a, b) <sup>*</sup>
Die Chancen der ersten Monate. Feinfühligkeit Eltern – gesunde Kinder	Einschätzung Feinfühligkeit (Hauptbezugsperson), prognostisch	Geburtshilfe, Hebammen/Geburtshelfer	Skala zur Fremderhebung elterlicher Feinfühligkeit, zu beurteilen anhand konkreter Situation (Wickeln, Füttern, Spielen, sonstiges) Adressat(inn)en: Eltern	4 Items, Einschätzung nach Skala	DE	KJPP Universitätsklinikum Ulm <sup>*</sup>
Pädiatrischer Anhaltbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)	Beurteilung psychosozialer Belastungen und der Hilfebedarfe der Eltern, prognostisch – diagnostisch	Vorsorgeuntersuchungen Pädiatrie (spezifischer Zeitraum Instrument: ab 4. Woche bis 1. Lebensjahr)	Familienanamnese, Gesundheitsfürsorge (Mutter/Kind), Eltern-Kind-Interaktion, Verhaltensauffälligkeiten und Regulationsstörungen (Kind), Postpartale Depression Adressat(inn)en: Eltern (und Kind)	21 Items	DE	Barth & Mall (2015)

<sup>28</sup> Mit einem Asterisk (\*) markierte Instrumente und Verfahren sind für Praktiker(innen) auf Anfrage online zugänglich (E-Learning Kurs Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz, KJPP Universitätsklinikum Ulm).

Tabelle 10: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von und zu Vorgehen bei innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Expert(inn)en Nennungen (Fortsetzung)

Bezeichnung	Gefährdung und Zeithorizont	Anwendungsbereich (Anwender[innen])	Methode, Adressat(inn)en	Anzahl Items/Fragen	Land	Quelle
KINDEX (Konstanzer Index)	Erfassung von Risiken für eine beeinträchtigte psychische Entwicklung des Kindes und der Mutter, diagnostisch	Alltägliche Praxis bei Gynäkolog(inn)en, Hebammen/Geburtshelfern, Frauenkliniken (Weiterentwicklung zu tablet-gestützter Anwendung [KINDEX-App] <sup>29</sup> ermöglicht Schwangeren die eigenständige Bedienung)	Strukturiertes Interview/Selbstbeurteilungsinstrument (App) Erhebung von Belastungsfaktoren nach: Alter, Migrationshintergrund, Beziehung, finanzielle/gesundheitliche Situation, erschwerte pränatale Bindung, Stress, traumatische Erfahrungen (Kindheit), partnerschaftliche Gewalt und Substanzkonsum Adressat(inn)en: Schwangere	30 Items (App)	DE	Ruf-Leuschner et al. (2016)
Signalenlijsten (Nr. 1- Nr.3)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch-diagnostisch	Fachpersonen	Altersabhängige Liste (0-4 Jahre, 4-12 Jahre, 12-18 Jahre) gibt einen Überblick über mögliche Hinweise auf Kindeswohlgefährdung (körperliches Wohl, Verhalten des Kindes/der Eltern, Familiensituation, spezifische Hinweise auf sexuellen Missbrauch) Adressat(inn)en: Eltern und Kind	Auswahl von 70 möglichen Charakteristika	NL	Niederlands Jeugdinstituut (2011)
NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index)	Erhebung elterlicher Stressbelastung – Hinweis auf Bedarf an Unterstützung/ Beratung zur Sicherung des Kindeswohls	Psychiatrie/Psychologie Fachpersonen	Fragebogen unterstützt die Erfassung der elterlichen Stressbelastung (bspw. verursacht durch Verhaltensauffälligkeiten bei Kind) Adressat(inn)en: Erzieher(innen) (Eltern) mit Kind(ern) im Alter von 6-12 Jahren	k. A.	NL	Brock et al. (1992)
SPUTOVAMO	Körperliche Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen, diagnostisch	Notfall, Kinderkliniken	Checkliste zur Identifikation körperlicher Misshandlung Adressat(inn)en: Kind	9 Fragen	NL	KNMG (2015) (Teil des <i>KNMG meldcode</i> [Melde-Code Kindeswohlgefährdung und häusliche Gewalt ])
ALPHA-NL	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch	Vorsorgeuntersuchungen Schwangerschaft, Geburtskliniken, Hebammen/Geburtshelfer	Frühzeitige Identifizierung von unerwünschter Schwangerschaft, Risiko auf Kindeswohlgefährdung Adressat(inn)en: Schwangere	k. A.	NL	Niederlands Jeugdinstituut (o. J.a)

<sup>29</sup> Ruf-Leuschner et al., 2016

Tabelle 10: Instrumente und Verfahren zur Erkennung von und zu Vorgehen bei innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen – Expert(inn)en Nennungen (Fortsetzung)

Abklärung						
Bezeichnung	Gefährdung und Zeithorizont	Anwendungsbereich (Anwender(innen))	Methode, Adressat(innen)	Anzahl Items/Fragen	Land	Quelle
Questionnaire d'autoévaluation standardisé et approfondi	alle Kindeswohlgefährdungen (insbesondere häusliche Gewalt), diagnostisch	Psychologie/Psychotherapie, Fachpersonen	Systematische therapeutische Intervention (Arbeit mit gesamter Familie): Ausgehend von der Evaluation des Fragebogens zur Selbsteinschätzung wird das therapeutische Vorgehen abgestimmt Erhebung der Gesamtsituation der Familie(nmitglieder) sowie der erlebten Gewalt	k. A.	CH	Centre de consultation Les Boreales (o. J.)
Dossier Patient	alle Kindeswohlgefährdungen (insbesondere häusliche Gewalt), diagnostisch – prognostisch	Anwendung in spezialisierter medizinischer Abteilung für Opfer von häuslicher (Partner-)Gewalt	Gespräch anhand eines standardisierten Fragebogens (geschlossene und offene Fragen) Adressat(inn)en: Gewaltbetroffene Person Erhebung von: Gewalterfahrung, Profil Urheber(in) der Gewalt, Risikoeinschätzung Kind, Substanzkonsum, physischer und psychischer Gesundheitszustand	> 70 Items und offene Fragen betreffend Gewalterfahrung	CH	Unité de Médecine des Violences, Centre universitaire romand de médecine légale, Lausanne [CHUV] & Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (2016)
Leitfäden zur Standardisierung des Verfahrens in Fällen von Kindesmisshandlung	alle Kindeswohlgefährdungen	Fachpersonen	Fallbearbeitung anhand eines standardisierten Leitfadens (Meldung, Abklärung, Beurteilung, Entscheid, Durchführung)	--	CH	Bessler et al. (2001)
Manual zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch (Einschätzung der Belastung/Ressourcen)	Fachpersonen	Manual führt Anhaltspunkte auf und gewichtet sie hinsichtlich ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung Adressat(inn)en: Familiäres Umfeld (und Kind) Zusätzlich sind Fallbearbeitungen (Proben der Anwendung) und Erläuterungstexte (Hintergrundwissen) integriert	--	DE	KJPP Universitätsklinikum Ulm (2011)*
OKIVR (Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch	Psychiatrie/Psychologie, Fachpersonen	Mittels Fragebogen für Kind und Eltern(teil) wird Eltern-Kind-Interaktion beurteilt und eingeschätzt Adressat(inn)en: Eltern und Kind (im von Alter von 8 bis 18 Jahren)	k. A.	NL	Lange (2001)
LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid)	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Kinder-/Jugendeinrichtungen, Sozialarbeiter(innen)	Strukturierte Zusammenfassung der gesammelten Informationen (aus Gesprächen mit Eltern/Kind, Unterlagen etc.), Einstufung der Kindeswohlgefährdung und weiteres Vorgehen Adressat(inn)en: Eltern und Kind	k. A.	NL	Nederlands Jeugdinstituut (o. J. b)
Référentiel d'évaluation	alle Kindeswohlgefährdungen, prognostisch – diagnostisch	Interdisziplinäre Gruppe an Fachpersonen ( <i>cellule de traitement des informations préoccupantes</i> )	Umfassende Abklärung des Kindeswohls mittels Gesprächen mit Eltern, Kind, familiärem Umfeld (u. a. Hausbesuche) und involvierten Fachpersonen	k. A.	FR	Ministère de la Santé et des Solidarités République Française (o. J.) (zentraler Bestandteil des <i>code de l'action sociale et des familles</i> )

### 3.4.3 Setting und Zeitpunkt der Früherkennung bzw. Abklärung

Auch die Aussagen zu Setting und Zeitpunkt der Früherkennung bzw. Abklärung variierten erwartungsgemäss mit der Position im Abklärungs- und Hilfeprozess. Mehrheitlich schien dabei für die Expert(inn)en die Thematisierung von Aspekten betreffend Abklärungsverfahren von Relevanz gewesen zu sein.

Wichtig war die Etablierung eines Screeninginstrumentes für den Fachexperten aus der Pädiatrie. Ein solches Instrument sei im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (ab der 1. Woche bis zum 14. Lebensjahr) zu verankern, die hierfür entwickelten Checklisten (SGP, 2010) könnten bereits als eine Form eines möglichen Instrumentes zur Früherkennung betrachtet werden; das Abfragen einzelner Items ist bereits in heutigem Format vorgesehen. Die Anknüpfung an die Vorsorgeuntersuchung wurde mit der tiefen Kontaktschwelle der Untersuchungen, dem engen Austausch mit der Bevölkerung sowie mit dem regelmässigen Kontakt (insbesondere zu Kleinkindern im Alter von 0-4 Jahren) begründet. Zudem werde dadurch eine antizipatorische Beratung ermöglicht (bspw. durch den Hinweis auf potentielle Stresssituationen für die Eltern, welche durch das kindliche Verhalten während bestimmter Entwicklungsphasen verursacht werden). Bei der Anwendung der (bisher bestehenden) Checklisten gehe es zwar in erster Line um eine gegenwärtig-diagnostische Erfassung, dennoch sei auch eine präventiv-prognostische Erfassung (teilweise) durchaus möglich. Im Hinblick auf Verfahren zur Früherkennung wiesen Fachkräfte aus der Psychiatrie und Psychologie sowie spezialisierter Fachabteilungen (bspw. der Neonatologie) zudem darauf hin, dass Misshandlung und Vernachlässigung auch als ein langsamer und schleichender Prozess zu betrachten sei. Hier wurde betont, dass eine erste Abklärung bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft (im Rahmen von Schwangerschaftsuntersuchungen) sowie postnatal (während des Aufenthalts im Spital) als sinnvoll zu erachten sei. Dies um, wenn nötig, möglichst früh Unterstützung bieten und Alternativen aufzeigen zu können (Prävention).

Der frühe Einsatz eines breiten und schon insofern unspezifischen Screeninginstrumentes wurde aber nicht nur von Seiten der Pädiatrie befürwortet, sondern ebenso von Expert(inn)en aus der Psychiatrie und Psychologie, die dem Ansatz der Frühen Hilfen folgen. In beiden Fällen ist vorgesehen, bei Verdacht rasch zu spezifizieren, vertieft abzuklären und entsprechende Massnahmen zu ergreifen.

Eher aus dem Blickwinkel von Abklärungsverfahren bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung beantworteten die Expert(inn)en aus der Psychologie und Psychiatrie, der Forensik, der Verwaltung sowie der Sozialen Arbeit die Fragen nach Setting und Zeitpunkt. Ein Screeninginstrument würde hier (erst) bei bestehenden Hinweisen auf bzw. bei starker Vermutung des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung eingesetzt. Die meisten Expert(inn)en gingen hierbei davon aus, dass erste Auffälligkeiten im Rahmen ärztlicher Behandlungen (bspw. in Notfallaufnahmen, Chirurgie, Kinderspital) oder innerhalb von Schul-/Betreuungsstrukturen (Kindertagesstätten, Kindergärten etc.) festgestellt würden. Hierzu zählten körperliche Auffälligkeiten (bspw. Hämatome, spezifische Knochenbrüche etc.), aber auch mündliche Hinweise des Kindes (seltener der Eltern selbst) und/oder Verhaltensauffälligkeiten desselben. Entsprechend sahen die Expert(inn)en die in diesen Fachbereichen tätigen Personen als Anwender(innen) eines entsprechenden Instrumentes. Da zum Zeitpunkt der Anwendung des Instrumentes bereits ein (starker) Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bestehe, seien neben standardisierten Items auch offene Fragen zu integrieren.

Mehrere Expert(inn)en (insbesondere aus der Psychologie und der Sozialen Arbeit) hielten es für unerlässlich, zu Beginn einer Abklärung die Stellung der betroffenen Person und insbesondere des Kindes im Abklärungs- und Hilfeprozess zu klären. Was wird bei wem – Kind, Erwachsene – abgeklärt,

auf welcher Verdachts- und Rechtsgrundlage (Problem der Befragung von Kindern ohne Einverständnis der Eltern)? Was wurde bereits abgeklärt und von wem? So lasse sich auch eine Wiederholung bereits zuvor gestellter Fragen vermeiden, die dazu führen könnte, dass sich das Gegenüber nicht ernstgenommen bzw. unverstanden fühle und eine Abwehrhaltung gegen den Abklärungs- und Hilfeprozess entwickle. U. a. aus diesem Grund wurde auch die Vernetzung der im (Früh-)Erkennungs-, Abklärungs- und Hilfeprozess tätigen Personen als unerlässlich bezeichnet.

#### **3.4.4 Einbezug des Kindes**

Im Rahmen pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen könnten Früherkennungsinstrumente, so die Einschätzung des entsprechenden Experten, den Einbezug des (Klein-)Kindes relativ gut ermöglichen. Die Ansprache – bspw. auf ein Hämatom an auffälliger Stelle – könne jedoch nicht mit der Erwartung verbunden sein, eine schlüssige und valide Antwort zu erhalten. Die Idee dahinter sei vielmehr die Sensibilität für die Thematik gegenüber der Mutter bzw. den Eltern zu betonen. Dies erlaube zu signalisieren, dass auch in diesem Rahmen Anzeichen von Gewalt und Vernachlässigung thematisiert werden könnten. Ziel sei es, die Mutter bzw. die Eltern zu ermutigen, hier den ersten Kontakt zu suchen und aus der vielfach beobachteten Problemverleugnung herauszukommen. Im Jugendalter (ab 10 Jahren) schliesslich werde das Kind in der Regel ohne Beisein der Eltern näher untersucht. Dies erlaube es, neben der Ansprache von Themen wie dem Konsum von Alkohol oder Betäubungsmitteln sowie von Sexualität auch auf mögliche Gewalterfahrungen oder Vernachlässigung einzugehen.

Der Einbezug des Kindes in Abklärungsverfahren ist allerdings in verschiedener Hinsicht heikel: rechtlich, psychologisch, ethisch. Die Mehrheit der Expert(inn)en wies entsprechend darauf hin, dass dies nicht nur aufgrund des engen rechtlichen Rahmens (Einwilligung der Eltern zur Befragung des Kindes) der Fall sei, sondern ebenso, weil mit der Abklärung möglicherweise eine Auseinandersetzung mit äusserst traumatischen Erfahrungen für das Kind einhergehe. Zudem, so Expert(inn)en aus der Medizin, stehe das Kind bei einer Befragung bei Verdacht auf häusliche Gewalt nicht nur unter bedeutendem Druck, es bringe sich mit Aussagen gegenüber dem Täter bzw. der Täterin (Elternteil[e], Familienangehörige) u. U. auch selbst in Gefahr. Diese Aspekte wiederum verweisen auf die vielschichtige Problematik im Zusammenhang von Kindeswohlgefährdung und deren Erkennen bzw. Diagnose. Die Mehrheit der Expert(inn)en fügte an, dass der Einbezug des Kindes zwar anhand eines Leitfadens erfolgen könne, dass ein standardisierter Fragebogen hier aber nicht angebracht sei. Alle Expert(inn)en waren sich einig, dass der/die Anwender(in) des Instrumentes geschult sein müsse, um in solchen Situationen adäquat zu reagieren. Vereinzelt Expert(inn)en (Psychologie) wiesen zudem darauf hin, dass in der Praxis immer wieder Fälle aufträten, in denen die Bemerkungen des Kindes bzgl. Gewalterfahrungen von der Ärzteschaft nicht genügend ernst genommen würden. Teilweise werde versäumt, Äusserungen dieser Art nachzugehen. Zudem müssten auch non-verbale Anzeichen von Gewalterfahrungen beachtet werden, z. B. Schlafstörungen, Ernährungsprobleme oder Einbruch schulischer Leistungen. Auch hierfür, wurde betont, seien Mediziner(innen) wie Therapeut(inn)en zu sensibilisieren.

#### **3.4.5 Allgemeine Vor- und Nachteile standardisierter Instrumente**

Ein standardisiertes Tool, bspw. in Form einer Checkliste, wurde von der Mehrzahl der Expert(inn)en kritisch betrachtet. Mehrfach wurde die Gefahr erwähnt, eine Früherkennung oder Abklärung mittels eines standardisierten Instrumentes sei zu simpel, die Komplexität und Vielschichtigkeit der Thematik werde unterschätzt.

„Die Anwendung könnte dazu führen, dass sich Professionelle in falscher Sicherheit wiegen. Diese jedoch sollten dazu fähig sein, in solchen Fällen adäquater zu handeln als bloss Kästchen abzuhaken. Natürlich können solche Instrumente verwendet werden, aber es ist nicht das Einzige und es ist nicht so, dass eine Anwendung von Checklisten erlaubt zu sagen: ‚es ist erledigt‘. Ein Assessment gestaltet sich weitaus komplexer.“

Hervorgehoben wurde insbesondere das Problem falsch-negativer und falsch-positiver Befunde:

„[...] wenn keine Risikofaktoren [anhand des Screenings] identifiziert wurden, schliesst der/die Professionelle womöglich seine/ihre Augen vor den wirklichen Tatsachen und geht der Sache nicht weiter nach – dies könnte u. U. dazu führen, dass ein potentielles Risiko [einer Kindeswohlgefährdung] nicht als solches erkannt wird. [...] Anwender(innen) solcher Instrumente benötigen ein Training, welches einer breiteren Perspektive folgt. Dies um zu gewährleisten, dass ein Assessment einen Schritt über die Anwendung einer simplen Checkliste herausgehen kann. Wenn dies nicht gewährleistet ist, könnte es dazu führen, dass eine hohe Anzahl an falsch-positiven respektive falsch-negativen Fällen, generiert wird.“

Als Vorteile eines standardisierten Instrumentes wurden hingegen genannt: Ein solches erlaube eine systematische Abfrage und damit auch eine bessere Nachvollziehbarkeit, ob erwünschte Daten erhoben worden seien (damit auch bessere Erforschbarkeit); darüber hinaus sei eine Anwendung in der Fläche nur hiermit (universell) praktikabel.

#### **3.4.6 Herausforderungen bei der Früherkennung bzw. Abklärung**

Die Mehrheit der Expert(inn)en verwies auf die Herausforderung, dass grundsätzlich klar sein müsse, dass ehrliche Antworten der Adressat(inn)en nicht zu erwarten seien, zumal es um strafrechtlich relevante Handlungen gehen kann. Hinzukomme, dass die bekannten Risikofaktoren in diesem Zusammenhang teilweise sehr wertgeladen seien – z. B. wenn sie normative Vorstellungen bezüglich Geschlechter- und Generationenverhältnissen betreffen –, so dass die Adressat(inn)en die Legitimität der Fragen in Zweifel ziehen könnten und/oder die Problematik völlig anders bewerteten. Aus diesen Gründen könne die Validität der Antworten nicht als gesichert gelten. Ein Screening auf dieser Grundlage schein nur schwer vertretbar.

Des Weiteren unterliege die Entwicklung eines Instrumentes dem Dilemma von Allgemeinheit vs. Spezifität: Ein Instrument, das mehrere Formen der Kindeswohlgefährdung berücksichtigen und in verschiedenen Bereichen einsetzbar sein soll, müsse eine höhere Anzahl Items umfassen, wodurch sich das Risiko erhöhe, dass Items enthalten seien, die – je nach Setting – nicht beantwortet werden könnten (bspw. aufgrund des Zeitpunktes der Anwendung oder der Beziehung von Anwender[in] und Adressat[in] etc.). Für die Anwender(innen) des Tools berge dies ein gewisses Frustrationspotential. Zudem sei die Anwendbarkeit eines (zu) ausführlichen Instrumentes (hohe Itemzahl) insbesondere im medizinischen Kontext mit zeitlich knappen Ressourcen (Pädiatrie, Notfallaufnahme etc.) nicht praktikabel. Ferner müsse bei der Einführung eines Screenings klar sein, dass ein Instrument, das in der Fläche angewandt wird, auf unterschiedlich geschulte Fachkräfte treffe und schon deswegen nur ein wenig umfangreiches Instrument sinnvoll sei. Zudem sei ein universelles Screening mit hohen Kosten im Hinblick auf Zeit und personelle Ressourcen verbunden.

Einzelne Expert(inn)en schilderten Erfahrungen aus der Praxis, die darauf hindeuteten, dass Anzeichen von Partnergewalt nicht gleich hoch gewichtet würden wie Hinweise direkter Gewaltanwendung(en) gegen Kinder. Ein Screeninginstrument der Früherkennung von Kindeswohlgefährdung müsse diese jedoch gleichermassen berücksichtigen.

Diejenigen Expert(inn)en (Psychologie, Psychiatrie, Forensik), welche den Anspruch einer möglichst umfassenden Abklärung folgen, wiesen auf die Bedeutung möglicher Bindungsstörungen hin. Der Einbezug der Eltern-Kind-Interaktion und deren Beziehung sei aus psychologischer Sicht zentral, um eine möglichst ganzheitliche (erste) Abklärung garantieren zu können. Es wurde betont, dass eine genaue Beobachtung dieser Beziehungs- und Verhaltensmuster eine bessere Einschätzung erlaube. Die Expert(inn)en wiesen darauf hin, dass die Beurteilung der elterlichen Stressresistenz (unter alltagsgetreuer Belastung bzw. vor einer Intervention) im Hinblick auf einen längeren Zeitraum (Wochen, Monate) zu erfolgen habe, und somit nicht (nur) auf den Moment der Erhebung zu fokussieren sei. Laut verschiedener Expert(inn)en seien frühere Misshandlungen in der Familie systematisch abzufragen, da sie infolge einer Wiederholungstendenz ein starker Prädiktor für künftige Vorfälle seien. Ebenso wiesen erste Erkenntnisse zur intergenerationalen Weitergabe von Gewalterfahrungen darauf hin, dass Eltern, die selbst als Kinder Gewalt erfahren haben, später möglicherweise Gewalt gegen ihre eigenen Kinder anwenden.

Eine Expertin strich heraus, dass bei der Erfassung von Kindeswohlgefährdungen die elterlichen Erwartungen an das Kind miteinzubeziehen seien. Diese Erwartungen seien oft verhaltensleitend und würden deshalb wichtige Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung geben, würden aber in der Praxis kaum abgefragt. Eine generelle Herausforderung des Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt sahen die Expert(inn)en in der Gefahr, Opfer durch die Intervention zusätzlich zu gefährden. Entsprechend sei stets zu reflektieren, welche Effekte eine angeordnete Massnahme habe – was im Rahmen eines allgemeinen Screenings nicht gesichert sei.

#### **3.4.7 Allgemeine Anforderungen an Früherkennungsmassnahmen**

Fachübergreifend waren sich die Expert(inn)en einig, dass über die unmittelbaren Qualitätseigenschaften wie Reliabilität, Validität, Objektivität, praktische Nützlichkeit und Anwendbarkeit hinaus der Einsatz eines Instrumentes bei einer solch sensiblen Thematik entsprechend vorzubereiten sei. Zudem sei eine Erklärung der Anwendung dem Adressaten oder der Adressatin gegenüber unerlässlich, um das Risiko (stark) negativer Affekte zu verringern. Die Wahl der innerhalb des Instrumentes verwendeten Sprache sei für die Anwendung ebenfalls bedeutend. Die Fragen seien einfach zu formulieren und an das professionelle Vokabular des Anwendungskontextes anzupassen. Einzelne Expert(inn)en könnten sich vorstellen, dass bereits das Instrument selbst (bspw. in Form eines beiliegenden Manuals, Handreichungen, eines Entscheidungsbaumes etc.) nicht nur eine Früherkennung/Abklärung erlaube, sondern auch eine erste Unterstützung im Hinblick auf den weiteren Verlauf bieten könne. Dies, um in einem zweiten Schritt eine klinische, fallbezogene Güterabwägung durchzuführen.

#### **3.4.8 Herausforderungen bei der Einführung von Instrumenten in die Praxis**

Die Expert(inn)en betonten drei Aspekte, welche es bei der Einführung eines entsprechenden Instrumentes in die Praxis deutlich zu machen gelte:

- i) Wer wendet das Instrument an?
- ii) In welchem Setting wird es angewendet?
- iii) Wer ist der/die Adressat(in)?

Alle Expert(inn)en waren sich einig, dass ein Screeninginstrument in einem entsprechenden Netzwerk bzw. Versorgungssystem verankert werden müsse. Der funktionierenden Kooperation von Akteuren



unterschiedlicher Handlungskontexte (Soziales, Gesundheit, Justiz) müsse entsprechend Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Ein lückenloses und niederschwelliges Unterstützungs- und Beratungsangebot für Betroffene (inkl. [Klein-]Kinder) sei zu erarbeiten. Insgesamt ermöglichten verlässliche interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen eine Verbesserung im Abklärungsprozess ebenso wie in der Reaktion auf entsprechende Befunde.

### **3.4.9 Umgang mit dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung**

In der allgemeinen medizinischen Praxis seien immer wieder Bedenken und Vorbehalte im Umgang mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu beobachten. Die Ursachen dafür seien vielfältig. So bestehe oft Unwissen darüber, wie das Thema gegenüber den Eltern anzusprechen sei, da deren Reaktion nur schwer eingeschätzt werden könne. Damit verbunden bestehe die Sorge, angezeigt zu werden. Mangelndes Wissen über Melderechte und die Entbindung von der Schweigepflicht seien weitere Probleme. Es sei zu befürchten, dass ungenügende (rechtliche) Aufklärung der Praktiker(innen) über die Thematik an sich, aber auch über das Vorgehen bei Verdacht dazu führe, dass die Meldung von Kindeswohlgefährdungen bzw. die Anzeige derselben unterlassen werde: „Viele Professionelle fühlen sich unwohl mit dieser Frage [der Gewalt], weil sie nicht wissen, wie damit umzugehen ist. Dies führt dazu, dass sie die Frage ganz einfach vermeiden.“ Einzelne Expert(inn)en hielten es deshalb für notwendig, den Zugang zu Unterstützung und Beratung auch für Anwender(innen) der Früherkennungsmassnahmen bzw. insgesamt für Fachkräfte, die einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung äussern, niederschwellig(er) zu gestalten.

### **3.4.10 Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Die Expert(inn)en waren sich einig, dass die Themenbereiche Kinderschutz, Abklärung von Kindeswohlgefährdungen sowie Vorgehen bei Verdacht im Curriculum des medizinischen Grundstudiums zu verankern seien, bspw. mittels Lernzielkatalog oder E-Learning-Tool. Auch ausserhalb des Facharztstitels Pädiatrie müsse die Behandlung der Thematik gewährleistet sein, was oft nicht der Fall sei: „Die Sensibilisierung auf Früherkennung von Kindesmisshandlung wird in der Medizin bis heute als ein Soft-Skill [der Pädiatrie] betrachtet“. Zudem wäre eine regelmässige Auffrischung der Thematik über Fortbildungen zu begrüssen. Ferner wurde betont, dass abklärende Personen (im spezialisierten medizinischen Bereich) fähig sein sollten, zwischen akuter und chronischer Kindeswohlgefährdung zu unterscheiden (mit Blick auf Fragen wie: Wieviel Zeit bleibt zur weiteren Abklärung? Ist die Polizei schnellstmöglich einzuschalten?). Um eine Beurteilung in diesem Sinne vorzunehmen, biete es sich an, den medizinischen Fachkräften Zugang zu Supervisionsangeboten zu ermöglichen. Mehrere Expert(inn)en verwiesen zudem auf die Bedeutung eines Trainings für medizinische Fachkräfte, Pflegefachpersonen und Hebammen im Bereich der Eltern-Kind-Interaktion – dies insbesondere im Zusammenhang mit (vertieften) Abklärungsverfahren. Aus Sicht der Psychologie und Psychiatrie sei eine erhöhte Sensibilität für vorliegende Bindungsstörungen ein zentraler Aspekt der Abklärung einer Kindeswohlgefährdung – dies auch in Kombination mit einem Screeninginstrument. Die Sensibilisierung für die Thematik von Fachpersonen aus Lehrerschaft und Sozialer Arbeit wurde von den Expert(inn)en insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Früherkennungsinstrumenten als wichtig empfunden. Ebenso seien entsprechende Lerninhalte in der Aus- und Weiterbildung von Hebammen (Betreuung von Schwangeren/Müttern) sowie bei (Klein-)Kindbetreuer(inn)en (Kontakt zu Kleinkind in Kindertagesstätten, Kindergarten etc.) zu verankern.

Vereinzelte Wortmeldungen der Expert(inn)en verweisen darauf, dass im Bereich des Beratungs- und Therapieangebotes ein erhöhter Weiterbildungsbedarf an Fachkräften (mit z. T. grossen kantonalen Unterschieden) bestehe. Dies gelte insbesondere für die Zielgruppe der (Klein-)Kinder.

### 3.4.11 Forschungsbedarf

Die Expert(inn)en waren sich einig, dass zunächst der Bedarf nach (Screening-)Instrumenten für die Praxis abzuklären sei, zur Zeit sei der Wissenstand hierüber deutlich zu gering. Im Vorfeld der Entwicklung eines solchen Instrumentes sei es daher notwendig auf die Bedürfnisse der Fachkräfte im Hinblick auf Form, Inhalt und Anwendungskontext desselben einzugehen. Notwendig sei es ferner, mehr über

- die Qualität (Validität, Reliabilität, Prädiktivität) vorhandener Instrumente,
- die Bedingungen ihres Einsatzes (Örtlichkeit/institutioneller Rahmen [z. B. Spital, Praxis, Beratungsstelle], Personal) sowie
- die Effekte ihrer Verwendung

in Erfahrung zu bringen.

Insgesamt wurden zahlreiche Forschungsthemen genannt, die den Themenkomplex innerfamiliäre Gewalt betreffen und der Konstruktion von validen Screeninginstrumenten vorausgehen müssten, insofern sie die Konstruktion von validen Indikatoren erlaubten:

**Die Zusammenhänge/Faktoren, welche Kindeswohlgefährdungen beeinflussen:** Wodurch wird Misshandlung und Vernachlässigung beeinflusst? Welches sind mögliche Risiko- und Schutzfaktoren? Die Expert(inn)en betonten, dass bessere Erkenntnisse hierzu auch die Erarbeitung gezielter Präventionsmassnahmen erlauben würde. Anzustreben seien insgesamt angemessene(re), frühzeitige(re) und spezifische(re) Interventionen zugunsten der Betroffenen: „Momentan wird hier [im Bereich der Intervention] nach dem Giesskannenprinzip gearbeitet. Doch das Ziel sollte eine *individualized medicine* bzw. *intervention* sein.“

Bisher fehlten **Längsschnittstudien** für Westeuropa, welche Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz validieren bzw. Gefährdungsaspekte miteinbeziehen. Zwar bestehen entsprechende Studien für Grossbritannien und Nordamerika, aber deren Übertragbarkeit auf Westeuropa sei eingeschränkt, da Risikofaktoren in einem bestimmten gesellschaftlichen Umfeld funktionieren. So sei mehr Wissen darüber nötig, welchen Stellenwert bestimmte Risikofaktoren unter den hier vorherrschenden Bedingungen haben (hinsichtlich des Gesundheitssystems, der rechtlichen Grundlagen, der gesellschaftlichen Normen und Werte etc.).

**Die intergenerationale Transmission von Misshandlung:** Zu wenig sei bekannt über die hier wirkenden Mechanismen. Weshalb bestehe bei Eltern mit Misshandlungs-/Vernachlässigungserfahrung das Risiko, dass diese ihre eigenen Kinder schädigen? Welche Schutzfaktoren erlauben es manchen, dem „Gewaltkreislauf“ zu entkommen?

- Der physiologische Stresslevel von Eltern im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung: erste Meta-Analysen wiesen darauf hin, dass Eltern, welche ihre Kinder misshandeln, ein erhöhtes Grundniveau an Stress besässen. Eltern, welche ihre Kinder wiederum vernachlässigen, wiesen dagegen eine Art „Hyporeaktivität“ gegenüber Stress auf (bzw. besässen eine gering ausgeprägte Stressreaktion). Die Erkenntnisse wiesen darauf hin, dass das

Stressniveau und -erleben von Eltern möglicherweise ein bedeutender Faktor für Kindeswohlgefährdung sein könnte. Bessere wissenschaftliche Erkenntnisse hierzu seien demnach wichtig, um mögliche Mechanismen besser verstehen und Kindesschutzmassnahmen entsprechend gestalten zu können.

- Der Zusammenhang elterlicher Erziehungs-/Beziehungskompetenzen und Kindeswohlgefährdung: Bisher sei dieses Feld zu wenig und nur unsystematisch untersucht worden, erscheine jedoch gerade im Frühbereich wichtig.

Allgemein, so die Expert(inn)en, erfolge „[...] die Arbeit des Kinderschutzes [...] im Blindflug“. Es sei (noch immer) ein stark tabuisiertes Thema mit einer entsprechend hohen Dunkelziffer. Einige Expert(inn)en empfahlen vor diesem Hintergrund eine Umfrage bei Betroffenen zu den folgenden Fragen:

- Bei welcher „Anlaufstelle“ wurde die Problematik angesprochen?
- Welche Stelle konnte wie Hilfe leisten?
- Welche (längerfristigen) Effekte hatten die Interventionen?

Das Verständnis über die Charakteristika von erfolgreichen bzw. vielversprechenden Versorgungssystemen sei (selbst auf internationaler Ebene) ungenügend. Schlüsselfragen hierzu seien die folgenden:

- Wie bewähren sich Systeme, die sich systematisch Risiken zuwenden und Hilfe leisten, in der Versorgung (an den Schnittstellen)?
- Funktionieren integrierte Systeme, wie solche von Screening- und Hilfsangeboten, überhaupt?
- Haben diese einen Einfluss auf die Prävalenz von Erziehungsschwierigkeiten, Gefährdungen etc.?

### 3.4.12 Policy-Empfehlungen

Die Expert(inn)en wiesen auf die Bedeutung einer Zusammenarbeit auf übergreifender Ebene im Kinderschutz hin (interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen). Diese sei wichtig, um frühzeitige und zielgerichtete Unterstützung anbieten zu können. Der Vernetzung und der Zusammenarbeit von Schlüsselakteuren komme hinsichtlich einer erfolgreichen Einführung eines Instrumentes/Verfahrens zur Abklärung eine Schlüsselrolle zu. Deswegen solle es politische Priorität haben, genügend Ressourcen bereitzustellen, um Strukturen und Prozesse nachhaltig(er) gestalten zu können. Möglichkeiten, wie die Zusammenarbeit nach Meinung der Expert(inn)en gefördert werden kann, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Förderung lokaler und systematischer Vernetzungsstrukturen (Finanzierung dieser über staatliche Ressourcen)
- Das Erwirken eines Rechtsanspruches auf Beratung für Gesundheitspersonal (in Deutschland bspw. rechtlich über das Bundeskinderschutzgesetz verankert)
- Eine Zentralisierung aller Informationen betreffend (möglicher) Kindeswohlgefährdung (wie in Frankreich im Rahmen des *Code de l'action sociale et des familles*): Die Gesamtheit öffentlicher, zentralisierter Organe könne es ermöglichen, alle Informationen zu bündeln und das komplexe Verfahren – insbesondere hinsichtlich der Vernetzung und Koordination verschiedenster Akteure im Kinderschutz – angemessener begleiten und ausleuchten zu können.

- Nachhaltige und systematische Vernetzungsstrukturen könnten schliesslich auch zur Stärkung des Vertrauens in behördliche Entscheide beitragen.

Im Allgemeinen, so eine Expertin, habe die Politik ihre Verantwortung bezüglich der noch immer hohen Dunkelziffer von Fällen häuslicher Gewalt und damit auch von Kindeswohlgefährdungen wahrzunehmen. Ein Ansatz zur Reduzierung der Dunkelziffer von Kindeswohlgefährdungen sei es, die Anzeige von Misshandlung und Vernachlässigung niederschwelliger zu gestalten.

Vorsorgeuntersuchungen verbindlich zu machen, um damit eine bessere und systematischere Früherkennung zu ermöglichen, beurteilten die Expert(inn)en einstimmig als kaum zielführend bzw. als „zahnloses Vorgehen“. Ein erster Schritt könne jedoch eine pointierte Position des schweizerischen Parlamentes sein, die Thematik als gesundheits- und finanzpolitisch relevant zu deklarieren. Dies könne wiederum eine Priorisierung ermöglichen und damit den Weg für eine Institutionalisierung des Kinderschutzes ebnen, bspw. in Form einer Verankerung der Thematik in der Grundausbildung der Medizin.

#### **3.4.13 Zusammenfassung: Qualitative Experteninterviews**

Die meisten befragten Expertinnen und Experten verfügten über keine Erfahrung mit Screeninginstrumenten im engen Sinne, die sich zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt im Allgemeinen und/oder speziell von Kindeswohlgefährdungen eignen würden. Hingegen verwenden einige von ihnen eine Reihe breiter angelegter Abklärungsinstrumente, die bei Verdacht eingesetzt werden und der diagnostischen, interventionsleitenden Vertiefung dienen. Die Aussagen zum Vorgehen und ihre Einschätzung des Nutzens von Screening-Verfahren waren vielfach von diesem Erfahrungshintergrund geprägt. Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

*Checklisten* (ähnlich eines Screeninginstrumentes) werden nach Ansicht der Befragten bisher nur im *pädiatrischen Kontext* angewandt. Fragebögen hingegen, welche auch offene Fragen beinhalten, fanden breitere Anwendung (insbesondere in Psychiatrie und Psychotherapie, Neonatologie, Gynäkologie), vor allem im Rahmen von weitergehenden Abklärungen von Kindeswohlgefährdungen, aber auch zur Abklärung von Beratungs- und Unterstützungsbedarf (Prävention). Die Mehrheit der Instrumente beziehe zwar Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen mit ein, erhöhen jedoch nicht den Anspruch, eine abschliessende Einschätzung der Kindeswohlgefährdung zu erlauben. Meist bliebe es bei der Identifizierung von Beratungs- und Hilfebedarf bzw. dem Verweis, an welche Stelle sich die Betroffenen wenden können, um eine möglichst passgenaue Unterstützung zu erhalten.

Zu den *Anwender(inne)n* eines Screeninginstrumentes zählen die Expert(inn)en vor allem *Mediziner(innen)* (vor allem Pädiatrie) sowie *Hebammen*. Insbesondere Hebammen, welche Kleinkinder und Mütter postnatal betreuen, hätten einen privilegierten Zugang, um Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen zu erkennen.

Hinsichtlich des (direkten und mündlichen) *Einbezugs des Kindes* in das Verfahren der Früherkennung/Abklärung, bestünden auf rechtlicher, psychologischer und ethischer Ebene Bedenken. So wurde der Einbezug des Kindes nur als eine Ergänzung zu anderen Quellen (physische/psychische Anzeichen, Gespräche mit Eltern und Angehörigen, Dokumente) erwähnt.

Als Risiken und Dilemmata, die mit dem Einsatz von Screening-Instrumenten verbunden seien, wurden insbesondere genannt:

- die Simplifizierung der Problematik, die in der Reduktion auf einige wenige Dimensionen bestehe;
- das Dilemma von Allgemeinheit und Problemspezifität des Instruments, das entweder sehr umfangreich sein müsse oder exklusiv zur Diagnose von Kindeswohlgefährdungen durch innerfamiliäre Gewalt verwendet werden könne;
- das Dilemma von prädiktiver Sensitivität und prädiktiver Spezifität, zu denen – wie zur Reliabilität und Validität – bisher zu wenig bekannt sei.

Für den Erfolg kritisch seien insbesondere:

- die Einbindung in den jeweiligen organisationellen und institutionellen Kontext der Anwender(innen) hinsichtlich der Abläufe und Ressourcen, aber auch der Terminologie;
- die Anpassung an die Zielpopulation, u. a. im Hinblick auf schicht- oder kulturspezifische Erziehungsnormen und -werte.

Der Bedarf an *Aus-, Fort- und Weiterbildung* sei in der Schweiz in allen Berufsgruppen gross. Insbesondere sei es notwendig, die entsprechenden Inhalte (Erkennung von Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung etc.) in der Grundausbildung von Mediziner(inne)n und Pflegefachpersonen zu verankern. Dies entspricht im Prinzip den Erkenntnissen aus der Curriculaanalyse (vgl. Kap. 3.3.2).

*Policy-Empfehlungen* gelten einer generellen politischen Priorisierung der Thematik. Finanzielle Mittel sollten in erster Linie eingesetzt werden, um die Verankerung der Inhalte in den Curricula medizinischer Fakultäten sowie in der Ausbildung der Pflegefachpersonen zu verbessern und den Aufbau bzw. die Förderung interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen im Kinderschutz zu fördern.

Mit Blick auf die Erkenntnisse aus dem Literaturreview (vgl. Kap. 3.1) kann abschliessend festgehalten werden, dass die Expertengespräche in Bezug auf viele Aspekte zu identischen Schlüssen führen: Insbesondere wurden die Bedenken gegenüber einer Einführung flächendeckender, d. h. auch verdachtsunabhängiger Screenings insbesondere hinsichtlich der prädiktiven Qualität (Spezifität, Sensitivität, Validität etc.) und der damit verbundenen Problematik der falsch-positiven und falsch-negativen Befunde von den Expert(inn)en weitestgehend geteilt; entsprechend wurde der Schwerpunkt auf die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen im Sinne einer Sensibilisierung für die Thematik und der Förderung von diagnostischen Kompetenzen als Voraussetzung professioneller Discretion gelegt. Interessanterweise unterscheiden sich aber die von den Expert(inn)en genannten Verfahren und Instrumente aus der Praxis von jenen, welche im Rahmen der Literatur- und Internetrecherche identifiziert wurden. Es scheint, als ob sich die Praxis stärker auf institutionsintern bewährte und weniger auf in der wissenschaftlichen Literatur publizierte (und systematisch evaluierte) Instrumente stützt. Inwieweit dies auch für die Praxis von Schweizer Gesundheitsfachpersonen gilt, wurde im Rahmen der folgenden halbstandardisierten telefonischen Befragung untersucht.

### 3.5 Halbstandardisierte telefonische Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen

#### 3.5.1 Anwendung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und Vorgehen bei Verdacht

Mehrheitlich verwendeten die befragten Fachpersonen ein verdachtinduziertes Vorgehen (82 %;  $n=129$ )<sup>30</sup>; zwei Personen gaben an, keine Früherkennungsmassnahmen anzuwenden. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Sprachregionen. So gaben in der Westschweiz 39 % an, ein generelles Screening zu verwenden, während dies für weniger als 10 % der Befragten in der Deutschschweiz und im Tessin galt. Diese verwendeten somit deutlich häufiger ein verdachtinduziertes Vorgehen ( $p= .000$ ). Zwischen den Berufsgruppen fanden sich hingegen keine bedeutenden Unterschiede bezüglich der Anwendung eines generellen Screenings oder eines verdachtinduzierten Ansatzes ( $p= .709$ ); dies galt auch für den Vergleich zwischen Gesundheitsfachpersonen, die in Praxen bzw. in Kliniken arbeiten ( $p= .349$ ). Für den Vergleich der Beschreibungen des konkreten Vorgehens wurden die Verfahren bzw. deren Einzelschritte bestimmten Kategorien zugeordnet. Bei den Analysen zeigte sich, dass die Befragten – obwohl es zu diesem Zeitpunkt um eine Beschreibung der *Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt* ging – schnell zur Beschreibung des weiteren Vorgehens bei Verdacht übergingen. Aus diesem Grund wird beides im Folgenden zusammen dargestellt.

Die Befunde zeigen, dass gut die Hälfte der befragten Gesundheitsfachpersonen Gespräche mit dem Kind und/oder den Eltern bzw. unstandardisierte klinische Interviews (siehe FN 1) (auch) zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt nutzen (53 %;  $n=84$ ). Knapp ein Viertel stellt im Rahmen der Anamnese regelmässig Fragen zur familiären und sozialen Situation der Patient(inn)en (23 %). Wurden Angaben zur Gestaltung des Gesprächs gemacht ( $n=73$ ), wurde mehrheitlich betont, dass sie offene, nicht suggestive Fragen stellen würden, die Patient(inn)en sollten den Raum haben zu sprechen (23 %). Sie stellten indirekte (21 %) und/oder direkte Fragen bezüglich der gemachten Beobachtungen, der Beziehung zwischen den Familienmitgliedern und/oder nach Gewalt (26 %). 12 % näherten sich dem Thema vorsichtig an. Bezüglich der Situation, in der das Gespräch stattfindet, gaben 14 % der Befragten an, möglichst alleine mit den Patient(inn)en zu sprechen, 8 % sorgten für eine ungestörte, ruhige Atmosphäre. Sie zeigten sich geduldig und verständnisvoll, vermieden es, Druck bei den Patient(inn)en zu erzeugen (7 %).

11 % erhalten Hinweise auf Gewalterfahrungen durch Beobachtungen (Verhaltensauffälligkeiten der Familienmitglieder, Interaktion zwischen Familienmitgliedern, Eltern-Kind-Bindung) und 8 % führen körperliche Untersuchungen (inkl. radiologische Untersuchungen) durch. 7 % der Befragten machen Hausbesuche und haben hier die Gelegenheit, sich ein Bild der familiären Situation zu machen. Nur 3 % nehmen eine standardisierte Gefährdungseinschätzung vor. Die weiteren Handlungsschritte, die die Befragten genannt haben, bezogen sich auf das weitere Vorgehen bei Verdacht. Die Antworten zeigen, den Stellenwert, der der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Bearbeitung von Kinderschutzfällen zukommt: So gaben gut ein Drittel der Befragten an, den Fall mit anderen Fachpersonen (inkl. Vorgesetzten) zu besprechen (35 %), 15 % schalten eine Kinderschutzgruppe bzw. das zuständige Child Abuse and Neglect-Team (CANTEAM) ein. Während Ersteres vor allem der Absicherung des eigenen Verdachts dient, wird den Kinderschutzgruppen/CANTEAMS der Fall häufig komplett übergeben. Weitere 10 % nehmen Rücksprache mit Fachpersonen, die die Familie kennen (insb. Pädiater[in]). Nur 9 % gaben an, (in schweren Fällen) mit Behörden Kontakt aufzunehmen (insb. KESB,

---

<sup>30</sup>  $N=158$

Jugendamt). Andere Handlungsschritte, die genannt wurden, bezogen sich ebenfalls mehrheitlich auf das Vorgehen bei Aufkommen eines Verdachts auf innerfamiliäre Gewalt sowie weitergehende Abklärungen (z. B. Informationen einholen, Gespräche mit sozialem Umfeld der Familie) (12 %). Auch die Hausbesuche werden von den befragten Gesundheitsfachpersonen für weitergehende Abklärungen genutzt, indem beispielsweise deren Zahl erhöht wird, diese unangekündigt erfolgen und/oder Kolleg(inn)en die Familie aufsuchen, so dass die Eindrücke der Fachpersonen abgeglichen werden können.

Entsprechend den beschriebenen Vorgehensweisen gaben nur 11 % der Befragten an, bei der Früherkennung bzw. Gefährdungseinschätzung ein standardisiertes Instrument zu verwenden;<sup>31</sup> zu diesen Instrumenten zählten:

- „[Anhaltsbogen für ein] vertiefendes Gespräch“ (vermutlich: Kindler, o. J.),
- „Dokumentation vertiefendes Gespräch“ (basierten auf „Frühe Hilfen Dresden“),
- „Ampelsystem des Schweizer Kinderschutzes“ (vermutlich Hauri & Zingaro, 2013),
- „Formulario delle levatrici“ (ohne Quellenangabe),
- „Früherfassungsbogen“ (ohne Quellenangabe),
- „Früherkennungsbogen“ (ohne Quellenangaben),
- „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“ (basierten auf „Frühe Hilfen Dresden“; Künster et al., 2013a, b),
- „Protocollo sulla violenza“ (ohne Quellenangaben),
- „Vorsorgebogen“ (ohne Quellenangaben) und
- systematisches Gespräch zur familiären Situation (ohne Quellenangaben) ( $n=3$ ).

In drei Fällen wurden Formulare zur Meldung an die zuständigen Behörden genannt. Soweit dies aufgrund der Beschreibungen der Befragten zu klären war, handelte es sich somit mit Ausnahme des „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ sowie des „Wahrnehmungsbogens für den Kinderschutz“ um Instrumente, die in der Schweiz entwickelt worden sind, wobei Letzterer scheinbar an die regionalen Verhältnisse angepasst wurde. Insgesamt gaben 44 % der Befragten explizit an, die Befunde zu dokumentieren.<sup>32</sup>

77 Befragte machten Angaben zur Dauer der beschriebenen Massnahme; davon gaben 40 % an, dass diese fallabhängig sei ( $n=31$ ). Weitere 34 % gaben an, dass sich die Vorgehensweise über mehrere Sitzungen à 45-60 Minuten mit den Patient(inn)en strecke ( $n=26$ ). Die restlichen Angaben schwankten zwischen einer Dauer von weniger als fünf Minuten bis über eine Stunde, wobei 14 % eine Dauer von bis zu einer halben Stunde angaben, 6 % von 30-60 Minuten und weitere 5 % von über einer Stunde.

### Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Sprachregionen

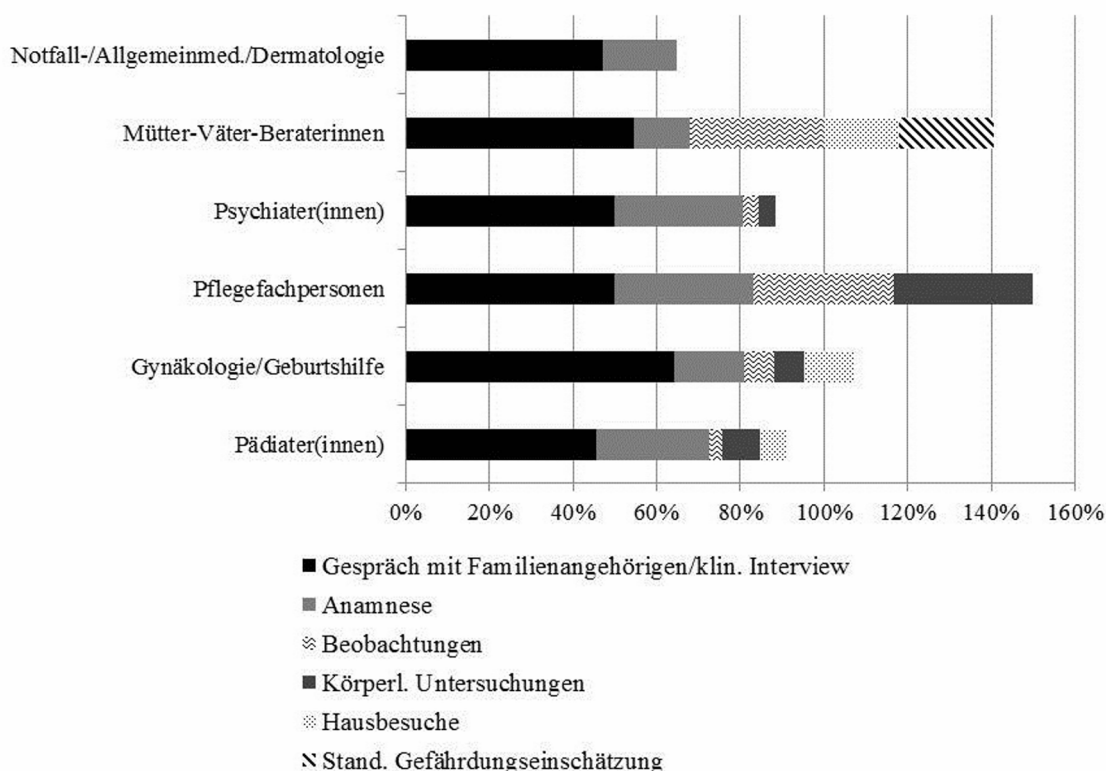
Die folgende Abbildung 7 zeigt die Unterschiede im Vorgehen bei der Früherkennung zwischen den Berufs- bzw. Fachgruppen. Hierbei zeigt sich, dass die befragten Pädiater(innen) in erster Linie das Gespräch mit den Familien (46 %) und die Anamnese (27 %) nutzen, während Pflegefachpersonen (33 %) und Mütter-Väter-Beraterinnen (32 %) daneben häufiger Beobachtungen durchführen. Darüber hinaus führen die befragten Hebammen und Mütter-Väter-Beraterinnen häufiger Hausbesuche durch, bei denen Hinweise auf Gewalt in der Familie wahrgenommen werden können. Von den Befragten

<sup>31</sup>  $N=151$

<sup>32</sup>  $N=151$

waren es zudem alleine Mütter-Väter-Beraterinnen dieangaben, standardisierte Gefährdungseinschätzungen durchzuführen.

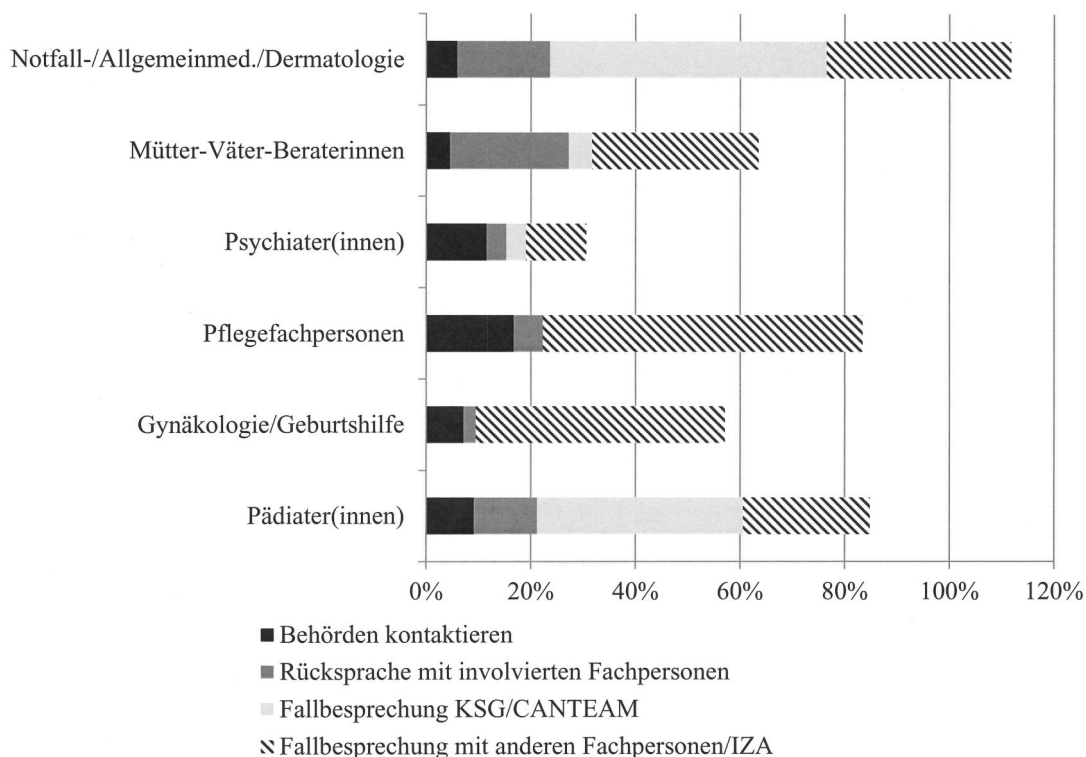
Abbildung 7: Vorgehen der befragten Praktiker(innen) bei der Früherkennung, differenziert nach Berufs- bzw. Fachgruppen (Mehrfachnennungen möglich)  
(Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen, 2016/2017)



Weitere Unterschiede zeigten sich mit Blick auf das von den Befragten beschriebene weitere Vorgehen bei Vorliegen eines Verdachtes. So stellt die Fallbesprechung mit anderen Fachpersonen bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit (IZA) bei allen Berufs- bzw. Fachgruppen eine häufiger angewendete Massnahme dar, vor allem die befragten Pädiater(innen) (39 %) und Notfallmediziner(innen) (67 %) wenden sich jedoch (ebenso) an eine Kinderschutzgruppe bzw. ein CANTEAM. Ferner gaben vor allem Psychiater(innen) (12 %) und Pflegefachpersonen (17 %) an, die Behörden bzw. Sozialen Dienste in Verdachtsfällen zu kontaktieren (vgl. Abb. 8). Allerdings sind sowohl bei der Betrachtung des Vorgehens bei der Früherkennung als auch bei den Schritten, die sich auf das weitere Vorgehen im Verdachtsfall beziehen, die zum Teil geringen Teilnehmerzahlen zu berücksichtigen.



Abbildung 8: Vorgehen der befragten Praktiker(innen) bei Vorliegen eines Verdachts, differenziert nach Berufs- bzw. Fachgruppen (Mehrfachnennungen möglich)  
(Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen, 2016/2017)



Diese Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind u. a. auf die verschiedenen Handlungskontexte (unterschiedliche „Aufträge“, Zugangsmöglichkeiten zu anderen Fachpersonen/-stellen) sowie die Position der Personen innerhalb der Institution (z. B. Pflegefachpersonen vs. Ärzte/Ärztinnen) zurückzuführen. So schalten im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen oder Praxisangestellten (5 %) deutlich mehr Klinikangestellte eine Kinderschutzgruppe bzw. ein CANTEAM ein (25 %). Dies ist höchst wahrscheinlich auf den erleichterten Zugang zu den an Kinderspitälern installierten Kinderschutzgruppen zurückzuführen; zudem ist in einer Klinik allgemein der Zugang zu Vertreter(inne)n anderer Berufs- oder Fachgruppen erleichtert, was vermutlich erklärt, dass die befragten Klinikangestellten (43 %) im Vergleich zu den Praxismitarbeitenden (27 %) auch diese Massnahme häufiger nannten. Durch die Kinderschutzgruppen oder CANTEAMS ist das Thema Kinderschutz im Spital zudem institutionalisiert und – so der Eindruck aus den Interviews – die Kinderschutzgruppen geben klare Handlungsanweisungen im Verdachtsfall vor. Darüber hinaus zählten die Befragten, die angaben, Hinweise auf innerfamiliäre Gewalt durch Beobachtungen zu erhalten, ebenfalls mehrheitlich zu den Klinik- bzw. Fachstellenangestellten (72 %).

Unterschiede in der Verteilung der verschiedenen Arbeitsbedingungen (Praxis, Klinik/Fachstelle) unter den befragten Fachpersonen der drei Sprachregionen erklären vermutlich zumindest zum Teil ebenfalls die gefundenen Unterschiede im Vorgehen zwischen den Sprachregionen: So zählten zu den Praktiker(innen), die angaben, im Rahmen von Beobachtungen auf Hinweise für Gewalt in der Familie zu achten, mehrheitlich Gesundheitsfachpersonen aus dem Tessin (50 %). Das Gleiche traf auf körperliche Untersuchungen (85 %) sowie die Kontaktaufnahme mit Behörden bei Verdacht zu (64 %);

Vorgehensweisen, die nur von 4-6 % der deutsch- bzw. französischsprachigen Gesundheitsfachpersonen genannt wurden. Im Gegensatz dazu nannten mehr Deutschschweizer Praktiker(innen) die folgenden Handlungsschritte: Fallbesprechung mit Kinderschutzgruppe (30 %), Rücksprache mit involvierten Fachpersonen (18 %) sowie standardisierte Gefährdungseinschätzungen (10 %). Im Vergleich zu den Befragten aus den anderen beiden Sprachregionen gaben Befragte aus der Westschweiz seltener an, den Fall mit anderen Fachpersonen zu besprechen (16 %). Bemerkenswert ist, dass Fachpersonen mit einer Berufserfahrung von bis zu zehn Jahren im Vergleich zu Fachpersonen mit mehr Berufserfahrung häufiger angaben, mit anderen Fachpersonen Rücksprache zu nehmen; ein Befund der nur zum Teil auf die unterschiedliche Verteilung der Erfahrungsgrade innerhalb der Berufs- und Sprachgruppen zurückgeführt werden kann. Naheliegend ist die Annahme, dass die Rücksprache mit anderen Fachpersonen insbesondere weniger erfahrenen Praktiker(innen) Sicherheit in der Einschätzung der Familiensituation gibt.

Mit Blick auf **Kinder, die Zeugen von Gewalt zwischen den Eltern werden**, gehen die Befragten mehrheitlich auf die gleiche Weise vor (80 %). 30 Befragte gaben jedoch an, in diesen Fällen anders vorzugehen. Die Unterschiede in der Vorgehensweise lagen darin, dass schneller eine Kinderschutzgruppe, Fachperson oder andere Fachstelle beigezogen wird. Bei anderen liegt der Fokus auf der Elternebene und sie bieten ihnen Unterstützung an bzw. leiten sie an entsprechende Anlaufstellen weiter (z. B. Frauenhaus). Keine(r) setzte standardisierte Instrumente ein.

Mütter-Väter-Beraterinnen (41 %), Psychiater(innen) (28 %), Pflegefachpersonen (24 %) und Notfallmediziner(innen) (25 %) gaben häufiger als Pädiater(innen) (7 %) und Vertreter(innen) der Gynäkologie und Geburtshilfe (3 %) an, in diesen Fällen anders vorzugehen. Deutliche Unterschiede zeigten sich auch zwischen den Sprachregionen, insofern Gesundheitsfachpersonen aus der Westschweiz (9 %) viel seltener als die Befragten aus den anderen Sprachregionen (18 % bzw. 33 %) angaben, in diesen Fällen anders vorzugehen. Die, die in diesen Fällen anders vorgehen, nannten als Hintergrund überwiegend, dass sie keine Kinder behandeln würden oder noch keinen bzw. erst einen solchen Fall gehabt hätten. Einzelne Befragte gaben an, die Eltern selten gemeinsam zu sehen, einzelfallspezifisch vorzugehen oder bei Kindern den Fokus auf Hinweise auf körperliche und sexuelle Gewalt zu richten. Eine Person gab an, dass diese Fälle schwieriger seien, da die Kinder nicht über die Konflikte zwischen ihren Eltern sprechen würden.

Zu den am häufigsten genannten **Gründen für das gewählte Vorgehen** zählten<sup>33</sup>: Es ist Teil der Arbeit bzw. des Berufsbildes (25 %), gute Erfahrungen damit gemacht (13 %) und/oder es wurde Vertrauen als Voraussetzung dafür genannt, dass sich die Patient(inn)en öffnen können (17 %). Entsprechend zählte zu den Gründen auch, dass hierdurch der Verlust der Vertrauensbeziehung oder ein Kontaktabbruch durch die Patient(inn)en vermieden werden soll (3 %). Weitere häufiger genannte Gründe waren: Dient dem Kinderschutz (10 %), Vorgehen entspricht der Zielgruppe bzw. der Arbeitsweise (9 %).

Die Teilnehmer(innen), die verdachtinduziert vorgehen, wurden zudem gefragt, aus welchen Gründen sie auf ein generelles Screening verzichten.<sup>34</sup> Hier waren die am häufigsten genannten Gründe:

- Screening sei mit Blick auf das Anliegen der Patient(inn)en (Konsultationsgrund) oder ihre Arbeitsweise unangemessen (23 %),

---

<sup>33</sup> N=144

<sup>34</sup> N=112

- stelle eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar, keine Zeit (19 %),
- sie würden kein geeignetes Instrument kennen (18 %),
- Gefahr des Vertrauensverlustes, Kontaktabbruchs durch Patient(inn)en (16 %),
- Screening habe keine Priorität, bestehe kein Bedarf (11 %),
- es gebe keine entsprechenden Vorgaben (11 %).

10 % der Befragten wiesen zudem darauf hin, dass man nicht davon ausgehen könne, dass die Patient(inn)en auf Fragen zu Gewalterfahrungen die Wahrheit sagen würden. Im Vordergrund scheint demnach Unsicherheit bezüglich möglicher Auswirkungen eines Screenings auf die eigene Arbeit und Arbeitsweise zu stehen, jedoch auch Unwissenheit über mögliche Instrumente sowie eine mangelnde Sensibilisierung für das Thema innerfamiliäre Gewalt. Entsprechend zählten zu den vereinzelt genannten Gründen, der Hinweis, dass man keine Risikogruppen behandle, oder dass ein Screening aufgrund der geringen Fallzahlen nicht notwendig sei.

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen pro genanntem Verzichtgrund wurde auf Gruppenvergleiche verzichtet.

### 3.5.2 Vorgaben zum Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt

64 % der Gesundheitsfachpersonen gaben an, dass es keine Vorgaben der jeweiligen Arbeitsstelle zum Vorgehen bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt gebe.<sup>35</sup> 16 % meinten, es gebe eine unverbindliche Anleitung, 20 %, die Vorgaben seien verbindlich. Leider haben nur sehr wenige Teilnehmer(innen) Angaben zur Form und Entwicklung dieser Vorgaben gemacht. Die wenigen Angaben erzeugen jedoch den Eindruck, dass diese mehrheitlich innerhalb der Praxis bzw. Institution selbst entwickelt worden sind, unter Hinzuziehung ausgewählter Schweizer Expert(inn)en oder in Anlehnung an bestehende Instrumente (z. B. auf Grundlage eines Leitfadens der Frühen Hilfen Dresden, Deutschland).

Im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen lagen insbesondere bei den Mütter-Väterberater(innen) (67 %), den Vertreter(innen) der Pädiatrie (57 %) sowie den Notfallmediziner(inne)n Handlungsanleitungen vor (67 %). Seltener lagen sie hingegen bei den Vertreter(inne)n der Gynäkologie und Geburtshilfe (14 %), den (Kinder- und Jugend-)Psychiater(innen) (27 %) sowie den Pflegefachpersonen vor (19 %). Ferner berichteten nur 24 % der Praxismitarbeitenden von derartigen Vorgaben, während dies knapp die Hälfte der Klinikangestellten tat (48 %) ( $p = .004$ ). Signifikante Unterschiede bezüglich des Vorliegens von Vorgaben fanden sich zudem zwischen den Sprachregionen: So gaben nur 18 % der befragten Tessiner Praktiker(innen) an, dass es bei ihnen derartige Vorgaben gebe, während dies für 62 % bzw. 43 % der Deutsch- bzw. Westschweizer Gesundheitsfachpersonen zutraf ( $p = .000$ ).

### 3.5.3 Nutzen von und Schaden durch Früherkennungsmassnahmen aus Sicht der Praktiker(innen)

Im Rahmen der Studie wurden die Gesundheitsfachpersonen auch nach möglichen Nutzen von und Schäden durch Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt gefragt.<sup>36</sup> Der am häufigsten genannte Nutzen war, den Betroffenen hierdurch zu helfen (25 %). Weitere häufiger genannte Vorteile waren:

- biete den Patient(inn)en die Möglichkeit, sich zu offenbaren (verbunden mit Thema Vertrauensbeziehung zwischen Fachperson und Patient[in]) (20 %),

---

<sup>35</sup>  $N=133$

<sup>36</sup>  $N=110$

- systematische Erkennung von Fällen, es werde kein Fall übersehen (19 %),
- Kinderschutz, Vermeiden weiterer Nachteile für Patient(inn)en (17 %),
- ermögliche frühzeitige Erkennung der Fälle (13 %),
- erlaube weitere Abklärungen (7 %).

Unter den seltener genannten Nutzen fanden sich zum einen Aspekte, die für eine wahrgenommene Arbeitserleichterung durch Früherkennungsmassnahmen sprechen (erleichtere Beziehungsaufbau zu Patient[inn]en, erleichtere interdisziplinäre Zusammenarbeit), zum anderen welche, die zeigen, dass sich die Praktiker(innen) durch derartige Massnahmen sicherer bezüglich des Themas innerfamiliäre Gewalt fühlen (erlaube, Kontrolle über Situation zu behalten; Absicherung des ersten Eindrucks, keine Einzelentscheidungen). Nur eine Person meinte, Früherkennungsmassnahmen hätten keinen Nutzen.

Gut ein Drittel der Gesundheitsfachpersonen gab an, Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt würden potentiell *keinen* Schaden anrichten (33 %).<sup>37</sup> Als möglichen Schaden durch Früherkennungsmassnahmen nannte ein Viertel der Befragten ( $n=29$ ), dass die Gefahr des Vertrauensverlustes oder gar des Kontaktabbruchs durch die Patient(inn)en bestehe. Eine Befürchtung, die ebenfalls häufiger als Grund für die Wahl der jeweiligen Vorgehensweise genannt worden war (siehe oben). Weitere 7 % nannten die Gefahr, dass die Patient(inn)en sich verschliessen, „blockieren“ könnten. Zu den weiteren im Vergleich häufiger genannten möglichen Schäden zählten:

- Über-/Unterschätzung der familiären Situation/Über-/Unterdiagnostizieren bei bestimmten Gruppen (5 %),
- Verletzung/Belastung der Familien/Stigmatisierung/Störung der Familiendynamik (14 %),
- „sich einzumischen“ sei schwierig für die Fachperson (3 %),
- man müsse sich ohne ausreichend Fachkenntnisse „einmischen“ (3 %),
- bei einem falschen Verdacht, werden Familie zusätzlich belastet (5 %).

Auf der einen Seite sehen sich Gesundheitsfachpersonen somit im Sinne des Kindes- bzw. Opferschutzes (moralisch) verpflichtet, Früherkennungsmassnahmen einzusetzen; auf der anderen Seite befürchten sie die Entstehung moralischer Probleme durch das Gefühl, sich in die Familienangelegenheit einzumischen, sowie durch mögliche zusätzliche Belastungen der Patient(inn)en. Bei den Befragten dominierte allerdings die Sorge, den Kontakt zu den Patient(inn)en zu verlieren.

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen pro genanntem Vor- bzw. Nachteil wurde auch hier auf Gruppenvergleiche verzichtet.

Um einen Eindruck davon zu erhalten, vor welchem Erfahrungshintergrund die Befragten sprechen, wurden sie gebeten zu schätzen, wie häufig sie das von ihnen beschriebene Vorgehen in den letzten drei Monaten angewandt haben.<sup>38</sup> Die Angaben reichten von keinem bis 120 Mal. Mehrheitlich waren die Massnahmen jedoch bis zu fünf Mal in den letzten drei Monaten zur Anwendung gekommen (85 %). Noch seltener waren die Massnahmen mit Blick auf Kinder als Zeugen von Paargewalt eingesetzt worden; 94 % derjenigen, die Angaben zu dieser Frage gemacht hatten ( $n=77$ ), gaben an, dass dies in den letzten drei Monaten 0-1 Mal der Fall gewesen sei ( $n=72$ ).

---

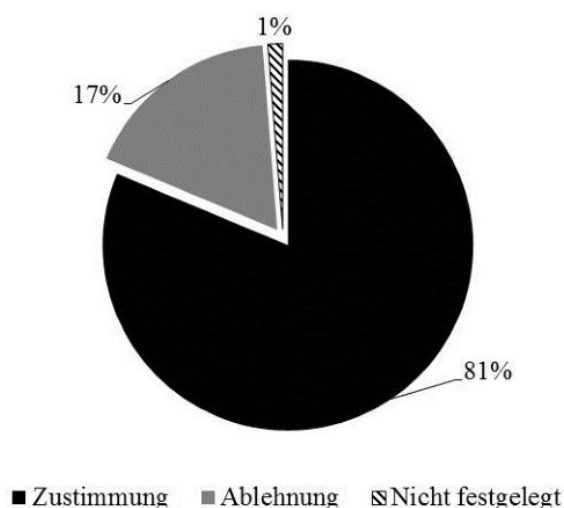
<sup>37</sup>  $N=117$

<sup>38</sup>  $N=135$

### 3.5.4 Schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt

Vor dem Hintergrund, dass die befragten Fachpersonen bereits Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt anwenden, überrascht nicht, dass sich auch eine Mehrheit für eine schweizweite Einführung derselben aussprach (81 %;  $n=126$ ); zwei Befragte wollten sich nicht festlegen (vgl. Abb. 9).<sup>39</sup> Hierbei erwiesen sich jedoch die befragten (Kinder- und Jugend-)Psychiater(innen) als deutlich skeptischer im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen. Während nämlich zwischen 79 % und 95 % der Befragten der anderen Berufsgruppen eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen befürwortete, war dies für nur 58 % der befragten (Kinder- und Jugend-)Psychiater(innen) der Fall, wobei sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen Kinder- und Jugend- auf der einen und Erwachsenenpsychiater(innen) auf der anderen Seite fanden. Dies ist vermutlich zum einen auf die Arbeitsweise und den Auftrag von Psychiater(inne)n zurückzuführen, zum anderen scheinen insbesondere Psychiater(innen) im Erwachsenenbereich die Kinder der Patient(inn)en auszublenden. Und auch das Arbeitsumfeld spielte eine Rolle: So befürworteten 87 % der Klinikangestellten eine schweizweite Einführung, aber „nur“ 75 % der Praxismitarbeitenden. Zwischen den Sprachregionen fanden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede ( $p= .802$ ).

Abbildung 9: Befürwortung/Ablehnung einer schweizweiten Einführung von Früherkennungsmassnahmen (Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen, 2016/2017)



Zu den am häufigsten genannten Gründen, die nach Ansicht der Befragten für eine flächendeckende Einführung von Früherkennungsmassnahmen sprechen, zählten<sup>40</sup>:

- es werden mehr Fälle aufgedeckt/schwer zu erreichende Zielgruppen würden erreicht (z. B. Migrant[inn]en) (35 %),
- erzeuge Sicherheit beim Vorgehen (27 %),
- führe zu Sensibilisierung für das Thema innerfamiliäre Gewalt (18 %),
- systematische Vorgehensweise, mache unabhängig von Einzelpersonen und deren Fähigkeiten (15 %),
- Arbeitserleichterung/erleichtere, das Thema anzusprechen/erleichtere interdisziplinäre Zusammenarbeit und/oder Kommunikation (15 %),

<sup>39</sup>  $N=155$

<sup>40</sup>  $N=99$

- Kindes- bzw. Opferschutz (9 %),
- Ermöglichte frühzeitiges Erkennen/schnelle Intervention (8 %).

Unter den vereinzelt genannten Begründungen fanden sich Argumente, die sich explizit auf Vorteile eines generellen Screenings beziehen: Vorgehen habe höhere Akzeptanz bei den Patient(inn)en, wenn alle befragt würden bzw. es erleichtere den Patient(inn)en, sich zu offenbaren ( $n=7$ ); die Befragung aller bedeute weniger Diskriminierung bei der Fallaufdeckung ( $n=2$ ). Darüber hinaus fanden sich – neben der Erzeugung von Sicherheit im Vorgehen – weitere Argumente, die sich auf eine Arbeitserleichterung durch eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt beziehen: stelle psychische Entlastung dar, da das Aufkommen eines Verdachts Schuldgefühle bei den Fachpersonen auslösen könne, Sicherheit, dass notwendige Ressourcen vorhanden sind.

Von den 29 Teilnehmer(inne)n, die eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen ablehnten oder sich nicht festlegen wollten, nannten 28 Gründe, die gegen eine schweizweite Einführung sprechen: Hierzu zählten zum einen Argumente, die bereits als potentieller Schaden durch Früherkennungsmassnahmen genannt worden waren (Stigmatisierung/Falschverdächtigung [ $n=4$ ], negative Auswirkungen auf Arzt-Patient-Beziehung bzw. negative Reaktionen der Patient[inn]en [ $n=3$ ], Arbeitsbelastung [ $n=3$ ], Unehrlichkeit der Patient[inn]en [ $n=3$ ]), zum anderen Argumente, die sich auf Alternativen beziehen: Sensibilisierungsmassnahmen (z. B. Weiterbildungen) seien sinnvoller ( $n=5$ ), Fachperson bevorzuge primärpräventive Ansätze ( $n=2$ ). Sechs Befragte gaben an, es sei schwierig, sich zu positionieren bzw. es sei nicht der richtige Ansatz; weitere drei Befragte meinten, es gebe bereits etablierte Verfahren bzw. eine schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen habe keinen Mehrwert. Des Weiteren wurde angemerkt, dass die Massnahmen je nach Handlungskontext unterschiedlich aussehen müssten, kantonale Unterschiede würden eine schweizweite Einführung erschweren und es stelle sich die Frage, wie viel Kontrolle man dem Staat geben wolle.

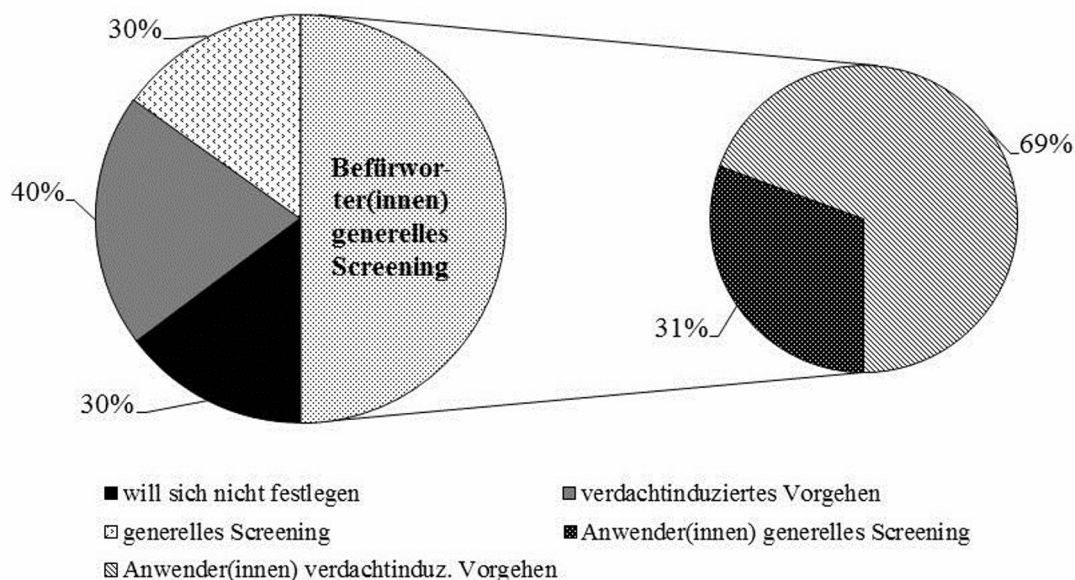
Überraschend ist der Befund, dass sich – obwohl die Befragten zur Zeit der Befragung mehrheitlich verdachtinduziert vorgegangen sind – sich „nur“ 40 % der Befragten bei einer flächendeckenden Einführung von Früherkennungsmassnahmen für ein verdachtinduziertes Verfahren aussprachen ( $n=49$ ).<sup>41</sup> Immerhin 30 % sprachen sich für ein generelles Screening aus ( $n=37$ ) und die restlichen 30 % wollten sich nicht festlegen (vgl. Abb. 10, linke Hälfte des linken Kreisdiagramms). Wie das rechte Kreisdiagramm in der unten stehenden Abbildung 10 zeigt, stellten Anwender(innen) verdachtinduzierter Verfahren dabei 69 % der Befürworter(innen) eines generellen Screenings. Insgesamt liess sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der bevorzugten Massnahmenform und der zur Zeit der Befragung angewendeten Form finden ( $p=.043$ ).<sup>42</sup> Im Vergleich der Berufsgruppen fiel auf, dass vor allem Mütter-Väter-Berater(innen) (47 %;  $n=9$ ) und Pädiater(innen) (44 %;  $n=11$ ) ein generelles Screening bevorzugten, während sich gut die Hälfte der Fachpersonen aus dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe für ein verdachtinduziertes Vorgehen aussprachen (55 %;  $n=18$ ) sowie 47 % der Pflegefachpersonen ( $n=8$ ) und 42 % der Psychiater(innen) ( $n=5$ ). Allerdings sind hierbei die geringen Teilnehmerzahlen pro Berufs- bzw. Fachgruppe zu berücksichtigen. Kein statistisch signifikanter Unterschied fand sich zwischen den Arbeitskontexten (Praxis, Klinik) ( $p=.262$ ). Allerdings zeigten sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Sprachregionen ( $p=.008$ ), wobei der Anteil der Befürworter(innen) eines generellen Screenings unter den Fachpersonen aus der Westschweiz (45 %;  $n=17$ ) höher war als unter den Befragten aus den anderen beiden Sprachregionen (29 % [Tessin;  $n=14$ ]

<sup>41</sup>  $N=122$

<sup>42</sup>  $N=120$ , nur Personen berücksichtigt, die zur Zeit der Befragung eine Früherkennungsmassnahme angewendet haben.

bzw. 15 % [Deutschschweiz;  $n=5$ ]). Während sich die Hälfte der Tessiner Teilnehmer(innen) für ein verdachtinduziertes Vorgehen aussprach (52 %), wollte sich knapp die Hälfte der Deutschschweizer Praktiker(innen) nicht festlegen (47 %). Aus der Westschweiz sprachen sich 29 % für ein verdachtinduziertes Vorgehen aus, weitere 26 % wollten sich nicht festlegen.

Abbildung 10: Befürwortung generelles Screening oder verdachtinduziertes Vorgehen<sup>43</sup>  
(Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen, 2016/2017)



30 % der Befragten würden ein unstandardisiertes oder klinisches Interview bevorzugen ( $n=34$ ), etwa genauso viele einen standardisierten Fremdbeurteilungsbogen ( $n=32$ ), und 18 % einen standardisierten Selbstbeurteilungsbogen.<sup>44</sup> Die restlichen 23 % sprachen sich für eine andere Form aus, nannten aber anschliessend kaum Alternativen ( $n=26$ ):

- sowohl standardisierter Fremd- als auch standardisierter Selbstbeurteilungsbogen,
- standardisierter Fremdbeurteilungsbogen und unstandardisiertes Interview,
- standardisierter Selbstbeurteilungsbogen und unstandardisiertes Interview,
- standardisierter Selbstbeurteilungsbogen oder unstandardisiertes Interview (altersabhängig),
- 1-2 Fragen nach Gewalterfahrungen in Anamnese integrieren,
- unterschiedlich je nach Altersgruppe: bei jüngeren Kindern Fremd-, bei älteren Kindern und den Eltern Selbstbeurteilungsbogen,
- standardisiertes klinisches Interview,
- Leitfaden, in den man bei Bedarf nachschauen kann, wie Fragen formuliert werden können und wie vorgegangen werden kann (teilstandardisiert),
- stärkere Sensibilisierung der Fachpersonen (z. B. Weiterbildungen).

<sup>43</sup>  $N=120$ , nur Personen berücksichtigt, die zur Zeit der Befragung eine Früherkennungsmassnahme angewendet haben.

<sup>44</sup>  $N=112$

Mit Blick auf standardisierte Instrumente bevorzugte die Mehrheit der Teilnehmer(innen) einen Bogen in Papierform, knapp 40 % ein computergestütztes Verfahren.

Unstandardisierte oder klinische Interviews wurden vor allem von Befragten aus der Westschweiz befürwortet (59 %;  $n=20$ ), während die Befürworter eines standardisierten Fremd- (53 %;  $n=17$ ) und Selbstbeurteilungsbogens mehrheitlich aus dem Tessin stammten (55 %;  $n=11$ ). Unter den befragten (Kinder- und Jugend-)Psychiater(innen) war – ihrer Arbeitsweise entsprechend – ein unstandardisiertes oder klinisches Interview der Favorit ( $n=8$ ; 62 %), unter den Mütter-Väter-Beraterinnen ein standardisierter Fremdbeurteilungsbogen ( $n=8$ ; 44 %); die Pädiater(innen) bevorzugten tendenziell einen standardisierten Selbstbeurteilungsbogen (39 %;  $n=9$ ). Unter den anderen Berufsgruppen konnte keine eindeutig bevorzugte Form der Massnahme ausgemacht werden. Allerdings sind auch hier wieder die geringen Teilnehmerzahlen pro Berufs- bzw. Fachgruppe zu berücksichtigen.

Die Befragten, die sich zur Frage geäußert hatten ( $n=76$ ), wer eine allfällige schweizweite Früherkennungsmassnahme innerfamiliärer Gewalt einführen sollte, bevorzugten mehrheitlich bestimmte Berufs-/Fachgruppen bzw. die Zusammenarbeit derselben in dieser Frage (58 %) und/oder die Einführung durch medizinische Fachgesellschaften (20 %). 18 % sprachen sich dafür aus, dass die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Jugendämter, Soziale Dienste und/oder Bundesämter diese Aufgabe übernehmen sollten ( $n=14$ ). 20 % sah die Verantwortung bei anderen Institutionen oder Handlungsfeldern (z. B. Schule). Mehrheitlich wurde sich für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in dieser Frage ausgesprochen, zum Teil wurde betont, dass die Massnahmen von Expert(inn)en für die jeweiligen Handlungskontexte entwickelt werden sollten.

Bemerkenswert ist, dass sich Befragte aus der Deutschschweiz deutlich häufiger dafür aussprachen, dass Fachgesellschaften ( $n=6$ ; 25 %) und/oder Behörden ( $n=8$ ; 33 %) die Massnahmen entwickeln, während sich die Befragten aus der Westschweiz und dem Tessin mehrheitlich für die Entwicklung durch bestimmte Berufs-/Fachgruppen aussprachen (Westschweiz:  $n=24$ ; 71 %; Tessin:  $n=15$ ; 83 %). Allerdings sind hierbei die geringen Teilnehmerzahlen zu berücksichtigen.

### **3.5.5 Zwischenfazit: Halbstandardisierte telefonische Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen**

Die Ergebnisse der Befragung zeigen – den in Kapitel 3.2.2. analysierten Empfehlungen entsprechend – zum einen, dass bereits heute Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen umsetzen. Diese kommen scheinbar mehrheitlich beim Auftreten eines Verdachts auf Gewalt zum Einsatz und erfolgen nur selten mit Hilfe eines standardisierten Instrumentes, sondern mehrheitlich in Form von Gesprächen und (Interaktions-)Beobachtungen; darüber hinaus scheinen verbindliche Vorgaben zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen noch immer eher die Ausnahme zu sein, obwohl diese zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl der Fachpersonen bezüglich des Themas Gewalt führen und hierdurch die Wahrscheinlichkeit erhöhen würden, dass die Praktiker(innen) Früherkennungsmassnahmen systematisch anwenden. Die wenigen von den Befragten genannten Instrumente und Vorgaben scheinen mehrheitlich in der Praxis bewährte, jedoch wissenschaftlich nicht evaluierte Verfahren zu sein. Dies entspricht der Einschätzung der befragten (inter-)nationalen Expert(inn)en (Kap. 3.4).

Die von den Befragten beschriebenen Vorgehensweisen sind sowohl durch den jeweiligen professionellen Auftrag und die jeweilige Arbeitsweise (z. B. therapeutische Gesprächstechniken) beeinflusst als auch durch die örtlich/regional etablierten Strukturen und Traditionen. Beispielsweise setzen sich



in Verdachtsfällen insbesondere befragte Gesundheitsfachpersonen aus der Deutschschweiz mit Kinderschutzgruppen in Kontakt, die – sofern sie in einer Kinderklinik installiert sind – die dortigen Vorgaben bezüglich des Umgangs mit dem Thema Kindeswohlgefährdung prägen. Diese Unterschiede zeigen sich entsprechend auch in den Präferenzen der Befragten bezüglich der Form schweizweit eingeführter Früherkennungsmassnahmen. Deutlich wurde in den beschriebenen Massnahmen zudem die Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz. So gibt die Rücksprache mit anderen Fachpersonen Sicherheit in der Bearbeitung der Fälle. Zu diesem Ergebnis kamen auch Savioz, Brioschi, Roulet Schwab und Knüsel (2012) mit Blick auf Pädiater(innen) im Kanton Waadt: „Die in einer Praxis tätigen Kinderärzte, die an der Studie teilgenommen haben, berichteten über ihr Gefühl der Einsamkeit bei einem Verdacht auf Misshandlung und über ihr Bedürfnis, die Beobachtungen mit jemandem zu teilen.“ (S. 14)

Mit Blick auf Kinder als Betroffene elterlicher Paargewalt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass hier noch ein Sensibilisierungsbedarf besteht. Der Fokus der Praktiker(innen) scheint zum Teil immer noch auf körperlicher und sexueller Gewalt gegen Kinder zu liegen; an schwerer zu entdeckende Gewaltformen wie psychische Gewalt scheinen sie weniger zu denken.

Die Befunde zum wahrgenommenen Nutzen von Früherkennungsmassnahmen entsprechen mehrheitlich den Argumenten, die man auch in der internationalen Literatur findet (vgl. Kap. 3.1):

- höhere Aufdeckungsrate,
- Sensibilisierung für das Thema Kindeswohlgefährdung,
- Sicherheit im Umgang mit dem Thema,
- Vermeiden weiterer Nachteile für die Betroffenen.

Inbesondere mit Blick auf ein generelles Screening wurden zudem Argumente genannt, die auf eine psychische Entlastung der Fachpersonen im Umgang mit dem Thema Gewalt hindeuten. So brauche man – wenn alle alle zu Gewalterfahrungen befragen – keine Schuldgefühle beim Ansprechen des Themas oder dem Aufkommen eines Verdachts auf eine Kindeswohlgefährdung haben.

Einige der Bedenken, die gegenüber Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt geäussert wurden, sind ebenfalls aus der Literatur bekannt (vgl. Kap. 3.1):

- hohe Arbeitsbelastung, keine Zeit,
- Stigmatisierung,
- fraglich, ob Patient(inn)en ehrlich auf Fragen zu Gewalt antworten.

Diesem letzten Aspekt scheinen die Autor(inn)en des im Rahmen der Instrumentenanalyse diskutierten INTOVIAN (0-3 Jahre) (Bollini, Visci & Fantini, 2012) durch Hinweise zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit der Angaben der Betreuungspersonen entgegenwirken zu wollen (vgl. Kap. 3.2.1); fraglich ist jedoch, inwieweit derartige Anleitungen – ohne entsprechendes Hintergrundwissen – von Vorteil für die Fallbearbeitung sind. Letztlich ist es nicht Aufgabe der Gesundheitsfachpersonen, die Glaubhaftigkeit der Angaben der Patient(inn)en zu beurteilen.

Eine weitere, relativ häufig genannte Sorge war, dass durch die Früherkennungsmassnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Fachperson und Patient(in) zerstört wird oder gar der Kontakt abgebrochen wird. Eine Sorge, die vor allem niedergelassene Mediziner(innen) äusserten. Mit Blick auf Pädiater(innen) im Kanton Waadt fassen Savioz et al. (2012) diese Sorge folgendermassen zusammen:

„Die in einer Praxis tätigen Kinderärzte [...] befürchten manchmal, dass zu aufdringliche Befragungen die Eltern nur zu einem Wechsel des Kinderarztes bewegen, wodurch der Kontakt zum Kind verloren ginge. Ein Spital

hingegen bietet seinen Kinderärzten emotionalen, strukturellen und finanziellen Schutz, was eine Gefährdungsmeldung leichter macht.“ (S. 14)

Dabei zeigen internationale Studien, dass generelle Screenings von Patient(inn)en u. U. gut akzeptiert werden (u. a. Coker et al., 2007; vgl. Kap. 3.1.2).

Sozusagen als Gegenpol zum Vorteil der Sensibilisierung der Fachpersonen für das Thema innerfamiliäre Gewalt durch die Einführung von Früherkennungsmassnahmen wurde die Gefahr der Übersensibilisierung als Gefahr genannt. Darüber hinaus stellt das Gefühl, sich in die Privatangelegenheiten der Patient(inn)en einzumischen, ein Hemmnis bezüglich der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen dar. Dieses Gefühl scheint sich bei mangelndem Fachwissen zum Thema Gewalt noch zu verstärken. Insgesamt wiesen die befragten Praktiker(innen) an verschiedenen Stellen auf die Relevanz der Verankerung des Themas in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen hin; dies bestätigt den Befund aus der Curriculaanalyse.

Trotz der geäußerten Bedenken hat sich die Mehrheit der befragten Praktiker(innen) für eine flächendeckende Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt ausgesprochen. Die Befunde deuten jedoch auf ein Bedürfnis nach mehr Sicherheit beim Thema innerfamiliäre Gewalt und Umgang mit Verdachtsfällen hin. Weniger Einigkeit bestand bei den befragten Gesundheitsfachpersonen hingegen bezüglich der genaueren Ausgestaltung dieser Massnahmen, wobei auch hier wieder der jeweilige Handlungskontext sowie existierende regionale Strukturen und Traditionen eine Rolle spielen. Akzeptanz scheint ein Verfahren zu erhalten, das von verschiedenen relevanten Berufsgruppen und medizinischen Fachgesellschaften entwickelt bzw. eingeführt wird. Dies entspricht den Empfehlungen von Expert(inn)en, Instrumente sollten von Vertreter(inne)n verschiedener Disziplinen entwickelt und eingeführt werden (vgl. Kap. 3.2.2).

## 4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Folgenden werden die Befunde aus den einzelnen Studienteilen mit Blick auf die zugrunde liegenden Fragestellungen zusammengeführt (Kap. 4.1). Abschliessend werden die hieraus folgenden Empfehlungen bezüglich Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen sowie dem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf dargelegt (Kap. 4.2).

### 4.1 Schlussfolgerungen

#### 4.1.1 Erkenntnisstand und Empfehlungen zu Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und zum adäquaten Umgang bei Verdacht (Fragen 1.1-1.4, 1.8, 1.9)

##### Arten beschriebener Massnahmen zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen (Frage 1.1)

Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat eine Fülle von evidenzbasierten, standardisierten Instrumenten hervorgebracht, die in ausgewählten Anwendungskontexten und bezogen auf bestimmte Bereiche von Kindeswohlgefährdungen (z. B. Zeugenschaft von Gewalt in Paarbeziehungen) erprobt und teilweise psychodiagnostisch validiert worden sind (vgl. Kap. 3.1.2). Zu unterscheiden sind dabei Instrumente, die verdachtsunabhängig im Rahmen eines generellen Screenings eingesetzt werden, und solchen, die nur im Verdachtsfall zur Anwendung kommen (vgl. Kasten 1). Die Forschungsliteratur bietet somit eine ganze Reihe von Instrumenten an, die grundsätzlich für einen breiteren Einsatz im Rahmen von Früherkennungsmassnahmen in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden könnten. Vier derartiger Instrumente sind im Kapitel 3.1.1 näher vorgestellt worden. Darüber hinaus liegen eine Reihe unstandardisierter Leitfäden zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen für verschiedene Handlungskontexte vor (z. B. Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Soziale Arbeit, Schule), in denen regelmässig auch das Miterleben häuslicher Gewalt als eine Form der psychischen Kindesmisshandlung berücksichtigt wird. Im Gegensatz zu den meisten standardisierten Instrumenten enthalten diese Leitfäden zudem Hinweise zum weiteren Vorgehen im Verdachtsfall sowie zur Interpretation der gemachten Beobachtungen. Sowohl unter den standardisierten Instrumenten als auch unter den unstandardisierten Leitfäden finden sich Instrumente, die mit Blick auf die Schweizer Verhältnisse entwickelt worden sind (u. a. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann und für die Familienfragen des Kantons Freiburg & Kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen, 2007; Brunner, 2013; Lips, 2011; SGGG, 2009; vgl. Kap. 3.2.1).

##### Empfehlungen zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen (Fragen 1.4, 1.8, 1.9)

Hinsichtlich einer routinemässigen Durchführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen scheint der Fachdiskurs noch immer weit von einer breit anerkannten und umgesetzten Best-Practice entfernt. Dazu fehlt es einerseits an umfangreicheren Modellversuchen, die ein bestimmtes Screening-Verfahren oder -Konzept über einen längeren Zeitraum in unterschiedlichen Handlungsfeldern mit Blick auf verschiedene Populationen erprobt hätten; und es fehlt andererseits – als logische Konsequenz – an längsschnittlichen empirischen Studien, die die Eignung, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit solcher Verfahren gründlich untersucht hätten. Dieser Mangel an einer Best-practice zeigt sich auch an den uneinheitlichen Empfehlungen auf nationaler und internationaler Ebene bezüglich der Früherkennung innerfamiliärer Gewalt (Kap. 3.2) sowie an der Vielfältigkeit der von den befragten Schweizer Praktiker(inne)n beschriebenen Vorgehensweisen, die

nur selten den Einsatz standardisierter Instrumente beinhaltet; nutzen die Befragten standardisierte Verfahren scheint es sich mehrheitlich um nicht evaluierte Instrumente zu handeln (Kap. 3.5). Auf nationaler und internationaler Ebene werden den Fachpersonen jedoch zum Teil spezifische standardisierte oder unstandardisierte Instrumente von Expert(inn)en und Fachgesellschaften empfohlen: Zu den empfohlenen standardisierten Instrumenten zählten weitgehend englischsprachige Verfahren (zum Teil in Übersetzung) zur Identifikation von Betroffenen häuslicher Gewalt bzw. zur Gefährdungseinschätzung (z. B. SARA; Kropp & Hart, 2000); empfohlene deutschsprachige Instrumente waren hingegen spezifisch für die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen entwickelt worden (u. a. Wahrnehmungsbögen für den Kinderschutz; Künster et al., 2013a, b). Die empfohlenen und hier analysierten Leitfäden stammten mehrheitlich aus der Schweiz und zielten auf die Sensibilisierung von (Gesundheits-)Fachpersonen zur Identifikation von und Intervention in Fällen innerfamiliärer Gewalt (u. a. Hauri & Zingaro, 2013; Renteria et al., 2008).

Mit Blick auf ein universelles Screening zu Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung bestehen weitere Unsicherheiten bezüglich der Frage, ob dies überhaupt ratsam sei; diese Frage warfen auch die interviewten (inter-)nationalen Expert(inn)en auf. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass insbesondere Gesundheitsfachpersonen national wie international häufiger ein Routine-Screening, Vertreter(inne)n anderer Berufsgruppen mehrheitlich ein verdachtinduziertes Vorgehen empfohlen wird (z. B. Erzieher[innen], Sozialarbeitende). Hintergrund ist vermutlich zum einen der Umstand, dass Gesundheitsfachpersonen aufgrund ihrer häufigen Anwendung im somatischen Bereich mit derartigen Screenings vertraut (z. B. Brustkrebsscreening) und im Umgang mit standardisierten Diagnoseinstrumenten geübt sind; zum anderen sehen sie die Patient(inn)en seltener als beispielsweise Erzieher(innen) oder Lehrkräfte.

### **Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen (Fragen 1.2, 1.3)**

In einigen der analysierten Arbeiten wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Nachteile eines generellen Screenings (z. B. Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Fachperson und Familie, hohe Raten an Falsch-Positiv- und Falsch-Negativ-Diagnosen) die möglichen Vorteile überwiegen würden (z. B. Gilbert, Kemp et al., 2009; McTavish et al., 2016; WHO, 2013). Darüber hinaus bedeute eine erhöhte Zahl aufgedeckter Fälle nicht zwangsläufig, dass auch mehr Familien geholfen würde (Ramsay et al., 2000). Die in der Literatur beschriebenen angenommenen Vor- und Nachteile von Früherkennungsmassnahmen im Bereich des Kinderschutzes wurden dabei weitgehend nicht nur von den interviewten Expert(inn)en, sondern auch von Praktiker(inne)n in der Schweiz geteilt. Dies gilt insbesondere für die Befürchtung des Kontaktabbruchs durch die Patient(inn)en; eine Sorge, die vor allem niedergelassene Mediziner(innen) zu haben scheinen. Dabei zeigen internationale Studien, dass generelle Screenings u. U. gut von den Patient(inn)en akzeptiert werden. Ferner nannten die befragten Praktiker(innen) den aus der Literatur bekannten Einwand gegen generelle Screenings, dass Fragen zur Gewalt mit Blick auf das Anliegen der Patient(inn)en unangemessen seien. Einen Nutzen durch Früherkennungsmassnahmen machten die Praktiker(innen) nicht nur für Gewaltbetroffene aus, sondern auch für sich selbst, z. B. durch eine höhere Sicherheit im Umgang mit derartigen Fällen. Unklar bleibt, ob die genannten kritischen Einschätzungen lediglich der Tatsache geschuldet sind, dass sich bisher noch keine hinreichend verlässliche und als wirkungsvoll ausgewiesene Praxis des universellen Screenings etabliert hat, oder ob solche Ansätze grundsätzlich keine Erfolge versprechen,

obwohl die empirischen Befunde zur Wirksamkeit einzelner Initiativen durchaus vielversprechend erscheinen (vgl. Kap. 3.1.1).

Eine Erkenntnis der voranstehenden Analysen besteht ferner darin, dass die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Gesundheitsversorgung nach Einschätzung mehrerer Expert(inn)en nur dort Aussicht auf Erfolg hat, wo sie in ein umfangreicheres Konzept des institutionellen und interinstitutionellen Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen eingebettet ist. Dies umfasst beispielsweise Schulungen, Supervisionen und die Anpassung des Prozesses an den Bedarf und die Routine des jeweiligen Handlungskontextes. Im Rahmen von Evaluationen derartiger Programme konnten verschiedene positive Effekte festgestellt werden (z. B. größere Sicherheit des Personals im Umgang mit dem Thema innerfamiliäre Gewalt, erhöhte Zahl von Betroffenen, die sich direkt Hilfe suchen; vgl. u. a. Thurston et al., 2005). Für die Situation in Deutschland halten Thaiss et al. (2010) fest:

„Die regelmäßige Früherkennung für Kinder macht nur dann Sinn, wenn regionale ergänzende Strukturen im Bereich der Jugendhilfe und des Jugendmedizinischen Dienstes der Gesundheitsämter für diejenigen Familien lückenlos greifen, bei denen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen eine kindliche oder familiäre Risiko- oder Notlage identifiziert, die Notwendigkeit von weitergehenden Hilfen für Kind und Familie festgestellt wird und ihnen rasch und umfassend die entsprechende Betreuung zuteil werden kann.“ (S. 1046)

Ferner wurde sowohl in der analysierten Literatur und den Empfehlungen als auch in den beiden Befragungen die Relevanz spezifischen Fachwissens zur wirksamen Anwendung von Früherkennungsmassnahmen hingewiesen. In den analysierten Dokumenten wurde den Fachpersonen zudem zum Teil empfohlen, ihre Einstellungen bezüglich des Themas innerfamiliäre Gewalt und deren Früherkennung zu reflektieren (vgl. Kap. 3.2.2).

Auf weitere Aspekte im Zusammenhang mit der Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen wird im Folgenden im Zusammenhang mit der Diskussion von Erkenntnissen zum adäquaten Umgang der Fachpersonen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung eingegangen (Kap. 4.1.2).

#### **4.1.2 Erkenntnisse zum adäquaten Umgang bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (Frage 2.1)**

Die Befundlage zur konkreteren Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen, d. h. zu methodischen Aspekten der Befragung von Betroffenen und des Umgangs mit den dabei gewonnenen Erkenntnissen, ist ebenfalls uneinheitlich. So hat sich beispielsweise weder die mündliche Befragung im Rahmen eines Interviews noch das Vorlegen eines schriftlichen Selbstbeurteilungsfragebogens bisher als eindeutig vorteilhaft erwiesen. Auch bezogen auf andere methodische Aspekte der Früherkennung ist davon auszugehen, dass es selbst bei denselben Befragungsgegenständen, die unter denselben Umständen erhoben werden, wohl kaum die eine Vorgehensweise gibt, die sich für alle Befragten am besten eignet (Thackeray et al., 2010). Empirische Entscheidungskriterien diesbezüglich, erschlossen beispielsweise anhand von spezifischen Merkmalen des Falles oder von Persönlichkeitsmerkmalen der Befragten, liegen bisher nicht vor. Mangelhaft ist die Datenlage zudem bezüglich sprachunabhängiger Verfahren (z. B. Interaktionsbeobachtungen). Klare Expertenempfehlungen auf nationaler und internationaler Ebene gibt es jedoch bezüglich des Umgangs mit fremdsprachigen Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en: Die Befragung sollte in der Hauptsprache der Person erfolgen und es sollte dabei – wenn nötig – auf professionelle Dolmetscher(innen) zurückgegriffen werden, nicht auf Angehörige

oder Bekannte der Patient(inn)en/Klient(inn)en. Andere Gruppen mit besonderen Bedürfnissen haben hingegen bisher weniger Aufmerksamkeit erhalten (z. B. funktionale Analphabet[inn]en, Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen).

Ein Empiriedefizit besteht darüber hinaus an der Schnittstelle zwischen der Identifikation von Gefährdungen und der geeigneten Reaktion darauf. Die Übereinstimmung zwischen den Expert(inn)en beschränkt sich vorwiegend auf theoretische Annahmen darüber, wodurch sich ein angemessener Umgang von Fachpersonen der Gesundheitsversorgung mit identifizierten Gefährdungen von Kindern im Wesentlichen auszeichnen müsste. Die Unterstützungsleistungen der Fachpersonen sollten nicht nur, so wird betont, auf einem grundlegenden Verständnis für die Ursachen und Folgen von innerfamiliärer Gewalt und anderen Formen von Kindeswohlgefährdungen beruhen, sondern auch auf Wissen darüber, welche Angebote es zur Unterstützung von gewaltbetroffenen Kindern gibt, wo diese zu finden und wie wirksam sie sind (MacMillan & Wathen, 2014; McTavish et al., 2016; Trevillion et al., 2016). Erforderlich sei zudem ein Wissen darüber, wie Gespräche mit gewaltbetroffenen Kindern zu führen sind, welche rechtlichen Ansprüche Kinder haben und wie sie durch unmittelbare Massnahmen in ihrer Sicherheit zu schützen sind („Sicherheitsplan“) (MacMillan, Wathen, Jamieson et al., 2009; Stewart, MacMillan & Wathen, 2013).

Insbesondere zum Aspekt der entwicklungsgerechten Befragung der Kinder fanden sich in den analysierten Dokumenten nur wenige Empfehlungen; entsprechend beschränkten sich auch die Angaben der Praktiker(innen) mehrheitlich auf die Formulierung offener, nicht suggestiver Fragen. Die im Rahmen eines Routine-Screenings empfohlenen Einleitungssätze, in denen das Vorgehen begründet und unterstrichen wird, dass diese Fragen allen Patient(inn)en gestellt werden, wurde nur von wenigen der befragten Praktiker(innen) genannt. Beides erscheint bedenklich: mangelndes Wissen bezüglich entwicklungsgerechter Gesprächsführung ist sowohl mit Blick auf die Gestaltung der Situation für die Kinder bedenklich als auch mit Blick auf die (strafrechtliche) Verwertbarkeit und die Gefahr der Fehlinterpretation der von den Kindern gemachten Angaben. Werden Screeningfragen zum Thema Gewalterfahrungen nicht entsprechend eingeleitet, kann dies zur von den Praktiker(inne)n befürchteten Verärgerung der Patient(inn)en und in Folge zum Kontaktabbruch führen.

#### **4.1.3 Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt und etwaiger Handlungsbedarf in der Schweiz (Fragen 1.5, 1.6, 1.7)**

Laut Einschätzung der interviewten (inter-)nationalen Expert(inn)en werden Checklisten (ähnlich eines Screeninginstrumentes) bisher nur im pädiatrischen Kontext angewandt. Fragebögen hingegen, welche auch offene Fragen beinhalten, fänden breite Anwendung. Dies sei vor allem im Rahmen von weitergehenden Abklärungen von Kindeswohlgefährdungen oder zur Abklärung von Beratungs- und Unterstützungsbedarf (Prävention) der Fall. Die Mehrheit der Instrumente beziehe zwar Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen mit ein, erhebe jedoch nicht den Anspruch, eine abschliessende Einschätzung der Kindeswohlgefährdung zu erlauben. Meist bliebe es bei der Identifizierung von Beratungs- und Hilfebedarf bzw. dem Verweis, an welche Stelle sich die Betroffenen wenden können, um eine möglichst passgenaue Unterstützung zu erhalten.

Die Ergebnisse der Befragung von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zeigen, dass bereits heute Gesundheitsfachpersonen verschiedener Fachrichtungen in der Schweiz Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen umsetzen. In Übereinstimmung mit der Einschätzung der Expert(inn)en kommen die von den Befragten verwendeten Massnahmen mehrheitlich beim Auftreten eines Verdachts auf Gewalt zum Einsatz und erfolgen nur selten mit

Hilfe eines standardisierten Instrumentes, sondern mehrheitlich in Form von Gesprächen und (Interaktions-)Beobachtungen; darüber hinaus scheinen verbindliche Vorgaben zum Umgang mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen noch immer eher die Ausnahme zu sein, obwohl diese zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl der Fachpersonen bezüglich des Themas Gewalt führen und hierdurch die Wahrscheinlichkeit erhöhen würde, dass die Praktiker(innen) Früherkennungsmassnahmen systematisch anwenden (Turner et al., 2015). Die wenigen von den Befragten genannten Instrumente und Vorgaben scheinen mehrheitlich in der Praxis bewährte, jedoch wissenschaftlich nicht evaluierte Verfahren zu sein (vgl. Kap. 3.5.1).

Die von den Befragten beschriebenen Vorgehensweisen sind sowohl durch den jeweiligen professionellen Auftrag und die jeweilige Arbeitsweise (z. B. therapeutische Gesprächstechniken) beeinflusst als auch durch die örtlich/regional etablierten Strukturen und Traditionen. Beispielsweise setzen sich in Verdachtsfällen insbesondere die befragten Gesundheitsfachpersonen aus der Deutschschweiz mit Kinderschutzgruppen in Verbindung. Diese Unterschiede zeigen sich entsprechend auch in den Präferenzen der Befragten bezüglich der Form schweizweit eingeführter Früherkennungsmassnahmen, wobei sich unter den Befürworter(inne)n eines generellen Screening auch Personen fanden, die bisher verdachtinduziert vorgegangen sind. Deutlich wurde in den beschriebenen Massnahmen die Relevanz der interdisziplinären und interinstitutionellen Zusammenarbeit im Kinderschutz. So kann die Rücksprache mit anderen Fachpersonen Sicherheit in der Bearbeitung der Fälle geben. Das Funktionieren einer solchen disziplin- und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit ist jedoch nicht automatisch gegeben, insbesondere wenn Statusunterschiede zwischen den Professionen und institutionelle Hierarchien in der Zusammenarbeit bedacht werden müssen.<sup>45</sup>

Mit Blick auf Kinder als Betroffene elterlicher Paargewalt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass hier noch ein Sensibilisierungsbedarf besteht. Der Fokus der Praktiker(innen) scheint zum Teil immer noch auf körperlicher und sexueller Gewalt gegen Kinder zu liegen; an schwerer zu entdeckende Gewaltformen wie psychische Gewalt scheint weniger gedacht zu werden. Darüber hinaus deuten die Befunde darauf hin, dass insbesondere Vertreter(innen) des Versorgungssystems für Erwachsene die Kinder ihrer Patient(inn)en immer noch ausblenden.

Trotz der geäusserten Bedenken hat sich die Mehrheit der befragten Gesundheitsfachpersonen für eine flächendeckende Einführung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt ausgesprochen;<sup>46</sup> die Befunde deuten jedoch auf ein Bedürfnis nach mehr Sicherheit beim Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt und dem Umgang mit Verdachtsfällen hin. Weniger Einigkeit bestand bezüglich der genaueren Ausgestaltung dieser Massnahmen, wobei auch hier wieder der jeweilige Handlungskontext sowie existierende regionale Strukturen und Traditionen eine Rolle zu spielen scheinen. Akzeptanz scheint ein Verfahren zu erhalten, dass von verschiedenen relevanten Berufsgruppen und medizinischen Fachgesellschaften entwickelt bzw. eingeführt wird. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde lässt sich somit ein Handlungsbedarf bezüglich der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen ausmachen (zu entsprechenden Empfehlungen siehe Kap. 4.2).

---

<sup>45</sup> Zu Bedingungen gelingender interdisziplinärer Zusammenarbeit am Beispiel Deutschschweizer Kinderschutzgruppen siehe Krüger & Niehaus (2010).

<sup>46</sup> Aufgrund der diskutierten Einschränkungen der Repräsentativität der befragten Stichprobe (vgl. Kap. 2.6) kann hieraus jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz insgesamt einer schweizweiten Einführung entsprechender Früherkennungsmassnahmen positiv gegenübersteht.

#### **4.1.4 Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz (Fragen 2.2, 2.3)**

Mit Blick auf die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz ergibt sich vor dem Hintergrund der Befunde der Eindruck, dass das Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen nicht flächendeckend in den Curricula verankert ist; darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in den behandelten Themen. So wird beispielsweise nicht allen Berufsgruppen rechtliches Wissen im Kontext innerfamiliärer Gewalt vermittelt, was – bei Unsicherheiten – dazu führen kann, dass weggeschaut und nicht eingegriffen wird. Besonders prekär scheint die Situation bei den medizinischen Praxisassistent(inn)en und Dentalassistent(inn)en zu sein; ihre Rolle scheint bei der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen noch unterschätzt zu werden. Sie können jedoch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin über wichtige Beobachtungen bezüglich einer möglichen Kindeswohlgefährdung informieren. Bereits heute stärker verankert ist das Thema in der Ausbildung der Pflegefachpersonen und Hebammen. Allerdings weisen auch hier Expert(inn)en darauf hin, dass weiterhin Bedarf an einer systematischen Verankerung des Themas in den Ausbildungscurricula besteht (u. a. Bonvin, 2014; Klopstein, 2014b) bzw. an einer Vereinheitlichung der Curricula zur Qualitätssicherung (Loos, 2013).

Ähnlich sieht die Situation mit Blick auf die Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz aus. Zwar gab und gibt es entsprechende Angebote, ob die Fachpersonen diese jedoch besuchen, hängt mehrheitlich von ihnen selbst ab. Darüber hinaus erscheint eine einmalige Schulung zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen nicht ausreichend; im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen muss das Wissen regelmässig aufgefrischt und aktualisiert werden. Dieser Eindruck der mangelnden Verankerung des Themas innerfamiliärer Gewalt in den Bildungsangeboten für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz wurde zudem von den befragten Expert(inn)en aus der Schweiz sowie den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen geteilt und entsprechend empfohlen, das Thema systematisch in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu integrieren.

Vor dem Hintergrund der Befunde lässt sich demnach klar ein Handlungsbedarf bezüglich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen zum Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung feststellen. Für die Mediziner(innen) sind die Grundlagen hierfür in den Lernzielkatalogen bereits heute gelegt (Ausbildung: Working Group under a Mandate of the Joint Commission of Swiss Medical Schools, 2008; Weiterbildung: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF], 2012).

## **4.2 Abschliessende Empfehlungen**

Im voranstehenden Kapitel wurden die wichtigsten Erkenntnisse aus den einzelnen Untersuchungsschritten des Forschungsmandats zusammengeführt. Auf dieser Grundlage leiten wir im Folgenden Empfehlungen ab, die sich auf die weitere Entwicklung von Instrumenten und Massnahmen der Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz beziehen sowie auf den Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz.

Aus den Ergebnissen der Studie ergibt sich der klare Befund, dass sich eine breit anerkannte Best-Practice der Früherkennung (Screening) von Kindeswohlgefährdungen bisher für keinen Bereich der Gesundheitsversorgung, des Bildungssystems oder der Kinder- und Jugendhilfe etabliert hat. Diese Feststellung gilt sowohl national wie international. In Praxis und Wissenschaft existieren zwar Screeninginstrumente, die in spezifischen Handlungsfeldern (z. B. der medizinischen Notfallversorgung)



an einzelnen Standorten erprobt worden sind. Teilweise sind die empirischen Befunde zur Wirksamkeit solcher Initiativen durchaus vielversprechend. Von umfassenden nationalen Strategien, die den Einsatz von Instrumenten und Massnahmen in unterschiedlichen Bereichen fördern und koordinieren, kann aber in keinem Fall die Rede sein. Zu erklären ist dieses Defizit nicht etwa mit fehlender Bewusstseinsbildung oder fehlender Aufmerksamkeit für die Thematik in Wissenschaft und Praxis. Gegen eine solche Interpretation spricht, dass die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Forschungs- und Fachliteratur grundsätzlich gut verankert ist. So konnten im Rahmen des Literaturreviews eine grosse Anzahl an thematisch relevanten Texten identifiziert und verarbeitet werden. Daneben zeigen die Befunde der telefonischen Befragung, dass Praktiker(innen) in der Schweiz bereits heute Früherkennungsmassnahmen einsetzen. Plausibler ist deshalb, dass es hier um grundsätzliche Hindernisse geht, die der Entwicklung und Umsetzung einfacher Rezepte im Wege stehen.

Die vorliegenden Erkenntnisse liefern klare Hinweise darauf, worin diese Hindernisse bestehen: Die unterschiedlichen professionellen Akteure in der Gesundheitsversorgung, im Bildungssystem, in der Kinder- und Jugendhilfe etc. unterscheiden sich ganz erheblich darin, wann, wie oft, wie lange, wie intensiv, in welcher Funktion, mit welchen Zielen etc. sie in Kontakt mit Familien kommen. Als Folge davon lassen sich kaum Screeninginstrumente entwickeln und evaluieren, die über die Grenzen eines bestimmten Handlungsfeldes oder einer bestimmten professionellen Funktion hinaus eingesetzt werden könnten. Innerhalb spezifischer, klar abgegrenzter Handlungsfelder bereitet zudem das Verhältnis von Sensitivität und Spezifität Probleme: Je höher die Quote an erkannten Fällen innerfamiliärer Gewalt, desto höher tendenziell auch die Quote der unbegründeten Verdachtsfälle. Die Annäherung des Hellfeldes ans Dunkelfeld wird hier also mit dem gesteigerten Risiko des falschen Verdachts erkauft. Das mag bei Fachpersonen insbesondere der Gesundheitsversorgung, die ihren Kernauftrag in der helfenden Zuwendung, nicht in der Abklärung von Verdachtsmomenten sehen, einen Widerstand gegen die systematische Erkundung innerfamiliärer Gewalt erzeugen – umso mehr, als darüber hinaus befürchtet wird, allzu invasive Fragen könnten das für die Behandlung wichtige Vertrauensverhältnis zur Patientin bzw. zum Patienten gefährden. Hinzu kommen Ungewissheiten über gesetzliche Konsequenzen, wo sich ein Verdachtsmoment und die daraus abgeleitete Massnahme als *unbegründet* erweist. Und schliesslich fehlen an vielen Stellen bewährte Rezepte dazu, wie in einem *bestätigten* Fall (bzw. bei einem *erhärteten* Verdacht) von innerfamiliärer Gewalt weiter vorzugehen ist, welche Stellen beizuziehen sind und wie das Vorgehen der Familie gegenüber kommuniziert werden soll. Die Unsicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens wirkt sich negativ auf die Bereitschaft aus, Verdachtsmomenten systematisch nachzugehen. Letzteres wird vermieden, um gar nicht erst in eine Situation der Überforderung zu geraten. Ferner hat sich gezeigt, dass Praxistauglichkeit und Wirksamkeit von Screeninginstrumenten in einigen Handlungsfeldern positiver beurteilt werden als in anderen. Konkret ist das beispielsweise im Bereich der Pädiatrie oder der Notfallversorgung der Fall, wie die Erkenntnisse aus der Experten- und Praktikerbefragung bzw. des Literaturreviews ergaben. In diesen Bereichen sind heute bereits teilweise Screeninginstrumente im Einsatz. Sie finden jedoch weder flächendeckend Verwendung noch sind sie bisher im Kontext der Schweiz wissenschaftlich evaluiert worden. Auf der Basis dieser hier noch einmal stark verdichtet dargestellten Bestandesaufnahme lassen sich nun eine Reihe von Erwägungen formulieren, in welche Richtungen sich die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen in der Schweiz in der näheren Zukunft bewegen sollte (Wünschbarkeit) und könnte (Machbarkeit).

Klar geworden ist, dass Screeninginstrumente auf den professionellen Kontext der Anwendung und die professionelle Funktion der Anwender(innen) zugeschnitten sein müssen. Beispielsweise lässt sich

ein in der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung eingesetztes Instrument nicht ohne substantielle Anpassungen – wenn überhaupt – auf einen anderen Kontext wie die Geburtshilfe oder gar einen Kontext ausserhalb der Gesundheitsversorgung übertragen. Sollten in spezifischen Anwendungsfeldern Screeninginstrumente neu eingeführt werden, ist die bestehende Literatur aus dem internationalen Umfeld als Referenz zu nutzen; in einigen wenigen Anwendungsfeldern existieren bereits heute Instrumente, zu denen vielversprechende Befunde aus Evaluationsstudien vorliegen (z. B. für die Notfallversorgung). Auch in solchen Fällen wird die Einführung neuer Instrumente indes auf erhebliche Hindernisse und Widerstände treffen, wenn die Instrumente nicht von einflussreichen Akteuren innerhalb der Profession (bspw. den Berufsverbänden) gewollt, mitgetragen und in der Entwicklung mitgestaltet werden. Eine derartige Mitgestaltung kann neben der Akzeptabilität auch die Praxistauglichkeit positiv beeinflussen (z. B. Bearbeitungsdauer, Sprachniveau). Wo Instrumente eingeführt werden, sind – wo immer möglich – evaluative Begleitstudien vorzusehen, die das Instrument einer objektiven Überprüfung unterziehen und Schlussfolgerungen zur inhaltlichen Überarbeitung und zu Fragen der strukturellen Einbettung geben. Das erscheint besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass in der internationalen Literatur bisher eine eher kritische Beurteilung des Nutzens von generellen Screeninginstrumenten vorwiegt, die allerdings nicht auf eindeutigen, sondern auf inkonsistenten empirischen Befunden beruht. Sollten solche Entwicklungen hin zu neuen Instrumenten angestossen werden, bieten sie sich in einem ersten Schritt insbesondere für diejenigen Handlungsfelder an, die dem Einsatz von Screeninginstrumenten vergleichsweise offen gegenüberstehen, also etwa für die Pädiatrie und die Geburtshilfe und -nachsorge. Die Erfahrungen und empirischen Evidenzen, die in einem solchen spezifischen Anwendungsfeld gewonnen würden, könnten in einer zweiten Phase für die Übertragung und Ausweitung auf weitere Anwendungsfelder genutzt werden.

Klar geworden ist ferner, dass die Einführung von Screeninginstrumenten nicht losgelöst werden kann von Konzepten der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, die im Fall eines vermuteten oder bestätigten Falls von Kindeswohlgefährdungen zu greifen hat. Mit der Einführung eines Instruments muss ein Konzept verbunden sein, wie mit positiven Ergebnissen des Screenings umgegangen wird und welche weiteren Abklärungen und Interventionen sich daraus innerhalb wie ausserhalb der Institution ergeben. Wichtig ist, dass die mit dem Screening betrauten Fachpersonen in der Anwendung des Instruments und dem adäquaten Umgang mit Ergebnissen ausreichend geschult werden – dazu gehören je nach Kontext auch und insbesondere methodische Aspekte der Gesprächsführung mit den befragten Eltern und Kindern. Falls die Entwicklung dahin geht, dass in ausgewählten Anwendungskontexten ein universelles Verfahren der Früherkennung (im Sinn des verdachtsunabhängigen Screenings) eingeführt und erprobt werden sollte, so verweist die Forschungsliteratur auf eine Reihe von Risiken, denen Rechnung zu tragen ist:

- Falsch-negative Befunde könnten zu falscher Sicherheit führen, falsch-positive Befunde dagegen zu ungerechtfertigten Belastungen der Eltern und Kinder. Beides gilt potenziell auch dann, wenn das Screening institutionell eingebettet und die Kommunikation über die Resultate optimal gestaltet wird. Unabdingbar erscheinen deshalb begleitende Schulungen der anwendenden Fachpersonen, in denen ein professioneller Umgang mit besagten Risiken thematisiert und eingeübt werden kann.
- Ganz grundsätzlich lassen sich Screenings aus professions- und handlungsethischer Warte nur rechtfertigen, wenn sie handlungsorientiert erfolgen, d. h. wenn adäquate Interventions- und Hilfsmöglichkeiten bereitgehalten werden.

- Ein verdachtsunabhängiges Screening impliziert potenziell eine Generalisierung des Verdachts. Anders als bei somatisch-medizinischen Reihenuntersuchungen geht es dabei um Verdachtsmomente in einer moralisch sensiblen Dimension, welche die Beteiligten in ihrem Selbstverständnis betrifft. Auf der einen Seite erscheint es rechtlich und ethisch problematisch, wenn solche Verfahren ohne vorgängige Aufklärung der Beteiligten (Kinder und Eltern als deren rechtliche Vertreter) über die Ziele durchgeführt werden. Auf der anderen Seite ist angesichts der moralischen Sensibilität des Themas bei einer vorgängigen Information der Beteiligten mit verzerrenden Antworten zu rechnen. Zu regeln ist schliesslich die schwierige Frage, wie mit Verweigerungen von Antworten umzugehen ist.

Mit Blick auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zeigen die Befunde der Curricula- und Dokumentenanalyse sowie der beiden Befragungen deutlich, dass immer noch ein Bedarf an Bildungsangeboten zum Thema Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen für Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz besteht. So ergibt sich vor dem Hintergrund der Befunde der Eindruck, dass das Thema nicht flächendeckend in den Curricula verankert ist; dies gilt auch für Mediziner(innen), obwohl die entsprechenden Grundlagen hierfür in den Lernzielkatalogen für die Aus- und Weiterbildung gelegt sind.

Behandelt werden sollten insbesondere die folgenden Themen:

- Definitionen der verschiedenen Gewaltformen, Deliktsphänomenologie, Gewaltdynamiken
- Indikatoren für Gewalt
- Allgemeine Hinweise zum Screening bzw. zur Früherkennungsmassnahme
- Ablauf bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt (inkl. Informationsfluss)
- Risikoeinschätzung, Erstellung eines Sicherheitsplans
- (Entwicklungsgerechte) Gesprächsführung (inkl. besondere Bedürfnisse bestimmter vulnerabler Gruppen),
- Interne und externe Ansprechpartner(innen) (Fachpersonen, Teams, Institutionen)
- Dokumentation, Dokumentationsbögen
- (Interne und) externe Hilfsangebote
- Rechtliche Aspekte (berufliche Schweigepflicht, Melderechte und -pflichten etc.),
- Abgrenzung und Selbstschutz,
- Umgang mit (gewaltausübenden) Angehörigen

Mit Blick auf die Weiter- und Fortbildung der berücksichtigten Berufsgruppen ergab sich ein ähnliches Bild. Zwar existieren Angebote, vielfach hängt es jedoch vom Interesse der Einzelperson ab, ob entsprechende Veranstaltungen besucht werden; darüber hinaus darf es nicht sein, dass die Existenz eines entsprechenden Angebotes an thematische Moden gebunden ist, zumal das Wissen regelmässig im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aufgefrischt und aktualisiert werden muss. Aufgrund der hohen Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kinderschutz sollten Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen nicht allein berufsgruppenspezifisch angeboten werden, sondern sich gleichzeitig an die beteiligten Akteure richten. Ein entsprechendes regionales Angebot kann dann gleichzeitig der Vernetzung der Akteure dienen, was die Zusammenarbeit in konkreten Fällen erleichtert und verbessert.

Darüber hinaus zeigen heutige Erkenntnisse, dass entsprechende Fachkenntnisse nicht nur der Qualitätssicherung dienen, sie können ausserdem die Einstellungen und subjektiven Kompetenzerwartungen von Praktiker(inne)n beeinflussen, so dass sie häufiger Screenings durchführen als nicht geschulte Kolleg(inn)en.

## 5. Literatur

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1980). *Child Behavior Checklist: CBCL*. Vermont: University of Vermont.
- Ahmad, F., Hogg-Johnson, S., Stewart, D. E., Skinner, H. A., Glazier, R. H. & Levinson, W. (2009). Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151, 93-102.
- Anderson, B. A., Marshak, H. H. & Hebbeler, D. L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 353-359.
- Anderson, J. C., Stockman, J. K., Sabri, B., Campbell, D. W. & Campbell, J. C. (2015). Injury outcomes in African American and African Caribbean women: The role of intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 36-42.
- Arbeitsgruppe Kinderschutz, Amt für Soziales, Koordination Kinderschutz (2013). *Leitfaden für das Vorgehen bei Gefährdung des Kindeswohls*. St. Gallen: Author.
- Arx, T. von, Winzap-Kälin, C. & Hänni, S. (2005). Verletzungen der bleibenden Zähne. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 115(2), 133-139.
- Association interprofessionnelle d'intervenants en matière de maltraitance des mineurs (2006). *Protocol à l'usage des intervenants professionnels en matière de maltraitance des mineurs*. Delémont: Author.
- Australian Institute of Health and Welfare (2015). *Screening for domestic violence during pregnancy. Options for future reporting in the National Perinatal Data Collection*. Canberra: Author.
- Bailhache, M., Leroy, V., Pillet, P. & Salmi, L. R. (2013). Is early detection of abused children possible?: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, 13(1), 1-11.
- Barlow, J., Fisher, J. D. & Jones, D. (2012). *Systematic review of models of analysing significant harm. Research Report DFE-RR199*. Oxford: Department of Education.
- Bartelink, C., van Yperen, T. A. & ten Berge, I. J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49, 142-153.
- Barth, M. & Mall, V. (2015). *Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialer Unterstützungsbedarf (U3-U6)*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Bartsch, C. (2014). *Erkennen und gerichtsverwertbare Dokumentation von Folgen häuslicher Gewalt in der Notfallmedizin*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Bass, B. (2014). *Erkennung und Unterstützung von Opfern häuslicher Gewalt in der Frauenklinik Stadtspital Triemli*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Baumann, T. (2010). Neue Checklisten der SGP für die Vorsorgeuntersuchungen. *Paediatrica*, 21(3), 39-40.
- Bentovim, A., Cox, A., Bingley Miller, L. & Pizzey, S. (2009). *Safeguarding Children Living with Trauma and Violence: Evidence-based Assessment, Analysis and Planning Interventions*. London: JKP.
- Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2013a). *Leitfaden und Empfehlungen zuhanden von Fachpersonen für Beratungsgespräche mit Kindern, die von häuslicher Gewalt mitbetroffen sind*. Bern: Author.
- Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2013b). *Kinder und häusliche Gewalt*. Bern: Author.
- Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt (2016). *Häusliche Gewalt. Was kann die Schule tun?* (4. Aufl.) Bern: Author.

- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D. & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. New York: Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte [BVKJ] – Landesverband Brandenburg (Hg.). (2015). *Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Brandenburger Leitfaden – Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme*. (4. Aufl.). Potsdam: Author.
- Bessler, C., Brühwiler, M., Brunner, A., Ettlin, T., Hutwiler, K. & Lips, U. (2001). *Leitfaden zur Standardisierung des Verfahrens in Fällen von Kindesmisshandlung* (3. Aufl.). Zürich: Amt für Jugend und Berufsberatung und Kommission des Kantons Zürich Jugend- und Familienhilfe.
- Birri, M. (2014). *Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz. Kurzfassung*. Bern: Terre des Femmes.
- Bollini, A., Visci, G. & Fantini, G. (2012). *Linee guida per lo strumento di screening INTOVIAN: Identificazione di famiglie a rischio o con problemi già accertati di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini e neonati*. Screne di Peneto: Associazione Focolare Maria Regina onlus, Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza.
- Bolton, A. & Lennings, C. (2010). Clinical opinions of structured risk assessments for forensic child protection: The development of a clinically relevant device. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1300-1310.
- Bonvin, E. (2014). *Erkennen und Umgang mit häuslicher Gewalt im Spital: strategische Überlegungen*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.). Berlin u. a.: Springer.
- Bramante, A., Filocamo, G. & Mencacci, C. (o. J.). *Donne e violenza domestica: diamo voce al silenzio*. Milano: Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.
- Bricklin, B. (1995). *Bricklin Perceptual Scales*. New York: Brunner/Mazel.
- Brock de, A. J. L. L., Vermulst, A. A., Gerris J. R. M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Amsterdam: Pearson.
- Brown, J. B., Lent, B., Schmidt, G. & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49(10), 896-903.
- Brunner, S. (2013). *Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Bundesrat (2009). *Bericht über Gewalt in Paarbeziehungen. Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen (in Erfüllung des Postulats Stump 05.3694 vom 7. Oktober 2005)*. Bern.
- Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann und für die Familienfragen des Kantons Freiburg & Kantonale Kommission gegen Gewalt in Paarbeziehungen (2007). *Gewalt in Paarbeziehungen erkennen – die Opfer unterstützen, vernetzen, informieren und schützen*. Freiburg: Author.
- Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. (13. Aufl.). München u. a.: Pearson Studium.
- Campbell, J. C., Webster, D. W. & Glass, N. (2009). The danger assessment validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 653-674.

- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D. & MacMillan, H. L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1366-1376.
- Centre de consultation Les Boréales, Lausanne (o. J.). *Questionnaire d'autoévaluation standardisé et approfondi*. Lausanne: Author.
- Chang J. C., Decker M. R., Moracco K. E., Martin S. L., Peterson R. & Frasier P.Y. (2003). What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of the consequences from the perspective of female survivors. *Journal of the American Medical Women's Association*, 58, 76-81.
- Chang, D. C., Knight, V. M., Ziegfeld, S., Haider, A. & Paidas, C. (2005). The multi-institutional validation of the new screening index for physical child abuse. *Journal of Pediatric Surgery*, 40(1), 114-119.
- Chen, P.-H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A. & Johnson, M. S. (2005). Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Family Practice*, 22(6), 617-623.
- Children's Research Center. (Hg.). (2012). *Structured Decision Making – Policy and Procedures Manual*. Madison: National Council on Crime and Delinquency.
- Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., Whitaker, D. J., Fadden, M. K. & Williams, M. (2007). Partner violence screening in rural health care clinics. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1319-1325.
- Committee on Health Care for Underserved Women (2012). Intimate Partner Violence. Committee Opinion No. 518. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 119, 412-417.
- Contra Costa County Health Services Department (1995). *Guidelines for Domestic Violence Screening and Reporting*. Quelle online unter [https://cchealth.org/topics/violence/pdf/guidelines\\_domestic\\_violence\\_screening.pdf](https://cchealth.org/topics/violence/pdf/guidelines_domestic_violence_screening.pdf), 10.02.2017.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz (2014a). *Der Berufsauftrag der Lehrerinnen und Lehrer*. Zürich: Author.
- Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz (2014b). *Integrität respektieren und schützen*. Zürich: Author.
- Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz (2015). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention). Vernehmlassungsantwort des Dachverbands Lehrerinnen und Lehrer Schweiz vom 15.12.2015*. Quelle online unter: [https://www.lch.ch/publikationen/stellungnahmen/dokument/vernehmlassungsantwort\\_lch\\_ueber\\_einkommen\\_des\\_europarats\\_zur\\_verhuetung\\_und\\_bekaempfung\\_von\\_gewalt\\_geg/](https://www.lch.ch/publikationen/stellungnahmen/dokument/vernehmlassungsantwort_lch_ueber_einkommen_des_europarats_zur_verhuetung_und_bekaempfung_von_gewalt_geg/), 10.02.2017
- Deegener, G., Spangler, G., Körner, W. & Becker, N. (2009). *Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- de Kwaadsteniet, L., Bartelink, C., Witteman, C., ten Berge, I. & van Yperen, T. (2013). Improved decision making about suspected child maltreatment: Results of structuring the decision process. *Children and Youth Services Review*, 35(2), 347-352.
- Dettenborn, H. & Walter, E. (2002). *Familienrechtspsychologie*. Weinheim/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Department of Health (Hg.) (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. Los Angeles: Sage.
- Diderich, H. M., Dechesne, M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K. et al. (2014). Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 38(11), 1822-1831.
- Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, P. J. et al. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency

- Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1122-1131.
- Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Andrevia-Miller, I., Choo, W. Y., Dunne, S. K. et al. (2009). ISP-CAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse & Neglect*, 33, 815-825.
- Edleson, J. L., Ellerton, A. L., Seagren, E. A., Kirchberg, S. L., Schmidt, S. O. & Ambrose, A. T. (2007). Assessing child exposure to adult domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 961-971.
- Edleson, J. L., Shin, N. & Johnson Armendariz, K. K. (2007). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 502-521.
- Egger, T. & Schär Moser, M. (2008). *Gewalt in Paarbeziehungen. Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen. Schlussbericht*. Bern: Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Cham, E. & Marquez, M. (2002). Comparison of three instruments for assessing ongoing intimate partner violence. *Med Sci Monit*, 8(3), CR197-201.
- Erziehungsberatung des Kantons Bern (2015). *Familiäre Gefährdungssituationen in der psychologischen Beratung. Eine Orientierungshilfe*. Bern: Author.
- European Society for Emergency Medicine [EuSEM] (2009). Europäisches Curriculum für Notfallmedizin. Quelle online unter: <http://www.sgnor.ch/downloads/>, 10.02.2017.
- Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck, Referat Kinder- und Jugendarbeit (2012). *Handlungsleitfaden zum Kinderschutz für hauptberuflich Beschäftigte und Verantwortungsträger in der Kinder- und Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck*. Quelle online unter: [https://www.evangelische-jugend.de/fileadmin/user\\_upload/aej/Kinder-\\_und\\_Jugendpolitik/EKKW\\_handlungsleitfaden\\_web.pdf](https://www.evangelische-jugend.de/fileadmin/user_upload/aej/Kinder-_und_Jugendpolitik/EKKW_handlungsleitfaden_web.pdf), 10.02.2017.
- Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken (2005). *Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken*. SGP.
- Fanslow, J. L., Kelly, P. & Ministry of Health (2016). *Family Violence Assessment and Intervention Guideline: Child abuse and intimate partner violence (2. Aufl.)*. Wellington: Ministry of Health.
- Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J. & Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166, 22-37.
- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R. et al. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 13(16). DOI: 10.3310/hta13160
- Feldhaus, K. M., Kozoil-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R. & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357-1361.
- Fernandopulle, S. & Fernando, D. (2003). Development and initial validation of a scale to measure emotional abuse among school children aged 13-15 years in Sri Lanka. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1087-1099.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R. & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383-412.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S. & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 217-223.
- Fopp, C. (2006). Häusliche Gewalt macht krank. *doc.be*(3/2006), 3.



- Foster Fink, R. (2013). Was hat die Hebamme mit häuslicher Gewalt zu tun? *Hebamme.ch*(11/2013), 35-37.
- Frei, F. (2012). Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen bei kleinen Kindern. *BVF-Forum*, 80, 23-28.
- Frei, F. (2014). *Zwischen unbedachtem Aktivismus und verharmlosenden Wegschauen. Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern*. Vortrag auf der Fachtagung Gewalt an kleinen Kindern: erkennen – einschätzen – handeln. Zürich, 15. Mai 2014.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A. et al. (1992). Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Fulfer, J. L., Tyler, J. J., Choi, N. J., Young, J. A., Verhulst, S. J., Kovach, R. et al. (2007). Using indirect questions to detect intimate partner violence the SAFE-T Questionnaire. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(2), 238-249.
- Fuller, T. L. & Nieto, M. (2010). *Illinois Child Endangerment Risk Assessment Protocol: FY10 annual evaluation*. Urbana: Children and Family Research Center, School of Social Work, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Gigandet, M. & Mosczytz, S. (2007). *Violence conjugale. Dépistage – Soutien – Orientation*. Delémont: Author.
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167-180.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Gillingham, P. (2011). Decision-making tools and the development of expertise in child protection practitioners: Are we 'just breeding workers who are good at ticking boxes'? *Child and Family Social Work*, 16(4), 412-421.
- Gillingham, P. & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40(8). 2598-2616.
- Graf, S. & Hurri, A. (2014). *Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett*. Bern: Schweizerische Hebammenverband, Sektion Bern.
- Groupe genevois de prévention de la dépression périnatale (2010). *Dépression périnatale – guide des adresses utiles à Genève*. Genf: Author.
- Hägele, M. (2012). *Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien: Evaluation der Frühen Hilfen*. Ulm: Universität Ulm.
- Hare, R. D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hatzinikolaou, K., Karveli, V., Skoubourdi, A., Zarokosta, F., Antonucci, G., Visci, G. et al. (2016). Using the Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale to identify caregiver-infant/toddler dyads with abuse relationship patterns in six European Countries. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 335-355.
- Hauri, A. & Zingaro, M. (2013). *Leitfaden Kinderschutz: Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Hegarty, K. (2007). *Composite Abuse Scale Manual*. Melbourne: University of Melbourne, Department of General Practice.
- Hegarty, K., Sheehan, M. & Schonfeld, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *Journal of Family Violence*, 14(4), 399-415.
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 559-574). Wiesbaden: Springer VS.
- Heller, Y. & Narring, F. (2016). Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses an die Schweiz. Bericht der Sensibilisierungstagung vom 17. September in Genf. *Paediatrica, Spezialnummer Migranten 2016*, 23-25.

- Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U. & Dettmeyer, R. (2010). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Hibbard, R., Barlow, J. & MacMillan, H.L. (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130, 372–378.
- Hillmeier, H., Huber, G. & Pschibl, K. (2004). EST–Evaluationsprojekt Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen. Bayerisches Jugendamt. *Unsere Jugend*, 2, 50-59.
- Hilton N. Z. & Harris G. T. (2009). How nonrecidivism affects predictive accuracy: Evidence from a cross-validation of the Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA). *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 326-337.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Houghton, R. E. & Eke, A. W. (2008). An in-depth actuarial assessment for wife assault recidivism: The Domestic Violence Risk Appraisal Guide. *Law and Human Behavior*, 32(2), 150-163.
- Hofner, M. C. (2014). *Gesundheitliche Auswirkungen häuslicher Gewalt und Anforderungen an Fachpersonen*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Hofner, M.-C. & Viens Python, N. (2004). *Violence et maltraitance envers les adultes. Protocole de dépistage et d'intervention*. Lausanne: Unité de Prévention, IUMSP.
- Hofner, M. C., Python, N. V., Martin, E., Gervasoni, J.-P., Graz, B. & Yersin, B. (2005). Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J*, 22, 481-485.
- Holder, W. & Corey, M. (1989). *The Child At Risk Field System: A family preservation approach to decision-making in child protective services*. Charlotte: ACTION for Child Protection.
- Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K. & Taft, A. (2015). Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implementation Science*, 10(1).
- Horlich, J., Dehmel, S., Sierau, S., White, L. & von Klitzing, K. (2014). Das Maltreatment Classification System (MCS) in Theorie und Praxis – ein wissenschaftlich fundiertes Modell zur Kategorisierung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. *Soziale Arbeit*, 6, 202-210.
- Hudson, W. W. & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43(4), 873-888.
- Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain, F. N., Pindiprolu, B. & Bhandari, M. (2013). A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(1), 60-69.
- Improving Professional Practice On Child Abuse (o. J.). *Perfezionamento della prassi professionale per i casi di abuso di minori*. Quelle online unter: <https://ec.europa.eu/justice/grants/results/daphne-tool-kit/en/file/3196/download?token=JOqYJziA>, 15.02.2017.
- John, I. A. & Lawoko, S. (2010). Assessment of the structural validity of the domestic violence healthcare providers' survey questionnaire using a Nigerian sample. *Journal of Injury and Violence Research*, 2(2), 75-83.
- Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern, Kantonales Jugendamt & Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Sozialamt (o. J.). *Einschätzungshilfen zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung für Fachpersonen im Frühbereich (0-5 Jahre)*. Bern: Author.
- Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion des Kantons Bern, Kantonales Jugendamt (2016). *Früherkennung von Kindeswohlgefährdung im Frühbereich (0-5 Jahre). Eine Arbeitshilfe für Fachpersonen*. Bern: Author.
- Kamann, W. K. (2008). Kindesmisshandlung – Relevanz für die zahnärztliche Betreuung. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 118(4), 321-326.
- Kalokhe, A. S., Stephenson, R., Kelley, M. E., Dunkle, K. L., Paranjape, A., Solas, V. et al. (2016). The development and validation of the Indian Family Violence and Control Scale. *PLoS ONE*, 11(1).

- Kanton Aargau, Departement Volkswirtschaft und Inneres, Fachstelle Intervention gegen häusliche Gewalt (2014). *Mittendrin. Kinder im Schatten häuslicher Gewalt - was tun in der Schule?* Aarau: Author.
- Kanton Basel-Landschaft (2014). *NOKJ. Nachhaltige Optimierung der Kinder- und Jugendpolitik im Kanton Basel-Landschaft. Programmkonzept für die Jahre 2014-2016*. Quelle online unter: <https://www.kinderjugendpolitik.ch/projekte/details/projects/project/detail/nachhaltige-optimierung-der-kinder-und-jugendpolitik-im-kanton-basel-landschaft.html>, 10.02.2017.
- Kanton Freiburg, Direktion für Gesundheit und Soziales (2015). *Protokoll zur Früherkennung und Weiterleitung von Fällen der Kindesmisshandlung (0 bis 18 Jahre)*. Freiburg: Author.
- Kantonspolizei Thurgau, Fachstelle Häusliche Gewalt (2015). *Häusliche Gewalt. Was kann/muss die Schule tun?* Frauenfeld: Author.
- Kanton St. Gallen, Koordinationsstelle Häusliche Gewalt (o. J.). *Häusliche Gewalt. Informationen für die Arztpraxis*. St. Gallen: Author.
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H. & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 84.
- Keller-Schuhmacher, K. & Hungerbühler-Räber (2013). *Orientierungshilfe zur Reflexion von Wahrnehmungen, die auf Gefährdungen des Kindeswohls in der FRÜHEN KINDHEIT hinweisen können*. Ohne Ort: F-NETZNordwestschweiz.
- Kindler, H. (o. J.). *Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch*. Ulm: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP], Universitätsklinikum Ulm. Quelle online unter: <https://fruehehilfen-bw.de/file.php/89/Anhaltsbogen.pdf>, 10.02.2017.
- Kindler, H. (2006). Melde- und Prüfbögen. In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut DJI.
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1073-1079.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP] Universitätsklinikum Ulm & Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. [DIJuF] (o. J.). *Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung*. Quelle online unter: <https://fruehehilfen-bw.de/file.php/89/Entscheidungsbaum.pdf>, 10.02.2017.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP], Universitätsklinikum Ulm (o. J.). *Die Chancen der ersten Monate. Feinfühliges Eltern – gesunde Kinder*. Ulm: Author.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP], Universitätsklinikum Ulm (2011). *Manual zur Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen*. Ulm: Author.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2. Aufl.). London: Routledge.
- Kline, R. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4. Aufl.). New York: Guilford Press.
- Klopfstein, U. (2014a). *Früherfassung von Kindern als Betroffene von häuslicher Gewalt*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Klopfstein, U. (2014b). *Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal im Bereich der häuslichen Gewalt*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Klopfstein, U. (2016). *Kinder als Mitbetroffene von häuslicher Gewalt*. Vortrag auf der Fachtagung „Häusliche Gewalt: Was kann die Schule tun?“ Biel, 13. Januar 2016.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst [KNMG]. (2015). *(KNMG)-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld*. Utrecht: KNMG.

- Koziol-McLain, J., Garrett, N., Fanslow, J., Hassall, I., Dobbs, T. & Lovell, V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 56(4), 413-423.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D. & Eaves, M. B. (1999). *SARA – Spousal Risk Assessment Guide. Assessment of the likelihood of domestic violence*. MHS.
- Kropp, P. R. & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101-118.
- Kropp, P. R., Hart, S. D. & Belfrage, H. (2005). *Brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER). User manual*. Vancouver: Mid Sweden University, Faculty of Human Sciences, Department of Health Sciences.
- Krüger, P. & Niehaus, S. (2010). Länderbericht deutschsprachige Schweiz. In E. Dawid, J. Elz & B. Haller (Hrsg.), *Kooperation von öffentlicher Jugendhilfe und Straffjustiz bei Sexualdelikten gegen Kinder*. (Vol. 60, S. 138-220). Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V.
- Künster, A. K. (2013). *Risikoscreening – Aus der Praxis: Vorstellung verschiedener Fragebogeninstrumente*. Vortrag auf der Fachtagung Risikoscreening, Stuttgart am 10.04.2013.
- Künster, A. K., Thurn, L., Fischer, T., Wucher, A., Kindler, H. & Ziegenhain, U. (2013a). *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz, Version: Rund um die Geburt*. Ulm: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP], Universitätsklinikum Ulm.
- Künster, A. K., Thurn, L., Fischer, T., Wucher, A., Kindler, H. & Ziegenhain, U. (2013b). *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz, Version: Klein- und Vorschulkinder*. Ulm: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie [KJPP] Universitätsklinikum Ulm.
- Lange, A. (2001). *De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst – Revised. OKIV-R, verantwoording en handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lätsch, D. (2012). Wissenschaftlich fundierte Abklärungen im Kinderschutz: Überblick über den internationalen Entwicklungsstand – und ein Ausblick in die Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 67(1), 1-20.
- Lätsch, D., Hauri, A., Jud, A. & Rosch, D. (2015). Ein Instrument zur Abklärung des Kindeswohls – spezifisch für die deutschsprachige Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 70(1), 1-26.
- Lawoko, S., Sanz, S., Helström, L. & Castren, M. (2011). Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *ISRN Nursing*, 2011, 7.
- Léveillé, S. & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944.
- Lewis-O'Connor A. (2008). *When Push Comes to Shove: Screening Mothers for Intimate Partner Violence During a Pediatric Visit* [Dissertation]. Boston: Boston College.
- Liebschutz J., Battaglia T., Finley, E. & Averbuch, T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians – what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*, 8, 229–236.
- Lips, U. (2011). *Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Lips, U. (2014). Kindsmisshandlung–Kinderschutz: nicht nur eine Aufgabe für Kinderärztinnen und Kinderärzte. *PrimaryCare*, 14(7), 113.
- Loos, I. (2013). Frauen- und Kinderschutz – die Chancen in der Hebammenarbeit. *Sage-femme.ch – Hebamme.ch*, 11/2013, 28-31.
- Luzerner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (2008). *Wenn Patientinnen und Patienten von Häuslicher Gewalt betroffen sind. Informationen für Ärztinnen, Ärzte und Fachpersonen im Gesundheitsbereich für den Umgang mit gewaltbetroffenen Personen*. Luzern: Author.

- MacMillan, H. L. & The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M. & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M. et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 493-501.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N. & Varcoe, C.M. (2013). Intimate partner violence in the family: Considerations for children's safety. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1186-1191.
- MacMillan, H.L. & Wathen, C.N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 295-308.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L. & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(3), 170-176.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3176-3178.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N. & Dolan Mullen, P. (2001). Abuse assessment screen-disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *J Womens Health Gend Based Med*, 10(9), 861-866.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276-282.
- McTavish, J. R., MacGregor, J. C., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 504-518.
- Messing, J. T. & Thaller, J. (2013). The average predictive validity of intimate partner violence risk assessment instruments. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1537-1558.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 547-583.
- Ming, M. & Rediger, T. (2012a). *Häusliche Gewalt: Wie können Hebammen wirkungsvoll intervenieren? Eine systematische Literaturreview*. Bern, Berner Fachhochschule: Bachelorarbeit.
- Ming, M. & Rediger, T. (2012b). *Häusliche Gewalt: Wie können Hebammen wirkungsvoll intervenieren? Eine systematische Literaturreview*. Poster, Fachhochschule Bern.
- Ministère de la Santé et des Solidarités, République Française. (o. J.). *Guide pratique, protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation*. Author.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 745-758.
- Munro, E. (2008). *Effective Child Protection* (2. Aufl.). London: Sage.
- Nederlands Jeugdinstuut (2011). *Signalen van kindermishandeling: kinderen van 0 - 4 jaar / Signalen van kindermishandeling: kinderen van 4 - 12 jaar / Signalen van kindermishandeling: kinderen van 12 - 18 jaar*. Author.
- Nederlands Jeugdinstuut (o. J.a). *ALPHA-NL*. Author.

- Nederlands Jeugdinstituut (o. J.b). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid*. Author.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C. & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 156(11), 796-808.
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y., Klein, J. et al. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 387-396.
- Nett, J. C. & Spratt, T. (2012). *Kindesschutzsysteme: Ein internationaler Vergleich der "Good Practice" aus fünf Ländern (Australien, Deutschland, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich) mit Schlussfolgerungen für die Schweiz*. Zürich: Schweizerischer Fonds für Kinderschutzprojekte.
- New South Wales Government (2015). *Domestic Violence Safety Assessment Tool (DVSAT)*. Quelle online unter: [http://www.domesticviolence.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/file/0020/301178/DVSAT.pdf](http://www.domesticviolence.nsw.gov.au/__data/assets/file/0020/301178/DVSAT.pdf), 10.02.2017.
- Niehaus, S., Volbert, R. & Fegert, J. M. (2017). *Entwicklungsgerechte Befragung von Kindern in Strafverfahren*. Berlin: Springer.
- Nitschke, D. (2011). Referat „Forensische Zahnmedizin“ in Zürich. Jenseits von Quincy und CSI. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 121(7-8), 756-758.
- Norton, L. B., Peipert, J. F., Zierler, S., Lima, B. & Hume, L. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics & Gynecology*, 85(3), 321-325.
- Nyberg, E., Hartman, P., Stieglitz, R. & Riecher-Rössler, A. (2008). Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(1), 28-36.
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(6), 855-866.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson Leslie, L., Feder, G. & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. DOI: 10.1002/14651858.CD007007
- Palmer, M. (1988). *Risk assessment in childprotective services risk assessment models: A comparative analysis*. Portland: National Child Welfare Resource Center for Management and Administration, University of Southern Maine.
- Pan, H. S., Ehrensaft, M. K., Heyman, R. E., O'Leary, K. D. & Schwartz, R. (1996). Evaluating domestic partner abuse in a family practice clinic. *Family Medicine*, 29(7), 492-495.
- Paranjape, A. & Liebschutz, J. (2003). STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 12(3), 233-239.
- Polansky, N. A., Chalmers, M. A., Buttenwieser, E. & Williams, D. (1978). Assessing Adequacy of Child Caring: An Urban Scale. *Child Welfare*, 57(7).
- Practice Leadership Unit, Child Protection, and Juvenile Justice Branch. (Hg.). (1999). *Victorian Risk Framework: The Risk Profile Guide (Version 2)*. Victoria: Department of Human Services.
- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C. & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 439-445.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), S. 801-813.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325(7359), 1-13.

- Reich, W. (2004). Der Stuttgarter Kinderschutzbogen – ein Diagnoseinstrument zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen. In Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.), *It Takes Two to Tango. Konzepte und Modelle zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern* (S. 32-61). Berlin.
- Renteria, S.-C., Hofner, M.-C., Adjaho, M.-T., Burquier, R. & Hohlfeld, P. (2008). *Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention (2. Aufl.)*. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).
- République et Canton de Neuchâtel, Département de l'éducation et de la famille (2015). *La Maltraitance des enfants est inacceptable*. Neuchâtel: Author.
- Riecher-Rössler, A. (2014). *Auswirkungen häuslicher Gewalt auf die psychische Gesundheit*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Robinson, E. & Moloney, L. (2010). Family violence: Towards a holistic approach to screening and risk assessment in family support services. *AFRC Briefing*, 17.
- Rodewald, F. (2005). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire: Testbeschreibung und Auswertung*. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.
- Ruf-Leuschner, M., Brunnemann, N., Schauer, M., Pryss, R., Barnewitz, E., Liebrecht, M., Kratzer, W., Reichert, M. & Elbert, T. (2016). Die KINDEX-App: ein Instrument zur Erfassung und unmittelbaren Auswertung von psychosozialen Belastungen bei Schwangeren in der täglichen Praxis bei Gynäkologinnen, Hebammen und in Frauenkliniken. *Verhaltenstherapie*, 26(3), 171-181.
- Runyan, D. K., Dunne, M. P. & Zolotor, A. J. (2009). Introduction to the development of the ISPCAN child abuse screening tools. *Child Abuse & Neglect*, 33, 842-845.
- Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B. et al. (2009). The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P). *Child Abuse & Neglect*, 33, 826-832.
- Sadowski, L. S., Hunter, W. M., Bangdiwala, S. I. & Muñoz, S. R. (2004). The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. *Injury Control and Safety Promotion*, 11(2), 81-90.
- Savioz, F., Brioschi, N., Roulet Schwab, D. & Knüsel, R. (2012). Vorstellungen und Vorgehensweisen der Kinderärzte bezüglich Kindesmisshandlungen im Kanton Waadt. *Paediatrica*, 23(3), 14-15.
- Schaniel, A. & Joos, B. (2007). *Häusliche Gewalt. Was kann die Schule tun?* Chur.
- Scher, C.D., Stein, M.B., Asmundson, G.J.G., McCreary, D.R. & Forde, D.R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 843-857.
- Schlaginhaufen, R. (2013). Das Kindeswohl schützen – praktische Hinweise. *Sage-femme.ch – Hebamme.ch*, 11/2013, 32-34.
- Schütz, M. & Hofner, M.-C. (o. J.). *Femmes victimes de violences conjugales. Le pharmacien est actif*. Ohne Ort.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: Author.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (2005). *Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte*. Bern: Author.
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SGGG] (Hg.). (2009). *Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen*. Bern: Author.
- Schweizerischer Hebammenverband (2009). *Dossier ostetriche*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.

- Schweizerischer Hebammenverband (2011). *Guideline zu Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Schweizerischer Hebammenverband, Fachgruppe der freipraktizierenden Hebammen der Sektion Schwyz (o. J.). *Postpartale Depression*. Quelle online unter: [www.hebamme.ch/x\\_data/news\\_pdf/Merkblatt%20PPD%20Hebammen.pdf](http://www.hebamme.ch/x_data/news_pdf/Merkblatt%20PPD%20Hebammen.pdf), 10.02.2017.
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF] (2012). *Lernzielkatalog. Allgemeine Lernziele für die Weiterbildungsprogramme (gemäss Art. 3 Abs. 2 WBO)*. Quelle online unter: [http://www.fmh.ch/files/pdf8/allg\\_lz\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf8/allg_lz_d.pdf), 10.02.2017.
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF] & FMH (2014). *Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2012* (letzte Revision: 9. Oktober 2014). Quelle online unter: <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharztztitel-und-schwerpunkte/kinder-und-jugendmedizin.html>, 10.02.2017.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie [SGP] (2011). *Checklisten Vorsorgeuntersuchungen* (4. Aufl.). Ohne Ort: Author.
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E. & Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.
- Short, L. M., Hadley, S. M. & Bates, B. (2002). Assessing the success of the WomanKind program: an integrated model of 24-hour health care response to domestic violence. *Women & Health*, 35(2-3), 101-119.
- Sicherheitsdirektion Basel-Landschaft, Fachkommission Kindes- und Jugendschutz (2014). *Leitfaden Kinderschutz für Hebammen und Mütterberaterinnen*. Quelle online unter: <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/sicherheitsdirektion/kindes-und-jugendschutz/merkblätter>, 10.02.2017.
- Sigurdson, E. & Reid, G. (1990). *Manitoba Risk Estimation System*. Winnipeg.
- Slep, A. M., Heyman, R. E. & Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, 54(1), 17-32.
- Sohal, H., Eldridge, S. & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8(49).
- Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg [SFBB]. (o. J.) Berliner Kinderschutzbogen, Stand 2010. Quelle online unter: <http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb2.c.499348.de>, 10.02.2017.
- Spangaro, J., Zwi, A. B., Poulos, R. & Man, W. (2010). Six months after routine screening for intimate partner violence: attitude change, useful and adverse effects. *Women & Health*, 50(2), 125-143.
- Srivastava, O. P. & Polnay, L. (1997). Field trial of graded care profile (GCP) scale: A new measure of care. *Archives of Disease in Childhood*, 76(4), 337-340.
- Stadt Zürich & Kanton Zürich (2016). *Häusliche Gewalt: Was tun in der Schule?* Zürich: Author.
- Stewart, D.E., MacMillan, H. & Wathen, N. (2013). Intimate partner violence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 1-15.
- Strobel, B., Liel, C. & Kindler, H. (2008). *Validierung und Evaluierung des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut DJI.
- Stüssi, C. (2010). *Kinderschutz im Kanton Thurgau*. Vortrag auf der Tagung „Gesundheit von Anfang an“. Quelle online unter: [http://www.gesundheit.tg.ch/xml\\_61/internet/de/application/d13188/d13391/f13392.cfm](http://www.gesundheit.tg.ch/xml_61/internet/de/application/d13188/d13391/f13392.cfm), 15.02.2017.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W. & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 249-270.



- Strobel, B., Liel, C. & Kindler, H. (2008). *Validierung und Evaluierung des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht*. München: DJJ.
- Suesser, P. (2012). Pour une attention préventive subtilement précoce. *Nouvelles pratiques sociales*, 1, 47-64.
- Target, M., Fonagy, P. & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186.
- Thackeray, J. D., Hibbard, R. & Dowd, M. D. (2010). Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics*, 125(5), 1094-1100.
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung NRW (Hg.) (2011). *Gewalt gegen Kinder. Ein Leitfaden für Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation*. (3. Aufl.). Düsseldorf: Author.
- Thaiss, H., Klein, R., Schumann, E., Ellsäßer, G., Breikopf, H., Reinecke, H. & Zimmermann, E. (2010). Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(10), 1029-1047.
- The Family Violence Prevention Fund (1999). *Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening*. San Francisco, CA: Author.
- Thurston, W. E., Tutty, L. M., Eisener, A. C., Lalonde, L., Belenky, C. & Osborne, B. (2009). Implementation of universal screening for domestic violence in an urgent care community health center. *Health Promotion Practice*, 10(4), 517-526.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington: U.S. Department of Justice.
- Trevillion, K., Corker, E., Capron, L. E. & Oram, S. (2016). Improving mental health service responses to domestic violence and abuse. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 423-432.
- Trocme, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment*, 1(2), 145-155.
- Tschudin, S. (2014). *Opfer häuslicher Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Vortrag auf der Nationalen Konferenz 2014 „Häusliche Gewalt als Thema der öffentlichen Gesundheit“. Bern.
- Tschudin, S. (2015). Prävention und Bekämpfung von häuslicher Gewalt. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(7), 243-244.
- Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection*. New York: Norton.
- Turner, W., Broad, J., Drinkwater, J., Firth, A., Hester, M., Stanley, N. et al. (2015). Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*, 26(1), 19-39.
- Unité de Médecine des Violences, Centre universitaire romand de médecine légale, Lausanne [CHUV] & Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] (Hrsg.). (2016). *Dossier Patient*. Lausanne/Genève: Authors.
- Universität Ulm (o. J.a). *Handreichung für die Berater und Beraterinnen im Umgang mit mäßig kritischen Fällen („gelbe“ Fälle). Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz (E-Learningkurs), Stand 2010*. Quelle online unter: <https://fruehehilfen-bw.de/mod/resource/view.php?id=282>, 10.02.2017.
- Universität Ulm (o. J.b) *Handreichung für Heilberufe zum Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“), Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz (E-Learningkurs), Stand 2010*. Quelle online unter: <https://fruehehilfen-bw.de/mod/resource/view.php?id=284>, 10.02.2017.
- Utah Department of Health (2008). *Clinical Guidelines for Assessment and Referral for Victims of Domestic Violence: A Reference for Utah Health Care Providers*. Salt Lake City: Author.
- Verband Kindertagesstätten der Schweiz [KiTaS] (2013). *Leitlinien zur Prävention physischer und psychischer Gewalt in Kindertagesstätten und Horten*. Zürich: Author.

- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2013). *Projekt Kompetenzprofile Pflege; Anhörung der Positionspapiere zu den ersten vier Vertiefungen vom 12.06.2013*. Quelle online unter: [http://www.fmh.ch/files/pdf11/FMH-Stellungnahme\\_Kompetenzenprofile\\_Pflege\\_zu\\_den\\_ersten\\_vier\\_Vertiefungen.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf11/FMH-Stellungnahme_Kompetenzenprofile_Pflege_zu_den_ersten_vier_Vertiefungen.pdf), 10.02.2017.
- Vogt, W. P. & Johnson, R. B. (2011). *Dictionary of Statistics & Methodology: A Nontechnical Guide for the Social Sciences*. London: Sage.
- Volbert, R. (2010). Sexualisiertes Verhalten von Kindern – Stellenwert für die Diagnostik eines sexuellen Missbrauchs. In M. Clauß, M. Karle, M. Günter & G. Barth (Hrsg.), *Sexuelle Entwicklung – sexuelle Gewalt. Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen*. (2. Aufl., S. 41-65). Lengerich u. a.: Pabst Science Publishers.
- Wathen, C. N., Jamieson, E., MacMillan, H. L. et al. (2008). Who is identified by screening for intimate partner violence? *Women's Health Issues, 18*(6), 423-432.
- Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *Journal of the American Medical Association, 289*(5), 589-600.
- Weik, A. (2012). *Neues Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*. Vortrag auf der Medienkonferenz des Kantonalen Jugendamtes, Bern, 28.12.2012.
- Weingartner, M. (2008). *Das Projekt „Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren“ in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich*. Zürich: Fachstelle für Gleichstellung.
- Weiss, S. J., Ernst, A. A., Cham, E. & Nick, T. G. (2008). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims, 18*(2), 131-141.
- Wells, R., McCann, J., Adams, J., Voris, J. & Dahl, B. (1997). A validation study of the structured interview of symptoms associated with sexual abuse (SASA) using three samples of sexually abused, allegedly abused, and nonabused boys. *Child Abuse & Neglect, 21*(12), 1159-1167.
- Williams, K. R. & Grant, S. R. (2006). Empirically examining the risk of intimate partner violence: The revised Domestic Violence Screening Instrument (DVSI-R). *Public Health Reports, 131*, 400-408.
- Working Group under a Mandate of the Joint Commission of Swiss Medical Schools (2008). *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Quelle online unter: [http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo\\_2008.pdf](http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo_2008.pdf), 10.02.2017.
- World Health Organization [WHO] (2009). *Reducing violence through victim identification, care and support programmes*. Genf: Author.
- World Health Organization [WHO]. (Hg.). (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Genf: Author.
- World Health Organization [WHO]. (Hg.). (2014). *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook*. Genf: Author.
- Wu, M.-F., Lu, T.-H., Lin, C.-J. & Feng, J.-Y. (2015). Risk factors and physical signs of child abuse in hospitalized children in Taiwan. *Children and Youth Services Review, 58*, 137-141.
- Yegidis, B. L. (1989). *Abuse Risk Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Zajac, K., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2011). Adolescent distress in traumatic stress research: Data from the National Survey of Adolescents-Replication. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 226-229.
- Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Peturs, H. R., Ramirez, C. et al. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse & Neglect, 33*, 833-841.

## 6. Anhang

### 6.1 Ergänzende Informationen zur Internet- und Literaturrecherche

#### Liste der in die Internetrecherche aufgenommenen Fachgesellschaften und Berufsverbände

1. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
2. Aargauischer Ärzteverband
3. Appenzellische Ärztgesellschaft (AI/AR)
4. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
5. Ärztesgesellschaft Basel-Land
6. Medizinische Gesellschaft Basel
7. Société de médecine du canton de Fribourg
8. Association des médecins du canton de Genève
9. Ärztesgesellschaft des Kantons Glarus
10. Bündner Ärzteverein
11. Société médicale du canton du Jura
12. Vereinigung Zentralschweizer Ärztesgesellschaften: Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz, Unterwaldner Ärztesgesellschaft, Verband der Urner Ärztinnen und Ärzte, Ärztesgesellschaft des Kantons Zug
13. Société neuchâtoise de médecine
14. Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen
15. Kantonale Ärztesgesellschaft Schaffhausen
16. Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
17. Ordine dei Medici del Cantone Ticino
18. Thurgauische Ärztesgesellschaft
19. Société vaudoise de médecine
20. Walliser Ärztesgesellschaft
21. Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
22. Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
23. Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venereologie
24. Schweizerische Gesellschaft der Fachärztinnen und -ärzte für Prävention und Gesundheitswesen
25. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
26. Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
27. Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
28. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
29. Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin
30. Haus- und Kinderärzte Schweiz
31. Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz
32. Kollegium für Hausarztmedizin/Collège de médecine de premier recours
33. medswiss.net
34. Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
35. Société médicale de la Suisse romande
36. Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz

37. Kinderärzte Schweiz
38. Schweizerische Gesellschaft für Entwicklungspädiatrie
39. Schweizerische Gesellschaft für Kindernotfallmedizin
40. Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie
41. Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie
42. Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie
43. Vereinigung der Schulärztinnen und -ärzte der Schweiz (über Public Health Schweiz)
44. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
45. Schweizerischer Hebammenverband
46. Schweizerischer Verband der Dentalassistentinnen und -assistenten
47. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
48. Berufsverband Medizinischer Praxis-Assistentinnen
49. Schweizerischer Verband der Mütter-Väter-Beraterinnen
50. Verband Kinderbetreuung Schweiz (kibesuisse)
51. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung
52. Berufsverband Heil- und Sonderpädagogik
53. Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie
54. AvenirSocial
55. Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz
56. Syndicat des enseignants romands
57. SPF Fachverband Schweiz (Sozialpädagogische Familienbegleitung)
58. Verband der Heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz

Tabelle A.1: Suchbegriffe Literaturreview

	Deutsch	Italienisch	Englisch	Französisch
<b>Suchanfragen zu Instrumenten/Screenings</b>	„haeusliche gewalt“ OR partnergewalt OR „gewalt in der familie“ OR „intrafamiliaere gewalt“ OR „innerfamiliaere gewalt OR „missbrauch“ OR misshandlung OR vernachlaessigung OR kindesschutz OR kinderschutz OR genitalverstuemmelung OR muenchhausen* AND screening* OR assessment* OR fruherkennung OR instrument* OR messung OR diagnos*	“violenza domestica” OR “violenze domestiche” OR “violenza fisica” or “violenze fisiche” OR abus* OR maltrattamento OR “abuso sessuale” OR “abus* psicologic*” OR abbandono OR “protezione dei minori” OR “tutela dell’infanzia” OR “mutilazioni genitali” AND screening* OR valutazion* OR prevenire OR prevenzione OR diagnos* OR strument*	“domestic violence” OR “intimate partner violence” OR “family violence” OR “intrafamilial violence” OR “child abuse” OR “child neglect” OR “child maltreatment” OR “child protection” OR “battered child syndrome” OR “genital mutilation” OR “munchhausen syndrome” AND screening OR assessment OR detection OR tool OR measurement OR diagnosis OR scale	“violence domestique” OR “violence conjugale” OR “violence familiale” OR “violence intrafamilial” OR “abus des enfants” OR “négligence envers les enfants” OR “maltraitance des enfants” OR “protection des enfants” OR “mutilations génitales” AND dépistage OR examen OR expertise OR évaluation OR bilan* OR instrument* OR mesure* OR échelle de mesure*
→ spezifizierte Suchen	<i>wie oben, ergänzt durch:</i>			
<b>Review-Artikel Instrumente/Screening</b>	review*, metaanalyse*, meta-analyse*	review*, meta-analis*,	review, meta-analysis	méta-analyse
<b>Eignung, Wirksamkeit, Qualität, Umsetzbarkeit der Massnahmen, Instrumente und Ansätze, Kosten-Nutzen-Analysen</b>	eignung, wirksamkeit, wirkung*, qualitaet, umsetzung, evaluation, folgen, nutzen, kosten	efficac*, effett*, qualità, costi*, benefici*, consequenz*	evaluation OR efficacy OR effectiveness OR effect OR harm OR cost OR benefit OR practicability OR feasibility OR consequence*	efficacité, effet, praticabilité, faisabilité, conséquence
<b>In der Schweiz eingesetzte Instrumente/Massnahmen</b>	schweiz*	svizzer*, elvetic*	switzerland, swiss	suisse
<b>Befragung von/Interaktion mit Kindern</b>	„befragung von kindern“, interview, „interaktion mit kindern“, kinderbefragung	„consultazione dei bambini“	“child interview”, “child questioning”, “interaction with children”, “interaction with families”	“enquête des enfants”, “interrogation des enfants”, “interaction avec les enfants”, “interaction avec famille”

## 6.2 Beschriebene Instrumente

Die im Rahmen der Literaturanalyse detaillierter beschriebenen Instrumente (vgl. Kap. 3.1) sind in folgenden Quellen beschrieben und unter folgenden Links online abrufbar:

### 1. Childhood Trauma Questionnaire – Short Form

Quellen:

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U. et al. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie: Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 60(11), 442-450.

Link zum Instrument: [http://www.dgkjp-kongress.de/fileadmin/DGKJP\\_2017/CTQ.pdf](http://www.dgkjp-kongress.de/fileadmin/DGKJP_2017/CTQ.pdf)

### 2. ICAST Screening-Tools: ICAST-C, ICAST-P, ICAST-R

Quellen:

Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Andrevia-Miller, I., Choo, W. Y., Dunne, S. K. et al. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse & Neglect*, 33, 815-825.

Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B. et al. (2009). The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent version (ICAST-P). *Child Abuse & Neglect*, 33, 826-832.

Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Peters, H. R., Ramirez, C. et al. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse & Neglect*, 33, 833-841.

Link zum Instrument: <https://www.ispcan.org/learn/icast-abuse-screening-tools/>

### 3. Structured-Decision-Making Model (SDM) – Risk Assessment Tool

Quelle: Children's Research Center. (Hg.). (2012). *Structured Decision Making – Policy and Procedures Manual*. Madison: National Council on Crime and Delinquency.

Link zum Instrument: [http://www.nccdglobal.org/sites/default/files/publication\\_pdf/2008\\_sdm\\_book.pdf](http://www.nccdglobal.org/sites/default/files/publication_pdf/2008_sdm_book.pdf)

### 4. Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)

Quellen:

Gerth, J., Rossegger, A., Urbaniok, F. & Endrass, J. (2014): Das Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) – Validität und autorisierte deutsche Übersetzung eines Screening-Instruments für Risikobeurteilungen bei Intimpartnergewalt. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 82(11), 616-626.

Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Lang, C., Cormier, C. A. & Lines, K. J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment. *Psychological Assessment*, 16(3), 267-275.

Link zum Instrument: <http://www.knfp.ch/de/risk-assessment-instrumente/odara.html>

## 6.3 Verwendete Befragungsinstrumente

### 6.3.1 Leitfaden qualitative Experteninterviews

#### 1. Erfahrungen aus der Praxis im Bereich Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt)

- Welche Erfahrungen (Praxis) bzw. Beobachtungen (Forschung/Prävention) haben Sie mit Instrumenten/Verfahren zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung (inkl. häuslicher Gewalt) gemacht?
- Wie lassen sich diese Instrumente und Verfahren beschreiben?
  - Typ bzw. Name des Instrumentes/Verfahrens, Inhalt, Struktur und Form, Modus (schriftlich, mündlich etc.)
  - Anwender(innen)
  - Adressat(inn)en des Instrumentes/Verfahrens
  - Setting: Wer setzt das Instrument/Verfahren unter welchen Bedingungen wann ein?
    - Vorgehen bei Verdacht (u. a. Meldepflichten?)
    - Standards und Prozedere innerhalb der Institution wie auch auf interinstitutioneller Ebene (Kooperationen etc.)
    - Reaktion gegenüber beteiligten Personen: mutmassliche Täter(innen), mutmassliche Opfer (direkte/indirekte Opfer, insbesondere Kinder)
- Bewertung: Stärken und Schwächen des Instruments/Verfahrens
- Vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen/Ihres Kenntnisstandes: Können Sie mir ein Instrument bzw. Verfahren zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt) nennen, das Sie besonders empfehlen würden? (Charakteristika Instrument/Verfahren und Prozeduren)
- Gibt es Instrumente und standardisierte Verfahren von deren Einsatz Sie abraten würden? (allgemeine Charakteristika Instrumente/Verfahren und Prozeduren) Weshalb würden Sie davon abraten?
- *Falls noch nicht beantwortet:* Erfahrung mit Instrumenten/Verfahren mit Adressat „Kind“

#### 2. Generalisierungen: Allgemeine Beurteilung von standardisierten Instrumenten im Vergleich mit unstandardisierten oder klinischen Interviews

- Wie schätzen sie die Vor- und Nachteile von standardisierten Instrumenten im Vergleich zu unstandardisierten oder klinischen Interviews ein?
- Und unabhängig vom Vergleich mit klinischen Interviews: Welche allgemeinen Vor- und Nachteile sehen Sie?
- Welche allgemeinen Anforderungen sind an standardisierte Instrumente zur Früherkennung zu stellen hinsichtlich:
  - Inhalt
  - Struktur und Form
  - Anwender(innen)
  - Adressat(inn)en
  - Modus
- Wie sollten sie verwendet werden (Verfahren)?
  - Setting
  - Vorgehen bei Verdacht (u. a. Meldepflichten?)
  - Standards und Prozedere innerhalb der Institution wie auch auf interinstitutioneller Ebene (Kooperationen etc.)
  - Reaktion gegenüber beteiligten Personen – sowohl mutmassliche Täter(innen) als auch mutmassliche Opfer (direkte/indirekte Opfer, insbesondere Kinder)

### 3. Zur Verwendung der Instrumente/Verfahren im jeweiligen Land

#### 3.1 Expert(inn)en ausserhalb der Schweiz

- Gibt es Instrumente/Protokolle/Prozedere o. Ä., die im jeweiligen Land etabliert sind? (Beschreibung gemäss Raster unter Frage 2) Welche Differenzen stellen Sie hier im Vergleich zu anderen Ländern fest?
- In welcher Form und auf welcher Ebene (national, regional, einzelne Institutionen) sind diese verankert?
- Wenn Experte/Expertin dazu Auskunft geben kann: Wissen Sie, ob das entsprechende Instrument/die entsprechenden Instrumente bereits evaluiert wurden? Wenn ja, wie ist das Resultat ausgefallen (inkl. Schaden und Nutzen)?

#### 3.2 Expert(inn)en in der Schweiz

- Welche Instrumente/Protokolle sehen Sie in der Schweiz für Ihren Bereich (oder darüber hinaus) als etabliert an? Welche Differenzen stellen Sie diesbezüglich gegenüber dem Ausland fest? (Beschreibung der Instrumente gemäss Raster unter Frage 2)
- Wie beurteilen Sie aus Ihrer Perspektive den Stand bezüglich der Umsetzung von Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt) in der schweizerischen Praxis?
- Wenn Experte/Expertin dazu Auskunft geben kann: Wissen Sie, ob das entsprechende Instrument/die entsprechenden Instrumente bereits evaluiert wurden? Wenn ja, wie ist das Resultat ausgefallen (inkl. Schaden und Nutzen)?

#### 3.3 Alle Expert(inn)en

Ausgehend von Ihrem Kenntnisstand und Ihren zuvor gemachten Ausführungen: Was möchten Sie zum einen bezüglich der Einführung von Früherkennungsinstrumenten/-verfahren zusammenfassend hervorheben? Und was möchten Sie zum anderen abschliessend zur Praxis der Anwendung anmerken/betonen?

- Allgemeine Herausforderungen
- Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung

#### 4. Expert(inn)en in der Schweiz: Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf

Besteht aus Ihrer Sicht ein Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmassnahmen für Fachpersonen im Gesundheitsbereich in der Schweiz zu folgenden Themen:

- Kindeswohlgefährdungen allgemein, Kindeswohlgefährdungen im Kontext häuslicher Gewalt?
- Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt)?
- Umgang mit einem Verdacht (in der Interaktion mit den Beteiligten, in Bezug auf das weitere Verfahren [Melderechte/-pflichten, Anlaufstellen etc.]?)

#### 5. Forschungsbedarf

Besteht aus Ihrer Sicht zum Thema Früherkennungsmassnahmen von Kindeswohlgefährdungen (inkl. häuslicher Gewalt) ein Forschungsbedarf?

Wenn ja, in Bezug auf welchen Aspekt?

#### 6. Policy-Empfehlungen

Welche Empfehlungen würden Sie zu folgenden Themen geben:

- Einsatz von Früherkennungsinstrumenten (Beschreibung Instrumente und Verfahren)?
- Institutionalisierung des Einsatzes (institutionelle und rechtliche Verankerung)?
- Vor dem Hintergrund des bisher Gesagten: Sollten derartige Instrumente universell oder nur bei Verdacht eingesetzt werden?  
Vor- und Nachteile dieser beiden Varianten?  
Welche potentiellen nicht-intendierten Folgen („Schäden“) und welchen Nutzen sehen Sie in den beiden Varianten?



Sehen Sie einen Bedarf an Richtlinien? Wenn ja, von welcher Seite (Staat, Fachgesellschaften, Institutionen)?

### 6.3.2 Leitfaden halbstandardisierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen

#### 1. Einleitung

- Vorstellen der eigenen Person
- Frage, ob Schreiben des BSV erhalten – wenn nicht erhalten, Aufklärung über Studie
- Informationen zur Auswahl der Studienteilnehmer(innen), zum Umgang mit den Daten (Anonymisierung, Auswertung zu wissenschaftlichen Zwecken) und zur Dauer der Befragung
- Frage nach Teilnahmebereitschaft – wenn ausgewählte Person nicht teilnehmen will, Frage nach Gründen für Nicht-Teilnahme

#### 1.1 Einverständnis Aufzeichnung des Gesprächs

- Hintergrund für Aufnahmen, Erlaubnis zur Aufnahme

[Diese Antwortvorgaben nicht vorlesen]

Ja [=> Notizen zu den Antworten während des Gesprächs, um sicherzustellen, dass alles angesprochen worden ist; nach Abschluss des Gesprächs jeweils eine kurze Zusammenfassung bei den offenen Fragen erstellen]

Nein [=> keine Aufnahme, parallele Dokumentation der Antworten im Fragebogenformular]

#### 1.2 Definition zentraler Begriffe

Für einige Begriffe, die zentral sind für unsere Studie, gibt es verschiedene Definitionen => Erinnerung an Beilage BSV-Schreiben mit Definitionen; erinnert sich befragte Person an diese Definitionen? Für den Fall, dass Begriffe nicht klar sind:

Aufforderung, dass sie während des Gesprächs nachfragen sollen, wenn ein Begriff nicht klar ist (siehe Anhang).

Zentral ist, dass in unserer Studie unter die Kategorie „**Kind**“ ungeborene Kinder sowie Personen bis unter 18 Jahren fallen.

Wir beziehen uns ausserdem auf ein breites Begriffsverständnis **innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder** – uns geht es nicht allein um körperliche oder sexuelle Gewalt gegen Kinder, sondern auch um Vernachlässigung und die psychische Misshandlung eines Kindes, insbesondere auch dadurch dass dieses Zeuge von elterlicher Paargewalt wird.

Unter **Massnahmen zur Früherkennung** verstehen wir hier zudem nicht allein standardisierte Verfahren wie Fragebögen, sondern auch unstandardisierte oder klinische Interviews oder informelle Massnahmen, die Sie z. B. vor dem Hintergrund Ihrer beruflichen Erfahrung entwickelt haben bzw. die sich aus der alltäglichen Praxis heraus entwickelt haben.

Unter einem **generellen Screening** verstehen wir dabei Früherkennungsmassnahmen, die bei allen Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten eingesetzt werden, unabhängig davon, ob man als Fachperson den Verdacht hat, dass die Person von innerfamiliärer Gewalt betroffen ist oder nicht.

#### 1.3 Anwendung von Früherkennungsmassnahmen

Zunächst geht es uns um Massnahmen, mit denen man herausfinden kann, ob es innerhalb einer Familie zu Gewalt kommt, also körperliche, sexuelle, psychische Gewalt oder Vernachlässigung. Unsere Frage hierzu lautet:

Verwenden Sie in ihrer täglichen Praxis Massnahmen zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt auch wenn Sie in diesem Fall keinen konkreten Verdacht haben, das heisst im Sinne eines generellen Screenings?

Wenn ja (generelles Screening):	Wenn nein (verdachtinduziert):
<p><b>1.3.1.1 Können Sie mir bitte beschreiben, wie Sie dabei vorgehen?</b></p> <p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung der Beschreibung des Vorgehens nach Abschluss des Interviews</i>]</p> <p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Während des Gesprächs bitte prüfen, ob zu allen der folgenden Aspekte etwas gesagt worden ist</i>]</p>	<p><b>1.3.1.1 Wenn Sie den Verdacht haben, dass es in einer Familie zu Gewalt kommt: Was machen Sie um diesen Verdacht zu erhärten?</b> [Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung der Beschreibung des Vorgehens nach Abschluss des Interviews]</p> <p>[Während des Gesprächs bitte prüfen, ob zu allen der folgenden Aspekte etwas gesagt worden ist]</p> <p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Wenn keine Massnahmen zur Erhärtung des Verdachts ergriffen werden =&gt; weiter mit Frage 1.3.1.3b</i>]</p>

**Die Beschreibungen sollten Informationen zu folgenden Aspekten beinhalten:**

- Einsatz standardisierter Instrumente
- Sind weitere Angestellte beteiligt (z. B. medizinische Praxisassistent[inn]en)?
- In welcher Form wird das Verfahren durchgeführt? Z. B. Selbstbeurteilungsinstrument (ausgefüllt in der Praxis durch Patient[inn]en, Papierbogen), Selbstbeurteilungsinstrument (ausgefüllt in der Praxis durch Patient[inn]en am Computer), Fremdbeurteilungsinstrument (standardisiert), unstandardisiertes oder klinisches Interview
- Wer befragt?
- Wer wird befragt?
- Auf wem der Beteiligten liegt die Aufmerksamkeit der befragten Person schwerpunktmässig?
- Dokumentation
- Welche Informationen werden abgefragt/was wird gefragt? Worauf wird geachtet?
- Wie gestalten Sie das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten bzw. mit den Kindern? (Befragungstechniken, Befragungsetting) Wird auf bestimmte Formulierungen geachtet (z. B. keine Suggestivfragen)? Aufbau des Gesprächs (wonach wird bspw. zuerst gefragt?) Gespräch nur alleine mit Patient(in) (in Abwesenheit von Angehörigen/Begleitpersonen)? usw.

**1.3.1.2 Verwenden Sie das beschriebene Verfahren auch mit Blick auf Kinder, die Zeugen von elterlicher Paargewalt geworden sind?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein: Verwenden Sie in diesen Fällen eine andere Früherkennungsmassnahme?
<p>[Anweisung an Interviewer(innen): =&gt; <i>weiter mit Frage 1.3.1.3</i>]</p>	<p><input type="checkbox"/> nein – Gibt es einen Grund, warum Sie bei dieser Gruppe keine Früherkennungsmassnahme durchführen?</p> <p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Interviews</i>]</p> <p><input type="checkbox"/> ja – Können Sie mir dieses ebenfalls kurz beschreiben?</p>

	<p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Interviews</i>]</p> <p>[Anweisung an Interviewer(innen): <i>Während des Gesprächs bitte prüfen, ob zu allen der folgenden Aspekte etwas gesagt worden ist</i>]</p>
--	---

**Die Beschreibungen sollten Informationen zu folgenden Aspekten beinhalten:**

- Einsatz standardisierter Instrumente
- Sind weitere Angestellte beteiligt (z. B. medizinische Praxisassistent[inn]en)?
- In welcher Form wird das Verfahren durchgeführt? Z. B. Selbstbeurteilungsinstrument (ausgefüllt in der Praxis durch Patient[inn]en, Papierbogen), Selbstbeurteilungsinstrument (ausgefüllt in der Praxis durch Patient[inn]en am Computer), Fremdbeurteilungsinstrument (standardisiert), unstandardisiertes oder klinisches Interview
- Wer befragt?
- Wer wird befragt?
- Auf wem der Beteiligten liegt die Aufmerksamkeit der befragten Person schwerpunktmässig?
- Dokumentation
- Welche Informationen werden abgefragt/was wird gefragt? Worauf wird geachtet?
- Wie gestalten Sie das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten bzw. mit den Kindern? (Befragungstechniken, Befragungssetting) Wird auf bestimmte Formulierungen geachtet (z. B. keine Suggestivfragen)? Aufbau des Gesprächs (wonach wird bspw. zuerst gefragt?) Gespräch nur alleine mit Patient(in) (in Abwesenheit von Angehörigen/Begleitpersonen)? usw.

[Anweisung an Interviewer(innen): *Im Folgenden ist zu unterscheiden, ob ein generelles Screening (=> 1.3.1.3 a) oder ein verdachtinduziertes Verfahren (=> 1.3.1.3 b) durchgeführt/angewendet wird oder keines von beiden (=> 1.3.1.3 b)*]

**1.3.1.3 a) Aus welchen Gründen haben Sie sich für dieses Verfahren/diese Vorgehensweise [Anweisung an Interviewer(innen): *evtl. die Vorgehensweise kurz zusammenfassend nachzeichnen*] entschieden?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Interviews*]

*trifft nicht zu, weder generelles Screening noch verdachtinduziertes Verfahren laut Frage 1.3.1 => weiter mit Frage 1.3.1.3 b*

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sollten keine Angaben zum angenommenen Nutzen und/oder Schaden von Früherkennungsmassnahmen gesagt werden => explizit Nachfragen:]*

**(1) Was meinen Sie, welchen Nutzen können Früherkennungsmassnahmen haben?**

**(2) und welchen Schaden könnten entsprechende Massnahmen Ihrer Meinung nach anrichten?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Bei verdachtinduziertem Vorgehen: Sollten keine Angaben zu Gründen für den Verzicht auf ein generelles Screening gemacht worden sein, dann explizit danach fragen:]*

**(3) Aus welchen Gründen verzichten Sie auf ein generelles Screening zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt, das bei allen Patientinnen und Patienten eingesetzt wird – also unabhängig davon, ob ein Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt besteht?**

[Anweisung an Interviewer(innen): Für den Fall, dass weder ein generelles Screening noch ein verdachtinduziertes Verfahren durchgeführt/angewendet wird, ansonsten => weiter mit Frage 1.3.1.4:]

**1.3.1.3 b) Aus welchen Gründen verzichten Sie auf ein Verfahren zur Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt?**

[Auszufüllen durch Interviewer(in):  trifft nicht zu, generelles Screening oder verdachtinduziertes Verfahren laut Frage 1.3.1 => weiter mit Frage 1.3.1.4]

[Anweisung an Interviewer(innen): Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Interviews]

[Anweisung an Interviewer(innen): Sollten keine Angaben zum angenommenen Nutzen und/oder Schaden von Früherkennungsmassnahmen gesagt werden => explizit Nachfragen:]

**(1) Was meinen Sie, welchen Nutzen können Früherkennungsmassnahmen haben?**

**(2) und welchen Schaden könnten entsprechende Massnahmen Ihrer Meinung nach anrichten?**

[Anweisung an Interviewer(innen): => weiter mit Frage 1.3.1.6]

[Anweisung an Interviewer(innen): Sofern ein generelles Screening oder ein verdachtinduziertes Verfahren durchgeführt/angewendet wird:]

**1.3.1.4 a) Was schätzen Sie: Wie häufig haben Sie dieses Verfahren in den letzten drei Monaten eingesetzt (oder alternativ: Wie häufig sind Sie in den letzten drei Monaten in dieser Weise [Anweisung an Interviewer(innen): Vorgehen kurz zusammenfassend nachzeichnen] vorgegangen)?**

Ca. \_\_\_\_\_-mal in den letzten 3 Monaten.

[Anweisung an Interviewer(innen): Sollte befragte Person ein gesondertes Verfahren mit Blick auf Kinder als Zeugen von Paargewalt anwenden:]

**b) Was schätzen Sie: Wie häufig haben Sie das Verfahren bezüglich Kinder als Zeugen von Paargewalt in den letzten drei Monaten eingesetzt?**

Ca. \_\_\_\_\_-mal in den letzten 3 Monaten.

**1.3.1.5 a) Was schätzen Sie: Wie viele Minuten dauert die Durchführung der von Ihnen beschriebenen Massnahme durchschnittlich?**

Ca. \_\_\_\_\_ Minuten.

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sollte befragte Person ein gesondertes Verfahren mit Blick auf Kinder als Zeugen von Paargewalt anwenden:*]

**b) Was schätzen Sie: Wie viele Minuten dauert die Durchführung des von Ihnen beschriebenen Verfahrens bezüglich Kinder als Zeugen von Gewalt zwischen den Eltern?**

Ca. \_\_\_\_\_ Minuten.

[Anweisung an Interviewer(innen): *Wenn ein Verfahren verwendet wird, das nicht publiziert ist – ansonsten weiter mit Frage 1.3.2*]

**1.3.1.6 Ein Ziel des Projektes ist die Beschreibung existierender Früherkennungsmassnahmen, auch solcher, die nicht publiziert worden sind. Deshalb wäre es für uns interessant zu wissen, ob es Unterlagen zu dem von Ihnen skizzierten Vorgehen gibt?**

nein, keine Unterlagen [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit Frage 1.3.2*]

ja

***Wenn ja: Wäre es möglich, dass Sie uns diese Unterlagen für das Projekt zur Verfügung stellen?***

nein

ja => Vielen Dank! Gerne lassen wir Ihnen für den Versand der Unterlagen ein frankiertes und adressiertes Couvert zukommen. [Anweisung an Interviewer(innen): *Bitte auf Deckblatt notieren, dass befragte Person Couvert erhalten soll!*]

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sollte die befragte Person die Unterlagen mailen wollen – bitte an: E-Mail-Adresse*]

**1.3.1.7 Bei einer Patientin oder einem Patienten: Was weckt bei Ihnen den Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Interviews*]

**1.3.2 Umgang mit Informationen/weiteres Vorgehen**

Bisher ging es um Massnahmen zur Identifikation von potentiellen Opfern innerfamiliärer Gewalt. Nun geht es uns darum, was Sie machen, wenn Sie zu dem Schluss gelangt sind, dass es in der Familie zu Gewalt kommt.

**1.3.2.1 Gibt es für Ihre Praxis/Klinik/Spital/Beratungsstelle Vorgaben, wie vorzugehen ist, wenn Sie der Ansicht sind, dass es innerhalb der Familie zu Gewalt kommt?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Antwort der befragten Person hier festhalten*]

Nein, es gibt keine Vorgaben, jede bzw. jeder entscheidet im Einzelfall, wie vorgegangen wird. [=> *weiter mit Frage 1.3.2.3*]

Ja, es gibt eine Anleitung, diese ist aber nicht verbindlich.

Ja, es gibt verbindliche Vorgaben, wie im Falle des Verdachts auf innerfamiliäre Gewalt vorzugehen ist.

[Anweisung an Interviewer(innen): *Falls Frage mit „ja“ beantwortet wurde: Liegen diese Vorgaben in schriftlicher Form vor?*]

Wenn ja => Wäre es möglich, dass Sie uns diese Unterlagen für das Projekt zur Verfügung stellen?

=> wenn ja: Vielen Dank! [*Wenn noch nicht unter 1.3.1.6 angesprochen:*] Gerne lassen wir Ihnen für den Versand der Unterlagen ein frankiertes und adressiertes Couvert zukommen. [*Bitte auf Deckblatt notieren, dass befragte Person Couvert erhalten soll!*] [*Sollte die befragte Person die Unterlagen mailen wollen – bitte an: E-Mail-Adresse*]

**1.3.2.2 Falls es Vorgaben gibt: Haben Sie bzw. Ihre Einrichtung diese Vorgaben selbst entwickelt oder haben Sie auf entsprechende Empfehlungen/Leitfäden zurückgegriffen?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Antworten der befragten Person hier festhalten*]

- Vorgaben wurden von uns selbst entwickelt.
- Wir haben uns an folgende Empfehlungen/Leitfäden angelehnt [Anweisung an Interviewer(innen): => *Bitte, Autor/Autorin zu nennen und möglichst den Titel*]:
- Wir haben die folgenden Empfehlungen/Leitfäden übernommen [Anweisung an Interviewer(innen): => *Bitte, Autor/Autorin zu nennen und möglichst den Titel*]:

**1.3.2.3 a) Wie gehen Sie im Falle eines Verdachts auf innerfamiliäre Gewalt konkret vor?** [Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach dem Gespräch, dabei auch die Reihenfolge der genannten Schritte berücksichtigen*]

[Anweisung an Interviewer(innen): *Zu folgenden Themen sollte etwas gesagt werden: **Dokumentation, Sicherheitsplan für vermeintliche Opfer, Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen/Fachpersonen***]

**b) Wenn Sie den Verdacht haben, dass Kinder Zeugen von Gewalt zwischen den Eltern werden, gehen Sie in diesen Fällen ebenfalls auf die beschriebene Weise vor?**

- ja [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit Frage 2.1*]
- nein: Wie gehen Sie in diesen Fällen weiter vor?

[Anweisung an Interviewer(innen): *Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach dem Gespräch, dabei auch die Reihenfolge der genannten Schritte berücksichtigen*]

[Anweisung an Interviewer(innen): *Zu folgenden Themen sollte etwas gesagt werden: **Dokumentation, Sicherheitsplan für vermeintliche Opfer, Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen/Fachpersonen***]

**2. Empfehlungen**

**2.1 Vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen: Würden Sie grundsätzlich die schweizweite Einführung von Früherkennungsmassnahmen im Gesundheitsbereich befürworten?**

- Nein – Aus welchen Gründen würden Sie dies nicht befürworten? [Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach dem Gespräch*]

[Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit Frage 3*]

- Ja – Aus welchen Gründen würden Sie dies befürworten? [Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach dem Gespräch*]

**Wenn ja:**

**a) Sollte ein generelles Screening eingeführt werden, bei dem alle Patientinnen und Patienten nach Gewalterfahrungen befragt werden, oder ein verdachtsinduziertes Verfahren, dass nur eingesetzt wird, wenn Sie als Fachperson den Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt haben?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Antworten der befragten Person hier festhalten*]

- Generelles Screening
- Verdachtsinduziertes Verfahren
- Oder sagen Sie, Sie können oder wollen sich nicht festlegen? Aus welchen Gründen? [Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurz das Gesagte nach dem Gespräch zusammenfassen*]

**b) In welcher Form sollte die Massnahme erfolgen?**

Sollte es sich um

**(i)**

- einen standardisierten Selbstbeurteilungsbogen handeln [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit (ii)*],
- einen standardisierten Fremdbeurteilungsbogen, ausgefüllt von der Fachperson [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit (ii)*],
- ein unstandardisiertes oder klinisches Interview oder [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit c)*]
- ein Verfahren in anderer Form handeln? Wenn ja, in welcher Form sollte die Früherkennung erfolgen? [Anweisung an Interviewer(innen): => *weiter mit c)*]

**(ii) [Anweisung an Interviewer(innen): *Wenn standardisierte Beurteilungsbögen:*] Sollte der Beurteilungsbogen in**

- Papierform oder
- am Computer ausgefüllt werden?

**c) Welche Institution (Behörde, Fachgesellschaft o. Ä.) sollte diese Massnahme vorgeben?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Bei Nachfrage Beispiele nennen: zum Beispiel die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES), der Bund*]

**3. Weitere sozio-demographische Merkmale**

**Abschliessend würde ich Ihnen gerne noch wenige Fragen zu Ihrer Person stellen:**

**3.1 Wie alt sind Sie?** \_\_\_\_\_ Jahre

**3.2 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf? Seit \_\_\_\_\_ Jahren**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Wenn wir diese Information nicht haben:*]

**3.3 Sind Sie angestellt und/oder selbständig tätig? [Mehrfachantworten möglich]**

niedergelassen/selbstständig

[Anweisung an Interviewer(innen): *Wenn die befragte Person angestellt ist und keine MPA oder Mütter-Väter-Beraterin:*] *Sind Sie in einer Praxis und/oder in einer Klinik angestellt?*

angestellt (Praxis)

angestellt (Klinik)

**4. Anmerkungen**

**Vielen Dank, ich bin am Ende unserer Fragen zum Thema Früherkennung innerfamiliärer Gewalt angekommen. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas zum Thema, das Sie noch ergänzen möchten?**

[Anweisung an Interviewer(innen): *Sofern Aufnahme erlaubt: Kurze Zusammenfassung des Gesagten nach Abschluss des Gesprächs*]

Keine Anmerkungen

Dank und Hinweis auf Publikation der Studienergebnisse in 2018

Verabschiedung

**5. Anhang**

Unter die Kategorie „**Kind**“ fallen im Rahmen der Studie ungeborene Kinder sowie Personen bis unter 18 Jahren.

**Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder** meint hier körperliche oder sexuelle Gewalt gegen Kinder durch Familienangehörige, Vernachlässigung sowie psychische Kindesmisshandlung, insbesondere durch das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern. Eine seltene Form der Kindesmisshandlung stellt darüber hinaus das sog. Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom dar, bei dem ein Elternteil Krankheitssymptome beim Kind erfindet oder selbst herbeiführt. Dies führt zu unnötigen medizinischen Untersuchungen und Eingriffen beim Kind.

Mit „**Früherkennung**“ ist im Folgenden das möglichst frühzeitige Erkennen von Kindeswohlgefährdungen gemeint.

Unter **Massnahmen zur Früherkennung** verstehen wir nicht allein standardisierte Verfahren wie Fragebögen, sondern auch unstandardisierte oder klinische Interviews oder informelle Massnahmen, die Sie z. B. vor dem Hintergrund Ihrer beruflichen Erfahrung entwickelt haben bzw. die sich aus der alltäglichen Praxis heraus entwickelt haben.

Unter einem **generellen Screening** verstehen wir dabei Früherkennungsmassnahmen, die bei allen Patient(inn)en bzw. Klient(inn)en eingesetzt werden, unabhängig davon, ob Sie als Fachperson den Verdacht haben, dass die Person von innerfamiliärer Gewalt betroffen ist oder nicht.



**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe  
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série  
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti  
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series  
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**