

Tabea Berger

Medizinische Behandlungen bei Pflegekindern



Mit Fokus auf deren
Partizipation

Tabea Berger

Medizinische Behandlungen bei Pflegekindern

Mit Fokus auf deren Partizipation

CHRONOS

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung
der wissenschaftlichen Forschung

Dissertation der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich zur
Erlangung der Würde einer Doktorin der Rechtswissenschaft genehmigt auf Antrag
von Prof. Dr. Margot Michel und Prof. Dr. Yvo Biderbost

Die Rechtswissenschaftliche Fakultät gestattet hierdurch die Drucklegung
der vorliegenden Dissertation, ohne damit zu den darin ausgesprochenen
Anschauungen Stellung zu nehmen.

Zürich, den 2. 7. 2025

Der Dekan: Prof. Dr. Thomas Gächter



Der Chronos Verlag wird vom Bundesamt für Kultur
für die Jahre 2026–2028 mit einem Strukturbeitrag unterstützt.

Umschlagbild: iStock.com/PeopleImages

© 2026 Chronos Verlag, Zürich

ISBN 978-3-0340-1835-7

E-Book (PDF): <https://doi.org/10.33057/chronos.1835>

Chronos Verlag

Zeltweg 27

CH-8032 Zürich

www.chronos-verlag.ch

info@chronos-verlag.ch

Produktsicherheit:

Verantwortliche Person gemäss EU-Verordnung 2023/988 (GPSR)

GVA Gemeinsame Verlagsauslieferung Göttingen GmbH & Co. KG

Postfach 2021

37010 Göttingen

Deutschland

T +49 551 384 200 0

info@gva-verlag.de

Für Kleo und Niklas

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist während meiner Zeit als wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl für Privatrecht, Rechtsvergleichung, Tierschutzrecht und Rechtsphilosophie von Prof. Dr. iur. Margot Michel entstanden. Ihr möchte ich herzlichst für die Betreuung, das mir entgegengebrachte Vertrauen und die mir bei der Erstellung dieser Arbeit gewährte Freiheit danken. Unsere fachlichen Diskussionen haben die vorliegende Untersuchung um wertvolle Gedanken ergänzt. Auch in persönlicher Hinsicht haben die vielen Gespräche meine Assistenzzeit bereichert und in mir die Freude an der wissenschaftlichen Tätigkeit geweckt. Herzlichen Dank gebührt auch Prof. (tit.) Dr. iur. Yvo Biderbost für das Interesse an meiner Arbeit, die zahlreichen wertvollen Hinweise und die kritischen Rückmeldungen. Sie haben massgeblich zur Weiterentwicklung dieser Dissertation beigetragen und mir neue Perspektiven eröffnet.

Sodann möchte ich mich bei der Doktoratskommission des Doktoratsprogramms Biomedical Ethics and Law bedanken, die mich in dieses spannende und lehrreiche Programm aufgenommen und meinem Forschungsvorhaben vertraut hat. Besonderer Dank gebührt auch dem gesamten Team des Lehrstuhls, dessen Kollegialität und Hilfsbereitschaft meinen Arbeitsalltag bereichert haben, insbesondere danke ich MLaw Carole Bruttin für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts. Herzlich möchte ich mich auch bei meinen Mitdotorandinnen MLaw Ariana Aebi und MLaw Julia Tiefenbacher bedanken. Sie teilen mit mir das Interesse für Medizinrecht und unsere interessanten und lebhaften Gespräche haben mich immer wieder neu motiviert.

Ferner möchte ich allen Personen aus der behördlichen und medizinischen Praxis danken, die mit ihren eindrucksvollen Einblicken und praktischen Erfahrungen einen wichtigen Beitrag zu meiner Forschung geleistet und mir einen Austausch über die Fachgrenzen hinaus ermöglicht haben. Mein besonderer Dank gilt der Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. med. Oskar Jenni. Die wertvollen fachlichen Inputs bei der Entwicklung der Empfehlungen zur bestmöglichen Gesundheitsversorgung von Pflegekindern haben meine Dissertation massgeblich bereichert. Die Empfehlungen sollen das Bewusstsein für die besonderen gesundheitlichen Ansprüche von Pflegekindern stärken und dienen als Orientierungsrahmen für die beteiligten Personen und Stellen. Dadurch soll die Gesundheitsversorgung ab Beginn der ausserfamiliären Unterbringung hindernisfrei und zum Wohlbefinden der Pflegekinder umgesetzt werden.*

* Die Empfehlungen, das ergänzende Argumentarium und die Leitfäden für Eltern respektive Grundversorger*innen sind erhältlich unter www.paediatrieschweiz.ch/fremdplatzierte-kinder.

Schliesslich gilt mein grösster und herzlichster Dank meiner Familie und meinen Freund*innen, die mich auf meinem Weg begleitet und an mich geglaubt haben. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Während meiner bisherigen juristischen Berufstätigkeit bin ich zahlreichen Personen begegnet, die sich für Pflegekinder einsetzen. Ihnen soll diese Arbeit gewidmet sein.

Tabea Berger

Boswil, im Juni 2025

Inhaltsübersicht

Vorwort	VII
Inhaltsübersicht	IX
Inhaltsverzeichnis	X
Literaturverzeichnis	XV
Kommentarverzeichnis	XXXIV
Verzeichnis der Materialien und Dokumente	XXXV
Abkürzungsverzeichnis	XL
Einleitung	1
A. Ausgangslage	1
B. Geschichte des Pflegekinderwesens	3
C. Begriffe	6
I. Rechtsgrundlagen	9
A. Schweizerisches Recht	9
B. Internationales Recht	35
II. Pflegeverhältnisse	43
A. Kindeswohl und dessen Gefährdung	43
B. Fälle der ausserfamiliären Unterbringung	46
C. Möglichkeiten der ausserfamiliären Unterbringung	52
III. Partizipationsrechte der Pflegekinder	59
A. Partizipation und Information	59
B. Recht auf Mitsprache	65
C. Kindesvertretung	75
D. Vertrauensperson	83
E. Rechtsmittel	92
IV. Medizinische Behandlungen	99
A. Pflegekinder als Patient*innen	99
B. Rechte von Pflegekindern bei medizinischen Behandlungen	103
C. Entscheidungszuständigkeiten	121
D. Informationsflüsse	151
E. Impulse	162
Fazit	189
A. Zusammenfassung	189
B. Ausblick	191
Sachregister	195

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	VII
Inhaltsübersicht	IX
Inhaltsverzeichnis	X
Literaturverzeichnis	XV
Kommentarverzeichnis	XXXIV
Verzeichnis der Materialien und Dokumente	XXXV
Abkürzungsverzeichnis	XL
Einleitung	1
A. Ausgangslage	1
B. Geschichte des Pflegekinderwesens	3
C. Begriffe	6
I. Rechtsgrundlagen	9
A. Schweizerisches Recht	9
1. Zivilgesetzbuch	9
a. Bestimmung über den Aufenthalt des Kindes	9
b. Antrag der Eltern oder des Kindes auf Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts	12
c. Rücknahme des in der Pflegefamilie untergebrachten Kindes	13
d. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder einer psychiatrischen Klinik	14
e. Erziehungsbeistandschaft	15
f. Rechte und Pflichten der Herkunftseltern	16
g. Rechte und Pflichten der Pflegeeltern	18
h. Partizipation des Pflegekindes	22
2. Pflegekinderverordnung	23
a. Familien-, Tages- und Heimpflege	23
b. Bewilligung	23
c. Meldepflicht	26
d. Aufsicht	27
e. Partizipation des Pflegekindes	29
3. Weitere Rechtsgrundlagen	30
a. Pflegevertrag	30
b. Bundesverfassung	31
c. Kantonales Recht	33
d. Empfehlungen der SODK und der KOKES zur ausserfamiliären Unterbringung	34
B. Internationales Recht	35
1. Kinderrechtskonvention	35
a. Vorrangige Berücksichtigung des Kindeswohls	35
b. Partizipation des Pflegekindes	35
c. Gesundheitliche Versorgung des Kindes	37

2. Behindertenrechtskonvention	38
a. Menschen mit Behinderung	38
b. Kinder mit Behinderung	38
3. Biomedizinkonvention	39
4. Soft Law	40
a. Leitlinien des Europarates für eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung	40
b. Quality4Children	41
c. Europäische Charta für Kinder im Spital	41
II. Pflegeverhältnisse	43
A. Kindeswohl und dessen Gefährdung	43
1. Kindeswohl	43
2. Kindeswohlgefährdung	44
3. Kindeswille	46
B. Fälle der ausserfamiliären Unterbringung	46
1. Gefährdung des Kindes im Allgemeinen	46
2. Kinder psychisch kranker Eltern im Besonderen	48
3. Kinder mit Behinderung im Besonderen	52
C. Möglichkeiten der ausserfamiliären Unterbringung	52
1. Angemessene Unterbringung	52
2. Familienpflege	54
3. Heimpflege	55
4. Sonderformen	56
5. Familienplatzierungsorganisationen	56
III. Partizipationsrechte der Pflegekinder	59
A. Partizipation und Information	59
1. Partizipation als Konzept	59
2. Partizipationsbereiche	61
3. Partizipationsstufen	61
4. Information als Basis	63
B. Recht auf Mitsprache	65
1. Rechtslage	65
2. Praxis	70
3. Verbesserungsvorschläge	73
C. Kindesvertretung	75
1. Rechtslage	75
2. Praxis	80
3. Verbesserungsvorschläge	81
D. Vertrauensperson	83
1. Rechtslage	83
2. Praxis	86
3. Verbesserungsvorschläge	88

E. Rechtsmittel	92
1. Beschwerde auf kantonaler Ebene	92
2. Beschwerde in Zivilsachen auf Bundesebene	93
3. Zugang zu Rechtsmitteln	94
4. Ombudsstelle für Kinderrechte im Besonderen	95
IV. Medizinische Behandlungen	99
A. Pflegekinder als Patient*innen	99
B. Rechte von Pflegekindern bei medizinischen Behandlungen	103
1. Urteilsfähigkeit und höchstpersönliche Rechte	103
2. Kindeswohl und Kindesschutzmassnahmen	107
3. Persönlichkeitsrechte	115
4. Rechte nach der Kinderrechtskonvention	117
5. Rechte nach der Behindertenrechtskonvention	119
C. Entscheidungszuständigkeiten	121
1. Urteilsfähigkeit bei Pflegekindern als Patient*innen	121
2. Wille und Präferenzen	121
3. Urteilsunfähigkeit bei Pflegekindern als Patient*innen	123
a. Grundsatz der elterlichen Sorge	123
b. Vertretungsrecht der Pflegeeltern	126
c. Andere Vertretung	129
4. Ausgewählte medizinische Behandlungen	130
a. Impfungen	130
b. Heilversuche und Forschungsvorhaben	133
c. Genetische Untersuchungen	136
d. Spende regenerierbarer Gewebe und Zellen	138
e. Psychische Störungen und fürsorgliche Unterbringung	141
f. Reproduktive Autonomie	146
5. Notwendige Zusammenarbeit im interdisziplinären Kontext	148
D. Informationsflüsse	151
1. Notwendiger Informationsaustausch	151
2. Ärztliches Berufsgeheimnis	153
3. Pflicht der KESB zur Abklärung des Sachverhalts und zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte	155
4. Informationsrechte von weiteren Beteiligten	158
5. Schweigepflichtsentbindung	161
E. Impulse	162
1. Fallführung Gesundheitsversorgung	162
a. Problem	162
b. Prüfpflicht betreffend medizinische Versorgung	163
c. Errichtung respektive Erweiterung der Beistandschaft	165
d. Voraussetzungen und Aufgabenbereich	169
e. Weitere Aspekte	175

2. Kontinuität und Verbindlichkeit	178
a. Beziehungskontinuität	178
b. Behandlungskontinuität	181
c. Verbindlichkeit	186
Fazit	189
A. Zusammenfassung	189
B. Ausblick	191
Sachregister	195

Literaturverzeichnis

- ABRAHAM ANDREA *et al.*, Forschungs- und Quellenstand zu Fürsorge und Zwang im Adoptions- und Pflegekinderwesen, Wissenschaftlicher Bericht im Rahmen des NFP 76, Bern 2020 (zit. Forschungs- und Quellenstand).
- ABRAHAM ANDREA *et al.*, «Zaubersalbe» und «Bobo» am Herz: der Beitrag einer kindgerechten Kommunikation als Voraussetzung für die Partizipation kleiner Kinder im Spital, in: *undKinder* 2/2016, S. 65–76 (zit. Zaubersalbe).
- ADRIAN NANA *et al.*, Entstehung, Ausgestaltung und Konsequenzen von kantonalen Fremdplatzierungspolitiken, in: Barras Vincent/Jungo Alexandra/Sager Fritz (Hg.), *Diffuse Verantwortlichkeiten, Strukturen, Akteur:innen und Bewährungsproben*, Basel 2024, S. 123–149.
- AEBI-MÜLLER REGINA E. *et al.*, *Arztrecht*, 2. Aufl., Bern 2024.
- AEBI-MÜLLER REGINA E./OBERHOLZER LUCA, *Rechtsfragen der Palliative Care*, Luzern 2019.
- AEBI-MÜLLER REGINA E., Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegung, in: *Jusletter*, 22. September 2014 (zit. Patient).
- AEBI-MÜLLER REGINA E., Perpetuierte Selbstbestimmung? Einige vorläufige Gedanken zur Patientenverfügung nach neuem Recht, in: *ZBJV* 2/2013, S. 150–178 (zit. Selbstbestimmung).
- AEBY ZORAH *et al.*, *Careleaver «Infobroschüre»*, Basel 2020.
- AFFOLTER-FRINGELI KURT, Auskunftspflicht des Arztes gegenüber Beistand. Aus der Beratungspraxis der SVBB, in: *ZKE* 2/2018, S. 114–121 (zit. Auskunftspflicht).
- AFFOLTER-FRINGELI KURT, Rollen und Verantwortlichkeiten bei behördlicher Fremdunterbringung eines Kindes – Zur Aufgabenabgrenzung zwischen KESB, Pflegeplatzverantwortlichen, Erziehungsbeistand und kostenpflichtigem Gemeinwesen, in: Fankhauser Roland/Reusser Ruth E./Schwander Yvo (Hg.), *Brennpunkt Familienrecht. FS für Thomas Geiser zum 65. Geburtstag*, Zürich/St. Gallen 2017, S. 23–42 (zit. Rollen).
- AFFOLTER-FRINGELI KURT, Verfahrensgrundsätze, in: *KOKES* (Hg.), *Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2017, S. 156–187 (zit. Verfahrensgrundsätze).
- AFFOLTER-FRINGELI KURT, Informations-, Anhörungs- und Auskunftsrecht des nichtsorgeberechtigten Elters (Art. 275a ZGB), in: *ZVW* 6/2009, S. 380–389 (zit. Art. 275a ZGB).
- AKKAY GÜLCAN/REICHLIN BEAT/MÜLLER MEIKE, *Grund- und Menschenrechte im Kindes- und Erwachsenenschutz. Ein Leitfaden für die Praxis*, Luzern 2019.
- ALBERMANN KURT/MÜLLER BRIGITTE, Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, in: *Paediatrica* 4/2021, S. 29–35.
- ALBERMANN KURT, Betroffene Kinder brauchen besondere Unterstützung, in: *Pro Mente Sana Aktuell* 1/2014, S. 8.
- ALBERMANN KURT *et al.*, Das Thema zum Thema machen, in: *SAEZ* 42/2012, S. 1521–1526.
- ALTHOFF MONIKA/HILKE MAREN, *Kinderschutz in der Pflegekinderhilfe, Bedeutung und Herausforderungen für die Fremdpflege und Verwandtenpflege*, Münster/New York 2016.
- ANDERER KARIN, Verantwortlichkeit, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Recht und Methodik für Fachleute*, 3. Aufl., Bern 2022, S. 650–660 (zit. Verantwortlichkeit).

- ANDERER KARIN, Die revidierte Pflegekinderverordnung – wird der präventive Kinderschutz verbessert?, in: *FamPra.ch* 3/2014, S. 616–634 (zit. PAVO).
- ANDERER KARIN, Kinderschutzrechtliche Aspekte, in: *Pro Mente Sana Aktuell* 1/2014, S. 30 (zit. Aspekte).
- ANDERER KARIN, Kinder hüten ist nicht Kinder hüten oder: Warum hätte die Revision der Pflegekinderverordnung gelingen müssen?, in: Rosch Daniel/Wider Diana (Hg.), *Zwischen Schutz und Selbstbestimmung*, FS für Christoph Häfeli zum 70. Geburtstag, Bern 2013, S. 135–143 (zit. Kinder).
- ANDERER KARIN, Das Pflegegeld in der Dauerfamilienpflege und die sozialversicherungsrechtliche Rechtsstellung der Pflegeeltern, Diss. Luzern 2011, Zürich 2012 (zit. Pflegegeld).
- ARN MARISA *et al.*, Schlussbericht zum Projekt «Pflegekinder – next generation: Partizipation von Pflegekindern (PAP)», erstellt im Auftrag der Palatin Stiftung, Freiburg/St. Gallen 2023.
- ARNOLD CLAUDIA *et al.*, Pflegefamilien- und Heimplatzierungen. Eine empirische Studie über den Hilfeprozess und die Partizipation von Eltern und Kindern, Zürich/Chur 2008.
- BACHMANN CORA *et al.*, *Du und deine Familie. Ein Leitfaden, der erklärt, was du tun kannst und welche Rechte du hast, wenn du nicht bei deiner Familie leben kannst*, Genf 2021.
- BÄTTIG HANS, *Die Pflegekinderaufsicht im Bund und in den Kantonen*, Diss. Freiburg 1984, Zürich 1984.
- BEAL SARAH J./GREINER MARY V., Children in nonparental care: health and social risks, in: *Pediatr. Res.* 1/2016, S. 184–190.
- BERGER TABEA, Zeit für eine neue PAVO. Das Partizipationsrecht von Pflegekindern, in: Bukovac Jasmina/Hunkemöller Pia/Zubler Clio (Hg.), *Wie die Zeit vergeht*, APARIUZ XXV, Zürich 2024, S. 157–171.
- BERNARD STEFAN *et al.*, Strafrechtliche Aspekte, in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, Zürich 2016, S. 849–912.
- BERNHART CHRISTOF, *Handbuch der fürsorglichen Unterbringung*, Basel 2011.
- BIDERBOST YVO, KESB ante portas – ein Beitrag zu Melderechten und -pflichten im Kinderschutz, in: Eitel Paul/Graham-Siegenthaler Barbara (Hg.), *Aspekte rechtlicher Nähebeziehungen. Liber amicorum für Regina E. Aebi-Müller*, Zürich 2021, S. 25–58 (zit. KESB).
- BIDERBOST YVO, Die fürsorgliche Unterbringung von Minderjährigen, in: *FamPra.ch* 2/2019, S. 351–373 (zit. FU).
- BIDERBOST YVO/ZINGARO MARCO, Kinderschutzmassnahmen, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2017, S. 33–78 (zit. Kinderschutzmassnahmen).
- BIDERBOST YVO/ZINGARO MARCO, Rechtsstellung des Kindes, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2017, S. 252–262 (zit. Rechtsstellung).
- BIDERBOST YVO, *Massschneidern im Kindes- und Erwachsenenschutz – Haute Couture? Prêt-à-porter? Oder Masskonfektion?*, in: *Jusletter*, 31. März 2014 (zit. Massschneidern).
- BIDERBOST YVO, *Beistandschaft nach Mass – das revidierte Handwerkszeug des Erwachsenenschutzes*, in: *AJP* 1/2010, S. 3–13 (zit. Beistandschaft).
- BIDERBOST YVO, *Die Erziehungsbeistandschaft (Art. 308 ZGB)*, Diss. Freiburg 1996, Freiburg 1996 (zit. Erziehungsbeistandschaft).

- BIESEL KAY/URBAN-STAHN ULRIKE, Lehrbuch Kinderschutz, 2. Aufl., Weinheim/Basel 2022.
- BIRCHLER URSULA, Die fürsorgerische Unterbringung Minderjähriger, in: ZKE 3/2013, S. 141–157 (zit. FU).
- BIRCHLER URSULA, Die Frage des Zeitpunkts der Obhutsentziehung bei Kindern psychisch kranker Eltern. Die juristischen Voraussetzungen, in: ZVW 1/2002, S. 26–37 (zit. Frage).
- BISSIG LUTUMBA SARA, Partizipation zwischen Theorie und Praxis. Eine Einordnung aus Sicht der Subventionstätigkeit des Bundesamtes für Justiz, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 248–254.
- BLANDOW JÜRGEN/KÜFNER MARION, «Anders als die anderen ...». Die Großeltern- und Verwandtenpflege, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 742–781.
- BLÜLLE STEFAN, Kinder und Jugendliche platzieren – Ein Handlungsleitfaden für platzierungsbegleitende Fachpersonen, in: INTEGRAS (Hg.), Leitfaden Fremdplatzierung, Zürich 2013, S. 10–67.
- BLUM STEFAN *et al.*, Kindesvertretung. Konkret, partizipativ, transdisziplinär, Bielefeld 2022.
- BLUM STEFAN, Die Vertretung des Kindes im Besonderen (Art. 314a^{bis} ZGB), in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Zürich 2016, S. 764–772 (zit. Vertretung).
- BLUM STEFAN, Recht, in: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.), Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven, Zürich 2016, S. 161–199 (zit. Recht).
- BOÉCHAT HERVÉ, Die Vertrauensperson, erstellt im Auftrag von INTEGRAS, Lausanne 2020.
- BOENTE WALTER, Handlungsfähigkeits- und Erwachsenenschutzrecht auf dem Prüfstand der (Behindertenrechtskonvention und) Bundesverfassung, in: Rosch Daniel/Maranta Luca (Hg.), Selbstbestimmung 2.0, Bern 2017, S. 109–159 ff. (zit. Prüfstand).
- BOENTE WALTER, Behindertenrechtskonvention und Erwachsenenschutzrecht – ein Zwischenruf, in: FamPra.ch 1/2016, S. 111–122 (zit. Zwischenruf).
- BORDIER LAURENCE/DAMBACH MIA/JEANNIN CÉCILE, Internationale Standards im Pflegekinderwesen. Leitfaden für Schweizer Fachleute, Genf 2023.
- BRADY BERNARDINE *et al.*, The participation of children and young people in care: insights from an analysis of national inspection reports in the Republic of Ireland, in: Child Care in Practice 1/2019, S. 22–36.
- BRANDSTETTER JOHANNA *et al.*, Case Management in der Sozialberatung Kanton St. Gallen, Schlussbericht Pilotprojekt, Rorschach 2012.
- BRAUER SUSANNE, Forschung mit Kindern – zur jüngsten Stellungnahme der NEK-CNE, in: SAEZ 17/2009, S. 655–658.
- BRENNAN REBEKAH/O'MAHONY CONOR/BURNS KENNETH, The rights of the child in voluntary care in Ireland: A call for reform in law, policy and practice, in: Child. Youth Serv. Rev. 6/2021, S. 1–11.
- BRUNNER SABINE, Der Kindeswille, in: FamPra.ch 1/2023, S. 120–143 (zit. Kindeswille).
- BRUNNER SABINE/WIDER DIANA/SIMONI HEIDI, Anhörung, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 209–222.

- BRUNNER SABINE/SIMONI HEIDI, Orientierung am Kind – angewandte Entwicklungspsychologie, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 401–408.
- BRUNNER SABINE, Partizipation und Kindeswille, in: Pflegekinder-Aktion Schweiz (Hg.), Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven, Zürich 2016, S. 125–140 (zit. Partizipation).
- BRUTTIN CAROLE, Gleich und doch anders: Partizipation von Kindern in familienrechtlichen Verfahren, in: Hussmann Lukas *et al.* (Hg.), Unter Gleichen, APA-RIUZ XXII, Zürich 2021, 145–160.
- BRUTTIN CAROLE/MICHEL MARGOT, Nr. 70 Bundesgericht, II. zivilrechtliche Abteilung Entscheid vom 16. Juni 2020 i.S. A. gegen B. – 5A_789/2019, in: FamPra.ch 4/2020, S. 1106–1125.
- BÜCHLER ANDREA, Autonomie, Reproduktion und die Leihmutterchaft. Ein Essay, in: *juridikum* 3/2021, S. 331–343.
- BÜCHLER ANDREA/MICHEL MARGOT, Medizin – Mensch – Recht. Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020.
- BÜCHLER ANDREA *et al.*, Empfehlungen zur Anhörung des Kindes im Verfahren der Adoption durch gleichgeschlechtliche Paare, Genf 2018.
- BÜCHLER ANDREA/SCHLATTER CHRISTINA, Der (zu) frühe Start ins Leben. Elternrechte und Kindeswohl bei Entscheidungen am Lebensanfang, in: FamPra.ch 1/2016, S. 35–49.
- BÜRGI HEIDI, Die Voraussetzungen des Off-Label Use von Arzneimitteln in der Schweiz. Unter Berücksichtigung der Arzthaftung und Arzneimittelhaftung sowie der Regelung in der EU, Diss. Basel 2013, Basel 2013.
- BURKHARD PETER, Die Problematik der vergessenen und versteckten Kinder, in: ZVW 1/2002, S. 38–48.
- BUSINGER SUSANNE/RAMSAUER NADJA, «Genügend goldene Freiheit gehabt». Heimplatzierungen von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich, 1950–1990, Zürich 2019.
- CANTIENI LINUS/WYSS BRIGITTA, Elterliche Sorge, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 343–357.
- CANTIENI LINUS, Elterliche Sorge, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 290–318 (zit. Sorge).
- CANTIENI LINUS, Vertretung des Kindes, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 319–323 (zit. Vertretung).
- CANTIENI LINUS/BLUM STEFAN, Kindesschutzmassnahmen, in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Zürich 2016, S. 561–612.
- COLOMBO ANNAMARIA *et al.*, Schlussbericht zum Projekt «Pflegekinder – next generation: Vergleich von kantonalen Strukturen», erstellt im Auftrag der Palatin Stiftung, Freiburg/Muttenz 2023.
- COTTIER MICHELLE *et al.*, Comment les enfants et les parents vivent-ils la protection de l'enfant? Et quels enseignements pouvons-nous en tirer pour les procédures de protection de l'enfant?, in: ZKE 6/2024, S. 389–397 (zit. Protection).
- COTTIER MICHELLE *et al.*, Auf dem Weg zu einer besseren Partizipation an Kindesschutzverfahren, in: Bulletin NFP 76 3/2023, 24–25 (zit. Weg).
- COTTIER MICHELLE *et al.*, Wie erleben Kinder und Eltern den Kindesschutz? Ergebnisse eines Forschungsprojekts des NFP 76, Genf/Muttenz 2023 (zit. Ergebnisse).

- COTTIER MICHELLE, L'enfant sujet de droit: bilan mitigé de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral suisse, in: Leuba Audrey/Papaux van Delden Marie-Laure/Foëx Bénédict (Hg.), *Le droit en question: mélanges en l'honneur de la Professeure Margareta Baddeley*, Genf 2017, S. 81–100.
- DAMBACH MIA/DROZ-SAUTHIER GAËLLE, Accès à la justice et à des remèdes efficaces pour les enfants «placés» en Suisse. Etude de la conformité du droit et de la pratique suisses aux standards internationaux, in: ZKE 6/2024, S. 433–440.
- DAMBACH MIA/DROZ-SAUTHIER GAËLLE/LEVY ALEXANDRA, Unterbringung in Pflegefamilien in der Schweiz. Eindämmung «ungerechtfertigter» Zwangsentscheidungen durch bessere Anpassung an internationale Normen, in: Häfeli Christoph/Lengwiler Martin/Vogel Margot (Hg.), *Zwischen Schutz und Zwang. Normen und Praktiken im Wandel der Zeit*, Basel 2024, S. 57–71.
- DA VINCI LEONARDO/LENZO FABIO/PANZERA BIAGGI ALICE, VIVAVoce-Projekt, Stärkung der Stimme von Kindern und Jugendlichen in Kinderschutz und Fremdunterbringung im Tessin, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), *Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz*, Weinheim/Basel 2023, S. 226–234.
- DETTENBORN HARRY, Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte, 6. Aufl., München 2021.
- DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E.V./DEUTSCHES INSTITUT FÜR JUGENDHILFE UND FAMILIENRECHT E.V., Projektbericht «Pflegekinderhilfe in Deutschland – Teilprojekt 1 Exploration», Projektlaufzeit 1. 8. 2005–31. 7. 2006, München/Heidelberg 2006.
- DIETHELM KARL, Institutionen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, in: INTEGRAS (Hg.), *Leitfaden Fremdplatzierung*, Zürich 2013, 124–131.
- DIEZ GRIESER MARIA TERESA, Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder, in: *der informierte @rzt* 10/2018, S. 13–14.
- DÖRFLINGER PETER, Wanderung im Gebirge – Zwischenhalt mit Routenplanung, in: ZKE 2/2023, S. 91–112.
- DREIFUSS CORINNE, Partizipation in der frühen Kindheit: eine Reflexion zur Vielschichtigkeit des Themas, in: *undKinder* 2/2016, S. 27–34.
- DROZ-SAUTHIER GAËLLE *et al.*, Kinder- und Elternrechte in Kinderschutzverfahren von 1912 bis heute. Versprechungen, Umsetzungen und Verbesserungen, in: Häfeli Christoph/Lengwiler Martin/Vogel Margot (Hg.), *Zwischen Schutz und Zwang. Normen und Praktiken im Wandel der Zeit*, Basel 2024, S. 27–41.
- DROZ-SAUTHIER GAËLLE, Les droits de procédure des enfants et des parents devant les autorités de protection de l'enfant. Analyse juridique de droit suisse et de droit comparé de 1912 à aujourd'hui, Bern 2024.
- DROZ-SAUTHIER GAËLLE/COTTIER MICHELLE, L'impact des droits humains en matière de placement de l'enfant en droit civil suisse (première partie). Les apports de la CEDH et de la CDE aux réformes du droit du placement de l'enfant de 1912 à 2012 (première partie), in: *FamPra.ch* 4/2020, S. 890–938.
- DUFF CORSIN *et al.*, *Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie. Leitfaden für Gesundheitsversorger:innen. Leitfaden zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in Heimen oder Pflegefamilien leben, sowie von Careleavern*, Zürich 2025.
- EBERITZSCH STEFAN/KELLER SAMUEL, Erkenntnisse zur Partizipation in Platzierungs- und Betreuungsprozessen aus der Wissenslandschaft Fremdplatzierung – WiF. swiss, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), *Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz*, Weinheim/Basel 2023, S. 235–245 (zit. Erkenntnisse).

- EBERITZSCH STEFAN, Stationäre Erziehungshilfen in der Schweiz. Eine Einführung in Strukturen, Konzepte, Forschung sowie rechtliche Rahmungen von Partizipation, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 37–48.
- EBERITZSCH STEFAN/KELLER SAMUEL, Wissenslandschaft Fremdplatzierung 2019. Die Website als Textdokument, Zürich 2020 (zit. Wissenslandschaft).
- ENGLER AMY D. *et al.*, A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care, in: TVA 1/2022, S. 255–264.
- ESCHELBACH DIANA, Die Instrumente der Hilfeplanung des Jugendamtes nach §§ 36, 37 SGB VIII, in: Coester-Waltjen Dagmar *et al.* (Hg.), Das Pflegekindverhältnis – zeitlich befristete oder dauerhafte Lebensperspektive für Kinder?, Göttingen 2014, S. 33–42.
- ESPELATA HANNAH C. *et al.*, Caregiver perceptions of the pediatric medical home model to address the health services needs of youth in foster care, in: Child. Youth Serv. Rev. 7/2023, S. 1–8.
- ESTERMANN ASTRID/HAURI ANDREA/VOGEL URS, Aufgaben im Kindes- und Erwachsenenschutz, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 209–216 (zit. Aufgaben).
- ESTERMANN ASTRID/HAURI ANDREA/VOGEL URS, Rolle und Auftrag, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 206–208 (zit. Rolle).
- ESTERMANN ASTRID/HAURI ANDREA/VOGEL URS, Sorgfaltspflichten und Schweigepflicht, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 217–219 (zit. Sorgfaltspflichten).
- ESTERMANN ASTRID/HAURI ANDREA/VOGEL URS, Umsetzung der Aufgaben, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 220–240 (zit. Umsetzung).
- FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, «Abklärung» bis «Zwei Familien», in: Fachstelle für das Pflegekinderwesen (Hg.), Handbuch Pflegekinderwesen Schweiz, Zürich 2001, S. 99–195.
- FASSBIND PATRICK/HERZIG CHRISTOPHE A., Anhörungsverfahren (rechtliches Gehör und weitere verfahrensrechtliche Aspekte), in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 172–188 (zit. Anhörungsverfahren).
- FASSBIND PATRICK/HERZIG CHRISTOPHE A., Die Mitwirkungs-, Zusammenarbeitspflicht und die Verfahrensmaximen im Besonderen, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 127–129 (zit. Mitwirkungspflicht).
- FASSBIND PATRICK, Erwachsenenschutz, Zürich 2012 (zit. Erwachsenenschutz).
- FASSBIND PATRICK, Systematik der elterlichen Personensorge in der Schweiz, Diss. Basel 2006, Basel 2006 (zit. Personensorge).
- FEHR JACQUELINE/HÄFELI CHRISTOPH, Erkenntnisse und Impulse aus dem NFP 76 für den Kindes- und Erwachsenenschutz, in: ZKE 6/2024, S. 373–374.

- FELLMANN WALTER, Arzt und Rechtsverhältnis zum Patienten, in: Kuhn Moritz W./Poledna Thomas (Hg.), *Arztrecht in der Praxis*, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2007, S. 103–232.
- FERREIRA ROSEN, Neu im sozialraumorientierten System: Vertrauenspersonen. Interview von Meryem Oezdirek mit Svenja Beck (Schoio AG), in: *Thema* 1/2025, S. 12–14.
- FETSCHER KLAUS/LANDOLT HARDY, Der Kindeswille bei der Interessenvertretung von behinderten Kindern, in: *Kinderanwaltschaft Schweiz* (Hg.), *Anwalt des Kindes*. 2. Fachtagung vom 30. Oktober 2009. Praktische Kindesverfahrensvertretung und die Berücksichtigung des Kindeswillens, S. 44–45.
- FLECHL FRANZISKA, «Götti oder Gotte für die vergessenen Kinder», in: *Pro Mente Sana Aktuell* 1/2014, S. 13.
- FOUNTOULAKIS CHRISTIANA/ROSCHE DANIEL, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht und sein Einfluss auf die Handlungsfähigkeit, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute*, 3. Aufl., Bern 2022, S. 34–45.
- FRIEDRICH ROMANA I./SCHMID MARC, Pflegefamilie oder Heim? Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll?, in: *Pädiatrie* 1/2014, S. 25–30.
- GABRIEL THOMAS, Partizipation. Eine historische Perspektive auf Subjektorientierung und Objektivierung in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), *Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarf und Konzepte in der Schweiz*, Weinheim/Basel 2023, S. 24–36 (zit. Perspektive).
- GABRIEL THOMAS, Partizipation – sozialpädagogische Dimensionen, in: INTEGRAS (Hg.), *Leitfaden Fremdplatzierung*, Zürich 2013, S. 133–139 (zit. Partizipation).
- GÄCHTER THOMAS/RÜTSCH BERNHARD, *Gesundheitsrecht. Ein Grundriss für Studium und Praxis*, 5. Aufl., Basel 2023.
- GASSMANN JÜRGE/BRIDLER RENÉ, Fürsorgerische Unterbringung, in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, Zürich 2016, S. 329–402.
- GASSNER SYBILLE, *Pflegeeltern im Dreieck zwischen Eltern, Kind und KESB*, Diss. Freiburg 2018, Zürich 2018 (zit. Pflegeeltern).
- GASSNER SYBILLE, Das Vertretungsrecht der Pflegeeltern, in: Eitel Paul/Zeiter Alexandra (Hg.), *Kaleidoskop des Familien- und Erbrechts. Liber amicorum für Alexandra Rumo-Jungo*, Zürich 2014, S. 89–105 (zit. Vertretungsrecht).
- GEISER THOMAS, Behördenzusammenarbeit im Erwachsenenschutzrecht, in: *AJP* 12/2012, S. 1688–1700.
- GEISSBERGER ISABEL LINDA, *Die Rechtsgrundlagen der fürsorgerischen Unterbringung Minderjähriger unter Berücksichtigung der Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Bundesverfassung*, Diss. Zürich 2019, Zürich 2019.
- GERBER JENNI REGULA, Gedanken zum «Anwalt des Kindes» – insbesondere zur Vertretung des Kindes von psychisch belasteten Eltern, in: *ZKE* 2/2016, S. 95–114 (zit. Gedanken).
- GERBER JENNI REGULA/BLUM STEFAN, *Die Rechtsstellung von zivil- und jugendstrafrechtlich platzierten Minderjährigen: Gesetzliche Grundlagen und Problemfelder bei der gemeinsamen Unterbringung*, erstellt im Auftrag der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter, Bern 2015.
- GERBER JENNI REGULA, Platzierung von Kindern und Jugendlichen und Partizipation: Grundlagen und Überlegungen zur Umsetzung, in: *ZKE* 3/2013, S. 158–173 (zit. Platzierung).

- GERMES OSCAR/HILWEG WERNER/POSCH CHRISTIAN, Quality4Children. Qualitätsstandards zur Verbesserung der Lebenssituation von fremd untergebrachten Kindern in Europa, in: Hilweg Werner/Posch Christian (Hg.), *Fremd und doch zu Hause. Qualitätsentwicklung in der Fremdunterbringung*, Baltmannsweiler 2008, S. 143–156.
- GIERKE MALTE, *Familienpflege. Die rechtliche Stellung von Pflegeeltern*, Hamburg 2009.
- GLOOR URS/UMBRIKHT BARBARA, *Elterliche Sorge*, in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, Zürich 2016, S. 511–543.
- GLOOR URS/SCHWEIGHAUSER JONAS, *Die Reform des Rechts der elterlichen Sorge – eine Würdigung aus praktischer Sicht*, in: *FamPra.ch* 1/2014, S. 1–25.
- GROSS GERLINDE, *Die zivilrechtliche Rechtsstellung der Pflegeeltern nach neuem Recht*, Diss. Regensburg 1999, Regensburg 1999.
- GULDE MANUELA *et al.*, *Junge Menschen in Pflegefamilien als vulnerable Gruppe*, in: Fegert Jörg M. *et al.* (Hg.), *Schutzkonzepte in Pflegefamilien. Ein Werkbuch zur Stärkung der Rechte junger Menschen*, Weinheim/Basel 2022, S. 39–41.
- GULER ALBERT, *Die Aufhebung der elterlichen Obhut (Art. 310 und 314a ZGB)*, in: *ZVW* 4/1996, S. 121–133.
- GUTMANN RENATE *et al.*, *Professionelle Netzwerke für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil*, in: Wüthrich Bernadette/Amstutz Jeremias/Fritze Agnès (Hg.), *Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten*, Wiesbaden 2015, S. 297–302.
- HÄFELI CHRISTOPH, *Kinderschutz und Erwachsenenschutz*, in: Mösch Payot Peter/Schwander Marianne, *Recht für die soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte*, 5. Aufl., Bern 2021, S. 295–348 (zit. Kinderschutz).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, 3. Aufl., Bern 2021 (zit. Kindes- und Erwachsenenschutzrecht).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Wohnsitzwechsel der betreuten Person und Zuständigkeit der KESB*, in: *AJP* 3/2016, S. 335–341 (zit. Wohnsitzwechsel).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Beistand/Beiständin*, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2012, S. 179–196 (zit. Beistand).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Bericht- und Rechnungsprüfung*, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2012, S. 209–213 (zit. Bericht- und Rechnungsprüfung).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Steuerung der Mandatsführung*, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2012, S. 197–198 (zit. Steuerung).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Wegleitung für vormundschaftliche Organe*, 4. Aufl., Zürich 2005 (zit. Wegleitung).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Die Aufhebung der elterlichen Obhut nach Art. 310 ZGB*, in: *ZVW* 1–2/2001, S. 111–123 (zit. Aufhebung).
- HÄFELI CHRISTOPH, *Die Pflegekindergesetzgebung als Teil des zivilrechtlichen Kinderschutzes*, in: *Fachstelle für das Pflegekinderwesen (Hg.)*, *Handbuch Pflegekinderwesen Schweiz*, Zürich 2001, S. 15–26 (zit. Pflegekindergesetzgebung).
- HÄFELIN ULRICH/MÜLLER GEORG/UHLMANN FELIX, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 8. Aufl., Zürich/St. Gallen 2020.
- HAURI ANDREA *et al.*, *Abklärungen im Kinderschutz. Das Berner und Luzerner Abklärungsinstrument in der Praxis*, Bern 2021.
- HAURI ANDREA/ZINGARO MARCO, *Kindeswohlgefährdung erkennen und angemessen handeln. Leitfaden für Fachpersonen aus dem Sozialbereich*, 2. Aufl., Bern 2020.

- HAURI ANDREA, Wahrnehmung des Kindesschutzverfahrens vor der KESB durch Jugendliche und Eltern mit Fokus auf Gerechtigkeit, Diss. Zürich 2020, Zürich 2020.
- HAURI ANDREA/REICHLIN BEAT/LEUTHOLD URSULA, Ausserfamiliäre Platzierung, in: KOKES (Hg.), *Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern)*, Zürich/St. Gallen 2017, S. 378–400.
- HAUSHEER HEINZ/GEISER THOMAS/AEBI-MÜLLER REGINA E., *Das Familienrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Eheschliessung, Scheidung, Allgemeine Wirkungen der Ehe, Güterrecht, Kindesrecht, Erwachsenenschutzrecht, Konkubinat*, 7. Aufl., Bern 2022.
- HAUSHEER HEINZ/AEBI-MÜLLER REGINA E., *Das Personenrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches*, 5. Aufl., Bern 2020.
- HAUSSENER STEFANIE, *Selbstbestimmung am Lebensende: Realität oder Illusion? Eine kritische Analyse von Rechtslage und medizinischer Praxis*, Diss. Luzern 2016, Zürich/Basel/Genf 2017.
- HÉBERT PAUL C./MACDONALD NONI, Health care for foster kids: Fix the system, save a child, in: *CMAJ* 8/2009, S. 453.
- HECK CHRISTOPH/MARUGG MICHAEL, Wenn Kinder psychisch kranker Eltern Schutz brauchen, in: *Pädiatrie* 3/2016, S. 34–37.
- HEGNAUER CYRIL, *Grundriss des Kindesrechts und des übrigen Verwandtschaftsrechts*, 5. Aufl., Bern 1999.
- HELMING ELISABETH/WIEMANN IRMELA/RIS EVA, Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie, in: *Kindler Heinz et al. (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe*, München 2010, S. 524–559.
- HELMING ELISABETH *et al.*, Strukturelle Aspekte der Pflegekinderhilfe in Deutschland, in: *Kindler Heinz et al. (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe*, München 2010, S. 102–126.
- HERZIG CHRISTOPHE A., Die Rolle der Kindesvertretung, in: *FamPra.ch* 3/2020, S. 567–588 (zit. Rolle).
- HERZIG CHRISTOPHE A., Die Partei- und Prozessfähigkeit von Kindern und Jugendlichen sowie ihr Anspruch auf rechtliches Gehör, in: *AJP* 2/2013, S. 182–188 (zit. Partei- und Prozessfähigkeit).
- HERZIG CHRISTOPHE A., *Das Kind in den familienrechtlichen Verfahren*, Diss. Freiburg 2012, Zürich 2012 (zit. Kind).
- HITZ QUENON NICOLE/MATTHEY FANNY, Une justice adaptée aux enfants. L’audition de l’enfant lors d’un placement en droit civil et lors du renvoi d’un parent en droit des étrangers, Bern 2017.
- HITZ QUENON NICOLE/PAULUS ERIC/LUCHETTA MYIT LAURE, *Le droit de protection de l’enfant. Les premiers effets de la mise en œuvre dans les cantons de Genève, Vaud et Zurich*, Bern 2014.
- HOTZ SANDRA, *Kinder fördern. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S*, Pfäffikon 2021 (zit. Kinder).
- HOTZ SANDRA/WEBER KHAN CHRISTINA/JAFFÉ PHILIP D., Partizipation im schweizerischen Kindesschutzsystem – reloaded, in: *ZKE* 1/2021, S. 1–23.
- HOTZ SANDRA, *Gesundheitsrechtliche Verfahren*, in: Hotz Sandra (Hg.), *Handbuch Kinder im Verfahren. Stellung und Mitwirkung von Kindern in Straf-, Zivil-, Gesundheits-, Schul- und Asylverfahren*, Zürich/St. Gallen 2020, S. 246–294 (zit. Verfahren).
- HUSMANN LAURA *et al.*, Zum Verständnis von Schutzkonzepten, in: Fegert Jörg M. *et al. (Hg.), Schutzkonzepte in Pflegefamilien. Ein Werkbuch zur Stärkung der Rechte junger Menschen*, Weinheim/Basel 2022, S. 24–25.

- HUSMANN LAURA/RUSACK TANJA, Schutzkonzepte in der Pflegekinderhilfe. Reformbedarfe zur Verwirklichung, in: Sozial Extra 3/2020, S. 151–153.
- INCLUSION HANDICAP, Aktualisierter Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bern 2022 (zit. Schattenbericht 2022).
- INCLUSION HANDICAP, Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bern 2017 (zit. Schattenbericht 2017).
- INTERESSENGEMEINSCHAFT QUALITY4CHILDREN, Quality4Children, Wie Standards, die gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen entwickelt wurden, im Alltag der Kinder- und Jugendhilfe wirksam werden können, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 181–194.
- JAFFÉ PHILIP D. *et al.*, Entscheidungsfindung und Zwang in der Schweiz unter dem Blickwinkel internationaler Standards: Unterbringung in Pflegefamilien, Ergebnisse eines Forschungsprojekts des NFP 76, Genf 2023.
- JANETT MIRJAM, Verwaltete Familien. Vormundschaft und Fremdplatzierung in der Deutschschweiz, 1945–1980, Diss. Basel 2020, Zürich 2022.
- JARITZ CAROLINE/WIESINGER DETLEV/SCHMID MARC, Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung, in: Trauma & Gewalt 4/2008, S. 266–277.
- JENKEL NILS *et al.*, EQUALS als empirische Grundlage für fachpolitische Themen: Kinder und Jugendliche bei der ersten Fremdplatzierung – Stets älter? Stets belasteter? in: Thema 1/2018, S. 6–7.
- JENZER REGINA *et al.*, Kindesvertretung in Verfahren der KESB. Leitfaden für Fachpersonen zur Rollenklärung, zur Zusammenarbeit und zum Einbezug des Kindes, Bern 2024.
- JUD ANDREAS *et al.*, Kann die Erwachsenenmedizin zur Früherkennung im Kinderschutz beitragen?, in: ZKE 2/2018, S. 95–100.
- JUNGO ALEXANDRA/REIDY JULIA, Covid-19-Impfung – Jugendliche können eigenständig entscheiden, in: recht 4/2021, S. 241–243.
- KELLER ANDREA, Familienplatzierungsorganisationen (FPO), in: INTEGRAS (Hg.), Leitfaden Fremdplatzierung, Zürich 2013, S. 113–123.
- KELLER SAMUEL/EBERITZSCH STEFAN/ROHRBACH JULIA, Résumé, Stand und Perspektiven der Partizipation in stationären Erziehungshilfen in der Schweiz, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 283–289.
- KIENER REGINA/KÄLIN WALTER/WYTTENBACH JUDITH, Grundrechte, 4. Aufl., Bern 2024.
- KILDE GISELA, Das Recht auf Partizipation in der Pflegekinderhilfe, in: Wolf Klaus *et al.* (Hg.), Herausforderungen der Pflegekinderhilfe: Partizipation, Begleitung, Akteure, Strukturen, Weinheim 2025, S. 82–99 (zit. Recht).
- KILDE GISELA, Familienrechtliche Verfahren, in: Hotz Sandra (Hg.), Handbuch Kinder im Verfahren. Stellung und Mitwirkung von Kindern in Straf-, Zivil-, Gesundheits-, Schul- und Asylverfahren, Zürich/St. Gallen 2020, S. 190–245 (zit. Verfahren).
- KILDE GISELA/KÖNGETER STEFAN/MOSER LEA, Partizipation: Dem Erlebten Sinn geben, in: NetzSpezial 1/2014, S. 11–14.

- KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Stellungnahme zu den Kinderrechtskommentaren Nr. 27 an den Kinderrechts-Ausschuss der UNO, Neuenburg/Zürich 2024 (zit. Stellungnahme Kinderrechtskommentare).
- KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Position von Kinderanwaltschaft Schweiz zu Kindsanhörungen, Zürich 2023 (zit. Position Kindesanhörungen).
- KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ/LAUTENBACH ANNEGRET, Eine kindgerechte Justiz zur Stärkung der Kinder, in: *undKinder* 2/2016, S. 111–121.
- KINDERSPITAL ZÜRICH, Sorgsame Entscheidungen. Handbuch für Eltern, die vor Entscheidungen für das Lebensende ihres Kindes stehen, Zürich 2019.
- KINDLER HEINZ, Die Entscheidung für die Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 282–343 (zit. Entscheidung).
- KINDLER HEINZ, Perspektivklärung und Vermeidung von Abbrüchen von Pflegeverhältnissen, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 344–375 (zit. Perspektivabklärung).
- KINDLER HEINZ *et al.*, Pflegekinder: Situation, Bindungen, Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 128–223.
- KLEIST PETER/NADAL DAVID, Ist die medizinische Forschung mit Kindern ethisch vertretbar?, in: *BioFokus* 1/2018, S. 1–10.
- KOFMEL EHRENZELLER SABINE, Das Kindes- und Erwachsenenschutzverfahren – ein Plädoyer für eine gesamtschweizerische Vereinheitlichung mit Leitlinien für die inhaltliche Ausgestaltung, in: *FamPra.ch* 2/2023, S. 409–434 (zit. Plädoyer).
- KOFMEL EHRENZELLER SABINE, Das behinderte Kind im Verfahrensrecht, in: Sprecher Franziska/Sutter Patrick (Hg.), Das behinderte Kind im schweizerischen Recht, Zürich 2006, S. 211–233 (zit. Verfahrensrecht).
- KOKES, Meinungsaustausch bei örtlichen Zuständigkeitskonflikten (Art. 444 ZGB): Empfehlungen zum zweckmässigen Vorgehen, in: *ZKE* 6/2019, S. 532–536 (zit. Meinungsaustausch).
- KOKES, Melderechte und Meldepflichten an die KESB nach Art. 314c, 314d, 443 sowie 453 ZGB, Merkblatt der KOKES vom März 2019, in: *ZKE* 2/2019, S. 142–158 (zit. Melderechte).
- KOLB HANS-JOCHEM, Blutstammzell- und Knochenmarktransplantation, in: Steinbeck Gerhard/Paumgartner Gustav (Hg.), Therapie innerer Krankheiten, 11. Aufl., Berlin/Heidelberg 2005, S. 1179–1191.
- KÖNGETER STEFAN *et al.*, Die Erfahrung von Partizipation, in: Wolf Klaus *et al.* (Hg.), Herausforderungen der Pflegekinderhilfe: Partizipation, Begleitung, Akteure, Strukturen, Weinheim 2025, S. 47–81 (zit. Erfahrung).
- KÖNGETER STEFAN *et al.*, Partizipation und Agency von Adressat:innen in der Erziehungshilfe. Empirische Analysen zum Unterbringungsprozess, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 98–110 (zit. Partizipation).
- KÜFNER MARION/SCHÖNECKER LYDIA/TRUNK NINA, Familiengerichtliche Klärung von Konflikten um Pflegekinder, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 668–724.
- KÜFNER MARION/SCHÖNECKER LYDIA, Rechtliche Grundlagen und Formen der Vollzeitpflege, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 48–99.

- KÜFNER MARION/HELMING ELISABETH/KINDLER HEINZ, Umgangskontakte und die Gestaltung von Beziehungen zur Herkunftsfamilie, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 562–613.
- KÜNZLI JÖRG/ACHERMANN ALBERTO, Gesundheitsrelevante Rechte inhaftierter Personen im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten und Kompetenzen des Bundes zu ihrer Durchsetzung, erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern 2007.
- LAMBERT BÉATRICE *et al.*, Recommandations pour développer les structures cantonales de placement en famille d'accueil, in: Wolf Klaus *et al.* (Hg.), Herausforderungen der Pflegekinderhilfe: Partizipation, Begleitung, Akteure, Strukturen, Weinheim 2025, S. 250–264.
- LANNEN PATRICIA/SIMONI HEIDI/JENNI OSKAR, Heimplatzierung von Kleinkindern – Lebensgeschichten 60 Jahre danach. Ergebnisse eines Forschungsprojekts des NFP 76, Zürich 2023.
- LANSDOWN GERISON, Kinderrechtliche Grundlagen von Partizipation und deren Umsetzung – ein Einblick in Projekte im internationalen Feld, in: *undKinder* 2/2016, S. 49–58.
- LÄTSCH DAVID *et al.*, Children's participation in the child protection system: Are young people from poor families less likely to be heard?, in: *Child. Youth Serv. Rev.* 2/2023, S. 1–10.
- LEITUNGSGRUPPE NFP 76, Eingriffe in Lebenswege. Ergebnisse und Impulse des Nationalen Forschungsprogramms «Fürsorge und Zwang» (NFP 76), Bern 2024.
- LEUTHOLD URSULA *et al.*, Transdisziplinäre Qualitätsstandards für den Kinderschutz, Zürich 2023.
- LEUTHOLD URSULA/REICHLIN BEAT, Verfahrensbeistandschaft (Art. 314a^{bis} ZGB), in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 222–231.
- LEUTHOLD URSULA/SCHWEIGHAUSER JONAS, Beistandschaft und Kindesvertretung im Kinderschutz – Rolle, Aufgaben und Herausforderungen in der Zusammenarbeit, in: *ZKE* 6/2016, S. 463–484.
- LIPPUNER SANDRA, Verschiedenheit der Pflegefamilien und Formenvielfalt der Pflegeverhältnisse, in: *Pflegekinder-Aktion Schweiz* (Hg.), Handbuch Pflegekinder. Aspekte und Perspektiven, Zürich 2016, S. 113–122.
- LUDEWIG REVITAL *et al.*, Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, in: *FamPra.ch* 3/2015, S. 561–622.
- MARANTA LUCA, Im «Irrgarten» zwischen Meldepflichten, Melderechten und Berufsgeheimnissen – die Revision der Meldevorschriften im Kinderschutz, in: *ZKE* 4/2018, S. 231–254.
- MARTIN ALICE *et al.*, Physical illness in looked-after children: a cross-sectional study, in: *ADC* 2/2014, S. 103–107.
- MARUGG MICHAEL, Rechte und Pflichten der Zusammenarbeit, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kinderschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 244–251.
- MAUCHLE MATTHIAS, Das Rechtsverhältnis zwischen dem Beistand und der Erwachsenenschutzbehörde. Insbesondere aus zivilrechtlicher, sozialversicherungsrechtlicher und steuerrechtlicher Sicht, Diss. St. Gallen 2018, Zürich 2019.
- MAZENAUER LUCIE/GASSNER SYBILLE, Der Pflegevertrag, in: *FamPra.ch* 2/2014, S. 274–301.
- MCNICHOLAS FIONA *et al.*, Looked after children in Dublin and their mental health needs, in: *Ir. Med. J.*, 4/2011, S. 105–108.

- MEIER MARIETTA/KÖNIG MARIO/TORNAY MAGALY, Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Zürich 2019.
- MEIER PHILIPPE, Droit de la protection de l'adulte, Articles 360–456 CC, 2. Aufl., Genf/Zürich 2022.
- MEIER PHILIPPE/STETTLER MARTIN, Droit de la filiation, 6. Aufl., Genf/Zürich/Basel 2019.
- MEIER PHILIPPE/HÄBERLI THOMAS, Übersicht zur Rechtsprechung im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (September bis Dezember 2018), in: ZKE 1/2019, S. 34–65.
- MÉTRAL LORÈNE, La personne de confiance en protection de l'enfance: entre théorie et mise en œuvre, in: ZKE 4/2021, S. 320–332.
- MICHEL MARGOT/RUTISHAUSER CHRISTOPH, Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten. Ein Beitrag aus rechtlicher und medizin-ethischer Sicht, in: Bähler Andrea/Schwenzer Ingeborg (Hg.), Achte Schweizer Familienrecht§Tage vom 28./29. Januar 2016, Bern 2016, S. 1–31.
- MICHEL MARGOT, Partizipation im Gesundheitsbereich – die rechtliche Perspektive, in: *undKinder* 2/2016, S. 59–63 (zit. Partizipation).
- MICHEL MARGOT, Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen, Diss. Zürich 2009, Basel 2009 (zit. Rechte).
- MICHEL MARGOT, Zwischen Autonomie und fürsorglicher Fremdbestimmung: Partizipationsrechte von Kindern und Jugendlichen im Bereich medizinischer Heilbehandlungen, in: *FamPra.ch* 2/2008, S. 243–275 (zit. Autonomie).
- MITROVIC TANJA/JUD ANDREAS/ROSCH DANIEL, Praxis der KESB zum Einbezug von verwandten und nicht verwandten Personen bei Kindesplatzierungen, in: ZKE 3/2017, S. 173–191.
- MÖGEL MARIA/JENNI OSKAR, Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz. Eine Herausforderung in der Kinder- und Hausarztpraxis, in: *Primary & Hospital Care* 9/2023, S. 268–270 (zit. Versorgung).
- MÖGEL MARIA/JENNI OSKAR, Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie – Argumentarium. Zehn Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Kindern, die in Institutionen und Pflegefamilien leben, Zürich 2025 (zit. Argumentarium).
- MÖGEL MARIA/JENNI OSKAR, Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie – Empfehlungen. Zehn Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Kindern, die in Institutionen und Pflegefamilien leben, Zürich 2025 (zit. Empfehlungen).
- MÖGEL MARIA/JENNI OSKAR, Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie – Leitfaden für Eltern. Mein Kind lebt in einer Pflegefamilie. Mein Kind lebt in einem Heim. Was kann ich tun, damit es sich gesund entwickeln kann?, Zürich 2025 (zit. Leitfaden Eltern).
- MOLIN RONALD/PALMER SALLY, Consent and Participation: Ethical Issues in the Treatment of Children in Out-of-Home Care, in: *AJO* 1/2005, S. 152–157.
- MÖSCH PAYOT PETER, Sozial(versicherungs)rechtliche Ansprüche und Ressourcenerschliessung, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute*, 3. Aufl., Bern 2022, S. 241–268 (zit. Ansprüche).
- MÖSCH PAYOT PETER, Rechtsstellung der Pflegeeltern: Rechtsfragen um vertrags- und sozialversicherungsrechtliche Rechte und Pflichten der Pflegeeltern, in: ZKE 2/2011, S. 87–101 (Rechtsstellung).
- MÖTTIER VÉRONIQUE/BALLIF EDMÉE/HIRSCHBERG MAIRENA, Vom individuellen Trauma zum politischen Handeln. Die Beteiligung von Opfern ausserfamiliärer Unterbringung und administrativer Internierung am nationalen Prozess der Restaurativen Justiz, in: Knüsel René/Grob Alexander/Mottier Véronique (Hg.),

- Schicksale der Fremdplatzierung. Behördenentscheidungen und Auswirkungen auf den Lebenslauf, Basel 2024, S. 71–84.
- MÜLLER BRIGITTE *et al.*, Partizipation von Kindern in Kinderschutzverfahren früher und heute, Erkenntnisse aus interdisziplinärer Perspektive, in: Knüsel René/Grob Alexander/Mottier Véronique (Hg.), Schicksale der Fremdplatzierung. Behördenentscheidungen und Auswirkungen auf den Lebenslauf, Basel 2024, S. 119–132.
- MURPHY ANNA/STECK DANIEL, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, in: Fountoulakis Christiana *et al.* (Hg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Zürich 2016, S. 693–787.
- NUFER HEINRICH/AUERBACH STEPHANE, Gewünschtes Anforderungsprofil, in: Kinderanwaltschaft Schweiz (Hg.), *Anwalt des Kindes*. 2. Fachtagung vom 30. Oktober 2009. Praktische Kindesverfahrenvertretung und die Berücksichtigung des Kindeswillens, S. 72.
- OBERHOLZER LUCA, Die ärztliche Auskunft. Unter besonderer Berücksichtigung des Erwachsenenschutzrechts, Diss. Luzern 2024, Zürich/Genf 2025.
- OMBUDSSTELLE KINDERRECHTE SCHWEIZ, Jahresbericht 2023, Winterthur 2024.
- O’SULLIVAN LINDA/BRERETON MARY, The Participation Framework: National Framework for Children and Young People’s Participation in Decision-making, in: *ChildLinks* 2/2021, 2–8.
- PACH/INTEGRAS, Forschungsbedarf im Pflegekinderbereich Schweiz. Analyse im Rahmen des Projekts Pflegekinder – next generation, erstellt im Auftrag der Palatin-Stiftung, Basel 2020.
- PFISTER PILLER BARBARA, Kinderschutz in der Medizin. Elterliche und staatliche Bestimmungsrechte bei der medizinischen Behandlung des Kindes, Diss. Luzern 2016, Zürich 2016.
- PÖLKKI PIRJO *et al.*, Children’s Participation in Childprotection Processes as Experienced by Foster Children and Social Workers, in: *Child Care in Practice* 2/2012, S. 107–125.
- POLNAY LEON/GLASER ADAM W./DEWHURST TONY, Children in residential care; what cost?, in: *ADC* 5/1997, S. 394–395.
- PONTI MICHELLE, Special considerations for the health supervision of children and youth in foster care, in: *PCH* 2/2008, S. 129–132.
- RAMSAUER NADJA, «Verwahrlost». Kindeswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat 1900–1945, Diss. Zürich 1999, Zürich 2000.
- RAVEANE ZENO, Die Ausübung der elterlichen Sorge. Unter besonderer Berücksichtigung der Autonomie der Eltern, Diss. Zürich 2020, Bern 2021.
- REICHLIN BEAT, Was ist zu tun? Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung muss gehandelt werden – überlegt und nach einem Konzept!, in: *4bis8* 2/2017, S. 10–11.
- REIMER DANIELA *et al.*, Schlussbericht zum Projekt «Pflegekinder – next generation: Gute Begleitung von Pflegeverhältnissen», erstellt im Auftrag der Palatin Stiftung, Zürich/Sion 2023.
- RENTERIA SAIRA-CHRISTINE, Vom schwierigen Umgang mit der Ungewissheit, in: *Gynäkologie* 6/2007, S. 1.
- RICHARD STEFANIE *et al.*, Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick, in: *ZfPP* 1/2015, 5–18.
- RIEMER HANS MICHAEL, Die Vertretung bei der Ausübung von Rechten, die unmündigen oder unter einer vormundschaftlichen Massnahme stehenden Personen «um ihrer Persönlichkeit willen zustehen», in: *ZVW* 6/1998, S. 216–218.

- RÖHRLE BERND, Präventive Angebote: Deutschsprachige Forschung und Intervention, in: Pro Mente Sana Aktuell 1/2014, S. 6–7.
- ROSCH DANIEL, Erwachsenenschutz und Behindertenrechtskonvention: Stossrichtung und Umsetzung für die Praxis, in: ZKE 6/2022, S. 474–484 (zit. Erwachsenenschutz).
- ROSCH DANIEL, Leitfaden für Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände. Systematik und Wissensbausteine für die Mandatsführung, 3. Aufl., Bern 2022 (zit. Leitfaden).
- ROSCH DANIEL/HAURI ANDREA, Zivilrechtlicher Kinderschutz, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 462–505.
- ROSCH DANIEL, Die Begleitbeistandschaft: unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention, Bern 2017 (zit. Begleitbeistandschaft).
- ROSCH DANIEL/JUD ANDREAS/MITROVIC TANJA, Schlussbericht. Praxis des Vorgehens der KESB bei Vaterschaftsfeststellungen, bei Unterhaltsverträgen und beim Einbezug von verwandten und nicht verwandten Personen bei Kindesplatzierungen durch die KESB, Luzern 2016.
- ROSCH DANIEL, Leitfaden Datenschutz. Eine Praxishilfe zum Datenaustausch in der Sozialberatung, St. Gallen 2014 (zit. Datenschutz).
- ROSCH DANIEL, Verbleib oder Rückkehr des Pflegekindest? – Rechtliche und sozialarbeiterische Würdigung von Rückplatzierungsbegehren, in: FamPra.ch 1/2014, S. 26–42 (zit. Verbleib).
- ROSCH DANIEL, Schweigepflicht und Mitteilungsrechte/-pflichten, KOKES (Hg.), Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2012, S. 84–93 (zit. Schweigepflicht).
- ROSCH DANIEL, Die fürsorgerische Unterbringung im revidierten Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, in: AJP 4/2011, S. 505–516 (zit. FU).
- ROSENBROCK ROLF, Vorwort: Partizipative Qualitätsentwicklung – um was es geht, in: Wright Michael T. (Hg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2010, S. 9–12.
- ROTHÄRMEL SONJA/WOLFLAST GABRIELE/FEGERT JÖRG M., Informed Consent, ein kinderfeindliches Konzept? Von der Benachteiligung minderjähriger Patienten durch das informed Consent-Konzept am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: MedR 7/1999, S. 293–298.
- RUGGIERO ROBERTA/LÄTSCH DAVID/KRÜGER PAULA, Unabhängige Kinderrechtsinstitution in der Schweiz: Aktueller Stand und Handlungsbedarf, Bern 2023.
- RUMETSCH VIRGILIA, Medizinische Eingriffe bei Minderjährigen. Eine rechtsvergleichende Untersuchung zum Schweizer und deutschen Recht, Diss. Basel 2013, Basel 2013.
- RUSACK TANJA/GULDE MANUELA/HENN KATHARINA, Fazit, in: Fegert Jörg M. *et al.* (Hg.), Schutzkonzepte in Pflegefamilien. Ein Werkbuch zur Stärkung der Rechte junger Menschen, Weinheim/Basel 2022, S. 34.
- RUTISHAUSER CHRISTOPH/NAVRATIL FRANCESCA, Zwischen Pädiatrie und Erwachsenenmedizin – ärztliche Betreuung Jugendlicher in der Schweiz, in: SMF 27/2004, S. 1159–1165.
- SALGO LUDWIG, Pflegekindschaft und Staatsintervention, Diss. Frankfurt am Main 1986/87, Darmstadt 1987.
- SANDMEIR GUNDA *et al.*, Begleitung von Pflegekindern, in: Kindler Heinz *et al.* (Hg.), Handbuch Pflegekinderhilfe, München 2010, S. 480–521.

- SCHLATTER CHRISTINA, Lebenserhaltung in der Neonatologie. Entscheidungsbefugnis, Entscheidungsfindung, Entscheidungsverantwortung, Diss. Zürich 2014, Basel 2014.
- SCHMAHL STEFANIE, Menschenrechtliche Sicht auf die Zwangsbehandlung von Kindern bei Selbstgefährdung, in: Coester-Waltjen Dagmar *et al.* (Hg.), Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung, Göttingen 2016, S. 95–104.
- SCHMID ANNA, Organisation, Partizipation und Befähigung im schweizerisch-ungarischen Projekt Creating Futures, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 125–138 (zit. Organisation).
- SCHMID MARC, Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – eine kooperative Herausforderung, in: INTEGRAS (Hg.), Leitfaden Fremdplatzierung, Zürich 2013, S. 141–159 (zit. Herausforderung).
- SCHMID MARC, Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe, Weinheim/München 2007 (zit. Gesundheit).
- SCHNELLER LENA E./BERNARDON ANGELO, Freiwilligkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: ZKE 2/2016, S. 115–139.
- SCHOCH ALINE *et al.*, Partizipationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in Kinderschutzverfahren, in: Eberitzsch Stefan/Keller Samuel/Rohrbach Julia (Hg.), Partizipation in stationären Erziehungshilfen. Perspektiven, Bedarfe und Konzepte in der Schweiz, Weinheim/Basel 2023, S. 86–97 (zit. Partizipationserfahrungen).
- SCHOCH ALINE/MÜLLER BRIGITTE, Eingriffe in Familien früher und heute: Historische Beispiele von Kindswegnahmen und Einblicke in ein laufendes Forschungsprojekt zur aktuellen Kinderschutzpraxis in der Schweiz, in: Wagenblaus Sabine/Spatscheck Christina (Hg.), Diversität im Kinderschutz gestalten. Texte zur 4. Sommerhochschule Kinderschutz 2019, Bremen 2020, S. 26–34.
- SCHOCH ALINE *et al.*, Participation of Children and Parents in the Swiss Child Protection System in the Past and Present: An Interdisciplinary Perspective, in: Soc. Sci. 9/2020, S. 1–19 (zit. Participation).
- SCHNURR STEFAN *et al.*, Zuständigkeiten klären und Beteiligung verankern, in: NetzSpezial 1/2024, S. 23–28.
- SCHNURR STEFAN, Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung, in: Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007, Bern 2012, S. 66–109.
- SCHWAB DIETER, Zur zivilrechtlichen Stellung der Pflegeeltern, des Pflegekinds und seiner Eltern – rechtliche Regelungen und rechtspolitische Forderungen, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hg.), Verhandlungen zum 54. Deutschen Juristentag, Soll die Rechtsstellung der Pflegekinder unter besonderer Berücksichtigung des Familien-, Sozial- und Jugendrechts neu geregelt werden? Gutachten, München 1982, S. A60–A136.
- SEITERLE NICOLETTE, Pflegekinderhilfe in der Schweiz: Aktuelle Zahlen und Strukturen, in: Forum Erziehungshilfen 5/2023, S. 305–308 (zit. Pflegekinderhilfe).
- SEITERLE NICOLETTE, Das Wohl der Pflege- und Adoptivkinder. Die Rechte fremdplatzierter Kinder in der Schweiz – aktueller Stand und zentrale Forderungen, in: SozialAktuell 11/2018, S. 22–23 (zit. Wohl).

- SEITERLE NICOLETTE, Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder der Schweiz 2015–2017, Zürich 2018 (zit. Schlussbericht).
- SHULER BENJAMIN, Pflegekinderhilfe, in: INTEGRAS (Hg.), Leitfaden Fremdplatzierung, Zürich 2013, S. 89–112.
- SIMONI HEIDI, Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizinengesetz, erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Zürich 2012.
- SPRECHER FRANZISKA, Rechtliche Rahmenbedingungen der medizinischen Humanforschung, in: Dörr Bianka S./Michel Margot (Hg.), Biomedizinrecht – Entwicklungen – Perspektiven, APARIUZ IX, Zürich/St. Gallen 2007, S. 107–140.
- STECK BARBARA, Kinder mit psychisch kranken Eltern. Die Auswirkung psychisch kranker Eltern auf die Psyche ihrer Kinder und Jugendlichen; mögliche therapeutische und soziale Massnahmen, in: ZVW 1/2002, S. 1–17.
- STEINAUER PAUL HENRI/FOUNTOULAKIS CHRISTIANA, Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte, Bern 2014.
- STÖSSEL SANDRA/GERBER JENNI REGULA, Partizipation des Kindes als Voraussetzung für einen wirksamen Kinderschutz: das Beispiel der Familien- und Heimplatzierung, in: FamPra.ch 2/2012, S. 335–352.
- STÖTZEL MANUELA, Interessenvertretung – Wie erlebt sie das Kind?, in: Blum Stefan/Cottier Michelle/Migliazza Daniela (Hg.), Anwalt des Kindes. Ein europäischer Vergleich zum Recht des Kindes auf eigene Vertretung in behördlichen und gerichtlichen Verfahren. Fachtagung vom 15. November 2007, Bern 2008, S. 101–122.
- STREULI JÜRGEN/BERGSTRÄSSER EVA, «Shared Decision-Making» in der Kinder- und Jugendmedizin, in: Paediatrica 4/2015, S. 12–15.
- STUTZ HEIDI/SIMONI HEIDI, Theoretische Obhutsüberlegungen und die gelebte Betreuungsrealität in Familien mit getrennten Eltern, in: FamPra.ch 1/2024, S. 106–120.
- SUTER ELISABETH, Widerstandsbekundungen urteilsunfähiger Erwachsener bei der Behandlung somatischer Erkrankungen, in: Jusletter, 30. Januar 2023.
- TAG BRIGITTE, Strafrecht im Arzttatort, in: Kuhn Moritz W./Poledna Thomas (Hg.), Arztrecht in der Praxis, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2007, S. 669–765.
- TAUPITZ JOCHEN/BREWE MANUELA/SHELLING HOLGER, Landesbericht Deutschland, in: Taupitz Jochen (Hg.), Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?, Berlin/Heidelberg 2002, S. 409–485.
- TEAM FOSTER CARE/KAMPERT MEIKE/WOLFF MECHTHILD, Qualitätsstandards für Schutzkonzepte in der Pflegekinderhilfe, in: Fegert Jörg M. *et al.* (Hg.), Schutzkonzepte in Pflegefamilien. Ein Werkbuch zur Stärkung der Rechte junger Menschen, Weinheim/Basel 2022, S. 179–192.
- THOMMEN MARC, Einwilligungsunfähige Organspender, in: Becchi Paolo *et al.* (Hg.), Ethik und Recht. Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen, Basel 2007, S. 159–170 (zit. Organspender).
- THOMMEN MARC, Medizinische Eingriffe an Urteilsunfähigen und die Einwilligung der Vertreter, Eine strafrechtliche Analyse der stellvertretenden Einwilligung, Diss. Basel 2004, Basel 2004 (zit. Eingriffe).
- TREMP DANIA, Lebendspende in der Schweiz. Insbesondere die finanzielle Absicherung des Spenders von Organen, Geweben und Zellen, Diss. Zürich 2010, Basel 2010.

- TUOR PETER/SCHNYDER BERNHARD/JUNGO ALEXANDRA, Der Kindesschutz, in: Tuor Peter *et al.* (Hg.), Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, 15. Aufl., Zürich/Genf 2023, S. 563–593.
- TUOR PETER/SCHNYDER BERNHARD/JUNGO ALEXANDRA, Die elterliche Sorge, in: Tuor Peter *et al.* (Hg.), Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, 15. Aufl., Zürich/Genf 2023, S. 539–562.
- TUR WITOLD/PETERMANN FRANK THOMAS, Relativität von Entscheidungen, in: Petermann Frank Thomas (Hg.), St. Galler Tagung zur Urteilsfähigkeit 2018, Zürich 2019, S. 135–148.
- TURNNEY KRISTIN/WILDEMAN CHRISTOPHER, Mental and Physical Health of Children in Foster Care, in: *Pediatrics* 5/2016, S. 1–11.
- VOGEL URS, Der Wohnsitz des minderjährigen Kindes im Zivil- und Sozialhilferecht, in: Fankhauser Roland/Reusser Ruth E./Schwander Yvo (Hg.), Brennpunkt Familienrecht. FS für Thomas Geiser zum 65. Geburtstag, Zürich/St. Gallen 2017, S. 577–591 (zit. Wohnsitz).
- VOGEL URS, Mandatsführung, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 118–153 (zit. Mandatsführung).
- VÖLKLE MAYA, Die Begründung des Pflegeverhältnisses unter besonderer Berücksichtigung des neuen Kindesrechts, Diss. Basel 1978, Clausthal 1978.
- WADDELL CHARLOTTE/MACMILLAN HARRIET/PIETRANTONIO ANNA MARIE, How Important is Permanency Planning for Children? Considerations for Pediatricians Involved in Child Protection, in: *JDBP* 4/2004, S. 285–292.
- WEBER KHAN CHRISTINA/HOTZ SANDRA, Die Umsetzung des Partizipationsrechts des Kindes nach Art. 12 UN-Kinderrechtskonvention in der Schweiz. Studie zu den rechtlichen Grundlagen und zur Praxis in neun Kantonen in den Themenbereichen Familienrecht, Jugendstrafrecht, Kindesschutz, Bildung, Gesundheit und Jugendparlamente vom 16. Dezember 2019, Bern 2019.
- WERLEN MIRJAM, Persönlichkeitsschutz des Kindes, höchstpersönliche Rechte und Grenzen elterlicher Sorge im Rahmen medizinischer Praxis. Das Beispiel von Varianten der Geschlechtsentwicklung und DSD, Diss. Bern 2014, Bern 2014.
- WIDER DIANA/PFISTER-WIEDERKEHR DANIEL, Persönlicher Verkehr, in: Rosch Daniel/Fountoulakis Christiana/Heck Christoph (Hg.), Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute, 3. Aufl., Bern 2022, S. 361–396.
- WIDER DIANA *et al.*, Qualitätsstandards für die ausserfamiliäre Unterbringung, in: *ZKE* 2/2021, S. 105–120.
- WIDER DIANA, Persönlicher Verkehr, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Kindesschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2017, S. 346–363 (zit. Verkehr).
- WIDER DIANA, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) als Fachbehörde, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2012, S. 16–25 (zit. KESB).
- WIEGAND WOLFGANG, Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung, in: Honsell Heinrich (Hg.), Handbuch des Arztrechts, Zürich 1994, S. 119–213.
- WINDEL PETER A., Zur elterlichen Sorge bei Familienpflege, in: *FamRZ* 12/1997, S. 713–724.
- WINTER CLAUDIA, Teilhaben und Teilnehmen – Partizipationsprozesse in der Pädiatrie, in: *JuKiP* 5/2021, S. 203–209.
- WITT ANDREAS/SCHMID MARC/FEGERT JÖRG M., Heim- und Pflegekinder-Sprechstunde, in: Köhler Michael/Rassenhofer Miriam/Fegert Jörg M., Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 3. Aufl., Berlin 2020, S. 761–769.

- WRIGHT MICHAEL T./VON UNGER HELLA/BLOCK MARTINA, Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention, in: Wright Michael T. (Hg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, Bern 2010, S. 35–52.
- WYSS CLAUDIA, Lebensanfang – Lebensende. Die Neonatologie im Spannungsfeld lebenserhaltender und palliativer Behandlungsmassnahmen. Unter Berücksichtigung rechtlicher, medizinischer und ethischer Aspekte, Diss. Zürich 2020, Zürich/Basel/Genf 2020.
- ZATTI KATHRIN BARBARA, Das Pflegekinderwesen in der Schweiz. Analyse, Qualitätsentwicklung und Professionalisierung, erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Justiz, Juni 2005 (zit. Analyse).
- ZATTI KATHRIN BARBARA, Die Geschichte des Pflegekinderwesens, in: Fachstelle für das Pflegekinderwesen (Hg.), Handbuch Pflegekinderwesen Schweiz, S. 10–14, Zürich 2001 (zit. Geschichte).
- ZERMATTEN JEAN, Die Stellung des Kindes bei einer medizinischen Behandlung: Einwilligung, Verweigerung, Recht auf Anhörung, Kindeswohl, in: SKMR-Newsletter 16/2014, S. 1–11.
- ZINGARO MARCO, Beschwerden, in: KOKES (Hg.), Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern), Zürich/St. Gallen 2012, S. 283–294.
- ZWERNEMANN PAULA, Pflegekinderhilfe/Adoption in Theorie und Praxis, Idstein 2014.

Kommentarverzeichnis

- AFFOLTER-FRINGELI KURT/VOGEL URS, Die elterliche Sorge / der Kindesschutz, Art. 296–317 ZGB, Das Kindesvermögen, Art. 318–327 ZGB, Minderjährige unter Vormundschaft, Art. 327a–327c ZGB, Berner Kommentar Zivilgesetzbuch, Bern 2016 (zit. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. x ZGB N y).
- ARNET RUTH/BREITSCHMID PETER/JUNGO ALEXANDRA (Hg.), Handkommentar zum Schweizer Privatrecht Band 1, Personen- und Familienrecht Art. 1–456 ZGB, Partnerschaftsgesetz, 4. Aufl., Zürich 2023 (zit. CHK-BEARBEITERIN, Art. x ZGB N y).
- BUCHER EUGEN/AEBI-MÜLLER REGINA E., Die natürlichen Personen, Art. 11–19d ZGB, Rechts- und Handlungsfähigkeit, Berner Kommentar Zivilgesetzbuch, 2. Aufl., Bern 2017 (zit. BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER, Art. x ZGB N y).
- BÜCHLER ANDREA/JAKOB DOMINIQUE (Hg.), Kurzkommentar ZGB, 2. Aufl., Basel 2017 (zit. KUKO ZGB-BEARBEITERIN, Art. x ZGB N y).
- BÜCHLER ANDREA *et al.* (Hg.), FamKomm Erwachsenenschutz, Bern 2013 (zit. FamKomm ES-BEARBEITERIN, Art. x ZGB N y).
- GEISER THOMAS/FOUNTOULAKIS CHRISTIANA (Hg.), Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch I, Art. 1–456 ZGB, 7. Aufl., Basel 2022 (zit. BSK ZGB I-BEARBEITERIN, Art. x ZGB N y).
- GRÜNEBERG CHRISTIAN (Hg.), Bürgerliches Gesetzbuch, 84. Aufl., München 2025 (zit. Grüneberg/BEARBEITERIN, § x BGB N y).
- NAGUIB TAREK/DEMIR EYLEM/FILIPPO MARTINA (Hg.), Stämpflis Handkommentar. UNO-Behindertenrechtskonvention, Bern 2023 (zit. SHK UN-BRK-BEARBEITERIN, Art. x UN-BRK N y).
- PICHONNAZ PASCAL/FOËX BÉNÉDICT (Hg.), Commentaire romand, Code civil I, Art. 1–456 CC, 2. Aufl., Basel 2023 (zit. CR CC I-BEARBEITERIN, Art. x ZGB N y).
- SCHMAHL STEFANIE, Kinderrechtskonvention mit Zusatzprotokollen, Handkommentar, 2. Aufl., Baden-Baden 2017 (zit. HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. x UN-KRK N y).
- SPÜHLER KARL/TENCHIO LUCA/INFANGER DOMINIK (Hg.), Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 4. Aufl., Basel 2024 (zit. BSK ZPO-BEARBEITERIN, Art. x ZPO N y).
- WALDMANN BERNHARD/BELSER EVA MARIA/EPINEY ASTRID (Hg.), Basler Kommentar, Bundesverfassung, Basel 2015 (zit. BSK BV-BEARBEITERIN, Art. x BV N y).

Verzeichnis der Materialien und Dokumente

- Amt für Jugend und Berufsberatung Kanton Zürich, Detailkonzept Pflegefamilie. Entwurf vom 24. Januar 2020 (zit. Detailkonzept Pflegefamilien).
- Amt für Soziales Kanton St. Gallen, Kinder in Pflegefamilien, Konzept zur Zusammenarbeit der Fachpersonen, St. Gallen 2024, www.sg.ch/gesundheit-soziales/soziales/familie/pflegefamilien.html (zit. Konzept Zusammenarbeit).
- Annual Report of the Special Rapporteur on Child Protection 2022, Dublin 2022, www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/242675/ae5ade7f-2c30-45b2-942c-1a2fc87847b8.pdf#page=null (zit. Annual Report Ireland).
- Australian Government Department of Health and Ageing, National Clinical Assessment Framework for Children and Young People in Out-of-Home Care, Canberra 2011, www.health.gov.au/sites/default/files/2024-03/national-clinical-assessment-framework-for-children-and-young-people-in-out-of-home-care.pdf (zit. Framework Australia).
- Botschaft des Bundesrates über die Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Kindesverhältnis) vom 5. Juni 1974, BBl 1974 II 1 ff., www.fedlex.admin.ch/eli/fga/1974/2_1_1_1/de (zit. Botschaft Kindesverhältnis).
- Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2009, BBl 2002 29 ff., www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2002/13/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-fga-2002-13-de-pdf-a.pdf (zit. Botschaft TxG).
- Botschaft zum Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 5. Juli 2017, BBl 2017 5597 ff., www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2017/1501/de (zit. Botschaft GUMG).
- Botschaft zur Änderung der Verfassungsbestimmung zur Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV) sowie des Fortpflanzungsmedizinengesetzes (Präimplantationsdiagnostik) vom 7. Juni 2013, BBl 2013 5853 ff., www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2013/1075/de (zit. Botschaft Präimplantationsdiagnostik).
- Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personen- und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006, BBl 2006 7001 ff., www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2006/899/de (zit. Botschaft KESR).
- Botschaft zur Genehmigung des Übereinkommens vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 19. Dezember 2012, BBl 2013 661 ff., www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2013/126/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-fga-2013-126-de-pdf-a.pdf (zit. Botschaft UN-BRK).
- Council of Europe, Strengthening National Child Participation Frameworks and Action in Europe – CP4Europe, Guidelines for developing a National Children’s Participation Strategy or a Participation Strategy within a National Children’s Rights Strategy, Strassburg 2023, <https://rm.coe.int/guidelines-for-developing-a-national-children-s-participation-strategy/1680abb33f> (zit. Guidelines Europe).
- Council on Foster Care Adoption and Kinship Care, American Academy of Pediatrics, Policy Statement, Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care, in: *Pediatrics* 4/2015, S. 1131–1140, <https://publications.aap.org/pediatrics/article/136/4/e1142/73872/Health-Care-Issues-for-Children-and-Adolescents-in?autologincheck=redirected> (zit. Policy Statement USA).

- Datenschutzbeauftragte des Kantons Zürich, Leitfaden Datenschutz im Sozialbereich, Zürich 2022, https://docs.datenschutz.ch/u/d/publikationen/leitfaeden/leitfaeden_datenschutz_im_sozialbereich.pdf (zit. Leitfaden Datenschutz).
- Department of Children and Youth Affairs Ireland/Barnardos, A practical guide to including seldom-heard children & young people in decision-making, Dublin 2015, www.cmetb.ie/wp-content/uploads/2021/11/Seldom-heard-a_practical_guide.pdf (zit. Practical Guide Ireland).
- Department of Children and Youth Affairs Ireland, National Strategy on Children and Young People's Participation in Decision-making, 2015–2020, Dublin 2015, www.gov.ie/en/publication/9128db-national-strategy-on-children-and-young-peoples-participation-in-dec (zit. National Strategy Ireland).
- Department of Children, Equality, Disability, Integration and Youth Ireland, Participation of Children and Young People in Decision-making, Action Plan 2024–2028, Dublin 2024, www.gov.ie/en/publication/25fcf-participation-of-children-and-young-people-in-decision-making-action-plan-2024-2028 (zit. Action Plan Ireland).
- Department of Children, Equality, Disability, Integration and Youth Ireland, Report on the Public Consultation on the next Government Policy Framework for the Participation of Children and Young People in Decision-making, Final Report November 2023, Dublin 2023, <https://hubnanog.ie/wp-content/uploads/Public-Consultation-on-next-Gov-Policy-FW-for-Participation-of-C-and-YP.pdf> (zit. Final Report Ireland).
- Department of Children, Equality, Disability, Integration and Youth Ireland, Participation Framework, National Framework for Children and Young People's Participation in Decision-making, Dublin 2021, <https://hubnanog.ie/participation-framework> (zit. Participation Framework Ireland).
- Department of Education/Department of Health UK, Statutory Guidance on Promoting the Health and Well-Being of Looked after Children, März 2015, https://assets.publishing.service.gov.uk/media/630623bdd3bf7f3660de63da/Promoting_the_health_and_well-being_of_looked-after_children_August_2022_update.pdf (zit. Statutory Guidance UK).
- Department of Health and Children Ireland, National Standards for Foster Care, Dublin 2003, <https://assets.gov.ie/39202/503445f5e00444e0bd17ef66foc5f732.pdf> (zit. National Standards Ireland).
- Department of Health and Children Ireland, Report of the Working Group on Foster Care: foster care – a child centred partnership, Dublin 2001, www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/73093/ReportWGFosterCare.pdf?sequence=1&isAllowed=y (zit. Report Ireland).
- EACH-Charta mit Erläuterungen, Lenzburg 2016, www.ukbb.ch/wAssets/docs/downloadcenter/Behandlung-Aufenthalt/Charta-Kinder-Spital.pdf (zit. EACH).
- Empfehlungen Ärzteschaft – Kinderschutz von der Ärztesgesellschaft Zürich, dem Verband Hausärzte Zürich, der Vereinigung Kinderärzte Zürich und der KESB-Präsidienvereinigung Kanton Zürich, Zürich 2019, https://kpv-zh.ch/wp-content/uploads/2019/03/empfehlungen_aerzte_kesb_kinderschutz_v1.1.pdf (zit. Empfehlungen Ärzteschaft).
- Empfehlungen der KOKES zur Ernennung der geeigneten Beistandsperson vom 29. November 2024, Wer passt zu wem?, Bern 2024, www.kokes.ch/application/files/8517/3826/8821/KOKES_-_Empfehlungen_geeignete_Beistandsperson.pdf (zit. Empfehlungen KOKES).

- Empfehlungen der SODK und der KOKES zur ausserfamiliären Unterbringung vom 20. November 2020, Bern/Luzern 2021, www.kokes.ch/application/files/1916/1130/8588/DE_Einzelseiten.pdf (zit. Empfehlungen SODK/KOKES).
- Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens zur Änderung der Kinder- und Jugendförderungsverordnung; Stärkung der Kinderrechte vom 15. Dezember 2023 des Bundesamtes für Sozialversicherungen, Bern 2023, www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/85400.pdf (zit. Erläuternder Bericht KJFV).
- Erläuternder Bericht zur Totalrevision der Verordnung vom 19. Oktober 1977 über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption (PAVO; Pflegekinderverordnung) und zur Verordnung über die Adoption (AdoV; Adoptionsverordnung) vom 21. Juni 2010 des Bundesamtes für Justiz, Bern 2010, www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/77648.pdf (zit. Erläuternder Bericht PAVO).
- Erläuterungen zu den revidierten Bestimmungen der Pflegekinderverordnung vom 26. November 2012 des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements, Bern 2012, www.bj.admin.ch/dam/bj/de/data/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/kinderbetreuung/erl-vo-d.pdf.download.pdf/erl-vo-d.pdf (zit. Erläuterungen PAVO).
- Handhabung von Art. 1a Abs. 2 PAVO durch die Familiengerichte, Kreisschreiben des Obergerichts des Kantons Aargau (Kammer für Kindes- und Erwachsenenschutz) vom 1. Januar 2013 (zuletzt geändert am 1. August 2022), Aarau 2013, www.ag.ch/media/kanton-aargau/jb/dokumente/kesb/dokumente/kreisschreiben/handhabung-von-art-1a-abs-2-pavo-durch-die-familiengerichte.pdf (zit. Kreisschreiben OGer AG).
- Historisches Seminar, Universität Zürich, Medienmitteilung vom 23. September 2019. Mindestens 3000 Patienten von den Medikamentenversuchen an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen betroffen, Zürich 2019, www.tg.ch/public/upload/assets/84828/Medienmitteilung_Uni_Zuerich.pdf?fp=1 (zit. Medienmitteilung Münsterlingen).
- Interpellation 23.4357 vom 6. Dezember 2023, Wyss Sarah, Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Gefängnissen aufgrund Platzmangels, www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20234357 (zit. Interpellation 23.4357 Wyss).
- Kind + Spital, Meine Rechte im Spital, Lenzburg 2016, https://kindundspital.ch/wp-content/uploads/2023/12/kinder_charta_de.pdf (zit. Meine Rechte).
- KOKES-Statistik 2023, Anzahl Personen mit Schutzmassnahmen per 31. 12. 2023, in: ZKE 5/2024, S. 334–347, www.kokes.ch/de/dokumentation/statistik/aktuellste-zahlen (zit. KOKES-Statistik 2023).
- KOKES, Medienmitteilung vom 14. September 2022, 80–85 Prozent der KESB-Schutzmassnahmen erfolgen einvernehmlich. Unauffällige Entwicklung der KESB-Fallzahlen, Luzern 2022, www.kokes.ch/application/files/2116/6313/8156/MM_KOKES-Statistik_2021.pdf (zit. Medienmitteilung KESB-Fallzahlen).
- Leitlinien des Ministerkomitees des Europarates für eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung vom 21. September 2011, Strassburg 2011, <https://rm.coe.int/168046ccef> (zit. Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung).
- Leitlinien des Ministerkomitees des Europarates für eine kindgerechte Justiz vom 17. November 2010, Strassburg 2010, <https://rm.coe.int/16806ad0c3Y> (zit. Leitlinien kindgerechte Justiz).

- Leitlinie zur Forschung mit gesunden Kindern und Jugendlichen von swissethics, Bern 2017, https://swissethics.ch/assets/pos_papiere_leitfaden/forschung_an_gesunden_minderjaehrigen.pdf (zit. Leitlinie Forschung).
- Motion 19.3633 vom 17. Juni 2019, Noser Ruedi, Ombudsstelle für Kinderrechte, www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20193633 (zit. Motion Noser).
- Parlamentarische Initiative, Zwangssterilisationen, Entschädigung für Opfer (von Felten), Bericht der Kommission für Rechtsfragen des Nationalrates vom 23. Juni 2003, BBl 2003 6311 ff., www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2003/1025/de (zit. Bericht Zwangssterilisationen).
- Policy Paper des Deutschen Instituts für Menschenrechte, zuhören – ernst nehmen – handeln: wie das Recht auf Partizipation von Kindern in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit gefördert werden kann, Berlin 2014, www.ssoar.info/ssoar/handle/document/41786 (zit. Policy Paper).
- Postulat 22.4407 vom 14. Dezember 2022, Roduit Benjamin, Ein zeitgemässer Handlungsrahmen für die ausserfamiliäre Begleitung von Kindern tut not, www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20224407 (zit. Postulat 22.4407 Roduit).
- Postulat 02.3239 vom 11. Juni 2002, Fehr Jacqueline, Pflegekinderwesen in der Schweiz, www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20023239 (zit. Postulat 02.3239 Fehr).
- Quality4Children Standards zur ausserfamiliären Betreuung in Europa, Zürich 2008, www.quality4children.net/wp-content/uploads/2024/02/q4cstandards-deutschschweiz.pdf (zit. Quality4Children).
- SAMW, Richtlinie, Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis, Basel 2019, www.samw.ch/dam/jcr:f280a76e-f5d9-4a83-b80d-5debe56507ae/richtlinien_samw_urteilsfaehigkeit.pdf (zit. SAMW Richtlinie).
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Checklisten Vorsorgeuntersuchungen, 4. Aufl., Freiburg 2011, www.paediatricschweiz.ch/unterlagen/checklisten (zit. Checklisten Vorsorgeuntersuchungen).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Nationaler Gesundheitsbericht 2020, Bern 2020, www.obsan.admin.ch/sites/default/files/gesundheitsbericht_2020.pdf (zit. Nationaler Gesundheitsbericht 2020).
- Stellungnahme der NEK-CNE zur Forschung mit Kindern, Bern 2009, www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-CNE_Forschung_mit_Kindern.pdf (zit. Stellungnahme NEK-CNE).
- UN Committee on the Rights of the Child, Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Switzerland, 22. Oktober 2021, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g21/293/54/pdf/g2129354.pdf> (zit. CRC/C/CHE/CO/5-6).
- UN Committee on the Rights of the Child, Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of Switzerland, 26. Februar 2015, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FCO%2FCHE%2FCO%2F2-4&Lang=en (zit. CRC/C/CHE/CO/2-4).
- UN Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17. April 2013, https://digitallibrary.un.org/record/778524/files/CRC_C_GC_15-EN.pdf?ln=en (zit. CRC/C/GC/15).

- UN Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 12 (2009): The right of the child to be heard, 1. Juli 2009, www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/advanceversions/crc-c-gc-12.pdf (zit. CRC/C/GC/12).
- UN General Assembly, Guidelines for the Alternative Care of Children, 14. Februar 2010, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n09/470/35/pdf/n0947035.pdf> (zit. Guidelines Alternative Care).
- UNICEF Schweiz und Liechtenstein/Marie Meierhofer Institut für das Kind, Deine Meinung zählt. Alles zur Kindesanhörung in zivilrechtlichen Verfahren, Zürich 2023, www.unicef.ch/sites/default/files/2023-06/UNICEF_Erklaerbroschuere_2023_DE_online.pdf (zit. Informationsbroschüre Kindesanhörung).
- UNICEF Schweiz und Liechtenstein/Marie Meierhofer Institut für das Kind, Die Kindesanhörung in zivilrechtlichen Verfahren. Leitfaden für Fachpersonen, Zürich 2023, www.unicef.ch/sites/default/files/2023-06/UNICEF_Leitfaden_2023_DE_online.pdf (zit. Leitfaden Kindesanhörung).

Abkürzungsverzeichnis

a	alt
Abs.	Absatz
ADC	Archives of Disease in Childhood (London)
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AdoV	Verordnung über die Adoption (Adoptionsverordnung) vom 29. Juni 2011 (SR 211.221.36)
AFZFG	Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 vom 30. September 2016 (SR 211.223.13)
AG	Aargau
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AJO	American Journal of Orthopsychiatry (Washington)
AJP	Aktuelle Juristische Praxis (St. Gallen)
a.M.	anderer Meinung
APARIUZ	Analysen und Perspektiven von Assistierenden des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich
Art.	Artikel
art.	article
Aufl.	Auflage
BBl	Bundesblatt
BGB	Deutsches Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896
BGE	Bundesgerichtsentscheid/Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts (amtliche Sammlung)
BGer	Bundesgericht
BGFA	Bundesgesetz über die Freizügigkeit der Anwältinnen und Anwälte (Anwaltsgesetz) vom 23. Juni 2000 (SR 935.61)
BGG	Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz) vom 17. Juni 2005 (SR 173.110)
BioFokus	Zeitschrift des Vereins «Forschung für Leben» (Zürich)
Biomedizinkonvention	Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) vom 4. April 1997 (SR 0.810.2)
BSK	Basler Kommentar
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
CC	Code civil suisse du 10 décembre 1907 (SR 210)
Child Care in Practice	Journal of multi-disciplinary child care practice (London)
ChildLinks	The Journal of Barnardos (Dublin)
Child. Youth Serv. Rev.	Children and Youth Services Review (Amsterdam)
CHK	Handkommentar zum Schweizer Privatrecht
CMAJ	Canadian Medical Association Journal (Ottawa)

CR	Commentaire romand
CRC	Committee on the Rights of the Child
der informierte @rzt	Fortbildungsmagazin für den Praktiker (Erlenbach)
ders.	derselbe
d.h.	das heisst
dies.	dieselbe(n)
Diss.	Dissertation
Doc	Document
DSD	Differences of sex development
E.	Erwägung
EACH	European Association for Children in Hospital
EMRK	Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (SR 0.101)
EO	Erwerbsersatzordnung
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015 (SR 816.1)
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 28. September 2012 (SR 18.101)
EQUALS	Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen
ES	Erwachsenenschutz
et al.	et alii/aliae
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
f.	und folgende
FamKomm	Familienkommentar
FamPra.ch	Die Praxis des Familienrechts (Bern)
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (Bielefeld)
ff.	und fortfolgende
FICE	Fédération internationale des communautés éducatives
FMedG	Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz) vom 18. Dezember 1998 (SR 810.11)
Fn	Fussnote
Forum Erziehungshilfen	Zeitschrift für erzieherische Hilfen (Weinheim)
FPO	Familienplatzierungsorganisationen
FR	Freiburg
FS	Festschrift
FU	fürsorgerische Unterbringung
gl.M.	gleicher Meinung
GUMG	Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 15. Juni 2018 (SR 810.12)
Gynäkologie	Schweizer Zeitschrift für Gynäkologie (Schaffhausen)
HFG	Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz) vom 30. September 2011 (SR 810.30)
HK	Handkommentar
h.L.	herrschende Lehre
HMG	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21)

Hg.	Herausgeber
IFCO	International Foster Care Organisation
INTEGRAS	Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik
Ir. Med. J.	Irish Medical Journal (Dublin)
i.S.	in Sachen
IV	Invalidenversicherung
i.V.m.	in Verbindung mit
JDBP	Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics (Hagerstown)
JuG	Jugendgesetz des Kantons Freiburg vom 12. Mai 2006 (SGF 835.5)
JuKiP	Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Stuttgart)
juridikum	Zeitschrift für Kritik, Recht, Gesellschaft (Wien)
Jusletter	elektronische Zeitschrift (Bern)
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
KGer	Kantonsgericht
KJFV	Verordnung über die Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendförderungsverordnung) vom 3. Dezember 2021 (SR 446.11)
KJG	Kinder- und Jugendheimgesetz des Kantons Zürich vom 27. November 2017 (LS 852.2)
KOKES	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz
Krankenpflege	Fachzeitschrift für die professionelle Pflege (Bern)
lit.	littera
LS	Zürcher Loseblattsammlung
LU	Luzern
MedR	Medizinrecht (München)
m.w.H.	mit weiteren Hinweisen
MWSTV	Mehrwertsteuerverordnung vom 27. November 2009 (SR 641.201)
N	Note(n)
NEK-CNE	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
NetzSpezial	Spezialausgabe der Zeitschrift von PACH (Zürich)
NFP	Nationales Forschungsprogramm
No.	Numero
Nr.	Nummer
OGer	Obergericht
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (SR 220)
PACH	Pflege- und Adoptivkinder Schweiz
Pädiatrie	Schweizer Fortbildungszeitschrift für Pädiater und Allgemeinärzte (Schaffhausen)
Paediatrica	Fortbildungszeitschrift von Pädiatrie Schweiz (Freiburg)
PAP	Partizipation von Pflegekindern
PatG	Patientinnen- und Patientengesetz des Kantons Zürich vom 5. April 2004 (LS 813.13)

PAVO	Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern (Pflegekinderverordnung) vom 19. Oktober 1977 (SR 211.222.338)
PCH Pediatrics	Paediatrics & Child Health (Oxford) Flagship Journal of the American Academy of Pediatrics (Itasca)
Pediatr. Res. Primary & Hospital Care Pro Mente Sana Aktuell	Pediatric Research (London) Zeitschrift für die Allgemeine Innere Medizin (Basel) Magazin der schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana (Zürich)
recht	Zeitschrift für juristische Weiterbildung und Praxis (Bern)
Rz	Randziffer(n)
S.	Seite
SAEZ	Schweizerische Ärztezeitung (Basel)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SG	St. Gallen
SGB VIII	Deutsches Aechtes Buch Sozialgesetzbuch vom 26. Juni 1990
SGF	Systematische Gesetzessammlung Kanton Freiburg
SHK	Stämpflis Handkommentar
SIPR	Reglement über die sonder- und sozialpädagogischen Institutionen und die professionellen Pflegefamilien des Kantons Freiburg vom 16. Dezember 2019 (SGF 834.1.21)
SKMR	Schweizerische Kompetenzzentrum für Menschenrechte
SMF	Swiss Medical Forum (Basel)
Soc. Sci.	Social Sciences (Basel)
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
sog.	sogenannt
SozialAktuell	Fachzeitschrift für Soziale Arbeit (Bern)
Sozial Extra	Zeitschrift für Soziale Arbeit (Wiesbaden)
Sterilisationsgesetz	Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen vom 17. Dezember 2004 (SR 211.111.1)
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)
SVBB	Schweizerischer Verband der Berufsbeistandspersonen
Thema	Fachmagazin von INTEGRAS (Zürich)
Trauma & Gewalt	Zeitschrift für Psychotraumatologie (Stuttgart)
TVA	Trauma, Violence, & Abuse (Thousand Oaks)
TxG	Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004 (SR 810.21)
UK	United Kingdom
UN	United Nations
UN-BRK	Übereinkommen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (SR 0.109)

<i>und</i> Kinder	Magazin vom Marie Meierhofer Institut für das Kind (Zürich)
UNICEF	United Nations Children's Fund
UN-KRK	Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes (SR 0.107)
UNO-Pakt II	Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über bürgerliche und politische Rechte (SR 0.103.2)
USA	United States of America
Verfassung WHO	Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 (SR 0.810.1)
vgl.	vergleiche
WiF.Swiss	Wissenslandschaft Fremdplatzierung
ZBJV	Zeitschrift des Bernischen Juristenvereins (Bern)
ZfPP	Zeitschrift für Pädagogische Psychologie (Bern)
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
ZH	Zürich
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert
ZKE	Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz (Zürich)
ZPO	Schweizerische Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung) vom 19. Dezember 2008 (SR 272)
ZVW	Zeitschrift für Vormundchaftswesen (Zürich)
4bis8	Fachzeitschrift für Kindergarten und Unterstufe (Biel)

Einleitung

A. Ausgangslage

- 1 In der Schweiz leben ungefähr 18 000 Kinder weder im gemeinsamen Haushalt der Eltern noch bei einem Elternteil. Davon leben ungefähr 6000 Kinder bei Pflegeeltern und ungefähr 12 000 Kinder in Kinder- und Jugendheimen.¹ Laut der KOKES-Statistik waren per 31. Dezember 2023 4884 Kinder, gestützt auf den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts gemäss Art. 310 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB), ausserfamiliär untergebracht.²
- 2 Pflegekinder sind Kinder,³ die nicht von ihren rechtlichen Eltern (nachfolgend Herkunftseltern genannt)⁴ gepflegt und erzogen werden,⁵ sondern von Dritten, namentlich von ihren Pflegeeltern oder Fachpersonen im Heim, denen das Kind anvertraut worden ist (nachfolgend als Heimerziehende bezeichnet). Im Folgenden meint der Begriff «Pflegekinder» minderjährige Personen, die aufgrund einer zivilrechtlichen Kinderschutzmassnahme oder im Rahmen der elterlichen Sorge ausserfamiliär in einer Pflegefamilie oder in einem Heim untergebracht sind. Demnach werden keine Unterbringungen, die sich auf das Jugendstrafrecht stützen, behandelt.⁶ Ebenso wenig gelten die Ausführungen für Careleaver*innen, d.h. junge Menschen, die ihre Kindheit und/oder Jugend teilweise in einer Pflegefamilie oder einem Heim verbracht haben und sich im Übergang ins Erwachsenenleben befinden.⁷
- 3 Ausserfamiliäre Unterbringungen sind für Kinder Ausnahmesituationen, die ihre Entwicklung und Zukunft nachhaltig beeinflussen und sie in eine besonders vulnerable Situation bringen.⁸ Das Recht auf Partizipation, d.h. auf Teilhabe am Verfahren und auf Mitsprache, ist deshalb von besonderer Bedeutung für Pflegekinder. Ihre Partizipationsrechte, namentlich das Recht auf Anhörung (Art. 314a ZGB), auf Vertretung im Verfahren (Art. 314a^{bis} ZGB) sowie auf Beizug einer Vertrauensperson (Art. 1a Abs. 2 lit. b Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern [Pflegekinderverordnung, PAVO]),

1 Vgl. SEITERLE, Schlussbericht, 20, wobei die Zahlen aus Hochrechnungen aufgrund von Erhebungen in fünf Kantonen stammen und deren Verlässlichkeit deshalb beschränkt ist; vgl. auch Empfehlungen SODK/KOKES, 16; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1165.

2 KOKES-Statistik 2023, 341.

3 Mit «Kindern» sind in der vorliegenden Arbeit sämtliche Personen gemeint, welche das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben; vgl. Art. 14 ZGB, Art. 1 UN-KRK.

4 Vgl. auch FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 134.

5 Vgl. GASSNER, Pflegeeltern, Rz 61.

6 Siehe hierzu beispielsweise GEISSBERGER, Rz 13 ff.

7 AEBY *et al.*, 1; Empfehlungen SODK/KOKES, 18.

8 Siehe auch LANNEN/SIMONI/JENNI, 1 ff.; siehe zu Pflegekindern als vulnerabler Gruppe McNICHOLAS *et al.*, 105 ff.

werden in der Praxis aber nur mangelhaft umgesetzt.⁹ Es handelt sich demnach um einen unterbearbeiteten Bereich des Kindesschutzrechts. Dies ist umso erstaunlicher, als im Rahmen der Aufarbeitung der schwierigen Geschichte des Pflegekinderwesens in der Schweiz erkannt wurde, dass Pflegekinder die verweigerte Partizipation ähnlich traumatisch empfunden haben wie die in Pflegefamilien und Heimen erlittene Misshandlung und Vernachlässigung.¹⁰

- 4 Nach Pflege- und Adoptivkinder Schweiz (PACH) und dem Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik (INTEGRAS) besteht deshalb ein Forschungsbedarf bei der praktischen Umsetzung der Partizipationsrechte von Pflegekindern.¹¹ Dabei soll erforscht werden, wie die Partizipation von Pflegekindern durch Fachpersonen in behördlichen Verfahren umgesetzt wird und gefördert werden kann sowie wie dies das Wohl und eine gute Entwicklung von Pflegekindern beeinflussen kann.¹² Ein Teil dieser Problematik betrifft das Recht. Ziel dieser Untersuchung ist deshalb, die Partizipationsrechte von Pflegekindern sowie deren praktische Umsetzung aufzuzeigen und Anhaltspunkte für eine bessere Implementation in der Praxis zu identifizieren. Dabei geht es nicht nur um die Partizipationsrechte von Pflegekindern im Verfahren, sondern insbesondere um ihre Mitwirkung bei medizinischen Behandlungen als einem zentralen Lebensbereich.
- 5 Studien zeigen nämlich, dass viele Pflegekinder medizinisch unterversorgt sind.¹³ Vor allem die Kontinuität und die Verbindlichkeit der medizinischen Versorgung sind aufgrund der zahlreichen involvierten Institutionen und Personen wie beispielsweise das Pflegekind selbst, dessen Eltern, die Pflegeeltern oder das Heim, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sowie häufig auch Beistandspersonen und Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege problematisch. Zudem bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Informationsflüsse und Entscheidungszuständigkeiten. Bestehende Regelungen zur Entscheidungszuständigkeit bei medizinischen Behandlungen von Pflegekindern lassen Interpretationsspielraum offen und müssen im Einzelfall konkretisiert werden. In der Praxis bestehen zudem aufgrund der zahlreichen involvierten Personen und Stellen, die über ein unterschiedliches Näheverhältnis zum Kind und auch über unterschiedliche Information zu dessen gesundheitlicher Situation verfügen, häufig Unsicherheiten, wie bei medizinischen Behandlungen und Therapien, die das Pflegekind betreffen, vorzugehen ist. Beispielsweise ist unklar, wer den Auftrag zur medizinischen

9 Vgl. PACH/INTEGRAS, 15 f. und 32 ff.; STÖSSEL/GERBER JENNI, 344 ff.

10 Vgl. SCHOCH *et al.*, Participation, 8; vgl. auch COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 3 m.w.H.; MÜLLER *et al.*, 129.

11 PACH/INTEGRAS, 2 ff.; vgl. auch KÖNGETER *et al.*, Partizipation, 101.

12 PACH/INTEGRAS, 30 ff.

13 Vgl. MÖGEL/JENNI, Gesundheitliche Versorgung, 268 ff.; Nationaler Gesundheitsbericht 2020, 38; vgl. auch Framework Australia, 1; FRIEDRICH/SCHMID, 29; GASSMANN, 52; HÉBERT/MACDONALD, 453; JENKEL *et al.*, 6; KINDLER *et al.*, 209; Policy Statement USA, 1132; PONTI, 129; SCHMID, Herausforderung, 141 ff.; SHULER, 105; Statutory Guidance UK, 8; WITT/SCHMID/FEGERT, 767.

Behandlung des Pflegekindes erteilen kann und wem Kinderärzt*innen ihre Befunde mitteilen dürfen respektive müssen.¹⁴

- 6 Dies war Anlass für Prof. Dr. med. Oskar Jenni, Entwicklungspädiater, Co-Leiter Abteilung Entwicklungspädiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich, ein Projekt anzustossen, das in Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Kindern, die in Institutionen und Pflegefamilien leben, mündete. Es wurde auch mit Blick auf die Revision der PAVO initiiert, die derzeit auf sich warten lässt. Die vorliegende Untersuchung nahm diese Arbeiten zum Anlass, die rechtliche Seite der Problematik auszuleuchten.
- 7 Weiter werden daher in dieser Untersuchung die festgestellte medizinische Unterversorgung von Pflegekindern aus rechtlicher Perspektive analysiert und Lösungsmöglichkeiten skizziert, wie eine kontinuierliche und verbindliche medizinische Versorgung von Pflegekindern sichergestellt werden kann. Dazu werden die Entscheidungszuständigkeiten und die Informationsflüsse hinsichtlich medizinischer Behandlungen des Pflegekindes zwischen den Beteiligten dargelegt und es wird untersucht, wie diese untereinander kooperieren sollen. Ausserdem wird dargelegt, wie das Pflegekind dabei partizipieren kann. Denn nur bei Berücksichtigung all dieser Faktoren kann das Pflegekind respektive die zuständige Person oder Stelle die bestmöglich dem Wohl des Pflegekindes entsprechende Entscheidung treffen. Diese Untersuchung soll deshalb zusätzlich einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Pflegekindern sowie deren Stellung im Platzierungsverfahren leisten.

B. Geschichte des Pflegekinderwesens

- 8 Das Pflegekinderwesen in der Schweiz weist eine lange, belastete Geschichte auf. Bis ins 18. Jahrhundert brachten Armenbehörden und kirchliche Institutionen Kinder, deren Eltern nicht für sie sorgen konnten und die nicht bei Verwandten unterkamen, die bettelten oder auf der Strasse lebten, möglichst kostengünstig in Waisen- oder Armenhäusern unter. Ab dem 19. Jahrhundert wurden diese Massnahmen zunehmend durch präventive Wegnahmen abgelöst, mit denen gefährdete Kinder aus benachteiligten Familien in einem neuen Umfeld platziert wurden, wo sie zu anständigen Gesellschaftsmitgliedern erzogen werden sollten.¹⁵ Zudem wurden bis Mitte des 20. Jahrhunderts zur Bekämpfung der Armut Kinder aus armen Familien als sog. Verdingkinder in Bauernfamilien geschickt. Dort wurden sie oftmals als günstige Arbeitskräfte eingesetzt, sie erfuhren physischen, psychischen und sexuellen Missbrauch und wurden schulisch kaum gefördert.¹⁶

14 Vgl. HÉBERT/MACDONALD, 453; vgl. auch SCHNURR *et al.*, 24.

15 Vgl. SCHOCH/MÜLLER, 27; siehe auch DROZ-SAUTHIER, 8 ff. m.w.H.

16 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1130; vgl. zum Ganzen auch ZATTI, Geschichte, 10 ff.; vgl. zur Thematik der Verdingkinder (sowie derjenigen der Kindesweg-

- 9 Verdingkinder wurden gesetzlich nicht geschützt. Einzig gemeinnützige Vereine, zum Beispiel die Armen Erziehungsvereine im Kanton Aargau, versuchten, diese Pflegeverhältnisse zu begleiten sowie zu beaufsichtigen. Dadurch wollten sie die Missstände mildern und übten praktischen Kinderschutz aus, obwohl dieser gesetzlich noch lange nicht geregelt war.¹⁷
- 10 Die Art. 283–285 des aZGB von 1912 zum Kinderschutz waren sehr offen formuliert, wobei die Voraussetzungen, um den Eltern ihr Kind wegnehmen zu können, bloss «Pflichtwidrigkeit», «dauernde Gefährdung» oder «Verwahrlosung» lauteten.¹⁸ Nach dem damaligen Art. 284 aZGB sollte die Vormundschaftsbehörde den Eltern das Kind entziehen und es in angemessener Weise in einer Familie oder Anstalt unterbringen, wenn das Kind dauerhaft in seinem leiblichen oder geistigen Wohl gefährdet oder verwahrlost war.¹⁹ Dabei stand eine für den Gemeindehaushalt möglichst kostengünstige Lösung anstelle des Kindeswohls im Fokus. Ausserdem wurden, gestützt auf kantonale armuts- und fürsorgerechtliche Bestimmungen,²⁰ Kinder, die als (verhaltens)auffällig, arbeitsscheu oder verwahrlost galten, ohne rechtliches Verfahren unter anderem in Pflegefamilien, Erziehungs- und Arbeitsanstalten oder Kinderheimen untergebracht.²¹ Diese administrativen Versorgungen von Kindern dienten der Erfüllung staatlicher Fürsorgepflichten und waren eine sozialdisziplinierende Massnahme. Die Kinder hatten in diesen Unterbringungsprozessen kein Mitspracherecht.²²
- 11 Bei der Schaffung des ZGB hielt man es nicht für notwendig, Pflegekinder rechtlich besonders zu schützen.²³ Zudem waren die Bestimmungen über die Pflegekinderaufsicht in den kantonalen Armengesetzen, den Vorgängern der heutigen Sozialhilfegesetze, in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts unvollständig und uneinheitlich. Die ersten aufsichtsrechtlichen Bestimmungen im Bundesgesetz über die Bekämpfung der Tuberkulose vom 13. Juni 1928 beschränkten sich auf die gesundheitlichen Aspekte hinsichtlich der Tuberkulose von behördlich untergebrachten Kindern. Als das Adoptionsrecht 1972 revidiert wurde, verzichtete man darauf, Pflegeverhältnisse bundesrechtlich zu regeln. Erst anlässlich der Revision des Kindesrechts von 1974 wurde auf Bundesebene mit Art. 316 ZGB die Grundlage für einen präventiven Pflege-

nahmen im Rahmen des sog. Hilfswerks für die Kinder der Landstrasse) auch SCHOCH/MÜLLER, 27.

17 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1131; vgl. auch ZATTI, Geschichte, 13; SCHOCH *et al.*, Participation, 7.

18 BUSINGER/RAMSAUER, 8; RAMSAUER, 37; vgl. zur Begründung der Fremdplatzierung auch JANETT, 133 ff. m.w.H.

19 Vgl. RAMSAUER, 38; siehe auch DROZ-SAUTHIER, 19 f.

20 Vgl. SAUTHIER/COTTIER, 902 ff. m.w.H.

21 Vgl. SCHOCH/MÜLLER, 28; vgl. auch RAMSAUER, 240 ff. m.w.H.

22 Vgl. SCHOCH/MÜLLER, 29; vgl. zum Ganzen auch ABRAHAM *et al.*, Forschungs- und Quellenstand, 46 und 51 f.; MÜLLER *et al.*, 128 f.; SCHOCH *et al.*, Participation, 6 f.

23 Vgl. auch SAUTHIER/COTTIER, 898 ff.

- kinderschutz geschaffen. Gestützt darauf erliess der Bundesrat die PAVO, die am 1. Januar 1978 in Kraft trat und seither nur geringfügig geändert wurde.²⁴
- 12 In den 1970er-Jahren wurde das Familienrecht des ZGB revidiert. Ausserdem ratifizierte die Schweiz 1974 die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention, EMRK), was ebenfalls zu einer grösseren Rechtsreform führte. Für die Partizipation des Kindes waren insbesondere die Ratifizierung des Übereinkommens über die Rechte des Kindes (Kinderrechtskonvention, UN-KRK) durch die Schweiz 1997 und die Reform des Scheidungsrechts 2000 zentral. Am 1. Januar 2013 trat das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in Kraft.²⁵
- 13 2010 startete die politische und wissenschaftliche Aufarbeitung dieser schwierigen Geschichte des schweizerischen Sozialrechts respektive «Kindesschutzrechts». Die damalige Bundesrätin Simonetta Sommaruga entschuldigte sich anlässlich eines Gedenkanlasses 2013 bei den Opfern von Fremdplatzierungen und anderen fürsorgerischen Zwangsmassnahmen. Am 1. April 2017 trat das Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 (AFZFG) in Kraft.²⁶ Dieses schuf die Grundlagen, um unter anderem Fremdplatzierungen in der Schweiz vor 1981 umfassend aufzuarbeiten. Hierbei standen die Anerkennung und Wiedergutmachung des Unrechts, das den Opfern zugefügt worden war, im Fokus.²⁷ Das AFZFG ermöglichte auch die finanzielle Entschädigung der administrativ versorgten Personen und Verdingkinder.²⁸ 2019 wurde die aufarbeitende Untersuchung abgeschlossen. Erst dadurch wurden die Traumatisierungen und Benachteiligungen der Opfer zum ersten Mal vollumfänglich sichtbar.²⁹ Ausserdem wurde 2017 das nationale Forschungsprogramm zu «Fürsorge und Zwang – Geschichte, Gegenwart und Zukunft» (NFP 76) lanciert. Es ist mittlerweile abgeschlossen und die Ergebnisse sind publiziert.³⁰
- 14 Zu den Opfern der schwierigen Geschichte des schweizerischen Sozialrechts zählen mithin auch Kinder, die zwangsweise in Pflegefamilien oder Einrichtungen platziert wurden. Für die Schweiz ist es wichtig, sowohl das Unrecht,

24 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1132; vgl. zur Entstehung des Pflegekinderrechts auch BÄTTIG, 2 ff.; BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 316 ZGB N 4 ff.; HÄFELI, Pflegekindergesetzgebung, 16 f.; VÖLKLE, 3 ff.; ZATTI, Analyse, 17 f. und 25 f.; siehe zur Revision der PAVO ANDERER, Kinder, 135 ff. m.w.H.; vgl. zur Pflegekinderaufsicht DROZ-SAUTHIER, 70 f.

25 Vgl. zum Ganzen SCHOCH *et al.*, Participation, 7 f.; siehe zur Revision von 2000 DROZ-SAUTHIER, 165 ff.; vgl. zum Vormundschaftswesen ZATTI, Analyse, 32 ff.

26 Zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1130.

27 www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/fszm.html; vgl. auch DAMBACH/DROZ-SAUTHIER/LEVY, 68; MOTTIER/BALLIF/HIRSCHBERG, 71 ff. m.w.H.

28 Diesbezüglich hielt das Bundesgericht in seinem Urteil vom 5. 5. 2023, 2C_393/2022, E. 4 f. fest, dass auch fremdplatzierte Kinder, die von der Pflegefamilie adoptiert wurden, die Opfereigenschaft aufweisen und somit Anspruch auf eine Entschädigung haben.

29 SCHOCH/MÜLLER, 30; vgl. zum Ganzen auch SCHOCH *et al.*, Participation, 8.

30 www.nfp76.ch/de; vgl. auch FEHR/HÄFELI, 373 f.; LEITUNGSGRUPPE NFP 76; SAUTHIER/COTTIER, 891 f.

welches diese erlebt haben, anzuerkennen sowie so weit als möglich wieder-gutzumachen, als auch ähnliche Fehler zu verhindern. Nach der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) besteht nämlich immer noch ein hohes Risiko, dass die Rechte von Pflegekindern verletzt werden. Deshalb müssen sie durch entsprechende Prozesse geschützt werden.³¹ Die Basis dafür bildet ein gut ausgebautes und auf die aktuellen Bedürfnisse ausgerichteter Pflegekinderwesen. In diesem Bereich stehen Revisionen aus, insbesondere wurde eine Revision der PAVO angestossen, die bisher aber noch nicht angegangen wurde.³²

C. Begriffe

- 15 Nachfolgend werden für ein besseres Verständnis einige in der vorliegenden Arbeit verwendete Begriffe erklärt, namentlich der immer noch geläufige Begriff des Pflegekinderwesens, freiwillige respektive vereinbarte Platzierung, angeordnete beziehungsweise behördliche Platzierung, ausserfamiliäre Unterbringung, Gesundheit, Gesundheitsversorgung respektive medizinische Versorgung und medizinische Behandlungen.
- 16 *Pflegekinderwesen*: Mit «Pflegekinderwesen» ist die ausserfamiliäre Betreuung von Kindern gemeint. Der Begriff ist angesichts der schwierigen Geschichte negativ konnotiert.³³ Mangels Alternativen wird jedoch der Begriff des Pflegekinderwesens in der vorliegenden Arbeit verwendet.
- 17 *Freiwillige/vereinbarte Platzierung*: Der Begriff «freiwillige Platzierung» respektive «vereinbarte Platzierung» meint die Situation, wenn die Eltern ihr Kind im Rahmen ihrer elterlichen Sorge ausserfamiliär in einer Pflegefamilie oder in einem Heim unterbringen.³⁴ Dabei schliessen die Eltern den Pflegevertrag ab.³⁵
- 18 *Angeordnete/behördliche Platzierung*: Diese Begriffe bezeichnen im Gegensatz zur «freiwilligen» beziehungsweise «vereinbarten» Platzierung den Fall, wenn die KESB den Eltern, gestützt auf Art. 310 ZGB, gegen deren Willen das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzieht und das Kind ausserfamiliär unterbringt.³⁶ Diesfalls unterzeichnet die KESB oder allenfalls vertretungsweise

31 Empfehlungen SODK/KOKES, 7; vgl. auch LEITUNGSGRUPPE NFP 76, 7 f.; SCHMID, Herausforderung, 147; siehe zur Aufarbeitung des Pflegekinderwesens in der Schweiz auch BUSINGER/RAMSAUER, 10 ff.

32 Siehe Postulat 22.4407 Roduit.

33 Vgl. Erläuternder Bericht PAVO, 10; vgl. auch ANDERER, Pflegegeld, Rz 68; CHK-BREIT-SCHMID, Art. 300 ZGB N 1.

34 CANTIENI/BLUM, Rz 15.83; vgl. BLÜLLE, 36 (Fn 18) und 40; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.5; siehe auch Rz 27 f. und 140 ff.

35 Empfehlungen SODK/KOKES, 12; siehe auch Rz 93.

36 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.5; siehe auch Rz 24 ff. und 144 f.

eine Beistandsperson nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB den Pflegevertrag.³⁷ Hierbei handelt es sich um rechtliche Begriffe, die beispielsweise auch von der KOKES verwendet werden.³⁸

- 19 *Ausserfamiliäre Unterbringung*: In der vorliegenden Arbeit wird, wenn möglich, der Begriff «ausserfamiliäre Unterbringung» verwendet, da dieser sowohl angeordnete respektive behördliche Platzierungen als auch freiwillige beziehungsweise vereinbarte Platzierungen umfasst und sich viele Probleme, die vorliegend adressiert werden, in beiden Kontexten stellen. Weiter beinhaltet der Begriff die Unterbringung des Kindes in einem Heim ebenso wie in einer Pflegefamilie. Jedoch werden in dieser Arbeit keine Unterbringungen, die sich auf das Jugendstrafrecht stützen, behandelt.³⁹
- 20 *Gesundheit*: Laut der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation bedeutet Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens».⁴⁰ Dieser Gesundheitsbegriff liegt auch dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, UN-BRK)⁴¹ und der UN-KRK⁴² zugrunde. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff «Gesundheit» im Sinne dieser Definitionen ebenfalls breit gefasst.
- 21 *Gesundheitsversorgung/medizinische Versorgung*: Infolge des hier verwendeten weiten Gesundheitsbegriffs werden die Begriffe «Gesundheitsversorgung» und «medizinische Versorgung» grundsätzlich als Synonyme verwendet. Sie umfassen damit zum Beispiel auch Impfungen von Kindern gegen gefährliche Infektionskrankheiten, die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern oder psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote für Kinder.
- 22 *Medizinische Behandlungen*: Sofern vorliegend von «medizinischen Behandlungen» gesprochen wird, sind damit Heilbehandlungen im weiteren Sinn gemeint, d.h. alle heilenden, diagnostischen und vorbeugenden ärztlichen Eingriffe zu therapeutischen Zwecken.⁴³ Falls ausnahmsweise keine Heilbehandlung gemeint ist, wird darauf hingewiesen.

37 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1159; siehe auch Rz 94.

38 Siehe Empfehlungen SODK/KOKES, 12 f.; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Argumentarium, 8 (inklusive Fn 1).

39 Siehe Rz 2.

40 Verfassung WHO.

41 Vgl. SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 26 UN-BRK N 28.

42 CRC/C/GC/15, Ziff. 4.

43 Vgl. THOMMEN, Eingriffe, 28; vgl. auch Art. 34 Abs. 1 MWSTV; MICHEL/RUTISHAUSER, 7.

I. Rechtsgrundlagen

- 23 Sowohl das schweizerische als auch das internationale Recht weisen nur wenige Bestimmungen auf, die spezifisch Pflegekinder betreffen (beispielsweise Art. 294, 300, 307 Abs. 2, Art. 310 und 316 ZGB, Art. 1 ff. PAVO, Art. 9 und 20 UN-KRK). Auf diese wird nachfolgend kurz eingegangen, wobei teilweise auch Bestimmungen eingeführt werden, die für die Partizipation und medizinische Behandlung bei Kindern generell gelten und somit auch auf Pflegekinder anwendbar sind.

A. Schweizerisches Recht

1. Zivilgesetzbuch

a. Bestimmung über den Aufenthalt des Kindes

- 24 Solange ein Kind minderjährig ist, steht es unter der gemeinsamen elterlichen Sorge seiner Eltern (Art. 296 Abs. 2 ZGB). Laut Art. 301a Abs. 1 ZGB beinhaltet die elterliche Sorge das Recht, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen (sog. Aufenthaltsbestimmungsrecht; vgl. auch Art. 301 Abs. 3 ZGB, wonach das Kind die häusliche Gemeinschaft nicht ohne Einwilligung der Eltern verlassen darf und ihnen das Kind auch nicht widerrechtlich entzogen werden darf).⁴⁴ Das Aufenthaltsbestimmungsrecht ist zu unterscheiden von der Obhut. Die Obhut bezeichnet den tatsächlichen Aufenthalt, d.h. den Ort, wo das Kind lebt, beziehungsweise die Person, die das Kind betreut.⁴⁵
- 25 Die KESB kann bei einer wesentlichen Kindeswohlgefährdung den Eltern gegen ihren Willen das Aufenthaltsbestimmungsrecht entziehen (sog. angeordnete Platzierung,⁴⁶ vgl. Art. 310 Abs. 1 ZGB). Als Folge davon hat fortan die KESB das Aufenthaltsbestimmungsrecht inne. Ausserdem muss die KESB das Kind angemessen ausserfamiliär unterbringen.⁴⁷ Folglich muss die KESB sowohl über den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts als auch über die ausserfamiliäre Unterbringung des Kindes entscheiden. Für Letztere bestehen verschiedene Möglichkeiten wie unter anderem (professionalisierte) Pflegefamilien, betreute Wohngemeinschaften oder unterschiedliche Heimformen.⁴⁸

44 Siehe zur zeitlichen Unteilbarkeit des Aufenthaltsbestimmungsrechts Urteil des BGer vom 19. 4. 2023, 5A_218/2023, E. 4.

45 Diese Bedeutung gilt seit Inkrafttreten der Revision der elterlichen Sorge am 1. 7. 2014; früher meinte der Begriff neben der faktischen Obhut auch die rechtliche Obhut, d.h. das Recht, über den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1092; ROSCH/HAURI, Rz 1074.

46 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.5.

47 Vgl. zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1075.

48 Vgl. BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.93; siehe auch Rz 163 ff.

- 26 Sofern die Eltern die gemeinsame elterliche Sorge innehaben, steht das Aufenthaltsbestimmungsrecht beiden Elternteilen zu. Lebt die Familie in einem gemeinsamen Haushalt, ist es bei wesentlichen Kindeswohlgefährdungen, die eine Massnahme nach Art. 310 ZGB rechtfertigen, regelmässig angezeigt, das Aufenthaltsbestimmungsrecht beiden Elternteilen zu entziehen. Wenn die Eltern aber über die gemeinsame elterliche Sorge verfügen, in getrennten Haushalten leben und eine Obhutsregelung genügt, um der Kindeswohlgefährdung zu begegnen, muss ihnen das Aufenthaltsbestimmungsrecht nicht entzogen werden. Falls das Aufenthaltsbestimmungsrecht nur einem Elternteil entzogen werden muss, verfügt der andere Elternteil grundsätzlich nach wie vor über sein Aufenthaltsbestimmungsrecht.⁴⁹ Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Elternteil die ausserfamiliäre Unterbringung des Kindes unterstützt oder sogar selbst anregt, während der andere Elternteil sich dagegen wehrt.⁵⁰ In diesem Fall teilt der Elternteil, dem das Aufenthaltsbestimmungsrecht nicht entzogen worden ist, dieses nicht mit der KESB, d.h. es gibt keine zwischen KESB und Elternteil geteilte Befugnis.⁵¹
- 27 Die Eltern können aber auch von sich aus im Rahmen ihrer elterlichen Sorge entscheiden, das Kind ausserfamiliär betreuen zu lassen. Bei einer solchen vereinbarten Platzierung müssen sie von deren Notwendigkeit überzeugt sein. Sonst ist ihnen nach CANTIENI/BLUM, wenn die Kindeswohlgefährdung dies rechtfertigt, das Aufenthaltsbestimmungsrecht trotzdem zu entziehen. Sie begründen dies damit, dass die vereinbarte Platzierung in einer solchen Situation wenig geeignet ist oder sich kontraproduktiv auswirkt. Dies, weil sich die Eltern – die von der Notwendigkeit der Massnahme nicht überzeugt sind – ambivalent verhalten könnten, wodurch die zum Schutz des Kindes angezeigte ausserfamiliäre Unterbringung gefährdet wäre.⁵²
- 28 Diese Begründung ist nachvollziehbar. Jedoch ist die innere Überzeugung der Eltern nur schwer überprüfbar. Zudem ist es für ihr Vertrauen in das System des Kindesschutzes kontraproduktiv, auf ihre Bereitschaft zur vereinbarten Platzierung mit einem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts zu reagieren, weshalb dieser nur mit grosser Zurückhaltung angeordnet werden sollte. Dies gilt umso mehr, als den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht jederzeit entzogen werden kann, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Die Massnahme wird nicht «verwirkt», sondern kann von der KESB auch zu einem späteren Zeitpunkt getroffen werden, sollte sich die Befürchtung bestätigen, dass die Eltern ihr Kind zur Unzeit, d.h. bei bestehender Gefährdung zu Hause, zurücknehmen wollen. Schliesslich handelt es sich beim Entzug des

49 Vgl. zum Ganzen BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.85.

50 Vgl. BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.86.

51 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 10; vgl. auch BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.85; a.M. AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 30.

52 CANTIENI/BLUM, Rz 15.84; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHEID, Art. 310 ZGB N 3.

Aufenthaltsbestimmungsrechts um einen schweren Eingriff in die elterlichen Rechte und das Subsidiaritätsprinzip muss beachtet werden.⁵³

- 29 Die Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts bedingt, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, die nicht durch ambulante Massnahmen (zum Beispiel Ermahnungen oder Weisungen, Aufsicht nach Art. 307 Abs. 3 ZGB oder Erziehungsbeistandschaft gemäss Art. 308 ZGB)⁵⁴ beseitigt werden kann.⁵⁵ Für den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts wird demnach eine derartige Gefährdung vorausgesetzt, «dass das Kind im Umfeld der Eltern beziehungsweise des Elternteils nicht so geschützt und gefördert wird, wie es für seine körperliche, geistige und sittliche Entfaltung nötig wäre».⁵⁶ Dies ist vor allem der Fall, wenn die Eltern nicht geeignet sind, das Kind zu pflegen, zu erziehen und es angemessen unterzubringen, sie das Kind hygienisch verwahrlosen lassen, gewaltsame Erziehungsmethoden anwenden, das Kind sexuell missbraucht worden ist oder entsprechende Anschuldigungen vorliegen.⁵⁷
- 30 Der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts greift schwer in die Rechte der Eltern ein. Deshalb muss das Verhältnismässigkeitsprinzip sorgfältig beachtet werden, wonach die Massnahme erforderlich, geeignet und zumutbar sein muss. Aber auch für das Kind handelt es sich bei der ausserfamiliären Unterbringung regelmässig um ein einschneidendes Ereignis. Daher ist die ausserfamiliäre Unterbringung sorgfältig zu planen und zu prüfen.⁵⁸ Der Platzierungsprozess ist nach CANTIENI/BLUM «eine kooperative Leistung von Eltern, Pflegeeltern beziehungsweise Einrichtungen, zuständigen Behörden und Fachstellen sowie weiteren beteiligten Personengruppen und Institutionen».⁵⁹ Im Rahmen der Auswahl einer angemessenen Unterbringung muss das Kind altersgemäss über seine Rechte informiert und bei der Auswahl der geeigneten Unterbringungsform adäquat beteiligt werden.⁶⁰
- 31 Es ist zulässig, das Aufenthaltsbestimmungsrecht als vorsorgliche Massnahme für die Dauer einer Abklärung zu entziehen.⁶¹ Sofern erforderlich, um das Kind zu schützen, kann die KESB dieses sogar im Rahmen einer superpro-

53 ROSCH/HAURI, Rz 1075; vgl. zum prophylaktischen Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts auch GULER, 132; gl.M. CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 16, der den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts dann als angezeigt erachtet, wenn die ausserfamiliäre Unterbringung sonst durch stark wankelmütige elterliche Launen oder schädliche Einflussnahmen der Herkunftseltern konkret gefährdet wäre.

54 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1093.

55 ROSCH/HAURI, Rz 1076; vgl. auch BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.84; siehe beispielsweise Urteil des BGer vom 25. 9. 2024, 5A_269/2024, E. 3.

56 Urteil des BGer vom 10. 11. 2016, 5A_404/2016, E. 3; vgl. auch Urteile des BGer vom 10. 4. 2014, 5A_875/2013, E. 3.1; vom 11. 12. 2013, 5A_729/2013, E. 4.1; vom 11. 6. 2010, 5A_238/2010, E. 4.

57 Vgl. CANTIENI/BLUM, Rz 15.86; vgl. zu den Anschuldigungen auch BSK ZGB I-BREITSCHEID, Art. 310 ZGB N 5; CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 2; GULER, 125 f.

58 ROSCH/HAURI, Rz 1075; vgl. auch BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.84.

59 CANTIENI/BLUM, Rz 15.99.

60 ROSCH/HAURI, Rz 1085.

61 GULER, 125; vgl. auch HÄFELI, Kindesschutz, 308.

visorischen Massnahme stationär in einer Kinderklinik oder einer anderen geeigneten Institution unterbringen.⁶²

- 32 Die KESB ist auch gegenüber ausserfamiliär untergebrachten Kindern verpflichtet, bei einer Kindeswohlgefährdung geeignete Kinderschutzmassnahmen zu treffen (Art. 307 Abs. 2 ZGB). Erfahrungsgemäss können auch Kinder in einer Pflegefamilie gefährdet sein.⁶³

b. Antrag der Eltern oder des Kindes auf Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts

- 33 Eine sog. vereinbarte Platzierung⁶⁴ liegt vor, wenn die Eltern das Kind im Rahmen ihres Aufenthaltsbestimmungsrechts in eine Pflegefamilie oder in ein Heim geben.⁶⁵ Gemäss Art. 310 Abs. 2 ZGB können auch die Eltern oder das Kind bei der KESB den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts beantragen, wenn das Verhältnis so schwer gestört ist, dass der Verbleib des Kindes im gemeinsamen Haushalt unzumutbar wäre. Hierfür spielt es keine Rolle, wer – die Eltern oder das Kind – diesen Zustand zu verantworten hat.⁶⁶ Aufgrund der Official- und Untersuchungsmaxime muss die KESB auch dann, wenn die Störung des Zusammenlebens nicht hinreichend schwer ist, einer entsprechenden Meldung der Eltern oder des Kindes nachgehen.⁶⁷
- 34 ROSCH/HAURI halten diese Bestimmung für widersprüchlich, weil die Eltern im Rahmen ihrer elterlichen Sorge schon selbstständig über den Aufenthalt des Kindes bestimmen können.⁶⁸ Dies trifft zwar auf die Eltern zu, jedoch hat die Bestimmung nicht nur deklaratorischen Charakter. Wenn die KESB den Antrag der Eltern gutheisst, ist sie auch verantwortlich, für eine angemessene Unterbringung des Kindes zu sorgen, was oftmals die Möglichkeiten der Eltern übersteigt.
- 35 Hinsichtlich der Möglichkeit des Kindes, den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts zu beantragen, besteht kein Widerspruch. Die Bestimmung dürfte nach BIDERBOST/ZINGARO denn auch hauptsächlich in Fällen, in welchen Jugendliche in Schlupfhäusern oder ähnlichen Institutionen Zuflucht suchen, angewendet werden.⁶⁹ Nach CANTIENI/BLUM ist eine solche beantragte Platzierung ausserdem insbesondere denkbar bei häuslicher Gewalt, schwer

62 REICHLIN, 11; vgl. auch HAURI/ZINGARO, 39; PFISTER-PILLER, Rz 3.46 ff. m.w.H.

63 HÄFELI, Wegleitung, 162; vgl. auch BIDERBOST, Erziehungsbeistandschaft, 144 ff.; National Standards Ireland, 53.

64 Auch «freiwillige» Platzierung genannt; vgl. zur Begrifflichkeit Rz 17.

65 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.5.

66 HÄFELI, Kinderschutz, 309; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 64; BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 22.

67 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 15; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 44 Rz 28.

68 ROSCH/HAURI, Rz 1080.

69 BIDERBOST/ZINGARO, Kinderschutzmassnahmen, Rz 2.95; CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 15.

gestörten persönlichen Beziehungen, wo das Kind für die Eltern erzieherisch nicht mehr erreichbar ist, oder bei schwerer Erkrankung eines Elternteils.⁷⁰

c. Rücknahme des in der Pflegefamilie untergebrachten Kindes

- 36 Sofern die Eltern ihr Kind im Rahmen der elterlichen Sorge in einer Pflegefamilie untergebracht haben, können sie das Kind grundsätzlich jederzeit wieder in ihren Haushalt aufnehmen oder anderswo unterbringen. Falls sie dies aber zur Unzeit tun, kann das Kindeswohl gefährdet sein. Dies, weil das Kind beispielsweise eine enge Beziehung zu den Pflegeeltern aufgebaut hat.⁷¹ Das ist der Fall, wenn die Herkunftseltern bei einem Streit mit den Pflegeeltern ihr Kind überstürzt umplatzieren, ohne sich über die Folgen dieses plötzlichen Beziehungsabbruchs für das Kind Gedanken zu machen.⁷²
- 37 Dann kann die Behörde gemäss Art. 310 Abs. 3 ZGB die Rücknahme des Kindes durch die Eltern verweigern, indem sie den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzieht. Dabei sind die Interessen des Kindes an stabilen Beziehungen gegen den Anspruch der Eltern auf persönliche Betreuung des Kindes abzuwägen.⁷³ Hierbei weist das Kindesinteresse nach der h.L. eine erhöhte Bedeutung auf.⁷⁴ GULER empfiehlt die folgenden Kriterien, um den konkreten Fall zu beurteilen: das zeitliche Moment (je jünger das Pflegekind ist, desto weniger Zeit muss seit seiner Aufnahme bei der Pflegefamilie verstrichen sein), die Verwurzelung des Kindes am Pflegeplatz, die Entfremdung von den Herkunftseltern sowie eine Prognose darüber, ob die Wegnahme vom Pflegeplatz das Kind entwurzeln und nachhaltig schädigen würde.⁷⁵ Nach BIDERBOST müssen ausserdem die Eignung der bestehenden ausserfamiliären Unterbringung sowie die Verhältnisse aufseiten der Herkunftseltern berücksichtigt werden, jedoch nicht, indem einfach die Bedingungen bei der Herkunfts- und der Pflegefamilie einander gegenübergestellt werden.⁷⁶ Die Rückplatzierung ist angezeigt, wenn sie das Kindeswohl nicht gefährdet; auch wenn die Bedingungen für das Kind in der Pflegefamilie gleich gut wären wie in der Herkunftsfamilie.⁷⁷
- 38 Nach BIDERBOST könnten der Gedankengang und die Erkenntnis hinter Art. 310 Abs. 3 ZGB auch bei der Rück- oder Weiterplatzierung nach einer behördlichen Unterbringung angewendet werden. Ausserdem seien die Kriterien von Art. 310 Abs. 3 ZGB zum Beispiel nach dem Tod des betreuenden

70 CANTIENI/BLUM, Rz 15.111.

71 BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.96; ROSCH/HAURI, Rz 1081.

72 HÄFELI, Wegleitung, 162 f.

73 Vgl. zum Ganzen BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.96; ROSCH/HAURI, Rz 1081; vgl. auch BGE 111 II 119, E. 6; Urteil des BGer vom 5. 6. 2015, 5A_88/2015, E. 4.3.1; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1099; ROSCH, Verbleib, 26 ff.

74 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 17; GULER, 125; CR CC I-MEIER, Art. 310 ZGB N 34.

75 GULER, 124 f.

76 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 17; Urteil des KGer SG vom 31. 3. 2021, KES 2020.13, FamPra.ch 2021, 841 ff.; vgl. auch MEIER, Rz 1750 m.w.H.

77 Urteil des KGer SG vom 31. 3. 2021, KES 2020.13, FamPra.ch 2021, 841 ff.

Elternteils zu beachten, wenn gewährleistet werden soll, dass das Kind in seinem bisherigen Umfeld bleiben dürfe und nicht zum überlebenden Elternteil umziehen müsse.⁷⁸

d. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder einer psychiatrischen Klinik

- 39 Nach dem Wortlaut des Gesetzes sind die Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung (Art. 426 ff. ZGB) sinngemäss anwendbar, wenn das Kind in einer geschlossenen Einrichtung oder in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird (Art. 314b Abs. 1 ZGB). Im Einzelnen ist die Tragweite dieses Verweises unklar und gibt Anlass zu Diskussionen.⁷⁹ Darauf wird zurückzukommen sein.⁸⁰ Die materiellen Voraussetzungen, um das Kind in einer geschlossenen Einrichtung oder in einer psychiatrischen Klinik unterzubringen, richten sich nach dem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts gemäss Art. 310 ZGB. Die Voraussetzungen der fürsorgerischen Unterbringung gemäss Art. 426 ZGB sind nur ausnahmsweise, insbesondere bei einer ärztlichen Einweisung, zu prüfen.⁸¹
- 40 Eine geschlossene Einrichtung respektive Anstalt liegt laut Bundesgericht vor, wenn die Freiheit der sich darin befindenden Person stärker eingeschränkt ist als die ihrer Altersgenossen im Allgemeinen.⁸² Demnach handelt es sich bei (heilpädagogischen) Pflegefamilien, Säuglingsheimen sowie allenfalls Kinder- und Schulheimen nicht um Anstalten.⁸³ In der Lehre ist jedoch umstritten, ob der Gesetzgeber die geschlossene Einrichtung nach wie vor in einem weiten Sinne, nämlich nach dem altrechtlichen Anstaltsbegriff, versteht oder nicht.⁸⁴ Das Bundesgericht hat die Frage ausdrücklich offengelassen, wobei es zu einer engeren Auslegung als beim früheren Anstaltsbegriff zu tendieren scheint.⁸⁵ Unter psychiatrischen Kliniken werden (akut)psychiatrische Institutionen verstanden.⁸⁶

78 BGE 144 III 442; CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 18; vgl. zum deutschen Recht KÜFNER/SCHÖNECKER/TRUNK, 694 ff.

79 Vgl. BIDERBOST, FU, 351 ff.; GEISSBERGER, Rz 32 ff. jeweils m.w.H.

80 Siehe Rz 448 ff.

81 Urteil des BGer vom 17. 5. 2013, 5A_188/2013, E. 3; BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.94; ROSCH/HAURI, Rz 1091 und 1093; vgl. zum Verhältnis vom Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts zur fürsorgerischen Unterbringung auch GULER, 128 f.; HÄFELI, Wegleitung, 149 f.

82 BGE 121 III 306; zur Übertragung des früheren Anstaltsbegriffs ins neue Recht siehe BIDERBOST, FU, 355 ff.

83 ROSCH/HAURI, Rz 1094; a.M. BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 12, nach dem die behördliche Einweisung in ein (Schul-)Heim (mit speziellem, heilpädagogisch ausgerichtetem Unterricht) regelmässig eine fürsorgerische Unterbringung darstelle.

84 Siehe zum Lehrstreit BK-AFOLTER-FRINGELI, Art. 310/314b ZGB N 90 ff.; BIDERBOST, FU, 355 ff.; CHK-BIDERBOST, Art. 314b ZGB N 2 f.; GEISSBERGER, Rz 46 ff.

85 Urteil des BGer vom 23. 12. 2014, 5A_665/2014, E. 2.3.3.

86 BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.94; ROSCH/HAURI, Rz 1094.

- 41 Laut Recherchen des Schweizer Radios und Fernsehens⁸⁷ sowie bestätigt durch die darin erwähnten Behörden, werden Jugendliche infolge Platzmangels teilweise in Gefängnissen statt in einer Institution stationär untergebracht. Dies ist nach Ansicht der Nationalrätin Sarah Wyss nicht vertretbar, weshalb sie den Bundesrat mittels einer Interpellation zur Stellungnahme aufforderte. Diese ging am 31. Januar 2024 ein. Darin führte der Bundesrat aus, dass in der Schweiz nicht genügend stationäre Unterbringungsplätze für Kinder vorhanden seien und die dafür zuständigen Kantone mit Unterstützung des Bundes versuchen würden, dieses Angebot kontinuierlich auszubauen und zu verbessern.⁸⁸
- 42 Die Bestrebungen, ausreichend stationäre Unterbringungsplätze für Kinder zur Verfügung zu stellen, sind zu begrüßen. Nichtsdestotrotz ist es unhaltbar, Pflegekinder ohne strafrechtliche Verurteilung teilweise in Gefängnissen unterzubringen. Denn es handelt sich um besonders vulnerable Personen, die oft bereits traumatisierende Erfahrungen gemacht haben. Für sie und ihre Gesundheit ist es unerlässlich, eine geeignete ausserfamiliäre Unterbringung zu erhalten. Folglich ist es dringend notwendig, die Anzahl der Heimplätze schweizweit zu erhöhen.

e. Erziehungsbeistandschaft

- 43 Die Errichtung einer Erziehungsbeistandschaft gemäss Art. 308 Abs. 1 oder 2 ZGB geht nicht zwingend mit dem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts einher. Praktisch wird aber in der Regel (wenn den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen wird) auch eine Erziehungsbeistandschaft errichtet. Die Erziehungsbeiständin beziehungsweise der Erziehungsbeistand soll die Eltern und das Kind bei der ausserfamiliären Unterbringung begleiten. Zudem soll die Beistandsperson zwischen den Beteiligten wie Herkunftseltern, Pflegeeltern, Institution etc. vermitteln respektive die Kommunikation zwischen diesen fördern.⁸⁹ Ausserdem wird die Beistandsperson häufig beauftragt, die Finanzierung der ausserfamiliären Unterbringung sicherzustellen.⁹⁰
- 44 AFFOLTER-FRINGELI weist auf die umstrittene Praxis hin, dass der Beistandsperson teilweise explizit besondere Aufgaben, wie zum Beispiel die Sicherstellung der Finanzierung der ausserfamiliären Unterbringung, übertragen werden, die nicht in den Aufgabenbereich einer Erziehungsbeiständin beziehungsweise eines Erziehungsbeistandes fallen, sondern wofür von Gesetzes wegen die KESB selbst oder das finanzierende Gemeinwesen zuständig ist. Oder diese Aufgaben zählen zum Regelungsbereich eines Pflegevertrags zwischen

87 Siehe www.srf.ch/news/schweiz/umstrittene-kesb-praxis-jugendliche-landen-unschuldig-im-gefangnis.

88 Zum Ganzen Interpellation 23.4357 Wyss.

89 ROSCH/HAURI, Rz 1095; vgl. auch HÄFELI, *Wegleitung*, 150.

90 CANTIENI/BLUM, Rz 15.83; vgl. zu den Aufgaben der Beistandsperson auch AFFOLTER-FRINGELI, *Rollen*, 40 f.; CHK-BIDERBOST, Art. 308 ZGB N 19; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.40 ff.

der KESB und dem Pflegeplatz und können daher nicht delegiert werden. Deshalb handle die Beistandsperson ohne genügende Rechtsgrundlage und es entstünden Unklarheiten bei den involvierten Personen und Stellen über die Zuständigkeiten.⁹¹ Aus diesem Grund muss der Aufgabenbereich der Beistandsperson im Rahmen ihrer Befugnisse festgelegt und genau umschrieben werden und er darf nur Aufgaben enthalten, für welche eine rechtliche Grundlage besteht.

f. Rechte und Pflichten der Herkunftseltern

- 45 Wenn den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen worden ist, können sie weder über die Unterkunft noch den Verbleib ihres Kindes bestimmen. Ausserdem entfällt mit der ausserfamiliären Unterbringung auch die Alltagsbetreuung durch die Eltern.⁹² Ansonsten wird den Eltern die elterliche Sorge belassen, wofür auch der Begriff «elterliche Restsorge» verwendet wird.⁹³ Demnach verfügen die Eltern nach wie vor über alle Entscheidungs- und Verantwortungsbefugnisse, die nicht vom Aufenthaltsbestimmungsrecht abhängen, wie beispielsweise die Entscheidungsbefugnis in Fragen zu Ausbildung, Religion oder Gesundheit, zu Kontakt- und Informationsansprüchen sowie zur Unterhaltspflicht.⁹⁴ Sie sind verpflichtet, diese Restsorge auszuüben.⁹⁵ Falls die Herkunftseltern nicht kooperativ sind, müssen allenfalls weitere Massnahmen getroffen werden, die ihre elterliche Sorge einschränken (Art. 308 Abs. 3 ZGB).⁹⁶
- 46 Aufgrund ihres Sorgerechts sind die Herkunftseltern während des Pflegeverhältnisses weisungsbefugt hinsichtlich der Pflege und Erziehung ihres Kindes. Wenn die KESB bei der angeordneten Platzierung den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzieht, entfällt auch deren entsprechendes Weisungsrecht. In den übrigen Aspekten des Sorgerechts sind die Herkunftseltern nach wie vor weisungsbefugt. Ihr Weisungsrecht unterliegt aber den Schranken des Kindeswohls, der Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes sowie der Pflegeeltern und der vertragsrechtlichen Schranken des Pflegevertrags.⁹⁷ Die Pflegeeltern müssen kindeswohlgefährdende oder dem Pflegevertrag widersprechende Weisungen nicht befolgen und bei einer Kindeswohlgefährdung die KESB benachrichtigen.⁹⁸

91 AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 25 f.; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 140 f.; ANDERER, Pflegegeld, Rz 275 (Fn 357).

92 BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.90; vgl. auch ROSCH/HAURI, Rz 1079a.

93 BGE 136 III 353 E. 3; BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.91; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 127 f.

94 BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.91; vgl. auch HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.44; ROSCH/HAURI, Rz 1079a.

95 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 128.

96 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.44.

97 GASSNER, Vertretungsrecht, 96; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 32 f.

98 BSK ZGB I-SCHWENZER, Art. 300 ZGB N 5; vgl. HEGNAUER, Rz 25.14.

- 47 Aufgrund des Verlustes der obgenannten Befugnisse haben die Herkunftseltern einen Anspruch, von den neuen Betreuer*innen des Kindes (Pflegeeltern, Heimerziehende) – allenfalls durch Vermittlung der für die ausserfamiliäre Unterbringung zuständigen KESB – über laufende Entscheide informiert zu werden (vgl. Art. 300 Abs. 1, Art. 275a ZGB). Zudem können sie eigene Anregungen und Wünsche anbringen, mit denen sich die KESB befassen muss.⁹⁹
- 48 Eltern, denen die elterliche Sorge oder Obhut nicht zusteht, und das minderjährige Kind haben gemäss Art. 273 Abs. 1 ZGB gegenseitig Anspruch auf angemessenen persönlichen Verkehr. In diesem Zusammenhang sind sowohl die Herkunftseltern als auch das Pflegekind gleichzeitig berechtigt und verpflichtet.¹⁰⁰ Dieses Besuchsrecht muss nach AFFOLTER-FRINGELI Teil des Pflegevertrags sein.¹⁰¹ Dabei sind nach BLUM primär Kontaktregelungen für das Wohl des Pflegekindes förderlich, die entsprechend seinen Bedürfnissen und Wünschen unter den Beteiligten vereinbart und gemeinsam umgesetzt werden.¹⁰² Jedoch kann es unter Umständen ausnahmsweise erforderlich sein, dass der Aufenthaltsort des Pflegekindes seinen Herkunftseltern gegenüber (vorübergehend) geheim gehalten wird.¹⁰³
- 49 Die Herkunftseltern haben im Kindesschutzverfahren folgende Verfahrensrechte inne, unabhängig davon, ob das Kind erst noch ausserfamiliär untergebracht werden soll oder dies bereits geschehen ist: Recht auf Orientierung über die Ergebnisse einer Kindesanhörung (Art. 314a Abs. 2 ZGB), Anhörungsrecht (Art. 447 ZGB), Anspruch auf Rechtsbeistand (Art. 449a ZGB), Anspruch auf Akteneinsicht (Art. 449b ZGB), Recht auf Äusserung zum Ergebnis der Abklärungen und zu den geplanten Kindesschutzmassnahmen, Anspruch auf Mitwirkung am Beweisverfahren, Anspruch auf Prüfung und Begründung des Entscheids der KESB, Antragsrecht auf Regelung des Besuchsrechts durch die KESB (Art. 273 Abs. 3 ZGB) und Beschwerderecht (Art. 450 ZGB).¹⁰⁴
- 50 Andererseits sind die Herkunftseltern zur Mitwirkung verpflichtet bei der Abklärung des Sachverhalts (Art. 314e Abs. 1 ZGB) sowie zum Beispiel bei psychiatrischen Gutachten auf Weisung der KESB, ärztlichen Untersuchungen und der ausserfamiliären Unterbringung im Fall eines vorsorglichen Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts.¹⁰⁵
- 51 Die ausserfamiliäre Unterbringung sollte nach AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL keine Dauermassnahme sein, da sie darauf abzielt, dass das Pflegekind in seine Herkunftsfamilie zurückkehren kann. Deshalb muss die anordnende Behörde

99 BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 1; vgl. auch SHULER, 108.

100 BLUM, Recht, 185.

101 AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 38.

102 BLUM, Recht, 186.

103 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 14; vgl. auch Leitfaden Datenschutz, 13.

104 BLUM, Recht, 185; vgl. zur Thematik der Besuchskontakte auch SHULER, 107 ff. m.w.H.; vgl. zur Situation in Deutschland (sog. Umgangskontakte) ALTHOFF/HILKE, 60 ff. und 82; KÜFNER/HELMING/KINDLER, 562 ff.; ZWERNEMANN, 239 ff.

105 BLUM, Recht, 187.

darauf hinwirken. Die Herkunftseltern sollen im Rahmen ihrer Restsorge in die Entwicklung ihres Kindes einbezogen werden, mit ihm verbunden sein sowie seine Fähigkeiten und Interessen kennen. Nur informiert können sie die in ihrer Zuständigkeit liegenden Entscheidungen so treffen, dass sie dem Kindeswohl entsprechen.¹⁰⁶

g. Rechte und Pflichten der Pflegeeltern

- 52 Die ausserfamiliäre Unterbringung des Kindes gründet entweder in einer vertraglichen Vereinbarung zwischen seinen Herkunftseltern und den Pflegeeltern oder in einem Entscheid der zuständigen KESB. Bei einer behördlich angeordneten Platzierung werden zusätzlich zum Entscheid meistens detaillierte vertragliche Vereinbarungen zwischen den Behörden und den Pflegeeltern beziehungsweise entsprechenden Familienplatzierungsorganisationen getroffen. Da das Sorgerecht sowohl bei einer vereinbarten als auch einer angeordneten Platzierung bei den Herkunftseltern (respektive dem Vormund oder der Vormundin) verbleibt, sollten die Vertragsparteien eine schriftliche Vereinbarung über den Vertretungsumfang bezüglich der elterlichen Sorge schliessen. Dabei ist unerlässlich, dass sich die Pflegeeltern, die Herkunftseltern und eine allfällig eingesetzte Beistandsperson regelmässig austauschen.¹⁰⁷ Es besteht ein Spannungsverhältnis zwischen dem elterlichen Sorgerecht, dem Vertretungsrecht der Pflegeeltern sowie dem Pflegevertrag, weshalb teilweise unklar ist, ob die Pflegeeltern oder die Herkunftseltern entscheidungsbefugt sind. Deshalb sollte die KESB bei der angeordneten Platzierung mit den Pflegeeltern deren Vertretungsrecht unter Berücksichtigung des elterlichen Sorgerechts aushandeln und im Pflegevertrag konkretisieren.¹⁰⁸
- 53 Die Pflegeeltern haben ein beschränktes Vertretungsrecht inne, weil sie die Herkunftseltern in der Ausübung der elterlichen Sorge, unter Vorbehalt abweichender Anordnungen und soweit zur gehörigen Erfüllung ihrer Aufgabe erforderlich, vertreten (Art. 300 Abs. 1 ZGB). Die Pflegeeltern vertreten die Herkunftseltern in der Alltagspflege, in der Erziehung des Pflegekindes sowie in der Bestimmung seines tatsächlichen Aufenthaltes und Kontaktes mit Dritten. Sie sind weiter befugt, Dinge, die üblicherweise den direkten Erziehenden obliegen, die ihnen jedoch von den Herkunftseltern ausdrücklich oder stillschweigend überlassen werden oder die aus Gründen der Dringlichkeit (beispielsweise bei medizinischen Notfällen), Abwesenheit oder Krankheit von den Herkunftseltern nicht vorgenommen werden können, zu entscheiden. Hierbei vertreten sie das Pflegekind auch gegenüber Dritten.¹⁰⁹ Falls die Herkunftseltern nur kurzfristig abwesend sind, sind die Pflegeeltern noch

106 Zum Ganzen BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 135 ff.; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 10 f.

107 Zum Ganzen BLUM, Recht, 187 f.

108 Zum Ganzen GASSNER, Vertretungsrecht, 91.

109 BGE 128 III 9 E. 4b; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1137; vgl. auch GASSNER, Vertretungsrecht, 92 ff.

nicht vertretungsbefugt. Dies ist erst der Fall, wenn die Pflegeeltern die Herkunftseltern telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, aber keine Antwort von diesen erhalten haben. Jedoch müssen die Pflegeeltern bei ihrer Entscheidung allfällige Weisungen, die die Herkunftseltern vor ihrer Abwesenheit erteilt haben, beachten.¹¹⁰

- 54 Der Rahmen der Vertretungsbefugnisse der Pflegeeltern bemisst sich insbesondere nach dem Kindeswohl, nach Dauer und Ziel des Pflegeverhältnisses, Art und Ausmass der Beziehungen zwischen den Herkunftseltern respektive den Pflegeeltern und dem Pflegekind, Weisungsmöglichkeit der Herkunftseltern, Bedeutung und Dringlichkeit der Entscheidung, mutmasslichem Willen der Herkunftseltern und Alter, Gesundheit sowie Reife des Pflegekindes.¹¹¹ Folglich unterscheiden sich die Vertretungsbefugnisse der Pflegeeltern von Fall zu Fall und es ist in der Praxis oft unklar, ob sie hinsichtlich einer konkreten Angelegenheit vertretungsberechtigt sind oder nicht. Dies muss im Einzelfall konkretisiert werden.
- 55 Art. 301 ff. ZGB können entsprechend auf die Pflegeeltern angewendet werden. Als direkte Erziehungspersonen sind die Pflegeeltern in der Regel für die altersgemässe Beaufsichtigung und die damit verbundenen Verhaltensanweisungen an das Pflegekind, die Freizeitgestaltung, die Übersicht über die Hausaufgaben sowie Anleitungen betreffend Bekleidung, Ernährung und Gesundheitspflege zuständig.¹¹² Generell müssen die Pflegeeltern die Betreuung des Pflegekindes sicherstellen; denn die erwünschten Entwicklungsziele des Pflegekindes können nur erreicht werden, wenn es qualitativ gut betreut wird.¹¹³ Dafür müssen die Pflegeeltern aber über die notwendigen Informationen, die das Pflegekind betreffen – wie zum Beispiel zu seinem Entwicklungs- und Gesundheitszustand –, verfügen.¹¹⁴
- 56 Pflegeeltern müssen stabile und vertraute Bezugspersonen für das Pflegekind sein und ihm helfen, sich in ihre Familie zu integrieren. Weiter sollen sie die Situation des Pflegekindes reflektiert betrachten können und es partizipativ erziehen, indem sie unter anderem auf seine konkreten Bedürfnisse eingehen und auch seine Herkunftsfamilie einbeziehen. Damit Pflegekinder in das Alltagsleben ihrer Familie involviert werden, müssen ihnen die Pflegeeltern Möglichkeiten zur Mitsprache und Mitwirkung bieten.¹¹⁵ Die Pflegeeltern sollen das Pflegekind sowohl in seiner Einzigartigkeit als auch als Teil von dessen Herkunftsfamilie respektieren.¹¹⁶

110 GASSNER, Vertretungsrecht, 94.

111 BLUM, Recht, 188; ROSCH/HAURI, Rz 1099; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1137; HEGNAUER, Rz 25.13.

112 BLUM, Recht, 188 f.

113 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.45; siehe für die Standards der Betreuungsqualität Quality4Children, 8 ff.

114 Vgl. KÜFNER/SCHÖNECKER, 89.

115 BRUNNER, Partizipation, 129.

116 BRUNNER, Partizipation, 130.

- 57 Die Pflegeeltern haben aber nicht nur Pflichten, sondern auch Rechte. Nach Art. 294 Abs. 1 ZGB haben die Pflegeeltern Anspruch auf ein angemessenes Pflegegeld, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist oder sich eindeutig aus den Umständen ergibt. Unentgeltlichkeit ist zu vermuten, wenn Kinder von nahen Verwandten oder zum Zweck einer späteren Adoption aufgenommen werden (Art. 294 Abs. 2 ZGB). Diese Vermutung der Unentgeltlichkeit umfasst nur die von den Pflegeeltern unmittelbar geleistete Pflege und nicht weitere für das Kind anfallende besondere Kosten beispielsweise für eine ärztliche Behandlung oder die Ausbildung.¹¹⁷ Diese besonderen Auslagen sind von den Herkunftseltern im Rahmen ihrer Unterhaltspflicht zu bezahlen.¹¹⁸
- 58 Die Pflegeeltern erhalten Pauschalen für Nebenkosten und Bekleidung sowie Aufwendersersatz für Versicherungsprämien, Gesundheitspflege, Ausbildung, Freizeit und Taschengeld. Die Vertragsparteien können aber auch abweichende Lösungen vereinbaren. Ohnehin muss das Pflegegeld klar und schriftlich vereinbart werden. In verschiedenen Kantonen gibt es Pflegegeldrichtlinien. Sofern eine kantonale Richtlinie das Pflegegeld bei Verwandtschaftspflegeverhältnissen generell tiefer ansetzt, verletzt diese unzulässigerweise Art. 294 ZGB.¹¹⁹
- 59 Wichtig ist auch die sozialversicherungsrechtliche Stellung der Pflegeeltern. Das Bundesgericht¹²⁰ hat entschieden, dass die Pflegeeltern sozialversicherungsrechtlich unselbstständig Erwerbende sind. Massgeblich dafür waren das fehlende Unternehmerrisiko sowie das Abhängigkeitsverhältnis, das sich aus der Gebundenheit an die Weisungen der Herkunftseltern beziehungsweise der platzierenden KESB und der Aufsicht durch Letztere ergibt.¹²¹ Trotzdem ist im konkreten Fall zu prüfen, ob die Pflegeeltern als unselbstständig oder selbstständig Erwerbende zu erfassen sind. Diese Qualifizierung ist sowohl wegen der unterschiedlichen Höhe der Sozialversicherungsbeiträge als auch für die weitere sozialversicherungsrechtliche Stellung der Pflegeeltern von Bedeutung.¹²²
- 60 Laut Rz 4112 der Richtlinien des Bundesamts für Sozialversicherungen über den massgebenden Lohn in der AHV, IV und EO stellen die Einkünfte von Personen, welche ein Kind in Familienpflege betreuen, massgebenden Lohn dar, unabhängig davon, ob der Pflegevertrag mit der KESB, einer Organisation oder den Herkunftseltern direkt besteht. Daher sind die Pflegeeltern nach

117 HEGNAUER, Rz 20.17; vgl. auch BLUM, Recht, 189.

118 BLUM, Recht, 189.

119 BLUM, Recht, 189 f.; vgl. zur Entschädigung von verwandten Pflegeeltern auch ANDERER, Pflegegeld, Rz 197 ff.

120 Die Urteile wurden vom damaligen Eidgenössischen Versicherungsgericht gefällt, das den heutigen sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts entspricht; MÖSCH PAYOT, Rechtsstellung, 93.

121 Urteile des BGer vom 8. 10. 2004, H 74/04, E. 2; vom 4. 4. 2006, H 134/05, E. 2; vgl. zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1141 m.w.H.

122 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1141; vgl. auch ANDERER, Pflegegeld, Rz 328 ff.; MÖSCH PAYOT, Rechtsstellung, 91 ff.

BLUM regelmässig beitragspflichtig. Beitragspflichtig ist aber nur derjenige Anteil des Pflegegeldes, der die Erwerbsarbeit der Pflegeeltern abgilt, nicht der Kostenersatz für den Unterhalt des Pflegekinds.¹²³

- 61 Sofern es während des Pflegeverhältnisses zu einem Kinderschutzverfahren kommt, haben die Pflegeeltern einen Anspruch auf Anhörung (Art. 447 ZGB), wenn sie Adressaten von Ermahnungen gemäss Art. 307 Abs. 2 ZGB sind oder wenn das Pflegekind von ihnen wegplatziert werden soll (Änderung einer Massnahme nach Art. 310 ZGB). Weiter haben die Pflegeeltern das Recht auf einen Rechtsbeistand (Art. 449a ZGB), wenn sie vom erwarteten Entscheid betroffen sind. Schliesslich sind sie aus eigenem Recht beschwerdeberechtigt (Art. 450 ZGB).¹²⁴
- 62 Ausserdem sollen die Pflegeeltern gemäss Art. 300 Abs. 2 ZGB vor wichtigen Entscheidungen angehört werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Fokus auf den Interessen des Pflegekinds liegt.¹²⁵ Dieses Anhörungsrecht ist insbesondere bei Entscheidungen über Schul- und Berufsbildung, gesundheitliche Fragen (medizinische Eingriffe und therapeutische Massnahmen) sowie über die Weiterführung respektive Beendigung des Pflegeverhältnisses wichtig.¹²⁶ Keine wichtige Entscheidung, bei welcher die Pflegeeltern angehört werden, stellt hingegen gemäss Bundesgericht der Wechsel der Mandatsperson bei einer Berufsbeistandschaft dar.¹²⁷
- 63 Das Bundesgericht hat die schwache Rechtsstellung der Pflegeeltern weiter betont, indem es die Beschwerdelegitimation der Pflegeeltern gegen die Umplatzierung des bei ihnen als Pflegekind lebenden Enkels in ein Heim verneint hat. Dies, weil sich die Pflegeeltern nicht bereits vor den kantonalen Instanzen darum bemüht hätten, als Partei am Verfahren beteiligt zu sein.¹²⁸ Laut HÄFELI unterschätzt das Bundesgericht mit dieser formalistischen Begründung die Bedeutung der Pflegeeltern als Bezugspersonen des Kindes. Sie sollten als solche selbstverständlich am Umplatzierungsverfahren beteiligt werden.¹²⁹ Dieser Ansicht ist zuzustimmen, weil es im Interesse des Kindes ist, dass alle seine Bezugspersonen ihre Position ins Verfahren einbringen können.¹³⁰ Nach BLUM ist denn auch grundsätzlich keine Situation denkbar, in welcher darauf verzichtet werden kann, die Pflegeeltern zu informieren und ihre Meinung einzuholen.¹³¹

123 BLUM, Recht, 190 f.

124 Vgl. zum Ganzen BLUM, Recht, 193 f.; siehe zur Beschwerdelegitimation der Pflegeeltern als nahestehender Personen auch Urteil des BGer vom 3. 5. 2023, 5A_365/2022, E. 4.

125 ROSCH/HAURI, Rz 1100.

126 BLUM, Recht, 194; vgl. auch FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 174; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1138.

127 BGE 143 III 65 E. 4.2.

128 Urteil des BGer vom 25. 9. 2018, 5A_342/2018, E. 2.2.

129 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1138.

130 GL.M. MEIER/HÄBERLI, Rz 56 f.

131 BLUM, Recht, 194.

- 64 Auch die Pflegeeltern müssen bei der Abklärung des Sachverhalts mitwirken (Art. 314e Abs. 1 ZGB). Ausserdem sind sie zur Mitwirkung verpflichtet, wenn auf Weisung der KESB psychiatrische, ärztliche oder familienpsychologische Gutachten erstellt werden.¹³²
- 65 Nach Art. 274a Abs. 1 ZGB kann der Anspruch auf persönlichen Verkehr bei ausserordentlichen Umständen anderen Personen als dem Elternteil, dem die elterliche Obhut nicht zusteht, eingeräumt werden, sofern dies dem Kindeswohl dient. Darunter können auch ehemalige Pflegeeltern oder Pflegegeschwister eines Pflegekindes fallen. Diesen kann ein Besuchsrecht eingeräumt werden, wenn eine faktische, sozialpsychische Kind-Eltern-Beziehung vorliegt. Das ist bei Pflegeeltern von dauerplatzierten Pflegekindern typischerweise der Fall.¹³³

h. Partizipation des Pflegekindes

- 66 Das Kind befindet sich bei einer ausserfamiliären Unterbringung in einer Ausnahmesituation, da Entscheidungen gefällt werden, welche seine Entwicklung und Zukunft nachhaltig beeinflussen. Deshalb ist das Partizipationsrecht des Pflegekindes, d.h. sein Recht auf Teilhabe am Verfahren und auf Mitsprache, bei dieser Massnahme von besonderer Bedeutung.¹³⁴ Die SODK und die KOKES verlangen denn auch, dass die Partizipation des Pflegekindes im Unterbringungsprozess fest verankert ist und während des ganzen Verfahrens gewährleistet wird.¹³⁵ Durch Partizipation kann die Betreuungsform besser mit den Wünschen und Bedürfnissen aller Beteiligten abgestimmt werden. Dies sorgt für stabile Lebensverhältnisse, was wiederum die Belastungen und Leiden für das Pflegekind reduziert.¹³⁶
- 67 Sofern ein Kind urteilsunfähig ist, ist es auch handlungsunfähig (vgl. Art. 16 und 18 ZGB). Es kann nur im Rahmen der gesetzlichen Vertretung durch die Eltern am Rechtsverkehr teilnehmen.¹³⁷ Laut Art. 305 Abs. 1 ZGB kann das urteilsfähige Kind unter elterlicher Sorge im Personenrecht durch eigenes Handeln Rechte und Pflichten begründen und höchstpersönliche Rechte ausüben. Demnach verweist Art. 305 Abs. 1 ZGB für die Handlungsfähigkeit des urteilsfähigen Kindes auf Art. 19–19c ZGB.¹³⁸ Denn gemäss Art. 19c Abs. 1 ZGB können urteilsfähige Kinder höchstpersönliche Rechte selbst ausüben. Dies ist vorliegend insofern von Bedeutung, als Mitsprache ein Ausfluss der Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes ist.

132 BLUM, Recht, 195.

133 BLUM, Recht, 195; bedauerlicherweise stützte das Bundesgericht in seinem Urteil vom 13. 6. 2024, 5A_683/2023, E. 3, die Entscheidung der Vorinstanz, dass das Besuchsrecht zwischen den Pflegeeltern und dem Pflegekind nicht in dessen Interesse liege; vgl. auch GASSNER, Pflegeeltern, Rz 479; siehe zum deutschen Recht KÜFNER/SCHÖNECKER/TRUNK, 691.

134 Vgl. BISSIG LUTUMBA, 250; STÖSSEL/GERBER JENNI, 344; KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 420.

135 WIDER *et al.*, 108 f.; vgl. auch Empfehlungen SODK/KOKES, 19; Quality4Children, 14 ff.

136 GERBER JENNI, Platzierung, 173; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 41 und 49; SANDMEIR *et al.*, 514.

137 BSK ZGB I-SCHWENZER/COTTIER, Art. 304/305 ZGB N 2.

138 BSK ZGB I-SCHWENZER/COTTIER, Art. 304/305 ZGB N 3.

68 Bisher bedeutet Partizipation des Pflegekindes insbesondere, dass die KESB dieses anzuhören hat (vgl. Art. 314a ZGB). Das Pflegekind kann seine Ansprüche aber meistens nur bei Urteilsfähigkeit selbst geltend machen (Art. 19c Abs. 1 ZGB) respektive es kennt seine Rechte nicht. In diesem Fall sollte die KESB dem Pflegekind eine Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB) und eine Vertrauensperson (Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO) zur Seite stellen.¹³⁹ Wenn das Gericht im Rahmen eines eherechtlichen Verfahrens eine ausserfamiliäre Unterbringung anordnet (Art. 315a Abs. 1 und 2, Art. 315b Abs. 1 ZGB), gelten vergleichbare Partizipationsrechte (Kindesanhörung nach Art. 298 Schweizerische Zivilprozessordnung [Zivilprozessordnung, ZPO] und Kindesvertretung nach Art. 299 f. ZPO).

2. Pflegekinderverordnung

69 Die PAVO trat am 1. Januar 1978 in Kraft und regelt hauptsächlich die Bewilligung und Aufsicht von Pflegeverhältnissen.¹⁴⁰

a. Familien-, Tages- und Heimpflege

70 Bei der ausserfamiliären Unterbringung wird zwischen der sog. Familienpflege, der Tagespflege und der Heimpflege unterschieden. Es handelt sich um Familienpflege, wenn das Kind in einer Pflegefamilie aufgenommen wird (Art. 4 PAVO). Tagespflege bedeutet die entgeltliche Betreuung von Kindern unter zwölf Jahren tagsüber in einem Haushalt (Art. 12 PAVO), wobei man von sog. Tagesfamilien oder Tagesmüttern spricht. Heimpflege umfasst einerseits Einrichtungen, die mehrere Kinder zur Erziehung, Betreuung, Ausbildung, Beobachtung oder Behandlung tags- und nachtsüber aufnehmen (Art. 13 Abs. 1 lit. a PAVO), andererseits Einrichtungen wie Kinderhorte oder Kinderkrippen, die Kinder unter zwölf Jahren tagsüber regelmässig betreuen (Art. 13 Abs. 1 lit. b PAVO).¹⁴¹

b. Bewilligung

71 Das Verfahren betreffend die Erteilung einer Pflegebewilligung ist ein separates und formell unabhängiges Verfahren, losgelöst von demjenigen der kindeschutzrechtlichen Unterbringung (Art. 310 ZGB).¹⁴² Jedoch dienen auch die Bewilligungs- und Aufsichtsverfahren im Rahmen von ausserfamiliären Unterbringungen dazu, den Kinderschutz zu gewährleisten. Deshalb müssen

139 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 755; siehe generell zu den Rechten von Pflegekindern BACHMANN *et al.*, 7 f.; siehe auch Rz 176 ff.

140 Vgl. SEITERLE, Pflegekinderhilfe, 307.

141 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.14 ff.

142 CANTIENI/BLUM, Rz 15.131.

- die mit der Bewilligung und Aufsicht betrauten Fachpersonen unabhängig, neutral und fachkundig handeln.¹⁴³
- 72 Die Kantone sind dafür verantwortlich, die gesetzlichen Bestimmungen zur Bewilligung und Aufsicht ausserfamiliärer Unterbringungen umzusetzen. Sie können über die PAVO hinausgehende Regelungen erlassen (Art. 3 Abs. 1 PAVO). Durch diesen föderalen Vollzug bestehen in den Kantonen verschiedene Konzepte hinsichtlich der Aufsichts- und Bewilligungsinstanz. In der Regel ist die KESB am Unterbringungsort für den Entscheid betreffend die Bewilligung zuständig, jedoch können die Kantone eine andere geeignete Stelle dafür vorsehen (Art. 2 PAVO). Dabei sind je nach Kanton die KESB, eine kantonale Stelle oder eine kantonale Stelle und die Gemeinde zusammen zuständig. Dies führt zu einer Zersplitterung der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit. Die SODK und die KOKES empfehlen deshalb, die Aufgaben bei einer einzigen Stelle zu konzentrieren, damit die Verantwortung nicht gestreut wird.¹⁴⁴
- 73 Sofern Pflegeeltern im Rahmen der Familienpflege Minderjährige aufnehmen, benötigen sie eine Bewilligung für die Aufnahme jedes einzelnen Kindes, wenn das Kind für mehr als einen Monat entgeltlich oder für mehr als drei Monate unentgeltlich aufgenommen wird (Art. 4 Abs. 1 PAVO, Art. 316 ZGB). Auch Pflegeeltern, die entgeltlich oder unentgeltlich regelmässig Kinder im Rahmen von Kriseninterventionen bei sich aufnehmen, bedürfen einer Bewilligung (Art. 4 Abs. 2 PAVO). Diese Bewilligungspflicht besteht gemäss Art. 4 Abs. 3 PAVO auch, wenn das Kind von der KESB untergebracht worden ist oder es das Wochenende bei seiner Herkunftsfamilie verbringt. Die Bewilligungspflicht bezweckt, dass nur geeignete Personen Kinder aufnehmen dürfen und dass sich die Bedürfnisse des Kindes und die Kompetenzen der Pflegeeltern entsprechen.¹⁴⁵
- 74 Die Bewilligung für die Familienpflege darf nur erteilt werden, wenn die Pflegeeltern und die weiteren Personen im Haushalt nach Persönlichkeit, Gesundheit und erzieherischer Eignung sowie nach den Wohnverhältnissen für gute Pflege, Erziehung und Ausbildung des Kindes Gewähr bieten und das Wohl anderer in der Pflegefamilie lebender Kinder nicht gefährdet wird (Art. 5 PAVO). Die Pflegeeltern müssen die Bewilligung einholen, bevor sie das Kind aufnehmen (Art. 8 Abs. 1 PAVO). Die Bewilligung wird für ein bestimmtes Kind erteilt und kann befristet sowie mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden (Art. 8 Abs. 2 PAVO). Zuvor muss die Behörde die Verhältnisse in geeigneter Weise, durch Hausbesuche und nötigenfalls mithilfe von Sachverständigen, abklären (Art. 7 Satz 1 PAVO).
- 75 Eine Bewilligungspflicht gilt auch für die Heimpflege, namentlich für Einrichtungen, die dazu bestimmt sind, mehrere Minderjährige zur Erziehung,

¹⁴³ Empfehlungen SODK/KOKES, 39.

¹⁴⁴ Empfehlungen SODK/KOKES, 39; siehe zur unterschiedlichen Umsetzung der PAVO durch die Kantone auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1165.

¹⁴⁵ ROSCH/HAURI, Rz 1098.

Betreuung, Ausbildung, Beobachtung oder Behandlung tags- und nachtsüber oder mehrere Kinder unter zwölf Jahren regelmässig tagsüber zur Betreuung aufzunehmen (zum Beispiel Kinderkrippen, Kinderhorte; Art. 13 Abs. 1 PAVO). Bei der Heimpflege sind die Kriterien eher fachlich, konzeptionell und finanziell geprägt, wobei die entsprechende Infrastruktur zu berücksichtigen ist (vgl. Art. 15 PAVO).¹⁴⁶ Dabei stellen die Konzepte eines Heims einen wichtigen Aspekt für den Entscheid über die Bewilligungserteilung dar. Deshalb empfehlen die SODK und die KOKES den Kantonen insbesondere, von den Heimen entsprechende Konzepte zu verlangen und damit die Qualität des Angebots sowie die Partizipation der Pflegekinder zu fördern.¹⁴⁷ Auch bei der Heimpflege kann die Bewilligung mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden (Art. 16 Abs. 2 PAVO).

76 Kantonale, kommunale oder gemeinnützige Einrichtungen, welche, gestützt auf eine andere kantonale gesetzliche Grundlage, einer besonderen Aufsicht unterliegen, sind nicht bewilligungspflichtig (Art. 13 Abs. 2 lit. a PAVO). In vielen Kantonen bestehen entsprechende gesetzliche Grundlagen, die die Betreuung von Minderjährigen im Bereich der sozialen Einrichtungen oder der familienergänzenden Kinderbetreuung speziell regeln. Auch Ferienkolonien und Ferienlager sind gemäss Art. 13 Abs. 2 lit. c PAVO nicht bewilligungspflichtig, soweit nicht kantonale Vorschriften eine Bewilligungspflicht vorsehen.¹⁴⁸

77 Nach CANTIENI/BLUM muss die zuständige Behörde bei der Überprüfung der Bewilligung während einer laufenden ausserfamiliären Unterbringung nicht nur die Eignung der Pflegeeltern, sondern auch das Wohl des Pflegekindes vorrangig berücksichtigen (Art. 3 UN-KRK, Art. 1a Abs. 1 PAVO).¹⁴⁹ Es kann sein, dass die Bewilligungsbehörde die Pflegeplatzbewilligung zu Beginn eines allfälligen Pflegeverhältnisses aufgrund bestimmter Umstände in einem Fall verweigert, aber die Bewilligung in einem anderen Fall doch nicht entzieht, wenn dort die gleichen Umstände erst später bekannt werden. Dies ist möglich, wenn die Pflegeeltern einige Zeit mit einem Pflegekind zusammengelebt haben und die entscheidenden Umstände erst dann eintreten (zum Beispiel strafrechtliche Verurteilung oder Bekanntwerden von strafrechtlich relevanten Handlungen der Pflegeeltern). So ist es nach CANTIENI/BLUM beispielsweise denkbar, dass die Aufsichtsbehörde nachträglich zum Schluss kommt, dass eine Pflegefamilie nicht mehr geeignet sei, weitere Pflegekinder aufzunehmen, sie ihr aber gleichzeitig die Bewilligung für ein bereits früher aufgenommenes Pflegekind (im Sinne einer Ausnahmewilligung) belässt. Sie stellen aber klar, dass sich die Bewilligungsbehörde und die für die

146 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.50; gemäss Art. 15 Abs. 1 lit. c PAVO muss unter anderem für eine gesunde sowie abwechslungsreiche Ernährung und für ärztliche Überwachung der Pflegekinder gesorgt sein.

147 Empfehlungen SODK/KOKES, 41 f.

148 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 316 ZGB N 43.

149 CANTIENI/BLUM, Rz 15.133; siehe auch Rz 108 ff.

ausserfamiliäre Unterbringung zuständige Behörde bei einer nachträglichen Gefährdungsmeldung austauschen müssen.¹⁵⁰

- 78 Die Bewilligung muss entzogen werden, wenn im Heim respektive in der Pflegefamilie Schwierigkeiten oder Mängel auftauchen, die weder durch Beratung noch durch andere Massnahmen beseitigt werden können (Art. 11 Abs. 1 und Art. 20 Abs. 1 PAVO). Diesfalls ist die Aufsichtsbehörde mitverantwortlich für die Folgelösungen und hilft, die betroffenen Kinder anderswo unterzubringen.¹⁵¹

c. Meldepflicht

- 79 Im Rahmen der Tagespflege sind Personen meldepflichtig, die sich allgemein anbieten, regelmässig Kinder unter zwölf Jahren in ihrem Haushalt zu betreuen (Art. 12 Abs. 1 PAVO). Die Tagespflege ist zwar nicht bewilligungspflichtig, jedoch kann die Bewilligungsbehörde den Tageseltern verbieten, weitere Kinder aufzunehmen, wenn andere Massnahmen zur Behebung von Mängeln oder Schwierigkeiten erfolglos geblieben sind oder von vornherein ungenügend erscheinen (Art. 12 Abs. 3 PAVO).
- 80 Dienstleistungsangebote in der Familienpflege sind umfangreich und heterogen (beispielsweise Einzelpersonen, kleinere und grössere Organisationen sowie kurze Platzierung, Dauerplatzierung, Time-out-Platzierung, Übergangsplatzierung, Notfallplatzierung).¹⁵² Laut Art. 20a PAVO besteht für Einzelpersonen und Organisationen, die Pflegeplätze für Minderjährige in Pflegefamilien vermitteln, das Pflegeverhältnis sozialpädagogisch begleiten, Pflegeeltern aus- und weiterbilden oder Beratungen und Therapien für Pflegekinder durchführen (sog. Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege), eine Meldepflicht. Die Meldung innert drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit an eine zentrale kantonale Behörde wird inhaltlich qualifiziert, indem sie die Angaben und Belege gemäss Art. 20b PAVO enthalten muss.¹⁵³
- 81 Diese Meldepflicht für Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege gegenüber einer zentralen kantonalen Behörde soll gewährleisten, dass das erforderliche Fachwissen bei einer Stelle gebündelt ist. Die Meldepflicht beinhaltet unter anderem ärztliche Feststellungen und die Meinung des Pflegekindees zu Entscheidungen, die sein Leben wesentlich beeinflussen. Demnach muss sich die Behörde ein Bild über die Diagnosen des Pflegekindees (beispielsweise psychische Belastungen) machen. Ausserdem muss sie überprüfen, ob das Pflegekind bei wichtigen Entscheidungen angemessen einbezogen worden ist.¹⁵⁴

150 Zum Ganzen CANTIENI/BLUM, Rz 15.133.

151 Empfehlungen SODK/KOKES, 39.

152 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1152; siehe zum breiten Spektrum an Familienplatzierungsorganisationen CANTIENI/BLUM, Rz 15.134.

153 Vgl. zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1152 f.

154 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 44.

d. Aufsicht

- 82 Die Pflegekinderaufsicht stellt eine hoheitliche Eingriffsverwaltung dar. Sie greift in die Rechte und die Freiheit von Privaten, welche die Einschränkungen dulden müssen, ein. Bei seinem Handeln muss der Staat die fünf Grundprinzipien des Verwaltungsrechts einhalten, namentlich Gesetzesmässigkeit, Rechtsgleichheit, öffentliches Interesse, Verhältnismässigkeit sowie Treu und Glauben.¹⁵⁵
- 83 Im Rahmen der Aufsicht werden die Voraussetzungen für die Weiterführung des Pflegeverhältnisses überprüft.¹⁵⁶ Die Aufsicht umfasst die periodische Abklärung durch Augenscheine vor Ort, Erkundigungen, Gespräche etc., sodass ein Bild von der Situation gewonnen werden kann. Bezüglich der Dienstleistungsangebote findet eine jährliche Überprüfung statt (Art. 20e PAVO). Das Gleiche gilt für die Familien- und Tagespflege (Art. 10 Abs. 1 [i.V.m. Art. 12 Abs. 2] PAVO), während die Heimpflege so oft wie nötig, mindestens aber alle zwei Jahre überprüft wird (Art. 19 Abs. 1 PAVO). Damit die Tätigkeit beurteilt werden kann, wird zudem kontrolliert und protokolliert, ob die erforderlichen Standards eingehalten werden.¹⁵⁷ Weiter muss die Behörde sicherstellen, dass die gesetzliche Vertretung des Pflegekindes korrekt geregelt ist und das Pflegekind altersgemäss an Entscheidungen, die sein Leben wesentlich beeinflussen, beteiligt wird (Art. 1a Abs. 2 lit. c und Art. 10 Abs. 3 PAVO i.V.m. Art. 301 Abs. 2 ZGB).
- 84 Die Aufsicht beinhaltet bei der Familien- und Tagespflege auch eine Beratungstätigkeit (Art. 10 Abs. 2 Satz 4 [i.V.m. Art. 12 Abs. 2] PAVO). Bei diesem doppelten Auftrag von Kontrolle und Beratung liegt ein Spannungsverhältnis vor. Deshalb muss die für die Aufsicht zuständige Person professionell und methodisch geschickt vorgehen, um dieses Spannungsverhältnis möglichst zu überwinden.¹⁵⁸
- 85 Nach Art. 18 PAVO sind Heime verpflichtet, der Aufsichtsbehörde besondere Vorkommnisse zu melden. Dadurch erhält die Aufsichtsbehörde zusätzlich zu den geregelten Abläufen einen vertieften Einblick, wie ein Heim funktioniert. So kann sie das Heim allenfalls unterstützen, besondere Situationen zu bewältigen. Umgekehrt können Betroffene, deren Umfeld oder Dritte bei der Aufsichtsbehörde eine aufsichtsrechtliche Meldung einreichen, wenn sie mutmassliche Mängel feststellen. Dies kann helfen, allfällige Unzulänglichkeiten in Heimen früh genug zu erkennen und die notwendigen Massnahmen zu ergreifen.¹⁵⁹

155 HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz 33 f. und 320; ROSCH/HAURI, Rz 1098; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1147 f. m.w.H.; KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 417 f.

156 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1146.

157 Zum Ganzen HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.48.

158 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.49; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1150 m.w.H.; vgl. zu den entschärfenden Grundwerten auch HÄFELI, Wegleitung, 170 ff.

159 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 43.

- 86 Die zentrale kantonale Behörde beaufsichtigt auch die Anbieter*innen in der Familienpflege. Dazu stehen ihr als Aufsichtsmittel eine Anzahl von den Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege zusammengestellter, jährlich aktualisierter Verzeichnisse der Pflegefamilien, mit denen sie zusammenarbeiten und bei denen sie Pflegeplätze vermitteln, sowie der Kinder, für die sie Pflegeplätze vermittelt haben (vgl. Art. 20d PAVO), sowie Augenscheine, Besprechungen und Erkundigungen (vgl. Art. 20e PAVO) zur Verfügung. Die Aufsichtsmassnahmen wie die geeigneten Massnahmen zur Mängelbehebung und die vorübergehende Untersagung der Tätigkeitsausübung finden sich in Art. 20f PAVO.¹⁶⁰
- 87 Auch die Behörden, die mit Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege zusammenarbeiten, sind verpflichtet, Unregelmässigkeiten der für die Aufsicht über die Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege zuständigen Behörde zu melden. Zudem kann sich die Aufsichtsbehörde direkt an die mit einem Dienstleistungsanbieter oder einer Dienstleistungsanbieterin in der Familienpflege zusammenarbeitende Pflegefamilie wenden, um sich über die Auswirkung der Begleitung auf das Kindeswohl zu informieren.¹⁶¹
- 88 Pflegekinder müssen nicht nur altersgemässe Entwicklungsaufgaben, sondern auch spezifische Entwicklungsaufgaben bewältigen, indem sie sich mit ihrer Situation in der ausserfamiliären Unterbringung und ihrem Status als Pflegekind auseinandersetzen und sich bestenfalls damit anfreunden. In diesem Zusammenhang sprechen die SODK und die KOKES auch von «Pflegekinderzufriedenheit». Dazu muss sichergestellt werden, dass das Pflegekind während der Betreuungsphase zu allem Wichtigem seine Meinung äussern kann, beispielsweise hinsichtlich des Kontakts zu seiner Herkunftsfamilie oder der Organisation seines Alltags. Die Einrichtung beziehungsweise die Pflegefamilie muss das Pflegekind dabei unterstützen. Hierbei hat die Aufsichtsbehörde eine wichtige Rolle, indem sie im Rahmen der Aufsicht gemäss Art. 19 Abs. 2 PAVO prüft, wie die Partizipation umgesetzt wird und diesbezüglich Empfehlungen oder Richtlinien abgibt. Deshalb empfehlen die SODK und die KOKES den Kantonen insbesondere, bei ihrer Aufsichtstätigkeit die Pflegekinderzufriedenheit zu erfassen sowie dafür zu sorgen, dass Pflegekindern ermöglicht wird, sich aktiv an Entscheidungen, die ihr Leben direkt beeinflussen, zu beteiligen.¹⁶²
- 89 Sofern die Pflegeeltern meinen, dass das Aufsichtsorgan seine Aufsichtstätigkeit unprofessionell oder gar rechtsmissbräuchlich ausübt, können sie Aufsichtsbeschwerde an die vom kantonalen Recht bezeichnete Aufsichtsbehörde über das Aufsichtsorgan erheben.¹⁶³ Falls die Bewilligung und Aufsicht der KESB obliegt, sind deren Entscheide mit der Beschwerde gemäss Art. 450

160 Vgl. zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1154.

161 Empfehlungen SODK/KOKES, 44.

162 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 29 f.; vgl. zu den Herausforderungen für Pflegekinder auch BRUNNER, Partizipation, 125.

163 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1149.

ZGB anfechtbar. Sind andere Stellen damit betraut, richtet sich das Rechtsmittel nach kantonalem Recht (Art. 27 PAVO). Die behördliche Aufsichtstätigkeit erfolgt in der Regel unentgeltlich (vgl. Art. 25 PAVO).¹⁶⁴

e. Partizipation des Pflegekinde

- 90 Infolge der Unterzeichnung der UN-KRK durch die Schweiz verbesserte sich die Rechtsstellung des Pflegekinde. Dies wurde in der PAVO im Rahmen einer Teilrevision, die am 1. Januar 2013 in Kraft trat, nachvollzogen. Kinderrechtliche Postulate wurden stärker berücksichtigt, was sich in der Pflicht der KESB zeigt, Kinderrechte wie die altersgemässe Aufklärung über Verfahrensrechte, die Zuweisung einer Vertrauensperson sowie die Beteiligung des Pflegekinde an sein Leben beeinflussenden Entscheidungen (vgl. Art. 1a Abs. 2 und Art. 10 Abs. 3 PAVO), zu verwirklichen.¹⁶⁵
- 91 Nach Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO sorgt die KESB dafür, dass das Pflegekind eine Vertrauensperson zugewiesen erhält, an die es sich bei Fragen oder Problemen wenden kann. Das Pflegekind soll durch die Vertrauensperson während der ausserfamiliären Unterbringung gestärkt werden.¹⁶⁶ Die Vertrauensperson gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO sollte, wenn möglich, eine Person sein, die das Kind vorgeschlagen hat und die urteilsfähig ist. Sie sollte nicht Teil des Platzierungssystems sein und nicht als Erziehungsbeiständin beziehungsweise Erziehungsbeistand gemäss Art. 308 Abs. 1 oder 2 ZGB eingesetzt sein. Beispielsweise kann ein Nachbar oder eine Lehrerin infrage kommen. Bestenfalls verfügt das Kind bereits über ein Vertrauensverhältnis zu dieser Person, ein solches bahnt sich an oder zeichnet sich ab. Die Vertrauensperson soll nach den Intentionen des Gesetzgebers dem Kind beistehen, seine Anliegen ernst nehmen und ihm Gehör verschaffen gegenüber dem Platzierungssystem und so seine Position stärken.¹⁶⁷ Dafür muss sich die Vertrauensperson in die Situation und die Bedürfnisse des Pflegekinde hinein fühlen und hineindenken sowie Zeit haben. Die Vertrauensperson zeigt die subjektive Haltung des Kindes auf. Deshalb ist das persönliche Vertrauen des Pflegekinde in diese Person zentral und das urteilsfähige Kind soll sie selbst bestimmen.¹⁶⁸

164 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.13; vgl. zum Verhältnis zwischen der PAVO und kantonalem Recht Urteil des BGer vom 8. 3. 2024, 5A_198/2023, E. 5.2.

165 CANTIENI/BLUM, Rz 15.130; siehe zum Reformbedarf der PAVO Rz 267 ff. und 599 ff.

166 CANTIENI/BLUM, Rz 15.130.

167 Vgl. zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1084.

168 Empfehlungen SODK/KOKES, 23; siehe auch Rz 259 ff. m.w.H.

3. Weitere Rechtsgrundlagen

a. Pflegevertrag

- 92 Über den Pflegevertrag finden sich weder im ZGB noch in der PAVO, noch im OR Regeln, weshalb er von der Lehre als Innominatvertrag mit familienrechtlichen und auftragsrechtlichen Elementen bezeichnet wird.¹⁶⁹ Für die Entstehung und die Rechtswirkungen des Pflegevertrags gelten die Bestimmungen des Privatrechts.¹⁷⁰ Es bestehen keine Formvorschriften für den Pflegevertrag. Er wird aber üblicherweise schriftlich verfasst. Dies ist zu empfehlen, damit die wichtigsten Punkte des Pflegeverhältnisses vereinbart werden und bei Konflikten darauf abgestellt werden kann.¹⁷¹
- 93 Bezüglich der Vertragsparteien bestehen je nach Ausgangslage bei der Errichtung des Pflegeverhältnisses unterschiedliche Konstellationen. Wenn beide Elternteile mit gemeinsamer elterlicher Sorge ein Pflegeverhältnis errichten, ohne dass dabei eine Fachstelle oder die Behörde mitwirkt, sind die Pflegeeltern respektive die Institution, die das Pflegekind betreut, und die Herkunftseltern Vertragsparteien. Beide unterzeichnen den Pflegevertrag, sofern dieser schriftlich abgeschlossen wird. Die Vertragsparteien bleiben dieselben, auch wenn für das Kind eine Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 ZGB besteht und die Beistandsperson die Eltern bei der Errichtung des Pflegeverhältnisses unterstützt. Das Gleiche gilt, wenn für das Kind eine Erziehungsbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB mit dem Auftrag, die Herkunftseltern bei der vereinbarten Platzierung zu unterstützen und nötigenfalls zu vertreten, vorliegt. Auch hier unterzeichnen die Herkunftseltern und die Pflegeeltern den Vertrag, der nur diese zwei Parteien verpflichtet. Die Beistandsperson ist in diesem Fall zwar konkurrenzierend zu den Herkunftseltern auch vertretungsberechtigt. Jedoch hat es keinen Einfluss auf das Vertragsverhältnis zwischen den Herkunftseltern und den Pflegeeltern, ob die Beistandsperson den Vertrag allein oder zusammen mit den Herkunftseltern unterzeichnet.¹⁷²
- 94 Falls den Herkunftseltern vom Gericht oder von der KESB das Aufenthaltsbestimmungsrecht, gestützt auf Art. 310 Abs. 1 oder 2 ZGB, entzogen ist, sind die KESB als Inhaberin des Aufenthaltsbestimmungsrechts und die Pflegeeltern Vertragsparteien. Die KESB kann den Pflegevertrag unterzeichnen, sofern keine Beistandschaft nach Art. 308 Abs. 2 ZGB besteht, im Rahmen derer die Beistandsperson mit der ausserfamiliären Unterbringung beauftragt ist (Art. 307 Abs. 1 ZGB; Art. 306 Abs. 2 ZGB). Die ausserfamiliäre Unterbringung ist jedoch immer mit vielen Aufgaben verbunden, weshalb regelmässig eine Beistandschaft errichtet wird und diese Aufgaben der Beistandsperson übertragen werden. Diesfalls unterzeichnet sie den Pflegevertrag

169 Statt vieler HEGNAUER, Rz 10.07; MÖSCH PAYOT, Rechtsstellung, 98 und 100.

170 ANDERER, Pflegegeld, Rz 237.

171 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1160; gl.M. BLUM, Recht, 191.

172 Zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1159.

vertretungsweise für die KESB.¹⁷³ HÄFELI hält die zusätzliche Unterzeichnung des Pflegevertrags durch die Herkunftseltern für sinnvoll, weil dieser in der Regel elterliche Rechte und Pflichten gegenüber dem ausserfamiliär untergebrachten Kind und den Pflegeeltern enthält.¹⁷⁴

- 95 Bei der seltensten Konstellation, nämlich einer Vormundschaft für das Kind nach Art. 327a–c ZGB, entscheidet der Vormund respektive die Vormundin als Inhaber*in des Aufenthaltsbestimmungsrechts über die ausserfamiliäre Unterbringung. Er beziehungsweise sie ist Vertragspartei und unterzeichnet den Pflegevertrag allein.¹⁷⁵
- 96 Als Mindestinhalt sollte der Pflegevertrag die Personalien und Koordinaten der Vertragsparteien, die Art des Pflegeverhältnisses, den Erziehungsauftrag (inklusive Vertretungsbefugnissen), das Pflegegeld, die Besuchs- und Ferienregelung, den Pflegeeltern überlassene Dokumente sowie die Auflösungsmodalitäten aufweisen.¹⁷⁶
- 97 Der Pflegevertrag betrifft persönliche Beziehungen und die Betreuung, weshalb er eine höchstpersönliche Komponente aufweist. Deshalb sollen nach MÖSCH PAYOT urteilsfähige Kinder entsprechend in das Verfahren der Vertragsschliessung einbezogen werden (Art. 301 Abs. 2 ZGB, Art. 19c Abs. 1 ZGB).¹⁷⁷ Dieser Ansicht ist zuzustimmen, weil der Vertrag sie direkt betrifft und sie ein Recht darauf haben, mitzuwirken (vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. c PAVO, Art. 12 UN-KRK).
- 98 Der Pflegevertrag endet infolge gesetzlicher oder vertraglicher Beendigungsgründe. Ersteres ist der Fall, wenn das Kindeswohl gefährdet ist (und die KESB geeignete Massnahmen zum Schutz des Pflegekindes ergreifen muss; vgl. Art. 307 Abs. 2 ZGB), das Pflegekind volljährig wird, es von den Pflegeeltern adoptiert wird, entweder das Pflegekind oder die Pflegeeltern sterben oder wenn sich die Verhältnisse wesentlich geändert haben. Letzteres trifft zu, wenn die Parteien den Pflegevertrag infolge Zeitablaufs oder durch Aufhebung beenden oder ihn kündigen.¹⁷⁸

b. Bundesverfassung

- 99 Bei der Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts und der damit verbundenen Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie oder in einem Heim handelt es sich um einen schweren Eingriff in das Familien- und Privatleben

173 Zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1159; gl.M. ANDERER, Rz 274 f.; a.M. AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 31 ff.; implizit wohl auch HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.34.

174 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1159.

175 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1159; a.M. HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.34, nach denen zusätzlich die KESB gestützt auf Art. 327c Abs. 2 i.V.m. Art. 416 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB zustimmen muss.

176 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1161; siehe zur Vertragsgestaltung auch BLUM, Recht, 192 f. m.w.H.

177 MÖSCH PAYOT, Rechtsstellung, 98 und 100; vgl. auch BLUM, Recht, 191.

178 Vgl. zum Ganzen GASSNER, Pflegeeltern, Rz 237 ff.

im Sinne von Art. 5 und 8 EMRK, Art. 9 und 17 Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) sowie Art. 13 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV).¹⁷⁹ Dieser staatliche Eingriff ist nur zulässig, wenn eine gesetzliche Grundlage vorhanden ist und diese Massnahme in einer demokratischen Gesellschaft für den Schutz der Rechte und Freiheiten anderer erforderlich ist (Art. 8 Abs. 2 EMRK). Auch laut Art. 36 BV sind staatliche Eingriffe in Grundrechte nur zulässig, wenn sie gesetzlich vorgesehen sind, im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sind, wobei der Kerngehalt der Grundrechte unantastbar ist.¹⁸⁰ Art. 310 ZGB stellt die gesetzliche Grundlage für diesen schweren Eingriff in die elterlichen Rechte dar. Entsprechend weist er strenge Voraussetzungen auf.¹⁸¹ Das öffentliche Interesse ist durch das Gemeinwohl, namentlich den Schutz des Kindes, gegeben.¹⁸²

- 100 Art. 11 BV statuiert den besonderen Schutz der Kinder und nimmt insbesondere die rechtsanwendenden Behörden in die Pflicht. Sie müssen dafür sorgen, dass die physische, psychische und sexuelle Integrität des Kindes immer sichergestellt ist.¹⁸³ So werden Kinder explizit als Grundrechtssubjekte mit einem speziellen Anspruch auf Integritätsschutz und Förderung ihrer Entwicklung anerkannt.¹⁸⁴ Kinder üben ihre Rechte im Rahmen ihrer Urteilsfähigkeit aus (Art. 11 Abs. 2 BV). Folglich sind sie grundrechtsmündig, soweit sie urteilsfähig sind. Demnach können urteilsfähige Kinder alle persönlichkeitsnahen Grundrechte selbstständig ausüben und geltend machen.¹⁸⁵ Falls das Kind nicht urteilsfähig ist, wird es dabei durch seine Eltern als gesetzliche Vertretung vertreten, soweit nicht absolut höchstpersönliche Rechte betroffen sind (vgl. Art. 19c Abs. 2 ZGB).¹⁸⁶
- 101 Gestützt auf das Sozialziel in Art. 41 lit. c und g BV setzen sich der Bund und die Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass Familien als Gemeinschaften von Erwachsenen und Kindern geschützt und gefördert werden sowie Kinder in ihrer Entwicklung zu selbstständigen und sozial verantwortlichen Personen gefördert und in ihrer sozialen, kulturellen und politischen Integration unterstützt werden.¹⁸⁷ Weiter geht daraus das Ziel der schweizerischen Kinder- und Jugendpolitik hervor, den Schutz, das Wohlergehen und die soziale Integration aller Kinder mittels

179 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1090; vgl. auch CANTIENI/BLUM, Rz 15.83; GEISSBERGER, Rz 20; KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 417.

180 BGE 120 II 387 E. 5; vgl. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 34 f.; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1090.

181 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1090; vgl. BGE 120 II 387 E. 5; ausführlich HÄFELI, Aufhebung, 111 ff.

182 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 35.

183 Empfehlungen SODK/KOKES, 39.

184 WEBER KHAN/HOTZ, 56; vgl. auch KIENER/KÄLIN/WYTTENBACH, Rz 621 ff.

185 WEBER KHAN/HOTZ, 56; siehe zur Frage, welche Rechte Art. 11 Abs. 2 BV umfasst, GEISSBERGER, Rz 29.

186 Siehe dazu Rz 331 ff. und 383 ff.

187 BSK BV-GÄCHTER/WERDER, Art. 41 BV N 41.

öffentlicher Tätigkeiten, Massnahmen und Einrichtungen zu gewährleisten.¹⁸⁸ Teile von Art. 41 Abs. 1 lit. g BV sind in Art. 11 BV als grundrechtlicher Anspruch verankert.¹⁸⁹

- 102 Das Recht des Kindes auf Selbstbestimmung gemäss Art. 10 Abs. 2 BV ist im medizinischen Bereich von besonderer Bedeutung. Demnach kann jeder medizinische Eingriff, d.h. eine Medikation, Therapie, Impfung oder Operation, grundsätzlich nur mit dem Einverständnis des betroffenen urteilsfähigen Kindes, das vorgängig umfassend informiert worden ist, erfolgen (sog. Informed Consent).¹⁹⁰ Laut HOTZ ist der Informed Consent «ein zwingend notwendiges Mitwirkungsrecht des urteilsfähigen Kindes im Gesundheitsbereich».¹⁹¹ Ausserdem hat das Kind das Recht auf Information, auf Meinungsbildung und auf freie Meinungsäusserung hinsichtlich der eigenen gesundheitlichen Belange (Art. 16 Abs. 2 und 3 BV).¹⁹² Folglich umfasst die Mitwirkung des Kindes im Gesundheitsbereich nicht nur dessen medizinische Aufklärung und die informierte Einwilligung des urteilsfähigen Kindes respektive der Eltern des urteilsunfähigen Kindes. Sie umfasst beispielsweise auch die Information des Kindes vor und nach einem Spitalaufenthalt, die Begleitung bei einer Behandlung sowie die Teilhabe von sehr jungen Kindern oder solchen, die urteilsunfähig sind.¹⁹³

c. Kantonales Recht

- 103 In der Schweiz gibt es kein Bundesgesetz, das die Kinder- und Jugendhilfe umfassend regelt.¹⁹⁴ Zum Teil weisen die kantonalen Kinder- und Jugend(hilfe)gesetze auch Bestimmungen zur ausserfamiliären Unterbringung auf, wobei die Regelungen der einzelnen Kantone sehr unterschiedlich sind.¹⁹⁵ Denn im Rahmen der föderalen Aufgabenteilung verfügen die Kantone und Gemeinden im Bereich des Pflegekinderwesens über grosse Gestaltungsmöglichkeiten.¹⁹⁶ Mit 26 Kantonen bestehen deshalb vielfältige Organisationsformen und Verantwortlichkeiten.¹⁹⁷ Ausserdem erfolgt der Vollzug der PAVO, die vor allem die Bewilligung und Aufsicht von Pflegeverhältnissen regelt, föderal (vgl. Art. 2 und 3 PAVO).¹⁹⁸
- 104 Insbesondere bezüglich der Finanzierung von ausserfamiliären Unterbringungen gilt kantonales Recht, weshalb in den Kantonen unterschiedliche Regelun-

188 BSK BV-GÄCHTER/WERDER, Art. 41 BV N 62.

189 BSK BV-GÄCHTER/WERDER, Art. 41 BV N 64; vgl. zum Ganzen auch MICHEL, Rechte, 63 ff. m.w.H.

190 HOTZ, Verfahren, Rz 7.27.

191 HOTZ, Verfahren, Rz 7.53.

192 HOTZ, Verfahren, Rz 7.28; MICHEL, Rechte, 62.

193 HOTZ, Verfahren, Rz 7.115; vgl. auch MICHEL, Rechte, 203 f.

194 EBERITZSCH, 44.

195 Empfehlungen SODK/KOKES, 12.

196 EBERITZSCH, 39; vgl. auch SCHNURR *et al.*, 23.

197 EBERITZSCH, 41; vgl. auch SCHNURR *et al.*, 23.

198 SEITERLE, Pflegekinderhilfe, 307; siehe auch Rz 72.

gen für die Finanzierung bestehen. Platzierungen sind in der Regel mit hohen Kosten verbunden. Nach Art. 276 Abs. 2 ZGB müssen Eltern die Kosten von Kinderschutzmassnahmen tragen. Sofern sie dies nicht können, muss das Gemeinwesen für die Kosten der Massnahme aufkommen. Wenn das Gemeinwesen den Unterhalt des Kindes finanziert, geht dessen Unterhaltsanspruch auch auf das Gemeinwesen über (Art. 289 Abs. 2 ZGB). Das Gemeinwesen ist laut Bundesgericht aber nicht legitimiert, Beschwerde gegen den Entscheid der KESB, die die ausserfamiliäre Unterbringung anordnet, zu führen.¹⁹⁹ Da entweder die Eltern oder das Gemeinwesen die Kosten der ausserfamiliären Unterbringung tragen, ist es nicht Aufgabe der Beistandsperson, die Finanzierung sicherzustellen.²⁰⁰

- 105 Bedauerlicherweise weisen die kantonalen Rechtsgrundlagen fast keine konkreten Bestimmungen zur Information und Beteiligung des Kindes während seiner ausserfamiliären Unterbringung (vgl. Art. 1a PAVO) auf. Immerhin bestehen allgemeine Bestimmungen oder Hinweise zum Partizipationsrecht des Kindes gemäss Art. 12 UN-KRK.²⁰¹ Mit Blick auf die Partizipationsrechte des Kindes adressiert der Kanton Freiburg in Art. 4 und 6 Jugendgesetz des Kantons Freiburg (JuG) auch Kinder und Jugendliche. Zudem kann das Kind nur mit seiner Einwilligung von seinen Eltern «einvernehmlich» untergebracht werden (Art. 48 Abs. 1 Reglement über die sonder- und sozialpädagogischen Institutionen und die professionellen Pflegefamilien des Kantons Freiburg [SIPR]).²⁰²

d. Empfehlungen der SODK und der KOKES zur ausserfamiliären Unterbringung

- 106 Die Empfehlungen der SODK und der KOKES zur ausserfamiliären Unterbringung vom 20. November 2020 sind eine Art «soft law». Sie stellen das Kindeswohl ins Zentrum. Die Empfehlungen enthalten qualitative Mindeststandards für vereinbarte und angeordnete Platzierungen und sollen die Kinderrechte stärken. Ein Leitgedanke ist die Partizipation des Pflegekindes in allen Platzierungsphasen. Deshalb empfehlen die SODK und die KOKES den Kantonen insbesondere:

- «Dafür zu sorgen, dass Pflegekinder möglichst früh über ihre Rechte informiert werden»
- «Pflegekinder zur Partizipation zu befähigen sowie sicherzustellen, dass die involvierten Akteur*innen die Partizipationsmöglichkeiten ausschöpfen»

199 Urteil des BGer vom 28. 3. 2014, 5A_979/2013, E. 4 ff.

200 Zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 897 ff. und 1097; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Rollen, 34 f.; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.36 ff.; siehe zur finanziellen Belastung durch Elternbeiträge HAURI, 121 ff.; vgl. zur Finanzierung des Pflegeplatzes auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 146 ff. m.w.H.; siehe zur subsidiären Finanzierung in den Kantonen ADRIAN *et al.*, 127 ff. m.w.H.

201 COLOMBO *et al.*, 9 und 38.

202 Siehe dazu in Irland und anderen Ländern BRENNAN/O'MAHONY/BURNS, 8 und 10.

- «Dafür zu sorgen, dass bei ausserfamiliär untergebrachten Kindern standardmässig abgeklärt wird, ob sie über eine Vertrauensperson verfügen»
 - «Die Fachpersonen für die Kindesvertretung zu sensibilisieren und dafür zu sorgen, dass bei einer angeordneten Platzierung in der Regel eine Kindesvertretung eingesetzt wird».²⁰³
- 107 Die Empfehlungen der SODK und der KOKES sind sehr wichtig, da das Pflegekinderwesen in der Schweiz grösstenteils kantonal geregelt ist. Hier leisten die Empfehlungen der SODK und der KOKES einen wichtigen Beitrag zu einer – zwar nur in geringem Rahmen möglichen, aber notwendigen – Vereinheitlichung und dadurch zur Rechtssicherheit. Jedoch sind die Empfehlungen rechtlich nicht bindend.

B. Internationales Recht

1. Kinderrechtskonvention

a. Vorrangige Berücksichtigung des Kindeswohls

- 108 Die UN-KRK hält unter anderem die Subjektstellung des Kindes sowie dessen Recht auf Partizipation fest. Mit der Unterzeichnung der UN-KRK durch die Schweiz wurde deshalb auch die Rechtsstellung des Pflegekindes in der Schweiz wesentlich verbessert.²⁰⁴
- 109 Aus der Sicht von Pflegekindern stellt dabei Art. 3 UN-KRK die wichtigste rechtliche Vorgabe dar. Dieser enthält den Grundsatz, dass bei allen Massnahmen, die Kinder betreffen, das Kindeswohl vorrangig berücksichtigt werden muss. Die Vorgabe ist für Pflegekinder besonders wichtig, weil die ausserfamiliäre Unterbringung immer eine lebensprägende Massnahme ist, die für das Pflegekind und dessen Eltern tief greifende und oft schicksalhafte Veränderungen bewirkt.²⁰⁵

b. Partizipation des Pflegekindes

- 110 Die Partizipationsrechte des Pflegekindes leiten sich unter anderem aus der PAVO und der UN-KRK ab.²⁰⁶ Beim Recht des Kindes auf Partizipation gemäss Art. 12 UN-KRK liegt neben dem Recht auf Wahrung des Kindeswohls (Art. 3 UN-KRK), dem Gleichbehandlungsgebot (Art. 2 UN-KRK) und dem Recht auf Leben und Entwicklung (Art. 6 UN-KRK) eines der vier Grundprinzipien der UN-KRK vor.²⁰⁷ Art. 12 UN-KRK gewährt dem Kind, das sich eine eigene Meinung bilden kann, in allen es betreffenden Ver-

²⁰³ Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 5.

²⁰⁴ CANTIENI/BLUM, Rz 15.130; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 113.

²⁰⁵ BLUM, Recht, 171; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 117 ff. m.w.H.; LEUTHOLD *et al.*, 20.

²⁰⁶ WIDER *et al.*, 115.

²⁰⁷ BLUM *et al.*, 21.

fahren das Recht, sich unmittelbar oder durch eine Vertretung zu äussern.²⁰⁸ Ausserdem soll seine Meinung bei Entscheidungen mitberücksichtigt werden. Dies umfasst auch, dass es vorgängig altersgerecht informiert wird.²⁰⁹ Art. 12 UN-KRK nimmt an, dass Kinder nicht bloss Objekte, sondern Subjekte mit eigenen Wünschen, Vorstellungen, Rechten und der Kompetenz zur Mitgestaltung der eigenen Zukunft sind. Demnach ist das Kind handelnde Person in seinem Leben und hat unter anderem Einfluss auf Entscheide von Gerichts- und Verwaltungsbehörden, die es betreffen.²¹⁰ Laut Bundesgericht ist Art. 12 UN-KRK in der Schweiz direkt anwendbar.²¹¹

- 111 Zufolge Art. 12 UN-KRK ist das Partizipationsrecht des Kindes umfassend, d.h., es beinhaltet mehr Partizipationsformen als nur das Recht auf Anhörung. Das Partizipationsrecht gemäss Art. 12 UN-KRK umfasst nämlich verschiedene Mitwirkungsformen in einem Verfahren zu den Angelegenheiten des Kindes, unter anderem das Recht auf Information, Anwesenheit, freie Meinungsbildung und -äusserung, Gehör sowie auf Begleitung und Vertretung. Die Partizipation ist nicht davon abhängig, ob das Kind urteilsfähig ist oder nicht; es reicht, wenn das Kind seine Meinung nonverbal ausdrücken kann.²¹² Nach WEBER KHAN/HOTZ ist die Partizipation als «ein Prozess und eine Haltung dem Kind gegenüber» zu verstehen, die über die Parteistellung in einem Verfahren hinausgeht.²¹³
- 112 Art. 9 Abs. 2 UN-KRK findet Anwendung in Verfahren, in welchen den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen wird und das Kind ausserfamiliär untergebracht wird. Demnach müssen alle Beteiligten die Möglichkeit erhalten, sich am Verfahren zu beteiligen und ihre Sicht darzulegen.²¹⁴ In Bezug auf die Partizipationsrechte des Kindes ist Art. 9 Abs. 2 UN-KRK *lex specialis* zu Art. 12 UN-KRK.²¹⁵ Die Mitwirkung am Verfahren nach Art. 9 Abs. 2 UN-KRK ist an keine Voraussetzungen geknüpft wie beispielsweise das Alter oder die Fähigkeit, sich eine eigene Meinung bilden zu können.²¹⁶ Auch bei Kindern, die ausserhalb ihrer Familie betreut werden, müssen die Vertragsstaaten die Umsetzung von Art. 12 UN-KRK sicherstellen. Das Pflegekind muss über die Betreuung und sein diesbezügliches Mitspracherecht informiert werden.²¹⁷

208 Vgl. BLUM *et al.*, 29.

209 Vgl. HOTZ/GASSNER, 319.

210 BLUM, Recht, 173.

211 BGE 144 II 56 E. 5.2; BGE 124 III 90 E. 3a.

212 Vgl. CRC/C/GC/12, Ziff. 21.

213 Zum Ganzen WEBER KHAN/HOTZ, 1 und 12 ff.; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 115 ff. und 132; EBERITZSCH/KELLER, Erkenntnisse, 242; SCHOCH *et al.*, Partizipationserfahrungen, 89.

214 WEBER KHAN/HOTZ, 36.

215 WEBER KHAN/HOTZ, 36; vgl. HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. 9 UN-KRK N 8; GERBER JENNI, 168.

216 KILDE, Recht, 85.

217 CRC/C/GC/12, Ziff. 97.

113 Ausserdem statuiert Art. 20 UN-KRK, dass ein Kind, das vorübergehend oder dauernd aus seiner familiären Umgebung herausgelöst wird oder dem der Verbleib in dieser Umgebung im eigenen Interesse nicht gestattet werden kann, Anspruch auf den besonderen Schutz und die Unterstützung des Staates hat. Die Vertragsstaaten haben entsprechend ihrem innerstaatlichen Recht andere Betreuungsformen für ein solches Kind sicherzustellen, wobei unter anderem die Aufnahme in eine Pflegefamilie in Betracht kommt.²¹⁸ Schliesslich erschienen 2010 zum 20. Geburtstag der UN-KRK Richtlinien für die ausserfamiliäre Betreuung von Kindern.²¹⁹

c. Gesundheitliche Versorgung des Kindes

114 Die Schutz- und Mitwirkungsrechte des Kindes gemäss Art. 12 UN-KRK sind auch in sämtlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung besonders wichtig.²²⁰ Denn Art. 12 UN-KRK gilt in alltäglichen Gesundheitsbelangen des Kindes gegenüber Eltern und medizinischen Fachpersonen sowie auch in Gesundheitsbelangen im Kindeschutzverfahren gegenüber Behörden.²²¹ Die Gesundheitsrechte des Kindes weisen drei Schutzbereiche auf, die unter Art. 23 f. UN-KRK fallen:

- «Zugang des Kindes zu Gesundheit (vgl. Art. 24 Abs. 1 UN-KRK)
- Massnahmen der Gesundheitsvorsorge für das Kind, worunter staatliche Schutzmassnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie private und öffentlich-rechtliche gesundheitliche Behandlungen des Kindes fallen (vgl. Art. 24 Abs. 2–3 UN-KRK)
- Die finanzielle Unterstützung infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen, seien dies Schadenersatzansprüche infolge Haftung oder sozialrechtliche Ansprüche infolge langfristiger Gesundheitsbeeinträchtigung».²²²

115 Das Partizipationsrecht in Gesundheitsbelangen gemäss Art. 24 UN-KRK verpflichtet die Staaten, dafür zu sorgen, dass Eltern und Ärzt*innen ein Kind über dessen gesundheitliche Angelegenheiten informieren und diese mit ihm besprechen.²²³ Dabei sollen die Vertragsstaaten auch das Mitspracherecht des Kindes umsetzen.²²⁴ Demnach sind Kinder über beabsichtigte Behandlungen sowie deren Folgen zu informieren und bei Entscheidungen, die ihre eigene Gesundheit betreffen, einzubeziehen. Die Vertragsstaaten sollen dafür sorgen, dass Kinder medizinisch beraten sowie betreut werden.²²⁵ Art. 24 Abs. 1 UN-KRK nennt denn auch das Recht des Kindes «auf das erreichbare

218 Vgl. auch STÖSSEL/GERBER JENNI, 345 m.w.H.

219 Siehe Guidelines Alternative Care; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 121 ff. m.w.H.

220 CRC/C/GC/12, Ziff. 98 ff.

221 WEBER KHAN/HOTZ, 99; vgl. zur horizontalen Wirkung von Art. 12 UN-KRK auch MICHEL, Rechte, 199.

222 Zum Ganzen WEBER KHAN/HOTZ, 42; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.14.

223 HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. 12 UN-KRK N 22.

224 Vgl. CRC/C/GC/12, Ziff. 98 ff.

225 CRC/C/GC/12, Ziff. 101; zum Ganzen HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. 12 UN-KRK N 22.

Höchstmass an Gesundheit». Besonders verletzbare Gruppen wie Pflegekinder benötigen ein besonderes Mass an Schutz.²²⁶

2. Behindertenrechtskonvention

a. Menschen mit Behinderung

- 116 Nach Art. 1 Abs. 2 UN-BRK zählen zu den Menschen mit Behinderung jene, «die langfristige, körperliche, seelische, geistige [Einschränkungen] oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können». Demnach sind unter anderem auch Menschen mit seelischen Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen vom besonderen Schutz dieser Konvention erfasst. Folglich kann die UN-BRK auch im Kinderschutz zum Tragen kommen, beispielsweise bei Pflegekindern mit entsprechenden Beeinträchtigungen.²²⁷ Darunter fällt zum Beispiel ADHS.²²⁸
- 117 Art. 25 UN-BRK garantiert «das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung». Demnach sollen Menschen mit Behinderung genauso wie Menschen ohne Behinderung auf die von ihnen benötigten Gesundheitsdienstleistungen zugreifen sowie diese finanzieren können.²²⁹ Dabei handelt es sich um eine Umsetzungsverpflichtung, wonach alle Vertragsstaaten die notwendigen Schritte ergreifen müssen, um das Recht jeder Person auf das für sie erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen.²³⁰ Laut Art. 25 lit. b UN-BRK müssen Gesundheitsleistungen angeboten werden, welche Menschen mit Behinderung speziell infolge ihrer Behinderung benötigen. Dies beinhaltet unter anderem Früherkennung und Frühintervention sowie Leistungen, die auch bei Kindern weitere Behinderungen möglichst gering halten oder vermeiden.²³¹

b. Kinder mit Behinderung

- 118 Art. 7 UN-BRK betrifft Kinder mit Behinderung. Nach dessen Abs. 2 muss das Kindeswohl bei allen Massnahmen, die Kinder mit Behinderung treffen, vorrangig berücksichtigt werden. Art. 7 Abs. 3 UN-BRK statuiert Folgendes zur Partizipation von Kindern mit Behinderung: «Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kin-

226 Vgl. HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. 24 UN-KRK N 5.

227 AKKAYA/REICHLIN/MÜLLER, 70.

228 Vgl. HOTZ, Kinder, 57; vgl. auch RICHARD *et al.*, 5 ff.; vgl. zu ADHS bei Pflegekindern TURNER/WILDEMANN, 1 ff.

229 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 2.

230 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 15.

231 Vgl. auch SHK UN-BRK-GANNER, Art. 7 UN-BRK N 13.

dern frei zu äussern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird, und [dass sie] behinderungsgerechte sowie altersgemässe Hilfe [...] erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können.»

- 119 Art. 7 Abs. 3 UN-BRK entspricht inhaltlich fast dem Wortlaut von Art. 12 UN-KRK. Mit der Unterzeichnung der UN-BRK hat sich die Schweiz verpflichtet, an einem regelmässigen Beobachtungs- und Berichterstattungsverfahren teilzunehmen. Deshalb wird auf diesem Weg auch Art. 12 UN-KRK umgesetzt. Auch an diesem Staatenberichtsverfahren muss nach WEBER KHAN/HOTZ die konkrete Beteiligung von Kindern mit Behinderung sichergestellt werden.²³² Sie folgern: «Ein Partizipationsrecht jedes Kindes, mit oder ohne Behinderung, verstanden als ein Persönlichkeitsrecht, das weder an das Alter noch an die Urteilsfähigkeit geknüpft ist, und das auch Anspruch auf Unterstützung gewährleisten soll, zielt damit sowohl aus der Perspektive der UN-BRK wie auch der UN-KRK in die richtige Richtung.»²³³
- 120 Das Partizipationsrecht in Gesundheitsbelangen nach Art. 24 UN-KRK gilt gemäss Art. 12 UN-BRK auch für Kinder mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen (im Sinne von Art. 23 UN-KRK, Art. 7 UN-BRK); sie haben einen Anspruch auf Mitsprache bei medizinischen Behandlungen.²³⁴ Zudem dürfen sie nicht gegen ihren Willen von den Eltern getrennt, isoliert oder medikamentös behandelt werden. Ein psychisch krankes Kind darf zwar in einer Psychiatrie untergebracht werden, es hat dabei aber ein Recht auf Mitsprache und auf Kontakt mit seiner Familie.²³⁵

3. Biomedizinkonvention

- 121 In der Schweiz gilt seit dem 1. November 2008 das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin, sog. Biomedizinkonvention). Es enthält in Art. 5 das Prinzip des Informed Consent sowie das Selbstbestimmungsrecht aller einwilligungsfähigen Patient*innen. Art. 6 Abs. 2 Biomedizinkonvention statuiert speziell für einwilligungsunfähige Kinder, dass ihre Meinung mit zunehmender Reife mehr Gewicht haben soll.²³⁶ Dabei handelt es sich um ein Mitentscheidungsrecht.²³⁷ Diese Bestimmung gilt nach HOTZ als wichtiges Signal, da es im schweizerischen Bundesrecht keine vergleichbare ausdrückliche Bestim-

²³² WEBER KHAN/HOTZ, 26.

²³³ WEBER KHAN/HOTZ, 27.

²³⁴ SCHMAHL, 100 ff.

²³⁵ CRC/C/CHE/CO/2-4, Ziff. 60; HOTZ, Verfahren, Rz 7.17; SCHMAHL, 95 ff.

²³⁶ Vgl. HOTZ, Verfahren, Rz 7.18 ff.; MICHEL, Rechte, 21 f., 60 f. und 202.

²³⁷ MICHEL, Rechte, 61 und 202; WEBER KHAN/HOTZ, 44 f. und 101.

mung für Kinder gibt. Jedoch reiche der materielle Rechtsschutz nicht weiter als derjenige des allgemeinen zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutzes.²³⁸

4. Soft Law

a. Leitlinien des Europarates für eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung

122 Die Leitlinien des Europarates für eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung vom 21. September 2011 stellen für die Partizipation von Kindern in allen sie betreffenden Gesundheitsbelangen ein internationales Vorbild dar.²³⁹ Die Leitlinien für eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung dienen dazu, eine grosse Bandbreite an Gesundheitsmassnahmen zu entwickeln, bei denen die Rechte, Bedürfnisse und Ressourcen von Kindern im Mittelpunkt stehen sowie ihr familiäres und soziales Umfeld berücksichtigt werden. Insbesondere sollen die Leitlinien sicherstellen, dass Kinder auf allen Entscheidungsebenen ihrem Alter und Reifegrad entsprechend mitwirken können.²⁴⁰ Laut den Leitlinien ist anerkannt, dass ein Kind, das sich eine eigene Meinung bilden kann, berechtigt ist, diese Meinung in allen es berührenden Angelegenheiten frei zu äussern. Zudem hat es ein Recht darauf, dass seine Meinung angemessen und entsprechend seinem Alter und Reifegrad berücksichtigt wird (vgl. Art. 12 UN-KRK).²⁴¹

123 Damit Kinder überhaupt erfolgreich partizipieren können, müssen sie entsprechend ihrem Entwicklungsstand und ihrer Leistungsfähigkeit über die relevanten Sachverhalte informiert werden.²⁴² Deshalb sind alle Kinder vorab über allfällige Eingriffe im Gesundheitsbereich zu informieren.²⁴³ Dazu müssen zugängliche Informationen und medizinisches Personal, das mit Kindern kommunizieren kann, vorhanden sein.²⁴⁴ Sofern das Kind nach nationalem Recht fähig ist, einem gesundheitlichen Eingriff zuzustimmen, darf dieser erst durchgeführt werden, wenn das Kind informiert worden ist und frei zugestimmt hat. Falls das Kind aber nicht zustimmen kann, muss seine Meinung als mitbestimmender Faktor entsprechend seinem Alter und seinem Reifegrad berücksichtigt werden. Alle Kinder müssen bei der individuellen Entscheidungsfindung – insbesondere bei medizinischen Entscheidungen – mitwirken können.²⁴⁵ Dabei beinhaltet die Mitwirkung des Kindes, dass es informiert, beraten und gehört wird, seine Meinung unabhängig von seinen Eltern äussern kann und dass diese auch berücksichtigt wird. Der Umfang der Beteiligung

238 HOTZ, Verfahren, Rz 7.22.

239 HOTZ, Verfahren, Rz 7.23.

240 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 1 f.

241 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 11.

242 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 42.

243 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 12.

244 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 42.

245 Zum Ganzen Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 12 und 42.

von Kindern ist somit abhängig von ihrem Alter, ihren Fähigkeiten, ihrer Reife und von der Bedeutung der zu treffenden Entscheidung.²⁴⁶

b. Quality4Children

- 124 Im Rahmen des europäischen Projekts «Quality4Children» wurden von der Fédération internationale des communautés éducatives (FICE), der International Foster Care Organisation (IFCO) und der SOS Kinderdorf International Qualitätsstandards für die ausserfamiliäre Unterbringung von Kindern entwickelt. Dies, um die Lebenssituation und Entwicklungschancen von Pflegekindern in Europa zu verbessern. Es handelt sich dabei um 18 Standards, die in die Bereiche Entscheidungsfindungs- und Aufnahmeprozess, Betreuungsprozess sowie Austrittsprozess gegliedert sind.²⁴⁷ Die Standards von Quality4Children besagen unter anderem, dass das Kind befähigt werden soll, am Entscheidungsfindungsprozess teilzunehmen (Standard 2) und Entscheidungen im Betreuungsprozess, die sein Leben direkt beeinflussen, aktiv mitzutreffen (Standard 11). Weiter sieht Standard 13 vor, dass Kinder mit speziellen Bedürfnissen adäquat betreut werden. Dies umfasst beispielsweise, dass die Pflegeeltern mit Psycholog*innen und Sprachtherapeut*innen zusammenarbeiten oder das Heim die medizinische Behandlung eines Kindes mit speziellen Bedürfnissen sicherstellt.²⁴⁸

c. Europäische Charta für Kinder im Spital

- 125 Partizipation im Gesundheitsbereich wird häufig als Mitwirkung an der medizinischen Aufklärung und informierte Einwilligung (Informed Consent) des Kindes beziehungsweise seiner Eltern verstanden.²⁴⁹ Jedoch handelt es sich bei der informierten Einwilligung des urteilsfähigen Kindes rechtlich gesehen um die autonome Entscheidungsmacht und somit nicht mehr um Partizipation.²⁵⁰ Andere Teilhabeformen hingegen wie die Information über den Spitalaufenthalt, die Begleitung während und/oder nach einer Behandlung sowie die Aufklärung und Mitwirkung von sehr jungen und/oder urteilsunfähigen Kindern werden bei der Partizipation im Gesundheitsbereich regelmässig vernachlässigt. Immerhin benutzt laut der Studie über die Umsetzung von Art. 12 UN-KRK in der Schweiz erfreulicherweise die Hälfte der Kinderspitäler die Europäische Charta für Kinder im Spital (EACH-Charta).²⁵¹
- 126 Nach Art. 4 EACH haben Kinder das Recht, ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden. Die Informationen richten sich

246 Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 23.

247 BLUM, Recht, 205; siehe auch Quality4Children, 8 ff.

248 Quality4Children, 14 ff.; vgl. auch DIETHELM, 130 f.; GERMES/HILWEG/POSCH, 143 ff. m.w.H.

249 WEBER KHAN/HOTZ, 8 und 223; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.115.

250 A.M. WEBER KHAN/HOTZ, 8 und 223, die die informierte Einwilligung eines urteilsfähigen Kindes in eine medizinische Behandlung als «eine zwingend nötige Form der Partizipation» bezeichnen.

251 EACH, 6 ff.; WEBER KHAN/HOTZ, 8 und 223; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.115.

individuell an das Kind und sollen altersgerecht sowie seinen Vorkenntnissen angepasst formuliert werden. Ausserdem sollen die medizinischen Informationen einfach und ehrlich sein sowie, wenn möglich, in der Sprache des Kindes erfolgen. Dem Kind soll erklärt werden, wie der Spitalaufenthalt oder die Untersuchung beziehungsweise die Behandlung abläuft, was alles auf es zukommt sowie was es sehen, hören, riechen oder fühlen wird.²⁵²

- 127 Die Mehrheit der Kinderspitäler in der Schweiz verwendet zudem die Informationsbroschüre «Meine Rechte im Spital».²⁵³ Diese stützt sich auf die Vorgaben der EACH-Charta und die Bestimmungen der UN-KRK. Ein solches Vorgehen ist erfreulich. Trotzdem ist gemäss WEBER KHAN/HOTZ aus rechtlicher Sicht zusätzlich eine kindgerechte Übersicht über den medizinrechtlichen Rahmen wünschenswert. Diese sollte unter anderem das Partizipationsrecht des Kindes in sämtlichen Gesundheitsbelangen gegenüber allen Beteiligten konkretisieren.²⁵⁴ Diese Meinung wird vorliegend geteilt. Es ist unabdingbar, dass das Kind über seine Partizipationsrechte Bescheid weiss, um diese auch wahrnehmen zu können.

252 EACH, 11 ff.

253 Meine Rechte, 1.

254 WEBER KHAN/HOTZ, 223 f.

II. Pflegeverhältnisse

A. Kindeswohl und dessen Gefährdung

1. Kindeswohl

- 128 Alle Erwachsenen, die für Kinder verantwortlich sind, mit ihnen zusammenleben, arbeiten oder Entscheidungen treffen, müssen das Kindeswohl vorrangig berücksichtigen (Art. 3 Abs. 1 UN-KRK, vgl. auch Art. 296 und 301 ZGB, Art. 1a Abs. 1 PAVO, Art. 11 Abs. 1 BV). Beim Kindeswohl handelt es sich um einen «Grundsatz für die Ausgestaltung und Anwendung des Rechts, die Ausübung der elterlichen Sorge und das Handeln von Fachpersonen, Institutionen und Behörden gegenüber Kindern».²⁵⁵
- 129 Das Kindeswohl umfasst das, was ein Kind benötigt, um gesund und glücklich aufzuwachsen. Jedoch kann es nicht eindeutig bestimmt werden.²⁵⁶ Nach DETTENBORN ist das Kindeswohl, juristisch betrachtet, ein unbestimmter Rechtsbegriff, d.h. eine Generalklausel, die vor Gericht ausgelegt wird und dadurch in den Entscheid einfließt. Er folgert, dass der Begriff des Kindeswohls «ein hypothetisches Konstrukt, ein alltagstheoretischer Begriff» ist. Je nachdem, unter welchem Aspekt er betrachtet werden soll, sind verschiedene Ebenen zu berücksichtigen. Das Kindeswohl kann nicht nur unter dem rechtlichen Aspekt erfasst werden, sondern auch mit interdisziplinärem Bezug, insbesondere psychologischen Aspekten.²⁵⁷
- 130 Laut DETTENBORN ist es unmöglich, eine Definition des Kindeswohls zu finden. Deshalb schlägt er vor, «unter familienrechtspsychologischem Aspekt als Kindeswohl die für die Persönlichkeit eines Kindes [...] günstige Relation zwischen seiner Bedürfnislage und seinen Lebensbedingungen zu verstehen». Diese günstige Relation ist gegeben, wenn die Lebensbedingungen des Kindes seine Bedürfnisse insoweit befriedigen, als die gesellschaftlichen und altersgemässen Durchschnittserwartungen an körperliche, geistige und seelische Bedürfnisse erfüllt werden.²⁵⁸ Wenn man den Begriff des Kindeswohls definieren möchte, muss man sich mit massgebenden Konzepten und Vorstellungen von gut funktionierender Erziehung und Bildung von Kindern befassen.²⁵⁹ Demnach ist das Kindeswohl als eine flexible Konstellation von persönlichen sowie sozialen Aspekten und Risikofaktoren anzusehen. Vorab müssen diese Faktoren individuell analysiert werden, weil jedes Kind unterschiedliche

255 HECK/MARUGG, 34; vgl. zur Wichtigkeit des Vorrangs des Kindeswohls für Pflegekinder auch BLUM, 171.

256 BIESEL/URBAN-STAHN, 37; vgl. zum Begriff des Kindeswohls auch SIMONI, 19 ff. m.w.H.

257 DETTENBORN, 46 ff.

258 DETTENBORN, 50.

259 BIESEL/URBAN-STAHN, 43.

Bedürfnisse hat.²⁶⁰ Nach BRUNNER/SIMONI müssen neben der Orientierung an den Grundbedürfnissen von Kindern auch die Orientierung an den Grundrechten sowie die Prozessorientierung berücksichtigt werden.²⁶¹

131 Das ZGB spezifiziert den Begriff des Kindeswohls nicht. Jedoch wird erwartet, dass Eltern ihre Kinder ihren Verhältnissen entsprechend erziehen und ihre körperliche, geistige und sittliche Entfaltung fördern sowie schützen (vgl. Art. 302 Abs. 1 ZGB). Das Kindeswohl ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der im Einzelfall konkretisiert werden muss. Er umfasst alle Persönlichkeitsaspekte von Kindern, namentlich die körperlichen, sozialen, emotionalen, kognitiven und rechtlichen. Sofern die Grundbedürfnisse eines Kindes (unter anderem das Bedürfnis nach körperlicher Zufriedenheit durch Nahrung, Pflege und Versorgung, Sicherheit, emotionaler Zuwendung in stabilen sozialen Beziehungen, sicheren Bindungen, Umweltekundung, Zugehörigkeit, Anerkennung, Orientierung, Selbstbestimmung inklusive Partizipation,²⁶² Selbstverwirklichung und Wissen/Bildung)²⁶³ befriedigt sind und seine Grundrechte gesichert sind, ist regelmässig auch sein Wohl gewährleistet.²⁶⁴ Es gibt für jede Gefährdungssituation mehrere Handlungsmöglichkeiten, die es an den Bedürfnissen und Rechten des Kindes zu messen und gegeneinander abzuwägen gilt, um die hilfreichste und am wenigsten nachteilige Option zu wählen.²⁶⁵ Dabei hilft, die Biografie des Kindes zu berücksichtigen, um passende Lösungen zu finden.²⁶⁶

132 Demnach kann eine zivilrechtliche Kindesschutzmassnahme oft nicht das Beste hinsichtlich der Förderung, des Schutzes und des Wohlergehens des Kindes sicherstellen. Sie muss aber den für diese Situation bestmöglichen Schutz sowie die bestmögliche Förderung gewährleisten. Das Hauptziel aller zivilrechtlichen Kindesschutzmassnahmen ist nämlich, eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.²⁶⁷ Nachfolgend ist deshalb auf die Kindeswohlgefährdung einzugehen.

2. Kindeswohlgefährdung

133 Auch der Begriff der Kindeswohlgefährdung ist im ZGB nicht näher bestimmt. Kindeswohlgefährdung bedeutet die Gefahr, dass Grundbedürfnisse des Kindes nicht erfüllt werden.²⁶⁸ Laut HEGNAUER liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, «sobald nach den Umständen die ernstliche Möglichkeit

260 LUDEWIG *et al.*, 571.

261 BRUNNER/SIMONI, Rz 18.2.

262 Vgl. DROZ-SAUTHIER, 259.

263 DETTENBORN, 51 ff.

264 HECK/MARUGG, 34.

265 BLUM, Recht, 171 f.

266 BRUNNER/SIMONI, Rz 18.3.

267 HECK/MARUGG, 34; vgl. auch DETTENBORN, 53 ff.

268 LUDEWIG *et al.*, 570.

einer Beeinträchtigung des körperlichen, sittlichen oder geistigen Wohls des Kindes vorauszusehen ist». Nicht erforderlich ist, dass sich diese Möglichkeit schon verwirklicht hat.²⁶⁹

- 134 Nur mittels einer Gesamteinschätzung kann beurteilt werden, ob eine Kindeswohlgefährdung respektive die ernstliche Möglichkeit einer Beeinträchtigung vorliegt. Die Beantwortung der Frage, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht, ist normativer Art und unterliegt dem jeweiligen Zeitgeist sowie dem aktuellen Wissenschaftsstand betreffend die gesunde Entwicklung von Kindern.²⁷⁰
- 135 Der Gesetzgeber sieht in Art. 307 ff. ZGB Massnahmen vor, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist, damit Kindeswohlgefährdungen abgewendet werden können.²⁷¹ Zivilrechtliche Kindeschutzmassnahmen beinhalten unter anderem geeignete Massnahmen (Art. 307 ZGB) wie insbesondere Ermahnungen und Weisungen, die Beistandschaft (Art. 308 ZGB), die Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts (Art. 310 ZGB), den Entzug der elterlichen Sorge (Art. 311 f. ZGB) und die Vormundschaft (Art. 327c ZGB).
- 136 Im Bereich des Kindeschutzes bedeuten Schutzkonzepte, einen abgestimmten Prozess zu entwickeln, der angewendet wird, sobald eine Kindeswohlgefährdung im Umfeld eines Kindes erkannt worden ist. Damit soll so schnell wie möglich eine geschützte Umgebung für das Kind bereitgestellt werden.²⁷² Dadurch helfen Schutzkonzepte, das Kindeswohl und die persönlichen Rechte von Kindern sicherzustellen.²⁷³ Bis anhin stand das Pflegekinderwesen nicht im Fokus von Schutzkonzepten. Jedoch ist es nach HUSMANN/RUSACK notwendig, Schutzkonzepte im Pflegekinderwesen zu entwickeln und einzuführen.²⁷⁴ Dabei müssen Schutzkonzepte nicht nur in Pflegefamilien, sondern in der ganzen Infrastruktur des Pflegekinderwesens entwickelt und eingeführt werden.²⁷⁵
- 137 Anderweitige Schutzkonzepte können nicht einfach so auf den Bereich des Pflegekinderwesens übertragen werden.²⁷⁶ Das Forschungsteam des deutschen Verbundprojekts «FosterCare» hat deshalb Qualitätsstandards formuliert, um Schutzkonzepte im Pflegekinderwesen zu entwickeln und zu verankern.²⁷⁷ Demnach gewährleistet Prävention, dass Pflegekinder sicher und geschützt in der Gesamtinfrastruktur des Pflegekinderwesens aufwachsen können. Dadurch verbessert sie auch die Qualität des Pflegekinderwesens. Die KESB sollen einerseits sicherstellen, dass alle Beteiligten über die Rechte von Kindern

269 HEGNAUER, Rz 27.14.

270 HAURI/ZINGARO, 12; vgl. zu den Formen von Kindeswohlgefährdungen auch DIES., 12 ff. m.w.H.

271 DETTENBORN, 56.

272 HUSMANN *et al.*, 24.

273 Vgl. HUSMANN *et al.*, 25; vgl. auch SCHNURR *et al.*, 27.

274 Zum Ganzen HUSMANN/RUSACK, 151; gl.M. SCHNURR *et al.*, 27.

275 RUSACK/GULDE/HENN, 34; vgl. auch ARN *et al.*, 57 f.

276 Zum Ganzen HUSMANN/RUSACK, 151.

277 TEAM FOSTER CARE/KAMPERT/WOLFF, 179.

informiert sind. Andererseits sollen sie dafür sorgen, dass die Rechte von Kindern im gesamten Platzierungsverfahren im Fokus stehen. Zudem haben alle Kinder Beschwerdemöglichkeiten und das Recht auf eine Vertrauensperson.²⁷⁸ Dies trägt dazu bei, Kindeswohlgefährdungen zu verhindern.

3. Kindeswille

- 138 Kinder sind als Persönlichkeiten mit ihren Anliegen und Meinungen ernst zu nehmen. Der Kindeswille bezeichnet das subjektive Interesse eines Kindes, d.h. dessen Haltung, die das Kind durch sein Verhalten und seine Äusserungen ausdrückt. Er umfasst das, was das Kind für erstrebenswert hält.²⁷⁹ So muss die Fachperson, die die Pflegeeltern begleitet, auch den Kindeswillen erfassen und schauen, wie die Anliegen des Pflegekindes mit denjenigen der Pflegefamilie und der Herkunftsfamilie vereinbart werden können. Dabei kann es helfen, wenn die Fachperson die Perspektive des Pflegekindes einnimmt und vertritt.²⁸⁰
- 139 Um das Kindeswohl bestimmen und angemessen berücksichtigen zu können, ist es unabdingbar, den Kindeswillen zu eruieren.²⁸¹ Kinder haben das Recht auf eine Auseinandersetzung bezüglich ihrer Willensäusserungen, die für sie sichtbar ist. Damit Kinder ihre Partizipationsmöglichkeiten erfassen können, müssen sie die Überlegungen zu ihrer Situation erfahren. Sie müssen insbesondere wissen, wie ihre Willensäusserungen in die Entscheidungsprozesse einbezogen sowie interpretiert werden und wieso diesen gefolgt wird oder nicht. Dabei ist essenziell, dass dem Kind erklärt wird, wieso von seinem geäusserten Kindeswillen abgewichen wird. Nur so kann eine Grundlage geschaffen werden, damit das Kind auch zukünftig kooperiert.²⁸²

B. Fälle der ausserfamiliären Unterbringung

1. Gefährdung des Kindes im Allgemeinen

- 140 Die Eltern haben die Möglichkeit, im Rahmen ihrer elterlichen Sorge ihr Kind ausserfamiliär in einer Pflegefamilie oder in einem Heim unterzubringen, was als freiwillige oder vereinbarte Platzierung bezeichnet wird.²⁸³ Denn die elter-

278 TEAM FOSTER CARE/KAMPERT/WOLFF, 184 ff.

279 BRUNNER, Partizipation, 127; vgl. auch BLUM *et al.*, 83.

280 BRUNNER, Partizipation, 136 f.

281 SIMONI, 24; siehe zum Kindeswillen auch Rz 209 f. (Anhörung), 236 f. (Kindesvertretung), 335 und 575 (medizinische Behandlungen).

282 Zum Ganzen BRUNNER, Kindeswille, 120 ff. (insbesondere 138 f.); vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 133 f.; LEUTHOLD *et al.*, 13.

283 CANTIENI/BLUM, Rz 15.83; vgl. auch BLÜLLE, 36 (Fn 18) und 40; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.5.

liche Sorge umfasst das Recht, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen (Art. 301 Abs. 3 ZGB; Art. 301a Abs. 1 ZGB). Dies geschieht ohne die Anordnung einer formellen Kindesschutzmassnahme nach Art. 307 ff. ZGB.

- 141 Vereinbarte Platzierungen kommen meistens vor, wenn die problematischen Konstellationen und Bedarfslagen im Umfeld des Kindes erkannt worden sind, die Beteiligten selbst keine Verbesserungen herbeiführen können und die Betroffenen das Problem einsehen. Hierbei können verschiedene Personen oder Stellen (beispielsweise Ärzt*innen, Lehrpersonen) auf die Problemkonstellation hinweisen. Jedoch erteilen die Eltern als Erziehungsberechtigte formal den Auftrag für die freiwillige Platzierung.²⁸⁴ Häufig können der KESB vorgelagerte Sozialdienste oder Stellen der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen einer Beratung oder einer (durch die KESB beauftragten) Abklärung die Familie zur freiwilligen Platzierung motivieren.
- 142 Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die Eltern ein Suchtproblem haben und zwischen ihnen viele Spannungen und Konflikte entstehen, infolge derer das Kind an Entwicklungsblockaden leidet und sich zurückzieht, woraufhin die Eltern entscheiden, das Kind einstweilen bei der Familie der Schwester der Mutter unterzubringen. Auch eine freiwillige Platzierung liegt vor, wenn die Eltern das Kind nicht adäquat versorgen können und damit einverstanden sind, dass es in einem Kinderheim untergebracht wird.²⁸⁵ Da aber nicht jede ausserfamiliäre Unterbringung im Einvernehmen mit den Eltern erfolgt, wird nachfolgend auf die angeordnete Platzierung eingegangen.
- 143 Pflegekinder bilden eine vulnerable Gruppe, da sie in ihren Herkunftsfamilien meistens längere Phasen erlebt haben, während derer sie mangelhaft versorgt und umsorgt worden sind. Viele von ihnen waren mehreren Formen von Misshandlung und potenziell traumatisierenden Belastungen ausgesetzt. Als Folge davon weisen Pflegekinder häufiger psychische Probleme, Entwicklungsverzögerungen, schulische Defizite und Lernschwierigkeiten auf. Dabei stellt die Platzierung in einer Pflegefamilie häufig eine der letzten Möglichkeiten dar, um einer drohenden Kindeswohlgefährdung zu begegnen und den Schutz des Kindes sicherzustellen.²⁸⁶
- 144 Der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts setzt eine Gefährdung des Kindeswohls voraus, die darin liegt, dass das Kind in der Obhut seiner Eltern nicht so geschützt und gefördert wird, wie es erforderlich wäre, damit es sich körperlich, geistig und sittlich entwickeln kann.²⁸⁷ Dabei sind die meisten Gefährdungen nach AFFOLTER-FRINGELI ein Zusammenspiel zwischen

284 EBERITZSCH/KELLER, Wissenslandschaft, 14 f.; siehe auch GASSNER, Pflegeeltern, Rz 319 ff., die eine freiwillige Platzierung nur unter sehr engen Voraussetzungen annimmt.

285 Vgl. BLÜLLE, 38 f.

286 GULDE *et al.*, 39 f.; vgl. auch MITROVIC/JUD/ROSCHE, 177.

287 Urteile des BGer vom 19. 5. 2021, 5A_318/2021, E. 3.1.2; vom 23. 10. 2018, 5A_403/2018, E. 5.3; vom 2. 6. 2016, 5A_724/2015, E. 6.3; vom 10. 4. 2014, 5A_875/2013, E. 3.1.

ungünstigen Lebensumständen (zum Beispiel instabile Lebensverhältnisse) und Alter, Persönlichkeit sowie Gesundheit des Kindes.²⁸⁸

145 HÄFELI nennt in Anlehnung an BLÜLLE²⁸⁹ folgende Fallgruppen, in welchen es angezeigt sein kann, das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Eltern aufzuheben:

- «Defizit an erzieherischer/elterlicher Kompetenz: alle Formen der Misshandlung und sexuellen Ausbeutung, Unfähigkeit der Eltern, sich adäquat um das Kind zu kümmern, weil sie durch persönliche oder eheliche Probleme übermässig absorbiert sind; allgemeine Überforderung, adäquat auf entwicklungsbedingte Notlagen und Bedürfnisse des Kindes zu reagieren; dysfunktionale Familienorganisation
- Abweichendes Verhalten des Kindes: dissoziale Verhaltensweisen, Delinquenz, eingeschränkte Selbstkontrolle mit Gefährdung anderer, Selbstgefährdung durch Suchtmittelkonsum oder Suizidalität
- Behinderung/Krankheit des Kindes: jegliche Formen der körperlichen, geistigen und psychischen Behinderung
- Einschränkung der elterlichen Erziehungsmöglichkeiten trotz Vorhandensein der elterlichen Kompetenz: Einelternfamilien, unzureichende Wohnverhältnisse, Krankheit oder Tod eines Elternteils».²⁹⁰

2. Kinder psychisch kranker Eltern im Besonderen

146 Das Aufenthaltsbestimmungsrecht muss unter anderem bei einer erheblichen Kindeswohlgefährdung aufgrund mangelnder Erziehungsfähigkeit der Herkunftseltern entzogen werden. Dies kann beispielsweise der Fall sein bei einer Suchterkrankung oder einer anderen psychischen Störung eines Elternteils (zum Beispiel Depression, Psychose/Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Suchtkrankheiten),²⁹¹ infolgedessen die Bedürfnisse des Kindes unzureichend erfüllt werden und mildere Massnahmen nicht genügen.²⁹²

147 Für die Kinder psychisch kranker Eltern entstehen Probleme, indem sie die Krankheit der Eltern miterleben. Sie können die Krankheitssymptome der Eltern oft weder verstehen noch einordnen. Deshalb leiden die Kinder zum Beispiel an emotionalen Mangelerfahrungen, Scham- und Schuldgefühlen, Ängsten, Desorientierung und Isolation. Oft wird die elterliche Erkrankung als Familiengeheimnis behandelt. Dadurch ist es für die betroffenen Kinder schwierig, auf mögliche Ressourcen ausserhalb der Familie zurück-

288 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 40.

289 BLÜLLE, 27 ff.

290 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1095; vgl. auch ROSCH/HAURI, Rz 1077; CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 2.

291 LUDEWIG *et al.*, 584 ff.; vgl. auch BIESEL/URBAN-STAHN, 134; HAURI, 130.

292 ROSCH/HAURI, Rz 1077.

zugreifen. Zudem entstehen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils Folgeprobleme. Beispielsweise ändern sich die soziale Situation (unter anderem Armutsbetroffenheit, unzureichende Wohnverhältnisse) und die familiäre Konstellation (Trennungen, Betreuungsdefizite). Häufig verschieben die Eltern Verantwortung auf ihre Kinder, wodurch deren Bedürfnisse missachtet werden, was wiederum zu Entwicklungsstörungen bei den Kindern führen kann.²⁹³

148 Deshalb sind Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil stärker belastet und ihr Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln, ist höher. In der Schweiz betrifft dies ungefähr 300 000 Kinder.²⁹⁴ Dabei sind insbesondere Säuglinge und Kleinkinder gefährdet. Sie sind besonders vulnerabel in Bezug auf Traumatisierungen, die durch die psychische Erkrankung eines Elternteils ausgelöst werden.²⁹⁵ Die Wahrscheinlichkeit, dass beim Kind eine emotionale Vernachlässigung mit Entwicklungsverzögerungen auftritt, ist umso grösser, je jünger das Kind ist und desto weniger der gesunde Elternteil emotional verfügbar ist.²⁹⁶ Jedoch erkranken nicht alle Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil selbst, wobei ihr Leiden aber auch dann sehr belastend ist. Viele dieser betroffenen Kinder schämen sich für ihre Eltern, isolieren sich oder suchen die Schuld für die Erkrankung der Eltern bei sich. Dadurch sind sie gefährdet.²⁹⁷

149 Auch in diesen Situationen werden Kinder nur im äussersten Notfall ausserfamiliär untergebracht.²⁹⁸ Meistens gibt es mildere Massnahmen (zum Beispiel eine sozialpädagogische Familienbegleitung oder eine Beistandschaft für das Kind), ein starkes soziales Netz und professionelle Hilfesysteme, die genügend Unterstützung bieten. Zudem gibt es Fälle, in welchen die Kinder zwar vor den Folgen der psychischen Erkrankung eines Elternteils geschützt werden müssen, der betroffene Elternteil jedoch durch den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts psychisch destabilisiert werden könnte.²⁹⁹ Die Person, welche die allfällige Kindeswohlgefährdung zu beurteilen hat, befindet sich in einem Dilemma: Sie muss zwischen dem Kindeswohl und den elterlichen Rechten entscheiden im Wissen, dass der Kontakt zum Kind für den psychisch kranken Elternteil zwar oft unentbehrlich ist, dieser aber dem Kindeswohl zuwiderlaufen könnte.³⁰⁰ Sie muss im Einzelfall entscheiden und dabei das Kindeswohl vorrangig berücksichtigen (Art. 3 Abs. 1 UN-KRK). Nach GERBER JENNI ist es sehr eindrücklich, wie schnell sich Kinder, die aufgrund der elterlichen Belastung infolge der psychischen Erkrankung ausserfa-

293 DIEZ GRIESER, 13; vgl. auch BIESEL/URBAN-STAHN, 135 f.; STECK, 2.

294 ALBERMANN/MÜLLER, 29; vgl. auch ALBERMANN *et al.*, 1521 f.; BIESEL/URBAN-STAHN, 136; SIMONI, 80.

295 STECK, 4; vgl. auch SIMONI, 40 f.

296 STECK, 6.

297 RÖHRLE, 6.

298 ALBERMANN/MÜLLER, 34.

299 GUTMANN *et al.*, 298 f.

300 LUDEWIG *et al.*, 567.

miliär untergebracht werden, im neuen Umfeld bei den Pflegeeltern respektive im Heim einleben und fröhlich erscheinen.³⁰¹

- 150 Beispielsweise ist eine (vereinbarte) ausserfamiliäre Unterbringung in folgender Situation denkbar: Die alleinerziehende Mutter eines zehnjährigen Mädchens leidet an einer Persönlichkeitsstörung mit Alkoholmissbrauch. Seit das Mädchen sechs Jahre alt ist, hält sich die Mutter immer wieder mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik auf. Als es erneut zu einer Akutsituation kommt, während welcher die Mutter hospitalisiert wird, kann das Mädchen vorübergehend bei seinen Nachbarn unterkommen. Die KESB klärt infolge einer Gefährdungsmeldung durch die Klinik, in welcher sich die Mutter befindet, die Situation ab.³⁰² Sie kommt zum Schluss, dass das Mädchen gefährdet ist, weil die Mutter es aufgrund ihrer Krankheit erheblich vernachlässigt hat. Die Mutter kann die Bedürfnisse des Kindes nicht mehr wahrnehmen und dem Mädchen kein adäquates Umfeld bieten. Die KESB ordnet deshalb eine Beistandschaft für das Mädchen an, um die Mutter in ihrer elterlichen Sorge zu unterstützen und das Wohl des Kindes zu gewährleisten. Ausserdem klärt sie ab, ob die Nachbarn sowohl bereit als auch geeignet sind, das Mädchen für längere Zeit bei sich aufzunehmen. Seither wohnt das Mädchen bei ihnen als Pflegekind und besucht die Mutter tageweise. Weil diese ausserfamiliäre Unterbringung einvernehmlich erfolgt, muss der Mutter das Aufenthaltsbestimmungsrecht nicht entzogen werden. Die Beistandsperson wird beauftragt, das Pflegeverhältnis zu begleiten. Durch diese Massnahme kann das Wohl des Mädchens geschützt werden.³⁰³
- 151 BIRCHLER macht zu Recht darauf aufmerksam, dass der blosser Umstand, psychisch kranke Eltern respektive einen psychisch kranken Elternteil zu haben, keinen Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts rechtfertigt. Dazu muss sich die psychische Erkrankung konkret und tatsächlich auf das Kindeswohl auswirken. Das ist nur dann der Fall, wenn im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips nachgewiesen ist, dass die körperliche, geistige und sittliche Entfaltung des Kindes dermassen gefährdet ist, dass dieser Gefährdung nicht mit mildereren Massnahmen als dem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts begegnet werden kann.³⁰⁴
- 152 ANDERER weist diesbezüglich darauf hin, dass das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht keine Standardlösung bereithält für Kinder mit psychisch kranken Eltern. Deshalb muss jeder Fall individuell geprüft werden und es ist dafür eine passende Lösung zu finden.³⁰⁵ Die Ressourcen und Belastungen sind in jeder

301 GERBER JENNI, Gedanken, 101.

302 Bei einer fürsorgerischen Unterbringung sollte die betroffene Person nach eigenen, minderjährigen Kindern gefragt werden und, sofern die Frage bejaht wird, eine Gefährdungsmeldung an die zuständige KESB erfolgen; vgl. JUD *et al.*, 95 ff. (insbesondere 98).

303 HECK/MARUGG, 36; für weitere Beispiele vgl. BIRCHLER, Frage, 26 ff.; KÖNGETER *et al.*, Erfahrung, 65 f.; STECK, 13 f.; siehe zum spezifischen Fall von Kindern mit drogenabhängigen Eltern BURKHARD, 38 ff.

304 BIRCHLER, Frage, 28; vgl. zur Verhältnismässigkeit auch LUDEWIG *et al.*, 616.

305 ANDERER, Aspekte, 30.

Situation anders verteilt und werden auch unterschiedlich wahrgenommen. Daher muss im konkreten Fall geprüft und beurteilt werden, welche Auswirkungen eine psychische Erkrankung der Eltern respektive eines Elternteils auf die Entwicklung des Kindes hat.³⁰⁶ Ein psychisch kranker Elternteil kann erziehungsfähig sein, wenn seine elterlichen Kompetenzen trotz allfälliger einschränkender Einflüsse aufgrund seiner Erkrankung genügen, die Grundbedürfnisse des Kindes zu erfüllen.³⁰⁷

- 153 Sofern die Eltern einen gemeinsamen Haushalt führen und nur ein Elternteil psychisch krank ist, muss für den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts nachgewiesen werden, dass der gesunde Elternteil die Defizite des psychisch erkrankten Elternteils nicht kompensieren kann. Diesfalls sollte das Aufenthaltsbestimmungsrecht beider Eltern aufgehoben werden.³⁰⁸
- 154 Nach STECK ist es bei einer notwendigen ausserfamiliären Unterbringung wichtig, wenn möglich die Beziehung des Kindes zu mindestens einem Teil seiner Familie aufrechtzuerhalten. Dem Kind sollte eine Bezugsperson zugeteilt werden, zu welcher es ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann oder zu der ein solches bereits besteht. Diese Person kann das Kind bei seinen Familienbesuchen begleiten und dadurch Kontinuität gewährleisten. Ziel ist, dass das Kind mit dieser Person über das Geschehene sprechen und dadurch die Krankheit eines Elternteils anders erleben kann. Eine gute Beziehung zu dieser «Vertrauensperson» kann dazu beitragen, dass das Kind vor einer Gefährdung bewahrt wird und sich altersgemäss entwickelt. Denn die Betreuungskontinuität ist enorm wichtig für Kinder, welche traumatisierende Erfahrungen gemacht haben.³⁰⁹ Mittlerweile ist die Vertrauensperson für Pflegekinder gesetzlich vorgesehen (vgl. Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO). Jedoch ist die Umsetzung noch mangelhaft.³¹⁰
- 155 Kinder müssen altersgemäss informiert und in das oft komplizierte Management der psychischen Erkrankung des Elternteils involviert werden. Daher sollen Ärzt*innen und Fachpersonen mit den Eltern über die Bedürfnisse ihrer Kinder und die eigenen Ängste sprechen. Ausserdem sollen sie gemeinsam mit den Kindern die elterliche psychische Erkrankung thematisieren sowie die Fragen der Kinder beantworten.³¹¹
- 156 Entwicklungsverzögerte, deprivierte, psychisch beeinträchtigte Kinder sind auf viel Unterstützung angewiesen, um ihre Partizipationsrechte im gleichen Ausmass wie gut entwickelte und geförderte Kinder in Verfahren wahrzunehmen.³¹² Deshalb sollten sie im Verfahren von einer Kindesvertretung unterstützt werden. Die Kindesvertretung kann das Kind über den Gesundheitszustand

306 LUDEWIG *et al.*, 573.

307 LUDEWIG *et al.*, 577.

308 BIRCHLER, Frage, 28; siehe auch Rz 25.

309 Zum Ganzen STECK, 14.

310 Siehe Rz 267 ff.

311 ALBERMANN/MÜLLER, 32; vgl. auch ALBERMANN *et al.*, 1523 f.; STECK, 12.

312 GERBER JENNI, Gedanken, 106.

seines psychisch kranken Elternteils informieren beziehungsweise bei Bedarf eine Fachperson darum bitten. Dadurch hilft die Kindesvertretung dem Kind, schwierige oder konflikthafte Situationen und Veränderungen in seiner Familie zu verstehen, zu bewältigen und zu beeinflussen.³¹³

3. Kinder mit Behinderung im Besonderen

- 157 Ein Kind wird unter anderem in einer Einrichtung der Behindertenförderung untergebracht, wenn seine Behinderung, seine Bedürfnisse und Erfordernisse die Familie so sehr belasten, dass sie die Situation nicht mehr bewältigen kann. Hierbei liegt die Ursache für die ausserfamiliäre Unterbringung oft weder in der Paarbeziehung der Eltern noch in deren mangelnder Erziehungsfähigkeit, sondern in den Lebenserschwerungen, die die Behinderung für das Kind und sein engstes Umfeld mit sich bringen. In diesen Konstellationen besteht das Risiko einer Kindeswohlgefährdung, jedoch eher aus Gründen struktureller Gewalt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es je nach Behinderung keine geeignete Schule für das Kind in der Nähe des Wohnorts seiner Familie gibt, weshalb das Kind im Internat lebt und nur die Wochenenden oder die Ferien mit der Familie verbringt.³¹⁴
- 158 Der UN-BRK liegt ein menschenrechtlich orientierter Behindertenbegriff zugrunde, der auch Personen mit psychischen Störungen umfasst.³¹⁵ Ein Kind wird beispielsweise ausserfamiliär untergebracht, wenn seine Eltern es aufgrund einer eigenen psychischen Beeinträchtigung nicht mehr zuverlässig versorgen können.³¹⁶ Zusätzlich ist für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil das Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln, deutlich erhöht.³¹⁷ Da die UN-BRK auch für Personen mit psychischen Störungen gilt, umfasst ihr Schutzbereich auch Pflegekinder mit einer psychischen Erkrankung.

C. Möglichkeiten der ausserfamiliären Unterbringung

1. Angemessene Unterbringung

- 159 Die KESB hat im Platzierungsverfahren eine zentrale Rolle inne. Sie erforscht den Sachverhalt von Amtes wegen (Untersuchungsmaxime; Art. 446 Abs. 1 ZGB), weshalb sie alle Informationen, die für ihren Entscheid notwendig sind, in Erfahrung bringen muss. Die KESB klärt insbesondere ab, ob das Kind

313 GERBER JENNI, Gedanken, 107; siehe auch Rz 227 ff. m.w.H.

314 BLUM *et al.*, 97; vgl. auch MARTIN *et al.*, 106.

315 ROSCH, Begleitbeistandschaft, Rz 608.

316 Medienmitteilung KESB-Fallzahlen.

317 ALBERMANN/MÜLLER, 29.

längerfristig ausserfamiliär untergebracht werden soll oder ob das Ziel ist, dass es wieder in seine Herkunftsfamilie zurückkehrt. Bei Letzterem sollte sie die Mindestanforderungen für die Rückkehr des Kindes in seine Herkunftsfamilie formulieren. Weiter muss die KESB die Herkunftseltern über ihre Rechte und Kompetenzen im Hinblick auf ihr Kind, über die Möglichkeiten, das Kind auf die ausserfamiliäre Unterbringung vorzubereiten, die Finanzierung der Platzierung sowie ihre Ansprechperson bei Fragen informieren. Schliesslich hat die KESB die Rahmenbedingungen der ausserfamiliären Unterbringung wie beispielsweise Ferien, Besuche und Wochenenden festzulegen.³¹⁸

- 160 Im Rahmen des Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts wird das Kind ausserfamiliär untergebracht. Deshalb muss die KESB als neue Inhaberin des Aufenthaltsbestimmungsrechts eine angemessene Unterbringungsform für das Kind finden. Oft gibt es nur wenige Unterbringungsmöglichkeiten, weshalb bei einer Notfallplatzierung häufig eine Beistandsperson beauftragt wird, einen Platz für das Kind zu finden. Die Beistandsperson stellt einen Antrag an die KESB, welche über die angemessene Unterbringung entscheidet.³¹⁹
- 161 Für die Wahl der angemessenen Unterbringung wird hauptsächlich danach gefragt, wo sich das Kind am besten entwickeln kann.³²⁰ Die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen insbesondere, bei der Wahl zwischen Familien- und Heimpflege primär die Bedürfnisse des Kindes zu berücksichtigen.³²¹ Auch die Verfügbarkeit von Platzierungsangeboten ist zentral bei der Wahl der angemessenen Unterbringung. Jedoch ist die Auswahl oft beschränkt, insbesondere wenn die Unterbringung kurzfristig erfolgt und bereits vorhandene Beziehungsnetze wie Kindergarten oder Schule und der Kontakt zur Herkunftsfamilie zu beachten sind. Ausserdem ist die Kostenfrage vor allem bei langfristigen Unterbringungen zu berücksichtigen; sie sollte aber bei der Wahl nicht ausschlaggebend sein.³²²
- 162 Sofern sich im Verlauf der ausserfamiliären Unterbringung herausstellt, dass die Unterbringung mittlerweile ungeeignet ist, aber die Herausnahme des Kindes aus dem elterlichen Umfeld nach wie vor notwendig ist, wird die Massnahme nicht aufgehoben, sondern das Pflegekind umplatziert.³²³ Obwohl bei einer solchen Umplatzierung der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts nicht noch einmal angeordnet werden muss, müssen die Voraussetzungen dafür immer noch vorliegen (Art. 313 ZGB).³²⁴

318 Zum Ganzen HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.35.

319 ROSCH/HAURI, Rz 1086; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 7 f.; CANTIENI/BLUM, Rz 15.99.

320 ROSCH/HAURI, Rz 1087.

321 Empfehlungen SODK/KOKES, 33; vgl. auch HÄFELI, Kindeschutz, 310.

322 BLÜLLE, 32; vgl. zur Wahl der angemessenen Unterbringung auch KINDLER, Entscheidung, 302 ff.; SHULER, 94 ff. m.w.H.; siehe zum lokalen Angebot auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 79.

323 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 3; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 9.

324 CHK-BIDERBOST, Art. 310 ZGB N 6.

2. Familienpflege

- 163 Das Kind wird dann im privaten Haushalt bei einer Pflegefamilie untergebracht, wenn es keine oder eine schädigende Bindung zu seinen Herkunftseltern hat und es unwahrscheinlich ist, dass sich diese Bindung mittelfristig positiv entwickelt. Die Pflegefamilie wird zur «Familie» des Kindes, weshalb dieses fähig sein sollte, eine engere Beziehung eingehen zu können. Sofern das Kind eine stark beeinträchtigte Beziehungsfähigkeit, eine geistige Behinderung oder aggressives Verhalten aufweist, muss die Unterbringung in einer Pflegefamilie nach ROSCH/HAURI kritisch überprüft werden. Hingegen kann eine Pflegefamilie gerade bei einem jüngeren Kind für dessen Entwicklung wichtige konstante Bindungen anbieten und ein stabiles Umfeld ermöglichen.³²⁵
- 164 Das Kind wird weiter nach CANTIENI/BLUM vor allem dann in einer Pflegefamilie untergebracht, wenn es jünger ist oder bereits Beziehungen zu familiären Strukturen ausserhalb der Herkunftsfamilie aufweist, wie beispielsweise Eltern von Freunden, Tageseltern, Götti respektive Gotte oder Lehrmeister*in.³²⁶ Demnach ist es möglich, dass die Pflegefamilie das Kind und meistens auch dessen Herkunftsfamilie bereits vor der ausserfamiliären Unterbringung gekannt hat, weil deren Mitglieder Verwandte oder Bekannte sind.³²⁷ Wenn Verwandte dem Pflegekind eine gewaltfreie Umgebung, stabile Beziehungen sowie eine gesunde physische, psychische und soziale Entwicklung ermöglichen, ist die ausserfamiliäre Unterbringung bei ihnen zu bevorzugen, weil sie dem Pflegekind ausserdem Zuneigung und Zugehörigkeit zur eigenen Familie bieten.³²⁸
- 165 Es gibt aber auch professionelle Pflegefamilien (sog. heil- oder sozialpädagogische Grossfamilien), die ihre beruflichen Kompetenzen aus den Bereichen Pädagogik, soziale Arbeit oder Psychologie nutzen, um ihren Beruf und ihr Familienleben zu verknüpfen.³²⁹ Die sozial- oder heilpädagogische Grossfamilie bildet somit das Mittelstück zwischen der privaten Pflegefamilie und dem Kinder- oder Schulheim. Hierbei handelt es sich um ein Kleinstheim, das meistens von einem fachlich qualifizierten Ehepaar geleitet wird, das von angestellten Mitarbeitenden unterstützt wird. Die sozial- oder heilpädagogische Grossfamilie weist sowohl fachliche Qualifikation als auch familialen Charakter auf. Da damit ebenfalls enge Beziehungen einhergehen, stellt die Grossfamilie eine grössere Konkurrenz zur Herkunftsfamilie dar als das Heim.³³⁰

325 Zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1088; vgl. auch HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.28.

326 CANTIENI/BLUM, Rz 15.93.

327 CANTIENI/BLUM, Rz 15.94.

328 MITROVIC/JUD/ROSCH, 180; vgl. zu den Vor- und Nachteilen der Platzierung bei Verwandten auch Empfehlungen SODK/KOKES, 32 f.; FACHSTELLE FÜR DAS PFELEGKINDERWESEN, 189 f.; siehe zur Verwandtenpflege in Deutschland ALTHOFF/HILKE, 87 ff.; BLANDOW/KÜFNER, 742 ff.; vgl. zur Verwandtenpflege in Irland Report Ireland, 72 ff.

329 CANTIENI/BLUM, Rz 15.94.

330 Zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1088; vgl. auch HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.28; vgl. zu Mischformen zwischen Pflegefamilie und institutionellen familiären Formen auch ZATTI, Analyse, 12 f.

3. Heimpflege

- 166 Von Heimpflege wird regelmässig gesprochen, wenn das Kind in einer sozial- oder heilpädagogisch oder schulisch-erzieherisch-ausbildnerisch ausgerichteten Einrichtung untergebracht ist. Dies ist meistens der Fall, wenn es die Herkunftsfamilie trotz externer Hilfe nicht schafft, die vielfältigen, sich häufenden Belastungen und Probleme zu bewältigen,³³¹ und dies auch für eine Pflegefamilie äusserst schwierig wäre.
- 167 Die Unterbringung in einem Kinderheim ist dann angezeigt, wenn das Kind eine starke emotionale Beziehung zu seiner Herkunftsfamilie hat. Diesfalls kann das Heim den Erziehungsalltag in der Herkunftsfamilie entlasten und diese durch eine verlässliche Alltagsstruktur (inklusive kindgerechter Freizeitgestaltung, regelmässigen Essens, Schlafens, pädagogisch angemessenen Umgangs und passender Hilfe bei Hausaufgaben) unterstützen. Trotzdem beeinflusst das Heim die emotionalen Beziehungen in der Herkunftsfamilie in geringerem Grad und ist daher weniger konkurrenzierend als eine Pflegefamilie. Zudem treffen die Herkunftseltern auch andere Eltern, deren Kinder im Heim untergebracht sind, und der gegenseitige Austausch kann helfen, die Verlust- und Versagensgefühle zu verarbeiten. Schliesslich sind im Heim Fachpersonen tätig, die mit verhaltensauffälligen und erziehungsschwierigen Kindern umgehen und sich im Team austauschen können.³³² Bei der Heimpflege gibt es Institutionen mit oder ohne interne Schulmöglichkeiten.³³³
- 168 Während der vergangenen Jahre haben sich die starren Konzepte der stationären Einrichtungen für Kinder von der Heimunterbringung mit einem dauerhaft belegten Bettenbestand zu einem flexibilisierten Konzept mit teilstationärer Unterbringung gewandelt. Dabei hält sich das Kind tagsüber in einer sozialpädagogischen Einrichtung auf und begibt sich am Abend jeweils nach Hause zu seiner Herkunftsfamilie. Nach den neuen Konzepten kann je nach Bedarf des Pflegekindes und seiner Familie ein spezifisches Dienstleistungsangebot zusammengestellt werden, welches aus ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen besteht.³³⁴ Deshalb empfehlen die SODK und die KOKES den Kantonen insbesondere, möglichst flexible Formen anzubieten, um den verschiedenen Bedürfnissen der Kinder zu begegnen.³³⁵
- 169 Zwischen der Familienpflege und der Heimpflege existieren noch weitere Betreuungsmöglichkeiten wie beispielsweise betreute Wohngruppen,

331 CANTIENI/BLUM, Rz 15.97.

332 Zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1088; vgl. auch HAURI, 138 ff.; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.28; vgl. auch DIETHELM, 124 ff. m.w.H.

333 CANTIENI/BLUM, Rz 15.92; vgl. auch FRIEDRICH/SCHMID, 28.

334 Zum Ganzen ROSCH/HAURI, Rz 1088; vgl. zum massgeschneiderten Angebot auch DIETHELM, 128; Empfehlungen SODK/KOKES, 31.

335 Empfehlungen SODK/KOKES, 32.

sog. Lehrlingsheime mit eher niederschwelliger Betreuung, selbstständige Unterkunft mit oder ohne Betreuung etc.³³⁶

4. Sonderformen

- 170 Die Kurzzeitpflege, auch Bereitschaftspflege oder SOS- beziehungsweise Notfallplatzierung genannt, ist eine spezielle Form der ausserfamiliären Unterbringung mit der Perspektive der Rückplatzierung. Sie kommt zur Anwendung, wenn ein Kind aufgrund einer akuten Krise kurzfristig und nur für eine begrenzte Zeit in einer Pflegefamilie untergebracht wird.³³⁷
- 171 Auch die sog. Time-out-Platzierung stellt eine Sonderform dar. Sie ermöglicht Jugendlichen und ihrem Umfeld in einer Krise Ruhe und durch ein zeitlich begrenztes neues Setting auch Anstösse, das jeweilige Verhalten zu ändern.³³⁸

5. Familienplatzierungsorganisationen

- 172 Private Organisationen, die von staatlichen Stellen wie zum Beispiel Sozialdiensten oder KESB beauftragt sind, Kinder in Pflegefamilien unterzubringen, sind sog. Familienplatzierungsorganisationen. Diese können bei der ausserfamiliären Unterbringung auch zusätzliche Angebote vorweisen, beispielsweise die Betreuung des Pflegeverhältnisses, die Prüfung und Schulung von Pflegefamilien sowie die Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit bei Notfällen. Als Hauptaufgabe haben Familienplatzierungsorganisationen die Kooperation mit den Pflegekindern sowie allen Beteiligten inne. Familienplatzierungsorganisationen unterstehen als Dienstleistungsanbieterinnen in der Familienpflege einer Meldepflicht gegenüber der zentralen kantonalen Behörde und deren Aufsicht (Art. 20a Abs. 1 PAVO).³³⁹
- 173 Familienplatzierungsorganisationen sind in einem äusserst sensiblen Bereich tätig: Staatliche Auftraggeber*innen übertragen ihnen bei der ausserfamiliären Unterbringung beträchtliche Kompetenzen und es herrscht ein Marktverhältnis, wo Nachfrage und Preis spielen. INTEGRAS bietet als private Organisation ein Zertifizierungsverfahren für Fremdplatzierungsorganisationen an, in dem die Fachkompetenz, die Orientierung an den Kinderrechten, die Organisationsstruktur sowie die Finanzen überprüft werden.³⁴⁰
- 174 Dennoch ist es kritisch, dass in einem Bereich, in dem es um die Unterbringung einer besonders vulnerablen Personengruppe geht, Familienplatzierungsorga-

336 CANTIENI/BLUM, Rz 15.92 m.w.H.

337 SHULER, 92.

338 SHULER, 92; vgl. zum Ganzen auch LIPPUNER, 117.

339 Zum Ganzen HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.29; siehe auch Rz 80 f.

340 HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.30; vgl. auch CANTIENI/BLUM, Rz 15.136; vgl. zu den Familienplatzierungsorganisationen generell KELLER, 113 ff.

nisationen als private Institutionen über einen so grossen Gestaltungsspielraum verfügen. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass es eine bundesrechtliche Regelung braucht, um die Situation von Pflegekindern zu verbessern.³⁴¹ Umso erstaunlicher ist es deshalb, dass heute private Institutionen eine so grosse Rolle innehaben. Dies trägt auch zur uneinheitlichen Rechtslage im Pflegekinderwesen bei, die sich von Kanton zu Kanton unterscheidet.³⁴² Deshalb ist es umso wichtiger, dass Familienplatzierungsorganisationen regelmässig und ausreichend vom Staat kontrolliert werden, damit sie ihre Macht nicht missbrauchen.

- 175 Nach dieser Darstellung der verschiedenen ausserfamiliären Unterbringungen werden nachfolgend die Rechte von Pflegekindern ausgeführt. Zuerst wird näher auf deren Partizipationsrechte eingegangen. Diese werden anhand der drei Institute Kindesanhörung, Kindesvertretung und Vertrauensperson thematisiert, die die Partizipation des Pflegekindes am Verfahren (und bei der Vertrauensperson über das Verfahren hinaus) sicherstellen sollen.

³⁴¹ Siehe Rz 8 ff.

³⁴² Siehe beispielsweise auch die Kritik von DAMBACH/DROZ-SAUTHIER/LEVY 65.

III. Partizipationsrechte der Pflegekinder

A. Partizipation und Information

1. Partizipation als Konzept

- 176 Kinder werden als den Erwachsenen gleichwertige Menschen mit eigenen Bedürfnissen, Meinungen und Rechten betrachtet. Sie haben demnach ein Recht auf Partizipation und sind einzubeziehen, anzuhören sowie zu befragen.³⁴³ Aufgrund der Würde des Kindes müssen Kinder in den sie betreffenden Verfahren als Subjekte gesehen werden und sie sollten kind- und altersgerecht partizipieren können. Kinder sind zudem mit der ihnen eigenen Werthaftigkeit und individuellen Einzigartigkeit anzuerkennen. Sofern das Kind in einem Verfahren, das es betrifft, nicht als Subjekt mit eigenen Rechten behandelt wird, liegt eine Verletzung von Art. 12 UN-KRK und dadurch eine Missachtung der Würde des Kindes vor. Auch nach den Leitlinien des Europarates für eine kindgerechte Justiz ist die Kindeswürde zu respektieren, indem eine kindgerechte Partizipation gewährleistet wird.³⁴⁴ Damit Kinder ihre Subjektstellung beziehungsweise Partizipationsrechte aber überhaupt wahrnehmen können, müssen sie ausreichend sowie kind- und altersgerecht über den Verfahrensgegenstand und -ablauf, bevorstehende Entscheide und deren Folgen, ihre Rechte auf Partizipation, auf eine Kindesvertretung, auf Entscheideröffnung sowie auf Einlegung eines Rechtsmittels aufgeklärt werden.³⁴⁵
- 177 Das Pflegekind hat wie jedes Kind einen Rechtsanspruch auf aktive Partizipation.³⁴⁶ Partizipation (Art. 12 UN-KRK, Art. 314a, 314a^{bis} und 301 Abs. 1 ZGB, Art. 1a und 10 Abs. 3 PAVO) meint den Einbezug der Pflegekinder in die sie betreffenden Entscheidungsprozesse. Sie ist unabdingbar für eine erfolgreiche ausserfamiliäre Unterbringung. Das Partizipationsrecht des Kindes soll in allen Phasen des Unterbringungsprozesses gewährleistet werden, d.h. in der Entscheidungs- und Aufnahmephase, der Betreuungsphase und der Austrittsphase. Mithilfe der Partizipation können Pflegekinder den Unterbringungsprozess ihrem Alter und ihrer Reife entsprechend mitgestalten und dadurch ihre Selbstwirksamkeit erfahren. Dazu muss dem Pflegekind erklärt werden, inwieweit es den Entscheid beeinflussen beziehungsweise in welcher Form es mitwirken kann.³⁴⁷ Die Partizipation schon von kleinen Kindern

343 BISSIG LUTUMBA, 250 und 254.

344 Leitlinien kindgerechte Justiz, Ziff. III.A.1 ff.

345 Zum Ganzen BLUM *et al.*, 54 f. und 60 ff.; vgl. zum Umstand, dass Partizipationsrechte Kindern aufgrund ihrer Subjektqualität und Menschenwürde zustehen, MICHEL, Rechte, 196 ff.

346 WEBER KHAN/HOTZ, 14; vgl. auch LÄTSCH *et al.*, 1 f.

347 Empfehlungen SODK/KOKES, 19; vgl. auch BISSIG LUTUMBA, 250; SANDMEIR *et al.*, 514; STÖSSEL/GERBER JENNI, 340; vgl. zum Begriff der Partizipation auch DREIFUSS, 27 f. m.w.H.

- trägt dazu bei, dass diese zu verantwortungsvollen Menschen werden, die ihre Lebensumstände aktiv gestalten.³⁴⁸
- 178 Partizipation ist ein Prozess, der verschiedene Mitwirkungs- und Beteiligungsformen des Kindes im Entscheidungsprozess umfasst, namentlich das Recht auf Information, auf freie Meinungsbildung und -äusserung, auf Anwesenheit, auf Mitsprache, auf Anhörung, auf Vertretung und auf Begleitung durch eine Vertrauensperson. Nur wenn das Pflegekind partizipieren kann, lernt es, selbstbestimmt zu sein. Teil des Partizipationsrechts ist auch, dass das Pflegekind über eine allfällige Vertretung und/oder Begleitung in einem Entscheidungsprozess bestimmt. Für die Mitwirkung ist es unerlässlich, dass das Pflegekind in seinen Äusserungen ernstgenommen wird und seine Anhörung Wirkung hat. Es braucht ein «Reden, Zuhören, Ernstnehmen und Handeln».³⁴⁹ Deshalb müssen die involvierten Erwachsenen bereit sein, das Pflegekind partizipieren zu lassen.³⁵⁰
- 179 Das Kindesschutzverfahren des ZGB weist folgende Partizipationsrechte des Kindes auf: die Anhörung (Art. 314a ZGB) und die Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB). Zudem formuliert die PAVO den Anspruch des Pflegekindes, altersgemäss über seine (Verfahrens-)Rechte aufgeklärt zu werden, eine Vertrauensperson zur Unterstützung zu erhalten und altersentsprechend an allen sein Leben wesentlich beeinflussenden Entscheidungen beteiligt zu werden (Art. 1a Abs. 2 PAVO). Bedauerlicherweise regelt das Kindesschutzrecht keine weiteren wichtigen Partizipationsrechte wie beispielsweise, welche Personen und Institutionen dafür verantwortlich sind, das betroffene Kind und dessen Eltern zu welchem Zeitpunkt über die verschiedenen Massnahmen, Verfahren und Kinderrechte zu informieren.³⁵¹
- 180 Es braucht partizipative Prozessabläufe, damit die Rechte des Pflegekindes bei der ausserfamiliären Unterbringung nicht eingeschränkt werden. Um Partizipation überhaupt gewähren zu können, muss die Möglichkeit dazu geschaffen werden. Demnach müssen die entsprechenden Institutionen und Fachbehörden respektive -personen Partizipation verinnerlichen und diese fest in den Unterbringungsprozess integrieren. Die involvierten Akteure müssen über Partizipation Bescheid wissen, entsprechende Handlungskompetenz aufweisen und die Partizipation wollen.³⁵² Diesbezüglich besteht aber noch grosses Verbesserungspotenzial, da die Partizipationsrechte von Pflegekindern nach wie vor ungenügend umgesetzt werden.³⁵³

348 BRUNNER, Partizipation, 125 und 138; siehe auch DIETHELM, 130; vgl. zum Ganzen auch LEUTHOLD *et al.*, 11 ff.

349 So der passende Titel vom Policy Paper.

350 Zum Ganzen WEBER KHAN/HOTZ, 13 f.

351 WEBER KHAN/HOTZ, 80; vgl. auch EBERITZSCH, 46.

352 Empfehlungen SODK/KOKES, 19; vgl. auch LANSDOWN, 56; MITROVIC/JUD/ROSCHE, 189; SCHMID, Organisation, 135; STÖSSEL/GERBER JENNI, 343.

353 Siehe Rz 211 ff. (Anhörung), 247 ff. (Kindesvertretung) und 267 ff. (Vertrauensperson) jeweils m.w.H.

- 181 Die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen insbesondere, Pflegekinder unabhängig von der Art der Unterbringung an sämtlichen Entscheidungsprozessen partizipieren zu lassen und sie dabei zu unterstützen. So können sie ihre Sorgen und Wünsche entsprechend der passenden Partizipationsstufe aktiv einbringen.³⁵⁴

2. Partizipationsbereiche

- 182 Die nachfolgenden Ausführungen könnten den Eindruck erwecken, dass sich die Partizipationsrechte von Pflegekindern nur auf ein laufendes Verfahren beschränken. Deshalb wird hier klargestellt, dass dies nicht der Fall ist; die Partizipationsrechte von Pflegekindern betreffen sämtliche Lebensbereiche. Jedoch ist zu unterscheiden zwischen den im Entscheidungsverfahren institutionalisierten Partizipationsrechten des Pflegekindes wie der Kindesanhörung nach Art. 314a ZGB und der Kindesvertretung nach Art. 314a^{bis} ZGB und den Partizipationsrechten nach Art. 1a Abs. 2 PAVO während der ausserfamiliären Unterbringung (Aufklärung, Vertrauensperson, Beteiligung an wichtigen Entscheidungen).³⁵⁵ Die Partizipationsrechte des Pflegekindes müssen deshalb auch bei allen Lebensentscheidungen während einer laufenden Massnahme gewahrt werden. Diese Rechte betreffen beispielsweise die Entscheidung darüber, wie sich das Pflegekind ernähren möchte, welche Ausbildung es absolvieren wird oder ob es sich einer medizinischen Behandlung unterzieht oder nicht. Daher müssen nicht nur die Herkunftseltern, sondern auch die Pflegeeltern respektive die Heimerziehenden während der ausserfamiliären Unterbringung dafür sorgen, dass das Pflegekind altersgemäss und seiner Entwicklung entsprechend in diese Entscheidungen einbezogen wird.³⁵⁶ Da vor allem die Partizipation von Pflegekindern bei medizinischen Behandlungen schlecht verwirklicht ist, wird im nächsten Kapitel ein besonderer Fokus darauf gelegt.

3. Partizipationsstufen

- 183 Es existieren in der Kinder- und Jugendhilfe verschiedene Partizipationsmodelle, welche jeweils vier bis neun Partizipationsstufen aufweisen. Unabhängig von den einzelnen Stufen wird Partizipation dabei als aktiver und sich entwickelnder Prozess verstanden. Je höher die Stufe ist, auf welcher sich das Pflegekind befindet, beziehungsweise je mehr Entscheidungsmacht es innehat,

354 SODK/KOKES, 22; vgl. auch STÖSSEL/GERBER JENNI, 345 f.; siehe zu den Partizipationsstufen Rz 183 ff.

355 KILDE, Recht, 82.

356 Vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 114; Empfehlungen SODK/KOKES, 28 ff.; KILDE/KÖNGETER/MOSER, 11 jeweils m.w.H.

desto besser kann es sein Teilnahmerecht verwirklichen und partizipieren.³⁵⁷ Die involvierten Fachpersonen beziehen das Pflegekind je nach anstehendem Entscheid, Alter und Reife im Rahmen einer Partizipationsstufe ein und lassen es entsprechend teilhaben.³⁵⁸ Die SODK und die KOKES orientieren sich an einem Stufenmodell,³⁵⁹ welches folgende für den Prozess der ausserfamiliären Unterbringung relevante Stufen aufweist:

1. Information
2. Anhörung
3. Einbezug
4. Mitbestimmung
5. teilweise Entscheidungskompetenz
6. Entscheidungsmacht.³⁶⁰

184 Die ersten drei Stufen bilden die Vorstufen der Partizipation, während derer das Pflegekind zunehmend in den Entscheidungsprozess involviert wird. Im Rahmen der ersten Stufe der Information erläutern die Entscheidungsträger dem Pflegekind die Handlungsmöglichkeiten. Zudem begründen sie ihren Entscheid, damit dieser nachvollziehbar wird. Auf dieser Stufe wird das Pflegekind auch über den Verfahrensablauf und seine Partizipationsrechte informiert. Während der Anhörung als zweiter Stufe wollen sich die Fachpersonen ein Bild von der Sichtweise des Pflegekindes machen, seinen Willen eruieren und diesen in ihre Entscheidungsfindung einbeziehen. Bei der dritten Stufe, dem Einbezug, wird das Pflegekind in die Abklärungen involviert und nach seiner Sichtweise gefragt. Es kann den Entscheid aber nicht direkt beeinflussen.³⁶¹

185 Die letzten drei Stufen stellen die echte Partizipation dar, die mit der Mitbestimmung als vierter Stufe startet. Auf dieser Stufe haben die Pflegekinder ein Mitspracherecht und können dadurch die Entscheidungsfindung direkt beeinflussen. Im Rahmen der fünften Stufe (teilweise Entscheidungskompetenz) erhält das Pflegekind einzelne Entscheidungskompetenzen zugewiesen, weshalb es bestimmte Teilbereiche wie zum Beispiel die Mittagsbetreuung selbstverantwortlich bestimmen kann. Bei der Entscheidungsmacht als sechster und letzter Stufe wird dem Pflegekind die ganze Entscheidungsmacht übertragen. Hierbei wird es von Fachpersonen bei der Entscheidung unterstützt. Diese sind formell für die Entscheidung verantwortlich, während das Pflegekind den Inhalt des Entscheides bestimmt, zum Beispiel die Wahl seiner Lehrstelle.³⁶²

357 Empfehlungen SODK/KOKES, 20.

358 Empfehlungen SODK/KOKES, 21.

359 WRIGHT/VON UNGER/BLOCK, 42; vgl. zu weiteren Partizipationsmodellen auch GABRIEL, Partizipation, 136 ff.

360 Empfehlungen SODK/KOKES, 20.

361 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 20 f.

362 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 20 f.; vgl. zur gemeinsamen Entscheidungsfindung auch SANDMEIR *et al.*, 511.

186 Anzumerken bleibt, dass es sich beim Stufenmodell der Partizipation, an welchem sich die SODK und die KOKES orientieren, nicht um ein rechtliches, sondern um ein sozialwissenschaftliches Konzept handelt.³⁶³ Rechtlich gesehen bedeutet die Entscheidungsmacht des urteilsfähigen Kindes die Autonomie, den Entscheid selbst zu fällen. Dies geht über die Mitwirkung am Entscheidungsprozess und somit Partizipation hinaus.³⁶⁴

4. Information als Basis

- 187 Kinder möchten regelmässig über sie betreffende Umstände Bescheid wissen. Es hängt von ihrem Entwicklungsstand beziehungsweise ihrem Alter ab, was sie wissen möchten und wie sie sich mit den für sie wichtigen Dingen auseinandersetzen. Auch Kinder, die sehr jung sind, sind wissbegierig, möchten Zusammenhänge verstehen sowie selbst etwas bewirken können. Indem sie Selbstwirksamkeit erleben, wird ihre Entwicklung gefördert und ihr Wohl geschützt. Der Staat und die Inhaber der elterlichen Sorge müssen gemäss Art. 4 f. UN-KRK das Kind bei der Ausübung seiner Rechte unterstützen. Somit sind sie verpflichtet, das Kind über seine Rechte zu informieren.³⁶⁵ Nach psychologischen Erkenntnissen zum Kindeswohl sind die Bedürfnisse eines Kindes nach Information und Partizipation hoch zu gewichten. Diesbezüglich müssen alters- beziehungsweise entwicklungsentsprechende Möglichkeiten vorgesehen werden.³⁶⁶ Der Wunsch von Kindern nach Partizipation und deren tatsächlicher Verwirklichung hängt massgeblich vom Informationsstand der Kinder sowie vom Angebot der involvierten Erwachsenen ab.³⁶⁷
- 188 Kinder können am besten mit ihrer Situation umgehen, wenn sie ihren Lebenslauf verstehen, nachvollziehen und Ereignisse einordnen können. Dazu muss mit ihnen ein echter Dialog geführt werden. Hierbei brauchen Kinder ehrliche Erklärungen zu allem, was sie betrifft, wie zum Beispiel zur ausserfamiliären Unterbringung, zum Verhältnis zwischen der Pflegefamilie und der Herkunftsfamilie oder zum konkreten Zusammenleben in der Pflegefamilie.³⁶⁸
- 189 Die ausserfamiliäre Unterbringung stellt eine Ausnahmesituation für das Pflegekind dar, weshalb seine Information besonders wichtig ist. Damit das Pflegekind seine Situation verstehen kann, müssen alle Erwachsenen, die für das Pflegekind wichtig sind, mithelfen, dieses über die Geschehnisse in seinem Umfeld zu informieren. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass das Pflegekind möglichst viele Sichtweisen hört und sich als Folge davon seine

363 Vgl. ROSENBROCK, 12; siehe auch WRIGHT/VON UNGER/BLOCK, 35 ff.

364 Vgl. auch MICHEL, Rechte, 204.

365 Vgl. zum Ganzen SIMONI, 10 f. und 81.

366 SIMONI, 13 und 85.

367 SIMONI, 29.

368 Zum Ganzen BRUNNER, Partizipation, 126; vgl. zur Aufklärung über die Gründe der Platzierung auch BISSIG LUTUMBA, 251.

eigene Sicht bilden kann. Das Pflegekind kann sich umso besser entwickeln, je besser es orientiert ist.³⁶⁹ Fachpersonen, die Pflegeeltern begleiten, müssen sicherstellen, dass die Pflegeeltern das Pflegekind genügend über seine Situation orientieren.³⁷⁰

- 190 Aber auch die Herkunftseltern stehen diesbezüglich in der Pflicht: Insbesondere für Pflegekinder ist es wichtig, dass sie ihre eigene Geschichte begreifen, denn sie haben in ihrem Leben mindestens einen Bruch erlebt. Diesen können sie mithilfe von Erzählungen durch die Herkunftseltern besser verstehen und sich dadurch auch stärker zugehörig fühlen.³⁷¹
- 191 Damit Partizipation effektiv sein kann, muss das Pflegekind von der KESB seinem Alter, seiner Reife sowie einer allfälligen Beeinträchtigung entsprechend über seine Rechte und das Verfahren informiert werden. Ausserdem muss die KESB dem Pflegekind ihre Entscheide verständlich erläutern.³⁷² Das Verständnis von verschiedenen Verfahrensaspekten fördert die Autonomie der betroffenen Kinder und trägt dazu bei, dass sie partizipieren können.³⁷³
- 192 Art. 1a Abs. 2 lit. a PAVO sieht vor, dass die KESB dafür sorgt, dass das Pflegekind über seine Rechte, insbesondere seine Verfahrensrechte, altersentsprechend informiert wird. Die Position dieser Bestimmung zu Beginn der PAVO lässt darauf schliessen, dass auch der Gesetzgeber die Information des Pflegekindes als sehr wichtig einstuft. Ausserdem sind die Rechte, informiert zu werden und das Kindesschutzverfahren zu verstehen, Teilgehalte des Anspruchs auf rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV.³⁷⁴ Die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen insbesondere, dafür zu sorgen, dass die betroffenen Kinder bei einer ausserfamiliären Unterbringung möglichst früh über ihre Rechte informiert werden.³⁷⁵ Auch die Leitlinien des Europarates für eine kindgerechte Justiz sehen vor, dass ein Kind bei einem Kontakt mit der KESB sogleich umfassend über seine Rechte und das Verfahren sowie mögliche Unterstützungs- und Sicherungsmassnahmen informiert wird.³⁷⁶
- 193 Nachfolgend wird auf verschiedene Elemente des Partizipationsrechts des Pflegekindes eingegangen, namentlich das Recht auf Mitsprache respektive die Kindesanhörung (Art. 314a ZGB), die Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB), die Vertrauensperson (Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO) und das Beschwerderecht.

369 BRUNNER, Partizipation, 133.

370 BRUNNER, Partizipation, 136; vgl. auch ARN *et al.*, 46 und 59.

371 BRUNNER, Partizipation, 134 f.; vgl. auch HELMING/WIEMANN/RIS, 541 und 550 f.; SIMONI, 10.

372 KOFMEL EHREZZELLER, Plädoyer, 425 f.; vgl. zur Wichtigkeit der Information auch COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 4 f.; DROZ-SAUTHIER, 126 und 285; HITZ QUENON/MATTHEY, 68 ff.; KÖNGETER *et al.*, Erfahrung, 69; LANSDOWN, 54; LEUTHOLD *et al.*, 12; SCHOCH *et al.*, Participation, 4 f. und 13 f.; siehe zur Verständlichkeit von Entscheiden auch COTTIER *et al.*, Participation, 395.

373 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 5; vgl. auch COTTIER *et al.*, Participation, 392 f.; SCHOCH *et al.*, Partizipationserfahrungen, 94.

374 SCHOCH *et al.*, Participation, 4; vgl. auch SANDMEIR *et al.*, 509 f.

375 Empfehlungen SODK/KOKES, 28.

376 BLUM *et al.*, 43; ebenso BORDIER/DAMBACH/JEANNIN, 8.

B. Recht auf Mitsprache

1. Rechtslage

- 194 In Kindesschutzverfahren gibt es verschiedene Formen, wie Kinder partizipieren können. Die Kindesanhörung (Art. 12 UN-KRK, Art. 314a ZGB) steht im Vordergrund und bildet ein zentrales Partizipationsrecht.³⁷⁷ Mittels Anhörung kann das Kind im Verfahren als eigenständiger Mensch mitreden. Dadurch kann es das Verfahren direkt mitgestalten.³⁷⁸
- 195 Die Anhörung ist ein Element, das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV zu gewähren.³⁷⁹ Je grösser das Risiko ist, dass schutzwürdige Interessen beeinträchtigt werden, und je wichtiger diese sind, umso umfassender muss das rechtliche Gehör gewährt werden.³⁸⁰ Das Kind ist Träger*in von Grundrechten und damit auch des rechtlichen Gehörs gemäss Art. 29 Abs. 2 BV.³⁸¹ Das Recht, gehört zu werden und seine Meinung zu äussern, ist ein Element einer kindgerechten Justiz nach den entsprechenden Leitlinien des Europarates.³⁸²
- 196 Sofern das Ergebnis der Kindesanhörung ein wesentliches Element für den Entscheid bildet, müssen sich alle Parteien vor dem Entscheid dazu äussern können. Ansonsten wird ihr jeweiliger Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt und der angefochtene Entscheid ist grundsätzlich aufzuheben.³⁸³ Falls die Verletzung des rechtlichen Gehörs nicht besonders schwerwiegend ist, kann sie durch Nachholen in einem Rechtsmittelverfahren ausnahmsweise geheilt werden. Dies ist aber nur der Fall, wenn das betroffene Kind sich vor einer Rechtsmittelinstanz, die den Sachverhalt und die Rechtslage frei überprüft, äussern kann.³⁸⁴
- 197 Durch die Anhörung wird das Kind einerseits als handelndes Subjekt wahrgenommen. Andererseits kann sich die KESB ein ungefiltertes Bild von seinen Wünschen und Bedürfnissen machen. Dadurch wird das Kindeswohl verwirklicht.³⁸⁵ Die Anhörung stellt sowohl ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht als auch ein höchstpersönliches Recht des Kindes dar. Deshalb darf nur in begründeten Ausnahmefällen darauf verzichtet werden.³⁸⁶ Ausserdem dient die Anhörung der Sachverhaltsermittlung.³⁸⁷

377 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.1 f.; vgl. auch WEBER KHAN/HOTZ, 12 f.

378 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.6; vgl. auch KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ/LAUTENBACH, 114 und 117; KOFMEL EHREZZELLER, Plädoyer, 424.

379 FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 328.

380 FASSBIND, Erwachsenenschutz, 116.

381 WEBER KHAN/HOTZ, 57.

382 BLUM *et al.*, 44.

383 Urteil des BGer vom 4. 8. 2009, 5A_370/2009, E. 4.

384 Urteil des BGer vom 24. 7. 2019, 5A_371/2019, E. 3 f.; vgl. auch Urteil des BGer vom 6. 3. 2025, 5A_606/2024, E. 5.

385 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1001; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 6 m.w.H.

386 Siehe dazu Rz 201.

387 BGE 131 III 553 E. 1.1; FamKomm ES-COTTIER, Art. 447 ZGB N 9; vgl. auch BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.4.

- 198 Art. 12 UN-KRK gilt, international verstanden, für sämtliche Kinder in allen sie betreffenden Angelegenheiten. Somit setzt ihr Partizipationsrecht weder ein bestimmtes Alter noch Urteilsfähigkeit voraus. Daher können auch sehr junge Kinder altersentsprechend mitwirken und sie müssen kinderfreundlich informiert werden.³⁸⁸ UNICEF Schweiz und das Marie Meierhofer Institut für das Kind haben 2023 eine neue Informationsbroschüre («Deine Meinung zählt») zur Kindesanhörung in zivilrechtlichen Verfahren entwickelt. Diese informiert kindgerecht zur Anhörung³⁸⁹ und kann dem Kind mit dem Einladungsschreiben zugestellt werden. Ausserdem haben UNICEF Schweiz und das Marie Meierhofer Institut den Leitfaden für Fachpersonen erneuert, der wichtige rechtliche und methodische Aspekte sowie Tipps zur Vorbereitung und Durchführung einer Kindesanhörung enthält.³⁹⁰
- 199 Laut Bundesgericht sind Kinder regelmässig anzuhören, sofern sie das sechste Altersjahr vollendet haben. Die Anhörung setzt die Urteilsfähigkeit des Kindes nicht voraus.³⁹¹ Sie hat grundsätzlich unabhängig von einem entsprechenden Antrag, d.h. von Amtes wegen, stattzufinden. Sofern die Anhörung beantragt wurde, besteht umso mehr eine Verpflichtung, diese durchzuführen, die im Gesetz genannten Ausnahmetatbestände vorbehalten.³⁹²
- 200 WEBER KHAN/HOTZ monieren zu Recht, dass das Bundesgericht die Schwelle wie eine Art Richtlinie auf das vollendete sechste Altersjahr festgelegt hat, obwohl Art. 12 UN-KRK keine solche Altersgrenze statuiert. Zudem verlangt der General Comment No. 12 zu Art. 12 UN-KRK schon eine Anhörung von jungen Kindern, sofern das Kind dies möchte.³⁹³ Folglich legt das Bundesgericht Art. 12 UN-KRK enger aus als der UN-Kinderrechtsausschuss.³⁹⁴ COTTIER weist diesbezüglich ausdrücklich darauf hin, dass die kantonalen Instanzen die Kinderrechte grosszügiger auslegen können.³⁹⁵ So sollen auch jüngere Kinder angehört werden.
- 201 Das Anhörungsrecht des Kindes gemäss Art. 314a ZGB ist auf alle Verfahren vor der KESB anwendbar.³⁹⁶ Da das Kind direkt von allfälligen Kindesschutzmassnahmen betroffen ist, muss es im Kindesschutzverfahren grundsätzlich

388 CRC/C/GC/12, Ziff. 1 ff.; vgl. auch LANSDOWN, 50 f.

389 Informationsbroschüre Kindesanhörung.

390 Leitfaden Kindesanhörung.

391 BGE 131 III 553 E. 1.

392 BGE 146 III 203 E. 3.3.2; Urteile des BGer vom 10. 9. 2021, 5A_131/2021, E. 3.2.1; vom 25. 8. 2021, 5A_887/2020, E. 3.3.1; vom 4. 5. 2020, 5A_723/2019, E. 5.1; vom 16. 4. 2020, 5A_454/2019, E. 3.2; vom 18. 12. 2019, 5A_809/2018, E. 3.3 m.w.H.; vom 2. 2. 2021, 5A_104/2018, E. 7; vom 26. 10. 2017, 5A_547/2017, E. 3.2.2; siehe auch BSK ZPO-MICHEL/BRUTTIN, Art. 298 ZPO N 15 m.w.H.

393 CRC/C/GC/12, Ziff. 28 f.; WEBER KHAN/HOTZ, 67 und 83; gl.M. FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 20.

394 COTTIER, 90.

395 COTTIER, 95; vgl. auch HAURI *et al.*, 54, nach welchen das Kind regelmässig bereits ab dem dritten Altersjahr anzuhören sei.

396 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a ZGB N 10 und 32.

angehört werden.³⁹⁷ Die KESB verfügt über ein Ermessen, ob sie vom Grundsatz der Anhörung im Einzelfall abweicht.³⁹⁸ Die Anhörung schadet den Kindern in der Regel nicht, weshalb nur ausnahmsweise auf sie verzichtet werden darf. Im Falle eines Verzichts sind sehr hohe Anforderungen zu erfüllen, weil es sich bei der Anhörung um ein absolut höchstpersönliches Recht des Kindes handelt. Je schwerer der Eingriff ist, desto weniger kann auf die Anhörung verzichtet werden. Dies ist folglich nur ausnahmsweise denkbar, nämlich dann, wenn die Anhörung des Kindes in der Gesamtbetrachtung als unverhältnismässig erscheint beziehungsweise das Alter des Kindes oder andere wichtige Gründe dagegen sprechen. Ein solcher ausnahmsweiser Verzicht ist beispielsweise möglich, wenn die Sichtweise des Kindes bereits mit einem aktuellen Gutachten eingeflossen ist, das Kind schweren Repressalien ausgesetzt oder in seinem Wohl schwerwiegend beeinträchtigt wird.³⁹⁹ Nur weil eine Kindesvertretung gemäss Art. 314a^{bis} ZGB eingesetzt ist, darf nicht auf die Anhörung des Kindes verzichtet werden.⁴⁰⁰ Der Verzicht auf die Anhörung muss begründet werden.⁴⁰¹

- 202 Das urteilsfähige Kind kann gegen die Verweigerung der Anhörung Beschwerde erheben (Art. 314a Abs. 3 ZGB). Nach BRUNNER/WIDER/SIMONI ist diesbezüglich in der Regel ab dem zehnten Altersjahr von Urteilsfähigkeit auszugehen.⁴⁰² Jedoch sind die Umstände des konkreten Falles massgeblich.
- 203 Die Anhörung erfolgt regelmässig durch ein Einzelmitglied der KESB.⁴⁰³ Sie darf aber an eine Fachperson delegiert werden.⁴⁰⁴ Dies ist dann der Fall, wenn die Anhörung Spezialkenntnisse beziehungsweise spezialisiertes Erfahrungswissen erfordert, beispielsweise aufgrund des Alters des Kindes, dessen und psychischen oder physischen Entwicklungsstands, des Umfeldes oder einer vorliegenden Gefährdungssituation.⁴⁰⁵ Die Anhörung darf aber weder an eine Beistandsperson noch an die Kindesvertretung delegiert werden, weil diese nach Ansicht des Bundesgerichts nicht über die notwendige Unabhängigkeit verfügen.⁴⁰⁶ Jedoch kann es unter Umständen hilfreich sein, wenn das Kind

397 WEBER KHAN/HOTZ, 83; vgl. Urteil des BGer vom 14. 1. 2008, 5A_536/2007, E. 2.2.

398 CHK-BIDERBOST, Art. 314a ZGB N 3; vgl. auch KILDE/KÖNGETER/MOSER, 12.

399 Zum Ganzen FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 336 f.; vgl. auch BK-AFFOLTERFRINGELI/VOGEL, Art. 314a ZGB N 34 ff.; BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.11 f.; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 21; DROZ-SAUTHIER, 197 ff.; WEBER KHAN/HOTZ, 83 jeweils m.w.H.; siehe zum Verzicht auf eine unnötige wiederholte Befragung auch CHK-BIDERBOST, Art. 314a ZGB N 4.

400 FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 23; siehe auch Urteil des BGer vom 25. 8. 2020, 5A_92/2020, E. 3.4.4 f.

401 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.10.

402 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.43.

403 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1003.

404 BGE 133 III 553 E. 4.

405 FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 334 und 343; vgl. auch BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.14; WEBER KHAN/HOTZ, 83 m.w.H.; vgl. zur Anhörung, wenn beim Kind ein Verdacht auf einen sexuellen Übergriff besteht, PFISTER PILLER, Rz 5.54 ff.

406 BGE 142 III 153 E. 5.2.3.1; BGE 133 III 553 E. 4 f.; Urteil des BGer vom 10. 9. 2021, 5A_131/2021, E. 3.3.

von seiner Vertrauensperson oder seiner Kindesvertretung an die Anhörung begleitet wird.⁴⁰⁷

- 204 Die Anhörung muss kind- und altersgerecht gestaltet werden, was entwicklungspsychologische Kenntnisse und Gesprächsführungskompetenzen erfordert.⁴⁰⁸ Ausserdem soll das Gespräch an die Bedürfnisse des Kindes (Behinderung, Fremdsprachigkeit etc.) angepasst werden.⁴⁰⁹ Die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen insbesondere, bei der Anhörung die spezifischen Bedürfnisse, das Alter, das Geschlecht, den Entwicklungsstand sowie allgemein die individuelle Situation des Kindes zu berücksichtigen. Ausserdem sollen die Fachpersonen für die Anhörung günstige Bedingungen schaffen, damit Kinder zur Mitsprache ermutigt werden. Dazu müssen genügend ausgebildete Fachpersonen für Kindesanhörungen zur Verfügung stehen.⁴¹⁰
- 205 Das Kind soll persönlich und in altersgerechter Form zur Anhörung eingeladen werden. Es ist über die Sache, den Ort und die ungefähre Dauer der Anhörung zu informieren. Ausserdem soll ihm mit der Einladung erklärt werden, dass es auf die Anhörung verzichten darf, aber seine Meinung wichtig ist.⁴¹¹ Das Einladungsschreiben an das Kind spielt deshalb eine sehr wichtige Rolle.
- 206 Das Kind kann an der Anhörung über anstehende Massnahmen, die es betreffen, informiert werden.⁴¹² Falls die KESB in einem Kindeschutzverfahren eine Entscheidung betreffend die Gesundheit des Kindes treffen muss, hat sie das Kind im Rahmen einer Anhörung zu informieren, seine Meinung zu erfragen und es mit einzubeziehen.⁴¹³ Ausserdem muss sie das Kind auf eine allfällige Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB) hinweisen.⁴¹⁴
- 207 Eine zentrale Aufgabe der Anhörung besteht darin, Informationen zu sammeln, zu verarbeiten und dazu zu nutzen, den eigenen Handlungsspielraum im Kindeschutzverfahren zu erkennen. Deshalb sollten Anhörungen nach SCHOCH *et al.* als Möglichkeiten des Informationsaustauschs auf verschiedenen Ebenen verstanden werden: Information des Kindes über das Kindes-

407 BLUM, Recht, 174 f.; vgl. auch BÜCHLER *et al.*, 7; KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Position Kindesanhörungen, m.w.H.; siehe zur Diskussion bei der Kindesvertretung auch BSK ZPO-MICHEL/BRUTTIN, Art. 298 ZPO N 46.

408 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1006; vgl. auch BÜCHLER *et al.*, 7; Fam-Komm ESR-COTTIER, Art. 314a ZGB N 14 ff. m.w.H.

409 BLUM, Recht, 174; vgl. zur Anhörung von Kindern mit Behinderung KOFMEL EHRENZELLER, Verfahrensrecht, 223 ff.

410 Empfehlungen SODK/KOKES, 28; vgl. zur Atmosphäre auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 314a/314a^{bis} ZGB N 3a.

411 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.19; siehe auch zur Wichtigkeit, das Kind vorab über die zu besprechenden Themen zu informieren, KILDE, Recht, 88.

412 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.7; vgl. auch CHK-BIDERBOST, Art. 314a ZGB N 3; SCHOCH *et al.*, Participation, 11.

413 PFISTER PILLER, Rz 3.72.

414 Vgl. LEUTHOLD *et al.*, 12.

schutzverfahren, die Aufgaben und mögliche Massnahmen der KESB und die jeweiligen Rechte und Pflichten sowie Klärung des Prozessstadiums.⁴¹⁵

208 Mit dem Kind werden während der Anhörung neben dem Entscheidungsgegenstand auch sein Alltag, seine Gefühlswelt und sein Beziehungsnetz angesprochen. Am Ende wird das Kind danach gefragt, ob gewisse Äusserungen vertraulich behandelt werden sollen. Weiter wird dem Kind erläutert, dass die Ergebnisse nur in den Entscheid einfließen, wenn sie protokolliert sind.⁴¹⁶ Denn gemäss Art. 314a Abs. 2 ZGB sind im Anhörungsprotokoll nur die entscheiderelevanten Ergebnisse festzuhalten und den Eltern werden diese schriftlich oder mündlich weitergeleitet.⁴¹⁷ Nach COTTIER hat dies entsprechend auch für die Pflegeeltern zu gelten.⁴¹⁸ Dem ist zuzustimmen, da sie das Pflegekind unmittelbar im Alltag betreuen. Die Anhörung ist nur summarisch zu protokollieren und enthält die wesentlichen Gesprächsinhalte.⁴¹⁹ Ausserdem sollte die Anhörung zeitnah zum Entscheid durchgeführt werden.⁴²⁰

209 Die KESB muss den geäusserten Kindeswillen im Entscheid berücksichtigen, wobei dieser jedoch nicht verbindlich ist.⁴²¹ Denn die Behörde muss im konkreten Fall klären, ob es dem Kindeswohl entspricht oder schadet, wenn sie dem Kindeswillen folgt. Sie hat dem Kindeswillen so weit wie möglich zu entsprechen beziehungsweise nur so weit wie nötig davon zugunsten des Kindeswohls abzuweichen und dies zu begründen. Für ihren Entscheid, inwieweit sie den Kindeswillen beachten soll, kann sich die KESB an der Ausprägung der folgenden vier Merkmale orientieren: Zielorientierung (Wie stellt sich das Kind vor, wie etwas sein soll?), Intensität (Wie nachdrücklich und entschieden strebt das Kind etwas an?), Stabilität (Behält das Kind seine Willensäusserungen über längere Zeit, gegenüber unterschiedlichen Personen und unter verschiedenen Umständen bei?) und Autonomie (Zeigt sich der Wille des Kindes selbstbestimmt und als Ausdruck seiner Persönlichkeit?).⁴²² Das Kindeswohl wird unter anderem durch den Kindeswillen bestimmt.⁴²³

210 Deshalb sollte die KESB bei ihrem Entscheid über eine allfällige ausserfamiliäre Unterbringung das Kind und dessen Eltern in den Entscheidungsprozess einbeziehen und ihren Willen beachten.⁴²⁴ Sofern das Kind zum Beispiel mit der ausserfamiliären Unterbringung nicht einverstanden ist, müssen seine Sorgen und Ängste ebenso ernst genommen werden wie seine Ablehnung. Folglich hat auch sein negativ geäussertes Wille in die Entscheidung der KESB

415 Zum Ganzen SCHÖCH *et al.*, Participation, 14.

416 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.27 ff.

417 Vgl. BGE 122 I 53; vgl. zur Protokollierung auch BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.34.

418 FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 26.

419 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.34.

420 BLUM, Recht, 175; vgl. auch Urteil des BGer vom 6. 7. 2010, 5A_50/2010, E. 2.1 und 2.3.2.

421 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1008.

422 Zum Ganzen FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 344.

423 BLUM, Recht, 175; KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 426; vgl. auch FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a ZGB N 24.

424 KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 426; vgl. auch BORDIER/DAMBACH/JEANNIN, 8.

einzufließen. Wenn die ausserfamiliäre Unterbringung dennoch erforderlich ist, um das Kindeswohl zu wahren, hat das Kind ein Recht, insbesondere über die Gründe informiert zu werden, weshalb seinem Willen nicht entsprochen worden ist. Dadurch soll für das Kind der Entscheid so gut als möglich nachvollziehbar werden und ihm helfen, diesen zu verstehen und sich allenfalls dagegen zu wehren.⁴²⁵

2. Praxis

- 211 Die Tatsache, dass es Kinderrechte gibt, gewährleistet noch nicht, dass diese in der Praxis auch umgesetzt werden.⁴²⁶ Partizipation gemäss Art. 12 UN-KRK wird zwar umfassend verstanden, jedoch im schweizerischen Kinderschutzrecht nur punktuell umgesetzt. Dies, obwohl die Rechtsgrundlagen zur Partizipation des Pflegekindes im Kinderschutzverfahren (Anhörung Art. 314a ZGB, Kindesvertretung Art. 314a^{bis} ZGB und Vertrauensperson Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO) explizit und justiziabel sind.⁴²⁷
- 212 Der UN-Kinderrechtsausschuss rief die Schweiz in seinen Empfehlungen 2015 dazu auf, ihre Bemühungen zur Umsetzung von Art. 12 UN-KRK zu verstärken.⁴²⁸ Dabei bemängelte der UN-Kinderrechtsausschuss, dass Kinder in der Schweiz bei sie betreffenden Entscheidungen nicht systematisch einbezogen werden, und empfahl entsprechende Massnahmen.⁴²⁹ Auch ZATTI wies darauf hin, dass die UN-KRK in der Schweiz nur mangelhaft umgesetzt wird.⁴³⁰ Studienergebnisse zeigen, dass betroffene Kinder nur wenig über das Verfahren vor der KESB wissen.⁴³¹ In Bezug auf Pflegekinder belegen Ergebnisse aus Studien, dass Pflegekinder bei sie betreffenden Entscheidungsprozessen wenig involviert werden und sie sich während des Unterbringungsprozesses mehr beteiligen möchten.⁴³²
- 213 Obwohl die Partizipationsrechte des Kindes im schweizerischen Recht infolge der Ratifizierung der EMRK und der UN-KRK gestärkt wurden, wurden diese bis in die 2000er-Jahre nur zögerlich und je nach Kanton unterschiedlich umgesetzt.⁴³³ Die Anhörung von Kindern wurde lange unzureichend vollzogen; mittlerweile scheint das Anhörungsrecht von Kindern den Behörden und Gerichten aber bewusst zu sein. Es ist anzunehmen, dass

425 STÖSSEL/GERBER JENNI, 344; siehe zu den Rechtsmitteln Rz 289 ff.

426 GABRIEL, Perspektive, 30.

427 HOTZ/WEBER KHAN/JAFFÉ, 9 f.; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 46; MÜLLER *et al.*, 125.

428 WEBER KHAN/HOTZ, 9; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 174 f.; INTERESSENSGEMEINSCHAFT QUALITY4CHILDREN, 181.

429 Vgl. CRC/C/CHE/CO/2-4, Ziff. 29a.

430 ZATTI, Analyse, 23 f.

431 HAURI, 98 f. und 140 f.

432 PACH/INTEGRAS, 15 f. und 32 ff.; vgl. auch ARNOLD *et al.*, 105 ff. und 213 ff.

433 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 3.

Kinder in 80–90 Prozent der Fälle angehört werden.⁴³⁴ Nach einer Studie bestehen grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, ob, bei welcher Behörde und wann Pflegekinder angehört werden. Häufig wird das Kind nicht am Verfahrensanfang informiert und/oder angehört.⁴³⁵ Regelmässig werden Kinder erst ab acht oder zehn Jahren angehört. Ausserdem werden in der Praxis unter Partizipation primär eine einmalige Anhörung und die allfällige Einsetzung einer Kindesvertretung statt eines Prozesses während der gesamten Verfahrensdauer verstanden.⁴³⁶ Ausserdem ergab eine Studie, dass die Ansichten von jüngeren Kindern seltener berücksichtigt werden als diejenigen von Jugendlichen.⁴³⁷

- 214 ARN *et al.* weisen darauf hin, dass die Äusserungen des Pflegekindes nur wenig berücksichtigt werden, wenn das Pflegekind zu einem Zeitpunkt angehört wird, in dem der Entscheidprozess der KESB bereits fortgeschritten ist und Unterbringungslösungen diskutiert werden. Ausserdem ist das Kind auf die Anhörungskompetenz der Fachperson angewiesen. Es kann nur aussagekräftige Antworten geben, wenn die Fachperson tatsächlich und rechtlich relevante Fragen stellt. Schliesslich muss das Pflegekind vorab über die Gesprächsthemen informiert werden. Sonst kann es seine Meinung zur ausserfamiliären Unterbringung nicht einbringen.⁴³⁸
- 215 Auch laut Ergebnissen einer Studie im Rahmen des NFP 76 sind Kinder oft nicht informiert und/oder verstehen das Kinderschutzverfahren nicht. Zudem erleben sie Partizipation als sehr begrenzt und haben dadurch das Gefühl, dass ihre Ansicht den Entscheid der KESB kaum beeinflusst.⁴³⁹ Es ist deshalb gesetzlich nicht detailliert genug geregelt, wie Kinder im Verfahren mitwirken können. Den Partizipationsrechten von Kindern wird in anderen Ländern rechtlich deutlich mehr Raum gegeben. Oft haben diese auch genauere Vorschriften dazu, wie Kinder im Verfahren mitwirken können, zum Beispiel in Irland.⁴⁴⁰
- 216 In Irland unterstützen nationale Standards für Pflegekinder diese beispielsweise dabei, sich Gehör zu verschaffen. Die Standards schreiben vor, dass Pflegekinder über ihre Rechte, insbesondere über den Zugang zu unabhängigen Rechtsanwält*innen und mögliche Beschwerdemechanismen, informiert werden.⁴⁴¹ Weiter werden Partizipationstrainings sowie Anleitungen für Fachpersonen

434 Zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1000; vgl. MITROVIC/JUD/ROSCH, 173 ff.; vgl. aber auch BRUTTIN, 153 f.; DROZ-SAUTHIER, 197.

435 HITZ QUENON/MATTHEY, 69.

436 WEBER KHAN/HOTZ, 162 und 220; vgl. auch COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 5; KELLER/EBERITZSCH/ROHRBACH, 285; STUTZ/SIMONI, 117.

437 LÄTSCH *et al.*, 7.

438 Zum Ganzen ARN *et al.*, 21.

439 Vgl. SCHOCH *et al.*, Participation, 14; vgl. auch ARN *et al.*, 23 ff.; DAMBACH/DROZ-SAUTHIER/LEVY, 68; KILDE/KÖNGETER/MOSER, 12; MÜLLER *et al.*, 126 f.

440 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 4; vgl. auch DROZ-SAUTHIER *et al.*, 35; siehe zu den Partizipationsrechten von Pflegekindern in Irland National Standards Ireland, 13 f.

441 BRADY *et al.*, 2.

angeboten und es ist ein nationaler Rahmenplan zur Partizipation entwickelt worden.⁴⁴² Zudem dürfen Pflegekinder an Standortgesprächen teilnehmen, was dazu beiträgt, dass sie besser an Entscheidungen partizipieren können.⁴⁴³ Ausserdem erschien in Irland – als erstem Land in Europa –⁴⁴⁴ 2015 eine nationale Strategie für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Laut dieser Strategie haben Kinder unter anderem bei Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, eine Stimme.⁴⁴⁵ 2024 folgte sogar ein zweiter Aktionsplan für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen.⁴⁴⁶ Dieser sieht zusätzlich vor, dass Mechanismen geschaffen werden, um die Mitwirkung von selten gehörten und gefährdeten Kindern, wozu Pflegekinder zählen, zu verbessern.⁴⁴⁷

- 217 Ein wichtiger Befund einer Studie im Rahmen von «Pflegekinder – next generation» zeigt auf, dass Pflegekinder in Entscheidungssituationen partizipieren möchten, dies aber häufig nicht können. Der Grund dafür liege darin, dass die involvierten Fachpersonen die Partizipationsversuche nicht als solche erkennen würden.⁴⁴⁸ Weiter wird festgestellt, dass die praktische Umsetzung der Partizipationsrechte des Pflegekindes sehr vom Engagement der beteiligten Fachpersonen und deren Einstellung dazu abhängt.⁴⁴⁹ Für Pflegekinder ist es wichtig, wenn sie erkennen, dass sich Fachpersonen genügend Zeit für sie nehmen, persönlich engagiert sind und sie dadurch in ihrer individuellen Situation wahrgenommen werden.⁴⁵⁰
- 218 Zwar nehmen heute viele Behörden das Partizipationsrecht des Kindes ernst, indem sie dieses informieren und versuchen, die Gespräche mit dem Kind altersgerecht zu gestalten. Die Kindesanhörung ist in der Schweiz aber nur sehr ansatzweise geregelt und es gibt keine Leitlinien für eine umfassende Mitwirkung von Kindern am Entscheidungsprozess. Deshalb kann die Umsetzung des Partizipationsrechts von Kindern noch erheblich verbessert werden.⁴⁵¹
- 219 Dies zeigt, dass die Kindesanhörung in der Praxis noch ungenügend umgesetzt wird. Deshalb werden nachfolgend Vorschläge präsentiert, wie die praktische Umsetzung der Kindesanhörung verbessert werden kann.

442 BRADY *et al.*, 4; siehe zum Rahmenplan auch Participation Framework Ireland; O’SULLIVAN/BRERETON, 5; siehe auch Practical Guide Ireland als Beispiel für eine Anleitung.

443 BRADY *et al.*, 12 f.

444 Guidelines Europe 14 ff. m.w.H. zur Vorbildfunktion von Irland im Bereich der Partizipation von Kindern.

445 O’SULLIVAN/BRERETON, 3; siehe National Strategy Ireland, V und 2 ff. (insbesondere 14 und 48 f.) m.w.H.

446 Action Plan Ireland, 6 ff. m.w.H.

447 Action Plan Ireland, 14 und 44; siehe auch Final Report Ireland, 18 ff. (insbesondere 26) m.w.H.; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 139.

448 ARN *et al.*, 21.

449 ARN *et al.*, 29 f.; vgl. auch SCHMID, Organisation, 135.

450 ARN *et al.*, 50; vgl. auch INTERESSENSGEMEINSCHAFT QUALITY4CHILDREN, 190; KILDE/KÖNIGTER/MOSER, 12; LEUTHOLD *et al.*, 28.

451 COTTIER *et al.*, Weg, 25; vgl. auch COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 5.

3. Verbesserungsvorschläge

- 220 Damit das Pflegekind am Verfahren mitwirken kann, muss es über das Verfahren und seine damit verbundenen Rechte Bescheid wissen.⁴⁵² Nach Art. 1a Abs. 2 lit. a PAVO sorgt die KESB dafür, dass das Pflegekind über seine (Verfahrens-)Rechte altersentsprechend informiert wird. Die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen, Pflegekinder möglichst früh über ihre Rechte aufzuklären.⁴⁵³ Auch die Projektverantwortlichen von Intapart⁴⁵⁴ fordern, zu gewährleisten, dass das Kind über das Verfahren, insbesondere dessen Verlauf und die darin verhandelten Normen, in geeigneter Weise informiert wird und diese Informationen auch versteht.⁴⁵⁵
- 221 Art. 1a Abs. 2 lit. a PAVO regelt nicht, wer genau das Pflegekind informieren muss. Denkbar ist beispielsweise, in der PAVO zu ergänzen, dass zu Verfahrensbeginn eine erste zwingende Anhörung stattfindet. Anlässlich dieser informiert die KESB das Pflegekind über das Verfahren und seine Verfahrensrechte,⁴⁵⁶ wie zum Beispiel die Möglichkeit einer Kindesvertretung. Das Pflegekind kann anlässlich dieser ersten zwingenden Anhörung auf das Institut der Vertrauensperson aufmerksam gemacht und gefragt werden, ob es eine solche wünscht und/oder benennen kann. Weiter könnte eine Kindesvertretung das Pflegekind informieren. Dies ist aber nur möglich, wenn eine solche eingesetzt worden ist.
- 222 Leider wird das Recht des Kindes auf eine alters- und kindgerechte Anhörung in der Praxis nicht überall sichergestellt.⁴⁵⁷ Deshalb könnte die Kindesvertretung, sofern eine solche eingesetzt ist, unter Umständen eine Kindesanhörung beantragen.⁴⁵⁸ Die Kindesvertretung sollte gewährleisten, dass das Recht des Kindes auf Anhörung nach Art. 314a ZGB respektiert wird. Weiter sollte die Kindesvertretung das Kind zur Anhörung begleiten und während des Gesprächs eine passive Rolle einnehmen.⁴⁵⁹
- 223 KOFMEL EHRENZELLER fordert, gesetzlich ausdrücklich festzuhalten, dass die KESB den Willen des Kindes als betroffene Person mitberücksichtigt.⁴⁶⁰ Auch der UN-Kinderrechtsausschuss empfiehlt, rechtlich sicherzustellen, dass die Meinung des Kindes eruiert und berücksichtigt wird, unter anderem bei der ausserfamiliären Unterbringung.⁴⁶¹ Ebenso fordern die Projektverantwortli-

452 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 4 und 6; MICHEL, Autonomie, 275.

453 Empfehlungen SODK/KOKES, 5 und 27 f.

454 «Integrität, Autonomie und Partizipation: Wie erleben Kinder und Eltern den Kindes-schutz?»; Forschungsprojekt im Rahmen des NFPP 76, www.nfp76.ch/de/MYZ2FD45JF-Bo1rUB/projekt/projekt-cottier; siehe auch DROZ-SAUTHIER, 1 f.

455 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6.

456 Vgl. auch COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6; DROZ-SAUTHIER, 285 f.

457 Vgl. auch CRC/C/CHE/CO/5-6, Ziff. 20 (a).

458 BLUM *et al.*, 108.

459 BLUM *et al.*, 115 und 122; vgl. auch KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Position Kindesanhörungen, m.w.H.; siehe auch Rz 203.

460 KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 426.

461 CRC/C/GC/12, Ziff. 53 f.; vgl. auch CRC/C/CHE/CO/5-6, Ziff. 20 (d) und 31 (d).

chen von Intapart, dass das Verfahrensrecht stärker formalisiert wird, damit unter anderem die Meinung des Kindes bei der Entscheidungsfindung gebührend berücksichtigt wird.⁴⁶² Dabei sollte die Behörde verpflichtet werden, im Rahmen der Entscheideröffnung aufzuzeigen, inwieweit sie die vom Kind geäußerte Meinung bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigt hat.⁴⁶³

- 224 Diese Forderungen sind nach der hier vertretenen Ansicht berechtigt. Nur mit einer gesetzlichen Regelung auf Bundesebene kann schweizweit sichergestellt werden, dass die Meinung des Pflegekindes beim Entscheid betreffend die ausserfamiliäre Unterbringung ausreichend berücksichtigt wird. Dies ist notwendig, um die Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes zu wahren. Je mehr das Pflegekind mitwirkt, desto erfolgreicher kann die Massnahme der ausserfamiliären Unterbringung sein.
- 225 Zudem sprechen sich die Projektverantwortlichen von Intapart für eine Reform aus, mit welcher das Gesetz und seine Umsetzung sowie die Praxis der verschiedenen KESB harmonisiert würden. Das Verfahren sollte insgesamt übersichtlicher und vorhersehbarer gestaltet werden. Schliesslich sollten Qualitätsstandards, beispielsweise für die Ausbildung von Fachleuten und die Durchführung von Kindesschutzverfahren, verbindlich vorgeschrieben werden.⁴⁶⁴ Auch ein klarer Leitfaden, wie die KESB die Anforderungen an die Partizipation des Pflegekindes umsetzen kann, wäre sinnvoll.⁴⁶⁵
- 226 Es trifft zu, dass eine Gesetzesreform auf Bundesebene dazu beitragen kann, dass die Partizipationsrechte von Pflegekindern schweizweit einheitlich umgesetzt werden. Insofern ist diese Forderung zu begrüssen. Jedoch könnte sich eine Reform auch auf bestehende Bestimmungen des ZGB und der PAVO stützen, statt dass ein neues Bundesverfahrensrecht für den Kindesschutz erlassen würde. Für ein separates Gesetz zum Kindesschutzverfahren spricht aber, dass die entsprechenden Bestimmungen durch die eigenständige Regelung allenfalls mehr Beachtung finden, dadurch höher gewichtet und hoffentlich besser umgesetzt werden. Eine spezifische gesetzliche Vorgabe schafft Struktur, damit sich die Anhörung jedes Pflegekindes inklusive der Berücksichtigung seiner Meinung durch die KESB als Regelfall etabliert. Dadurch kann sich auch das Bewusstsein der Fachpersonen erhöhen, wie wichtig Partizipation für Pflegekinder ist.

462 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6; vgl. auch DROZ-SAUTHIER *et al.*, 40.

463 SCHOCH *et al.*, Partizipationserfahrungen, 94; vgl. auch MÜLLER *et al.*, 128 ff.

464 Zum Ganzen COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6; vgl. für eine rechtlich stärkere Absicherung der Partizipationsrechte von Pflegekindern COLOMBO *et al.*, 46; vgl. auch HAURI, 159 f.; EBERTZSCH/KELLER, Erkenntnisse, 243; SCHNURR *et al.*, 25; siehe zu einem ähnlichen, früheren Projekt DROZ-SAUTHIER, 193 f.

465 Vgl. BERGER, 170.

C. Kindesvertretung

1. Rechtslage

- 227 Neben der Anhörung ist die Kindesvertretung⁴⁶⁶ das zweite zentrale Partizipationsinstrument.⁴⁶⁷ Laut den Leitlinien des Europarates für eine kindergerechte Justiz haben Kinder während des Gerichtsverfahrens das Recht auf eine persönliche und kostenlose Vertretung.⁴⁶⁸ Nach Art. 314a^{bis} ZGB ordnet die KESB, wenn nötig, die Vertretung des Kindes an und bezeichnet als Beistand eine in fürsorglichen und rechtlichen Fragen erfahrene Person. Durch die Kindesvertretung kann das Kind indirekt am Verfahren partizipieren.⁴⁶⁹ Die Kindesvertretung begleitet das Kind die ganze Verfahrensdauer hinweg und stellt dadurch sicher, dass das Kind kontinuierlich informiert ist und partizipieren kann.⁴⁷⁰
- 228 Die Anordnung einer Kindesvertretung liegt im Ermessen der KESB.⁴⁷¹ Sie prüft die Einsetzung einer Kindesvertretung aber insbesondere, wenn die Unterbringung des Kindes Gegenstand des Verfahrens ist (Art. 314a^{bis} Abs. 2 Ziff. 1 ZGB), was bei einer ausserfamiliären Unterbringung der Fall ist.⁴⁷² Hierbei handelt es sich um eine Prüfpflicht. Falls die KESB bei einer ausserfamiliären Unterbringung auf eine Kindesvertretung verzichtet, muss sie dies differenziert begründen.⁴⁷³ Nur weil eine Kindesanhörung gemäss Art. 314a ZGB stattgefunden hat, darf nicht auf die Anordnung der Kindesvertretung verzichtet werden.⁴⁷⁴
- 229 FASSBIND/HERZIG nennen folgende möglichen Anhaltspunkte für die Einsetzung einer Kindesvertretung: die Schwere des Eingriffs, die Eskalationsstufe des Konflikts der Eltern untereinander beziehungsweise zwischen den Eltern und dem Kind und die mangelnde Möglichkeit des Kindes, am Verfahren teilzunehmen (zum Beispiel weil es unter sechs Jahren ist).⁴⁷⁵ Nach BIDERBOST

466 Auch Verfahrensbeistandschaft, Verfahrensvertretung, Kindesverfahrensvertretung oder Kinderanwälte genannt; vgl. LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.46.

467 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1009; vgl. auch LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.46.

468 BLUM *et al.*, 44.

469 Vgl. KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 424; vgl. auch BLUM, Vertretung, Rz 18.163 f.; DREIFUSS, 32; Empfehlungen SODK/KOKES, 26; KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ/LAUTENBACH, 114 ff.

470 BLUM *et al.*, 25.

471 BLUM, Recht, 176; vgl. auch KILDE/KÖNGETER/MOSER, 12; WEBER KHAN/HOTZ, 84.

472 BLUM, Vertretung, Rz 18.163.

473 LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.49 ff.; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 26; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a^{bis} ZGB N 4 f., nach welcher bei einer ausserfamiliären Unterbringung nur ausnahmsweise auf die Anordnung einer Kindesvertretung verzichtet werden soll; WEBER KHAN/HOTZ, 84.

474 BGE 142 III 153 E. 5.2.3.1; FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 351; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a ZGB N 84; BLUM *et al.*, 108.

475 FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 324; vgl. auch KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ/LAUTENBACH, 118 ff.; siehe zum Erfordernis der Kindesvertretung bei sehr jungen Kindern DROZ-SAUTHIER, 186; siehe zur Altersgrenze Rz 199 f.

dürfen sachfremde Kriterien wie zum Beispiel Kosten für die Anordnung einer Kindesvertretung nicht massgeblich sein.⁴⁷⁶

- 230 Die KESB setzt eine allfällige Kindesvertretung ein.⁴⁷⁷ Jedoch kann das urteilsfähige Kind sowohl eine Kindesvertretung beantragen als auch selbst eine Rechtsvertretung bestellen (Art. 19c Abs. 1 ZGB). Urteilsfähigkeit ist diesbezüglich in der Regel ab dem zehnten Altersjahr anzunehmen, wobei die Umstände des konkreten Falles massgeblich sind. Ein urteilsunfähiges Kind kann zwar keine Kindesvertretung beantragen, eine entsprechende Eingabe sollte nach LEUTHOLD/REICHLIN zu Recht aber als wichtiger Hinweis darauf gewertet werden, eine Anordnung zu prüfen. Beide Elternteile können zwar eine Kindesvertretung beantragen, jedoch keine solche direkt mandatieren.⁴⁷⁸
- 231 Hingegen können die Eltern als gesetzliche Vertretung des Kindes (Art. 301 Abs. 1, Art. 304 Abs. 1 ZGB) eine Rechtsvertretung für das Kind beauftragen, sofern das urteilsfähige Kind zustimmt. Falls das Kind gegen den Willen seiner Herkunftseltern oder gegen seinen eigenen Willen ausserfamiliär untergebracht ist oder dies werden soll, liegt eine sog. Interessenskollision zwischen den Herkunftseltern und dem Kind vor. Dadurch entfällt die Vertretungsmacht der Eltern im Rahmen der Verfahrensrechte des Kindes, weshalb die KESB zwingend eine Kindesvertretung einsetzen muss (Art. 314a^{bis} i.V.m. 306 Abs. 2 und 3 ZGB).⁴⁷⁹
- 232 Die KESB setzt als Kindesvertretung eine in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahrene Person ein (Art. 314a^{bis} Abs. 1 ZGB). Diese muss sowohl verfahrenskundig sein als auch über entwicklungspsychologische und familiendynamische Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit Kindern verfügen sowie altersgemäss mit diesen kommunizieren können. Somit kann es sich um Rechtsanwält*innen, Sozialarbeitende und Psycholog*innen, die jeweils eine entsprechende Weiterbildung aufweisen, handeln.⁴⁸⁰ Da die Kindesvertretung oft in hochstrittigen Verfahren eingesetzt wird, setzt die rechtliche Vertretung des Kindes Fachwissen und praktische Expertise im Prozessalltag voraus. Deshalb werden oft Rechtsanwält*innen damit betraut.⁴⁸¹
- 233 Der Verein Kinderanwaltschaft Schweiz sichert die Qualität der Kindesvertretung durch mitgliederverbindliche «Standards für die Rechtsvertretung von Kindern». Zudem zertifiziert er Kindesvertreter*innen aufgrund von Aus- und Weiterbildungen sowie einschlägiger Erfahrung und verschiedenen

476 CHK-BIDERBOST, Art. 314a^{bis} ZGB N 2.

477 FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 324.

478 Zum Ganzen LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.52 f.; gl.M. FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a^{bis} ZGB N 6; vgl. auch BLUM, Vertretung, Rz 18.166 f.; siehe zum Vorschlag eines Elternteils bezüglich der Person der Kindesvertretung LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.54; vgl. zur Parallelvertretung auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 50.

479 Zum Ganzen BLUM, Recht, 177; vgl. auch WEBER KHAN/HOTZ, 85 f.

480 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1010; vgl. auch LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.55; LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 474 f.; NUFER/AUERBACH, 72.

481 LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 475.

formellen Kriterien. Schliesslich führt der Verein eine Liste mit Kindesvertreter*innen, die für Mandate angefragt werden können.⁴⁸²

- 234 Zudem muss die Kindesvertretung inhaltlich, organisatorisch und innerlich unabhängig sein.⁴⁸³ Sie untersteht keiner Weisungsbefugnis. Daher haben die Eltern kein formelles Beschwerderecht bezüglich der Handlungen der Kindesvertretung. Sie können auch nicht deren Abberufung beantragen, wenn sie mit der Amtsführung der Kindesvertretung nicht einverstanden respektive nicht zufrieden sind.⁴⁸⁴
- 235 Die Kindesvertretung ist eine Beistandschaft *sui generis*. Jedoch kann für sie die zu Art. 299 ZPO entwickelte Lehre und Rechtsprechung unter Beachtung der jeweiligen Besonderheiten hinzugezogen werden.⁴⁸⁵
- 236 Die Kindesvertretung stärkt das Kind als eigenständiges Subjekt im Verfahren. Ihre primäre Aufgabe besteht darin, dem Kindeswillen im Verfahren eine Stimme zu geben. Soweit der Kindeswille dem Kindeswohl entgegensteht, muss sie dies im Verfahren ansprechen und sich damit auseinandersetzen. Zumal die KESB das objektivierte Kindeswohl gewährleisten soll, ist es nach FASSBIND/HERZIG angebracht, dass die Kindesvertretung verstärkt dem Kindeswillen Beachtung verschafft und darlegt, weshalb das Kind diese Ansicht aufweist.⁴⁸⁶ Jedoch hat das Bundesgericht im Widerspruch zur aktuellen h.L. festgehalten, dass die Kindesvertretung im Kindeschutzverfahren der KESB das objektivierte Kindeswohl vermitteln soll.⁴⁸⁷ Dieses Urteil wurde in der Lehre und Praxis heftig kritisiert, weil die Rolle der Kindesvertretung nach der h.L. primär darin liege, den subjektiven Willen des Kindes in das Verfahren einzubringen und dadurch dessen prozessuale Stellung zu stärken.⁴⁸⁸ Nach KILDE vertritt die Kindesvertretung den Kindeswillen, während das Gericht beziehungsweise die KESB Lösungen sucht, die dem Kindeswohl entsprechen.⁴⁸⁹
- 237 Indem die Kindesvertretung die Optik und den Willen des Kindes in das Verfahren einbringt, stellt sie dessen Grundrecht auf Partizipation sicher, verhindert bei ihm Ohnmachtsgefühle und fördert seine Selbstwirksamkeit. Nach einer psychologischen Studie zu den Erfahrungen von Kindern mit der Kindesvertretung sind Kinder umso zufriedener, je stärker die Kindesvertre-

482 BLUM, Vertretung, Rz 18.168; vgl. auch HERZIG, Rolle, 572 und 587; www.kinderanwaltschaft.ch; vgl. zu den Kriterien einer Kindesvertretung auch BLUM *et al.*, 105.

483 LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.56 f.; vgl. auch BLUM *et al.*, 105 ff. und 228 ff.; BLUM, Vertretung, Rz 18.169 jeweils m.w.H.

484 Vgl. Urteil des BGer vom 16. 3. 2016, 5A_894/2015; LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.56 f.

485 CHK-BIDERBOST, Art. 314a^{bis} ZGB N 1 und 3; LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.46 f.; siehe zum Vergleich von Kindesvertretung und Beistandsperson JENZER *et al.*, 22 ff.

486 Zum Ganzen FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 324; gl.M. BLUM, Recht, 178; vgl. zur Rolle der Kindesvertretung auch HERZIG, Rolle, 567 ff. m.w.H.

487 BGE 142 III 153 E. 5.

488 Vgl. hierzu HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1011 m.w.H. zur Kontroverse; vgl. auch CHK-BIDERBOST, Art. 314a^{bis} ZGB N 6; BLUM *et al.*, 109 f.; GERBER JENNI, Gedanken, 109 ff.; HERZIG, Rolle, 567 ff.; LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 463 ff.; BSK ZPO-MICHEL/BERGER, Art. 299 ZPO N 17 ff.; WEBER KHAN/HOTZ, 86.

489 KILDE, Verfahren, Rz 6.78; gl.M. ARN *et al.*, 44; WEBER KHAN/HOTZ, 86.

tung sie in ihrer Wahrnehmung bei der Anhörung unterstützt und gegenüber dem Gericht ihre Meinung verdeutlicht hat.⁴⁹⁰

- 238 Das Bundesgericht nennt folgende Aufgaben der Kindesvertretung: Abklärung der Verhältnisse, Begleitung des Kindes und Wahrnehmen von prozessualen Rechten.⁴⁹¹ Die Kindesvertretung vertritt das Kind rechtlich umfassend im Verfahren. Sie unterstützt es bei der Wahrnehmung seiner Partizipationsrechte respektive sie setzt diese allenfalls durch. Weiter informiert sie das Kind, begleitet es gegebenenfalls zur Anhörung und vermittelt unter Umständen auch.⁴⁹² Das Pflegekind im Besonderen befindet sich in einer belastenden Lebenssituation und ist von den einschneidenden Entscheiden der KESB beziehungsweise des Gerichts betroffen. Die Kindesvertretung entlastet das Pflegekind, indem sie diesem hilft, seine Meinung zu vertreten, und es begleitet.⁴⁹³ Eine wichtige Aufgabe der Kindesvertretung besteht darin, dem Pflegekind zu erklären, welche Verfahrensschritte anstehen und welche Fachperson welche Aufgaben innehat. Sie kann dem Pflegekind zeigen, welche Handlungsoptionen zur Verfügung stehen und an welche Person sich das Pflegekind dafür wenden kann.⁴⁹⁴
- 239 Die Aufgaben der Kindesvertretung können den konkreten Bedürfnissen des Pflegekindes angepasst werden.⁴⁹⁵ Dabei sollte die KESB mit der Kindesvertretung deren Auftrag klären.⁴⁹⁶
- 240 LEUTHOLD/REICHLIN beschreiben ein dreidimensionales Handlungsmodell der Kindesvertretung mit folgenden Handlungsebenen:
1. «Aufdecken der Fallkonstellation (Abklärung, Situationsanalyse, Kenntnis der Sachlage)
 2. Anwaltliche Vertretung des Kindes (Ermittlung des Willens des Kindes)
 3. Sozialgeflechtsarbeit (innerfamiliäre Interventionen)».⁴⁹⁷
- 241 Je nach konkretem Fall sei die eine oder andere Handlungsebene stärker zu gewichten, was die Fachdisziplin der Kindesvertretung beeinflussen könne. Durch diese integrale Betrachtungsweise könne das Kind in einer belastenden Lebenssituation unterstützt werden und dadurch effektiv partizipieren. Schliesslich leiten sie aus dem dreidimensionalen Handlungsmodell folgende Aufgaben der Kindesvertretung ab:
- «Gespräche, Information und Begleitung des Kindes während des Verfahrens (Gewährleistung der effektiven Partizipation des Kindes sowie Unterstützung des Kindes im Meinungsbildungsprozess)⁴⁹⁸

490 Zum Ganzen BLUM *et al.*, 112; STÖTZEL, 121.

491 BGE 142 III 153 E. 5.1 f.

492 BLUM, *Recht*, 178.

493 Empfehlungen SODK/KOKES, 26.

494 ARN *et al.*, 47; Empfehlungen SODK/KOKES, 26.

495 GASSNER, *Pflegeeltern*, Rz 756.

496 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 28.

497 LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.60.

498 Vgl. zur Befragung eines Kindes mit Behinderung durch die Kindesvertretung FETSCHER/LANDOLT, 44 f.; HERZIG, *Kind*, Rz 461; vgl. auch BLUM *et al.*, 101.

- Gespräche mit Eltern und Dritten für ein umfassendes Verständnis der Lebenswelt des Kindes
 - Mitwirken am Zustandekommen einvernehmlicher Regelungen oder Lösungen
 - Wahrnehmung von prozessualen Rechten des Kindes (Akteneinsichtsrecht, Antragsrecht, Rechtsmittelprüfung, Monitoring und Kontrollfunktionen etc.)».⁴⁹⁹
- 242 Generell fokussiert die Kindesvertretung nach AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL auf die tatsächlichen Kinderbelange. Sie weist die KESB darauf hin, dass Verzögerungen und Erschwerungen, die das Kind belasten, verhindert werden sollen, und greift mit entsprechenden prozessualen Mitteln ein.⁵⁰⁰ Denn die Kindesvertretung kann Anträge stellen und Rechtsmittel einlegen (Art. 314a^{bis} Abs. 3 ZGB).
- 243 Die Kindesvertretung verfügt über die vollumfängliche prozessuale Vertretungsbefugnis.⁵⁰¹ Somit hat sie auch alle rechtlichen Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung inne, unter anderem das Akteneinsichtsrecht, das Recht, mit dem Kind und seinem Umfeld Kontakt aufzunehmen sowie Verhandlungsinitiativen zu ergreifen, um die Kindesinteressen optimal zu wahren.⁵⁰² Zudem ist es bei einer ausserfamiliären Unterbringung meistens notwendig, dass die Kindesvertretung an wichtigen Standortgesprächen von Kinder- und Jugendheimen teilnimmt. So kann sie sich vor Ort in der Institution über den bisherigen Heimaufenthalt und die Entwicklung des Kindes informieren sowie sich über den weiteren Verlauf austauschen.⁵⁰³
- 244 Die Kindesvertretung endet mit dem rechtskräftigen Abschluss des Kindeschutzverfahrens und bleibt grundsätzlich über die Instanzen bestehen. Demnach muss die Rechtsmittelinstanz die Kindesvertretung nicht neu anordnen; sie kann dies aber – mit Ausnahme des Bundesgerichts – tun. Eine im kantonalen Verfahren ernannte Kindesvertretung kann ihr Amt jedoch vor Bundesgericht weiter ausüben.⁵⁰⁴ Dies rührt daher, dass das Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG) keine Möglichkeit enthält, erst im Verfahren vor Bundesgericht eine Kindesvertretung zu bestellen. HERZIG bedauert dies, weil vor allem die hochstrittigen Fälle bis an das Bundesgericht weitergezogen werden.⁵⁰⁵
- 245 Sowohl die Kosten für die Errichtung als auch diejenigen für die Führung der Kindesvertretung stellen Verfahrenskosten dar. Erstere bemessen sich nach den kantonalen Gebührenverordnungen. Die Entschädigung der Kindesver-

499 Zum Ganzen LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.60 ff.; vgl. (zur Kindesvertretung des Kindes von psychisch belasteten Eltern) auch GERBER JENNI, Gedanken, 102 ff.

500 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 27.

501 CHK-BIDERBOST, Art. 314a^{bis} ZGB N 5.

502 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 38.

503 BLUM *et al.*, 114.

504 Urteile des BGER vom 6. 11. 2018, 5A_103/2018, E 1.4; vom 19. 5. 2021, 5A_318/2021, E 1.1; zum Ganzen CHK-BIDERBOST, Art. 314a^{bis} ZGB N 5a.

505 Urteil des BGER vom 23. 2. 2012, 5A_768/2011, E. 1.5; HERZIG, Rolle, 580 und 587 f.

tretung wird von der anordnenden Behörde festgelegt, wobei die kantonalen Ausführungsbestimmungen massgeblich sind.⁵⁰⁶ Das Bundesgericht hat sich für die Entschädigung nach angemessenem Aufwand ausgesprochen.⁵⁰⁷ Die Kindesvertretung unterliegt einer indirekten Rechenschaftspflicht, indem sie ihren erbrachten Aufwand zur Begründung des Honoraranspruchs darlegen muss.⁵⁰⁸

- 246 Die Eltern müssen im Rahmen ihrer Unterhaltspflicht für die Kosten des Rechtsschutzes ihres Kindes, der auch die Kindesvertretung gemäss Art. 314a^{bis} ZGB umfasst, aufkommen.⁵⁰⁹ Ausserdem schränkt eine Kindesvertretung die Vertretungsmacht der Eltern als gesetzliche Vertretung des Kindes ein. Deshalb haben die Eltern einen Anspruch auf rechtliches Gehör und ein Beschwerderecht hinsichtlich der Errichtung einer Kindesvertretung.⁵¹⁰ Falls die Eltern mittellos sind, können sie unentgeltliche Rechtspflege (Art. 117 ff. ZPO) beantragen.⁵¹¹

2. Praxis

- 247 Laut einer Studie ist die Kindesvertretung in der Schweiz noch relativ selten.⁵¹² Erfreulicherweise ist die Zahl der eingesetzten Kindesvertretungen in den letzten Jahren gestiegen.⁵¹³ Nichtsdestotrotz schätzt der Verein Kinderanwaltschaft Schweiz die Anzahl Fälle, in welchen die Partizipation des Kindes mittels einer Kindesvertretung gewährleistet werden sollte, auf gut das Fünffache der per 31. Dezember 2023 bestehenden Kindesvertretungen.⁵¹⁴ Ein Befund der Studie «Partizipation von Pflegekindern» im Rahmen von «Pflegekinder – next generation» war, dass nur selten eine Kindesvertretung eingesetzt wird beziehungsweise die Fallzahlen je nach Kanton sehr unterschiedlich sind.⁵¹⁵
- 248 Sofern ein urteilsfähiges Kind im Kindeschutzverfahren eine Kindesvertretung beantragt, ist die KESB gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung – dies im Gegensatz zum familienrechtlichen Verfahren (Art. 299 Abs. 3 ZPO) – nicht verpflichtet, eine solche einzusetzen.⁵¹⁶ Ohnehin liegt die Anordnung einer

506 LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.66.

507 BGE 142 III 153 E. 2.5, 3 und 5.3.4; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 54.

508 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314a^{bis} ZGB N 44; vgl. zum Verfahrensbeistand im deutschen Recht KÜFNER/SCHÖNECKER/TRUNK, 722 f.

509 FASSBIND/HERZIG, Anhörungsverfahren, Rz 318.

510 Vgl. Urteil des BGer vom 16. 3. 2016, 5A_894/2015, E. 4.1; LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.65; vgl. auch BLUM, Vertretung, Rz 18.179, der die Kostenauflegung an die Eltern infrage stellt; siehe zum Ganzen auch JENZER *et al.*, 3 ff.

511 BLUM *et al.*, 16 und 206.

512 HITZ QUENON/PAULUS/LUCHETTA MYIT, 1 f. und 79 ff.

513 BLUM *et al.*, 22; KOKES-Statistik 2023, 345.

514 BLUM *et al.*, 38 f.; KOKES-Statistik 2023, 340 f.

515 ARN *et al.*, 30 ff. und 42; KOKES-Statistik 2023, 340 f.

516 Urteile des BGer vom 6. 7. 2016, 5A_232/2016, E. 4; vom 31. 1. 2014, 5A_744/2013, E. 3.

Kindesvertretung im Ermessen der KESB und wird massgeblich durch kantonales Recht beeinflusst. Ausserdem unterscheiden sich die Kantone in ihrer praktischen Rechtsanwendung erheblich.⁵¹⁷

- 249 Die KESB ordnet die Kindesvertretung gemäss Art. 314a^{bis} Abs. 1 ZGB nur wenn nötig an, wobei sie selbst entscheidet, wann dies der Fall ist. Sogar bei einer ausserfamiliären Unterbringung, welche mit tief greifenden Auswirkungen auf das Leben des Pflegekindes verbunden ist, ist die KESB nur verpflichtet, die Anordnung der Kindesvertretung zu prüfen (Art. 314a^{bis} Abs. 2 Ziff. 1 ZGB). Gerade in diesem Verfahren ist es aber unerlässlich, die Partizipation des Pflegekindes zu gewährleisten und dessen Ansicht in die Entscheidungsfindung der KESB einfließen zu lassen.⁵¹⁸
- 250 Die KESB in den verschiedenen Kantonen prüfen grundsätzlich die Einsetzung einer Kindesvertretung, jedoch meistens nur in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen.⁵¹⁹ Das ist der Fall, wenn die ausserfamiliäre Unterbringung Gegenstand des Verfahrens ist (Art. 314a^{bis} Abs. 2 Ziff. 1 ZGB). Nicht immer wird für das Kind im Verfahren eine Kindesvertretung angeordnet. Deshalb hat das Institut der Kindesvertretung nach WEBER KHAN/HOTZ sein Ziel als verfahrensmässiges Pendant zum Kindeswohl noch nicht erreicht.⁵²⁰ HOTZ/WEBER KHAN/JAFFÉ sehen den Grund dafür darin, dass das Partizipationsrecht des Kindes häufig noch nicht richtig verstanden und umgesetzt wird. Dies ist aber unerlässlich, damit die KESB das Kindeswohl richtig wahrnehmen und verwirklichen kann.⁵²¹
- 251 Folglich wird auch die Kindesvertretung praktisch ungenügend umgesetzt, weshalb Verbesserungsvorschläge für eine bessere Umsetzung in der Praxis folgen.

3. Verbesserungsvorschläge

- 252 KOFMEL EHRENZELLER fordert, dass dem urteilsfähigen Kind im Kindesschutzverfahren – analog zu Art. 299 Abs. 3 ZPO für die familienrechtlichen Verfahren – ein Anspruch auf Anordnung einer Kindesvertretung eingeräumt wird. Sie sieht denn auch keinen sachlichen Grund für die fehlende Analogbestimmung zu Art. 299 Abs. 3 ZPO im Kindesschutzverfahren.⁵²²
- 253 Nach COTTIER *et al.* sollte für eine stärkere Rechtsgleichheit das Bundesrecht gar so abgeändert werden, dass die Kindesvertretung bei einer ausserfami-

517 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6; vgl. auch COTTIER, 92 f.; KILDE, Verfahren, Rz 6.77 und 6.133.

518 Vgl. auch FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a^{bis} ZGB N 5; KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Stellungnahme Kinderrechtskommentare, 3; SCHOCH *et al.*, Partizipationserfahrungen, 88.

519 WEBER KHAN/HOTZ, 162; vgl. auch HOTZ/WEBER KHAN/JAFFÉ, 14.

520 WEBER KHAN/HOTZ, 91.

521 HOTZ/WEBER KHAN/JAFFÉ, 19 f.

522 KOFMEL EHRENZELLER, Plädoyer, 424 f.; gl.M. ARN *et al.*, 43; HOTZ, Verfahren, Rz 7.112; HOTZ/WEBER KHAN/JAFFÉ, 71.

lären Unterbringung zur Regel wird.⁵²³ Auch die SODK und die KOKES empfehlen den Kantonen, insbesondere bei behördlichen ausserfamiliären Platzierungen sicherzustellen, dass die involvierten Fachpersonen für die Kindesvertretung sensibilisiert werden und in der Regel eine Kindesvertretung eingesetzt wird.⁵²⁴

- 254 Diese Ansicht überzeugt. Damit die Partizipation des Pflegekindes über das ganze Verfahren gewährleistet werden kann, sollte ihm zwingend eine Kindesvertretung zur Seite gestellt werden. Dies gilt umso mehr, als es sich bei einer ausserfamiliären Unterbringung um eine Ausnahmesituation für das Kind handelt, weshalb seine Partizipation essenziell ist. Die Kindesvertretung ist weder Teil des Pflegesystems noch der Herkunftsfamilie und kann dem Pflegekind helfen, seine Partizipationsrechte wahrzunehmen, respektive sie kann diese durchsetzen. Folglich sollte zumindest bei einer angeordneten ausserfamiliären Unterbringung immer eine Kindesvertretung für das Kind eingesetzt werden.⁵²⁵ Wenn es sich um eine freiwillige Platzierung handelt, die durch Sozialdienste arrangiert wird, ohne dass die KESB involviert ist, gibt es kein Kindesschutzverfahren, weshalb auch keine Kindesvertretung angeordnet werden kann.
- 255 Nach BLUM *et al.* soll das Kind, das von einem Verfahren betroffen ist, durch eine eingesetzte Kindesvertretung kind- und altersgerecht über das Verfahren sowie seine Partizipationsrechte informiert werden.⁵²⁶ Diese Forderung wird vorliegend geteilt, weil dadurch die notwendige Orientierung des Kindes gewährleistet werden kann. Nur so kann es am Verfahren mitwirken.
- 256 Hinsichtlich der Kindesvertretung vor Bundesgericht fordert HERZIG, dass der Gesetzgeber das BGG entsprechend ergänzt, damit es auch im Verfahren vor Bundesgericht möglich ist, eine Kindesvertretung zu beantragen.⁵²⁷ Dem ist zuzustimmen, da keine sachlichen Gründe ersichtlich sind, weshalb die Kindesvertretung vor Bundesgericht nur möglich ist, sofern diese bereits im kantonalen Verfahren angeordnet worden ist. Ausserdem ist diese besonders in den hochstrittigen Fällen, die oftmals bis an das Bundesgericht weitergezogen werden, unabdingbar für die Partizipation des Kindes am Verfahren.
- 257 Schliesslich kann die Kindesvertretung das Pflegekind bei Fragen oder Problemen unterstützen und so sogar die Funktion der Vertrauensperson gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO übernehmen. Dies ist insbesondere dann eine

523 COTTIER *et al.*, Ergebnisse, 6; gl.M. ARN *et al.*, 43 und 65 f.; HERZIG, Kind, Rz 471; LEITUNGSGRUPPE NFP 76, 40; WEBER KHAN/HOTZ, 84; siehe zum alten Recht von 1912 DROZ-SAUTHIER, 25 f.; a.M. das Bundesgericht in seinen Urteilen vom 6. 6. 2016, 5A_232/2016, E. 4; vom 31. 1. 2014, 5A_744/2013, E. 3.

524 Empfehlungen SODK/KOKES, 5 und 27.

525 Vgl. BERGER, 171; gl.M. KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Stellungnahme Kinderrechtskommentare, 4, der dies sogar für freiwillige Platzierungen fordert.

526 BLUM *et al.*, 64; vgl. auch KILDE/KÖNGETER/MOSER, 12; STÖTZEL, 121.

527 HERZIG, Rolle, 580 und 587 f.

Option, wenn das Pflegekind in seinem Umfeld über keine entsprechende Person verfügt.⁵²⁸

- 258 Laut Befunden einer Studie liegt ein praktisches Hindernis, eine Kindesvertretung anzuordnen, darin, dass grundsätzlich die Eltern deren Kosten tragen. ARN *et al.* fordern deshalb, dass das Verfahren für die Kinder und deren Eltern kostenfrei werden soll.⁵²⁹ Diese Forderung wird vorliegend geteilt, zumal nach den Leitlinien des Europarates für eine kindergerechte Justiz Kinder das Recht auf eine persönliche und kostenlose Vertretung haben.⁵³⁰ Es kann nicht sein, dass das Pflegekind nur deshalb nicht umfassend am Verfahren partizipieren kann, weil die Eltern die Kindesvertretung bezahlen könnten, aber dies nicht wollen respektive die Eltern nur über knappe finanzielle Mittel verfügen, aber die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege nach Art. 117 ZPO nicht erfüllen.

D. Vertrauensperson

1. Rechtslage

- 259 Die Kindesanhörung (Art. 314a ZGB) und die Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB) gelten für das Kindeschutzverfahren generell. Spezifisch für Pflegekinder gibt es eine zusätzliche Institution, damit sie am Verfahren (und während der ausserfamiliären Unterbringung) partizipieren können, namentlich die Vertrauensperson (Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO). Die KESB sorgt gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO dafür, dass das Pflegekind eine Vertrauensperson zugewiesen erhält, an die es sich bei Fragen oder Problemen wenden kann.⁵³¹ GASSNER spricht hierbei von einem Anspruch des Pflegekindes, der an keine Voraussetzungen geknüpft sei.⁵³²
- 260 Die Vertrauensperson sollte handlungsfähig sein, ausserhalb des Platzierungssystems stehen und nicht die Beistandsperson des Pflegekindes im Rahmen einer Erziehungsbeistandschaft gemäss Art. 308 Abs. 1 oder 2 ZGB sein. Sie kann mit dem Pflegekind verwandt oder eine Person aus dessen Bekanntenkreis sein, beispielsweise ein Nachbar oder eine Lehrerin. Das Pflegekind darf seine Meinung zur Wahl der Vertrauensperson äussern und Personen vorschlagen. Es sollte in jedem Fall zwischen ihm und der Person ein Vertrauensverhältnis bestehen oder sich ein solches abzeichnen.⁵³³ Falls keine Vertrau-

528 Gl.M. ARN *et al.*, 43 f.

529 ARN *et al.*, 35 f.

530 Gl.M. DROZ-SAUTHIER, 163; vgl. BLUM *et al.*, 44.

531 Vgl. auch BORDIER/DAMBACH/JEANNIN, 8; siehe zur Begrifflichkeit ARN *et al.*, 38.

532 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 562.

533 Erläuterungen PAVO, 3; HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.51; ROSCH/HAURI, Rz 1084; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 227 ff. m.w.H.; siehe zum Vertrauensverhältnis auch BLÜLLE, 63 m.w.H.

- ensperson eingesetzt werden kann, muss das Pflegekind darüber informiert werden, wie es die Beistandsperson oder die KESB erreichen kann.⁵³⁴
- 261 Die Vertrauensperson steht dem Kind bei, nimmt seine Anliegen ernst und verschafft dem Pflegekind gegenüber dem Platzierungssystem Gehör.⁵³⁵ Dadurch soll die Partizipation des Pflegekindes während der ausserfamiliären Unterbringung gestärkt werden.⁵³⁶ Weiter sorgt die Vertrauensperson als stabile und sichere Stütze dafür, dass sich das Pflegekind wohlfühlt.⁵³⁷ Sie gibt dem Pflegekind persönlichen Rückhalt.⁵³⁸ Ausserdem erläutert sie dem Pflegekind bei Fragen oder Wissenslücken – allenfalls durch Nachfragen – das Notwendige, damit das Pflegekind vollständig über das Verfahren orientiert ist.⁵³⁹ Da die Vertrauensperson die subjektive Haltung des Pflegekindes aufzeigt, ist das subjektive Vertrauen des Pflegekindes in diese Person zentral. Dafür muss sich die Vertrauensperson in die Situation und die Bedürfnisse des Pflegekindes hinein fühlen und hinein denken.⁵⁴⁰
- 262 Demzufolge nimmt die Vertrauensperson eine ergänzende Rolle im Verhältnis zur Kindesvertretung wahr.⁵⁴¹ Zudem steht die Vertrauensperson im Gegensatz zur Kindesvertretung auch nach Abschluss des Kindesschutzverfahrens und somit während der ganzen Dauer der ausserfamiliären Unterbringung als Ansprechperson für das Pflegekind zur Verfügung.⁵⁴²
- 263 Die Vertrauensperson kann gewechselt werden, wenn dies aufgrund neuer Beteiligungen oder veränderter Betreuungsverhältnisse angezeigt ist.⁵⁴³ Beispielsweise tauscht die KESB bei einem formlosen Antrag des Pflegekindes die Vertrauensperson aus, sofern das Vertrauensverhältnis zwischen dem Pflegekind und der Vertrauensperson verloren gegangen ist. Falls die Vertrauensperson mit ihrem Verhalten das Kindeswohl schädigt, muss die KESB eingreifen und bei Bedarf für Ersatz sorgen.⁵⁴⁴ KILDE stuft analog zu Art. 432 ZGB für die Vertrauensperson bei einer fürsorgerischen Unterbringung die Wahl der Vertrauensperson nach Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO zu Recht als absolut höchstpersönliches Recht des Pflegekindes ein. Dabei dürfen keine zu grossen Anforderungen an die Urteilsfähigkeit des Pflegekindes gestellt werden.⁵⁴⁵
- 264 AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL erachten eine sinngemässe Anwendung der Bestimmungen des Erwachsenenschutzes über die Stellung und Aufgabe der

534 Erläuterungen PAVO, 3 f.

535 ROSCH/HAURI, Rz 1084.

536 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 757; vgl. auch SCHOCH *et al.*, Partizipationserfahrungen, 95.

537 MÉTRAL, 324 m.w.H.; vgl. auch HELMING *et al.*, 120.

538 BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 314a/314a^{bis} ZGB N 9.

539 KILDE, Verfahren, Rz 6.83 und 6.134; vgl. auch ARN *et al.*, 65; HAURI, 141; SANDMEIR *et al.*, 510.

540 Empfehlungen SODK/KOKES, 23; siehe zum Ganzen auch DROZ-SAUTHIER, 229 f.

541 KILDE, Verfahren, Rz 6.82 und 6.134.

542 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 316 ZGB N 22.

543 ARN *et al.*, 53.

544 Vgl. GASSNER, Pflegeeltern, Rz 561.

545 KILDE, Verfahren, Rz 6.82 und 6.134; gl.M. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 119; vgl. auch BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, Art. 432 ZGB N 5.

Vertrauensperson bei einer fürsorgerischen Unterbringung für vertretbar. Nach ihnen ist die Unterstützung des Pflegekinds bei allen Fragen- und Problemstellungen während der ausserfamiliären Unterbringung inhaltlich vergleichbar mit der Funktion der Vertrauensperson nach Art. 432 ZGB.⁵⁴⁶ Die Vertrauensperson soll die fürsorgerisch untergebrachte Person über ihre Rechte und Pflichten orientieren, ihr beim Verfassen und Einreichen von Anliegen helfen, bei Konflikten vermitteln und sie während des Verfahrens begleiten. Sie hilft der fürsorgerisch untergebrachten Person insbesondere dabei, ihre Rechte geltend zu machen, wobei sie zwar über keine gesetzlichen Vertretungsrechte, aber gewisse Informationsrechte verfügt. Ausserdem zählt die Vertrauensperson zu den nahestehenden Personen im Sinne von Art. 426 Abs. 4 ZGB und ist beschwerdeberechtigt (vgl. Art. 450 Abs. 2 Ziff. 2 ZGB).⁵⁴⁷ Die Einrichtung, Behörde oder Person, die die fürsorgerische Unterbringung anordnet, muss die betroffene Person auf ihre Möglichkeit, eine Vertrauensperson zu bezeichnen, aufmerksam machen. Einige Kantone, zum Beispiel Genf und Waadt, führen eine Liste mit Personen, welche sich als Vertrauensperson zur Verfügung stellen.⁵⁴⁸ Dies kann so auch für das Pflegekind gelten.

265 Die Vertrauensperson muss nach AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL in die Betreuungsarbeit involviert werden und untersteht aufgrund der Persönlichkeitsrechte des Pflegekinds der Verschwiegenheitspflicht. Jedoch hat die Vertrauensperson keine Vertretungsrechte, welche mit den Zuständigkeiten der Einrichtung, der Beistandsperson oder der Herkunftseltern beziehungsweise Pflegeeltern kollidieren könnten.⁵⁴⁹ Da die Vertrauensperson keine amtliche Funktion ausübt, ist grundsätzlich keine Entschädigung vorgesehen.⁵⁵⁰

266 Fast kein Kanton hat die Einsetzung, Rechte und Pflichten einer Vertrauensperson gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO ausdrücklich gesetzlich geregelt. Jedoch haben einige Kantone Regelungen in Verordnungen und Richtlinien erlassen.⁵⁵¹ Beispielsweise ist im Kanton Zürich seit der Inkraftsetzung des Kinder- und Jugendheimgesetzes (KJG) per 1. Januar 2022 das Amt für Jugend und Berufsberatung für die Aufsicht und Bewilligung der ausserfamiliären Unterbringungen im ganzen Kanton zuständig. Das Amt für Jugend und Berufsberatung führt im Rahmen der Bewilligungserteilung und der Aufsicht in der Regel ein Gespräch mit dem Kind. Anlässlich dieses Gesprächs wird das Pflegekind gefragt, ob es über eine Vertrauensperson verfüge und, falls ja, wer diese Rolle wahrnehme. Dies wird schriftlich festgehalten. Falls das Pflegekind angibt, über keine Vertrauensperson zu verfügen, wird versucht,

546 Zum Ganzen BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 316 ZGB N 22.

547 Zum Ganzen BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, Art. 432 ZGB N 6 und 11 f.; CHK-BREIT-SCHMID/MATT/PFANNKUCHEN-HEEB, Art. 432 ZGB N 3; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 708; vgl. zur Beschwerdelegitimation auch Botschaft KESR, 7084; BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, Art. 432 ZGB N 12.

548 MEIER, Rz 1242.

549 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 121.

550 ROSCH/HAURI, Rz 1084; vgl. auch GASSNER, Pflegeeltern, Rz 577.

551 COLOMBO *et al.*, 9 f. und 50.

ihm den Wert einer solchen Person zu erklären und aufzuzeigen, an wen es sich wenden könnte.⁵⁵²

2. Praxis

- 267 Bedauerlicherweise wird dem Pflegekind vielerorts keine Vertrauensperson zugewiesen. Zwar erhält das Pflegekind häufig eine Beistandsperson. Diese erfüllt jedoch nicht die Funktion einer Vertrauensperson. Ihre Aufgabe ist es, die ausserfamiliäre Unterbringung zu begleiten respektive zwischen den Eltern und der Institution oder den Pflegeeltern etc. zu vermitteln und deren Kommunikation zu fördern. Daher unterstützt sie neben dem Kind meistens auch seine leiblichen Eltern. Ausserdem wechseln die Beistandspersonen häufig. Die Vertrauensperson sollte dem Pflegekind aber für mehrere Jahre, nämlich mindestens für die Dauer der ausserfamiliären Unterbringung, zur Verfügung stehen. Wenn dem Pflegekind keine Vertrauensperson zugewiesen wird, gefährdet dies die Partizipation des Pflegekindes und folglich auch dessen Kindeswohl.⁵⁵³
- 268 Zur ungenügenden Einsetzung der Vertrauensperson in der Praxis trägt auch bei, dass man unter Fachpersonen uneinig ist, wer diese Rolle übernehmen soll und wie das Institut im Interesse des Pflegekindes funktionell am besten umgesetzt werden kann. Ausserdem ist noch kaum bekannt, wie die Rolle der Vertrauensperson bisher in den Kantonen umgesetzt wird.⁵⁵⁴ Nur wenige Kantone verfügen über ein konkretes Vorgehen respektive Konzept bezüglich der Suche nach einer Vertrauensperson für das Pflegekind.⁵⁵⁵
- 269 In der Praxis bauen Pflegekinder unter Umständen eine vertrauensvolle Beziehung zur eingesetzten Erziehungsbeiständin beziehungsweise zum eingesetzten Erziehungsbeistand auf. Diese sind aber nicht ausreichend unabhängig gegenüber der KESB und daher als Vertrauenspersonen ungeeignet. Nach KILDE ist dieses Vertrauensverhältnis aber trotz allfälliger Rollenkonflikte zu berücksichtigen, wenn das Kind ausdrücklich eine Beistandsperson als Vertrauensperson nennt.⁵⁵⁶ Dieser Ansicht ist zuzustimmen, sofern das Pflegekind über keine weitere Vertrauensperson verfügt. Nur dann sollte die Beistandsperson als solche ernannt werden.⁵⁵⁷ Falsch ist jedoch die Annahme, dass der Vertrauensperson nach Art. 1 Abs. 2 lit. b PAVO Genüge getan wird,

552 Vgl. Detailkonzept Pflegefamilien, 16.

553 Zum Ganzen SEITERLE, Wohl, 23; vgl. auch DIES., Schlussbericht, 13 und 18; ROSCH/HAURI, Rz 1095.

554 SEITERLE, Pflegekinderhilfe, 307; vgl. auch BOÉCHAT, 1; COLOMBO *et al.*, 29; MÉTRAL, 325 ff.; SEITERLE, Schlussbericht, 18.

555 SEITERLE, Schlussbericht, 12; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 9.

556 Zum Ganzen KILDE, Verfahren, Rz 6.82 und 6.134; vgl. auch HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.52.

557 Gl.M. ARN *et al.*, 39, nach denen prioritär auf die bestehende Vertrauensbeziehung abgestellt werden soll.

indem für jedes behördlich platzierte Kind einfach eine Beistandschaft gemäss Art. 308 ZGB errichtet wird.⁵⁵⁸

- 270 Pflegekinder bauen bei langjährigen ausserfamiliären Unterbringungen im Heim oft ein Vertrauensverhältnis zu den Sozialpädagog*innen auf. Wenn diese die Institution verlassen, kommt es zu Beziehungsabbrüchen, die sich negativ auf die Entwicklung der Pflegekinder auswirken. Deshalb eignet sich eine solche Fachkraft nicht als Vertrauensperson, sondern diese sollte im persönlichen Umfeld der Pflegekinder gesucht werden.⁵⁵⁹ Wenn sich das Pflegekind dieser Problematik bewusst ist und trotzdem eine Sozialpädagogin oder einen Sozialpädagogen als Vertrauensperson möchte, sollte diesem Wunsch ausnahmsweise entsprochen werden.
- 271 In einigen Kantonen können Pflegeeltern als Vertrauenspersonen eingesetzt werden. Dies ist nach SEITERLE nicht sinnvoll, da die Pflegeeltern dem Pflegekind zu nahe stehen und Letzteres unter Umständen (beispielsweise bei einem Konflikt mit den Pflegeeltern) eine Vertrauensperson ausserhalb des Pflegesystems bräuchte.⁵⁶⁰ Dem ist aus den genannten Gründen zuzustimmen. Im Gegensatz zu einer Beistandsperson, welche notfalls als Vertrauensperson bezeichnet werden kann, ist dies bei Pflegeeltern überhaupt nicht zu empfehlen. Diese leben mit dem Pflegekind zusammen und gehören dadurch zum engsten Kreis des Pflegesystems. Sie weisen diesbezüglich gar keine Unabhängigkeit auf.⁵⁶¹
- 272 Eine Studie von INTEGRAS zur Klärung des Instituts der Vertrauensperson hat ergeben, dass die systematische Bezeichnung einer Vertrauensperson sehr problematisch zu sein scheint, da einige Pflegekinder keine solche Person in ihrem Umfeld aufweisen oder gar keine Vertrauensperson wünschen und es wenig sinnvoll ist, ihnen eine solche aufzuzwingen.⁵⁶²
- 273 Insgesamt setzen die Kantone Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO weder systematisch noch einheitlich um.⁵⁶³ Obwohl die Idee der Vertrauensperson einhellig begrüsst wird, bestehen viele Unklarheiten betreffend deren Umsetzung, insbesondere den Zuständigkeitsbereich und den Status der Vertrauensperson sowie deren Einsetzung.⁵⁶⁴ Es ist festgestellt worden, dass die Vertrauensperson (falls das Pflegekind über eine solche verfügt) meistens Teil des Pflegesystems oder der Herkunftsfamilie ist und daher als ungeeignet erscheint. Zudem ist rechtlich nicht vorgesehen, dass die Vertrauensperson eine aktive Rolle im Verfahren einnimmt. Dies, obwohl sie möglicherweise die Probleme und Sorgen des Pflegekindes kennt. Insgesamt ist unklar, wer dafür zuständig ist,

558 Wie bedauerlicherweise Kreisschreiben OGer AG.

559 Zum Ganzen FERREIRA, 12.

560 SEITERLE, Schlussbericht, 13; vgl. zur Praxis auch ARN *et al.*, 36.

561 Vgl. zum «Vertrauensschirm» ARN *et al.*, 52.

562 BOÉCHAT, 1 ff.

563 PACH/INTEGRAS, 33 und 42.

564 Zum Ganzen BOÉCHAT, 2 ff.; vgl. auch ARN *et al.*, 40 f.

dass die Partizipationsrechte des Pflegekindes gemäss Art. 1a PAVO umgesetzt werden.⁵⁶⁵

- 274 Folglich besteht bei der praktischen Umsetzung der Idee einer Vertrauensperson noch grosses Verbesserungspotenzial. Deshalb werden nachfolgend Vorschläge präsentiert, wie ihre praktische Umsetzung verbessert werden kann.

3. Verbesserungsvorschläge

- 275 Laut Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO sorgt die KESB dafür, dass ein Kind, das in einer Pflegefamilie oder in einem Heim betreut wird, eine Vertrauensperson zugewiesen erhält, an die es sich bei Fragen oder Problemen wenden kann. Die SODK und die KOKES verlangen, dass durch eine Behörde sichergestellt wird, dass das Pflegekind – sowohl bei einer vereinbarten als auch einer angeordneten Platzierung – über das Institut der Vertrauensperson informiert wird und in einem altersgerechten Prozess eine Vertrauensperson mitbestimmen kann. Daher müssen die Kantone in ihren Systemen der Kinder- und Jugendhilfe eine geeignete Stelle bestimmen, die diese Verantwortung wahrnimmt.⁵⁶⁶
- 276 Laut ARN *et al.* kann der Wortlaut von Art. 1a Abs. 2 PAVO auch so ausgelegt werden, dass diese Aufgabe zum Beispiel an implizierte Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege oder an abklärende Fachpersonen delegiert werden dürfe. Jedoch sei die KESB nach wie vor für das Gelingen dieses Prozesses verantwortlich. Faktisch würde die*der für das Kind zuständige Dienstleistungsanbieter*in in der Familienpflege oder allenfalls die Beistandsperson das Kind nach einer Vertrauensperson fragen. Wenn das Kind eine Vertrauensperson nenne, sei dieser Wunsch ausser bei Vorliegen wichtiger Gründe zu respektieren.⁵⁶⁷
- 277 Diese Auffassung überzeugt, da Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO bedauerlicherweise nicht explizit festhält, dass die KESB selbst dafür zuständig ist, eine Vertrauensperson für das Pflegekind zu ernennen. Weiter ist der Einsetzungsprozess der Vertrauensperson unklar. Die Bestimmung verpflichtet die KESB auch nicht, bei jedem Pflegekind die Zuweisung einer Vertrauensperson systematisch zu prüfen. Aus diesen Gründen muss eine Behörde bestimmt werden, die sicherstellt, dass jedes Pflegekind über die Vertrauensperson informiert wird und eine solche ernennen kann, sofern es dies möchte. Diese Behörde muss nicht zwingend die KESB sein; im Kanton Zürich zum Beispiel übernimmt das Amt für Jugend und Berufsberatung diese Aufgabe. Jedoch trägt letztendlich die KESB die Verantwortung dafür – und muss deshalb auch entsprechend überprüfen –, ob das Pflegekind über die Vertrauensperson informiert und danach gefragt worden ist.

565 Vgl. ARN *et al.*, 22 ff.; siehe zur Situation der Vertrauensperson in Deutschland ALTHOFF/HILKE, 53 ff.; HELMING *et al.*, 120.

566 Empfehlungen SODK/KOKES, 23 ff.; gl.M. ARN *et al.*, 40; vgl. auch LEUTHOLD *et al.*, 23 f.

567 Zum Ganzen ARN *et al.*, 38 f.; vgl. auch KILDE, Recht, 91 und 96.

- 278 Es ist nicht nur bei behördlichen, sondern auch bei freiwilligen Platzierungen wichtig, dass das Pflegekind über eine Vertrauensperson verfügt. Die SODK und die KOKES empfehlen deshalb, dass dem Kind bei jeder Unterbringung (ob vereinbart oder angeordnet) eine Vertrauensperson beistehen soll.⁵⁶⁸ Dem ist aus den gleichen Gründen, wie GASSNER dies tut, zuzustimmen: Pflegekinder sind bei vereinbarten Platzierungen oft nicht Subjekte von Kindesschutzverfahren und haben demzufolge keine umfassenden Mitwirkungsrechte. Sie weisen deshalb einen erhöhten Schutzbedarf auf, weshalb die Zuweisung einer Vertrauensperson umso wichtiger für sie ist.⁵⁶⁹
- 279 Nach der Studie von INTEGRAS zur Klärung des Instituts der Vertrauensperson kann jedoch eine systematische Anordnung einer Vertrauensperson für jedes Pflegekind in der Hälfte der Fälle problematisch sein, weil das Pflegekind über keine Vertrauensperson verfügt oder keine solche möchte. Deshalb wird vorgeschlagen, dass die Bezeichnung einer Vertrauensperson zwar anlässlich der ausserfamiliären Unterbringung des Kindes systematisch geprüft wird, aber die Entscheidung darüber erst nach der Anhörung des Pflegekindes erfolgt. Diese Anhörung muss zwingend durchgeführt werden. Hierbei soll die Meinung des Pflegekindes zu einer allfälligen Vertrauensperson eingeholt und entscheidend berücksichtigt werden. INTEGRAS fordert deshalb, dass Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO entsprechend abgeändert wird.⁵⁷⁰ Auch aus diesem Grund – um das Pflegekind über die Vertrauensperson zu informieren und seine Meinung dazu zu erfahren – ist eine erste zwingende Anhörung zu Beginn des Verfahrens wichtig.
- 280 Dabei ist festzuhalten, dass standardmässig abgeklärt werden soll, ob das Pflegekind über eine Vertrauensperson verfügt. Falls keine Vertrauensperson bezeichnet wird, soll die vom Kanton bezeichnete Stelle, die für die Information des Pflegekindes über die Vertrauensperson und deren Bestimmungsprozess verantwortlich ist, abklären, ob es im Umfeld des Pflegekindes eine mögliche Vertrauensperson gibt. Die Frage nach einer Vertrauensperson stellt sich nicht nur zu Beginn der ausserfamiliären Unterbringung, sondern auch während der laufenden Massnahme: Sofern sich im Rahmen der Aufsichtstätigkeit ergibt, dass das Pflegekind für bestimmte Themen wie beispielsweise Freizeit, Probleme in der Pflegefamilie, Behördengänge, Gesundheit keine Ansprechperson hat, besteht Handlungsbedarf. Dann soll die besagte kantonale Stelle eine Vertrauensperson suchen.⁵⁷¹
- 281 Darauf kann nur verzichtet werden, wenn sich das ausreichend informierte Pflegekind gegen die Bezeichnung einer Vertrauensperson ausspricht. Es wäre sinnlos, dem Pflegekind, das keine Vertrauensperson hat oder keine solche

⁵⁶⁸ Empfehlungen SODK/KOKES, 23.

⁵⁶⁹ GASSNER, Pflegeeltern, Rz 557; vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 316 ZGB N 22; ANDERER, PAVO, 630 f. m.w.H.; COLOMBO *et al.*, 38 ff.

⁵⁷⁰ Zum Ganzen BOÉCHAT, 2 und 4 f.; vgl. auch MÉTRAL, 329.

⁵⁷¹ Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 24 f.; vgl. zur zwingenden Anhörung des Pflegekindes über die potenzielle Einsetzung einer Vertrauensperson auch MÉTRAL, 330 f.

möchte, eine Vertrauensperson aufzuzwingen. Diesfalls müsste das Pflegekind einer fremden Person vertrauen, was zu einem Loyalitätskonflikt führen könnte.⁵⁷²

- 282 Trotzdem ist denkbar, dass die Kantone – wie dies bezüglich der Vertrauensperson bei einer fürsorgerischen Unterbringung der Fall ist – eine Liste führen mit Personen, welche sich als Vertrauensperson zur Verfügung stellen.⁵⁷³ Damit könnte gewährleistet werden, dass jedes Pflegekind, das eine Vertrauensperson möchte, aber über keine entsprechende Person in seinem Umfeld verfügt, eine Vertrauensperson erhält. Es ist jedoch darauf zu achten, dass das Pflegekind die Person besser kennenlernen und eine Beziehung zu ihr aufbauen kann. Nur so kann sichergestellt werden, dass das entsprechende Vertrauensverhältnis vorhanden ist. Das Projekt «HELP» hat gezeigt, dass solche Bezugspersonen gefunden werden und Unterstützung bieten können.⁵⁷⁴
- 283 Um ihre Rolle langfristig wahrnehmen zu können, muss die Vertrauensperson ihre Aufgaben kennen. Dazu sollte sie von der kantonal bezeichneten Stelle eingeführt werden und sich von dieser beraten lassen können. Ausserdem sollten die Aufgaben der Vertrauensperson auch den anderen Beteiligten im Rahmen der ausserfamiliären Unterbringung bekannt gegeben werden. Schliesslich kann die Vertrauensperson eine wichtige Rolle einnehmen, indem sie dafür sorgt, dass das Pflegekind klar informiert wird, diese Informationen auch verstanden hat und einbezogen wird.⁵⁷⁵
- 284 Nach der Studie von INTEGRAS könnte eine Klärung der Rolle und der Aufgaben der Vertrauensperson unter anderem Differenzen zwischen beispielsweise einer institutsinternen Bezugsperson des Pflegekindes und der Vertrauensperson beseitigen. Jedoch entstünden bei einer genauen Definition des Instituts der Vertrauensperson zahlreiche Schwierigkeiten. Darunter würden insbesondere die kantonalen Verfahrensunterschiede, aber auch die verfahrensrechtliche Stellung der Vertrauensperson fallen. Deshalb schlägt INTEGRAS vor, das Institut der Vertrauensperson mit mehr Flexibilität und mehr möglichen Variablen zu verstehen.⁵⁷⁶
- 285 Dieser Vorschlag der flexiblen Ausgestaltung erscheint sinnvoll. Jedoch ist nicht nachvollziehbar, weshalb Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO nicht um die Rolle der Vertrauensperson erweitert werden soll. Die Vertrauensperson kennt nämlich im besten Fall die Probleme und Sorgen des Pflegekindes. Mit einer rechtlich vorgesehenen aktiven Rolle könnte sie das Pflegekind nicht nur

572 MÉTRAL, 325 ff.

573 Vgl. MEIER, Rz 1242.

574 Siehe FLECHL, 13; vgl. auch www.helpforfamilies.ch; siehe auch das Pilotprojekt im Kanton Zürich, im Rahmen von welchem Pro Mente Sana Pools von Freiwilligen aufgebaut hat, die sich als Vertrauensperson für mittels fürsorgerischer Unterbringung eingewiesene Patient*innen zur Verfügung stellen, <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/klinikaufenthalt-und-selbstbestimmung/vertrauensperson-finden?>.

575 Zum Ganzen Empfehlungen SODK/KOKES, 24 f.; vgl. auch ARN *et al.*, 39; KILDE/KÖNGETER/MOSER, 12.

576 Zum Ganzen BOÉCHAT, 3 f.

bei Fragen und Problemen unterstützen, sondern es auch über seine Rechte aufklären, an Standortgespräche, Anhörungen etc. begleiten und dadurch das Bindeglied zwischen dem Pflegekind und dem Pflegesystem bilden.⁵⁷⁷

286 ARN *et al.* schlagen vor, dass eine «Vertrauensperson für rechtliche Belange» eingesetzt werden soll. Ihre Rolle ähnelt derjenigen einer Kindesvertretung, da sie vor und während der Unterbringung Ansprechperson für das Kind sein soll. Im Gegensatz zu einer Beistandsperson vertritt die Vertrauensperson aber primär den geäußerten Willen des Pflegekindes, während die Beistandsperson Empfehlungen im Sinne des Kindeswohls äussert.⁵⁷⁸ Sie schlagen vor, dass eine bereits eingesetzte Kindesvertretung die Funktion der «Vertrauensperson für rechtliche Belange» nach dem Verfahrensende und somit über die ganze Dauer der ausserfamiliären Unterbringung übernehmen kann.⁵⁷⁹ Dies ist insbesondere dann denkbar, wenn das Pflegekind über keine Vertrauensperson verfügt. Fraglich bleibt in diesem Fall aber die Entschädigung, da die Kindesvertretung im Gegensatz zur Vertrauensperson regelmässig entschädigt wird.

287 Die Revision der PAVO könnte genutzt werden, die verfahrensrechtliche Stellung der Vertrauensperson zu klären und die Umsetzung dieses Instituts in den Kantonen zu vereinheitlichen. Diesbezüglich ist aber noch einen Schritt weiterzugehen: Die Bestimmung zum «Kindeswohl» in Art. 1a der PAVO droht in einer Verordnung, die sich ansonsten gänzlich um die Bewilligung und Aufsicht von Pflegeverhältnissen dreht, unterzugehen. Sie sollte deshalb – entsprechend den weiteren Partizipationsrechten von Kindern (die auch für Pflegekinder gelten) – Eingang im Teil zur elterlichen Sorge im ZGB finden. Nur durch diesen Wechsel der Normstufe von der Verordnung ins Gesetz kann erreicht werden, dass die Partizipationsrechte des Pflegekindes mehr Aufmerksamkeit und dadurch die notwendige Achtung erhalten. Die Nennung von sämtlichen Partizipationsrechten des Pflegekindes im Teil zur elterlichen Sorge im ZGB könnte dazu beitragen, dass diese endlich vollumfänglich umgesetzt werden.

288 Auch JAFFÉ *et al.* fordern eine stärkere Gesetzgebung auf Bundesebene bezüglich der Rechte von Kindern im Allgemeinen und von Pflegekindern im Besonderen. Dies soll mittels einer Revision der PAVO oder der Verabschiedung eines Bundesgesetzes über den Schutz von Kindern geschehen. Dadurch sollen die Gesetze und Praktiken auf kantonaler Ebene besser aufeinander abgestimmt werden und die Koordination der verschiedenen Akteur*innen soll verbessert werden.⁵⁸⁰ Eine solche Gesetzesreform auf Bundesebene könnte helfen, nicht nur die Partizipationsrechte von Kindern generell, sondern insbesondere auch das Institut der Vertrauensperson in der Praxis besser umzusetzen. Am wichtigsten ist aber, dass sich die involvierten Fachpersonen bewusst sind, wie wichtig es für das Pflegekind ist, wenn seine Vertrauensperson involviert wird.

577 Vgl. ARN *et al.*, 66; JAFFÉ *et al.*, 5; KILDE/KÖNGETER/MOSER, 14.

578 ARN *et al.*, 40 und 66; vgl. auch KILDE/KÖNGETER/MOSER, 13.

579 ARN *et al.*, 43.

580 JAFFÉ *et al.*, 4 f.; vgl. auch ARN *et al.*, 34 f.

E. Rechtsmittel

1. Beschwerde auf kantonaler Ebene

- 289 Im Kinderschutzverfahren können Entscheide der KESB (alle Endentscheide Art. 450 Abs. 1 ZGB und Entscheide über vorsorgliche Massnahmen Art. 445 Abs. 3 ZGB), auch Entscheide gestützt auf die PAVO, mit Beschwerde an das zuständige Gericht angefochten werden (Art. 450 i.V.m. 314 Abs. 1 ZGB; Art. 27 Abs. 1 PAVO). Das Pflegekind kann Entscheide der KESB als Partei selbst anfechten (vgl. Art. 450 Abs. 2 Ziff. 1 ZGB).⁵⁸¹
- 290 Es kann beispielsweise gegen die Aufhebung des Aufenthaltsbestimmungsrechts seiner Herkunftseltern, die Nichtgewährung des gegenseitigen persönlichen Verkehrs, die Verbleibsanordnung (Art. 310 Abs. 3 ZGB), die Verweigerung seiner Anhörung (Art. 314 Abs. 3 ZGB), die Verweigerung der Anordnung einer Kindesvertretung,⁵⁸² den Entzug der Bewilligung der Pflegeeltern sowie die Rück- oder Umplatzierung Beschwerde führen.⁵⁸³ Seine Verfahrensrechte nimmt es bestenfalls mithilfe einer Kindesvertretung (Art. 314a^{bis} ZGB) wahr.
- 291 Dabei beträgt die Beschwerdefrist 30 Tage (Art. 450b Abs. 1 ZGB) respektive zehn Tage bei einem Entscheid im Bereich der fürsorgerischen Unterbringung (Art. 450b Abs. 2 ZGB)⁵⁸⁴ oder einem Entscheid über vorsorgliche Massnahmen (Art. 445 Abs. 3 ZGB). Nach Art. 450b Abs. 3 ZGB kann wegen Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung jederzeit Beschwerde geführt werden.
- 292 Die Beschwerde hat grundsätzlich aufschiebende Wirkung, ausser die KESB beziehungsweise das Gericht hat diese entzogen (Art. 450c ZGB) oder es handelt sich um eine Beschwerde gegen die fürsorgerische Unterbringung (Art. 450e Abs. 2 ZGB). Die KESB respektive das Gericht entzieht einer allfälligen Beschwerde insbesondere dann die aufschiebende Wirkung, wenn die angeordnete Massnahme sofort vollstreckt werden muss, Gefahr im Verzug ist oder Dringlichkeit vorliegt.⁵⁸⁵ Dabei stellt das Kindeswohl die Leitlinie für den Entscheid dar.⁵⁸⁶

581 Vgl. zur Parteistellung des Kindes BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314 ZGB N 95 ff. und Art. 314a^{bis} ZGB N 73; BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER, Art. 19–19c ZGB N 305; FamKomm ESR-COTTIER, Art. 314 ZGB N 7 f.; HERZIG, Kind, Rz 149 ff.; DERS., Partei- und Prozessfähigkeit, 185 f.; DERS., Rolle, 571.

582 Vgl. zur Anfechtung der Nichtanordnung der Kindesvertretung als prozessleitender Verfügung BSK ZPO-MICHEL/BERGER, Art. 299 ZPO N 40; vgl. auch BGE 147 III 451 E. 1.2.

583 Urteile des BGer vom 26. 6. 2017, 5A_618/2016, E. 1.2 f.; vom 17. 2. 2006, 5P.41/2006, E. 1.3; Urteil des OGER AG vom 3. 12. 2010, XBE.2010.20, E. 3; Urteil des OGER ZH vom 2. 6. 2015, PQ150019, E. 3; BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 300 N 56, Art. 314a^{bis} ZGB N 74 und Art. 316 ZGB N 39.

584 Dies ist der Fall, wenn das Pflegekind gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird; siehe auch Rz 448 ff.

585 Urteile des BGer vom 8. 1. 2018, 5A_997/2017, E. 2; vom 21. 12. 2015, 5A_713/2015, E. 3.2; vom 26. 6. 2014, 5A_233/2014, E. 4.1 f.

586 Urteil des BGer vom 28. 3. 2008, 5A_107/2008, E. 2; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314 ZGB N 26.

- 293 Gestützt auf Art. 450a ZGB kann das Pflegekind bei Rechtsverletzung, unrichtiger oder unvollständiger Feststellung des Sachverhalts, Unangemessenheit sowie bei Rechtsverweigerung oder Rechtsverzögerung Beschwerde führen.
- 294 Auf kantonaler Ebene finden sich weitere Rechtsmittel wie beispielsweise der Verwaltungsrekurs respektive die Verwaltungsbeschwerde.⁵⁸⁷ Insbesondere richtet sich die Weiterziehung einer auf die PAVO gestützten Verfügung, die nicht von der KESB, sondern einer anderen Stelle erlassen worden ist, nach kantonalem Recht (Art. 27 Abs. 1 PAVO).
- 295 Ausserdem kann das Pflegekind als geschädigte Person Verantwortlichkeitsklage, gestützt auf Art. 454 ff. ZGB, erheben, falls es im Rahmen einer Kindesschutzmassnahme zum Beispiel durch eine Beistandsperson, eine*n Vormund*in oder ein Behördenmitglied geschädigt worden ist.⁵⁸⁸

2. Beschwerde in Zivilsachen auf Bundesebene

- 296 Bevor das Pflegekind ans Bundesgericht gelangen kann, muss zuerst der kantonale Instanzenzug ausgeschöpft werden.⁵⁸⁹ Laut Art. 76 Abs. 1 BGG ist das Pflegekind zur Beschwerde in Zivilsachen legitimiert, wenn es am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat sowie durch den angefochtenen Entscheid besonders berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat. Letzteres ist der Fall, wenn der Verfahrensausgang Auswirkungen auf die tatsächliche oder rechtliche Situation des Pflegekindes haben kann.⁵⁹⁰
- 297 Der Beschwerde in Zivilsachen ans Bundesgericht unterliegen auch öffentlich-rechtliche Entscheide, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Zivilrecht stehen. Dazu zählen insbesondere auch Entscheide auf dem Gebiet des Kindesschutzes (Art. 72 Abs. 2 lit. b Ziff. 6 BGG). Demnach stellt die Beschwerde in Zivilsachen das richtige Rechtsmittel auf Bundesebene für Entscheide im Rahmen von Art. 307 ff. ZGB oder der PAVO dar.⁵⁹¹ Das Pflegekind kann somit Beschwerde erheben gegen die Regelung des Aufenthaltsbestimmungsrechts.⁵⁹²
- 298 Gegen Vor- und Zwischenentscheide, die weder die Zuständigkeit noch den Ausstand betreffen, ist die Beschwerde an das Bundesgericht zulässig, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil rechtlicher Natur bewirken können oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Zeit- und Kostenaufwand

587 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 597.

588 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 597.

589 GASSNER, Pflegeeltern, Rz 592; siehe dazu Rz 289 ff.

590 Urteil des BGer vom 3. 3. 2009, 1C_437/2007, E. 2.1

591 Urteile des BGer vom 25. 9. 2017, 5A_88/2017, E. 1.1 (nicht publiziert in BGE 143 III 473); vom 20. 3. 2014, 5A_852/2013, E. 1; vgl. GASSNER, Pflegeeltern, Rz 606.

592 BGE 120 Ia 369 E. 1; Urteil des BGer vom 17. 2. 2006, 5P.41/2006, E. 1.3.

für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 92 Abs. 1 i.V.m. Art. 93 Abs. 1 BGG). Sofern der Zwischenentscheid Kinderbelange betrifft, wie zum Beispiel das Aufenthaltsbestimmungsrecht, droht ein nicht wieder-
gutzumachender Nachteil.⁵⁹³

- 299 Die Beschwerdefrist beträgt gemäss Art. 100 Abs. 1 BGG 30 Tage nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung des Entscheids. Gegen das unrechtmässige Verweigern oder Verzögern eines Entscheids kann jederzeit Beschwerde geführt werden (Art. 100 Abs. 7 BGG).
- 300 Mit der Beschwerde in Zivilsachen kann die Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten oder interkantonalem Recht gerügt werden (Art. 95 lit. a–c und e BGG). Die Anwendung von kantonalem Recht prüft das Bundesgericht nur auf Willkür hin.⁵⁹⁴
- 301 Das Bundesgericht legt seinem Urteil den von der Vorinstanz festgestellten Sachverhalt zugrunde (Art. 105 Abs. 1 BGG). Die Feststellung des Sachverhalts durch die Vorinstanz kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist, d.h. willkürlich, oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und die Behebung des Mangels für den Verfahrensausgang entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG).
- 302 Es gilt das strenge Rügeprinzip (Art. 106 Abs. 2 BGG), wonach die Beschwerdeschrift die wesentlichen Tatsachen sowie eine kurze Darstellung davon aufweisen muss, welche verfassungsmässigen Rechte und wie diese durch den angefochtenen Entscheid verletzt worden sind.⁵⁹⁵ Das Bundesgericht wendet gemäss Art. 106 Abs. 1 BGG das Recht von Amtes wegen an. Somit kann es eine Beschwerde auch aufgrund anderer als der vorgebrachten Gründe gutheissen.⁵⁹⁶
- 303 Das Pflegekind kann gleichzeitig mit der Beschwerde in Zivilsachen auch die subsidiäre Verfassungsbeschwerde (Art. 113 ff. BGG) erheben und damit die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten (Art. 116 BGG; zum Beispiel die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör) rügen (vgl. Art. 119 Abs. 1 BGG).

3. Zugang zu Rechtsmitteln

- 304 JAFFÉ *et al.* fordern, dass Kinder schweizweit die ihnen zur Verfügung stehenden Beschwerdemechanismen kennen und diese auch wirksam sein sollten.⁵⁹⁷ Weiter verlangen die im Rahmen des NFP 76 am Centre interfacultaire

593 Urteile des BGer vom 25. 4. 2016, 5A_70/2016, E. 1.1; vom 3. 3. 2016, 5A_641/2015, E. 2.2.

594 BGE 149 IV 183 E. 2.4; BGE 142 II 369 E. 2.1; BGE 140 III 385 E. 2.3; BGE 134 III 379 E. 1.2; Urteile des BGer vom 25. 8. 2020, 1C_244/2019, E. 2; vom 25. 2. 2019, 1C_252/2018, E. 1.2; vom 13. 1. 2016, 5A_792/2015, E. 3.1.

595 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 314 ZGB N 171.

596 Urteil des BGer vom 7. 3. 2014, 5A_827/2013, E. 1.4.

597 JAFFÉ *et al.*, 6 f.; vgl. auch ARN *et al.*, 34; DAMBACH/DROZ-SAUTHIER/LEVY 69; DROZ-SAUTHIER, 289 f.

en droits de l'enfant der Universität Genf erstellten «Internationalen Standards im Pflegekinderwesen», dass Beschwerdeverfahren für Pflegekinder auf Kinder zugeschnitten sind, beispielsweise durch:

- «informelle und formelle Verfahren
- eine unabhängige Organisation, die Beschwerden entgegennehmen und bearbeiten kann
- Sicherstellung der Unterstützung durch Erwachsene, denen das Kind vertraut
- Stärkung des Bewusstseins des Kindes für Umfang und Grenzen der Vertraulichkeit bei Beschwerden
- Zugang zu Rechtsbehelfen und gerichtlicher Überprüfung
- Zugang zu Rechtsvertretung
- systematische Rückmeldung an das Kind darüber, wie seine Beschwerden behandelt wurden
- regelmässige Überprüfung der Entscheidungen und/oder Beschwerden».⁵⁹⁸

305 Da die Entscheide im Rahmen des Platzierungsverfahrens tief greifende Auswirkungen auf das Leben des Pflegekindes haben, ist es wichtig, dass dieses weiss, wie es sich wehren kann. Das Pflegekind sollte deshalb seine Rechtsmittel kennen und diese einfach wahrnehmen können.⁵⁹⁹

306 Gemäss Art. 450 Abs. 2 Ziff. 2 ZGB sind auch dem Pflegekind nahestehende Personen zur Beschwerde legitimiert. Eine nahestehende Person ist «eine Person, welche die betroffene Person gut kennt und kraft ihrer Eigenschaften sowie regelmässig kraft ihrer Beziehungen zu dieser als geeignet erscheint, deren Interessen wahrzunehmen».⁶⁰⁰ Demzufolge sind beispielsweise auch Ärzt*innen, die das Pflegekind betreut und begleitet haben, zur Beschwerde legitimiert.⁶⁰¹ Das Gleiche gilt für die Vertrauensperson.⁶⁰²

4. Ombudsstelle für Kinderrechte im Besonderen

307 Die Motion Ruedi Noser von 2019 beauftragt den Bundesrat, dem Parlament die Rechtsgrundlagen zu einer Ombudsstelle für Kinderrechte zur Beratung vorzulegen. Ziel ist, mit diesen Rechtsgrundlagen die erforderlichen Kompetenzen in Bezug auf den Informationsaustausch sowie die Auskunftsrechte zwischen Behörden und Gerichten auszuarbeiten und die Finanzierung zu regeln. Die Ombudsstelle soll für alle Kinder einfach zugänglich

⁵⁹⁸ Zum Ganzen BORDIER/DAMBACH/JEANNIN, 12.

⁵⁹⁹ Siehe auch DAMBACH/DROZ-SAUTHIER, 433 ff. m.w.H.

⁶⁰⁰ Botschaft KESR, 7084; vgl. auch BGE 137 III 67 E. 3.4.1; Urteil des BGer vom 5. 11. 2013, 5A_663/2013, E. 2.

⁶⁰¹ BGE 114 II 213 E. 3; Botschaft KESR, 7084; PFISTER PILLER, Rz 3.86 f.; vgl. Urteil des KGer SG vom 8. 7. 2011, FO.2011.16-K2, FamPra.ch 2011, 1036 ff.

⁶⁰² Vgl. Botschaft KESR, 7084; BSK ZGB I-GEISER/ETZENSBERGER, Art. 432 ZGB N 12.

sein und sie über ihre Rechte informieren. Weiter soll sie die Kinder beraten und ihren Zugang zur Justiz gewährleisten. Gerade bei einer anstehenden ausserfamiliären Unterbringung könnte die Ombudsstelle dafür sorgen, dass das Kind über seine Ansprüche auf rechtliches Gehör, auf eine Kindesvertretung und auf eine Vertrauensperson informiert sowie umfassend beraten wird.⁶⁰³

308 Obwohl der Bundesrat die Ablehnung der Motion empfahl, wurde sie von beiden Räten überwiesen. Daraufhin empfahl der Bundesrat in seiner Vorlage nur marginale Änderungen der Verordnung über die Förderung der ausser-schulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugend-förderungsvorordnung, KJFV). Mit einer ausdrücklichen Verankerung der Zuständigkeit beim Bundesamt für Sozialversicherungen und der Beauftragung einer geeigneten Institution mit nationalen Aufgaben im Bereich der Kinderrechte sollen die Rechte von Kindern auf nationaler Ebene gestärkt werden. Jedoch wird in der Vorlage darauf verzichtet, die in der Motion geforderte unabhängige nationale Ombudsstelle zur Beratung und Vermittlung für Kinder zu gründen.⁶⁰⁴ Dies erstaunt umso mehr, als der UN-Kinderrechtsaus-schuss der Schweiz in seinem Bericht 2021 empfahl, ein Koordinationsorgan für die Umsetzung der UN-KRK zu schaffen.⁶⁰⁵

309 Ausserdem hat der Bundesrat anerkannt, dass in der Schweiz im Bereich Kinderrechte grosse Lücken vorhanden sind. Kinder haben nur ungenügen-den Zugang zu Beschwerdemöglichkeiten und Rechtsbehelfen. Weiter werden die Kinder bei der Geltendmachung einer Beschwerde beziehungsweise eines Rechtsbehelfs schweizweit unterschiedlich und eher unzureichend unter-stützt. Schliesslich sind die Prozesse nicht kindgerecht ausgestaltet und die Kantone haben die Begleitung von Kindern im Verfahren – wenn überhaupt – nur rudimentär realisiert. Deshalb müssen diese Lücken geschlossen werden, damit alle Kinder (gleichen) Zugang zu ihren Rechten haben.⁶⁰⁶

310 Die Vernehmlassungsfrist lief bis am 29. März 2024. Die Vorlage wurde zu Recht kritisiert, insbesondere, weil darin der Hauptpunkt der Motion, die Schaffung einer Beratungs- und Vermittlungsstelle für Kinder und Jugend-liche, nicht berücksichtigt wurde. Eine nationale behördliche Ombudsstelle für Kinderrechte ist aber notwendig, damit Kinder ihre Rechte wahren kön-nen.⁶⁰⁷ Eine Institution wie die Ombudsstelle Kinderrechte Schweiz hätte einen schweizweiten Überblick, das erforderliche Wissen sowie ein Netzwerk, um die involvierten beteiligten Personen und Stellen schnell und einfach mit-einander zu verbinden. Dies ist auch bei ausserfamiliären Unterbringungen wichtig, die oft über Kantonsgrenzen hinweg stattfinden.⁶⁰⁸ Es bleibt deshalb

603 Motion Noser.

604 Zum Ganzen Erläuternder Bericht KJFV, 2 und 7.

605 CRC/C/CHE/CO/5-6, Ziff. 9 und 13.

606 Erläuternder Bericht KJFV, 3; vgl. RUGGIERO/LÄTSCH/KRÜGER.

607 Siehe OMBUDSSTELLE KINDERRECHTE SCHWEIZ, 4 ff.

608 Vgl. OMBUDSSTELLE KINDERRECHTE SCHWEIZ, 6.

zu hoffen, dass die Kritik aus der Vernehmlassung berücksichtigt wird und in der Schweiz zukünftig eine nationale Ombudsstelle für Kinderrechte eingeführt wird.⁶⁰⁹ Dieses Thema wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter vertieft; es könnte Gegenstand weiterer Forschungsarbeit sein.⁶¹⁰

- 311 Das Pflegekind kann mittels der Anhörung, der Kindesvertretung, der Vertrauensperson und der Rechtsmittel am Verfahren mitwirken. Jedoch werden seine Partizipationsrechte in der Praxis nur mangelhaft umgesetzt, weshalb entsprechende Verbesserungsvorschläge aufgezeigt wurden. Das Partizipationsrecht des Pflegekindes beschränkt sich aber nicht auf das Verfahren, sondern es erstreckt sich auch auf eine laufende Massnahme. Deshalb betrifft es insbesondere auch medizinische Behandlungen des Pflegekindes während seiner ausserfamiliären Unterbringung. Vor allem die Partizipation von Pflegekindern bei medizinischen Behandlungen ist schlecht verwirklicht, weshalb im Folgenden ein besonderer Schwerpunkt darauf gelegt wird. Zuerst werden die Rechte von Pflegekindern in medizinischen Behandlungen präsentiert. Anschliessend wird insbesondere auf die Probleme in der medizinischen Versorgung von Pflegekindern eingegangen und schliesslich werden entsprechende Lösungsmöglichkeiten skizziert.

609 Gl.M. DROZ-SAUTHIER, 290 f.; siehe zum Ombudsmann für Kinder in Irland www.oco.ie.

610 Siehe zum Projekt Ombudsstelle Kinderrechte Schweiz www.ombudsstelle-kinderrechte-schweiz.ch; vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 161.

IV. Medizinische Behandlungen

A. Pflegekinder als Patient*innen

- 312 Grundsätzlich haben minderjährige Patient*innen die gleichen Rechte wie erwachsene Patient*innen. Jedoch handelt es sich bei der Gesundheit um einen sehr komplexen Bereich und eine medizinische Behandlung ist mit komplizierten Vorgängen verbunden (Aufklärung, Entscheidung, Nachbehandlung, [Kosten-]Folgen etc.). Gesundheitsfragen sind elementarer und höchstpersönlicher Natur; sie können weitreichende Konsequenzen haben und sind deshalb für Kinder schon in einem jungen Alter wichtig. Daher müssen minderjährige Patient*innen besonders geschützt werden.⁶¹¹ Zudem haben sie ein Recht darauf, an der Entscheidung über eine allfällige medizinische Behandlung zu partizipieren (Art. 12 UN-KRK).
- 313 Ausserdem kann ein Interessenkonflikt zwischen den Ansichten des Kindes und denjenigen seiner Eltern vorliegen. Dieser kann dadurch verschärft werden, dass sich die beiden Elternteile uneinig sind oder ihre Auffassung vom Kindeswohl nicht denjenigen der Ärzt*innen und/oder der KESB entsprechen. Daher müssen die involvierten Personen und Stellen frühzeitig gemeinsam klären, wie die Entscheidungsprozesse ablaufen, und aufzeigen, welche Stellung das Kind im Verfahren hat und über welche Mitwirkungsrechte es verfügt.⁶¹²
- 314 Sofern das Kind urteilsfähig ist, also den Heileingriff entsprechend seiner Entwicklung und seiner Reife eigenständig einschätzen kann, kann es selbst über diesen entscheiden. Dafür muss es vorgängig aufgeklärt worden sein. In diesem Fall greifen weder seine gesetzliche Vertretung noch behördliche Massnahmen.⁶¹³ Es dient dem Behandlungserfolg, wenn das Kind die Behandlung mitträgt und darin von seinen Eltern oder anderen Vertrauenspersonen unterstützt wird.⁶¹⁴
- 315 Jedoch ergeben sich aus der Beteiligung der Eltern verschiedene Schwierigkeiten. Beispielsweise haben die Eltern ein berechtigtes Anliegen, über die medizinische Behandlung ihres Kindes informiert zu werden. Diesem Anliegen kann aber die ärztliche Schweigepflicht, die dem urteilsfähigen Kind zukommt, entgegenstehen.⁶¹⁵ Wenn das Kind zum Beispiel suizidal ist oder eine lebensgefährdende Essstörung hat, kann es sein, dass seine Eltern ärzt-

⁶¹¹ Zum Ganzen HOTZ, Verfahren, Rz 7.8.

⁶¹² Zum Ganzen HOTZ, Verfahren, Rz 7.9.

⁶¹³ Urteil des OGer LU vom 3. 12. 2007, 30 07 22, FamPra.ch 2008, 445 ff.

⁶¹⁴ HOTZ, Verfahren, Rz 7.10; vgl. Leitlinien kinderfreundliche Gesundheitsversorgung, Ziff. 15 ff.

⁶¹⁵ HOTZ, Verfahren, Rz 7.12.

lichen Rat suchen.⁶¹⁶ Zudem ist denkbar, dass die Eltern aus Angst vor der KESB einer fürsorgerischen Unterbringung ihres Kindes auf Empfehlung von Ärzt*innen zustimmen.⁶¹⁷ Oder umgekehrt: Sie wehren sich dagegen, weil sie die stationäre Behandlung ihres Kindes in einer psychiatrischen Klinik als eigenes Scheitern auffassen.⁶¹⁸ Dadurch kann das Selbstbestimmungsrecht des Kindes gefährdet werden.⁶¹⁹

- 316 Die Krankheit eines Kindes ist demnach immer eine herausfordernde Situation, nicht nur für das Kind selbst, sondern auch für seine Eltern und die Behandlungspersonen.⁶²⁰ Zusätzliche Schwierigkeiten ergeben sich, wenn das kranke Kind ausserfamiliär untergebracht ist. Es gehört einer besonders vulnerablen Personengruppe an und hat oftmals traumatisierende Erfahrungen gemacht.⁶²¹ Deshalb ist es umso wichtiger, dafür zu sorgen, dass das Pflegekind unter guten Umständen gesund werden kann und es auch bleibt.
- 317 Die Befragung von Pflegeeltern zur Gesundheit und zum Verhalten ihrer Pflegekinder im Rahmen des Forschungsprojekts des Deutschen Jugendinstituts und des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht von 2006 zeigte, dass Pflegekinder doppelt so häufig an psychischen Problemen leiden wie ihre Altersgenossen.⁶²² Die Analyse der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel 2018 zu Pflegekindern in Heimen in der Deutschschweiz ergab ein ähnliches Bild.⁶²³ Dazu kommt, dass viele Pflegekinder gleichzeitig mehrere psychische Erkrankungen aufweisen.⁶²⁴ Zudem leiden Pflegekinder deutlich häufiger unter physischen Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen als ihre Altersgenossen.⁶²⁵ Geburtsrisiken wie beispielsweise Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht treten bei Pflegekindern überdurchschnittlich häufig auf.⁶²⁶ Bei jüngeren Pflegekindern ist insbesondere an Entwicklungsverzögerungen wie Sprach- und Sprechstörungen zu denken. Bei älteren Pflegekindern spielen Themen wie Verhütung, Essstörungen und Umgang mit Alkohol, Tabak und Drogen eine Rolle.⁶²⁷ Psychische Erkrankungen umfassen beispielsweise Bindungsstö-

616 RUMETSCH, 90.

617 HOTZ, Verfahren, Rz 7.12.

618 ROTHÄRMEL/WOLFLAST/FEGERT, 296; RUMETSCH, 90 f.

619 HOTZ, Verfahren, Rz 7.27.

620 MICHEL, Rechte, 1; vgl. auch DIES., Autonomie, 243 f.

621 ANDERER, Kinder, 143; FRIEDRICH/SCHMID, 26; WITT/SCHMID/FEGERT, 762 und 766; vgl. auch FACHSTELLE FÜR DAS PFLIEGEKINDERWESEN, 181 ff. m.w.H.

622 DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E.V./DEUTSCHES INSTITUT FÜR JUGENDHILFE UND FAMILIENRECHT E.V., 35 f.; siehe auch KINDLER *et al.*, 209.

623 JENKEL *et al.*, 6; vgl. auch Nationaler Gesundheitsbericht 2020, 38; SCHMID, Herausforderung, 141 ff.; SHULER, 105.

624 WITT/SCHMID/FEGERT, 766; vgl. auch ENGLER *et al.*, 255 ff.; SCHMID, Gesundheit, 137 ff.

625 Vgl. Framework Australia, 1; MARTIN *et al.*, 103 ff.; Policy Statement USA, 1132; PONTI, 129; Statutory Guidance UK, 8.

626 SCHMID, Herausforderung, 143.

627 Vgl. GULER, 133; HOTZ, Verfahren, Rz 7.3 und 7.12; RUTISHAUSER/NAVRATIL, 1164.

rungen, Depression, Autismusspektrumstörung und Suizidalität.⁶²⁸ Die 2007 publizierte Studie von SCHMID zur psychischen Gesundheit von Pflegekindern in Heimen in Baden-Württemberg und Bayern zeigte, dass viele Pflegekinder trotz dieser grossen gesundheitlichen Belastungen kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutisch eher unterversorgt sind.⁶²⁹ Die Onlinebefragung 2021 im Rahmen einer explorativen Pilotstudie der Abteilung Entwicklungs- pädiatrie vom Universitäts-Kinderspital Zürich bei Schweizer Kinderärzt*innen zur Gesundheit, Entwicklung und Behandlung von Pflegekindern ergab ebenfalls, dass ein beträchtlicher Teil der Pflegekinder medizinisch unterversorgt ist, nicht nur hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit, sondern auch in anderen medizinischen Bereichen wie zum Beispiel Entwicklung.⁶³⁰

318 Diese unbefriedigende Situation könnte damit zusammenhängen, dass die Kontinuität und die Verbindlichkeit der medizinischen Versorgung von Pflegekindern mangelhaft sind. Oft wird eine Therapie durch eine ausserfamiliäre Unterbringung unterbrochen und es werden keine Anschlusslösungen festgelegt.⁶³¹ Diese mangelhafte Versorgung kann insbesondere im Rahmen der äusserst wichtigen Frühförderung schwerwiegende und das ganze Leben prägende Folgen für die Entwicklung eines Pflegekindes haben.

319 Ausserdem sind bei einem Pflegeverhältnis – dies im Gegensatz zu einem Kind, das bei seinen Herkunftseltern aufwächst – zahlreiche Institutionen und Personen beteiligt, namentlich das Pflegekind selbst, aber auch dessen Eltern, die Pflegeeltern oder das Heim, die KESB sowie häufig auch Beistandspersonen und Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege.⁶³² Dazu kommt, dass Beistandspersonen und Heimerziehende oft wechseln.⁶³³ Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der involvierten Personen und Stellen kann sich in der Praxis als schwierig erweisen. Dies, weil nicht alle über die gleichen Informationen bezüglich der gesundheitlichen Situation des Pflegekindes verfügen und die grosse Anzahl der Beteiligten die Kommunikation unter ihnen erschwert. Deshalb bestehen in den USA, in Grossbritannien und in Australien bereits Empfehlungen respektive Richtlinien für die pädiatrische Beurteilung von Pflegekindern.⁶³⁴ 2025 gesellte sich die Schweiz zu diesen Ländern: Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. med. Oskar

628 Vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.12; WITT/SCHMID/FEGERT, 766; vgl. zum Ganzen BEAL/GREINER, 184 ff.; HÉBERT/MACDONALD, 453; PONTI, 130.

629 SCHMID, Gesundheit, 17 ff. (insbesondere 143 ff.); vgl. auch FRIEDRICH/SCHMID; WITT/SCHMID/FEGERT, 767.

630 MÖGEL/JENNI, Gesundheitliche Versorgung, 268 ff.; vgl. auch DIES., Argumentarium, 14 ff. und 25 ff.

631 Vgl. HÉBERT/MACDONALD, 453; MÖGEL/JENNI, Versorgung, 269; PONTI, 129.

632 Vgl. GASSNER, Pflegeeltern, Rz 48.

633 Vgl. HÉBERT/MACDONALD, 453; siehe auch MARTIN *et al.*, 103 m.w.H.

634 Framework Australia, 1 ff.; Policy Statement USA, 1131 ff.; Statutory Guidance UK, 4 ff.; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Versorgung, 268.

Jenni erarbeitete mit «Gesund aufwachsen ausserhalb der Familie – Empfehlungen» Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Pflegekindern.⁶³⁵

- 320 Die KESB ist bei angeordneten ausserfamiliären Unterbringungen dafür verantwortlich, die Gesundheit des Pflegekindes zu schützen.⁶³⁶ Deshalb (und im Rahmen ihrer Aufsicht auch bei freiwilligen ausserfamiliären Unterbringungen) sollte sie überprüfen, ob die von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen⁶³⁷ beim Pflegekind durchgeführt worden sind.⁶³⁸ Jedoch ist ihr dies bei einer spezifischen Therapie, die für das Pflegekind erforderlich ist, nur bedingt möglich, weil diesfalls Richtlinien respektive behördliche Empfehlungen fehlen. Zudem verbleibt trotz allfälliger Leitlinien wie beispielsweise der Impfempfehlungen vom Bundesamt für Gesundheit ein grosser Ermessensspielraum für die entscheidungsbefugten Personen.
- 321 Von der Frage der Entscheidungszuständigkeit zu unterscheiden ist schliesslich die Frage nach dem Informationsfluss und insbesondere danach, wie die Informationen zum Gesundheitszustand des Pflegekindes an die KESB gelangen. Sie erweist sich in der Praxis als besonders relevant. Insbesondere in der frühen Kindheit ist rasches Handeln erforderlich, wenn sich Auffälligkeiten oder Entwicklungsrückstände zeigen. Hier hapert es besonders deutlich, denn es bestehen grosse Unsicherheiten, welche Informationen an wen weitergegeben werden dürfen, sodass viel zu oft für das Pflegekind wertvolle Zeit unwiederbringlich verstreicht. Es ist wichtig, dass Kindeswohlgefährdungen von Ärzt*innen möglichst früh erkannt und der KESB gemeldet werden, damit diese Massnahmen treffen kann, um Folgeschäden, wie zum Beispiel kindliche Fehlentwicklungen, zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Dazu trägt auch bei, dafür zu sorgen, dass eine Therapie nach der ausserfamiliären Unterbringung fortgesetzt wird.⁶³⁹
- 322 Die grosse Anzahl der involvierten Institutionen und Personen, die unklaren Entscheidungszuständigkeiten und das Sichverlassen auf Informationen von Dritten erschweren die Partizipation von Pflegekindern.⁶⁴⁰ Diese ist aber insbesondere bei medizinischen Behandlungen unerlässlich und muss gewährleistet werden. Denn zu den Zielen eines modernen Pflegekinderwesens gehört es, die Gesundheit von Pflegekindern zu fördern⁶⁴¹ und ihr Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit nach Art. 24 UN-KRK umzusetzen.

635 MÖGEL/JENNI, Empfehlungen.

636 Urteil des BGer vom 6. 7. 2023, 5A_310/2023, E. 6.3.2.

637 Vgl. Checklisten Vorsorgeuntersuchungen.

638 Siehe auch MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 9.

639 HAURI/ZINGARO, 7; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Versorgung, 268 f.

640 PÖLKKI *et al.*, 121.

641 Vgl. Report Ireland, 26.

B. Rechte von Pflegekindern bei medizinischen Behandlungen

1. Urteilsfähigkeit und höchstpersönliche Rechte

- 323 Die UN-KRK verlangt, dass die Rechte von Kindern gleichberechtigt und in einer der Entwicklung des Kindes entsprechenden Weise berücksichtigt werden. Im schweizerischen Recht werden Kinder hinsichtlich ihrer Entscheidungskompetenz anders behandelt, je nachdem, ob sie urteilsfähig sind oder nicht. Demnach ist für ihre Entscheidungskompetenz keine fixe Altersgrenze massgebend, sondern es wird auf die individuellen Fähigkeiten des Kindes abgestellt. Bis dieses volljährig ist, müssen seine Teilhabe am Entscheidungsprozess und die Gefahr seiner Überforderung im konkreten Fall abgewogen werden. Das Kind ist so weit wie möglich einzubeziehen und als Behandlungsobjekt ernst zu nehmen, ausser sein Wohl muss geschützt werden.⁶⁴²
- 324 Minderjährige Personen, d.h. solche, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben (Art. 14 ZGB), sind grundsätzlich handlungsunfähig. Das bedeutet, sie können durch ihre Handlungen keine Rechte und Pflichten begründen (Art. 12 i.V.m. 13 ZGB). Jedoch können gemäss Art. 19c Abs. 1 ZGB urteilsfähige Kinder Rechte, die ihnen um ihrer Persönlichkeit willen zustehen (sog. höchstpersönliche Rechte), ohne die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertretung selbstständig ausüben. Sie sind beschränkt handlungsunfähig. Die medizinische Behandlung eines Kindes ist ein Eingriff in dessen Persönlichkeitsrechte. Damit dieser rechtmässig ist, muss das urteilsfähige Kind in die medizinische Behandlung einwilligen (Art. 28 Abs. 2 ZGB). Das urteilsfähige Kind kann gemäss Art. 19c Abs. 1 ZGB in Gesundheitsbelangen, die höchstpersönliche Rechte betreffen, selbst entscheiden und folglich die Einwilligung erteilen. Um dies zu können, muss es vorab informiert werden.⁶⁴³ Die Beweislast für eine gültige Einwilligung des Kindes liegt bei den Ärzt*innen.⁶⁴⁴
- 325 Urteilsfähigkeit meint nach Art. 16 ZGB die Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln. Sie umfasst einerseits ein intellektuelles Element, nämlich die Kompetenz, Relevanz und Tragweite einer bestimmten Handlung zu erkennen (sog. Willensbildungsfähigkeit). Andererseits beinhaltet sie ein voluntatives Element, d.h. die Fähigkeit, sich gemäss dieser Einsicht zu verhalten (sog. Steuerungsfähigkeit). Es besteht kein Mindestalter, ab welchem von Urteilsfähigkeit auszugehen ist. Deshalb muss diese im Einzelfall bezüglich der bestimmten Handlung, der konkreten Situation und des Zeitpunktes beurteilt werden (sog. sachliche und zeitliche Relativität der Urteilsfähigkeit). Es gibt

642 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 95 f.

643 HOTZ, Verfahren, Rz 7.29; vgl. zur medizinischen Aufklärung bei Kindern BGE 114 Ia 350 E. 7a.

644 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 760.

keine Stufen der Urteilsfähigkeit; sie ist entweder vorhanden oder nicht (sog. Alles-oder-nichts-Prinzip).⁶⁴⁵

326 Urteilsfähigkeit wird grundsätzlich vermutet (Art. 16 ZGB). Jedoch gilt diese Vermutung für das Kindesalter nicht. Folglich braucht es eine positive Begründung, wenn das Kind als urteilsfähig befunden wird. Insbesondere bei älteren Kindern muss die Urteilsfähigkeit genauer abgeklärt werden. Diese Abklärung erfolgt meistens durch ein Gespräch, selten durch ein psychiatrisches Gutachten oder ein Testinstrument. Massgebend ist, welche Konsequenzen entstehen, wenn die Behandlung vorgenommen beziehungsweise darauf verzichtet wird. Infolge der Relativität der Urteilsfähigkeit kann ein Kind für einen bestimmten Eingriff urteilsfähig sein und für einen anderen nicht.⁶⁴⁶

327 In der Praxis muss der behandelnde Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin entscheiden, ob das Kind hinsichtlich des geplanten Eingriffs urteilsfähig und damit entscheidungsberechtigt ist. Weil die Urteilsfähigkeit relativ ist und fixe Altersgrenzen fehlen, herrscht eine grosse Rechtsunsicherheit. Deshalb hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine Richtlinie zur praktischen Evaluation der Urteilsfähigkeit veröffentlicht.⁶⁴⁷ Danach entwickelt sich die Urteilsfähigkeit individuell unterschiedlich – abhängig vom Entwicklungsstand, der Lebenserfahrung und der Komplexität der medizinischen Entscheidung.⁶⁴⁸ Da sich Fähigkeiten und Eigenständigkeit nicht nur abhängig vom Alter oder von den intellektuellen Kompetenzen, sondern auch von den persönlichen Erfahrungen entwickeln, können Kinder bezüglich ihrer Behandlungsentscheidungen sehr wohl urteilsfähig sein. Vor allem bei chronischen Erkrankungen sind sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt als der Pubertät entscheidungsfähig. Altersangaben nützen im medizinischen Alltag wenig, da sie nichts über die individuellen Erfahrungen des Kindes aussagen. Somit muss die Urteilsfähigkeit aus rechtlicher Sicht immer im Einzelfall beurteilt werden.⁶⁴⁹ Laut Bundesgericht, das eine fixe Altersgrenze ablehnt,⁶⁵⁰ müssen das Alter, die Art der medizinischen Behandlung sowie deren therapeutische Notwendigkeit individuell berücksichtigt werden.⁶⁵¹

328 Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit eines Kindes ist sorgfältig vorzunehmen. Das Verhältnis zwischen Schutz und Selbstbestimmung für das konkrete Kind als Patient*in ist abzuwägen. Massgeblich ist auch, ob das Kind genügend intellektuell reif und emotional stabil ist, um die Folgen seiner Entscheidung für das eigene Leben zu erfassen. Dies dürfte bezüglich lebensnotwendiger

645 Vgl. zum Ganzen BIDERBOST/ZINGARO, Rechtsstellung, Rz 10.11 ff.; FOUNTOLAKIS/ROSCH, Rz 27 ff.

646 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 101; vgl. auch MICHEL, Rechte, 78; RUTISHAUSER/NAVRATIL, 1162.

647 Vgl. SAMW Richtlinie.

648 SAMW Richtlinie, 13 f.

649 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 101 ff.; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 762 ff.

650 Gl.M. MICHEL, Autonomie, 261.

651 BGE 144 III 264 E. 6.1.1; BGE 134 II 235 E. 4.3.2.

Therapien und Eingriffe regelmässig erst bei Jugendlichen der Fall sein.⁶⁵² Jedoch kann auch ein jüngeres Kind, das an einer chronischen Krankheit leidet oder einen länger dauernden Krankheitsverlauf erlebt, über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen.⁶⁵³ Um urteilsfähig zu sein, muss das Kind auch Meinungen seiner Eltern als enge Bezugspersonen hinterfragen und, gestützt darauf, sich eine eigene Meinung bilden können. Seine Einwilligung in eine Massnahme oder deren Ablehnung hat deshalb unabhängig von einem allfälligen Druck durch die Eltern oder das Helfernetz zu erfolgen. Dies kann schwierig sein für das Kind, da es sich eventuell in einem Loyalitätskonflikt befindet. Zudem muss geprüft werden, ob die Erkrankung selbst (zum Beispiel eine schwere Magersucht oder Depression) die freie Entscheidungsfindung des Kindes beeinflussen kann.⁶⁵⁴

- 329 Höchstpersönliche Rechte sind Rechte, die dem Individuum aufgrund seiner Persönlichkeit zustehen und eine untrennbare Verbindung zu dieser aufweisen. Es ist im konkreten Fall zu entscheiden, ob eine Position zu den höchstpersönlichen Rechten zählt, wozu eine umfangreiche Kasuistik vorhanden ist. Klar ist, dass die körperliche und psychische Integrität und somit auch das Recht, über Eingriffe in den eigenen Körper zu entscheiden, ein höchstpersönliches Recht darstellen.⁶⁵⁵
- 330 Urteilsfähige Kinder sind im Bereich der höchstpersönlichen Rechte beschränkt handlungsunfähig. Sie können gemäss Art. 19c Abs. 1 ZGB selbstständig in medizinische Eingriffe einwilligen, sofern sie vorgängig aufgeklärt worden sind und kein Spezialgesetz ein bestimmtes Alter oder die kumulative Einwilligung der Eltern vorsieht.⁶⁵⁶ Deshalb muss das urteilsfähige Kind seine höchstpersönlichen Rechte selbst ausüben. Nach einem grossen Teil der Lehre sind die Eltern aufgrund der Höchstpersönlichkeit der Rechtsposition nicht mehr vertretungsberechtigt, wenn das Kind urteilsfähig ist.⁶⁵⁷ Jedoch wird in der Lehre auch vertreten, dass die Eltern das urteilsfähige Kind in der Wahrnehmung seiner relativ höchstpersönlichen Rechte vertreten können, wenn das Kind dies nicht ausdrücklich ablehnt.⁶⁵⁸ Das urteilsfähige Kind kann auch selbst eine Patientenverfügung verfassen (Art. 370 Abs. 1 ZGB).⁶⁵⁹ Falls das Kind nach freiem Willen entschieden hat, ist diese Entscheidung von den

652 BÜCHLER/MICHEL, 104; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 762 ff.

653 BÜCHLER/MICHEL, 104.

654 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 104 ff.; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 765; SAMW Richtlinie, 13 f.

655 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 96.

656 BÜCHLER/MICHEL, 96 f. und 105; siehe zur kumulativen Einwilligung der Eltern zum Beispiel Art. 22 Abs. 1 lit. b HFG; Art. 13 Abs. 2 lit. f TxG.

657 FELLMAN, 190; MICHEL, Rechte, 82 f.; RIEMER, 217; WERLEN, Rz 845; WIEGAND, 157 ff.

658 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 758; BK-BUCHER/AEBI-MÜLLER, Art. 19–19c ZGB N 242 f.; HAUSHEER/AEBI-MÜLLER, Rz 304; HEGNAUER, Rz 26.24.

659 Vgl. auch MICHEL, Rechte, 118 f.

- Eltern und behandelnden Ärzt*innen auch dann zu respektieren, wenn sie voraussichtlich mit weitreichenden Folgen verbunden ist.⁶⁶⁰
- 331 Urteilsunfähige Kinder hingegen können höchstpersönliche Rechte nicht selbstständig ausüben, sondern sind dabei auf Vertretung angewiesen. Diese Vertretung bei der Wahrnehmung höchstpersönlicher Rechte ist aber nicht möglich, wenn das auszuübende Recht in besonders enger Verbindung zur Persönlichkeit des urteilsunfähigen Kindes als vertretener Person steht (sog. absolut höchstpersönliche Rechte; Art. 19c Abs. 2 ZGB). Das Gesetz entspricht hier der von Lehre und Rechtsprechung entwickelten Unterscheidung zwischen sog. absolut und relativ höchstpersönlichen Rechten.⁶⁶¹
- 332 Danach wird unterschieden zwischen einerseits vertretungsfreundlichen oder relativ höchstpersönlichen Rechten und andererseits so eng mit der Person ihres Trägers verknüpften Rechten, die durch niemand anders wahrgenommen werden können und sollen (sog. vertretungsfeindliche oder absolut höchstpersönliche Rechte). Ergo können die relativ höchstpersönlichen Rechte eines urteilsunfähigen Kindes durch eine Vertretung wahrgenommen werden, was hingegen bei absolut höchstpersönlichen Rechten nicht möglich ist. Auch die Eltern sind im Rahmen von medizinischen Behandlungen, die absolut höchstpersönliche Rechtspositionen betreffen, nicht vertretungsberechtigt. Dadurch ist die Rechtsfähigkeit von urteilsunfähigen Kindern im Bereich ihrer absolut höchstpersönlichen Rechte eingeschränkt. Gleichzeitig sind sie aber in diesem Bereich vor Eingriffen geschützt.⁶⁶²
- 333 Ob eine Position als absolut oder relativ höchstpersönlich einzustufen ist, ist im Einzelfall umstritten und wird überwiegend hinsichtlich der Konsequenzen dieser Einordnung erörtert.⁶⁶³ Die h.L. und Rechtsprechung qualifizieren «das Recht, in eine medizinisch indizierte und notwendige Behandlung einzuwilligen, die zu Heil-, Diagnostik- oder Präventionszwecken erfolgt und nicht ohne Nachteile aufgeschoben werden kann», in der Regel als relativ höchstpersönliches Recht.⁶⁶⁴ Hingegen stellt beispielsweise die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff aus rein ästhetischen Gründen, d.h. ohne medizinische Indikation, ein absolut höchstpersönliches Recht dar.⁶⁶⁵
- 334 Im Einzelfall ist es schwierig, abzugrenzen, ob medizinische Behandlungen absolut oder relativ höchstpersönliche Rechtspositionen betreffen. Die Entscheidung ist auch vom medizinischen und gesellschaftlichen Wandel abhängig. Deshalb ist primär von Bedeutung, wie das gesundheitliche Interesse des Kindes verstanden wird. Neben Heilbehandlungen geht es auch um all-

660 Urteil des OGer LU vom 3. 12. 2007, 30 07 22, FamPra.ch 2008, 445 ff.; BÜCHLER/MICHEL, 106 f.; MICHEL, Rechte, 109; gl.M. AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 759.

661 BÜCHLER/MICHEL, Rechte, 97; vgl. auch WERLEN, Rz 1180 ff. m.w.H.

662 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 97 f.; vgl. auch MICHEL, Rechte, 76 f.; siehe zu den Prinzipien Autonomie und Fürsorge generell MICHEL, Autonomie, 243 ff.

663 BÜCHLER/MICHEL, 97.

664 BGE 114 Ia 350 E. 7bb; BÜCHLER/MICHEL, 97 f.; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 757.

665 PFISTER PILLER, Rz 6.24; siehe für weitere Beispiele HOTZ, Verfahren, Rz 7.49.

gemeine Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden. Es muss sichergestellt werden, dass medizinische Eingriffe wirklich im echten Interesse des Kindes erfolgen. Sekundär sind auch die Schwere, Risiken und Auswirkungen des Eingriffs zu berücksichtigen.⁶⁶⁶ Nach BÜCHLER/MICHEL ist im Interesse der Persönlichkeitsrechte des Kindes jeweils zu prüfen, ob mit Eingriffen in seine körperliche und psychische Integrität abgewartet werden kann, bis das Kind urteilsfähig ist und selbst darüber entscheiden kann.⁶⁶⁷

- 335 Nach MICHEL komplettieren sich die Konzepte des Kindesschutzes (Kindeswohl) und der Berücksichtigung des Kindeswillens (Partizipation). Sie verpflichten die behandelnden Ärzt*innen, die Meinung des Kindes bei der Bestimmung des Kindeswohls einzubeziehen. Demnach müssen sie versuchen, eine Lösung zu finden, die den Kindeswillen mitberücksichtigt. Bei einem urteilsunfähigen Kind muss der Kindeswille berücksichtigt, aber nicht vollumfänglich befolgt werden. Partizipation bedeutet nicht die vollumfängliche Übertragung der Entscheidungszuständigkeit, sondern die Mitwirkung am Entscheidungsprozess. Ein urteilsunfähiges Kind darf keine Entscheidung treffen, infolge derer es geschädigt werden könnte, da es die Folgen seiner Entscheidung nicht umfassend versteht.⁶⁶⁸
- 336 Nichtsdestotrotz hat auch das urteilsunfähige Kind ein Partizipationsrecht, weshalb die Ärzt*innen nicht nur mit seinen Eltern, sondern auch mit dem Kind selbst kommunizieren müssen. Neben der Begrüssung und der Erläuterung der diagnostischen Massnahmen müssen die Ärzt*innen mit dem Kind alters- und entwicklungsgemäss das Untersuchungsergebnis sowie das Vorgehen besprechen. Zudem sollen sie, sofern entsprechender Handlungsspielraum besteht, das Kind zwischen mehreren Möglichkeiten der Behandlungsdurchführung (beispielsweise den Modalitäten einer Blutentnahme) mitentscheiden lassen, nicht aber über die Behandlung (die Blutentnahme) an sich.⁶⁶⁹ Schliesslich sollen die Ärzt*innen dem Kind erklären, dass es jederzeit Fragen stellen darf.⁶⁷⁰ Partizipation ist in der heutigen Pädiatrie unabdingbar, um den gewünschten Erfolg von medizinischen Behandlungen realisieren zu können.⁶⁷¹

2. Kindeswohl und Kindesschutzmassnahmen

- 337 Im Zusammenhang mit der Entscheidung über medizinische Behandlungen stellt sich auch die Frage, ob und inwieweit das Kind den Behandlungsvertrag über den medizinischen Eingriff selbst abschliessen kann. Laut Bundesgericht

666 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 98 f.

667 BÜCHLER/MICHEL, 101.

668 Zum Ganzen MICHEL, Partizipation, 62.

669 Siehe dazu auch Rz 575 m.w.H.

670 Zum Ganzen ABRAHAM *et al.*, Zaubersalbe, 66 f.; MICHEL, Partizipation, 62 f.

671 ABRAHAM *et al.*, Zaubersalbe, 66.

können Kinder auch ausserhalb des Rahmens von Art. 19 Abs. 1 und 2 sowie Art. 321–323 ZGB Verträge eigenständig abschliessen, die unabdingbar zur Ausübung ihrer höchstpersönlichen Rechte zählen.⁶⁷² Die jüngere Lehre ist der gleichen Ansicht, sofern für das Kind durch den Abschluss des Behandlungsvertrags keine Kosten entstehen, die weit über dessen Möglichkeiten hinausgehen.⁶⁷³ Demnach kann das Kind den Behandlungsvertrag insbesondere dann selbst abschliessen, wenn die Krankenkasse die Behandlungskosten deckt respektive diese das freie Kindesvermögen nicht übersteigen.⁶⁷⁴

338 Falls das Kind urteilsunfähig ist, müssen seine Eltern als gesetzliche Vertretung in medizinische Eingriffe einwilligen und Behandlungsverträge abschliessen (vgl. Art. 304 Abs. 1 ZGB). Sie sind bei ihren Entscheidungen an das Kindeswohl gebunden (Art. 301 Abs. 1 ZGB). Dieses stellt die wichtigste Schranke der elterlichen Vertretungskompetenz dar. Obwohl primär die Eltern im Einzelfall bestimmen, was dem Kindeswohl entspricht (sog. Interpretationsprimat,⁶⁷⁵ vgl. Art. 301 Abs. 1 ZGB), ist ihre Konkretisierungskompetenz im medizinischen Bereich stark eingeschränkt. Deshalb ist das Kindeswohl nach objektiven Kriterien zu bestimmen.⁶⁷⁶ Als Leitsatz gilt, dass eine «medizinisch indizierte, lege artis durchgeführte Behandlung dem Wohl des Kindes entspricht».⁶⁷⁷ Demnach können Eltern nur gültig in eine Behandlung einwilligen, wenn diese medizinisch indiziert ist. Falls das Kindeswohl die Behandlung erfordert, sind die Eltern sogar verpflichtet, einzuwilligen; ansonsten ist die KESB zu benachrichtigen. Dabei ist zu beachten, dass die medizinische Indikation ein weiter und unbestimmter Begriff ist. Ausserdem darf das Kindeswohl nicht nur im medizinischen Sinn definiert werden.⁶⁷⁸ Die medizinische Indikation – d.h. der Befund, dass die Massnahme medizinisch geboten ist –⁶⁷⁹ liegt vor, wenn die mit dem Eingriff verbundenen Erfolgsaussichten die damit einhergehenden Risiken überwiegen.⁶⁸⁰

339 Primär konkretisieren die Eltern im Rahmen ihres Interpretationsprimats den Inhalt des Kindeswohls im Einzelfall. Die KESB greift gemäss Art. 307 Abs. 1 ZGB nur ein, sofern das Kindeswohl gefährdet ist. Daraus folgt, dass die Eltern den aus Sicht der behandelnden Ärzt*innen objektiv besten Entscheid für das Kind treffen sollten; sie können sich aber für eine von mehreren Behandlungsalternativen entscheiden, sofern diese objektiv betrachtet gleichwertig sind.

672 BGE 120 Ia 369 E. 1; BGE 112 IV 9 E. 1; vgl. auch Art. 19c Abs. 1 ZGB.

673 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 772 ff.; MICHEL, Rechte, 123 ff.

674 BÜCHLER/MICHEL, 108; MICHEL, Rechte, 123 ff. jeweils m.w.H.; vgl. auch PFISTER PILLER, Rz 2.65.

675 FASSBIND, Personensorge, 356.

676 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 110; vgl. auch BGE 114 Ia 350 E. 7 bb.

677 TAG, 698.

678 BÜCHLER/MICHEL, 111; vgl. zum Ganzen auch MICHEL, Rechte, 152 ff., die darauf hinweist, dass das Kindeswohl im medizinischen Kontext auch das psychische Wohl umfasst und bei der Beurteilung auch die Zukunftsperspektiven des Kindes und die elterlichen Ressourcen einfließen sollen; siehe zum Kindeswohl auch Rz 128 ff.

679 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 708.

680 THOMMEN, Eingriffe, 29; vgl. auch WYSS, 64 ff. m.w.H.

Die Eltern sind beispielsweise allein zuständig für die Entscheidung, ob die üblichen Impfempfehlungen umgesetzt werden oder ob ein Infekt mit Antibiotika oder längerer Bettruhe und Alternativmedizin behandelt wird. Die Schwelle der Kindeswohlgefährdung ist aber überschritten, wenn die Eltern sich für eine aus medizinischer Sicht nicht indizierte Behandlung entscheiden, wie beispielsweise Schönheitsoperationen (die ohnehin absolut-höchstpersönlicher Natur und deshalb vertretungsfeindlich sind). Das Gleiche gilt, wenn sie eine vital indizierte Bluttransfusion oder eine aus medizinischer Sicht eindeutig gebotene Krebsbehandlung bei ihrem Kind ablehnen.⁶⁸¹ Insbesondere betreffend Impfungen hat das Bundesgericht entschieden, dass das Kindeswohl gefährdet ist, wenn sich die sorgeberechtigten Eltern nicht einigen können, ob ihre Kinder gegen die Masern geimpft werden. Nicht die fehlende Impfung, sondern der elterliche Streit stelle die Kindeswohlgefährdung dar. Diesfalls könne die KESB, gestützt auf Art. 307 Abs. 1 ZGB, anstelle der Eltern über die Durchführung der Masernimpfung entscheiden.⁶⁸²

- 340 Sofern in gutem Glauben unterschiedliche Beurteilungen des Kindeswohls möglich sind, bestimmen primär die Eltern über die Behandlung. Falls sie aber nicht in eine medizinisch notwendige, unaufschiebbare und hinsichtlich des objektiven Kindeswohls notwendige Behandlung einwilligen, kann dies die KESB oder eine von dieser eingesetzte Beistandsperson (Art. 308 Abs. 2 ZGB) auf Ersuchen der behandelnden Ärzt*innen tun. Die eingesetzte Beistandsperson bildet zwar eine Art unabhängige Drittpartei; jedoch ist die Entscheidung auch für sie äusserst schwierig zu treffen, weil sie am bisherigen Verlauf der medizinischen Angelegenheit nicht beteiligt war und nicht zu den unmittelbar Betroffenen zählt. Falls nicht genügend Zeit vorhanden ist, um die KESB einzubeziehen, müssen Ärzt*innen die medizinisch notwendige Therapie auch gegen den Willen der Eltern durchführen. Letztere sind nämlich ausserhalb der Schranken des Kindeswohls nicht mehr vertretungsberechtigt. Damit ein so starker Eingriff in das elterliche Interpretationsprimat gerechtfertigt ist, muss das Kindeswohl unmittelbar und ernstlich gefährdet sein, was sicher bei lebensnotwendigen Behandlungen gegeben ist.⁶⁸³
- 341 Ausserdem müssen die Eltern bei wichtigen Entscheidungen und somit auch Behandlungsentscheiden die Meinung des Kindes entsprechend dessen Reife berücksichtigen (Art. 301 Abs. 2 ZGB).⁶⁸⁴ Hinweise auf den Willen des Kindes können unter anderem eine Patientenverfügung sowie früher getätigte Aussagen und Behandlungen des Kindes sein.⁶⁸⁵
- 342 Besondere Schwierigkeiten tauchen bei Entscheidungen am Lebensende auf. Dann ist zu prüfen, ob der Beginn, die Weiterführung oder die Einstellung lebenserhaltender Massnahmen im Kindeswohl liegen. Hierbei sind die medi-

681 Zum Ganzen AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 787 ff.; MICHEL, Rechte, 152 f.

682 BGE 146 III 313; siehe auch Rz 406 f.

683 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 111 f.; vgl. auch MICHEL, Rechte, 138 ff.

684 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 786; vgl. auch MICHEL, Rechte, 145 ff. m.w.H.; WERLEN, Rz 858 f.

685 HOTZ, Verfahren, Rz 7.47 und 7.50.

zinische Indikation, das Behandlungsziel, die Erfolgsaussichten der Behandlung, die zu erwartende Lebensqualität des Kindes und die Menschenwürde zu berücksichtigen. Auch bei dieser Art von Entscheidungen müssen die Partizipationsmöglichkeiten des Kindes ausgeschöpft werden.⁶⁸⁶ Grundsätzlich sind die Eltern vertretungsberechtigt, wobei sie nach einem Teil der Lehre allein für die Entscheidung zuständig sind, die Behandlung abubrechen oder auf lebenserhaltende Massnahmen zu verzichten.⁶⁸⁷ Gemäss einem anderen Teil der Lehre hingegen können die Eltern nur einvernehmlich mit dem Behandlungsteam auf eine weitere lebensnotwendige Behandlung verzichten, da diese Entscheidung ihre Vertretungsmacht übersteige.⁶⁸⁸ Laut spitalinternen, nach ethischen Kriterien standardisierten Entscheidungsprozessen sollten Ärzt*innen, betreuendes Pflegepersonal und Eltern einen Konsens finden.⁶⁸⁹

343 Die Eltern müssen in ihrer Entscheidung bezüglich allfälliger lebenserhaltender Massnahmen für ihr Kind dessen mutmasslichen Willen beachten. Sofern sie einen solchen nicht ermitteln können, ist für sie das objektive Interesse massgebend. Anhaltspunkte für dieses objektive Interesse enthalten Richtlinien von privaten Organisationen wie der SAMW oder von Ärzteorganisationen. Zu nennen sind beispielsweise die Richtlinien der SAMW zur «Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten», zu Reanimationsentscheidungen und Palliative Care sowie die Guidelines der Swiss Society of Neonatology zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit.⁶⁹⁰

344 Sofern die Eltern eine Weiterführung der Behandlung verlangen, obwohl dies nicht dem Kindeswohl entspricht, muss die KESB einbezogen werden.⁶⁹¹ Denn es ist ohne behördlichen oder gerichtlichen Entscheid grundsätzlich unzulässig, die Behandlung gegen den Willen der Eltern einzustellen. Jedoch müssen Ärzt*innen auch nicht eine Behandlung durchführen, die aus medizinischer Sicht aussichtslos ist.⁶⁹² Wenn die Eltern gegen ärztlichen Rat darauf bestehen, dass eine lebensnotwendige Therapie nicht vorgenommen oder abgebrochen wird, könnte ihre Entscheidung gegen das Kindeswohl verstossen, weshalb zwingend die KESB einzubeziehen ist.⁶⁹³ Ärzt*innen sind, gestützt auf Art. 314c Abs. 2 ZGB, berechtigt, an die KESB zu gelangen.

345 Wenn das Kindeswohl gefährdet ist, trifft die KESB geeignete Massnahmen zum Schutz des Kindes (vgl. Art. 307 Abs. 1 ZGB). Sie kann beispielsweise die Eltern ermahnen und ihnen Weisungen erteilen (vgl. Art. 307 Abs. 3

686 BÜCHLER/MICHEL, 113.

687 BÜCHLER/SCHLATTER, 46 f.; SCHLATTER, Rz 196 f.; vgl. auch WYSS, 73 f.

688 MICHEL, Rechte, 163 ff. m.w.H.

689 KINDERSPITAL ZÜRICH; vgl. zum Ganzen BÜCHLER/SCHLATTER, 45 ff.; MICHEL, Rechte, 152 ff. und 162 ff.; SCHLATTER, Rz 182 ff.; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.120.

690 Zum Ganzen GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 365; vgl. auch MICHEL, Rechte, 160 ff. m.w.H.

691 GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 365; vgl. auch MICHEL, Rechte, 160.

692 AEBI-MÜLLER/OBERHOLZER, 42 f.; vgl. auch § 23 Abs. 2 PatG ZH.

693 BÜCHLER/MICHEL, 114; vgl. auch MICHEL, Rechte, 166.

ZGB), die die medizinische Behandlung des Kindes beinhalten.⁶⁹⁴ Weisungen im medizinischen Kontext sind beispielsweise die Weisung an die Eltern, ihr Kind von einer sachverständigen Person (Kinderärzt*in, Schulpsycholog*in, Kinderpsychiater*in etc.) abklären zu lassen, ihr Kind kinder- oder jugendpsychiatrisch behandeln zu lassen, ihr Kind an einer Adipositas-therapie teilnehmen zu lassen und das Kind ambulant oder kurzfristig stationär behandeln zu lassen.⁶⁹⁵

346 Damit die KESB überwachen kann, ob die Eltern die Weisungen einhalten, kann sie eine Person bestimmen, der die Eltern Einblick und Auskunft gewähren müssen (Art. 307 Abs. 3 ZGB). Als sog. Erziehungsaufsicht kann diese Person ihre Beobachtungen der Behörde melden und weitere Massnahmen beantragen. Laut AEBI-MÜLLER *et al.* kann die mit der Aufsicht beauftragte Person selbst bei Ärzt*innen Auskünfte einholen. Umgekehrt sind die Ärzt*innen befugt, ihr entsprechend Auskunft zu geben und sie zu kontaktieren, falls die Eltern die Weisungen missachten.⁶⁹⁶ Diese Ansicht überzeugt, da die Erziehungsaufsicht auf Auskunft angewiesen ist, um ihre Aufgabe wahrzunehmen. Diese wurde ihr im Übrigen von der KESB, die ohnehin bei Ärzt*innen Auskünfte einholen kann, übertragen,⁶⁹⁷ weshalb keine Entbindung vom Berufsgeheimnis notwendig ist. Im Rahmen einer medizinischen Behandlung kann die Erziehungsaufsicht zum Beispiel kontrollieren, ob die von den Ärzt*innen empfohlenen Handlungsanweisungen oder Therapien befolgt werden. Nach PFISTER PILLER sollte die Erziehungsaufsicht über medizinische Kenntnisse verfügen, was beispielsweise bei Kinderärzt*innen, Mitgliedern der spitalinternen Kindesschutzgruppe oder Therapeut*innen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie) der Fall ist.⁶⁹⁸

347 Sofern Ermahnungen, Weisungen und Erziehungsaufsicht im konkreten Fall nicht genügen, kann die KESB dem Kind eine Beistandschaft bestellen, der sie besondere Befugnisse übertragen und die elterliche Sorge entsprechend einschränken kann (Art. 308 ZGB). Zum Beispiel kann die Beistandsperson gesetzliche Vertreterin sein für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung des Kindes, wobei die Eltern die Vertretungsbefugnis nur noch für die weiteren Kinderbelange innehaben.⁶⁹⁹ Wenn die Beistandsperson für das urteilsunfähige Kind über medizinische Massnahmen entscheiden muss, hat sie sich an dessen wohlverstandenen Interessen zu orientieren. Anhaltspunkte

694 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 794.

695 PFISTER PILLER, Rz 3.26.

696 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 794; a.M. ROSCH/HAURI, Rz 1041, die sich für eine Entbindung vom Berufsgeheimnis aussprechen.

697 Siehe dazu Rz 485 f.

698 PFISTER PILLER, Rz 3.28.

699 Zum Ganzen AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 795; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 308 ZGB N 2 und 11; HEGNAUER, Rz 27.19 ff.; CR CC I-MEIER, Art. 308 ZGB N 43 ff.; PFISTER PILLER Rz 3.32 ff.; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 44 Rz 15 ff. und 21; Art. 308 Abs. 3 ZGB (betreffend die medizinische Behandlung) wird in der Praxis nur selten angeordnet, siehe KOKES-Statistik 2023, 340 f.; vgl. auch VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.5.

dafür liefern der mutmassliche Wille des Kindes (sofern das Kind bereits einmal urteilsfähig war), Erziehungsgrundsätze der Sorgeberechtigten, soweit diese dem Kindeswohl entsprechen, die medizinische Risikoeinschätzung der Massnahme, allfällige Alternativen und die Zukunftsperspektive des Kindes.⁷⁰⁰ Nichtsdestotrotz sind Entscheidungen im medizinischen Bereich auch für die Beistandsperson besonders schwierig zu treffen.

- 348 Die KESB entzieht den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht, wenn die Gefährdung des Kindes nicht anders abgewendet werden kann (vgl. Art. 310 Abs. 1 ZGB). Dies kann im Einzelfall beispielsweise erforderlich sein, wenn die Eltern sich gegen eine längere stationäre Behandlung ihres Kindes in einer spezialisierten Klinik aussprechen. Da den Eltern aber die sog. elterliche Restsorge verbleibt,⁷⁰¹ sie also weiterhin im medizinischen Bereich vertretungsberechtigt sind, muss hinsichtlich medizinischer Behandlungsentscheide zusätzlich eine Beistandsperson mit den entsprechenden Vertretungsbefugnissen eingesetzt werden.⁷⁰² Sofern das Kind in einer geschlossenen Einrichtung oder in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird, sind die Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung sinngemäss anwendbar (Art. 314b Abs. 1 ZGB). Dem Kind stehen dann zusätzliche Verfahrensrechte zu.⁷⁰³
- 349 Als schärfste Kindesschutzmassnahme entzieht die KESB die elterliche Sorge (vgl. Art. 311 Abs. 1 ZGB). Falls sie diese beiden Elternteile entzieht, muss sie einen Vormund respektive eine Vormundin einsetzen, der beziehungsweise die das Kind vertritt (vgl. Art. 327c Abs. 1 ZGB).
- 350 In der Lehre wird teilweise vertreten, dass die KESB insbesondere bei Dringlichkeit nicht eine Beistandsperson einsetzen, sondern anstelle der Eltern direkt entscheiden kann (Art. 392 Ziff. 1 ZGB analog).⁷⁰⁴ Jedoch besteht mit Art. 307 Abs. 1 ZGB bereits ein entsprechendes Pendant im Kindesschutz,⁷⁰⁵ was eine analoge Anwendung von Art. 392 Ziff. 1 ZGB erübrigt. Die direkte Zustimmung der KESB ist zum Beispiel denkbar, wenn die Eltern aus weltanschaulichen Gründen eine lebensnotwendige Bluttransfusion bei ihrem Kind verweigern.⁷⁰⁶ Hinsichtlich Notfallbehandlungen wird zu Recht die analoge Anwendung von Art. 379 ZGB gefordert. Demnach können die behandelnden Ärzt*innen bei einer offensichtlichen Kindeswohlgefährdung und der Dringlichkeit der Behandlung (wenn die KESB nicht rechtzeitig zustimmen kann) die Behandlung im objektiven Interesse des Kindes durchführen und

700 ROSCH/HAURI, Rz 1066; vgl. auch BIDERBOST, Erziehungsbeistandschaft, 352 ff. m.w.H.

701 Siehe dazu Rz 45.

702 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 796; vgl. auch BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 310 ZGB N 1; PFISTER PILLER, Rz 3.45 ff.

703 Siehe dazu Rz 452 m.w.H.

704 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 798; vgl. BGE 86 II 206 E. 2; HEGNAUER, Rz 27.21; HOTZ, Verfahren, Rz 7.90; CR CC I-MEIER, Art. 308 ZGB N 3; MICHEL, Rechte, 132 und 170.

705 CHK-BIDERBOST, Art. 307 ZGB N 16a.

706 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 798.

dies der KESB erst anschliessend melden.⁷⁰⁷ Art. 379 ZGB greift jedoch nicht bei Behandlungen, die über einen längeren Zeitraum hinweg dauern, wie beispielsweise die Therapie bei Leukämie.

- 351 Im Kindesschutzverfahren kann die KESB vorsorgliche Massnahmen erlassen (Art. 314 Abs. 1 i.V.m. Art. 445 ZGB). Bei besonderer Dringlichkeit kann sie sog. superprovisorische Massnahmen sofort treffen, nämlich ohne die beteiligten Parteien angehört zu haben. Diesfalls gibt die KESB diesen anschliessend die Möglichkeit, Stellung zu nehmen, und entscheidet danach neu (vgl. Art. 445 Abs. 2 ZGB). Sie kann superprovisorische Kindesschutzmassnahmen aber nur anordnen, wenn das Schutzinteresse des betroffenen Kindes auf sofortige medizinische Behandlung höher wiegt als das Recht der Eltern auf Stellungnahme zur betreffenden medizinischen Behandlung und zur entsprechenden Kindesschutzmassnahme. Die erforderliche Dringlichkeit ist gegeben, falls anzunehmen ist, dass das Kind einen erheblichen gesundheitlichen Nachteil erleidet, wenn es medizinisch nicht sofort behandelt wird. Dies ist bei lebensnotwendigen beziehungsweise aus medizinischer Sicht zwingend indizierten ärztlichen Eingriffen, die zeitlich sehr dringend sind, der Fall. Dann stimmt die KESB, stellvertretend für die Eltern, der Behandlung des urteilsunfähigen Kindes zu.⁷⁰⁸
- 352 Entscheide über vorsorgliche Massnahmen können innert zehn Tagen nach deren Mitteilung mit Beschwerde angefochten werden (Art. 445 Abs. 3 ZGB). Gegen superprovisorische Massnahmen besteht laut Bundesgericht keine Beschwerdemöglichkeit, bevor die Anhörung nachgeholt und sie in eine vorsorgliche Massnahme überführt worden sind.⁷⁰⁹ Sofern dies nicht geschieht, kann eine Rechtsverweigerungs-/Rechtsverzögerungsbeschwerde (Art. 450a Abs. 2 ZGB) erhoben werden.⁷¹⁰
- 353 Die Beschwerde gegen Entscheide der KESB (inklusive vorsorglicher und superprovisorischer Anordnungen) hat aufschiebende Wirkung, sofern die KESB oder die gerichtliche Beschwerdeinstanz nichts anderes verfügt (Art. 450c ZGB). Letzteres ist bei Anordnungen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen besonders wichtig. Einer allfälligen Beschwerde ist diesfalls die aufschiebende Wirkung zu entziehen, sofern die Behandlung lebensnotwendig ist oder anzunehmen ist, dass sich deren spätere Durchführung ernsthaft nachteilig auf das Kind auswirkt. Eine medizinisch indizierte, dringend angezeigte Behandlung kann ihren Nutzen nur entfalten, wenn sie nicht durch eine Beschwerde verzögert wird.⁷¹¹

707 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 799; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.32; MICHEL, Rechte, 169 f.; PFISTER PILLER, Rz 2.15; kritisch THOMMEN, Eingriffe, 10 f.

708 Zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 3.89.

709 BGE 140 III 289; Urteil des BGER vom 2. 7. 2014, 5A_429/2014, E. 3; a.M. Botschaft KESR, 7077; FASSBIND, Erwachsenenschutz, 114; MEIER, Rz 201; STEINAUER/FOUNTOULAKIS, § 37 Rz 1109 (inklusive Fn 48).

710 Vgl. HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 831.

711 Zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 3.98.

- 354 Trotzdem bleibt ein praktisches Problem in der Vollstreckung des Entscheids der KESB. Auch wenn dieser rechtlich vollstreckbar wäre, bestehen teilweise tatsächliche Hindernisse, um den Entscheid effektiv durchzusetzen. Wenn sich beispielsweise die Eltern gegen die operative Entfernung des Beintumors ihres Kindes wehren, ist es schwierig, das Kind per unmittelbarem Zwang als exekutorischem Zwangsmittel durch die Polizei (vgl. Art. 450g Abs. 3 i.V.m. Art. 314 Abs. 1 ZGB) ins Spital respektive den Operationsaal bringen zu lassen und den medizinischen Eingriff durchzuführen.⁷¹² Eine Operation ist mit weitreichenden Folgen verbunden, weshalb die Nachbetreuung die Mitarbeit der Patient*innen erfordert. Dies gestaltet sich bei einer Operation, die dem Kind und seinen Eltern von der KESB «aufgezwungen» wird, weil sie nicht nach ihrem Wunsch entscheidet, schwierig.⁷¹³ Nichtsdestotrotz kann die Zurückhaltung in der Praxis bei der Vollstreckung von Kindesschutzmassnahmen im medizinischen Bereich vorliegend nicht nachvollzogen werden. Auch die ausserfamiliäre Unterbringung wird unter Umständen durch die Polizei vollstreckt, was für das betroffene Kind traumatisch sein kann. Zudem handelt es sich bei einer Operation um einen zeitlich begrenzten Eingriff, der zur Gesundheit als einem wichtigen Lebensbereich des Kindes beiträgt. Schliesslich erfordern sämtliche Kindesschutzmassnahmen die Kooperation der Eltern. Aus diesen Gründen erscheint unverständlich, weshalb medizinische Massnahmen bei Kindern nur sehr zurückhaltend vollstreckt werden.
- 355 Zum Beispiel entschied sich eine KESB nach einer Prüfung der Verhältnismässigkeit und einer Interessenabwägung dagegen, die Masernimpfung an Kindern zwangsweise durchzusetzen. Dies, weil die betroffenen Kinder an die Öffentlichkeit gezerzt und aus der Schule genommen worden waren sowie ihr Kontakt zum anderen Elternteil abgebrochen worden war und dadurch laut KESB für sie eine Gefährdungssituation auf psychischer Ebene entstanden sei, die über die eigentliche Frage der Impfung weit hinausgehe.⁷¹⁴ Die Vollstreckung ist durch das Kindeswohl und die Persönlichkeit des Kindes begrenzt.⁷¹⁵ Die KESB muss die Verhältnismässigkeit bei der Vollstreckung erneut prüfen und kann, sofern sie zum Schluss kommt, dass die Verhältnismässigkeit nicht mehr gegeben ist, auf die Vollstreckung verzichten. Folglich besteht eine Diskrepanz zwischen der rechtlichen Vollstreckbarkeit und der tatsächlichen Vollstreckbarkeit, da die rechtliche Vollstreckbarkeit durch die tatsächlichen Durchsetzungsmöglichkeiten beschränkt ist.⁷¹⁶

712 Vgl. BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 450g ZGB N 23, 35 ff. und 65; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Verfahrensgrundsätze, Rz 5.96; WIDER, Verkehr, Rz 15.45.

713 Siehe zur Zuständigkeit der KESB BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 450g ZGB N 8.

714 www.bazonline.ch/streit-um-zwangsimpfung-kesb-gelterkinder-sissach-setzt-bundesgerichtsurteil-nicht-um-401017495704; siehe zum ursprünglichen Entscheid des Bundesgerichts Rz 406 f.

715 WIDER/PFISTER-WIEDERKEHR, Rz 753; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Verfahrensgrundsätze, Rz 5.96; WIDER, Verkehr, Rz 15.45.

716 BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 450g ZGB N 52.

356 Falls dennoch ausnahmsweise⁷¹⁷ eine Zwangsvollstreckung durchgeführt werden soll, muss das Kind durch die Beistandsperson oder eine andere Vertrauensperson seinem Alter entsprechend informiert und einbezogen werden.⁷¹⁸ Dadurch kann die Belastung, die mit der Zwangsvollstreckung verbunden ist, für das Kind reduziert werden.

3. Persönlichkeitsrechte

357 Nachfolgend werden generell die Persönlichkeitsrechte von Kindern in medizinischen Behandlungen thematisiert, die auch für Pflegekinder gelten. Das Kind hat ein Recht darauf, kindgerecht informiert zu werden. Der Anspruch auf Information betreffend seine Gesundheitsbelange besteht bereits vor einer medizinischen Behandlung und dauert auch darüber hinaus.⁷¹⁹ Die Geheim- und Intimsphäre, die auch medizinische Informationen beinhalten, sind Teil der Persönlichkeitsrechte von Kindern. Demnach werden diese Informationen nur an die Eltern weitergegeben, wenn das urteilsfähige Kind eingewilligt hat (Art. 28 Abs. 2 ZGB). Zudem sind die behandelnden Ärzt*innen an das strafrechtliche Berufsgeheimnis gebunden (Art. 321 StGB), da das urteilsfähige Kind als Patient*in Geheimnisher*in ist. Dadurch wird das Vertrauensverhältnis zwischen den Kindern und den behandelnden Ärzt*innen geschützt. Sofern die Eltern gegen den Willen des Kindes informiert werden (beispielsweise bei gynäkologischen, urologischen oder psychotherapeutischen Beratungen und Behandlungen), führt dies oft zur Zerstörung dieses Vertrauensverhältnisses und dadurch zum Behandlungsabbruch durch das Kind.⁷²⁰

358 Jedoch dürfen Ärzt*innen die Eltern oder Dritte unter Umständen auch gegen den Willen des urteilsfähigen Kindes benachrichtigen, insbesondere bei eigentlichen Notstandssituationen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn das Kind sich selbst oder Dritte durch Suizidabsichten akut gefährdet. Die behandelnden Ärzt*innen müssen sich in der Regel aber schriftlich von der zuständigen kantonalen Behörde von der Schweigepflicht entbinden lassen (Art. 321 Abs. 2 StGB), wenn sie meinen, dass die Information der Eltern im Interesse des Kindes und dessen Gesundheit erforderlich sei.⁷²¹

359 Bei gesetzlichen Melderechten oder -pflichten ist im Kinderschutzverfahren keine Entbindung vom Berufsgeheimnis erforderlich. Nach Art. 314c Abs. 2 Satz 1 ZGB sind Ärzt*innen berechtigt (aber nicht verpflichtet), der KESB Meldung zu erstatten, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität des Kindes gefährdet scheint und die Meldung im Interesse des Kindes liegt. Dies ist

717 Vgl. AFFOLTER-FRINGELI, Verfahrensgrundsätze, Rz 5.96.

718 WIDER, Verkehr, Rz 15.48.

719 HOTZ, Verfahren, Rz 7.41; vgl. auch MICHEL, Rechte, 188 ff.

720 BÜCHLER/MICHEL, 108 f.; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 808; HOTZ, Verfahren, Rz 7.11.

721 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 109; vgl. zum Notstand auch MICHEL, Rechte, 102 ff. m.w.H.

vor allem wichtig, wenn Kinderärzt*innen bei Untersuchungen oder Behandlungen Kindesmisshandlungen feststellen. Weil sie häufig die Ersten sind, die Risikofaktoren und Verletzungen erkennen können, spielen sie eine sehr wichtige Rolle bei der Prävention und Früherfassung von Kindesmisshandlungen.⁷²² Mitarbeitende von öffentlichen Spitex-Organisationen, die beispielsweise ein Kind mit Behinderung pflegen, sind als Personen in amtlicher Tätigkeit sogar zu einer Meldung verpflichtet (Art. 314d Abs. 1 Ziff. 2 ZGB).⁷²³

360 Da es sich um ein Melderecht der Ärzt*innen handelt, benötigen diese weder die Einwilligung der Patient*innen noch die Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht durch die zuständige kantonale Behörde. Jedoch müssen sie die jeweils konkret vorliegenden, verschiedenen Interessen abwägen. Ärzt*innen dürfen nur eine Meldung an die KESB erstatten, sofern sie aufgrund der Interessenabwägung der Ansicht sind, dass die Meldung dem Kindeswohl dient und zum Schutz des Kindes notwendig ist.⁷²⁴

361 Das Melderecht gilt aber nicht für Hilfspersonen von primären Träger*innen eines Berufsgeheimnisses im Sinne von Art. 321 StGB wie beispielsweise Sozialarbeitende einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Sofern diese eigenständig eine Meldung vornehmen möchten, müssen sie sich vom Berufsgeheimnis entbinden lassen (Art. 314c Abs. 2 Satz 2 ZGB). MARANTA empfiehlt in einem solchen Fall, um Zeit einzusparen, dass die primären Träger*innen eines strafrechtlichen Berufsgeheimnisses selbst die Meldung einreichen, wenn die betroffene Person dagegen ist oder diesbezüglich urteilsunfähig scheint.⁷²⁵

362 Spitalinterne Kindesschutzgruppen, die interdisziplinär zusammengesetzt sind (beispielsweise Gynäkolog*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeitende, Pflegefachleute etc.), können den Eltern keine verbindlichen Vorgaben zur medizinischen Behandlung ihres Kindes machen. Umso mehr braucht es eine Meldung an die KESB, die verbindlich vorschreiben und kontrollieren kann, ob das Kind die erforderliche medizinische Behandlung erhält.

363 Erfreulicherweise liegt der Fokus in der Fachliteratur neben den Persönlichkeitsrechten von urteilsfähigen Kindern auch vermehrt auf denjenigen von urteilsunfähigen Kindern. Die Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung soll aufgeweicht und das Verhältnis zwischen Autonomie und Fürsorge entspannt werden. Um dies zu erreichen, sollen urteilsunfähige Kinder im Entscheidungsverfahren eine Stimme erhalten, sie sollen soweit möglich informiert werden und mitwirken können, auch wenn die gesetzliche Vertretung selbst entscheidet.⁷²⁶

722 Vgl. BÜCHLER/MICHEL, 109; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 801 ff.; FRIEDRICH/SCHMID, 25; vgl. zu den spitalinternen Kindesschutzgruppen auch PFISTER PILLER, Rz 5.15 ff.; vgl. auch Urteil des BGer vom 27. 2. 2024, 5A_911/2023, lit. A.b. und E. 3.3.1.

723 KOKES, Melderechte, 147 ff.; CR CC I-MEIER, Art. 314c–314e ZGB N 45 ff.

724 Empfehlungen Ärzteschaft, 2.

725 MARANTA, 237; vgl. auch BIDERBOST, KESB, 45.

726 BÜCHLER/MICHEL, 114; vgl. auch STREULI/BERGSTRÄSSER, welche ein Shared-Decision-Making-Modell in der Kinder- und Jugendmedizin vorstellen; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*,

364 Eine medizinische Behandlung kann nur erfolgreich sein, wenn das betroffene Kind die Behandlung mitträgt. Dazu ist erforderlich, dass das Kind im Voraus über die Behandlung aufgeklärt worden ist und diese verstanden hat. Zudem sollte das Kind während der Behandlung von seinen Eltern oder anderen Bezugspersonen unterstützt werden.⁷²⁷ Denn die Partizipation des Kindes hilft, das gewünschte Ziel der medizinischen Behandlung zu erreichen.⁷²⁸

4. Rechte nach der Kinderrechtskonvention

365 Die Rechte betreffend die Gesundheitsversorgung von Kindern sind im Wesentlichen durch Art. 24 UN-KRK gewährleistet. Obwohl der Standard in der Grundversorgung und in der Behandlung von Krankheiten in der Schweiz hoch ist, ist sie vom UN-Kinderrechtsausschuss in seinem Bericht aus dem Jahr 2015 in Bezug auf einige Gesundheitsbelange des Kindes explizit kritisiert worden. Die Gesundheit mit den kinderspezifischen Herausforderungen wie ADHS, Autismusspektrumstörung, Übergewicht, Magersucht oder Suizidalität ist ein Bereich von grösster Wichtigkeit für das Kind.⁷²⁹ Laut Art. 24 UN-KRK haben Kinder ein Recht auf das «erreichbare Höchstmass an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit».⁷³⁰

366 Dabei versteht der UN-Kinderrechtsausschuss den Begriff der Gesundheit weit und das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand als ein umfassendes Recht. Dieses beinhaltet neben der rechtzeitigen und angemessenen Prävention, der Gesundheitsförderung, den kurativen, rehabilitativen und palliativen Dienstleistungen auch das Recht auf Wachstum und Entwicklung des vollen Potenzials.⁷³¹ Wenn Kinder und somit auch Pflegekinder nicht genügend gesundheitlich versorgt sind, liegt demnach eine Verletzung von Art. 24 UN-KRK vor.

367 Das Recht auf Gesundheit umfasst auch die Mitwirkung von Kindern an medizinischen Entscheidungen, wie sie in Art. 12 UN-KRK verankert ist. Der General Comment No. 12 betont die Mitwirkungsrechte des Kindes nach Art. 12 UN-KRK in sämtlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung besonders. Der UN-Kinderrechtsausschuss hält explizit fest, dass auch bereits sehr junge Kinder partizipieren können sollen und dies auf individueller wie institutioneller Ebene. Demnach müssen unter anderem medizinische Fachpersonen und Institutionen des Gesundheitsbereichs wie beispielsweise

Rz 809 f.; HOTZ, Verfahren, Rz 7.2 und 7.29 ff.; WYSS, 78 ff. jeweils m.w.H.; siehe zum Einbezug urteilsunfähiger Kinder auch Rz 198 ff. und 380 ff.

727 HOTZ, Verfahren, Rz 7.10.

728 ABRAHAM *et al.*, Zaubersalbe, 66; vgl. auch WINTER, 204.

729 CRC/C/CHE/CO/2-4 Ziff. 42 f. und 54 ff.; vgl. HOTZ, Verfahren, Rz 7.13.

730 Es handelt sich um ein subjektives Recht; KÜNZLI/ACHERMANN, 11 (Fn 17).

731 WEBER KHAN/HOTZ, 42.

Spitäler Kinder insbesondere zu ihren Bedürfnissen mit Blick auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, das altersunabhängige Recht auf medizinische Beratung, den Informed Consent sowie die behindertengerechte Aufklärung befragen.⁷³²

- 368 Auch laut dem jüngeren General Comment No. 15 müssen sowohl die Eltern als auch die medizinischen Fachpersonen Kinder über sämtliche sie betreffende Gesundheitsbelange informieren sowie deren Meinung dazu einholen.⁷³³ Im Rahmen seines Mitspracherechts kann sich das Kind zu seiner Behandlung äussern, Fragen stellen und mitentscheiden, von wem es wo behandelt wird. Ausserdem kann das Kind sich im Verfahren respektive im Entscheidungsprozess begleiten und unterstützen lassen.⁷³⁴
- 369 Wenn es um Entscheidungen betreffend die Gesundheit des Kindes geht, muss das Kind über die geplanten Behandlungen, ihre Folgen sowie allfällige Alternativen angemessen informiert werden. Ausserdem sind die Ansichten des Kindes einzubeziehen. Je älter und reifer das Kind ist, desto stärker müssen seine Ansichten und sein zustimmender oder ablehnender Wille berücksichtigt werden.⁷³⁵
- 370 Somit umfasst das Partizipationsrecht des Kindes nach Art. 12 UN-KRK neben der Selbstbestimmung und dem Informed Consent die Mitwirkung am gesamten Entscheidungsprozess.⁷³⁶ Das urteilsunfähige Kind verfügt über die gleichen Partizipationsrechte wie das urteilsfähige Kind, ausser dass es nicht eigenständig in die medizinische Behandlung einwilligen respektive diese ablehnen kann. Partizipation im Gesundheitsbereich bedeutet auch, das Kind möglichst früh sowie fortlaufend kindgerecht über seine Rechte und Möglichkeiten im Prozess zu informieren. Dies beinhaltet zudem, das Kind über den ganzen Ablauf (zum Beispiel Vorbereitung auf einen Spitalaufenthalt, Situation nach einem Eingriff und nach dem Spitalaustritt) und in allen anschliessenden Folgeentscheidungen zu begleiten und einzubeziehen.⁷³⁷
- 371 Nach HOTZ muss die KESB in gesundheitlichen Belangen im Kindes-schutzverfahren regelmässig eine Kindesvertretung einsetzen, wenn das urteilsfähige Kind dies beantragt. Sie begründet ihre Forderung damit, dass Art. 12 UN-KRK direkt anwendbar sei und dies den Bestimmungen im Adoptionsrecht (Art. 268^ater Abs. 1 ZGB) und im eherechtlichen Verfahren (Art. 299 Abs. 3 ZPO) entspreche.⁷³⁸ Dem ist aus den genannten Gründen zuzustimmen.⁷³⁹

732 Zum Ganzen CRC/C/GC/12, Ziff. 98 ff.; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.7.

733 Zum Ganzen CRC/C/GC/15, Ziff. 19; HK UN-KRK-SCHMAHL, Art. 12 UN-KRK N 22; SCHMAHL, 95 ff.; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.17; LANSDOWN, 50 f.

734 HOTZ, Verfahren, Rz 7.42 f.

735 WEBER KHAN/HOTZ, 43.

736 MICHEL, Rechte, 188 ff.; WEBER KHAN/HOTZ, 101.

737 WEBER KHAN/HOTZ, 101 ff.

738 HOTZ, Verfahren, Rz 7.113; siehe zur Kindesvertretung in gesundheitlichen Belangen auch KINDERANWALTSCHAFT SCHWEIZ, Stellungnahme Kinderrechtskommentare, 3 f.

739 Siehe dazu auch Rz 248 und 252.

372 Nach PFISTER PILLER muss eine Kindesvertretung im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung sämtliche Interessen, Anliegen und Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen. Ausserdem sollte sie ein Vertrauensverhältnis zum Kind aufbauen, um dessen Willen zu eruieren.⁷⁴⁰ Bei einem urteilsunfähigen Kind hat die Kindesvertretung regelmässig das Spannungsverhältnis zwischen dem Kindeswillen und dem Kindeswohl wahrzunehmen. Insbesondere die Situation mit einem sehr jungen oder gesundheitlich sehr gefährdeten Kind, in der kurzfristig ein Entscheid gefällt werden muss, ist diesbezüglich herausfordernd. Die Kindesvertretung sollte idealerweise nicht nur zum Kind, sondern auch zur KESB, den Eltern und den behandelnden Ärzt*innen ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Es braucht ein spezifisches Rollenbewusstsein sowie ein Verständnis für interdisziplinäre Koordination, um diese Anforderung zu erfüllen. Deshalb müssen Weiterbildungsangebote für die Kindesvertretung im Rahmen von medizinischen Behandlungen von Kindern vorliegen. PFISTER PILLER wünscht diesbezüglich zu Recht, dass in grösseren Kinderspitälern ein Pool von spezialisierten Kindesvertretungen aufgebaut wird. So wäre sichergestellt, dass Personen mit entsprechender Fachqualifikation innert nützlicher Frist verfügbar sind.⁷⁴¹

5. Rechte nach der Behindertenrechtskonvention

- 373 Art. 7 Abs. 2 der UN-BRK sieht vor, dass bei allen Massnahmen, die Kinder mit Behinderung betreffen, das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen ist. Dies betrifft auch Massnahmen zu deren Gesundheit.⁷⁴² Art. 23 Abs. 3 UN-KRK verpflichtet die Vertragsstaaten ausdrücklich, die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung so gut wie möglich sicherzustellen – unter Berücksichtigung der finanziellen Mittel der Eltern.⁷⁴³
- 374 Nach Art. 17 UN-BRK hat jeder Mensch mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit. In diesen Schutzbereich fallen unter anderem Eingriffe wie Operationen, Humanforschung, Zwangssterilisationen, Impfzwang.⁷⁴⁴ Häufig werden Menschen mit Behinderung im «Sinne der Gesundheit» und im «vermeintlich besten Interesse» der Person diskriminiert. Deshalb sieht das neue Paradigma der UN-BRK die bis dahin umfassendsten Standards für die Rechte von Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen vor. Das Paradigma ist dagegen, Zwangseingriffe mittels medizinischer Notwendigkeit zu legitimieren. Weiter setzt es ausnahmslos auf den Grundsatz der Einwilligung nach Aufklärung. An Menschen mit Behinderung sollte nur eine medizinische Behandlung

740 PFISTER PILLER, Rz 3.79.

741 Zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 3.79 f.

742 SHK UN-BRK-GANNER, Art. 7 UN-BRK N 42.

743 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 17.

744 SHK UN-BRK-ROSCHE, Art. 17 UN-BRK N 11.

durchgeführt werden, wenn sie darin eingewilligt haben.⁷⁴⁵ Deshalb müssen die Vertragsstaaten der UN-BRK gewährleisten, dass Gesundheitsfachpersonen Menschen mit Behinderung nur auf der Grundlage ihrer freien und informierten Zustimmung behandeln (Art. 25 lit. d UN-BRK).⁷⁴⁶ Dies entspricht jedoch bei geistigen Behinderungen, in Folge derer die betroffenen Personen urteilsunfähig sind, nicht der geltenden Rechtslage in der Schweiz. Darauf wird zurückzukommen sein.

375 In Bezug auf die Einwilligung von Kindern mit Behinderung in medizinische Behandlungen wird kritisiert, dass Art. 19c Abs. 2 ZGB an die Urteilsfähigkeit anknüpft. Dadurch werden die Rechtsfähigkeit und der Rechtsschutz gewisser Kinder mit Behinderung, die nie Urteilsfähigkeit erlangen, beschränkt und sie haben nicht die gleiche Möglichkeit wie andere Kinder, ihre Rechte geltend zu machen.⁷⁴⁷ Folglich diskriminiert die Anknüpfung an die Urteilsfähigkeit diese Kinder mittelbar. Zudem wird befürchtet, dass die ohnehin schon ungenügend umgesetzten Partizipationsrechte bei Kindern mit Behinderung noch weniger gewährt werden, weil beispielsweise ausgebildete Fachpersonen für Anhörungen fehlen.⁷⁴⁸ INCLUSION HANDICAP fordert deshalb, dass auch die Urteilsfähigkeit von Kindern, die mittels unterstützter Entscheidungsfindung zu einem Urteil gelangen, anerkannt wird. Ausserdem seien Kinder mit Behinderung in allen sie betreffenden Verfahren zwingend durch spezifisch ausgebildete Fachpersonen anzuhören. Weiter soll die Meinung des Kindes berücksichtigt werden. Schliesslich wird gefordert, eine gesetzliche Pflicht einzuführen, die EACH-Charta einzuhalten.⁷⁴⁹

376 Art. 22 UN-BRK statuiert die Achtung der Privatsphäre. Gestützt auf dessen Abs. 2, schützen die Vertragsstaaten auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen die Vertraulichkeit von Informationen über die Person, die Gesundheit und die Rehabilitation von Menschen mit Behinderung. Dies ist für Menschen mit Behinderung besonders wichtig, da sie einerseits ihren Behindertenstatus und Informationen über ihre Gesundheit und ihre Krankengeschichte offenlegen müssen, um beispielsweise Sozialleistungen beanspruchen zu können. Andererseits besteht die Gefahr, dass personenbezogene Informationen zur Behinderung, die ohne Zustimmung offengelegt werden, verwendet werden, um Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Behinderung zu diskriminieren. Um dies zu verhindern, muss im Rahmen des Rechts auf Privatsphäre sichergestellt werden, dass zu einem bestimmten Zweck offengelegte Informationen nicht mehr als nötig weitergegeben und nicht für sachfremde Zwecke verwendet werden.⁷⁵⁰

745 SHK UN-BRK-NAGUIB, Art. 15 UN-BRK N 15.

746 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 29.

747 INCLUSION HANDICAP, Schattenbericht 2017, 25, siehe auch DERS., Schattenbericht 2022, 26.

748 Vgl. INCLUSION HANDICAP, Schattenbericht 2017, 25 f.; siehe auch DERS., Schattenbericht 2022, 26 f.

749 INCLUSION HANDICAP, Schattenbericht 2017, 29 f.

750 Zum Ganzen SHK UN-BRK-MEIER/NAGUIB, Art. 22 UN-BRK N 4 und 41.

- 377 Art. 25 UN-BRK statuiert für Menschen – und somit auch für Kinder – das Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Lit. b hält fest, dass die Vertragsstaaten Gesundheitsleistungen anbieten müssen, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Ausserdem müssen sie Leistungen zur Verfügung stellen, durch die zusätzliche Behinderungen bei Kindern möglichst gering gehalten oder vermieden werden. Dieses Recht auf gleichberechtigten und diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem beinhaltet auch das Recht auf Zugang zu gesundheitsrelevanten Versicherungsleistungen.⁷⁵¹ Es handelt sich um eine Verpflichtung der Vertragsstaaten, das erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit zu gewährleisten (Art. 25 lit. e UN-BRK).⁷⁵² Jedoch stellt laut Bundesrat nur das Verbot der Vornahme medizinischer Eingriffe ohne Einwilligung von Menschen mit Behinderung gemäss Art. 25 lit. d UN-BRK ein direkt anwendbares Individualrecht dar.⁷⁵³
- 378 Nachdem die Rechte von Kindern bei medizinischen Behandlungen dargestellt worden sind, wird nachfolgend auf die Besonderheiten bei Pflegekindern eingegangen, namentlich spezifische Aspekte in den Bereichen der Entscheidungszuständigkeiten und der Informationsflüsse.

C. Entscheidungszuständigkeiten

1. Urteilsfähigkeit bei Pflegekindern als Patient*innen

- 379 Medizinische Behandlungen betreffen die körperliche Integrität, die ein höchstpersönliches Recht darstellt. Damit die medizinische Behandlung als Eingriff in die körperliche Integrität gerechtfertigt werden kann (vgl. Art. 28 Abs. 2 ZGB), ist die Einwilligung des Pflegekindes erforderlich. Sofern das Pflegekind urteilsfähig ist, kann es, gestützt auf Art. 19c Abs. 1 ZGB, selbst in eine medizinische Behandlung einwilligen oder diese ablehnen. Dazu muss die Urteilsfähigkeit in Bezug auf das Pflegekind, die spezifische medizinische Behandlung sowie den jeweiligen Zeitpunkt beurteilt werden.⁷⁵⁴

2. Wille und Präferenzen

- 380 Das Konzept der Urteilsfähigkeit mit seinem Alles-oder-nichts-Prinzip im schweizerischen Handlungsfähigkeitsrecht wird von einem Teil der Lehre

751 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 2, 22 und 31.

752 SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 15.

753 Botschaft UN-BRK, 674; kritisch SHK UN-BRK-LANDOLT, Art. 25 UN-BRK N 43 ff.

754 Siehe dazu auch Rz 323 ff. m.w.H.

kritisiert.⁷⁵⁵ ROSCH schlägt in Anlehnung an die UN-BRK ein neues Konzept namens «Wille und Präferenzen» vor. Dabei wird der Fokus vermehrt auf die Partizipation der betroffenen Person gelegt.⁷⁵⁶ Partizipation spielt eine wichtige Rolle beim Versuch, den mutmasslichen Willen zu eruieren respektive den Willen und die Präferenzen der betroffenen Person bestmöglich zu interpretieren.⁷⁵⁷ Es geht vorwiegend darum, was die betroffene Person tun, unterlassen oder dulden möchte, anstelle der Frage, was gut für sie ist. Mit diesem Fokus auf den Willen und die Präferenzen der betroffenen Person muss deren Wille, wenn immer möglich, festgestellt und befolgt werden. Falls die Person urteilsunfähig ist, soll nach ihrem mutmasslichen Willen gehandelt werden. Dieser beurteilt sich nach der bisherigen Lebenseinstellung sowie dem bisherigen Verhalten und muss auf die aktuelle Fragestellung übertragen werden. Dies kann schwierig sein, insbesondere wenn zum Beispiel die Person durch ihre geistige Behinderung kognitiv sehr eingeschränkt ist oder ein Kind aufgrund seines Alters und seiner Entwicklung noch keine Urteilsfähigkeit erlangt hat. Diesfalls sind nach Art. 12 Abs. 4 UN-BRK analog der Wille und die Präferenzen der Person bestmöglich zu interpretieren, wobei deren Gewohnheiten, Verhaltensweisen und Äusserungen helfen.⁷⁵⁸

381 Wenn der Wille und die Präferenzen der urteilsunfähigen betroffenen Person befolgt werden und die Person dadurch gefährdet würde, stellt sich die Frage, ob die betroffene Person diese Gefährdung in Kauf nehmen würde. Nach ROSCH braucht es dafür eine Abwägung der Selbstbestimmung und der verschiedenen grundrechtlichen Interessen. Ausserdem müsse kontrolliert werden, ob aus der Sicht der betroffenen Person eindeutig gegenteilige Interessen deren Selbstbestimmung deutlich überwiegen.⁷⁵⁹ Beispielsweise müsste, entgegen dem Willen des urteilsunfähigen Pflegekinds, eine Behandlung ohne Zustimmung in Form einer zwangsweisen Ernährung angeordnet werden, wenn die Situation nicht mehr mit der Menschenwürde vereinbar ist, weil das urteilsunfähige Pflegekind sich selbst durch seine Essstörung gefährdet. In einem solchen Fall bestehen keine Unterschiede zur geltenden Rechtslage, wonach die Eltern für ihr urteilsunfähiges Kind entscheiden und dabei an das Kindeswohl gebunden sind. Sie müssen in eine zwangsweise Ernährung einwilligen, sofern diese medizinisch indiziert ist und das Kindeswohl diese erfordert. Trotzdem müssen sie, soweit tunlich, auf die Meinung des Kindes Rücksicht nehmen (Art. 301 Abs. 2 ZGB).

755 Vgl. beispielsweise AEBI-MÜLLER, Selbstbestimmung, 155 ff.; BOENTE, Prüfstand, 126 ff.; DERS., Zwischenruf, 119 ff.; HAUSSENER, Rz 345 ff.; SHK UN-BRK-ROSCHE, Art. 12 UN-BRK N 115; vgl. auch MICHEL/RUTISHAUSER, 16 f.

756 ROSCH, Erwachsenenschutz, 476.

757 Vgl. AEBI-MÜLLER, Patient, Rz 116 ff.; SUTER, Rz 20 ff.

758 Zum Ganzen ROSCH, Erwachsenenschutz, 476; siehe auch SHK UN-BRK-ROSCHE, Art. 12 UN-BRK N 99 und 130 ff. m.w.H.

759 Zum Ganzen ROSCH, Erwachsenenschutz, 477.

382 Die erwähnte Kritik am Konzept der Urteilsfähigkeit mit seinem Alles-oder-nichts-Prinzip im schweizerischen Handlungsfähigkeitsrecht ist nach der hier vertretenen Ansicht gerechtfertigt. Die Beurteilung, ob eine Person im konkreten Fall urteilsfähig ist oder nicht, gestaltet sich in der Praxis schwierig. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Urteilsfähigkeit zwar ein Rechtsbegriff ist, bei dessen Beurteilung Jurist*innen praktisch aber auf Fachpersonen wie zum Beispiel Ärzt*innen angewiesen sind.⁷⁶⁰ Insbesondere bei Kindern ist dies komplex, da sie bereits ab einem jungen Alter mitwirken möchten und können, ohne im juristischen Sinne urteilsfähig zu sein. Sie müssen am Entscheid über eine medizinische Behandlung partizipieren können. Durch die vorgeschlagene Orientierung am Willen und an den Präferenzen des urteilsunfähigen Kindes wird dessen Partizipation vermehrt gewichtet. Das Konzept entschärft das Alles-oder-nichts-Prinzip, indem es einen Übergang zwischen Urteilsfähigkeit und Urteilsunfähigkeit ermöglicht. Nichtsdestotrotz gilt aktuell die Urteilsfähigkeit mit ihrem Alles-oder-nichts-Prinzip im schweizerischen Handlungsfähigkeitsrecht. Jedoch können aus dem oben ausgeführten Konzept vom Willen und den Präferenzen wichtige Gedanken mitgenommen werden, um diese starren Grenzen zukünftig aufzubrechen und eine grössere Selbstbestimmung des urteilsunfähigen Kindes zu ermöglichen.

3. Urteilsunfähigkeit bei Pflegekindern als Patient*innen

a. Grundsatz der elterlichen Sorge

383 Falls das Pflegekind nach dem geltenden Recht nicht urteilsfähig ist hinsichtlich der medizinischen Behandlung, entscheidet seine gesetzliche Vertretung. Dies sind regelmässig die Herkunftseltern, sofern ihnen die elterliche Sorge im medizinischen Bereich nicht entzogen worden ist. Ansonsten entscheidet eine allfällig eingesetzte Beistandsperson, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 und 3 ZGB, oder die KESB entscheidet selbst nach Art. 307 Abs. 1 ZGB. Nachfolgend werden deshalb die Vertretungsrechte der Herkunftseltern, der Pflegeeltern sowie weiterer Personen untersucht.

384 In der Schweiz gilt der Grundsatz der gemeinsamen elterlichen Sorge.⁷⁶¹ Demnach steht das Kind bis zu seiner Volljährigkeit unter der gemeinsamen elterlichen Sorge von Mutter und Vater (Art. 296 Abs. 2, Art. 298a Abs. 1, Art. 298b Abs. 1 ZGB). Es gibt keine Legaldefinition der elterlichen Sorge; diese stellt aber die «Gesamtheit der elterlichen Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen» dar, die die Eltern dem Kindeswohl entsprechend wahrnehmen müssen. Diese Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen umfassen insbesondere die

⁷⁶⁰ Vgl. zur Problematik TUR/PETERMANN, 136.

⁷⁶¹ Vgl. auch HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz 1395 und 1406; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 43 Rz 1 und 6.

Pflege des Kindes, dessen Erziehung, die Bestimmung seines Aufenthaltsortes, seine gesetzliche Vertretung sowie die Verwaltung des Kindesvermögens.⁷⁶²

- 385 Bei der Vertretung ihres Kindes sind die Eltern nicht frei; ihr Handeln ist einerseits durch das Kindeswohl begrenzt (Art. 301 Abs. 1 ZGB, Art. 3 UN-KRK), andererseits durch die Persönlichkeitsrechte des Kindes, insbesondere dessen höchstpersönliche Rechte (Art. 305 Abs. 1 ZGB). Zudem müssen die Eltern mit zunehmendem Alter des Kindes dessen Meinung berücksichtigen. Sofern die Interessen der Eltern mit denjenigen des Kindes kollidieren, entfällt die Vertretungsbefugnis der Eltern von Gesetzes wegen in dieser Angelegenheit (Art. 306 Abs. 2 und 3 ZGB).⁷⁶³ Weiter kann die elterliche Sorge durch eine Kinderschutzmassnahme, gestützt auf Art. 308 ff. ZGB, eingeschränkt sein.⁷⁶⁴
- 386 Die Eltern müssen unter Vorbehalt der eigenen Handlungsfähigkeit des Kindes die nötigen Entscheidungen fällen (Art. 301 Abs. 1 ZGB).⁷⁶⁵ Sofern sie über die gemeinsame elterliche Sorge verfügen, haben beide Elternteile von Gesetzes wegen die Entscheidungskompetenzen inne. Wenn ein Elternteil das Kind jeweils betreut, kann er allein entscheiden, falls es sich um eine alltägliche oder dringliche Angelegenheit handelt oder er den anderen Elternteil nicht mit vernünftigem Aufwand erreichen kann (Art. 301 Abs. 1^{bis} ZGB). Ansonsten müssen beide Elternteile die Entscheidung zusammen treffen.⁷⁶⁶
- 387 Die Herkunftseltern sind insbesondere im Rahmen ihrer elterlichen (Rest-) Sorge hinsichtlich der Einwilligung in medizinische Eingriffe beim Pflegekind vertretungsbefugt.⁷⁶⁷ Im medizinischen Bereich kann beispielsweise der betreuende Elternteil selbst folgende alltägliche Entscheidungen treffen: Vorsorgeuntersuchungen, Termine bei Ärzt*innen und Therapie bei Kinderkrankheiten und nicht bedrohlichen Infekten, Notfallversorgung (beispielsweise nach Unfällen) sowie Zahnbehandlungen.⁷⁶⁸ Hingegen können nur die Herkunftseltern gemeinsam folgende Entscheide von erheblicher Bedeutung fällen: medizinische Eingriffe mit beträchtlichem Komplikationsrisiko (zum Beispiel chirurgische Eingriffe), medikamentöse Therapien mit erheblichen Nebenwirkungen (beispielsweise mit Ritalin), Impfungen nach schweizerischem Impfplan, fachärztliche Abklärungen und Therapien (zum Beispiel kinderpsychiatrische Abklärung) und zahntechnische oder dentalchirurgische Behandlungen (Zahnspange, Implantate etc.).⁷⁶⁹
- 388 Es ist möglich, dass sich die Herkunftseltern mittels Vereinbarung gegenseitig einzelne Entscheidungsbefugnisse, die auch wichtige Belange betref-

762 Zum Ganzen CANTIENI, Sorge, Rz 12.2; vgl. auch CANTIENI/WYSS, Rz 696; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 938 und 946; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz 1413 ff.

763 Vgl. auch CANTIENI, Sorge, Rz 12.2 f.; DERS., Vertretung, Rz 13.2.

764 CANTIENI, Vertretung, Rz 13.1.

765 CANTIENI, Sorge, Rz 12.16.

766 Zum Ganzen CANTIENI, Sorge, Rz 12.18; vgl. auch CANTIENI/WYSS, Rz 705.

767 GLOOR/UMBRICHT, Rz 13.50.

768 CANTIENI, Sorge, Rz 12.22; vgl. auch RAVEANE, 173.

769 Zum Ganzen CANTIENI, Sorge, Rz 12.22; vgl. auch RAVEANE, Rz 168 und 172 f.

fen können, zur Alleinentscheidung übertragen.⁷⁷⁰ Dabei dürfen gutgläubige Drittpersonen voraussetzen, dass der jeweils entscheidende Elternteil im Einvernehmen mit dem andern handelt (Art. 304 Abs. 2 ZGB). Daher darf zum Beispiel die Kinderärztin annehmen, dass sich die Eltern abgesprochen haben, wenn sie der Vater mit dem Kleinkind aufsucht, damit sie bei diesem die üblichen Vorsorgeimpfungen durchführt.⁷⁷¹ Unter Vorbehalt der Alleinentscheidungsbefugnisse nach Art. 301 Abs. 1^{bis} ZGB müssen sich die Herkunftseltern aber einigen. Die KESB kann erst eingreifen, wenn sich die Herkunftseltern gegenseitig mit ihren Entscheidungen blockieren, sodass eine Pattsituation entsteht, aus der eine rechtlich relevante Kindeswohlgefährdung resultiert.⁷⁷² Dabei stellt die KESB keine Konfliktlösungsinstanz dar, sondern sie greift erst ein, wenn das Kindeswohl durch die Pattsituation zwischen den Herkunftseltern gefährdet ist.⁷⁷³ Die Herkunftseltern können auch gemeinsam vereinbaren, einzelne Entscheidungsbefugnisse in wichtigen Belangen auf die Pflegeeltern zu übertragen. Das sollten sie vertraglich festhalten, da diesfalls die Vermutung von Art. 304 Abs. 2 ZGB nicht greift. Sofern ein Elternteil die alleinige elterliche Sorge innehat, kann er allein entscheiden.⁷⁷⁴

389 Die KESB kann aber auch eine Beistandschaft für das Pflegekind anordnen. Der Beistandsperson kann sie besondere Befugnisse übertragen und die elterliche Sorge entsprechend einschränken. Beispielsweise kann die Beistandsperson gesetzliche Vertreterin sein für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung des Kindes, wobei die Eltern die Vertretungsbefugnis nur noch für die weiteren Kinderbelange innehaben. Ausserdem kann die KESB als schärfste Kinderschutzmassnahme die elterliche Sorge entziehen. Sofern sie diese beiden Elternteile entzieht, muss sie einen Vormund einsetzen. Die Vormundin hat die gleichen Rechte inne wie die Eltern (vgl. Art. 327c Abs. 1 ZGB).⁷⁷⁵

390 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Herkunftseltern des Pflegekindes auch während dessen ausserfamiliärer Unterbringung – unabhängig davon, ob es sich um eine vereinbarte oder eine behördliche Platzierung handelt – sorge- und entscheidungsberechtigt sind. Demnach können sie auch bei einer ausserfamiliären Unterbringung über eine medizinische Behandlung beim Pflegekind entscheiden, sofern dieses einerseits urteilsunfähig ist und kein absolut höchstpersönliches Recht betroffen ist (vgl. Art. 19c ZGB), andererseits die elterliche Sorge nicht entsprechend eingeschränkt worden ist.⁷⁷⁶ Sie können ihre Entscheidungsbefugnisse aber auch auf die Pflegeeltern übertragen.

770 CANTIENI, Sorge, Rz 12.23; CANTIENI/WYSS, Rz 705.

771 HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz 1447 (inklusive Fn 842).

772 CANTIENI, Sorge, Rz 12.24; vgl. auch BGE 146 III 313; CANTIENI/WYSS, Rz 706; GLOOR/UMBRICHT, Rz 13.9 und 13.31; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz 1452 ff.

773 BRUTTIN/MICHEL, 1121.

774 CANTIENI, Sorge, Rz 12.27; vgl. auch GLOOR/UMBRICHT, Rz 13.10; siehe zum Ganzen auch WYSS, 57 ff.

775 Siehe zu den Kinderschutzmassnahmen auch Rz 345 ff. m.w.H.

776 GASSNER, Vertretungsrecht, 92.

b. Vertretungsrecht der Pflegeeltern

- 391 Die Pflegeeltern vertreten die Herkunftseltern nur in der Ausübung der elterlichen Sorge, soweit es zur gehörigen Erfüllung ihrer Aufgabe notwendig ist (vgl. Art. 300 Abs. 1 ZGB); sie haben die elterliche Sorge nicht inne. Dabei umfasst der Begriff Pflegeeltern nicht nur das Wort im engeren Sinn, sondern auch Dritte, Verwandte, Institutionen (zum Beispiel Heime oder Internate) oder adoptionswillige Eltern, die die Obhut über das Pflegekind ausüben.⁷⁷⁷ Deshalb gelten die folgenden Ausführungen auch für Heimerziehende, die für das Pflegekind zuständig sind.
- 392 Die Pflegeeltern treffen Entscheidungen, welche ihrer Natur nach üblicherweise den unmittelbar Erziehenden obliegen (Alltagssorge) oder welche ihnen von den Herkunftseltern ausdrücklich oder stillschweigend überlassen werden. Ausserdem sind die Pflegeeltern in Fällen der Dringlichkeit (beispielsweise bei einem medizinischen Notfall) und/oder bei Abwesenheit beziehungsweise bei Urteilsunfähigkeit der Herkunftseltern vertretungsbefugt.⁷⁷⁸
- 393 Ob die Herkunftseltern oder die Pflegeeltern für Entscheide über eine medizinische Behandlung des Pflegekindes zuständig sind, bestimmt sich nach dem Krankheitsbild sowie der Art und Intensität der Behandlung. Während die Entscheidungszuständigkeit bei schweren Eingriffen und Behandlungen relativ eindeutig ist, verwischen die Zuständigkeiten, sobald es sich um vornehmlich präventive Untersuchungen oder Therapien handelt. So entscheiden zum Beispiel die Herkunftseltern des Pflegekindes über schwerwiegende medizinische Eingriffe und Behandlungen wie beispielsweise eine Herzoperation oder eine Chemotherapie. Im Allgemeinen sind sie auch befugt, über nicht routinemässige Impfungen und im Voraus planbare Behandlungen oder Therapien des Kindes zu entscheiden. Die Pflegeeltern können über kleinere Eingriffe, wie beispielsweise das Nähen einer kleinen Wunde am Bein, entscheiden. Sofern Dringlichkeit vorliegt, sind die Pflegeeltern vertretungsweise für schwerwiegende medizinische Behandlungen und Eingriffe entscheidungsbefugt. Dies ist zum Beispiel der Fall bei einer notfallmässigen Spitalbehandlung, deren Aufschub eine Kindeswohlgefährdung zur Folge hätte.⁷⁷⁹ Auch die Pflegeeltern müssen im Kindeswohl entscheiden und in eine medizinisch indizierte Behandlung einwilligen, wenn das Kindeswohl diese erfordert.
- 394 Die Lehre ist sich nicht einig, ob die Herkunftseltern für empfohlene Basisimpfungen, blosse Abklärungen respektive routinemässige Untersuchungen

777 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310 ZGB N 12; Botschaft Kindesverhältnis, 75 f.; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1092; HEGNAUER, Rz 25.12; MAZENAUER/GASSNER, 280; BSK ZGB I-SCHWENZER/COTTIER, Art. 300 ZGB N 2.

778 GASSNER, Vertretungsrecht, 92 und 94; vgl. auch VÖLKE, 77 und 90.

779 Vgl. GASSNER, Vertretungsrecht, 102 f.; MICHEL, Rechte, 137; vgl. auch GLOOR/SCHWEIGHAUER, 15; vgl. zum deutschen Recht KÜFNER/SCHÖNECKER, 67, wo beispielsweise die Herkunftseltern über Ritalinbehandlungen bei ADHS entscheiden; vgl. hierzu auch MÖGEL/JENNI, Versorgung, 269.

zuständig sind.⁷⁸⁰ Es bestehen Unsicherheiten darüber, ob dann die Herkunftseltern des Pflegekindes oder die Pflegeeltern entscheiden. In der Praxis zeigt sich, dass die Frage, wer in diesen Fällen entscheidungsbefugt ist, zu grossen Unsicherheiten führt. Beispielsweise kann die Gesundheitsversorgung des Pflegekindes gefährdet sein, wenn jeweils die Zustimmung der Herkunftseltern für Vorsorgeuntersuchungen eingeholt werden muss und sich dies als schwierig erweist. Erst kürzlich urteilte das Bundesgericht, dass bei Uneinigkeit der leiblichen Mutter und der Pflegeeltern darüber, ob beim Pflegekind die Basisimpfungen durchgeführt werden sollen, die KESB zu entscheiden hat. Diese sei infolge des Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts für die Betreuung des Pflegekindes verantwortlich und müsse auch dessen Gesundheit schützen. Deshalb könne die KESB hinsichtlich typischer Kinderkrankheiten nicht dieselben Risiken eingehen wie Eltern, die bei Einigkeit auf die Basisimpfungen beim in ihrer Obhut stehenden Kind verzichten können. Somit müsse sich die KESB an den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit orientieren.⁷⁸¹ Daraus lässt sich folgern, dass sich die KESB generell bei medizinischen Entscheidungen in Bezug auf das Pflegekind an Richtlinien respektive behördliche Empfehlungen halten muss, sofern solche vorhanden sind.

- 395 Ausserdem hängt es vom Willen der Beteiligten ab, folglich dem Pflegevertrag, ob die Pflegeeltern auch für die medizinischen Belange des Pflegekindes zuständig sind.⁷⁸² Mittels eines Pflegevertrags können die Parteien nämlich Vereinbarungen über beispielsweise die Vorgehensweise bei Krankheit oder Unfall des Pflegekindes oder die Berücksichtigung seiner speziellen Bedürfnisse bei Allergien, Therapien etc. treffen. Sie können auch festlegen, wer das kranke Kind betreut, wer darüber informiert werden muss und wer mit ihm bei Bedarf Ärzt*innen respektive das Spital aufsucht. Weiter können die Parteien vereinbaren, Entscheidungen gemeinsam treffen zu wollen, oder generell die Pflegeeltern oder die Herkunftseltern für entscheidungsberechtigt erklären.⁷⁸³ Weil die Pflegeeltern das Pflegekind im Alltag betreuen, sind sie berechtigt, alltägliche Entscheidungen zum Beispiel über Vorsorgeuntersuchungen, planbare Behandlungen oder Therapien des Kindes sowie Zahnbehandlungen vertretungsweise zu treffen (Art. 301 Abs. 1^{bis} Ziff. 1 ZGB analog).⁷⁸⁴ Um Unklarheiten hinsichtlich der Entscheidungsbefugnisse zu verhindern, sollten diese deshalb vertraglich zwischen den Herkunftseltern und den Pflegeeltern geregelt werden.⁷⁸⁵ Hingegen sind die Pflegeeltern bezüglich medizinischer Entscheidungen, die nicht die Betreuung des Pflegekindes im Alltag betreffen,

780 Anders in Deutschland, wo die Pflegeeltern über routinemässige Untersuchungen und empfohlene Basisimpfungen entscheiden; vgl. KÜFNER/SCHÖNECKER, 67.

781 Urteil des BGer vom 6. 7. 2023, 5A_310/2023; siehe auch Rz 408 ff.

782 MICHEL, Rechte, 137; vgl. auch BSK ZGB I-SCHWENZER/COTTIER, Art. 300 ZGB N 7.

783 FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 165; GASSNER, Pflegeeltern, Rz 180.

784 Vgl. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 301 ZGB N 18; vgl. auch BLUM, Recht, 188 f.

785 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 301 ZGB N 35.

wie beispielsweise chirurgische Eingriffe, Behandlung mit Ritalin, empfohlene Basisimpfungen, Abklärungen und kieferorthopädische Behandlungen, nicht entscheidungsberechtigt.

- 396 Im Alltag vertreten Pflegeeltern oftmals ihre Pflegekinder, indem sie Fachpersonen auf bestimmte Schwierigkeiten hinweisen, um Gespräche bitten und die Wünsche ihrer Pflegekinder weiterleiten.⁷⁸⁶ Mit Blick auf diese Unsicherheiten bezüglich der Entscheidungsbefugnis stellt sich die Frage, ob den Herkunftseltern ohnehin gleichzeitig mit der ausserfamiliären Unterbringung ihres Kindes das Vertretungsrecht im medizinischen Bereich entzogen werden soll. Diesfalls könnte eine Beistandsperson eingesetzt werden, die die entsprechende Vertretungsbefugnis aufwiese. Jedoch ist es aus Gründen der Verhältnismässigkeit nicht notwendig, den Herkunftseltern in jedem Fall die Vertretung im medizinischen Bereich zu entziehen. Denn dieser bedeutet einen erheblichen Eingriff in die elterliche Sorge. Zudem gibt es auch Fälle, in denen die Herkunftseltern selbst gewährleisten können, dass ihr ausserfamiliär untergebrachtes Kind umfassend medizinisch versorgt wird.
- 397 Im deutschen Recht besteht die Möglichkeit, den Pflegeeltern weitere sorgerechtliche Befugnisse, wie allenfalls die Vertretung im medizinischen Bereich, zu übertragen. Dadurch können Unklarheiten, ob die Herkunftseltern oder die Pflegeeltern entscheidungsbefugt sind, beseitigt werden. Diese deutsche Regelung stellt eine wichtige Differenz zum Vertretungsrecht der Pflegeeltern nach schweizerischem Recht dar; ansonsten unterscheiden sich die beiden Regelungen kaum. Im deutschen Recht können den Pflegeeltern durch das Familiengericht weitere sorgerechtliche Befugnisse, die über § 1688 BGB hinausreichen, wie grundlegende Entscheidungen oder die gesamte Personensorge, übertragen werden (§ 1630 Abs. 3 BGB). Dies geschieht freiwillig auf Antrag der Herkunftseltern respektive der Pflegeeltern, sofern die Herkunftseltern eingewilligt haben.⁷⁸⁷ Dadurch kann die Vertretungsmacht der Pflegeeltern den besonderen Umständen des Pflegeverhältnisses angepasst werden. Mittels gerichtlicher Übertragung erhalten die Pflegeeltern die Rechtsstellung eines «Pfleger» (§ 1630 Abs. 3 Satz 3, §§ 1909 ff. BGB; entspricht der Beistandschaft nach schweizerischem Recht). Hierbei wird die elterliche Sorge der Herkunftseltern entsprechend eingeschränkt (§ 1630 Abs. 1 BGB). Die Pflegeeltern können als Folge davon in wichtigen Angelegenheiten eigenständig handeln, ohne dass die Herkunftseltern beigezogen werden müssen. Dies ist vor allem dann empfehlenswert, wenn das Pflegekind chronisch krank ist und deshalb immer wieder Entscheidungen getroffen werden müssen, die nicht medizinische Routinemassnahmen betreffen. Diese Erweiterung der pflegeelterlichen Vertretungsmacht spielt praktisch aber nur eine sehr kleine Rolle. Dies ist unter anderem auf die

⁷⁸⁶ ARN *et al.*, 26.

⁷⁸⁷ Zum Ganzen GASSNER, Pflegeeltern, Rz 441 ff.; Grüneberg-GÖTZ, § 1630 BGB N 8 ff.; KÜFNER/SCHÖNECKER, 62 ff.

Hemmschwelle zur Anrufung des Familiengerichts und der Beschränkung auf freiwillige Platzierungen zurückzuführen.⁷⁸⁸

398 Wie bereits ausgeführt, gibt es im medizinischen Bereich viele Situationen, in welchen unklar ist, ob die Herkunftseltern oder die Pflegeeltern entscheidungsbefugt sind. Mittels der Übertragung von weiteren Aspekten des Sorgerechts im deutschen Recht, beispielsweise hinsichtlich der Behandlung einer chronischen Erkrankung des Pflegekindes, kann diesen Unklarheiten vorgebeugt werden. Wichtig ist, dass die Herkunftseltern damit einverstanden sein müssen. Indem in Deutschland das Familiengericht einwilligen muss, wird die Übertragung der Befugnis verbindlich.

399 Gerade im Rahmen einer chronischen Erkrankung müssen viele Entscheidungen gefällt werden. Die Übertragung der Entscheidungsbefugnis an die Pflegeeltern spart Zeit ein, indem die Herkunftseltern nicht vorgängig informiert und nach ihrer Zustimmung gefragt werden müssen. Ausserdem sind die Pflegeeltern für die Alltagsorge des Pflegekindes zuständig. Die Herkunftseltern sind je nachdem nur wenig am Alltag ihres Kindes beteiligt. Deshalb ist es sinnvoll, wenn die Pflegeeltern, die ohnehin die Termine bei Ärzt*innen, Therapiesitzungen etc. wahrnehmen und in ihrem Alltag mit den daraus resultierenden Folgen leben, auch die entsprechende Vertretungsbefugnis erhalten.⁷⁸⁹

400 Andererseits handelt es sich um einen Eingriff in die elterlichen Rechte der Herkunftseltern, weshalb diese damit einverstanden sein müssen. Zudem ist es essenziell, klar festzuhalten, welche Aspekte der elterlichen Sorge auf die Pflegeeltern übertragen werden, weil die elterliche Sorge der Herkunftseltern entsprechend eingeschränkt wird. Jedoch können hierzulande die Herkunftseltern bereits im Pflegevertrag die Pflegeeltern als für gewisse Dinge entscheidungsberechtigt erklären. Als Fazit kann daher festgehalten werden, dass es sich erübrigt, die Möglichkeit der freiwilligen Übertragung weiterer Befugnisse auf die Pflegeeltern im schweizerischen Recht zu implementieren.

c. Andere Vertretung

401 Abgesehen von den Herkunftseltern und den Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden können auch weitere Personen vertretungsbefugt sein. Bei einem Pflegekind, das urteilsunfähig ist und unter Vormundschaft steht, ist der Vormund respektive die Vormundin entscheidungsbefugt (Art. 327a ZGB).

402 In vielen Fällen der ausserfamiliären Unterbringung besteht eine Beistandschaft für das Pflegekind. Die KESB kann der Beistandsperson, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 ZGB, die Vertretung im medizinischen Bereich übertragen, sodass die Herkunftseltern und der Beistand parallel vertretungsbefugt sind. Zudem kann die KESB die elterliche Sorge entsprechend beschränken (Art. 308 Abs. 3 ZGB), sofern das Kindeswohl diesbezüglich gefährdet ist. In

788 Zum Ganzen GASSNER, Pflegeeltern, Rz 441 ff.; Grüneberg-GÖTZ, § 1630 BGB N 8 und 11; KÜFNER/SCHÖNECKER, 62 f.; vgl. auch GIERKE, 16 ff.; GROSS, 192 ff.; SALGO, 280 ff.; SCHWAB, A 92 ff.; WINDEL, 721 f.; ZWERNEMANN, 218 ff. jeweils m.w.H.

789 Vgl. ZWERNEMANN, 220.

diesem Fall ist die Beistandsperson allein berechtigt, über eine medizinische Behandlung für das urteilsunfähige Pflegekind zu entscheiden.

- 403 Falls keine Beistandschaft besteht, insbesondere, wenn die Entscheidung dringlich ist, kann die KESB, gestützt auf Art. 307 Abs. 1 ZGB, direkt über die medizinische Behandlung beim urteilsunfähigen Pflegekind entscheiden, sofern dessen Wohl gefährdet ist.⁷⁹⁰ Sofern es sich aber um einen Notfall handelt und auch die KESB nicht mehr rechtzeitig entscheiden kann, das Kindeswohl aber offensichtlich gefährdet ist, können Ärzt*innen die Behandlung im objektiven Interesse des Pflegekindes vornehmen. Sie müssen dies der KESB anschliessend melden (Art. 379 ZGB analog).⁷⁹¹

4. Ausgewählte medizinische Behandlungen

- 404 Nachfolgend werden einige ausgewählte medizinische Behandlungen dargestellt, bei denen in der Praxis Unklarheit vorliegt, wer in den entsprechenden Eingriff beim Pflegekind einwilligen darf beziehungsweise muss. Dies sind namentlich Impfungen, Heilversuche und Forschungsvorhaben, genetische Untersuchungen, Spende regenerierbarer Gewebe und Zellen, Behandlung psychischer Störungen und fürsorgliche Unterbringung sowie Einschränkungen der reproduktiven Autonomie.

a. Impfungen

- 405 Impfungen sollen Krankheiten verhindern, weshalb sie Präventionsmassnahmen darstellen.⁷⁹² Aufgrund der anhaltenden Masernfälle – und auch während der Covid-19-Pandemie – wurde in der Schweiz in den letzten Jahren der Impfwang debattiert.⁷⁹³ Der Impfwang stellt einen schweren Grundrechtseingriff dar (vgl. Art. 36 BV). Gestützt auf Art. 22 respektive Art. 6 Abs. 2 lit. d Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EPG), können zwar Bund und Kantone unter gewissen Umständen ein Impfblogatorium aussprechen. Das EpG enthält aber keine Gesetzesgrundlage für einen Impfwang. Indirekter Zwang könnte das Auferlegen einer Busse als Sanktion für die Eltern darstellen, wenn sie die Impfung beim Kind unterlassen. Jedoch sollte das Kind in einem solchen Fall unabhängig von seinen Eltern persönlich angehört werden.⁷⁹⁴ Sofern das Kind urteilsfähig ist, kann es selbst entscheiden, ob es sich impfen lassen möchte oder nicht (Art. 19c Abs. 1 ZGB).⁷⁹⁵ Bei einem urteilsunfähigen Kind entscheiden die Eltern gemeinsam als

790 CHK-BIDERBOST, Art. 307 ZGB N 16a.

791 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 799; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.32; MICHEL, Rechte, 169 f.; PFISTER PILLER, Rz 2.15; kritisch THOMMEN, Eingriffe, 10 f.

792 GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 706.

793 Vgl. <https://reisemedizin.uzh.ch/de/blog/masern>; vgl. auch GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 839.

794 Zum Ganzen HOTZ, Verfahren, Rz 7.103; vgl. auch GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 840 ff.

795 Siehe (spezifisch zur Covid-19-Impfung) auch JUNGO/REIDY, 241 ff.

gesetzliche Vertretung über die Vornahme der Impfung. Sie müssen aber – wie dies JUNGO/REIDY zu Recht fordern – das Kind bei ihrer Entscheidung partizipieren lassen und insbesondere dessen Willen berücksichtigen.⁷⁹⁶

406 Laut Bundesgericht ist das Kindeswohl gefährdet, wenn sich die sorgeberechtigten Eltern nicht einigen können, ob ihre Kinder gegen die Masern geimpft werden. In einem solchen Fall könne die KESB, gestützt auf Art. 307 Abs. 1 ZGB, anstelle der Eltern über die Durchführung der Masernimpfung entscheiden. Die KESB dürfe diesfalls nur von den Impfeempfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit abweichen, wenn die Masernimpfung im konkreten Fall nicht dem Kindeswohl entspreche. Dabei hat das Bundesgericht konkretisiert, dass die Kindeswohlgefährdung nicht in der fehlenden Masernimpfung liege, sondern in der elterlichen Pattsituation.⁷⁹⁷

407 BRUTTIN/MICHEL kritisieren diesbezüglich zu Recht die widersprüchliche Argumentation, wonach das Bundesgericht im konkreten Fall zunächst die Weiterführung des Status quo, nämlich die fehlende Masernimpfung der Kinder, als Kindeswohlgefährdung qualifiziert, in der Folge jedoch ausführt, die Gefährdung liege in der elterlichen Pattsituation. Sollte Letzteres zutreffen und die fehlende Impfung eine Kindeswohlgefährdung darstellen, wäre dies nach BRUTTIN/MICHEL unabhängig davon der Fall, ob sich die Eltern hinsichtlich der Impffrage beziehungsweise der mit der fehlenden Impfung verbundenen Gefährdung einig sind. Es scheine daher, als mache das Bundesgericht die KESB durch den Vorbehalt elterlicher Einigkeit unbeabsichtigt zu einer Konfliktlösungsinstanz für gemeinsam sorgeberechtigte Eltern.⁷⁹⁸

408 Hinsichtlich eines Pflegekindes hat das Bundesgericht in einem viel beachteten Entscheid festgehalten, dass die KESB mit dem Entzug des elterlichen Aufenthaltsbestimmungsrechts die Verantwortung für die Betreuung des Kindes übernommen habe. Dies beinhalte auch den Schutz von dessen Gesundheit. Infolge dieser Verantwortung könne die KESB hinsichtlich typischer Kinderkrankheiten nicht dieselben Risiken eingehen wie Eltern, die gemeinsam auf die Basisimpfungen für das in ihrer Obhut stehende Kind verzichten können. Deshalb dürfe beziehungsweise müsse die KESB Anordnungen treffen, die klassischen Basisimpfungen laut Impfplan des Bundesamtes für Gesundheit durchführen zu lassen.⁷⁹⁹

409 Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass das Bundesgericht diese Streitfrage zwischen der rechtlichen Mutter des Kindes und den Pflegeeltern geklärt hat. In diesem Fall spielte eine Rolle, dass das Kind bereits kurze Zeit nach seiner Geburt behördlich bei Pflegeeltern platziert worden war und sich an

796 JUNGO/REIDY, 243; vgl. auch BGE 134 II 235 E. 4.1.

797 BGE 146 III 313.

798 BRUTTIN/MICHEL, 1120 ff.; vgl. auch RAVEANE, Rz 215.

799 Urteil des BGer vom 6. 7. 2023, 5A_310/2023; a.M. GASSNER, Vertretungsrecht, 103, nach welcher die Pflegeeltern über obligatorische Impfungen entscheiden; siehe zu einem ähnlichen Fall betreffend die Covid-19-Impfung bei einem Pflegekind mit Behinderung in Irland Annual Report Ireland, 138.

dieser Situation laut Obergericht in nächster Zeit auch nichts ändern würde. In diesem Fall hatte die leibliche Mutter ein Besuchsrecht von zwei zweistündigen begleiteten Besuchen pro Woche und war dadurch kaum in den praktischen Alltag ihres Kindes involviert.

- 410 Jedoch bleibt unklar, wieso der Schutz der Gesundheit des Pflegekindes Teil des Aufenthaltsbestimmungsrechts sein soll; trotz eines Entzugs des Aufenthaltsbestimmungsrechts behalten die Herkunftseltern die übrigen Aspekte der elterlichen Sorge wie die Entscheidungsbefugnis in den gesundheitlichen Belangen ihres Kindes. Zudem ist es realitätsfremd, davon auszugehen, dass primär die KESB die Folgen zu tragen hätte, wenn das Pflegekind an einer typischen Kinderkrankheit, gegen die es nicht geimpft worden ist, erkrankt. Das Kind lebt in einer Pflegefamilie, die mit seiner Alltagsorge betraut ist (vgl. Art. 300 Abs. 1 ZGB). Demnach müssten sich die Pflegeeltern – die sich in diesem Fall deutlich für die Impfung ausgesprochen haben – für die medizinische Behandlung des Pflegekindes bei dessen Erkrankung sorgen. Auch wären sie betroffen, wenn das Pflegekind beispielsweise aufgrund der fehlenden Masernimpfung und -erkrankung von der Schule ausgeschlossen würde.⁸⁰⁰
- 411 Denkbar wäre hier eine Lösung nach deutschem Recht, in welchem den Pflegeeltern zusätzliche Befugnisse übertragen werden können (§ 1630 Abs. 3 BGB). So könnte den Pflegeeltern mit dem Einverständnis der Herkunftseltern beispielsweise die Entscheidung über die Vornahme von Impfungen übertragen werden. Alternativ könnten die Herkunftseltern und die Pflegeeltern die entsprechende Befugnisübertragung im Pflegevertrag vorsehen. Falls die Herkunftseltern damit nicht einverstanden sind und dadurch das Kindeswohl gefährdet wird, ist ihre elterliche Sorge entsprechend zu beschränken (vgl. Art. 308 Abs. 3 ZGB).
- 412 Im Ergebnis ist in diesem spezifischen Fall das Urteil des Bundesgerichts aber nicht zu beanstanden. Wenn es die Pflegeeltern für entscheidungsbefugt erklärt hätte, hätten diese die Impfungen beim Kind durchführen lassen, da sie diese befürwortet hatten. Laut Bundesgericht könne die KESB nicht auf die Basisimpfungen verzichten; sie hat demzufolge die Impfungen beim Kind durchführen zu lassen. Im Hinblick auf das Resultat wird das Kind in diesem Fall ohnehin geimpft, einfach über den Umweg der Behörde.⁸⁰¹
- 413 Pflegekinder haben oft eine tiefere Impfquote als ihre Altersgenossen.⁸⁰² Dies könnte damit zusammenhängen, dass oft unklar ist, wer über die Vornahme der Impfungen entscheiden darf. Falls das Pflegekind infolge fehlender Urteilsfähigkeit nicht selbst über die Vornahme einer Impfung entscheiden kann, muss es an der Entscheidung der Herkunftseltern – und, sofern diese nicht erreicht werden können, der Pflegeeltern – oder der allfälligen Beistandsperson partizipieren können.

800 Vgl. zum Schulausschluss aufgrund fehlender Masernimpfung und -erkrankung Urteil des BGer vom 8. 6. 2020, 2C_395/2019.

801 Vgl. zur komplexen Situation auch MÖGEL/JENNI, *Versorgung*, 269.

802 Vgl. *Framework Australia*, 1 und 3; vgl. auch MÖGEL/JENNI, *Gesundheitliche Versorgung*, 269.

b. Heilversuche und Forschungsvorhaben

- 414 «Off-Label-Use» meint die Abgabe eines Medikaments ausserhalb der zugelassenen Indikation oder Dosierung. Dies umfasst sämtlichen Gebrauch des Arzneimittels, der von den Zulassungsangaben abweicht. In der Pädiatrie kommen Off-Label-Use-Behandlungen häufig vor, weil es schwierig ist, an Kindern zu forschen. Als Folge davon gibt es für viele pädiatrische Behandlungen keinen medizinischen Standard.⁸⁰³ Es handelt sich um einen sog. individuellen Heilversuch und keine Heilbehandlung, wenn ein Medikament, das nur für Erwachsene zugelassen ist, auch bei Kindern eingesetzt wird. Für den individuellen Heilversuch gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie für die Heilbehandlung. Jedoch sind dabei die Anforderungen an die Aufklärungspflicht höher. Speziell muss darüber informiert werden, dass die Therapie experimentellen Charakter aufweist und dass das Risiko unbekannter Nebenwirkungen besteht.⁸⁰⁴ Je nach Eingriff müssen zudem Regelungen in Spezialgesetzen wie dem Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz, TxG) oder dem Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen (Sterilisationsgesetz) eingehalten werden.
- 415 Off-Label-Use-Behandlungen können aber auch im Rahmen eines systematischen Heilversuchs durchgeführt werden. Dies ist der Fall, wenn mehrere Patient*innen planmässig und forschungsorientiert nicht dem herkömmlichen Standard entsprechend behandelt werden. Dabei stehen die systematische, forschungsorientierte Planung des Versuchs und die Analyse der Ergebnisse im Vordergrund.⁸⁰⁵ Bei systematischen Heilversuchen gelten die Regeln der medizinischen Forschung, weshalb das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) anwendbar ist.⁸⁰⁶
- 416 Nach Art. 7 Abs. 1 HFG darf nur Forschung am Menschen durchgeführt werden, wenn gemäss den Bestimmungen des HFG die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung eingewilligt oder nicht von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht hat. Art. 16 Abs. 1 HFG konkretisiert, dass eine Person nur in ein Forschungsprojekt einbezogen werden darf, wenn sie nach hinreichender mündlicher und schriftlicher Aufklärung sowie einer angemessenen Bedenkfrist eingewilligt hat. Sie muss über Folgendes aufgeklärt werden: Art, Zweck, Dauer und Verlauf des Forschungsprojekts, die voraussehbaren Risiken und Belastungen, den erwarteten Nutzen des For-

803 Vgl. zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 2.97; vgl. auch BRAUER, 655; KLEIST/NADAL, 5; MICHEL, Rechte, 142; MICHEL/RUTISHAUSER, 8; Policy Statement USA, 1133; Stellungnahme NEK-CNE, 7; siehe zu den Formen des Off-Label-Use auch BÜRGI, 50 ff.

804 Zum Ganzen MICHEL/RUTISHAUSER, 8 f.; vgl. auch BGE 134 IV 175 E. 4.2; SCHLATTER, Rz 124.

805 Zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 2.98; vgl. auch RUMETSCH, 142 ff.; SPRECHER, 111 ff.; TAUPITZ/BREWE/SCHELLING, 412 f. jeweils m.w.H.

806 PFISTER PILLER, Rz 2.99; vgl. zum Ganzen auch BÜRGI, 66 ff.

schungsprojekts, die Massnahmen zum Schutz der erhobenen Personendaten sowie ihre Rechte (Art. 16 Abs. 2 HFG).

- 417 Weiter unterscheidet das HFG zwischen Kindern (unter 14 Jahre alt) und Jugendlichen (mindestens 14 Jahre alt; vgl. Art. 3 lit. j und k HFG). Sofern das Kind urteilsfähig ist, aber das 14. Altersjahr noch nicht vollendet hat, darf ein Forschungsprojekt mit erwartetem direktem Nutzen mit ihm nur durchgeführt werden, wenn es und seine gesetzliche Vertretung nach hinreichender Aufklärung eingewilligt haben (Art. 22 Abs. 1 HFG). Sofern es sich um ein Forschungsprojekt ohne erwarteten direkten Nutzen handelt, darf es, gestützt auf Art. 22 Abs. 2 HFG, nur mit urteilsfähigen Kindern unter 14 Jahren durchgeführt werden, wenn es zusätzlich zu Art. 22 Abs. 1 HFG nur mit minimalen Risiken und Belastungen verbunden ist und wesentliche Erkenntnisse erwarten lässt, die Personen mit derselben Krankheit oder Störung oder in demselben Zustand längerfristig nützen können. Ein Forschungsprojekt mit oder ohne erwarteten direkten Nutzen, das mit mehr als minimalen Risiken und Belastungen verbunden ist, darf mit urteilsfähigen Jugendlichen, die mindestens 14 Jahre alt sind, nur durchgeführt werden, wenn die oder der Jugendliche sowie die gesetzliche Vertretung je nach hinreichender Aufklärung schriftlich eingewilligt haben (Art. 23 Abs. 1 HFG).
- 418 Falls das Kind respektive die oder der Jugendliche urteilsunfähig ist, darf mit dieser Person ein Forschungsprojekt mit erwartetem direktem Nutzen nur durchgeführt werden, wenn die gesetzliche Vertretung nach hinreichender Aufklärung schriftlich eingewilligt hat und das Kind beziehungsweise die oder der Jugendliche die Forschungshandlung durch Äusserungen oder entsprechendes Verhalten nicht erkennbar ablehnt (Art. 22 Abs. 3 und Art. 23 Abs. 2 HFG). Bei einem Forschungsprojekt ohne erwarteten direkten Nutzen darf dieses gemäss Art. 22 Abs. 4 HFG nur mit urteilsunfähigen Kindern unter 14 Jahren durchgeführt werden, wenn die Anforderungen von Art. 22 Abs. 2 und 3 HFG erfüllt sind. Bei urteilsunfähigen Jugendlichen ist die Durchführung nur möglich, wenn das Forschungsprojekt zusätzlich zu den Anforderungen nach Art. 23 Abs. 2 HFG nur mit minimalen Risiken und Belastungen verbunden ist und wesentliche Erkenntnisse erwarten lässt, die Personen mit derselben Krankheit oder Störung oder in demselben Zustand längerfristig nützen können (Art. 23 Abs. 3 HFG). Art. 21 Abs. 1 HFG statuiert zudem für urteilsunfähige Kinder und Jugendliche, dass diese so weit wie möglich in das Einwilligungungsverfahren einbezogen werden müssen. Ihre Meinung ist mit zunehmendem Alter und zunehmender Reife immer höher zu gewichten (Art. 21 Abs. 2 HFG).
- 419 Ausserdem ist für die Durchführung eines Forschungsprojekts mit Kindern und/oder Jugendlichen gemäss Art. 45 Abs. 1 lit. a HFG die Bewilligung durch die zuständige kantonale Ethikkommission erforderlich.⁸⁰⁷

⁸⁰⁷ Vgl. auch KLEIST/NADAL, 7 f. m.w.H.

- 420 PFISTER PILLER wendet zu Recht ein, dass die Eltern grundsätzlich gar nicht stellvertretend in Forschung an ihrem urteilsunfähigen Kind einwilligen können sollten, wenn das entsprechende Projekt erwartungsgemäss keinen Nutzen für das Kind hat. Diesfalls entspreche die Teilnahme am Forschungsprojekt nicht dem Kindeswohl. Die Eltern sollten bei der Auslegung des Kindeswohls, an welchem sie sich orientieren müssen, allerdings auch das objektive Interesse des Kindes an der Forschung einfließen lassen. Dieses Interesse liege darin, dass die Forschung helfen könne, die Kinderheilkunde zu verbessern, sodass das Kind später allenfalls selbst von diesem medizinischen Fortschritt profitieren könne.⁸⁰⁸ Falls dies nicht der Fall ist, stellt sich die Frage, ob die Teilnahme des urteilsunfähigen Kindes an einem Forschungsprojekt ohne erwarteten direkten Nutzen für dieses mit einem Solidaritätsinteresse legitimiert werden kann, was umstritten ist.⁸⁰⁹ PFISTER PILLER weist darauf hin, dass Forschung an (urteilsunfähigen) Kindern notwendig ist, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen und erprobte standardisierte Verfahren in der Pädiatrie zu entwickeln. Dabei müsse aber die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern beachtet werden.⁸¹⁰
- 421 Grundsätzlich ist die schriftliche Zustimmung der Eltern zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt auch bei urteilsfähigen Kindern und Jugendlichen erforderlich. Diese Entscheidung betrifft weder die Alltagsorge, noch ist sie in der Regel dringlich. Ein Forschungsprojekt ist aber immer mit Risiken und Belastungen für das Kind verbunden, auch wenn diese nur minimal sind. Bei Pflegekindern sind deshalb die Herkunftseltern entscheidungsbefugt, sofern ihre elterliche Sorge im medizinischen Bereich nicht eingeschränkt ist. Ansonsten entscheidet die Beistandsperson mit entsprechender Befugnis respektive die KESB direkt. Sie müssen dabei das urteilsunfähige Pflegekind so weit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einbeziehen und dessen Meinung berücksichtigen (Art. 21 HFG).
- 422 Die heutige Regelung mit der Aufklärung und Einwilligung der (Pflege-) Kinder für ein Forschungsprojekt ist essenziell, zumal die Schweiz in diesem Bereich eine schwierige Geschichte aufweist. Eine Studie hat beispielsweise aufgezeigt, dass in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen von 1946 bis 1980 auch an Pflegekindern nicht zugelassene Medikamente getestet wurden. Es war eine Seltenheit, dass die Patient*innen über die zu testenden Medikamente aufgeklärt waren und völlig freiwillig an den Versuchen teilnahmen. Diese Praxis widersprach den sich entwickelnden wissenschaftlichen Anforderungen. Denn mit der Deklaration von Helsinki von 1964 und den Richtlinien der SAMW zu Forschungsuntersuchungen am Menschen von 1970 wurden neue ethische Grundsätze eingeführt, die die informierte Einwilligung

808 Zum Ganzen PFISTER PILLER, Rz 2.110 und 2.113.

809 BRAUER, 656 ff.; PFISTER PILLER, Rz 2.110 ff.; Leitlinie Forschung, 10 ff.; Stellungnahme NEK-CNE, 29 ff.; kritisch THOMMEN, Eingriffe, 49 ff.; WERLEN, Rz 639 f.

810 PFISTER PILLER, Rz 2.115; vgl. auch KLEIST/NADAL, 5 ff.

in Forschung vorschrieben.⁸¹¹ Umso wichtiger ist es heute, den Grundsatz des Informed Consent zu wahren und die Partizipationsrechte von Pflegekindern zu verwirklichen. Zudem sollten Pflegekinder – mit Blick auf ihre besonders vulnerable Position und die schwierige Geschichte – vor Forschungsprojekten ohne erwarteten direkten Nutzen für sie geschützt werden.

c. Genetische Untersuchungen

- 423 Genetische Untersuchungen des Kindes und Verfahren betreffend sein Abstammungsrecht gibt es immer häufiger. Letzteres ist zum Beispiel der Fall bei Klagen darüber, ob eine Vaterschaft besteht, oder um ein angezweifelt Kindsverhältnis zu klären.⁸¹²
- 424 Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) regelt genetische Untersuchungen, da es sich dabei um einen besonders sensiblen Gesundheitsbereich handelt.⁸¹³ Wenn dem Kind eine Probe entnommen wird, stellt dies regelmässig einen Eingriff in dessen physische Integrität als höchstpersönliches Recht dar.⁸¹⁴ Laut Art. 5 Abs. 1 GUMG dürfen genetische Untersuchungen nur durchgeführt werden, wenn die betroffene Person nach hinreichender Aufklärung frei und ausdrücklich zugestimmt hat. Demnach entscheidet das urteilsfähige Kind selbst, ob es an einem Verfahren mit genetischen Untersuchungen teilnimmt (vgl. Art. 19c ZGB).⁸¹⁵
- 425 Art. 6 GUMG hält fest, dass die betroffene Person in verständlicher Form insbesondere über Folgendes aufgeklärt werden muss: Zweck, Art und Aussagekraft der Untersuchung; Risiken sowie physische und psychische Belastungen, die mit der Untersuchung verbunden sind; den Umgang mit der Probe und den genetischen Daten während und nach der Untersuchung, insbesondere betreffend die Qualitätssicherung und die Aufbewahrung; die Möglichkeit, dass Überschussinformationen entstehen; die Fälle, in denen Überschussinformationen nicht mitgeteilt werden dürfen (Art. 17 Abs. 2, Art. 27 und 33 GUMG); die mögliche Bedeutung des Untersuchungsergebnisses für Familienangehörige und deren Recht auf Nichtwissen sowie ihre Rechte, insbesondere betreffend Zustimmung, Information und Nichtwissen.
- 426 Falls die betroffene Person urteilsunfähig ist, müssen die zu ihrer Vertretung berechtigten Personen zustimmen (Art. 5 Abs. 3 GUMG). Urteilsunfähige Personen sind, gestützt auf Art. 5 Abs. 4 GUMG, so weit als möglich in das Aufklärungs-, Beratungs- und Zustimmungsverfahren einzubeziehen. Genetische Untersuchungen dürfen bei einer urteilsunfähigen Person nur durch-

811 Zum Ganzen Medienmitteilung Münsterlingen; vgl. auch MEIER/KÖNIG/TORNAY, 10 f., 105 ff. und 200 f.; vgl. zur Entwicklung auch GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 600 ff.

812 HOTZ, Verfahren, Rz 7.6; vgl. beispielsweise auch BGE 144 III 1; Urteil des BGer vom 11. 10. 2023, 5A_258/2023.

813 HOTZ, Verfahren, Rz 7.69.

814 HOTZ, Verfahren, Rz 7.71.

815 HOTZ, Verfahren, Rz 7.71.

geführt werden, wenn sie notwendig sind, um ihre Gesundheit zu schützen (Art. 16 Abs. 1 GUMG).

- 427 Abweichend davon darf eine genetische Untersuchung gemäss Art. 16 Abs. 2 GUMG durchgeführt werden, wenn das Risiko und die Belastung für die urteilsunfähige Person geringfügig sind sowie diese die Untersuchung weder durch Äusserungen noch durch entsprechendes Verhalten erkennbar ablehnt. Ausserdem darf sich eine schwere Erbkrankheit in der Familie oder eine entsprechende Anlageträgerschaft nicht auf andere Weise abklären lassen und das Ergebnis der Untersuchung muss entweder für die Gesundheit der Familienmitglieder von grossem Nutzen sein oder für ihre Familienplanung wesentliche Informationen liefern (lit. a). Alternativ ist die Untersuchung möglich, wenn dadurch abgeklärt werden soll, ob sich Gewebe, Zellen oder Blut einer urteilsunfähigen Person aufgrund der Blutgruppen oder Blut- oder Gewebemerkmale für eine Übertragung auf Empfänger*innen nach dem TxG oder dem Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) eignen.
- 428 Sofern die betroffene Person urteilsunfähig ist, darf die zu ihrer Vertretung berechtigte Person die Kenntnisnahme des Untersuchungsergebnisses nicht verweigern, wenn es zum Schutz der Gesundheit der urteilsunfähigen Person notwendig ist (Art. 26 Abs. 2 GUMG). Zudem dürfen bei Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person der zu ihrer Vertretung berechtigten Person Überschussinformationen, gestützt auf Art. 27 Abs. 2 GUMG, nur mitgeteilt werden, wenn es zum Schutz der Gesundheit der urteilsunfähigen Person notwendig ist oder es sich um Informationen über eine schwere Erbkrankheit in der Familie oder über eine entsprechende Anlageträgerschaft handelt. Schliesslich besagt Art. 51 Abs. 2 GUMG betreffend DNA-Profile ausserhalb von behördlichen Verfahren, dass ein urteilsunfähiges Kind, dessen Abstammung von einer bestimmten Person geklärt werden soll, von dieser nicht vertreten werden kann (vgl. Art. 306 Abs. 2 und 3 ZGB).⁸¹⁶
- 429 PFISTER PILLER hält zutreffend fest, dass das elterliche Vertretungsrecht im Zusammenhang mit der diagnostischen genetischen Untersuchung an einem urteilsunfähigen Kind sinnvoll erscheint. Es entspreche grundsätzlich dem Kindesinteresse, bei einer Erkrankung des Kindes eine klinische Diagnose durch die genetische Untersuchung zu bestätigen, um die Erkrankung anschliessend zu therapieren. Hingegen sei die elterliche Einwilligungsbefugnis bei einer präsymptomatischen genetischen Untersuchung, also wenn noch keine klinischen Symptome aufgetreten seien, diskutierbar. Diese könne missbraucht werden, um genetische Veranlagungen beim Kind festzustellen.⁸¹⁷
- 430 Jedoch sind genetische Untersuchungen ausserhalb des medizinischen Bereichs an urteilsunfähigen Kindern mittlerweile nur unter sehr restriktiven Voraussetzungen zulässig (vgl. Art. 16 Abs. 2 GUMG). Dadurch soll verhin-

⁸¹⁶ Vgl. auch Botschaft GUMG, 5633 f. und 5721 m.w.H.

⁸¹⁷ PFISTER PILLER, Rz 2.129 ff.; vgl. auch Botschaft GUMG, 5660.

dert werden, dass bei urteilsunfähigen Kindern eine Eigenschaft abgeklärt wird, obwohl dies nicht notwendig ist, um ihre Gesundheit zu schützen. Das Kind soll, sobald es urteilsfähig ist, selbst entscheiden können, welche Informationen zu seinem Erbgut es kennen möchte.⁸¹⁸

- 431 Sofern die Eltern einer genetischen Untersuchung im medizinischen Bereich trotz Anhaltspunkten, dass diese zum Schutz der Gesundheit des urteilsunfähigen Kindes erforderlich ist, nicht zustimmen, liegt eine Gefährdung des Kindeswohls vor. In diesem Fall muss stellvertretend die KESB entscheiden und die Zustimmung erteilen.⁸¹⁹ Dies ist zum Beispiel denkbar, wenn die Mutter ihre Zustimmung verweigert, mittels einer genetischen Untersuchung die Vaterschaft des Kindes zu klären.⁸²⁰
- 432 Zusammengefasst kann das urteilsfähige (Pflege-)Kind selbst entscheiden, ob es das Verfahren der genetischen Untersuchung zulassen möchte oder nicht. Falls es noch nicht urteilsfähig ist, entscheidet die gesetzliche Vertretung. Diese kann respektive muss einer genetischen Untersuchung, die zum Schutz der Gesundheit des urteilsunfähigen Kindes erforderlich ist, zustimmen. In genetische Untersuchungen ausserhalb des medizinischen Bereichs kann sie nur einwilligen, sofern die damit einhergehenden Risiken und Belastungen für das Kind nur geringfügig sind, dieses die Untersuchung nicht ablehnt und es um die Abklärung entweder einer schweren Erbkrankheit in der Familie oder einer entsprechenden Anlagetragerschaft geht, die sich ohne die Untersuchung des Kindes nicht abklären lässt; oder wenn abgeklärt werden soll, ob sich das Kind aufgrund seiner Blutgruppe oder seiner Blut- oder Gewebemerkmale als Spender*in von Blut oder regenerierbaren Geweben oder Zellen eignet.⁸²¹
- 433 Die Entscheidung über eine allfällige Teilnahme am Verfahren der genetischen Untersuchung betrifft weder die Alltagsorge noch ist sie in der Regel dringlich. Mit der Untersuchung sind zudem immer Risiken und Belastungen für das Pflegekind verbunden, auch wenn diese nur geringfügig sind. Aus diesen Gründen liegt die Entscheidungszuständigkeit bei den Herkunftseltern. Dies gilt nur, sofern ihre elterliche Sorge im medizinischen Bereich nicht eingeschränkt ist. Sonst entscheidet die Beistandsperson mit entsprechender Befugnis respektive die KESB direkt. Das urteilsfähige Pflegekind muss so weit wie möglich partizipieren können (Art. 5 Abs. 4 GUMG), da es sich um einen besonders sensiblen Gesundheitsbereich handelt.

d. Spende regenerierbarer Gewebe und Zellen

- 434 Nachfolgend wird dargestellt, ob Kinder Organe, Gewebe oder Zellen spenden dürfen. Nach Art. 12 TxG dürfen Organe, Gewebe oder Zellen einer lebenden Person entnommen werden, wenn sie urteilsfähig und volljährig ist, sie umfassend informiert worden ist und frei und schriftlich zugestimmt

818 Botschaft GUMG, 5618 ff.

819 Relativierend PFISTER PILLER, Rz 2.137.

820 Vgl. ROSCH/JUD/MITROVIC, 3.

821 Botschaft GUMG, 5677 f.

hat. Zudem darf für ihr Leben oder ihre Gesundheit kein ernsthaftes Risiko bestehen und die empfangende Person kann mit keiner anderen therapeutischen Methode von vergleichbarem Nutzen behandelt werden. Eine Erklärung zur Spende kann man ab Vollendung des 16. Altersjahres abgeben (Art. 8 Abs. 7 TxG).

- 435 Minderjährigen Personen dürfen keine Organe, Gewebe oder Zellen entnommen werden (Art. 13 Abs. 1 TxG). Ausnahmen sind nach Art. 13 Abs. 2 TxG zulässig für die Entnahme regenerierbarer Gewebe oder Zellen unter folgenden Voraussetzungen: Wenn die Entnahme für das Kind nur ein minimales Risiko und eine minimale Belastung mit sich bringt, die empfangende Person mit keiner anderen therapeutischen Methode von vergleichbarem Nutzen behandelt werden kann, eine geeignete urteilsfähige und volljährige spendende Person nicht zur Verfügung steht, die empfangende Person ein Elternteil, ein Kind oder ein Geschwister der spendenden Person ist und die Spende geeignet ist, das Leben der empfangenden Person zu retten. Zudem müssen die gesetzliche Vertretung und das urteilsfähige Kind jeweils umfassend informiert worden sein und frei und schriftlich zugestimmt haben. Wenn das Kind urteilsunfähig ist, dürfen keine Anzeichen dafür vorhanden sein, dass es sich einer Entnahme widersetzen möchte. Schliesslich muss eine unabhängige Instanz zugestimmt haben.
- 436 Demnach ist die Organ-, Gewebe- und Zellenentnahme bei Kindern grundsätzlich verboten. Die Entnahme von regenerierbarem Gewebe beziehungsweise regenerierbaren Zellen ist aber unter anderem möglich, wenn die Belastung für das Kind minimal ist und das urteilsfähige Kind zugestimmt hat beziehungsweise das urteilsunfähige Kind keinen Widerstand leistet.
- 437 Dabei geht es nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft vor allem um die Entnahme von Blutstammzellen.⁸²² Diese können einerseits aus Knochenmark gewonnen werden, was mittels einer Operation inklusive Vollnarkose und mehrerer Punktionen des Beckenknochens geschieht. Andererseits ist die Gewinnung von Blutstammzellen ambulant aus Blut, das sich nicht in den blutbildenden Organen befindet, möglich. Dafür werden der spendenden Person vorab durch einen Venenkatheter Medikamente verabreicht.⁸²³
- 438 Das urteilsunfähige Kind muss so weit wie möglich in das Informations- und Zustimmungsverfahren einbezogen werden (Art. 13 Abs. 3 TxG). Mit diesen strengen Voraussetzungen sollen urteilsunfähige Kinder besonders geschützt werden.⁸²⁴
- 439 Lebendspenden stellen medizinische Eingriffe primär fremdnütziger Natur dar. Das bedeutet, dass der Eingriff keinen direkten Nutzen für das spendende Kind aufweist. Er kann aber positive Auswirkungen auf das Kind haben, wenn es einem Elternteil oder einem Geschwister durch die Spende besser geht.⁸²⁵

822 PFISTER PILLER, Rz 2.119; vgl. auch RUMETSCH, 176; TREMP, 62 f. jeweils m.w.H.

823 PFISTER PILLER, Rz 2.119; RUMETSCH, 180 m.w.H.

824 Botschaft TxG, 146.

825 Botschaft TxG, 146.

Auch wenn die Eltern für ihr urteilsunfähiges Kind in die Entnahme von regenerierbarem Gewebe oder regenerierbaren Zellen zustimmen, entspricht dies nach PFISTER PILLER nicht den Interessen des Kindes, da der Eingriff für dieses mit Risiken und Belastungen verbunden ist.⁸²⁶ Die Eltern befinden sich in einem Interessenkonflikt. Sie entscheiden, ob an ihrem Kind ein Eingriff ohne unmittelbaren Nutzen für dieses vorgenommen wird mit dem Ziel, dadurch ihr eigenes Leben oder dasjenige eines ihrer anderen Kinder zu retten. Bei einem solchen Interessenkonflikt entfällt das Vertretungsrecht der Eltern und es müsste eine Vertretungsbeistandschaft für das Kind errichtet werden (Art. 306 Abs. 2 und 3 ZGB).⁸²⁷

440 ZERMATTEN weist zu Recht darauf hin, dass die Möglichkeit der Ablehnung durch das urteilsfähige Kind respektive des Widerstandleistens durch das urteilsunfähige Kind von grösster Wichtigkeit ist. Bei den Empfänger*innen der Spende handelt es sich um ein Familienmitglied des Kindes, weshalb dieses unter Druck stehen kann, zu spenden.⁸²⁸ Ein Geschwister kommt mit einer Wahrscheinlichkeit von 25 % als Spender*in infrage,⁸²⁹ während diese Wahrscheinlichkeit bei der übrigen Bevölkerung eins zu einer Million beträgt.⁸³⁰ PFISTER PILLER relativiert dieses Vetorecht insofern, als ihrer Ansicht nach urteilsfähige Kinder nur der Entnahme von Blutstammzellen widersprechen können, wenn sie einigermaßen verstehen, um was es geht. Dies sei bei jüngeren Kindern eher nicht möglich respektive bei Kleinkindern gänzlich auszuschliessen. Deshalb stellt sie zu Recht infrage, ob das Vetorecht im Sinne von Art. 13 Abs. 2 lit. h TxG praktisch überhaupt umgesetzt werden kann.⁸³¹

441 Im Rahmen der Spende regenerierbarer Gewebe und Zellen ist auch kurz auf die Diskussion zu den sog. Retterbabys einzugehen. Es handelt sich um ein Retterbaby, wenn ein Embryo in einem Fortpflanzungsverfahren durch Präimplantationsdiagnostik als passender Gewebespende für ein krankes Geschwister ausgewählt worden ist. Das Retterbaby soll mittels Blutstammzellspende zur Heilung des kranken Geschwisters beitragen.⁸³² In der Schweiz ist es jedoch verboten, mithilfe der Präimplantationsdiagnostik ein Retterbaby zu erzeugen.⁸³³ Demnach stellt sich das Problem in der Schweiz nicht; ein Retterbaby könnte aber im Ausland, beispielsweise in Grossbritannien, gezeugt werden.⁸³⁴

826 PFISTER PILLER, Rz 2.120; siehe für eine kritische Auseinandersetzung THOMMEN, Organspender, 161 ff.

827 PFISTER PILLER, Rz 2.124; vgl. auch THOMMEN, Organspender, 169; siehe zu den psychosozialen Auswirkungen beim spendenden Kind auch PFISTER PILLER, Rz 2.125; RUMETSCH, 184.

828 ZERMATTEN, 9; vgl. auch Botschaft TxG, 144 f.

829 KOLB, 1181.

830 Botschaft TxG, 44.

831 PFISTER PILLER, Rz 2.124; gl.M. RUMETSCH, 191.

832 Botschaft Präimplantationsdiagnostik, 5859 ff.

833 Vgl. auch BÜCHLER/MICHEL, 11 und 373; PFISTER PILLER, Rz 2.125.

834 www.sueddeutsche.de/wissen/helfer-geschwister-gezeugt-als-lebensretter-1.198615.

- 442 Die Sorgeberechtigten müssen bei einer Entnahme regenerierbarer Gewebe oder Zellen bei ihrem Kind zustimmen (Art. 13 Abs. 2 lit. f TxG), auch wenn dieses urteilsfähig ist. Diese Entscheidung betrifft weder die Alltagsorge, noch ist sie in der Regel dringlich. Die Spende ist aber immer mit Risiken und Belastungen für das Pflegekind verbunden.⁸³⁵ Deshalb sind die Herkunftseltern entscheidungsbefugt, sofern ihre elterliche Sorge im medizinischen Bereich nicht eingeschränkt ist. Sonst ist die Beistandsperson mit entsprechender Befugnis zuständig für die Entscheidung oder die KESB entscheidet selbst. Sie müssen dabei das urteilsunfähige Pflegekind so weit wie möglich einbeziehen (Art. 13 Abs. 3 TxG).⁸³⁶
- 443 Betreffend Interessenkonflikt ist immerhin auf die unabhängige Instanz nach Art. 13 Abs. 2 lit. i TxG hinzuweisen. Die Kantone müssen eine solche bezeichnen und das Verfahren regeln (Art. 13 Abs. 4 TxG). Insbesondere kann ein Zivilgericht oder die Aufsichtsbehörde im Kindes- und Erwachsenenschutz als unabhängige Instanz infrage kommen. Diese prüft, ob die Voraussetzungen nach Art. 13 Abs. 2 TxG erfüllt sind, und achtet insbesondere darauf, ob sich die gesetzliche Vertretung in einem Interessenkonflikt befindet und ob das urteilsfähige Kind frei und schriftlich zugestimmt hat.⁸³⁷ Sie sollte nach der hier vertretenen Ansicht auch kontrollieren, ob das urteilsunfähige Kind adäquat am Verfahren partizipieren konnte.

e. Psychische Störungen und fürsorgerische Unterbringung

- 444 Pflegekinder haben häufig traumatisierende Erfahrungen gemacht und weisen ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen auf als ihre Altersgenossen.⁸³⁸ Deshalb benötigen viele Pflegekinder psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe. Bedauerlicherweise bestehen nicht genügend entsprechende Angebote in der Schweiz.⁸³⁹ Damit mehr psychisch belastete Pflegekinder Zugang zu Behandlungen erhalten, sollten die entsprechenden Angebote frühzeitig und niederschwellig verfügbar sein und sich am Lebensumfeld des Pflegekindes orientieren.⁸⁴⁰
- 445 Zunächst wird auf ambulante Behandlungen eingegangen. Das urteilsfähige Pflegekind kann selbst über die medizinische Behandlung einer allfälligen

835 Vgl. THOMMEN, Organspender, 163.

836 Siehe zu einem Fall in Irland, wo das Kind mit Zustimmung seiner Eltern für ein Jahr in einer Pflegefamilie in der Nähe eines Flughafens untergebracht wurde, weil es auf eine lebensrettende Organspende wartete und die Herkunftseltern fünf weitere Kinder hatten, weshalb sie nicht ins Ausland reisen konnten, www.childlawproject.ie/latest-volume/one-year-care-order-granted-for-child-who-needed-to-travel-abroad-for-life-saving-medical-treatment-2024vol134.

837 Botschaft TxG, 147; kritisch THOMMEN, Organspender, 164.

838 DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E.V./DEUTSCHES INSTITUT FÜR JUGENDHILFE UND FAMILIENRECHT E.V., 35 f.; JENKEL *et al.*, 6; siehe auch KINDLER *et al.*, 209; Nationaler Gesundheitsbericht 2020, 38; SHULER, 105.

839 Siehe beispielsweise Interpellation 23.4357 Wyss.

840 Vgl. SCHMID, Herausforderung, 141 ff.; WITT/SCHMID/FEGERT, 767 m.w.H.; vgl. auch ALBERMANN, 8.

psychischen Störung entscheiden (vgl. Art. 19c ZGB). Darunter fällt beispielsweise die Medikation mit Ritalin bei ADHS. Bei einem urteilsunfähigen Pflegekind entscheiden die Eltern beziehungsweise der Vormund/die Vormundin oder die Beistandsperson mit entsprechenden Befugnissen über medizinische Massnahmen, wobei das Kindeswohl die Grenze ihrer Entscheidungsbefugnisse bildet.

- 446 Nachfolgend werden stationäre Behandlungen thematisiert. Eine fürsorgereiche Unterbringung ist gegeben, wenn das Pflegekind in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird. Dabei handelt es sich um eine stationäre Massnahme mit tief greifenden Auswirkungen, weshalb nach Art. 314b Abs. 1 ZGB die Bestimmungen für die fürsorgereiche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (Art. 426 ff. ZGB) sinngemäss anwendbar sind. Dies ist zum Beispiel der Fall, falls sich das Kind tobend gegen eine stationäre Behandlung sträubt,⁸⁴¹ aber auch, wenn es diese ruhig ablehnt.
- 447 Wenn das Kind im Rahmen einer behördlichen Massnahme in einer psychiatrischen Klinik fürsorgereich untergebracht wird, wird seinen Eltern unter Umständen gleichzeitig das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen (Art. 310 Abs. 1 ZGB).⁸⁴² Falls die Eltern das urteilsfähige Kind gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik unterbringen lassen möchten, können sie dies grundsätzlich gestützt auf ihr Aufenthaltsbestimmungsrecht tun. Dies dürfte nach BIDERBOST in der Praxis aber nicht umsetzbar sein, weshalb regelmässig eine fürsorgereiche Unterbringung angezeigt sei, jedoch kein Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts der Eltern.⁸⁴³ Nach GEISSBERGER stellt die fürsorgereiche Unterbringung eine Massnahme gegen oder ohne den Willen des Kindes dar, weshalb auf dessen Willen – nicht denjenigen der Eltern – abzustellen sei. Sofern das Pflegekind urteilsunfähig sei, aber ausdrücke, nicht mit der Unterbringung einverstanden zu sein, müsse sein Wille berücksichtigt werden, auch wenn die Eltern in die Unterbringung einwilligen. Deshalb müsse in diesem Fall zum Schutz des Pflegekindes eine fürsorgereiche Unterbringung angeordnet werden, damit es insbesondere von den damit verbundenen spezifischen Verfahrensrechten profitieren könne.⁸⁴⁴ Wenn das urteilsfähige Pflegekind in die fürsorgereiche Unterbringung einwillige, aber die Eltern dagegen seien, müsse deren Aufenthaltsbestimmungsrecht nach Art. 310 ZGB aufgehoben werden. Diesfalls sei aber keine fürsorgereiche Unterbringung notwendig, weil der Aufenthalt nicht gegen den Willen des Pflegekindes erfolge.⁸⁴⁵

841 Zum Ganzen HOTZ, Verfahren, Rz 7.92 f.

842 Urteile des BGer vom 17. 5. 2013, 5A_188/2013, E. 3; vom 21. 2. 2002, 5C.27/2002, E. 2; KUKO ZGB-COTTIER, Art. 314b ZGB N 1 und 4; GASSMANN/BRIDLER, Rz 9.44; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 44 N 64; KUKO ZGB-ROSCHE, Art. 426 ZGB N 5; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1019 ff.

843 BIDERBOST, FU, 367 f.

844 GEISSBERGER, Rz 16; vgl. auch BIDERBOST, FU, 369 ff.

845 GEISSBERGER, Rz 16.

- 448 Demnach muss bei einer Unterbringung des Pflegekindes in einer psychiatrischen Klinik eruiert werden, ob das Pflegekind damit einverstanden ist und ob auch dessen Eltern einwilligen. Ist beides der Fall, handelt es sich um eine sog. freiwillige Platzierung, d.h. eine Platzierung ohne behördlichen Beschluss. Jedoch müssen alle Beteiligten ausnahmslos davon überzeugt sein.⁸⁴⁶ Falls sich das Pflegekind – ob urteilsfähig oder nicht – gegen die Unterbringung in der psychiatrischen Klinik wehrt, ist nach überzeugender Auffassung von BIDERBOST und GEISSBERGER eine fürsorgerische Unterbringung anzuordnen. Dies ist erforderlich, um die Unterbringung praktisch umzusetzen und die zusätzlichen Verfahrensrechte des betroffenen Kindes zu gewährleisten. Dagegen muss keine fürsorgerische Unterbringung angeordnet werden, wenn das Kind mit der Unterbringung in der psychiatrischen Klinik einverstanden ist. Jedoch ist ein Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts der Eltern angezeigt, wenn diese nicht in den Aufenthalt ihres Kindes in der psychiatrischen Klinik einwilligen.
- 449 Dabei hängen die materiellen Voraussetzungen der fürsorgerischen Unterbringung von der entsprechenden Kindeswohlgefährdung und dem Verhalten des Kindes respektive den Unterstützungsangeboten für das Kind in der fraglichen Klinik ab. Weiter ist die fürsorgerische Unterbringung nur möglich, wenn dem Kind nicht anders geholfen werden kann, sprich, diese verhältnismässig in Bezug auf die psychische Beeinträchtigung ist.⁸⁴⁷ Die Unterbringung kann neben psychiatrischen auch aus überwiegend pädagogischen oder aus bei den Eltern liegenden Gründen angezeigt sein, findet dann aber nicht in einer psychiatrischen Klinik statt. Nach der h.L. sollte die fürsorgerische Unterbringung von Kindern, die Ärzt*innen, gestützt auf Art. 429 f. ZGB, für maximal sechs Wochen anordnen, aber nur bei einer psychischen Störung des Kindes möglich sein.⁸⁴⁸
- 450 Bei einem Klinikaufenthalt des Pflegekindes erstellen die behandelnden Ärzt*innen in der Regel mit dem urteilsfähigen Pflegekind respektive mit den Herkunftseltern, wenn das Pflegekind urteilsunfähig ist, den Behandlungsplan (vgl. Art. 433 Abs. 1 ZGB). Ebenso besteht die Informationspflicht im Sinne von Art. 433 Abs. 2 ZGB gegenüber dem Pflegekind sowie seiner gesetzlichen Vertretung und somit grundsätzlich seinen Herkunftseltern.⁸⁴⁹ Das urteilsfähige Pflegekind kann selbst seine Zustimmung zur Behandlung erteilen (vgl. Art. 433 Abs. 3 ZGB). Dies kann das urteilsunfähige Pflegekind nicht; es muss

846 BIDERBOST, FU, 369 m.w.H.

847 HOTZ, Verfahren, Rz 7.95; vgl. auch Urteil des BGer vom 17. 5. 2013, 5A_188/2013, E. 3; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1019 ff.; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 44 N 64; vgl. zur ärztlichen Unterbringung von Kindern nach Art. 429 ZGB BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 144; HOTZ, Verfahren, Rz 7.96 ff.

848 CHK ZGB-BIDERBOST, Art. 314b N 3; BIRCHLER, FU, 146 f. und 155; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b ZGB N 9; MEIER/STETTLER, Rz 1844; TUOR/SCHNYDER/JUNGO, § 44 Rz 66; siehe zur Indikation und zum Zweck der Unterbringung GEISSBERGER, Rz 10 f. m.w.H.

849 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 122; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b N 14.

aber an der Entscheidung der Herkunftseltern (vgl. Art. 304 ZGB) partizipieren können (vgl. Art. 12 UN-KRK), d.h., es muss altersgemäss informiert sowie angehört werden und seine Meinung hat in die Entscheidung über die medizinische Behandlung einzufließen.⁸⁵⁰

451 Wenn das urteilsfähige Pflegekind, das zur Behandlung einer psychischen Störung stationär untergebracht ist, nicht in die Behandlung einwilligt, ist auch dann keine Behandlung möglich, falls die Herkunftseltern, eine Beistandsperson mit entsprechenden Befugnissen oder die KESB zustimmen würden. Die Behandlung ohne Zustimmung, gestützt auf Art. 434 ZGB, ist nur an Personen möglich, die hinsichtlich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig und fürsorgerisch untergebracht sind (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB).⁸⁵¹ Sofern die Herkunftseltern einer Behandlung, die für das stationär untergebrachte urteilsunfähige Pflegekind notwendig ist, nicht zustimmen, stellt sich die Frage, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. In diesem Fall kann die Klinikleitung nicht selbst über die Behandlung entscheiden, weil Art. 434 ZGB nach BIRCHLER, zu Recht, bei Kindern nicht anwendbar ist.⁸⁵² Die Klinikleitung ist jedoch berechtigt, eine Gefährdungsmeldung, gestützt auf Art. 314c Abs. 2 ZGB, an die KESB zu tätigen. Diese kann eine Beistandsperson mit besonderen Befugnissen unter Einschränkung der elterlichen Sorge gemäss Art. 308 Abs. 2 und 3 ZGB ernennen oder selbst die Zustimmung zur Behandlung erteilen (Art. 307 Abs. 1 ZGB).⁸⁵³ RUMETSCH weist auf die Wichtigkeit hin, dass das Kind die psychotherapeutische Behandlung mitträgt und diese nicht ablehnt.⁸⁵⁴ Nach den Erfahrungen von SCHNELLER/BERNARDON erfolgen aber erfreulicherweise die meisten Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie auf freiwilliger Basis.⁸⁵⁵

452 Falls das Pflegekind urteilsfähig ist, kann es, gestützt auf Art. 314b Abs. 2 ZGB, selbst Beschwerde gegen die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik erheben. Das Verfahren richtet sich sinngemäss nach den Bestimmungen über das Verfahren vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz (Art. 439 Abs. 3 ZGB) und somit nach Art. 450 ff. ZGB, den kantonalen Bestimmungen zum Kindes- und Erwachsenenschutz sowie subsidiär nach den Bestimmungen der ZPO. Zudem kann das fürsorgerisch untergebrachte Kind jederzeit um Entlassung aus der fürsorgerischen Unterbringung ersuchen (Art. 426 Abs. 2 ZGB), die periodische Überprüfung nach Art. 431 ZGB verlangen, eine

850 Vgl. BIDERBOST, FU, 364 f.; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b ZGB N 15; MICHEL, Rechte, 203.

851 Vgl. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 123 f.; vgl. auch BIDERBOST, FU, 364; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b ZGB N 14.

852 BIRCHLER, FU, 154; gl.M. BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 122; BIDERBOST, FU, 364 f.; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b N 15 f.; GERBER JENNI/BLUM, 21; HOTZ, Verfahren, Rz 7.91.

853 Vgl. BIDERBOST, FU, 365; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b N 15; GERBER JENNI/BLUM, 21; HOTZ, Verfahren, Rz 7.90; ROSCH, FU, 515.

854 RUMETSCH, 91.

855 SCHNELLER/BERNARDON, 116.

Vertrauensperson beziehen (Art. 432 ZGB) sowie, gestützt auf Art. 314a^{bis} Abs. 2 Ziff. 1 ZGB, eine Kindesvertretung beantragen.⁸⁵⁶ Dabei gilt für die Vertretung des Kindes Art. 314a^{bis} ZGB als *lex specialis* gegenüber Art. 449a ZGB.⁸⁵⁷ Betreffend die Anhörung des Kindes durch die Ärzt*innen bei einer ärztlichen Einweisung beziehungsweise durch die KESB bei einer behördlich angeordneten fürsorgerischen Unterbringung ist Art. 314a ZGB *lex specialis* zu Art. 430 Abs. 1 ZGB.⁸⁵⁸ Zusammengefasst hat das Pflegekind bei einer fürsorgerischen Unterbringung zusätzliche Verfahrensrechte.⁸⁵⁹

453 Die ärztliche respektive psychiatrische Begutachtung des Pflegekindes im Rahmen eines Kindeschutzverfahrens gestützt auf Art. 314b i.V.m. 450e Abs. 3 ZGB darf nur angeordnet werden, wenn aufgrund bisheriger Abklärungsergebnisse vermutungsweise eine stationäre kinderpsychiatrische Betreuung erforderlich sein wird.⁸⁶⁰ Bei einer psychiatrischen Begutachtung in einer Einrichtung gelten nach Art. 449 Abs. 2 ZGB die Rechtsschutzgarantien bezüglich der fürsorgerischen Unterbringung. Laut COTTIER wird Art. 449 ZGB für Kinder nur angewendet, wenn die Unterbringung zur Begutachtung, gestützt auf Art. 314b ZGB, in einer geschlossenen Einrichtung oder einer psychiatrischen Klinik erfolgt. In diesem Fall gelten die erwähnten Rechtsschutzgarantien ohnehin aufgrund Art. 314b Abs. 1 ZGB.⁸⁶¹

454 Pflegekinder leiden überdurchschnittlich oft an einer psychischen Erkrankung.⁸⁶² Dazu trägt unter anderem bei, dass sie in ihrer Vergangenheit häufig traumatisierende Erfahrungen gemacht haben. Deshalb ist es essenziell, dass sie die notwendige Behandlung erhalten. Sofern sich die Eltern weigern, ihr freiwillig platziertes Kind stationär in einer psychiatrischen Klinik behandeln zu lassen, wird ihnen das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen. Dies ist bei einer angeordneten Platzierung nicht notwendig, da den Eltern diesfalls das Aufenthaltsbestimmungsrecht bereits entzogen worden ist. Falls sich das Pflegekind gegen die stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik wehrt, ist eine fürsorgerische Unterbringung erforderlich. Das urteilsfähige Pflegekind kann selbst über eine allfällige ambulante oder stationäre Behandlung seiner psychischen Störung entscheiden. Falls es urteilsunfähig ist, sind seine Herkunftseltern entscheidungsbefugt. Sollten diese ihre Zustimmung zu einer notwendigen Behandlung nicht erteilen, dürfen die behandelnden Ärzt*innen eine Gefährdungsmeldung an die KESB machen, welche eine

856 Vgl. zum Ganzen HOTZ, Verfahren, Rz 7.100; vgl. auch FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b ZGB N 19 f.

857 FamKomm ES-COTTIER, Art. 314 ZGB N 19.

858 BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 113.

859 Vgl. auch BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 20.

860 BGE 131 III 409 E. 4.3; Urteil des BGer vom 27. 2. 2006, 5C.294/2005, E. 4.1; FamKomm ES-COTTIER, Art. 314b ZGB N 22; gl.M. BERNHART, Rz 251.

861 FamKomm ES-COTTIER, Art. 314 ZGB N 1 8.

862 DEUTSCHES JUGENDINSTITUT E.V./DEUTSCHES INSTITUT FÜR JUGENDHILFE UND FAMILIENRECHT E.V., 35 f.; JENKEL *et al.*, 6; siehe auch KINDLER *et al.*, 209; Nationaler Gesundheitsbericht 2020, 38; SHULER, 105.

Beistandsperson mit entsprechenden Befugnissen ernennen oder selbst zustimmen kann. Auch das urteilsunfähige Pflegekind muss in das Verfahren einbezogen werden.

f. Reproduktive Autonomie

- 455 Reproduktive Autonomie bezeichnet das Recht, selbst darüber zu bestimmen, ob (und falls ja, wie) man sich fortpflanzen möchte oder nicht. Sie ist ein Teilgehalt des Grundrechts auf persönliche Freiheit nach Art. 10 Abs. 2 BV.⁸⁶³ Nachfolgend wird auf drei Aspekte der reproduktiven Autonomie eingegangen, namentlich die Sterilisation, die Verhütung und die Abtreibung.
- 456 Das Sterilisationsgesetz regelt die Voraussetzungen für eine zulässige Sterilisation zu Verhütungszwecken sowie das anwendbare Verfahren (Art. 1 Sterilisationsgesetz). Hingegen umfasst es nach Art. 2 Abs. 2 Sterilisationsgesetz keine Heileingriffe, deren unvermeidliche Begleiterscheinung die Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit ist.
- 457 Nach Art. 3 Sterilisationsgesetz ist die Sterilisation einer Person unter 18 Jahren verboten, Art. 7 Sterilisationsgesetz vorbehalten. Die Sterilisation einer über 16-jährigen, dauernd urteilsunfähigen Person ist unter Vorbehalt von Art. 7 Abs. 2 Sterilisationsgesetz ausgeschlossen (Art. 7 Abs. 1 Sterilisationsgesetz). Sie ist, gestützt auf Art. 7 Abs. 2 Sterilisationsgesetz, ausnahmsweise zulässig, wenn sie nach den gesamten Umständen im Interesse der betroffenen Person vorgenommen wird, d.h. die Zeugung und die Geburt eines Kindes nicht durch geeignete andere Verhütungsmethoden oder durch die freiwillige Sterilisation des urteilsfähigen Partners oder der urteilsfähigen Partnerin verhindert werden können; mit der Zeugung und der Geburt eines Kindes zu rechnen ist und nach der Geburt die Trennung vom Kind unvermeidlich wäre, weil die Elternverantwortung nicht wahrgenommen werden kann, oder wenn die Schwangerschaft die Gesundheit der betroffenen Frau erheblich gefährden würde. Zudem darf keine Aussicht bestehen, dass die betroffene Person jemals die Urteilsfähigkeit erlangt, es muss die Operationsmethode mit der grössten Refertilisierungsaussicht gewählt werden und die KESB muss nach Art. 8 Sterilisationsgesetz zugestimmt haben.
- 458 Die KESB prüft auf Antrag der betroffenen oder einer ihr nahestehenden Person, ob die Voraussetzungen der Sterilisation erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 Sterilisationsgesetz). Vor ihrer Entscheidung hört sie nach Art. 8 Abs. 2 Sterilisationsgesetz sowohl die betroffene Person als auch dieser nahestehende Personen getrennt als Gesamtbehörde an. Weiter lässt sie über die sozialen und die persönlichen Verhältnisse der betroffenen Person durch eine Fachperson einen Bericht erstellen. Schliesslich holt sie über die Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person und die Dauer dieses Zustands ein Gutachten einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie ein. Die betroffene Person muss

863 Vgl. BÜCHLER, 332.

soweit möglich in die Entscheidung einbezogen werden.⁸⁶⁴ Insbesondere ihre Anhörung ist aufgrund der Bedeutung des Eingriffs unbedingt nötig.⁸⁶⁵ Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann den Entscheid der KESB innert 30 Tagen nach seiner Eröffnung bei der gerichtlichen Beschwerdeinstanz anfechten (Art. 9 Sterilisationsgesetz).

- 459 Demnach ist die Sterilisation bei Kindern bis zum 16. Altersjahr strikt verboten. Sofern die betroffene Person zwar über 16 Jahre alt ist, aber dauernd urteilsunfähig, können die Eltern nicht über ihre Sterilisation entscheiden. Grund dafür ist, dass bei der Sterilisation ein höchstpersönliches Recht betroffen ist, welches nicht respektive nur ausnahmsweise eine Vertretung zulässt.⁸⁶⁶
- 460 Die vorherigen Ausführungen zur Sterilisation dürften Pflegekinder nur marginal betreffen. Denn es ist keine Sterilisation an Kindern unter 16 Jahren zulässig und von Kindern, die das 16. Altersjahr vollendet haben, nur unter sehr restriktiven Voraussetzungen und sofern diese dauerhaft urteilsunfähig sind. Dies ist beispielsweise denkbar, wenn ein Pflegekind eine geistige Behinderung hat. Aber auch dann sind weder die Herkunftseltern noch die Pflegeeltern entscheidungsbefugt, sondern die KESB. Sie muss das urteilsunfähige Pflegekind, das das 16. Altersjahr vollendet hat, anhören und so weit wie möglich in ihre Entscheidung einbeziehen.
- 461 Die Themen Verhütung und Abtreibung dürften im Gegensatz zur Sterilisation von grösserer Bedeutung für Pflegekinder sein, insbesondere im Teenageralter. Urteilsfähige Jugendliche können sich ohne Beizug der Eltern Verhütungsmittel verschreiben lassen.⁸⁶⁷ Weiter muss der Entscheid eines schwangeren Mädchens, das noch nicht volljährig, aber urteilsfähig ist, abzutreiben, akzeptiert werden, ohne dass seine Eltern beigezogen werden.⁸⁶⁸ Nach ZERMATTEN ist insofern zu differenzieren, als die Abtreibung schädliche Folgen für das Mädchen haben könne, wenn diese aufgrund äusserer Umstände erfolge. Hingegen könne der eigenständig vom Mädchen gefällte Abtreibungsentscheid auch positive Auswirkungen haben, wenn es beispielsweise weiterhin die Schule besuchen könne.⁸⁶⁹
- 462 Allgemein anerkannt ist nach ZERMATTEN ein sog. Vetorecht, mit welchem sich sowohl urteilsfähige als auch urteilsunfähige schwangere Mädchen gegen den Willen der Eltern und/oder der Fachkräfte einer Abtreibung widersetzen können. So können die Betroffenen ihr Kind behalten. Er weist darauf hin, dass die Aufklärung durch die Fachkräfte in solchen Situationen enorm wichtig ist. Generell würden Ärzt*innen im Bereich der Verschreibung von Verhütungsmitteln und Beratungszentren bezüglich der sexuellen und repro-

864 Vgl. Bericht Zwangssterilisationen, 6331.

865 Bericht Zwangssterilisationen, 6334.

866 Vgl. PFISTER PILLER, Rz 2.147.

867 Vgl. Leitfaden Datenschutz, 13; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Art. 275a ZGB, 386.

868 Vgl. RUMETSCH, 91 und 93; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Art. 275a ZGB, 386; ROSCH, Leitfaden, 18.

869 Zum Ganzen ZERMATTEN, 8.

duktiven Gesundheit die Autonomie der Kinder wahren.⁸⁷⁰ Da ein urteilsfähiges schwangeres Mädchen ohnehin selbst über die Abtreibung entscheiden kann, ist das Vetorecht insbesondere für urteilsunfähige schwangere Mädchen wichtig, um ihre Selbstbestimmung zu wahren.

463 Betreffend Vertraulichkeit ist festzuhalten, dass das Kind ein Recht darauf hat (vgl. Schutz der Privatsphäre nach Art. 13 BV). Ärzt*innen gewähren Kindern zwar einen hohen Vertraulichkeitsgrad, jedoch spielen dem die anfallenden Kosten und deren Übernahme durch die Krankenkasse oft entgegen.⁸⁷¹ RUMETSCH macht diesbezüglich darauf aufmerksam, dass das Vertrauensverhältnis zwischen dem Mädchen und seinen Eltern schwerwiegend gestört werden könne, wenn die behandelnden Ärzt*innen die Eltern gegen den Willen ihres Kindes über dessen Schwangerschaft informieren.⁸⁷² Wenn Ärzt*innen den Eltern die Schwangerschaft mitteilen, obwohl sie vom urteilsfähigen Mädchen keine Einwilligung dazu erhalten haben, verletzen sie ihr Berufsgeheimnis. Sie müssten sich vorab von der Aufsichtsbehörde entbinden lassen (Art. 321 Abs. 2 StGB).

464 Es ist wichtig, dass Pflegekinder adäquat aufgeklärt werden und die behandelnden Ärzt*innen die Vertraulichkeit gewährleisten. Ein urteilsfähiges, ausserfamiliär untergebrachtes Mädchen darf sich Verhütungsmittel verschreiben lassen, ohne dass seine Herkunftseltern (und Pflegeeltern) respektive eine allfällige Beistandsperson dabei einbezogen werden. Da Verhütungsmittel nicht von der Krankenkasse übernommen werden, werden sie auch nicht auf der Krankenkassenabrechnung ausgewiesen. Ausserdem kann es bei einer allfälligen Schwangerschaft selbst entscheiden, ob es abtreiben möchte oder nicht. Zudem ist es berechtigt, die Abtreibung zu verweigern, unabhängig davon, ob es urteilsfähig ist oder nicht. Diese Entscheidung muss von allen, zum Beispiel den Herkunftseltern und Ärzt*innen, respektiert werden.

5. Notwendige Zusammenarbeit im interdisziplinären Kontext

465 Im Rahmen der ausserfamiliären Unterbringung sind zahlreiche Personen und Stellen involviert, unter anderem das Pflegekind selbst, die Herkunftseltern, die Pflegeeltern oder das Heim, die KESB sowie häufig auch Beistandspersonen, Dienstleistungsanbieter*innen in der Familienpflege, Ärzt*innen und Therapeut*innen sowie allenfalls die Vertrauensperson. Diese müssen zusammenarbeiten, um das Wohl des Pflegekindes zu gewährleisten.⁸⁷³ Zudem ist

870 ZERMATTEN, 8.

871 ZERMATTEN, 8.

872 RUMETSCH, 93.

873 Vgl. auch ALTHOFF/HILKE, 72 ff.; BLUM *et al.*, 126; CANTIENI/BLUM, Rz 15.99; DA VINCI/LENZO/PANZERA-BIAGGI, 233 f.; Framework Australia, 21; LEUTHOLD *et al.*, 27; PONTI, 131; siehe zu den Beteiligten auch MÖGEL/JENNI, Argumentarium, 11 f.

notwendig, dass sie besonders konfliktträchtige Punkte, wie die Zuständigkeiten bei Krankheiten des Pflegekindes, klar regeln.⁸⁷⁴

466 Insbesondere ist es für die optimale Förderung der Entwicklung von psychisch belasteten Pflegekindern unerlässlich, dass die verschiedenen beteiligten Systeme zur Unterstützung aus der stationären Jugendhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe, der Schule und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zusammenarbeiten.⁸⁷⁵ Dies gilt aber nicht nur bei psychischen Erkrankungen von Pflegekindern, sondern auch bei allen anderen medizinischen Problemen.

467 LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER weisen bezüglich Zusammenarbeit darauf hin, dass es aufgrund der unterschiedlich ausgestalteten Mandate und der verschiedenen Arbeitsweisen der eingesetzten Mandatspersonen unabdingbar ist, dass sich beispielsweise die Beistandsperson mit der Kindesvertretung austauscht und sie gegenseitig ihre jeweilige Rolle klären. Insbesondere wenn die eingesetzten Mandatspersonen aus unterschiedlichen Fachbereichen stammen, können sie im Rahmen der Zusammenarbeit das Fachwissen der anderen Person nutzen. Wichtig ist auch, dass sie ihre Rolle altersgerecht mit dem Pflegekind besprechen und das Ergebnis der Rollenklärung auch den anderen Verfahrensbeteiligten wie zum Beispiel Familienbegleiter*innen, Therapeut*innen etc. mitteilen.⁸⁷⁶

468 Falls die Rollen und entsprechenden Aufgaben nicht geklärt werden können, muss die einsetzende Behörde diese definieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass beim Pflegekind und den weiteren Verfahrensbeteiligten Unsicherheiten auftauchen. Dies würde das Pflegekind belasten und seine Partizipation behindern. Ausserdem könnte dies zu negativen Kompetenzkonflikten führen. Das ist der Fall, wenn die Mandatsperson davon ausgeht, dass die andere Person zuständig sei und aktiv werde. Dadurch geht wertvolle Zeit verloren und das Kind kann unzufrieden und enttäuscht werden. Mit guter Zusammenarbeit hingegen können Doppelspurigkeiten vermieden werden, was Ressourcen schont. Bei längeren Mandaten, wie dies bei einer ausserfamiliären Unterbringung der Fall ist, muss dieser Austausch stattfinden. Beispielsweise könnte die Kindesvertretung ihre im Verfahren geplanten Anträge vorab mit der Beistandsperson besprechen, damit diese die Anträge auch zweckmässig umsetzen kann. Durch die konstruktive Zusammenarbeit dieser beiden Institute kann sichergestellt werden, dass das Pflegekind im Verfahren optimal geschützt ist und daran partizipieren kann.⁸⁷⁷

469 Die Klärung der unterschiedlichen Rollen und Aufgaben zwischen den verschiedenen Fachkräften, Pflege- und Herkunftsfamilien ist während der

874 FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 146.

875 SCHMID, Herausforderung, 159; vgl. auch FRIEDRICH/SCHMID, 29.

876 Zum Ganzen LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 482 f.; vgl. auch LAMBERT *et al.*, 256; LEUTHOLD *et al.*, 30.

877 Zum Ganzen LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 483; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 48; LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.64.

gesamten ausserfamiliären Unterbringung inklusive deren Vorbereitung und Ende unabdingbar. Im Rahmen dieser Rollenverteilung können klare Bezugspersonen identifiziert werden. Dadurch erhöht sich das Vertrauen des Pflegekinds, der Herkunftseltern und der Pflegeeltern beziehungsweise der Heimerziehenden in das Verfahren. Ausserdem steigert dies die Transparenz der Informationen und fördert die Kooperation von öffentlichen Diensten, privaten Anbieter*innen, Fachpersonen, Pflegeeltern und Herkunftseltern respektive Heimerziehenden. Nur mithilfe einer guten Rollenkoordination kann der Unterbringungsprozess reibungslos verlaufen. Für das Pflegekind ist besonders wichtig, dass es eine klar definierte Ansprechperson hat, die es unterstützt und gegenüber welcher es seine Bedürfnisse äussern kann.⁸⁷⁸ Diese Ansprechperson könnte beispielsweise die Beistandsperson sein.⁸⁷⁹

470 Insbesondere die Kindesvertretung sollte sich über geklärte und verbindliche Kooperationen zwischen den verschiedenen beteiligten Fachpersonen und Stellen informieren, zum Beispiel zwischen KESB, Gericht, Beistandsperson, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderschutzgruppe. Dort, wo diese nicht (genügend) vorhanden sind, kann die Kindesvertretung⁸⁸⁰ diese durch einen runden Tisch anstossen beziehungsweise unterstützen.⁸⁸¹ Diesbezüglich ist insbesondere die vermittelnde Funktion der Kindesvertretung wichtig. Da die Kindesvertretung eine unabhängige Stellung aufweist, dürften die involvierten Parteien sie als «Vermittlungsperson» anerkennen.⁸⁸² Die Kindesvertretung kann vermittelnd tätig sein, indem sie ihr Arbeits- und Fallverständnis auch den anderen Verfahrensbeteiligten erklärt, ihre Anträge verständlich begründet und aktiv darauf hinwirkt, dass Einigungen gefunden werden.⁸⁸³ Dieser gemeinsame Austausch trägt dazu bei, die Situation des Pflegekinds zu verstehen und passend zu planen.⁸⁸⁴ Bedauerlicherweise wird eine Kindesvertretung für das Pflegekind nur selten angeordnet und ihre Mandatsdauer beschränkt sich auf das Verfahren.⁸⁸⁵ Deshalb ist sie nicht während der ganzen Dauer der ausserfamiliären Unterbringung verfügbar.

471 Damit das Pflegekind eine kinderfreundliche Gesundheitsversorgung erhält, müssen sich alle Beteiligten, namentlich das Kind selbst, seine Herkunftseltern, die Pflegeeltern respektive Betreuungspersonen in stationären Institutionen, das medizinische Fachpersonal und die KESB, an den «runden Tisch» setzen.

878 Zum Ganzen ARN *et al.*, 27 ff.; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 43 und 48; GUTMANN *et al.*, 299; LEUTHOLD *et al.*, 31; REIMER *et al.*, 37 ff.

879 Vgl. COLOMBO *et al.*, 28 und 48.

880 Sofern (noch) keine Beistandsperson mit der Fallführung Gesundheitsversorgung (siehe dazu Rz 509 ff.) involviert ist.

881 GEBER JENNI, 108; siehe zu den Voraussetzungen für den Datenaustausch ROSCH, Datenschutz, 22.

882 BLUM *et al.*, 115.

883 BLUM, Vertretung, Rz 18.176; vgl. auch FamKomm ES-COTTIER, Art. 314a^{bis} ZGB N 14; FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 164.

884 BLUM *et al.*, 179.

885 LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 482.

So können sie die Bedürfnisse, Notwendigkeiten und Ressourcen besprechen sowie den Gesundheitsplan⁸⁸⁶ gemeinsam als Teil des Hilfeplans⁸⁸⁷ erstellen. Dabei müssen die Interessen des Pflegekinds als unabhängiges Rechtssubjekt wahrgenommen und priorisiert werden.⁸⁸⁸

- 472 Die erwähnte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist erforderlich, um die Unklarheiten zu beseitigen, die hinsichtlich der Entscheidungszuständigkeiten bei der medizinischen Versorgung des Pflegekinds bestehen. Beispielsweise stellt sich oft die Frage, wer den Auftrag zur medizinischen Behandlung des Pflegekinds erteilen kann. Diese Unsicherheit hängt mit der zersplitterten Rechtslage zusammen. Aber auch in Bezug auf die Informationsflüsse ist vieles unklar. So die Frage, wem Kinderärzt*innen ihre Befunde mitteilen dürfen respektive mitteilen müssen. In der frühen Kindheit des Pflegekinds ist es bei Auffälligkeiten oder Entwicklungsrückständen jedoch äusserst wichtig, dass schnell gehandelt wird, um spätere Probleme zu verhindern. Daher werden im Folgenden die Informationsrechte und -pflichten der Beteiligten mit Blick auf die medizinische Versorgung des Pflegekinds dargestellt.

D. Informationsflüsse

1. Notwendiger Informationsaustausch

- 473 Bei der ausserfamiliären Unterbringung und insbesondere der medizinischen Versorgung des Pflegekinds sind viele Personen und Stellen beteiligt.⁸⁸⁹ Eine Herausforderung ist deshalb, dass Kinderärzt*innen bei der Betreuung eines Pflegekinds über alle Informationen zu dessen Gesundheit verfügen. Diese beinhalten unter anderem Informationen über Impfungen, Medikamente, Allergien, chronische Erkrankungen, Spitalaufenthalte, Operationen, Seh- oder Hörverlust, Neugeborenen-Screening, Familienanamnese und psychosoziale Anamnese (inklusive Kindheitstraumas sowie Entwicklungsproblemen).⁸⁹⁰
- 474 Zudem wird das Pflegekind häufig von Personen wie beispielsweise Heimerziehenden oder Pflegeeltern, die wenig Kenntnisse über dessen medizinische Versorgung haben, zu Terminen bei Ärzt*innen, Therapien etc. begleitet.⁸⁹¹ Als Folge davon müssen die Beteiligten – insbesondere Kinderärzt*innen – jeweils viel Zeit investieren, um sämtliche Informationen der anderen Betei-

886 Siehe dazu Rz 573 f.

887 Siehe dazu Rz 534.

888 HOTZ, Verfahren, Rz 7.120; DIES., Kinder, 28 ff.; vgl. auch DUFF *et al.*, 6; FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 164; HÉBERT/MACDONALD, 453; siehe zu Empfehlungen für eine kindfokussierte Zusammenarbeit auch JENZER *et al.*, 26 ff.

889 Siehe zu dieser Heterogenität auch LEITUNGSGRUPPE NFP 76, 31.

890 Vgl. zum Ganzen Policy Statement USA, 1133; vgl. auch Framework Australia, 21; Statutory Guidance UK, 15 ff. und 28 f. m.w.H.

891 Vgl. Policy Statement USA, 1133.

ligten zu erhalten und sich auszutauschen. Sie sollten transdisziplinär denken und auch vermehrt die Perspektive der anderen Involvierten einnehmen.⁸⁹²

475 Alle Beteiligten müssen sich regelmässig über die (gesundheitliche) Situation des Pflegekinds austauschen. Nur so können sie ein gemeinsam gewachsenes Fallverstehen erreichen, Veränderungen rechtzeitig wahrnehmen und adäquat darauf reagieren. Wichtig ist, dass sie gemeinsam klären, wer wie die Kontakte zu den Bezugspersonen aus dem sozialen, schulischen und allenfalls beruflichen Umfeld des Pflegekinds unterhält. Teilweise bestehen aber Unsicherheiten zwischen den Beteiligten, wer welche Informationen erhalten soll. REIMER *et al.* fordern deshalb Standards, wie der Informationsaustausch zwischen Fachpersonen, Herkunftsfamilie und Pflegefamilie organisiert werden soll, da sich ein ungenügender Informationsfluss negativ auf das Pflegeverhältnis und die Gesundheit des Pflegekinds auswirkt.⁸⁹³ Solche geforderten Standards sind zwar wünschenswert, können aber dem Einzelfall nur bedingt gerecht werden. Besser wäre nach der hier vertretenen Ansicht, die Informationsflüsse im konkreten Fall, d.h. für das einzelne Pflegekind, im Gesundheitsplan zu regeln.

476 Durch Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen sowie Verschwiegenheitspflichten kann der Informationsaustausch unter den Beteiligten gestört werden. Insbesondere infolge der ärztlichen Schweigepflicht erhalten in der Praxis zum Beispiel die Beistandsperson oder die Kindesvertretung zu wenige Informationen über die medizinische Behandlung des Pflegekinds.⁸⁹⁴ Oft werden beispielsweise die notwendigen Informationen von kinder- und jugendpsychiatrischen Vorbehandlungen nicht eingeholt. Oder es kann sein, dass die psychische Erkrankung des Pflegekinds nicht ausreichend beachtet wird und die Herkunftseltern sowie die zuweisenden Behörden diese bei der Suche nach einer angemessenen Unterbringung nicht genügend thematisieren.⁸⁹⁵ ALBERMANN/MÜLLER schlagen deshalb eine Schweigepflichtsentscheidung vor. In dieser kann festgehalten werden, wer ermächtigt worden ist, wen zu kontaktieren, und in welche Richtung der Informationsaustausch gewünscht wird.⁸⁹⁶ Diese Meinung überzeugt, weil die Schweigepflichtsentscheidung auch Teil des auf das Pflegekind angepassten Gesundheitsplans sein kann. Nichtsdestotrotz müssen die Persönlichkeitsrechte des Pflegekinds gewahrt bleiben.

892 Vgl. ALBERMANN/MÜLLER, 34 f.; vgl. auch ALBERMANN, 8; GUTMANN *et al.*, 298 f.; HELMING *et al.*, 123 ff.

893 Zum Ganzen REIMER *et al.*, 39; vgl. auch ALTHOFF/HILKE, 76; Policy Statement USA, 1134; Statutory Guidance UK 14 f. und 32 f.

894 GUTMANN *et al.*, 298.

895 SCHMID, Herausforderung, 151.

896 ALBERMANN/MÜLLER, 35; siehe auch DUFF *et al.*, 5; MÖGEL/JENNI, Leitfaden Eltern, 3; vgl. zur Informationsweitergabe in Deutschland KÜFNER/SCHÖNECKER, 88 ff.

2. Ärztliches Berufsgeheimnis

- 477 Wie bereits ausgeführt, hat das Pflegekind ein Recht darauf, kindgerecht informiert zu werden, insbesondere im Rahmen einer medizinischen Behandlung.⁸⁹⁷ Umgekehrt dürfen medizinische Informationen als Teil seiner Geheim- und Intimsphäre nur (beispielsweise an die Herkunftseltern) weitergegeben werden, wenn das Pflegekind seine Zustimmung dazu erteilt hat (Art. 28 Abs. 2 ZGB). Nach OBERHOLZER stellt die Einwilligung in die Offenbarung von Gesundheitsdaten ein relativ höchstpersönliches Recht dar, welches das urteilsfähige Kind, gestützt auf Art. 19c Abs. 1 ZGB, selbst wahrnehmen kann.⁸⁹⁸ Ausserdem sind die behandelnden Ärzt*innen (unter anderem Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen und Psycholog*innen, aber auch Hebammen/Entbindungspfleger und Assistenzärzt*innen) an das strafrechtliche Berufsgeheimnis gebunden (Art. 321 StGB). Das urteilsfähige Pflegekind ist als Patient*in Geheimnisherr*in.⁸⁹⁹ Für Ärzt*innen, die als Beamt*innen im Sinne von Art. 110 Abs. 3 StGB tätig sind, gilt alternativ das Amtsgeheimnis nach Art. 320 StGB. Dies trifft beispielsweise auf Kantonsärzt*innen zu, die Aufsichtsaufgaben wahrnehmen, oder Ärzt*innen, die an öffentlichen und privaten Spitälern im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung öffentliche Leistungsaufträge erfüllen.⁹⁰⁰
- 478 Nach MICHEL dürfte das urteilsfähige Kind in der Regel und vor allem bei schweren Erkrankungen, risikoreicheren Therapien oder mehreren Behandlungsalternativen damit einverstanden sein, dass die Ärzt*innen seine Eltern über die Erkrankung und Therapie informieren.⁹⁰¹ Bei Pflegekindern hängt dies zudem vom Grund der ausserfamiliären Unterbringung und von ihrer Beziehung zur Herkunftsfamilie ab. Das urteilsfähige Pflegekind kann als Geheimnisherr*in die behandelnden Ärzt*innen durch seine Einwilligung von ihrer Schweigepflicht entbinden (Art. 321 Ziff. 2 StGB).⁹⁰² Es gibt aber auch Situationen, in welchen die betroffenen Jugendlichen nicht möchten, dass ihre Herkunftseltern informiert werden, beispielsweise bei Themen wie ungeplante Schwangerschaft, ungeschützter Geschlechtsverkehr oder Genitalinfektionen.⁹⁰³
- 479 Ärzt*innen dürfen die Herkunftseltern oder Dritte unter Umständen aber auch gegen den Willen des urteilsfähigen Pflegekindes benachrichtigen. Dies ist insbesondere bei eigentlichen Notstandssituationen denkbar, zum Beispiel, wenn das Pflegekind sich selbst oder Dritte durch Suizidabsichten akut

897 HOTZ, Verfahren, Rz 7.41; vgl. auch MICHEL, Rechte, 188 ff.

898 OBERHOLZER, Rz 299 und 303.

899 BÜCHLER/MICHEL, 108 f.; KOKES, Melderechte, 153; MARANTA, 236; vgl. auch HOTZ, Verfahren, Rz 7.11.

900 Vgl. BÜCHLER/MICHEL, 91; GÄCHTER/RÜTSCHKE, Rz 383; MICHEL, Rechte, 92; TAG, 745.

901 Vgl. MICHEL, Rechte, 93.

902 Vgl. auch MICHEL, Rechte, 98 f.

903 Vgl. MICHEL, Rechte, 96; RENTERIA, 1.

gefährdet (vgl. Art. 17 StGB). In der Regel müssen sich aber die behandelnden Ärzt*innen schriftlich von der zuständigen kantonalen Behörde von der Schweigepflicht entbinden lassen (Art. 321 Ziff. 2 StGB; ausser gegenüber der KESB, wo Ärzt*innen meldeberechtigt sind). Zudem müssen sie der Ansicht sein, dass die Information der Herkunftseltern im Interesse des Pflegekindes und dessen Gesundheit notwendig ist.⁹⁰⁴

480 Weiter greift der Rechtfertigungsgrund der mutmasslichen Einwilligung, wenn das eigentlich urteilsfähige Pflegekind im konkreten Fall, beispielsweise aufgrund eines Unfalls, bewusstlos und somit urteilsunfähig ist. In einem solchen Fall kann das Pflegekind nicht mitteilen, ob seine Eltern informiert werden sollen oder nicht. Dann dürfen die Ärzt*innen davon ausgehen, dass sie die Angehörigen benachrichtigen dürfen, sofern keine Hinweise auf das Gegenteil vorliegen.⁹⁰⁵

481 Ausserdem sind Ärzt*innen gestützt auf Art. 314c Abs. 2 ZGB berechtigt (aber nicht verpflichtet), der KESB Meldung zu erstatten, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität des Kindes gefährdet scheint und die Meldung im Interesse des Kindes liegt. Diesfalls ist keine Entbindung vom Berufsgeheimnis erforderlich. Dieses Melderecht ist vor allem im Rahmen der Prävention von Bedeutung, wenn Kinderärzt*innen bei Untersuchungen oder Behandlungen Kindesmisshandlungen feststellen.⁹⁰⁶

482 Es ist wichtig, dass die behandelnden Ärzt*innen jugendliche Patient*innen über das Berufsgeheimnis informieren, damit diese frei mit ihnen sprechen können. Sie sollten aber das urteilsfähige Pflegekind darauf hinweisen, dass das Berufsgeheimnis nur eingeschränkt gilt, nämlich sofern keine ernsthafte Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegt. Ausserdem sollten sie darauf aufmerksam machen, dass die Eltern auch auf anderem Weg vom Arztbesuch erfahren könnten, insbesondere durch die an sie gerichtete Krankenkassenabrechnung.⁹⁰⁷

483 Bei der Verletzung des Berufsgeheimnisses handelt es sich um ein Antragsdelikt, d.h., die Tat wird nicht von Amtes wegen verfolgt. Auch das urteilsfähige Pflegekind kann einen Strafantrag stellen (vgl. Art. 30 Abs. 3 StGB), wenn das Berufsgeheimnis verletzt worden ist. Demgemäss kann es selbst die Bestrafung der Täterschaft beantragen.⁹⁰⁸

904 Zum Ganzen BÜCHLER/MICHEL, 109; vgl. zum Berufsgeheimnis auch MICHEL, Rechte, 92 ff. m.w.H.; siehe als Beispiel für die Entbindung Urteil des KGer FR vom 23. 8. 2021, 603 2021 89.

905 Zum Ganzen MICHEL, Rechte, 99.

906 Vgl. BÜCHLER/MICHEL, 109; vgl. auch AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 801 ff.; BIDERBOST, KESB, 35 ff. m.w.H.; FRIEDRICH/SCHMID, 25; vgl. zu den spitalinternen Kindesschutzgruppen auch PFISTER PILLER, Rz 5.15 ff.; vgl. zur Einschlägigkeit von kantonalen Meldepflichten bei interkantonalen Konstellationen auch MARANTA, 247 f.

907 RUTISHAUSER/NAVRATIL, 1159 und 1162; siehe zur Problematik der Krankenkassenabrechnung auch MICHEL, Rechte, 108 m.w.H.

908 Vgl. MICHEL, Rechte, 106 f.

484 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ärzt*innen, die das Pflegekind behandeln, dem Berufsgeheimnis unterliegen. Sie dürfen ihre Befunde daher nur dem urteilsfähigen Pflegekind respektive dessen gesetzlicher Vertretung (Herkunftseltern beziehungsweise Beistandsperson mit Vertretungsbefugnis im medizinischen Bereich nach Art. 308 Abs. 2 und 3 ZGB) mitteilen. Sie können jedoch vom urteilsfähigen Pflegekind oder von der Aufsichtsbehörde vom Berufsgeheimnis entbunden werden. Schliesslich sind die Ärzt*innen berechtigt, eine Meldung an die KESB zu erstatten, wenn das Kindeswohl gefährdet scheint.

3. Pflicht der KESB zur Abklärung des Sachverhalts und zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte

485 Nach der Untersuchungsmaxime muss die zuständige KESB im Kindeschutzverfahren den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Parteianträge korrekt und umfassend feststellen (Art. 446 i.V.m. 314 Abs. 1 ZGB). Sie kann dafür nach eigenem Ermessen auch auf nicht gebräuchliche Art und Weise Beweise erheben und Berichte – zum Beispiel bei den behandelnden Kinderärzt*innen – einholen (sog. Freibeweis).⁹⁰⁹ Dabei muss die KESB die Persönlichkeitsrechte des Kindes wahren und untersteht beispielsweise einer Schweigepflicht (Art. 451 Abs. 1 ZGB). Auch die Anhörung dient dazu, die Persönlichkeit des Kindes zu schützen.⁹¹⁰

486 Die Mitwirkungspflichten der am Kindeschutzverfahren beteiligten Personen sowie Dritter und die Amtshilfe, gestützt auf Art. 314e ZGB, folgen aus der Untersuchungsmaxime.⁹¹¹ Nach Art. 314e Abs. 1 Satz 1 ZGB müssen die am Verfahren beteiligten Personen und Dritte bei der Abklärung des Sachverhalts mitwirken. Personen, die dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB unterstehen wie beispielsweise Ärzt*innen, sind zur Mitwirkung berechtigt, ohne sich vorgängig vom Berufsgeheimnis entbinden zu lassen (Art. 314e Abs. 2 ZGB). Diese Regelung entspricht dem Melderecht nach Art. 314c Abs. 2 ZGB.⁹¹² Die dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB unterstehenden Personen sind gestützt auf Art. 314e Abs. 3 Satz 1 ZGB sogar zur Mitwirkung verpflichtet, wenn die geheimnisberechtigte Person sie dazu ermächtigt hat oder die vorgesetzte Behörde oder die Aufsichtsbehörde sie auf Gesuch der KESB vom Berufsgeheimnis entbunden hat.⁹¹³ Vorbehalten bleibt das Anwaltsgeheim-

909 Vgl. BGE 142 III 153 E. 5.1.1; vgl. zum Ganzen AFFOLTER-FRINGELI, Verfahrensgrundsätze, Rz 5.4; vgl. auch BIDERBOST, KESB, 30 ff.; MURPHY/STECK Rz 18.86 ff. m.w.H.

910 BRUNNER/WIDER/SIMONI, Rz 7.11; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1001 f.; ZINGARO, Rz 12.22.

911 FASSBIND/HERZIG, Mitwirkungspflicht, Rz 230.

912 Siehe auch MARANTA, 239.

913 Vgl. auch GEISER, 1694 f.

nis nach Art. 13 Bundesgesetz über die Freizügigkeit der Anwältinnen und Anwälte (Anwaltsgesetz, BGFA).

- 487 Die Hilfspersonen von Personen, die dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB unterstehen, sind ohne vorgängige Entbindung vom strafrechtlichen Berufsgeheimnis nicht zur Mitwirkung berechtigt (Art. 314e Abs. 2 Satz 2 ZGB). Darunter fallen zum Beispiel Pflegefachpersonen, Heilpädagog*innen, Sachbearbeiter*innen in einem Spital oder in einer Arztpraxis, medizinische Praxisassistent*innen sowie Sozialarbeitende in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.⁹¹⁴ In der Praxis bedeutet dies, dass eine Entbindung vom strafrechtlichen Berufsgeheimnis in den folgenden zwei Fällen relevant ist: erstens, falls eine dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB unterstehende Person nicht mit der KESB kooperiert, zweitens, sofern eine Hilfsperson selbst am Verfahren mitwirken soll.⁹¹⁵
- 488 Sowohl für die KESB als auch die Beistandsperson besteht eine Schweigepflicht, das sog. Kindes- und Erwachsenenschutzgeheimnis (Art. 413 Abs. 2 und Art. 451 Abs. 1 ZGB). Dieses kann durchbrochen werden, zum Beispiel gegenüber Ärzt*innen, wenn dies die Interessen des betroffenen Kindes erfordern. Die Schweigepflicht gilt sowohl im Innen- als auch im Aussenverhältnis. Sie schützt die Privatsphäre sowie das informationelle Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Kindes und soll dessen Vertrauen in die Behörde respektive in die Beistandsperson fördern. Je mehr diese über das betroffene Kind wissen, desto besser können sie ihm helfen.⁹¹⁶ Die Schweigepflicht der KESB respektive der Beistandsperson dient weiter dazu, die Persönlichkeitsrechte des betroffenen Kindes zu schützen,⁹¹⁷ weil die KESB und die Beistandsperson das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des betroffenen Kindes wahren müssen. Dies ist insbesondere in Bezug auf medizinische Behandlungen, die die körperliche und psychische Integrität des Kindes betreffen, von grösster Bedeutung. Zum Beispiel kann das Pflegekind im Rahmen seiner informationellen Selbstbestimmung entscheiden, dass die Beistandsperson weder den Herkunfts- noch den Pflegeeltern das Ergebnis einer Untersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen mitteilen darf.
- 489 Sofern das betroffene urteilsfähige Kind zustimmt, dürfen die Beistandsperson und Dritte wie die Ärzt*innen beziehungsweise die Klinik immer Informationen austauschen.⁹¹⁸ Falls das Kind urteilsunfähig ist, darf die Beistandsperson nur die zu ihrer Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen mit den Ärzt*innen austauschen. Insbesondere um Probleme mit Privat- und Sozial-

914 KOKES, Melderechte, 155.

915 MARANTA, 239.

916 Vgl. zum Ganzen ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Sorgfaltpflichten, Rz 402; vgl. auch BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 413 ZGB N 7 und 9; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 601.

917 MARUGG, Rz 9.1; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 909; ROSCH, Schweigepflicht, Rz 1.216.

918 Vgl. AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 1432; MARUGG, Rz 9.3; ROSCH, Schweigepflicht, Rz 1.219.

versicherungen in Bezug auf den Austausch medizinischer Daten zu verhindern, muss die KESB nach AFFOLTER-FRINGELI möglichst klar formulieren, ob dieser Austausch zu den Aufgaben der Beistandsperson zählt. Dies ist der Fall, wenn die Beistandsperson die Aufgabe hat, entsprechende Ansprüche geltend zu machen.⁹¹⁹

490 Jedoch hat eine für das gesundheitliche Wohl sowie die hinreichende medizinische und therapeutische Unterstützung und Betreuung eingesetzte Beistandsperson nach AFFOLTER-FRINGELI das Recht, dass die Ärzt*innen ihr alle nötigen Informationen offenbaren, welche für die Erfüllung ihres Auftrags notwendig sind. Sie darf in diesem Umfang Einsicht in die ärztlichen Berichte nehmen. Wenn ihr entsprechende Befugnisse von der KESB übertragen wurden (Art. 308 Abs. 2 ZGB), entspricht die Vertretungskompetenz der Beistandsperson der Stellung einer gesetzlichen Vertretung. Somit braucht es keine Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis. Die Handlungsmacht der Beistandsperson ist aber insofern limitiert, als das urteilsfähige Pflegekind höchstpersönliche Rechte selbst wahrnehmen kann.⁹²⁰

491 Zwischen der KESB und der Beistandsperson besteht ein gegenseitiger Informationsanspruch, soweit es notwendig ist, die Informationen zur Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu teilen. Das Gleiche gilt, wenn eine andere gesetzliche Offenbarungspflicht besteht, wie beispielsweise die Pflicht zur Berichterstattung nach Art. 411 ZGB. Demnach stellt die KESB der Beistandsperson alle Informationen aus dem Abklärungsverfahren, die für deren Aufgabenerfüllung erforderlich sind, zur Verfügung. Umgekehrt informiert die Beistandsperson im Rahmen ihrer Berichterstattung respektive bei einer Änderung der Verhältnisse nach Art. 414 ZGB die KESB über ihre Mandatsführung, soweit dies zur Aufgabenerfüllung der KESB notwendig ist.⁹²¹

492 Nach aussen unterstehen die KESB und öffentlich-rechtlich angestellte Berufsbeistandspersonen dem Amtsgeheimnis im Sinne von Art. 320 StGB. Sie können dieses jedoch, gestützt auf Art. 413 Abs. 2 ZGB beziehungsweise Art. 451 Abs. 1 ZGB, durchbrechen, indem sie im Einzelfall bei überwiegendem Interesse Informationen gegenüber Dritten offenbaren. Zudem können sie durch die vorgesetzte Behörde vom Amtsgeheimnis entbunden werden (Art. 320 Ziff. 2 StGB).⁹²²

493 Laut HÄFELI greifen bei einer Verletzung der Verschwiegenheitspflicht die allgemeinen Regeln über die Verantwortlichkeit nach Art. 454 f. ZGB. Strafrechtlich kommt der Tatbestand der Verletzung des Amtsgeheimnisses nach

919 Zum Ganzen BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 413 ZGB N 9 und 11.

920 Zum Ganzen AFFOLTER-FRINGELI, Auskunftspflicht, 114 ff.; vgl. auch BIDERBOST, Erziehungsbeistandschaft, 416 (inklusive Fn 54); GEISER, 1695.

921 Vgl. zum Ganzen ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Sorgfaltspflichten, Rz 403; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 506; GEISER, 1692.

922 Vgl. zum Ganzen ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Sorgfaltspflichten, Rz 404; siehe zur Diskussion, ob private Beistandspersonen auch dem Amtsgeheimnis unterstehen, HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 596.

Art. 320 StGB infrage. Zivilrechtlich spielen die Rechtsbehelfe gegen Verletzungen der Persönlichkeit nach Art. 28 f. ZGB eine Rolle.⁹²³

- 494 Als Fazit kann festgehalten werden, dass die KESB und die Beistandsperson einer Schweigepflicht unterliegen. Sie dürfen diese mit Zustimmung des Pflegekinds oder nach Entbindung durch die vorgesetzte Behörde oder im Interesse des Pflegekinds durchbrechen. Dies ist zum Beispiel gegenüber Ärzt*innen im Rahmen der medizinischen Behandlung des Pflegekinds der Fall. Ausserdem dürfen die KESB und die Beistandsperson sich gegenseitig informieren, soweit dies zur jeweiligen Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

4. Informationsrechte von weiteren Beteiligten

- 495 Die Herkunftseltern haben als gesetzliche Vertretung des Pflegekinds einen Anspruch darauf, von den Ärzt*innen über den Gesundheitszustand des Pflegekinds informiert zu werden. Sofern das Pflegekind urteilsfähig ist, dürfen die Ärzt*innen die Herkunftseltern jedoch nur informieren, wenn das Pflegekind dem als Geheimnisherr*in zugestimmt hat.⁹²⁴ Ausserdem sind die Herkunftseltern aufgrund der Persönlichkeitsrechte des Pflegekinds in Bezug auf dessen medizinische Belange zur Verschwiegenheit verpflichtet.⁹²⁵
- 496 Herkunftseltern, die hinsichtlich des Behandlungsentscheids nicht vertretungsbefugt sind, haben, gestützt auf Art. 275a Abs. 2 ZGB, das Recht, bei den behandelnden Ärzt*innen Auskünfte über den Zustand und die Entwicklung ihres Kindes einzuholen. Zudem sollen sie über besondere Ereignisse im Leben des Kindes benachrichtigt und vor Entscheidungen, die für dessen Entwicklung wichtig sind, angehört werden (Art. 275a Abs. 1 ZGB). Daher sind sie über schwerwiegende oder chronische Erkrankungen ihres Kindes zu informieren und vor medizinischen Behandlungen – sofern diese keine risikoarmen Routinebehandlungen ohne langfristige Auswirkungen darstellen – anzuhören.⁹²⁶
- 497 Die vertretungsberechtigte Person muss die Herkunftseltern informieren und deren Anhörungsrecht wahren. Die behandelnden Ärzt*innen dürfen beziehungsweise müssen den nicht vertretungsberechtigten Herkunftseltern Auskunft erteilen, wenn sie von diesen kontaktiert werden.⁹²⁷ Der Informations- und Anhörungsanspruch der nicht vertretungsberechtigten Herkunftseltern entfällt aber, wenn er das Kindeswohl gefährdet. Dies ist zum

923 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 607; vgl. auch BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 413 ZGB N 14; siehe zur Amtsgeheimnisverletzung auch BERNARD *et al.*, Rz 21.69 f. m.w.H.

924 Vgl. BÜCHLER/MICHEL, 108 f.

925 Vgl. zur Vertrauensperson BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 121.

926 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 806; vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Art. 275a ZGB, 384 f.; Leitfaden Datenschutz, 12 f.; ROSCH, Datenschutz, 19.

927 Vgl. AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 807.

Beispiel der Fall, wenn die Herkunftseltern den Aufenthaltsort des Kindes nicht kennen sollen, weil psychische oder physische Übergriffe zu befürchten sind. Zudem kann der Informations- und Anhörungsanspruch gegen das Persönlichkeitsrecht des Kindes verstossen.⁹²⁸ Er reicht nämlich nur so weit wie der Informationsanspruch der Inhaber*innen der elterlichen Sorge (Art. 275a Abs. 2 ZGB). Folglich können Ärzt*innen sich auf ihr Berufsgeheimnis berufen, wenn sie vom urteilsfähigen Pflegekind nicht entsprechend entbunden worden sind.⁹²⁹

498 Die Pflegeeltern respektive Heimerziehenden verfügen über ein beschränktes Vertretungsrecht (vgl. Art. 300 Abs. 1 ZGB). Um dieses wahrnehmen zu können, müssen sie entsprechend informiert sein. Wenn es folglich um kleinere Eingriffe geht, wie zum Beispiel das Nähen einer kleinen Wunde am Bein, dürfen die Ärzt*innen die Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden informieren. Das Gleiche gilt, wenn dringend gehandelt werden muss und die Herkunftseltern nicht erreicht werden können. Zudem dürfen die Ärzt*innen die Pflegeeltern respektive Heimerziehenden informieren, falls das Kindeswohl bei einem Aufschub der notfallmässigen Spitalbehandlung des Pflegekindes gefährdet würde.⁹³⁰ Diese Ausführungen treffen auf ein urteilsunfähiges Pflegekind zu. Falls das Pflegekind aber urteilsfähig ist, dürfen die Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden nur informiert werden, sofern das Pflegekind damit einverstanden ist oder die Ärzt*innen von der Aufsichtsbehörde vom Berufsgeheimnis entbunden worden sind. Zudem sind die Pflegeeltern respektive Heimerziehenden (wie auch die Herkunftseltern) aufgrund der Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes bezüglich dessen medizinischer Belange zur Verschwiegenheit verpflichtet.⁹³¹

499 Die Kindesvertretung unterstützt das Pflegekind im Kindeschutzverfahren betreffend die Entscheidung über eine medizinische Behandlung und sorgt dafür, dass es daran partizipieren kann. In gesundheitlichen Belangen ist es wichtig, dass das Pflegekind insbesondere bei einer grösseren medizinischen Behandlung im Verfahren eine Kindesvertretung an seiner Seite hat. In diesem Bereich geht es um komplexe Sachverhalte, die mit der körperlichen Integrität ein höchstpersönliches Recht des Pflegekindes betreffen. Zudem sind zahlreiche Personen sowie Stellen involviert und die Kommunikation mit diesen kann selbst für erwachsene Patient*innen herausfordernd sein. Die Kindesvertretung kann den erforderlichen Informationsaustausch und die notwendige Kooperation zwischen Ärzt*innen, Therapeut*innen, KESB, einer allfälligen Beistandsperson etc. sicherstellen. Ausserdem hilft sie dem Pflegekind, die notwendigen Informationen zu erhalten und diese auch zu verstehen. Sie erläutert dem Kind seine Persönlichkeitsrechte – insbesondere

928 AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 808.

929 Vgl. BSK ZGB I-SCHWENZER/COTTIER, Art. 275a ZGB N 7; siehe auch AFFOLTER-FRINGELI, Art. 275a ZGB, 386 f.

930 Vgl. zum Ganzen GASSNER, Vertretungsrecht, 103.

931 Vgl. zur Vertrauensperson BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 121.

seine Stellung als Geheimnisherr*in – und hilft ihm, diese zu schützen. Dies ist wichtig, damit das Pflegekind an Entscheidungen, die seine Gesundheit betreffen, mitwirken und seine subjektive Sicht einbringen kann.

- 500 Damit die Kindesvertretung diese Aufgaben erfüllen kann, muss sie umfassend informiert sein. Sie kann aber nur bei den behandelnden Ärzt*innen die notwendigen Informationen zur medizinischen Behandlung des urteilsunfähigen Pflegekindes einholen, wenn dessen gesetzliche Vertretung die Ärzt*innen vorgängig vom Berufsgeheimnis entbunden hat. Falls das Pflegekind urteilsfähig ist, dürfen die Ärzt*innen die Kindesvertretung nur mit dessen Zustimmung informieren. Die Kindesvertretung darf diese Informationen im Interesse des urteilsunfähigen Pflegekindes respektive mit Einverständnis des urteilsfähigen Pflegekindes an weitere Beteiligte wie beispielsweise Therapeut*innen, KESB etc. weitergeben (vgl. Art. 413 Abs. 2 ZGB).⁹³² Dadurch kann sie gewährleisten, dass alle Involvierten über die gleichen Informationen verfügen und zusammenarbeiten und dass im Kindesschutzverfahren die bestmögliche Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Behandlung des Pflegekindes getroffen wird, um dessen umfassende medizinische Versorgung gewährleisten zu können. Jedoch muss auch die Kindesvertretung die Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes wahren.
- 501 Die Vertrauensperson unterstützt zwar das Pflegekind bei Fragen und Problemen, aber ihr Informationsstand hängt vom Pflegekind ab. Nur wenn dieses möchte, dass die Vertrauensperson über seine medizinischen Behandlungen informiert wird, dürfen ihr die entsprechenden Personen und Stellen Auskunft erteilen. Die Vertrauensperson kann dem Pflegekind zwar helfen, Gehör zu finden. Sie steht aber dem Pflegekind nur zur Seite und hat keine offizielle Aufgabe inne. Demnach müssen die behandelnden Ärzt*innen die Vertrauensperson auch nur einbeziehen, wenn das Pflegekind dies möchte.⁹³³
- 502 Zusammengefasst kommt den Herkunftseltern als Vertreter*innen des Pflegekindes ein umfassendes Informationsrecht zu, sofern das Pflegekind urteilsunfähig ist. Bei Urteilsfähigkeit des Pflegekindes gilt dies nur insoweit, als dieses damit einverstanden ist, dass die Herkunftseltern informiert werden. Ärzt*innen dürfen nur mit Einwilligung des urteilsfähigen Pflegekindes respektive seiner gesetzlichen Vertretung, sofern das Pflegekind urteilsunfähig ist, die Kindesvertretung informieren. Die Vertrauensperson darf nur insoweit informiert werden, als das Pflegekind seine Zustimmung erteilt hat. Zudem haben die Pflegeeltern respektive die Heimerziehenden im Umfang ihres beschränkten Vertretungsrechts ein Recht auf entsprechende Information. Dies gilt unter Vorbehalt einer Einwilligung des urteilsfähigen Pflegekindes.

⁹³² Vgl. DROZ-SAUTHIER, 204.

⁹³³ Vgl. zum Ganzen BK-AFFOLTER-FRINGELI/VOGEL, Art. 310/314b ZGB N 121.

5. Schweigepflichtsentbindung

- 503 An dieser Stelle ist nochmals auf den Vorschlag einer Schweigepflichtsentbindung von ALBERMANN/MÜLLER zurückzukommen.⁹³⁴ In einer solchen kann festgehalten werden, wer ermächtigt worden ist, wen zu kontaktieren, und in welche Richtung der Informationsaustausch gewünscht wird.⁹³⁵
- 504 Das urteilsfähige Pflegekind kann mittels einer solchen Entbindung seine Zustimmung erteilen, dass die Ärzt*innen Informationen zu seiner medizinischen Behandlung weitergeben dürfen (vgl. Art. 19c Abs. 1 ZGB i.V.m. Art. 320 Ziff. 2 respektive Art. 321 Ziff. 2 StGB). Für das urteilsunfähige Kind kann dessen gesetzliche Vertretung einwilligen (vgl. Art. 19c Abs. 2 ZGB, Art. 301 Abs. 1 und Art. 304 Abs. 1 ZGB i.V.m. Art. 320 Ziff. 2 respektive Art. 321 Ziff. 2 StGB). Dies sind regelmässig die Herkunftseltern sowie parallel eine allfällige Beistandsperson mit Vertretungsbefugnissen im medizinischen Bereich. Wenn die elterliche Sorge im medizinischen Bereich eingeschränkt worden ist, kann die Beistandsperson mit entsprechenden Befugnissen einwilligen. Wurde den Herkunftseltern die elterliche Sorge gänzlich entzogen, ist der Vormund oder die Vormundin befugt, einzuwilligen. Sie müssen jedoch alle die Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes wahren.
- 505 Eine solche schriftliche Schweigepflichtsentbindung trägt dazu bei, die Verhältnisse zu klären. Die Beteiligten wissen, wem gegenüber sie welche Informationen offenbaren dürfen. Beispielsweise ist es den behandelnden Ärzt*innen möglich, sich mit Kolleg*innen auszutauschen oder Therapeut*innen mitzuteilen, worauf diese speziell achten müssen. Dadurch kann ein besserer Informationsaustausch sichergestellt werden, was sich wiederum positiv auf die medizinische Behandlung des Pflegekindes auswirkt.
- 506 Die Schweigepflichtsentbindung ist grundsätzlich formfrei möglich (vgl. Art. 11 Abs. 1 OR).⁹³⁶ Jedoch ist es aus Beweisgründen empfehlenswert, diese schriftlich zu verfassen sowie zu datieren und zu unterzeichnen. Oft haben Ärzt*innen auch Vorlagen, welche die notwendigen Angaben aufweisen. Damit die Schweigepflichtsentbindung praktisch möglichst hilfreich ist, sollte sie beinhalten, wer genau von der Schweigepflicht entbunden werden soll, gegenüber welchen Personen und Stellen Auskunft erteilt werden darf sowie welche Informationen zu welchem Zweck und während welchen Zeitraums weitergegeben werden dürfen. Deshalb wird vorliegend empfohlen, die Schweigepflichtsentbindung auch jeweils für eine spezifische medizinische Behandlung des Pflegekindes zu erstellen. Das Pflegekind respektive die vertretungsberechtigte Person kann die Schweigepflichtsentbindung jederzeit widerrufen (vgl. Art. 27 Abs. 1 ZGB).⁹³⁷

934 Siehe dazu Rz 476.

935 ALBERMANN/MÜLLER, 35; siehe zur Praxis MÖGEL/JENNI, *Argumentarium*, 12.

936 Vgl. auch AFFOLTER-FRINGELI, Art. 275a ZGB, 386 f.

937 Siehe als Beispiel einer Schweigepflichtsentbindung ROSCH, *Datenschutz*, 17.

- 507 Falls das urteilsfähige Kind beziehungsweise die vertretungsberechtigte Person beim urteilsunfähigen Pflegekind (grundsätzlich die Herkunftseltern) nicht einwilligt, kann die zuständige Aufsichtsbehörde in die Entbindung vom Amts- respektive Berufsgeheimnis einwilligen (vgl. Art. 320 Ziff. 2 beziehungsweise Art. 321 Ziff. 2 StGB). Denkbar ist, dass die KESB in ihrem Entscheid einen solchen Informationsfluss anordnet; dazu müsste sie aber vorab bei der Aufsichtsbehörde eine entsprechende Entbindung vom Berufsgeheimnis beantragen (Art. 314e Abs. 3 ZGB).
- 508 Als Fazit ist festzuhalten, dass es wichtig ist, unter allen Beteiligten zu klären, wem welche Entscheidungszuständigkeiten zukommen und wie sich die Informationsflüsse unter ihnen gestalten. Nur so kann gewährleistet werden, dass alle über die notwendigen Informationen verfügen und ihr Bestes dazu beitragen können, damit das Pflegekind umfassend medizinisch versorgt wird. Im Folgenden werden Möglichkeiten diskutiert, wie die medizinische Versorgung von Pflegekindern in der Praxis verbessert und insbesondere kontinuierlich sowie verbindlich sichergestellt werden kann.

E. Impulse

1. Fallführung Gesundheitsversorgung

a. Problem

- 509 Aus den bisherigen Ausführungen folgt, dass unter Umständen ein Case-Management für die gesundheitliche Versorgung des Pflegekindes fehlt.⁹³⁸ Unter «Case-Management» versteht man verschiedene Modelle, die helfen sollen, komplexe Arbeitsabläufe unter anderem im Gesundheits- und Sozialwesen zu verbessern. Hierbei steht der Prozess der Fallführung im Zentrum. Sie erfolgt über verschiedene Organisationen, Disziplinen und Berufe hinweg und orientiert sich am eingangs festgelegten Unterstützungsbedarf im konkreten Fall.⁹³⁹
- 510 Da im Rahmen einer ausserfamiliären Unterbringung zahlreiche Personen und Stellen involviert sind, ist oft unklar, wer welche Rechte und Pflichten hat. Zudem unterscheiden sich die Regelungen je nach Kanton und häufig sind private Platzierungsorganisationen involviert. Dadurch wird unter anderem die Weitergabe von Informationen über beispielsweise den Gesundheitszustand des Pflegekindes an seine Pflegeeltern unterschiedlich gehandhabt. Es fehlt deshalb in solchen Fällen an einer Person, die über den Gesundheitszustand des Pflegekindes Bescheid weiss und dafür sorgt, dass das Pflegekind

938 Dies, obwohl BLÜLLE, 37 und 45 ff., die Meinung vertritt, dass ausserfamiliäre Unterbringungen immer eine Fallführung erfordern, die meistens Beistandspersonen nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB wahrnehmen; vgl. auch SCHNURR *et al.*, 26.

939 BRANDSTETTER *et al.*, 52; vgl. auch BLÜLLE, 45 (inklusive Fn 33); Konzept Zusammenarbeit, 45 m.w.H.

die notwendige medizinische Versorgung erhält. Um diese zu gewährleisten, koordiniert die*der Case-Manager*in die Kommunikation zwischen den Beteiligten wie beispielsweise KESB, Herkunftseltern, Pflegeeltern respektive Heimerziehende, Kinderärzt*in und Psycholog*in/Psychiater*in und gibt die notwendigen Informationen weiter. Ausserdem ist diese Person verantwortlich, dass das Pflegekind ausreichend abgeklärt wird; sie kontrolliert, ob die notwendigen medizinischen Behandlungen beim Pflegekind durchgeführt werden, und stellt sicher, dass die Kontinuität der Behandlungen auch bei Umplatzierungen gewährleistet bleibt. Die*der Case-Manager*in stellt somit die kontinuierliche Fallführung sicher – unabhängig davon, ob es sich um eine angeordnete oder eine vereinbarte Platzierung handelt.⁹⁴⁰

- 511 Ziel der folgenden Ausführungen ist daher, aufzuzeigen, wie Behörden auf Pflegekinder aufmerksam werden, die ein solches Case-Management benötigen, welche Kompetenzen eine Person, die diese «Fallführung Gesundheitsversorgung» ausübt, haben sollte und wie sie ihr rechtlich übertragen werden könnten. Zudem soll dargestellt werden, wer im Pflegekinderwesen diese Funktion übernehmen könnte und wie die Informationskanäle und -berechtigungen ausgestaltet werden müssten, um eine effektive Aufgabenwahrnehmung zu gewährleisten. Schliesslich sind auch einzelne Aspekte wie Informationsflüsse, Entschädigung, Aufsicht und Haftung anzusprechen. Auch hier sollen de lege ferenda Vorschläge skizziert werden, wie die PAVO und das ZGB revidiert werden sollten, damit erstmals eine gesetzliche Grundlage für die umfassende Gesundheitsversorgung von Pflegekindern geschaffen werden könnte.

b. Prüfpflicht betreffend medizinische Versorgung

- 512 Damit Pflegeeltern ein Pflegekind aufnehmen dürfen, benötigen sie vorab eine Bewilligung (Art. 8 Abs. 1 PAVO). Die dafür zuständige Stelle ist die KESB oder eine andere im Bereich der Familien- und Heimpflege geeignete kantonale oder kommunale Behörde (Art. 2 Abs. 1 lit. a und Abs. 2 lit. a PAVO). Vorliegend wird gefordert, dass die KESB respektive die nach kantonalem Recht zuständige Behörde explizit verpflichtet wird, im Rahmen des Bewilligungsverfahrens zu überprüfen, wie das Pflegekind medizinisch versorgt ist. Zudem besucht eine Fachperson der Bewilligungsbehörde im Rahmen ihrer Aufsicht mindestens einmal jährlich die Pflegefamilie, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Weiterführung des Pflegeverhältnisses erfüllt sind (Art. 10 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 PAVO). Anlässlich dieses Besuchs soll die Fachperson ebenfalls die medizinische Versorgung des Pflegekindes kontrollieren.⁹⁴¹
- 513 Bei der Heimpflege wird die Bewilligung nicht für jedes Pflegekind individuell erteilt (vgl. Art. 13 ff. PAVO). Jedoch findet auch dort im Rahmen der Aufsicht mindestens alle zwei Jahre ein Besuch der behördlichen Fachperson statt,

940 Vgl. COLOMBO *et al.*, 43; vgl. auch Framework Australia, 4 f.

941 Vgl. auch Empfehlungen SODK/KOKES, 44.

die das Befinden und die Betreuung der Pflegekinder beurteilt (Art. 19 Abs. 1 und 2 PAVO). Daraus lässt sich ableiten, dass auch die gesundheitliche Versorgung der Pflegekinder zu beurteilen ist.⁹⁴² Deshalb wird hier die Meinung vertreten, dass diese Besuche – wie bei den Pflegefamilien – jährlich stattfinden sollen und dass dabei insbesondere auch kontrolliert wird, wie die Pflegekinder medizinisch versorgt sind.

- 514 Folglich sollten die entsprechenden Bestimmungen der PAVO explizit um die Überprüfung der medizinischen Versorgung des Pflegekinds anlässlich des Bewilligungsverfahrens und der jährlichen Aufsicht bei der Familienpflege – beziehungsweise Letzterer bei der Heimpflege – ergänzt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass genügend früh entdeckt wird, wenn das Pflegekind nicht adäquat medizinisch versorgt ist. Mit einer entsprechenden Revision der PAVO wird diese Prüfpflicht in einer Verordnung auf Bundesebene verankert und dadurch schweizweit verbindlich.
- 515 Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern die Fachperson überprüfen kann, ob das Pflegekind adäquat medizinisch versorgt ist. Dies insbesondere mit Blick darauf, dass die Fachperson nicht zwingend über medizinische Kenntnisse verfügt. Wenn die Fachperson mit dem Pflegekind spricht, erhält sie aber einen ersten wichtigen Eindruck von dessen physischer und psychischer Gesundheit (beispielsweise anhand der Sprechweise, der Motorik, des Verhaltens, des Gesprächsinhalts etc.). Falls das Pflegekind noch nicht sprechen kann beziehungsweise als Ergänzung holt die Fachperson die Eindrücke der Herkunftseltern sowie der Pflegeeltern respektive Heimerziehenden ein. Sie kann diese – und das Pflegekind selbst, falls möglich – beispielsweise nach bekannten Erkrankungen des Pflegekinds, vergangenen und aktuellen ärztlichen Behandlungen sowie verschriebenen (medikamentösen) Therapien fragen.⁹⁴³
- 516 Nicht jedes Pflegekind ist medizinisch schlechter versorgt als seine Altersgenossen, die in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen. Insbesondere bei einer freiwilligen Platzierung – beispielsweise eines Kindes mit Behinderung in einer Einrichtung der Behindertenförderung –, sind dessen Herkunftseltern häufig sehr engagiert und kümmern sich entsprechend gut um die medizinische Versorgung ihres Kindes. Nichtsdestotrotz gibt es Fälle, in denen es infolge unterschiedlicher Gründe nicht gelingt, dass das Pflegekind medizinisch umfassend versorgt wird. Die vorgeschlagene Prüfpflicht soll dafür sorgen, dass diese Fälle entdeckt werden und Massnahmen getroffen werden, um die medizinische Versorgung der betroffenen Pflegekinder zu verbessern.
- 517 Das Kindeswohl ist die oberste Maxime bei der Entscheidung über die Bewilligungserteilung respektive der Überprüfung im Rahmen der Aufsicht (vgl. Art. 3 UN-KRK).⁹⁴⁴ Sofern die Behörde im Bewilligungsverfahren bei der

942 Vgl. auch Empfehlungen SODK/KOKES, 44.

943 Vgl. auch HÄFELL, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1148; HAURI/ZINGARO, 40 ff.

944 Erläuternder Bericht PAVO, 31; Erläuterungen PAVO, 3.

Familienpflege respektive die Fachperson im Rahmen ihrer Aufsicht bei der Familien- und Heimpflege feststellt, dass das Pflegekind nicht die notwendige medizinische Versorgung erhält und dadurch das Kindeswohl gefährdet ist, muss sie dies nach der hier vertretenen Ansicht als Folge ihrer Aufsichtstätigkeit sowie ihrer Prüfpflicht der KESB am Wohnsitz und allenfalls am Aufenthaltsort des Pflegekindes melden (vgl. Art. 11 Abs. 2 PAVO, Art. 314d ZGB analog).⁹⁴⁵ Da es sich hier um eine Prüfpflicht handelt, sollte – wie beim Verzicht auf eine Kindesvertretung trotz ausserfamiliärer Unterbringung, wo ebenfalls eine Prüfpflicht besteht –⁹⁴⁶ differenziert begründet werden, wieso das Pflegekind ausreichend medizinisch versorgt ist und deshalb keine Meldung an die KESB erfolgt.⁹⁴⁷ Nachfolgend wird darauf eingegangen, welche Schritte die KESB bei einer Meldung vornimmt.

c. Errichtung respektive Erweiterung der Beistandschaft

- 518 Bei einer solchen Meldung erforscht die KESB den Sachverhalt von Amtes wegen und wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 446 Abs. 1 und 4 ZGB). Sie prüft, ob das Kindeswohl des Pflegekindes durch dessen ungenügende medizinische Versorgung gefährdet ist. Sofern dies der Fall ist, ergreift die KESB entsprechende Kinderschutzmassnahmen, gestützt auf Art. 307 Abs. 1 und 2 ZGB.
- 519 Wie bereits ausgeführt, fehlt es bei Pflegekindern oft an einer Person, die im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür sorgt, dass das Pflegekind umfassend medizinisch versorgt wird. Vorliegend wird die Meinung vertreten, dass bestenfalls eine Beistandsperson diese Funktion wahrnimmt und die Fallführung Gesundheitsversorgung einen spezifischen Aufgabenbereich darstellt, den die Beistandsperson, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 ZGB, wahrnimmt. Demnach muss die KESB, wenn die ungenügende medizinische Versorgung des Pflegekindes dessen Wohl gefährdet, eine Beistandschaft für das Pflegekind errichten (vgl. Art. 308 ZGB). Sofern bereits eine Beistandschaft errichtet ist, hat die KESB nach Art. 313 Abs. 1 ZGB den Aufgabenbereich der Beistandsperson, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 ZGB, um die Fallführung Gesundheitsversorgung zu erweitern.
- 520 Die Fallführung Gesundheitsversorgung soll bei der Beistandschaft nach Art. 308 ZGB angesiedelt werden, weil die Beistandsperson die Rolle der Case-Managerin wahrnehmen kann.⁹⁴⁸ Sie hat ein vielfältiges Aufgabenfeld und weist die erforderlichen Kenntnisse auf. Die Beistandschaft für ein Kind ist eine sehr komplexe Aufgabe, die hauptsächlich von Berufsbeistand*innen übernommen wird.⁹⁴⁹ Zudem können einer Beistandsperson die erforderli-

945 Vgl. auch Erläuternder Bericht PAVO, 56 f.

946 Siehe Rz 228.

947 Vgl. LEUTHOLD/REICHLIN, Rz 7.49 ff.

948 ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Rolle, Rz 386; ROSCH, Leitfaden, 139; VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.5; vgl. zu den Phasen von Case-Management ROSCH, Leitfaden, 139 f.

949 Siehe KOKES-Statistik 2023, 346 f.; vgl. auch Empfehlungen KOKES, 29 und 35.

chen Vertretungsbefugnisse erteilt werden (Art. 308 Abs. 2 ZGB). Weiter steht sie ohnehin mit vielen Personen und Stellen im Umfeld des Pflegekindes in Kontakt. Jedoch verfügt nicht jedes Pflegekind über eine Beistandsperson. Insbesondere bei freiwilligen Platzierungen dürfte die Anordnung einer Beistandschaft eher die Ausnahme darstellen. Damit die Beistandsperson den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung übernehmen kann, müsste in diesem Fall die Aufsichts- respektive Bewilligungsbehörde eine Meldung an die KESB machen. Dann kann diese bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung eine Beistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB errichten beziehungsweise, gestützt auf Art. 313 Abs. 1 ZGB, eine bereits bestehende Beistandschaft um den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung erweitern. So kann erreicht werden, dass – unabhängig davon, ob es sich um eine vereinbarte oder eine angeordnete Platzierung handelt – das Pflegekind bei Bedarf über eine Beistandsperson verfügt, die die Fallführung Gesundheitsversorgung wahrnimmt.⁹⁵⁰

521 Es sind zwar bereits zahlreiche Personen und Stellen bei einer ausserfamiliären Unterbringung involviert. Jedoch ist es im elementaren Bereich der Gesundheitsversorgung gerechtfertigt, mit der Beistandsperson für die Fallführung Gesundheitsversorgung eine zusätzliche Person zu haben, die das Case-Management der medizinischen Versorgung des Pflegekindes übernimmt. Sie weist die notwendigen Kompetenzen auf, um die erforderliche Fallführung sicherzustellen, und hat bei Bedarf auch die erforderlichen Vertretungsrechte, um handeln zu können. Ohnehin wird bei einer angeordneten Platzierung häufig auch eine Erziehungsbeistandschaft errichtet,⁹⁵¹ weshalb in diesen Fällen bereits eine Beistandsperson eingesetzt ist, die die Fallführung Gesundheitsversorgung übernehmen kann. Diesfalls braucht es keine zusätzliche Person für diese Aufgabe.

522 Hingegen ist die Kindesvertretung nicht für die Fallführung Gesundheitsversorgung denkbar. Sie weist zwar die notwendigen Kenntnisse auf und steht ohnehin mit vielen Beteiligten in Kontakt. Bedauerlicherweise wird aber nicht für jedes Pflegekind eine Kindesvertretung angeordnet. Folglich müsste systematisch bei jeder ausserfamiliären Unterbringung – sowohl einer freiwilligen als auch einer angeordneten Platzierung – für das Pflegekind eine Kindesvertretung ernannt werden, wenn die medizinische Versorgung des Pflegekindes ungenügend ist. Gegen die Kindesvertretung als Mandatsträgerin spricht zudem, dass diese für ein konkretes Verfahren angeordnet wird.⁹⁵² Ihr Mandat erlischt mit dem Verfahrensabschluss. Im Gegensatz dazu ist die Beistandschaft ein Dauerauftrag.⁹⁵³ Auch die Person, die die Fallführung Gesundheitsversorgung ausübt, sollte dem Pflegekind für die gesamte Dauer der ausserfamiliären Unterbringung zur Verfügung stehen. Demnach kann

950 Siehe zur Eignung der Beistandsperson Empfehlungen KOKES, 14 f. m.w.H.

951 ROSCH/HAURI, Rz 1095.

952 Vgl. BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 314a/314a^{bis} ZGB N 9.

953 LEUTHOLD/SCHWEIGHAUSER, 482.

eine Kindesvertretung aufgrund der zeitlichen Begrenzung ihres Mandats für die Fallführung Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden.

523 Die Vertrauensperson des Pflegekindes eignet sich ebenso wenig für die Fallführung Gesundheitsversorgung, weil sich das Institut der Vertrauensperson in der Praxis noch nicht etabliert hat. Nur in seltenen Fällen verfügt das Pflegekind über eine Vertrauensperson, die auch als solche bezeichnet ist. Zudem ist die Rolle der Vertrauensperson noch weitgehend ungeklärt. Damit die Vertrauensperson die Fallführung Gesundheitsversorgung übernehmen könnte, müsste jedoch jedes Pflegekind bei entsprechendem Bedarf – unabhängig davon, ob es freiwillig oder behördlich ausserfamiliär untergebracht ist – eine Vertrauensperson an seiner Seite haben. Ein wichtiges Element des Instituts der Vertrauensperson stellt das Vertrauensverhältnis zwischen dem Pflegekind und der entsprechenden Person dar, das bereits besteht oder sich entwickelt. Es ist auch förderlich, wenn zwischen der Person, die die Fallführung Gesundheitsversorgung wahrnimmt, und dem Pflegekind ein solches Vertrauensverhältnis vorliegt. Hingegen ist es bei der Vertrauensperson wichtig, dass diese, wenn möglich, ausserhalb des Platzierungssystems steht, wie beispielsweise eine Nachbarin des Pflegekindes. Es kann aber sein, dass eine solche Person, die nichts mit der ausserfamiliären Unterbringung zu tun hat, nicht genügend Kenntnisse in den Bereichen Medizin sowie Kinderschutzrecht aufweist. Diese sind aber notwendig, damit die Person, die die Fallführung Gesundheitsversorgung ausübt, das Pflegekind umfassend über seine Rechte im Rahmen der medizinischen Behandlung etc. informieren und dieses dabei unterstützen kann. Aus diesen Gründen erscheint die Vertrauensperson als nicht geeignet für die Fallführung Gesundheitsversorgung.

524 Ausserdem sind aktuelle und ehemalige Gesundheitsfachpersonen als Mandatsträgerinnen denkbar wie beispielsweise Kinderärzt*innen, Pflegefachleute, Psycholog*innen und Psychiater*innen. Sie weisen zwar die notwendigen Kenntnisse im medizinischen Bereich auf, um das Pflegekind informieren und unterstützen zu können, jedoch fehlt es ihnen unter Umständen an ausreichenden Kenntnissen im Kinderschutzrecht. Zudem herrscht in diesem Bereich grosser Fachkräftemangel. Daher ist es eher unwahrscheinlich, dass Gesundheitsfachpersonen, die noch als solche tätig sind, genügend zeitliche Ressourcen für das Mandat haben. Deshalb könnte auf Gesundheitsfachpersonen zurückgegriffen werden, die kürzlich pensioniert worden sind. Diese verfügen noch über das aktuelle Wissen, um das Mandat auszuüben, und weisen mutmasslich eher genügend Zeit dafür auf. Ausserdem bietet dieses Engagement die Möglichkeit, im Ruhestand für eine gute Sache tätig zu sein.⁹⁵⁴ Hingegen ist aufgrund des Pensionsalters unklar, wie lange diese Personen das

954 Vgl. auch HÄFELI, Beistand, Rz 6.33; siehe zur ähnlichen Situation bei privaten Beiständ*innen DERS., Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 450.

Mandat ausüben können.⁹⁵⁵ Doch besonders für das Pflegekind ist es wichtig, dass die Person den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung möglichst lange, nämlich während der ganzen ausserfamiliären Unterbringung, wahrnehmen kann. Dennoch ist auch bei aktuellen Beistand*innen die Fluktuation enorm hoch, weshalb ein Kind in der Regel mehrere Beistandspersonen nacheinander hat für die Dauer der Massnahme. Folglich eignen sich ehemalige Gesundheitsfachpersonen, wenn überhaupt, eher als Mandatsträgerinnen als praktizierende Gesundheitsfachpersonen.

525 Die Ausführungen betreffend Gesundheitsfachpersonen treffen teilweise auch auf Sozialarbeitende zu: Sie weisen die notwendigen Fachkenntnisse im Bereich der sozialen Arbeit auf und wissen, wie mit Kindern umzugehen ist. Jedoch ist auch bei noch berufstätigen Sozialarbeitenden davon auszugehen, dass sie nicht über ausreichende zeitliche Kapazitäten verfügen, um den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Auch bei pensionierten Sozialarbeitenden ist fraglich, wie lange diese das Mandat ausüben könnten. Ausserdem müssten sich die entsprechenden Personen noch Grundkenntnisse im medizinischen Bereich aneignen. Demnach sind auch Sozialarbeitende als Mandatsträger*innen auszuschliessen.

526 Nichtsdestotrotz ist es möglich, dass sich Gesundheitsfachpersonen und Sozialarbeitende neben ihrer aktuellen Tätigkeit als private Mandatsträger*innen für eine entsprechende Beistandschaft zur Verfügung stellen. Dies ist zum Beispiel vorstellbar, wenn sie das Pflegekind gut kennen und sich zusätzlich für dieses engagieren möchten. Dazu müssen sie aber bereit sein, die erforderlichen Kenntnisse zu erwerben und genügend Zeit in eine langjährige Mandatsführung zu investieren.⁹⁵⁶

527 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Beistandsperson nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB am besten eignet, die Fallführung Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Doch hängt die Qualität der Mandatsführung erheblich vom Individuum ab, das das Mandat innehat.⁹⁵⁷ Weiter verfügt die Beistandsperson zwar über die notwendigen Kenntnisse, jedoch ist unter Umständen fraglich, ob auch über genügend zeitliche Ressourcen. Oft sind Beistandspersonen für viele Fälle zuständig und müssen deshalb – um den grossen Zeitaufwand bei Fällen, die ein Case-Management erfordern, zu kompensieren – Aufgaben an spezialisierte Drittstellen delegieren.⁹⁵⁸ Die Beistandsperson kann respektive muss sogar Aufgaben delegieren und von einer Hilfsperson erledigen lassen, wenn sie nicht die notwendigen Fachkenntnisse und Methodenkompetenzen hat, um ihr Mandat sorgfältig auszuführen. Die Beistandsperson muss sorgfältig überprüfen, ob die Hilfsperson die Aufgaben wahrnehmen

955 Siehe auch Empfehlungen KOKES, 28, wonach über 75 Jahre alte Personen in der Regel nicht mehr als Mandatsträger*innen einer neu errichteten Beistandschaft ernannt werden.

956 Vgl. auch HÄFELI, Beistand, Rz 6.33; DERS., Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 450.

957 Vgl. BIDERBOST, Massschneidern, Rz 33.

958 Vgl. BLÜLLE, 47; CANTIENI/BLUM, Rz 15.47.

kann, muss diese entsprechend instruieren, überwachen und kontrollieren.⁹⁵⁹ Eine Delegation kann beispielsweise bei der Prozessführung geboten sein.⁹⁶⁰

- 528 Durch die Errichtung einer Beistandschaft beziehungsweise deren Erweiterung um den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung kann gewährleistet werden, dass das Pflegekind – unabhängig davon, ob es sich um eine vereinbarte oder angeordnete ausserfamiliäre Unterbringung handelt – die notwendige medizinische Versorgung erhält. Um diesen Bedürfnissen nachzukommen, bewähren sich Pools von Fachbeistandspersonen, die aufgrund ihrer besonderen Fachkenntnisse für entsprechende Mandate ernannt werden, wie Fachpersonen im Gesundheitsbereich.⁹⁶¹ Im Folgenden wird dargestellt, was der Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung der Beistandsperson umfasst.

d. Voraussetzungen und Aufgabenbereich

- 529 *Zeitliche Verfügbarkeit:* Nach WEBER KHAN/HOTZ kann das Partizipationsrecht des Pflegekindes nur umfassend umgesetzt werden, wenn es bei seiner medizinischen Behandlung systematisch von einer Vertrauensperson begleitet wird, zum Beispiel bei Spitalaufenthalten.⁹⁶² Folglich muss die Beistandsperson für die Fallführung Gesundheitsversorgung genügend Zeit aufwenden können, um während der gesamten medizinischen Behandlung persönlich für das Pflegekind da zu sein und dieses zu unterstützen. Die Beistandsperson sollte sich bewusst sein, dass ihr Amt, wenn möglich, die ganze Dauer der ausserfamiliären Unterbringung umfasst und somit mehrere Jahre dauert. Als langjährige Bezugsperson sorgt sie für ein gestärktes Vertrauen zwischen den Fachpersonen und der betroffenen Familie. So trägt sie essenziell zum Erfolg der Massnahme bei.⁹⁶³ Dabei stellt sie insbesondere für das Pflegekind die Ansprech- beziehungsweise Vertrauensperson in medizinischen Belangen dar (analog der Vertrauensperson nach Art. 1a Abs. 2 lit. b PAVO) und unterstützt dieses über den gesamten Prozess hindurch.⁹⁶⁴ So begleitet die Beistandsperson das Pflegekind kontinuierlich.⁹⁶⁵
- 530 *Fachkenntnisse:* Weiter muss die Beistandsperson für die Fallführung Gesundheitsversorgung medizinische Grundkenntnisse und Kenntnisse im Kindeschutzrecht aufweisen. Diese erlauben ihr, das Pflegekind in der gesamten Unterbringungsphase unabhängig, rechtlich korrekt und frei von Interessenkonflikten oder potenzieller Instrumentalisierung über seine Rechte, ins-

959 ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Sorgfaltspflichten, Rz 400; BSK ZGB I-REUSSER, Art. 400 ZGB N 30.

960 ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Sorgfaltspflichten, Rz 401; BSK ZGB I-REUSSER, Art. 400 ZGB N 30; VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.8.

961 Vgl. Empfehlungen KOKES, 4 ff.

962 WEBER KHAN/HOTZ, 234.

963 Vgl. GUTMANN *et al.*, 299; vgl. auch LUDEWIG *et al.*, 619.

964 Vgl. BLÜLLE, 37 und 45.

965 Vgl. BLÜLLE, 37; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 10, die dafür aber eine*n Haus- oder Kinderärzt*in als feste*n Grundversorger*in vorschlagen.

besondere auch im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung, aufzuklären. Nur so weiss das Pflegekind über seine Rechte, die Prozessabläufe, Rollen von Fachpersonen sowie Unterstützungsangebote Bescheid und kann davon Gebrauch machen.⁹⁶⁶

- 531 *Information und Dokumentation:* Ausserdem muss die Beistandsperson für die Fallführung Gesundheitsversorgung umfassend über den Gesundheitszustand des Pflegekindes informiert sein, nicht nur hinsichtlich der Gegenwart, sondern auch der Vergangenheit. Sie sollte deshalb sämtliche Dokumente zu vergangenen medizinischen Behandlungen des Pflegekindes bei sich sammeln. Das Gleiche gilt für alle Dokumente zu seinen aktuellen oder anstehenden medizinischen Behandlungen und zu Behandlungsvorschlägen. Durch diese kontinuierliche Dokumentation kann sichergestellt werden, dass die notwendigen Informationen bei Bedarf schnell weitergegeben werden können. Diesfalls kann die Beistandsperson mittels Dokumentation dafür sorgen, dass die Befunde einer notfallmässigen Behandlung oder einer Behandlung anlässlich einer Spezialsprechstunde an die normalerweise behandelnden Ärzt*innen des Pflegekindes gelangen. Ausserdem dient die Dokumentation dazu, zu überprüfen, ob das Pflegekind die notwendige medizinische Behandlung erhält.⁹⁶⁷
- 532 *Begleitung:* Bestenfalls begleitet die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung das Pflegekind auch bei Besprechungsterminen mit Ärzt*innen, Therapeut*innen etc. So kann sie das Pflegekind unterstützen und sicherstellen, dass die Ärzt*innen und Therapeut*innen die notwendigen Informationen zum Gesundheitszustand des Pflegekindes erhalten und dessen Wünsche und Anliegen ernstnehmen.⁹⁶⁸ Dies ist insbesondere wichtig, wenn das Pflegekind von seinen Pflegeeltern beziehungsweise von Heimerziehenden (nach einer Umplatzierung) neu zur pädiatrischen Behandlung angemeldet wird und die Ärzt*innen Zugang zur Krankengeschichte haben müssen.⁹⁶⁹
- 533 *Koordination:* Wie bereits ausgeführt, sind in eine ausserfamiliäre Unterbringung zahlreiche Personen und Stellen involviert, weshalb die Zuständigkeiten und die Informationsflüsse teilweise unklar sind. Diese können nur erfolgreich zusammenarbeiten und die Interessen des Pflegekindes wahrnehmen, wenn die Zuständigkeiten und Informationsflüsse geklärt sind. Dazu dient die Fallführung Gesundheitsversorgung durch die Beistandsperson im Bereich der gesundheitlichen Versorgung des Pflegekindes. Die Beistandsperson ist nicht nur Ansprechpartnerin für das Pflegekind, die Pflegeeltern und die Herkunftseltern, sondern sie ist auch für andere Fachpersonen des Pflegesystems ansprechbar. Zudem koordiniert die Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung die Kommunikation zwischen den Beteiligten

966 Vgl. ARN *et al.*, 32; vgl. auch BLÜLLE, 46 f. m.w.H.

967 Vgl. SCHMID, Herausforderung, 157; vgl. auch DUFF *et al.*, 3 ff.; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 10; MARTIN *et al.*, 107 f.; National Standards Ireland, 26; Policy Statement USA, 1134 ff.; PONTI, 129; Statutory Guidance UK, 22.

968 Vgl. auch ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Rolle, Rz 396; Policy Statement USA, 1136.

969 Vgl. Framework Australia, 3; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 10.

wie beispielsweise KESB, Kindesvertretung, Herkunfts- respektive Pflegefamilie sowie Kinderärzt*in und gibt dazu die notwendigen Informationen weiter. So gewährleistet sie die erforderliche Vernetzung.⁹⁷⁰ Die Beistandsperson sorgt bei der Fallführung Gesundheitsversorgung ausserdem dafür, dass die involvierten Personen wie Herkunftseltern, Pflegeeltern respektive Heimerziehende etc. mitwirken. Sie ist zudem verantwortlich für den Hilfeplan und zusammen mit den behandelnden Kinderärzt*innen für den Gesundheitsplan.⁹⁷¹

534 *Hilfeplan*: Ein nützliches Instrument, um im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung die notwendige Zusammenarbeit zu gewährleisten, stellt der sog. Hilfeplan nach deutschem Vorbild dar. Mittels Hilfeplan können die Beteiligten gemeinsame Vereinbarungen treffen – unter anderem hinsichtlich der medizinischen Versorgung des Pflegekindes – und diese auf dessen Bedürfnisse und die Möglichkeiten der involvierten Stellen und Personen abstimmen. Im Gegensatz zum Pflegevertrag, der das Pflegeverhältnis an sich regelt, verweist der Hilfeplan auf die mit der ausserfamiliären Unterbringung verfolgten Ziele. Insbesondere können Ziele in medizinischen, aber auch schulischen oder sozialen Belangen festgelegt werden. Zusammen sorgen der Pflegevertrag und der Hilfeplan dafür, dass zwischen den Beteiligten Transparenz herrscht und die festgelegten Ziele überprüft werden können. Aus diesen Gründen sollten alle Beteiligten den Hilfeplan unterzeichnen und eine Kopie davon erhalten.⁹⁷² Der Hilfeplan stellt sicher, dass alle Beteiligten den gleichen Informationsstand aufweisen, die gemeinsam getroffenen Vereinbarungen verbindlich werden, deren Einhaltung kontrolliert werden kann und allenfalls nicht hilfreiche oder impraktikable Vereinbarungen gemeinsam verändert werden können. Deshalb sollte der Hilfeplan mindestens einmal im Jahr anlässlich einer Standortbestimmung evaluiert und angepasst werden. Daran sind alle involvierten Stellen und Personen zu beteiligen, unter anderem die Herkunftseltern, die Pflegeeltern oder das Heim, das Pflegekind selbst,⁹⁷³ die KESB, Ärzt*innen und Therapeut*innen etc. Somit dient der Hilfeplan der Zusammenarbeit und sorgt dafür, dass sich alle Beteiligten optimal für eine umfassende medizinische Versorgung des Pflegekindes einsetzen können.⁹⁷⁴

970 Vgl. BLÜLLE, 37; vgl. auch ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Aufgaben, Rz 396; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 11.

971 Vgl. COLOMBO *et al.*, 48 und 50; vgl. auch ALBERMANN, 8; BLÜLLE, 45 f.; BRANDSTETTER *et al.*, 31; CANTIENI/BLUM, Rz 15.99; ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Aufgaben, Rz 396; GUTMANN *et al.*, 299; Konzept Zusammenarbeit, 28; LUDEWIG *et al.*, 618; Policy Statement USA, 1136 f.; SCHMID, Herausforderung, 157; siehe zu den Informationsflüssen Rz 473 ff. und zum Gesundheitsplan Rz 573 f.

972 Zum Ganzen FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 136 und 166; vgl. zum Hilfeplan auch BLÜLLE, 46; HELMING *et al.*, 122 ff. m.w.H.; SCHNURR *et al.*, 26.

973 Vgl. auch SANDMEIR *et al.*, 507; SCHNURR *et al.*, 26.

974 Zum Ganzen FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 136 f. und 193; vgl. auch COLOMBO *et al.*, 43; ESCHELBACH, 33 ff. m.w.H.; ROSCH, Leitfaden, 139; Policy Statement USA, 1138; ZWERNEMANN, 164 ff. m.w.H.

Vereinbarungen über die medizinische Versorgung des Pflegekindes können im Gesundheitsplan als Bestandteil des Hilfeplans festgehalten werden.

535 *Abklärung:* Zudem sorgt die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür, dass das Pflegekind im Rahmen einer systematischen Gesundheitsbeurteilung ausreichend medizinisch abgeklärt wird und die erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden.⁹⁷⁵ Sofern ein gesundheitliches Problem beim Pflegekind festgestellt wird, ist sie dafür verantwortlich, die medizinische Fachperson zu kontaktieren, damit das Pflegekind ausreichend untersucht wird. Die Beistandsperson sammelt die Ergebnisse dieser Untersuchung sowie die Behandlungsvorschläge und ist dafür zuständig, die sich daraus ergebende notwendige Behandlung respektive Therapie für das Pflegekind unter dessen Einbezug und desjenigen der Herkunfts- und Pflegeeltern zu organisieren.⁹⁷⁶ Ohnehin plant die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung alle Termine für die Abklärung, Behandlung, Therapie, Kontrolle etc. mit den involvierten Personen. Nur so kann das Ziel einer umfassenden medizinischen Versorgung des Pflegekindes erreicht werden.⁹⁷⁷

536 *Organisation und Kontrolle:* Die Beistandsperson ist im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung weiter dafür verantwortlich, dass die notwendigen Entscheidungen in Bezug auf die medizinische Versorgung des Pflegekindes getroffen und umgesetzt werden. Dabei stellt sie sicher, dass das Pflegekind bedarfsgerechte Hilfen erhält und klare Aufträge an Leistungserbringende wie Ärzt*innen, Therapeut*innen etc. formuliert werden. Dadurch gewährleistet die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung, dass dem Pflegekind die notwendige medizinische Versorgung zukommt und seine generellen Gesundheitsbedürfnisse erfüllt werden. Um dies zu erreichen, koordiniert sie zudem die verschiedenen Hilfsangebote und kontrolliert, ob die Behandlungen durchgeführt werden, die erwarteten Wirkungen eintreten respektive ob die Hilfen angepasst werden müssen.⁹⁷⁸

537 *Auskunft und Vertretung:* Die Beistandsperson ist im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung befugt, selbst Auskünfte bei den behandelnden Ärzt*innen des Pflegekindes einzuholen. Die Beistandsperson mit der Fallführung Gesundheitsversorgung verfügt, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 ZGB, über besondere Befugnisse, die auch die Vertretung des Pflegekindes in Gesundheitsbelangen beinhalten sollte. Somit kann sie das Pflegekind gegen-

975 Siehe Checklisten Vorsorgeuntersuchungen; vgl. auch MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 8; MARTIN *et al.*, 107; Report Ireland, 35 f.

976 Vgl. Framework Australia, 4 und 7 ff. m.w.H.; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 10; National Standards Ireland, 25; Policy Statement USA, 1136; PONTI, 131.

977 Vgl. auch ABRAHAM *et al.*, Forschungs- und Quellenstand, 76; vgl. auch ARNOLD *et al.*, 148; CANTIENI/BLUM, Rz 15.99; siehe zum prioritären Zugang von Pflegekindern zur somatischen, zahnärztlichen und psychischen Gesundheitsversorgung in Irland National Standards Ireland, 25.

978 Vgl. BLÜLLE, 45; SCHNURR, 92; vgl. auch ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Aufgaben, Rz 396; Policy Statement USA, 1133 ff.; Statutory Guidance UK, 18.

über Ärzt*innen, Krankenkassen, Spitälern etc. vertreten⁹⁷⁹ und beispielsweise die Zustimmung zu einer Operation des Pflegekindes erteilen oder Sozialversicherungsleistungen geltend machen.⁹⁸⁰ Diesfalls muss die Beistandsperson sich mit den Herkunftseltern als gesetzliche Vertretung austauschen und bereit sein, in gesundheitlichen Fragestellungen als Vertretung für das Pflegekind zu handeln.⁹⁸¹ Dadurch sollten die Vertretungsbefugnisse der Herkunftseltern im medizinischen Bereich nicht beeinflusst werden; ausser wenn die KESB deren elterliche Sorge gemäss Art. 308 Abs. 3 ZGB entsprechend beschränkt hat. Deshalb sollte die KESB in ihrer Errichtungsverfügung genau beschreiben, welche Kompetenzen die Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung wahrnehmen darf (vgl. auch Art. 314 Abs. 3 ZGB).⁹⁸² Eine entsprechende Beschränkung der elterlichen Sorge im medizinischen Bereich ist zum Beispiel notwendig, wenn die Herkunftseltern im Rahmen ihrer parallelen Vertretungskompetenz die Handlungen der Beistandsperson be- oder gar verhindern.⁹⁸³

- 538 *Versicherungsschutz*: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung des Pflegekindes muss durch einen umfassenden Versicherungsschutz garantiert sein. Daher muss die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung sicherstellen, dass das Pflegekind angemessen kranken- sowie unfallversichert ist und alle diesbezüglichen Rechtsansprüche geltend gemacht werden.⁹⁸⁴
- 539 *Anschlusslösungen*: Eine weitere wichtige Aufgabe der Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung ist, zu gewährleisten, dass die medizinische Behandlung des Pflegekindes auch nach einer allfälligen Umplatzierung sichergestellt ist. Nur so ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung des Pflegekindes garantiert.⁹⁸⁵ Beispielsweise kümmert sie sich darum, dass eine logopädische Therapie, die das Pflegekind erhält, nach der Umplatzierung wieder organisiert und möglichst nahtlos weitergeführt wird.
- 540 *Partizipation*: Schliesslich ist die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass das Pflegekind umfassend in alters- und entwicklungsentsprechender Art und Weise über seine medizinische Behandlung informiert wird, diese Information versteht und am Entscheidungsprozess mitwirken kann. Es ist hilfreich, wenn die Beistandsperson gut mit Kindern umgehen und mit diesen kommunizieren kann.

979 Vgl. BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.75; vgl. auch CHK-BIDERBOST, Art. 308 ZGB N 9.

980 Vgl. HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1087.

981 Empfehlungen KOKES, 19.

982 Vgl. zum Ganzen BLÜLLE, 37; vgl. auch CHK-BIDERBOST, Art. 308 ZGB N 14; BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.54.

983 HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1089; vgl. auch CHK-BIDERBOST, Art. 308 ZGB N 20 ff. m.w.H.; BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.76; ROSCH/HAURI, Rz 1049 f.

984 Vgl. ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Aufgaben, Rz 396; siehe auch Art. 15 Abs. 1 lit. f PAVO; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 8; MÖSCH PAYOT, Ansprüche, Rz 445 ff. m.w.H.

985 Vgl. MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 8 und 10; Policy Statement USA, 1134; Statutory Guidance UK, 7 ff.; siehe dazu auch Rz 558 ff. m.w.H.

Mit ihrer Hilfe kann das Pflegekind partizipieren, was wesentlich zum Erfolg der Behandlung beiträgt. Zur Aufgabe der Beistandsperson gehört auch, festzuhalten, inwiefern das Pflegekind im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung informiert worden ist und partizipiert hat.⁹⁸⁶

- 541 Die Massnahme der Beistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB muss verhältnismässig sein. Daher wird ihr Aufgabenbereich in Bezug auf die Bedürfnisse des im konkreten Fall betroffenen Pflegekindes massgeschneidert. Das bedeutet, dass der Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung genau umschrieben werden muss. Dieser soll einerseits den Herkunftseltern so viele Kompetenzen wie möglich belassen, andererseits der Beistandsperson genügend Kompetenzen zuweisen, damit sie ihre Aufgabe selbstständig wahrnehmen kann.⁹⁸⁷ Daher muss die KESB bei Bedarf bei jedem Pflegekind prüfen, was die Fallführung Gesundheitsversorgung genau beinhalten soll. Die obgenannten Punkte können Inhalt des Aufgabenbereichs sein, müssen dies aber nicht; ebenso sind weitere Inhalte denkbar.
- 542 Die Übertragung von besonderen Befugnissen auf die Beistandsperson im medizinischen Bereich, gestützt auf Art. 308 Abs. 2 ZGB, wird oft als «Vertretung bei medizinischen Behandlungen» bezeichnet. Dabei kann die Beistandsperson über medizinische Behandlungen beim betroffenen Kind parallel zu dessen Eltern oder gar allein – sofern die elterliche Sorge nach Art. 308 Abs. 3 ZGB entsprechend beschränkt wurde – entscheiden. Diese Übertragung der Vertretungsbefugnis im medizinischen Bereich sollte auch ein Teilaspekt des Aufgabenbereichs Fallführung Gesundheitsversorgung sein. Dieser Aufgabenbereich geht aber darüber hinaus; er umfasst, wie bereits ausgeführt, noch zahlreiche weitere Belange, für die die Beistandsperson zuständig sein kann oder muss, damit das Pflegekind umfassend medizinisch versorgt wird.
- 543 Grundsätzlich wurde der Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung mit Blick auf die besondere Situation der Gesundheit von Pflegekindern beschrieben. Es ist aber denkbar, dass eine Beistandschaft mit diesem Aufgabenbereich beispielsweise auch für ein chronisch krankes Kind angeordnet wird, dessen Eltern nicht in der Lage sind, sich um die Organisation der aufwendigen medizinischen Betreuung des Kindes zu kümmern, wodurch dessen Wohl gefährdet ist.
- 544 Mit Blick auf Pflegekinder stellt sich ausserdem die Frage, wieso diese abgesehen von ihren gesundheitlichen Belangen ein Case-Management nicht auch für weitere Bereiche wie beispielsweise Bildung benötigen. Grundsätzlich kann dies, je nach den Umständen, wünschenswert sein. Der Beistandsperson

986 Vgl. Statutory Guidance UK, 7; vgl. auch ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Aufgaben, Rz 396; Framework Australia, 6; LÄTSCH *et al.*, 8; LEUTHOLD *et al.*, 13; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 9 und 12; MOLIN/PALMER, 154; vgl. zur Interessenwahrung und Selbstbestimmung auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 530 ff.

987 Zum Ganzen CHK-BIDERBOST, Art. 308 ZGB N 1 und 3; siehe auch BIDERBOST/ZINGARO, Kindesschutzmassnahmen, Rz 2.42 und 2.80 ff.; BIDERBOST, Beistandschaft, 11; DERS., Massschneidern, Rz 1 ff. m.w.H.; ROSCH/HAURI, Rz 1051.

können auch andere Aufgaben zugeteilt werden, für welche sie das Case-Management übernimmt. Jedoch handelt es sich bei der Gesundheit um einen elementaren Bereich des Kindeswohls, der für Pflegekinder als vulnerable Personengruppe spezifisch geregelt werden muss. Nur wenn das Pflegekind gesund ist, kann es umfassend am Leben teilnehmen, zur Schule gehen oder einen Beruf erlernen, d.h. sich möglichst gut entwickeln.⁹⁸⁸ Deshalb ist die medizinische Versorgung des Pflegekindes prioritär zu behandeln.

e. Weitere Aspekte

- 545 Da die Fallführung Gesundheitsversorgung eine besondere Befugnis der Beistandsperson im Sinne von Art. 308 Abs. 2 ZGB darstellt, gelten für die Beistandsperson und ihre Mandatsführung grundsätzlich die Bestimmungen über die Beistandschaft (Art. 314 Abs. 1 i.V.m. Art. 400 ff. ZGB). Deshalb kann auf Art. 400 ff. ZGB verwiesen werden. Dennoch sind im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung einige Besonderheiten zu beachten, die konkretisiert werden müssen. Da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, wird jeweils nur kurz auf einzelne Punkte eingegangen, namentlich die Informationsflüsse, die Entschädigung, die Aufsicht und die Haftung bei der Fallführung Gesundheitsversorgung.
- 546 Betreffend die Informationsflüsse gelten für den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung nach der hier vertretenen Auffassung die gleichen Regelungen wie bei der Erziehungsaufsicht und wie bei der Beistandsperson mit der Vertretung bei medizinischen Behandlungen. Es kann deshalb auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.⁹⁸⁹ Folglich kann die Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung mit den behandelnden Ärzt*innen und den weiteren Beteiligten Informationen austauschen, sofern das urteilsfähige Pflegekind zugestimmt hat.⁹⁹⁰ Sofern das Pflegekind nicht urteilsfähig ist, darf die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung nur insoweit Informationen mit den Ärzt*innen und weiteren Involvierten austauschen, als dies notwendig ist, damit sie ihre Aufgabe erfüllen kann.⁹⁹¹
- 547 Auch bei der Fallführung Gesundheitsversorgung hat die Beistandsperson Anspruch auf eine angemessene Entschädigung und den Ersatz notwendiger Spesen (vgl. Art. 401 Abs. 1 ZGB). Diese Entschädigung und der Spesenersatz zählen zu den Kosten von Kinderschutzmassnahmen und sind, gestützt auf Art. 276 Abs. 2 ZGB, von den Eltern im Rahmen ihrer Unterhaltspflicht zu tragen.⁹⁹² Die Kantone müssen Ausführungsbestimmungen erlassen, die Entschädigung und den Spesenersatz regeln sowie festlegen, welches Gemein-

988 BGE 146 III 313 E. 6.2.3 und 6.2.6.

989 Siehe Rz 346 und 488 ff.

990 Vgl. AEBI-MÜLLER *et al.*, Rz 1432; MARUGG, Rz 9.3; ROSCH, Schweigepflicht, Rz 1.219.

991 Vgl. BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 413 ZGB N 11.

992 Vgl. VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.54.

wesen für den Fall der Mittellosigkeit die Kosten der Mandatsführung übernehmen muss (vgl. Art. 404 Abs. 3 ZGB).⁹⁹³

548 Die Beiträge, mit welchen die Eltern Kindesschutzmassnahmen (mit)finanzieren müssen, stellen für einige von ihnen eine erhebliche finanzielle Belastung dar. Die KESB muss die Eltern ausreichend über die finanziellen Folgen der jeweiligen Kindesschutzmassnahme wie beispielsweise die Anordnung einer Beistandschaft (mit dem Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung) informieren. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Einkommen der Eltern voraussichtlich hoch genug ist, sodass sie Elternbeiträge entrichten müssen. Ansonsten kann es sein, dass die Eltern von den Beiträgen respektive deren Höhe überrascht werden und als Folge davon unzufrieden mit der KESB sind, deshalb weniger mit dieser zusammenarbeiten und sich allenfalls sogar negativ über diese äussern.⁹⁹⁴ Es wäre wichtig, dass finanzielle Aspekte für die Eltern keine Rolle mehr spielten bei ihrer Haltung, ob sie mit einer Kindesschutzmassnahme einverstanden sind oder nicht. Deshalb ist es wünschenswert, dass die Kosten von Kindesschutzmassnahmen reduziert oder vollumfänglich vom Gemeinwesen getragen werden.⁹⁹⁵ Es darf nicht sein, dass eine Beistandschaft inklusive Fallführung Gesundheitsversorgung allein aus finanziellen Gründen nicht errichtet wird.

549 Die Beistandsperson muss den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung ebenso sorgfältig erfüllen wie die beauftragte Person nach Art. 398 OR (Art. 413 Abs. 1 ZGB). Inhalt, Umfang und Massstab der Sorgfaltspflicht richten sich nach Art. 388 ZGB und allenfalls den zukünftigen Bestimmungen zur Fallführung Gesundheitsversorgung im ZGB. Die Beistandsperson sollte bei der Fallführung Gesundheitsversorgung insbesondere das gesundheitliche Wohl des Pflegekindes sicherstellen und dessen Selbstbestimmung so weit wie möglich fördern.⁹⁹⁶

550 Die KESB beaufsichtigt die Beistandspersonen hauptsächlich mittels Überprüfung der periodischen Berichterstattung (Art. 411 ZGB) und der periodischen Rechnungslegung (Art. 410 ZGB) nach Art. 415 ZGB.⁹⁹⁷ Zur Beaufsichtigung der Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dient insbesondere die Berichterstattungspflicht (vgl. Art. 411 ZGB). Demnach muss die Beistandsperson auch für die Fallführung Gesundheitsversorgung jährlich einen Bericht über die gesundheitliche Situation des Pflegekindes und die Ausübung ihres Mandats erstatten. Das Pflegekind sollte so weit wie möglich

993 Vgl. VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.55 ff. m.w.H.

994 Zum Ganzen HAURI, 121 und 161; vgl. auch LEITUNGSGRUPPE NFP 76, 36 und 48.

995 Vgl. auch JAFFÉ *et al.*, 1 und 7.

996 Vgl. BSK ZGB I-AFFOLTER-FRINGELI, Art. 413 ZGB N 1; vgl. auch MEIER, Rz 1017.

997 Vgl. VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.34 ff.; vgl. auch HÄFELI, Bericht- und Rechnungsprüfung, Rz 7.25 und 7.28 f.; DERS., Steuerung, Rz 7.1; WIDER, KESB, Rz 1.56.

beim Verfassen des Berichts mitwirken, mindestens über dessen Inhalt informiert werden.⁹⁹⁸

- 551 Da sich Kinder rasch entwickeln und insbesondere Entwicklungsverzögerungen möglichst schnell begegnet werden muss, sollte die Berichtsperiode jeweils nur ein Jahr umfassen. Es ist besonders wichtig, dass die KESB im Rahmen ihrer Aufsicht überprüft, ob das Pflegekind zu Beginn der ausserfamiliären Unterbringung – und sofern erforderlich auch bei einer Umplatzierung – umfassend medizinisch untersucht wird und regelmässig Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Die Berichterstattungspflicht dient der Beistandsperson auch dazu, ihre Arbeit im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung zu evaluieren und zukünftige Ziele ihres Mandats festzulegen.⁹⁹⁹
- 552 Bei der Berichtsprüfung kontrolliert die KESB insbesondere, ob die Beistandsperson ihren Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung korrekt wahrnimmt und dabei die Selbstbestimmung des Pflegekindes und dessen Interessen achtet. Zudem überprüft die KESB, ob die Zielsetzungen ernst genommen worden sind, zukünftige Ziele realistisch sind und ob das Pflegekind bei der Berichterstattung und während der Berichtsperiode gebührend einbezogen worden ist. Ausserdem kontrolliert die KESB, ob die notwendigen medizinischen Untersuchungen wahrgenommen worden sind und sich die Beistandsperson auch in Zukunft eignet, den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung auszuüben.¹⁰⁰⁰ Zudem prüft die KESB die Eignung der Beistandsperson auch während des laufenden Mandats periodisch.¹⁰⁰¹
- 553 Weiter ist es möglich, die Handlungen der Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung mittels einer Beschwerde überprüfen zu lassen (vgl. Art. 314 Abs. 1 i.V.m. Art. 419 ZGB). Da die körperliche und psychische Integrität des Pflegekindes ein höchstpersönliches Recht betrifft, dürfte das notwendige aktuelle Interesse für die Beschwerde grundsätzlich gegeben sein.¹⁰⁰² Das urteilsfähige Pflegekind ist diesfalls selbst beschwerdelegitimiert, ebenso nahestehende Personen, die die Interessen des Pflegekindes wahrnehmen.¹⁰⁰³
- 554 Bei der Fallführung Gesundheitsversorgung als Aufgabe der Beistandsperson liegt Handeln im Rahmen einer behördlichen Massnahme vor. Deshalb kommt Staatshaftung zum Tragen (Art. 454 Abs. 1 ZGB).¹⁰⁰⁴ Folglich richtet

998 Vgl. HÄFELI, Bericht- und Rechnungsprüfung, Rz 7.24 ff.; vgl. auch ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Umsetzung, Rz 443.

999 Vgl. ESTERMANN/HAURI/VOGEL, Umsetzung, Rz 444; vgl. auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 578.

1000 Vgl. zum Ganzen HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 618.

1001 Empfehlungen KOKES, 5 und 34.

1002 Vgl. VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.61; vgl. auch ZINGARO, Rz 12.1 ff. m.w.H.

1003 Vgl. VOGEL, Mandatsführung, Rz 4.62; vgl. zum Ganzen auch HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 884 ff.

1004 Vgl. ANDERER, Verantwortlichkeit, Rz 1532 ff. m.w.H.

sich die Haftung der Beistandsperson für die Fallführung Gesundheitsversorgung nicht nach Auftragsrecht gestützt auf das OR.¹⁰⁰⁵

555 Bei Kindern, die in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen, sind in den allermeisten Fällen die Eltern bemüht sowie in der Lage, ihr Kind bestmöglich medizinisch versorgen zu lassen. Sie sorgen dafür, dass die notwendigen medizinischen Untersuchungen am Kind wahrgenommen werden und dieses die erforderliche medizinische Behandlung erhält. Bei Pflegekindern sind die Herkunftseltern teilweise und aus verschiedenen Gründen nicht dazu in der Lage respektive die Anzahl der involvierten Personen und Stellen ist gross, weshalb die Entscheidungszuständigkeiten und die Informationsflüsse oft unklar sind. Um diese zu klären, verstreicht wichtige Zeit. Jedoch ist es besonders bei Pflegekindern essenziell, dass allfälligen Entwicklungsverzögerungen oder Gesundheitsproblemen schnellstmöglich begegnet wird.¹⁰⁰⁶ Diese Problematik kann durch die Errichtung respektive Erweiterung einer Beistandschaft mit dem Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung verbessert werden.

556 Insgesamt ist festzuhalten, dass der KESB dringend empfohlen wird, eine Beistandschaft inklusive des spezifischen Aufgabenbereichs Fallführung Gesundheitsversorgung zu errichten beziehungsweise eine bestehende Beistandschaft entsprechend zu erweitern, wenn das Kindeswohl des Pflegekindes infolge einer unzureichenden medizinischen Versorgung gefährdet ist. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine vereinbarte oder angeordnete Platzierung handelt. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Pflegekind umfassend medizinisch versorgt wird und sich bestmöglich entwickeln kann.

557 Trotz der Fallführung Gesundheitsversorgung gibt es noch einige Punkte, die es zu beachten gilt, um eine umfassende medizinische Versorgung des Pflegekindes sowohl kontinuierlich als auch verbindlich zu gewährleisten. Auf diese Aspekte wird nachfolgend eingegangen.

2. Kontinuität und Verbindlichkeit

a. Beziehungskontinuität

558 Die Kontinuität der Begleitung von Pflegekindern spielt eine entscheidende Rolle bei der ausserfamiliären Unterbringung. Sofern sie vorhanden ist, erleichtert sie die Zusammenarbeit unter den involvierten Personen und Stellen, indem das dafür erforderliche Vertrauen bereits vorhanden ist. Durch eine hohe Fluktuation geht Vertrauen leider verloren respektive es muss neu gebildet werden, was viel Zeit beansprucht. Das Gleiche gilt für den Wissensstand

1005 Vgl. Botschaft KESR, 7055; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 597 f.; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, Rz 1826; MAUCHLE, Rz 434; MEIER, Rz 1016.

1006 Vgl. MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 5.

in Bezug auf den konkreten Fall, der bei vielen Personalwechseln verloren geht und von Neuem erarbeitet werden muss.¹⁰⁰⁷

559 Doch gerade bei Pflegekindern als besonders vulnerablen Personen, die sich in der ausserfamiliären Unterbringung in einer Ausnahmesituation befinden, ist es wichtig, dass die involvierten Personen (zum Beispiel Beistandspersonen, Kinderärzt*innen etc.) möglichst lange beteiligt sind. Das zu ihnen und zwischen ihnen vorhandene Vertrauen sowie das Bescheidwissen über das Pflegekind und seinen konkreten Fall hilft, sich auszutauschen und die bestmögliche, dem Wohl des Pflegekindes entsprechende Entscheidung zu treffen, ohne dass unnötige Zeit verstreicht. Diese Vorgehensweise ist im medizinischen Bereich notwendig, damit insbesondere allfälligen Entwicklungsverzögerungen des Pflegekindes möglichst rasch begegnet werden kann oder es die notwendige, langfristige Therapie erhält. Nur so kann das Pflegekind adäquat partizipieren und umfassend medizinisch versorgt werden.¹⁰⁰⁸

560 Ein weiteres Problem, das im Rahmen der Kontinuität auftaucht, sind die zunehmenden Zuständigkeitskonflikte im Kinderschutz. In den letzten Jahren gab es negative Kompetenzkonflikte darüber, wer für das Abklärungsverfahren beziehungsweise für die Übernahme von bestehenden Kinderschutzmassnahmen zuständig ist.¹⁰⁰⁹ Grundsätzlich ist die KESB am Wohnsitz des Kindes zuständig (Art. 315 Abs. 1 ZGB), der sich vom Wohnsitz des sorge- oder obhutsberechtigten Elternteils ableitet (Art. 25 Abs. 1 ZGB). Falls das Kind ausserfamiliär untergebracht ist, besteht, gestützt auf Art. 315 Abs. 2 ZGB, eine alternative Zuständigkeit der KESB am Aufenthaltsort des Kindes. Laut Bundesgericht hat bei negativen Kompetenzkonflikten die Zuständigkeit der KESB am Wohnsitz des Kindes Vorrang.¹⁰¹⁰

561 Laut DÖRFLINGER ist dieser Vorrang insbesondere bei Eltern, die häufig umziehen und wo sich die Frage nach einem Wechsel der Zuständigkeit stellt, problematisch. Oft werden telefonische Voranfragen zur Übernahme einer bestehenden Beistandschaft bei einem dauerhaft ausserfamiliär untergebrachten Pflegekind mit der Begründung abgelehnt, dass keine überschüssigen Personalressourcen vorhanden seien. Dementsprechend übernehme man keine Massnahmen, die nicht übernommen werden müssten.¹⁰¹¹

562 Sofern das Kind dauerhaft ausserfamiliär untergebracht ist, sollte diejenige der beiden möglichen KESB Vorrang haben, mit welcher der Fall näher verbunden ist, die die Umstände besser kennt und das Kind besser schützen kann.¹⁰¹² Sobald das Pflegekind schulpflichtig ist, trifft dies regelmässig auf die

1007 COLOMBO *et al.*, 31; KÖNGETER *et al.*, Erfahrung, 70; siehe zum Vertrauen auch Report Ireland, 38 f.

1008 Siehe zum Vertrauen im Verfahren generell COTTIER *et al.*, Protection, 392.

1009 DÖRFLINGER, 98; vgl. auch KOKES, Meinungsaustausch, 532; siehe beispielsweise Urteil des OGer AG vom 29. 8. 2023, XBE.2023.56.

1010 BGE 129 I 419 E. 2.3.

1011 Zum Ganzen DÖRFLINGER, 98.

1012 DÖRFLINGER, 98; HEGNAUER, Rz 27.59 m.w.H.; vgl. auch KOKES, Meinungsaustausch, 534.

Aufenthaltsbehörde zu.¹⁰¹³ DÖRFLINGER fordert, den Fokus auf die Interessen des Kindes zu richten und der Kontinuität entsprechend der KESB, die die Situation des Kindes besser kennt, am Ort der nicht nur vorübergehenden ausserfamiliären Unterbringung den Vorrang zu geben. Es sei wünschenswert, diesen Vorrang entsprechend klar ins ZGB aufzunehmen.¹⁰¹⁴

563 Diese Forderung wird vorliegend unterstützt. Es ist zwar davon auszugehen, dass regelmässig der KESB am Aufenthaltsort des Pflegekinds Vorrang gegeben wird, weil diese besser mit dessen Verhältnissen vertraut und näher an der Sache dran ist. Nichtsdestotrotz kommt es nach wie vor zu Kompetenzkonflikten, die wertvolle Zeit beanspruchen. Mit einer expliziten Regelung im ZGB, dass die KESB am Ort der nicht nur vorübergehenden ausserfamiliären Unterbringung des Pflegekinds vorrangig zuständig ist, können solche Verfahren vermieden werden. Zudem kann dadurch Zeit eingespart werden. Diese kann wiederum von der zuständigen KESB genutzt werden, um das Wohl des Pflegekinds sicherzustellen.¹⁰¹⁵ Für die Beantwortung der Frage nach dem Vorrang könnten die Kriterien des Bundesgerichts für die Obhutszuteilung analog herangezogen werden: primär die Erziehungsfähigkeit, die tatsächliche Betreuungsmöglichkeit, die Stabilität der Verhältnisse, die Sprache und Beschulung des Kindes und je nach Alter auch dessen Äusserungen und Wünsche.¹⁰¹⁶

564 Ausserdem dient dies der Kontinuität, indem allenfalls verhindert werden kann, dass mit einem Wechsel der Zuständigkeit auch die Beistandsperson des Pflegekinds wechselt. Diese hat eine Beziehung zum Pflegekind und weiss über dessen (medizinische) Situation Bescheid. Eine neue Beistandsperson müsste sich zuerst in den Fall einarbeiten und eine neue Beziehung zum Pflegekind aufbauen.¹⁰¹⁷ Im Sinne der Betreuungskontinuität kann aber auch trotz eines Wechsels der Zuständigkeit die bisherige Beistandsperson beibehalten werden.¹⁰¹⁸

565 Es kommt aber nicht nur infolge eines Umzuges zu einem Wechsel der Beistandsperson, sondern häufig auch, wenn Berufsbeistand*innen zum Beispiel ihre Stelle (oder gar ihr Metier) wechseln, krankheitsbedingt für längere Zeit ausfallen oder Mutterschaftsurlaub beziehen. Ausserdem durchlaufen viele Pflegekinder mehrere Pflegefamilien oder Heimplatzierungen.¹⁰¹⁹ Infolge der damit verbundenen Zuständigkeitswechsel und dadurch auch personellen Wechsel gehen wichtige Fallkenntnisse und essenzielles Vertrauen verloren; beides muss jeweils wieder neu aufgebaut werden. Das Vertrauen ist insbeson-

1013 BSK ZGB I-BREITSCHMID, Art. 315–315b ZGB N 19.

1014 DÖRFLINGER, 99; vgl. auch VOGEL, Wohnsitz, 581 f.

1015 Vgl. auch KOKES, Meinungsaustausch, 532.

1016 BGE 142 III 481 E. 2.7; BGE 142 III 498 E. 4.4.

1017 Vgl. DÖRFLINGER, 98; vgl. auch HÄFELI, Wohnsitzwechsel, 339; KÖNGETER *et al.*, Erfahrung, 68.

1018 HÄFELI, Wohnsitzwechsel, 341; DERS., Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 798; FASS-BIND, Erwachsenenschutz, 106; MEIER, Rz 137; KUKO ZGB-WIDER, Art. 442 ZGB N 16.

1019 JARITZ/WIESINGER/SCHMID, 268; POLNAY/GLASER/DEWHURST, 394.

dere wichtig, damit das Pflegekind partizipieren kann.¹⁰²⁰ Daher stellt der mit einer Umplatzierung verbundene Wechsel der Beistandsperson in der Praxis ein grosses Problem dar.

- 566 Die Beziehungskontinuität spielt auch im Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis eine wichtige Rolle: Bei einer Umplatzierung geht unter Umständen nicht nur die Kontinuität der ärztlichen und therapeutischen Behandlungen verloren, sondern auch das Vertrauensverhältnis zwischen den behandelnden Kinderärzt*innen und dem Pflegekind. Da Pflegekinder aber eine vulnerable Personengruppe darstellen, ist es umso wichtiger, dass zwischen ihnen und den behandelnden Ärzt*innen Vertrauen vorhanden ist. Es muss deshalb darauf geachtet werden, bestehende Vertrauensverhältnisse aufrechtzuerhalten und, wenn möglich, die bisher behandelnden Ärzt*innen auch bei einer Umplatzierung beizubehalten.¹⁰²¹ Generell müssen Übergänge für Pflegekinder bei einer Umplatzierung sorgfältig geplant und gut vorbereitet werden.¹⁰²²

b. Behandlungskontinuität

- 567 Der Mangel an Stabilität und Kontinuität hat tief greifende negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Pflegekindern. Besonders Pflegekinder benötigen langfristige, kontinuierliche medizinische Versorgung, um die häufig traumatischen Erlebnisse unter anderem durch Misshandlung und Vernachlässigung zu überwinden. Jedoch erhalten sie diese Behandlung oft nicht. Insbesondere Wechsel in der ausserfamiliären Unterbringung verhindern langfristige Behandlungsprogramme sowie Therapien und machen das Festlegen von Anschlusslösungen fast unmöglich. Ausserdem wissen die Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden oft nur wenig über die «medizinische Geschichte» des Pflegekindes und noch weniger über dessen Herkunftsfamilie. Regelmässige Untersuchungen bei denselben behandelnden Ärzt*innen kommen fast nicht vor. Dies, obwohl Pflegekinder ein grösseres Risiko für gesundheitliche Probleme aufweisen als Kinder, die in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen.¹⁰²³
- 568 Deshalb ist es nicht nur bei einem Wechsel der Zuständigkeit, sondern auch bei einem allfälligen Time-out wichtig, die Behandlungskontinuität sicherzustellen. SCHMID weist diesbezüglich zu Recht darauf hin, dass bestenfalls verschiedene Einrichtungen langfristig zusammenarbeiten. So können sie gegenseitig Pflegekinder aus einer anderen Einrichtung kurzfristig und vorübergehend bei sich aufnehmen, um diese Time-outs zu realisieren. Es wäre wünschenswert, wenn sie sogar mit der gleichen Kinder- und Jugendpsychiatrie kooperieren,

1020 Vgl. LÄTSCH *et al.*, 2.

1021 Vgl. MÖGEL/JENNI, Versorgung, 269.

1022 Vgl. HAURI/REICHLIN/LEUTHOLD, Rz 17.58; vgl. auch Empfehlungen SODK/KOKES, 28 und 30.

1023 Zum Ganzen HÉBERT/MACDONALD, 453; vgl. auch KINDLER, Perspektivabklärung, 344 ff. m.w.H.; National Standards Ireland, 25; WADDELL/MACMILLAN/PIETRANTONIO, 289 f.

um die psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlungskontinuität im Krisenfall zu gewährleisten.¹⁰²⁴

- 569 Wie bereits ausgeführt, ist der gegenseitige Informationsaustausch zur gesundheitlichen Situation des Pflegekinds unerlässlich, um seine umfassende medizinische Versorgung kontinuierlich sicherzustellen. Mehrere Länder haben elektronische Datenaustauschsysteme entwickelt, um die Kommunikation zwischen den verschiedenen involvierten Personen und Stellen zu verbessern. Einige von ihnen haben ein Dokument oder ein elektronisches Patientendossier, oft bezeichnet als «health passport» (Gesundheitspass), eingeführt. Bei Pflegekindern sollte dieses Dokument Folgendes umfassen: chronische Erkrankungen des Kindes, Allergien, Medikationen, Familienanamnese und psychosoziale Anamnese (inklusive Kindheitstraumas sowie Entwicklungsproblemen), Impfungen sowie Zahngesundheit. Insbesondere elektronische Patientendossiers und Impfreister bieten neue Möglichkeiten, um die Kommunikation zwischen den Beteiligten zu verbessern.¹⁰²⁵
- 570 Dies erleichtert den Zugang zur vorherigen Krankengeschichte des Pflegekinds, wenn dieses von seinen Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden neu zur pädiatrischen Behandlung angemeldet wird. Das Gleiche gilt, wenn die Ärzt*innen, die das Pflegekind normalerweise behandeln, die Befunde aus einer notfallmässigen Behandlung des Pflegekinds oder einer solchen anlässlich einer Spezialsprechstunde erhalten sollen.
- 571 Die Sicherheit dieses Dokuments respektive Systems kann gewährleistet werden, indem der Zugang zu gewissen Informationen von der Rolle der ersuchenden Person im Umfeld des Pflegekinds abhängig gemacht wird.¹⁰²⁶ Hinsichtlich des Zugriffs auf den Gesundheitspass des Pflegekinds wäre deshalb eine Regelung analog zu den Zugriffsrechten für Gesundheitsfachpersonen auf das elektronische Patientendossier denkbar. Demnach haben die Fachpersonen jeweils nur Zugriff auf Daten, sofern ihnen das urteilsfähige Pflegekind beziehungsweise die Herkunftseltern oder eine allfällige Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung Zugriffsrechte erteilt haben. Ausserdem können den Daten verschiedene Vertraulichkeitsstufen zugeordnet werden, wonach die Zugriffsrechte unterschieden werden können (vgl. Art. 9 Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, EPDG). Folglich muss die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung den neu behandelnden Ärzt*innen die notwendigen Zugriffsrechte erteilen.
- 572 Wenn kein elektronisches Patientendossier vorhanden ist und auch die Erstellung eines solchen nicht möglich ist, müssen die Befunde aus medizinischen Untersuchungen und Therapien beim Pflegekind anderweitig dokumentiert

1024 Zum Ganzen SCHMID, Herausforderung, 157.

1025 Zum Ganzen Policy Statement USA, 1134; vgl. auch HÉBERT/MACDONALD, 453; Statutory Guidance UK, 15 und 17.

1026 Policy Statement USA, 1134.

werden, zum Beispiel im «Gesundheitsheft» von Pädiatrie Schweiz¹⁰²⁷ oder in der «Checkliste für Gesundheitsversorger:innen zur Behandlung von Pflegekindern».¹⁰²⁸ So kann sichergestellt werden, dass diejenigen Personen, die das Pflegekind im unmittelbaren Alltag betreuen wie die Pflegeeltern respektive die Heimerziehenden über die wichtigsten medizinischen Belange des Pflegekindes wie beispielsweise Allergien, bisherige medizinische Eingriffe und notwendige Medikamente Bescheid wissen.

573 Weiter sollte für jedes Pflegekind zu Beginn der ausserfamiliären Unterbringung ein aktueller individueller Gesundheitsplan (im Sinne einer «Patientenverfügung analog») erstellt werden. Dieser sollte sich nach den Ergebnissen der medizinischen Untersuchungen des Pflegekindes (zu Beginn der ausserfamiliären Unterbringung) richten.¹⁰²⁹ Der Gesundheitsplan gibt Auskunft über die physischen, psychischen und geistigen Behandlungsbedürfnisse des Pflegekindes. Ausserdem beschreibt er, wie diese befriedigt werden sollen, um die Gesundheit des Pflegekindes zu verbessern. Somit enthält er die Entscheidungen zu allfälligen Behandlungsvorschlägen. Zudem soll der Gesundheitsplan bei veränderten Verhältnissen angepasst werden.¹⁰³⁰ Demnach sollte das Pflegekind bei Bedarf (insbesondere ist dies der Fall bei sehr jungen Pflegekindern) nicht nur zu Beginn der ausserfamiliären Unterbringung, sondern auch bei einem diesbezüglichen Wechsel der ausserfamiliären Unterbringung untersucht werden. Schliesslich gibt der Gesundheitsplan Auskunft darüber, welche Fachperson für welchen medizinischen Bereich zur Beratung und allfälligen Behandlung beigezogen werden kann.¹⁰³¹ Der Gesundheitsplan enthält ausserdem die festgelegten Informationsflüsse unter den beteiligten Personen und Institutionen sowie allfällige Schweigepflichtsentbindungen. Somit weist er darauf hin, wer wen worüber informieren muss respektive darf.¹⁰³² Beispielsweise könnte im Gesundheitsplan festgehalten werden, dass sich die Pflegeeltern verpflichten, mit dem Pflegekind regelmässige Arzt- und/oder Therapietermine wahrzunehmen.¹⁰³³ Dadurch kann die kontinuierliche medizinische Versorgung des Pflegekindes sichergestellt werden.

574 Die KESB beauftragt die Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung damit, den Gesundheitsplan zusammen mit den behandelnden Kinderärzt*innen zu erstellen.¹⁰³⁴ Die Beistandsperson sorgt im «Alltagsgeschäft» bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür, dass die Behandlungen gemäss dem Gesundheitsplan umgesetzt werden. Die KESB kann dann – ähn-

1027 Das Gesundheitsheft ist erhältlich unter www.paediatricschweiz.ch/unterlagen/gesundheitsheft.

1028 DUFF *et al.*, 7 ff.

1029 Statutory Guidance UK, 6; vgl. auch Framework Australia, 4 und 21 f. m.w.H.; MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 8.

1030 Vgl. Statutory Guidance UK, 14.

1031 Vgl. National Standards Ireland, 26.

1032 Siehe zum «Pflegeplan» in Irland Report Ireland, 36 ff.

1033 Vgl. auch BÄTTIG, 130, der dies als Auflage für die Pflegebewilligung nennt.

1034 Vgl. Statutory Guidance UK, 12.

lich wie im Rahmen der periodischen Berichtsprüfung (vgl. Art. 415 Abs. 2 ZGB) – jährlich im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit überprüfen, ob der Plan respektive dessen Umsetzung eingehalten worden ist.¹⁰³⁵ Sie kontrolliert, ob das Pflegekind die im Gesundheitsplan vorgesehenen medizinischen Behandlungen erhält, und ergreift bei Bedarf die notwendigen Massnahmen (vgl. Art. 307 ff. ZGB).¹⁰³⁶

- 575 Dazu gehört, dass die Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung beispielsweise entscheiden kann, dass das urteilsunfähige Pflegekind ärztlich untersucht wird. Die Ärzt*innen müssen das urteilsunfähige Pflegekind bei der Untersuchung partizipieren lassen. Im Rahmen einer unbedingt erforderlichen Blutentnahme zum Beispiel können sie das urteilsunfähige Pflegekind an diversen Entscheidungen beteiligen, namentlich, an welchem Arm des Kindes das Blut entnommen werden soll, ob es liegen oder auf dem Schooss seiner Begleitperson sitzen möchte, ob das Kind vorher ein betäubendes Pflaster erhält, ob es zuschauen möchte oder abgelenkt werden soll, ob vielleicht eine bestimmte Person das Blut eher entnehmen darf als andere Personen.¹⁰³⁷ Dabei handelt es sich um den Kindeswillen, den die Ärzt*innen bei der Bestimmung des Kindeswohls einbeziehen. Dafür müssen die Ärzt*innen nicht nur mit den Eltern, sondern auch mit dem Kind kommunizieren und ihm das Untersuchungsergebnis sowie die diagnostischen Massnahmen erklären respektive dem Kind zumindest ein aufrichtiges Angebot dazu unterbreiten.¹⁰³⁸ Dies ist vergleichbar mit der Kindesanhörung, wobei das Kind selbst entscheidet, was es anlässlich der Anhörung erzählt und was davon protokolliert werden soll. Folglich gibt es verschiedene Parameter, über die es im Rahmen der Untersuchung selbst bestimmen kann, auch wenn es nicht über die Vornahme der Untersuchung an sich entscheiden darf.
- 576 Sofern das Pflegekind urteilsfähig ist und sich weigert, untersucht zu werden, darf die Untersuchung nicht gegen seinen Willen durchgeführt werden; auch wenn dies die Kontinuität gefährdet. Deshalb müssen die behandelnden Ärzt*innen sorgfältig prüfen, ob das Pflegekind urteilsfähig ist oder nicht.¹⁰³⁹ Die KESB kann dem urteilsfähigen Pflegekind, gestützt auf Art. 307 (Abs. 3) ZGB, zwar eine Weisung erteilen.¹⁰⁴⁰ Bei einer Untersuchung gegen den Willen des urteilsfähigen Kindes handelt es sich aber um eine Zwangsbehandlung.
- 577 HOTZ hält in Bezug auf den Zwang zur Gesundheitskontrolle schulpflichtiger Kinder fest, dass jede medizinische Behandlung, die die Behörde obligatorisch für das Kind anordnet, aus dessen Sicht eine Behandlung ohne Zustimmung bildet. Diese stellt einen erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit und in die körperliche Integrität des Kindes dar, weshalb die Kontrolle respek-

1035 Vgl. Statutory Guidance UK, 8.

1036 Statutory Guidance UK, 18.

1037 Zum Ganzen MICHEL, Partizipation, 61; vgl. auch ABRAHAM *et al.*, Zaubersalbe, 70 f.

1038 MICHEL, Partizipation, 62.

1039 Vgl. MICHEL/RUTISHAUSER, 28 f.

1040 Vgl. CHK-BIDERBOST, Art. 307 ZGB N 6.

tive Behandlung hohe Anforderungen einhalten muss (Art. 36 BV; gesetzliche Grundlage, öffentliches Interesse oder Schutz von Grundrechten Dritter sowie Verhältnismässigkeit).¹⁰⁴¹ Demnach muss ein entsprechendes Gesetz im formellen Sinne vorliegen. Weiter liegt – sofern beim Kind eine Erkrankung festgestellt wird – eine Gesundheitskontrolle beziehungsweise eine solche Zwangsbehandlung im Interesse des Kindes und stellt demnach auch ein überwiegendes öffentliches Interesse dar. Um dieses Interesse zu erreichen, sei die zwangsweise Behandlung regelmässig geeignet. Sie müsse aber auch verhältnismässig und zumutbar sein. Dies hängt laut Bundesgericht vom Zweck der Zwangsbehandlung ab.¹⁰⁴²

- 578 Das Kind muss vorab beispielsweise über eine schulzahnärztliche Untersuchung oder eine Abklärung durch den schulpyschologischen Dienst informiert und dazu angehört werden.¹⁰⁴³ ABRAHAM *et al.* weisen weiter darauf hin, dass gerade in Fällen, in denen Fremdbestimmung oder Zwang aus medizinischen Gründen unbedingt notwendig ist, Grenzen wie zum Beispiel Stoppzeichen vereinbart werden müssen. Zudem müssen Möglichkeiten der Selbstbestimmung angeboten werden, beispielsweise in der Pflege, bei der Ernährung oder der Medikamenteneinnahme.¹⁰⁴⁴ Dies ist bei Pflegekindern besonders wichtig, da sie vulnerabel sind und allenfalls bereits Zwang erfahren haben, beispielsweise indem sie gegen ihren Willen ausserfamiliär untergebracht worden sind.
- 579 Es ist unabdingbar, dass das Pflegekind bei der Erstellung und Anpassung des Gesundheitsplans altersgemäss mitwirken kann. Der Gesundheitsplan betrifft seine Gesundheit und körperliche sowie psychische Integrität, somit ein höchstpersönliches Recht des Pflegekindes. Falls es urteilsfähig ist, kann es diesbezüglich ohnehin selbstständig entscheiden (vgl. Art. 19c Abs. 1 ZGB). Aber auch sonst muss es angemessen informiert und bei der Planung einbezogen werden, damit es weiss, was auf es zukommt. Nur wenn das Partizipationsrecht des Pflegekindes gewahrt wird, kann der Gesundheitsplan erfolgreich verwirklicht werden.
- 580 Auch die Herkunftseltern sind von der Beistandsperson beim Gesundheitsplan einzubeziehen. Obwohl ihnen allenfalls gestützt auf Art. 310 ZGB das Aufenthaltsbestimmungsrecht entzogen worden ist, verfügen sie nach wie vor über die übrigen Aspekte der elterlichen Sorge wie unter anderem die Vertretung bei medizinischen Behandlungen. Sie weisen deshalb im medizinischen Bereich parallele Vertretungsbefugnisse auf zusammen mit der Beistandsperson mit dem Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung. Diesfalls müssen sie zusammenarbeiten, denn sie sind nebeneinander vertretungsbefugt. Es kann jedoch sein, dass die elterliche Sorge im medizinischen Bereich

1041 HOTZ, Verfahren, Rz 7.101.

1042 BGE 118 Ia 427; HOTZ, Verfahren, Rz 7.101; siehe zum Impfwang Rz 405.

1043 Vgl. WEBER KHAN/HOTZ, 100.

1044 ABRAHAM *et al.*, Zaubersalbe, 70; siehe zur Partizipation im Pflegeprozess in der Pädiatrie WINTER, 203 ff.; siehe zur Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa MICHEL/RUTISHAUSER, 29 f.

nach Art. 308 Abs. 3 ZGB beschränkt ist. Dann haben die Herkunftseltern das Recht, über den Gesundheitsplan informiert und vor dessen Erstellung respektive Anpassung angehört zu werden (Art. 275a Abs. 1 ZGB). Sie können gemäss Art. 275a Abs. 2 ZGB zum Beispiel bei den behandelnden Ärzt*innen Auskünfte über den Zustand und die Entwicklung ihres Kindes einholen. Dies ist wichtig, da die Herkunftseltern meistens eine bedeutende Rolle im Leben des Pflegekindes spielen.¹⁰⁴⁵

581 Auch die Pflegeeltern respektive die Heimerziehenden leisten einen wichtigen Beitrag zu einer kontinuierlichen, umfassenden medizinischen Versorgung des Pflegekindes. Sie sollten mit der Beistandsperson, die die Fallführung Gesundheitsversorgung wahrnimmt, den behandelnden Ärzt*innen, den Herkunftseltern und weiteren Beteiligten bei der Ausarbeitung des Gesundheitsplans zusammenarbeiten. Weiter können sie sich mit der KESB in Verbindung setzen, wenn die im Gesundheitsplan festgelegten Massnahmen nicht ergriffen werden. Insbesondere sollten sie mit der Hauptlehrperson des Pflegekindes in Kontakt stehen, um allfällige gesundheitliche Probleme, die die Bildungsfortschritte des Pflegekindes beeinflussen, zu entdecken und zu behandeln. Ausserdem können sie sicherstellen, dass das Pflegekind ebenfalls über den Gesundheitsplan verfügt.¹⁰⁴⁶ Sie müssen auch vor medizinischen Eingriffen und therapeutischen Massnahmen beim Pflegekind angehört werden (vgl. Art. 300 Abs. 2 ZGB).¹⁰⁴⁷

582 Der Gesundheitsplan des Pflegekindes unterscheidet sich vom Hilfeplan insofern, als er spezifisch Vereinbarungen zur medizinischen Versorgung des Pflegekindes enthält. Im Gegensatz dazu weist der Hilfeplan generell die mit der ausserfamiliären Unterbringung bezweckten Ziele auf. Der Gesundheitsplan kann aber auch Teil des Hilfeplans sein.¹⁰⁴⁸

c. Verbindlichkeit

583 Im Gesundheitsplan sollte weiter festgehalten werden, wer welche Entscheidungen in Bezug auf die Behandlung des Pflegekindes treffen darf, beispielsweise ob das Pflegekind Psychotherapie erhält oder nicht. So wissen die behandelnden Ärzt*innen, Therapeut*innen etc., an wen sie sich wenden müssen. Ausserdem können mittels Gesundheitsplan die jeweiligen Aufgaben sowie die gemeinsamen Vereinbarungen über die medizinische Versorgung des Pflegekindes verbindlich festgelegt werden.

¹⁰⁴⁵ Vgl. auch DUFF *et al.*, 5; MOLIN/PALMER, 154 f.; MÖGEL/JENNI, Leitfaden Eltern, 2 ff.

¹⁰⁴⁶ Statutory Guidance UK, 20.

¹⁰⁴⁷ BLUM, Recht, 194; vgl. auch FACHSTELLE FÜR DAS PFLEGEKINDERWESEN, 174; HÄFELI, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz 1138; MOLIN/PALMER, 156; siehe zu den Erfahrungen von Pflegeeltern mit einem «patientenzentrierten medizinischen Zentrum» für Pflegekinder ESPELATA *et al.*, 1 ff.; siehe auch National Standards Ireland, 26, wonach Pflegeeltern und Heimerziehende eine Grundausbildung in Erster Hilfe, Hygiene und anderen Formen der Gesundheitsförderung erhalten.

¹⁰⁴⁸ Vgl. Statutory Guidance UK, 6 ff.

- 584 Die Beistandsperson beteiligt sich im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung an der «Betreuungsarbeit», indem sie mit den Herkunftseltern und den Pflegeeltern beziehungsweise Heimerziehenden in Kontakt steht. Diese erleben das Pflegekind und seine gesundheitlichen Befindlichkeiten im Alltag und können bei ihm allfällige Nebenwirkungen von Medikamenten oder andere Auswirkungen wie beispielsweise die Erholung nach einem medizinischen Eingriff beobachten. Über diese Erkenntnisse sollten sie sich mit der Beistandsperson, die die Fallführung Gesundheitsversorgung wahrnimmt, austauschen.¹⁰⁴⁹
- 585 Dabei spielen die Herkunftseltern eine essenzielle Rolle. Sie sind im Rahmen ihrer elterlichen Sorge befugt, über die medizinische Behandlung bei ihrem Kind zu entscheiden (vorbehalten eine entsprechende Beschränkung der elterlichen Sorge, gestützt auf Art. 308 Abs. 3 ZGB). Zudem kennen sie ihr Kind oft am besten und haben ein Vertrauensverhältnis zu diesem. Dies im Gegensatz zu den Pflegeeltern respektive Heimerziehenden, wenn diese das Pflegekind noch nicht so lange kennen und nur wenig mit diesem vertraut sind. Oft können die Herkunftseltern eine fundierte Einschätzung abgeben. Das ist der Fall, wenn sie in den Alltag des Pflegekindes involviert sind und ihre Wahrnehmung beispielsweise nicht infolge einer Krankheit beeinträchtigt ist. Die Beistandsperson kann diese Beobachtungen und Erkenntnisse, zum Beispiel die Reaktion des Pflegekindes nach einer Erhöhung von Ritalin, der Abgabe von Antibiotika oder einem Mittel gegen Asthma, im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung an die behandelnden Ärzt*innen weiterleiten, sofern dies die Herkunftseltern nicht selbst tun (können).
- 586 Verbindlichkeit entsteht auch mit Monitoring: Ein erstes solches erfolgt, indem die Beistandsperson bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür sorgt, dass die im Gesundheitsplan vorgesehenen Behandlungen im Alltag des Pflegekindes umgesetzt werden. Sie kontrolliert, ob das Pflegekind daran mitwirken konnte. Dadurch hilft das Monitoring, sicherzustellen, dass das Pflegekind partizipieren kann.¹⁰⁵⁰ Weiter beaufsichtigt die KESB die Beistandsperson mittels jährlicher Berichtsprüfung.¹⁰⁵¹ Bei diesem Anlass überprüft sie, ob das Pflegekind die Behandlungen gemäss dem Gesundheitsplan erhält.¹⁰⁵² Schliesslich wird durch die Behörde im Bewilligungsverfahren bei der Familienpflege respektive durch die Fachperson anlässlich ihrer Aufsicht bei der Familien- und Heimpflege kontrolliert, ob dem Pflegekind die notwendige medizinische Versorgung zukommt.
- 587 Die Prüfpflicht besteht sowohl bei der Familienpflege im Bewilligungsverfahren durch die Behörde als auch bei der Familien- und Heimpflege im Rahmen der Aufsicht durch die Fachperson. Sie umfasst die obligatorische Kontrolle, ob das Pflegekind die notwendige medizinische Versorgung erhält.

1049 Vgl. National Standards Ireland, 25.

1050 Vgl. LÄTSCH *et al.*, 3.

1051 Siehe dazu Rz 550 ff. m.w.H.

1052 Vgl. auch Framework Australia, 4 und 10 f.

Diese Prüfpflicht sollte im Zuge der Revision der PAVO explizit in diese aufgenommen werden.¹⁰⁵³ So kann sie landesweit in einer bundesrechtlichen Verordnung verankert werden. Zusätzlich sollte die Fallführung Gesundheitsversorgung explizit bei Art. 308 ZGB ergänzt werden. Dadurch wird sie in einem Bundesgesetz festgehalten.¹⁰⁵⁴ Mittels dieser Regelung auf Bundesebene kann besser dafür gesorgt werden, dass die Fallführung Gesundheitsversorgung schweizweit einheitlich umgesetzt wird und jedes Pflegekind bei Bedarf eine solche Unterstützung durch eine Beistandsperson erhält. Allenfalls sind zusätzliche Vorgaben zu Voraussetzungen, Wirkungen, Person, Aufgaben und Informationsflüssen der Beistandsperson im Rahmen der Fallführung Gesundheitsversorgung in der PAVO zu konkretisieren.

- 588 Durch diese kontinuierliche und verbindliche Regelung der medizinischen Behandlung des Pflegekindes kann gewährleistet werden, dass es umfassend medizinisch versorgt wird und dabei adäquat partizipieren kann. Dies ist unerlässlich, damit es seine traumatischen Erlebnisse überwinden kann und sein Recht auf eine umfassende Gesundheit verwirklicht wird.

¹⁰⁵³ Vgl. auch LAMBERT *et al.*, 259.

¹⁰⁵⁴ Vgl. auch Rz 287 f.

Fazit

A. Zusammenfassung

- 589 Das Pflegekinderwesen in der Schweiz hat eine schwierige Geschichte. Umso erstaunlicher ist es, dass das ZGB nur wenige Bestimmungen enthält, die Pflegekinder schützen sollen. Zudem weist die PAVO fast nur Regelungen zur Bewilligung und Aufsicht der Pflegeverhältnisse auf. Dabei wäre es wichtig, dass Pflegekinder, die oft traumatisierende Erfahrungen gemacht haben und eine besonders verletzbare Personengruppe bilden, ausreichend geschützt werden. Dazu gehört auch, dass sie umfassend am Verfahren und an anderen wichtigen Entscheidungen partizipieren können, sei es bei einer freiwilligen oder einer behördlichen Platzierung.
- 590 Denn Pflegekinder haben verschiedene Rechte, insbesondere Partizipationsrechte. Diese betreffen nicht nur das Kindesschutzverfahren, sondern sämtliche Lebensbereiche und somit auch medizinische Behandlungen. Bedauerlicherweise werden diese Partizipationsrechte in der Praxis nur mangelhaft umgesetzt. Zwar werden Pflegekinder mittlerweile in vielen Fällen angehört (vgl. Art. 314a Abs. 1 ZGB), doch findet nicht immer eine Anhörung statt. Diese ist jedoch notwendig, um das Pflegekind über das Verfahren und seine diesbezüglichen Rechte zu informieren sowie seine Meinung zu eruieren. Ausserdem verfügt die KESB über einen grossen Ermessensspielraum im Hinblick auf die Entscheidung, ob sie eine Kindesvertretung für das Pflegekind anordnen will oder nicht (vgl. Art. 314a^{bis} Abs. 1 und 2 ZGB). Jedes Pflegekind sollte im Kindesschutzverfahren von einer Kindesvertretung unterstützt werden, insbesondere wenn das Verfahren die Entscheidung über eine medizinische Behandlung beinhaltet. Die Kindesvertretung kann das Pflegekind angemessen über das Verfahren informieren und ihm helfen, seine (Partizipations-)Rechte wahrzunehmen. Indem sie den Kindeswillen in das Verfahren einbringt, stärkt sie die Stellung des Pflegekindes als Verfahrenssubjekt und fördert dessen Selbstwirksamkeit. Schliesslich hat sich das Institut der Vertrauensperson (Art. 1 Abs. 2 lit. b PAVO) nicht etabliert. Die Realisierung der Einsetzung einer Vertrauensperson ist in den Kantonen unterschiedlich umgesetzt und deren Rolle ist noch weitgehend ungeklärt. Auch werden Pflegekinder teilweise nicht über das Institut der Vertrauensperson und ihr Recht, eine solche Person zu ernennen, informiert. Jedoch könnte die Vertrauensperson das Pflegekind bei Fragen und Problemen unterstützen, nicht nur im Verfahren, sondern während der ganzen ausserfamiliären Unterbringung.
- 591 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die praktische Umsetzung der Partizipationsrechte von Pflegekindern verbessert werden muss. Wenn das Pflegekind in das Verfahren und in andere wichtige Entscheidungen eingebun-

den wird und daran teilnehmen darf, kann es auch besser mit der ausserfamiliären Platzierung klarkommen.

592 Weiter haben Kinderärzt*innen schweizweit festgestellt, dass Pflegekinder medizinisch oftmals schlechter versorgt sind als ihre Altersgenossen, die in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen. Die Gründe dafür sind unterschiedlich, jedoch sind infolge der vielen beteiligten Personen und Stellen häufig die Entscheidungszuständigkeiten und die Informationsflüsse unklar. Häufig ist nicht bestimmt, wer beispielsweise den Behandlungsauftrag für das Pflegekind erteilen darf respektive muss oder wem die behandelnden Kinderärzt*innen ihre Befunde mitteilen dürfen respektive müssen.

593 Das Pflegekind muss bei der Entscheidung über eine medizinische Behandlung einbezogen werden. Falls es urteilsfähig ist, kann es selbst darüber entscheiden. Ansonsten entscheiden seine Herkunftseltern. Sofern eine Beistandschaft mit Vertretungsbefugnis für medizinische Angelegenheiten besteht und die elterliche Sorge im medizinischen Bereich eingeschränkt ist, entscheidet die Beistandsperson. In der vorliegenden Arbeit wird vorgeschlagen, dass die Aufsichts- beziehungsweise Bewilligungsbehörde im Rahmen ihrer Aufsichts- respektive Bewilligungstätigkeit prüfen muss, ob das Pflegekind ausreichend medizinisch versorgt ist. Falls dies nicht der Fall ist und das Kindeswohl infolge einer ungenügenden medizinischen Versorgung des Pflegekindes gefährdet ist, erfolgt eine Meldung an die KESB. Diese ordnet bei Bedarf eine Beistandschaft für das Pflegekind an mit dem Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung. Wenn bereits eine Beistandschaft besteht, kann sie deren Aufgabenbereich entsprechend erweitern.

594 Der Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung umfasst das Case-Management der medizinischen Versorgung des Pflegekindes. Zu den einzelnen Voraussetzungen respektive Aspekten der Aufgabe gehören unter anderem: zeitliche Verfügbarkeit, Fachkenntnisse, Information und Dokumentation, Begleitung, Koordination (mittels Hilfeplan; inklusive Beziehungsarbeit mit allen Beteiligten), Abklärung, Organisation und Kontrolle, Auskunft und Vertretung, Versicherungsschutz, Anschlusslösungen sowie Partizipation. Im Rahmen ihres Aufgabenbereichs Fallführung Gesundheitsversorgung ist die Beistandsperson beispielsweise dafür verantwortlich, dass die Beteiligten die jeweils für sie bestimmten Informationen zum Gesundheitszustand des Pflegekindes erhalten, die notwendigen Behandlungsentscheide für das Pflegekind von der zuständigen Person/den zuständigen Personen respektive der zuständigen Stelle getroffen werden und die entsprechende medizinische Behandlung in die Wege geleitet wird. Insbesondere stellt die Beistandsperson sicher, dass das Pflegekind am Verfahren betreffend die medizinische Behandlung partizipieren kann. Deshalb kann die Beistandsperson mit dem Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung dazu beitragen, die medizinische Versorgung des Pflegekindes zu verbessern und vor allem verbindlich sowie kontinuierlich sicherzustellen.

- 595 Die Beistandsperson stellt zwar eine zusätzliche Person im Gefüge der ausserfamiliären Unterbringung dar, an welchem bereits viele weitere Personen und Stellen beteiligt sind. Sie ist jedoch bei einer ausserfamiliären Unterbringung oft schon involviert, hat die notwendigen Kompetenzen, um die erforderliche Fallführung sicherzustellen, und ihr stehen bei Bedarf auch die nötigen Vertretungsrechte zu, um handeln zu können. Ausserdem handelt es sich bei der Gesundheit um einen essenziellen Aspekt des Kindeswohls, der insbesondere bei Pflegekindern, die eine schwierige Vergangenheit hinter sich haben, von grösster Wichtigkeit ist. Besonders Pflegekindern sollte eine umfassende medizinische Versorgung zukommen, damit ihr Kindeswohl gewährleistet ist und sie sich möglichst gut entwickeln können.
- 596 Schliesslich sollten bisherige Beistandspersonen und behandelnde Ärzt*innen trotz eines allfälligen Umzuges des Pflegekindes möglichst beibehalten werden. So gehen kein bestehendes Wissen bezüglich des Falles und kein Vertrauen verloren; beides muss ansonsten wieder neu aufgebaut werden. Weiter trägt ein elektronisches Patientendossier dazu bei, die Informationen zum Gesundheitszustand des Pflegekindes zu sammeln und bei Bedarf schnell verfügbar zu machen. Ausserdem sollte für jedes Pflegekind ein Gesundheitsplan erstellt werden, der die Behandlungsbedürfnisse und -ziele des Pflegekindes nennt sowie die jeweiligen Fachpersonen aufführt. Die Beistandsperson sorgt bei der Fallführung Gesundheitsversorgung dafür, dass der Gesundheitsplan umgesetzt wird. Falls es zu einem Wechsel der Beistandsperson kommt, trägt der Gesundheitsplan zur Behandlungskontinuität bei, da er alle wichtigen Informationen zur medizinischen Versorgung des Pflegekindes enthält und weitergereicht werden kann. Die Beistandsperson wird von der KESB beaufsichtigt. Zusätzlich kontrolliert die Aufsichts- respektive Bewilligungsbehörde den Gesundheitszustand des Pflegekindes. All dies trägt dazu bei, die medizinische Versorgung des Pflegekindes nicht nur umfassend, sondern auch verbindlich und kontinuierlich zu gewährleisten.

B. Ausblick

- 597 Seit kurzer Zeit gibt es erfreulicherweise auch in der Schweiz Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Pflegekindern.¹⁰⁵⁵ Diese leisten einen wichtigen Beitrag, die medizinische Versorgung von Pflegekindern schweizweit zu verbessern. Sie sollen insbesondere das Bewusstsein der Bezugs- und Fachpersonen für die besonderen Gesundheitsbedürfnisse von Pflegekindern stärken. Dennoch müssen die Empfehlungen zuerst verbreitet werden und es muss sich noch zeigen, ob sie in der Praxis auch umgesetzt werden und ihr Ziel erreichen.

¹⁰⁵⁵ Siehe MÖGEL/JENNI, Empfehlungen, 5 ff.; DIES., Argumentarium, 5 ff.

- 598 Mit der PAVO hat der Bundesrat bundesrechtlich erstmals 1977, gestützt auf Art. 316 Abs. 2 ZGB, die Ausführungsvorschriften zur Pflegekinderaufsicht erlassen.¹⁰⁵⁶ Noch im Jahr 2005 kam der Bundesrat, in Reaktion auf das Postulat Jacqueline Fehr von 2002,¹⁰⁵⁷ zum Schluss, dass die PAVO nicht revisionsbedürftig sei. Schon damals waren gut zwei Drittel der Kantone anderer Meinung. Deshalb wurde im Jahr 2009 die Kinderbetreuungsverordnung als Nachfolgemodell der PAVO vorgelegt. Sie stiess allerdings auf breite Kritik. Daraufhin folgte ein komplett überarbeiteter zweiter Vorentwurf,¹⁰⁵⁸ der jedoch ebenfalls scheiterte. Schliesslich wurde das Vorhaben redimensioniert und die PAVO auf den 1. Januar 2013 hin nur teilrevidiert.¹⁰⁵⁹
- 599 Bereits damals kam ANDERER zum Schluss, dass diese Teilrevision den Schutz von Pflegekindern nicht merklich verbesserte. Sie monierte, dass vor allem die Rechtsstellung der Pflegeeltern weiterhin ungeklärt bleibe, keine Koordination mit dem Sozialversicherungsrecht und dem Steuerrecht erfolgte und die Kantone zuständig blieben, für ein fachlich gut ausgebautes Pflegekinderwesen zu sorgen.¹⁰⁶⁰ Zudem wird die PAVO bis heute in den Kantonen teilweise nur ungenügend umgesetzt.¹⁰⁶¹ Es wird deshalb gefordert, den Föderalismus in der PAVO zu beenden, da es sich bei den Pflegekindern um eine besonders verletzbare Personengruppe handle, die besser geschützt werden sollte.¹⁰⁶² Dies ist angesichts der dunklen Vergangenheit des Pflegekinderwesens ganz besonders notwendig.
- 600 Das Postulat Benjamin Roduit von 2022 fordert die Überprüfung der PAVO, unter anderem hinsichtlich der Anforderungen der UN-KRK und des schweizerischen Kindesschutzrechts. Gemäss Postulat ist die PAVO «in die Jahre gekommen» und benötigt deshalb eine zeitgemässe, kinderrechtsbasierte Gestaltung der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen ausserhalb ihrer Familie. Diesbezüglich seien unter anderem die Partizipationsrechte des Kindes stärker zu berücksichtigen. Der Nationalrat überwies das Postulat am 17. März 2023 an den Bundesrat.¹⁰⁶³ Dieser muss nun die notwendigen Schritte für eine Revision der PAVO aufzeigen. Somit hat auch die Politik den Reformbedarf anerkannt.
- 601 Durch eine Revision der PAVO ist es nun möglich, die Partizipationsrechte des Pflegekindes und dessen medizinische Versorgung stärker zu berücksichtigen. Es wäre wünschenswert, dass die Ausführungen der vorliegenden Arbeit in die Revision Aufnahme fänden und die PAVO sowie das ZGB expli-

1056 ANDERER, PAVO, 616.

1057 Postulat 02.3239 Fehr.

1058 Die beiden Vorentwürfe der Kinderbetreuungsverordnung sind abrufbar unter www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/mm.msg-id-26999.html (erster Vorentwurf) und www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/mm.msg-id-35184.html (zweiter Vorentwurf).

1059 ANDERER, Kinder, 136 ff.; siehe zum Ganzen auch DROZ-SAUTHIER, 251 ff.

1060 ANDERER, PAVO, 616 ff.; vgl. auch DIES., Kinder, 136 ff.

1061 HÄFELI, Wegleitung, 169 f.

1062 ANDERER, Kinder, 142 f.

1063 Postulat 22.4407 Roduit.

zit durch die Prüfpflicht betreffend medizinische Versorgung des Pflegekin- des sowie den Aufgabenbereich Fallführung Gesundheitsversorgung ergänzt würden. Damit wäre ein erster wichtiger Schritt hin zu einer vollumfänglichen Partizipation und umfassenden medizinischen Versorgung von Pflegekindern getan.¹⁰⁶⁴

602 Abschliessend ist festzuhalten, dass wir die schwierige Geschichte des Pflegekinderwesens nicht ändern können. Wir können aber die zukünftige Situation von Pflegekindern verbessern. Deshalb ist es entscheidend, die in dieser Arbeit aufgezeigten Probleme der unzureichenden Partizipation und ungenügenden medizinischen Versorgung von Pflegekindern endlich anzugehen. Insbesondere sollen Pflegekinder die notwendigen medizinischen Behandlungen erhalten und dabei einbezogen werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass ihr Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit (vgl. Art. 24 UN-KRK) realisiert wird und sie ihre individuelle Autonomie¹⁰⁶⁵ und Unabhängigkeit verwirklichen können.

¹⁰⁶⁴Siehe hierzu auch BERGER, 157 ff.

¹⁰⁶⁵Vgl. auch DROZ-SAUTHIER, 278 f. m.w.H.; vgl. auch PÖLKKI *et al.*, 123.

Sachregister

A

Abklärung 31, 49 f., 64, 83, 141, 184, 238 ff., 387, 394 f., 432, 485 ff., 535, 578, 594
Abtreibung 455, 461 ff.
ADHS 21, 116, 365, 445
Adoption 11, 57, 98, 371, 391
Alles-oder-nichts-Prinzip 325, 380 ff.
Alltagsorge 53 ff., 392, 399, 410, 421, 433, 442
Alter 112, 118 f., 122 ff., 177, 183, 187, 198 ff., 213, 229 f., 312, 324 ff., 382, 385, 417 f., 434, 457 ff., 563
Amtsgeheimnis 477, 492 f.
angeordnete Platzierung 18 f., 25, 46, 52, 106, 143 ff., 254, 275, 278, 320, 454, 520 ff.
s. auch behördliche Platzierung
Anhörungs-/Informationsrecht der Herkunftseltern 45 ff., 495 ff. der Pflegeeltern 55, 61 ff., 498
Anhörungsrecht des Pflegekindes 194 ff.
Art und Weise 203 ff.
Beschwerde 202
Inhalt 197, 206 ff.
Kindeswille s. dort
Mindestalter 199 ff.
Verfahren 198 ff.
Zeitpunkt 208
Anschlusslösungen 318, 539, 567, 594
Ansprechperson 159, 262, 280, 286, 469, 533
Anstalt 10, 40
Aufenthaltsbestimmungsrecht 24 ff. angeordnete Platzierung s. dort
Aufhebung/Entzug 24 ff., 33 ff., 43, 50, 99, 112, 135, 144 ff., 160, 162, 290, 348, 394, 408 ff., 447 f.
behördliche Platzierung s. dort
freiwillige Platzierung s. dort
fürsorgerische Unterbringung 446 ff.
Inhaber*innen 24 ff., 94 f., 160
Inhalt 24
Rücknahmeverbot s. dort
vereinbarte Platzierung s. dort
Aufenthaltsort 24, 48, 140, 384, 497, 517, 560 ff.

Aufklärung 90, 102, 125, 182, 312, 367, 374, 414 ff., 424 ff.
Auflage 74 f.
Aufsicht 82 ff.
Behörde s. Aufsichtsbehörde
Beistandsperson 550 ff., 586
Dienstleistungsanbieter*innen 83 ff., 172
Familienpflege 83 ff.
Heimpflege 83 ff.
Pflegeverhältnis s. Pflegekinder-
aufsicht
Aufsichtsbehörde 77 f., 85 ff.
Ausbildung
Behördenmitglieder 204, 225
Kindesvertretung 232 f.
Pflegekind 45, 57 f., 70, 74 f., 182
Auskunft 346, 497, 501, 506, 537, 594
Ausnahmesituation 3, 66, 189, 254, 559
ausserfamiliäre Unterbringung
angemessene 25, 29 f., 34, 160 f.
Begriff 19
Fälle 140 ff.
Möglichkeiten 163 ff.

B

Bedingung 74 f.
Bedürfnisse des Kindes 48, 56, 73, 91, 122, 124, 130 f., 133, 145, 146 ff., 157, 161, 168, 176, 187, 197, 204, 239, 261, 367, 372, 373, 395, 469, 471, 528, 534 ff., 573, 596
Begleitung 43, 80, 87, 102, 111, 125, 138, 150, 154, 178, 189, 203, 222, 227, 238, 241, 264, 267, 285, 306, 309, 368, 370, 474, 529, 532, 558, 575, 594
Behandlungen, medizinische
s. medizinische Behandlungen des
Pflegekindes
Behandlungsentscheid 379 ff., 594
der Ärzt*innen 351, 402
der Beistandsperson 348, 389, 402
der Herkunftseltern 338 ff., 383 ff.
der KESB 351 f., 403
der Pflegeeltern 391 ff.
des Pflegekindes 324 ff., 379
Behandlungsvertrag 337 f.
Behindertenrechtskonvention 116 ff., 158, 373 ff.

- Behinderung 116 ff., 145, 157 f., 163, 204, 359, 373 ff., 380, 460, 516
- Behörde
 Aufsichtsbehörde s. dort
 Bewilligungsbehörde s. dort
 zentrale kantonale 80 f., 86, 172
- behördliche Platzierung 18 f., 38, 52, 253, 269, 278
 s. auch angeordnete Platzierung
- Beistandsperson 43 f., 519 ff.
 Abgrenzung Kindesvertretung 522
 Abgrenzung Vertrauensperson 267
 als Vertrauensperson 269
 Aufgabendelegation 527
 Aufsicht 550 ff.
 besondere Befugnisse 348, 389, 537
 Fallführung Gesundheitsversorgung s. dort
 Haftung 554
 Partei Pflegevertrag 93 f.
- Bekleidung 55, 58
- Beratung 141, 283, 573
 der Pflegeeltern 78, 84
 des Pflegekindes 80, 115, 123, 308 ff., 357, 367, 426
- Berufsgeheimnis 357 ff., 477 ff.
- Beschwerde
 auf kantonaler Ebene 289 ff.
 aufschiebende Wirkung 292, 353
 Frist 291, 299
 Gründe 293, 300 f.
 in Zivilsachen auf Bundesebene 296 ff.
 Legitimation 49, 61, 63, 137, 202, 246, 264, 296
 Objekt 89, 289 f., 297 f.
- Besuchsrecht
 der Herkunftseltern 48 f.
 der Pflegeeltern 65
- Betreuung 37, 55, 70, 75 f., 97, 169, 172, 394, 408, 453, 513
 ausserfamiliäre 16, 112 f.
 Kontinuität 154, 564
 medizinische 343, 473, 490, 543
- Bewilligung 71 ff.
 Inhaber*innen 73, 75
 Kindeswohl 77
 Pflicht 73, 75
 Voraussetzungen 73 ff.
 Widerruf 77 f.
 Zuständigkeit 72
- Zweck 71, 73
- Bewilligungsbehörde 72, 77, 79, 512, 520, 593, 596
- Bewilligungspflicht
 s. Bewilligung, Pflicht
- Beziehungen 35, 37, 54, 97, 131, 154, 163 f., 167, 269, 282, 478, 564
- Bezugsperson 56, 63, 154, 282, 284, 328, 364, 469, 475, 529
- Bindung 131, 163
- Biomedizinkonvention 121
- C
- Case Management 509 ff., 520 f., 527, 544, 594
- chronische Erkrankung 327 f., 397 ff., 473, 496, 543, 569
- D
- Depression 146, 317, 328
- Dienstleistungsanbieter*innen 80 f., 172 ff.
 Aufgaben 80, 172
 Kontrolle 81, 86 f., 172 ff.
 Meldepflicht 80 f., 172
 Verhältnis Pflegeeltern 80, 172
 Vertrauensperson 276
- Dokumentation 531, 594
- Dringlichkeit 292
 medizinische Behandlung 350 f., 386, 403
 Vorbehalt 53 f., 392 f.
- E
- Eingriff 201
 gesundheitlicher/medizinischer 22, 62, 102, 123, 314, 324 ff., 337 ff., 370, 374 ff., 379, 387, 393, 404, 414, 424, 439, 458, 498, 572, 581, 584
 in elterliche Rechte 28, 99, 396, 400
 staatlicher 82, 99, 405, 577
- Einrichtung, geschlossene
 s. geschlossene Einrichtung
- Einsetzung
 der Kindesvertretung 213, 227 ff.
 der Vertrauensperson 259 ff., 590
- Einzelfallumstände
 s. Umstände des Einzelfalls
- elektronisches Patientendossier 569 ff.
- elterliche Sorge

s. Sorgerecht der Herkunftseltern
Eltern
s. Herkunftseltern
EMRK 12, 99, 213
Entgeltlichkeit 57, 70, 73
Entschädigung 13
der Beistandsperson 547
der Kindesvertretung 245, 286
der Pflegeeltern 57 ff.
der Vertrauensperson 265
Entscheidungsbefugnis
der Herkunftseltern 45, 410,
384 ff.
der Pflegeeltern 52 ff., 392 ff.
Entscheidungszuständigkeiten 379 ff.
Entwicklungsstand 123, 187, 203 f.,
327
Entwicklungsverzögerungen 143, 148,
156, 317, 551, 555, 559
Entzug
des Aufenthaltsbestimmungs-
rechts s. Aufenthaltsbestimmungs-
recht, Aufhebung/Entzug
des Sorgerechts s. Sorgerecht der
Herkunftseltern, Entzug
Erfüllung
Aufgaben Beistandsperson 489 ff.,
546
Aufgaben KESB 491
Aufgaben Kindesvertretung 372,
500
Aufgaben Pflegeeltern 53, 391
Bedürfnisse des Pflegekindes 130,
133, 146, 152, 536, 549
Ermahnung 29, 61, 135, 347
Ermessen(sspielraum) 201, 228, 248,
320, 485, 590
Ernährung 55, 381, 578
Erziehungsaufsicht 346, 546
Erziehungsbeistandschaft 43 f.
s. auch Beistandsperson
Erziehungsfähigkeit 146, 152, 157, 563

F

Fachkenntnisse 525 ff., 530, 594
Fachperson 2, 4, 71, 106, 114, 128,
138, 155 f., 167, 183 ff., 189, 198,
203 ff., 214 ff., 226, 238, 253, 268,
276, 288, 367 f., 375, 382, 396, 458,
469 ff., 475, 512 ff., 529 ff., 571,
573, 586 f., 596, 597

Fallführung Gesundheitsversorgung
509 ff., 571 ff., 584 ff., 593 ff., 601
Aufgabenbereich 529 ff.
Beistandschaft 519 ff., 545 ff.
Prüfpflicht 512 ff.

Familienpflege
s. auch Pflegeverhältnis
Abgrenzung Tages-/Heimpflege 70
Akteur*innen 60
Begriff 70, 163 ff.
Bewilligung 73 f., 514, 517, 586 f.
Dienstleistungsanbieter*innen
s. dort

Familienplatzierungsorganisationen
52, 172 ff.

Ferien 96, 157, 159
Finanzierung 43 f., 104, 159, 307, 538
Formfreiheit 92, 506
Forschung(svorhaben) 414 ff.
freiwillige Platzierung 17 ff., 140 ff.,
254, 278, 320, 397, 448, 454, 516,
520 ff., 589
s. auch vereinbarte Platzierung
Freizeit(gestaltung) 55, 58, 167, 280
Fremdplatzierung s. ausserfamiliäre
Unterbringung; Platzierung
fürsorgerische Unterbringung 39 ff.,
263 f., 282, 291 f., 315, 348, 446 ff.

G

Gefährdung des Kindeswohls 133 ff.,
140 ff., 267, 339 ff.
Beendigung Pflegevertrag 98
Massnahmen s. Kindesschutz-
massnahmen
medizinische Behandlung 321,
388, 393, 406 f., 431, 520
Rücknahme 36 ff.

Gefährdungsmeldung 46, 77, 150,
359 ff., 451, 454
genetische Untersuchungen 423 ff.

Gericht
Familiengericht 397 f.
Kindesschutzmassnahmen s. dort
geschlossene Einrichtung 39 f., 348,
453
Geschwister 65, 435 ff.
gesetzliche Vertretung
s. Vertretung, gesetzliche
Gesundheitsbelange 114 f., 120, 122,
127, 324, 357, 365, 368, 537

Gesundheitsplan 471, 475 f., 533 f.,
573 f., 579 ff., 583, 586, 596
Gesundheitszustand 55, 156, 321, 366,
495, 510, 531 f., 594, 596
Grundrechte 99 f., 130 f., 195, 237, 381,
405, 455, 577
Gutachten 50, 64, 201, 326, 458

H

Handlungs(un)fähigkeit
Pflegekind 67, 324, 330, 386
Vertrauensperson 260
Heim 2 ff., 17, 19, 33, 63, 75, 78, 85, 99,
124, 140, 149, 167, 270, 275
Kinderheim 1, 10, 142, 167
Schulheim 40, 165
Heimerziehende 2, 47, 182, 319, 391,
401, 469, 474, 498, 502, 510, 515,
532 f., 567 ff., 584 f.
Heimpflege
Abgrenzung Familien-Tagespflege
70
Arten 166 ff.
Aufsicht 83
Bewilligung 75
Herkunftseltern 2, 45 ff., 383 ff.
Anhörungs-/Informationsrecht
47, 49, 495 ff., 580
Beschwerdelegitimation 49
Entscheidungsbefugnis s. Ent-
scheidungsbefugnis, der Her-
kunftseltern
Inhaber*innen Aufenthaltsbestim-
mungsrecht 24
Partei Pflegevertrag 17, 93 f.
persönlicher Verkehr 48 f.
Sorgerecht 45
Weisungsrecht 46
Hilfeplan 471, 533, 534, 582, 594
Hilfsperson 361, 487, 527
höchstpersönliche Rechte 67, 97, 197,
312, 324 ff., 337, 379, 385, 424,
459, 490, 499, 553, 579
absolute 100, 201, 263, 331 ff., 339,
390
relative 330 ff., 477
hochstrittige Fälle 232, 244, 256

I

Impfung des Pflegekindes 21, 102, 339,
355, 387 f., 393 ff., 405 ff., 473, 569

Indikation, medizinische
s. medizinische Indikation
Informations-/Anhörungsrecht
s. Anhörungs-/Informationsrecht
Informationsrecht des Pflegekindes
66 ff., 90 f., 176 ff., 194 ff.
Informationsflüsse 473 ff., 533, 546,
573
Informed Consent 102, 121, 125, 367,
370, 422
Institutionen 6, 8, 35, 40, 128, 167, 174,
179 f., 367, 391, 471, 573
Integrität 100, 329, 334, 359, 379, 424,
481, 488, 499, 553, 577, 579
Interessenkonflikt 313, 439, 443, 530

K

KESB

Aufenthaltsbestimmungsrecht 25
ff., 159 ff.
Aufsicht s. Pflegekinderaufsicht
Kindeschutzmassnahmen s. dort
Pflegevertrag 94
Kind s. auch Pflegekind
als Patient*in 312 ff.
Kindeswille s. dort
Kindeswohl s. dort
Meinung s. Meinung des Kindes
Partizipation 66 ff., 176 ff.
Urteils(un)fähigkeit 323 ff., 379 ff.
Kinderärzt*innen 5, 317, 345 f., 359,
388, 472, 473 f., 477 ff., 485, 510,
524, 533, 559, 566 574, 592
Kinderbelange 242, 298, 347, 389
Kinderhort/-krippe 70, 75
Kinder mit Behinderung 118 ff., 145,
157 f., 163, 204, 359, 373 ff., 460,
516
Kinder mit psychisch kranken Eltern
146 ff.
Kinderrechtskonvention 12, 20, 23, 77,
90, 97, 105, 108 ff., 122, 125, 127,
128, 149, 176 f., 187, 194 ff., 308,
312, 322, 323, 365 ff., 373, 385,
450, 517, 600, 602
Kinder- und Jugendhilfe 103, 141, 183,
275, 466
Kindesanhörung
s. Anhörungsrecht des
Pflegekindes

- Kindesschutzmassnahmen 49, 104, 132, 135, 201, 295, 345 ff., 354, 547 f., 560
 Aufhebung Aufenthaltsbestimmungsrecht 2, 25 ff., 143 ff., 348
 Beistandschaft 43 f., 347
 Einschränkung/Entzug Sorgerecht 349, 385
 Ermahnung 345
 Erziehungsaufsicht 346, 546
 fürsorgliche Unterbringung 39 ff., 446 ff.
 Gefährdungsmeldung 77, 150, 359 ff., 451, 454, 518
 Weisung 345
- Kindesschutzverfahren 49, 61, 114, 179, 192, 194, 200 ff., 211, 215, 225 f., 236, 244, 248, 252, 254, 259, 262, 278, 289, 351, 359, 371, 453, 485 f., 499 f., 590
- Kindesvertretung 227 ff.
 Abgrenzung Vertrauensperson 262, 286
 Anforderungen 232 ff.
 Bestellung 228 ff.
 Entschädigung 245
 Kompetenzen und Aufgaben 236 ff.
- Kindeswille 138 f., 209 f., 236 f., 335, 372, 575, 590
- Kindeswohl 46, 128 ff., 292, 338 ff., 373, 517
 Begriff 128 ff., 139
 Gefährdung s. Gefährdung des Kindeswohls
 Kindeswille s. dort
 medizinische Behandlung 313, 338 ff., 360, 381, 384 f., 393, 445, 544, 575, 595
 Partizipation 187, 197, 209 f., 236, 250, 263, 287, 372
 Vorrang 77, 109, 118, 128, 149, 373
- Kindeswohlgefährdung
 s. Gefährdung des Kindeswohls
- Klinik 39 f., 150, 315, 348, 361, 446 ff., 487, 489
- Kompetenzkonflikte 468, 560, 563
- Kontinuität 5, 154, 318, 510, 558 ff., 596
- Kontrolle 84, 535, 536, 577, 587, 594
- Konzept 72, 75, 130, 168, 186, 268, 335, 380, 382
- Kooperation 172, 354, 469 f., 499
- Koordination 288, 372, 533, 594, 599
- Kosten
 Behandlungskosten 57, 312, 337, 463
 Kosten von Kindesschutzmassnahmen 57 ff., 104, 161, 229, 245 f., 258, 547 f.
- Krankheit 20, 405, 417 f., 565
 der Herkunftseltern 53, 145, 146 ff., 585
 des Kindes 145, 316, 328, 365, 387, 393 ff., 408, 410, 465
 Erbkrankheit 427 ff.
- L
- Lebenssituation 124, 238, 241
- Lehrer*in 91, 260
- Leitlinien 122 f., 176, 192, 195, 218, 227, 258, 320
- Loyalitätskonflikt 281, 328
- M
- Mängel 78, 79, 85 f.
- Massnahme(n)
 ambulante 29, 168, 345, 445
 des Kindes schutzes s. Kindesschutzmassnahmen
 lebenserhaltende 342 f.
 superprovisorische 31, 351 ff.
 vorsorgliche 31, 50, 289, 291, 351 ff.
- Medikament 414, 422, 437, 473, 572, 578, 584
- Medikation 102, 445, 569
- medizinische Behandlungen des Pflegekindes 312 ff.
- medizinische Indikation 333, 338 ff., 351, 353, 381, 393
- Meinung des Kindes 81, 88, 102, 110 ff., 118, 121, 122 f., 138, 176, 178, 195, 205 f., 214, 223 ff., 237 ff., 260, 279, 328, 335, 341, 368, 375, 381, 385, 418, 421, 450, 590
- Meldepflicht 79 ff., 172, 359
- Melderecht 344, 359 ff., 451, 481
- Misshandlung 3, 143, 145, 359, 481, 567
- Mitsprache 194 ff.

Mitwirkungspflicht 50, 64, 486
Mitwirkungsrecht 49, 102, 114, 197,
278, 313, 367, 486 f.
mutmasslicher Wille 54, 343, 347, 380

N

Nachbar*in 91, 150, 260, 523
nahestehende Personen 264, 306, 452,
458, 553

O

Obhut 24, 26, 48, 65, 144, 391, 394,
408, 560, 563
off-label-use 414 f.
Ombudsstelle 307 ff.
Operation 102, 339, 354, 374, 393,
437, 473, 537
Organisation 60, 80, 88, 173, 304, 343,
509, 536, 543, 594

P

Partizipation

Herkunftseltern 47, 49 f.
Pflegeeltern 61 ff.
Pflegekind 66 ff., 90 f., 176 ff.
s. auch Partizipation des Pflege-
kindes
Stufen 183 ff.

Partizipation des Pflegekindes 66 ff.,
90 f., 176 ff., 540
Kindesvertretung s. dort
Recht auf Mitsprache s. Anhö-
rungsrecht des Pflegekindes
Rechtsmittel s. Beschwerde
Vertrauensperson s. dort

Patientendossier, elektronisch
s. elektronisches Patientendossier

Pattsituation 388, 406 f.

persönlicher Verkehr 48 f., 65, 290

Persönlichkeitsrechte des Pflegekindes
46, 67, 119, 224, 265, 324, 334, 357
ff., 385, 485, 488, 495 ff., 504

Pflegeeltern 52 ff., 391 ff.

als Vertrauenspersonen 271
Anhörungs-/Informationsrecht
55, 61 ff., 498
Begriff 2, 391
Beratung 84
Beschwerdelegitimation 61, 63
Eignung 74, 77
Partei Pflegevertrag 93 f.

persönlicher Verkehr 65
Verhältnis Dienstleistungsanbie-
ter*innen 172

Vertretungsrecht 52 ff., 391 ff., 498

Pflegegeld 57 ff., 96

Pflegekind

Beschwerdelegitimation 289 f.,
296
medizinische Behandlungen
s. dort
Partizipation s. Partizipation des
Pflegekindes
persönlicher Verkehr s. dort
Verfahrensrechte s. dort
Vertretung 383 ff.
Wohnsitz s. dort

Pflegekinderaufsicht

Adressat*innen 83, 86
Inhalt 83 ff.
Mittel 83 ff.
Rechtsnatur 82
Zuständigkeit 72
Zweck 71, 83

Pflegekinderverordnung 69 ff.

Abgrenzung Familien-/Tages- und
Heimpflege 70
Aufsicht 82 ff.
Bewilligung 71 ff.
Meldepflicht 79 ff.
Partizipation des Pflegekindes 90 f.
Revision(sbedarf) 598 ff.

Pflegekinderwesen 103, 107, 136 f.,

174, 322, 511, 589, 599, 602
Begriff 16
Geschichte 8 ff.

Pflegekinderzufriedenheit 88

Pflegeverhältnisse 128 ff.
Möglichkeiten 159 ff.
Voraussetzungen 140 ff.

Pflegevertrag

Beendigung 98
Formfreiheit 92
Inhalt 44 ff., 52, 96 f.
Parteien 17 f., 93 ff.
Rechtsnatur 92

Platzierung

angeordnete s. angeordnete Plat-
zierung
behördliche s. behördliche Platzie-
rung

freiwillige s. freiwillige Platzierung
vereinbarte s. vereinbarte Platzierung
s. auch ausserfamiliäre Unterbringung; Pflegeverhältnisse
Platzierungssystem 91, 260 f., 523
Platzierungsverfahren 7, 137, 159, 305
Postulat 598, 600
Prävention 137, 359, 366, 481
Prüfpflicht
Fallführung Gesundheitsversorgung 512 ff., 587, 601
Kindesvertretung 228
Psychiater*innen 345, 510 524
psychische Störungen 146 ff., 158, 444 ff.
Psycholog*innen 124, 232, 345, 362, 477, 510, 524

Q
Qualität 75, 137, 233, 342, 425, 527
Qualitätsstandards 124, 137, 225

R
rechtliches Gehör 91, 111, 192, 195 f., 216, 246, 303, 307, 501
s. auch Anhörungsrecht des Pflegekinds
Rechtsanwält*innen 216, 232
Rechtsmittel s. Beschwerde
Rechtsstellung
der Pflegeeltern 63, 397, 599
des Pflegekinds 90, 108
Reform 12, 225 f., 288, 600
Reife(grad) 54, 118, 121, 122 f., 177, 183, 191, 314, 341, 369, 418
reproduktive Autonomie 455 ff.
Retterbaby 441
Revision 6, 11, 14, 90, 287 f., 514, 587, 598 ff.
Richtlinien 58, 60, 88, 113, 200, 266, 319 f., 327, 343, 394, 422
Ritalin 387, 395, 445, 585
Rückkehr in Herkunftsfamilie 51, 159
Rücknahmeverbot 36 ff.
Rückplatzierung 37 f., 170

S
Schule 157, 161, 355, 410, 461, 466, 544
Schutzbereich 114, 158, 374

Schutzkonzept 136 f.
Schwangerschaft(sabbruch) 455 ff.
Schweigepflicht 315, 358, 360, 476, 478 f., 485 ff., 506
Schweigepflichtsentbindung 476, 503 ff., 573
Selbstbestimmung 102, 121, 131, 178, 209, 315, 328, 370, 381 f., 462, 488, 549, 552, 578
Selbstwirksamkeit 177, 187, 237, 590
Sorgerecht der Herkunftseltern
Einschränkung 45, 347, 385, 389 f., 400, 504, 537, 542, 580, 593
elterliche Restsorge 45, 51, 348
Entzug 349, 389, 504
Übertragbarkeit 347, 388 ff., 397 ff., 402, 411
Umfang 24, 140, 385 f.
Verhältnis Vertretungsrecht Pflegeeltern 46, 52
Weisungsrecht s. dort
Sozialarbeitende 232, 361 f., 487, 525 f.
Spende regenerierbarer Gewebe und Zellen 427, 432, 434 ff.
Standards 83, 124, 216, 233, 304, 374, 475
Standortgespräch 216, 243, 285
Sterilisation 374, 414, 455 ff.
StGB 357 f., 361, 463, 477 ff., 486 f., 492 f., 504, 507
Subjekt(stellung) 100, 108, 110, 176, 197, 236, 278, 323, 471, 590
Suizidalität 145, 315, 317, 358, 365, 479

T
Tagespflege 70, 79, 83 f.
Termine bei Ärzt*innen 387, 399, 474, 532, 535, 573
Therapie 5, 80, 102, 318 ff., 328, 340 ff., 387, 393 ff., 414, 466, 474, 478, 515, 535, 539, 559, 567, 572 f., 583
Tod 38, 98, 145

U
Überprüfung 77, 81, 83, 163, 173, 196, 277, 304, 320, 452, 512 ff., 527, 531, 534, 550 ff., 574, 586, 600
Umplatzierung 36, 162
Beschwerde 63, 290

- medizinische Behandlung des Pflegekindes 510, 532, 539, 551, 565 f.
- Umstände des Einzelfalls 54, 59, 152, 347, 475, 492, 509, 541
 - Kindesvertretung 230, 241
 - Kindeswohl 37, 131, 149 ff., 209, 338 f., 406 f.
 - medizinische Behandlung 5, 333 f., 475, 558 f.
 - Urteilsfähigkeit des Kindes 201 f., 323 ff., 382, 480
- Umzug 561, 565, 596
- unentgeltliche Rechtspflege 246, 258
- Unentgeltlichkeit 57, 73, 89
- UN-Kinderrechtsausschuss 200, 212, 223, 308, 365 ff.
- Unterbringung, ausserfamiliäre
 - s. ausserfamiliäre Unterbringung
- Unterbringungsform 25, 30, 159 ff.
- Unterbringungsprozess 10, 66, 177, 180, 212, 469
- Unterhaltspflicht 45, 57, 246, 547
- Untersuchungsmaxime 33, 159, 485 f.
- Urteils(un)fähigkeit des Kindes 67 f., 91, 97, 100, 102, 111, 119, 125, 186, 199 ff., 230 f., 248, 252, 263, 314 f., 323 ff., 347, 357 ff., 370 f., 375, 379 ff., 477 ff., 489 f., 495 ff., 504, 507, 546, 553, 571 ff., 593
- V
 - veränderte Verhältnisse 77, 98, 263, 491, 573
 - Verbindlichkeit 5, 209, 225, 318, 362, 398, 470, 514, 534, 583 ff.
 - Verbleib 33, 45, 113, 290
 - Verdingkinder 8 ff.
 - vereinbarte Platzierung 17, 19, 27, 33, 52, 93, 106, 140 f., 150, 275, 278, 390, 510, 520, 528, 556
 - s. auch freiwillige Platzierung
 - Vereinbarung 52, 388, 395, 534, 582, 583
 - Verfahrensrechte
 - der Herkunftseltern 49
 - der Pflegeeltern 61 ff.
 - des Pflegekindes 66 ff., 90 f., 176 ff., 348, 448 ff.
 - Partizipation s. dort
 - Verhältnismässigkeit
 - Anhörung 201
 - ausserfamiliäre Unterbringung 30, 82, 99, 151
 - Beistandschaft 541
 - fürsorgerische Unterbringung 449
 - medizinische Behandlung 396, 577
 - Vollstreckung 355
 - Verhütung 317, 455 ff.
 - Vernachlässigung 3, 125, 148, 150, 567
 - Versicherung(sschutz) 58 ff., 377, 477, 489, 537 f., 594, 599
 - Vertrag
 - Behandlungsvertrag s. dort
 - Pflegevertrag s. dort
 - Vertrauen 28, 91, 261, 469, 488, 529, 558 ff., 596
 - Vertrauensperson 90 f., 259 ff.
 - Abgrenzung Beistandsperson 267
 - Abgrenzung Kindesvertretung 286
 - Anspruch 259
 - Aufgaben/Rolle 261 ff.
 - Beschwerdelegation 264, 306
 - Bestellung 266, 267 ff.
 - Entschädigung 265
 - im Erwachsenenschutzrecht 264
 - Voraussetzungen 260
 - Wechsel 263
 - Wunsch des Pflegekindes 276
 - Vertretung
 - Beistandsperson 348, 389, 402, 537
 - bei medizinischen Behandlungen 383 ff.
 - gesetzliche 83, 100, 231, 246, 314, 338, 347, 363, 383 f., 389, 405, 417 f., 432, 435, 443, 495, 500, 504, 537
 - Herkunftseltern 45, 383 ff.
 - Kindesvertretung 232 ff.
 - Pflegeeltern 52 ff., 391 ff.
 - Vertretungsmacht s. dort
 - Vormund*in 52, 349, 401, 445, 504
 - Vertretungsrecht der Pflegeeltern
 - Alltagssorge 53 ff., 392, 399, 410
 - Dringlichkeit 392 f.
 - Entscheidungsbefugnis s. Entscheidungsbefugnis, der Pflegeeltern
 - Erweiterung 397 ff.
 - Kategorien 392
 - Konkretisierung 52, 395
 - Pflegevertrag s. dort
 - Schranken 53 f., 395

Umfang 53 ff., 392 ff.
Verhältnis Sorgerecht Herkunftseltern s. Sorgerecht der Herkunftseltern
Weisungen der Herkunftseltern
46, 53
Vertretungsmacht
der Herkunftseltern 231, 246, 342
der Pflegeeltern 397
Verwandte 8, 260
als Pflegeeltern 164, 391
Pflegegeld 57 f.
Vollstreckung 292, 354 ff.
Vormund*in 52, 95, 295, 349, 389, 401,
445, 504
Vormundschaft 95, 135, 401

W

Weisung der KESB 29, 50, 64, 135, 345
f., 576
Weisungsrecht der Herkunftseltern 46,
53 f., 59
Wohl des Pflegekindes s. Kindeswohl
Wohnsitz 517, 560
Wohnverhältnisse 74, 145, 147
Würde des Kindes 176, 342, 381

Z

zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen s. Kindesschutzmassnahmen
Zugehörigkeit 131, 164, 190
Zusammenarbeit 86 f., 124, 319, 465 ff.,
500, 533 f., 548, 558, 568, 580 f.
Zuständigkeit 5, 7, 44, 51, 55, 72, 265
f., 273, 276 f., 308, 321 f., 335, 379
ff., 393, 433, 465, 472, 508, 512,
533, 555, 560 ff., 568, 592 ff.
Zwangsbehandlung 576 ff.