



PROTOKOLL

Ausschuss für Gesundheit

12. Sitzung in Mainz, per Videokonferenz, am 23. September 2022

Öffentlich, 10.00 bis 12.01 Uhr

Tagesordnung

Ergebnis

-
- | | |
|--|--|
| 1. ...tes Landesgesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes
Gesetzentwurf
Fraktion der CDU
– Drucksache 18/3568 – [Link zum Vorgang] | Anhörung durchgeführt;
vertagt
(S. 2 – 35) |
|--|--|

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

...tes Landesgesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes

Gesetzentwurf

Fraktion der CDU

– [Drucksache 18/3568](#) – [[Link zum Vorgang](#)]

Vors. Abg. Josef Winkler: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne die öffentliche 12. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Landtags von Rheinland-Pfalz, die heute per Videokonferenz durchgeführt wird. Ich begrüße Sie alle sehr herzlich und freue mich, dass es geklappt hat. Ich sehe, dass der Ausschuss nunmehr vollständig erschienen ist.

Wir treten damit in die Anhörung ein. Ich möchte noch einen geschäftsleitenden Hinweis geben. Die Reihenfolge der anzuhörenden Personen, die von den einzelnen Fraktionen vorgeschlagen sind, erklärt sich aus dem zeitlichen Eingang der Meldungen; nur für den Fall, dass es da irgendeine Verwirrung gibt.

Ich freue mich, dass ich eine Reihe von anzuhörenden Personen begrüßen kann:

Herr Dr. Günther Matheis ist der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und wurde von der SPD-Fraktion vorgeschlagen.

Frau Dr. Katharina Ketteler ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Zertifizierte Kinderschutzmedizinerin. Sie ist von der CDU-Fraktion vorgeschlagen worden und hat vorab eine schriftliche Stellungnahme eingereicht.

Herr Dr. Ralf Kownatzki ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Vorsitzender des Vereins RISKID. Er hat ebenfalls eine schriftliche Stellungnahme eingereicht und ist von der Fraktion der FREIEN WÄHLER vorgeschlagen worden.

Frau Simone Weller ist Opfer-Fallbegleiterin beim WEISSEN RING. Sie wurde vorgeschlagen von der FDP, und auch sie hat eine schriftliche Stellungnahme eingereicht.

Herr Volker Werner ist Referent beim Allgemeinen Sozialen Dienst des Kreisjugendamts Trier-Saarburg, vorgeschlagen von der SPD-Fraktion.

Frau Katharina Eibl ist Referentin der Rechtsabteilung und Fachanwältin für Medizinrecht sowie Fachanwältin für Familienrecht bei der Ärztekammer Nordrhein. Vorgeschlagen wurde sie von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Auch sie hat vorab eine schriftliche Stellungnahme eingereicht.

Zu guter Letzt ist da noch Herr Klaus Rainer Koch; er ist Diplom-Psychologe und wurde von der AfD-Fraktion vorgeschlagen. Auch er hat vorab eine schriftliche Stellungnahme eingereicht.

Alle Stellungnahmen sind im OPAL, also im Landtagsdokumentationssystem, abrufbar. Falls jemand sie noch nicht gelesen hat, kann er sie dort finden.

Üblicherweise tragen alle Anzuhörenden in einem Rutsch vor. Dann haben die Fraktionen die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ein kleines Problem ergibt sich daraus, dass Herr Dr. Matheis im Moment in Berlin ist und kurzfristig mitgeteilt hat, dass er nur ganz wenig Zeit hat; er hat anschließend noch Verpflichtungen. Daher wäre mein Vorschlag, dass wir unmittelbar nach dem Vortrag von Herrn Dr. Matheis zumindest der Fraktion, die ihn vorgeschlagen hat, gestatten, ihm eine Frage zu stellen. Danach machen im normalen Verfahren weiter. Es wäre misslich, wenn Herr Dr. Matheis bei dieser Anhörung gar nicht gehört werden könnte.

Das wäre jetzt mein Lösungsvorschlag. Ich habe keine Vergleiche; das ist meine erste Anhörung als Ausschussvorsitzender. Es erscheint mir aber nicht zu obszön, Ihnen diesen Vorschlag zu unterbreiten. Gibt es Gegenstimmen oder andere Wortmeldungen dazu? – Herr Dr. Bollinger, bitte.

Abg. Dr. Jan Bollinger: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich würde Ihrem Vorschlag folgen, möchte aber darum bitten, dass alle Abgeordneten Fragen an Herrn Dr. Matheis stellen können. – Danke sehr.

Vors. Abg. Josef Winkler: Also, ich werde keinem Abgeordneten eine Wortmeldung verbieten können. Das obliegt mir nicht. Ich will nur nicht unfair gegenüber den weiteren Anzuhörenden sein. Deshalb wäre es schon ganz gut, wenn man das etwas beschränken würde; darum habe ich diesen Vorschlag gemacht. Aber selbstverständlich – wer Fragen stellen möchte, dem werde ich das nicht untersagen.

Ich habe Sie jetzt alle begrüßt. Eine Anmerkung möchte ich noch machen: Es handelt sich heute um eine Anhörung, und nicht um eine Aussprache über den zugrunde liegenden Gesetzentwurf. Ich bitte daher die Abgeordneten, sich auf Fragen zu beschränken. Wir alle wissen – dafür sind wir lang genug Abgeordnete –, dass man auch in Fragen Anmerkungen unterbringen kann; gleichwohl weise ich darauf hin. Die Auswertung der Anhörung steht für die nächste Ausschusssitzung auf der Tagesordnung. Da wird ausreichend Gelegenheit sein, intensiv das auszudiskutieren, was uns heute in der Anhörung vorgetragen wurde. Wir können dann unsere Meinungen austauschen und Differenzen besprechen. Heute ist aber nicht der richtige Zeitpunkt dafür, und ich werde als Vorsitzender darauf achten, dass das eingehalten wird.

Wir beginnen jetzt. Herr Dr. Matheis, Sie haben 10 Minuten Zeit; das ist die vereinbarte Vortragszeit für alle. Ich hoffe, Sie haben sich darauf eingestellt.

Dr. Günther Matheis

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Dr. Günther Matheis: Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Vor allen Dingen vielen Dank dafür, dass ich mich vorzeitig ausklinken darf. Das hängt damit zusammen, dass ich in der Bundesärztekammer zeitnah eine ständige Konferenz zu leiten habe und daher vom Zeitkontingent her etwas knapp bin. –

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte zu dem vorbezeichneten Gesetzentwurf wie folgt Stellung nehmen:

Der Gesetzentwurf weist die durch den Bundesgesetzgeber in § 4 Abs. 6 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) geschaffene Landesöffnungsklausel auf. Der Wahrnehmung dieser Öffnungsklausel ist seitens der Landesärztekammer nichts entgegenzusetzen. Die Schaffung der Möglichkeit eines niedrigschwelligen interkollegialen Austauschs zum Schutze des Kindeswohls wird von der Landesärztekammer ausdrücklich begrüßt.

Der Landesgesetzgeber hat die Ärzteschaft schon per Gesetz verpflichtet, auf besondere Risiken für Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlungen von Kindern zu achten und, soweit es erforderlich ist, auf Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen hinzuwirken. Um diese Pflichten zu erfüllen, ist der interkollegiale Austausch ein notwendiges Mittel. Die Vorschrift dient dabei auch der Rechtssicherheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Schweigepflicht erlaubt dem Behandler derzeit nur, sich in einem sehr engen Kontakt mit weiteren behandelnden Kolleginnen und Kollegen auszutauschen und ein vollständiges Bild von der Situation des betroffenen Kindes zu erlangen.

Als Rechtsinstitut zur Offenbarung gegenüber Kolleginnen und Kollegen bliebe derzeit nur ein rechtfertigender Notstand, bei welchem die Rechtsprechung bekanntermaßen hohe Hürden für Ärztinnen und Ärzte aufstellt. Man muss Ärzten derzeit nahezu empfehlen, keinesfalls ohne Rechtsbeistand eine Offenbarungsentscheidung gegenüber Kolleginnen und Kollegen zu treffen. Ein kurzfristiges, zielgerichtetes Handeln zum Wohle des betroffenen Kindes ist daher de lege lata nur schwer zu realisieren.

Diese rechtliche Unsicherheit kann bei Kollegen dazu führen, dass man sich im Zweifel dagegen entscheidet, existierende Anhaltspunkte weiter zu verfolgen, und sich ein vollständigeres Bild zu verschaffen. Für rechtssichere Meldungen an das Jugendamt nach § 4 Abs. 1 KKG ist die Feststellung wichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen erforderlich. Um diese geforderten gewichtigen Anhaltspunkte zu erlangen oder eine Gefährdung des Kindes auszuschließen, ist ein Austausch mit Kollegen nach unserer Auffassung ein notwendiges Mittel. Beispielsweise kann der behandelnde Arzt in der Notaufnahme, wo er typische Hämatome am Körper eines Kindes festgestellt hat, möglicherweise durch einen Austausch mit dem behandelnden Kinderarzt diese Indizien als einen wichtigen Anhaltspunkt im Sinne des Gesetzes erhärten.

Nach diesseitiger Kenntnis hat als derzeit einziges Bundesland Nordrhein-Westfalen bereits von dieser Öffnungsklausel Gebrauch gemacht. Die Umsetzung in NRW erfolgte gleichlautend nach dem Vorschlag, der uns hier von der CDU-Fraktion vorgestellt wird. Begrüßenswert an dem Entwurf ist, dass die juristischen Hürden für den interkollegialen Austausch dabei angemessen gesetzt sind. Es sollte

jedoch eine systematische Anpassung an die bestehenden Regelungen im Heilberufsgesetz erfolgen, um eine weitere thematische Zersplitterung des Gesetzestextes zu vermeiden. Aufgrund des Umstandes, dass der Landesgesetzgeber bereits bei der Novelle 2015 Normen zum Kinderschutz in § 22 Abs. 1 Nr. 5 Heilberufsgesetz geschaffen hat, halten wir eine dortige Indikation der Offenbarungsbe fugnis für zweckmäßig.

Unser Vorschlag lautet daher:

Der erste Satz des Gesetzentwurfs kann aufgrund des rein deklaratorischen Charakters entfallen; denn er diene wohl auch nur der Integration in § 24 Abs. 1 Nr. 1 des Heilberufsgesetzes.

Der nachfolgende zweite Satz des Gesetzentwurfs könnte in dem bestehenden Gesetzestext in § 22 Abs. 1 Satz 5 Heilberufsgesetz ergänzt werden:

„Wenn sich für Ärztinnen und Ärzte in Ausübung ihres Berufs der Verdacht ergibt, dass Minderjährige von physischer, psychischer oder sexualisierter Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind, sind sie zur Offenbarung auch im Rahmen eines interkollegialen Ärzteaustausches befugt.“

Mit diesem Satz kann die Landesärztekammer sehr gut leben.

Ergänzend möchte ich sagen, dass der Bundesgesetzgeber mit der Formulierung der Vorschrift des § 4 Abs. 6 KKG für die praktische Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten als Ziel ausgegeben hat. Ich halte diesbezüglich aber keine gesetzliche Regelung für erforderlich; denn die Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht im Kontext der Offenbarung sind jedem Arzt, jeder Ärztin bekannt und sind gefestigt. Ich kann dazu auf die entsprechenden Hinweise der Bundesärztekammer zur Schweigepflicht und zum Datenschutz verweisen, die schon lange in der Welt sind. Am Ende ist es jedem Arzt zuzutrauen, diese Grundsätze in allen Bereichen der Berufsausübung auch für Verdachtsfälle nach KKG anzuwenden.

Herzlichen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank, Herr Dr. Matheis. Sie sind sehr gut in der Zeit geblieben; Sie hatten es ja auch eilig. Der Kollege Wäschenbach bittet darum, dass Sie uns Ihre Stellungnahme auch noch schriftlich zur Verfügung stellen. Wenn Ihnen das möglich ist, wären wir Ihnen dankbar, zumal Sie auch rechtstechnische Hinweise gegeben haben.

Festzuhalten ist, dass Sie den ersten Satz streichen würden und den zweiten Satz in § 22 Abs. 1 nach Satz 5 einfügen, wenn ich richtig zugehört habe.

Dann darf ich in die Runde fragen, wer sich zu Wort meldet. – Herr Dr. Kusch.

Abg. Dr. Oliver Kusch: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Verehrte Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste! Herr Dr. Matheis, ich habe eine Frage. Sie haben Formulierungsvorschläge

zu § 22 Abschnitt 5 und 6 gemacht, was neu hinzuzufügen wäre. Meine Frage geht dahin: Der interkollegiale Austausch ist sehr, sehr wichtig. Sehen Sie aber, wenn man in Abschnitt 5 von § 22 das Wort „hinzuwirken“ drinstehen lässt, ausreichend Möglichkeit für die Ärzte, zum Beispiel genügend Kontakt aufzunehmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

Dr. Günther Matheis: Wenn ich es richtig verstehe, Herr Dr. Kusch, ist das sogar ein bisschen weiterführender, was Sie jetzt gesagt haben. Auch damit könnte ich gut leben und würde damit zurechtkommen. Alles das, was uns niedrigschwellig zum Kindeswohl hinführt, würde die Landesärztekammer begrüßen.

Vors. Abg. Josef Winkler: Herr Dr. Matheis, nur damit ich es mir richtig notiere: Würden Sie bitte noch einmal Ihnen Rechtsverweis nennen? Auf § 22 – ich hatte mir jetzt aufgeschrieben: Abs. 1. Aber da habe ich falsch mitgeschrieben, oder?

Dr. Günther Matheis: Nein, das haben Sie richtig mitgeschrieben.

Vors. Abg. Josef Winkler: Okay, also nicht Absatz 5, sondern Satz 5? – Gut. Gibt es jetzt weitere Fragen aus der Runde? – Das sehe ich nicht. – Doch, Herr Wäschenbach, bitte. Bitte melden Sie sich über den Chat an, dann sehe ich das besser.

Abg. Michael Wäschenbach: Herr Vorsitzender, ich habe jetzt nicht mitbekommen, ob wir von Herrn Dr. Matheis – danke übrigens für die Ausführungen – das Skript zur Verfügung gestellt bekommen.

Dr. Günther Matheis: Das kann ich zur Verfügung stellen, Herr Wäschenbach, kein Problem.

Vors. Abg. Josef Winkler: Danke schön, Herr Dr. Matheis. Viel Erfolg in Berlin. – Da ich jetzt keine weiteren Wortmeldungen mehr sehe, fahren wir in der Anhörung fort. Als nächste Sachverständige ist Frau Dr. Ketteler gefragt. – Bitte schön, Sie haben das Wort.

Dr. Katharina Ketteler

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Zertifizierte Kinderschutzmedizinerin

Dr. Katharina Ketteler: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme an dieser Stelle. Ich möchte das Thema ein bisschen aus dem praktischen Alltag sowohl der Praxis, aber insbesondere auch der medizinischen Kinderschutzambulanzen beleuchten.

In den Kinderschutzambulanzen haben wir nahezu täglich mit allen Fällen von Kindeswohlgefährdung zu tun, und wie wir vermutlich alle wissen, gehören dazu körperliche und emotionale Misshandlungen, körperliche und emotionale Vernachlässigung und die große Gruppe der sexuellen Gewalt. Das Ausmaß der Kindeswohlgefährdung wird meines Erachtens immer noch unterschätzt. Ich möchte nur eine Zahl nennen: Nach vorsichtigen Schätzungen – das steht auch in meiner Stellungnahme – sind 5 % bis 10 % der jungen Männer und 10 % bis 15 % der Mädchen und Frauen Opfer sexueller Gewalt in ihrem Leben. Das muss man sich erst mal auf der Zunge zergehen lassen, und das ist nur ein Teilaspekt der Gefährdung.

Wir haben es also mit einer enorm hohen Dunkelziffer zu tun und kratzen im Moment nur an der Spitze des Eisbergs. Es gibt verschiedene Probleme bzw. Baustellen im Kinderschutz. Das Ganze hat noch einen relativ geringen Stellenwert im medizinischen Sektor. Ein wichtiger Punkt – da wage ich mal einen kurzen Seitenschwenk – für mich sind auch noch Fehlinformationen und Unsicherheit sowohl im medizinischen Bereich als auch bei Juristen, die sich mit Kinderschutzfällen befassen.

Hier möchte ich Ihnen ein Beispiel nennen: An vielen Stellen wissen die involvierten Personen nicht, dass 90 % der Opfer sexueller Gewalt zum Beispiel keine körperlichen Anzeichen haben bzw. nicht mehr haben. Wenn dann ein Kind, das es endlich schafft, sich zu offenbaren, zu einem nicht professionellen Untersucher geführt wird und der schreibt hin – Hassbegriff im Kinderschutz –: „Virgo Intacta“, also: unversehrtes Hymen, dann müssen Sie sich mal überlegen, was es für das Kind bedeutet, wenn es Lügen gestraft wird, nachdem es endlich geschafft hat, sich zu öffnen. Das ist sicher auch eine große Baustelle.

Wir brauchen zudem gute Strukturen. Dazu gehören viele Dinge, beispielsweise verbindliche Vorsorgeuntersuchungen, damit die Kinder nicht durchs Netz fallen. Wir brauchen Präventivmaßnahmen wie Ambulanzen zur frühzeitigen Deeskalation. Wir brauchen kindgerechte Strafverfolgung, wie sie zum Beispiel in den Childhood-Häusern angeboten wird. Wir brauchen flächendeckend Kinderschutzambulanzen.

Ich möchte an dieser Stelle auch eine Lanze brechen für das KKG in NRW. Dafür kann ich nur große Werbung machen. Da ist ein extrem guter Austausch bei allen schwierigen Kinderschutzfällen quasi rund um die Uhr möglich. Wir brauchen – damit komme ich zu einem sehr wichtigen Punkt – einen viel besseren Austausch, sowohl zwischen Medizin und Jugendhilfe als auch in der Medizin interkollegial, und zwar rechtssicher für uns Ärzte.

Die Problemfälle, mit denen wir zu tun haben, sind nicht die nach dem Ampelsystem grünen Fälle, wo wir schnell entwarnen können, und auch nicht die roten Fälle mit massiver Misshandlung, wo wir sagen: „Das ist eindeutig“, und dann läuft direkt eine Maschinerie an. Das Problem, vor dem wir stehen, sind die zahlreichen gelben Fälle, wie man so schön sagt. Das sind also Fälle, die ich sehe, möglicherweise in einem Einzelkontakt, bei denen ich sage: Diese Verletzung, die Eltern-Kind-Interaktion, das Verhalten des Kindes – das macht mir zwar Bauchschmerzen, aber es reicht noch nicht, um wirklich eine Meldung zu machen; ich bräuchte dazu mehr Informationen.

Jetzt sage ich mal ganz provokant: Ich kann natürlich warten, bis das Kind wiederkommt mit der nächsten Verletzung, dann habe ich noch mehr Informationen. Aber da stellen sich wohl jedem die Nackenhaare auf; denn das ist ja nicht das, was wir wollen. Schön wäre es also, wenn ich retrospektiv die Möglichkeit hätte, an Informationen zu kommen. Das geht aber nur im Austausch mit anderen Behandlern, und genau hier kann der interkollegiale Austausch von einem kleinen Anhaltspunkt zu einem gewichtigen Anhaltspunkt führen, der eine sinnvolle Einschaltung der Jugendhilfe ermöglicht.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass das keine Konkurrenz darstellt zur Jugendhilfe – auch das ist immer wieder mal ein Missverständnis –, sondern nur dazu dienen soll, überhaupt sinnvolle Jugendhilfe im Idealfall zeitnah einschalten zu können.

Was ist jetzt, wenn ich nicht genau weiß, wer der Vorbehandler ist und wen ich ansprechen muss? Das haben wir oft; da kommen die Eltern und sagen: Beim Umzug ist das gelbe Heft verlorengegangen, und der Impfpass auch. Ich weiß auch gar nicht mehr, wie der Doktor hieß, bei dem ich damals war. – Da möchte ich darauf hinweisen, dass es die Möglichkeit von Datenbanken gibt, wo ich sehen kann: Hat sich schon mal jemand gesorgt? Ein Beispiel dafür ist RISKID aus Duisburg; dazu wird sicherlich Herr Kownatzki noch etwas sagen.

Unser Problem besteht darin – das ist bekannt –, dass die Täter in der Regel aus dem Nahfeld stammen. Der große Schwarze Mann, der aus dem Gebüsch springt und böse ist, ist eine Rarität. Wir haben es mit Eltern als Tätern zu tun, mit Stiefeltern oder Partnern, Onkeln, Tanten oder Betreuungspersonen. Wenn ich also, wie derzeit, ein Einverständnis brauche, um mich interkollegial auszutauschen, nötigt mich das, einen potenziellen Täter zu involvieren. Das ist per se schon eine etwas absurde Situation; aber das wirklich Problematische daran ist, dass es zu einer Gefährdung des Kindes führt. Diese Konfrontation kann auch zu einer Eskalation der Situation führen; das muss man immer bedenken. Hier wäre es durch einen interkollegialen Austausch, der für Ärzte rechtssicher möglich ist, leichter möglich, treffsicher, schneller und ohne Gefährdung des Kindes die Jugendhilfe mit einzubeziehen.

Als letzter Punkt sei erwähnt: Die Kindeswohlgefährdungsfälle haben eigentlich immer eine Tendenz zur Eskalation. Es ist eigentlich immer so, dass die Art der Übergriffe zunimmt. Wir haben daher auch zu beachten, dass eine gewisse Eile geboten ist, sowohl im Einzelfall, wo das Kind vor weiteren Übergriffen geschützt werden soll, aber auch im politischen Setting: Jeder Monat, den wir länger brauchen, um die Strukturen zu optimieren, geht auf Kosten der Kinder.

Daher würde ich den rechtssicheren interkollegialen Austausch als eine ganz, ganz große Chance sehen, die Arbeit für uns im Alltag mit dem Kinderschutz ein großes Stück nach vorne zu bringen, und würde das unbedingt unterstützen.

Vielen Dank.

Dr. Ralf Kownatzki

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Vorsitzender RISKID e. V.

Dr. Ralf Kownatzki: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich kann mich den Ausführungen von Frau Ketteler nur voll anschließen und möchte den Schwerpunkt meiner Ausführungen daher ein wenig auf das lenken, was mein berufliches Umfeld betrifft, nämlich Kinderarzt in einem sozialen Brennpunkt zu sein, und welche Probleme mit der anstehenden gesetzlichen Regelung dort geregelt werden könnten.

Was ist das überhaupt, ein Kinder- und Jugendarzt? Was kann der leisten, und was kann der nicht leisten? Da gibt es manchmal unscharfe Vorstellungen, und deshalb möchte ich als Erstes auf die Ausbildung des Kinder- und Jugendarztes zu sprechen kommen. Da macht es Sinn, einmal in die Weiterbildungsordnung hineinzuschauen, aus der ich ganz kurz zitieren möchte.

Was sind Kinderärzte von der Definition her? – Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin betreuen ihre Patienten von der Geburt bis etwa zum 18. Lebensjahr. Dabei sind sie zuständig für alle körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und – jetzt kommt's – das Erkennen und Einleiten von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch. –

Sie können also davon ausgehen: Wenn Sie einem Kinderarzt begegnen, der seine Facharztprüfung absolviert hat, muss er diese Kriterien erfüllen.

Was bedeutet das in der Praxis? – Wir haben in der Kinderarztpraxis ein Setting, wo uns eine Filterfunktion zukommt. Wir erleben nicht nur das Kind, sondern wir erleben die Eltern, und wir erleben die unterschiedlich sich zusammensetzenden Partnerschaften. Wir erleben auch die Geschwisterkinder, die gar nicht als Patienten zu uns kommen. All diese Eindrücke nehmen wir auf und verarbeiten sie zu einem Gesamtbild.

Das Berufsbild des Kinderarztes hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich geändert. Hatten wir bis dato mit den klassischen Krankheiten zu tun – von Fußpilz bis Asthma –, ist es seit einiger Zeit so, dass wir zunehmend mit den sogenannten neuen Morbiditäten konfrontiert sind. Dieser Begriff wurde von Professor Schlack aus Bonn eingeführt, und er umfasst alle Erkrankungen und Entwicklungsstörungen, die milieubedingt oder durch die Bezugspersonen mit zu verantworten sind.

Es gibt dazu Daten von Krankenkassen. Darin spiegelt sich wider, dass vermehrt Heilmittel zum Einsatz kommen, nämlich Ergotherapie bei den zappeligen Kindern, Sprachtherapie bei den Kindern, die vor dem Fernseher geparkt werden und mit denen keiner mehr spricht, Krankengymnastik bei den Kindern, die zu dick und nicht mehr in der Lage sind, auf den Untersuchungstisch zu hopsen in der Praxis. Das ist das, womit wir uns jetzt beschäftigen. Das bedeutet, dass auch viele Erkrankungen dieser Art gar nicht erst an die Jugendhilfe gelangen, obwohl es durchaus Vernachlässigungen sind und im weitesten Sinne auch Kindeswohlgefährdungen. Sie werden im Gesundheitswesen betreut und gelangen in keine Statistik, es sei denn über die Leistungsstatistik der Krankenkassen, zum Beispiel bei diesen Heilmitteln, wie sie die AOK in den letzten Jahren schon mal aufgelistet hat.

Es ist deshalb so wichtig, dass man den Ärzten eine Möglichkeit gibt, dass sie miteinander kommunizieren können, um einfach aus diesem Umfeld Dinge zusammenzutragen, bis sich schließlich und endlich ein Gesamtbild ergibt. Wir hatten die Situation, dass über das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz bereits eine Möglichkeit bestand – es hat dazu bereits eine Bundesratsinitiative gegeben –, das Ganze bundeseinheitlich zu regeln. Dann müssten wir, um uns auszutauschen, jetzt gar nicht hier zusammensitzen und auf der Landesebene mit der Öffnungsklausel arbeiten, die der Gesetzgeber auf Bundesebene eingeführt hat.

Dem ist der Gesetzgeber auf der Bundesebene aber nicht gefolgt. Von daher ist es sehr zu begrüßen, dass jetzt Rheinland-Pfalz die Regelung, die in NRW schon eingeführt worden ist, aufgreift, um als weiteres Bundesland hier tätig zu werden und um uns auf diesem Weg als Ärzte, die wir in der Praxis immer vor dem Problem stehen, vielleicht auch mit dem anderen Kollegen aus dem Nachbarstadtteil über dieses Kind sprechen zu wollen, unterstützen.

Ich werde an dieser Stelle schließen, um den Zeitrahmen nicht weiter zu strapazieren, und ich warte auf weitere Fragen.

Simone Weller

Opfer-Fallbegleiterin WEISSER RING e. V.

Simone Weller: Guten Morgen, Herr Vorsitzender, guten Morgen, sehr geehrte Damen und Herren! Ich melde mich als Fallbegleiterin des WEISSEN RINGS und möchte hier einmal die Situation aus Sicht der Fallbegleiterin des WEISSEN RINGS schildern, und zwar anhand von einem extremen Beispiel. Das ist ein junger Mann, den ich seit 2015 begleite. Er ist mit seinen fünf Geschwistern Opfer von sexuellem und körperlichem Missbrauch durch die Eltern geworden, in extremstem Maße. Das ist eine Geschichte in der Form, wie ich sie noch nie vorher gehört habe; das muss ich ehrlich sagen,

Ich sehe an dem jungen Mann die Folgen dieser sexuellen und körperlichen Misshandlungen, die er bis heute ins Erwachsenenalter trägt, und die er auch für den Rest des Lebens tragen wird. Er ist nicht in der Lage, ein ganz normales Leben zu führen, so wie wir es kennen. Der junge Mann wird auch heute noch psychologisch betreut. Er ist mindestens einmal in der Woche bei seinem Psychologen. Er kann keine Arbeit ausüben, lebt heute noch mit Angstzuständen und hat immer noch Angst vor seiner Familie.

Ich bin mit ihm in den letzten sieben Jahren durch mehrere Begutachtungen gegangen bei dem Kampf um eine Rente nach dem Opferentschädigungsgesetz. Was ich alleine dabei erlebt habe, was diese Menschen dann noch zusätzlich aushalten müssen, über diese ganzen Verletzungen hinaus, die sie über die Jahrzehnte erlebt haben, das ist wirklich erschreckend. Als Laie kennt man sich nicht damit aus. Man erlebt es das erste Mal, was diese Kinder und jungen Erwachsenen später erleiden müssen, um überhaupt Hilfe zu bekommen.

Was ich mich immer wieder gefragt habe, gerade in meiner Arbeit beim WEISSEN RING, und was ich mich auch heute noch frage: Das muss doch auffallen. Man sieht so ein Kind. Ich wende mich da an Kindererzieher, an Lehrer, an Ärzte. Ich bin der Meinung, das fällt auf. Ein Kind ist auffällig, man sieht teilweise auch die Verletzungen. Warum reagiert da niemand? – Mir war bis vor Kurzem gar nicht bewusst, dass es nicht erlaubt ist, dass sich die Ärzte untereinander austauschen dürfen. Mir kommt es leider so vor, als dass der Datenschutz vor dem Schutz des Kindes steht. Das ist für mich sehr erschreckend.

Ich weiß auch nicht und frage mich immer wieder: Wie erfahren die Ärzte untereinander von diesem einen Kind? Die Eltern – das sehe ich in den Fällen, die wir begleiten – wechseln natürlich sehr oft die Wohnorte, und damit wechseln sie die Ärzte. Wie wird das bekannt, dass so ein Kind ständig Misshandlungen ausgesetzt ist, wenn es immer wieder andere Wohnorte gibt oder andere Ärzte? Ich habe mich gefragt: Ist es nicht möglich, über die Krankenkassen diese Informationen zu bekommen, wenn einem Arzt auffällt, dass ein Kind misshandelt sein könnte, egal ob psychischer oder körperlicher Natur? – Dann hätte man die Möglichkeit, mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen, um in Erfahrung zu bringen: Liegen schon Verdachtsmomente vor?

Das sind alles Dinge, die mich täglich in meiner Arbeit als Fallbegleiterin vom WEISSEN RING beschäftigen. Ich kann nur sagen, dass es mir auch so vorkommt, als dass das immer schlimmer wird. Wir haben immer mehr Fälle sexueller und häuslicher Gewalt an Kindern. Ich muss leider sagen: Hier

in unserem Einzugsbereich ist das die häufigste Folge der Begleitungen, die wir haben, und das erschreckt mich. Von daher wäre ich auch aus der Sicht des WEISSEN RINGS natürlich für eine Änderung dieses Gesetzes sehr dankbar.

Danke schön.

Volker Werner

Referent, Allgemeiner Sozialer Dienst, Kreisjugendamt Trier-Saarburg

Volker Werner: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Ich möchte noch einmal kurz auf den Begriff der Kindesmisshandlung eingehen und auf die Fragestellung, was damit verbunden ist.

Der BGH hat noch einmal eindeutig festgestellt, dass die Kindesmisshandlung zunächst eine Prognose ist. Das heißt: Wir als Jugendamt bekommen sehr viele Meldungen. Wenn wir letztendlich zu der Einschätzung kommen, dass eine Kindesmisshandlung vorliegt, bedeutet das zunächst nicht, in die Vergangenheit orientiert, die Frage: Ist da in der Vergangenheit etwas passiert? Für uns muss erst mal die Prognose, dass da auch in Zukunft etwas passiert, bejaht werden. Es müssen sich also hinreichend Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass das in Zukunft wieder passieren wird.

Man muss sich darüber im Klaren sein: Zu dem Begriff der Kindesmisshandlung gehört nicht nur ein Tun, sondern auch ein Unterlassen. Nicht nur, wenn die Eltern aktiv etwas tun oder ihr Kind aktiv misshandeln, sondern auch das Unterlassen einer medizinischen Behandlung ist unter dem Begriff der Kindeswohlgefährdung zu subsumieren. Zur Kindesmisshandlung gehört meines Erachtens auch der Begriff der psychischen Misshandlung.

Wie Sie gerade schon ausgeführt haben: Bauchschmerzen machen Ihnen nicht die Fälle, wo Blut fließt oder wo die Knochen gebrochen werden, sondern die Fälle im gelben Bereich, wo man sagen kann: Wir haben gewichtige Anhaltspunkte, aber wir wissen gar nicht, ob die Eltern ihre Kinder psychisch misshandeln oder schlagen. Wir bekommen als Jugendamt die wenigsten Meldungen von den Kinderärzten. Die meisten Meldungen, die wir bekommen, stammen von der Polizei oder von Nachbarn. Der medizinische Bereich ist in der Statistik weitestgehend unterrepräsentiert. Das ist einfach so; das ist ein Fakt, und das können Sie in allen Statistiken nachlesen.

Auf eines möchte ich auch noch hinweisen: Im Bereich der psychischen Misshandlungen sollten nicht nur die Kinderärzte in den Blick genommen werden, sondern auch die Kinder- und Jugendpsychiater. Wir erleben häufig in Gesprächen mit Kinder- und Jugendpsychiatern, dass die einen sehr großen Austauschbedarf haben. Die Erfahrungen, die wir machen, wenn wir uns in Netzwerkkonferenzen mit den Kinderärzten unterhalten, ist, dass die in solchen Unsicherheitsfällen oft eine Überweisung ins Krankenhaus tätigen, weil sie dort die Weiterbehandlung erst mal als gesichert ansehen und sich erhoffen, dass eine weitere Aufklärung des Sachverhalts erfolgt. Wir bekommen auch mit, dass dann, wenn die Ärzte die Sache konkret ansprechen, ein Ärzte-Hopping erfolgt. Dann sehen die das Kind nicht mehr. Das ist auch eine Erfahrung, die wir als Jugendamt oft machen. Insofern kann ich der geplanten Gesetzesänderung nur zustimmen.

Ich möchte aber auch die Anregung geben, den Begriff der Kindesmisshandlung zu schärfen und zu sagen: Das betrifft nicht nur die Fälle, in denen von körperlicher Gewalt die Rede ist. Wir haben einen hohen Anteil an Fällen, wo es um Vernachlässigung geht. Da kann man sich darüber streiten: Ist das ein Tun oder ein Unterlassen? Auch die psychische Misshandlung ist meines Erachtens unter den Begriff zu subsumieren und müsste mit aufgenommen werden.

Zu den Statistiken: Bei den Fällen von Kindesmisshandlung, die erfasst werden – das können Sie überall nachlesen –, betrifft der größte Teil der Fälle Kinder, die vernachlässigt werden. Die Fälle, wo körperliche Gewalt und wirklich erkennbare Misshandlungen als Sachverhalt gemeldet werden, sind eher unterrepräsentiert und führen bei uns zu ganz konkreten Kinderschutzmaßnahmen. Wir haben durch das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz die Verpflichtung, noch mal den verstärkten Austausch mit der Gesundheitshilfe zu suchen. Wir müssen sowieso grundsätzlich Rückmeldungen tätigen, was das Ergebnis unserer Kinderschutzverfahren war.

Ich kann aus meiner Sicht der geplanten Gesetzesänderung auf jeden Fall zustimmen. – Danke schön.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank. – Nur zur Ergänzung möchte ich vortragen, was in dem Gesetzentwurf zu diesem Punkt steht, damit da keine Missverständnisse aufkommen. Da steht in Satz 2: „Wenn sich für Ärztinnen und Ärzte in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass Minderjährige von physischer, psychischer oder sexualisierter Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind, sind sie zur Offenbarung auch im Rahmen eines interkollegialen Ärzteaustausches befugt.“

Das passt ja zu dem, was Sie gerade gesagt haben.

Volker Werner: Okay, vielen Dank.

Katharina Eibl

Referentin der Rechtsabteilung, Fachanwältin für Medizinrecht, Fachanwältin für Familienrecht, Ärztekammer Nordrhein

Katharina Eibl: Vielen herzlichen Dank. – Im Ergebnis sind wohl alle Sachverständigen mit mir einer Meinung: Wenn dieser Gesetzentwurf dazu führt, dass auch nur einer dieser Fälle, wie ihn Frau Weller gerade geschildert hat, vermieden wird, ist sein Zweck erfüllt. Ich meine, dass er dazu geeignet ist, solche Fälle zu verhindern.

Da ich hier, wenn ich es richtig sehe, als einzige juristische Sachverständige geladen bin, möchte ich etwas zu den juristischen Hintergründen sagen, warum das überhaupt notwendig ist und wie es aussieht mit der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist vom Grundsatz her so: Es ist sowohl strafrechtlich verboten, die Schweigepflicht zu brechen – das ist ein Straftatbestand –, als auch berufsrechtlich. Das ist ein ganz hohes Gut, das auch sehr wichtig ist. Man könnte fragen: Warum ist man nicht schon viel früher darangegangen?

Da muss man aber berücksichtigen: Das Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und den Patienten und auch zwischen den Eltern der Patienten und den Ärzten ist ein extrem schützenswerter Bereich. Wir wollen auf keinen Fall irgendjemanden davon abhalten, zum Arzt zu gehen, wenn irgendetwas ist, weil er sich nicht auf die Schweigepflicht verlassen kann. Das ist das Risiko, das immer damit einhergeht: Wer nicht zum Arzt geht, dessen Kind wird auch nicht geholfen.

Trotz und alledem meine ich, dass dieses Gesetz der richtige Weg ist. Wir müssen nur beachten: Die Schweigepflicht ist durch zwei Vorgaben geschützt bzw. wird durch diese beiden Vorgaben garantiert. Wir haben von den juristischen Grundlagen her zwei Möglichkeiten: einerseits die Einwilligung in den Bruch der Schweigepflicht und andererseits den rechtfertigenden Notstand, dass bei einer drohenden Gefahr für Leib und Leben die Schweigepflicht gebrochen werden kann.

Was jetzt vorgesehen ist bzw. was schon im KKG umgesetzt wurde und jetzt im Heilberufsgesetz vorgesehen ist, ist eine spezielle Regelung des rechtfertigenden Notstands. Diese spezielle Regelung hat aus meiner Sicht den extremen Vorteil, dass sie zur Rechtssicherheit für die Ärzte führt; denn die Unsicherheit für die Ärzte darüber, wie weit die Schweigepflicht geht und wann man sie brechen darf, ist unheimlich groß, so wie ich das mitbekomme. Die Fragen sind zahlreich, und es ist teilweise sogar für Juristen nur schwer zu beantworten, wann man etwas sagen darf und wann nicht.

Das wäre der große Vorteil der gesetzlichen Normierung im Heilberufsgesetz, dass der Arzt weiß, woran er ist, dass er mit seinen Kollegen sprechen kann, um einerseits einen möglichen Verdacht auszuräumen – das kann ja auch sein, bestenfalls – oder aber einen Verdacht zu erhärten und zu sagen: Jetzt habe ich so viele Verdachtsmomente, jetzt habe ich auch die Möglichkeit, mich beispielsweise mit dem Jugendamt in Verbindung zu setzen. Das muss ja nicht immer der erste Schritt sein. Es ist doch gut, wenn das schon vorher abgeklärt werden kann und das gar nicht notwendig ist.

Deswegen begrüßen wir diesen Gesetzentwurf sehr. In Nordrhein ist das wortgleich schon umgesetzt worden. Auch da waren wir in der Anhörung und haben diese Gesetzesänderung befürwortet.

Ich habe zwei Anmerkungen, über die man gegebenenfalls noch nachdenken kann, und eine Anmerkung zur Klarstellung:

Es ist in dem Gesetz nicht nur von den Kinderärzten die Rede; das ist sicher auch ganz interessant. Es gibt sicherlich noch andere Ärzte, die nicht die Kinder zum Patienten haben, sondern möglicherweise die Mutter oder auch den Vater oder wie auch immer. Für diese Ärzte kann sich auch der Verdacht ergeben, dass das Kind insbesondere psychisch belastet sind. Auch diese Ärzte sind umfasst von dieser Möglichkeit. Mal ein Beispielsfall: Der Gynäkologe stellt fest, dass der Mutter Gewalt angetan wird. Das ist sicherlich auch etwas, das das Kind beeinflusst, und da könnte dieser Gynäkologe auch mit dem Kinderarzt Kontakt aufnehmen. So verstehe ich jedenfalls den Entwurf.

Ein zweiter Punkt. Was ich immer wieder überlege: Es ist etwas anderes, ob man von einem siebenjährigen Patienten spricht oder von einem siebzehnjährigen Patienten. In dem Gesetzentwurf wird da nicht differenziert, das ist auch bei uns in Nordrhein-Westfalen nicht der Fall. Also wird auch ein siebzehnjähriger Patient nicht gefragt. Der kann aber selber den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Wir sagen als Juristen: Es geht bei der Frage, wer den Arzt von der Schweigepflicht entbindet, nicht um die Volljährigkeit, sondern wir gehen von einer Einwilligungsfähigkeit aus. Die ist im Zweifel auch schon viel früher als mit dem 18. Lebensjahr gegeben. Zu solchen Fällen müssen die Praktiker etwas sagen. Da kann man auch mal darüber nachdenken, ob es so sinnvoll ist, dass die siebzehnjährige Patientin nicht gefragt wird, ob der Arzt mit dem Kollegen sprechen darf.

Insgesamt aber glaube ich, dass das in die richtige Richtung geht, und würde es daher auch befürworten.

Danke schön.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank für die Ergänzung aus juristischer Sicht. Ich möchte dazu nur sagen: Wir diskutieren hier nicht darüber; aber das ist ja keine Vorschrift, die ausschließt, dass ein Arzt eine 17-Jährige befragt, sondern das ist eine Erlaubnisklausel. Es ist dem Arzt nicht verboten, wenn die Einwilligungsfähigkeit als gegeben angesehen wird, das auch schon vorher zu machen. So habe ich es jedenfalls aus juristischer Sicht verstanden.

Klaus Rainer Koch
Diplom-Psychologe

Klaus Rainer Koch: Guten Tag, meine Damen und Herren! Zunächst herzlichen Dank für die Einladung zur Anhörung. Mein Name ist Rainer Koch. Ich bin Diplom-Psychologe und Psychotherapeut und zertifizierte Kinderschutzfachkraft, seit zwei Jahren allerdings in Rente.

Meine Stellungnahme liegt Ihnen vor. Kurz zusammengefasst, meine ich: Die Änderung des Gesetzes ist unbedingt zu befürworten. Der kollegiale Austausch muss allerdings mit einer kompetenten Institution erfolgen. Es nutzt nichts, mit dem Kinderarzt von nebenan zu sprechen oder mit dem Hausarzt. Ein zentrales Register wie RISKID ist immer nötig, analog zu dem Substitutionsregister der Bundesopiumstelle kann man sich das ähnlich vorstellen.

Ein weiterer Punkt ist dringlich: Eine valide Datenerhebung unter den niedergelassenen Kinderärzten muss durchgeführt werden. Das betrifft Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen kinderärztlichem Tun und Kindesmissbrauch/Kindesmisshandlung zum Gegenstand haben. Dieses Thema ist schon unter den fachlichen Aspekten gründlich beleuchtet.

Ich möchte ergänzend zu meiner Stellungnahme noch auf etwas Grundlegendes hinweisen, was mir in Bezug auf die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte in den Praxen wichtig erscheint. Ich habe insgesamt 20 Jahre in der Kinder- und Jugendhilfe gearbeitet, in der Erziehungsberatung, davon 15 Jahre lang in der Heimerziehung schwergeschädigter Kinder und Jugendlicher. Seit 2014 war ich auch als interne Kinderschutzfachkraft in einem Kinderheim tätig.

Zuvor habe ich 15 Jahre lang in der Suchttherapie Erwachsener gearbeitet, mit drogenabhängigen Patienten sowohl in der Forensik als auch in zwei Kliniken für Suchtkranke. Wer sich damit etwas auskennt, der weiß, dass auch ein Großteil dieser Patienten in der Kindheit massive Schädigungen erlebt hat. Ich habe also insgesamt mehrere Tausend junge und erwachsene Patienten erlebt, die fast alle in der Kindheit Verwahrlosung, Misshandlungen oder Missbrauch erfahren haben.

Es ist wirklich so: Ich habe niemals einen Fall erlebt, wo die Intervention eines niedergelassenen Kinderarztes ursächlich zur Aufdeckung der Kinderschädigung geführt hat – niemals. Das mag Zufall sein oder eine mangelnde Information. Die kann auch verloren gegangen sein auf dem Weg der Patienten. Ich vermute allerdings, dass dies eher auf gravierende Probleme in der Praxis hinweist, und eines dieser Probleme möchte ich Ihnen kurz darstellen.

Die Beschäftigung mit Kindesmisshandlungen ist seelisch ungeheuer belastend. Selbst in den Institutionen tendieren manche Fachkollegen zur Verleugnung oder Bagatellisierung dessen, obwohl man dort viel Unterstützung von Kollegen hat. Das habe ich oft genug erlebt. Die niedergelassenen Ärzte hingegen bleiben im Unterschied zu den in den klinischen Settings tätigen Kollegen völlig allein mit der seelischen Belastung. Kinderärzte arbeiten zudem meistens unter hohem Zeitdruck und unter enger Taktung. Die Praxen sind mitunter rappellvoll, vor allem in den Erkältungszeiten. Ich habe selbst eine Tochter und Enkel, und ich kenne das Problem. Den Ärztemangel gibt es auch im Kinderarztbereich. Ein eruiertes Gespräch mit einem ängstlichen, misshandelten Kind braucht viel Zeit und sehr viel

Ruhe. Mit den Eltern, erst recht den misshandelnden Eltern, sind heftige Konflikte zu erwarten. Diese finden dann vor den Augen und Ohren vieler anderer Patienten in der Praxis statt. Das mag niemand.

Kindesmisshandler sind meistens Wiederholungstäter und Serientäter. Es sind keine bösen Menschen. Niemand nimmt sich vor: Ich prügele ein paar Kinder grün und blau. Das sind zumeist Leute, die unter sozialem und psychischem Druck stehen. Das setzt sich immer weiter fort, wenn es einmal angefangen hat. Es bleibt also nicht bei einer Misshandlung. Diese Leute sind oft auch sehr geübt in der Manipulation von Ämtern, von Ärzten, von Erziehern, von Jugendamtsmitarbeitern und auch von Psychologen. Dem ist nicht jeder gewachsen, auch nicht jeder Kinderarzt. Die Kompetenz zur fachlichen Begutachtung von Misshandlungen ist sicherlich nicht jedem Arzt gegeben, auch nicht jedem Kinderarzt. Es braucht hier Spezialisten, nicht nur zur Bestätigung eines Verdachtes, sondern auch zur Entkräftigung eines Verdachtes.

Natürlich bestehen Ängste vor wirtschaftlichen Schäden für die Praxis, falls die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bei Kindesmisshandlungen bekannt wird, insbesondere bei Kindesentzug. Das wurde auch 2012 ähnlich diskutiert, als es um die Offenbarungspflicht der Kinderärzte gehen sollte. Man muss sich mal vorstellen, was in den sozialen Medien und in den Gazetten losbrechen kann, wenn Eltern dort eine mediale Lawine gegen einen Kinderarzt lostreten.

Zur Feststellung einer Kindesmisshandlung sind oft umfassende Untersuchungen nötig. Diese und die schwierigen Gespräche mit dem Kind, mit seinen Eltern und den Ämtern werden meines Erachtens kaum finanziell abgegolten. Die ärztliche Gebührenordnung sieht für eine sozial-pädiatrisch orientierte Erörterung oder Abklärung, die mindestens 15 Minuten dauert, gerade mal 20,73 Euro vor, und zwar vor Steuern.

Zu guter Letzt: Während die angestellten Mitarbeiter der Jugendhilfe, wie ich es auch lange war, ihre Belastungen neben der Arbeitszeit in einer Supervision erörtern können oder Mittwochnachmittags während ihrer Arbeitszeit an einem regionalen Netzwerktreffen teilnehmen, erhält die engagierte Kinderärztin oder der Kinderarzt dafür keinerlei Vergütung, soweit ich weiß. Ich zähle das auf, damit Sie verstehen, dass es auch viele gute Gründe gibt für niedergelassene Ärzte, nicht nur Kinderärzte, die Thematik der Kindesmisshandlung möglichst zu vermeiden.

Auch das muss man ernst nehmen, wenn man in der Gesetzgebung zu diesem Thema tätig ist. Wenn Sie als Parlamentarier nun des Weiteren für die Kinder etwas daran ändern wollen, müssen Sie meines Erachtens auf zwei Dinge achten: Formulieren Sie erstens bitte Gesetze, die möglichst eindeutig sind und verpflichtende Formulierungen beinhalten. Es gibt heute ganze Listings von Ärzten oder anderen Heilberuflern. Es muss also auch ein gewisser Zwang her, um eine gewisse Qualität zu erreichen. Ich würde mir daher keine Kann- oder Sollbestimmungen wünschen, die einen Ermessensspielraum beinhalten, sondern Mussbestimmungen.

Zweitens: Arbeiten Sie bitte gemeinsam mit Leistungsträgern und Berufsverbänden daran, die Rahmenbedingungen – ich habe es benannt – positiv so zu verändern, dass es für Kinderärzte erträglich wird und kein Minusgeschäft bedeutet, wenn sie sich im Kinderschutz mehr engagieren als bislang.

Die Öffnung der Schweigepflicht zum Schutz der Kinder ist wirklich ein guter und nötiger Schritt. Aber sie ist ein erster Schritt und reicht alleine nicht aus, um Kinder weitestgehend vor Misshandlungen zu schützen. Wir haben in Deutschland ein qualitativ äußerst gutes System der frühen Fürsorge für Kinder und Jugendliche. Durch die verpflichtenden Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 bis zum sechsten Lebensjahr, an denen statistisch 98 % aller Eltern teilnehmen, können Kinderärzte eine weitaus größere Rolle in der frühen Verhinderung gravierender Schädigungen an Körper und Seele spielen, als das bislang geschieht. Der überwiegende Teil der Misshandlungen passiert in diesem Zeitraum.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie über diese Gesetzesänderung hinaus die Bedingungen auch dafür herstellen würden.

Vielen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Ebenfalls vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Ich darf mich bei allen Sachverständigen bedanken. Sie sind alle in der Zeit geblieben. Das gibt uns jetzt ausreichend Gelegenheit, Nachfragen zu stellen. Es liegen bereits einige Wortmeldungen vor: vom Kollegen Wink, vom Kollegen Wäschenbach, von Herrn Dr. Bollinger und von mir selbst. Da kommen vielleicht noch ein oder zwei dazu.

Wir werden das jetzt im Einzelnen durchgehen. Ich bitte Sie, zu adressieren, ob Sie sich an bestimmte Sachverständige richten oder ob eine offene Frage an alle gerichtet wird. Dann machen wir eine Antwortrunde. – Zunächst der Abgeordnete Wink. Bitte schön.

Abg. Steven Wink: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Zunächst Danke auch von meiner Seite an alle Expertinnen und Experten, die zu diesem sehr wichtigen Thema vorgetragen haben. Das ist ernst gemeint und kommt von Herzen.

Ich habe zwei Nachfragen, zunächst eine an Herrn Werner. Herr Werner, Sie haben vorhin gesagt, dass im Fall der Fälle eine Zukunftsprognose zu erstellen sei und weniger der Blick in die Vergangenheit gefragt ist. Ich weiß nicht, ob ich Sie vielleicht falsch verstanden habe, aber können Sie vielleicht noch einmal kurz erläutern, inwiefern die Vergangenheit in dem zeitlichen Horizont der Zukunftsprognose überhaupt eine Rolle spielt, oder ob das gar nicht mehr betrachtet wird.

Meine zweite Frage geht an Frau Weller. Herr Werner hat gerade berichtet, dass aus Sicht des Jugendamts viele Meldungen oder Kontaktaufnahmen von Nachbarn oder von der Polizei kommen. Wie ist das denn bei den Fallbegleitern des WEISSEN RINGS? Deckt sich diese Statistik, oder bekommen Sie Ihre Kontakte auch noch von woanders her? Ich versuche, das ein bisschen zusammenzuführen, wie das bei Vereinen, Verbänden oder auch bei öffentlichen Stellen ist.

Das wären meine Fragen.

Abg. Michael Wäschenbach: Ich möchte mich dem Dank an die Anzuhörenden für die erkenntnisreichen Vorträge anschließen.

Ich habe eine Frage, und die betrifft den Bereich des Risikos, das hier angesprochen wurde mit dem Hinweis auf den Verlust der Vertrauensbasis, wenn die Schweigepflicht gekippt wird. Was machen Eltern, die diesen Verlust der Vertrauensbasis feststellen? Diese Frage geht an Frau Dr. Ketteler und Herrn Dr. Kownatzki aus der Praxis und auch an Frau Eibl. Gibt es belastbare Zahlen, wo man sagen kann: Wir haben so und so viele Fälle, wo wir wirklich feststellen konnten, dass Eltern sich verschlossen haben und dass der Vertrauensverlust ein Hinderungsgrund war?

Meine zweite Frage geht auch an Frau Dr. Ketteler. Frau Weller hatte gesagt: Kinderschutz hält auf. Und Frau Dr. Ketteler hatte gesagt: Viele Fälle von Kindesmissbrauch bleiben unbemerkt. – Das ist für mich zunächst ein Widerspruch. Kann man diesen Widerspruch vielleicht aufklären?

Das sind meine beiden Fragen.

Abg. Dr. Jan Bollinger: Ich danke ebenfalls den Anzuhörenden für die sachkundigen Stellungnahmen. Insgesamt gab es eine sehr große Einigkeit, auch über die Fraktionen hinweg, was wahrscheinlich auch dazu beigetragen hat, dass wir sogar unter der Zeit geblieben sind.

Meine erste Frage geht an Herrn Koch und an Frau Dr. Ketteler. Die Thematik der Bildung eines Netzwerks ist in den schriftlichen sowie in den mündlichen Stellungnahmen aufgegriffen worden. Es gibt das Netzwerk RISKID. Gleichzeitig hat, wenn ich es richtig sehe, Frau Dr. Ketteler die Bildung eines Netzwerks auf Landesebene und Herr Koch die Bildung eines Netzwerks auf Bundesebene vorgeschlagen. Welche Lösung ist denn da die probate? Ist es entweder RISKID oder ein Landesnetzwerk oder ein Bundesnetzwerk? Ich wäre für eine Antwort auf diese Frage dankbar.

Dann habe ich noch eine Frage zur Thematik der Vernetzung der Kinderärzte. Herr Koch hatte gerade dargelegt, dass eine solche aus seiner Sicht erforderlich sei. Wäre so etwas über die Institution des Kompetenzzentrums Kinderschutz und Gesundheitswesen NRW analog auch in Rheinland-Pfalz möglich? Sollte eine solche Einrichtung auch hier aufgebaut werden, oder wie darf ich das verstehen?

So viel zur ersten Runde. Danke sehr.

Vors. Abg. Josef Winkler: Jetzt habe auch ich eine Frage, stelle diese aber nicht in meiner Funktion als Vorsitzender, sondern als Vertreter von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Meine erste Frage ist an Frau Eibl gerichtet. Das ist im Grunde die gleiche Frage, wie sie auch Herr Wäschenbach hatte, nämlich das Risiko, wenn es sich herumspricht, dass Ärzte sich untereinander austauschen dürfen, was bislang teilweise bestritten wurde. Wie sehen Sie das Risiko – Sie hatten es selbst angesprochen –, dass dann nicht mehr zum Arzt gegangen wird? Da wir jetzt Land für Land Regelungen treffen müssen und Rheinland-Pfalz an etliche Bundesländer grenzt, haben wir die Situation, dass wir sehr viele grenznahe Orte haben, in deren Nachbarländern diese Regelungen nicht existieren. Gut, NRW hat sie schon, aber das Saarland, Hessen und Baden-Württemberg noch nicht. Dann ist das Hopping über den Rhein kein großes Problem.

Das sehe ich ein wenig als Risiko. Ich habe aber keine Ahnung, wie dieses Thema in den anderen Bundesländern aufgegriffen wird. An Sie, Frau Eibl, geht die Frage, wie Sie den Vorschlag von Herrn Koch juristisch einschätzen, aus der Kannbestimmung eine Mussbestimmung oder zumindest eine Sollbestimmung zu machen.

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Kownatzki. Können Sie bitte noch etwas zu Ihrem Register sagen, also zu den Rechtsgrundlagen bzw. der Organisation von RISKID? Ich hatte darum gebeten, dass Sie alle sehr kurz vortragen; darum haben Sie dazu nicht groß ausgeführt. Es wäre aber erhellend für uns alle, wenn wir dazu etwas Genaueres wissen.

Das waren meine Fragen. – Danach ist der Kollege Schwab dran und dann der Kollege Dr. Kusch. Herr Wink hat, glaube ich, noch etwas vergessen. Dann werden wir in die Antwortrunde gehen.

Abg. Helge Schwab: Vielen Dank an unsere Experten. Ich habe eine Frage an Frau Eibl und Herrn Kownatzki. Rein technisch, beziehungsweise auf den Antrag der CDU: Sehen Sie von Ihrer Seite aus Veränderungsbedarf oder Erweiterungsbedarf? Oder finden Sie das ausreichend? Was sagen Sie aus Ihrer Erfahrung heraus, Herr Kownatzki? Wie sehen Sie das juristisch, Frau Eibl?

Abg. Dr. Oliver Kusch: Auch von mir ganz herzlichen Dank an alle Vortragenden für die sehr erhellenden Statements. Ich habe eine Frage an Frau Eibl. Momentan steht in § 22 Abs. 5 Heilberufsgesetz, dass man darauf „hinzuwirken“ hat. Das ist aber noch keine eindeutige Aussage, wie das passieren soll. Wenn man nun einen Abschnitt 6 hinzufügen würde, in dem man unbeschadet der Schweigepflicht die Offenbarung zwischen den Kollegen erlaubt: Gilt das dann auch für den vorgenannten 5. Abschnitt, oder gilt das nur speziell für den interkollegialen Austausch? Ist die Entbindung der Schweigepflicht auch gegenüber den Jugendämtern inbegriffen? Das möchte ich gerne aus Ihrer juristischen Sicht bewertet haben.

Vielen Dank.

Abg. Steven Wink: Ich habe noch eine Frage an Frau Eibl. Sie haben in Ihrer Stellungnahme im Bereich der möglichen Ergänzungen, wenn ich es richtig erfasse, angeregt, das Alter herabzusetzen, wenn Kinder selbst die Schweigepflicht des Arztes aufheben können sollen. Dazu habe ich eine Verständnisfrage; bitte korrigieren Sie mich, wenn ich es falsch verstanden habe.

Wie könnte so etwas denn in der Praxis aussehen? Wenn gerade Eltern als Täter auftreten, ist die Situation beim Arzt sehr akribisch zu sehen. Das würde doch bedeuten, dass das Kind mit dem Arzt allein sein müsste, um die Schweigepflicht aufzuheben. Wie könnte denn diese mögliche Ergänzung, die Sie genannt haben, in der Praxis umgesetzt werden?

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank. – Jetzt wurden fast alle Sachverständigen angesprochen. Wenn aber ein nicht angesprochener Sachverständiger einen Nachtrag zu den aufgeworfenen Fragen hat, kann er diesen gerne ausführen. Wir beginnen in der Antwortrunde mit Frau Dr. Ketteler.

Dr. Katharina Ketteler: Ich gehe zunächst auf die Frage von Herrn Wäschenbach ein, ob das einen Widerspruch darstellt. Frau Weller hatte gesagt: Kinderschutz fällt auf. Ich hatte gesagt: Es gibt eine große Dunkelziffer. – Das stellt für mich gar keinen Widerspruch dar. Es unterstreicht vielmehr das Thema, über das wir gerade reden.

Natürlich gibt es Auffälligkeiten. Ich hatte versucht, die Sache mit den sogenannten gelben Fällen zu erklären. Wir sehen Dinge, die uns stören – seien es Verhaltensweisen, seien es Verletzungen –, aber die sind nicht immer eindeutig und gleich gravierend. Das sind vielleicht auch die Dinge, die Frau Weller geschildert hat. Wenn ich aber als Ärztin zum Beispiel wegen des Ärzte-Hoppings immer nur ein kleines Puzzlesteinchen sehe, dann fällt mir das eben schwer.

Da kann ich mich nur wiederholen: In der Fusion verschiedener Informationen erhärtet sich das Ganze, und man kann die entsprechenden Schritte einleiten. Es gibt durchaus Auffälligkeiten, aber nicht jede kleine Auffälligkeit für sich macht es einem leicht, gleich den nächsten Schritt zu gehen. Man möchte auch unnötige Meldungen vermeiden, zum einen, was die Vertrauensbasis zur Familie betrifft, und zum anderen, weil die Jugendämter nicht gerade Langeweile haben. Da kann man nicht einfach sagen: Das ist ein bisschen komisch, das melde ich direkt mal. – Das ist also kein Widerspruch, sondern das unterstreicht ganz gut das Dilemma, über das wir gerade sprechen, und weshalb wir den interkollegialen Austausch brauchen.

Was den Verlust der Vertrauensbasis betrifft, sehe ich kein so großes Problem. Ich kann die Erfahrungswerte vielleicht nicht im Einzelnen benennen, aber von den eigenen Erfahrungen her muss ich sagen, dass ich wenige Negativerlebnisse habe, selbst bei Fällen, in denen man mit Entbindung der Schweigepflicht arbeitet. Es ist bei Weitem nicht so, dass die Patienten gleich weglaufen, wenn man das Gespräch sucht, erst recht nicht ohne die Entbindung der Schweigepflicht.

Wichtig dabei ist, dass es alle Kinderärzte betrifft. Das wäre vielleicht etwas anderes, wenn es ein Modell gäbe, wo sich nur bestimmte Kollegen beteiligen, und da sagt man: Also, da soll ich irgendwas unterschreiben, und da droht mir dieses Risiko, da gehe ich lieber woanders hin. – Das unterstreicht noch einmal, dass es umso besser ist, je mehr Bundesländer sich dieser Gesetzesänderung anschließen. Das ist umso besser, wenn wir über Regionen sprechen, die an Landesgrenzen liegen, wo ein Hopping über die Landesgrenzen leicht möglich ist. Ich schätze das Risiko also nicht so hoch ein wie befürchtet, glaube aber, dass es ein kleines Risiko gibt. Dies würde abgefangen, wenn sich mehr Bundesländer daran beteiligen würden.

Ich möchte noch Bezug nehmen auf die Frage nach dem Netzwerk. Dazu könnte man ziemlich lange ausführen. Ich möchte es ein bisschen eingrenzen. Da wurden verschiedene Punkte genannt: Kinderärzte, Ambulanzen, KKG, RISKID. Was ist da sinnvoll? – Letztlich ist alles miteinander verflochten. Ich möchte es mal ein bisschen aus dem Alltag darstellen: Herr Koch hat es vorhin sehr gut aufgezeigt, und es ist richtig: In der Kinderarztpraxis ist Kinderschutz schwierig.

Ich selbst arbeite in der medizinischen Kinderschutzambulanz und in einer Praxis. Ich kann in der Praxis nicht dieselbe Arbeit leisten wie in der Ambulanz. Ich habe dasselbe wache Auge, aber ich kann

dort nicht dieselbe Arbeit leisten wie in der Kinderschutzambulanz. Ich brauche dafür ein extrem großes Zeitfenster, und ich brauche viel Personal, um einem Kinderschutzfall gerecht zu werden. Aber ich kann in der Praxis ein waches Auge haben. Ich kann mich weiterbilden, um Fälle zu erkennen und mit meiner Erfahrung als Kinderärztin zu sagen: Da stimmt was nicht.

An dieser Stelle hilft mir als Baustein der interkollegiale Austausch und auch ein Datennetzwerk wie RISKID, um zu sagen – da kann ich mich nur wiederholen –: Ich erhärte den Verdacht und leite weitere Schritte ein. Weitere Schritte: Das bedeutet die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und – das möchte noch mal betonen, weil das immer etwas in den Hintergrund gerät – die Zusammenarbeit mit einer Kinderschutzambulanz; denn da kann ich einen solchen Fall bearbeiten. Da nehme ich mir zwei Stunden Zeit mit drei Leuten und mache eine Spielbeobachtung. Ich mache eine kindgerechte Untersuchung, wo man das Kind entsprechend untersucht. Ich habe eine technische Ausstattung, zum Beispiel ein Kolposkop, das ohne Berührung des Kindes ein Genital mikroskopisch vergrößert. Da kann ich forensisch sichere Untersuchungen und Aufnahmen machen. All diese Dinge können in einer Kinderschutzambulanz stattfinden.

Diese Kinderschutzambulanz, aber auch die niedergelassenen Kollegen, haben zusätzlich die Möglichkeit, sich bei schwierigen Fällen mit dem Kompetenzzentrum für Kinderschutz – so ist es zumindest in NRW – auszutauschen. Da kann ich mir mit einem Online-Konsil noch eine rechtsmedizinisch sichere Mitbeurteilung einholen, nach dem Motto: Vier Augen sehen mehr als zwei. Im Kinderschutz sind es sowieso nie nur zwei Augen, sondern das sind immer zwei, drei Leute. Ich habe jedenfalls noch eine weitere Stelle, die den Fall mitbeurteilt. So sieht ein Netzwerk aus. Alle diese Elemente sind wichtig und darin enthalten.

Wenn ich darf, auch wenn das jetzt keine explizite Frage war, würde ich gerne noch etwas zu dem Thema „Minderjährige“ sagen – das ging mir durch den Kopf, als das gerade diskutiert wurde –, auch an Frau Eibl gerichtet. Den Gedanken kann ich nachvollziehen; ich glaube nur, dass er im Alltag gar nicht so einfach umzusetzen ist.

Wo zieht man die Grenze? Da sagt man: In der Regel sind die Kinder ab 14 Jahren so einsichtsfähig, dass sie auch selber unterschreiben können. Ich glaube, dass das viele praktische Probleme mit sich führt. Das geht damit los, dass ein 14-Jähriger nicht gleich dem anderen 14-Jährigen ist. Es gibt Jugendliche, die mit 14 noch sehr kindlich sind, andere hingegen sind schon sehr erwachsen. Sie können nun sagen, dass es in meinem Ermessen liegt, das entsprechend einzuschätzen. Aber wenn ich das nachher rechtfertigen möchte, ist das immer ein kleiner Hinkefuß.

Hinzu kommt, dass die Kinder – das liegt in der Natur der Dinge – aufgrund der Übergriffe, die möglicherweise stattfinden, nicht unbelastet sind, also auch, extremer formuliert, psychische Auffälligkeiten aufweisen und nicht so gefestigt sind. Dann ist immer die Frage: Welchen Einfluss hat das darauf, ob und wie sie entscheidungskräftig sind? Das sind also viele kleine Elemente: Wie stehe ich nachher da, wenn ich das rechtfertigen muss?

Was gerade als Problem angesprochen wurde, den Patienten alleine, also ohne Eltern, zu erwischen, sehe ich gar nicht als so schwierig an. Es kann aber auch sein, dass das Kind nachher seinen Eltern

erzählt: Ja, die Frau Doktor hat mich so einen Wisch unterschreiben lassen. – Das ist dann ein noch größerer Vertrauensbruch, als direkt das Gespräch mit den Eltern zu suchen.

Das sind mal ein paar Aspekte, die ich nennen möchte, wo ich sage: Das macht mir ein bisschen Bauchschmerzen. Es sollte – wie Sie es gerade genannt haben, Herr Winkler – eine Kannbestimmung sein und keine Mussregelung.

Ich hoffe, ich konnte damit Ihre Fragen beantworten.

Dr. Ralf Kownatzki: Vieles ist schon gesagt worden. – Ich fange mal mit den Definitionen an. Für uns Ärzte ist eine Kindesmisshandlung erst mal juristisch wertfrei; es ist eine Diagnose, die wir zu stellen oder zu verwerfen haben. Das bedeutet: Wir richten uns nach dem ICD-10. Dort sind vier Diagnosen aufgelistet für die körperliche Misshandlung, den sexuellen Missbrauch, die erhebliche Vernachlässigung und den psychischen Missbrauch. Das ist vorhin auch bei dem kurzen Beispiel angesprochen worden, wie es mit den Definitionen aussieht.

Wir benutzen das auch im Zusammenhang mit unserem RISKID-Informationssystem. Das System ist 2005 entstanden, als wir in Duisburg die Situation hatten: fünf getötete Kinder. Bei zwei dieser Kinder gab es Doktor-Hopping. Dieses Phänomen hatten wir zuvor auch schon in anderen Zusammenhängen beobachtet. Wir haben dann erst mal ein System ins Leben gerufen, das wir als Pilotprojekt nur für den Duisburger Bereich geschaffen haben. Das funktionierte ähnlich wie Online-Banking; ich will das jetzt nicht zu sehr im Detail ausführen.

Wir haben aus dieser Zeit Erkenntnisse, die wir jetzt, nachdem wir das umgewandelt haben, um es deutschlandweit den Kollegen zur Verfügung stellen zu können, in dieser Form nicht mehr haben. In dieses System wurden Kinder eingestellt, wo der Verdacht im Raum stand, dass eine dieser vier Diagnosen gestellt werden muss.

Um überhaupt ein solches System betreiben zu können, müssen wir das Einverständnis von allen Eltern einholen, deren Kinder wir behandeln. Das haben wir auch in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer gemacht. Die hat uns geholfen, diese Einverständniserklärung zu formulieren. Sie wurde mehrfach angepasst. Wir hatten dann auch die Befürchtung: Vielleicht sind diese Eltern gar nicht mehr bei uns in der Praxis; die verlassen die Praxis und gehen auch nicht in eine andere Praxis, die sich RISKID angeschlossen hat. Die bleiben einfach weg. Diese Beobachtung konnten wir in der Pilotphase, die drei Jahre gedauert hat, aber nicht machen.

Ein ähnliches Phänomen zeigt sich auch bei über 30 Jahren bereits stattfindender interkollegialer Information über das gelbe Vorsorgeheft. Wer Kinder im Schulalter hat, wird dieses Heft kennen. – Ich halte es mal in die Kamera. – Es sieht jetzt noch genauso aus, allerdings hat sich etwas geändert. Bisher gab es auf dem Einband für den Geburtshelfer eine Möglichkeit, anzukreuzen, welche Risiken bei den Müttern bestanden, was wiederum für den nachbehandelnden Kinderarzt, der mit dem Kind zu tun hatte, von Wichtigkeit war.

Da waren so sensible Daten auf der Liste wie zum Beispiel, ob die Mutter suchtkrank ist, also an einem Abusus leidet; ob sie familiäre Belastungen hat; ob sie psychische Belastungen hat; ob soziale Integrationsprobleme oder wirtschaftliche Probleme und, und, und vorliegen. Das hat in den 30 Jahren nicht dazu geführt, dass Mütter aus den Risikogruppen nicht mehr in der Klinik entbunden haben; das kann man sicherlich sagen. Alle frühen Hilfen, die schon bei der Geburt angeboten und etabliert werden, gingen davon aus, dass die Mütter weiterhin die Kliniken aufsuchten.

Wir haben also einmal die Erfahrung aus dem Pilotprojekt. Wir haben auch die Erfahrungen mit dem Vorsorgeheft. Ganz wichtig in dem Zusammenhang ist auch, dass auch die Vorsorgeuntersuchungen Fixpunkte sind, wo immer wieder Eltern die Kinderarztpraxen und auch die Allgemeinpraxen – die machen das ja auch – aufsuchen und dort Arztkontakte entstehen. Dieser Hinweis auf die Allgemeinärzte führt mich dahin, zu sagen: Die Gesetzgebung, die jetzt ansteht, ist nicht nur für Kinderärzte hilfreich. Wir von RISKID benutzen gerne die Formulierung: für alle Ärzte, die Kinder behandeln. Das schließt auch Psychologen ein, die in der Patientenversorgung sind; das schließt Kinder- und Jugendlichenpsychiater ein. Sogar Kinderzahnärzte sind an uns herangetreten und haben sich mit uns vernetzt.

Nachdem wir dann bekannt wurden – die Probleme gibt es ja nicht nur in NRW, sondern bundesweit –, mussten wir aus Datenschutzgründen dieses System, das ich gerade als „Online-Banking-System“ bezeichnet habe, umändern und auf ein sogenanntes Containerprinzip umstellen. Das bedeutet: Jeder Arzt, jede Klinik stellt die Risikopatienten in einen eigenen Container ein. Das muss man sich so vorstellen: Man hat ein Schließfach bei der Bank, und man selber weiß, was darin ist. Man kann bei Bedarf reinschauen. Die einzige Schnittmenge für eine Kontaktaufnahme sind das Geburtsdatum und der Name eines Kindes. Dieses System betreiben wir ungefähr seit 2012.

Vorhin wurde gesagt, von Kinderärzten würden wenig bis kaum Meldungen an die Jugendhilfe gehen und es würde kaum Misshandlungen festgestellt. Dazu muss ich sagen: Zumindest in unserer Praxis kann ich mich an eine Reihe von Fällen erinnern, wo wir etwas aufgedeckt haben. Nur, die statistische Erfassung funktioniert dann anders. Wir schicken dann diese Kinder in die Klinik, und dort läuft dann auch der ganze administrative Bereich ab. Die Klinik nimmt sich dieses Falls an und meldet an die Jugendhilfe oder an die Polizei. Dort geschieht dann auch die statistische Erfassung.

Da muss man also ganz vorsichtig sein, wenn man diese Statistiken interpretiert, abgesehen von all den Fällen, die sowieso im Gesundheitssystem verbleiben – ich hatte es vorhin dargestellt –, indem sie über Heilmittel, Ergotherapie, Sprachtherapie usw. versorgt werden. Das sind aber hauptsächlich die aus dem Vernachlässigungsbereich. Das ist ganz wichtig: Das ist der Löwenanteil der Fälle, mit denen wir in den Praxen zu tun haben.

Ich sagte es schon: Es gibt diese vier Diagnosen aus dem ICD-10, also auch die Vernachlässigung. Die kommen natürlich auch kombiniert vor. Es gibt eine Untersuchung der Rechtsmedizin in Essen, und die haben festgestellt, dass ungefähr 50 % der Fälle Kindesmissbrauch, Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung chronisch verlaufen. In diesem Zeitraum haben wir also eine Chance, durch ein frühzeitiges Aufdecken diesen Kindern zu helfen, bevor es schließlich und endlich eskaliert, so wie wir es jetzt beispielsweise haben, dass die Kinder zu Tode kommen. Das sind immerhin zwei bis drei pro Woche.

Die interkollegiale Information hat auch noch einen psychologischen Effekt. Ich gehe eher aus meinem Alltagssetting und suche den Kontakt zur Jugendhilfe oder weise das Kind in eine Klinik ein. Wenn ich „Kinderklinik“ sage, meine ich auch die in den letzten Jahren entstandenen Kindeschutzambulanzen, wo mehrere Experten zusammenkommen, um den jeweiligen Fall zu begutachten.

Es ist natürlich einfacher – das gilt übrigens auch für andere Erkrankungen –, eine Entscheidung zu treffen, wenn man sich darüber mit anderen Kollegen beraten und ausgetauscht hat, als wenn man als Einzelkämpfer darüber entscheiden muss. Gott sei Dank hat man in der Praxis zu 95 % mit Eltern zu tun, die liebevoll mit ihren Kindern umgehen und sich Sorgen machen. Wenn man aus diesem Setting heraus plötzlich umschalten muss in die Rolle eines Rechtsmediziners, der schaut, wie das Ganze in Bezug auf die Eltern einzustufen ist, dann ist das nicht einfach, ganz klar.

Es stand noch die Frage im Raum, ob wir noch eine Erweiterung zu diesem Gesetz brauchen. Das Wichtigste ist, dass man – dazu hat es auch mal ein Rechtsgutachten in NRW gegeben – bei so einer Regelung mit Blick auf den Datenschutz nicht erreicht, dass das an anderen Stellen wieder ausgehebelt wird. Der Datenschutz darf nicht höhergestellt werden als das Leben und die Unversehrtheit unserer Kinder. Da muss man aufpassen, dass dieses Instrument nicht durch formelle Dinge stumpfgeschaltet wird.

RISKID ist bundesweit für jeden Arzt, der möchte; für jede Institution, die möchte; für alle Ärzte, die Kinder behandeln, auch für Gynäkologen – das klang vorhin schon an; Frau Eibl hatte es erwähnt – zugänglich, um sich mit anderen Ärzten auszutauschen. Nur, dafür braucht man als Allererstes die Möglichkeit, dass man das auch darf. Es geht immer um diese vier Diagnosen. Die Ärzte stellen die Diagnose; aber wir stellen eigentlich keine Kindeswohlgefährdung fest. Das macht die Jugendhilfe nach Sozialgesetzbuch VIII. Für uns ist das Sozialgesetzbuch V zuständig, sofern es die gesetzlich versicherten Patienten betrifft.

Ich glaube, damit habe ich Ihre Fragen ein wenig beantworten können. Ansonsten bitte ich um Nachfragen, falls ich etwas vergessen haben sollte.

Simone Weller: Herr Wink hatte gefragt, ob diese Kindesmisshandlungen auch von anderen gemeldet werden. Ich muss das ein bisschen erklären: Der WEISSE RING ist ein Opferschutzverein, der Opfer von Straftaten betreut. Dem WEISSEN RING ist es nicht erlaubt, wenn er Kenntnis von der Straftat erlangt, direkt auf das Opfer zuzugehen und zu sagen: Wir sind da, wir helfen. – Das Opfer muss sich prinzipiell selber beim WEISSEN RING melden.

Das ist natürlich bei misshandelten Kindern, je nach Alter, relativ schwer, vor allem, wenn es kleinere Kinder sind. Die kennen natürlich nicht den WEISSEN RING. Woher sollen sie wissen, wohin sie sich wenden sollen? Wir haben Anrufe auch mal von Nachbarn, auch mal von Streetworkern. Es kommt schon mal vor, dass sich dritte Personen melden, manchmal auch ganz fremde Personen, die anrufen und sagen: Da stimmt etwas nicht. – Es ist mir vom WEISSEN RING aber nicht erlaubt, direkt Kontakt mit jemandem aufzunehmen, der Opfer einer Straftat sexueller oder körperlicher Gewalt geworden ist. Das geht leider nicht.

Die Fälle, mit denen wir zu tun haben, sind in der Regel die, bei denen sich die Opfer selber melden. Natürlich sind sie dann schon älter. Mit den Kleinen bekommt man das dann gar nicht so mit. Es melden sich auch sehr viele Erwachsene, die dann mitteilen, dass sie schon als Kind Opfer einer Straftat wurden, von sexuellem oder körperlichem Missbrauch. Das läuft beim WEISSEN RING nicht so, dass wir aktiv werden können. Da sind uns einfach die Hände gebunden; da müssen sich die Opfer melden.

Was mir noch bei den Ausführungen von Herrn Kownatzki in den Sinn gekommen ist und was mir durch den Kopf geht: Wie kann man das feststellen, dass ein Kind misshandelt wird? – Ich muss noch mal auf den Fall zu sprechen kommen, den ich seit sieben Jahren betreue, der mir sehr, sehr nahegeht. Da möchte ich zwei Dinge schildern und dann wieder meine Frage stellen: Kann da nicht die Krankenkasse reagieren?

Bei diesem jungen Mann ist es so, dass ihm, als er sieben Jahre alt war, der Vater mit einer Stahlluftpumpe ins Gesicht geschlagen hat. Dem wurden die Vorderzähne ausgeschlagen, die Lippen waren zerfetzt und die Nerven lagen blank. Das Kind wurde anderthalb Tage zu Hause liegengelassen, bis man es dann zum Zahnarzt gebracht hat. Dort wurde erzählt, er sei mit dem Fahrrad gefahren, gestürzt und mit dem Gesicht auf dem Lenker gelandet. So wurde die Verletzung erklärt.

Als der Junge zehn Jahre war, sind die Eltern darauf gekommen, dass man Geld verdienen kann, wenn ein Kind im Krankenhaus ist. Man hat also eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen. Dem Kind wurde erklärt: Du bekommst das heißersehnte Rad, das du so gerne hättest, wenn du bereit bist, ins Krankenhaus zu gehen. Du darfst dort aber überhaupt nicht reden. Du legst dich einfach ins Krankenhaus, und wenn die Ärzte dich was fragen, dann sagst du gar nichts. Mama und Papa kommen und bringen dir regelmäßig Essen. Du isst dort nicht, du trinkst dort nicht, und du redest nicht.

Die Eltern sind tatsächlich hingegangen, haben ein Holzbrettchen genommen, haben das dem Kind vor die Stirn gehalten und mit einem Fleischhammer so heftig auf das Holzbrett geschlagen, dass der Bub ohnmächtig geworden ist. Dann haben sie den Notarzt gerufen und haben erklärt, er wäre mit einem Freund unterwegs gewesen. Der Freund sei aber nach Hause gegangen, im Treppenhaus wäre der Junge ihm nachgesprungen und wäre dann auf der Treppe gestolpert und abgestürzt. So hat man die Verletzung am Kopf erklärt.

Das sind meiner Ansicht nach sehr extreme Fälle. Natürlich ist mir klar: Wie soll der Zahnarzt erkennen, dass hier eine Straftat vorliegt oder eine Kindesmisshandlung, wenn eine solche Geschichte erzählt wird? Wie sollen die Ärzte im Krankenhaus bei der zweiten Situation feststellen, dass dem Kind ganz bewusst eine Verletzung zugefügt wurde, wenn das Kind nicht redet? Die haben bestimmt alles probiert, das weiß ich.

Aber das ist wieder meine Frage, auch in die Runde: Diese Meldungen gehen nach meinem Empfinden doch alle an die Krankenkassen. Wenn jetzt ein Kind mit solchen Verletzungen häufiger auffällt, kann da nicht etwas geschehen, dass man sagt: „Hier müssen wir mal näher nachschauen“? Das ist eine Frage, die ich mir stelle, gerade in diesem speziellen Fall.

Vors. Abg. Josef Winkler: Sachverständige, die die Abgeordneten fragen, das gibt es auch nicht regelmäßig in den Anhörungen. Die Frage ist aber nicht ohne Relevanz. Wir können sie heute aber gar nicht behandeln, es sei denn, einer von den anderen Sachverständigen möchte dazu etwas sagen.

Wir machen jetzt weiter in der Runde, und der Nächste ist der Herr Werner.

Volker Werner: Die Frage war, wenn ich da richtig in Erinnerung habe, was mit dem Begriff der Prognose gemeint ist, also ob sich das nur auf die Zukunft bezieht oder ob da auch die Sachverhalte aus der Vergangenheit berücksichtigt werden.

Ich erläutere Ihnen noch einmal kurz, wie die Jugendämter grundsätzlich arbeiten und welches Instrumentarium den Jugendämtern grundsätzlich zur Verfügung steht. Maßgeblich ist für uns § 8 a Abs. 2 SGB VIII. Wenn uns wichtige Anhaltspunkte gemeldet werden, haben wir zunächst mal die Meldung zu überprüfen. Wir müssen auch das Gefährdungsrisiko einschätzen. Bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos spielen verschiedene Aspekte eine Rolle. Zunächst müssen wir schauen, was konkret bei dem Kind vorliegt, aber auch danach, welche Anhaltspunkte es im Umfeld gibt.

Eine ganz entscheidende Rolle spielt dabei die eigene Biografie der Eltern, auch die aktuelle Lebenssituation. Ebenso entscheidend sind auch die Einsichtsfähigkeit und die Kooperationsfähigkeit. Wenn wir merken, dass Eltern einsichtsfähig und kooperationsfähig sind, dann versuchen wir, mit Eltern in Kooperation dahin zu kommen, dass wir mit ihnen Schutzvereinbarungen abschließen. Darin ist ganz klar aufgeführt, was die von uns festgestellten Anhaltspunkte sind und was passieren muss, damit der Kinderschutz sichergestellt ist.

Es kann also durchaus sein, dass wir sagen: Wenn nichts passiert, dann droht dem Kind möglicherweise eine Gefährdung in der Zukunft; oder wir haben etwas festgestellt, und es muss sichergestellt sein, dass das in Zukunft nicht mehr passiert. Die Kindeswohlgefährdung ist also dann abgewendet, wenn mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die körperliche, geistige oder seelische Entwicklung des Kindes in Zukunft keinen Schaden mehr nehmen wird oder eine Gefährdung nicht mehr einzutreten droht. Das ist zunächst mal das, was wir darunter verstehen, dass eine Kindeswohlgefährdung abgewendet worden ist.

Natürlich haben wir verschiedene Instrumentarien; dazu gehört auch die Inobhutnahme bei einer unmittelbaren Gefährdung oder auch die Einschaltung des Familiengerichts, wenn die Einsichts- und Kooperationsfähigkeit nicht gegeben ist. Das Familiengericht darf nur dann ins elterliche Sorgerecht eingreifen, wenn mildere Mittel ausscheiden. Der endgültige Entzug des Sorgerechts ist nur dann geboten, wenn alle anderen Maßnahmen nicht gegriffen haben.

Wenn wir also dem Gericht darlegen, dass ein gerichtlicher Eingriff notwendig ist, dann müssen wir darlegen, dass, wenn jetzt nichts passiert, auch in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass dem Kind Schaden droht oder ein bereits festgestellter Sachverhalt auch weiterhin fortbestehen wird.

Gerade im Bereich der Kindesmisshandlungen ist es sicher ganz entscheidend, sich anzuschauen, inwieweit das aufgrund einer einmaligen Überforderungssituation passiert ist, dass ein Kind beispielsweise eine Ohrfeige bekommen hat oder ein blauer Fleck entstanden ist, oder ob ein gewisses Erziehungsmuster oder ein Muster bei den Eltern erkennbar ist.

Für die Kinderärzte ist es sicher auch ganz wichtig, zu schauen, wie einsichtig und kooperationsfähig die Eltern sind. Für uns ist die mangelnde Kooperationsfähigkeit ein ganz gewichtiger Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung. Wenn Eltern schon versuchen, andere Erklärungen zu finden oder überhaupt nicht kooperationsfähig sind, dann sollte auch bei den Kinderärzten die Alarmglocke läuten. Wenn Eltern sagen, sie sind bereit, Hilfe anzunehmen und sich an eine Institution zu wenden, dann hat das eine ganz andere Qualität und ist für uns ein Anhaltspunkt dafür, dass wir mit Eltern arbeiten können.

Man muss sich auch vor Augen führen: Es gibt nicht nur ein Elternrecht zur Erziehung und Förderung ihrer Kinder, sondern es gibt auch eine Pflicht. Das heißt, wenn Eltern ihr Kind in irgendeiner Form bewusst oder unbewusst, schuldhaft oder nicht schuldhaft schädigen, dann haben sie auch eine Pflicht. Wenn sie dieser Pflicht nicht nachkommen, dann ist das ein Hinweis darauf, dass das Kindeswohl auch in Zukunft möglicherweise gefährdet ist. Das heißt, in eine Prognoseentscheidung gehört auch die Einsichts- und Kooperationsfähigkeit der Eltern.

Ich hoffe, dass das damit ein bisschen klarer geworden ist.

Vielen Dank.

Katharina Eibl: Wenn ich das richtig erinnere, sind es zwei Komplexe, zu denen ich noch etwas sagen soll und auch möchte. – Das ist zunächst die Frage nach der juristischen Einordnung dieser Offenbarungsmöglichkeit, also ob man das besser in § 24 Heilberufsgesetz schreibt oder besser in § 22. Da muss man ein bisschen schauen, in welche Richtung diese Einordnung politisch läuft. Wenn es, wie im Gesetzentwurf geplant, in § 24 stehen soll, dann ist das ein Unterfall der Möglichkeit, nicht an die Schweigepflicht gebunden zu sein. Da hat der Arzt also eine Offenbarungsmöglichkeit. Wenn man das in § 22 setzt, ist man bei den Berufspflichten. Da wäre also die Formulierung richtig, dass der Arzt den interkollegialen Austausch betreiben soll bzw. muss. Das sind also zwei völlig verschiedene Richtungen.

Ich plädiere aus Ärztesicht sehr dafür, das Ganze in § 24 zu setzen und zu sagen: Es ist eine Offenbarungsmöglichkeit, aber keine Offenbarungspflicht. Man muss sich gesetzestechnisch überlegen: Wenn es eine Pflicht ist, die im Heilberufsgesetz steht, ist das eine Berufspflicht. Man müsste es ja irgendwie sanktionieren, wenn jemand etwas tun muss, das aber nicht macht, und wenn es eine Berufspflicht ist, würde das über die Ärztekammer sanktioniert werden. Das ist also ein ganzer Rattenschwanz, der sich daran anschließt. Das sollte man sich also gut überlegen. Ich glaube, diese Möglichkeit der Offenbarung ist besser in § 24 aufgehoben. – Das war die eine Sache.

Die andere Sache betrifft die Frage des Vertrauensverlustes. Ich gebe Frau Dr. Ketteler im Ergebnis recht, dass das nicht entscheidungserheblich ist in der Richtung, dass man keine Offenbarungsmöglichkeit und keinen interkollegialen Austausch zulassen sollte. Im Ergebnis darf das diesem Gesetzentwurf nicht entgegenstehen.

Ich meine aber, es gibt trotzdem Situationen, in denen wir das im Hinterkopf halten sollten oder vielleicht sogar in den § 24 mit hinein formulieren könnten, indem man zum Beispiel sagt – ich hatte das vorhin schon genannt –: Eine 17-Jährige offenbart sich ihrem Gynäkologen vielleicht eher, wenn sie davon ausgehen kann, dass er sie erst mal fragt, bevor er weitere Schritte einleitet. Sicherlich haben wir das Problem nicht bei Kindern, die beispielsweise noch verpflichtend zu den Vorsorgeuntersuchungen gehen müssen. Da müssen die Eltern ja zu den Ärzten gehen.

Das betrifft vielleicht auch Fälle der Akutversorgung, dann wiederum sektorenübergreifend. Gerade was die Kinderschutzambulanzen angeht – das weiß Frau Dr. Ketteler aber sicher besser als ich –, hat man auch das Problem, wie man mit den niedergelassenen Ärzten agiert. Das darf natürlich nicht zur Folge haben, dass die Eltern mit den Akutfällen nicht ins Krankenhaus gehen. Das wäre das Schlimmste.

Das sind eben Gedanken, die man sich machen muss bei einer solcher Abwägung widerstreitender Schutzgüter, die nicht immer lösbar ist. Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzentwurf sicherlich ein guter. Man kann nur überlegen: Was macht man? Sagt man den Ärzten, sie sollten sich vielleicht mit den Patienten, die einwilligungsfähig sind – das ist ja nicht jeder 15-Jährige, sondern das ist eine Einzelfallbetrachtung –, vorher mit ihnen in Einvernehmen setzen?

Ich glaube, das waren die beiden Punkte, wenn ich mich nicht täusche.

Danke.

Klaus Rainer Koch: Noch einmal zu den Kompetenzzentren und zum Register. Ich denke, da sind wir uns sicher einig, dass ein interkollegialer Austausch nur Sinn macht, wenn der Kollege, mit dem man spricht, auch über Kompetenz verfügt. Das bedeutet, er muss sich in dem Sachgebiet auch auskennen.

Es ist wirklich erstaunlich, und ich habe das in meiner Ausbildung zur Kinderschutzfachkraft auch nicht glauben wollen, welche Möglichkeiten bei einer Erkrankung es gibt, bei denen die Symptome am Körper genauso aussehen, als wenn das Kind gepeitscht oder misshandelt worden wäre. Ich glaube wirklich, dass rechtsmedizinische Kompetenz eine Hilfe ist in diesen Fällen. Soweit ich es beurteilen kann, ist das Kompetenzzentrum in Köln im Augenblick das beste in der Bundesrepublik.

Nun ist die Frage, ob man so etwas in jedem Bundesland einzeln aufbaut; das ist ja mit erheblichen Kosten verbunden. Aber ich könnte mir durchaus vorstellen, dass man Kooperationsverfahren oder Ähnliches auf den Weg bringen kann. Bei einer medizinischen Kinderschutzhotline könnten Ärzte, die in Sorge sind, anrufen und sich telefonisch Rat holen. Ich weiß nicht, wie es bei RISKID ist, aber in Köln kann man auch Fotos der Schädigungen der Kinder online übermitteln. Die werden begutachtet, und man erhält dann qualifizierte Rückmeldungen zur mutmaßlichen Diagnose oder die mutmaßliche

entkräftete Diagnose. Ich würde jedenfalls dringend empfehlen, dass das mit der Offenbarungsmöglichkeit verknüpft wird und dass das nicht so beliebig bleibt.

Noch eine kurze Anmerkung zum Stichwort „Vertrauen“. Frau Weller hat es eindrücklich geschildert, welche Konsequenzen es für Menschen haben kann, wenn ein Missbrauch nicht frühzeitig beendet wird und keine Intervention erfolgt. Wir haben in der Bundesrepublik ein Opferentschädigungsgesetz. Der Staat garantiert – so verstehe ich es, Frau Eibl – das Wohlergehen der Kinder, und wenn er dabei versagt, dann ist er verpflichtet, Geld zu bezahlen, für Therapien, für Hilfsmittel usw.

Das setzt aber voraus, dass ein Tatbestand erfasst ist. Wenn, wie wir es gehört haben, bei der Jugendhilfe – das kenne ich zur Genüge – die Kindeswohlgefährdung nur für die Zukunft beurteilt wird, dann fehlen den Opfern später die Grundlagen für einen begründeten Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz.

Wir haben uns dazu entschlossen, anders vorzugehen als in den USA, wo Kindesmisshandlungen verpflichtend angezeigt werden müssen. Bei uns ist das eine Kannmöglichkeit. In der Konsequenz muss es aber jedem Einzelnen klar sein, was das bedeutet, und Frau Eibl hat es gerade gesagt: Würde diese Regelung in § 22 stehen, wäre das eine Pflicht. Jetzt ist es die eigene Entscheidung eines jeden Arztes, was er tut.

Ich glaube, es gibt viel Spekulationen, wie es den Kinderärzten gehen mag. Ich würde wirklich befürworten, dass dahin gehend Druck gemacht wird, dass die Landesärztekammern mal eine Befragung bei den Kinderärzten durchführen. Da sollte erhoben werden, wie viele Meldungen ans Jugendamt rausgegangen sind oder wie viele Kontakte es gegeben hat. Was brauchen die Kinderärzte eigentlich, damit sie sich sicherer, besser und aufgehobener fühlen, um das Kindeswohl zu verbessern?

Danke schön.

Vors. Abg. Josef Winkler: Herr Dr. Matheis ist nicht mehr da. Er wird es im Protokoll nachlesen, diesen Wunsch.

Ich sehe die Wortmeldung. – Ich frage aber zunächst in die Runde der Kolleginnen und Kollegen. – Da gibt es eine Wortmeldung von Herrn Spies. Von den Sachverständigen haben sich Herr Werner und Herr Kownatzki gemeldet. Gibt es weitere Wortmeldungen in der zweiten Fragerunde aus dem Kreis der Abgeordneten? – Das sieht im Moment nicht danach aus. Dann bitte, Kollege Spies.

Abg. Christoph Spies: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Von meiner Seite ebenfalls vielen Dank für die Ausführungen. Ich habe Fragen an Frau Eibl zu ihren Ausführungen. Wenn ich mir den Vorschlag anschau, wird beim Alter auf das BGB abgestellt, aber nicht auf das SGB. Beim KKG gibt es im Vergleich zu dem aktuellen Gesetzentwurf Unterschiede in den Begrifflichkeiten in § 1. Angaben zu Kindern und Jugendlichen finde ich auch in § 7 SGB VIII.

Ich mache da ein Feld auf mit Unterscheidungen. Sie haben insbesondere die Handlungsfähigkeiten angesprochen. Wie sehen Sie die Wechselwirkungen zu § 36 SGB I, der über § 8 SGB VIII auch in der Jugendhilfe Gültigkeit findet?

Zu den Vorschlägen von Frau Weller: Wenn ich das richtig verstanden habe, begrüßen Sie zum Beispiel Regelungen wie die U-Untersuchungen in § 26 Abs. 3 SGB V. Das ist aber eine bundesgesetzliche Regelung, keine landesgesetzliche.

Herr Kownatzki, Sie sind auf das ICD-System eingegangen, und dort ist das ist T74. Sie haben T74.0 angesprochen, die Vernachlässigung. Von den Begrifflichkeiten im Gesetzentwurf finde ich aber eigentlich nur die T74.1 bis T74.3. Haben wir da eine Lücke? – Da gibt es von der Begrifflichkeit her auch eine Abweichung zu § 4 Abs. 1 KKG. Dazu hätte ich gerne Ausführungen.

Vielen Dank.

Katharina Eibl: Vielen Dank. – Herr Spies, ganz ehrlich: Da muss ich passen; das kann ich Ihnen nicht sagen. Wie die verschiedenen Begrifflichkeiten sind, das weiß ich schlichtweg nicht, weil ich kein Sozialrechtler bin. Ich kann Ihnen sagen, wie das in der Berufsordnung bzw. im Heilberufsgesetz aussieht.

Das stützt sich alles auf das BGB, und im BGB gibt es zwei verschiedene Begrifflichkeiten: Das ist zum einen die Volljährigkeit ab dem 18. Lebensjahr, die die Geschäftsfähigkeit zur Folge hat, dass man Verträge abschließen kann usw. Das ist zum anderen die Frage der Einwilligungsfähigkeit. Die hat aber kein festes Alter, sondern da geht es darum, ob jemand einsichts- und entscheidungsfähig ist. Da sagt man: In der Regel ist jemand das mit 14. Aber es kommt natürlich immer auf den Einzelfall an, bei Ärzten auf die Schwere des ärztlichen Eingriffs zum Beispiel, aber auch auf die persönliche geistige Reife des Kindes. Es gibt auch Erwachsene und insbesondere ältere Menschen, die diese Einwilligungsfähigkeit nicht mehr haben. Da gibt es also kein festes Alter, sondern da sagt man: in der Regel. Bei normaler ärztlicher Behandlung kann der Arzt, wenn er keine anderen Anhaltspunkte hat, davon ausgehen, dass ein 14-jähriger Patient einwilligungsfähig ist.

Die einzelnen Zusammenhänge mit dem Sozialgesetzbuch, dazu kann ich Ihnen jetzt leider nichts sagen.

Volker Werner: Ich möchte noch mal kurz zu den Ausführungen des Herrn Koch Stellung nehmen. Da möchte ich einerseits darauf hinweisen, dass wir, wenn eine akute Gefährdung bevorsteht, natürlich auch handeln müssen. Wir handeln also nicht nur aufgrund einer Prognose, sondern wenn eine Gefährdung unmittelbar bevorsteht, dann müssen wir ein Kind auch in Obhut nehmen. Trotzdem müssen wir mit den Eltern weiterarbeiten und schauen: Schaffen wir es, mit den Eltern gemeinsam ein Bündnis herzustellen, dass das in Zukunft nicht mehr passiert oder in Zukunft dauerhaft nicht mehr passiert?

Insofern ist das immer auch eine Einschätzung, die sich in die Zukunft orientiert, also inwieweit eine Kindeswohlgefährdung auch in Zukunft zu erwarten ist. Bei einer unmittelbaren Gefahr sind wir aber

natürlich verpflichtet, die unmittelbare Gefährdung im Hier und Jetzt abzuwenden, nicht nur in der Zukunft.

Ich möchte noch darauf hinweisen: Wir sind bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos häufig auf den Sachverstand der Ärzteschaft angewiesen, weil wir im Jugendamt sehr häufig mit sehr unklaren und uneindeutigen Sachverhalten konfrontiert werden, gerade wenn ein Kind blaue Flecken hat oder uns gewisse Sachverhalte auffallen, die eher durch den medizinischen Sachverstand aufzuklären sind.

Da sind wir natürlich auf die Kooperation mit den Kinderärzten, aber auch den Kinderschutzambulanzen angewiesen. Wenn es ein Jugend- und Kinderschutzzentrum gäbe, wäre das natürlich auch zur Aufklärung der Sachverhalte sehr dienlich. Der Unterschied der Jugendhilfe zu den Ärzten besteht darin, dass wir als Jugendamt aufgrund unseres gesetzlichen Wächteramts eine gewisse Verbindlichkeit reinbringen können. Uns stehen dabei alle Instrumentarien zur Verfügung: mit der Einschaltung des Familiengerichts Eltern auch dazu zu verpflichten, dass sie das abklären. Es ist aber zunächst die Aufgabe der Eltern, das zu tun, und nicht die Aufgabe des Staats.

Danke schön.

Abg. Christoph Spies: Dann bleibt noch die Frage an Herrn Kownatzki, damit diese Frage nicht untergeht.

Dr. Ralf Kownatzki: Ich greife das gerne auf. – Zunächst: Wir machen mit RISKID keine Einzelfallbeurteilungen oder -betrachtungen, sondern wir bringen lediglich die Akteure, die im Medizinbereich mit diesem Kind befasst sind, zusammen. Die tauschen sich dann aus, wie sie es für sinnvoll erachten. Das meiste erfolgt sicherlich telefonisch. Man kann sich aber auch Befunde zuschicken und Ähnliches. Das liegt in der Verantwortung der beteiligten Ärzte.

Damit sind wir nicht etwa ein Ersatz für Kinderschutzambulanzen oder KKGs, also andere Einrichtungen, sondern eine Ergänzung. Wir bringen Institutionen und Ärzte in Praxen zusammen, damit die sich austauschen können. Das ist RISKID. Der Grund, warum wir sie zusammenbringen, sind Diagnosen aus dem T74-Bereich. Ich habe bei Vorträgen eine Folie dabei, und da steht: T74.0 ff. Das umfasst also die vier Diagnosen T74.1 – ich habe es aufgeblättert –, das ist der körperliche Missbrauch. Früher hieß das „Battered Child“, aber durch die englische Übersetzung ist aus „Abuse“ eben Missbrauch geworden. Das ist ein bisschen unglücklich für den deutschen Sprachgebrauch, umfasst aber „Battered Child“, und früher hieß das „körperliche Misshandlung“.

Dann haben wir den T74.0; das ist Vernachlässigung oder Imstichlassen. Der T74.2 ist der sexuelle Missbrauch, und der T74.3 ist der psychische Missbrauch. Das sind die vier Diagnosen, zu denen wir als Ärzte uns eine Meinung bilden müssen, eine abschließende Meinung, wie wir damit umgehen und welche Maßnahmen wir daraufhin ergreifen wollen: ob wir das Kind in eine Kinderschutzambulanz schicken zur weiteren Abklärung oder ob wir direkt eine Strafanzeige stellen. Bei ganz gravierenden Fällen haben wir diagnostisch gar kein Problem; da ist die Sachlage klar. Die gelben Fälle jedoch, die Frau Ketteler vorhin angesprochen hatte, sind die, die uns Bauchschmerzen machen. Noch einmal: In

den meisten Fällen verläuft eine Kindesmisshandlung wie eine chronische Erkrankung über einen längeren Zeitraum. Da sollten wir eingreifen, um das zu beenden und den Kindern möglichst zeitig zu helfen. Das ist der Sinn.

Noch eine kleine Anmerkung zu der Altersbegrenzung, die gerade auch noch aus juristischer Sicht angesprochen wurde. Das ist schon ein eigenes Thema. Man müsste dabei auch die Abhängigkeitsverhältnisse berücksichtigen, in denen die Jugendlichen stehen. Das haben auch die Fälle von Lügde gezeigt, gerade beim sexuellen Missbrauch. Jugendliche und Heranwachsende werden da unter Druck gesetzt: Wenn du was sagst, dann bricht deine Familie auseinander – und, und, und. Also, diese psychische Beeinflussung ist ein wichtiger Aspekt, den man zumindest mit berücksichtigen sollte.

Danke schön.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank in die ganze Runde. – Weitere Wortmeldungen kann ich nicht erkennen. Wir haben heute eine ganze Reihe von interessanten Fragestellungen erörtert. Auch die Anregungen, die Herr Dr. Matheis zu Beginn gegeben hat, eine Veränderung an dem Gesetzentwurf vorzunehmen, wurden gehört und werden sicherlich erwogen.

Die Frage, ob auch im Bereich der Krankenkassen etwas zu verändern wäre, würde sich vermutlich eher auf der Bundesebene stellen. Die Definitionsprobleme, die genannt wurden, im Zusammenhang mit SGB, BGB usw., können wir in Ruhe und ausführlich bis November miteinander diskutieren.

Ich wäre sehr interessiert daran, dass die Fraktion, die den Gesetzentwurf eingebracht hat, noch einmal mit den regierungstragenden Fraktionen das Gespräch sucht. Es gibt auch noch ein paar andere Dinge, die einer Neuregelung bedürfen, die aber mit dem ärztlichen Austausch untereinander und Vorbeugen und Erkennen von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch nichts zu tun haben. Möglicherweise wäre es sinnvoll, sich da auf ein gemeinsames Vorgehen zu verständigen.

Das ist das, was ich als Vorsitzender dazu zu sagen habe.

Der Tagesordnungspunkt wird bis zur Auswertung am 15. November 2022 vertagt.

Mit einem Dank an die Teilnehmenden für ihre Mitarbeit schließt **Vors. Abg. Josef Winkler** die Sitzung.

gez. Marion Schmieder
Protokollführerin

Anlage

Anlage

An der Videokonferenz teilnehmende Abgeordnete

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Kusch, Dr. Oliver	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Spies, Christoph	SPD
Teuber, Sven	SPD
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Welling, Torsten	CDU
Winkler, Josef Philip	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bollinger, Dr. Jan	AfD
Wink, Steven	FDP
Schwab, Helge	FREIE WÄHLER

Anzuhörende

Matheis, Dr. Günther	Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Ketteler, Dr. Katharina	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Zertifizierte Kinderschutzmedizinerin
Kownatzki, Dr. Ralf	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Vorsitzender RISKID e. V.
Weller, Simone	Opfer-Fallbegleiterin WEISSER RING e. V.
Werner, Volker	Referent, Allgemeiner Sozialer Dienst, Kreisjugendamt Trier-Saarburg
Eibl, Katharina	Referentin der Rechtsabteilung, Fachanwältin für Medizinrecht, Fachanwältin für Familienrecht, Ärztekammer Nordrhein
Koch, Klaus Rainer	Diplom-Psychologe

Landtagsverwaltung

Schlenz, Christian	Regierungsrat
Schmieder, Marion	Gaststenografin (Protokollführerin)