

N i e d e r s c h r i f t

über die 25. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 7. Dezember 2023

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2218](#)

Anhörung

- Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens	5
- Psychotherapeutenkammer Niedersachsen	9
- Ärztekammer Niedersachsen Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen	16
- Landesjugendhilfeausschuss	26
- Landesstelle Jugendschutz	30
- Forensische Kinderschutzambulanz der MHH	35

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Reinhold Hilbers (i. V. d. Abg. Volker Meyer) (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrätin Brüggeshemke (Mitglied).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.18 Uhr bis 13.12 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 24. Sitzung.

*

Unterrichtungswunsch

*Antrag der CDU-Fraktion vom 1. Dezember 2023 (s. **Anlage**)*

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung in Bezug auf landesrechtliche Probleme in der Krankenhausfinanzierung gemäß dem Rechtsgutachten „Funktionsgerechte Krankenhausfinanzierung und Krankenhausreform - Staatliche Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Grundgesetzes und des EU-Beihilferechts“, erstellt von Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf, Juristische Fakultät Universität Potsdam, im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V., Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V., Deutschen Roten Kreuzes e. V. und Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e. V., November 2023.

Tagesordnung:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2218](#)

erste Beratung: 19. Plenarsitzung am 13.09.2023

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

Anhörung

Zu dieser ersten Anhörung des Ausschusses in dieser Wahlperiode weist Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) einleitend darauf hin, dass die Anhörung in erster Linie dazu diene, die Ausführungen der Anzuhörenden entgegenzunehmen und ihnen dazu Fragen zu stellen. Die Beratung des Gesetzentwurfs mit politischen Statements seitens der Fraktionen werde erst in einer der nachfolgenden Sitzungen stattfinden. Insofern sollte auf lange Eingangsstatements zu den Fragen verbunden mit politischen Botschaften verzichtet werden. Nach Möglichkeit sollte auch der Zeitplan für diese Anhörung eingehalten werden. Nach dem Vortrag seitens der jeweiligen Anzuhörenden könnten die Ausschussmitglieder Rückfragen und Verständnisfragen stellen - nicht mehr, aber auch nicht weniger an dieser Stelle.

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9

Anwesend:

- Prof. Dr. Hubert Meyer (NLT)
- Cara Loth (NLT)

Prof. **Dr. Hubert Meyer**: Vielen Dank für die Möglichkeit, für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände zu dem Gesetzentwurf der CDU-Landtagsfraktion Stellung zu nehmen. Die Arbeitsgemeinschaft ist heute etwas ausgedünnt. Die beiden Gemeindeverbände lassen sich entschuldigen. Der Städtetag war noch guten Willens, die Kollegin vom Städtetag ist aber erkrankt. Insofern bitte ich um Nachsicht.

Der Kinderschutz ist ein sehr sensibles Thema und hat uns in der letzten Wahlperiode in diesem Hohen Hause und auch in diesem Ausschuss mehr als intensiv gemeinsam beschäftigt. Alles, was sich beim Thema Kinderschutz abspielt, ist eine wirklich sensible Angelegenheit und erfordert viel Fingerspitzengefühl. Uns ist insbesondere klar, dass es dabei auch darum geht, das Vertrauen zwischen den Ärzten und den zu behandelnden Menschen, insbesondere den Kindern, zu schützen und zu wahren.

Gleichwohl meinen wir, dass die interkollegiale ärztliche Kommunikation, die mit diesem Gesetzentwurf verbessert und gefördert werden soll, wichtig ist, weil wir Kindeswohlgefährdungen

in vielen Fällen nur durch ein Addieren von einzelnen Faktoren und Erkenntnissen wirklich bewerten und erkennen können. Bisher sind wir dabei häufig nach wie vor in einer rechtlichen Grauzone. Von daher ist es ausdrücklich zu begrüßen, wenn der fachliche Austausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten in diesem Zusammenhang erleichtert und auf eine rechtssichere Basis gestellt wird. Das ist insbesondere deswegen wichtig, weil gerade bei dieser Klientel aus guten Gründen ein „Arzt-Hopping“ festzustellen ist. Das heißt, man steuert verschiedene Ärzte an, weil man nicht in den Verdacht geraten will, man sei dort nach wenigen Monaten schon wieder mit dem gleichen Phänomen vorstellig.

Wir möchten uns eine Ergänzung erlauben und darauf hinweisen, dass uns nicht nur eine Regelung für die Kommunikation zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wünschenswert erscheint, sondern dass wir auch die Kooperation mit den Fachärztinnen und Fachärzten des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes für wichtig halten. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat aus anderen Anlässen auch Kontakt mit Kindern in diesem Alter. Wir sind beispielsweise in der Eingliederungshilfe in der Frühförderung tätig. Ich nenne die Schuleingangsuntersuchungen und die Kontakte, die es in Kindergärten gibt. Insofern glauben wir, dass es gerade wegen dieses Phänomens „Arzt-Hopping“, bei dem viele unterschiedliche niedergelassene Ärzte berührt werden, sinnvoll und zweckmäßig wäre, wenn man auch den fachlichen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen im Ärztlichen Dienst des ÖGD ermöglichen würde.

Mit dieser Bemerkung bin ich mit meinen Ausführungen schon am Ende.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Einschätzungen und für die schriftliche Stellungnahme, von der ich besonders herausstellen möchte, dass Sie auch den Hinweis gegeben haben, sich auch der Gewalt in Richtung Erwachsene zu widmen und diese nicht aus dem Blick zu lassen, gerade beispielsweise im Hinblick auf Pflegebedürftige; das ist heute aber nicht unser Thema.

Sie haben gerade das „Ärzte-Hopping“ angeführt. Darauf bezieht sich auch meine Frage an Sie als kommunale Vertreter. Die Zahl der Meldungen, die beim Jugendamt eingehen, hat uns als CDU-Fraktion ein bisschen aufhorchen lassen, weil darunter die Meldungen von Ärzten bzw. von Gesundheitspersonal im weiteren Sinne eine sehr untergeordnete Rolle spielen, was Kindeswohlgefährdungen betrifft. Hauptsächlich stammen die Meldungen von der Polizei und von Strafverfolgungsbehörden und sind es auch anonyme Hinweise von Nachbarn auf Familien, aber nur ein geringer Anteil der Meldungen - fast nur einstellig - stammt von Gesundheitspersonal. Wie erklären Sie sich das?

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Auch ich möchte gerne auf das Phänomen „Ärzte-Hopping“ eingehen. Diese Frage werde ich heute, glaube ich, allen Anzuhörenden stellen. Aber vielleicht können Sie das auch beurteilen. Sie haben als Grund genannt, dass man nicht in Verdacht geraten will und deshalb zu verschiedenen Ärzten geht. Von anderer Seite wird auch die Gefahr gesehen, dass Familien, die ohnehin schon ärztlich geringer versorgt sind, dann erst recht nicht zu Ärzt*innen gehen, weil sie die Sorge haben, dass ihre Daten weitergegeben werden, und ihnen Vertrauen in die Hilfesysteme fehlt. Dazu würde mich Ihre Stellungnahme interessieren.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Als Vertreter der Kommunen haben Sie sicherlich einen guten Überblick darüber, welche Bedarfe die Jugendhilfe in diesem Bereich hat. Haben Sie von deren Seite kommuniziert bekommen, dass dort der Wunsch nach einem stärkeren Austausch besteht? Ich stelle diese Frage vor dem Hintergrund der Beratungen in der Enquetekommission Kinderschutz in der vergangenen Wahlperiode. Dort gab es unterschiedliche Stellungnahmen und wurde auch darauf hingewiesen, dass es bereits viele Möglichkeiten für Ärzte zum Austausch gebe, aber nicht alle seien sicher darin, was sie sagen dürfen und was sie nicht sagen dürfen.

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): Ich habe mir die schriftliche Stellungnahme durchgelesen und habe auch aufmerksam zugehört und bin mir deswegen nicht ganz sicher, ob Sie dafür oder dagegen sind. Das ist mir nicht ganz klargeworden. Vielleicht können Sie das noch klarstellen.

Meine zweite Frage: Sie sprechen von „Arzt-Hopping“. Das entspricht nicht meinen Erfahrungen, was zumindest Kinderärzte anbetrifft. Denn wenn ich mich nur in meiner Umgebung umschaue, dann sind die Eltern eigentlich froh, wenn sie überhaupt einen Kinderarzt erreichen, und hüten sie sich auch, einen Wechsel vorzunehmen. Dieses Phänomen ist mir in der Kinder- und Jugendmedizin auch ein bisschen unbekannt.

Meine dritte Frage: Sie sagten, es wäre nicht schlecht, wenn die Ärzte rechtzeitig die Behörden, also das Jugendamt, die Amtsärzte usw. über eventuelle Auffälligkeiten informieren. Meinen Sie nicht, dass damit nicht auch eine gewisse Gefahr für die Ärzte verbunden ist, die sich ansonsten - so wie ich das aus meiner eigenen Erfahrung sagen kann - auf dem „kurzen Dienstweg“ verbinden und sich informieren? Jede Krankenhausbehandlung hat einen Behandlungsbrief zur Folge, der dann auch an den behandelnden oder zuständigen Kinderarzt geht. Die Kinderärzte tauschen sich natürlich auch untereinander aus. Sehen Sie keine Gefahr, dass dabei Informationen falsch verarbeitet oder falsch interpretiert werden, wenn nur Verdachtsmomente bei der Jugendbehörde ankommen, daraus dann irgendwelche Verwaltungsakte entstehen und das dann später zum Beispiel auf den Arzt zurückfällt? Denn dann ist ja auch ein Vertrauensverlust seitens der Patienten einzukalkulieren.

Prof. **Dr. Hubert Meyer**: Ich werde versuchen, die Fragen insgesamt zu beantworten, weil alle Fragen zum Teil einen ähnlichen Tenor hatten.

Herr Uhlen hatte begonnen mit der Frage: Warum kommen so wenig Meldungen aus dem ärztlichen Bereich, die im Jugendamt als Verdachtsfälle registriert werden? - Ich glaube, das hat damit zu tun - was auch Frau Schüßler ansprach -, dass wir in den letzten Jahren durch die grausamen Ereignisse in Hameln-Pyrmont und andernorts eine hohe Sensibilisierung in Kindertagesstätten, in Schulen und insbesondere auch im öffentlichen Bereich, im nachgeordneten Bereich der Polizei und der Strafverfolgungsbehörden haben und lieber einmal mehr eine Verdachtsanzeige an das Jugendamt gemeldet wird als weniger. Das ist bisher bei den Ärzten möglicherweise deswegen nicht der Fall, weil man nach wie vor das schützen möchte, was viele Fragesteller, insbesondere auch Frau Schendel, hier zum Ausdruck gebracht haben, nämlich dass man natürlich auch dieses Vertrauensverhältnis braucht, dass man überhaupt den Weg zum Arzt findet. Das ist die Ambivalenz. Manchmal würde ich mir wünschen, ich säße auch auf Ihrer Seite und könnte entscheiden. Heute bin ich ganz froh, dass ich auf dieser Seite des Tisches sitze. Denn

das Problem, einerseits das Vertrauensverhältnis zu schützen und andererseits möglichst frühzeitig einen fachlichen Austausch zu ermöglichen, können und müssen Sie, glaube ich, nur politisch lösen.

Dass es das Phänomen „Ärzte-Hopping“ gibt, ist uns mehrfach bestätigt worden, obwohl auch wir schon gehört haben, dass es schwierig ist, Termine bei Ärzten zu finden. Aber dann ist, glaube ich, die Besorgnis, dass man auffällt, größer als die Mühe, noch einen zweiten Arzt und dritten Arzt ausfindig zu machen.

Zu der Frage: Sind wir dafür oder dagegen? - Ich hätte mir gewünscht, dass wir uns klar und deutlich in unserer Stellungnahme dahin gehend ausgedrückt hätten, zu sagen: Wir würden diese Entscheidung im Sinne der Antragsteller beantworten und uns für eine solche verbesserte Kommunikation aussprechen. Es geht in diesem Fall ja nicht darum, Herr Rakicky, dass man das Jugendamt informieren kann - das muss man und kann man ohnehin, wenn man Verdachtsmomente hat -, sondern es geht darum, einen Austausch auf der ärztlichen Ebene zu erleichtern. Mein Eindruck aus der Praxis wäre eher zu sagen: Ist es tatsächlich so, wie Sie es geschildert haben, dass dort nach einem Kontakt reichlich solche Gespräche mit Fachkollegen gesucht werden? - Ich stelle mir das in der Praxis eher schwierig vor. Denn man muss ja wissen, wo der Mensch zuvor in ärztlicher Behandlung war. Wenn er das nicht sagt, weiß man gar nicht, wen man anrufen soll. Deswegen unser Hinweis: Vielleicht kann man über den öffentlichen Gesundheitsdienst eher sozusagen eine kleine zentrale Anlaufstelle im fachärztlichen Bereich schaffen.

Ob die Jugendhilfe das wünscht, Frau Schüßler, kann ich nicht sagen. Wir haben hier insbesondere Rückmeldungen aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes erhalten.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich habe nur eine technische Nachfrage, weil Sie - was ich sehr begrüße - die Kooperation mit den Fachärztinnen und Fachärzten des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes hervorgehoben und zum Ausdruck gebracht haben, dass eine solche Kooperation wünschenswert wäre. Glauben Sie, dass nach dem Gesetz auf Bundesebene zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen aus dem Juni 2021, das ja den Ländern die Möglichkeit einräumt, diesen interkollegialen Austausch zu ermöglichen, die Aufnahme dieser Fachärztinnen und Fachärzte mit abgedeckt wäre, also dass man sie mit einbeziehen kann?

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Auch ich habe eine eher technische Frage, nämlich ob die Formulierung im Gesetzentwurf „Ärztinnen und Ärzte“ auch den Austausch mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst mit umfasst. Diese Frage richtet sich eher an den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst.

Prof. **Dr. Hubert Meyer**: Wir wollten auf diese Notwendigkeit machen. Ich kann das aber nicht abschließend fachlich beurteilen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst wird dazu im weiteren Verfahren Stellung nehmen.

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5

Jörg Hermann: Auch ich bedanke mich für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Der Gesetzentwurf bezieht sich ja nicht direkt auf die Psychotherapeutenkammer. Wie wir in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben, sehen wir uns trotzdem als Heilberuf mit im Boot, der an dieser Stelle möglicherweise auch zu berücksichtigen wäre.

Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Professor Meyer hinsichtlich einer gewissen Ambivalenz anschließen. Im Endeffekt kommen wir jedoch, wie auch aus der schriftlichen Stellungnahme hervorgeht, zu einem anderen Ergebnis, weil wir die möglichen Nebenwirkungen stärker sehen als die Wirkung, die durch diese Änderung erreicht werden könnte.

Zunächst ein Satz zu mir, damit Sie den Hintergrund kennen: Ich vertrete die Psychotherapeutenkammer, bin aber selber in der Jugendhilfe tätig. Von daher habe ich durchaus auch noch einen etwas anderen Blick. Ich bin Leiter einer Erziehungsberatungsstelle und bin selber auch eine sogenannte „insoweit erfahrene Fachkraft im Kinderschutz“. Ich biete also auch diese Beratung mit an. Von daher habe ich auch ein bisschen eigene Eindrücke, was möglicherweise auch die Inanspruchnahme dieses Angebots durch Ärzt*innen angeht.

Ich möchte mich gerne auf zwei wichtige Punkte beziehen, die eben in den Fragen angeführt worden sind, nämlich die bisher offensichtlich als wenig erachteten Hinweise von Ärzt*innen, die an das Jugendamt gerichtet werden, und die möglicherweise bestehende Unsicherheit. Ich vermute genau an dieser Stelle einen Zusammenhang, nämlich dass in der Tat nach wie vor eine gewisse Unsicherheit besteht, dass die bisherigen gesetzlichen Grundlagen trotz verschiedener Kampagnen möglicherweise noch nicht so angekommen sind, was sie auch für die Berufsgeheimnisträger*innen bedeuten, und inwieweit man dann auch von Beratungsmöglichkeiten Gebrauch machen kann, um zu einer Einschätzung zu kommen und sich dann gegebenenfalls an das Jugendamt zu wenden, wenn man die eigenen Anhaltspunkte als gewichtig bewertet.

Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass es auf der einen Seite notwendig ist, darüber nachzudenken, wie der Kinderschutz weiter gestärkt werden kann und was dazu führen kann, dass möglicherweise relevante Situationen bislang unerkannt bleiben.

Auf der anderen Seite ist aber auch das Vertrauen besonders wichtig, wie Prof. Dr. Meyer vorhin auch angeführt hat. Von daher muss grundsätzlich auch weiterhin bedacht werden, dass das Vertrauen, das Sich-Anvertrauen an Hilfen, auch an ärztliche Hilfen und an andere Hilfen, ein ganz wichtiger Teil ist auch für diejenigen Familien, in denen möglicherweise eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder die Möglichkeit besteht, dass sich etwas in diese Richtung entwickelt. Von daher ist es eine Abwägungsfrage: Wie wichtig ist es einerseits, das Vertrauen zu halten, und wie wichtig ist es andererseits, Maßnahmen zu ergreifen, um den Kinderschutz zu verstärken?

Wir halten eigentlich die bisherigen Angebote durch die medizinische Kinderschutzhotline, durch die insoweit erfahrenen Fachkräfte und beispielsweise auch der MHH - Frau Dr. Debertin wird dazu etwas sagen können - für eine gute Grundlage für die Berufsgeheimnisträger*innen und auch für Ärzt*innen, dann, wenn sie Verdachtsmomente haben, diese zu sichern, um dann

die entsprechenden Schritte vorzunehmen, und zwar möglichst unverzüglich, ohne dass dann auch noch Zeit verloren geht.

Vor diesem Hintergrund ist uns nicht ganz deutlich geworden, warum dieser Vorschlag des interkollegialen Austauschs, der vorgeschaltet ist, einen Vorteil bringt. Wir meinen eher, es geht dann eher - wie wir auch schriftlich ausgeführt haben - in die Richtung, von anderen weitere Rückmeldungen zu bekommen, und nicht unbedingt in die Richtung, um die eigenen zu festigen. Das sehen wir als wesentlichen Teil bei dieser sehr komplexen und differenzierten Fragestellung. Im Kinderschutz-Kontext kommt es ja immer wieder zu Unsicherheiten. Es liegt sozusagen in der Natur der Sache, dass meistens nicht klar ist, ob wirklich ein Fall des Kinderschutzes vorliegt oder nicht. Denn wenn das klar ist, dann wird im Prinzip auch der Schritt zu den Jugendämtern gemacht, und dann wird gehandelt. Das heißt, es geht häufig um die Einschätzung, wenn man Verdachtsmomente hat, aber nicht abschließend genau weiß, wie sie zu bewerten sind. Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass man dann die Möglichkeit hat, die Situation wirklich zu reflektieren und zu einem Ergebnis zu kommen, das dann die Sicherheit mit sich bringt, in welche Richtung man geht: ob man mit Bordmitteln die Möglichkeit hat, Gefahren abzuwenden, oder ob man sich wirklich an das Jugendamt wenden muss. Das braucht in aller Regel bestimmte Ressourcen, die bei der fallführenden Fachkraft - wie wir sie immer nennen - zur Verfügung stehen müssen.

Der Gesetzentwurf geht eher dahin, dass gehört werden kann, ob jemand anderes aus dem kollegialen Bereich auch schon ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Das kann natürlich dazu führen, dass sich ein Verdacht verfestigt. Es kann aber auch sein, dass dabei Fehler passieren. Die werden durch einen solchen vorgeschalteten Austausch nicht ausgeräumt. Von daher sind wir eher skeptisch, ob das ein wichtiger Schritt ist, der gegangen werden muss. Möglicherweise gibt es Möglichkeiten, den noch auszuweiten, zu verändern.

Vor diesem Hintergrund sind wir im Moment der Auffassung, dass wir dem Gesetzentwurf nicht zustimmen würden, wenn wir gefragt sind. Wir sind gefragt; deswegen unsere Haltung dazu. Wir sind eher skeptisch.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank. Genau, Sie sind gefragt. Es ist der Sinn von Anhörungen, dass wir Expertise von außen einholen. Deswegen sind diese Statements wichtig.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank, dass Sie zu dieser Anhörung gekommen sind und unsere Fragen beantworten. Sehr oft wird von dem Vertrauen der Eltern auch gegenüber den Ärztinnen und Ärzten gesprochen. In diesem Fall geht es ja um Kinder, die zum Teil von ihren Eltern misshandelt werden. Das heißt, diese Eltern haben eventuell gar kein Interesse daran, dass die Ärztinnen und Ärzte mitbekommen, was zu Hause passiert. Inwieweit glauben Sie, dass diese Eltern - es geht ja nicht um Eltern, die ihr Kind vielleicht aus Überforderung heraus falsch behandeln, sondern um diejenigen Eltern, die ihr Kind bewusst misshandeln - überhaupt ein Vertrauensverhältnis zu der Ärzteschaft aufbauen würden oder ob es in diesem Fall generell gar kein Vertrauen gäbe? Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Sie haben auch die Kinderschutzhotline angesprochen. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin vielleicht einen ersten Anfangsverdacht hat, der aber noch nicht so weitgehend ist, dass es zu einer Meldung kommen würde, und wenn die Eltern beim nächsten Arztbesuch mitbekommen, dass der Arzt den ersten Verdacht hatte, dann kommt es ja zu dem „Ärzte-Hopping“, dass sie den Arzt wechseln. Dazu würde mich interessieren: Wie, glauben Sie, gehen die Ärzte dann damit um?

Denn wenn die Kinder dann aus den Praxen verschwunden sind, wissen die Ärzte ja gar nicht, wohin sie gehen. Glauben Sie, dass die Ärzte schon bei den ersten Schichten eines Verdachtsmoments diese Hotline benutzen? Oder wäre es nicht sinnvoll, dass sie dann ihren ersten Verdacht weitergeben und dann verfolgen könnten, wie sich der Verdacht in den nächsten Arztpraxen entwickelt?

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Sie sind in Ihrer schriftlichen Stellungnahme darauf eingegangen, dass Sie einen solchen Austausch, wenn diese Gesetzesänderung vorgenommen würde, sogar für die Psychotherapeuten befürworten würden. Mir hat sich in diesem Zusammenhang die Frage gestellt, ob das nicht auch eine Bürde sein kann. Denn die Möglichkeit des Austausches eröffnet ja auch eine gewisse Verpflichtung. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für die ausführliche schriftliche Stellungnahme. Ich fand es sehr hilfreich, in der gesamten Abwägung die verschiedenen Perspektiven, die Sie eingebracht haben, nachzuvollziehen. Dazu habe ich noch zwei Fragen.

Erstens. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme und auch eben in Ihren Ausführungen haben Sie erwähnt, dass man alternativ mehr auf die Strukturen und Ressourcen schauen könnte bzw. müsste, um die Erreichbarkeit des medizinischen Personals im Kinderschutz zu gewährleisten. So habe ich das verstanden. Ich bitte Sie, das genauer zu erläutern und auszuführen, was damit gemeint ist.

Ist Ihnen zweitens die Umsetzung in den anderen Bundesländern bekannt? Ich habe den Eindruck, dass sich einzelne Umsetzungen stärker auf die bestehenden Strukturen konzentrieren, konkret wann man zum Jugendamt melden müsste. Sehen Sie Vorteile darin, wenn das genauer ausgeführt wird, im Unterschied zu dem Gesetzentwurf, in dem das nicht noch einmal ausgeführt ist?

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Aus Ihrer schriftlichen Stellungnahme ist mir vor allem der Begriff „Verantwortungsdiffusion“ in Erinnerung geblieben. Wie stellen Sie sich das im Konkreten vor? Uns geht es ja darum, dass ein Arzt gegebenenfalls seine Verdachtsmomente erhärten kann, indem er sich interkollegial austauscht. Sie sagen, dabei wird sich - vielleicht ist das die falsche Begrifflichkeit - im Grunde genommen der schwarze Peter zugeschoben: „Meinst du nicht, man sollte?“ Dann sagt der andere Arzt: „Nein, eigentlich nicht!“ Dann hat man die Verantwortung von sich. So stelle ich mir das im Grunde genommen vor. Ich glaube aber nicht, dass das ein Fall wäre, den man in der Praxis tatsächlich konstruieren könnte. Insofern würde mich interessieren, warum aus Ihrer Sicht Ärzte in der Praxis geneigt wären, ihre Verantwortung von sich zu schieben.

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): Vielen Dank für Ihre schriftliche Stellungnahme. Sie haben viel gesagt, was ich auch unterschreiben würde. Mich interessieren Ihre Erfahrungen bzw. Ihre Meinung. Vorhin wurde hier „Ärzte-Hopping“ erwähnt. Das ist, bezogen auf die Kinderärzte oder Versorgung von Kindern, tatsächlich ein auffälliges Phänomen, wenn Eltern in der aktuellen Situation, in der es einen Mangel an Kinderärzten und Psychotherapeuten gibt, ihren Kinderarzt oder Psychotherapeuten wechseln. Würden Sie das dann auch als möglichen Hinweis auf Auffälligkeiten werten, etwas zu verdecken oder nicht preiszugeben? Ist der Psychotherapeut ein bisschen hellhörig, wenn sich dieses Phänomen bei Familien zeigt und die Fa-

milie den Psychotherapeuten wechselt? Fragt dann der Psychotherapeut oder der Betreuer, warum das geschieht, oder macht er sich solche Gedanken und greift er dann unter Umständen zum Hörer und fragt nach? Ich kann aus eigener Erfahrung sagen: Wenn ein Patient zu mir kommt, der zuvor woanders behandelt worden ist, dann frage ich ihn natürlich, wo er behandelt wurde. Denn es ist ja auch für die therapeutischen Entscheidungen wichtig, dass man weiß, was zuvor gemacht worden ist. Das können die Patienten auch nicht sagen. Entweder man verlangt dann Unterlagen oder ruft den Kollegen an. Der Austausch der Ärzte ist also schon da. Ich würde nicht unterschreiben, dass der Austausch der Ärzte nicht da ist.

Haben Sie den Eindruck, dass, wenn man in der alltäglichen Praxis bei den Psychotherapeuten Auffälligkeiten oder deutliche bzw. ausreichende Anhaltspunkte in Richtung Kindeswohlgefährdung findet, bereits zurzeit Mechanismen und Möglichkeiten vorhanden sind, um Meldungen bei den zuständigen Stellen abzugeben, die dem dann Einhalt bieten?

Jörg Hermann: Zunächst zu der Frage des Vertrauens, wenn sich misshandelnde Eltern an den Arzt oder die Ärztin wenden. Sicherlich gibt es Familien, bei denen Vertrauen nicht gegeben ist oder bei denen die Beziehung zu der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nicht als wesentlich empfunden wird, sondern das Verdecken womöglich im Vordergrund steht. Das vermute ich. Davon müssen wir ausgehen.

Was uns bei unseren Überlegungen auch leitet, ist, dass wir es hier mit Rechtsnormen und Abläufen zu tun haben, die als hilfreich betrachtet werden, um den Kinderschutz zu verbessern, und die für alle kinderschutzrelevanten Situationen gelten sollen. Sie sollten aber in ihrer Komplexität nicht noch mehr zunehmen, weil dann wahrscheinlich Unsicherheiten darüber, wie man vorgeht, noch weiterhin bestehen. Sie gelten für diejenigen, die - möglicherweise nicht aus Überforderungssituationen - Gewalt gegenüber Kindern ausüben. Sie gelten aber auch für diejenigen, die aus Überforderungssituationen möglicherweise gewalttätig werden oder Kinder vernachlässigen.

Uns ist es ein wichtiges Anliegen, dass die Abläufe für alle, die auf der Grundlage dieser Abläufe handeln sollen, transparent sind. Es ist sicherlich notwendig, Maßnahmen zu finden, damit kinderschutzrelevante Situationen weniger durch „Ärzte-Hopping“ durch das Netz fallen. Uns ist es aber wichtig, dass wir immer wieder abwägen: Was würde das im Zweifel auch bedeuten? Was bedeutet es auch für diejenigen, zu denen das Vertrauensverhältnis geschwächt wird? Man kann, glaube ich, erwarten, dass sich solche Regelungen durchaus herumsprechen, wenn das bekannt wird. Ich glaube nicht, dass die Gesetze studiert werden. Aber wir haben durchaus immer wieder mit Familien zu tun, die große Ressentiments haben, sich an Jugendämter zu wenden, weil sie entweder eigene Erfahrungen gemacht haben oder ihnen bekannte Familien solche Erfahrungen gemacht haben. Man sollte nicht unterschätzen, dass durchaus bekannt sein kann, dass Verschwiegenheit natürlich auch weiterhin ein hohes Gut ist, aber dass es eine weitere Einschränkung gibt. Das kann ich jetzt zwar nicht belegen, aber ich halte es durchaus für erwartbar, dass das passieren kann.

Zu dem Thema Verpflichtung für Psychotherapeuten, wenn sie ebenfalls mit berücksichtigt werden: Ich glaube, dass das für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weniger ein Thema sein wird, weil an dieser Stelle so etwas wie Mitbehandlung oder Weiterverweisung weniger in der Praxis liegt als bei Ärztinnen und Ärzten, wo möglicherweise beispielsweise ein Kinderarzt

mit dem Orthopäden kooperiert und wo es dann möglicherweise auch näher liegt, einen fachlichen interkollegialen Austausch zu betreiben. Das wäre hier eher nur dann zu erwarten, wenn ein Kind bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und dessen Eltern bei einem Erwachsenenpsychotherapeuten in Behandlung wären. Ich halte es eigentlich nicht für so sehr erwartbar, dass das an dieser Stelle für unsere Berufsgruppen relevant wäre.

Es war mehr die Frage: Warum bezieht man es allein auf Ärztinnen und Ärzte? Denn wenn es wirklich darum geht, einzelne Verdachtsmomente auch durch Verdachtsmomente anderer zu erhärten, dann könnte man in der Tat auch an einen berufsübergreifenden Austausch denken. Dann sind ja manchmal vielleicht sogar Lehrerinnen oder Lehrer oder Schulsozialarbeiter wichtig, um manche Verdachtsmomente zu erhärten. Uns war nicht ganz klar, warum man das an dieser Stelle beschränkt.

Zum Thema Ressourcen: Damit ist gemeint, dass für die Abwägung und dann möglicherweise für die Entscheidung, ob eine Situation vorliegt, die an das Jugendamt gemeldet werden sollte, in der täglichen Praxis häufig sehr wenig Zeit ist, wenn man an den Patientendurchlauf denkt. Es gibt natürlich die sogenannten einmaligen Situationen, in denen möglicherweise Misshandlungsmerkmale zu erkennen sind. Es gibt aber immer wieder auch Fälle, die zu Unsicherheiten führen, wenn einem immer wieder etwas komisch vorkommt, wenn man immer wieder ein ungutes Gefühl hat. Das sind ja häufig Dinge, die - soweit ich das von Kolleginnen und Kollegen auch aus dem Bereich der Kinderärzte weiß - einen irgendwann dazu veranlassen zu sagen: Das kann ich doch nicht so auf sich bewenden lassen! - Misslich ist, dass dann, wenn es darum geht, die bestehenden Möglichkeiten zu konsultieren, einfach sehr wenig Zeit dafür vorhanden ist. Das ist natürlich nachvollziehbar. Es ist immer relativ einfach, eine insoweit erfahrene Fachkraft in Anspruch zu nehmen, wenn ich selber in einem Anstellungsverhältnis bin und das im Rahmen meiner Dienstzeit machen kann, sei es nun in einer Kita oder als Lehrerin oder Lehrer an der Schule, in der Schulsozialarbeit oder wie auch immer, oder ob ich das in meiner psychotherapeutischen oder vor allem in meiner ärztlichen Praxis tue, wenn noch viele Patienten im Wartezimmer sitzen und ohnehin nur relativ wenig Zeit für die Behandlung des einzelnen Patienten bleibt.

Wenn man auch vom Bundesgesetzgeber her wirklich möchte, dass die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte stärker ins Boot kommen kann, dann müsste möglicherweise auch über eine Ziffer in der Gebührenordnung für solche Verdachtsfälle nachgedacht werden, für die Gespräche geführt werden müssen, um das abzuklären, und zwar unabhängig davon, was im Endeffekt dabei herauskommt. Es kann ja auch nicht sein, dass das nur dann abrechenbar ist, wenn hinterher der Verdacht erhärtet wird, weil das sonst möglicherweise Effekte auf das Ergebnis eines Abwägungsprozesses haben kann. Denn in aller Regel brauchen diese Einschätzungsvorgänge zeitliche Ressourcen.

Zu der Frage zur Umsetzung in anderen Bundesländern kann ich nur sagen: Nein, dazu habe ich keine klaren Erkenntnisse und möchte ich von daher auch nicht spekulieren.

Zu der Frage, ob eine Meldung, die auf ein Missverständnis zurückgeht, noch zu einer Verstärkung des „Ärzte-Hoppings“ führen könnte und ob Eltern, die etwas verdecken wollen oder bei denen Verdachtsmomente bestehen, tatsächlich „Ärzte-Hopping“ betreiben: Dazu liegen mir keine Zahlen oder Daten vor. Ich kenne das Phänomen „Ärzte-Hopping“, das auch aus dem kin-

der ärztlichen Bereich beschrieben wird. Das ist sicherlich vorhanden. Es ist gut, wenn man darüber nachdenkt, was man möglicherweise dagegen tun kann. Im psychotherapeutischen Bereich sehe ich jetzt weniger die Kinderschutzfälle, sondern auch da ist es natürlich hin und wieder möglich, dass man den Eindruck hat, dass man mit der Behandlerin oder dem Behandler nicht klarkommt, was manchmal vielleicht auch mit der eigenen Problematik oder auch mit der Situation, manche Dinge nicht sehen zu wollen - das ist ja in solchen problematischen Situationen durchaus häufiger der Fall -, zu tun hat. Ich denke, dieses Phänomen gibt es ohnehin. Da würde ich jetzt keine starken Auswirkungen sehen. Das ist davon unabhängig.

Ihre Frage zu dem Begriff „Verantwortungsdiffusion“ haben Sie ein bisschen zugespitzt. Unsere Idee ist nicht, dass Ärzte dadurch nicht ihre Verantwortung wahrnehmen. Auch bei den anderen Berufsgruppen ist nach meiner Kenntnis beim Kinderschutz und bei den sogenannten Fallwerkstätten, die es im Bereich der Forschung ja auch gibt, in aller Regel das Prinzip der fallführenden Fachkraft entscheidend, die weiß, dass sie den Hut aufhat und ihren Verdacht ausreichend abklären muss, um dann zu wissen, ob sie handeln muss, ob sie handeln darf oder ob sie handeln soll. Nach meinem Eindruck würde die neue Regelung das nicht fördern. Dann haben möglicherweise zwei Ärzte einen Hinweis, der für sie jeweils allein nicht ausreicht, tätig zu werden, und wäre es die Frage: Wer führt das jetzt weiter? Wer hat dann die Ressourcen oder die Kapazitäten, daraus etwas zu machen und entscheidend tätig zu werden oder nicht tätig zu werden? - Dieses Problem wird durch den Vorschlag nicht gelöst. Das ist der Punkt. - Ich gehe selbstverständlich davon aus, dass in solchen Fällen alle ihre Verantwortung wahrnehmen. Aber es gibt auch im Jugendhilfebereich immer wieder die Situation - wir kennen das aus verschiedenen gravierenden Fallschilderungen, die auch öffentlich geworden sind -: Wenn mehrere Helfer am Start sind, dann denkt der eine, dass der andere etwas tut. Das ist natürlich immer hochproblematisch und gilt es zu unterbinden.

Daher sind wir der Auffassung, dass dann, wenn die Wege nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz sowie nach §§ 8 a und 8 b SGB VIII genutzt werden, dies sinnvoll und ausreichend ist.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Antworten. Zum Thema Ressourcen möchte ich gerne noch eine Frage anschließen, die vielleicht auch in unserem Handlungsbereich liegt. Mir ist vor Kurzem zugetragen worden, dass es Modellprojekte zu Kooperationen zwischen Praxen und der Jugendhilfe bzw. Sozialarbeit gibt. Ist Ihnen das bekannt, und können Sie dazu etwas aus Ihren Erfahrungen beitragen?

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben eben den Zeitaspekt als Grund angeführt, weshalb Vorfälle nicht gemeldet werden oder Verdachtsfällen nicht nachgegangen wird. In einem Artikel in der Fachzeitschrift *der niedergelassene arzt* habe ich gelesen, dass sich 25 % der Ärztinnen und Ärzte darum sorgen, wann sie von der Schweigepflicht entbunden werden könnten, und 26 % unsicher sind, wie sie im Verdachtsfall handeln sollen. Ich glaube nicht, dass allein Zeitressourcen der Grund sind. Wäre im Hinblick auf die von uns vorgeschlagene Gesetzesänderung nicht gerade für diese 51 % eine rechtliche Klarstellung sinnvoll und zielführend?

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Meine Frage zielt in eine ähnliche Richtung. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme darauf verwiesen, dass durch das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz einige Verbesserungen des § 8 a SGB VIII im Bereich der Information vorgenommen worden sind.

Inwieweit ist dieses Instrument in der Ärzteschaft bekannt bzw. wie könnte man den Bekanntheitsgrad erhöhen?

Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD): Ich habe noch zwei Fragen. Mich interessieren erstens Ihre fachlichen Erfahrungen. Erkennen Sie bei einem misshandelten Kind ausreichend Auffälligkeiten in dessen Verhalten, sodass Sie dann daraus einen Verdacht schöpfen können?

Zweitens. Ist bei Ihnen schon ein Fall vorgekommen, in dem Sie überlegt haben, eine Meldung zu machen, oder in dem Sie das sogar getan haben?

Jörg Hermann: Zu der letzten Frage: Ja, auch in meinem Beratungsalltag hat es das natürlich schon gegeben. Zu der Frage zum Verhalten des Kindes: Ja, Kinder zeigen aufgrund von Misshandlungssituationen zum Teil auffälliges Verhalten, wobei man - das ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Aspekt - natürlich sehr zurückhaltend sein sollte, voreilig von Verhaltensauffälligkeiten auf zugrundeliegende Misshandlungseignisse zu schließen, weil man in aller Regel nicht eins zu eins eine Verhaltensauffälligkeit eines Kindes einer bestimmten Ursache zuschreiben kann.

Die Fragen bezüglich der Unsicherheit und der zeitlichen Ressourcen hingen, wenn ich es richtig verstanden habe, zusammen. Ich sehe den wesentlichen Punkt in der Tat auch in der Unsicherheit. Die Unsicherheit ist nach unserer Einschätzung eher der Tatsache geschuldet, dass möglicherweise die bisher vorhandenen Möglichkeiten nicht ausreichend publik bzw. bekannt sind. Wir haben jetzt beispielsweise erneut eine Anfrage aus dem Klinikum bei uns, zu diesen Fragen zu schulen. Wir glauben, das ist nicht nur eine Frage, möglicherweise auch zu lesen, dass es eine gesetzliche Änderung gibt, sondern auch zu verstehen, was das im Endeffekt bedeutet, und sich damit zu beschäftigen.

Auch hier sind wir wieder bei dem Thema Zeit und wie das zu den eigentlichen Aufgaben passt. Das ist also wirklich eine gewisse Herausforderung; das ist gar keine Frage. Ich finde es notwendig. Obwohl ich selber kein Arzt bin, weise ich auch immer wieder darauf hin, dass es wichtig ist, wenn es darum geht, die Ärztinnen und Ärzte stärker in den Kinderschutz zu integrieren, dabei auch deren berufliche Situation zu betrachten und nicht davon auszugehen, dass die das ohnehin machen müssen, sondern zu überlegen, wie das zu deren eigentlichen Aufgaben passt. Das finde ich schon beachtenswert.

Zu der Frage zur Zusammenarbeit: In verschiedenen Ländern gibt es inzwischen gemeinsame Qualitätszirkel, die auch den Austausch fördern können. Bei diesem Austausch geht es dann anonymisiert um Abläufe, um das Verstehen von Prozessen und von Zusammenhängen und darum, gegenseitig Erkenntnisse zu gewinnen, wie das jeweilige andere System funktioniert. Denn wir haben ja immer die Situation, dass man mit einer Meldung aus dem Gesundheitssystem eigentlich auch an das Jugendhilfesystem herantritt. Das ist so ein bisschen wie ein Buch mit sieben Siegeln. Zwischen beiden Bereichen gibt es nach wie vor noch einige Vorurteile und manchmal vielleicht weniger wirkliche Kenntnisse. Das gilt es zu stärken. Das wäre aus unserer Sicht ein wesentlicher Beitrag, den Prozess der Übergabe vom einen an das andere System - in Kinderschutzfragen hat ja die Jugendhilfe den Hut auf und muss sie tätig werden - zu erleichtern, sodass man dann auch weiß, wie das andere System funktioniert.

Ärzttekammer Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen

Dr. Thomas Buck: Ich muss gestehen, ich kann jetzt mit meinem Statement noch gar nicht beginnen. Ich spreche hier als Landesvorstand der Ärztekammer. Ich vertrete hier aber auch als Obmann der Kinderärzte alle Kinder- und Jugendärzte in Niedersachsen und bin selber als Kinderarzt am Stadtrand von Hannover tätig.

In dieser Diskussion vermengen wir mehrere Aspekte. Als ich mich vor 21 Jahren in Misburg niedergelassen habe - das ist ja, freundlich ausgedrückt, ein Schwellenstadtteil, der sehr inhomogen ist -, habe ich zwei Häuser weiter angeklopft und gesagt: „Ich bin der Kinderarzt! Bis zu meiner Rente werde ich hier sein! Ihr seid der KSD, wir sollten uns kennen!“ - Das funktioniert unterschiedlich und hängt auch davon ab, wie viele Ressourcen die einzelnen Kommunen diesen Abteilungen zubilligen. Ich würde mir dort einen niedrighwelligen Zugang wünschen. Es gibt auch einige Kommunen, in denen Kinderärzte diesen Weg nicht mehr beschreiten, weil sie einfach nicht das Gefühl haben, dass sie gehört werden.

Darum geht es aber heute gar nicht, sondern heute geht es darum, was die Schweigepflicht aus uns macht. Wir müssen an dieser Stelle ganz klar sagen: Die Schweigepflicht bedeutet, dass die Familien, die sich an uns wenden, in diesem Rahmen vertrauensvoll etwas äußern können, von dem sie wissen, dass es danach keine Strafverfolgung gibt, dass es bei uns bleibt. Aber es ist uns ganz klar, und es ist auch eine brutale Realität in der Kinderheilkunde und in der Erwachsenenmedizin: Damit bekommen wir manchmal natürlich auch Hinweise auf Straftaten.

Ja, wir reden hier über Kindesschutzgefährdung. Das ist kein Kavaliersdelikt! Aber die Welt ist nicht schwarz und weiß. Das heißt, es ist uns in den Praxen manchmal nicht möglich, das gut einzuschätzen. Frau Debertin wird nach mir Stellung nehmen. Sie weiß, der letzte Fall, den wir hatten, war eine vaginale Verletzung, bei dem es einen schwachen Verdacht gab, dass es etwas war, was wir alle nicht wissen, was wir alle nicht haben wollen. Diesen Verdacht konnte sie gut ausräumen. Das finde ich toll! Diese Wege gibt es. Die Wege zum KSD gibt es, und die Wege zum öffentlichen Gesundheitsdienst gibt es je nachdem, um welche Kommune es geht.

Darum geht es heute aber nicht, sondern es geht darum: Wenn ich zum Beispiel Notdienst in der Bult habe, dann habe ich da eine Praxis-EDV, in der ich Verletzungen dokumentiere. Die werden aber nach einem Dienst gelöscht. Das ist Datenschutz! Das ist aber auch Schweigepflicht! Das ist ja auch berechtigt. Aber das bedeutet auch, dass Informationsfluss nicht stattfindet.

Sie sagen: Das „Ärzte-Hopping“ ist schwierig, wenn die Familien keinen Kinderarzt kriegen. - Entschuldigung, wir reden hier über eine Minderheit, die nicht unbedingt den Kinderarzt sucht, sondern da mal im Notdienst auftaucht, hier mal beim Arzt auftaucht und dort mal beim Arzt auftaucht. Dann sehe ich die Impfausweise und Vorsorgehefte und denke: Komisch, die sind nicht umgezogen, da sind aber acht Kollegen drin? - Sich mit acht Kollegen nicht gut zu verstehen, finde ich schwierig. Dann darf ich aber nicht bei den Kollegen nachhaken: „Bei diesem Kind steht der Arm so komisch! War das schon immer so? Gab es da ein Trauma?“ - Das darf ich nicht!

Es geht nicht darum, dass Kolleginnen und Kollegen sich manchmal zu wenig auskennen, wann sie sich an den KSD wenden dürfen. Diese Fragen haben wir ganz häufig und habe ich als Obmann der Kinderärzte hier im Verwaltungsbezirk Hannover. Dann sage ich immer: „Wende dich an unsere Justiziarin Frau Nolting! Die erzählt ganz genau, was Ärztinnen und Ärzte jetzt schon dürfen!“ - Darum geht es nicht. Das ist schon geregelt. Aber wir haben ein Restrisiko. Dieses Restrisiko wollen Sie hier regeln.

Ich bin meinem Vorredner dankbar, dass sein zweiter Satz war: Schade, wir sind als Psychotherapeuten nicht mit erfasst. - Das stimmt. Ich verstehe dann aber nicht die Konsequenz, dass es deshalb nicht geregelt werden soll. Das finde ich ganz irritierend. Eine meiner Forderungen wäre gewesen, dass selbstverständlich auch andere Gruppen, die Patienten betreuen, in diese Regelung mit einbezogen werden können. Nur, das können Sie an dieser Stelle nicht regeln. Das ist nämlich Bundesrecht.

Und natürlich muss diese Regelung auch für nicht Minderjährige gelten. Wenn ich eine Mutter sehe, die Verletzungsmerkmale hat, dann habe ich wieder die Schweigepflicht. Auch das muss auf der Bundesebene geregelt werden.

Insofern sage ich hier ganz klar: Ja, Sie haben völlig recht, die Schweigepflicht ist ein hohes Rechtsgut. Sie formulieren ja schon ziemlich zutreffend, dass ein gewichtiger Grund vorliegen muss, um sie aufzuweichen. - Dazu sage ich ganz klar: Als Arzt in der Niederlassung ist man mit juristischen Formulierungen, ich will nicht sagen: gestraft, aber es ist schon erstaunlich, mit wie vielen juristischen Vorgaben wir uns auch berechtigt auseinandersetzen müssen. Das ist eine relativ unkonkrete Formulierung. Ich hätte mir gewünscht, wenn eine ähnliche Regelung wie in Nordrhein-Westfalen gewählt worden wäre, nämlich in dem Sinne: „ein gewichtiger Grund wie psychische, physische, sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigung“. In dem Moment ist dem Ganzen auch ein Riegel vorgeschoben.

Ich sage ganz klar: Patienten können darauf vertrauen, dass wir die Schweigepflicht einhalten. Aber es muss eine Ausnahme geben. Bei Kindern geht es um das Kindeswohl eines Dritten. Dann fällt es mir schwer zu sagen: Ich schütze jetzt die Familie! - Das ist medizinethisch, glaube ich, nur in einer einzigen Richtung zu beurteilen.

Darum tut es mir leid, dass ich hier von meiner ursprünglichen Stellungnahme, die sehr viel staatstragender gewesen wäre, abweichen muss. Ich sage hier ganz klar: Es geht heute darum, dass Sie diese Formulierung so wählen, dass sie rechtssicher ist. In vielen Punkten haben wir schon Rechtssicherheit. Das ist besser geworden. Dafür bedanke ich mich an dieser Stelle. Aber in diesem Punkt fehlt noch Rechtssicherheit. Wenn man im Impfausweis die Namen von drei Kollegen sieht und bei dem Patienten ein „Geschmäcke“ hat - manchmal ist es nicht so -, aber dann sieht, dass auch schon der benachbarte Kinderarzt darin steht, den man kennt, dann ruft man dort an und sagt: „Ich habe bei diesem Patienten ein schlechtes Gefühl!“ Wenn er dann sagt: „Ich kenne ihn super gut, mein Sohn ist mit ihm im Tennisclub, dort läuft es super!“, dann kann man sagen: „Okay, dann stehe ich auf dem falschen Schlauch!“ Dann ist das so. Wir haben aber ganz häufig Verdachtsmomente, die sich erhärten.

Ich war noch in meiner Hamburger Zeit an einem schlimmen Beispiel beteiligt. Da hat das nicht funktioniert. Das Kind war mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma im Krankenhaus, wo die Eltern eine Geschichte erzählten, wie das passiert ist. Damals habe ich als junger Assistent die

Rechtsmedizin eingeschaltet. Die hat dann gesagt: „Das können wir nicht widerlegen!“ - Ein Jahr später hat der Stiefvater das Kind ertränkt. Bei diesem Verfahren ist das Ganze noch einmal aufgerollt worden. Es gab fünf solche Geschichten! Das Kind könnte heute noch leben - sicherlich mit schweren Einschränkungen nach dem Schädel-Hirn-Trauma. Aber das passiert, wenn wir Informationen nicht verketten!

Dazu sage ich aus der Basis: Das darf nicht sein! - Natürlich bin ich immer sehr genervt über Kolleginnen und Kollegen, die nicht wissen, dass sie sich jetzt schon an den KSD wenden können, die nicht wissen, wohin sie sich anonym wenden können. Darüber brauchen wir nicht zu diskutieren. Als Ärztekammer haben wir dieses Problem sehr wohl erkannt. Wir werden auch gemeinsam mit dem Sozialministerium dieses Jahr eine große Fortbildung durchführen, um dieses Wissen noch einmal in die Ärzteschaft zu tragen.

Ich habe vorhin auch noch mit Frau Debertin darüber gesprochen, wie wichtig es ist, dass wir solche Aspekte immer wieder klarmachen. Im Föderalismus ist es manchmal schwierig, herauszufinden, wer in welcher Gemeinde zuständig ist. Das ist unstrittig. Aber wir brauchen eine klare juristische Vorgabe. Diese Gesetzesvorschläge, die Sie hier machen, liegen seit zwei Jahren auf Eis. Wir alle wissen, was Corona mit den Familien gemacht hat. Wir wissen, dass es eine Zunahme an häuslicher Gewalt gibt. Es muss langsam geregelt werden. Auch sollte geregelt werden, was langfristig mit den Psychotherapeuten oder mit anderen medizinischen Fachgruppen ist, die hier gar nicht genannt werden. Das kann aber nicht das Land regeln, sondern das muss der Bund regeln. Es muss auch geregelt werden, was mit nicht minderjährigen Opfern passiert. Vielleicht muss auch noch das eine oder andere nachjustiert und zum Beispiel geregelt werden, wo die Ausnahmen der Schweigepflichtsentbindung sind. Denn wir wollen keine Schweigepflichtdiffusion. Die Schweigepflicht bleibt ein hohes Rechtsgut auch in unserer Berufsordnung.

Ich bitte Sie darum, das schnell umzusetzen und nicht weiter zu warten, damit es in der Diffusion der Gesetzgebung verschwindet.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Es war ja von vornherein klar, dass wir eine weitere Position von Ihnen bekommen. Ich finde es sehr wichtig, dass wir uns mit den verschiedenen Perspektiven sehr intensiv austauschen. Ich habe dazu noch einige Fragen, um das zu verstehen. Sie haben gesagt, dass manche Familien beim Notdienst auffallen. Inwiefern hilft dann ein Austausch mit den Fachkolleg*innen, bei denen die Familie vorher war? Hilft das, den Verdacht zu erhärten, und hilft das in der Folge, wenn Sie sich dann an den KSD wenden?

Dr. Thomas Buck: Nein.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Dann stellt sich die Frage: Was hilft der interkollegiale Ärzteaustausch dann im weiteren System? Welche Auswirkungen hat also der Austausch auf die weitere Meldekette?

Sie haben auch angeführt, dass man die Ausnahmen von der Schweigepflicht genauer spezifizieren müsste. Auch andere Stellungnahmen bezogen sich ja darauf, dass man genau spezifizieren müsste, was ein interkollegialer Ärzteaustausch beinhaltet usw. Woran denken Sie dabei?

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Herr Dr. Buck, Sie sind ja in dieser Anhörung als Einziger der Adressat unseres Gesetzentwurfs. Insofern gibt es heute viele

Fragen an Sie. Ich möchte mich nur auf zwei Fragen beschränken und dabei Fragen aufnehmen, die vorhin gestellt worden sind. Das ist zum einen die Frage: Wer hat den Hut auf? Diese Frage bezieht sich auf das Stichwort „Verantwortungsdiffusion“. Glauben Sie, dass jemand aus der Verantwortung gezogen wird, wenn er in diesen interkollegialen Austausch geht?

Zum anderen: Wie schätzen Sie die Frage des Vertrauensverlustes bei Familien ein, um die es bei diesem Thema geht?

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank, dass Sie auch Beispiele aus der Praxis geschildert haben. Es hilft sehr, wenn man als Laie solche Schilderungen hört, wie die Situation tatsächlich ist. Ich habe bei diesem Gesetzentwurf gar nicht primär an eine solche Notfallsituation gedacht. Von daher ist es gut, dass Sie das dargestellt haben.

Meine Frage zu Ihrer Stellungnahme bezieht sich darauf, inwieweit dieser Gesetzentwurf konkreter gefasst werden muss, um die Rechtssicherheit für alle Ärztinnen und Ärzte zu verbessern, wenn sie spontan feststellen, dass jetzt der Moment gekommen ist - oder eben nicht gekommen ist -, in einen Austausch zu treten. Dazu haben Sie gerade schon etwas ausgeführt. Sie kennen offensichtlich auch die Entwürfe bzw. Gesetze in anderen Bundesländern. Vielleicht haben Sie insofern noch Ergänzungswünsche.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Auch von mir ein ganz herzliches Dankeschön für Ihre wirklich eindrückliche Stellungnahme, die mir vor Augen geführt hat, welche Notwendigkeit in diesem Bereich besteht und dass viele andere Bereiche den Graubereich nicht ausmerzen können, der es immer wieder ermöglicht, Misshandlungen von Kindern zu vertuschen, sodass diese nicht erkannt werden. Laut Statistik nehmen über 90 % der Kinder zumindest in den ersten drei, vier Lebensjahren an den U-Untersuchungen teil. Das heißt, sie werden von Kinderärzten auch aufgrund des Drucks durch die Hefte und zurückzuschickenden Postkarten gesehen. Sie haben auch deutlich gemacht, dass man in Impfpässen oder Vorsorgeheften sieht, wo die Kinder waren. Sehen Sie außer den vorgeschlagenen sinnvollen Ergänzungen bzw. Änderungen des Gesetzes Möglichkeiten, diejenigen Personen zu erfassen, die versuchen, durch das Netz zu schlüpfen? Sehen Sie Möglichkeiten, das anders zu regeln als durch unseren Gesetzesvorschlag?

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): Ich bedanke mich für Ihre Ausführungen und die praktischen Beispiele. Mich interessieren Ihre Meinung und Ihre Erfahrung zu den Möglichkeiten, die jetzt schon bestehen, sich an die zuständige Stelle zu wenden und eine Meldung zu machen, wenn der begründete Verdacht besteht, dass etwas nicht in Ordnung ist. In der Kindermedizin geht es dabei um Misshandlung oder Vernachlässigung etc. In der Erwachsenenmedizin geht es um Krankheiten, bei denen der Patient uneinsichtig ist. Das kenne ich selbst.

Sie haben aber einen Satz gesagt, der mich ein bisschen stutzig gemacht hat. Sie sagten, Sie dürfen nicht den Kollegen anrufen, der den Patienten oder in diesem Fall das Kind vorher behandelt hat, um festzustellen, was da los ist. Ich muss sagen, das überrascht mich. Denn wenn ein Patient von einem anderen Kollegen kommt und nicht berichten kann, welche Behandlungen er dort bekommen hat, dann informiert man sich normalerweise dort oder fordert man Unterlagen an oder bittet man einfach den Patienten, die Unterlagen beizubringen. Ihre Aussage war für mich überraschend. Zum Ende Ihrer Ausführungen haben Sie jedoch gesagt, man kann den Kollegen anrufen, ob er das betreffende Kind kennt usw. Insofern bin ich mir nicht ganz sicher, wie Ihre Ausführungen zu verstehen sind.

Meine zweite Frage: Wie schätzen Sie die Gefahr des Vertrauensverlustes ein, wenn zum Beispiel ein Kinderarzt Auffälligkeiten feststellt, die sich später als nicht zutreffend und als Missverständnis erweisen, vor allem wenn man sich vorstellt, dass sich Meldungen in einem Landkreis oder in einer Gemeinde - ich denke dabei aber nicht gerade an Hannover - ausbreiten, die sich am Ende nicht bewahrheiten, und welche Probleme das auch den betroffenen Familien und Kindern bereiten kann ebenso wie natürlich auch dem betreffenden Arzt?

Dr. Thomas Buck: Herr Kollege, ich möchte zunächst auf Ihre Einlassung antworten. Wenn man ohne schriftliche Schweigepflichtsentbindung Kontakt mit dem Vorbehandler aufnimmt, macht man sich strafbar, auch kammerrechtlich. Das möchte ich an dieser Stelle klar sagen. Das ist der Punkt, um den es heute geht. Es geht darum, dass man ohne Schweigepflichtsentbindung, ohne ausdrückliche Erlaubnis der Erziehungsberechtigten mit einem Kollegen redet. Wenn man telefonisch Informationen über den Patienten einholt, dann hat man sich strafbar gemacht! Das ist, glaube ich, in § 34 des Strafgesetzbuchs geregelt. Da mögen Sie sich aber besser auskennen als ich, hoffe ich. Und: Wenn der Patient das mitbekommt und ein Verfahren bei der Ärztekammer Niedersachsen anstrengt, dann hoffe ich, dass Sie nicht im Bereich Hannover tätig sind. Dort bin ich der Vorsitzende und würde Ihr Fall direkt auf meinem Schreibtisch landen. Im Wiederholungsfall würde das auch Konsequenzen nach sich ziehen.

Das ist genau das, worum es geht. Es tut mir leid. Das Beispiel zeigt sehr deutlich, dass Kollegen manchmal nicht wissen, worum es geht. Das kann man so nicht mehr machen. Es mag sein, dass es früher Zeiten gab, in denen das so üblich war. Aber das ist eindeutig geregelt. Die Schweigepflicht ist ein sehr hohes Gut - nur dann, wenn der Patient einwilligt oder, wie es im Gesetzentwurf heißt, bei gewichtigen Anhaltspunkten oder sogar - wie ich es mir wünschen würde und wie es sich auch die Ärztekammer, getrieben von unserem Justiziar, wünscht und wie es auch in Nordrhein-Westfalen geregelt ist - mit einer klaren Ausnahmeregelung in dem Moment, wenn wir eine Gefahr für Leib und Seele erkennen. Ich finde, das ist ein wichtiger Grund.

Ich glaube, über den Vertrauensverlust bei Fehleinschätzungen brauchen wir gar nicht zu diskutieren. Der ist natürlich vorhanden. Ich sage aber ganz klar: Der Vertrauensverlust ist irrelevant. Wenn ich eine Meldung an das Jugendamt mache, dass bei einem Kind eine große Gefahr besteht, dann beinhaltet das natürlich die Gefahr eines Vertrauensverlustes, wenn sich hinterher herausstellt, dass die Familie dieses Kindes dort ungerechtfertigt vorgeführt worden ist. Aber stellen Sie sich einmal vor, dass eine Familie oder eine Person fünf Mal mit ihrem Kind den Kinderarzt gewechselt hat und dann vor mir steht und auf mich einen Eindruck macht, dass ich Zweifel habe, ob ich das Kind mit ihr nach Hause schicken oder nicht lieber bei mir behalten möchte. Dann macht es vielleicht Sinn, in dieser minimalen Ausnahmesituation nachzuhaken, bevor ich den Meldeweg über den KSD gehe. Darum geht es. Wenn ich einen klaren Verdacht habe bzw. bei einem Kind eine klare Kindeswohlgefährdung erkenne, dann ist das weitere Vorgehen geregelt.

Wenn ich einen Verdacht habe, dann muss ich mich aber doch kollegial austauschen können! Das, was Sie für selbstverständlich halten, ist strafrechtlich nicht erlaubt - und berufsrechtlich auch nicht! Und ich muss an dieser Stelle ganz klar sagen: Das ist ja auch richtig so. Es ist richtig, dass wir da eine Schweigepflicht haben.

Zu der Frage zur Erfassung der Lücken: Das wird sehr schwierig werden. Wir haben gesehen, dass die verpflichtenden Vorsorgen nicht dazu führen, dass wir auch nur ein Kind retten. Das

reicht nicht! Wir sehen - das ist sehr tragisch -, dass die Eltern sich daran gewöhnt haben, dass sie bis zur U8 eine Erinnerung bekommen, und danach vergessen sie, dass es weitere Vorsorge-Untersuchungen gibt. Das führt im Moment zu der Tragik, dass die U9 vor der Einschulung mit fünf Jahren gerne vergessen wird, dass wir die Kinder dann nur bei Infekten sehen und große Entwicklungsstörungen unentdeckt bleiben. Das führt - Sie alle haben in dieser Woche die Ergebnisse des PISA-Reports gelesen - zu einem großen Rattenschwanz. Insofern sage ich: Die Zwangsvorstellung von Kindern ist schön und gut. Dann hat man punktuell einen Blick auf sie. Aber manchmal findet man punktuell sozusagen ein Haar in der Suppe, aber das Haar ist noch nicht so groß, dass ich sofort zum Hörer greife und sage: „Lieber KSD, du musst tätig werden!“

Ein anderes Beispiel nicht aus meiner hannoverschen Praxis, das aber auch lange zurückliegt: Eine junge Pädagogin hatte ein Verdachtsmoment, dass ein Junge in einer Familie sexuell missbraucht wird. Beide Eltern waren Sozialpädagogen. Die Mutter als Sozialpädagogin sagte: „Oh Gott, ich bin wie jede andere Mutter in solch einem Konstrukt diejenige, die das verdrängt, die sich gar nicht vorstellt, dass mein Mann Täter sein könnte! Das muss ich ausblenden! Das ist ja der Wahnsinn! Ich kenne das ja sonst nur bei Frauen von Tätern, die das ausblenden und das berichten, und man steht dann als Profi da und denkt: Wie kannst du das ausblenden? - Und ich mache das selber!“ - Diese Ehe war kurz vor dem Zerplatzen. Diese Familie war kurz davor auseinanderzubrechen. Aber dann stellte sich das alles wirklich als völlig an den Haaren herbeigezogen heraus. Diese Mutter als Profi, die sonst im Kinderschutz tätig ist, war schon drauf und dran, ihren Mann zum Täter und sich zur Mittäterin zu machen, weil sie dachte, dass sie das irgendwie ausgeblendet und verdrängt hat.

Darum sage ich ganz klar: Wir haben hier nur einen kleinen Bereich, der geregelt werden muss, dass wir bei einem begründeten Verdachtsfall mit Kollegen reden können - nicht mehr und nicht weniger. Das wird nicht massenhaft Fälle von Kindeswohlgefährdung aufdecken, aber es wird das Handeln im Alltag vereinfachen.

Ich warne Kolleginnen und Kollegen davor, wenn sie es so machen wie Sie, Herr Rakicky. Dazu kann ich nur sagen: Bisher sind die noch nicht viel verknackt worden, weil die Rechtsprechung dazu relativ locker war. Aber ich muss ganz ehrlich sagen: Warum sollen wir in solchen Fällen ein Restrisiko für die juristische Verfolgung von Kolleginnen und Kollegen eingehen, wo Sie alle mutmaßen, dass wir in unserem Alltag eher ohnehin nicht die Zeit haben, uns um diese Fälle zu kümmern?

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal zu der Frage, wer dafür verantwortlich ist, sagen: Wenn zwei Kollegen miteinander telefonieren und sagen: „Ich habe in diesem Fall ein schlechtes Gefühl“, dann zeigen sie ein hohes Maß an Verantwortung. Das ist etwas, was ärztliches Handeln auszeichnet. Entschuldigung, das gehört dazu! Dann ist es doch wohl selbstverständlich, dass man dann sagt: „Wer von uns beiden geht den nächsten Schritt?“ Das ist doch klar! Wenn man aber gar nicht miteinander redet, dann gibt es nicht den nächsten Schritt.

Ich habe in meinem Stadtteil dem KSD schon oft gesagt: „Ach, wir reden gerade über einen anderen Fall, aber ich weiß, Sie sind auch in der anderen Familie! Können Sie bei ihr mal ein bisschen ein Auge draufhaben?“ - Der KSD hat Kinder zum Teil jahrelang begleitet. Das hat hervorragend funktioniert. Es geht ja in erster Linie darum, diese Familien zu stabilisieren, und nicht darum, die Kinder dort herauszunehmen. Das sind und bleiben ja die Eltern.

Oft konnte ich die Situation, was den Kinderschutz angeht, gar nicht einschätzen, aber Gott sei Dank hatte das Kind eine mittelschwere Bronchitis und habe ich es eingewiesen. Das muss man sich so vorstellen: Wenn das Kind eingewiesen wird, dann ist es bei den normalen Kinderärzten. Dort schaut doch nicht automatisch einer vom Kinderschutz drauf. Das heißt, es muss mir dann doch möglich sein, gleichzeitig in der Klinik anzurufen und zu sagen: „Das ist jetzt nicht die megagefährliche Bronchitis, aber könnt ihr euch bitte mal das Familienkonstrukt angucken?“ Es ist ja auch noch ein Unterschied, wenn ein Kind dort zwei Tage stationär behandelt wird. Dann sieht man ja auch, wie die Familie miteinander agiert. Es kann dann auch sein, dass die Ärzte dort sagen: „Die sind total super!“ Es kann aber auch sein, dass sie sagen: „Oh ja, da müssen wir als Kinderschutzzentrum tätig werden!“ - Das darf ich im Moment nicht! Das darf ich erst dann, wenn es einen schwerwiegenden Verdacht gibt. Dann greift all das, was Sie sagen. Das sollte auch greifen. Und die Kolleginnen und Kollegen, die das nicht wissen, müssen wir belehren, genauso wie die Kolleginnen und Kollegen, die - Entschuldigung - die Schweigepflicht brechen und nicht wissen, dass sie sich damit potenziell einer Strafe aussetzen.

Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD): Darf ich dazu etwas sagen?

Vors. Abg. Oliver Lottke (SPD): Zunächst stellt sich die Frage, ob Herr Dr. Buck mit der Beantwortung der Fragen fertig ist.

Dr. Thomas Buck: Zum Stichwort „Notfall“: Das ist ja nur eine Facette. Wir sehen die Kinder ja zum einen bei den Vorsorgeuntersuchungen und zum anderen natürlich bei den akuten Erkrankungen. Das heißt, wir haben häufig Kinder nur wegen Facetten bei uns in den Praxen. Auch meine Praxis hat einen Aufnahmestopp. Wir nehmen nur unter bestimmten Bedingungen noch Kinder hinzu: Zugezogene, Neugeborene und Flüchtlinge, die ja nun nicht mehr nach Syrien zu ihrem Kinderarzt zurückgehen können, das heißt begründete Ausnahmefälle. Aber wenn ein Kind akut krank vor der Tür steht, schaue ich es mir vielleicht sogar einmal schnell an. Dann ist es mir aber verwehrt, mit dem normalen Kinderarzt zu kommunizieren. Das finde ich schade. Das muss möglich sein!

Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD): Darf ich jetzt etwas dazu sagen?

Vors. Abg. Oliver Lottke (SPD): Noch einmal: Es geht um Fragen!

Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD): Ich halte es aber für notwendig, dass ich das klarstelle. - Ich bin in der Erwachsenenmedizin, Herr Kollege. Wenn ich bei dem vorbehandelnden Arzt nachfrage, dann geschieht das natürlich mit dem Einverständnis des Patienten. Deswegen finde ich es ein bisschen überzogen, wie Sie das gleich als theoretisch strafrechtlich relevant darstellen. Das weiß ich natürlich.

Dr. Thomas Buck: Darf ich darauf antworten? - Ich will Sie hier gar nicht vorführen. Aber ich glaube, die Pointierung dieses Beispiels zeigt, worauf ich hinaus möchte. Lieber geschätzter Kollege, in Gottes Namen! Aber stellen Sie sich einmal die Situation vor, dass ich bei einem Kind den geringen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung habe und dann sage: „Lieber Patienten-Papa, erlauben Sie mir, dass ich mit den anderen acht Kinderärzten reden darf?“ - Die Entbindung von der Schweigepflicht werde ich nicht bekommen.

Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky (AfD): Das ist etwas anderes.

Dr. Thomas Buck: Aber genau darum geht es. Warum soll ich mich, wenn ich mit dem Kollegen rede, potenziell einer Straftat aussetzen? Ich weiß, dass sie bisher wenig verfolgt wurde. Es gab einzelne Prozesse, die Gott sei Dank zugunsten der Kolleginnen und Kollegen entschieden worden sind. Aber ganz ehrlich: Wissen Sie, was es bedeutet, wenn man die Sorge hat, die Schweigepflicht zu brechen? - Das ist ein hohes Gut! Sie haben ja genau das Richtige gesehen. Sie haben sofort als Kollege gesagt: „Entschuldigung, ich möchte mich gar nicht erst dem Verdacht der Schweigepflichtverletzung aussetzen!“ - Das ist genau das, was bei jedem Arzt sofort kommt. Darum - Entschuldigung - habe ich das pointiert dargestellt, damit klar ist, was dieser Gesetzentwurf möchte, nämlich Sie schützen, wenn Sie nicht fragen können: „Kann ich mit dem Vorbehandler reden?“

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Ich möchte gerne noch einmal nachhaken. Ich habe Ihren Ausführungen entnommen, dass es auf jeden Fall einen erkennbaren Mehrwert für die eigene Absicherung gibt. Ich glaube, das ist auch ein Beispiel, bei dem Sie als Arzt einen Verdacht weitermelden können. Meine Ursprungsfrage bezog sich aber darauf, ob die Gesetzesänderung die Anzeigebereitschaft über den regulären Weg erhöhen würde. Was ist also der tatsächliche Mehrwert, wie wir Kinder in solchen einzelnen Fällen, wie Sie sie beispielsweise genannt haben, wirklich schützen können? Das ist mir noch nicht klargeworden. Das ist ja auch ein Kritikpunkt, der von mehreren Seiten angeführt wurde. Der Kinderschutzbund und das Kinderschutzzentrum Oldenburg haben darauf hingewiesen, dass dadurch nicht mehr Kinder geschützt werden. Aus deren Sicht gibt es keinen ersichtlichen Erkenntnisgewinn. Deswegen halte ich es für sehr wichtig, dass Sie hier noch einmal klarstellen, worin der Gewinn hinsichtlich der Rettung eines Kindes tatsächlich liegt.

Dr. Thomas Buck: Ich glaube, der liegt in den Zwischentönen. Nehmen Sie dieses schreckliche Beispiel aus meiner Hamburger Zeit: In dem Arztbrief stand: Hirnblutung nach Sturz aus einem 30 cm hohen Bett. - Das ist schon mal fragwürdig. Man kann ja nicht justiziabel im Arztbrief schreiben: „Das Trauma, das hier geschildert wird, ist sehr fragwürdig.“ - Das kann man nicht. Die Ärzte dürfen im Moment auch nicht die niedergelassenen Kollegen anrufen und sagen: „Wir sind ein therapeutisches Team, du betreust das Kind ambulant, ich habe es jetzt stationär betreut - aber aus 30 cm Höhe kriegt auch ein Säugling keine Schädelfraktur, das ist nicht plausibel!“ - Wenn ich aber weiß, ich dürfte das - denn das ist ja wirklich ein klarer Fall, in dem ich die Sorge habe, dass das, was die Eltern mir erzählt haben, nicht stimmt -, dann könnte ich mit dem Kollegen Kontakt aufnehmen. Das ist ein informeller Kontakt, der dann geschützt wird. Wenn ich das ohne eine solche Gesetzesänderung machen würde, dann würde dadurch die Schweigepflicht gebrochen. Das kann juristische Folgen nach sich ziehen. Ein solcher informeller Kontakt würde einen Verdacht entweder erhärten oder ausräumen können. Es ist ja nicht so, dass wir nicht manchmal auch Verdachtsmomente haben, die sich später Gott sei Dank als völlig absurd herausstellen. Aber manchmal ist es so: Wenn man mehr Puzzleteile hat, dann gelingt es besser, das ganze Bild zu verstehen. Nur um diesen kleinen Teil geht es! Es geht nicht darum, dass ich Kontakt mit dem KSD aufnehmen kann. Es geht nicht darum, dass ich anonymisiert Frau Prof. Debertin einschalten kann. Es geht darum: Wenn ich sozusagen ein Haar in der Suppe finde, kann ich Kontakt zu den Vorbehandlern aufnehmen.

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Meine Frage zielt eher dahin: Sie haben bislang diese Unsicherheit. Was machen Sie denn jetzt in solch einem Fall? Dann würden Sie doch auch den KSD

kontaktieren, oder nicht? Hilft es dann, den KSD zu kontaktieren? Was hilft dann, wenn sich das Verdachtsmoment erhärtet? Was ändert das an der nachfolgenden Praxis?

Dr. Thomas Buck: In diesem Fall ganz eindeutig und ganz konkret. Wir haben das sehr heftig diskutiert. Erstens fand es mein Chefarzt schon mal bescheuert, dass ich die Rechtsmedizin überhaupt eingeschaltet hatte. Das hatte Kosten für mein kommunales Haus ausgelöst. Gut, das kann man dahingestellt lassen. Daraufhin war ganz klar: Wir konnten nichts nachweisen. Damit ist dieser Fall nirgendwo gemeldet worden, weil es nicht nachweisbar war. - Darum sage ich das genau im Hinblick auf diesen tragischen Fall.

Ich sage mal an dieser Stelle: Es ist ja schön, wenn ich auf solch einen historischen Fall zurückgreifen kann, dass ich nicht sage: Ach, in der letzten Woche hatte ich das fünf Mal! - Aber in diesem Fall hat sich gezeigt: Als der Vater das Kind ertränkt hat, hat man mal nachgehakt. Dann war das Kind aber wirklich in den Brunnen gefallen. Dann ist dieser alte Fall hochgekommen. Ich bin sehr dankbar gewesen, dass ich entgegen dem Votum meines Chefarztes das Kind in der Uniklinik vorgestellt hatte. Aber den Verdacht hätte ich nicht weitermelden dürfen. Und: Ich hätte nicht den Kinderarzt, den ich bis heute kenne, anrufen und sagen können: „Martin, ich habe hier ein Geschmäcke! Hast du ein Auge auf die?“ - Manchmal ist es ja nur das. Es geht nicht darum, dass ich ihn anrufe und sage: „Hör mal zu, die haben fragwürdige Hobbys“ oder so ähnlich. Das interessiert mich nicht als Arzt. Es geht vielmehr darum: Wenn ich eine Gefahr sehe, die aber noch nicht justiziabel ist, dann kann ich in diesen Zwischentönen mit dem Kollegen reden. Das hilft mir ja manchmal, um mich auch selber zu sortieren. Das ist entscheidend. Dann hilft genau das, was Sie bei den erwachsenen Patienten machen: Sie holen sich eine Schweigepflichtsentbindung und versuchen, den Fall nicht nur in den Akten, sondern auch mit den Zwischentönen zu erfassen. Mehr wünschen wir uns gar nicht.

Für die Kolleginnen und Kollegen hat das eine Signalwirkung. Wir reden ja darüber, dass viele Kolleginnen und Kollegen Angst haben, Meldungen zu machen, und dass viel zu wenig Meldungen passieren. Aber es ist ja auch eine Signalwirkung, wenn man regelt, dass sie sich kollegial austauschen dürfen, und zwar nicht nur anonymisiert. Sie sind ja im Grunde genommen Bestandteil des therapeutischen Teams, auch wenn sie zeitversetzt tätig sind. Im Hamburger Fall war der Vater wahrscheinlich auch in psychologischer oder psychiatrischer Betreuung. Hätte ich dann auch mit dem Psychiater reden können? - Wir haben das ganz oft in der Praxis. Zum Beispiel im Fall einer Mutter mit Wochenbett-Depression besteht eine ganz empfindliche Situation. Dann hole ich mir immer die Rückendeckung der Mutter: „Darf ich mit Ihrem Therapeuten reden, darf ich mit Ihrem Frauenarzt reden, darf ich mit Ihrer Hebamme reden?“, damit ein Netzwerk gestrickt werden kann. Wenn die Mutter das aber nicht möchte, dann darf ich an der Stelle nur sehr bedingt tätig werden, nämlich wenn ich eine schwere Kindeswohlgefährdung sehe, die wirklich klar sein muss. Das sind manchmal nicht die Hammerfälle, sondern die beginnenden Verdachtsmomente. Mir ist dann wohler dabei, wenn ich mit der Frauenärztin und mit der Hebamme reden und sie bitten kann, die Mutter etwas häufiger zu kontaktieren und im Blick zu behalten. Dann haben wir ein Netzwerk zum Schutz einer Familie. Aber das erlaubt mir nicht jeder Patient.

Abg. Sophie Ramdor (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen sehr eindrucksvollen Schilderungen. Ich habe noch eine Frage zur Klarstellung auch in Richtung der Fragen von Frau Schendel. Worin liegt für Sie konkret der Unterschied, mit einem vorbehandelnden Arzt zu sprechen oder anonym bei der Kinderschutzhotline anzurufen? Es wäre gut, wenn das klarstellt würde. Denn oft

wird angeführt, dass es ausreichend ist, bei der Kinderschutzhotline anzurufen, und dass man darüber genügend Informationen erhält. Worin besteht bei diesem Vorgehen für Sie als Arzt fachlich der Unterschied?

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Ich möchte die Frage von Frau Ramdor gerne noch um die Kinderschutzambulanz der MHH erweitern. Haben sowohl die Kinderschutzhotline als auch die Kinderschutzambulanz an der MHH den Mehrwert, den Ihnen auch der interkollegiale Austausch bietet, um die „Puzzleteile“ zusammenzufügen?

Dr. Thomas Buck: Genau, Sie sagen es sehr schön. Das sind ja viele Mosaiksteine, die wir als Hilfe benutzen können. Es ist aber ein Unterschied: Wenn ich ein Merkmal habe, das ich rechtsmedizinisch aufgearbeitet haben muss, dann brauche ich dafür Frau Debertin. Das ist dann ganz wichtig. Frau Debertin weiß, wie oft wir miteinander telefonieren, und sie weiß auch Gott sei Dank, wie oft wir Verdachtsmomente von Familien fernhalten konnten, wo ich teilweise auch zu den Familien gesagt habe: Liebe Leute, hier gibt es ein unaussprechliches Verdachtsmoment, lasst uns diesen Weg gehen, um auch jemanden zu exkulpieren, um zu sehen, dass da überhaupt nichts passiert ist! Das ist wichtig! - Bei der Kinderschutzhotline rufe ich dann an, wenn ich schon einen großen Verdacht habe, der sortiert werden muss.

Sie müssten mal einen Tag in der Praxis mitlaufen. Dann haben Sie diesen Meter Abstand. Es gibt Familienkonstrukte, bei denen Sie einfach irgendwie merken: Das, was man Ihnen erzählt, ist nicht unbedingt das, was der Wahrheit entsprechen wird. Das heißt, Sie merken schon: Oh, das Trauma ist aber ungewöhnlich erklärt! - Oder das Trauma wird in der Anmeldung anders geschildert als später beim Arzt. Wenn es zwei unterschiedliche Schilderungen gibt, sind das ja immer schon Verdachtsmomente und denkt man sich: Das ist ja eigenwillig! - Denn es ist ja ein Unterschied, ob das Kind auf die Herdplatte oder beispielsweise hinten an den Katalysator gefasst hat. Man wundert sich dann, warum es zwei unterschiedliche Schilderungen gibt. Wenn man die Familie gar nicht kennt, wollen Sie dann schon eine Meldung lostreten mit allen Konsequenzen, auch mit der Konsequenz, dass man sich selber unter Umständen einer Fehleinschätzung schuldig macht, dass man einer Familie massives Misstrauen entgegenbringt, indem man ihr vielleicht eine Straftat unterstellt? - Das ist ganz schwierig. Da macht es Sinn, der Frage nachzugehen, ob es wirklich die erste Verbrennung ist oder ob noch mehr passiert ist, ob das Kind „scheckheftgepflegt“ ist, ob der Kollege bestätigt, dass die Familie bei allen Vorsorgeuntersuchungen war, sich gut um das Kind kümmert und ein liebevolles Konstrukt ist.

Mir geht es hier um die Graubereiche. Und nur für diese wenigen Graubereiche bitten wir Sie als Ärztekammer, das zu regeln. Es geht nicht um die Fälle, in denen sozusagen das Bein daneben liegt, in denen etwas passiert sein muss, was klar ist. Es geht nur um die Fälle, die Herr Rakicky als Kollege meinte, in denen man sonst den mündigen Patienten fragt: Darf ich mit dem Kollegen reden?

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für die Eindrücke aus der Praxis und für Ihre klaren Statements.

Landesjugendhilfeausschuss

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8

Prof. **Dr. Olaf Lobermeier**: Ich stehe hier für die Kinder- und Jugendhilfe, für den Landesjugendhilfeausschuss. Es war sehr spannend, meinem Vorredner zuzuhören und aus der Sicht der Jugendhilfe einzuschätzen, womit wir es hier zu tun haben.

Wir gehen davon aus, dass wir mit dem § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ganz gute Regelungen haben. Vor allem ist die Fallzuständigkeit beim Kinderschutz sehr gut geregelt. Wir haben also eine klare Fallzuständigkeit. Davon möchten wir auch nicht abweichen, was ja zum Glück auch nicht Gegenstand des Gesetzentwurfs ist.

Was sind Kinderschutzfälle? - Wir haben eben sehr eindrückliche Schilderungen gehört. Aber wir denken ja im Prinzip strukturell auf die Situation zu, die wir entsprechend den Regelungen erfassen müssen. Da sehe ich aus den Ausführungen meines Vorredners auch gewisse Probleme.

Das Hauptproblem sehen wir darin, dass die Zuständigkeit der Jugendhilfe zugunsten einer wie auch immer gearteten Parallelstruktur aufgeweicht wird. Auch aus den Beispielen habe ich herausgehört, dass im Vorfeld etwas geklärt werden soll, dass eine kollegiale medizinische Abklärung stattfinden soll. Unserer Erfahrung nach haben wir es bei Kinderschutzfällen mit sehr komplexen Fällen zu tun. Wir haben natürlich die medizinische Abklärung. Die medizinischen Aspekte sind dabei natürlich ein wesentlicher Punkt. Aber es kommen noch viele andere psychosoziale Aspekte hinzu, um beurteilen zu können, ob es sich um einen Kinderschutzfall handelt.

Wovor wir ein bisschen warnen möchten, ist, dass sozusagen eine Parallelstruktur zu der Verantwortungsgemeinschaft aufgebaut wird, die wir eigentlich im Kinderschutz haben. Eigentlich brauchen wir diese Verantwortungsgemeinschaft. Wo treten Fälle auf? Wo kriegen wir solche Fälle mit? - Wir kriegen davon natürlich bei den Ärzten, in den Ambulanzen etc. und auch bei den Kinderärzten mit. Aber wir bekommen auch ganz viele Fälle aus den Schulen und aus der Jugendhilfe. Überall dort treten Fälle auf.

Ich glaube, das Schlechteste, was wir machen können, ist, dass wir Sonderregelungen für alle diese Stellen finden und ausmalen, wo wir sozusagen eine Vorabklärung brauchen. Wir gehen davon aus, dass die Strukturen, die wir mit der Kinderschutzambulanz, mit der Hotline etc. in anonymisierter Form haben, gute Möglichkeit bieten, gerade bei den Fällen, bei denen man sich nicht ganz sicher ist. Es geht ja genau darum, sich kollegial mit jemandem auszutauschen, der auf Kinderschutzfälle spezialisiert ist. Wir haben es natürlich immer auch mit sensibilisierten, mit engagierten Personen zu tun, aber wir haben auch viel mit Personen zu tun, die nicht dieses Fachwissen haben und die im Zweifelsfall eher nicht zum Hörer greifen. Darum geht es doch eigentlich, diese Personen zu stärken und in diese Unterstützungsnetzwerke, in diese Verantwortungsgemeinschaft mit aufzunehmen.

Das heißt, wir können Kinderschutzfälle eigentlich nur lösen - das wurde schon alles richtig gesagt -, wenn wir gute Netzwerke haben, wenn wir gute Unterstützungsnetzwerke haben, wenn wir es schaffen, die Angst, die zum Teil bei den Familien vorherrscht, zu überwinden und Vertrauen aufzubauen. Wenn jetzt eine Regelung für den kollegialen Austausch insbesondere für Ärzte manifestiert würde, sehe ich ein bisschen die Gefahr, dass es eher in die falsche Richtung ausschlägt, dass es nämlich einen Vertrauensverlust gibt. Denn im Rahmen des Kinderschutzes

geht es letztendlich darum, Vertrauen zu den Familien aufzubauen und Menschen zu haben, die ein möglichst gutes Verhältnis zu den Familien aufbauen.

Ich sehe also ein bisschen die Gefahr in einer Verantwortungsdiffusität, die dann entstehen würde. Wir haben es dann sozusagen mit Vorabklärungen zu tun. Mir wäre es an der Stelle lieber, wenn das etablierte System kontaktiert und genutzt würde, also die Institutionen, die wir haben und die auch gezeigt haben, dass sie ganz gut funktionieren.

Ich sehe auch kein Problem darin, Verdachtsmomente frühzeitig anonymisiert mit der Kinderschutzhotline etc. vorab abzuklären.

Vor diesem Hintergrund sehen wir diesen Gesetzentwurf eher kritisch.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe Sie so verstanden, dass es Ihnen vor allem um die schwerwiegenden Fälle geht. Sie haben zum Teil auch andere Berufe angesprochen, die auf Sie zukommen. Ich habe in meiner beruflichen Tätigkeit auch viele Verdachtsmomente gehabt, die sich zum Teil erhärtet haben, und war sehr dankbar, dass ich als Lehrkraft die Möglichkeit hatte, mich mit anderen Lehrkräften und auch mit den Sozialarbeitern auszutauschen, weil sie ja auch einen Blick auf dasselbe Kind haben, bevor man das weiterreicht. Es wird ja auch ganz viel Vertrauen mit den Eltern kaputtgemacht, wenn man zu früh eine Meldung vornimmt. Das ist ja auch ein Bereich, der hier das Thema ist: dass ein Arzt sich bei einem Verdachtsmoment, bei dem er sich unsicher ist, erst einmal mit einem anderen Arzt austauscht, der ebenfalls mit dem Kind zu tun hat, bevor er das weiterreicht. Das schafft aus meiner Sicht eher Vertrauen, weil man das nicht weitergibt, sondern erst Rückfrage hält, ob der Verdachtsmoment stimmt, ob das vielleicht nur eine persönliche Meinung ist und ob jemand anders einen anderen Eindruck hat.

Mir geht es um die ersten kleinen Anfangsverdachtsmomente - nicht um die großen Fälle, für die Strukturen vorhanden sind, bei denen dieses Verfahren richtig ist und die Ärzte, wie Sie gerade gesagt haben, auch wissen, wie man dann vorgeht -, dass dann eine Möglichkeit besteht, sich mit einem Kollegen oder einer Kollegin auszutauschen, wo das Kind auch ebenfalls behandelt worden ist, um einfach mal darüber sprechen zu können, bevor man das weiterreicht. Das würde ja auch Sie zum Teil entlasten. Mich würde interessieren, wie Sie das bei diesen Fällen einschätzen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ihre Ausführungen haben deutlich gemacht, wie komplex dieses Thema ist. Ihre schriftliche Stellungnahme ist ja ganz ähnlich. Nun haben wir den § 4 KKG, der sozusagen Grundlage für den Gesetzentwurf der CDU-Fraktion ist. In anderen Bundesländern ist das auch schon mit anderen Normen geregelt worden. Aber meine Frage ist: Sind Ihnen von dort zum Beispiel schon negative Erfahrungen rückgespiegelt worden? Das würde mich interessieren. Wenn Sie das nicht wissen, weil Sie ja hier auf Landesebene tätig sind, dann ist es auch okay. Aber das würde mich trotzdem interessieren.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Meine Frage zielt in eine ähnliche Richtung wie die Frage von Frau Ramdor. Das ist aber nicht verwunderlich, weil wir beide vorher als Lehrkräfte gearbeitet haben. Auch ich habe gerade über meine Praxis nachgedacht, dass ich mich austauschen konnte. Soweit ich das verstehe, ist das bei Ärzt*innen in demselben Behandlungsteam auch so. Den interkollegialen Austausch, der darüber hinausgeht, würde ich damit vergleichen, dass ich, wenn

das Kind die Schule wechselt, die nächste Schule darüber informiere, dass es an unserer Schule schon mal Verdachtsmomente gegeben hat - was, glaube ich, für Lehrkräfte ebenfalls gesetzlich nicht zulässig wäre. Ich dürfte mich auch nicht an die nächste Schule wenden, wohl aber darf ich mich innerhalb der Schule bei Verdachtsmomenten austauschen. Im System Schule habe ich natürlich viel mehr Ansprechpersonen, die das Kind ebenfalls kennen, mit denen ich mich darüber austauschen könnte, und im besten Fall auch Schulsozialarbeit. Je nachdem, wo und wie ein Arzt bzw. eine Ärztin arbeitet, ist es anders.

Vor diesem Hintergrund komme ich noch einmal auf eine Frage zurück, die ich vorhin gestellt habe. Modellprojekte, bei denen die Möglichkeit besteht, das Netzwerk von erfahrenen Fachkräften im Kinderschutz mit Ärzt*innen enger zu stricken, damit deren Teams quasi um eine Person angereichert sind, mit der sie sich austauschen können, sind vielleicht zu weit gedacht. Aber sehen Sie eine andere Möglichkeit, dieses Problem aufzulösen, dass Ärzt*innen ihre Verdachtsmomente anders erhärten könnten, um die Meldebereitschaft von Ärzt*innen zu erhöhen?

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): In § 4 KKG sind auch Sozialarbeiter und sogar auch Lehrer aufgeführt, die befugt sind, sich bei Verdachtsmomenten an die Jugendhilfe zu wenden und eine Einschätzung einzuholen. Insofern frage ich Sie: Ist Ihrer Meinung nach die aktuell bestehende gesetzliche Regelung ausreichend und das Problem liegt nur in der zögerlichen oder ungenügenden Anwendung der bestehenden Rechtsnormen, oder muss man etwas verbessern?

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Führt der Austausch in den von Herrn Dr. Buck geschilderten Behandlungskonstellationen für das Jugendhilfeverfahren zu mehr Informationen, die letztendlich auch für die Entscheidung über eine Kindeswohlgefährdung helfen können?

Prof. **Dr. Olaf Lobermeier**: Ich glaube, einige Fragen, die gestellt wurden, haben Sie fast schon selbst mit beantwortet. Es geht um die einfachen Fälle, also um Verdachtsmomente. Die Erfahrung zeigt, dass es auch im Vorfeld Anfragen in anonymisierter Form bei den entsprechenden Fachstellen gibt. Ich meine, ein kollegialer Austausch ist an der Stelle vielleicht schwierig. Denn es geht gerade darum, sich relativ schnell ein Bild davon zu machen, ob man es hier eventuell mit einem etwas schwierigeren Fall zu tun hat. Mein Plädoyer wäre an der Stelle, möglichst früh in anonymisierter Form auf die Fachkräfte, auf die Expertinnen und Experten, zurückzugreifen. Das kann natürlich erst einmal auch relativ unverbindlich passieren. Ein kollegialer Austausch unter Hinzuziehung einer Expertin oder eines Experten kann vielleicht auch in einem relativ frühen Stadium dabei helfen, einzuschätzen, ob man weiter genauer hinschauen muss oder ob Dinge vielleicht auch schon entkräftet werden können. Man hat es dann mit Personen zu tun, die schon sehr sensibilisiert sind, die auf sehr langjährige Erfahrungen auch in der Beurteilung von Anfangsverdachten zurückgreifen können. Mein Plädoyer wäre an der Stelle, auch in einem möglichst frühen Stadium die Möglichkeiten und Strukturen zu nutzen, die wir haben.

Zu negativen Erfahrungen kann ich nichts sagen; das tut mir leid.

Zu der Frage zu im Kinderschutz erfahrenen Fachkräften muss ich Ihnen letztendlich die gleiche Antwort geben, die ich eben schon gegeben habe. Ich halte auch hier ein frühzeitiges Zugehen auf die Fachkräfte für sehr wichtig. Denn wir haben es, wie gesagt, mit komplexen Fällen zu tun. Die Diagnose bzw. Anamnese ist in der Regel nicht so einfach. Wir haben es auch damit zu tun,

dass wir relativ schnell auch verschiedene interdisziplinäre Player hören und sozusagen mit ins Boot holen sollten.

Zu der Frage, ob die grundsätzliche Regelung ausreicht oder etwas verbessert werden kann: Wir haben relativ viel Prävention betrieben. Ich leite auch den Studiengang für Präventive Soziale Arbeit. Wir wissen natürlich, dass Prävention immer auch bestimmte Nebenwirkungen mit sich bringt. Denn wenn wir gute Prävention machen, haben wir es danach mit einer eklatanten Zunahme an Fällen zu tun, weil wir sensibilisiert haben und die Anzeigebereitschaft zugenommen hat. Wenn wir weiter an dieser Schraube drehen, dann können wir, glaube ich, ganz gut ein weiteres Puzzlestück in diesen Prozess einsetzen. Denn die Fälle tauchen in der Jugendhilfe, in der Schule und bei Ärzten auf. Wenn wir die Fachkräfte und Expertinnen und Experten dort möglichst früh sensibilisiert haben, dann - davon bin ich überzeugt - werden wir wahrscheinlich noch mehr eine Zunahme solcher Fälle und letztendlich wahrscheinlich eine größere Aufdeckung hinbekommen, als es ohnehin schon der Fall ist.

Ich würde sagen, die gesetzlichen Regelungen sind im Prinzip in Ordnung. Aber es ist ein etwas komplexerer Prozess, den wir da angehen müssen. Ich glaube, dass wir mit guten Netzwerken und einer guten Präventionsarbeit weiterkommen.

Die letzte Frage bezog sich darauf, ob wir über den Austausch der Ärzte mehr Informationen bekommen. Ich kann das, glaube ich, aus meiner Profession heraus gar nicht einschätzen. Ich würde nur eindringlich davor warnen, dass wir hier in diesen ganzen Kinderschutznetzwerken einen Player haben, der zu sehr auf sich gestellt ist und unter sich Informationen austauscht, anstatt die regulären Wege und auch die reguläre Zuständigkeit zu stärken, wie wir sie formuliert haben und wie sie sich auch ganz gut etabliert hat.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen, die sich am Schluss natürlich wieder in den typisch deutschen Zuständigkeitsstrukturen wiederfinden. Sie haben deutlich gemacht, dass aus Ihrer Hinsicht gerade auch die anonyme und unverbindliche Beratung durch Hotline oder Kinder- und Jugendhilfe auch in frühen Stadien von Verdachtsmomenten hilfreich wäre. In dem Alter bis zu vier Jahren gelten ja fast sämtliche Verletzungen insbesondere im Bereich Torso, Ohren und Hals als Verdachtsmomente für Misshandlungen. Sehen Sie die Kinder- und Jugendhilfe in der Lage, bei den möglicherweise höheren Zahlen von gemeldeten Verdachtsmomenten jedem Verdachtsmoment nachgehen zu können und diesen zu erörtern? Und welchen Nachteil befürchten Sie davon, dass Kinderärzte im interkollegialen Austausch in der Lage sind, schon mehr als ein Puzzleteil vorzulegen, sondern vielleicht auch Puzzleteile schon zusammenzufügen und diese Informationen dann in die Kinder- und Jugendhilfe bzw. zu den anderen Partnern weitergeben zu können?

Prof. **Dr. Olaf Lobermeier**: Das ist eine gute Frage. Wir beschäftigen uns nicht nur im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, sondern fast in allen Bereichen mit dem Thema Fachkräftemangel. Den kann ich nicht wegzaubern. Wir arbeiten unter Hochdruck daran, um insbesondere die Felder des Kinderschutzes gewährleisten zu können. Wir wissen, dass die Kolleginnen und Kollegen in den Jugendämtern, in der Jugendhilfe sozusagen am Anschlag sind, und wir wissen auch, dass wir zum Teil der Situation gar nicht mehr gewachsen sind. Das ist mir alles bekannt. Nichtsdestotrotz würde ich sagen, dass wir die Kinder- und Jugendhilfe grundlegend so aufgebaut haben, dass wir prinzipiell mit diesem Auftrag klarkommen und ihm auch gerecht werden können, ohne dass ich an dem Mangel an Fachkräften, den wir da haben, jetzt irgendetwas beschönigen will.

Manchmal wird ja in etwas populistischen Diskussionen auch Staatsversagen oder Ähnliches in den Raum geworfen. Ich denke, da sind wir nicht - bei aller Brutalität, die wir manchmal in einzelnen Fällen haben, dass mir zum Teil Kolleginnen aus Jugendämtern berichten, dass wir im Hinblick auf Kinderschutz auch schon mit so etwas wie Triage zu tun haben. Aber nichtsdestotrotz ist das, glaube ich, etwas, was das gesamte System der Kinder- und Jugendhilfe betrifft und nicht so sehr die Regelung, die heute hier verhandelt wird.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Dazu möchte ich jetzt noch einmal nachfragen. Sie haben gerade gesagt, dass Sie aus Jugendämtern Rückmeldungen bekommen, nach denen es schon bei Verdachtsfällen zu Triage-Entscheidungen komme, wie man mit diesen Fällen umzugehen hat. Habe ich das richtig verstanden?

Prof. **Dr. Olaf Lobermeier**: Ja, das ist richtig.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Herr Professor Lobermeier, vielen Dank für Ihre Ausführungen

Landesstelle Jugendschutz

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3

Andrea Buskotte: Ein Halbsatz vorweg: Ich habe mich zunächst gewundert, dass die Landesstelle Jugendschutz für eine Stellungnahme eingeladen worden ist. Als Landesstelle Jugendschutz haben wir mit Ärztinnen und Ärzten vergleichsweise selten zu tun. Ich habe aber an mehreren Auflagen des sogenannten Kinderärzte-Leitfadens zum Thema Gewalt gegen Kinder mitgearbeitet und habe deswegen über einen etwas zurückliegenden Zeitraum auch mit der kinderärztlichen und ärztlichen Perspektive auf das Thema Kinderschutz zu tun gehabt.

Sie haben meiner schriftlichen Stellungnahme sicherlich entnommen, dass auch ich zu denjenigen Sachverständigen gehöre, die den Vertrauensschutz für Klientinnen und Klienten gerade im Kontext von Kinderschutz für ein hohes Gut halten, das man nur mit sehr guten Gründen infrage stellen bzw. relativieren kann. Auch ich habe in meiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass die Verantwortungsgemeinschaft und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz eine relevante Größenordnung sind.

Herr Dr. Buck hat aus seiner beruflichen Erfahrung wirklich dramatische und mich auch sehr beeindruckende Beispiele genannt. Wenn ich ihn richtig verstanden habe, sind das Beispiele gewesen, die eine sehr lange Zeit zurückliegen. Seitdem hat es ja im Kinderschutz und auch im Hinblick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Kinderschutzes eine dynamische Entwicklung gegeben. Ich habe versucht, diese Entwicklung in meiner Stellungnahme kurz zusammenzufassen.

Wir gehen davon aus, dass Kindeswohlgefährdungen existieren und dass es für die betroffenen Familien aus verschiedenen Gründen nicht leicht ist, sich diesem Thema zu stellen und mit professionellen Personen darüber zu reden. Das hat nicht immer etwas damit zu tun, dass diese Eltern bewusst misshandeln - ich glaube, dieser Ausdruck ist heute schon einmal gefallen - oder dass sie manipulativ und strategisch mit dieser Situation umgehen. Für viele Eltern entstehen solche Situationen aus dramatischen Überforderungssituationen. Die Eltern sehen einen Hilfebedarf für sich, aber befürchten auch, dass es in diesem Kontext zu Sanktionen kommen kann.

Das ist das, von dem wir ausgehen, wenn wir im Wesentlichen mit pädagogischen Fachkräften und auch mit Lehrkräften zum Thema Kinderschutz arbeiten.

Ich gehe davon aus - das ist auch meine Erfahrung aus den Fortbildungen und professionellen Kontakten, die wir haben -, dass ein Verdacht auf Kindesmissbrauch, Gewalt- oder Vernachlässigungssituationen für jede professionelle Person unabhängig davon, ob sie im sozialarbeiterischen Kontext, im pädagogischen Kontext oder im medizinischen oder therapeutischen Kontext tätig ist, immer eine Stresssituation und immer eine unglaubliche Herausforderung darstellt. Diese Situation zeichnet sich regelmäßig dadurch aus, dass es irgendwie diffus ist: Man hat ein komisches Gefühl. Wir nennen das Vermutung. Wir nennen das Verdacht. Aber wir alle sind nicht Detektive, die sozusagen ein Handwerkszeug haben, sondern die gesetzlichen Grundlagen, die in den letzten Jahren entwickelt worden sind, sollen die Möglichkeit geben, systematisch im Kontext mit anderen professionellen Personen diesen komischen Gefühlen, diesen Vermutungen, diesen Verdachtssituationen nachzugehen.

Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme die Position vertreten, dass dieses Sich-Auseinandersetzen mit einer Vermutungs- und Verdachtssituation im gesetzlichen Rahmen anonymisiert, pseudonymisiert und unter ganz bestimmten Voraussetzungen dann auch mit Klardaten gut behandelt und gut bearbeitet werden kann.

Ich befürchte, dass dann, wenn sich bei Eltern die Vorstellung etabliert, dass es Berufsgruppen gibt, die hinter dem Rücken der Eltern mit Klardaten über die Situation kommunizieren, das Vertrauen in die Kinderschutzphilosophie und die Kinderschutzpraxis unserer Gesellschaft und der Institutionen wieder ein Stück weit erodiert. Ich glaube, wir sind da im Moment auf einem guten Level. Die Menschen verstehen: Kinderschutz ist in unserer Gesellschaft ein hohes Gut. Professionelle Personen, Kitas, Schulen und soziale Einrichtungen kümmern sich darum, haben da Verantwortung, Institutionen entwickeln Schutzkonzepte. Wir versuchen, mit Fortbildung und Kommunikation dazu beizutragen, dass das auf eine klare, kompetente und würdevolle Art und Weise passiert.

Mich hat es beim Abfassen meiner Stellungnahme sehr beschäftigt, dass offensichtlich trotz der letzten Gesetzesnovellierung so etwas wie ein rechtlicher Graubereich oder rechtliche Unsicherheit wahrgenommen wird. Ich finde, das muss man ernst nehmen. Ich kann hier als Information hinterlassen: Auch Erzieher*innen, sozialarbeitende Menschen und Lehrkräfte in der Schule haben manchmal dieses Unsicherheitsgefühl und wissen nicht, wie sie diese oder jene gesetzliche Regelung verstehen sollen. Unsere Strategie in diesem Kontext ist: Fortbildung, Fortbildung, Fortbildung! Auch wenn Gesetze noch so klug formuliert sind, ist für Nichtjuristinnen und Nichtjuristen immer wieder eine Klärung notwendig, welche Handlungsschritte sich konkret aus den Gesetzestexten ergeben.

Heute Morgen wurde schon mal gesagt: Netzwerken mit anderen Professionellen in professionell herausfordernden, schwierigen, unübersichtlichen Situationen erfordert Ressourcen. Ich sehe die Problematik, dass Ärztinnen und Ärzte - zumindest in niedergelassenen Kontexten - in einer berufspraktischen Situation sind, die Networking schwierig macht. Hier ist möglicherweise noch eine Baustelle, die jetzt nichts mit diesem Gesetzesvorschlag zu tun hat, aber die ich noch einmal ansprechen möchte, weil mir dies beim Zuhören in dieser Diskussion klargeworden ist.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Sie haben gerade ganz richtig angesprochen, dass das Unsicherheitsgefühl auch in anderen Berufsbranchen vorhanden ist. Die Situation dort ist allerdings insofern unterschiedlich - das ist gerade schon zur Sprache gekommen -, als dort mehrere Personen die Eltern kennen und auch mehrere Personen das Kind kennen, also dass mehrere Personen innerhalb einer Gemeinschaft sowohl die Eltern als auch die Kinder kennen und sich deswegen auch ganz anders austauschen können. Wenn ein Kind die Schule oder den Kindergarten wechselt, ist es natürlich anders. Vorhin wurde ja auch der Fall geschildert, dass ein Kind nachts mit einer Verletzung in die Notaufnahme kommt und die Geschichte der Eltern nicht zu der Geschichte passt, die der Arzt sieht. Es geht dann darum, die Möglichkeit zu haben, eine Kollegin oder einen Kollegen anzusprechen - die Ärzte kennen sich ja auch untereinander; man weiß ja innerhalb der Berufsgruppe auch, wer wie wo arbeitet - und zu sagen: „Das wirkt ein bisschen komisch. Habe bitte mal ein Auge darauf! Falls das noch einmal vorkommt, dann weißt du, dass da schon mal etwas war!“ Darum geht es hier. Dazu würde mich Ihre Einschätzungen interessieren, warum nach Ihrer Meinung der Vertrauensschutz bei den Eltern wirklich massiven Schaden nimmt. Denn es geht ja nur darum, mal einen Hinweis zu geben. Meines Erachtens wäre es ein größerer Vertrauensmissbrauch, wenn ein Arzt bei einer Kleinigkeit sofort woanders hinget und ich dann Angst haben muss, was sich dann alles daraus ergibt. Es geht ja darum, dass man sich austauscht und den anderen behandelnden Arzt auf etwas aufmerksam macht. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren, weshalb bei diesem Beispiel das Vertrauensverhältnis massiven Schaden nehmen würde.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für Ihre Einschätzung. Sie haben schon in Ihrer schriftlichen Stellungnahme gut dargelegt, welche Ansätze Sie verfolgen. Ich möchte ein bisschen an den Ausführungen von Frau Ramdor anknüpfen. Sie haben die Regel geschildert: eine gute Zusammenarbeit und Menschen, die vielleicht überfordert sind und eine Hilfeleistung in Anspruch nehmen wollen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung bezieht sich aber sozusagen auf die Ausnahmefälle, dass ein Kindesmissbrauch bewusst verschleiert wird. Es gibt ja auch immer noch schlimme Fälle, bei denen Kindern Gewalt angetan wird. Im Moment wird vor dem Landgericht ein extremer Fall in Barsinghausen verhandelt, bei dem ich unterstelle, dass die Eltern gar kein Hilfeangebot in Anspruch nehmen wollten. Die Frage, ob ich mit einem Gesetz eine solche Situation vielleicht auffangen kann, ist für mich als Politikerin an dieser Stelle entscheidend. Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung. Herr Dr. Buck hat ja zur Veranschaulichung auch Fälle geschildert

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Sie haben suggeriert, dass es keinen Graubereich gebe, sondern die jetzigen gesetzlichen Regelungen ausreichen. Frau Schüßler hat eben auch schon angemerkt, dass es Fragestellungen gibt, die auch Herr Dr. Buck gerade aufgeworfen hat, die vielleicht doch den spezifischen Blick eines Kinderarztes erfordern - der in der Jugendhilfe auch bei körperlicher Unversehrtheit nicht überall gegeben ist -, durch den man Blessuren oder Hämatome erkennt, die auffällig werden, aber etwa im Kindergarten oder in der Schule nicht so sichtbar sind wie für einen Kinderarzt, der dann in der Notaufnahme oder im Notdienst nachfragt, was denn passiert ist. Herr Professor Dr. Lobermeier hat schon deutlich gemacht, unter welchen Belastungssituationen die Kinder- und Jugendhilfe in Niedersachsen tätig ist. Was bräuchte es bei Ihnen im System, um das zu leisten, was Sie gerade angesprochen haben, nämlich ein umfassendes Netz aufzuspannen, damit die Verdachtsfälle, die wir aus der Lebenswirklichkeit von Herrn Dr. Buck eindrucksvoll geschildert bekommen ha-

ben, aufgedeckt werden und Verdachtsfälle etwa in einer Gruppe von 26 Kindern im Kindergarten bei zwei Erzieherinnen nicht nur festgestellt, sondern auch aufgearbeitet werden und niemand durch das Netz fällt, wie es Herr Dr. Buck eben auch an einem Beispiel dargestellt hat?

Andrea Buskotte: Ich bin nicht ganz sicher, ob Sie mit Ihren Fragen nicht in Bereiche vorstoßen, zu denen ich gar keine fachliche Kompetenz mehr ins Feld führen kann. Deswegen formuliere ich das jetzt mit aller Vorsicht.

Bei der Abfassung meiner Stellungnahme hatte ich eher den Bereich der niedergelassenen Ärzte im Blick - nämlich dass Eltern mit ihren Kindern in eine Hausarztpraxis oder in eine Kinderarztpraxis gehen -, nicht aber diese Notdienstsituation und Kliniksituation. Aber gerade im Bereich der Tätigkeit in der Klinik sehe ich durchaus direkte Möglichkeiten, dass ein Arzt oder eine Ärztin, der bzw. die mit einer irritierenden oder schockierenden Wahrnehmung konfrontiert ist, so ähnlich wie im Lehrerzimmer oder in der Kita andere Fachpersonen in diese Beobachtung einbeziehen kann, sodass sie das dann noch einmal gemeinsam betrachten können. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gibt es ja jetzt schon die Möglichkeit, anonymisiert oder pseudonymisiert Kolleginnen oder Kollegen zu einer bestimmten Wahrnehmung oder zu einem bestimmten Phänomen anzusprechen.

Ich gehe noch einmal kurz auf die Situation in einer Schule ein. Vielleicht lässt sich das im Laufe Ihrer Abwägungen in diesem Prozess auch noch übertragen. Wenn eine Lehrerin oder ein Lehrer uns fragen würde: „Wir haben hier eine diffuse Situation; das Kind verlässt die Schule zu einer weiterführenden Schule; wir sind uns sehr unsicher und haben ein schlechtes Gefühl“, dann würde ich sagen: Dann überlegen Sie mal mit Ihrer Leitung, ob das nicht eine Situation ist, in der Sie eine Meldung an das Jugendamt machen können! Denn das ist die Kinderschutzbehörde, die die Situation weiterverfolgen kann.

An dieser Stelle bin ich wieder im Bereich der Frage, die Sie gerade angesprochen haben, Herr Uhlen. Das Problem des Fachkräftemangels und dass wir in der Kinder- und Jugendhilfe im Moment möglicherweise hier und da und dort Mangelsituationen zu verzeichnen haben, wird damit natürlich nicht gelöst. Das ist mir vollkommen klar. Aber ich versuche ja auch, systematisch darauf zu antworten.

Ich hoffe, dass ich damit Ihre beiden Fragen einigermaßen transparent beantwortet habe.

Herr Uhlen noch einmal: Ich weiß nicht, ob ich mich vorhin vielleicht missverständlich ausgedrückt habe. Ich wollte nichts suggerieren, sondern mich hat das eher beschäftigt und gewundert. Ich habe noch einmal in den Gesetzen nachgelesen und dachte: Wo ist denn da der Graubereich? - Ich habe jetzt in dieser Anhörung verstanden: Es gibt im medizinischen Kontext die eine oder andere Situation, die ich so nicht im Blick hatte. Ich würde aber trotzdem sagen, dass es in diesem System professioneller Personen, zu deren beruflichen Aufgabenbeschreibung es gehört, auch Kinderschutzfragen im Blick zu haben, auch notwendig ist, dass ihnen die gesetzlichen Grundlagen gut erklärt werden. Sie benötigen also Fortbildung, um Handlungssicherheit zu gewinnen. Ich habe aber Zweifel, warum dann, wenn man Wahrnehmungen fachlich professionell reflektieren will, dies unbedingt mit Klardaten gemacht werden muss und nicht auch pseudonymisiert oder anonymisiert erfolgen kann.

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): Sie haben richtigerweise die Problematik des Vertrauensschutzes erwähnt, wenn die Datenschutzbestimmungen allzu sehr aufgeweicht würden verbunden mit der Gefahr, dass die Eltern sich dann bei einem Besuch beim niedergelassenen Kinderarzt zweimal überlegen, was sie sagen bzw. was sie sagen dürfen, damit das nicht missverstanden wird, und dass wir nicht in die Situation kommen sollten, dass allgemein auch bei anständigen Familien von vornherein eine gewisse Vorsichtshaltung bei dem Kinderarzt oder bei den Ärzten entsteht, weil man weiß, dass dann, wenn man irgendetwas vielleicht missverständlich sagt, dies nachfolgend zu Konsequenzen für die Familie führen kann, die dann vielleicht jahrelang anhalten - wir wissen ja, wie Behörden heute arbeiten -, bis es sich klärt. Irgendetwas bleibt aber auch immer haften. Habe ich es richtig verstanden, dass es auch nach Ihrer Meinung zu dieser Konsequenz kommen könnte, falls man den Datenschutz aufweichen würde?

Andrea Buskotte: Ja.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Herr Dr. Buck hat vorhin einen Fall angeführt, in dem eine Meldung nicht erfolgt ist, weil es keinen Nachweis gegeben hat. Sie haben gerade geschildert, wie Sie beraten würden, nämlich mit der Schulleitung zu besprechen, ob nicht eine Meldung beim Jugendamt gemacht werden sollte. Da ich verschiedene Schulkontexte kenne, habe ich so ein bisschen die Vorahnung, dass es dort manchmal einen „Flaschenhals“ gibt. Für die Meldung ist es vielleicht doch wichtig, Verdachtsmomente und genügend Informationen zu sammeln, um diesen Schritt zum Jugendamt zu gehen, damit die Fachkräfte sich entsprechend sicher sind. Können Sie aus Ihrer Beratungspraxis etwas dazu beitragen, inwiefern das im schulischen Kontext auflösbar ist? Wie beraten Sie die Lehrkräfte, die dann zum Beispiel sagen: „Ich bin mir da eigentlich ziemlich sicher, aber meine Schulleitung sagt Nein, deswegen erfolgt keine Meldung!“ Passiert das überhaupt?

Andrea Buskotte: Das weiß ich natürlich nicht, weil ich das nicht erhebe. Aber das sind natürlich Situationen, die in Fortbildungskontexten oder manchmal auch über einen Telefonanruf bei uns auftauchen. Ich glaube, da muss man einfach demütig sagen: Da sind wir im Prozess. Kinderschutz ist eine komplexe und für diejenigen, die professionell damit zu tun haben, durchaus sehr herausfordernde Aufgabe. Wir haben gerade die Perspektive der betroffenen Familien gehört. Ich bin davon überzeugt, dass es auf dem Weg, auf dem wir sind, Fortschritte gibt, wenn es die Vertreterinnen und Vertreter der Institutionen, in denen Kinder gebildet und betreut werden oder in denen Kinder medizinisch oder therapeutisch betreut werden, schaffen, im Rahmen ihrer professionellen Performance gegenüber Familien zum Ausdruck zu bringen: Kinderschutz finden wir als Gesellschaft wichtig, wir verstehen Kinderschutz folgendermaßen, und das hat dieses und jenes zur Konsequenz! - In diesem Prozess sind wir. Ich bin davon überzeugt - das habe ich auch in meiner schriftlichen Stellungnahme zum Ausdruck gebracht -, dass die gesetzlichen Regelungen, die wir haben, genau diese Haltung möglich machen, sie transparent zu machen. Wie gesagt, mein Appell geht neben der Stellungnahme auch dahin, vielleicht auch über bessere Rahmenbedingungen für freiberufliche Professionen nachzudenken, die auch eine hohe Verantwortung in diesem Bereich haben.

Forensische Kinderschutzambulanz der MHH

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7

Anwesend:

- Prof. Dr. Anette S. Debertin
- Theresa Engelmann

Prof. Dr. Anette S. Debertin: Auch wir bedanken uns herzlich für die Möglichkeit, unsere Stellungnahme und unsere Einschätzungen zu diesem Thema vorzutragen.

Zunächst kurz zu unseren Personen: Frau Engelmann ist auch in der Rechtsmedizin tätig, meine Stellvertretung in der forensischen Kinderschutzambulanz. Sie kennen sie jetzt vielleicht aus den Medien, weil sie Gutachterin und Sachverständige in dem Prozess zu dem Fall in Barsinghausen ist. Wir haben also mit Kinderschutzfällen zu tun sowohl im Hellfeld, aber eben auch in der Niederschwelligkeit. Wir sind dem Land auch sehr dankbar, dass Sie uns unterstützen und dass wir 2010 die Forensische Kinderschutzambulanz ins Leben rufen konnten, die im Referat 302 im Sozialministerium angesiedelt ist.

Nun zu unserer Stellungnahme. Aus unserer Sicht gibt es bereits umfassende gesetzliche Regelungen auf der Bundesebene, die einen straflosen Bruch der Schweigepflicht im Einzelfall ermöglichen. Das ist heute ja schon mehrfach zur Sprache gekommen. Wir sehen es auch eher so, dass diese Wege zum Teil noch nicht ausreichend bekannt sind und hier noch ein Fortbildungsbedarf besteht. Wir erleben auch bei der Inanspruchnahme unserer Forensischen Kinderschutzambulanz, dass vielfach noch Unsicherheiten bestehen, wie man im Einzelfall handeln soll und vor allen Dingen auch kann und darf. Auch im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit möchte ich das jetzt nicht weiter erläutern, aber gerne noch etwas ausführlicher darstellen, welche große Herausforderung es darstellt, wenn man sich im Feld des Kinderschutzes bewegt.

Auch wir möchten den Kinderschutz unbedingt verbessern und überlegen uns immer weitere Strukturen oder Ausbaumöglichkeiten, was noch getan werden kann, um den Unsicherheiten, die nach wie vor bestehen - das sehen wir auch so -, begegnen zu können. Herr Uhlen hat vorhin die Prozentzahlen zitiert. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation werden sogar über 90 % der Fälle von Kindesmisshandlung im Gesundheitswesen nicht erkannt. Wir sehen die Problematik allerdings etwas differenzierter als das, was hier schon dargestellt worden ist, und möchten noch einmal darauf hinweisen, dass es eine sehr große Herausforderung ist - das haben wir heute auch schon gehört -, wie etwas zu bewerten ist. Deswegen sagen wir: Es muss, flankiert von diesen gesetzlichen Regelungen, weitere Beratungsmöglichkeiten geben - nicht nur rechtsmedizinisch, sondern in der gesamten medizinischen Einordnung - und auch darüber hinaus die Verdachtsabklärung und natürlich auch die Möglichkeiten und Wege in das Hilfesystem, und zwar niedrigschwellig. Das gibt es aber bereits auch schon. Das ist einerseits die medizinische Kinderschutzhotline, die 24/7 zu Fragen der Gefährdungseinschätzung erreichbar ist zusätzlich zu der Beratung durch die „insoweit erfahrenen Fachkräfte“, die ja alle die Schulung zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“ absolviert haben.

Für Niedersachsen haben wir auch das Angebot der sogenannten Forensischen Kinderschutzambulanz, bei der sowohl niedergelassen als auch klinisch, als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst tätige Ärztinnen und Ärzte Hilfestellung zur Verdachtsabklärung, zum Befund und letztlich

zur Verletzungseinordnung bekommen. Das geht einerseits über eine anonymisierte oder pseudonymisierte Beratung, aber andererseits auch über eine konsiliarische Mitbeurteilung, indem Kinder zu uns überwiesen werden, ohne dass das im Gesundheitssystem, also bei den Krankenkassen, auftaucht. Der Weg ist, dass hier Kinder vorgestellt werden können, und wir führen dann eine Einschätzung durch.

Seit dem Jahr 2019 gibt es auch eine Kinderschutzleitlinie unter Beteiligung von 80 Fachgesellschaften, die auch bei den entsprechenden Handlungsempfehlungen die beratende rechtsmedizinische Tätigkeit beeinflusst und beeinflussen muss.

Seit 2008 gibt es auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, die Zertifikatslehrgänge anbietet, durch die der Titel „Kinderschutzmediziner“ bzw. „Kinderschutzmedizinerin“ erworben werden kann. Wir möchten auf die besondere Problematik eines interkollegialen Austausches hinweisen, wenn dieser nicht fachlich fundiert abläuft. Das Ausüben einer kinderschutzmedizinischen Tätigkeit bedarf einer besonderen Expertise. Das zeigen unter anderem die Aktivitäten dieser Medizingesellschaft.

Die Diagnostik von Kindesmisshandlungsbefunden bzw. die Einordnung von Befunden und Verdachtsmomenten im klinischen Alltag stellt auch aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen, die das mit sich bringt, eine ganz besondere Herausforderung dar. Hierzu gehören viele Kenntnisse von Untersuchungstechniken, die Kenntnisse von Differenzialdiagnosen, das Wissen um Heilungsverläufe, rekonstruktiv-biomechanische Kenntnisse, Details zur Spurensicherung, Asservierung, eine technische Ausstattung und ein Kolposkop - eine Art Mikroskop - zur Feststellung eines sexuellen Missbrauchs. Das ist auch in der Leitlinie so gefordert und unbedingte Voraussetzung für eine belastbare Diagnostik.

In der Kinderschutzambulanz erreichen uns über 50 % der Anfragen aus Kinderkliniken. Das untermauert vielleicht auch, dass ein interkollegialer Austausch nicht eine Diagnose festzurren kann, sondern möglicherweise auch Schwierigkeiten birgt. Es kann zu einem Zeitverzug kommen, und im schlimmsten Fall kann es auch, wie in der schriftlichen Stellungnahme dargelegt, zu einer Perpetuierung einer Fehldiagnose kommen, was dann unter Umständen noch größeren Schaden für die Beteiligten anrichtet.

In etwa 30 % der Fälle, die uns als Anfragen in der Kinderschutzambulanz erreichen, handelt es sich um Fehlbeurteilungen, kommen wir also zu einer anderen Einschätzung. Wenn man sich vorstellt, dass diese Fälle sonst so weitergeführt werden, kann das für Familien zu einem großen Schaden führen, insbesondere für die Kinder.

Die Fälle, die Herr Dr. Buck angeführt hat, haben uns sehr stutzig gemacht. Tatsächlich können aus rechtsmedizinischer Sicht durchaus Stürze aus geringer Höhe zu Schädelbrüchen und im Einzelfall sogar auch mal zu Blutungen führen. Insofern ist es immer eine wichtige Aufgabe, diese Geschichten zu kontextualisieren. Wir müssen immer genau fragen, um was für einen Hintergrund es sich gehandelt hat, wie das Kind bekleidet war usw. Dafür ist in den Praxen, die ja einen ganz anderen Auftrag haben, naturgemäß wenig Zeit vorhanden.

Mir stellt sich auch die Frage, was in einem solchen Fall durch einen interkollegialen Austausch besser geworden wäre. Das wäre doch ein Fall, den man hätte weitergeben können, sodass dann

das andere Jugendhilfesystem greift, welches möglicherweise ein wachsames Auge auf die Familie gehabt hätte.

Auch bei dem anderen Fall mit der thermischen Gewalteinwirkung stellt sich uns die Frage, was dabei ein interkollegialer Austausch bringen würde. Es könnte ja sein, dass das der erste Fall war. Wir wissen aber, Misshandlungsdelikte sind häufig Wiederholungsdelikte, und die Intensität potenziert sich, sodass wir hier auch einen großen präventiven Charakter haben und doch nichts dagegen sprechen würde, das auch bei einem solchen Verdachtsmoment auf eine nächste Ebene zu heben. Das alles wäre nach den jetzigen bundesgesetzlichen Regelungen möglich. Ein interkollegialer Austausch würde möglicherweise sogar eine Meldung verhindern. Die Frage ist: Was soll hier im interkollegialen Austausch die Situation verbessern?

Man muss vielleicht auch noch einen kritischen Blick auf die Fälle werfen, die hier gemeldet werden sollen. Wir haben es ja unter anderem auch mit Überforderungssituationen zu tun - wenn wir zum Beispiel an das Schütteltrauma denken -, bei denen wir ja den Eltern gerade durch die besondere Vertrauenssituation auch Hilfestellung geben möchten, dass so etwas nicht passiert, und präventiv tätig sein können.

Insofern meinen wir, dass eine Inanspruchnahme der Angebote und der Beratungsmöglichkeiten weiter bekannt gemacht und mit entsprechenden Ressourcen unterfüttert werden sollte.

Die hier mehrfach geschilderte Situation, dass für Ärzte die Situation klarer werden soll, sehen wir hier eigentlich nicht im Fokus, sondern insbesondere die verbesserte Situation für Kinder, dass sie eben nicht wiederholt Misshandlungen erleiden müssen.

In Summe heißt das für uns, dass wir von einem interkollegialen Austausch tatsächlich aktuell keine Verbesserung und keinen ersichtlichen Erkenntnisgewinn erkennen können und dass er insofern aus unserer Sicht keine Verbesserung der Situation bewirken würde.

Zusätzlich sehen wir, wie in der schriftlichen Stellungnahme dargelegt, noch Regelungsbedarf im Hinblick auf die Umsetzung der Informationspflichten nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung.

Wenn man schon darüber nachdenkt, sollte man möglicherweise noch die Berufsgruppen erweitern, so wie das heute ja auch schon besprochen wurde. Wir plädieren dafür, dann auch Zahnärztinnen und Zahnärzte zu berücksichtigen. Denn 80 % der äußerlichen Verletzungen finden sich ja im Kopf- und Halsbereich. Dann könnte es durchaus sinnvoll sein, dass man, bevor man sich weiter an andere Strukturen wendet, noch einmal nachfragen kann. Allerdings wäre auch hier der Weg über die anderen medizinischen Beratungsangebote sinnvoll, weil man dann dort ja auch eine fundierte Einschätzung abgeben könnte.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben auch an dem konkreten Beispiel von Herrn Dr. Buck deutlich gemacht, dass Hämatome am Kopf durchaus ein Verdachtsmoment sind, dem man nachgehen sollte. Wie müsste es nach Ihrer Einschätzung weitergehen, wenn ein solches Verdachtsmoment aufkommt? Bei Kindern im Alter von unter vier Monaten wird ja jegliches Hämatom als mögliches Verdachtsmoment gekennzeichnet, der dann sicherlich, wie Sie deutlich gemacht haben, auch einer Kontextualisierung bedarf.

Sie haben auch die Gefahr eines möglichen Zeitverlustes im Zuge eines interkollegialen Austausches angeführt. Dazu würde mich interessieren, wie bei Ihnen die Zeiten aussehen. Wie lang wären die Wartezeiten, wenn wir annehmen würden, dass jedes Verdachtsmoment bei jeglichem Hämatom bei Kindern unter vier Monaten und ansonsten immer jedes Hämatom am Kopf von Kindern sozusagen an die Forensik gehen würde, um dann von Ihnen beurteilt werden zu können?

Sie haben auch dargestellt, dass im Bedarfsfall eine Kontextualisierung notwendig ist. Ist diese bei Ihnen möglich? Sie haben erwähnt, dass ein kleineres Kind durchaus auch bei einer niedrigen Sturzhöhe eine Verletzung erleiden kann. Haben Sie die Möglichkeit, dann auch ohne Schweigepflichtentbindung durch die Betroffenen bei anderen Ärzten nachzufragen, wie es aussieht, oder können auch Sie dann nur das konkrete Hämatom beurteilen und kommen dann vielleicht auch zu der Fehleinschätzung: „Ja, es kann durchaus so passiert sein, wie die Eltern geschildert haben, dass das Kind gefallen ist, es ist nichts passiert“? Und am Schluss ertrinkt es doch, obgleich vielleicht jemand in der Vorgeschichte des Kindes gesehen hat, dass schon eine andere Verletzung vorgelegen hat.

Kann es also nicht auch auf Ihrer Basis zu Fehleinschätzungen kommen, oder haben Sie die Möglichkeit, auf alle Befunde zuzugreifen, selbst wenn keine Schweigepflichtsentbindung vonseiten der Erziehungsberechtigten erfolgt ist?

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ich freue mich, dass wir diese Kinderschutzambulanz haben, weil sie für Niedersachsen wirklich ein ganz großer Gewinn ist. Sie sind dort ja sehr leidenschaftlich und engagiert tätig, wie wir auch in der Enquetekommission erlebt haben. Sie haben aber auch darauf hingewiesen, dass das doch noch nicht überall bekannt ist. Das war ja auch ein Ergebnis, an dem wir weiterarbeiten wollen.

Sie haben dargestellt, wo aus Ihrer Sicht Schwierigkeiten bestehen und dass nicht die Notwendigkeit für eine Veränderung der gesetzlichen Regelungen besteht. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie aber ausgeführt, dass es von präziseren Formulierungen abhängt, inwieweit ein zusätzlicher interkollegialer Austausch den Kinderschutz verbessern, effektive Früherkennung und Prävention ermöglichen und eine Maßnahme gegen „Ärzte-Hopping“ sein kann. Haben Sie dazu eine Idee?

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Auch ich bedanke mich herzlich für die medizinische Einordnung, weil das für uns ja politisch sehr schwierig zu beurteilen ist. Einen Teil meiner Frage hat Frau Schübler schon vorweggenommen. Ich möchte aber noch einmal zu dem Punkt kommen, zu dem ich eben schon Frau Buskotte gefragt habe, nämlich zu dem „Flaschenhals“ der Meldung. Sie haben erwähnt, dass 50 % der Anfragen bei der MHH aus Kinderkliniken stammen und dass es auch Hürden gibt, sich an Sie oder auch an die Kinderschutzhotline zu wenden. Wie könnte man dem begegnen?

Es stellt sich auch die Frage nach Alternativen. Was bräuchte es eigentlich, um Ärzt*innen besser in dieses System einzubinden, sodass weniger Kinder durchs Raster fallen?

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Sie sprachen davon, dass Sie sogar einen Zeitverzug befürchten, was die Meldungen angeht. Eine solche gesetzliche Regelung gibt es allerdings schon in anderen Bundesländern. Haben Sie Erkenntnisse, dass es in

anderen Bundesländern jetzt weniger Meldungen, einen Zeitverzug oder irgendwelche negativen Auswirkungen gibt?

Dieser Gesetzentwurf zielt ja gerade auch auf das „Ärzte-Hopping“ von Eltern, bei denen zum Beispiel ein Kindesmissbrauch oder eine Kindeswohlgefährdung noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass man aktiv werden kann, sondern es geht ja um Verdachtsmomente. Vorhin wurde schon angesprochen, dass Kinder zum Teil bei acht Kinderärzten waren, dass sie immer dann, wenn der Arzt anfängt, einen ersten Verdacht zu entwickeln und möglicherweise aktiv zu werden, nicht mehr dort, sondern bei einem anderen Arzt auftauchen oder gar nicht mehr zum Arzt kommen, sondern erst dann, wenn es zu einer Erkrankung kommt, oder dann vielleicht in der Notaufnahme landen. Wie gehen wir denn mit diesen Fällen um, wenn die Eltern nicht mehr bei dem Arzt sind? Welche Lösung hätten Sie dafür, dass wir dieses „Ärzte-Hopping“ unterbinden können? Wir sprechen ja jetzt nicht von den Kindern, die schon derart schwerwiegende Verletzungen haben, dass man offensiv handeln muss, sondern von der Stufe davor, damit es gar nicht erst zu diesen Fällen kommt.

Abg. **MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky** (AfD): Sie haben berichtet, dass 80 % der Meldungen aus den Kinderkliniken kommen. Haben Sie eine Erklärung dafür, warum so wenig von den niedergelassenen Kinderärzten kommt?

Sie haben auch berichtet, dass es sich in 30 % der Fälle um eine Fehlbeurteilung gehandelt hat. Bei den Fällen, die bei Ihnen von Kinderkliniken eingehen, gehe ich davon aus, dass dort doch eine Interdisziplinarität und auch eine längere Beobachtungszeit bestanden hat, das heißt eine fundierte Einschätzung möglich war, die dann doch zu einem Verdachtsmoment geführt hat. Sehen Sie die Gefahr, dass sich, wenn durch eine solche Gesetzesänderung sozusagen die Schwelle sinkt, durch eine zum Beispiel aus Zeitgründen weniger intensive Prüfung des Falles bei einem niedergelassenen Kinderarzt die Zahl der Fehlbeurteilungen bei Verdachtsmomenten erhöhen würde mit allen Konsequenzen, die daraus auch gesellschaftlich entstehen würden?

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass es zusätzlichen Regelungsbedarf in Bezug auf die Europäische Datenschutz-Grundverordnung geben könnte. Ich bitte Sie, das noch weiter zu erläutern.

Prof. **Dr. Anette S. Debertin**: Zu der Frage von Herrn Uhlen, nach der Hämatome am Kopf als Signalverletzung gelten würden: Auch das muss man natürlich ganz differenziert betrachten. Es ist zum Beispiel so, dass der fleischige Teil der Wangen eine Signalverletzung darstellt. Auch da muss man ganz genau hinschauen, was passiert ist. Wenn ein Hämatom über dem Jochbein, am Kinn oder an der Stirn aufgetreten ist, kann das auch beim Säugling durchaus mal akzidentell, also durch einen Unfall entstanden sein. Da müssen wir sehr, sehr sorgfältig hinschauen.

Ich habe übrigens Herrn Dr. Buck gefragt, um was für eine Hirnblutung es sich in dem Fall gehandelt hat, den er angeführt hat. Es gibt ja verschiedene Schichten am Hirn, die einem entsprechende Kenntnisse geben. Das war jetzt aber leider nicht mehr aufzuklären. Also auch hier ist Vorsicht geboten, dass man nicht vorschnell urteilt. Unsere Sorge ist, dass man einen Fall nicht verletzungsspezifisch und isoliert betrachtet, sondern man muss immer schauen, was passiert ist. Klinisch-kurativ unterscheidet sich insofern vom Kriminalistisch-Forensischen, dass man bei Letzterem immer nach hinten schaut, auch um nicht behandlungsbedürftige Verletzungen

schaut und immer fragt, wie etwas passiert ist. Das ist etwas, was im klinischen Alltag nicht wirklich so vorkommt. Insofern ist es wichtig, dass es solche spezialisierten Beratungsangebote gibt.

Zu den Wartezeiten: Wir haben sofort Verfügbarkeiten. Das ist unser großer Vorteil. Da sind wir in einer privilegierten Situation anders als Kinderärzte, die einen riesenvolles Wartezimmer haben und vor denen wir auch den Hut ziehen, was sie alles in kürzester Zeit lösen müssen.

Wir wissen auch, dass Zeit für die Kinder, gerade für die misshandelten Kinder, ein ganz wichtiger auch therapeutischer Effekt ist. Auch in den Untersuchungen wird dieser therapeutische Effekt beschrieben, der auch nach sexuellem Missbrauch sehr wichtig ist. Diese Zeit bringen wir mit. Deswegen können wir das sehr schnell anbieten, auch am selben Tag, eigentlich in derselben Stunde. Wenn das nicht funktioniert, bieten wir ja Online-Konsile an, bei dem uns Daten verschlüsselt übermittelt werden.

Zu der Frage, wie wir an die Befunde kommen, ob wir dann an die Kollegen herantreten dürfen: Nein, das machen ja die Kollegen, die sich mit den entsprechenden Anknüpfungspunkten an uns wenden. Wir bekommen ja die Anfrage: Können Sie uns helfen? Können Sie uns unterstützen? Wir sind unsicher! Wir brauchen von Ihnen eine Einschätzung, um weiterzumachen! - Dann ist es an uns, Fragen zu stellen, auf die zum Beispiel manche Kliniker gar nicht kamen, etwa zur Blutgerinnung, bei denen dann nachher vielleicht herauskommt, dass das Kind tatsächlich eine Blutgerinnungsstörung hat, sodass wir dann den Fall entkräften können. Auch das ist beispielsweise etwas, was sich unter diesen Fehldiagnosen verbirgt. Solche Auskünfte holen wir nach unseren Maßgaben ein.

Noch ein Punkt, der heute noch gar nicht angesprochen worden ist: Man kann auch die Entbindung von der Schweigepflicht aktiv einholen. Das funktioniert ganz gut, auch bei unseren Fällen, bei denen wir feststellen können, dass die Kinder tatsächlich gezielte Gewalteinwirkungen im Sinne einer Misshandlung erlitten haben. Auch diese Eltern kommen mit diesen Kindern zu uns. Man müsste unbedingt regeln, dass man zuvor mal versucht hat, diesen Weg zu beschreiten, aktiv die Schweigepflichtsentbindung einzuholen. Wenn man sie eingeholt hat, sind ja alle Wege offen.

Eine Frage bezog sich auch darauf, dass etwas unklar bleibt und medizinisch nicht zu regeln ist. Wir haben auch Fälle, in denen Kinder mit zeitlicher Verzögerung vorgestellt werden. Auch das ist ein typisches Kriterium bei der Kindesmisshandlung. Auch wenn wir an den sexuellen Missbrauch denken: 95 % der Kinder haben gar keine Verletzung. Das Fehlen von Verletzungen spricht nicht gegen einen Missbrauch. Gerade dann brauchen wir die Jugendhilfeeinrichtungen, die ja dann alle Informationen einholen dürfen. Das ist ja entsprechend geregelt.

Präzisere Formulierungen, nach denen Frau Schüßler gefragt hat, hätte ich mir, ehrlich gesagt, sehr von Herrn Dr. Buck gewünscht. Den haben Sie ja auch gefragt. Er hat das nicht beantwortet.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Doch. Er hat die Formulierung aus Nordrhein-Westfalen angeführt.

Prof. **Dr. Anette S. Debertin**: Ich meine insbesondere, was geregelt werden darf. Tauscht man sich nur darüber aus, ob das Kind - mit Namen - da war usw.? Das ist nicht plausibel. Wir sind letztlich dagegen, weil wir keine Verbesserung dadurch erkennen können. Ich wüsste auch keine präziseren Formulierungen, die noch zu einem Erkenntnisgewinn führen. Ich hätte mir gewünscht, dass hier jetzt so etwas aus der Praxis kommt.

Zum Thema „Flaschenhals“ bei der Meldung: Da haben wir die Position, dass jeder einzelne Arzt natürlich berufsrechtliche Verpflichtungen hat und sich durchaus selber Hilfe holen kann, auch wenn in einer Klinik der Chefarzt dagegen ist. Anders sieht es beim Pflegepersonal aus. Diese Fragen haben wir manchmal. An dieser Stelle würden wir uns ein bisschen zurückhalten aufgrund der möglicherweise nicht ausreichenden Fachlichkeit, mit der wir hier antworten können. Aber das sehen wir eigentlich nicht als Problem.

Zu der Frage, ob es in anderen Bundesländern weniger Meldungen oder einen Zeitverzug gibt: Das finde ich spannend, weil ja unter anderem die praktische Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen sowie die Evaluierung der Auswirkungen des interkollegialen Austausches auf den Kinderschutz geregelt worden ist. In Hamburg wird gerade überlegt, wie eine solche Evaluierung aussehen könnte. Man müsste sich also genau überlegen, wie das funktioniert. Ich verfüge dazu im Moment noch über keine Kenntnisse. Mir ist nicht bekannt, dass es überhaupt schon Ergebnisse einer begleitenden Evaluierung gibt. Diese Frage kann ich insofern nicht erschöpfend beantworten.

Uns erschließt sich auch nicht, wie hier einem „Ärzte-Hopping“ begegnet werden kann. Ich erinnere mich auch lebhaft an Fälle - das sind jetzt aber anekdotische Fälle -, bei denen eine besondere Aufmerksamkeit auf einer Familie lag und die Familie dann von dem betreffenden Arzt weggegangen ist, weil immer wieder Verdachtsmomente herangezogen worden sind. Wie man dieses persönliche Nichtzurechtkommen mit Ärzten mit einem interkollegialen Austausch verhindern möchte, ist aus unserer Sicht rätselhaft.

Zu der Frage zu Fehlbeurteilungen: Nicht 80 %, sondern knapp über 50 % der Anfragen sind aus Kinderkliniken zur Verletzungsbeurteilung gekommen. Unsere Statistik ist sehr genau. Die Kinderkliniken schicken uns Telekonsile oder auch die Kinder zur Beurteilung, inwieweit es sich um einen Missbrauch oder eine Misshandlung handelt. Diese Anfragen kommen aus Kinderkliniken. Das finden wir interessant. Damit möchten wir hier zum Nachdenken anregen. Das bestätigt uns auch in unserem Arbeitsauftrag. Denn uns treibt ja auch immer solch ein Systemvertrauen um. Man verortet die Möglichkeit der Einordnung im klinischen System: Das müssten doch Kinderärztinnen und Kinderärzte und Kinderkliniken erst recht können, dass dort immer jemand ist, der sagen kann, ob eine Misshandlung vorliegt oder nicht. Dass Kinderärzte aus Kinderkliniken an uns herantreten, zeigt uns ja, dass selbst in Kinderkliniken dankbar auf diese externe Expertise zurückgegriffen wird und dass dort noch große Unsicherheiten bestehen. Das erleben wir tatsächlich immer wieder. In dem Moment, in dem irgendetwas forensisch Relevantes auftaucht, besteht die große Sorge, das einzuschätzen und letztlich auch die Worte zu finden. Das kam heute auch in der Stellungnahme von Herrn Dr. Buck zum Ausdruck. Das hat uns gewundert. Er hat gesagt: Ich kann doch nicht in einen Arztbrief schreiben, dass ich daran Zweifel habe! - Das verstehe ich nicht. Man könnte durchaus hineinschreiben, dass aus medizinischer Sicht ein Sturz aus geringer Höhe nicht plausibel ist. Dann könnte man das so weitergeben. Da erleben Sie schon die Unsicherheiten und den Klärungsbedarf, der noch besteht. Herr Dr. Buck plant aber einen Kinderschutz-Fachtag und ist dafür auch schon auf uns zugekommen. Er hat das heute mit mir besprochen. Wir wollen dort gemeinsam etwas machen und daran arbeiten, dass wir für Niedersachsen die Strukturen noch einmal ein bisschen zurechtrücken.

Zur Frage zum Regelungsbedarf nach der DSGVO: Wir sind mit unserer fachlichen Expertise nicht juristisch ausgebildet. Aber das ist sicherlich ein Thema. Das ist mir auch aus anderen Bundes-

ländern bekannt. In Bayern hat man das ja entsprechend geregelt. Das finde ich etwas erstaunlich. So etwas müsste natürlich auch in Niedersachsen überlegt und dann auch geregelt werden; denn das beißt sich meines Erachtens im Moment noch.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Mich interessiert noch Ihr Einzugsgebiet. Kommen wirklich aus ganz Niedersachsen, also auch aus den Randgebieten zu anderen Bundesländern, Kinder zu Ihnen?

Meine letzte Frage: Sehen Sie nicht einen Vorteil darin, wenn ein Arzt sich mit einem vorbehandelnden Arzt austauschen könnte, wenn er erkennt, dass die Symptome bei dem Kind schon länger bestehen - beispielsweise auch psychische Auffälligkeiten -, auch wenn die Eltern eine ganz andere Geschichte erzählen und behaupten, dass es das erste Mal aufgetreten ist? Wenn die Eltern die gleiche Geschichte schon acht Mal anderen Ärzten erzählt haben, wüsste der Arzt, dass das gar nicht stimmt und dass die Eltern die Vorgeschichte verschweigen, und könnte er dann entsprechend weiter vorgehen. Wenn das Kind das erste Mal bei einem Arzt ist, weiß er ja gar nicht, was zuvor schon passiert ist.

Prof. **Dr. Anette S. Debertin**: Zum Einzugsgebiet: Wir sind tatsächlich ganz niedersachsenweit tätig. Wir malen immer mal wieder Landkarten, von wo wir erreicht werden. Das ist tatsächlich auch bis in die Peripherie hinein. Jedenfalls besteht auch die Möglichkeit. Es ist aber sicher nicht so, dass wirklich alle von unserem Angebot wissen. Dafür bräuchte es natürlich auch entsprechender Ressourcen zur Öffentlichkeitsarbeit. Wir arbeiten ja sehr viel inhaltlich. Aber prinzipiell haben wir uns, wenn wir etwas für das Land mit Landesförderung machen, natürlich auch vorgenommen, dass das ins Land strahlen muss. Weil Niedersachsen ein Flächenland ist und damit wir wirklich schnell sind - wir haben ja eine Weichensteller-Position, indem wir eine Einschätzung in die eine oder andere Richtung abgeben, damit dann entsprechende Schutzmaßnahmen ergriffen werden können; man kann die Diagnose nicht ohne Intervention denken -, haben wir diese Tele-Konsile.

Theresa Engelmann: Wir untersuchen die Kinder nicht nur in Hannover, sondern haben zusätzlich im Norden in Oldenburg eine Zweigstelle, weil dort für den ganzen Kreis letztlich bis in die Inselregionen wohnortnäher der Bedarf besteht. Bei Kindern, die uns nicht aufsuchen können, bei denen aber eine Untersuchung notwendig ist, gibt es die Möglichkeit, dass wir vor Ort fahren, sodass die Kinder nicht weite Wege auf sich nehmen müssen. Kindzentriert, auf das Kind bezogen, kommen wir zum Kind, damit das Kind möglichst wenig zusätzlichem Stress oder zusätzlicher Planung mit personellem Aufwand ausgesetzt ist. Wir sehen das Kind im Zentrum und können bei entsprechendem Bedarf die Kinder auch wohnortnah aufsuchen.

Prof. **Dr. Anette S. Debertin**: Wenn Eltern diesen Zusatzuntersuchungen nicht zustimmen würden, hätten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ja umso mehr den Grund, bei einer Lage mit Gefahr im Verzug entsprechend weiterzumelden. Auch das würde noch einmal mehr Rechtssicherheit geben. Wir sind also nicht direkter Ansprechpartner für Eltern, sondern der Weg führt aus verschiedenen Gründen immer über Ärztinnen und Ärzte. Natürlich schwebt uns vor, dass sich dadurch einerseits die Expertise, das Wissen verbessert. Aber andererseits führt das auch zu weiterer rechtlicher Sicherheit. Würde sich dabei jemand verweigern, könnte man sagen: Ich habe die Sorge, dass hier etwas im Argen liegt.

Theresa Engelmann: Zu der Frage zum Austausch mit vorbehandelnden Ärzten: Grundsätzlich arbeiten wir ja auch viel mit den niedergelassenen Ärzt*innen zusammen. Mir sind aus der Praxis

nicht viele Fälle von „Ärzte-Hopping“ bekannt, wo das dann wirklich im Verlauf von hoher Relevanz war. Aber nehmen wir das Beispiel, dass es doch von Relevanz ist: Dann hat man Anknüpfungspunkte über den Impfpass oder das U-Heft, wen man anrufen könnte. Es gibt aber natürlich auch die Situation, dass der Impfausweis und das U-Heft nicht vorliegen. Dann fehlen die Möglichkeiten, zu erkennen, mit wem man überhaupt Kontakt aufnehmen könnte. Wenn ein Arzt bzw. eine Ärztin sich bei einem Kind in der Praxis akut Sorgen macht, dann bleibt ihm bzw. ihr in der Situation, wie sie sich in der Realität oft darstellt - Kinderarztpraxen mit vollen Wartezimmern und endenden Sprechzeiten; Fälle laufen am Wochenende oder in den Abendstunden auf, wenn andere Kinderärzte nicht mehr erreichbar sind; man weiß nicht, wen man alles anrufen muss, um ein vollständiges Bild über die Vorgeschichte zu bekommen; es fehlen vielleicht überhaupt die zeitlichen Ressourcen; im Notdienst am Wochenende kann gar kein Kontakt aufgebaut werden -, nichts anderes übrig, als in dem Moment irgendeine Entscheidung zu treffen, wie mit dem Kind weiter vorgegangen wird. Das wäre dann entweder die Kontaktaufnahme zu Fachpersonal, um den Fall zu besprechen - sei es die Medizinische Kinderschutzhotline; wir sind telefonisch im Notfall für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen 24/7 erreichbar -, oder auch zu anderen Strukturen, um das zu besprechen, oder die Fälle mit rechtlicher Regelungen beratend an das Jugendamt abzugeben oder sich dort Unterstützung zu holen.



CDU-Landtagsfraktion · Hannah-Arendt-Platz 1 · 30159 Hannover

Herrn
Oliver Lottke MdL
Vorsitzender des Ausschusses für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Volker Meyer MdL
Vorsitzender Arbeitskreis Soziales

Nur per E-Mail:
oliver.lottke@
lt.niedersachsen.de

1. Dezember 2023

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung in Bezug auf landesrechtliche Probleme in der Krankenhausfinanzierung gemäß dem Rechtsgutachten "Funktionsgerechte Krankenhausfinanzierung und Krankenhausreform – Staatliche Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Grundgesetzes und des EU-Beihilferechts", erstellt von Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf, Juristische Fakultät Universität Potsdam, im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V., Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V., Deutschen Roten Kreuzes e.V., und Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e. V., November 2023.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Lottke,

unter Bezugnahme auf das genannte Rechtsgutachten beantrage ich im Namen der CDU-Fraktion im Niedersächsischen Landtag, dass der Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung sich in einer seiner nächsten Sitzungen durch die Landesregierung insbesondere zu folgenden landesrechtlich problematischen Aspekten informieren lässt:

1. Unzureichende Erfüllung der Verpflichtungen durch die Länder: Untersuchung der mangelnden Übernahme notwendiger Investitionskosten durch die Länder, wie im Rechtsgutachten dargestellt.
2. Ausgleichsleistungen für staatliche Krankenhäuser: Erörterung der von Kommunen (und Ländern) gewährten Ausgleichsleistungen, wie Jahresfehlbetragsdeckungen, Investitions- und Betriebskostenzuschüsse, und deren landesrechtliche Implikationen.
3. Rechtswidrigkeit des selektiven Defizitausgleichs: Bewertung der Recht- und Verfassungsmäßigkeit des selektiven Defizitausgleichs für staatliche Krankenhäuser im Hinblick auf landesrechtliche Gleichbehandlungsgebote.

Mit freundlichen Grüßen

Volker Meyer