

19. Wahlperiode



## Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

## Wortprotokoll der 17. Sitzung

### Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Berlin, den 15. Mai 2019, 16:00 Uhr  
Paul-Löbe-Haus  
2.200

Vorsitz: Susann Rüthrich, MdB

## Tagesordnung

### Tagesordnungspunkt 1 Seite 8

Öffentliches Expertengespräch zum Thema "Post-natales Kindeswohl II: Medizinische und soziale Versorgung in "Normalfällen"

### Tagesordnungspunkt 2 Seite 24

Beratung der Stellungnahme zum Themenkomplex "Kindeswohl und digitalisierte Gesellschaft: Chancen wahrnehmen - Risiken bannen"

### Tagesordnungspunkt 3 Seite 24

Verschiedenes



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kin-  
derkommission)

### **Inhaltsverzeichnis**

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 7
Wortprotokoll	Seite 8



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kin-  
derkommission)

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

**Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)**  
**Mittwoch, 15. Mai 2019; 16:00 Uhr**

<u>Ordentliche Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>	<u>Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses</u>	<u>Unterschrift</u>
<u>CDU/CSU</u> Wiesmann, Bettina Margaretha		<u>CDU/CSU</u> Launert Dr., Silke	
<u>SPD</u> Rüthrich, Susann		<u>SPD</u> Bahr, Ulrike	
<u>AfD</u> Huber, Johannes		<u>AfD</u> Harder-Kühnel, Mariana Iris	
<u>FDP</u> Seestern-Pauly, Matthias		<u>FDP</u> Föst, Daniel	
<u>DIE LINKE.</u> Müller (Potsdam), Norbert		<u>DIE LINKE.</u> Werner, Käfrin	

10. Mai 2019

Anwesenheitsliste  
Referat BL 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro  
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.

Seite 1 von 2



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kin-  
derkommission)

19. Wahlperiode

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 15. Mai 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
BÜ90/GK Lehmann, Sven	<i>S. Lehmann</i>	BÜ90/GK Dörner, Katja	

10. Mai 2019

Anwesenheitsliste

Referat EL 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro  
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.

Seite 2 von 2



## Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

## Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)

Mittwoch, 15. Mai 2019, 16:00 Uhr

	<b>Fraktionsvorsitz</b>	<b>Vertreter</b>
CDU/CSU		
SPD		
AFD		
FDP		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

## **Fraktionsmitarbeiter**

Gottmann, Christoph Linke C. Gott

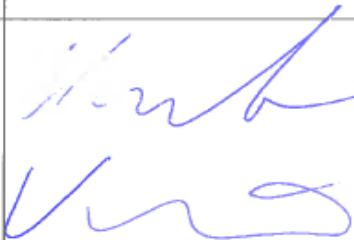
Stand: 13. September 2018 / BL4, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

**Anwesenheitsliste der Sachverständigen  
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema  
„Postnatales Kindeswohl II: Medizinische und soziale Versorgung  
in „Normalfällen“  
am Mittwoch, dem 15. Mai 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
<b>Dr. Inés Brock</b> (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin)	
<b>Dipl.-Med. Hendrik Karpinski</b> (Leiter des Niederlausitzer Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin)	



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kin-  
derkommission)

## Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

### Abgeordnete

Vors. Susann Rüthrich	8, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24
Abg. Bettina M. Wiesmann	17, 22
Abg. Sven Lehmann	19
Abg. Daniel Föst	21

### Sachverständige

Dr. Inés Brock	8, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23
Dipl.-Med. Hendrik Karpinski	11, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23



## Tagesordnungspunkt 1

### Öffentliches Expertengespräch zum Thema "Postnatales Kindeswohl II: Medizinische und soziale Versorgung in "Normalfällen"

**Vorsitzende:** Dann würde ich sagen, nutzen wir die Zeit und warten nicht länger, sondern starten mit der mittlerweile schon 17. Sitzung unserer Kinderkommission. So unglaublich ich es auch finde, sind wir schon fast am Ende meiner Vorsitzzeit mit meinen Themen, obwohl wir gefühlt noch mittendrin sind. Wir sind in dem Themenbereich „Ein guter Start ins Leben“. Wir haben uns die Zeit vor der Geburt und die Geburtssituation angeschaut. Jetzt geht es um die Situation, dass das Kind geboren und als kleiner Mensch bei uns ist, und wir schauen, wie es dem kleinen neuen Menschen geht. Wir wollen uns das Kindeswohl im Hinblick auf die Versorgung anschauen. Wir waren in der letzten Woche schon in einem sehr medizinischen Bereich und versuchen heute mit Ihrer Hilfe, ein bisschen in die Tiefe zu gehen und das Thema mit den Projekten und Ansätzen, die Sie uns heute mitgebracht haben, auszuweiten. Wir sind wieder in einer öffentlichen Sitzung, was man unschwer daran erkennen kann, dass wir Besucherinnen und Besucher haben. Alles, was heute hier gesagt wird, wird per Wortprotokoll aufgezeichnet und dann auf den Seiten des Bundestages veröffentlicht. Wir nutzen es dann, um unsere Stellungnahme am Schluss der Sitzungen zu dem Themengebiet zu erstellen. Dabei können Sie, liebe Expertinnen und Experten des heutigen Tages uns sehr helfen. Es geht um das postnatale Kindeswohl, und dazu haben wir Sie, Frau Inés Brock eingeladen. Sie sind Elternbegleiterin und Elternberaterin für frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin und systemische Familientherapeutin. Ich bin sehr gespannt darauf, wie Sie die Situation der kleinen Kinder und ihrer Familien einschätzen. Welche Herausforderungen gibt es oder wie ist die Versorgungslage, was können wir besser machen oder was ist eigentlich auch schon sehr gut? Herr Diplomediziner Hendrik Karpinski als Leiter des Niederlausitzer Netzwerkes „Gesunde Kinder“ und Chefarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Sie können uns aus Ihrer fachlichen Sicht mit Sicherheit auch gute Hinweise geben. Wir sind heute hier nur zu viert, obwohl wir sechs Mitglieder sind, MdB Huber hat sich entschuldigt

und auch der Kollege Müller ist krankheitsbedingt leider heute nicht da. Nichtsdestotrotz denke ich, dass wir hier eine gute Runde sind, um Ihnen Löcher in den Bauch zu fragen. Wir machen es wie immer, dass Sie zunächst aus Ihrer Sicht Ihre Statements abgeben. Dann können wir in den Austausch gehen. So gegen 17.00/17.15 Uhr sind wir dann vielleicht so ungefähr auf der Zielgeraden, damit wir intern noch die letzten Sachen besprechen können. Frau Dr. Brock, ich würde das Wort gerne an Sie übergeben. Vielen Dank.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Ich freue mich sehr über die Einladung und habe eine circa maximal 15-minütige Präsentation mit ein paar Fragen vorbereitet, die wir dann für die vertiefende Diskussion nutzen können. Ich freue mich ganz besonders, dass ich eingeladen worden bin und wollte mich Ihnen und mein Hintergrund am Anfang ganz knapp vorstellen.

Ich bin nicht selbst Elternberaterin und Elternbegleiterin, sondern habe in den Jahren 2011 bis 2018 1.000 Kolleginnen ausgebildet, qualifiziert, die Curricula entwickelt und das Projekt auf dieser Ebene begleitet – das Bild ist übrigens aus dem Imagevideo des Bundesministeriums, das habe ich mit drauf genommen. Was mich vielleicht noch als Expertin beschreibt ist, dass ich die AG „Natürliche Geburt“ am Runden Tisch des Sozialministeriums in Sachsen-Anhalt leite und dass ich zehn Jahre in der Erziehungs- und Schwangerenberatungsstelle gearbeitet habe und immer noch wissenschaftlich empirisch begleitend dazu arbeite. All das finden Sie in meinem letzterschienenen Buch. Ich habe für Sie auch eine Rezension aus dem gerade erschienenen Ärzteblatt dabei, was sich mit diesem Thema beschäftigt. Soviel kurz zu mir, damit Sie wissen, wo Sie ggf. fragen können.

Jetzt zum Inhaltlichen: Ich möchte mit dem guten Start ins Leben beginnen. Was brauchen Neugeborene und Säuglinge aus der Perspektive der Psychologie, aber eben auch aus der Perspektive des Erfahrungswissens? Welche Handlungsfelder sind zur Unterstützung der Mütter und Familien geeignet? Da bin ich auch gebeten worden, die El-



ternberatung und die Elternbegleitung im Bundesprojekt „Elternchance“ zu beschreiben, welche ich aus dieser Perspektive kenne. Danach werde ich ein paar Schlagworte zur Bedarfsforschung nennen, was ich Ihnen alles jeweils auch mit Quellen unterlegen kann, die ich dabei habe. Danach beschreibe ich das Lebenslagenkonzept als Leitfaden für Handlungsspielräume, wo ich mir gut vorstellen könnte, dass man da vielleicht auch den einen oder anderen Impuls für das politische Handeln bekommen kann. Ich würde Ihnen das auch zur Verfügung stellen. Soviel zu meiner Orientierung.

Guter Start ins Leben, was brauchen Neugeborene und Säuglinge? Sie haben gesagt, dass Sie schon mehrere Anhörungen zum Thema Geburt gehabt haben. Aber letztlich fängt die perinatale Zeit bereits in dem Moment an, wo das Kind geboren wird. Da brauchen Kinder eine stressfreie und komplikationslose Geburt, damit das Ankommen auch entsprechend gestaltet werden kann. Wie Sie wissen, ist das z. B. bei einem Kaiserschnitt anders. Deshalb habe ich die Geburt hier mit einem Stichwort mit hineingeschrieben, weil nachgewiesen ist, dass das Bonding und insbesondere das Stillen und die Stilldauer sehr viel mit dem postpartalen Hautkontakt zu tun haben. Insofern ist damit die Geburt natürlich nicht nur indirekt, sondern direkt verknüpft. Aus der Psychologie und der Resilienzforschung wissen wir, dass der Aufbau einer sicheren Bindung an die primäre Bezugsperson – in den meisten Fällen ist das die Mutter – für das Aufwachsen das Wichtigste ist. Die Mutter wiederum braucht die Einbettung in sichere Rahmenbedingungen der Familie. Eine stabile Elternfunktion und die elterliche Feinfühligkeit als Standardbegriff aus der Bindungsforschung brauchen wiederum eine Matrix an Unterstützungsstrukturen. Bei den Handlungsfeldern zur Unterstützung von Müttern und Familien habe ich auf dem aufgebaut, was es schon gibt, nämlich das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Das habe ich auf dem Tisch liegen, weil so viele Experten viele wichtige und wunderbare Handlungsfelder beschrieben haben, dass ich das jetzt gar nicht besser machen könnte. Ich mache Sie einfach nur noch einmal auf die drei Ziele, die das Thema betreffen, aufmerksam. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft

sind anerkannt und gestärkt. Die ganzen Handlungsfelder stehen auch da drin. Das vierte Ziel innerhalb dieses Gesundheitsziels ist das erste Jahr nach der Geburt, das als Phase der Familienentwicklung unterstützt wird und dadurch eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglicht und gefördert wird. Auch das fünfte Ziel hat damit zu tun und beinhaltet, dass die Lebenswelt und die Rahmenbedingungen rund um die Geburt gesundheitsförderlich gestaltet werden sollen.

Welche Handlungsmöglichkeiten haben die Elternberaterinnen und Elternbegleiterinnen innerhalb dieses Projekts? Da bau ich auf dem Erfahrungswissen aus diesen acht Jahren Qualifizierung auf, denn die Kolleginnen geben innerhalb der Qualifizierung Rückmeldungen, was sozusagen ihr Praxistransfer ist. Ich glaube daher, dass ich schon relativ sicher aus der Praxis sagen kann, dass es vor allen Dingen um das Vertrauensverhältnis zu Familien geht, die bereits Kinder haben und an Kitas und andere Institutionen angebunden sind. Es sind gerade die Netzwerke, zu denen vielleicht auch mein Kollege noch etwas sagen wird, mit denen Familienhebammen bei den Frühen Hilfen und den anderen Settings zu tun haben. Es gibt in vielen Kommunen Neugeborenenbegrüßungen, die einen ganz niedrigschwelligen Zugang bieten. Dieser ist nicht sozial stigmatisierend wie z. B. die Frühen Hilfen oder die Familienhebammen, die eher eine bestimmte Zielgruppe ansprechen. Ein weiteres Angebot der Elternbegleiterinnen sind zugehende Angebote wie z. B. die Stadtteilmütter oder auch Spielplatzberatungen, um nur zwei Beispiele zu nennen. Man könnte sicherlich noch viele weitere zugehende Angebote benennen. Da die Elternbegleiterinnen in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern beheimatet sind, gibt es noch die Möglichkeit einer Qualifizierung, die auf einem bereits bestehenden Berufsfeld aufbaut. Hierzu zählt der Kontakt zu Schwangeren in familiennahen Institutionen und Familienzentren. Da die Ansprechbarkeit für Familien insgesamt vor der Geburt am größten ist, und aber auch für die Zeit nach der Geburt gilt, ist dann oft schon das Wichtigste passiert, nämlich das Vertrauensverhältnis und die Ansprache.

Es gibt Gelingensfaktoren und auch Hemmnisse



innerhalb dieses Bundesprojektes. Ich möchte Ihnen ein paar Gelingensfaktoren benennen. Der Größte ist das persönliche Engagement der einzelnen Kolleginnen und Kollegen. Danach kommen die Unterstützung durch die Leitung und die Träger und dann die Selbstwirksamkeitserfahrung, das heißt spüren Sie, dass Sie auch wirklich etwas bewirken können? Sie brauchen keine Überlastung durch den Fachkräftemangel. Zur großen Netzwerkkompetenz sage ich nachher noch etwas.

Die Hemmnisse, die immer wieder beschrieben werden, sind, dass es keine expliziten Stundenkontingente für diese Arbeit gibt. Oft – gerade in Kitas – gibt es keine räumlichen Voraussetzungen, um in einem anonymen 1:1-Gespräch in Kontakt zu kommen. Darüber hinaus wird oft wahrgenommen, dass es zu wenig Öffentlichkeitsarbeit zum Tätigkeitsfeld der Elternbegleiterinnen gibt. Viele haben diese Begrifflichkeit noch nie gehört, obwohl es inzwischen bundesweit insgesamt 12.000 Kolleginnen und Kollegen gibt, welche die Qualifizierung erfolgreich abgeschlossen haben. Was die Organisation und die Finanzierung vor Ort betrifft, gibt das KJHG über § 16 SGB VIII jeder Kommune einen Ermessensspielraum. Es ist aber sehr individuell, wie die Kolleginnen sich diese Zeit finanzieren lassen. Wie gesagt, das Angebot zum Gespräch zu den Themen Curriculum, Lernziele, Tätigkeitsfelder und Finanzierung können wir dann gerne noch weiterführen.

Mir wäre es wichtig, jetzt noch ein paar Schlagworte aus der Bedarfsforschung hinzuzufügen. Wir wissen insbesondere aus der Hebammenforschung – auch dafür habe ich die Quelle dabei –, dass es einen Zeitmangel des Personals im stationären Wochenbett gibt. Wegen der geringen Verweildauer in der Klinik gibt es oft auch keinerlei psychologische Betreuung für die Mütter nach der Geburt, um ihr Geburtserlebnis zu verarbeiten. Nur in ganz wenigen Kliniken gibt es Angebotsstrukturen, die den Wöchnerinnen wirklich ein psychologisch fundiertes Gespräch anbieten. Es gibt hier in Tempelhof eine Klinik, das St. Joseph Krankenhaus, die das macht. Sie ist eine der wenigen Kliniken, die eine extra psychologische Angestellte für diesen Teil haben. Die meisten haben das wie gesagt nicht. Daneben gibt es eine Unterversorgung bei Hebammen in der aufsuchenden Nachsorge. Sowohl dadurch, als auch

insgesamt gibt es eine hohe Rate unerkannter und unbehandelter postnataler Depressionen von Müttern und Vätern, weil die Hebammen nicht dafür qualifiziert sind. Es ist ein noch ganz neues Forschungsergebnis, dass auch Väter bis zu 8 Prozent krankheitsrelevante Symptome einer Depression in der postnatalen Zeit zeigen. Bei Müttern sind es bis zu 20 Prozent, wovon die meisten unbehandelt und unerkannt bleiben. Dies hat wiederum Auswirkungen auf das Kind und das Baby, weil es keine authentische Affektspiegelung etc. bekommt.

Hinzu kommen die wenigen Sprechstunden- und Beratungsangebote bei exzessivem Schreien, was auch in dieses Altersfenster hineingeht. Wir wissen mittlerweile, dass exzessives Schreien ein Gefährdungspotential für das Kindeswohl ist, und das über alle Schichten und Milieus hinweg. Es hat also nichts mit einer spezifischen Voraussetzung zu tun, die jetzt an die Bildungsniveaus gebunden ist.

Ich würde Ihnen gerne einen Leitfaden für mögliche Handlungsspielräume mitgeben, der sich am Lebenslagenkonzept orientiert, und darin sind diese Punkte und jeweiligen Handlungsspielräume, sprich Versorgungs- und Einkommensspielraum, der Kontakt- und Kooperationsspielraum enthalten. Was den Lern- und Erfahrungsspielraum betrifft, sieht man schon, dass auch das wiederum nicht milieugebunden ist, da Vereinigungsgeschichten in jedem Milieu vorkommen können. Auch die Lern- und Erfahrungsspielräume, z. B. das Handling mit dem Säugling und die Stillunterstützung, sind ganz unterschiedlich. Wobei beim Lernen sogar die etwas gehobenen Milieus so viel lernen, dass sie verunsicherter sind als vorher. Die Frage der Muße und Regeneration, die wiederum wichtig ist, damit man Kraft sammelt für die Belastungen. Die weiteren Handlungsspielräume sind Partizipation, die davon beeinflusst wird, inwieweit ich in diesem Bereich der Mutterschaft auch wirklich mitbestimmen kann. Die drei letzten Spielräume, die genannt werden, sind explizit aus einer feministischen und Frauenperspektive hinzugenommen. Dazu gehört der Geschlechtsrollenspielraum, der mit der Benachteiligung auf dem Erwerbssektor im Hinblick auf Mutterschutz und der Zeit danach zum Teil zu tun hat. Dann gibt es den Sozialbindungsspielraum, der auch die Mutterschaft



geknüpft ist und meint, wie weit kann ich mich eigentlich noch in sozialen Beziehungen bewegen oder erlebe ich möglicherweise Gewaltbedrohungen in sozialen Beziehungen. Zum Schluss der Schutz- und Selbstbestimmungsspielraum, der die Gesundheit, Partnerschaft, Familie und Sexualität betrifft. Dazu gehört die Entscheidung, wie viele Kinder ich bekommen will. Eine Frage des Selbstbestimmungsspielraums im Bereich der Sexualität ist auch, dass gerade kinderreiche Mütter oft berichten, dass ihnen die vierte Schwangerschaft sozusagen vorgeworfen wird.

Ich habe nur noch drei Minuten Zeit und diese würde ich gerne in die letzte Folie investieren. Das sind die Fragen, die mir die Kollegen zugearbeitet haben, zu denen ich dann noch etwas sagen soll. Darauf kann ich gerne zurückkommen. Das würde jetzt in der Einführung zu weit führen. Mir ist es wichtig, noch einmal auf die Handlungsspielräume des Bundestages zu fokussieren, auf Grundlage dessen, was ich vorher beschrieben habe. Einerseits ist es so, dass die Versorgungslage für den Bereich der Hebammenbetreuung im postnatalen Bereich verbessert werden sollte. Das kann gelingen, wenn die Hebammenleistung im stationären Bereich aus den DRGs heraus genommen wird. Das heißt, dass die Hebammen die Arbeit nicht mehr unter Zeitdruck usw. machen müssen, sondern sich individueller den Frauen, insbesondere den Müttern, zuwenden können. Darüber hinaus braucht es eine Stärkung der Freiberufllichkeit in der Nachsorge und eine Informationskampagne zur Inanspruchnahme, weil viele junge Mütter nicht wissen, dass sie im Wochenbett bis zum Ende des ersten Jahres bei Stillschwierigkeiten einen Rechtsanspruch auf diese Hebammenbesuche nach der Geburt haben. Der zweite Punkt, zu dem ich hier eingeladen bin, betrifft die ElternbegleiterInnen und welche Rolle sie in diesem Feld spielen können. Hierbei wäre die Frage, wie man die Finanzierung nicht nur den Kommunen und den Trägern überlassen kann. Mir ist bewusst, wie kompliziert die finanziellen Verknüpfungen der einzelnen Ebenen sind. Nichtsdestotrotz wollte ich es an der Stelle noch einmal benannt haben, dass etwas existiert, das die Arbeit vor Ort zum Teil erschwert und dann auch unbefriedigend macht. Das wäre mein Input für die 15 Minuten und ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

**Vorsitzende:** Vielen Dank für Ihren Input, da haben wir mit Sicherheit viel, was wir dann vertiefen können. Aber jetzt wären Sie erst einmal dran, Herr Karpinski, vielen Dank.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsische Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Also während ich noch mit der Technik zu tun habe, will ich mich kurz vorstellen. Mein Name ist Hendrik Karpinski, Kinderarzt, und bevor ich mit den Gedanken, die ich Ihnen vortragen will, im Speziellen beginne, würde ich gerne ein Anliegen loswerden, welches letztlich auf das Initiativnetzwerk „Gesunde Kinder“ hinführt. Ich glaube, dass wir gesellschaftlich – nicht nur in Deutschland – in einer Situation sind, wo durch die Medizin ein Mythos entsteht, dass je größer ein gefühltes Problem ist, umso mehr Expertise und Spezialisierung braucht es. Wenn ich ein Kind habe, was völlig laut ist oder ein ganz bizarres Verhalten hat, dann brauche ich mindestens einen Professor, der das Problem löst. Das ist in der Regel aber ein Irrtum, da ich an ganz vielen Stellen bei Problemen und bei Themen, die einen hohen Leidensdruck in Familien auslösen, oft viel weniger brauche, aber eben das Richtige und nicht immer nur Spezialisierung und Hochexpertise. Diese Idee Netzwerk „Gesunde Kinder“ hat damit zu tun, dass wir in unserer Klinik gerade auch im Feld postnatale Depression und ähnlichen Problemlagen und frühe Regulationsstörung sehr viel Eltern-Kind-Arbeit machen.

Wir haben uns immer wieder die Frage gestellt, wie man es hinkriegen kann, und das schließt direkt an das Gesagte von der Kollegin an, dass eine Frau, die vielleicht bei uns auf der Entbindungsstation direkt neben der Kinderklinik ist und die Kollegen schon das Gefühl hatten, so richtig glücklich ist sie mit dem Kind nicht, dass sie nicht erst ein halbes Jahr später die Kinderklinik aufsucht und sagt: „Ja, ich habe ein Schreikind und mein Kind schlaf nicht, mein Kind isst nicht.“ Wie kriegt man es hin, dass der Kontakt zu dieser Frau erhalten bleibt? Die Frage war bei uns am Ende auch, wir brauchen Experten oder eine Beratungsstelle. Gelandet sind wir dann bei einer Struktur, die auf Ehrenamtlichkeit beruht. Die Grundidee der ehrenamtlichen Patinntätigkeit –



meistens sind es tatsächlich Frauen — ist, dass die Patinnen in aller Regel in ein professionelles System gut eingebettet sind. Genau das wollte ich Ihnen jetzt zeigen, wie das bei uns läuft.

Wir haben das Konzept 2005 entwickelt, 2006 startete dann das erste Netzwerk „Gesunde Kinder“ und danach gab es auch bundesweit diese erhöhte Aufmerksamkeit für das Thema. Ein Jahr später ist dann mit allen diesen Anstrengungen das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen gegründet worden. Ich habe ein paar Themen vorbereitet, die hier auch für die Dokumentation aufgelistet sind. Ich habe relativ viele Folien, bin aber schneller als die Folien. Einige sind nur dazu da, dass diese dann am Ende in Ihrem Fundus landen und Sie in denen noch einmal nachschauen können. Das Erste dieser Projekte war bei uns in der Niedersachsen, die ganz im Süden von Brandenburg liegt. Sie kennen die Landkarte von Brandenburg vielleicht? Inzwischen hat es sich in ganz Brandenburg ausgebrettet, in denen es inzwischen etwa 1.100 dieser Frauen gibt, einzelne Männer gibt es auch, die regelmäßig ehrenamtlich Familien besuchen und versuchen, das umzusetzen und herzustellen, was Frau Dr. Brock schon als etwas Wichtiges genannt hatte. Das bedeutet, dass durch diese 1.100 Frauen gleichzeitig etwa 4.300 Familien in irgendeiner Weise erreicht werden. Wie das abläuft, möchte ich Ihnen ein bisschen vorstellen. Es gibt ein familienpolitisches Programm im Land Brandenburg. Die Idee, und das ist mir als Input für die Kinderkommission noch einmal wichtig, ist eben kein risikobasiertes Vorgehen. Die Idee ist nicht zu sagen, dass wir eine Mutter haben, bei der wir alle irgendwie ein ungutes Gefühl haben oder die entsprechend aussieht, sondern dass wir jeder Frau, jeder Familie die Möglichkeit geben, eine Patin gewissermaßen als Geschenk zu bekommen. Als ein Geschenk der Region, teilweise auch ein Geschenk des Landes, da es auch Fördermittel aus dem Land dazu gibt. Die Idee ist dabei, dass diese Patinnen das geben, was ihnen als Ehrenamtler möglich ist, und gleichsam aber immer die Verbindung zum Regelsystem herstellen. Deshalb ist die Grundidee eine gesundheitsfördernde eigentlich salutogenetische Idee. Für diejenigen, die sich ein bisschen mit dieser Materie beschäftigen, ist das ein Begriff, der nachvollziehbar ist. Wir arbeiten vor allem mit den Eltern, was in diesem Kontext ganz nachvoll-

ziehbar ist. Wir stifteten sozusagen die Beziehung zwischen der Patin und der Familie mit dem Ziel, dass am Ende die Beziehungen zwischen Mutter und Kind, Vater und Kind stabilisiert werden können und ein bisschen in den Fokus kommen.

Hier habe ich versucht, das mal darzustellen: Interessant und besonders wichtig ist nur die rechte Seite. Wie man jetzt unten erkennt, ist da das Pattrinensystem. Im orangenen Feld sind die Patinnen, die in ein System von Kooperationspartnern eingebettet sind. Es gibt eine Lenkungsgruppe und einen Stammtisch für die Patinnen. Das bedeutet, sie sind immer in eine Struktur inkludiert, damit keine Patin als „Irrläufer“ bei den Familien tätig ist. Was tun die Patinnen? Das werde ich gleich zeigen. Hier wollte ich Ihnen aber noch einmal deutlich machen, dass wir alle mit diesen Regelsstrukturen vertraut sind. Dazu gehören z. B. die Angebote, über die Frau Dr. Brock berichtete und die Schwangerenberatungsstelle, aber auch die ganzen SGB V-Einrichtungen. Dann gibt es bei uns insbesondere, aber letztendlich in allen Regionen Ehrenamtsstrukturen, die auch wertvolle Hilfe leisten können.

Unser Anliegen und unser Erfolg bestehen darin, dass wir über bestimmte Strukturen, z. B. die Lenkungsgruppe dieses Netzwerks, dafür sorgen, dass es immer einen Zusammenhang gibt und in einem Zusammenhang bleibt. Die Ehrenamtler bilden nicht für sich ein System, sondern vermitteln ganz niedrigschwellig in das Regelsystem, z. B. indem sie Angebote aufzeigen und den Frauen, die beispielsweise Sorge um ihr Kind haben oder Mühe beim Stillen haben oder eine Hebamme zu finden. Diesen Frauen wird dann wieder Hilfe gegeben, indem man sagt, da ist noch jemand und da kann ich noch einmal anrufen. Die Patinnen verfügen über ein hohes Systemwissen in der Region und haben auch ein gezieltes Curriculum durchlaufen, das ihnen die Kompetenz gibt, für die Familien da zu sein. Das heißt, die lokalen Möglichkeiten werden gebündelt und die Zusammenarbeit wird dabei verändert. Es ist wunderbar zu erleben, wie im Netzwerk „Gesunde Kinder“ Hebammen, Kinderärzte und Frauenärzte sehr freudvoll miteinander zusammenarbeiten und sich nicht nur an den üblichen Reibepunkten begegnen. Ich habe gelesen, dass hier in der letz-



ten Sitzung das Hebammenthema eine wichtige Rolle gespielt hat. Ich dachte, deswegen ist es vielleicht ganz gut zu sagen, wie man durch so eine Querschnittsaufgabe auf eine sehr schöne Art zusammenarbeiten kann. Ich hatte hier auf zwei Folien die klassischen Kooperationspartnerinnen und -partner aus dem Regelsystem aufgelistet, die dann in den Netzwerken Berührung zu Familien in der besonderen Phase null bis drei Jahre haben, und das quer über die verschiedenen Sozialgesetzgebungsgebiete hinweg.

Die Netzwerkarbeit, die man da leisten muss, ist mühsam. Man muss die zusammenzuführen, die bereit und in der Lage sind, da mitzuwirken und alle in diesem Lenkungsgruppensystem zusammenbringen. Wie funktioniert das? Wir haben also Patinnen, die speziell geschult sind und Ehrenamtler sein sollen und daher keine wesentliche finanzielle Vergütung, sondern nur eine Aufwandsertattung bekommen. Wir wollen dafür auch keinen finanziellen Anreiz setzen. Für diese Netzwerkaktivität sind mindestens zehn Besuche verbindlich, d. h. die Familien sind zu nichts gezwungen, sondern erklären sich zu Beginn damit einverstanden, dass es in Ordnung ist, dass die Patin zu Besuch kommt. Das geht bis zum dritten Geburtstag. Für jeden dieser Patinnenbesuche ist im System eine kleine Checkliste hinterlegt und in den Unterlagen der dafür ausgebildeten Patinnen wird praktisch der Fokus in der jeweiligen Familie bestimmt. Dabei geht es um Themen wie Bindungsaufbau, Kontakt zum Kind, Bedeutung von Hautkontakt, Bedeutung von Blickkontakt, Bedeutung von Unfallprävention und solchen Themen. Patinnen sind qualifiziert, grundsätzlich das Thema frühe Regulationsstörung zu kennen und eine ganz allgemeine Grundkenntnis dafür zu haben. Sie sind angehalten, wenn eine Frau z. B. das Problem mit einem Schreikind hat, das entsprechende Angebot auch zu vermitteln. Die Bedeutung der Patin ist, dass diese sehr viel niedrigschwelliger ist und bei der Herstellung dieses Frühkontakte weniger Probleme entstehen. Die Patinnen werden in einem standardisierten Curriculum ausgebildet und dann erst in die Familien vermittelt, wenn sie eine ausreichende Vorbereitung und eine Grundschulung erhalten haben. In dieser Schulung ist ein Modul inkludiert, das nennt sich „Patin hat Sorge“, und da werden genau die Problembereiche, die in dem

Grenzbereich zu Kinderschutzfragen entstehen, miteinander besprochen. Gemeinsam mit der Jugendhilfe ist ein sehr strukturiertes Verfahren entwickelt worden, wie Patinnen vorgehen sollen, wenn sie sich Sorgen machen, dass es vielleicht doch größere Probleme in der Familie gibt, die nicht mehr so leicht lösbar sind. Hier sind ganz kurz der Schulungsplan und die Inhalte, die dort eine Rolle spielen. Wie Sie sehen, finden sich zum großen Teil Themen wieder, die Frau Dr. Brock schon genannt hatte und noch einiges andere dazu. In dem Falle wäre „Patin hat Sorge“ das Modul 14. Daneben gibt es, darauf hatte ich schon hingewiesen, für diese Erstkontakte und für die weiteren Besuche eine Vorlage, in der festgelegt ist, welche Themen avisiert werden sollen. Diese entsteht nach dem Entwicklungsbedarf der einzelnen Kinder, nach der Entwicklungsreife und nach den Entwicklungsaufgaben in den unterschiedlichen Altersstufen. Es ist ein bisschen an die Vorsorgeuntersuchungen angelehnt. Das würde ich jetzt ganz kurz halten, man könnte das nachher noch einmal aufgreifen.

Was toll ist, ist dass die Begegnung nicht über eine öffentliche Struktur im staatlichen Sinne oder ähnlichem stattfindet, sondern tatsächlich auf dieser ehrenamtlichen Struktur beruht und dadurch eine sehr freie Begegnung zwischen der Patin und der Familie ermöglicht wird. Dadurch entsteht bei den Patinnen eine Identifikation mit dieser Aufgabe, die unglaublich positiv ist. Wir haben bei uns im Netzwerk im Raum Senftenberg/Lauchhammer in dieser Patengruppe jetzt 125 Frauen und einen Mann. Zwei Mal im Jahr machen wir ein großes Fest, bei dem man merkt, welche Kraft und welche Energie von diesen Menschen ausgeht. Das ist immer wieder eine Freude für mich. Dadurch, dass sie keine primäre Überwachungs- oder Bildungsaufgabe haben, entsteht die Möglichkeit, sehr niedrigschwellig und ohne feste Agenda in die Familie zu gehen, sondern nur mit der Idee, Kontakte herzustellen und Gesundheitswissen zu vermitteln.

Natürlich ist es wichtig, dass die professionelle Arbeit und die professionelle Struktur nicht durch so eine Ehrenamtsstruktur ersetzt werden können. Es ist sehr wichtig, dass dort, wo spezifischer Handlungsbedarf bei den Patinnen erkannt wird,



eine Vermittlungstätigkeit entsteht und nicht eine Ersatzvornahme. Das Netzwerk „Gesunde Kinder“ ist keine Einsparstruktur für Psychotherapeuten oder gegen Psychotherapeuten im Rahmen der Jugendhilfe. Wir haben das viel mit unserem Jugendamt und mit unseren Planern besprochen. Zuerst war die Idee vorhanden, dass dadurch ein paar Angebote eingespart werden könnten. Die zweite Frage war, dass mit dem Beginn der Arbeit alle Frauen verrückt gemacht werden und dann alle zum Jugendamt kommen und alles viel teurer wird. Tatsache ist, dass die verbesserte Awareness die Sache besser gemacht hat, weil die Angebote früher und gezielter wahrgenommen werden. Ich finde, das ist ein sehr schöner Effekt. Am Anfang, als der Impuls von uns aus dem Krankenhaus kam, haben die Jugendamts- und Gesundheitsamtsleute das mit einer gewissen Vorsicht beobachtet. Diese sind inzwischen sehr von dieser Arbeit überzeugt, und die Beteiligten, die ich da vorhin ein bisschen aufgezählt habe, reden alle von „unser Netzwerk“. Ich finde, das ist ein schönes Ergebnis.

Natürlich hat das auch seine Grenze durch die Möglichkeit, Patinnen für diese Aufgabe zu gewinnen. Es gibt ein paar Netzwerke, die nicht ganz so viele Paten gewinnen konnten wie wir. Mit 120/125 Patinnen in unserem Landkreis können wir etwa der Hälfte der Frauen, die bei uns in der Region entbinden, dieses Angebot machen; etwas unter der Hälfte der Frauen nimmt das auch an. Es gibt Netzwerke, die höher liegen und es gibt Netzwerke, die deutlich darunter liegen. Wenn sie darunter liegen, liegt es meistens daran, dass es nicht immer gelungen ist, so viele Patinnen zu finden. Da die Ehrenamtstätigkeit an vielen Stellen jetzt auch in den Mittelpunkt gerückt wird, entsteht manchmal auch eine Wettbewerbssituation um Ehrenamtler. Da muss man genau hinschauen, dass man sich da nicht gegenseitig in die Quere kommt und dass es freudvoll bleibt. Weitere Probleme sehe ich dann, wenn durch ein falsches Rollenverständnis Risiken entstehen. Eine Familienpatin ist keine Fachkraft und hat keinen therapeutischen Auftrag. Einen Großteil der Schulungen verwenden wir darauf, diese Grenze auch immer wieder zu benennen. Wenn eine falsche Person in so ein System eingeschleust wird, dann muss man sehr sensibel sein, und deshalb haben wir eine regelmäßige Anbindung der Pa-

tinnen in den Patenstammtischen, die ich vorhin aus Zeitgründen nur kurz erwähnen konnte.

Von unserem Landesgesundheitsamt gibt es eine Evaluation, die ein paar Gesundheitsparameter in den Fokus genommen hat. Und zwar hat man die ersten Kinder aus den Netzwerken, die jetzt 13/14 Jahre alt sind, bei der Schuleingangsumfrage befragt, ob sie Kinder im Netzwerk waren oder nicht. Aus diesen Routinedaten ergaben sich eine ganze Reihe von schönen Effekten, die ich Ihnen auszugsweise mitgebracht habe. Das Erste ist, dass die Familien mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus im Netzwerk überrepräsentiert sind. Das betrifft ausdrücklich auch Alleinerziehende. Und das, obwohl wir nicht stigmatisierend vorgehen, also nicht sagen, „also du als Alleinerziehende, für dich wär's ja mal besonders wichtig, dass du ins Netzwerk gehst.“ Das wird ganz bewusst vermieden. Das Commitment/die Compliance im Umgang mit dem Vorsorgeheft und mit Impfausweisen ist besser geworden und die Auffrischungsimpfungen bei den ersten Impfungen laufen signifikant besser. Fragen Sie mich jetzt bitte nicht nach Masern... Dann gibt es bei uns im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine Erhebung, die besagt, dass bei den Kindern, bei denen vor der Schuleingangsumfrage ein Versorgungsbedarf erkannt wurde, immer abgeglichen wird, wie viele davon ein adäquates Angebot bekommen haben. Dieses bekommt dann das Prädikat „optimal versorgt“. Das klingt besonders schick, meint aber, wenn ein Bedarf erkannt wurde – Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie –, dass es dann tatsächlich auch vermittelt wurde. Da hat man gesehen, dass die Netzwerkinder besser versorgt sind und dass die Rate der Netzwerkinder sehr viel günstiger ist. Das heißt also, es geht hier nicht um irgendwelche besonderen Risikokinder, sondern es geht um die Vielfalt von Familien von Kindern, die in diesem Netzwerk mitmachen. Die Evaluatoren kamen zu dem Ergebnis, dass zusammenfassend als Kernaussage doch alle von null bis drei davon profitieren.

Wir haben mit vielen Standards versucht, unseren Grundsatz „Die schlechteste Patin darf nicht schaden“ immer wieder abzusichern. Ich glaube, dass es uns in den vielen Jahren Netzwerkaktivität bisher sehr gut gelungen ist. Es geht um Gesund-



heitsinformation, aber auch um Interaktion und Stärkung von Beziehung und Bindung in den Familien. Darauf liegt ein wichtiger Fokus. Es ist allerdings bisher nicht evaluiert worden, wie man das tatsächlich auch messen und umsetzen kann. Dafür braucht es einfach mehr Wissenschaft, das können wir aus eigenen Kräften gar nicht leisten. Ein schöner Erfolg ist auch, dass durch diese Netzwerkstätigkeit plötzlich immer wieder regionale Verbindungen entstehen auch über die verschiedenen Milieus hinweg. Die Klassiker, die für die kleinen Kinder, für die Säuglinge wichtig sind, Impfung usw., werden durch die Netzwerke „Gesunde Kinder“ günstig beeinflusst. Das wäre jetzt die Zusammenfassung. Herzlichen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

**Vorsitzende:** Vielen Dank für die Einblicke in Ihre Erfahrungen und in Ihre Praxis. Dann würde ich die Runde mit Fragen und Nachfragen gerne eröffnen. Ich würde zum einen noch einmal damit starten, nachzufragen, wer Elternbegleiterin, Elternberaterin wird und welche Erfahrungen Sie gemacht haben, wer bei Ihnen Patin wird. Das ist eine Frage, wie man Menschen gewinnt und bestärkt, das zu tun.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Der Kollegin, die die Qualifizierung zur Elternbegleiterin im Umfang von 120 Stunden innerhalb von drei Wochen und damit mit drei Modulen absolvieren möchte, wird der Zugang mit der Bewerbung ermöglicht. Es ist ein kostenfreies Angebot innerhalb dieses Projektes. Auch wenn ich die Zahlen jetzt nicht im Kopf habe, sind es von der Wahrnehmung her ungefähr 80 Prozent ErzieherInnen, Sozialpädagogen und ähnliche Fachkräfte, die in Kitas angebunden sind. Die restlichen 20 Prozent, wie gesagt gefühlt, teilen sich auf in 10 Prozent, die in Familienzentren, auch in Schulen usw. angebunden sind, und die restlichen 10 Prozent sind Kollegen, die z. B. in regionalen Netzwerken sind. Alle müssen eine Vorqualifizierung haben, was sicherlich der größte Unterschied zum Kollegen ist. Das heißt, sie müssen eine pädagogische oder vergleichbare Vorqualifizierung haben und für die Zulassung nachweisen, dass sie in einem solchen Tätigkeitsfeld auch den Zugang zu Eltern haben. Vielleicht noch

einen Nachsatz: Die Aufgabe ist nicht ausschließlich auf die früheste Kindheit fokussiert, sondern das ist einer der Bereiche. Es geht darum, insgesamt Familien in ihrer Elternschaft zu stärken. Aber der frühe Bereich, gerade das Kitaalter, ist der am besten versorgte.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Bei uns ist es tatsächlich so, dass wir andere Zugänge haben. Als wir damit angefangen haben, hatten wir erwartet, dass sich viele Leute, vor allem Frauen, die aus der Berufstätigkeit ausgestiegen sind, melden würden. Am Ende sind das jetzt etwa noch ein Viertel der Frauen, die als Patinnen tätig sind. Fast alle sind berufstätig, die allermeisten sind selbst Mütter. Nicht wenige Patinnen wurden seinerzeit selbst als Mutter von Patinnen betreut. Es ist ein bisschen ein sich selbst replizierendes System, worüber wir uns freuen, weil es zeigt, dass es lebendig ist und dass die Idee, Patin zu sein, Spaß macht und etwas Gutes ist. Kolleginnen und Fachkräfte aus dem System sind das eher selten und manchmal auch schwieriger, weil wir ja immer eine gewisse Grundabstinenz in der Arbeit und in der Haltung der Patin haben wollen. Wenn jetzt z. B. eine Kollegin Polizistin im Grundberuf ist, ist es ganz wichtig, immer wieder zu schauen, wie sie damit umgeht und ob sie auch bei Dingen, die sie eigentlich nicht gut findet, immer ausreichend zurückhaltend ist. Was macht sie, wenn sie in die Familie kommt und es reicht dort so, wo sie in ihrem Grundberuf vielleicht täglich werden müsste und wo sie vielleicht als Patin sagt, „aha, hat die geraucht?“ Das sind so die Themen, die dann schon interessant wären. Das wird an diesen Patenstammtischen – Gruppenleiter zusammen mit 10 bis 15 Patinnen – diskutiert und überlegt, damit diese nicht so als Alleinläufer irgendwie durch die Gegend irren.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Ich möchte einen Satz ergänzen, weil ich vorhin gesagt hatte, ich sage noch etwas zu der Netzwerkkompetenz der Elternbegleiterinnen. Es gehört zum Erlangen des Zertifikates dazu, dass sie ein regionales, für sie selbst zugeschnittenes Netzwerk zusammenstellen müs-



sen. Das wird auch von den entsprechenden Referenten mit einem Häkchen versehen, dass sie das gemacht haben und wo sie auch eine Art von Lotsenfunktion haben. Mit den 120 Stunden Qualifizierung haben sie einen sehr hohen Anteil von Gesprächsführung und damit niedrigschwelliger Beratungskompetenz, was Erzieherinnen oft per se nicht in ihren Ausbildungen haben, also mit Eltern in Kontakt zu gehen und wertschätzend zu sein. Vor allen Dingen geht es um Haltung, eben um Akzeptanz, um Toleranz. Was Sie eben auch gesagt haben, dass man nicht stigmatisiert, sondern dass der Zugang so wertfrei, vorurteilsfrei wie möglich gestaltet wird.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Ich habe Ihre und Eure Wortmeldungen gesehen, aber ich würde gerne zu dieser Netzwerkkompetenz, wie Sie sie gerade beschrieben haben, und zu der einen Folie, die Sie, Herr Karpinski, hatten, noch einmal genauer hineinschauen. Es ist häufig so, dass es für die Familien nicht an grundsätzlichen Angeboten mangelt, sondern es geht um die Frage, wie findet der Bedarf das richtige Angebot? Da würde ich noch einmal schauen wollen oder Ihre Einschätzung haben wollen, ob wir da schon auf dem Stand sind, wo wir hinkommen müssen. Es geht um das Zusammenspiel aus Medizin, Jugendamt, Familien, Frühe Hilfen usw. mit den Angeboten, die Sie jetzt benennen und was es sonst noch alles gibt. Es geht um das ganze Dorf, das um das Kind herum ist, das es im Prinzip mit erziehen kann. Findet da aus Ihrer Sicht die suchende Familie, ohne dass sie – das finde ich schön, wie Sie das beschrieben haben – schon irgendeine Krisen- oder gesundheitliche oder große Auffälligkeit hat, tatsächlich die Angebote? Oder an welcher Stelle ist da noch Handlungsbedarf?

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Ich hatte es ja schon beschrieben, dass einer der Gelingensfaktoren oder einer der Zugänge der Elternbegleiterinnen derjenige ist, dass sie bereits zum großen Teil in dem Tätigkeitsfeld mit Eltern in Kontakt sind, d. h. eigentlich der Vertrauensaufbau nicht erst passieren muss, sondern dass dieser schon da ist. Ich glaube, dass es bei den Erstgebärenden möglicherweise noch am schwierigsten ist, jedenfalls über

die Elternbegleiterinnen, weil diese noch nicht an pädagogische Settings in irgendeiner Form oder an Familienzentren angebunden sind, jedenfalls nicht in einer großen Breite. Soviel vielleicht von mir an der Stelle.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Ich glaube, dass diese Netzwerksstrukturen und die Patientinnen in unserer Region vieles wirklich besser gemacht haben. Die Erreichbarkeit liegt bei den gut laufenden Netzwerken irgendwo zwischen 40 und 50 Prozent. Zweitens zu den Netzwerken „Frühe Hilfen“: Da liegt der Geburtsfehler nach wie vor darin, dass es rein über das SGB VIII organisiert wurde und ganz mühsam immer wieder die Kontakte zum SGB V hergestellt worden sind. Die Gesundheit ist in diesem Feld Frühe Hilfen anfangs völlig unterrepräsentiert gewesen. Das Gesundheitssystem hat aber den viel einfacheren, fast regelhaften Zugang zu den Familien in dieser Zeit. Es hat große Mühe gemacht, da zusammenzufinden, und das ist regional immer sehr unterschiedlich. Über das Netzwerk „Gesunde Kinder“ ist das ein bisschen leichter gewesen, weil da der Kontakt über das Gesundheitssystem etwas zwangloser war, da dieses sowieso immer wieder diese Berührungs نقاط mit den Familien hat und dadurch wurde der Kontakt hergestellt. Mir ist noch wichtig zu sagen, dass die Elternbegleiteridee und -struktur, die die Kollegin vorgestellt hat, ganz zwanglos an unser System anknüpfbar wäre. Das ist in keiner Weise ein Entweder-Oder, sondern eher ein Ergänzendes. Ich wäre froh und stolz, vielleicht müssen wir das noch einmal überlegen, wie wir bei uns Elternbegleiter ...

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): ... Sie haben schon ganz viele in Brandenburg.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Ich kenne zwei. Aber das meine ich jetzt positiv. Also das schließt sich gar nicht aus. Und ich glaube, dass es nach wie vor so ist, dass dieser frühe Zugang zu



spezifischen Hilfen immer noch eine Herausforderung ist, und jetzt hier zu sagen, das ist jetzt alles geregelt, wäre verkehrt. Erstens haben wir noch viel zu viele Kinderschutzfälle, die rein aus Überforderungssituationen entstehen, die zu spät erkannt werden. Zweitens erleben wir bei den spezifischen Hilfsangeboten – sei es Elternbegleitung, Eltern-Familienberatung oder z. B. diese Interaktionsarbeit in unserer Klinik –, wo Familien relativ spät kommen, dass die Dinge immer schwieriger geworden sind. Die Frauen, die jetzt nicht im Netzwerk „Gesunde Kinder“ schon diese Niedrigschwelligkeit haben, kommen erst dann, wenn sie gar nicht mehr weiter wissen. Ich finde, da sind überall eine Reihe von verpassten Chancen, wo ich uns hier ermutigen würde, dranzubleiben und zu schauen, wie wir das hinbekommen, dass wir die vielen, vielen Angebote, die schon da sind, rechtzeitig genug an die Familien herantragen und die Schwellen niedrig machen, so dass man kein schlimmes Gefühl haben muss, diese zu nutzen. Wir haben, und das sehe ich genauso wie die Frau Kollegin Brock, die Frauen, die dann doch in eine Depression rutschen, und da muss man von Zahlen zwischen 8 und 10 Prozent ausgehen, dass wir diese zu spät und zu wenig erfassen. Da haben wir tatsächlich auch zu wenige Angebote. Es gibt wenige Kliniken, die sich damit beschäftigen. Denen geht es allen nicht gut damit, weil da auch ein Finanzierungsproblem im Hintergrund steht. Aber wir sind ja hier nicht in einer SGB V-Anhörung.

**Vorsitzende:** Gehört aber offensichtlich zum Themenfeld dazu. Frau Wiesmann, und dann Herr Lehmann.

**Abg. Bettina M. Wiesmann** (CDU/CSU): Herzlichen Dank auch von meiner Seite. Ich habe ein paar Nachfragen: Zum einen wollte ich bitten – ich habe vielleicht schlecht zugehört –, noch einmal kurz zu erklären, was die Elternbegleiter genau machen. Vielleicht bin ich auch sehr unter dem Eindruck, was die Familienpaten machen. Insbesondere die Frage: Gehen diese auch zu den Familien nach Hause? Ich hatte jetzt verstanden, das sind vielfach diejenigen, die schon eine Vorqualifikation haben und dann eine Zusatzqualifikation machen. Sie kommen also schon aus dem Bereich. Was ist dann sozusagen die besondere

Aufgabe, der besondere Nutzen? Ich möchte mir das einfach gerne noch einmal daneben vergewährtigen. Das Zweite: Sie hatten auf einer Ihrer Folien die zugehenden Angebote, dahinter standen Stadtteilmütter, wenn ich es jetzt richtig erinnere. Also ich kenne die aufsuchende Elternarbeit, aber das ist vielleicht doch noch einmal etwas anderes. Was sind zugehende Angebote? Einfach noch einmal für mein Verständnis.

An Herrn Karpinski auch eine ergänzende Frage: Ich glaube, Sie hatten noch nicht so viel dazu gesagt, wie Sie und durch wen Sie und in welchem Umfang Sie schulen. Werden auch die Familienpaten geschult? Das würde mir das andere Pendant ein wenig näher erläutern. An Sie beide die Frage: Wir sind ja hier doch immer auch für die gesamte Situation im ganzen Land zuständig. Sie kommen vor Ort und haben ein Bundesprojekt, das versucht, überall wirksam zu sein, nehme ich an. Wie beurteilen Sie denn die flächendeckende Abdeckung mit den einen und den anderen Ansätzen? Einmal zu wissen, was gut funktioniert, da habe ich jetzt einen Eindruck, aber wo haben wir das denn schon überall oder in welchem Maße können wir, wenn wir das überhaupt wissen, zufrieden sein? Wie kann man es schaffen, dass man gute Dinge auch woanders hinträgt? Das ist ja nicht Ihr täglich Brot. Sie machen es bei sich, aber gibt es da Erkenntnisse und Dinge, an denen wir dann arbeiten könnten?

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Ich würde vielleicht erst einmal mit den Fragen beginnen, die explizit an mich gerichtet worden sind, und das war die Frage, was die Elternbegleiterinnen konkret tun. Die hießen von 2011 bis 2015 Elternberaterinnen. Aus den Verwechslungsmöglichkeiten zur Erziehungsberatung wurde dann dieser Begleitungsbezug in das Projekt von 2015 bis 2018 und jetzt darüber hinaus hineingebracht. Das kann ich Ihnen insofern nicht sagen, als dass jede Elternbegleiterin von diesen 12.000 bundesweit und den 1.000, die ich begleitet habe, ein eigenes Umsetzungskonzept schreiben musste, um das Zertifikat zu erhalten. Das heißt jede hat an ihrem Praxisfeld angedockt und eine Zusatzaktivität oder eine Zusatztätigkeit für sich selbst vor dem Hintergrund



ihres eigenen Kontextes entwickelt. Das kann ich vielleicht an einem Beispiel beschreiben: In der Kita, wenn der Träger willig ist und einer Kollegin zwei Stunden mehr bezahlt; dann steht diese zwei Stunden nicht in einem ganz normalen Kinderkontakt und auch nicht in der Vor- und Nachbereitung, sondern sie bietet explizit entweder eine Beratungszeit oder ein Elternkaffee an, wo sie zur Verfügung steht. Da sind die vielfältigen Umsetzungen so spannend, dass ich auch immer wieder gestaunt habe, was die Kolleginnen für Ideen entwickeln, um in ihrem Arbeitsfeld diesen Zugewinn zu schaffen. Das muss man sich so vorstellen, dass es eine Kommunikationskompetenz gibt, die den Eltern ermöglicht, kleine Probleme erst einmal im Kontakt zu lösen und bei größeren Problemen weiter zu verweisen. Das sehe ich auch so wie Sie, dass insbesondere im Bereich postnataler Depressionen viele Kolleginnen gar nicht wissen, wo sie die Frauen hinschicken sollen, selbst wenn sie das Gefühl dafür erhalten, es wäre notwendig. Insofern kann ich das nur beispielorientiert machen, aber auf jeden Fall musste von jeder Einzelnen eine Umsetzung entwickelt werden. Vom ersten Projekt gibt es auch eine Evaluation von der evangelischen Fachhochschule hier in Berlin. Dann zugehende Angebote: Es gibt den Unterschied zwischen den sogenannten Komm-Strukturen, wie die Familienzentren und die Erziehungsberatungsstellen, d. h. da muss ich hinkommen. Dann gibt es die Geh-Strukturen, das wäre das, was der Kollege beschreibt – ich komme nach Hause. Die zugehenden Angebote sind sozusagen in der Mitte, d. h. ich bin an den Stellen, an denen Eltern sind, z. B. auf dem Spielplatz, im Stadtteil. Ich habe mit einer entsprechenden Qualifizierung die Möglichkeit, ins Gespräch zu kommen. Ein ganz schönes Beispiel ist wirklich ein Spielplatzangebot: Das heißt die Kolleginnen gehen einfach jeden Mittwoch zwei Stunden auf den Spielplatz, setzen sich dort hin, haben ihre Flyer dabei und kommen mit den Müttern in Kontakt.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Zum Schluss müssen wir beide noch einmal ran. Ich würde jetzt noch einmal ganz kurz auf die Ausbildung eingehen. Das machen in der Regel ganz überwiegend auch bei uns Ehrenamtler, also z. B.

meine Person, Kollegen aus der Klinik, ganz engagierte Hebammen, die bei uns in der Schwangeren- und Konfliktberatung tätig sind. Dies ist in dem jeweiligen Netzwerk unterschiedlich und hängt ein bisschen davon ab, welche Ressourcen vorhanden sind. Manchmal hat man z. B. im jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes eine Frau, die Power hat, und die erzählt dann etwas über Zahngesundheit. Da muss man immer auf die persönlichen Ressourcen zurückgehen. Es gibt ein paar Sachen, die sehr speziell sind, und wir uns dann auch Referentinnen holen, die dann bezahlt werden. Das Meiste machen wir mit Bordmitteln. Wir stellen lieber ein paar Getränke und eine Tasse Kaffee auf den Tisch, so dass auch eine Atmosphäre entsteht. Wie gesagt, das sind so die Module und letztendlich geht es um das Gesundheitswissen. Am Anfang sagen wir zur Klarstellung, was eine Patin macht und was nicht. Das Thema Schweigepflicht vermitteln wir, indem wir sagen, dass es so ähnlich ist wie beim Therapeuten, wie beim Arzt, auch wenn man das vielleicht vor einem Juristen nicht ganz so rechtfertigen könnte, weil da ja ein Strafgesetzbuchparagraf dahinter steht. Aber wir hängen die Vertraulichkeit hoch, damit zwischen der Patin und der Familie wirklich ein angstfreier Zugang und ein Schutzraum entstehen. Bei solchen Klassikern wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen usw. sagen mir viele Patinnen, dass sich das Ganze schon gelohnt hat, „weil ich das auch als Oma brauche oder eine Nachbarin hat neulich gefragt“ usw. Das heißt, die Patinnen sind ein Gewinn dieser Ausbildung und ihnen macht das richtig Spaß, also sie machen es sehr gerne. Ich habe manchmal ein bisschen viel um die Ohren, aber zu dieser Veranstaltung gehe ich häufig gerne. Dann ist noch wichtig, die Beziehung zwischen den Sozialgesetzbüchern zu erklären und zu erläutern. Das versteht kein Mensch, der nicht mit Gesetzgebung zu tun hat und warum ein Sozialgesetzbereich V mit dem Sozialgesetzbuch VIII überhaupt nichts zu tun hat. Das ist auch nicht zu verstehen und daran kranken wir auch alle ein bisschen und das darf ich hier in diesem Hause auch einmal sagen. Da ist es z. B. wichtig, auch das Jugendamt zu entstigmatisieren und deutlich zu machen, was der Hilfscharakter des Jugendamtes eigentlich bedeutet: Familien haben Ansprüche und es ist ganz normal, diese anzunehmen. Das können die Patinnen auch weiterreichen. Ist das Antwort genug? An-



sonsten laufe ich richtig warm und dann kommen wir alle nicht mehr nach Hause.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Diese letzte Frage soll jetzt noch abschließend beantwortet werden. Wir reden hier über die psychologische Gesundheit, das gute Aufwachsen von Kindern. Diese ist gerade in dieser frühesten Zeit nicht zu trennen von dem Wohlbefinden und den psychischen Stabilitäten der Eltern und insbesondere der Mütter. Diese Elternbegleiterinnen gibt es jetzt bundesweit, allerdings mit ganz unterschiedlichen Konzepten, bis hin zu den Neugeborenenbesuchen in Dresden, die alle Elternbegleiterinnen dort zusätzlich gemacht haben, um eine zusätzliche Qualifikation in der Beratungskompetenz zu erlangen. Der Zuspruch und die Teilnehmerzahlen sprechen, glaube ich, dafür, dass es ein sinnvolles Angebot ist. Es ist aber wie gesagt nicht über die Bundesebene zu standardisieren. Es muss jeder selbst schauen, was er in seinem Feld machen kann, wie er an die Eltern herankommt und welches Angebot er machen kann. Was ist sozusagen sein eigenes Steckenpferd. Da fällt mir auch ein Beispiel ein: Eine Kollegin mit Migrationshintergrund, die aus einer Region kommt, wo es in den Kitas einen sehr hohen Anteil von diesen Kindern gibt, fragte, wie komme ich denn an diese Mütter heran? Diese haben genauso Schwierigkeiten in dieser Zeit und haben noch mehr Vorsicht, irgendwie mit mir ins Tür-und-Angel-Gespräch zu gehen. Sie hat mit denen z. B. eine Nähstube eröffnet, und dadurch ergaben sich der Zugang und das Vertrauen. Sie konnte dort ihre Kompetenz, ihre Empathie, ihre Wertschätzung platzieren und ihr Netzwerk nehmen und sagen: „Okay, da könntest du doch vielleicht mal hingehen und da kenn ich die, die war da schon und so.“ Diese Art von Niedrigschwelligkeit ist damit gemeint.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Auch bei uns gibt es gerade die Frage, wie wir für bestimmte Gruppen den Zugang ermöglichen. Wir haben Alleinerziehende und sozial prekäre Situationen, bei denen wir eine gute Erreichbarkeit der Familien haben. Diese nehmen in aller Regel gerne die

Patin an. Die Frage, wie man Familien mit Migrationshintergrund gut erreicht, ist bei uns nicht abschließend beantwortet. Den Glaubensstreit, ob es nun wichtig ist, eine muttersprachliche Patin zu haben, eine arabische Frau, die zu einer syrischen Familie geht, oder ob es nicht gerade wünschenswert ist, wenn der Kontakt durch eine deutsche Patin hergestellt wird, haben wir nicht zu Ende beantwortet. Wir sind immer am Diskutieren. Nun muss man sagen, dass der Migrationsanteil in der ländlichen Gegend Südbrandenburg, wo ich herkomme, nicht groß ist. Das wäre in Neukölln natürlich anders. Zur Übertragbarkeit: Diesen frühen Kontakt über Patinnen herzustellen – und da bin ich leidenschaftlich überzeugt, das war, glaube ich, deutlich –, ist gut übertragbar. Wir haben auch in anderen Bundesländern kleine Tochterprojekte: eines in Rheinland-Pfalz und eines in Dresden. Da ist die Uniklinik Dresden auf uns zugekommen und hat gesagt, dass sie das gut finden, was wir machen. Sie machen das jetzt auch, haben aber ein kleines Einzugsgebiet und nicht ganz Dresden. Man muss sich eben die Frage stellen, ob man einen Begrüßungsdienst mit ein oder zwei Besuchen haben will. Das machen viele Projekte, das ich auch eine sehr positive, wertschätzende Arbeit finde. Oder will man in dieser frühen Zeit über diese drei ersten Lebensjahre des Kindes einen kontinuierlichen Kontakt herstellen. Wir haben uns für die zweite Variante entschieden.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Ich nehme jetzt für mich auf jeden Fall mit, dass das Entscheidende ist, dass auch vor Ort geschaut wird, was passt und welche Netzwerkstrukturen sinnvoll sind. Damit hat mindestens potentiell jede Familie die Möglichkeit, mit ihrer Problemlage irgendwo anzudocken, bevor es zu der krisenhaften Situation kommt. Herr Lehmann, Sie hatten sich gemeldet, dann Herr Föst.

**Abg. Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank für Ihre wirklich spannenden Impulse und Einblicke in Ihre Arbeit. Ich finde es total interessant und wichtig und gut, dass wir darüber sprechen, wie man Kontakt halten kann und wie man Netzwerke stärkt. Das machen wir gesetzlich eigentlich nur, wenn es schon zu spät ist, also beispielsweise beim Schutzauftrag



bei Kindeswohlgefährdung. Wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, greift ein Vernetzungssystem. Das Ziel muss es sein, präventiv früh zu begleiten und solche Netzwerke aufzubauen. Das finde ich sehr gut. Ich habe eine Frage zu diesen Patinnen insgesamt. Es geht ein bisschen in die Richtung von Frau Wiesmann. Sie haben ausgeführt, grundsätzlich freiwillig, ehrenamtlich, nicht staatlich, aber geschult, zertifiziert, qualifiziert. Die Frage ist natürlich jetzt an uns auch so ein bisschen, was die Politik tun kann, um das zu unterstützen? Sie, Herr Karpinski, haben auch ausgeführt, dass Familienpatinnen nach Ihrem Modell keine Fachkräfte sind und keinen therapeutischen Auftrag haben. Trotzdem haben sie den Auftrag z. B. auch in Fragen von Gesundheitsvermittlung zu unterstützen. Ich habe so ein bisschen die Frage, ob Sie nicht die Befürchtung haben, dass durch einen Ausbau dieser Strukturen die Möglichkeit von Fachkräfteverdrängung entstehen kann? Wir haben z. B. bei uns in Köln weitestgehend ein ähnliches Modell, in dem die Menschen aber per Minijob bezahlt und unterstützt werden. Es sind überwiegend Frauen, und es kann nicht unser Ziel sein, dass ein Sektor der prekären Beschäftigung vor allem für Frauen entsteht. Das Ziel muss eigentlich sein, gerade diese wichtige Care-Arbeit so aufzuwerten, dass Fachkräfte entstehen, die auch gut bezahlt werden. Mich würde interessieren, welche Handlungsanleitung Sie uns als Politik geben würden. So wichtig und unterstützenswert die Arbeit ist, müsste das Ziel eigentlich sein, sie so zu professionalisieren, dass es dem Ziel des Ehrenamtes und der Niedrigschwelligkeit nicht im Weg steht und trotzdem auch keine Verdrängung von ordentlichen Beschäftigungsverhältnissen passiert.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niederlausitzer Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Das ist mir ein sehr großes Anliegen, weil das regelmäßig die nicht unbegründete Sorge ist, wenn wir Netzwerke knüpfen. Als wir die Initiativen mit den Patinnen hatten, die in die Familien gehen, waren die Jugendämter überall in Brandenburg hochalarmiert. Vor allem die freien Träger waren hochalarmiert. Sie haben völlig recht, dass das nicht das Ziel sein kann. Es darf nie sein, dass diese Ehrenamtsstruktur die Fachlichkeit ersetzt. Vielmehr ist es mir wichtig, dass die Ehrenamt-

lichkeit in der Lage sein soll, früher und zielgerichtet in die Fachlichkeit hinein zu vermitteln. Wir haben dazu bei uns in der Region einen Kreistagsbeschluss gefasst, in dem wir das noch einmal festgeschrieben haben: Netzwerk „Gesunde Kinder“ bedeutet das und das, aber was es nicht bedeutet, ist die Verdrängung von Fachkräften. Der Jugendhilfeausschuss hat eingebracht, dass kein Effekt der Verdrängung entstehen soll. Dem muss man klar begegnen. Ich denke aber, dass es einen gewissen Effekt gibt, der dadurch entsteht, dass wir sehr früh Themen erkennen und Themen anders adressieren. Es kann sein, dass wenn es uns gelingt und wir früher den Kontakt zu den Bedarfen in den Familien stiften, dass sich dann die Bedarfe in der Fachstruktur verändern. Das hat sich bei uns in den Regionen auch an manchen Stellen gezeigt. Das heißt, je mehr ich in dieser ganz frühen Zeit Probleme herauskristallisiere, umso mehr brauche ich Leute in den Kitas und in der Familienberatung, die sich da auskennen. Wenn man es richtig macht, gibt es Rückwirkungen, aber keine Verdrängung. Ich glaube, das Wichtigste ist, dass man nirgendwo sagt, dass das die Politik jetzt will, das wird ja meistens unterstellt. Ich glaube, das hat sich in den Netzwerken gezeigt, dass dies nicht stattfindet, sondern dass die Profis, wenn ich das so sagen darf, sagen, das ist toll, dass die Familien früher und mit einer anderen Frage kommen.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Wir finden es ganz wichtig, deutlich zu machen, dass die Kitas, die in ihren Strukturen doch alle sehr vergleichbar sind, anders zu verstehen sind als nur zur Unterstützung bei der Erziehung der Kinder, den Bildungsauftrag und den Betreuungsauftrag. Sie sollten auch als familienunterstützende Institutionen weiterentwickelt werden. Das ist in Nordrhein-Westfalen mit den Familienzentren und Eltern-Kind-Zentren schon passiert. Ich glaube, das wäre mit Ergänzungen möglicherweise von Ehrenamtlichkeit aus meiner Sicht ein richtiger Weg. Wir brauchen auf jeden Fall die professionellen Zugänge in der perinatalen Zeit durch ausreichend Hebammen und durch die Versorgung mit Nachsorge und durch die Versorgung mit psychologischen Angeboten, wenn sie denn notwendig werden. Jenseits von der Kita brauchen wir die Institution in einer



Zeit, wo Familien eher „verinseln“ und die Kontakte in der Nachbarschaft oft nicht so tragfähig sind. Dazu braucht es entweder ein Ehrenamt oder professionelle Strukturen. Das wäre für mich so ein Weg, der uns nicht in diesen Verdrängungsprozess hineinschieben würde.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Ich finde es logisch nachvollziehbar, dass wenn bestimmte Problemlagen die ganze Zeit unentdeckt sind, sie sich dann aufbäumen können, oder wenn eine postnatale Depression nicht behandelt wird, dass sie dann am Ende mehr Probleme macht. Sinn und Zweck ist, das früh zu erkennen und eher Hilfe anzubieten. Das führt natürlich dazu, dass dann auch mehr Menschen in die professionelle Hilfe kommen. Das wäre ja genau Sinn und Zweck der Angelegenheit. Herr Föst, bitte.

**Abg. Daniel Föst (FDP):** Vielen Dank für Ihre Einführung und die Debatte. Ich hätte zwei kleine Fragenkomplexe. Einmal an Sie, Frau Dr. Brock, ich bin kein Fachmann für pränatale Depression, meine Familie ist davon verschont geblieben ... Entschuldigung, postnatale Depression. Sie sprachen von vielen Fällen, die nicht oder zu spät erkannt werden. Haben Sie ungefähr eine Vorstellung, von wie vielen Betroffenen wir reden und wie groß das Problem ist? Sie haben explizit erwähnt, dass auch Väter betroffen wären, aber in Ihren Ausführungen war immer nur von der Unterstützung der Mutter und psychologischen Betreuung der Mutter die Rede. Wie blank ist unser System auf dieser Seite oder bei dieser Problemstellung? Herr Karpinski, wir finden das sehr beeindruckend, wie Sie das ehrenamtlich alles stemmen. Wer mit Ehrenamt zu tun hat, kann sehr genau erkennen, wieviel Energie und Einsatz dahintersteht. Ich bin mir nicht sicher, ob ich es richtig verstanden habe, Sie erreichen 50 Prozent der Eltern in Brandenburg?

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): In unserem Landkreis.

**Abg. Daniel Föst (FDP):** Ach, in Ihrem Landkreis, ok. Aber das wäre fast schon eine mustergültige

wissenschaftliche Situation. Bei Ihnen gibt es ein Angebot, das es nur bei Ihnen gibt und sonst nicht. Da könnte man vergleichen, wieviel wirkungsvoller es im Vergleich zu anderen ist. Haben Sie das schon einmal gemacht? Es wäre für uns eine sehr interessante Information, wenn wir erkennen, dass es da eine „Perle“ gibt und dass Ihre Problemstellungen und Folgeproblemstellungen nur halb so häufig vorkommen, wie in den Nachbarlandkreisen oder vergleichbaren Landkreisen. Das wäre für uns als Abgeordnete ein sehr starkes Argument, wenn man sagen könnte, schaut euch das mal an, da kann man vielleicht unterstützend agieren.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Ich versuche anzufangen. Ich bin von meiner Profession Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin und bilde Psychologen und auch Psychotherapeuten aus. Es ist tatsächlich so, dass die frühen Störungen und die Frühtraumatisierungen am spätesten und auch am schwierigsten zu behandeln sind. Das heißt, es wäre wirklich sinnvoll, dass man gerade in dieser frühesten Zeit schon so gut versorgt ist, dass sich keine Disfunktionalität oder sogar eine Pathologie in irgendeiner Form entwickelt. Vielleicht eine Anmerkung zur postnatalen Depression: Wir sprechen davon, dass ca. 20 Prozent aller Mütter von länger andauernden depressiven Verstimmungen nach der Geburt jenseits des Babyblues der ersten drei Tagen betroffen sind. Davon haben 10 bis 15 Prozent Krankheitswert, die eigentlich therapeutische Betreuung bräuchten. Auch 6 bis 8 Prozent der Väter – und das ist eine ganz aktuelle neue Forschungslage, die noch gar nicht in der Community angekommen ist – entwickeln krankheitswerte Depressionen. Oft ist diese auch an die depressive Situation von der Mutter gekoppelt. Dazu kommt, dass das noch viel weniger erkannt wird. Das ist einfach so. Wir müssen sehen, dass diese Zahlen mehr ins Bewusstsein kommen und dass es Angebote der Regelversorgung, also Klinikplätze und therapeutisch schnell zugängliche Angebote gibt. Es darf nicht erst ein halbes Jahr gewartet werden, weil dann ist alles vorbei. Aus meiner Sicht ist ein wichtiger Punkt, dass angestellte Psychologen und Psychotherapeuten an die Wochenstation oder an die Kinderkliniken angegliedert werden, die die Sensibilität



haben und dann ggf. die Angebote im ambulanten Sektor anbieten und weiterverfolgen können. Es gibt kaum stationäre Plätze, wo man die Kinder mit den Frauen mit aufnehmen kann.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Da kann ich nahtlos anknüpfen. Es geht um die rechtzeitige Erkennung dieser Problemlage und es geht um die adäquate Versorgung, die weitestgehend im Bundesgebiet nicht gegeben ist. Mir ist noch wichtig und das ergänzt das, was Frau Brock gesagt hat, dass nicht die schwerstkranken depressive Mutter irgendwelche Probleme macht, sondern Mütter, die extrem verlangsamt sind, die vielleicht ein bisschen depressiv sind. Der Psychiater sagt dann, und das ist oft eine Situation, die wir erleben: „Na, so schlimm ist es nicht, da habe ich viel Schlimmere.“ Dann machen wir eine Videoanalyse von dem Kontakt zwischen Mutter und Kind und sehen, dass sie laufend aneinander vorbeigehen und der Blickkontakt fehlt – dieses feine Abgestimmte, was die Affektregulation ausmacht. Wenn das nicht stattfindet, darauf hat Frau Brock schon hingewiesen, dann geht den Kindern etwas Wichtiges verloren; Beziehung und Blickkontakt. Das lässt sich kaum nachholen. Deswegen ist es so dankbar, wenn man das früh erkennt und früh etwas tut. Das versuchen wir immer, und das ist das Angebot, das wir bei uns in der Klinik machen. Wir haben eine Hebamme auf der Wochenstation, die wir aus der ganz normalen Arbeit herausgenommen haben. Sie macht nichts anderes, als mit den Frauen zu sprechen und beim Stillen ein bisschen zu unterstützen. Das ist gut und das hilft, es ist aber noch nicht die Lösung. Denn das hat Frau Brock auch gesagt, diese frühen Verstimmungen, Babyblues usw., sind nicht das eigentliche Problem, sondern das sind die Frauen, die nach einem Monat vielleicht wegrutschen und dann traurig werden oder verlangsamt usw. Die Last der Männer, die ohne dass ihre Frau eigentlich erkrankt ist, ähnliche problematische Effekte auslösen, kommt jetzt in die Wissenschaftscommunity. Keiner weiß, wie wir damit überhaupt umgehen wollen, weil wir in den meisten Kliniken nicht einmal die Mutter-Kind-Behandlung gut abdecken können.

Jetzt zur Möglichkeit der Vergleichsstudien. Da könnte man wirklich super gut Vergleichsstudien machen. Wir sind jedoch dazu nicht in der Lage. Ich versuche, dieses Projekt zu leiten und meine Kollegin, die da oben sitzt, macht das hauptamtlich. Sie hat eine ganze Stelle, die vom Land finanziert wird. Dann gibt es noch eine Unterstützungsstark. Die sind das System. Wir brauchen an der Stelle eine gute Forschung, die sagt, was funktioniert und was die Effekte bringt. Bei dem Feld postpartale Depression sind wir besser geworden. Da haben wir den Patientinnen immer wieder die Videos gezeigt und gesagt, „wie ist das jetzt für das Baby, wenn die Frau immer vorbei guckt? Seht mal, die Frauwickelt ihr Kind, spricht mit dem Baby, und das ist jetzt eine, die spricht gar nicht.“ Sprechen lernen wir als Kinder durch Blickkontakt und durch Sprechen. Wenn das nicht angebahnt wird, dann fehlt etwas. Wir haben gute Daten darüber, wie sich die ganze Bildungskarriere verändert und sich zum lebenslangen Nachteil entwickelt, wenn die Kinder schlecht und spät sprechen lernen. Es gibt jetzt eine Längsschnittuntersuchung einer kanadischen Arbeitsgruppe, die das 16 Jahre lang nachverfolgt hat. Die Effekte sieht man noch nach 16 Jahren. Das heißt, was Frau Brock sagt, sehe ich ganz genauso. In dieser frühen Zeit sollten wir wirksam werden, das lohnt sich, da genau hinzugucken und auch da zu investieren.

**Vorsitzende:** Genau das war unser Blick, da es ja um Kinder geht, die ihre Bedürfnisse anderen gegenüber noch nicht einklagen können, sondern in der Regel nur genau diese Eltern oder genau diese Mutter haben. Wenn die Kommunikation – in den nächsten Wochen widmen wir uns den wirklich problematischen Fällen – bei den Basics nicht wirklich stimmt, dann kann sich das Kind nirgendwo andere Hilfe holen. Deswegen sind die umgebenden Netzwerke so wichtig. Frau Wiesmann, Sie hatten noch eine Nachfrage, und jetzt sind wir, glaube ich, zeitlich auch auf der Zielgeraden.

Abg. **Bettina M. Wiesmann** (CDU/CSU): Ja, eine kurze Frage besonders an Herrn Karpinski. Wenn diese Familienpaten ihre Arbeit machen, kommen sie ja mit vielen Informationen in Kontakt, die schon oft sehr besonders und familienspezifisch



sind. Wie wird damit umgegangen? Thema Datenschutz. Ich würde gerne wissen, welche Verpflichtung oder welche bestimmte Regelung es dafür gibt. Das würde ich gerne einmal wissen.

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Das war das schlimmste und das dickste Brett, das wir mit der Landesdatenschutzbeauftragten zu bohren hatten, um dieses Problem zu lösen. Wir haben es dadurch gelöst, dass solche Dinge nicht protokolliert werden. Es gibt keine schriftlichen Dokumente über die Patentätigkeit. Es wird sehr streng gehandhabt, dass in den Patenstammtischen Probleme anonymisiert besprochen werden. Wir sagen den Patinnen immer wieder, dass sie eine Schweigepflicht haben, vergleichbar dem eines Arztes oder Psychotherapeuten, und dass das sehr streng gehandhabt wird. Ich muss Ihnen sagen, dass in den 13 Jahren, die wir es jetzt bei uns im Landkreis machen, mir noch kein Fall begegnet ist, wo das mal schiefgegangen ist. Aber es ist ein sehr vulnerabler Punkt und deswegen ist er bei uns sehr hoch aufgehängt. Wenn das Thema dann irgendwie in Richtung Kinderschutz rutscht, dann gibt es dieses Verfahren „Patin hat Sorge“, in dem zuerst in anonymisierter Form alles besprochen wird. Danach suchen wir nach einem Link, der irgendwie die Möglichkeit schafft, dieses Thema oder diese Familie in das Regelsystem zu bringen, wo es dann professionell in dem Kinderschutznetzwerk landen kann, z. B. beim Kinderarzt, der Kinderklinik oder in der Beratungsstelle, damit es dann in der Regelstruktur weiter bearbeitet werden kann.

**Dr. Inés Brock** (Elternbegleiterin/-beraterin frühe Kindheit, Kinderpsychotherapeutin, systemische Familientherapeutin): Bevor wir auseinandergehen würde ich gerne noch einen Gedanken ergänzen, der mir wichtig ist. Wir können letzten Endes die Geburtshilfe und die perinatale Zeit nicht voneinander trennen. Es ist wirklich nicht milieubabhängig und nicht schichtzugehörigkeitsabhängig, wie ich die Geburtserfahrung, die Zeit der ersten Interaktion mit dem Säugling wahrnehme und gut verarbeite. Möglicherweise haben bestimmte Schichten und Milieus andere Netzwerke und andere Ressourcen, um das zu bear-

beiten, aber nichtsdestotrotz gibt es diese Befunde wirklich unabhängig von der Zugehörigkeit. Manchmal ist es sogar so, dass oft die Menschen, die von uns als Menschen mit schwierigen Bildungserfahrungen benannt werden, intuitiv dichter an den Bedürfnissen ihrer Kinder dran sind als manche Akademikerinnen, die also fünf Bücher gelesen haben und nicht mehr wissen, was ihre Intuition ist. Ich wollte einfach noch einmal deutlich machen, dass wir es in dieser Zeit wirklich ganz deutlich nicht mit irgendeiner Art von Schichtrisiko zu tun haben.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Sie haben auch vorhin darauf hingewiesen, dass die Geburtserfahrung selbst und die Erfahrungen in der Schwangerschaft wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des neuen Menschen haben. Das haben wir in den letzten Sitzungen auch durchaus sehr eindrücklich mitbekommen. Es ist eben nicht egal, wie die Schwangerschaft und wie die Geburt verläuft, um dann auch den weiteren Lebensweg gut gestalten zu können. Ich danke ... Sie haben noch etwas ganz kleines ...

**Dipl.-Med. Hendrik Karpinski** (Leiter des Niedersächsischen Netzwerks „Gesunde Kinder“, Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin): Wenn ich auch noch einen kurzen Abschlusswunsch äußern dürfte. Ich könnte mir vorstellen, dass man sich über verschiedene politische Meinungen hinweg darauf verständigen könnte, sich nicht über ein „Risikokonzept“ den Familien zu nähern und damit gleichsam immer schon Voraussetzung dafür zu schaffen, sondern vom Menschenbild her anders heranzugehen. Das schließt nahtlos an Frau Brock an, dass wenn wir von Risiken sprechen, dass wir fragen müssen, „was meinen wir da eigentlich?“. Meinen wir das Risiko für den Kinderschutz oder für eine psychosomatische Störung oder für ein Entwicklungsrisiko bei Kindern? Das geht immer alles durcheinander. Wenn es uns gelingt, von diesem Risikodenken wegzukommen und in eine positive, vorsorgende Struktur zu kommen, die Familien stärkt, und – wenn ich das als Kinderarzt sagen darf – damit immer wieder die Selbstheilungskräfte in den Familien stärkt, dann haben wir viel gekonnt; also wenn man dieses Bewusstsein politisch stärken könnte und von dem Risikodenken weg kommt. Vielen Dank.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

**Vorsitzende:** Vielen Dank für die spannenden Inputs, die Sie uns gegeben haben. Wir werden, eine Stellungnahme dazu schreiben und wir sind dann nicht schüchtern, nachzufragen, wenn wir noch weitere Anmerkungen von Ihnen brauchen oder Klarstellungen oder was auch immer. Ich hoffe, dass die Stellungnahme dann so sinnvoll ist, dass

Sie sich mit den Anregungen, die Sie uns mitgegeben haben, auch wiederfinden. Ich würde die öffentliche Sitzung damit beenden. Wir müssten dann in den nichtöffentlichen Teil gehen und ich würde, wenn wir hier den Umbau organisiert haben, nahtlos anschließen.

Schluss der Sitzung: 17.38 Uhr

Susann Rüthrich, MdB  
**Vorsitzende**