

19. Wahlperiode



# Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)

## Wortprotokoll der 18. Sitzung

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

Berlin, den 5. Juni 2019, 16:00 Uhr  
Paul-Löbe-Haus  
2.200

Vorsitz: Susann Rüthrich, MdB

## Tagesordnung

### Tagesordnungspunkt 1 Seite 7

Öffentliches Expertengespräch zum Thema  
"Postnatales Kindeswohl III: Soziale und  
medizinische Versorgung in "schwierigen Fällen"

### Tagesordnungspunkt 2 Seite 7

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

### Tagesordnungspunkt 3 Seite 22

Verschiedenes



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

## Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 6
Wortprotokoll	Seite 7



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 5. Juni 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u> Wiesmann, Bettina Margarethe		<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, Katrin	

29. 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

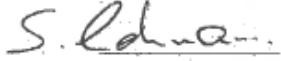


Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

18. Wahlperiode

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 5. Juni 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
BÜ90/GR Lehmann, Sven		BÜ90/GR Dörner, Katja	

29. 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 2 von 2

19. Wahlperiode

Protokoll der 18. Sitzung  
vom 5. Juni 2019

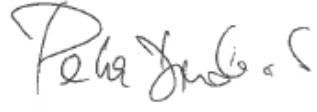
Seite 4 von 22



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 III: Soziale und medizinische Versorgung in  
„schwierigen Fällen“  
am Mittwoch, dem 5. Juni 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
<b>Oliver Berthold</b> (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM)	
<b>Paula Diederichs</b> (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen, Präsidentin International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine – isppm e. V. –, Sozialpädagogin und Lehrtätigkeit Hebammenwissen- schaft Charité)	
<b>Dr. med. Bernhard Hoch</b> <i>Kinderarzt, Neonatologe</i> <i>(Medizinischer Direktor Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V., Experte für Kinder- und Jugendrehabilitation)</i>	



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

## Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

### Abgeordnete

Vors. Susann Rüthrich	7, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21
Abg. Sven Lehmann	17
Abg. Johannes Huber	18

### Sachverständige

Oliver Berthold	10, 16, 17, 19, 20, 21
Paula Diederichs	8, 10, 15, 16, 18, 21
Dr. med. Bernhard Hoch	13, 16, 18, 20



## Tagesordnungspunkt 1

### Öffentliches Expertengespräch zum Thema „Postnatales Kindeswohl III: Soziale und medizinische Versorgung in „schwierigen Fällen“

**Vorsitzende:** Herzlich willkommen zu unserer Sitzung der Kinderkommission. Unglaublich aber wahr, das Themenfeld, den Kindern einen guten Start ins Leben zu geben, ist jetzt schon bei der letzten Expertinnen- und Expertenanhörung angekommen. Wir haben – für Sie zur Information – damit angefangen, in den ersten Sitzungen die vorgeburtliche Situation von Kindern anzuschauen: Wie ist die Versorgungssituation, wie kann man da Risiken für die Kinder minimieren, wie ist die Geburtssituation? Jetzt sind wir in dem Themenbereich, das Kind ist geboren, ist auf die Welt gekommen. In den letzten Sitzungen haben wir uns darüber unterhalten, wie die medizinische und auch die soziale Versorgung im Normalfall sind und wollen jetzt gerne mit der Situation abschließen, wenn bei dem Kind Probleme auftauchen, wenn es schwierige Situationen gibt, die herausfordernd sind. Und dafür haben wir Sie heute eingeladen, ich stelle Sie gleich noch vor.

Ich möchte noch sagen, dass Frau Wiesmann, unsere Unionskollegin, heute anderweitig eingebunden ist und leider an der Sitzung nicht teilnehmen kann. Daher auch an alle Mitglieder, die hier sitzen, wir hatten darüber ja schon gesprochen, dass sich der Tagesordnungspunkt „Stellungnahme“ von Frau Wiesmann aus Versehen wieder auf die Tagesordnung geschlichen hat und natürlich heute nicht ohne Frau Wiesmann diskutiert und abgeschlossen wird. Diese Stellungnahme soll dann in der nächsten Sitzung angeschaut werden. Herr Steinfurth, schön, dass Sie da sind, wir kennen Sie alle noch nicht, vielleicht wollen Sie kurz etwas zu sich sagen, damit wir wissen, mit wem wir es heute und künftig zu tun haben.

**Mario Steinfurth** (Sekretariat Kiko): Ja, sehr gerne mache ich das. Hallo, mein Name ist Mario Steinfurth. Ich bin hier von der Bundestagsverwaltung und bald bei der Kinderkommission als Büroleiter tätig, ab 17.6.

werde ich dann Frau Pfeiffer und die Kolleginnen und Kollegen hier unterstützen. Ich war vorher beim Referat ZV1, das Personalangelegenheiten für die Bundestagsverwaltung bearbeitet und bin fast 40 Jahre alt.

**Vorsitzende:** Gut, das ist ja hervorragend. Dann können wir jetzt in das Expertinnen-/Expertengespräch gehen, ich glaube, Herr Müller und Herr Seestern-Pauly kommen dann auch gleich wieder mit dazu. In der Zwischenzeit kann ich Sie vorstellen, schön, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind. Herr Oliver Berthold, Sie sind Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderschutzmediziner. Ich glaube, aus diesem Bereich können Sie viel erzählen. Denn das kleine Kind kann sich noch nicht selbst zu Wort melden und wird nicht mitteilen, dass es sich vielleicht um einen Kinderschutzfall handelt. Wie Sie damit umgehen, das würde uns natürlich sehr interessieren. Dann Frau Paula Diederichs, schön dass Sie da sind. Sie kommen von der SchreiBabyAmbulanz in Berlin, Sie machen Krisenintervention und Frühe Hilfen, sind Präsidentin der International Society for Pre- and Perinatal Psychology Medicine und Sozialpädagogin und haben auch noch eine Lehrtätigkeit in der Hebammenwissenschaft an der Charité. Das ist also auch ein sehr umfangreiches Themenspektrum, in das Sie uns heute Einblick gewähren. Dr. Bernhard Hoch ist Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom und Experte für Kinder- und Jugendreha, und wir dachten, dass auch Sie viel erzählen können, was passiert, wenn ein Kind als entweder chronisch krank oder krankwerdend nicht unter den optimalsten Bedingungen das Licht der Welt erblickt hat. Welche Bedürfnisse hat das Kind dann, was kann man für diese Kinder tun? Wir werden wie immer ein Wortprotokoll der Sitzung erstellen, deswegen ist es notwendig, dass Sie immer ins Mikrofon sprechen, sonst können wir nicht protokollieren, was gesagt wird. Was nicht im Protokoll auftauchen soll, das sollte dann möglichst auch nicht gesagt werden, sonst ist es immer etwas schwierig, damit umzugehen. Wir sind auch in einer öffentlichen Sitzung, d. h. ich kann auch Gäste begrüßen, schön dass Sie an unserer Sitzung teilnehmen. Dann würde ich direkt starten, Herr Berthold, wollen Sie anfangen



oder Frau Diederichs? Herr Berthold nickt ganz eifrig. Gut, dann Frau Diederichs, wenn es chronologisch besser passt, Sie sind die Expertin/Experten.

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Das Thema ist klar, postnatales Kindswohl, soziale und medizinische Versorgung in schwierigen Fällen. Ich möchte hier gleich darauf hinweisen, dass die Zusammenarbeit von Sozialem und Medizin, also zwischen Sozialem und Gesundheit ganz wichtig ist, darauf werde ich noch einige Male hinweisen. Ich erzähle kurz etwas zu mir. Ich habe ein Studium der sozialen Arbeit und dann Anfang der 80er Jahre eine Körperpsychotherapieausbildung gemacht. Da geht es darum, Körper und Psyche zusammen zu sehen und nicht als ein gespaltenes oder aufgeteiltes Etwas. Die Lehrer von mir waren Wilhelm und Eva Reich, die damals schon Neurosenprophylaxe in dem Projekt Children of the Future betrieben haben. Das ist dann 20 Jahre später durch die Bundesregierung ersetzt worden und wurde Frühe Hilfen genannt. Ich habe Krisenbegleitung am Bahnhof Zoo gemacht und habe 1998 mit dem Ausbau der Berliner SchreibBabyAmbulanzen angefangen. 1999 habe ich ein Institut mit dem Hintergrund gegründet, diesen körperorientierten Ansatz weiter zu lehren. Seit 20 Jahren betreue und begleite ich im Bezirk Mitte die Schreibbabys vor Ort. Ich komme jetzt gerade auch aus der Ambulanz. Seit 2016 bin ich Präsidentin der ISPPM, weil ich festgestellt habe, dass die klassischen Wissenschaften wie Bindungsforschung, Entwicklungspsychologie und Säuglingsforschung zwar früh ansetzen, aber dennoch fast zu spät. Denn ich habe bei den Pränatalpsychologen herausgefunden, dass Schwangerschaft und Geburt schon weitgehende Auswirkungen auf das spätere Erleben haben. Ich bringe jetzt ein paar Zahlen aus dem Bericht von „wellcome“, den ich Ihnen auch zukommen lassen kann. Das ist die ehrenamtliche Organisation, die sich für praktische Hilfen nach der Geburt einsetzt. 20 Prozent der Neugeborenen gelten laut der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie als Schreibbabys. Mein Kollege wird auf dieses Shaken-Baby-Syndrom nachher eingehen, also welche Auswirkungen es hat, wenn die Babys geschüttelt werden. 80 Prozent der Mütter leiden unter dem Babyblues

und rund 20 Prozent zeigen Symptome einer postpartalen Depression. Das sind Zahlen von Schatten & Licht, einer Selbsthilfeorganisation, die sich um postpartal depressive Mütter kümmert. 45 Prozent der Eltern wünschen sich gemäß einer Forsa-Studie mehr Unterstützung in dieser Zeit und bei 30 Prozent der Mütter nimmt das Wohlbefinden nach der Geburt substantiell ab. Das heißt das Gefühl des Alleingelassenseins nimmt zu, der Haussegen hängt schief und schwere Krisen in der Partnerschaft, und – was für uns auch noch wichtig ist – die Lust auf eine weiteres Kind fehlt. Vor 30 Jahren waren wir als Pränatalpsychologen noch irgendwelche Esoteriker oder Exoten, mittlerweile hat hier in der Charité der Lehrstuhl für medizinische Psychologie, Frau Prof. Claudia Buß, eine Längsstudie über frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität gemacht. Da sind Schlagwörter im Fachaufsatzz, den ich Ihnen gerne zur Verfügung stellen kann. Schlüsselwörter wie frühe Programmierung, frökhkindliche Traumatisierung, pränataler Stress, transgenerationale Transmission und Epigenetik.

Zu dem Punkt transgenerationale Transmission: Das heißt Traumatisierungen sind in der dritten Generation sichtbar. In der Traumaforschung spricht man davon, dass die Stressmarker, die Traumatisierung ausmachen, auf den Spermien und auf den Ovarien gespeichert sind. Das heißt, als meine Mutter im Leib meiner Oma war, gab es diese Stressmarker schon auf dem Ovarium, also auf dem Ei oder auf dem Spermium, aus dem ich entstanden bin. Dann haben wir die ACE-Studie, Adverse Childhood Experiences, das ist auch eine große Studie aus Amerika, ich weiß nicht, ob Sie diese schon kennen. Sie hat sich mit Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter auseinandergesetzt, d. h. wenn man als Kind Belastungen erfährt, was da später mit diesem Erwachsenen passiert. Und da sind u. a. auch Risikokonstellationen, also für unseren Zeitraum Frühgeborenen, Mehrlingsgeborenen, frühe Regulationsstörungen, übermäßiges Schreien, Schlafstörungen und Fütterungsprobleme, chronische Erkrankungen, frökhkindliche ADHS und Behinderungsmarker angesprochen.

Dann komme ich jetzt zu den Schreibbabys, da es



mein tägliches Brot ist. Dazu gab es von DIMDI, das ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information, eine Studie, die besagt, dass es eklatante Versorgungsrückstände gibt und dass die Eltern mit ihren Schreibabys oder mit den Regulationsstörungen nicht gut versorgt sind. Was ist ein Schreibaby? Begründet durch den amerikanischen Kinderarzt Wessel gilt die Dreierregel: Das Kind schreit mindestens drei Stunden am Tag, mehr als drei Stunden die Woche innerhalb von drei Wochen. Das ist aber eigentlich, sage ich mal, relativ wenig für diejenigen, die bei uns in der Praxis sind. Was passiert bei den Eltern? Bei Eltern löst das Geschrei einen Adrenalinstoß aus, das Herz schlägt schneller, der Blutdruck steigt, viele Mütter berichten über Schweißausbrüche. Für Eltern ist das Stress pur, die Lautstärke entspricht einer Dezibelzahl von 120 und ist damit stärker als ein Presslufthammer, am Arbeitsplatz wird bereits ab 85 Dezibel auf Gehörschutz zurückgegriffen. Die meisten Schreibabymütter haben Gewaltfantasien. Je höher die Belastung und Erschöpfung, desto größer ist die Gefahr von affektiven Handlungen, Aggressionsausbrüchen, und Schütteltrauma. Statt sicheren Bindungen entstehen Angstbindungen. Speziell bei den Müttern – die Väter sind relativ schlecht untersucht – können durch Erschöpfungszustände postpartale Depressionen entstehen. Zum Zustand der Eltern: erhöhter Stress, kaum noch mütterliche und väterliche Sicherheit, kaum oder kein Körpererfühl mehr, Feinfähigkeit kann sich nicht einstellen. Der Lebensmodus: Ich sage den Eltern immer, was ihr leistet, ist 24-Stunden-Dienst – unkündbar, kein Urlaub und immer Bereitschaftsdienst. Zum Zustand des Kindes: Schreien ohne Ende, Stressregulationsstörung im weiteren Verlauf seines Lebens, Schlafstörung, Fütterungsstörung, Entwicklung einer ADHS und ambivalentes Bindungsverhalten.

So, und jetzt noch einmal zurück: Pränatales Erleben mit einbeziehen. In der letzten und vorletzten Runde hatten Sie das schon gehört, die Pränatalpsychologie bedeutet, die Schwangerschaft mehr mit einzubeziehen, Mutter und Kind als unzertrennbare Einheit zu betrachten und nicht getrennt und auch die psychosoziale Versorgung mit einzubeziehen. Das

Präna-, also wir in der pränatalen Psychologie sprechen von einem Schwangerenkonzept und einem Geburtsskript. Es ist sehr wichtig, dass die Mütter in dieser Zeit begleitet werden. Da gibt es auch schon gute Ansätze, z. B. die Bindungsanalyse in der Schwangerschaft, wo es den Mutter-Baby-, also Embryo- oder Fötus-Dialog gibt. Unser Wunsch – wir sollten hier auch Forderungen aufstellen – ist: Wenn Eltern zu ihren Kindern eine sichere Bindung vermitteln sollen, muss auch das staatliche Gefüge dementsprechend aufgebaut sein. Die frischgebackenen Eltern sollten sich auf ihren Staat verlassen können, d. h. gute psychosoziale Versorgung von Anfang an, sprich ab der Schwangerschaft. Sie hatten ja vor kurzem diesen Pränatest hier. Bei dieser pränatalen Testung wurden als ganz wichtige Dinge genannt: eine ordentliche psychosoziale Versorgung zu gewährleisten, damit die Frauen gut emotional eingebunden werden, weil das alles wahnsinnige Angst machen kann, und das geht sofort zurück zum Fötus und zum Embryo; adäquate niedrigschwellige neue Verfahren anzuwenden, wie z. B. unsere Methode, die wir anwenden, aber auch die anderen.

Dann muss ich auch ein bisschen Kritik an der Politik üben. Es gibt, ich weiß nicht, ob Sie das kennen, ein wunderbares Papier zum nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, da stehen wunderbare Sachen drin. Das ist aber nicht umgesetzt, das dürfte man mal umsetzen. Und was ich vorhin schon gesagt habe, wirklich die Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und Sozialem zu forcieren. In ein paar Wochen kommt der Präventionsbericht der Bundesregierung heraus, und auch dort wird wieder klar, dass es einen eklatanten Mangel an Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheit und Sozialem gibt. Also bitte, wenn Sie da etwas tun können, versuchen Sie den Herrschaften ein bisschen auf die Sprünge zu helfen. Denn wir merken in den Frühen Hilfen so stark, dass wenn eine gelungene Zusammenarbeit der beiden Disziplinen stattfindet, dann haben wir ganz große Erfolge, wo die Eltern im Grunde nicht das eine als das eine und das andere als das andere sehen.



**Vorsitzende:** Können Sie das vielleicht – wenn ich Sie direkt unterbreche – an einem Beispiel festmachen. Was ist eine gelungene Beziehung oder Kooperation Gesundheit und Soziales?

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Es ist z. B. in den Frühen Hilfen sehr schwierig, Ärzte in die Frühen Hilfen zu bekommen, das ist klar. Die Ärzte haben ihre Sprechstunden, es ist aber sehr schwierig, dass es da zu einer Kooperation kommt, dass man da zusammenarbeitet. Die Leute aus dem sozialen Bereich reden immer gerne und die Ärzte sagen, sie wollen Fakten haben. Ja, das ist so. Es gibt z. B. auch Befindlichkeiten zwischen Gesundheits- und Sozialämtern. Da gab es z. B. hier in Berlin einen Bezirk, wo eine Netzwerkkoordinationsstelle geschaffen werden sollte. Aber weil die Bezirke solche Befindlichkeiten hatten, dass sie kaum miteinander geredet haben, haben sie die Stelle halbiert und haben das jeweils 20 Stunden gemacht. Also der eine hat einen Runden Tisch gemacht und der andere hat einen Runden Tisch gemacht. Also zwischen Gesundheit und Sozialem besteht immer diese Bindung. Also ich kann nicht den Bleistift fallen lassen und sagen, „das ist nicht meine Zuständigkeit, suchen Sie sich irgendwas.“ Die Menschen sind sehr in Nöten und können dann nicht zuerst mal klären, wer da wie zuständig ist, und darum geht es.

Ich habe jetzt hier die Rechte des Kindes. Von der Pränatalpsychologie haben wir uns überlegt, wie das aussehen kann: Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu werden. Jedes Kind hat das Recht auf eine sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung. Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt seine Erlebniskontinuität beachtet und geschützt wird. Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkung hin reflektiert und verantwortet werden. Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt. Jedes Kind hat das Recht auf eine hinreichend gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind

sollte nach Möglichkeit gestillt werden. Mit den Kinderrechten verbunden ist es ein Recht der künftigen Generation, dass die Gesellschaft ihnen die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Potentiale als Paar und als Eltern zu entwickeln. Mit diesem Recht auf Entwicklung elterlicher Kompetenz ist das Recht des Kindes auf verantwortliche, feinfühlige und bezogene Eltern oder Ersatzpersonen verbunden. Um die Rechte der Kinder zu gewährleisten, haben die gesellschaftlichen Institutionen die Pflicht, die Eltern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

Wir hatten vor zwei Jahren über unsere Ambulanz versucht, beim Innovationsausschuss der Bundesregierung ein Forschungsvorhaben zu bekommen, und sind abgelehnt worden. Wir brauchen da auch politische Unterstützung, weil die Krankenkassen „bunkern“. Nach meinen Informationen fördert der Innovationsausschuss im Grunde eher Projekte, die die Krankenkassen schon in der Regelförderung haben; und wenn dann wieder neue Förderungen kommen und sich neue Bereiche auftun, dann wird es schwieriger. Deshalb wäre es auch ein Wunsch an die Kinderkommission, uns da zu unterstützen.

Das Schlusswort ist: Die Menschlichkeit einer Gesellschaft zeichnet dadurch ab, wie sie mit dem Lebensanfang und dem Lebensende umgeht – in Anlehnung an Arno Gruen. Was wir im Moment erleben, sind überfüllte Kreißäle und eklatanter Hebammenmangel. Abrechnungsziffern und Dokumentation sind wichtiger geworden als der Dienst am Menschen. Keine oder kaum Kitas, oder zu wenig Kitaplätze – Entschuldigung, das ist ein bisschen dramatisch ausgedrückt. Teilweise können in einigen Bezirken die Vorsorgeuntersuchungen schon nicht mehr stattfinden, weil es nicht genügend Ärzte gibt. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzende:** Vielen Dank Ihnen, Frau Diederichs. Dann würde ich direkt überleiten zu Ihnen, Herr Berthold.

**Oliver Berthold** (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner –



DGKiM): Vielen Dank für die freundliche Vorstellung. Ich würde gerne damit anfangen, Ihnen zu schildern, was unter medizinischem Kinderschutz verstanden wird, denn Kinderschutz versteht jeder ein bisschen anders. Frau Diederichs hat ja schon angesprochen, dass die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe bzw. Sozialem und dem Gesundheitswesen nicht immer eine einfache ist. Aus medizinischer Sicht ist der medizinische Kinderschutz im Prinzip das, was wir als Medizinerin und Mediziner, aber auch alle anderen Heilberufe im Gesundheitswesen tun können, um mögliche Misshandlungen, Vernachlässigungen und sexuellen Missbrauch bei Kindern zu erkennen, möglichst sicher zu diagnostizieren, um dann notwendige Maßnahmen zum Schutz der Kinder einzuleiten. Und spätestens dort ist die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe unerlässlich. Ich arbeite in der Kinderschutzzambulanz in der DRK-Klinik hier in Charlottenburg. Das ist eine Einrichtung, die in Berlin in der Zusammenarbeit von drei Senatsverwaltungen entstanden ist. Unsere Hauptaufgabe ist es, dass wir in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, Familiengerichten und niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten, aber auch anderen Ärzten Kinder behandeln, uns Kinder mit der Frage anschauen, ob sie möglicherweise Opfer von Gewalt oder von Vernachlässigung geworden sind. Und das umfasst nicht nur die körperliche Gewalt mit den auch eindeutig sichtbaren Spuren, sondern auch emotionale oder sexualisierte Gewalt, die insbesondere bei Kindern relativ selten körperlich sichtbare Folgen hinterlässt, die wir unmittelbar fotografieren könnten. Im Prinzip kann man zusammenfassen, dass der medizinische Kinderschutz sich letztlich um das kümmert, was wir in der Nummer 2 des 16. Nachhaltigkeitsziels der Vereinten Nationen definiert haben, nämlich den Schutz von Kindern vor Verfolgung, vor Ausbeutung, vor sexueller Gewalt und vor Folter.

Das ist jetzt nur am Rande ein Kinderschutzthema, aber ich wollte trotzdem die Gelegenheit nutzen, Sie darauf hinzuweisen, dass im Moment wieder eine günstige Gelegenheit besteht, endlich das Rauchen im Auto zu verbieten, wenn Kinder mitfahren. Das ist etwas, was wir Kinderärzte seit Jahren fordern. Sie müssen sich vorstellen, dass in einem Auto, selbst

wenn das Fenster zum Teil geöffnet ist, eine Zigarette ausreicht, damit wir eine Konzentration von schädlichen Stoffen in der Atemluft haben, die vergleichbar ist mit einer Raucherkneipe. Und wir würden unsere Kinder auch nicht in eine Raucherkneipe mitnehmen, aber wir schützen sie bislang unzuverlässig vor dem schädlichen Verhalten der Erwachsenen in diesem Fall. Eines der Handouts, die ich Ihnen mitgebracht habe, beschäftigt sich auch damit und geht ein bisschen näher auf das Thema ein.

Ein zweiter Arbeitsschwerpunkt von mir ist die medizinische Kinderschutzhotlinie. Das ist ein vom Familienministerium gefördertes Projekt, in dem genau die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Medizin angesprochen wird. Denn wir wissen und haben auch aus Untersuchungen gesehen, dass immer dann, wenn Kindern nicht rechtzeitig – also zu spät – oder gar nicht geholfen wurde, sie Opfer von Gewalt, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch geworden sind, dann ist sehr häufig die Schnittstelle Jugendhilfe und Medizin ein Problem gewesen. Letztlich deswegen, weil wir als Mediziner wissen, dass wir eine Schweigepflicht haben, aber im Einzelfall nicht genau wissen, dass wir sie im Kinderschutz durchaus brechen dürfen. Als Mediziner sind wir häufig mit dem Thema überfordert, weil wir es gewöhnt sind, mit den Eltern sehr offen und transparent zu kommunizieren. Im Übrigen ist das im Kinderschutz aber auch üblich, aber wenn plötzlich die häusliche Situation des Kindes als Teil des Problems auftaucht, dann ist das etwas, was uns als Mediziner häufig überfordert. Deswegen ist dieses Beratungsangebot entstanden, das 24 Stunden ärztlich besetzt ist und allen Mitarbeitern des Gesundheitswesens zur Verfügung steht, um Fragen zu beantworten im richtigen Vorgehen mit der Frage, ob Befunde misshandlungsverdächtig sind, wie Vernachlässigung dokumentiert werden kann usw. Und dass das auch notwendig ist, sehen wir an den Anliegen unserer Anrufländer. Wir stellen fest, dass 80 Prozent unserer Anrufer bislang noch keinen Kontakt zu anderen Ansprechpartnern hatten, bezogen auf den Fall wegen dem sie anrufen. Ganz konkret ist das z. B. ein Kind, das zur Vorsorgeuntersuchung in die Kinderarztpraxis gebracht wird und der Kollege oder die Kollegin stellt Blutergüsse am Kind fest, die nicht dazu



passen, was die Eltern als Unfall angeben, die also für sich genommen eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit haben, dass sie misshandlungsbedingt entstanden sind. Und dann sind wir eine niedrigschwellige Ansprechmöglichkeit, und die Kolleginnen und Kollegen haben in aller Regel noch nicht mit anderen Ansprechpartnern gesprochen, schlicht weil sie nicht wissen, wen sie in diesem Falle ansprechen können. Im Prinzip können sie sich das wie eine „Übersetzungsleistung“ zwischen Medizin und Jugendhilfe vorstellen. Das hat die WHO erfahren und herausgehoben. Wir sind auch sehr stolz darauf, das ist genau das, was wir auch machen, nämlich dass wir die Anfragen unserer Kolleginnen und Kollegen, die in der Hotline anrufen, bündeln und daraus Arbeitshilfen und Weiterbildungsmaterialien erstellen. Und das ist das, was ich Ihnen mitgebracht habe. Das sind alles Fachunterlagen, die aus Anfragen an die Medizinische Kinderschutzhilfe entstanden sind.

Jetzt würde ich ganz kurz auf die ganz kleinen Kinder eingehen, denn das ist ja heute auch so der Schwerpunkt. Wenn wir uns anschauen, wann wir im medizinischen Kinderschutz mit kleinen Kindern zu tun haben, dann sind das doch relativ häufig die körperlichen Misshandlungen. Das liegt letztlich auch daran, dass diese häufig Spuren hinterlassen, die wir als Mediziner feststellen können. Und Sie müssen sich vorstellen, dass körperliche Misshandlung bei kleinen Kindern alle Spuren, alle Folgen hinterlassen können, wie sie auch Unfälle hinterlassen können, dann allerdings bei älteren Kindern. Das geht von Prellungen, Blutergüssen, über Knochenbrüche, wir sehen Verbrennungen, die den Kindern mutwillig zugefügt worden sind. Eine besondere Entität in der Misshandlung kleiner Kinder ist das sogenannte misshandlungsbedingte Kopftrauma, auch als Schütteltrauma bezeichnet. Frau Diederichs hat ja schon sehr eindrucksvoll geschildert, welche Belastung ein anhaltend schreiender Säugling für Eltern darstellen kann. Ich denke, alle von uns, die Kinder haben, können sich diese Belastung auch sehr bildlich vor Augen rufen. Und wir wissen zwar, dass wir einerseits in Deutschland pro Jahr „nur“ 110 Kinder mit einem Schütteltraumasyndrom diagnostizieren; wir wissen aber umgekehrt auch, dass wenn wir

Eltern von Säuglingen rückblickend befragen, „haben Sie ihr Kind schon mal geschüttelt?“, dass dann 3,4 Prozent, so in der niederländischen Studie, mit „ja“ antworten. Und 3,4 Prozent sind deutlich mehr Kinder als 110 im Jahr. Das heißt nicht, dass alle Kinder das Vollbild eines Schütteltraumasyndroms entwickeln. Das Schütteltraumasyndrom entsteht dadurch, dass ein Kind, ein Säugling mit einer altersentsprechend schwachen Halsmuskulatur gewaltsam hin und her geschüttelt wird. Also wenn die Eltern völlig verzweifelt oder in einem aggressiven Ausbruch das schreiende Kind an der Brust oder an den Armen packen und dann gewaltsam hin und her schütteln. Dann schwappt das Gehirn, das ungefähr die Konsistenz von Götterspeise hat, in diesem Kopf hin und her, und das hinterlässt ausgedehnte Schäden am Hirngewebe. Es ist aber nicht in jedem Fall so, dass die Kinder unmittelbar darauf sichtbare schwere Erkrankungszeichen wie Bewusstlosigkeit oder epileptische Anfälle zeigen, sondern in leichteren Fällen ist es so, dass diese Schäden nicht auf den ersten Blick sichtbar sind und die Kinder eher dann im Verlauf der Entwicklung mit Lernstörungen, mit einer Entwicklungsverzögerung oder ähnlichem auffällig werden können.

Das heißt, wir sprechen von einer großen Zahl gefährdeter Kinder, die potentiell geschüttelt werden, und diese müssen wir aber auch alle ansprechen, wenn wir Prävention betreiben wollen. Wir haben uns daher angeschaut, wie die Präventionskampagnen im Moment in der Bundesrepublik aussehen. Wir sehen, dass wir mit Präventionskampagnen zu 90 Prozent primär die Mütter erreichen. Das ist völlig naheliegend, weil wenn ich als Kinderarzt auch bei der Vorsorgeuntersuchung vor Entlassung aus der Geburtsklinik, wenn ich ein Aufklärungsgespräch über das Säuglingsschreien, über eine sichere Säuglingspflege führe, dann habe ich zum großen Teil die Mütter vor mir sitzen und nicht immer sind die Väter dabei, ganz im Gegenteil, sondern üblicherweise sind das die Mütter alleine. Wenn wir uns aber im Vergleich dazu anschauen, wer eigentlich die Risikogruppe ist, später sein oder ein Kind zu schütteln, dann sind das nur zu einem sehr kleinen Teil die Mütter, obwohl sie sehr viel mehr Zeit mit den Kindern verbringen.



Es ist noch ein kleiner Teil weiblicher Babysitter dabei, aber im Wesentlichen waren das die Väter der Kinder oder die Stiefväter. Insgesamt sind es fast zwei Drittel männliche Personen, die später eher Kinder schütteln würden. Und diese verpassen wir bislang noch mit unseren Aufklärungskampagnen.

Wir haben eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage unter der Vorstellung durchgeführt, dass möglicherweise das Wissen über das Schütteltrauma in der Bevölkerung auch ungleich verteilt ist. Es überrascht ja zunächst nicht, dass junge Frauen sich eher mehr mit der Frage Säuglinge, sichere Säuglingspflege und demzufolge auch Schütteltrauma beschäftigen. Bei den jungen Männern sieht es ganz düster aus, also da konnten 70 Prozent mit dem Begriff überhaupt nichts anfangen, geschweige denn mit der Frage, wie versorge ich einen Säugling sicher. Wenn wir uns die Risikogruppen anschauen – die Risikogruppen sind aus Studien bekannt geworden, in denen rückblickend befragte Personen eingeräumt hatten, einen Säugling geschüttelt zu haben –, dann sind die Risikofaktoren ein niedriger oder kein Schulabschluss, ein junges Alter und männliches Geschlecht. Und in dieser Gruppe sind es fast 80 Prozent der Befragten, die mit dem Thema überhaupt nichts anfangen konnten. Dementsprechend arbeiten wir gerade an einem Antrag bzw. an einem Projekt einer Aufklärungskampagne in Schulen. Wir argumentieren, dass die Abschlussklasse der Schulen die letzte Möglichkeit ist, möglichst flächendeckend junge Menschen mit Bildungsinhalten zu erreichen. Inhalte sollen eine sichere Säuglingspflege sein: „Was tun, wenn es schreit?“ Also letztlich mit den Jugendlichen zu besprechen, dass ein Kind nicht immer nur niedlich und schön ist, sondern dass es auch sehr anstrengend sein kann; natürlich mit dem Hinweis, dass Schütteln die schlechteste aller Möglichkeiten ist, auf ein schreiendes Kind zu reagieren. Das wäre eine Möglichkeit, wie wir in Zukunft nicht nur die Kinder, die uns mit einem Vollbild eines Schütteltraumasyndroms vorgestellt werden, sondern auch die vielen Kinder, die möglicherweise geschüttelt werden, die wir aber in der Medizin nie sehen, davor zu bewahren, schon in den ersten Monaten Gewalt

zu erfahren. Das wäre so im Wesentlichen das, was ich Ihnen schildern wollte. Ich freue mich auch auf Ihre Rückfragen.

**Vorsitzende:** Dann vielen Dank Ihnen. Herr Dr. Hoch, dann würde ich Ihnen das Wort zu abschließenden Kommentaren für die ExpertInnenrunde geben.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Vielen herzlichen Dank. Meine Vorredner haben ganz spezielle Einrichtungen und Themen präsentiert. Ich habe die Frage gestellt, was sind eigentlich schwierige Fälle? Postnatal kann das ein Frühgeborenes mit 23 Wochen sein, Hirnblutung auf beiden Seiten mit einer schweren Behinderung. Wir wissen, dass viele Ehen daran zerbrechen und dass die Kinder in der Versorgung sämtliche Hilfen erhalten, aber am Schluss letztendlich schwerbehindert sind. Oder sprechen wir von Kindern mit einer Trisomie 21, die wir in der Pädiatrie kaum mehr sehen, weil sie kaum mehr zur Welt kommen? Und da stellt sich schon die Frage, wie geht man ethisch damit um? Das ist zwar noch pränatal, aber letztendlich wirkt es sich postnatal aus. Das Thema mit dem Nikotin hat mir gut gefallen. Nicht nur postnatal im Auto nicht zu rauchen, sondern pränatal bereits in der Schwangerschaft, ist ein Thema, das man sicherlich auch diskutieren muss.

Was ist ein schwieriger Fall? Ich glaube, dass man das immer individuell betrachten muss. Eine Bekannte hat jetzt ein Kind bekommen, ein properes Mädchen, und sie ist totunglücklich und depressiv, weil es ein Kaiserschnitt und keine normale Geburt war. Sie haben einen Biobauernhof und sie wollte ganz normal entbinden – ist das schon für sie selbst ein schwieriger Fall? Das ist wirklich ein Thema. Letztendlich wollte ich das Ganze auch vom System her anschauen, also das gesamte System um das Kind. Wir sprachen von den Frühen Hilfen. Es gibt sozialpädiatrische Familienhilfe, es gibt die Case-Manager, es gibt den Bunten Kreis, es gibt die interdisziplinären Frühförderstellen, es gibt die sozialpädiatrischen Zentren, es gibt



Ermächtigungsambulanzen für Klinikärzte, es gibt natürlich den Kinderarzt, es gibt die Jugendhilfe und wahrscheinlich gibt es noch viel viel mehr – wer weiß das alles? Wenn man weiß, dass die Kinderärzte – ich kenne einige, die in einer Praxis sind – so viel an der Backe haben, dass sie schleusen, schleusen, schleusen, damit die Patienten durchkommen, wer kann sich da eine Stunde Zeit nehmen, um mit Eltern das System zu besprechen? Wir sprachen im Vorfeld darüber, wir kennen durchaus Patienten, die jeden Tag irgendeine Hilfsmaßnahme haben. Und da stellt sich die Frage, ob man das besser steuern könnte? Die Jugendhilfe sagt zu uns Medizinern immer, ihr macht alle Kinder krank, weil wir ihnen immer Diagnosen geben. Das tun wir ja nur deswegen, weil wir es auch müssen. Aber die Jugendhilfe – Sie sagten, die reden gerne so viel – ist ein wichtiger Part in dem ganzen System, schwierige Fälle auch zu managen. Es gibt somatische Erkrankungen und psychiatrische Probleme. Mein Blick auf das Ganze ist, dass bei den schwierigen Fällen immer die Familie betroffen ist. Und leider ist es oft so, dass die Männer – Entschuldigung, wenn so ist – oft nicht mehr zur Verfügung stehen, aus welchen Gründen auch immer. Wir kennen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Miniambulanzen – das muss man sich vorstellen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Miniambulanzen für Säuglinge, und das in unserer Gesellschaft. Es landen tatsächlich viele schon sehr jung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben da Wartezeiten von Monaten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten haben Wartezeiten von sechs Monaten, um die Patienten überhaupt zu versorgen.

Zum Thema Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Bis vor 2017 war es so, dass es nur ganz bestimmte Indikationen gab, bei denen Kinder in die Kinderreha durften, nämlich, ich glaube, acht Stück. Wir konnten Gott sei Dank 2017 das Flexirentengesetz erwirken, mit dem es jetzt möglich ist, dass alle Kinder mit chronischen Erkrankungen in die Kinderreha können. Auch da sehen wir bereits Säuglinge – Sie sprachen von Schreistörungen –, wir kennen Kinder mit Ernährungsstörungen, mit Fütterstörungen, die auch bereits im Säuglingsalter so eine Regulationsstörung haben.

Ich will darauf hinweisen, dass es immer die Familie ist, die im Prinzip da belastet ist. Wir wissen auch, dass psychisch kranke Kinder zu psychisch kranken Eltern führen, dass aber auch psychisch kranke Eltern oft dazu führen, dass die Kinder psychisch krank werden. Und auch da fehlt ein bisschen das Angebot, dass man beide, Kinder und Erwachsene, gemeinsam behandelt.

Das andere oder das weitere ist, dass es sich in den Familien oft über Generationen hindurchzieht, dass Familien ein Frühgeborenes haben, Problemen haben oder Alkoholabusus oder auch Missbrauch vorherrscht. Und wir wissen noch nicht so richtig, wo wir eigentlich ansetzen müssen, diese Familien besser zu schützen bzw. auch zu führen. Und „Führen“ ist quasi mein letztes Thema. Wer führt Patienten, Kinder, ganz kleine Kinder oder kleine Kinder mit den Eltern durch dieses System, das ja für uns Experten schon schwierig zu verstehen ist. Interdisziplinäre Frühförderung bis zum Einschulen, nach dem Einschulen gibt es keine Frühförderung mehr. Das wird über den Bezirk bezahlt. Dann geht es zum sozialpädiatrischen Zentrum, das wird über die KV bezahlt. Dann geht es vielleicht über die Jugendhilfe, das wird wieder über den Landkreis bezahlt. Also es gibt verschiedene Systeme, die von den Sektoren her schwer zu verstehen sind. Und letztendlich ist es – ich will nicht Forderung sagen, aber – ein Wunsch, dass man bereits in der Ausbildung der Studenten diese Systeme an die Frau und den Mann bringt, aber auch, dass man versucht, Case-Manager, also Fallklärer, in die Systeme zu bekommen. Denn die Sektoren sind im Gesundheitswesen leider immer noch da und behindern die tägliche Arbeit ziemlich. Und vielleicht zuletzt: Ich denke schon, dass auch aufsuchende Hilfe notwendig sein kann, dass man wirklich in die Brennpunkte hineingeht. Es muss nicht immer der Arzt sein, es können Sozialarbeiter sein, die in die Familien hineingehen. Und da sollten wir auch auf den Migrationshintergrund achten, da müssen wir schauen, dass wir auch verschiedene Migrationsrichtungen und -typen erhalten, um die Kinder dann auch da in den Familien besser abzuholen. Danke.

**Vorsitzende:** Vielen Dank auch Ihnen. Dann



können wir jetzt in den Austausch und die Fragerunde gehen. Ich würde mit der Situationsbeschreibung und der Frage einsteigen, ab wann ist ein Kind – Sie haben das ja auch so ein bisschen gesagt, Herr Hoch – ein schwieriger Fall? Also wenn ein Kinderschutzfall, ein Missbrauchsfall, Gewalt da ist, dann ist es auf jeden Fall eine Gefährdung für das Kind. Auf der anderen Seite ist es wahrscheinlich nicht so leicht zu sagen, ab wann ein Kind ein Schreikind ist oder eine Fütterstörung tatsächlich eine Fütterstörung ist, weil auch Eltern unterschiedliche Toleranzschwellen haben, ab wann sie etwas für schwierig halten. Ich glaube, die Verunsicherung ist häufig ja auch groß; man liest vieles, und habe ich jetzt ein Schreikind, oder ist es vielleicht einfach nur sehr lebendig oder es strengt mich gerade an, weil es halt unglaublich anstrengend ist, jung, früh Mutter oder Vater geworden zu sein. Und die personellen Ressourcen der Familien sind ja auch unterschiedlich, also ob ich das alleine stemmen muss oder ob der Vater, die Großeltern, Freundeskreise, soziale Hilfen noch da sind, das ist ja auch unterschiedlich. Das wäre für mich jetzt die Frage, wie da – ich will jetzt gar nicht Diagnose sagen – die Einschätzung ist. Ab wann da tatsächlich ein Hilfebedarf besteht, ab wann das Kind tatsächlich externe Unterstützung braucht. Ist das dann auch ausreichend, jenseits der Schwierigkeiten, sich durch den „Dschungel“ zu finden; steht also allen Kindern zumindest potentiell das zur Verfügung, was sie brauchen, und kommen die Eltern da auch heran? Die zweite Frage wäre eine ganz praktische, vielleicht auch an Sie, Frau Diederichs, was raten Sie denn den Eltern? Also was folgt denn dann daraus, wenn man sagt, „okay, das ist jetzt gerade eine schwierige und belastende Situation.“ Wie gehen, wie sollen und wie können Eltern damit umgehen? Was ist das Handwerkszeug, damit es eben nicht zu einem Gewaltausbruch oder ähnlichem, zu Vernachlässigungen und Misshandlungen kommt?

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Die erste Frage ist, wann besteht Hilfebedarf? Wir sind ja ein niedrigschwelliges Angebot auf der Nachbarschaftsetage im Wedding, und das Orten machen die Eltern selbst. Also wenn sie anrufen

und sagen, wir kommen nicht mehr klar, dann können sie zur Beratung kommen – ob sie jetzt die Regel nach Wessels erfüllen oder nicht oder massiv überschreiten – und können ein Hilfsangebot erhalten. Es ist natürlich ein Stufensystem der Hilfe, aber wir haben dieses niedrigschwellige Angebot hier in Mitte und das wird auch finanziert.

Und die andere Frage ist – das hatte ich ja vorhin mit diesen körperpsychotherapeutischen Verfahren gesagt. Also wenn wir noch einmal schauen, was ich vorhin gesagt habe, Stresserfahrung in der Schwangerschaft hat nicht nur die Mama, sondern die hat der Säugling auch, das geht sozusagen ineinander über. Und wenn dann diese Stressoren so hoch sind, ist es egal, ob jetzt der größte Stress vom Säugling oder von der Mama kommt, oder ob die Mama jetzt eine Angstmama ist oder eine überbesorgte Mama oder gerade einen Todesfall erlebt hat oder sonst etwas, dann geht es darum, dass ich mit ihr in Entspannungsübung hineingehe. Ich versuche wirklich „in der Ruhe liegt die Kraft“ zu praktizieren und zeige ihnen, also auch mit dem Säugling, Hände links-Massagen, die den Stress aus dem Körper des Säuglings herausholen, und bei der Mutter auch oder bei dem Vater auch, wenn die Väter mitkommen. Es ist sehr anwendungsbezogen, dass sie für sich dieses „Herunterfahren“ erlernen. Das ist unser Ansatz, wenn es noch nicht chronifiziert ist; also bei schweren Fütterungsstörungen ist es eine ganz andere Sache, da hat sich das im System ja schon viel mehr chronifiziert. Schrei- und Schlafstörungen bekommen wir mit dieser Methode ganz gut in den Griff.

**Vorsitzende:** Das heißt, die Eltern melden sich selbst aktiv bei Ihnen oder werden ggf. auch hinverwiesen, wenn ...

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): ... wir haben ja hier in Mitte ein tolles großes Netzwerk, um – also was der Kollege auch gesagt hat – zu schauen und im Dschungel zu erkennen, was es gibt. Das Netzwerk Frühe Hilfen in Mitte existiert seit fast 20 Jahren, also auch noch vor der



Bundesinitiative, und da sind 80, 90 Projekte erfasst. Wir sitzen alle vier Monate zusammen und machen ein informelles Frühstück und tauschen uns da aus, d. h. wir kennen uns untereinander mehr oder weniger auch alle, und dann sind die Wege einfach kürzer, wenn man sich kennt. Wenn ich weiß, wo, wer, wie und wer zu welcher Familie passt, dann kann ich auch besser weiterleiten. Also die Eltern melden sich bei uns und wir haben den Anspruch, in Notfällen innerhalb von 48 Stunden die erste Sitzung zu geben. Und das hilft den Eltern meistens auch, dass sie nicht wieder in die Klinik gehen müssen und dann im Grunde das Kind wieder zum x-ten Mal untersuchen lassen müssen, ob das Kind wirklich organisch gesund ist. Denn das ist ja auch eine große Belastung, sie gehen dann immer in die Notfallambulanzen oder zu den Kinderärzten, weil sie Angst haben, dass die Kinder irgendetwas anderes haben. Natürlich ist es auch wichtig, dass sie eine Diagnose haben, dass die Kinder körperlich gesund sind, aber das können wir denen zusagen.

**Vorsitzende:** Ich möchte jetzt abschließend noch die Frage stellen, was in der Situation passiert, wenn eine Familie beispielsweise zur Schreiambulanz oder zum Kinderarzt kommt, weil das Kind nicht richtig isst oder ähnliches. Es hat also vermutlich eine Fütterstörung oder die Eltern machen sich Sorgen, und dann fällt Ihnen aber auf, dass da jetzt noch Weiteres im Argen sein könnte und es nicht nur ein Schreibaby ist, sondern dahinter gibt es noch eine andere Gefährdung oder ein anderes Problem. Wie wäre dann der Weg und passt der so?

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Also bei uns wird das dann angesprochen. Die Schreibabyeltern sind ja alle, wenn man sich den Kinderschutz ansieht, schon im orangenen Bereich; alle Schreibabyeltern haben Gewaltfantasien, man muss die Kinder aber nicht gleich aus der Familie herausnehmen. Aber man muss einen Blick darauf haben, das ist ja auch wichtig. Wenn ich sehe, dass dahinter noch eine popartale Depression ist, die sozusagen versteckt ist, dann muss ich sie weiterschicken, dann muss ich auch Tacheles mit den Eltern reden. Und

wenn der Vater nicht mitkommt, dann wird er auch bestellt, und dann wird ihnen gesagt, das geht hier nicht, und wir verlassen den Raum hier nicht mehr, bevor wir irgendeine Art Hilfeplan haben – also zunächst nicht ein Jugendamt-Hilfeplan, aber wir reden darüber. Oder wenn es andere Sachen sind, also beispielsweise wenn das Kind nicht richtig zunimmt, dann geht es auf jeden Fall wieder zum Kinderarzt, damit sie dort Unterstützung bekommen; oder es geht um Zusammenarbeit mit dem Jugendamt oder mit der Familienhebamme oder wem auch immer oder Weitervermittlung an Psychiatrien usw., das ist klar, das ist das Gebot des Netzwerkens.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Eine kleine Ergänzung vielleicht. Ich würde dem allen vollkommen zustimmen. Ich bin auch noch Schlafmediziner und habe jahrelang eine schlafmedizinische Ambulanz gehabt, auch für Schreibabys oder auch für Kinder mit Schlafstörungen, die schreien halt auch nachts. Natürlich gibt es medizinische Gründe, die klären wir dann auch ab, z. B. Kuhmilchallergie, das gibt es relativ häufig und kann auch zu Schreiproblemen führen. Aber Sie haben absolut recht, die Eltern, die zu mir kommen, waren höchst verzweifelt. Und das waren mehrere Fälle, wo das ein Wunschkind war, und sie haben gesagt, „nehmen Sie mein Kind, sonst passiert etwas.“ Wir waren dann soweit, dass wir sie auch zum Teil stationär aufgenommen haben, bis wir das System wieder quasi beruhigt hatten, bis die Eltern wieder – wie Sie sagen – etwas zu sich gekommen waren und die Eltern therapiert im Sinne eigentlich einer Beratung, denn eigentlich haben wir mehr die Eltern therapiert als die Kinder. Und dann ging das Ganze wieder. Einige sagten auch, „ja, endlich versteht mich jemand, dass Sie sowas anbieten, so eine Schreiambulanz oder so eine Schlafstörungsambulanz, uns hat ja keiner geglaubt.“ Das wollte ich noch kurz ergänzen.

**Oliver Berthold** (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM): Vielleicht kann ich noch kurz ergänzen. Ich stimme Ihnen völlig zu. Das Problem entsteht



manchmal auch dann, wenn die Eltern nachts um zwei in der Kinderklinik, in der Notaufnahme sind und auf Kolleginnen und Kollegen treffen, die noch nicht lange im Job sind, die im Wartezimmer vielleicht 30, 40 Patienten sitzen haben, und da ist dann die Bereitschaft und auch die Fähigkeit, sich ein Problem ganzheitlich anzuschauen, nachvollziehbarerweise extrem klein ausgeprägt. Da haben die niedergelassenen Kinderärzte und die Kinderkliniken, wenn es dann wieder hell geworden ist, tagsüber die Chance, ihre Netzwerke zu aktivieren. Ich plädiere dafür, dass man sehr darauf schaut, dass man niedrigschwellige Angebote hat, wo es dann auch die Notaufnahmen gibt. Denn am Anfang kennt man als Mediziner die Netzwerke alle noch nicht so und da ist man froh, wenn man einen Scharlach erkennt, aber man kennt vielleicht nicht alle sozialmedizinischen Netzwerke und sozialpsychologischen Netzwerke, die es im Bezirk gibt, da braucht man nachts um zwei irgendeinen Ansprechpartner. Und das ist eine Möglichkeit, dass man beispielsweise die Kinder an die Kinderschutzzambulanz überweist oder wohin auch immer oder an Sie, wenn man Sie kennt. Aber man braucht in der Medizin etwas, das auch nachts um drei funktioniert, weil die Kinder sonst nicht ankommen.

**Abg. Sven Lehmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ganz herzlichen Dank für die spannenden Impulse. Ich glaube, dass Sie da wirklich eine sehr wichtige Arbeit leisten. Denn diese Gesellschaft funktioniert so nach dem Mythos, Mutterschaft und Kind muss immer toll sein, und wenn da mal etwas nicht gut ist, fragt man sich, wo man dann auch rational funktionierende Strukturen findet, die auch entlasten können. Also das ist, glaube ich, richtig wichtig. Ich habe zwei Fragen, die eine geht an Herrn Berthold, weil Sie sich ja intensiv mit dieser Frage Schütteltrauma befasst haben. Und wenn ich das richtig verstanden habe, dann haben Sie diese Studie zitiert, wonach 3 Prozent das irgendwie auch von sich auch eingeräumt haben, und dann konnte das im Hellfeld auch nachvollzogen werden, wer da geschüttelt hat und sind dann zu der Erkenntnis gekommen, dass etwa rund, glaube ich, zwei Drittel der schüttelnden Personen männlich waren, Vater, Stiefvater oder so, und je niedriger der

Schulabschluss desto höher irgendwie die Gefahr. Das klingt irgendwie total plausibel. Ich würde gerne in das Dunkelfeld hineinfragen, ob Sie irgendeine Vermutung haben, denn ich würde annehmen, dass Bildungsbürgereltern, die auch im Stress sind – mit Vollzeiterwerbstätigkeit und so – auch schütteln und das aber nicht sagen, weil es sich nicht gehört. Vielleicht können Sie das mal beschreiben, auch wenn es jetzt keine Hellfeldzahlen gibt, weil die Eltern sind ja für eine Präventionsansprache wahrscheinlich auch eher erreichbar, aber dann nicht für eine Nachsorge, weil sie es vielleicht einfach nicht sagen mögen oder so. Die zweite Frage geht an Herrn Dr. Hoch, was Sie mit dem Dschungel an verschiedenen Leistungen oder verschiedenen Angeboten beschrieben haben, ist ein großes Problem in der Gesundheit, im sozialen Sicherungssystem. Ich kenne das, das ist furchtbar, wer weiß schon, dass er ein Anspruch auf Kindergeld oder auf Wohngeld hat, und dann rutschen ganz viele durch. Die Frage an uns, an die Politik sozusagen, ob wir bestimmte systemische Fragen verändern müssen? Das machen ja häufig auch die Kommunen, aber z. B. etwas wie Lotsinnen- und Lotsenfunktion, die Menschen oder Familien und Eltern durch die verschiedenen Angebote begleiten. Also ist das die Lösung – Netzwerkbildung, Lotsen? Oder ist die Lösung, Dinge institutionell zusammenzuführen und nicht mehr sozialpädiatrischen Dienst neben dem Netzwerk Frühe Hilfe zu haben? Also ist es eine Strukturveränderung oder eher eine Netzwerkbildung oder beides?

**Oliver Berthold (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM):** Vielleicht kann ich die Zahlen noch einmal ein bisschen einordnen. Es ist so, dass wenn wir uns rückblickend anschauen, welche Personen Kinder geschüttelt haben, dann finden wir zufällig häufig Männer mit niedrigem Bildungsabschluss, was umgekehrt natürlich nichts darüber aussagt, dass ein Mann mit einem Hochschulstudium nicht genauso ein Kind schütteln kann, denn letztlich schreien Kinder immer gleich laut, egal welchen Abschluss die Eltern haben, das ist keine Frage. Was wir aber trotzdem wissen, ist, dass sich zum einen Familien mit ganz guten Ressourcen eher auch zu



helfen wissen, weil sie sich letztlich eine Haushaltshilfe finanzieren können, die entlastet, wenn man das jetzt ganz banal an einem Beispiel festmacht. Und wir wissen umgekehrt, dass eine Kumulation von Stressfaktoren in der Familie dazu führt, dass ein zusätzlicher Stressfaktor schlechter toleriert wird. Und wir wissen auch, dass wir vor allem die jungen Männer, die schlechter erreichbar sind, wenn sie einen niedrigen Bildungsabschluss haben, nicht gut erreichen mit unseren Aufklärungskampagnen. Deswegen ist der Fokus, dass wir dort schauen müssen, weil wir glauben, dass wir da einen schwarzen Fleck in unserer Prävention haben. Aber das sagt nichts darüber, dass nicht auch in Familien mit einem hohen Einkommen, mit einem Bildungsabschluss Kinder gefährdet werden sein können. Ich kann das aus eigener Erfahrung bestätigen, ich arbeite in Charlottenburg, da ist die Einkommensstruktur eher etwas höher und wir haben genug zu tun in unserer Kinderschutzambulanz.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Zum Dschungel: Ja, Sie haben recht, der Ausdruck gefällt mir ganz gut, dass das alles ein Dschungel an Leistungen ist. Ich würde sagen, die Antwort ist ja und ja. Sicherlich tut ein Lotse gut, wenn er sich in der Region gut auskennt, und die ist in Berlin anders als im Allgäu oder im Bayerischen Wald oder in Hamburg oder wo auch immer, in einem Flächenstaat oder in einem Stadtstaat. Das ist das eine, Systeme zusammenführen, ja, auch. Da ist die Frage, wo ist es sinnvoll, etwas zusammenzuführen, auch die Vergütungen zusammenzuführen, damit nicht der Kampf um das Kind beginnt. Denn das kenne ich auch, man ruft einmal Hilfe und fünf sagen, ich kann das machen. Ich glaube, das muss man sich ganz genau anschauen. Also sowohl das eine als auch das andere, aber wir müssen schauen, in welcher Region es passiert. Zum Netzwerk: Natürlich hat jeder von uns Netzwerke. Wir sprachen auch im Vorfeld darüber, es liegt oft an dem Arzt, an dem Psychotherapeuten, wie er sein eigenes Netzwerk aufgebaut hat. Wir sind alles Individualisten, die Familien helfen, aber es gibt keinen Überbau, es gibt nichts Systemkoordinierendes. Und ich glaube, das wäre schon ganz gut; nur, noch einmal

einen Flyer, noch einmal ein Papier, das liest keiner, es kommt bei den Menschen nicht an. Und die Frage ist wirklich, ... bitte?

**Vorsitzende:** ... vor allem nicht dann, wenn das Kind gerade schreit, dann holt man sich ja den Flyer nicht heraus.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): ... natürlich nicht. Also es ist wirklich die Frage, wie man diesen Dschungel, dass man die Bäume besser sieht und nicht vor lauter Laub nichts mehr sieht, so besser an die Hilfsbedürftigen bringt.

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Ich weiß nicht, kennen Sie das Babylotsenprojekt? Das geht im Grunde so ein bisschen in die Richtung. Das ist hier in Mitte in Berlin als erstes gestartet worden und man hat es jetzt auch flächendeckend versucht. Aber wie gesagt, das steht und fällt auch wieder mit den Menschen, mit dem Engagement.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Bei meinem früheren Träger hatten wir Kinder- und Jugendlichen-Rehaberaterinnen, die wir selbst engagiert haben, selbst bezahlt haben, weil einen Kinder- und Jugend-Rehaantrag zu stellen ist so komplex und kompliziert, dass das keiner kann. Wir haben quasi eigene Mitarbeiter dafür engagiert, die Eltern helfen, einen Antrag zu stellen. Mehr muss man dazu eigentlich nicht sagen. Ja, so eine Art Lotse wäre nicht schlecht.

**Abg. Johannes Huber** (AfD): Auch ich möchte mich für die interessanten Impulse bedanken. Vielleicht an Herrn Berthold eine Frage, weil Sie auch diese Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts mit herausgegeben haben, so verstehe ich es zumindest. Da schreiben Sie – hoffentlich habe ich es im Vortrag nicht überhört – zu den Unterschieden zwischen den misshandlungsbedingten und den unfallbedingten Frakturen. Vielleicht können Sie uns eine Zahl



mitgeben, wie viele Prozente die eine Kategorie, wie viele Prozente die andere ist. Dort schreiben Sie auch noch als zweiten Punkt in Bezug auf die Ärzte, dass jeder Arzt unbedingt auch die wesentlichen Indikatoren einer körperlichen Misshandlung kennen muss. Wie sehen Sie da die Ärzteausbildung? Ist das ausreichend oder muss man da ran?

**Oliver Berthold** (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM): Es ist so, dass vor allem kleine Kinder besonders schwer von körperlicher Misshandlung betroffen sind. Also es sind ungefähr gleich viele Kinder unter einem Jahr wie in allen anderen Altersgruppen von körperlicher Misshandlung betroffen. Wenn wir uns das bei den Knochenbrüchen anschauen, dann muss man sagen, dass über alle Altersgruppen hinweg ungefähr 10 bis 12 Prozent der Knochenbrüche, die wir als Mediziner bei Kindern behandeln, durch Misshandlungen entstanden sind. Und die Erkennung dieser Misshandlung ist deutlich schlechter, so dass wir als Mediziner sehr viele Knochenbrüche vermutlich zwar behandeln und der Knochen wächst dann wieder zusammen, aber nicht die dahinterliegende Misshandlung sehen, die mit einem hohen Wiederholungsrisiko und letzten Endes auch mit einem hohen Eskalationsrisiko verbunden ist. Wenn wir von Gewaltschutz sprechen, sprechen wir ja von allen Altersgruppen, das betrifft auch die alten Menschen, die gepflegt werden. In der Ärzteausbildung ist die Erkennung von körperlicher Misshandlung durch häusliche Gewalt und auch in der Pflege bislang nicht systematisch eingeführt, weder im Studium noch in der Facharztausbildung. Jetzt ist glücklicherweise von der Bundesärztekammer für die Kinderärztelebildung an zentraler Stelle des Weiterbildungskatalogs gefordert, dass wir Kenntnisse sammeln sollen. Aber wir haben im Moment noch gar nicht die Infrastruktur an den Kliniken, um wirklich jedem Kinderarzt und jeder Kinderärztin, die einen Facharzt machen, die Kenntnisse zu vermitteln. In der Schweiz beispielsweise ist aufgrund einer Gesetzesinitiative vor vielen Jahren schon eingeführt worden, dass jede bettenführende pädiatrische Abteilung eine Kinderschutzgruppe haben muss. Das ist eine sehr logische

Einrichtung, weil in jeder bettenführenden Abteilung, wo Kinder behandelt werden, zwangsläufig auch Kinder behandelt werden, die Opfer von Misshandlung geworden sind. Wir haben das in Deutschland nicht, d. h. die Kinderschutzzambulanzen und Kinderschutzgruppen in den Kliniken beruhen meistens auf dem Engagement von einzelnen Kolleginnen und Kollegen. Würde man das fordern und festschreiben, dann wären die Krankenhausträger gezwungen, sich plötzlich Kinderschutzexpertise ins Haus zu holen, und das würde dazu führen, dass wir die dann auch für die Weiterbildung flächendeckend vorhalten könnten.

**Vorsitzende:** Ich würde gerne noch einmal an die Frage des elterlichen Verhaltens anschließen. Das eine ist ja der Fall, dass das Kind eine chronische Krankheit hat; das kann man als Kinderarzt diagnostizieren und eine Behandlung machen, und die Eltern sind in aller Regel wahrscheinlich sehr ansprechbar, dankbar und arbeiten mit, sind also kooperativ. Das Kind kann aber ein schwieriger Fall sein, gefährdet sein, weil die Eltern ein Verhalten an den Tag legen, das Ihnen vielleicht als Kinderarzt oder auch in der Beratung gar nicht immer so offensichtlich ist. Also in der Region, aus der ich komme, ist Crystal Meth konsumierende Eltern ein nicht zu vernachlässigendes Thema, das erzählen zumindest auch die Ärzte in der Uniklinik häufig. Das sind aber die Fälle, die man kennt, also da, wo eine Schädigung am Kind beispielsweise aufgetreten ist oder wo sich die Mutter offenbart, oder Alkoholkonsum. Also ich möchte ein bisschen darauf hinaus, welche Mechanismen funktionieren können oder wie kommt man an Eltern heran, wenn ein Verhalten zumindest potentiell im Raum steht, mit dem kein zuverlässiges Elterndasein gewährleistet ist? Oder wenn die Eltern vielleicht zwischenzeitlich nicht ansprechbar oder einfach nicht dazu in der Lage und in der Verfassung sind, sich tatsächlich um die Säuglinge zu kümmern, die sich im Zweifel keine sonstige Hilfe suchen können. Sie können auch niemandem erzählen, dass sie gestern Abend Hunger leiden mussten, sondern das ist dann für das Kind so. Also haben Sie Gedanken, wie man herankommt, diese Art von schlechtem Start ins Leben zu beleuchten oder einen Umgang damit zu



finden?

**Oliver Berthold** (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM): Erfreulicherweise ist es so, dass bei den Anrufen in der medizinischen Kinderschutzholtline etwa zu einem Drittel Erwachsenenmediziner anrufen, und das beantwortet auch ein bisschen Ihre Frage. Viele von den Eltern, die Sie gerade beschreiben, sind ja selbst Patienten bei Ärztinnen und Ärzten. Das Ziel muss sein – und das ist ein extrem mühsamer Auftrag –, dass wir die Erwachsenenmediziner dafür sensibilisieren, dass ihre erwachsenen Patienten auch Kinder haben. Das betrifft sowohl den Bereich Kinder psychisch kranker Eltern, dass wir mit Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeuten sprechen müssen, dass sie – was bisher nicht systematisch gemacht wird – bei dem Aufnahmegespräch in der psychiatrischen Klinik bei ihren Patienten erfragen: „Haben Sie denn Kinder zuhause? Erstens, wer kümmert sich gerade darum und wie geht es den Kindern mit Ihrer eigenen Erkrankung?“ Wir wissen sehr gut, dass das die Patienten sehr gerne ansprechen, weil sie sich natürlich auch um ihre eigenen Kinder Sorgen machen. Und natürlich wissen die Patienten, dass ihre Kinder unter der Erkrankung leiden, aber es ist ein schambesetztes Thema, psychische Erkrankung ist ein stigmatisiertes Thema in der Gesellschaft. Und natürlich besteht auch häufig die Sorge, dass die Kinder weggenommen werden, wenn man etwas dazu sagt. Wenn wir aber früh damit anfangen und die Erwachsenenmediziner das als Thema für sich begreifen, dann kommt es meistens gar nicht dazu, dass das Jugendamt so massiv intervenieren muss, dass Kinder entweder vorübergehend oder dauerhaft in Obhut genommen werden, sondern dann kann man dort, wo es notwendig ist, die entsprechenden Hilfen anbieten. Und das betrifft nicht nur die Erwachsenenpsychiater, sondern auch die Allgemeinmediziner und -mediziner, die bei ihren Patienten Folgen von Substanzkonsum sehen, die niedrigschwelliger auch psychische Erkrankungen sehen. Im Prinzip müssten alle Ärzte in Gewaltprävention bzw. Vernachlässigungsprävention in allen Altersstufen geschult sein, und das betrifft das Feld häusliche Gewalt und Gewalt in der Pflege genauso.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Sie sprachen das elterliche Verhalten an. Jetzt wird es schwierig, würde ich mal sagen. Sie haben schon die Patienteneltern angesprochen, Sie sprachen die Eltern an mit Crystal Meth, aber ich könnte auch die Eltern ansprechen, die die Ernährung der Kinder fehlsteuern. Wir haben so viele adipöse Patienten, also Kinder, Jugendliche, die ein Diabetes entwickeln, wo die Eltern genauso eine Adipositas haben. Oder es muss nicht nur Crystal Meth sein, es kann auch Alkohol sein oder auch Medien. Wer kennt das nicht, dass Kleinkinder im Auto hinten quasi auf der Rückseite der Kopfstütze Tablets haben, wo sie über drei Stunden, vier Stunden Mickey Mouse sehen oder sonst irgendetwas, wahrscheinlich gibt es gar keine Mickey Mouse mehr. Ich kenne es auch von Säuglingen – also Säugling ist man bis zum ersten Lebensjahr –, dass sechs, sieben Monate alte Kinder wirklich im Kinderwagen vorne das Tablet haben, wo die ersten Comics laufen, und die Bindung, also die Mutter anschauen, überhaupt nicht mehr möglich ist. Es gibt wirklich Videos aus der Schlafmedizin, in denen Mütter dargestellt sind, die ihr Kind wickeln und nebenbei Fernsehen gucken und quasi nur noch mechanisch das Ganze machen, keine Bindung mehr zum Kind aufzubauen, kein Smiling mehr aufzubauen. Da frage ich mich dann, wo ist dann das elterliche Verhalten? Und wie kommt man an die Sachen heran, haben Sie auch gefragt. Meiner Meinung nach nur – wahrscheinlich blöderweise wieder – über Medien, über Aufklärungskampagnen, über – wie gesagt, Zeitung liest keiner mehr – YouTube. Das ist wirklich eines der populärsten Themen oder Geschichten, aber wer sucht schon danach: Wie kann ich mein Verhalten oder meine Ernährung umstellen? Also ...

**Vorsitzende:** Er braucht zuerst einmal ein Problembeusstsein.

**Dr. med. Bernhard Hoch** (Kinderarzt, Neonatologe, Gesundheitsökonom, Experte für Kinder- und Jugendreha): Richtig. Also es ist richtig schwierig, das Ganze anzugehen.



**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Ich hatte vorgestern noch eine Fortbildung mit den Mitarbeitern vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Treptow-Köpenick, und da kam auch noch einmal dieses Thema psychische Erkrankung von Müttern und Kindern, wie diese im Grunde mit den Kindern umgehen. Und es bedarf einer fachlich guten Begleitung – also nicht nur von den Ärzten, da sind die Jugendamtsmitarbeiter oder wer auch immer in den Familien ist –, das muss eine engmaschige und wirklich auch gute Ausbildung sein, die Eltern in dieses Bindungsverhalten hineinzuführen. Und es ist egal, ob jetzt massiver Medienkonsum da ist oder was auch immer. Das heißt im Grunde eine adäquate Begleitung in der psychosozialen Versorgung, die für die Eltern niedrigschwellig gewährleistet sein sollte.

**Vorsitzende:** Ich schaue mich noch einmal um, haben Sie/habt Ihr noch etwas? Nicht. Dann würde ich es abschließend auf den Punkt bringen. Ich habe jetzt in der Diskussion und in Ihren Antworten wahrgenommen, dass grundsätzlich für die Kinder, wenn schwierige Fälle auftauchen, viele Unterstützungsmaßnahmen unterschiedlichster Couleur da sind. Regional wahrscheinlich immer ein bisschen unterschiedlich, aber grundsätzlich ist Hilfe da. Die Herausforderung besteht darin, diese so koordiniert an das Kind und an das familiäre Netzwerk zu bekommen, dass auch tatsächlich die Hilfe das Problem findet. Wir haben an der Stelle nicht ein Versorgungsproblem, sondern gegebenenfalls ein Matching-Problem. Jetzt fangen Sie an mit dem Kopf zu schütteln. Dann korrigieren Sie mich.

**Oliver Berthold** (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderschutzmediziner – DGKiM): Also grundsätzlich ist das schon so, es gibt aber – und das muss man, wenn Sie das so zusammenfassen, einmal festhalten – wirklich erhebliche Versorgungslücken in bestimmten Bereichen. Aus meinem Bereich kann ich z. B. sagen, dass die Versorgung von minderjährigen Patienten nach sexueller Gewalt extrem unterschiedlich ist, je nachdem wo sie sich in Deutschland aufhalten. Es ist regional extrem

unterschiedlich, ob sie sich in der Nähe einer rechtsmedizinischen Ambulanz aufhalten, die eine vertrauliche Spurensicherung anbietet, d. h. also eine Spurensicherung, ohne dass man sich sofort entscheiden muss, ob man die Polizei informiert oder nicht. Die Versorgung mit erfahrenen Kindergynäkologinnen, Kindergynäkologen ist noch stärker abhängig von der Region, in der man sich befindet. Also es gibt auch in unserer täglichen Arbeit immer wieder Patientinnen und Patienten, die tatsächlich nicht das Angebot finden, das sie dringend brauchen.

**Paula Diederichs** (SchreiBabyAmbulanz Berlin, Krisenintervention und Frühe Hilfen): Wir alle, sage ich mal, als engagierte Menschen und Experten in dem Bereich, in dem wir arbeiten, tun wir unsere Arbeit gut, aber es gibt Versorgungslücken. Das ist vorhin auch gesagt worden, von den Psychotherapeuten, von den Ärzten und auch von der Studie, die ich genannt habe zur Schreibabyberatung, da gibt es wirklich Landschaften, wo nichts ist, das kriegen wir auch übers Internet mit, wenn da Anfragen sind. Also das würde ich so nicht unterschreiben wollen.

**Vorsitzende:** Gut, schön, dass wir das geklärt haben, nicht schön, dass es dann doch Lücken gibt. Die grundsätzliche Herausforderung bleibt dann trotzdem weiter, zum einen schnell tatsächlich die Hilfe zu bekommen, die man braucht, weil das Kind in einer Vernachlässigungs- oder sonstigen Krisensituation kein halbes Jahr Zeit hat zu warten. Dann gibt es die Herausforderung, ein Kind, das sich nicht selbst äußert und eine Familie, in der das Kind noch nicht in der Kita ist und es vielleicht außer dem Kinderarzt zur U-Untersuchung kein Hilfesystem drumherum gibt, tatsächlich auch zu erreichen mit dem Richtigen und Passenden. Dann gibt es nach dem Bundeskinderschutzgesetz beispielsweise die Möglichkeit, die Jugendämter in die Familien zu schicken, aber auch das ist ja leider mit einer gewissen Hürde besetzt, also dass die Eltern die Hilfe auch tatsächlich annehmen, wenn sie sie brauchen, und auch wenn sie keine Hilfe brauchen, sie sich zumindest darüber informieren, dass sie im Zweifelsfall Hilfe bekommen könnten. Das ist ja immer noch etwas, das zumindest zu organisieren ist und wo die



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

Stigmatisierung zurückgefahren werden muss. Es ist ja auch keine Schande, Hilfe anzunehmen, und trotzdem, denke ich, ist das eine gewisse Schwierigkeit. Und die Koordination, das habe ich aber von Ihnen allen dreien gehört, der verschiedenen Hilfesysteme und der Angebotsvielfalt dann auch tatsächlich passgenau zu bekommen, das wäre eine noch zu lösende Aufgabe.

Dann vielen Dank, dass Sie uns zur Verfügung

gestanden haben. Wir werden die Aufgabe haben, aus den Rückmeldungen aller Expertinnen und Experten uns eine Meinung zu bilden und eine Stellungnahme zu machen. Wir sind dann nicht schüchtern, Sie anzurufen, wenn wir noch zu klärende Fragen haben. Ich danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit für uns genommen haben, danke auch allen Gästen, dass Sie bei uns waren und bei uns sind, und dann würde ich nur ganz kurz in einen ganz kurzen internen Teil übergehen, weil es noch eine Frage gibt, die wir beantworten müssen. Dann vielen Dank erstmal.

Schluss der Sitzung: 17.21 Uhr

Susann Rüthrich, MdB  
**Vorsitzende**