



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (129.) und Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (77.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

1. Dezember 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 12:15 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Gesetz über den interkollegialen Ärzteaustausch bei Kindeswohl- gefährdung – Änderung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG)

3

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/14280

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Gesetz über den interkollegialen Ärzteaustausch bei Kindeswohlgefährdung – Änderung des Heilberufsgesetzes (HeilBerG)

Gesetzentwurf
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/14280

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzende Heike Gebhard (AGS): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Einen wunderschönen guten Morgen wünsche ich allen Beteiligten, einerseits den Mitgliedern des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der die Federführung bei dem heute der Anhörung zugrundeliegenden Gesetzentwurf hat, und natürlich den Mitgliedern des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend. Darüber hinaus begrüße ich die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung und ganz besonders herzlich die Damen und Herren Sachverständigen sowohl die, die hier heute präsent in unserem Sitzungssaal sind als auch diejenigen, die sich per Video zugeschaltet haben.

Darüber hinaus darf ich auch die weiteren Zuhörerinnen und Zuhörer, sofern vorhanden die Medienvertreter und Gäste herzlich begrüßen. Was uns immer besonders wichtig ist, ein ganz herzliches Willkommen dem Sitzungsdokumentarischen Dienst, der wieder dafür sorgen wird, dass wir wie gewohnt von der Anhörung wieder ein Wortprotokoll erhalten, sodass wir eine ordentliche Auswertung dieser Anhörung vornehmen können.

Die Einladung zu dieser Sitzung ist Ihnen mit Nummer 17/2118 bekannt gegeben worden. Sie haben sicherlich schon festgestellt, dass Sie wie üblich die schriftlichen Stellungnahmen, die vorab bei uns bereits eingegangen sind, wieder am Eingang vorfinden werden. Dort finden Sie auch das Tableau, auf dem die Namen derjenigen, die an der Anhörung teilnehmen, ausgewiesen sind. Ich darf an der Stelle darauf hinweisen, dass anders als angekündigt, die Datenschutzbeauftragte leider nicht teilnehmen kann, da sie erkrankt ist. Sie hat sich aber bereit erklärt, sofern es Fragen seitens der Abgeordneten an sie speziell gibt, dass wir ihr diese gesammelt zur Beantwortung übersenden können.

Weiterhin darf ich bekannt geben, dass der Bund Deutscher Kriminalbeamter es möglich gemacht hat – anders als angekündigt – nicht nur mit einer schriftlichen Stellungnahme vertreten zu sein, sondern auch mit Herrn Huth und Herrn Thiel anwesend zu sein.

Darüber hinaus ist auch Frau Thiele für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, dem es zwar nicht möglich war, eine schriftliche Stellungnahme zuzuleiten, anwesend. An sie können mündliche Fragen gerichtet werden.

Somit eröffne ich die heutige Anhörung und darf darauf hinweisen, dass wir uns am 1. September im federführenden Ausschuss darauf verständigt haben, hier und heute

eine Anhörung durchzuführen. Der Ausschuss für Kinder, Jugend und Familie hat sich entschlossen, pflichtig an dieser Anhörung teilzuhaben. Die beiden anderen Ausschüsse und die Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder haben sich entschlossen, sich nachrichtlich zu beteiligen.

In Anbetracht dessen, dass wir viele Anhörungen durchzuführen haben und unser Sitzungskalender sehr eng getaktet ist, sind wir beispielsweise heute gezwungen, pünktlich zu enden, da um 13:00 Uhr eine Sondersitzung des Plenums stattfinden wird und im Anschluss an die Sondersitzung des Plenums der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales noch eine weitere Anhörung durchführt. Deshalb bitte ich um Verständnis dafür, dass wir auf Eingangsstatements verzichten und darf mich noch einmal im Namen der Abgeordneten recht herzlich für die schriftlichen Stellungnahmen, von denen Sie unterstellen dürfen, dass die Abgeordneten die alle bereits gelesen und ausgewertet haben und dadurch in der Lage sind, Ihnen zielgerichtet Fragen zu stellen, bedanken.

Für diejenigen, die erstmalig dabei sind, möchte ich das Prozedere kurz erläutern. Wir werden in der ersten Runde die Fragen aller Fraktionen sammeln, und ich werde dann in der Reihenfolge, wie auf dem Tableau ausgedruckt, Ihnen als Sachverständige die Möglichkeit zur Beantwortung gebe. Bitte antworten Sie dann bitte alle Fragen gebündelt, die an Sie gerichtet worden sind. Wir werden dann schauen, wie viel Informationsbedarf dann noch für eine zweite Runde bestehen wird. Wenn ich Ihnen dann das Wort erteile, nutzen Sie bitte für die Beantwortung das Mikrofon, damit ordentlich aufgezeichnet und übertragen werden kann. Das ist insbesondere notwendig für diejenigen, die im Stream sind. Nach Ihrem Wortbeitrag loggen Sie sich bitte auch wieder aus.

Nun darf ich die Kolleginnen und Kollegen bitten, sich für die Fragen zu melden.

Peter Preuß (CDU): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Zunächst einmal vonseiten der CDU-Fraktion herzlichen Dank an die Sachverständigen für die vorliegenden Stellungnahmen, die sehr ausführlich sind und schönen Dank, dass Sie hier sind, um noch bestehende Fragen zu beantworten.

Meine erste Frage möchte ich an Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu von der Ärztekammer Nordrhein und an Herrn Höhner von der Psychotherapeutenkammer richten. Im Vorfeld dieses Gesetzentwurfs ist immer von der Verschwiegenheitsverpflichtung die Rede gewesen. Die Psychotherapeutenkammer hat in ihrer Stellungnahme von einer Relativierung der Verschwiegenheitsverpflichtung und der Vertrauensbasis gesprochen. Mich würde interessieren: Worin besteht jetzt genau die Rechtssicherheit für die Ärzte, wenn dieses Gesetz zur Anwendung kommt? Gibt es aus Ihrer Sicht noch Notwendigkeiten, den Gesetzentwurf nachzubessern oder wo liegt eventuell noch Ergänzungspotenzial zum Beispiel bei der Frage, ob man den Personenkreis erweitern sollte?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Dr. Ketteler, Herrn Dr. Kownatzki und Frau Professorin Banaschak. Hierbei geht es schlicht um die Frage, ob der vorliegende

Gesetzentwurf eine deutliche Verbesserung gegenüber der hohen Dunkelziffer bei Kinderschutzfällen bedeutet.

Jörn Freynick (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Vielen Dank auch im Namen der FDP-Fraktion an die Sachverständigen für Ihre Stellungnahmen. Meine erste Frage geht an die Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe und an Frau Dr. Ketteler von der Kinderschutzambulanz. Wir konnten in einigen Stellungnahmen von Sachverständigen lesen, die einerseits in dem vorliegenden Gesetzentwurf eine Verbesserung der Handlungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit Verdachtsfällen auf Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern sehen, es gab jedoch auch andere Stellungnahmen, die den Gesetzentwurf als ein Stück weit überflüssig ansehen, weil Ärztinnen und Ärzte heute schon bei Anhaltspunkten zur Kindeswohlgefährdung das Jugendamt einschalten dürften und könnten. Könnten Sie bitte einmal herausstellen, vielleicht auch an konkreten, anonymisierten Beispielen, was derzeit das Problem der Ärzteschaft im Zusammenhang mit Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung und den Umgang mit diesen Fällen darstellt und wie der vorliegende Gesetzentwurf hier Abhilfe schaffen kann.

Meine weitere Frage richtet sich ebenfalls an Sie beide. Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit führt in ihrer Stellungnahme aus, dass die Voraussetzungen für den interkollegialen Ärzteaustausch sehr vage in der Praxis mangels hinreichender Konkretisierung kaum umsetzbar seien. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf skizzierten Voraussetzungen? Können Sie mit diesen Rahmenbedingungen effektiv arbeiten?

Anja Butschkau (SPD): Zunächst auch unser ganz herzlicher Dank an die Sachverständigen dafür, dass Sie sich so ausführlich mit dem Thema auseinandergesetzt haben und dass Sie sich auf den Weg hierher nach Düsseldorf gemacht haben.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Thiele und an Herrn Huth vom Bund Deutscher Kriminalbeamter in Nordrhein-Westfalen. Uns interessiert ganz grundsätzlich, ob es Statistiken zu Kindesmissbrauchsfällen gibt, die einen Zusammenhang zu der COVID-19-Pandemie herstellen. Hat sich die Lage auch im Zuge der Pandemie verschlechtert oder sind gegebenenfalls andere Gründe dafür zu berücksichtigen?

Meine nächsten Fragen richten sich an Frau Dr. Ketteler und Herrn Dr. Kownatzki. In Ihren Stellungnahmen wird sehr deutlich, dass viele Verletzungen nicht alleinstehend bewertet werden können und dass es durch das sogenannte Doktor-Hopping wesentlich komplizierter ist, klare Fälle von Kindesmissbrauch zu identifizieren. Zu diesem Bereich habe ich zwei Fragen. Inwieweit findet jetzt schon – das geht in die Richtung des Kollegen von der FDP – ein interkollegialer Austausch statt und welche Herausforderungen sind damit verbunden?

Die zweite Frage, die damit in Verbindung steht: Kann diese elektronische Datenbank, die in der Stellungnahme von RISKID gut beschrieben wird, eine Lösung sein? Können wir diese Datenbank nutzen, um in Nordrhein-Westfalen damit einen wichtigen Weg zu beschreiten?

Meine nächste Frage richtet sich an Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu von der Ärztekammer Nordrhein. Die bezieht sich auf das österreichische Gesetz. Wir wissen ja, dass es in Österreich bereits ein Gesetz zu dem Thema gibt. Können Sie uns vielleicht kurz erläutern, inwieweit sich dieses Gesetz von diesem Entwurf unterscheidet und was wir vielleicht daraus noch übernehmen könnten?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Sehr geehrte Damen und Herren! Auch wir bedanken uns erst einmal für die eingegangenen Stellungnahmen und für die Möglichkeit der Rückfrage.

Kurz vorweg: Wir begrüßen generell den Gesetzentwurf sehr. Wir haben einen ähnlichen Vorstoß vor einiger Zeit bereits getätigt, dennoch birgt es nicht nur juristisch, sondern auch in der praktischen Umsetzung einige Gefahren. Entsprechend sind an dieser Stelle meine weiterführenden Fragen zu verstehen.

Meine erste Frage möchte ich an Herrn Dr. Höhner adressieren. Sie sprachen in Ihrer Stellungnahme unter anderem das Qualifikationsniveau der Jugendämter an. In wie weit gibt es dort Verbesserungsbedarf und wie ist der zu realisieren? Was wäre dort erforderlich?

An Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu von der Ärztekammer Nordrhein: Aktuell beklagen viele ärztliche Kollegen, dass sie die Möglichkeit nicht haben. Wenn ich aber die Möglichkeit juristisch eingeräumt bekomme, leitet sich daraus dann auch ab, dass ich juristisch dazu verpflichtet bin, Verdachtsmomenten nachzugehen? Im Prinzip das andere, dass der ärztliche Kollege, die ärztliche Kollegin stand heute nicht unbedingt die Mittel an der Hand hat, der kleine Detektiv zu sein, was es im Zweifel auch schwer macht.

An Frau Kollegin Thiele habe ich noch eine Frage aus praktischer Sicht. Was fehlt aktuell und was würde durch den aktuellen Gesetzentwurf verbessert werden, damit die Ärzte mehr an der Hand haben, um Verdachtsmomenten besser nachgehen zu können?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Werte Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank auch von der grünen Fraktion für die eingegangenen Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute hier anwesend bzw. zugeschaltet sind.

Ich möchte gern auf die Zielsetzung des Gesetzes zu sprechen kommen. Die Zielsetzung und der dazu passende Text wird zumindest von der Datenschutzbeauftragten der Landesregierung als auch von der Psychotherapeutenkammer explizit und massiv infrage gestellt. Die Zielsetzung ist, dass bereits im frühen Vorfeld die Therapeutinnen und Therapeuten und die Ärztinnen und Ärzte – in diesem Fall müssten man das nach Ansicht der Psychotherapeutenkammer auch ausweiten, aber darauf will ich gar nicht hinaus –, genügend Beratungsfunktion und Anhaltspunkte haben, um handeln und Fälle einschätzen zu können. Deswegen möchte ich gerne Herrn Höhner, die Ärztekammer – die Datenschutzbeauftragte ist jetzt leider nicht da –, Herrn Dr. Kownatzki,

dem BDK und Frau Banaschak die Frage stellen: Erreichen wir mit diesem Gesetzentwurf den Kern des Problems?

Es soll ja nicht passieren, dass Ärztinnen und Ärzte Ermittlungstätigkeiten, die möglicherweise bei der Justiz oder beim Jugendamt liegen sollten, aufnehmen. Das scheint mir auch der Knackpunkt zu sein. Mir erschließt sich nicht, warum sich Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit Klarnamen über Verdachtsfälle austauschen müssen und warum es nicht ausreicht, in anonymisierter Form, wie es in Qualitätszirkeln oder in anderen Bereichen ohnehin stattfindet, zu sprechen, oder dass man sich bei RISKID oder bei Fachstellen entsprechenden Rat holt, um Einzelfälle einschätzen zu können. Ich sehe hierbei überhaupt kein Problem. Ich erkenne nicht, wofür dieser Gesetzentwurf erforderlich wäre.

Stärker würde ich darauf abstellen wollen – und da bitte ich um Auskunft, ob Sie das auch so sehen –, ob nicht das Jugendamt eine stärkere Rolle innehaben müsste, wenn es um Doktor-Hopping geht. Hierbei muss es um die Frage gehen, ob in einem anderen Zusammenhang schon einmal Verdachtsfälle aufgetreten sind und ob man die an einer sicheren Stelle ... Ich möchte da niemandem zu nahe treten, aber wir haben eine staatliche Organisation, die für Datenschutz und für Verdachtsfälle zuständig ist, man muss auch wieder herauskommen können, und private Datenbanken, seien sie noch so gut gepflegt, haben nicht den Rechtsweg und viele andere Punkte sind offen. Deswegen ist das aus meiner Sicht kritisch zu hinterfragen. Es muss doch eine Stelle geben, die so etwas koordiniert. Deswegen wäre mein Impuls zu sagen: Die Jugendämter müssten viel stärker miteinander vernetzt sein, und wenn es Verdachtsfälle gibt, müssten sie Auskunft geben können oder für den Fall, dass sie es nicht tun, entsprechende Maßnahmen einleiten.

Frau Banaschak hat in ihrer Stellungnahme deutlich ausgeführt, dass es nicht darum geht, Ermittlungen anzustellen, ob die Eltern strafbar sind oder nicht, sondern dass es eher um Beratung und andere Punkte geht. Daher die konkrete Frage an Sie: Müsste nicht eher dieser Punkt ausgebaut werden, dass Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit haben, sich an kompetente Stellen kurzfristig wenden zu können oder auch Beratung auszubauen? Diese Frage möchte ich an die Ärztekammer richten und auch wissen, ob es sinnvoll ist, diese Befugnis in die Berufsordnung aufzunehmen. Welche Qualitätsstandards, welche Qualitätsrichtlinien zur therapeutischen Behandlung und zum Austausch und zur Fortbildung erfolgen sollten, um eine Ermächtigung zu bekommen, kann ich nachvollziehen. Aber warum der Ärzteaustausch nicht in anonymisierter Form als wesentlicher Tatbestandspunkt gesetzt werden kann, kann ich nicht ganz verstehen. Vielleicht bin ich auf dem Holzweg, dann bitte ich um entsprechende Einschätzung.

Vorsitzende Heike Gebhard (AGS): Wenn ich es richtig sehe, Herr Professor Feuerhelm, können Sie sich etwas entspannt zurücklehnen, weil an Sie keine Frage gegangen sind.

Alle anderen haben Fragen erhalten, und Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu von der Ärztekammer beginnt.

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich bin heute gern gekommen, weil wir sehr dankbar dafür sind, dass es diese Gesetzesinitiative gibt und dass damit den Ärzten ein Stück mehr Rechtssicherheit gegeben werden soll.

Sie fragen mich jetzt hier als Juristin, und ich kann Ihnen nicht als Ärztin antworten. Das, was ich in den letzten Jahren mitbekommen habe, ist, dass der Druck und vor allem die Unsicherheit in der Ärzteschaft groß ist. Die Ärzte haben Medizin gelernt und wollen Medizin machen. Das, was jetzt hier diskutiert wird, ist ein Bereich, der in einem sehr komplizierten und komplexen Rechtsrahmen verhaftet ist. Sie kennen alle § 203 Strafgesetzbuch, der die Privatgeheimnisse schützt. Der Arzt macht sich strafbar, wenn er diese Geheimnispflicht verletzt. Diese ärztliche Schweigepflicht und der Schutz der Privatgeheimnisse ist in dem ärztlichen Behandlungsverhältnis – ich gehe davon aus, das gilt auch für die anderen Heilberufe – ganz wichtig. Die Ärzte wollen dieses Thema nicht verlassen und wollen sich sorgfältig, gewissenhaft und korrekt verhalten.

Jetzt haben wir eine gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit, und wir haben im Strafrecht einen weiteren Tatbestand, das ist § 34 Strafgesetzbuch, die Rechtfertigung. Das heißt, es gibt im Strafgesetzbuch schon eine Möglichkeit, über diese Schweigepflicht hinwegzukommen, aber nur dann, wenn eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr – so der Wortlaut im Strafgesetzbuch – besteht. Dann wird der Arzt verpflichtet, eine Abwägung von widerstreitenden Interessen vorzunehmen. Das ist natürlich etwas sehr Komplexes, was sehr, sehr schwierig ist.

Wir haben es bei dem Thema Kinderschutz sicherlich mit einer etwas schwierigen Klientel zu tun, wenn es darum geht, Kinder zu schützen. Wenn die Gefahr besteht, dass da vielleicht irgendetwas nicht richtig gelaufen ist, dann ist das für den Arzt ganz besonders schwierig, weil er in der Regel mit den Sorgeberechtigten kommunizieren muss. Der Arzt kann ja nichts ohne die Eltern machen, das heißt, die Eltern geben ihr Einverständnis zu dem, was die Ärzte tun.

Vor diesem Hintergrund findet im Grunde genommen die ärztliche Behandlung statt. Zusätzlich haben die Ärzte noch das Berufsrecht, aber das Berufsrecht ist aus meiner Sicht an der Stelle mehr Schutz als dass es den Arzt irgendwie bestraft.

Wenn ich nun in diesem Feld arbeite, taste ich mich an ein schwieriges Thema wie zum Beispiel die Kindesmisshandlung heran. Hierbei habe ich konkret Lügde, aber auch den Kinderschutz im Rahmen der Katholischen Kirche oder auch Kinderschutz im Rahmen der Fälle, die wir gerade in Bonn mit dem Kinderpsychiater vor Augen. Kinderschutz ist ganz vieles. Das sind ja nicht nur die Eltern, die etwas tun, sondern es können ja auch andere Leute sein.

Wir arbeiten da mit vielen Begriffen, die Polizei kann es sicherlich besser sagen als ich, aber der Arzt hat vielleicht erst einmal einen Anhaltspunkt. Das Kind kommt vielleicht mit der Mutter zum Gynäkologen, und der Arzt denkt sich: Was ist denn mit dem Kind los? Es ist ja nicht immer die unmittelbare Behandlung des Kindes.

Der Arzt hat also irgendwie einen Verdacht, einen Anhaltspunkt oder einen gewichtigen Anhaltspunkt oder einen begründeten Verdacht, er sieht eine Gefahr oder er sieht eine unmittelbare Gefahr. Das sind alles Begriffe, die ich hier gerade verwendet habe, die sich aus verschiedenen Gesetzen so ergeben, und von denen ich meine, dass da ein Stück Klarheit geschaffen werden muss.

So, wie ich unsere Ärzte bis jetzt verstanden habe, wollen sie sich bei Anhaltspunkten mit anderen Kollegen austauschen. Sie haben recht, in gewisser Weise können Dinge sicherlich anonym ausgetauscht werden, dass man den Kollegen zu bestimmten Sachverhalten fragt. Es gibt aber sicherlich auch Fälle, bei denen man den Eindruck hat, dass eine Verletzung, die vielleicht älter ist, die man immer noch sieht und bei der man vermutet, dass da irgendetwas gewesen sein könnte, näher zu hinterfragen wäre. Es gibt Dinge, die man auch einmal aussprechen muss und aussprechen möchte. Was ich bis jetzt immer verstanden habe, ist, dass der Weg zum Jugendamt, zum Gericht oder zur Polizei erstens immer mit diesen rechtlichen Hürden verbunden ist und zweitens auch nicht immer notwendig ist. Es reicht ja unter Umständen schon aus, wenn Ärzte untereinander den Verdacht erhärten oder auch ausschließen können.

Dieses Doktor-Hopping ist immer ein Thema, und man bemerkt, dass die Kinder überall auftauchen. Wenn die Eltern den Verdacht haben, dass irgendeiner etwas bemerkt hat, gehen sie zum nächsten.

So habe ich auch die Initiative RISKID in den vergangenen Jahren verstanden, dass sie ihren Teil zum Kinderschutz beitragen, indem sie versuchen, das Thema zum Beispiel auf eine Meldung an das Jugendamt zu konzentrieren. Es kann sich aber auch darin konzentrieren, dass der Arzt Bescheid weiß und versucht, mit den Eltern zu reden und das Thema in den Griff zu bekommen.

Das ist das Thema „Interkollegialer Austausch“. Sie haben mich eben gefragt, was diese Befugnis auslöse. Die Befugnis löst ja nur aus, dass der Arzt praktisch straffrei wird. Das Strafrecht schwebt ja immer über ihm. Wenn es keine gesetzlichen Anzeige-/Meldepflichten gibt, dann bin ich darunter. Das heißt, dass ich unter Umständen eine Offenbarungsbefugnis habe. Diese Befugnis verpflichtet mich zu gar nichts. Es ist nur ein Recht geschaffen, was ich anwenden kann, was ich sicherer anwenden kann als diesen § 34 Strafgesetzbuch, bei dem ich immer die konkrete, gegenwärtige Gefahr mit dieser gesamten Gefahrenabwägung habe.

Sie haben mich eben nach Österreich gefragt. Ich finde schon, dass es sich lohnt, nach Österreich zu schauen, weil die Österreicher den Ärzten Hilfestellung geben, wie man aus der Verschwiegenheitspflicht herauskommt. Die haben einerseits geregelt, dass es eine grundsätzliche Verschwiegenheitspflicht gibt genauso wie hier. Andererseits haben sie dort geregelt, dass eine Verschwiegenheitspflicht nicht besteht. Sie haben einzelne Ausnahmetatbestände geschaffen, die sehr hilfreich sind und die ich gerne hier konkret ausführen kann. Das beinhaltet ganz viel Orientierung für die Ärzteschaft, aber auch für andere; denn die größte Hilfe besteht darin, dass sie straffrei im Bereich des Interkollegialen sind, dass sie ein Anzeigerecht, aber keine Anzeigeverpflichtung haben.

Ich wurde eben auch gefragt, was es mit dem Datenschutzgesetz hier in NRW und dem KKG auf sich hat. Für mich sind das zwei verschiedene Paar Schuhe. Das eine ist der interkollegiale Austausch, der dazu dient, das Strafrecht an der Stelle zu lockern und den Arzt in eine rechtssichere Position zu bringen, und das andere ist das Thema „Datenschutz“.

§ 4 Abs. 6 KKG sagt ja nichts anderes, als dass die Länder das Recht haben, zur Erprobung von bestimmten Umsetzungsformen und zur Evaluierung, Landesrecht zu schaffen. Das ist mit dem Paragrafen, den wir hier gerade haben, überhaupt nicht der Fall. Das ist das Thema „Ärzte“. Das andere ist das Thema „Evaluierung/RISKID“, wie man ein Meldesystem einrichtet, von dem RISKID und auch andere sagen, das sei eine gute Idee. Wen beauftragt man damit? Wie schafft man die datenschutzrechtlichen Grundlagen? Da fängt man ja in der Datenschutzgrundverordnung an und landet letztlich im Datenschutzgesetz NRW.

Um das jetzt zu verankern, müsste es aus meiner Sicht eine zweite Initiative geben, die das macht, was § 4 Abs. 6 KKG vorsieht. Für mich hat aber das eine mit dem anderen überhaupt nichts zu tun. Das ist aus meiner Sicht der erste Schritt in die richtige Richtung.

Ich meine, Herr Preuß hatte mich gefragt, was man noch tun könne. Wir sind jetzt hier beim Thema Kinderschutz. Das, was ich in meiner Stellungnahme in die Klammer geschrieben habe, gilt natürlich auch für andere wehrlose Personen, sprich für alte Leute, die in Pflegeheimen oder so untergebracht sind. Das kann man, wenn man es möchte, da mitregeln. Die Österreicher haben es in einem Gesetzentwurf mitgeregelt. Die haben beispielsweise gesagt, die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht oder ist nicht unbedingt für die Offenbarung des Geheimnisses gegenüber Ärzten zur Aufklärung des Verdachtes einer gerichtlich strafbaren Handlung erforderlich. Dann ist der Arzt zur Anzeige berechtigt, wenn der begründete Verdacht einer Straftat besteht, wenn jemand nicht handlungsfähig oder nicht entscheidungsfähig ist oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit, geistiger Behinderung oder als wehrlose Person misshandelt, gequält, vernachlässigt, sexuell missbraucht worden ist. Es gibt wiederum eine Anzeigepflicht, die nicht besteht, wenn der handlungsfähige Patient es selbst nicht will, wenn sich der Arzt in dem Behandlungsverhältnis schädigt oder wenn zugunsten der Angehörigen der Betroffene sagt, dass er es aus bestimmten Gründen nicht möchte. Es ist sehr komplex und wirklich lohnenswert, an dem Thema weiterzuarbeiten.

Wenn ich noch eins sagen darf, was ich nicht gefragt worden bin: Diese Fälle, die wir jetzt hier gerade in der Öffentlichkeit so haben, kommen oftmals gar nicht zu einem befriedigenden Ende, weil die Sachverhalte alle verjährt sind. Ob ich im Strafrecht bin, ob ich im Berufsrecht bin, die Sachen sind verjährt. Das ist ein Thema, was man aus meiner Sicht auch noch einmal aufrufen kann.

Hier im Jugendschutz, kann man einmal darüber nachdenken, ob man das Alter bei den handlungs- und entscheidungsfähigen Personen soweit heruntersetzt, dass man dann auch die Kinder und Jugendlichen, wenn sie etwas zu sagen haben, relativ früh ernst nimmt und ihnen ein Sprachrecht einräumt, ein Sprachrecht, das in einer gewissen Form Berücksichtigung findet.

Dr. Ralf Kownatzki (RISKID e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! RISKID. – Wie ist RISKID entstanden? Wir hatten im Jahr 2005 die Situation, fünf getötete Kinder in Duisburg zu haben und haben uns mit den Kinderkliniken, der Rechtsmedizin, der Staatsanwaltschaft und der Jugendhilfe zusammengesetzt und überlegt, was wir mit Bordmitteln vor Ort vielleicht für die Zukunft besser machen können, damit eine solche Situation nicht wieder auftritt.

Wir haben zwei Schlussfolgerungen gezogen. Die eine ist, die Kinder müssen öffentlich gemacht werden. Das heißt, es muss kontrolliert werden, dass die Vorsorgeuntersuchung, die nach dem Sozialgesetzbuch den Kindern zusteht, stattfindet. Dadurch werden die Kinder öffentlich, sie werden einem Arzt vorgestellt, und es besteht die Möglichkeit, in diesem Kontakt eine Kindesmisshandlung festzustellen. Es besteht die Möglichkeit, dass sich Kinder in dieser Situation offenbaren können, zum Beispiel im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch usw.

Das Zweite. Weil wir Doktor-Hopping bei einigen Kindern festgestellt haben, übrigens auch schon vorher, haben wir gesagt, dass wir den Informationsaustausch zwischen den Ärzten verbessern müssen. Er darf nicht abreißen. Im medizinischen Setting ist es üblich, dass man sich mit seinen ärztlichen Kollegen austauscht. Wenn Sie ins Krankenhaus gehen, kommuniziert der Chirurg, der Ihr Bein operieren soll, mit dem Labormediziner, mit dem Radiologen und mit anderen Fachärzten. So ähnlich läuft es auch draußen in der Praxis.

Alles, was ich Ihnen jetzt erzähle, erzähle ich Ihnen vor dem Hintergrund, dass ich als niedergelassener Arzt etwa 30.000 Kinder in einem sozialen Brennpunkt untersucht habe. Das ist meine Expertise, mehr nicht. Ich bin ein einfacher Kinderarzt.

RISKID ist eine Informationsplattform, die Ärzte zusammenbringt, damit sie sich, so wie ich es gerade kurz dargestellt habe, zusammen über einen Fall austauschen können, um dann gemeinsam zu einer abschließenden erhärteten Diagnose zu kommen.

In diesem Zusammenhang wird dann oft gesagt: Moment einmal! Die Gefahrenabwehr liegt doch bei der Jugendhilfe. Die hat doch das Wächteramt. Das hat sie, aber wir haben auch ein Wächteramt, und zwar nach Sozialgesetzbuch V. Wir wachen nämlich über die Gesundheit der Kinder, und das machen wir bei den Vorsorgeuntersuchungen und bei anderen Gelegenheiten. Und nur darum geht es. Es geht um Diagnostik nach ICD-10. Ich sage das so oft, weil die Begrifflichkeiten zur Kindeswohlgefährdung auch in Expertenkreisen manchmal sehr durcheinandergehen. Deshalb bin ich für eine klare Abgrenzung.

RISKID dient dazu, Diagnosen nach ICD-10 zu erhärten oder zu verwerfen, und dazu haben wir eine elektronische Plattform ehrenamtlich konstruiert, die ungefähr im sechsstelligen Bereich gesponsert wird. Ich bin sehr froh, dass Herr Reichelt zugeschaltet ist, der die Fragen zum technischen Detail kompetenter als ich beantworten kann.

Es war noch die Frage im Raum, warum es in einer solchen Situation nicht ausreicht, sich anonym zu beraten. Das machen wir seit Kaiser Wilhelms Zeiten. Bei jeder ärztlichen Fortbildung werden solche unklaren Fälle vorgestellt – früher in Form von Dias,

heute in der Form von Power Point –, besprochen und gelehrt. Im Ergebnis sollte es so sein, dass die Ärzte danach schlauer sind und ihre Diagnosen besser stellen können.

Mir ist in diesem Zusammenhang wichtig, auf die Weiterbildungsordnung zu verweisen. Jeder – ich spreche jetzt für meine Berufsgruppe – Kinder- und Jugendarzt, der in die Facharztprüfung eintritt, muss Kenntnisse im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung aufweisen. Das steht in der Prüfungsordnung. Sie können davon ausgehen, dass jeder, der diese Facharztprüfung bestanden ist, in der Lage ist, Kindesmisshandlungen, sexuellen Missbrauch und Ähnliches im Rahmen seiner Ausbildung zu erkennen – der eine besser, der andere schlechter, wie es in den anderen Berufen auch so ist.

Wenn wir dann ein Problem haben, ist es sehr schön, dass wir uns beispielweise an das KKG in Köln wenden können, um uns da noch einmal fachlich beraten zu können. Das alles ersetzt aber nicht den interkollegialen Austausch, das heißt das Zusammentragen von Befunden.

Ich möchte Ihnen das kurz anhand eines Beispiels erklären. Wir sind aufgrund der Ausbildung eigentlich sehr gut in der Lage zu sagen: Das ist ein Fremdverschulden. Das, was ich da sehe, hat sich das Kind nicht selbst zugefügt.

Ob aber der Verursacher jetzt der Schulkamerad ist oder das ältere Geschwisterkind oder ob das auf dem Weg zum Kindergarten entstanden ist, kann ich nicht so ohne Weiteres entkräften, wenn die Eltern sagen, das ist aber so. Wenn die dann merken, dass man genauer hinschaut und genauer nachfragt, und nicht mehr wiederkommen und zum Kollegen gehen, dann haben wir das Problem des Doktor-Hoppings. Dem wollten wir etwas entgegensetzen.

Jetzt ist von Ihrem Kollegen aus der grünen Fraktion hier die Anonymität angesprochen worden. In Vorbereitung auf den heutigen Tag habe ich mir das Rechtsgutachten angeschaut, was seinerzeit Frau Steffens, die grüne Gesundheitsministerin in Auftrag gegeben hat. Dieser Rechtsgutachter kommt zum Beispiel zum folgenden Schluss: Sie befürworten ein Informationssystem gegen Doktor-Hopping, zum Beispiel RISKID. Sie stellen fest, dass das Leben der Kinder wichtiger ist, als das Recht der Eltern auf informationelle Selbstbestimmung bei der Abwägung der Rechtsgüter. Sie kommen auch zu dem Ergebnis, dass eine Information an das Jugendamt, und das bedeutet Einschaltung einer InsoFa nach § 4 nicht zielführend ist, ohne dass vorher Ärzte interkollegial abgeklärt haben, ob eine Kindesmisshandlung vorliegt.

Gespräche mit Eltern, das ist auch angesprochen worden, vor Einstellen von Patienten in das Informationssystem RISKID werden als nicht zweckmäßig verworfen. Dann geht es so weiter. Dieses Dokument liegt Ihnen im Rahmen der Landtagsbibliothek vor. Da kann man noch Details nachschauen.

Mir ist wichtig, ich habe mir natürlich auch die anderen Stellungnahmen durchgelesen, etwas zu einer Feststellung der Psychotherapeutenkammer anzumerken, auch weil wir sehr unterschiedlich arbeiten. Ein Psychotherapeut – ich bin mit einer ärztlichen Psychotherapeutin verheiratet, deshalb weiß ich, wie die arbeiten – hat ein ganz

anderes Setting als ich als Kinder- und Jugendarzt, der an einem Tag 150 Patienten sieht, einen großen Filter darstellt und aus dieser Menge jetzt die ein, zwei Kinder innerhalb einer Woche herausfiltern muss, bei denen ein Problem vorliegt, worüber wir jetzt hier sprechen.

Ein Psychotherapeut hat eine Terminpraxis, eine Klinik, ein anderes Setting, bei dem er sich mit der betroffenen Person oder der betroffenen Familien zusammenfindet. Das ist eine völlig andere Situation. Deshalb kann ich das nicht als Gegenargument so stehen lassen. Hinzu möchte ich auch noch anmerken, dass das hier nur die Sichtweise der psychologischen Psychotherapeuten und nicht unbedingt die Sichtweise der ärztlichen Psychotherapeuten ist. Die kenne ich nicht, die ist hier auch noch nicht dargelegt worden. Meine Frau hat mich zumindest bei dem unterstützt, was ich jetzt als Kinderarzt vorgebracht habe.

Die Rechtsgutachter geben noch einen Hinweis, was auch angesprochen worden ist. Wir sind ein ehrenamtlicher Verein. Wir haben nicht gesagt, wir gründen einen Verein, weil wir die Kinder schützen wollen, die Welt verbessern wollen, sondern wir haben ein Projekt ins Leben gerufen, das war RISKID, und es dauerte so lange, dieses Projekt weiterzuentwickeln, dass wir diesen Verein gegründet haben. Wir, das sage ich immer, sind jederzeit bereit, unser Knowhow und das, was wir da haben, gerne an eine Stelle weiterzugeben. Da macht auch der Rechtsgutachter beispielsweise Vorschläge. Es kann eine Körperschaft sein. Es war zum Beispiel die KV, die Kammer oder Ähnliches im Gespräch. Man kann sich auch Konstrukte vorstellen, wo wir das als Verein zunächst fortführen, es aber eine Rechtsaufsicht gibt oder so. Das wissen Sie viel besser als ich. Nur so lange machen wir ehrenamtlich weiter, weil wir es für eine gute Sache halten.

Uns geht es, und das ist mir wichtig mit Blick auf die Jugendhilfe, zu allererst um die Kinder. Die Jugendhilfe muss sehr oft zusammen mit den Eltern versuchen, schwierige Situationen zu bessern. Das ist nicht unser Fokus und auch nicht unsere Aufgabe. Da sind wir auch nicht kompetent genug. Wir sind Ärzte, wir stellen medizinische Diagnosen, und da sollte die Diagnostik von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch – nach ICD-10 sind es vier Diagnosen – genauso ablaufen können wie bei Fußpilz oder Asthma.

Dr. Katharina Ketteler (St.-Clemens-Hospital Geldern, Klinik für Kinder und Jugendliche): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin sehr froh, dass ich hier Stellung beziehen darf; denn das ist ein enorm wichtiges Thema im Alltag des Kinderschutzes.

Ich selber betrachte das Thema in erster Linie aus dem Blickwinkel der Kinderschutzambulanzen, bin aber auch niedergelassen in der kinderärztlichen Praxis, das sind ja auch unterschiedliche Arbeitsfelder, u.a. auch was das Verhältnis zu den Patienten bzw. den Familien angeht. Ich bin kurz vor dem Abschluss der Ausbildung für Kinderpsychotherapie, sodass ich auch einen kleinen Einblick – um das vorsichtig zu formulieren – in diesem Bereich habe. Das sind drei klinische Blickwinkel, die alle das gleiche Ziel haben.

Das Problem, ich denke, da sind alle ausreichend mit der Materie vertraut, ist, dass wir viel zu viele Fälle nicht erkennen. Die Dunkelziffer ist im Kinderschutz weiterhin viel zu hoch. Es hat sich in den letzten Jahren viel getan, es ist viel passiert, es sind gute Netzwerke entstanden, aber diese Netzwerke versagen auch immer wieder. Ich muss jetzt keine Fälle oder Situationen aufrufen, wie damals Kevin in Bremen, wo man immer wieder sieht, dass, obwohl es viele Stellen gab, die auch bemüht waren, das Ineinandergreifen versagt hat. Wir sind irgendwie nicht dahin gekommen, dass dieses Kind ausreichend geschützt wurde.

Das Problem im Kinderschutzalltag sind nicht die roten Fälle, um dieses Ampelsystem zu bemühen. Wenn ein Kind komatös nach Schütteltrauma in die Klinik, in die Kinderschutzambulanz kommt, dann stellen sich einfach keine Fragen mehr. Das Problem sind die sogenannten gelben Fälle. Das sind Fälle, die uns in der Praxis, in der Kinderschutzambulanz vorgestellt werden und bei denen wir sagen, es ist irgendwie komisch. Hier verwende ich oft den Begriff des schlechten Bauchgefühls. Wir haben eine Verletzung, die ist nicht gravierend. Da gebe ich Herrn Kownatzki recht, für viele Fälle sind wir gut ausgebildet und können die Sachen erkennen und dennoch neben der Frage, wie es passiert ist, war es das Geschwisterkind, war es ein Elternteil oder wer auch immer, gibt es Verletzungen, die nicht ganz klar sind. Es gibt Hämatome, also Blutergüsse, die an verdächtigen Stellen sind. Ich möchte etwas aus dem Alltag schildern, wie Sie es angesprochen haben. Es geht ja nicht nur um Verletzungen, manche Kinder zeigen begleitend auch massive Verhaltensauffälligkeiten. Wenn sie massiv sind, ist es meist nicht mehr so schwierig, aber manchmal sind es auch mehrere leichte: Das Kind hat zum Beispiel blaue Flecke, zusätzlich nässt oder kotet es plötzlich wieder ein. Das ist alles für sich nicht beweisend, aber es macht einem tatsächlich ein schlechtes Gefühl. Diese Fälle sind leider häufig im Alltag. Das sind die Fälle, die enorm aufwendig und schwierig zu bearbeiten sind.

Was mache ich als Arzt? – Ich möchte doch eigentlich ein professionelles Bild erzeugen. Ich möchte genauso wie bei dem Asthmatiker oder bei jedem anderem Patienten die Vorbefunde sichten, um mir ein Bild davon zu machen, wie es ihm geht, wie sein Zustand ist, damit ich weiß, um bei diesem Beispiel zu bleiben, welche Asthmatherapie die richtige ist. Was ist passiert, hat er Allergietestungen gehabt, welche Therapien hat er erhalten? – Genauso brauche ich eigentlich, um einen solchen Patienten beurteilen zu können, auch ein umfassendes Bild. Dieses Bild bekomme ich durch Vorabinformationen. Ich muss sicher nicht näher darauf eingehen, dass es in diesen Fällen nicht so leicht ist zu sagen: Schicken Sie mir doch mal die Vorbefunde des anderen Pneumologen.

Wir wissen ja alle, dass sich die Täterstruktur im sogenannten Nahfeld, häufig in der Familie des Kindes aufhält. Das ist eine Sache, die sehr viel mehr Fingerspitzengefühl erfordert.

Ganz wichtig ist, dass natürlich an erster Stelle die Zusammenarbeit mit der Familie steht. Natürlich möchte ich möglichst wenig hinter deren Rücken machen und offen damit umgehen. Oft sage ich auch: Sie waren bei dem Kinderarzt. Ist es Ihnen recht, wenn ich mal sehe, was er für Befunde hatte? – Das geht auch häufig, und dann muss

man das nicht geheim machen. Es gibt auch immer wieder diese Fälle, bei denen man merkt, da wird blockiert, und das ist problematisch. Da möchte ich trotzdem gerne im Sinne des Kindes, denn es geht ja darum, das Kind zu schützen, Informationen von einem Vorkollegen haben. Das geht übrigens nicht in anonymisierter Variante, es geht nicht um eine Fallberatung, sondern es geht darum, konkret zu einem Patienten weitere Informationen zu erhalten, um mir ein Bild davon zu machen.

Warum will ich dieses Bild haben, neben dem Schutz des Kindes? – Weil ich Beweise benötige, um an das Jugendamt heranzutreten. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ich möchte bewirken, dass ich frühzeitiger an die Hilfestrukturen herantreten kann. Es ist kein Wider. In manchen Stellungnahmen oder in manchen Diskussionen habe ich oft das Gefühl gehabt, dass es darum gehe, dass jemand jemandem etwas wegnehmen will oder dass es ein Gegeneinander ist, was deswegen unterlassen wird. Nein, ganz im Gegenteil, ich möchte die Informationen haben, die mich berechtigen, zeitnah an weitere Schutzstellen heranzutreten. Ich könnte ja sagen – ich übertreibe jetzt mal –, ich melde jeden blauen Fleck, der komisch ist. Das können einerseits die Jugendämter überhaupt nicht leisten, dass dort nicht gerade Langeweile herrscht, wissen wir auch, und es wäre auch maximal übergriffig der Familie gegenüber und unberechtigt, irgendwelche Meldungen zu machen. Darum möchte ich professionell handeln und ein gutes Bild haben. Dafür brauche ich Informationen.

In der Stellungnahme der Psychotherapeuten war ein Punkt, den ich gerne ansprechen möchte. Da hieß es, der Austausch würde vielleicht dazu führen, dass man Verantwortung abgebe. Das kann ich nicht nachvollziehen. Ich habe gar kein Problem damit, eine Meldung beim Jugendamt zu machen, wenn ich sie für berechtigt halte und wenn ich dafür Anhaltspunkte bekomme, um eine Verdichtung zu erzielen und festzustellen, dass es ein gewichtiger Anhaltspunkt ist, wie wir immer formulieren. Dann mache ich das und gebe es nicht ab, nur weil ich mit jemandem gesprochen habe und sage: Ah, Sie bestätigen das, dann machen Sie das doch lieber. Das ist ja keine professionelle Kinderschutzarbeit. Das sehe ich nicht als Alltagsproblem an.

Das Wächteramt habe ich gerade schon angesprochen. Wir haben eine so hohe Dunkelziffer und so viele Fälle, die wir nicht erkennen, dass es mir ein Anliegen ist. Ich denke, es ist echt wichtig, dass wir miteinander arbeiten. Daher möchte ich betonen: Der Informationsaustausch dient dem Ziel, schneller in den Netzwerken zu arbeiten. Warum schneller? – Weil wir im Kinderschutz eine Neigung zur Eskalation von Fällen haben. Es ist bekanntermaßen beschrieben, dass häufig das Ausmaß der Übergriffe zunehmend ist. Häufig ist eine gewisse Eile geboten. Wir können es nicht Jahre vor sich hindümpeln lassen bis aus dem gelben Fall ein roter geworden ist. Dann ist es zwar einfacher, aber das ist nicht das, was wir als Ziel deklariert haben.

Wir dürfen uns auch nicht berangeln und behaupten, wir würden uns etwas wegnehmen und fragen, wer denn nun der Oberwächter ist. Ich sage es jetzt bewusst überspitzt. Ich finde, wir müssen alle wachsam sein. Ich will kein neues Wächteramt für die Ärzte schaffen, aber natürlich bin ich wachsam im Sinne und zum Wohle meiner Patienten. Ich denke, da gibt es auch keinen Widerspruch.

Das Doktor-Hopping ist ein Punkt, der das Ganze verkompliziert, weil die Leute bewusst den Arzt häufig wechseln. Das ist genau die Situation, die ich gerade geschildert habe. Es gibt viele Ärzte, die einzelne Befunde haben, mit denen sie schlecht arbeiten können. Der interkollegiale Austausch dient dazu, hier Klarheit zu schaffen.

Da schließt sich die Frage nach RISKID an. Ich habe Familien – und das ist Alltag –, die sagen, das Vorsorgeheft ist beim letzten Umzug oder bei der Entrümpelung verloren gegangen, auch der Impfpass ist weg, der dann wieder neu ausgestellt wird. Das passiert häufig. Dann kann ich nicht einmal in den Unterlagen nachsehen, von welchem Arzt war der Stempel vorher? Wie weiß ich denn, mit wem ich mich austauschen soll? Dann frage ich die Familie, die ist ja immer einbezogen, aber auch von dort kommt häufig keine Auskunft. Das ist ein Punkt, den RISKID versucht abzufangen, um zu überlegen, wer zum Austausch sinnvoll vorhanden sein könnte. Daher sehe ich das als ganz wichtigen Punkt an.

Herr Kownatzki hat es ja schon sehr eingehend geschildert, ich möchte es nicht zu sehr vertiefen, aber ein wichtiger Punkt bei RISKID oder einer entsprechenden Datenbank wäre, dass man es so strukturiert, dass auch alle mitmachen; denn es ist meines Erachtens ein Problem, da gesagt werden könnte, vielleicht wollen die Leute das nicht, wenn jemand mit RISKID arbeitet oder wie auch immer die Datenbank heißt, wir bleiben jetzt bei diesem konkreten Beispiel, dann gehe ich lieber woanders hin. Um die Sinnhaftigkeit zu erfüllen, sollte es flächendeckend zum Beispiel für Nordrhein-Westfalen eingeführt werden. Wir leben ja hier in einem Ballungsraum, wo es schon für ein Stadt gut wäre. Wenn ich aber im Ruhrgebiet bleibe, kann ich ja auch in Duisburg oder in Mülheim zu Arzt gehen. Es wäre ein sehr wichtiges, gutes und ergänzendes Tool, um dem noch weiter gerecht zu werden.

Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen kann ich nicht so viel sagen. Ich bin keine Juristin. Ich möchte mich lieber auf den medizinischen Blickwinkel fokussieren. Das waren die wesentlichen Aspekte, die die meisten Fragen umfassen.

Gerhard Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich will versuchen, zunächst auf die Fragenden einzugehen, wenngleich es eine Menge an Sachen gibt, wo sich grundsätzliche Themen eröffnen.

Zunächst einmal zu den Fragen. Herr Preuß, Sie haben angesprochen, dass durch einen Informationsaustausch zwischen Behandlern ohne Abstimmung mit dem betroffenen Patienten oder den Eltern die Vertrauensbasis gefährdet ist. Wir würden das aus unserer eigenen Lebenserfahrung ohne Weiteres sofort bestätigen. Wenn wir alle zu einem Arzt gehen und bedenken müssten, dass ohne unser Wissen ein Austausch stattfindet, dann ist das, was man Vertrauensbasis nennt, nicht mehr vorhanden. Ich meine, wir sollten uns da nichts vormachen. Bei den Familien, von denen hier gesprochen wird, geht es um Kinderschutz, es geht um Kinder, die gefährdet sind, Kinder, die oftmals auch körperlich misshandelt werden, es geht aber vor allem, und das möchte ich betonen, um Kinder, die nicht körperlich misshandelt werden, sondern in anderer Form missbraucht werden.

Hier ist schon mehrfach der Begriff „Bauchgefühl“ gefallen. Die roten Fälle sind nicht das Thema, die roten Fälle sind auch nicht das Thema des Dunkelfeldes. Das Dunkelfeld sind die vielen Fälle, in denen die Profis, seien es die Ärzte, Kinderärzte, Psychotherapeuten, Jugendamtsmitarbeiter ein Bauchgefühl haben. Wir haben über das Bauchgefühl anlässlich der Situation in Lügde gesprochen. Ich habe hier deutlich gemacht, wie man mit so etwas umgehen kann.

Klar ist: Es gibt einen Zielkonflikt zwischen der Verbesserung der Informationsbasis und der daraus möglicherweise verbesserten Erkenntnislage. Ich möchte das nicht beurteilen, ob daraus die Erkenntnislage verbessert wird. Ich habe dazu einige Bedenken, aber das würde jetzt hier zu weit führen. Ich möchte nur feststellen: Es gibt den Zielkonflikt zwischen der Verbesserung der Erkenntnisbasis einerseits und dem Vertrauensverhältnis zwischen dem Behandler, dem Kinderarzt, dem Hausarzt, dem Psychotherapeuten und dem Kind bzw. dem Jugendlichen oder der Familie. Diese beiden Dinge können in einen Konflikt kommen, der nicht lösbar ist. Das Vertrauensverhältnis ist nicht relativierbar: entweder – oder.

Wie kann man damit umgehen, dass man die Informationsbasis verbessert? – Ich möchte schon gerne aufgreifen, dass im Grunde genommen jetzt schon Behandler im Rahmen von Fortbildung – bei den Psychotherapeuten gibt es eine berufsrechtliche Verpflichtung – ständig Supervision durchführen. Das ist der Ort, wo man zum Beispiel solche kritischen Fälle anonymisiert selbstverständlich behandelt, berät und dann auch zu einer verbesserten Entscheidungsgrundlage kommt. Ich halte das für eine sehr geeignete und von der Erfahrung her sehr effektiven Form, um am Beispiel von kritischen Fällen, zum Beispiel als Niedergelassener zu sagen, ich gehe jetzt zum Jugendamt und teile das mit.

Somit komme ich zu dem Punkt, den Herr Vincentz angesprochen hat, der aber auch schon vorher angesprochen wurde, und zwar die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Wir haben in der Vergangenheit mehrfach über diese Situationen der sexuellen Missbrauchssituationen in Lügde, Münster usw. gesprochen. Ein immer wieder auftretendes Phänomen ist die Tatsache, dass die Jugendhilfe sowohl mengenmäßig, das heißt zu wenig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, als auch von ihren fachlichen Qualitäten überfordert ist. Ohne es auszuweiten: Die Lügde-Situation war so, dass Mitarbeiterinnen der Jugendämter in diesen Wohnwagen gegangen sind und sind mit dem Gefühl, hier stimmt etwas nicht, herausgegangen. Was wurde mit diesem Bauchgefühl gemacht? – Genau genommen, wurde professionell nichts gemacht. Das ist der Fehler.

Das Bauchgefühl an sich hat keine objektive Evidenz. Bauchgefühle können aus ganz unterschiedlichen Gründen zustande kommen. Ich will jetzt nicht übertreiben, aber es gibt auch Psychotherapeuten und Ärzte, die etwas gegen was weiß ich für Leute haben, dann haben sie auch ein Bauchgefühl. Das muss man bearbeiten.

Die Frage nach der Qualifikation in der Jugendhilfe ist eine Frage nach der fachlichen und der sehr konkreten und persönlichen Weiterbildung von Mitarbeiter*innen.

Das ist meiner Meinung nach im Übrigen der Knackpunkt, wenn wir zum Beispiel auch das Dunkelfeld angehen wollen. Ich halte – persönliche Meinung, ohne dass ich den

Anspruch erhebe, es besser zu wissen als der Rest in dieser Runde – von einer Verbesserung der kriminalistischen Fähigkeiten der Ärzte und Psychotherapeuten nichts. Zum einen halte ich uns für nicht entsprechend ausgebildet – das darf ich einmal sagen. Dafür muss man etwas anderes als einen guten Willen haben. Zweitens bin ich der Auffassung, dass wir uns in eine Situation begeben würden, dass das, was wir anbieten können, nämlich die persönliche Hilfe, gar nicht mehr möglich ist.

Das ist das, Herr Preuß, was ich mit dem Stichwort „Vertrauensbasis“ ausdrücken möchte. Es gibt gerade sehr viele Familien, bei denen neben dem offensichtlich oder auch scheinbar bestehenden auch körperlichen oder sonstigem Missbrauch, Miss-handlung oder auch Vernachlässigung von Kindern, die Problematik der Familie ersichtlich ist. Ich versuche, die Leute anzusprechen, und es ist nicht selten so, dass da eine Mutter sitzt, die herumdruckst, um irgendwann einmal, wenn sie den Mut gefasst hat, zu sagen: Ja, der liebe Gatte schlägt. – Das muss man aber ermöglichen. Solche Gespräche sind nicht möglich, wenn ich signalisiere: Wenn du das jetzt offenlegst, dann ist aber was los.

Die andere Ebene der Verantwortung gegenüber Familien und Kindern sollten wir meines Erachtens an dem Punkt nicht miteinander vermischen. Ich bin sehr dafür, dass wir die Kooperation mit den Jugendämtern verbessern. Ich finde aber nicht, dass es grundsätzliche Beweissituationen geben muss, damit ich zum Telefon greife, um mit jemandem aus dem Jugendamt zu sprechen. Ich würde es sehr viel besser finden, wenn wir früher die Möglichkeit hätten, auch dann, wenn wir einfach nur unsicher sind – Bauchgefühl –, oder den Eindruck haben, dass da etwas nicht stimmt, uns absichern zu können, um entsprechend handeln zu können. Wir müssen dringend etwas dafür tun, dass die Handlungsfähigkeit und die Kompetenz verbessert wird.

Ich möchte noch etwas zur Verbesserung der Informationslage sagen. Selbstverständlich kann ich mir gut vorstellen, dass die Rücksprache mit mitbehandelnden Ärzten zu einer besseren Erkenntnislage führt, das will ich überhaupt nicht bestreiten. Ich vermute, dass dafür keine Gesetzesänderung erforderlich ist. Die Erfordernisse der Gesetzesänderungen hat die Vertreterin der Ärztekammer dargestellt. Das ist meiner Meinung nach eine Rechtsfrage, die mit der Versorgung von gefährdeten Familien oder auch mit der Bearbeitung des sogenannten Dunkelfeldes eigentlich nichts zu tun hat. Wir werden eine Verbesserung der Bearbeitung des Dunkelfeldes, also mehr Hell, nicht dadurch erreichen, dass die Behandler untereinander ohne die Gefährdung der Verschwiegenheitspflicht durch diese Gesetzesänderung kommunizieren würden. Ich denke, da muss man andere Kooperationsformen, insbesondere mit der Jugendhilfe, unterstützen und einführen. – Die anderen Bemerkungen lasse ich jetzt weg.

Zum Doktor-Hopping. Ich denke, wir haben eine freie Arztwahl. Wir nehmen das alle in Anspruch, selbstverständlich.

(Zuruf von Dr. Anette Bunse [CDU]: Aber die Kinder können nicht ...)

– Kinder sind Kinder. Die Eltern nehmen das Recht der freien Arztwahl in Anspruch, das machen sie aus verschiedenen Gründen. Ich würde da vorsichtig sein, dem Behandlerwechsel hinterher zu spionieren. Ich kenne nicht die Dimension dieses

Problems. Reden wir von Tausenden Fällen oder von zehn Fällen? – Mir kommt es vor, als ob man hier über das Ziel hinausschießen würde.

Christiane Thiele (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Vielen Dank für die Einladung. Ich möchte kurz klarstellen. Ich bin eigentlich nicht für Herrn Dr. Fischbach hier. Ich bin seit sechs Jahren die Landesverbandsvorsitzende. Er war mein Vorgänger. Es ist auch schon meine zweite Amtszeit.

Vorsitzende Heike Gebhard (SPD): Ich bitte um Entschuldigung.

Christiane Thiele (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Er ist Präsident des Berufsverbandes auf Bundesebene, und unsere Zentrale sitzt nicht in Berlin, sondern in Köln. Deswegen landet immer alles Landespolitische in Köln und wird dann oft recht mühsam an den Kollegen Heidemann, der hier auch für Sie genannt war, der ist Landesvorsitzender in Westfalen-Lippe, Nachfolger von Herrn Dr. Lawrenz, der vielen noch bekannt ist.

Tatsächlich bin ich Ihre Ansprechpartnerin und Herr Dr. Heidemann genauso. Ich kann Ihnen gerne meine Adresse noch einmal geben.

Vorsitzende Heike Gebhard (SPD): Das ist sehr lieb von Ihnen. Wir werden versuchen, das künftig zu vermeiden.

Christiane Thiele (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Jetzt zum eigentlichen Thema. Ich möchte nur ganz kurz auf das eingehen, was Sie gefragt hatten. Sie hatten nach den Statistiken während COVID-19 gefragt. Ja, es gibt erste Statistiken, aber ich habe keine Zahlen, weil ich heute auf ein bisschen anderes Thema vorbereitet war. Ich kann dazu aber sehr gut überleiten. Diese Statistiken, die im Moment erstellt wurden und noch erstellt werden, zeigen, dass es möglicherweise mehr häusliche Gewalt gab. In dem Bereich sind natürlich für Kinder und Jugendliche, die unter geschlossenen Kitas und geschlossenen Schulen sowie unter geschlossenen Freizeiteinrichtungen und nicht vorhandenem Vereinssport litten, manchmal wir Kinder- und Jugendärzte die einzigen, die sie überhaupt noch gesehen haben. Insofern spüren wir während dieser Pandemie einen hohen Druck und eine hohe Belastung auf uns und eine große Verantwortung.

Herr Vincentz fragte, was aktuell fehle und was wir uns wünschten. Frau Dr. Ketteler hat schon ganz viel dazu gesagt. Sie spricht mir völlig aus der Seele. Wir brauchen den Austausch. Uns fehlt jedoch nur die rechtliche Regelung mit einer Kollegin oder einem Kollegen über einen Fall, über ein Kind, wo nicht die Eltern unser Vertrauensverhältnis brauchen. sprechen zu dürfen. Natürlich müssen uns die Eltern vertrauen. In einer gesunden Arzt-Eltern-Patienten-Beziehung muss natürlich Vertrauen bestehen. Wenn wir aber sehen, dass bei einem Kind möglicherweise familiär etwas nicht stimmt, was Eltern uns aus verschiedenen Gründen nicht sagen können oder wollen,

ist es ja so, dass das Kind unser Patient ist, und wir verantwortlich dafür sind, dass es diesem Kind gut geht. Nur darum geht es.

Es geht auch nicht darum, dass wir uns irgendwie kriminalistisch weiterbilden wollen. Nein, wir wollen überhaupt nicht die Arbeit der Polizei machen, wir wollen auch keine Kriminalkommissare über YouTube-Videos werden, sondern es geht um die Kinder. Wenn ich ein Kind sehe, bei dem ich dieses Bauchgefühl habe, wir sprechen hier jetzt nicht über die schwer misshandelten, sondern vor allem über die vernachlässigten Kinder. Frau Hirthammer und ich hatten das schon bei der letzten Kammerversammlung besprochen, wo dann auch das Wort „böswillige Vernachlässigung“ gefallen ist. Ich denke, die böswillige Vernachlässigung ist etwas extrem Seltenes. Ich denke, es ist eher die Überforderung der Eltern. Diese Eltern sind nicht böse. Das sind keine Eltern, die ihrem Kind etwas Schlechtes wollen, sondern die können nur nicht anders. Die merken ja oft selber, dass sie ihrem Kind nicht gerecht werden, und das ist ihnen peinlich. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin mal etwas angesprochen hat, gehen sie zum nächsten. Das ist ja das häufige Ärztehopping, das geschieht. Wie oft ist es mir passiert, dass ich jemanden anspreche und sage: Ich habe das Gefühl, bei Ihnen gibt es viel Belastung, Ihr Kind ist ja auch sehr anstrengend. Wir finden immer tolle Mittel und Wege. Statt zu sagen, Sie sind ja total überfordert. – Dann sind die ja weg. Wir versuchen, ihnen Hilfsangebote zu unterbreiten.

Auch wenn wir uns als noch so feinfühlig empfinden, sind wir es nicht gewesen, und die Eltern sind mit dem Kind weg. Sie sind genauso hilflos und sind bei der nächsten Kollegin. Die weiß dann nicht, dass ich das schon angesprochen habe. Darum geht es auch. Wenn ich eine solche Familie habe und denke, da ist irgendwas, geht es mir nicht darum, zu bestrafen oder ihnen etwas zu tun, sondern es geht um das Hilfsangebot. Wenn ich dann die Möglichkeit habe, mit ein oder zwei vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen zu sprechen und zu hinterfragen, ob dort auch schon etwas komisch gewesen ist, und das bestätigt sich, kann ich das mit der Familie besprechen. Wenn die sich dann wieder entziehen, kann ich überlegen, ob ich auch gegen deren Willen das Jugendamt einschalte. Es eröffnet mir einfach Wege auf einer Vertrauensbasis, das mit Eltern zu besprechen. Das ist aus meiner Sicht das wirklich Wichtige, und deshalb finde ich das sinnvoll.

Wenn wir das jetzt ändern, fürchten wir, dass uns noch mehr Verantwortung zugeschoben wird. Alle, die hier sitzen, haben eine gute Ausbildung. Unseres Gleichen trauen wir nicht zu, dass sie ihr Kind misshandeln. Aber auch Ärztinnen und Ärzte und Lehrerinnen und Lehrer und Pfarrerinnen und Juristinnen misshandeln oder missbrauchen ihre Kinder. Da hilft uns alles, was wir hier an den Gesetzen ändern, überhaupt nichts. Dafür müssten wir an uns als Menschen arbeiten und gesellschaftlich umdenken, dass es das auch woanders gibt.

Diejenigen, die für unsere Erkenntnisse zugänglich sind, würde es nutzen, wenn wir das Gesetz ändern. Wir, die hier sitzen, sind doch sowieso schon die, die telefonieren. Ob ich es durfte oder nicht, natürlich habe ich die Kolleginnen und Kollegen angerufen. Hier sitzen die Engagierten, hier die Netzwerker. Hier sitzen die, die wissen, dass wir dafür noch nie verurteilt wurden, wenn wir genug dokumentiert haben. Wenn ich gut

dokumentiere, warum ich mir hier Sorgen mache und irgendwen einschalte, kann es zwar zur Anklage kommen, aber bisher ist dafür kein Arzt und keine Ärztin verurteilt worden. Es gibt aber ängstlichere Kolleginnen und Kollegen, die kennen wir alle auch. Wenn ich die anrufe und den Sachverhalt darstelle, wird auf die Vorlage der Schweigepflichtentbindung der Eltern verwiesen, um Auskunft zu bekommen. Ohne diese Erklärung wird sich oft verweigert. Diesen Kolleginnen und Kollegen würde es helfen, wenn wir ihnen eine rechtliche Handhabe dafür verschaffen würden.

Oliver Huth (Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V.): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich ebenfalls, hier sprechen zu dürfen. Auch ich muss einen kurzen Prolog halten. Wir haben uns für die Anhörung als Sachverständige angemeldet. Das ist im Haus untergegangen, kein Vorwurf, aber ich muss so intonieren, weil uns diese Anhörung und das Thema sehr wichtig sind. Deswegen sind wir auch gerne anwesend.

Statistik, jetzt wird es schlimm. 152 Kinder sind im Jahr 2020 in Deutschland gewaltsam zu Tode gekommen. 115 Kinder waren jünger als 6 Jahre. 134 Tötungsversuche haben wir zum Nachteil von Kindern im Jahr 2020 in Deutschland. Wir haben 418 Fälle von Misshandlung von Schutzbefohlenen.

Wenn wir jetzt über Gesetze reden, meine Damen und Herren, dann müssen wir nach meiner Lesart, das machen wir Kriminalisten eigentlich, uns vor die Gräber dieser Kinder stellen, eine Kerze anzünden und innehalten und überlegen, wo der Staat versagt hat. Es fällt mir schwer, darüber zu reden, sie merken das.

Worum geht es? Dabei haben die Abgeordneten hier eine tragende Aufgabe. Es geht um die praktische Konkordanz, Artikel 1 GG, die Menschenwürde ist unantastbar, und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Das ist wirklich eine Aufgabe, das abzuwägen. Das fällt in Ihr Aufgabenportfolio, und ich weiß, dass das nicht einfach ist.

Wenn ich also auf der eine Seite nach der Statistik gefragt werde und ob es auf der anderen Seite möglich ist, Verdachtsfälle zu anonymisieren, ob wir eine Datenbank führen, die anonymisiert ist, muss ich Ihnen als Kriminalist sagen, dass das in Abwägung dieser beiden Rechtsgüter nicht funktionieren kann. Warum? – Das ist schon durch die Fachpraktika, die Kinderärzte, die in entsprechenden Situationen sind, die viele Patientinnen und Patienten jeden Tag begutachten, dargestellt worden.

Wir als Kriminalisten wissen, wie die Täter arbeiten. Die Täter setzen zuerst auf Vertrauen, das ist richtig. Vertrauen ist hier angesprochen worden. Aber was ist das für ein Vertrauen? Das Vertrauen darauf, dass der Kinderarzt sein Plazet erteilt, dass das, was da passiert ist, vielleicht doch normal ist, entschuldbar ist, dass man darüber wegucken kann. Für die Psyche der Täter ist das so. Die brauchen ein Plazet, dass gesagt wird: So schlimm war es ja nicht.

Herr Thiel, Leiter der Mordkommission, hat zig Täter vernommen, die genau in dem Gusto immer argumentiert haben: So schlimm war es ja nicht. – Und wenn der Kinderarzt dann das Plazet erteilt, ist das das Vertrauen, was die Eltern oder die Täter brauchen. Egal, ob sie vorsätzlich gehandelt haben, chronisch vorsätzlich gehandelt haben.

Die, die fahrlässig gehandelt haben, die, die vernachlässigen, weil sie überfordert sind, brauchen das Vertrauen auch für die Seele. Das ist das Vertrauen, was die Eltern von dem Kinderarzt haben wollen, nichts anderes. Das muss man deutlich von einer ganz normalen Patienten-Ärzte-Beziehung trennen. Das ist unsere Erfahrung.

Zweitens. Die Täter arbeiten mit einer Legende. Deswegen reichen anonymisierte Daten nicht. Es geht nicht nur darum, dass die Mutter sagt: Das ist auf dem Weg zum Kindergarten passiert. Wir als Kriminalbeamte nennen das Realkennzeichen. Jemand, der lügt, erzählt Ihnen eine Geschichte. Jemand, der erlebnisbasiert berichtet, erzählt Ihnen die Geschichte und sagt: Als ich zum Kindergarten gegangen bin, hat es geregnet. – Der Regen hat damit nichts zu tun. Das ist ein Realkennzeichen, dass jemand möglicherweise erlebnisbasiert berichtet. Da gibt es viele andere Dinge. Wenn ich zum Beispiel die Vita der Eltern in diesem interkollegialen Austausch nicht darlegen kann, mich nicht darüber austauschen kann, weil es anonymisiert ist, kann ich beispielsweise nicht fragen: Hat die Frau Ihnen auch gesagt, dass sie arbeitslos ist? Wie kann sie denn dann auf dem Weg zur Arbeit sein? – Das sind Realkennzeichen, die dann auch fehlen.

Wenn Ihnen hier Profis von ihrem Bauchgefühl berichten und meinen, da wäre etwas nicht in Ordnung, dann ist das natürlich mit Evidenz im ersten Fall nicht hinterlegt. Aber was glauben Sie denn, warum wir seit Kaisers Zeiten in Mordkommissionen arbeiten? – Doch nicht, weil wir wie im Fernsehen zu zweit herumrennen und sagen: In 45 Minuten ist die Klappe zu und nach 10 Minuten im Tatort wird immer einer ermordet. Wir machen das, weil wir verschiedene Blickfelder brauchen, weil wir Expertise von außen brauchen. Deswegen gibt es eine OFA im LKA, die uns dann auch noch einmal hilft.

Sie können, wenn Sie Beobachtungen machen, nach ICD feststellen, dann ist das erst einmal ein blauer Fleck. Der hat irgendeine Legende, der hat eine Vita. Alleine können Sie das gar nicht aufklären, wenn Ihnen die Realkennzeichen fehlen und wenn Sie keine zweite Meinung haben und das Vorbringen der Eltern haben, was gesagt wurde. Das Abgleichen der Erzählungen ist wichtig, beispielsweise: Wie, sie ist arbeitslos? – Das kann nicht sein. Sie hat mir doch gesagt, das war auf dem Weg zur Arbeit. – Dann stimmt doch schon etwas nicht.

Wir wollen diese Statistik und das Dunkelfeld, was hier angesprochen worden ist, durchbrechen. Die Toten sind zu bedauern. Das ist das Hellfeld. Aber das Dunkelfeld, diese 418 Fälle! Wir wollen uns doch gerade zu COVID-Zeiten nicht hier hinsetzen, wo wir wissen, dass statistisch innerfamiliär die Gewalt gegen Frauen angestiegen ist. Wer glaubt denn jetzt hier im Saal, dass das den Kindern nicht widerfahren ist? – Das können wir uns hier nicht leisten. Es geht um den Artikel 1 „Die Menschenwürde ist unantastbar“. Auf dieses Pferd, ich weiß, dass Sie das nicht machen, wollen wir uns doch gar nicht erst setzen.

Also brauchen wir Bauchgefühl. Wir müssen das Bauchgefühl mit Evidenz unterfüttern. Die Ärzte sollen nicht arbeiten wir Kriminalisten, das habe ich in der Stellungnahme auch geschrieben. Wir sind Datenmanager. Das kann man doch anderen Berufsgruppen in diesem Themenfeld nicht vorentziehen. Wie wollen Sie einen Sachverhalt aufdecken ohne Datenbasis und Austausch? Das ist vollkommen undenkbar. Das kann

man diesem Berufszweig der Ärzte und Kinderärzte gar nicht vorentziehen. Das ist für uns eine ganz wichtige Sache. Der Datenschutz muss geprüft werden, gar keine Frage, aber sie können nicht wirklich Evidenz schaffen. Am Ende des Tages, und das ist auch deutlich geworden: Wir als Kriminalbeamte hätten nicht eine Sekunde das Gefühl, dass die Kinderärzte bei uns in die Büros hineinmarschieren und irgendwie zur Mordkommission gehören wollen. Das ist doch gar nicht deren Job. Das Gefühl haben wir nicht eine Sekunde, wenn Sie so vortragen.

Herr Thiel, hat im Gegensatz zu mir an diesen Obduktionen teilgenommen. Das machen Sie einmal, und das nehmen Sie Ihr Leben lang mit, wenn ein Kind wegen eines Tötungsdelikts obduziert wird. Wir sind für jeden Hinweis so früh wie möglich dankbar.

Wir sind eine Berufsgruppe, die belastende Momente zusammenträgt – das ist unser verfassungsrechtlicher Auftrag – und entlastende Momente. Wir haben nichts davon, wenn die Eltern verurteilt werden. Wir haben keinen übersteigerten Verfolgungsimpetus. Wir sind für die Gefahrenabwehr zuständig.

Jeder blaue Fleck – das ist hier thematisiert worden – ist eine Spirale der Gewalt, davon können wir Lieder singen, ist einer zu viel.

Sie als Legislative und wir als Praktiker haben wirklich den Auftrag, jedes Kind zu schützen. Ich weiß, dass die Statistik 2021 noch schlimmer aussehen wird, dann wird mir hier noch mehr die Stimme versagen. In 2022 muss sich das mit den entsprechenden Gesetzen ändern, meine Damen und Herren.

Prof. Dr. Sibylle Banaschak (Uniklinik Köln, Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW): Vielen herzlichen Dank. – Ich fange mit einem Spruch an, den der eine oder andere von mir schon gehört hat: Wir werden mit keiner Gesetzesänderung verhindern, dass Kinder sterben.

Die toten Kinder, das sage ich jetzt ganz bewusst überspitzt, sind nicht unser Problem, und ich habe sicherlich schon mehr als ein getötetes Kind obduziert. Wir reden hier ja über das Vorfeld. Damit werden wir die Tötungsdelikte nicht verhindern, weil es immer wieder Fälle gibt, wo ein Kind primär getötet wird, das nicht vorher schon x-mal beim Arzt war. Das ist auch nicht die Masse der Fälle, die am Ende sterben.

Unser Problem ist, dass die meisten Kinder ihre Misshandlungen sehr lange überleben und daran sehr geschädigt sind, und zwar in ihrer Seele und in ihren körperlichen Befindlichkeiten vielleicht auch. Ich glaube allerdings nicht, dass es eine Gesetzesänderung gibt, die das Dunkelfeld senkt.

Die konkrete Frage an mich war: Löst diese Gesetzesänderung das Problem? – Ich kann Ihnen versichern, es gibt nicht eine Gesetzesänderung, die unsere Probleme löst. Das Gesetz hätten wir schon lange entsprechend geändert.

Ich habe das in meiner Stellungnahme meines Erachtens schon sehr deutlich gesagt, dass das eine letzte Lücke schließen kann, über die wir hier gerade gesprochen haben. Die anonymisierte Beratung über einen Fall, das jemand, der ein komisches Gefühl hat, jemanden anruft und den Fall einem Kollegen beschreibt, haben wir in NRW

ja seit fast drei Jahren im Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen, das ich leite. Genau dafür ist das da. Wir haben keine Supervision – ich würde mich auch nie so nennen – dafür bin ich gar nicht ausgebildet. Was wir jedoch anbieten, ist ein Gespräch über einen Fall, um zu klären, was dort gemacht werden kann. Gehen wir mit dem jetzt schon zum Jugendamt oder müssen wir die Familie noch einmal einbestellen? Was machen wir denn, wenn die Familie nicht kommt?

Tatsächlich ist das ja eine unserer konstituierenden Faktoren im Gesundheitswesen, dass wir eine freie Arztwahl haben. Das ist so eingerichtet. Wenn wir das bei Kinderärzten nicht mehr wollen, ist das ein Systemfrage. Aber erst einmal steht die da. Dann haben Sie aber folgende Situation: Wenn Frau Thiele bei der Familie anruft und sagt, ich hatte doch einen Termin mit Ihnen vereinbart, wo sind Sie denn, und die dann offenbaren, dass sie nicht mehr zu ihr kommen wollen, dann muss Frau Thiele das hinnehmen. Dann kann Frau Thiele noch beim Jugendamt anrufen und sagen: Mir sind die weggelaufen, ich würde gern wissen, wo die jetzt noch sind.

Solche Situationen kennen wir alle, Frau Thiele hat das gerade so schön gesagt, beim nächsten Qualitätszirkel fragt sie in ihrem Gebiet, bei wem die Familie denn jetzt ist. – Das wissen wir alle, dass das passiert. Das ist ein Brechen der Schweigepflicht. Aber wo kein Kläger, da kein Richter, das habe ich hier auch schon gesagt. Es gibt deswegen keine Verurteilungen.

Das, was Sie mit dem Gesetzentwurf vorgelegt haben, ist, für diese engumschriebenen Fälle eine Lösung zu schaffen, dass die ohne die Androhung einer strafrechtlichen Verfolgung miteinander sprechen können. Um mehr geht es meines Erachtens bei diesem Gesetzentwurf nicht. Es geht darum, diese Situation, wenn ich mit den Eltern nicht weiterkomme, zu klären. Das habe ich in meiner Stellungnahme ausgeführt. Ich halte es für ganz wesentlich, dass allen Beteiligten klar ist: Der elementarste Punkt ist, dass Sie mit den Leuten reden, auch mit diesen Eltern. Wir sind hier nicht im Bereich der strafrechtlichen Verfolgung, da dürfen die auch schweigen. Wenn die aber beim Arzt schweigen, ist das der erste Anhaltspunkt dafür, dass da irgendetwas im Argen liegt, wenn er seine Zustimmung zum Gespräch mit dem vorbehandelnden Arzt verweigert. Dann wissen Sie, dass Sie ein Problem haben. Warum sollte man das denn nicht machen? Wir reden über eine Gruppe, die immer kleiner wird. Die ersten sind die, bei denen Sie ein Bauchgefühl haben, wo die Eltern sagen, wir waren vorher bei dem, wir sind umgezogen. Sie rufen da an und erfahren, dass die Frühe Hilfen benötigen. Dann kriegen sie die Hilfe, und dann ist das gut, auch ohne das Jugendamt, je nachdem, wo die Frühen Hilfen angesiedelt sind. Dann haben Sie die Familien, die das verweigern, Ihnen aber die Möglichkeit geben, in das gelbe Heft zu schauen. Und dann passiert das, was Frau Thiele gerade gesagt hat: Man ruft da an, und die Mutigen reden mit einem, und die anderen reden sich raus. Das sind dann häufig die, die die Mitarbeit verweigern und sagen: Wenn Sie etwas von mir wissen wollen, komme ich dann nicht wieder. Für die bieten Sie mit dem Gesetzentwurf aus meiner Sicht eine Lösung, mit der man Kolleginnen und Kollegen die Angst vor dem Gespräch nehmen kann.

Nichtdestotrotz, die Fallverantwortung hat jeder Arzt, der die Patienten behandelt oder bei dem die Familie vorstellig wird. Das können wir den Leuten auch nicht abnehmen. Was wir mit unserer Beratung im KKG leisten können, ist, dass sie sich damit besser und sicherer fühlen. Ich glaube, das ist ein ganz elementarer Punkt, da hier immer viel über Unsicherheit geredet wird.

Bei uns in der Weiterbildungsordnung für die Rechtsmedizin steht auch das Wort „Kindesmisshandlung“. Es ist deutlich unterschiedlich ausgeprägt, wie die Leute das Thema annehmen. Bei den Kinderärzten, die ja noch ein paar mehr sind als wir Rechtsmediziner, ist das sicherlich auch deutlich unterschiedlich. Das können wir den Leuten nicht abnehmen, und es wird nie die eine Lösung geben, mit der wir alle diese Probleme mit jedem auch niedergelassenen Kinderarzt in der Provinz, wo sonst nichts ist, werden lösen können. Da werden wir eine Beratung brauchen. Die können bei uns im KKG anrufen. Wir können dann überlegen, wo eine Kinderschutzambulanz, eine Beratungsstelle zu finden ist. Wenn die Familie dann nicht wiederkommt, wird es so sein, dass man am Ende zum Jugendamt geht, denn das ist bei uns der gesetzlich geregelte Weg.

Ich habe das, meine ich, in meiner Stellungnahme sehr deutlich gemacht. Es ist nicht die Grundlösung für alles, was Sie hier anbieten, aber es ist eine Möglichkeit, Ärzte zu ermutigen, mit den Familien, bei denen Sie mit Gesprächen und Schweigepflichtsbindungen nicht weiterkommen. Mit den Leuten zu sprechen und zu versuchen, deren Kooperation zu bekommen, ist immer noch der Goldstandard. Solange wir nicht im Strafrecht unterwegs sind, ist das so. Das mag manchmal schwierig sein, und der eine oder andere möchte sich vielleicht auch gerne von diesem Gespräch fernhalten, aber das geht eben nicht. Das kann man meines Erachtens von niedergelassenen Ärzten, da will ich gar nicht von den Kinder- und Jugendärzten sprechen, erwarten, dass sie solche Probleme auch ansprechen. Wenn sie dann merken, dass die Leute ihnen ausweichen, müssen Sie sich entscheiden, wie sie weiter vorgehen wollen, ob sie bei uns anrufen, sich anonym beraten lassen, ob sie direkt das Jugendamt anrufen. Das hängt von so vielen Umgebungsfaktoren ab. Das kann man sicherlich nicht alles im Gesetz regeln.

Ich denke, das ist ein Baustein, und so habe ich den Gesetzentwurf verstanden, dass man die Ärzte ermutigen möchte, in den ganz kritischen Fällen so miteinander zu sprechen, ohne in Abrede zu stellen, dass das Bundeskinderschutzgesetz den Weg vorsieht, dass man vorher mit den Leuten redet. Da würde ich dem Kollegen von der Psychotherapeutenkammer recht geben. Wir alle würden uns herzlich bedanken, wenn wir das Gefühl haben, die uns behandelnden Ärzte reden hinter unserem Rücken. In erster Linie erwarten wir, dass sie mit uns sprechen, vor allem wenn es um unsere Kinder geht. Ich denke, dabei sollte es auch bleiben. Aber für die, die sich versuchen zu entziehen – wie groß diese Gruppe ist, weiß ich auch nicht, aber ich denke, sie geht eher in die Einzelfälle als in die Zehntausende – bieten Sie eine Lösung.

Die Übergabe von Fällen unter den Jugendämtern wird auch nicht mit Datenschutzauflagen belegt, sodass das ein Jugendamt mit dem anderen nicht sprechen darf. Das

ist im Prinzip die analoge Lösung. Wenn das ein juristisch gangbarer Weg ist – ich bin ja keine Juristin –, das müssen Sie mit Ihren Fachjuristen klären, bietet das eine Möglichkeit, diese letzte Gruppe, die hartnäckige, die sich kurz vor der Strafverfolgung befindet, noch anzugehen. So habe ich den Gesetzentwurf verstanden und so kann er aus meiner Sicht zum Teil der Lösung beitragen, wenn Sie alles davor, also die anonymisierte Beratung, die sowieso immer am einfachsten ist, aufrechterhalten.

Zu der Qualität der Jugendämter will ich gar nichts sagen. Es ist immer gut, wenn die verbessert wird. Aber das gilt für unsere Ärzteschaft ja auch. Deswegen bieten wir ja auch Fortbildungen an, um die Leute auch zu ermutigen, sich mit dem unangenehmen Thema zu beschäftigen. Das ist nicht so schön, wie eine U3-, U4-Vorsorge, wo alles schön ist und sich alle freuen. Da wird es kritisch, aber ich denke, die Ermutigung läuft über viele Wege, und einer ist die anonymisierte Beratung. Wenn man da nicht weiterkommt, gibt es mit dieser Regelung noch eine andere Möglichkeit. Dann wollen wir hoffen, dass wir die Kinder unterwegs irgendwo verlieren.

Vorsitzende Heike Gebhard (AGS): Damit haben wir die erste Runde geschafft. Mir liegt bereits eine weitere Wortmeldung vor. Der Kollege Mostofizadeh beginnt.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich bin sehr dankbar für die erste Antwortrunde. Ich möchte gleich klarstellen, weil es beim BDK nicht ... Im KKG ist das alles bereits geregelt, was Sie fordern. Wir reden hier ja nicht über das Ob, sondern über das Wie.

Frau Professorin Banaschak, ich bin sehr dankbar für Ihre Ausführungen und möchte gerne noch daran anknüpfen. Wir haben hier ja auch die Stellungnahme der Datenschutzbeauftragten des Landes, die ja nicht ganz uninteressant ist. Darin steht auf Seite 4 von 6, dass die Eingrenzung, die hier vorgenommen wird, nicht ausreichend ist, dass die Schwelle der Fallzahl der Personen, die davon erfasst wird, unklar bleibt – so verstehe ich das, was Sie hier schreiben – als auch die Schwelle, in deren Rahmen ausgetauscht werden darf. Im Gesetzentwurf bleibt das unklar. Mir geht es nicht um die Frage, ob sich Ärztinnen und Ärzte austauschen können oder nicht.

Frau Thiele hat doch alles vorgetragen, das geschieht doch sowieso, und wer gut dokumentiert, wird auch nicht verurteilt. Das kann uns ja nicht zufriedenstellen. Uns muss zufriedenstellen, dass die Schwelle – das haben Sie auch angemahnt – übersprungen wird und man sich einigermaßen sicher sein kann, wenn man vernünftig operiert, dass man zum Jugendamt gehen kann. Trotzdem ist es wichtig, dass dieses Gesetz funktioniert. Wenn es nicht funktioniert, haben wir uns einen Bärenienst erwiesen, dann passiert das, was Frau Professorin Banaschak gesagt hat, dann sind wir genauso schlau wie vorher. Daher versuche ich jetzt mit diesen Fragen, die ich wiederholen möchte, zu erfahren, ob Sie nicht Punkte sehen, die wir klarer benennen müssten, um das Ziel zu erreichen, dass Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sich austauschen können. In welchem Setting passiert das?

Ich habe Frau Professorin Banaschak so verstanden, dass sie vorschlägt, dass es zunächst eine Beratungskaskade geben sollte, dass zunächst geprüft werden sollte, ob nicht eine Schweigepflichtentbindung, was in den allermeisten Fällen üblich ist,

erfolgen kann, um diese Ergänzung des § 32,1 Heilberufegesetz ermöglichen zu können. Das wird aus der Begründung des Gesetzentwurfes, liebe Kolleginnen und Kollegen, nämlich nicht deutlich.

Der zweite Punkt ist, ob es eine Verantwortung der Jugendämter gibt, genau für die Fallverfolgung, wenn es Verdachtsfälle gibt, eine Dokumentationspflicht einzuführen, dass auch staatliche Stellen möglicherweise diese Punkte übernehmen sollen und dass es vielleicht noch Hinweise – ich wäre zufrieden, wenn die Ärzte Hinweisen geben – zur Dokumentationsverpflichtung und Ausführung und Ausgestaltung geben könnten, dass diese drei Punkte, die Beratungskaskade, Verantwortung der Jugendämter, Dokumentationsverpflichtung und auch die Einbindung der Eltern, soweit das nicht ohnehin dem geltenden Abwehrrecht aus dem Strafgesetzbuch entgegensteht, miteinander vereinbart werden. Das sehe ich in diesem Gesetzentwurf zum jetzigen Zeitpunkt so noch nicht. Deswegen die Frage, ob Sie, Frau Professorin Banaschak, Frau Thiele und auch die Ärztekammer Hinweise geben können oder ob Sie damit einverstanden sind.

Susanne Schneider (FDP): Ich habe noch eine schnelle Frage an Frau Professorin Banaschak, auch mit Blick auf die Uhr, weil wir ja eigentlich nur bis 12:00 Uhr Zeit haben. Frau Professorin Banaschak, Sie betonen in Ihrer Stellungnahme, dass Ihr Kompetenzzentrum beim interkollegialen Austausch unterstützend tätig werden könnte, da – ich zitiere –

„alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte beraten lassen können, ob eine Verdachtsmeldung schon erforderlich angezeigt oder sinnvoll ist oder nicht.“

Bestünde hierfür gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um Sie einbeziehen zu dürfen, oder können die beteiligten Ärztinnen und Ärzte Sie im Rahmen Ihrer derzeit bereits bestehenden Funktion bei Bedarf jederzeit zur Beratung hinzuziehen?

Jörn Freynick (FDP): Wir haben uns die Fragen aufgeteilt, aber auch ich halte mich sehr kurz. Ich habe noch eine Frage an Herrn Huth vom Bund Deutscher Kriminalbeamter. Können Sie vielleicht noch etwas genauer schildern, wie unser Gesetz im operativen „Geschäft“ bei Ihnen umgesetzt wird und wo Sie da die Vorteile sehen?

Die andere Frage geht an Herrn Dr. Kownatzki. Kennen Sie andere Bundesländer, die sich mit der Thematik in ähnlicher Art und Weise beschäftigen und einen Ärzteaus-tausch voranbringen wollen oder besteht alternativ ein Interesse anderer Bundeslän-der an Ihrer Arbeit?

Josef Neumann (SPD): Wir als Abgeordnete nehmen ja durchaus an vielen Experten-oder Sachverständigenanhörungen teil. Ich denke, diese heute Morgen macht noch einmal sehr deutlich, wie viel Musik bei diesem Thema im Spiel ist. Man sieht an der hohen Fachlichkeit, die Sie haben, aber doch auch an den Inhalten, die Sie darbringen, wie wichtig dieses Thema ist. Für die Art und Weise, wie man das Ganze behandeln will, möchte ich Ihnen danken, denn es ist nicht in jeder Anhörung so, dass so viel

emotionale Kraft eingebracht wird. Ich finde, das wird diesem Thema sehr gerecht, und ich finde dieses Thema auch sehr wichtig.

In einem Land, in dem die elektronische Patientenakte nach wie vor eine Heilige Kuh und kaum durchsetzbar ist, ist die Frage, wie man Datenschutz oder nicht Datenschutz und welche Kontrollbefugnisse man hat, sehr schwierig. Das ist eine sehr wichtige Thematik, zeigt aber auch, wie schwierig insgesamt das gesamte Thema ist.

Ich will insbesondere auf einen Punkt eingehen, nämlich auf die Jugendämter. Die Landesdatenschutzbeauftragte hat in Ihrer Stellungnahme einen Satz, der mir zu denken gibt, geschrieben.

„Diese Form eines Wächterturms ist nicht als originäre Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Derartige Interventionssysteme sind aufseiten des Jugendamtes, des Gesundheitsamtes und der Polizei geregelt.“

Damit sind zwar wieder alle mit im Boot und mitbeteiligt, trotzdem ist das Problem aber letztendlich nicht gelöst. Die Kernfrage, die sich hier stellt, ist: Wenn diese originären Funktionen, die der Gesetzgeber seit Jahren geschaffen hat, vorhanden sind, ist für mich die Frage, ob dann überhaupt eine solche gesetzliche Regelung ausreichen wird, ohne dass wir die anderen Aspekte, die hier genannt werden, berücksichtigen.

Vorhin ist bei mehreren von Ihnen die Frage der Jugendämter und der Schnittstellen angesprochen worden. Wenn durch diese gesetzliche Regelung die Schließung dieser Lücke kommen würde, würde das dann ausreichen, um das, was danach erfolgen muss, noch hinzubekommen? Was passiert danach, wenn man diese Lücke hier schließt. – Wir haben dann einen Austausch. Wird man dann kollegial untereinander irgendwie tätig? Gar keine Frage. Was ist der nächste Schritt, der dann getan werden muss? Herr Huth hat eindeutig die aktuelle Lage dargestellt, und die wird durch Corona sicherlich noch einmal befördert werden. Ich glaube, die Datenschutzbeauftragte hat aus meiner Sicht sehr deutlich dargestellt, wie der Gesamtzusammenhang zu sehen ist.

Frau Banaschak, Herr Höhner, aber auch Herr Huth, das würde mich schon interessieren. Es gibt dann diesen interkollegialen Austausch zu dieser Fallkonstellation dieses Kindes oder der Familie. Was passiert dann danach?

Dr. Anette Bunse (CDU): Ich habe eine ganz konkrete Frage. Ich habe all die Aspekte, die wir beleuchtet haben, aufgenommen. Die sehe ich auch, ich sehe auch die Schwierigkeiten. Ich habe einfach verstanden, dass es doch ein ganz pragmatisches Gesetz sein soll, was den Ärzten, den Praktikern, da würde ich auch Sie, Herr Huth, mitansprechen, die Arbeit vor Ort erleichtern soll, um im Sinne der Kinder sehr konkret, sehr schnell, sehr unbürokratisch ohne bestimmte Wege gehen zu müssen, ohne wen auch immer einbinden zu müssen, tätig zu werden, um für ein einzelnes Kind in einem einzelnen konkreten Fall positiv handeln zu können. Dass sich danach noch viele Fragen ergeben, stimme ich Ihnen zu, Herr Neumann. Genauso wie der Äußerung von Frau Banaschak, dass dies kein Allheilmittel ist. Ich würde dieses Gesetz auch nicht so hoch

hängen, aber es ist ein ganz deutliches Zeichen, um Ihnen mehr Handlungsfreiheit zu geben, um die Ärzte in eine Rechtssicherheit zu bringen, damit sie handeln können.

Letztendlich ist das ein Gesetz, bei dem wir als Gesellschaft Ihnen als Akteure Vertrauen mit aussprechen. Ich weiß nicht, ob diese Einschätzung falsch ist, aber ich würde gerne Herrn Huth und die Akteure vor Ort bitten, mir persönlich die Vergewisserung zu geben, dass ich das so richtig einschätze. Es ist kein Allheilmittel, aber es kann ein wichtiger Schritt sein, um dem Kind gerecht zu werden.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Vielleicht noch eine ganz kurze Rückfrage, weil gesagt wurde, was ja durchaus stimmt, dass sich die Ärzte eh austauschen, auch mit dieser gewissen Rechtsunsicherheit. Daher meine Frage an Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu: Schweigepflichtverletzungen sind meiner Kenntnis nach immer noch der Hauptgrund, warum ärztliche Kollegen ihre Approbation verlieren, nicht in diesem Zusammenhang. Aber im Allgemeinen ist das, glaube ich, der Fall, warum die Sorge bei den ärztlichen Kollegen schon recht ausgeprägt ist, dort miteinander zu reden und das auch sehr ernst genommen wird. Das wäre im Prinzip die Frage an Sie gerichtet. Ich habe die aktuellen Zahlen dazu nicht mehr im Kopf, aber ich habe in einer Vorlesung vor geraumer Zeit gehört, dass das einer der Hauptgründe ist, warum Kollegen im Laufe ihrer Schaffenszeit die Approbation verlieren. Genauso wäre es eine Formalität, die einen Status quo, der eh besteht, auf rechtssichere Beine stellen würde.

Vorsitzende Heike Gebhard (AGS): Dann können wir jetzt in die zweite Antwortrunde einsteigen. Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu hat das Wort.

Christina Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe): Kurz zu Ihnen, das kann ich jetzt nicht bestätigen, dass man wegen der Schweigepflichtverletzung die Approbation verliert. Die Fälle von Approbationsentzug, die ich derzeit kenne, sind entweder Behandlungsfehler oder Abrechnungsbetrug. Das sind die relevanten Vorgänge.

Nun zu der Frage von Herrn Neumann. Für mich sind das zwei unterschiedlich Paar Schuhe. Hier geht es um den interkollegialen Austausch von Ärzten. Das Thema, was Sie angesprochen haben, ist eine datenschutzrechtliche Problematik. Wir dürfen nicht verkennen, wie dieses Gesetzes zustande gekommen sind, wie vielleicht auch dieses Bundesgesetz, aber vor allem auch wie dieses KKG zustande gekommen ist. Dieser § 4 Abs. 6 ist aus sich heraus erst einmal gar nicht verständlich. Es ist eine reine datenschutzrechtliche Norm, die an einer Stelle den interkollegialen Austausch aufnimmt. Soweit ich das weiß, haben die Kinderärzte auf der bundespolitischen Ebene eigentlich etwas ganz anderes verlangt. Aber herausgekommen ist diese Vorschrift, die letztlich nichts anderes als eine Datenschutzvorschrift ist. Diese Stellungnahme der Datenschutzbeauftragten finde ich richtig gut, weil sie die Themen aufnimmt, die jetzt angepackt werden müssen. Das ist Schritt 1.

Schritt 2 muss jetzt folgen, nämlich das, was Sie ansprechen. Jetzt muss ein System geschaffen werden, in dem dieser Austausch stattfinden kann, wo gesammelt und evaluiert wird. Dazu brauchen wir datenschutzrechtliche Normen.

Hier in Nordrhein-Westfalen haben wir das Gesundheitsdatenschutzgesetz. Sie sind gerade dabei, ein Kinderschutzgesetz Nordrhein-Westfalen zu machen. Das wäre dann praktisch Schritt 2, wo man dafür sorgt, wie das, was heute hier vorgetragen wird, an einer sinnvollen Stelle datenschutzkonform mit den Anforderungen, von denen Sie sagen, dass sie nötig sind, dort etabliert werden kann. Da muss jetzt Butter bei die Fische, und es muss konkretisiert werden. Im § 4 Abs. 6 des Kinderschutzgesetzes steht ja nur:

„Zur Umsetzung datenschutzrechtlicher Strukturen und zur Evaluierung kann Landesrecht den interkollegialen Austausch bestimmen.“

Ja, dann muss das jetzt passieren. Dann wäre eine Norm zu fordern, an der vielleicht alle mitwirken können, die jetzt hier sind.

Das, was jetzt heute in diesem Gesetzentwurf verhandelt wird, ist meines Erachtens ein Anliegen der Ärzte, was schon ungefähr 20 Jahre alt ist, was sich viele Jahre gezogen hat, was jetzt auf den Punkt kommt und sich nun im Rahmen dieser Maßnahmen, die Sie hier im Land initiieren und machen, wunderbar einfügt. Es ist letztlich eine Ergänzung. Es ist aber nicht die Antwort auf diesen § 4 Abs. 6 KKG.

Dr. Ralf Kownatzki (RISKID e. V.): Ich fange mal von vorn an. Es war mehrfach das Bauchgefühl im Gespräch, eine Begrifflichkeit, bei ich immer Bauchschmerzen bekomme. Ich weiß, was damit gemeint ist. Ich habe auch ein Bauchgefühl. Aber im Zusammenhang mit RISKID haben wir uns um Präzision bemüht. Es geht, das steht hier im Raum, bei der Diagnostik von Kindesmisshandlung, Kindeswohlgefährdung, also jetzt im Medizinbereich, um vier Diagnosen: die körperliche Misshandlung, den sexuellen Missbrauch, die psychische Misshandlung und die Vernachlässigung und Im-Stich-lassen. Das sind die vier Diagnosen.

Und noch einmal: Diese Diagnosen allein aus dem T74-Bereich sind ja als Diagnose nicht ausreichend. Die werden ja von uns allen, die praktisch tätig sind, bewertet. Wenn es sich um einen Verdacht handelt, heißt es zum Beispiel T74.1V, wenn dieser Verdacht ausgeschlossen werden konnte, dann heißt es T74.A. Bei gesichert steht ein G dahinter. Das heißt, wir sind durchaus in der Lage, die Situation zu beschreiben und zu präzisieren. Das ist mir ganz wichtig, denn die gerade angesprochenen gelben Fälle zum Beispiel gehören zu T74.V, weil die noch nicht gesichert sind. Man hat so diesen Verdacht, und ich finde, so sollte man das auch benennen. Das machen wir auch im Zusammenhang mit dem Informationssystem RISKID.

In Vorbereitung auf den heutigen Tag habe ich bei unserem Qualitätszirkel, das war Ende September, den Kollegen die Frage gestellt – anwesend waren 35 Kinderärzte in Duisburg, die beiden Kinderkliniken, das SBZ –: Wie oft hattet ihr in den letzten zwei Jahren Kontakt, weil ihr Beratung brauchtet? Zum Beispiel zu Frau Banaschak oder zur Kinderschutzhotline in Ulm und anderen. Und keiner hat das Fingerchen gehoben.

Das heißt, die Kollegen, wenn man die entsprechend ausgebildet hat, sind durchaus in der Lage, ihre Situation vor Ort entscheiden zu können. Was sie brauchen, sind die Befunde, die man zusammenträgt, so, wie das gerade im Kriminalbereich dargestellt worden ist. Man muss die Daten zusammenführen.

Ich bitte Sie, den Fokus darauf zu richten. Alleine zu erlauben, die Ärzte dürfen sich, wenn ihnen danach ist, mal über einen Fall unterhalten, ist ein völlig stumpfes Schwert. Das bringt überhaupt nichts. Man muss die Akteure, die an einem Kind beteiligt waren, für diesen konsiliarischen Austausch zusammenbringen. Da muss man ein Tool haben. Wir bieten RISKID an, finden das gut, kann man weiterentwickeln. Man kann sich eine Alternative ausdenken. Aber so etwas brauchen wir, damit die Akteure, die mit dem Kind befasst sind, zusammengebracht werden, um sich dann gemeinsam auszutauschen, die Befunde zusammenzutragen, und dann gibt es eine Schlussfolgerung.

Dann war die Frage: Wie geht man damit um, wenn man jetzt am Ende ist und die Sachlage festgestellt hat. Wie wollen wir damit weiter verfahren? Wir haben – jetzt spreche ich für unsere Praxis, und andere Kollegen halten das ähnlich – so eine Art Dreistufenplan.

Die erste Stufe. Ich sage mal, der Löwenanteil der Kinder, um die es geht – das ist angesprochen worden – sind die vernachlässigten Kinder, die nicht gefördert werden, die die Grundversorgung nicht bekommen. Die erste Reaktion ist: Wir beraten die. Die zweite Reaktion ist: Wir therapieren die. Wir behandeln die nämlich mit Heilmitteln. Mit Sprachtherapie, mit Physiotherapie, mit Logopädie. Das sind die drei Klassiker, damit die gefördert werden. Das sind Kinder, die im Jugendhilfesystem überhaupt nicht auftauchen.

Die tauchen in Statistiken der Krankenkassen auf, weil nämlich diese Heilmittel in den letzten Jahren ständig gestiegen sind. Das ist die Stufe eins, die gezündet wird.

Bei Stufe zwei sagen wir: Das und das ist mit Ihrem Kind los. Wir könnten Ihnen weiterhelfen, vielleicht sollte man Kontakt aufnehmen mit der Jugendhilfe – wir sagen dann „mit der Stadt“, Jugendhilfe klingt ja für manche schon so ein bisschen übergriffig –, wir kennen da jemanden. Was halten Sie davon? – Es geht manchmal darum, dass jemand in einen Sportverein geht, damit er nicht immer nur Schokolade essend vorm Fernseher geparkt wird. Das wäre die Stufe zwei.

Stufe drei. Wenn wir jetzt wirklich einen erheblichen Misshandlungsfall haben, einen Missbrauch haben, dann schicke ich den in die Klinik, um das Kind sozusagen aus dem Kreis der Familie zu lösen, informiere die Kollegen in der Klinik. Wir haben zig Diagnosemöglichkeiten, um das auch, ich sage mal, relativ neutral zu handhaben. Dann werden eben blaue Flecken abgeklärt, weil eine Gerinnungsstörung nicht ausgeschlossen werden kann und andere Dinge. Da haben wir Ärzte relativ viel Phantasie, Die Kollegen in der Klinik werden informiert. Und dann läuft dort das Programm ab: Dann kommt der Psychologe dazu, wenn es sein muss der Kindergynäkologe und, und, und. Das Ganze kann eingebettet sein in ein Konstrukt einer Kinderschutzambulanz oder Kinderschutzgruppe. Das ist so ganz grob unser Dreistufenplan mit dem wir

arbeiten, nach dem wir diese Befunde, die ich gerade angesprochen habe, zusammengetragen haben. Dazu ist das wichtig.

Schweigepflichtentbindung war noch angesprochen worden. Damit wir überhaupt so tätig werden können, wie wir tätig geworden sind, müssen wir mit einer Schweigepflichtentbindung arbeiten. Das machen wir schon seit Anbeginn von RISKID. Wir haben jetzt eine Schweigepflichtentbindung in der dritten Auflage, weil die sich auch immer aktuellen gesetzlichen Änderungen anpassen muss. Damit hat anfänglich die Ärztekammer Nordrhein gearbeitet, später jemand aus dem Justizministerium a.D. Zuletzt war wieder auch jemand aus dem Medizinbereich, aus dem Kammerbereich, da eingebunden. Damit arbeiten wir.

Aber viele Kollegen – das war ja angesprochen – sind dann zögerlich und sagen, „Hm, wenn wir mit Schweigepflichtentbindung arbeiten müssen, ist das aufwendig. Ist das auch sicher? Ich habe da dies und das gehört, das ist mir alles viel zu aufwendig und unsicher“ und bleiben weg. Und wenn man ein Netz knüpfen möchte, egal, um was es jetzt geht, dann muss man versuchen, die Maschen möglichst eng zu halten. Dazu braucht man einfach ein Tool, und dieses Tool muss auf einer sicheren Gesetzeslage stehen.

Ich erwarte eigentlich, oder ich hätte mir auch aus der Stellungnahme des Datenschutzbeauftragten erhofft, mehr Lösungsvorschläge vielleicht da herauslesen zu können, wie man denn zukünftig so etwas gestalten könnte. Es gab das vorhin schon erwähnte Rechtsgutachten. Darin hat der Rechtsgutachter ganz konkret aufgeführt, was man machen kann. Der hat zum Beispiel ins Spiel gebracht, das ist vielleicht gar nicht so bekannt, dass es auch ein Pilotenhopping im Zusammenhang mit der Germanwings-Geschichte gibt, und zwar dass, wenn jemand beim ersten Mal bei der Tauglichkeitsprüfung durchfällt, er zum nächsten Gutachter geht und so weiter. Dem hat man auch einen Riegel vorgeschoben, und darauf verweist der Rechtsgutachter auch. Vielleicht gibt es ja analog die Möglichkeiten, etwas Ähnliches analog zu gestalten. Ich gebe es mal nur so hier in den Raum.

Sicherlich muss das von Fachleuten, von juristischen Fachleuten, in ein gutes Konstrukt eingearbeitet werden. Aber der Gesetzgeber, der Bundesgesetzgeber, hat ja diese Möglichkeit geschaffen, und er musste sie schaffen oder er hat sie geschaffen, weil ja die Bundesratsempfehlung, die ja einstimmig war, nicht angenommen worden ist. Und das wiederum durch massive Gegenproteste aus dem Bereich der Jugendhilfe befördert, die sich vom Medizinbereich irgendwie vorgeführt fühlte. Ich kenne die Stellungnahmen. Jedenfalls war das der Grund, weshalb das eben nicht durchgekommen ist, und man hat dann eben diese Öffnungsklausel gemacht. Deshalb haben Sie jetzt hier die Arbeit.

Dann komme ich zum Schluss. Es steht noch die Frage im Raum, wie das denn in anderen Bundesländern aussieht. Ich hatte Kontakt mit der Grünen-Fraktion in Baden-Württemberg, die sich das sehr interessiert angehört hat. Ich weiß jetzt nicht, wie weit das noch weiterverfolgt worden ist. Ich weiß, dass Bayern dort aktiv ist, und ich weiß, dass es in Niedersachsen eine Äußerung vom Innenminister gegeben hat, der auch daran sehr interessiert ist, wie NRW dieses Problem löst. Es ist leider der umständ-

lichere Weg. Der muss analog angegangen werden, wie es seinerzeit bei den U-Untersuchungen war, die ja auch dann an die Länder zurückgegeben wurden, damit die das länderspezifisch dann regeln sollten.

Ich glaube, damit habe ich die Fragen von meiner Seite aus ein wenig beantworten können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön, Herr Dr. Kownatzki. Sie haben gerade gesagt, Sie haben in Ihrem Qualitätszirkel eine Abfrage gemacht, dessen Ergebnis war, dass in den letzten zwei Jahren kein Teilnehmer von der Beratungsmöglichkeit Gebrauch gemacht hat. Haben Sie da auch abgefragt, wie viele Fälle des Austausches untereinander, des Abgleiches miteinander bestanden? Wie viele hat es denn gegeben? Das wäre für uns auch spannend. Wie oft passiert es denn tatsächlich im Alltag, dass man den Bedarf hat, sich kollegial auszutauschen?

Dr. Ralf Kownatzki (RISKID e. V.): Das habe ich in dem Zusammenhang nicht abgefragt, muss ich sagen. Aber es gibt dazu eine Veröffentlichung, die hat der Chefarzt Dr. Seifert aus der Helius-Klinik in Duisburg vor drei Jahren im Rahmen eines Kongresses, eine sogenannte Nutzerumfrage, einmal vorgestellt, weil wir sonst systembedingt einfach nicht wissen, wie oft die genutzt wird, auch was die Kollegen einstellen.

Wir sind ja völlig blind. Wir sind eine einzige Schaltung, die Ärzte zusammenbringt, dann ist Schluss. Das Einzige, was auch nur im Kontakt mit dem jeweils behandelnden Patienten abgeglichen wird – das sind ja alles Vorgaben gewesen –, ist das Geburtsdatum und der Name. Alles andere ist tabu. Von daher kann ich das so nicht beantworten.

Aber in dieser Nutzerumfrage hatten ungefähr 37 oder 43 % – das weiß ich nicht mehr genau – derer, die das nutzten, über RISKID schon mal eine abschließende Entscheidung treffen können. Also zum Beispiel Jugendamt oder irgendeine Maßnahme, die daraus resultierte.

Vorsitzende Heike Gebhard: Okay. Danke schön. – Dann kommen wir jetzt zu Frau Dr. Ketteler.

Dr. Katharina Ketteler (St.-Clemens-Hospital Geldern, Klinik für Kinder und Jugendliche): Danke schön. An Frau Bunse gerichtet, würde ich sagen, ja, genau so würde ich die Frage der Bedeutsamkeit auch sehen, wie Sie es gerade formuliert haben. Etwas weniger kurzgefasst: Ja, dieser interkollegiale Austausch ist ein Puzzlestein natürlich nur, aber für mich tatsächlich ein ganz wesentliches Mittel, um diesen mehrfach zitierten „gelben Fällen“ möglicherweise etwas besser Herr zu werden.

Wir arbeiten in den Kinderschutzambulanzen wirklich intensiv mit dem Kompetenzzentrum zusammen und haben häufig Austausch mit Frau Professor Banaschak. Ich schätze tatsächlich die Anzahl der Fälle, wo das eine Relevanz hat, etwas höher ein.

Warum ist das so? Ich möchte einmal zwischen Kinderschutzambulanz und normaler, sage ich mal, Praxis im Allgemeinen unterscheiden.

Wenn ein Kind in die Kinderschutzambulanz kommt – dort über Dritte, über Beratungsstellen, über Jugendämter; da gibt es ja verschiedene Wege vorgestellt wird –, dann ist das natürlich ein spezielles Setting. Wenn ich dann mit den Eltern in ein Gespräch gehe, vorgestellt als Kinderschutzambulanz und um einen bestimmten Sachverhalt zu klären“, dann ist dieser Schritt, zu sagen, ja, wir bräuchten dann auch eine Schweigepflichtentbindung für A, B, C, den Kinderarzt, den soundso, Lehrer oder was weiß ich. Das ist nicht so schwierig. Da haben wir tatsächlich auch praktisch keine Widerstände, weil das natürlich ein Setting ist, wo jedem klar ist, ob Täter oder nicht: Das wirft ein ganz seltsames Licht, wenn man sich dem komplett verweigert. Dass wir in der Kinderschutzarbeit, in der Kinderschutzambulanz nicht mehr weiterkommen und dann andere Wege begehen müssten, ist nicht so häufig der Fall. Das würde ich zahlenmäßig so einschätzen wie geschildert.

In der Praxis sieht es schon wieder ein bisschen anders aus. Das hatte Frau Thiele bereits erläutert. Da ist es ein bisschen schwieriger. Das sind zum Teil sehr weiche Dinge, die einem aber trotzdem großes Kopfzerbrechen bereiten und da, ich möchte das von vornhin nicht komplett wiederholen, glaube ich einfach, dass dieser interkollaborative Austausch ein ganz wesentlicher Punkt ist, um mehr Gewissheit zu erlangen.

Jetzt wurde das so schmunzelnd in die Runde geworfen: „Na ja, das wird ja sowieso praktiziert. Weiß doch eigentlich jeder“ – Warum denn? Weil es gar nicht anders geht, und weil es eigentlich jedem klar ist, dass es gar nicht anders geht. Das ist mein abschließender Satz: Wenn dem so ist, und das eigentlich jedem klar ist und jeder, der hier sitzt, darüber schmunzelt, frage ich Sie: Warum darf es dann nicht legal sein oder sollte es dann nicht legal sein? Das ist ja der Punkt, über den wir hier reden.

Gerhard Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Ich möchte die Frage von Herrn Neumann aufgreifen. Zu den anderen Punkten, denke ich mir, ist schon das Wesentliche gesagt.

Sie fragten: Was machen wir eigentlich dann? – Wenn wir zum Beispiel in die Situation kommen, dass wir feststellen, da gibt es eine Familie, da gibt es ein Kind, dem es nicht gutgeht und da gibt es eine Familie, der es nicht gutgeht, das muss man ja immer im Grunde genommen zusammen sehen, macht es keinen Sinn, so zu tun, als könnte man dem Kind alleine helfen. Und der Rest? Ja, was macht der Rest?

Ich will es anders herum drehen. Das Hauptziel einer Intervention ist, glaube ich, überall, die Familie so zu stabilisieren oder auch zu therapieren, dass sie zusammenbleibt, wenn es eine Familie gibt. Zusammenbleiben, das heißt: Man muss eigentlich im Ansatz zunächst alles tun, um eine Kooperation zu ermöglichen. Positiv gesagt: Die Kooperation setzt voraus, dass es eine Vertrauensbasis gibt.

Diese Vorgehensweise würde dann dazu führen, dass man zum Beispiel familientherapeutische Hilfen anbietet. In welchem Kontext, das sei mal dahingestellt. Die Jugendhilfe kann, wenn sie gut aufgestellt ist – das ist manchmal regional sehr

unterschiedlich – das leisten. Familientherapeutische Arbeit ist, wenn sie angenommen wird, hoch effektiv. Es wäre schon sinnvoll, wenn man in diesem Bereich mehr Angebote ausbauen könnte. Nur dann, wenn es auf diesem Wege keine Erfolge gibt – und da gibt es einige Mühe, die man sich machen muss, es ist nicht immer sehr schnell, dass es funktioniert –, nur dann gibt es meiner Meinung nach die Alternative des Eingriffs. Dann muss zum Beispiel auch das Jugendamt über die entsprechenden Rechtsgrundlagen etwas tun.

Also, es macht keinen Sinn, diese Hilfen endlos anzubieten. Man muss Geduld haben, man muss auch investieren. Ich denke mir, insbesondere die Jugendhelfemitarbeiterinnen, Mitarbeiter, die müssen in die Familien gehen. Diese Komm-Struktur, die wir so gewohnt sind, also die niedergelassenen Psychotherapeuten sitzen da in ihrem Zimmer und warten, dass jemand kommt, das ist ein Problem. Denn die meisten Familien kommen nicht. Da muss man hingehen. Vielleicht kommen sie dann.

Also, wir müssen in diesem Bereich sehr viel mehr Kompetenz und Intensität in die Feldarbeit stecken. Wenn das alles nicht funktioniert, dann muss eben auch eingegriffen werden.

Ich möchte an dem Punkt auf etwas hinweisen. Es gibt auch da einen Behandlungszielkonflikt. Also die Trennung von Familien ist für Kinder manchmal langfristig sehr viel belastender und psychisch schädlicher als das, was kurzfristig an Eskalation, auch zum Beispiel an aggressiver Eskalation, zu beobachten ist. Ich rede jetzt nicht von solchen Straftaten, aber es gibt durchaus Eskalationen in Familien, wo auch mal die Fetzen fliege, wo man auf den ersten Blick sagen muss „um Gottes Willen,“ aber auch da gibt es erst den Ansatz: Gibt es Wege, den Familienverband zu halten?

Und wenn das alles nicht hilft, dann muss auch eingegriffen werden, und dann sind wir an einem anderen Punkt, nämlich bei der Frage: Welche Hilfen haben wir dann? Wie sind unsere Heimeinrichtungen und so weiter eigentlich ausgestattet? Wie sind die Pflegefamilien ausgestattet? Wie werden die betreut? Es ist ja keine Lösung, wenn das Kind aus der Familie genommen wird, und dann? – Fall erledigt.

Christiane Thiele (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Ich würde die beiden Fragen, die mir gestellt wurden, gerne zusammenfassen, denn sie passen im Grunde zueinander. Schweigepflicht ist eines unserer höchsten Güter in der ärztlichen Behandlung. Ich betone das zum Beispiel immer aktiv schon bei Elf-, Zwölfjährigen, denen ich das klar sage, dass es keine dummen, keine peinlichen Fragen gibt, und dass man zu mir auch ohne Eltern kommen kann. Selbst den Privatversicherten sage ich, dann kommt eine Wischi-waschi-Diagnose auf die Rechnung. Es nützt auch nichts, dass die Mutter abends anruft. Gleichzeitig kläre ich so Dinge, dass ich nicht gerne Geheimnisträgerin mit Kindern oder Jugendlichen bin und natürlich dann im System wieder Menschen suche, die die begleiten. Also Schweigepflicht ist uns wichtig.

Auch dem Vierjährigen, der fragt, „Da war gerade der Paul, der geht in meine Kindergartengruppe, was hat der?“, erkläre ich, dass ich dem das nicht sagen darf und dass

ich dem Paul nicht einmal sagen darf, dass er hier bei mir war. Aber darum geht es hier nicht.

Und wenn wir so lapidar sagen: „Ach, das machen wir mit dem Brechen, das tun wir immer mit einem ganz schlechten Gefühl“, tun wir das deswegen, wie Frau Ketteler sagte, weil wir es tun müssen, weil uns nichts anderes übrigbleibt. Und dafür brauchen wir, wie Sie sagten, eine praktikable Lösung.

Sie haben jetzt gefragt: Sollen wir das mehr spezifizieren? – Ich denke, die Devise „keep it short and simple“ ist hier sinnvoll. Das haben wir jetzt bei Covid gesehen. Wer wird geimpft, und wer wird wann geimpft? Wie oft sind da Diagnosen dazugekommen, verändert worden, weil sich einfach alles verändert, und weil es nicht eine Handreichung für alle gibt, wenn wir die zu sehr ausformulieren.

Ein klassischer Fall, der bestimmt da wieder durchfallen würde, wären so Dinge wie Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom. Dabei denken wir erst einmal überhaupt nicht an Misshandlung und Kindeswohlgefährdung. Da denken wir an das arme, kranke Kind, bis – mir ist es passiert – ich aus drei Kliniken irgendwie plötzlich aus einem Jahr MRT-Befunde dieses Kindes hatte. Dann hat es bei mir klick gemacht, und ich habe ein SPZ als zusätzlichen Faktor noch eingeschaltet, damit die das machen, damit eben auch dieser Beziehungsabbruch nicht passiert. Wir wollen den Beziehungsabbruch ja gar nicht. Wir wollen das Vertrauen der Familien, so wie das Herr Höhner sagt.

Ich fände es wunderschön, wenn wir alle in die Familientherapie schicken könnten. Nur, das wissen wir alle, das funktioniert eben einfach nicht. Das, was wir hier wollen, ist ein Gesetz, was uns in Notfällen eine Handreichung gibt, aber nichts, was wir irgendwie leichtfertig tun würden. Das bitte ich zu bedenken.

Oliver Huth (Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V.): Ich fange von hinten an, das Gesetz zu bewerten, worum es hier tatsächlich geht und nehme auch die Impulse nach der Frage, wie es dann weiter geht, mit auf. Vorab möchte ich nur kurz etwas erklären. Ich möchte, dass viele, die im Kinderschutz arbeiten, jetzt das emotionale Ohr mal kurz zuhalten. Ich bin Strafverfolger. Wenn wir das Rechtsstaatsprinzip außer Acht lassen und sagen, wir tauschen uns mal so aus, mag das richtig sein – ethisch-moralisch. Aber der Staat hat doch nach Artikel 21 des Grundgesetzes dafür zu sorgen, dass der Handlungsrahmen klar ist, meine Damen und Herren, und dass das möglich ist. Und wir sollten nicht so tun, als wäre es harmlos, wenn wir sagen, in solchen Gruppen machen wir das schon mal.“

Wir müssen den Eltern sagen: Das, was ihr tut, geht nicht. Der Staat schafft das Strafrecht immer dann, wenn es um den Schutz von Rechtsgütern geht, und wir wenden diese Rechtsgüter an. Wir haben einen gemeinsamen Wertekanon und sagen: Das, was ihr da macht, geht nicht, und deswegen interveniert jetzt der Staat, deswegen beschneidet er eure Freiheitsrechte. Unsere ureigenste Aufgabe als Staat ist es, lege artis zu handeln, einen Gesetzesrahmen zu haben, und nicht einen Grauraum. Also, wenn wir etwas von den Bürgern verlangen, dann – das sehen wir in der politischen

Diskussion draußen – haben wir Vorbild zu sein, das ist unser tägliches Leben als Kriminalbeamte, damit stehen wir im Fokus.

Ich kann ja nicht irgendwo durchsuchen, mal so im Graubereich. Ich muss immer links und rechts schauen, wo sind die Schranken, schwarz-weiß und grau in der Mitte. Das ist so mein Berufsverständnis. Ich finde das aber in der Anhörung sehr interessant. Es kommen viele Berufsverständnisse hier zusammen. Das ist mein Impuls hier in diese Runde.

Bei dem zweiten Punkt, der mir wichtig ist und was die Datenschutzbeauftragte auch sagt, geht es um den Impetus des Gesetzes. Das Problem ist auch, dass viele Professionen aus Ihrem Bereich hier zu diesem Gesetz etwas sagen. Das macht die Anhörung durchaus interessant und lehrreich für mich. Aber am Ende des Tages geht es doch um die Praktiker, und nur um die geht es. Das haben Sie schön gesagt; es muss diversifiziert werden, worum es hier geht. Das eine ist der Datenschutz, der betroffen ist, und das andere ist dann überhaupt die Erlaubnis. Dazu habe ich gerade schon Stellung genommen.

Wenn es darum geht, faktenbasiert Medizin nach wissenschaftlichen Standards zu gestalten – ICD-10 habe ich mir aufgeschrieben –, ist dazu ein Gesamtbild nötig, dann muss der Staat dafür einen Rechtsrahmen schaffen. Denn sonst sind wir im Graubereich, und dann können wir von denen, die die Gesetzesanwendung hinterher spüren, nicht verlangen, dass sie sich selber lege artis entsprechend benehmen.

Deswegen, auf Ihre Frage hin – damit schließe ich –: Das Gesetz hilft da und schafft einen klaren Rechtsrahmen. Wenn § 334 StGB zur Anwendung kommt oder auf entsprechende Gesetze hingewiesen wird, die man ja schon hätte, brauche ich die Zahlen nicht noch einmal vorzulesen, dann lassen wir die toten Kinder raus. Wenn die Datenschutzbeauftragte wissen will, wie oft wir das anwenden: In 418 Fällen hätten wir es anwenden müssen, und zu Zeiten von Corona wird das ansteigen, und hier geht es um die Menschenwürde: Ich glaube, das ist Evidenz genug.

Prof. Dr. Sibylle Banaschak (Uniklinik Köln, Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW): Nicht, dass Sie glauben, ich hätte das letzte Wort.

(Heiterkeit)

Das ist jetzt Zufall.

Ich kann Ihnen nicht sagen, wie Sie einen Gesetzentwurf machen sollen. Ich bin ja nur Ärztin, sage ich dann immer. Ich bin zwar Rechtsmedizinerin, wir haben natürlich eine gewisse Nähe zum Recht, auch zum Strafrecht natürlich, mit denen haben wir ja am meisten zu tun, wenn wir das juristisch betrachten.

Diese Beratungskaskade, dass man erst mit Leuten redet und nur dann die Schweigepflicht bricht, steht im § 4 Bundeskinderschutzgesetz, das ist geregelt. Man braucht auch für eine Beratung bei uns im Kompetenzzentrum keine Gesetzesänderung. Wenn die Leute mich ohne Patientendaten anrufen, dann kann ich die beraten. Das machen wir ja nun auch schon seit drei Jahren. Wenn das nicht ginge, wäre das gut, wenn mich

mal einer darauf hinweist. Aber ich bin immer davon ausgegangen, dass man anonymisiert natürlich beraten darf.

Wir nennen das ja innerärztlichen Konsil. In der Klinik kennt man natürlich den Patientennamen, wir machen das natürlich ohne Namen, und ich meine, das ist auch eine ganz gute Basis dafür. Ich denke, dafür müssen wir keine Gesetzesänderung machen.

Was nach dem Austausch passiert, haben jetzt schon so viele gesagt. Ich würde darauf verzichten, das zu wiederholen, aber es muss natürlich am Ende eine Handlungskonsequenz stehen. Es ist wichtig, dass man in der Dokumentation erkennen kann, wenn es denn wirklich mal zu Strafverfahren kommt – in welcher Hinsicht auch immer –, warum man sich in welcher Situation wie entschieden hat. Am Ende kann ja auch stehen, dass man erst einmal irgendetwas anderes macht und keine Meldung ans Jugendamt erfolgt. Aber entscheidend ist dann, dass man das nachvollziehen kann, damit das strafrechtlich überprüft werden kann, wenn das nötig ist.

Dann würde ich gern noch einen Aspekt hier in den Raum stellen. Wir haben gerade zitiert gehört, dass die Ärzte kein Wächteramt haben. Nein, dazu haben auch schon meine Kolleginnen und Kollegen etwas gesagt, das wollen wir auch nicht haben. Aber wir haben eine Garantenpflicht. Wir schulden unseren Patienten als behandelnde Ärzte die Sicherung ihrer Gesundheit. Das ist nicht dasselbe wie ein Wächteramt, aber wenn Sie natürlich einen Säugling mit einem blauen Auge haben, dann ist das Wächteramt nicht damit erschöpft, dass Sie gucken, ob der noch gucken kann. Sondern dann muss man weiter gucken, dass der nicht noch mal ein blaues Auge krieg.

Natürlich ist da die polizeiliche Perspektive die Strafverfolgung. Wie gesagt, dazu habe ich als Rechtsmedizinerin auch eine gewisse Nähe. Aber die Erfahrung zeigt ja, dass das Strafrecht bei Fällen von Kindesmisshandlung eben ganz häufig nicht den § 225 StGB erfüllt mit der Misshandlung, sondern dass das dann – das ist auch ein juristischer Begriff – „einfache Körperverletzungen“ sind. Wir wissen, dass wir mit dem Strafrecht diese Fälle nicht lösen. Aber das gehört natürlich dazu. Denn man Ende bleibt es dabei: Es ist eine Körperverletzung. Hinsicht der Frage, ob das in der Strafverfolgung immer sinnvoll ist oder nicht, sind vielleicht Polizisten und Ärzte nicht immer einer Meinung, aber letztlich ist es eine Körperverletzung, wenn wir über eine Misshandlung reden. Eine Vernachlässigung ist auch eine Körperverletzung, wenn auch vielleicht durch Unterlassen. Also in dem Rahmen bewegen wir uns schon. Die Abwägung, glaube ich, gelingt in den meisten Fällen, aber unsere Garantenpflicht darf man nicht vergessen.

Behandelnde Ärzte, die Kinder behandeln, haben eine Garantenpflicht zum Kind. Der müssen sie Genüge tun, und dafür muss es eine rechtliche Basis geben, wie auch immer die dann formuliert ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. Ich schaue noch einmal in die Runde, ob die Abgeordneten noch Fragebedarf haben. Der Kollege Preuß hat noch, aber weitere Fragen sehe ich nicht? – Gut. Bitte.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (129.)

01.12.2021

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (77.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Peter Preuß (CDU): Nur eine Anmerkung. Frau Vorsitzende. Wir hätten noch zwei Fragen, die wir an die Datenschutzbeauftragte gestellt hätten. Das würden wir schriftlich machen und die Antwort dann zur Verfügung stellen,

Vorsitzende Heike Gebhard: Ja, das gilt für alle Fraktionen. Ich habe den Eindruck, dass auch andere noch Fragen hatten. Ich würde nur einfach sagen, dass wir miteinander vereinbaren, dass die Fragen zügig eingereicht werden, damit wir die dann gebündelt der Datenschutzbeauftragten zuleiten können. Ja? Geht das bis Ende der Woche, ist das zu schaffen? – Gut. Dann halten wir das so fest. Herzlichen Dank.

Dann kann ich feststellen, dass wir mit der Anhörung durch sind. Ich darf mich ganz herzlich bei den Damen und Herren Sachverständigen im Namen aller Abgeordneten recht herzlich bedanken, auch bei denjenigen, die nicht zu Wort gekommen sind, gleichwohl sozusagen dabeigeblichen sind. Ich hoffe, Sie haben auch interessante Erkenntnisse mitnehmen können. Herzlichen Dank dafür.

Ich schließe die Sitzung. Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales darf ich darauf hinweisen, dass wir uns um 16:00 Uhr wieder treffen.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

Anlage

01.02.2022/08.02.2022

15

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für
das Land Nordrhein-Westfalen**
Vorlage 17/5764

am Mittwoch, dem 1. Dezember 2021
16.00 Uhr, Raum E3 A02

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Jochen Brink Düsseldorf	Matthias Blum Dr. Peter May	17/4589
Ärztekammer Nordrhein Körperschaft des Öffentlichen Rechts Rudolf Henke Düsseldorf	Rudolf Henke Dr. Christian Köhne	17/4602
Ärztekammer Westfalen-Lippe Körperschaft des Öffentlichen Rechts Dr. med. Johannes Albert Gehle Münster	Dr. Johannes Albert Gehle Dr. Markus Wenning	17/4594
Klinik am Kaiserteich GmbH Professor Dr. Dr. Jörg Handschel Düsseldorf	Prof. Dr. Dr. Jörg Handschel	17/4597
RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Professor Dr. Boris Augurzky Essen	keine Teilnahme	17/4605
Katholischer Krankenhausverband Deutsch- lands (kkvd) Ingo Morell Berlin	keine Teilnahme	17/4591
Jüngerkes und Schlüter Krankenhausbera- tung Dr. Christian Heitmann (Geschäftsführer) Ratingen	Dr. Max Skorning <i>(per Videozuschaltung)</i>	17/4595
Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle !“ Verein zur Förderung eines solidarischen und öffentlichen Gesundheitswesens NRW e.V Dr. Susanne Quast Düsseldorf	Thomas Zmrzly	17/4608

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Verdi NRW Landesfachbereich 03 Düsseldorf	keine Teilnahme	-/-
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Städtetag NRW Köln	keine Teilnahme	17/4568
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Städte- und Gemeindebund NRW Düsseldorf		
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW Landkreistag NRW Düsseldorf		
Christian Engler c/o Sana Kliniken Düsseldorf GmbH Regionalgeschäftsführer NRW Düsseldorf	Christian Engler	17/4601
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Köln	Constantin Wilde <i>(per Videozuschaltung)</i>	17/4583
vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss Düsseldorf	Dirk Ruiss	17/4557
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Dr. Simon Loeser Düsseldorf	Dr. Simon Loeser	

weitere Stellungnahme:

Landesarbeitsgemeinschaft Neuroreha NRW

Stellungnahme 17/4611