



Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (14.) und Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (19.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

20. April 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 14:50 Uhr

Vorsitz: Wolfgang Jörg (SPD) (AFKJ)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

**Therapieplätze für Kinder mit sexueller Gewalterfahrung flächendeckend
ausbauen und Wartezeiten verkürzen**

3

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/2139

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Therapieplätze für Kinder mit sexueller Gewalterfahrung flächendeckend ausbauen und Wartezeiten verkürzen

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/2139

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren! Seien Sie alle herzlich willkommen. Insbesondere begrüße ich natürlich unsere hinzugezogenen Experten. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns bei unseren Entscheidungen unterstützen und helfen, einen guten Überblick über die Zustände zu bekommen.

Ich eröffne die Anhörung. Es ist eine gemeinsame Sitzung des Ausschusses für Kinder, Jugend und Familie und des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Wir haben einen Livestream, über den können die Kolleginnen und Kollegen von zuhause aus die Anhörung verfolgen.

Die Einladung zu dieser Sitzung erfolgte mit Schreiben E 18/297 vom 13.03.2023. Die Tagesordnung ist allen rechtzeitig zugegangen. Gibt es dazu Ergänzungen, Wünsche oder Bedenken? Das sehe ich nicht. Dann treten wir in die Tagesordnung ein.

Der Antrag wurde in der Plenarsitzung am 20. Dezember 2022 federführend an unseren Ausschuss überwiesen. In der Sitzung am 19. Januar 2023 beschlossen wir, diese Anhörung durchzuführen. Der mitberatende Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales entschloss sich, pflichtig an der heutigen Anhörung teilzunehmen.

Mit Schreiben des Landtagspräsidenten vom 13. Februar 2023 wurden die Sachverständigen zur heutigen Anhörung geladen. Die Sachverständigen begrüße ich noch einmal sehr herzlich und bedanke mich, dass Sie die Fragen meiner Kolleginnen und Kollegen beantworten werden.

Überstücke der Tableaus finden Sie am Eingang ausgelegt. Wenn jemand noch ein Exemplar benötigt, kann er es sich gerne nehmen.

Eine mündliche Ergänzung Ihrer Stellungnahmen ist nicht vorgesehen. Gehen Sie bitte davon aus, dass die Kolleginnen und Kollegen Ihre Stellungnahmen gelesen haben.

Ich eröffne die erste Fragerunde und gebe der antragstellenden Fraktion das Wort.

Marcel Hafke (FDP): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Auch vielen Dank, meine Damen und Herren, im Namen der FDP-Fraktion, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, das aus unserer Sicht sehr wichtige Thema zu diskutieren und zu besprechen und die Lösungsideen des Antrags oder auch weitergehende zu besprechen. Wir wollen aus einer Anhörung ja auch klüger herausgehen. Ich bitte Sie daher die Punkte, die nicht in Ihrer schriftlichen Stellungnahme stehen oder die Ihnen noch eingefallen sind, uns dann mitzuteilen. Das hilft uns.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (14)
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (19.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

20.04.2023

Meine erste Frage möchte ich an Herrn Roggenkamp stellen, die sich ebenfalls an Herrn Höhner, Herrn Dr. Bergmann und Frau Dr. Brüning richtet. In Ihrer Stellungnahme steht, ich zitiere:

„Gerade die von sexueller Gewalt betroffenen Kinder und Jugendlichen, die zumeist innerfamiliär stattfindet, aber auch alle anderen von Gewalt betroffenen Kinder, benötigen schnelle und effektive Hilfe.“

Es ist richtig, dass wir vom Kern her allen Kindern, die Hilfe benötigen, sehr schnell diese zukommen lassen wollen, aber in einem ersten Schritt besonders den Kindern und Jugendlichen, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Vielleicht können Sie das aus Ihrer Sicht bewerten, ob es klug ist, wenn eine Mangelverwaltung besteht, eine Priorität festzulegen, ob man es machen kann, sollte, darf oder welche Probleme damit verbunden sind. Dazu würde mich die Antwort der gerade Genannten sehr interessieren.

An Herrn Roggenkamp habe ich noch eine zweite Frage. In Ihrer Stellungnahme führen Sie weiterhin aus, dass Erfahrungen zeigen,

„[...] dass die dringend benötigten, effektiven und passgenauen Anschluss-hilfen einem eklatanten Mangel an Quantität und häufig auch Qualität unterliegen.“

Vielleicht können Sie uns bitte erläutern, was der „Mangel an Qualität“ bei diesen Anschluss-hilfen darstellt und was die Qualität in der Jugendhilfe betrifft.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Ich bitte die Sachverständigen, sich die Fragen zu notieren. Sie können sicher sein, dass jeder Sachverständige die Möglichkeit erhält, zu den Fragen zu sprechen. Denn ich denke, wenn wir Sie schon von überall her einladen, dann möchten Sie vielleicht die eine oder andere Frage auch kommentieren, selbst wenn Sie nicht direkt angesprochen wurden.

Charlotte Quik (CDU): Auch von der CDU-Fraktion ein herzliches Dankeschön an Sie und an die Arbeit, die Sie in die Stellungnahmen investiert haben.

Ich würde gerne eine erste Frage an Herrn Roggenkamp und Frau Dr. Brüning richten und möchte an die Umsetzung des Landeskinderschutzgesetzes in NRW anknüpfen. Das wird mit einem Haushaltsgesamtvolumen von rund 85 Millionen Euro in diesem Jahr umgesetzt. Es geht insbesondere auch darum, Koordinierungsstellen für interdisziplinäre Netzwerke und den verbesserten Austausch zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren sicherzustellen. Sie haben in Ihren Stellungnahmen den besonderen Wert dieser Vernetzungen unterstrichen. Daher würde mich interessieren, was Sie aus der Praxis berichten können, wie sich die multiprofessionelle Zusammenarbeit weiterentwickelt hat, seitdem das Gesetz am 1. Mai 2022 in Kraft getreten ist.

Für eine zweite Frage unserer Fraktion möchte ich gerne an die Kollegin Schulze Föcking übergeben.

Christina Schulze Föcking (CDU): Ein herzlicher Gruß auch von meiner Seite. Herzlichen Dank für Ihre Arbeit.

Der vorliegende Antrag nimmt ja die Situation in Augenschein, in der die Kinder und Jugendlichen bereits traumatisiert sind, Hilfe benötigen und therapiebedürftig sind. Ich würde gerne einen Schritt davor machen. Wäre es nicht auch sinnvoll, denn es wird wahnsinnig schwer sein, so viele Therapieplätze aufzustocken, einen Blick davor, also auf die effektive Prävention zu werfen. Da stellen wir uns die Frage, wie es sich mit den Vorsorgeuntersuchungen verhält. Ich glaube, darauf müsste man parallel auch schauen. Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in NRW sind nicht verpflichtend mit Konsequenzen.

Derzeit ist nur die Schuleingangsuntersuchung verpflichtend, sodass die Kinderärzte unter Umständen die Kinder erst mit fünfeinhalb oder sechs Jahren sehen. 80 % der Kinder werden den Kinderärzten zwar vorgestellt – das ist eine Zahl, die ich zwar gesehen habe –, allerdings ist bei 20 % das U-Heft nicht vollständig. Wäre es dementsprechend nicht sinnvoll, verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen zumindest für die ersten sechs Lebensjahre in NRW einzuführen? Welche Möglichkeiten der Sanktionen würden Sie eventuell für sinnvoll halten? Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung von Herrn Dr. Bergmann, Frau Dr. Brüning und Herrn Roggenkamp.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Frau Quik hat die Regie übernommen und zwei Mitglieder der CDU-Fraktion in die Fragesituation gebracht. Deswegen, meine ich, können das jetzt auch alle so machen.

(Christina Schulze Föcking [CDU]: Es waren ja zwei Fragen)

– Ja, es waren aber zwei Personen, und wir machen immer eine Fragerunde. Ich habe es ja auch laufen lassen. Ich möchte es nur für die anderen Fraktionen gleich handhaben. Wenn die einzelnen Ausschussmitglieder unterschiedliche Fragen haben, dann gerne.

Wir kommen zur SPD-Fraktion.

Dr. Dennis Maelzer (SPD): Vielen Dank seitens der SPD-Fraktion für die eingereichten Stellungnahmen. Meine erste Frage geht an die Psychotherapeutenkammer, an die kommunalen Spitzenverbände und an die Kassenärztliche Vereinigung. Es waren ja verschiedene Stellungnahmen, die deutlich gemacht haben, wie prekär die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen insbesondere in Nordrhein-Westfalen ist. Die Psychotherapeutenkammer spricht von einer Unterdeckung seit 1999 und dass nie eine richtige Bedarfserhebung stattgefunden habe.

Vor dem Hintergrund möchte ich gerne fragen: Wie könnte denn eine gute Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche aussehen? Welche Regelungen wären seitens des Landes zu treffen, damit die Kapazitäten bei uns in Nordrhein-Westfalen erhöht werden?

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (14)
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (19.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

20.04.2023

Die zweite Frage geht an Herrn Roggenkamp und an Frau Dr. Brüning. Herr Roggenkamp hat stark darauf abgehoben, wie prekär die Lage ist und hat sogar von Triage aufgrund fehlenden Personals gesprochen, aber gleichzeitig auch herausgestellt, dass eine fehlende Fachaufsicht die Arbeit der Mitarbeitenden erschwert. Vor dem Hintergrund möchte ich gerne von Ihnen beiden erfahren, wie Ihre Perspektive zum Thema einer Fachaufsicht in dem Bereich wäre. In welchen Phasen könnte das helfen? Wie könnte das entsprechend ausgestaltet sein und wie kann die Jugendhilfe da noch besser als Partner in diesen Fragestellungen reagieren?

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Vielen Dank, Herr Dr. Maelzer. Gibt es aus der SPD-Fraktion von den Mitgliedern des anderen Ausschusses noch weitere Fragen? – Nein, gibt es nicht. Dann kommen wir jetzt zur Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Norika Creuzmann (GRÜNE): Vielen Dank auch von meiner Seite für die sehr umfangreichen und ausführlichen Stellungnahmen. Ich habe eine Frage an Herrn Roggenkamp. Herr Roggenkamp, Sie beschreiben in Ihrer Stellungnahme den Ist-Zustand, die langen Wartezeiten, die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Regel- und Pflegefamilien, dass dort nicht die nötige Spezialisierung und auch nicht das nötige Wissen vorhanden ist. Sie beschreiben auch die Triage, auf die Herr Maelzer schon hingewiesen hat. Gerade durch diese spezielle Auswahl an Kindern beginnt die Lücke für notwendige Hilfen. Das kann dazu führen, dass Kinder, die schon mehrere Unterstützungsangebote bereits mehrfach durchlaufen haben, weniger Chancen auf einen Therapieplatz haben.

Meine Frage ist: Wie stark wird die Hilfe für Kinder und Jugendliche mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, Traumatisierungen und gegebenenfalls schon gescheiterten pädagogischen Angeboten dadurch tatsächlich eingeschränkt? Wie lange unterliegen sie schon dieser Triage, und was muss sich aus Ihrer Sicht konkret ändern, damit dieses Verfahren nicht mehr zur Anwendung kommt?

Zacharias Schalley (AfD): Auch unsererseits vielen Dank für die eingereichten Expertisen. Meine erste Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Roggenkamp. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass es eine bedeutende Menge an ausgebildeten und qualifizierten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gibt, die sich der Aufgabe nicht gewachsen fühlen, sexuell traumatisierte Kinder zu behandeln. Woran liegt das Ihrer Kenntnis nach und wie könnte man dem entgegenwirken?

Die zweite Frage, die thematisch dazu passt, richtet sich an Herrn Höhner von der Psychotherapeutenkammer. Haben Sie auch davon Kenntnis und vielleicht sogar valide Zahlen zu diesem Missstand?

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Jetzt hat sich noch Frau Schneider von der FDP-Fraktion zu Wort gemeldet.

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender, wenn Sie so ein nettes Angebot machen, nehme ich das doch gerne an. Herzlichen Dank noch an die Sachverständigen. Ich habe zwei Fragen an die Sachverständigen Dr. Bergmann und Höhner. Sollten wir in diesem Zusammenhang zusätzliche Zulassungen ermöglichen, sie schneller möglich machen? Wie schnell könnten die aus Ihrer Sicht mit qualifiziertem Personal besetzt werden?

Wie bewerten Sie die Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychotherapie in der Krankenhausplanung des Landes insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung und der vorgegebenen Kriterien?

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Meine Damen und Herren Experten, jetzt kommt eine Herausforderung für Sie. Es waren umfangreiche Fragen, für die Beantwortungen haben wir immer eine Zielgröße von fünf Minuten, ich bin aber großzügig. Ich denke, Sie verstehen das, denn einige Experten neigen zu Vorträgen, was wir vermeiden möchten. Herr Dr. Bergmann beginnt.

Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Recht herzlichen Dank. Die erste Frage bezog sich auf die Identifizierung, wie man Kenntnis von dem Problem bekommt und der Frage der Priorisierung der Patienten. Dazu möchte ich Folgendes sagen: Wir arbeiten an einer Sensibilisierung der Kinderärzte, der Allgemeinmediziner und natürlich der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dafür haben wir beispielsweise einen Kindernotfallkoffer entwickelt. Dabei geht es darum, überhaupt Sensibilität dafür zu schaffen, dass es diese Probleme gibt, was natürlich immer vertuscht wird, und das ist das Problem bei der Geschichte.

Deswegen gibt es, entwickelt von der Ärztekammer Nordrhein, der KV Nordrhein über das Institut für Qualität IQN diesen Kindernotfallkoffer. Das ist eine Maßnahme, um überhaupt Kenntnis zu erlangen und die entsprechenden Schritte einleiten zu können. Das ist das viel größere Problem als im Weiteren zu priorisieren. Dafür gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Eine Möglichkeit, die sich jetzt gerade auftut, ist eine Arbeit an der KV-Richtlinie für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene ist sie schon verabschiedet. Es ist also eine Richtlinie für eine koordinierte Zusammenarbeit bei Patienten mit schwerer komplexer psychischer Störung – bei einer solchen handelt es sich sicherlich in diesem Bereich – zwischen den Fachärzten und den Psychotherapeuten aus dem Kinder- und Jugendbereich in diesem Fall, um hier einfach schneller und gezielter Therapiemöglichkeiten für die Betroffenen zu erschließen.

Das sind zwei Beispiele von Maßnahmen, die ich an der Stelle im Auge habe. Die reichen sicherlich nicht aus. Wir wissen von einer erheblichen Dunkelziffer. Auf der anderen Seite wissen wir von einer erheblichen Unterversorgung im Bereich der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung überhaupt. Das haben wir auch in unserer Stellungnahme geschrieben. Das war schon vor der Coronapandemie ein riesiges Problem. Es gab Wartezeiten auf einen Ersttermin von mehr als sechs Monate und auf einen tatsächlichen Therapietermin von etwas mehr als 14 Monate.

Das ist sicherlich für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche eine nicht tragbare Situation. Das sehen wir auch als Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein so. Das ist zudem ein bundesweites Problem. Ich weiß, dass das in allen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend diskutiert wird.

Damit bin ich bei Punkt 3, wenn ich Punkt 2 eben überspringen darf, den behandle ich gleich, und zwar bei der Frage, wie man das ändern kann. Wir sind jetzt bei der Frage der Bedarfsplanung. Die Frage der Bedarfsplanung wird nicht auf Landesebene gelöst und geklärt, sondern sie muss auf Bundesebene gelöst werden. Dafür ist der Gemeinsame Bundesausschuss, der entsprechende Richtlinien erlässt, zuständig.

Wenn die Frage lautet, wie man da zu wissenschaftlichen Kriterien kommen kann, muss ich sagen, dass wir uns das als KV-System ausdrücklich wünschen würden. Das würden wir uns nicht nur im Bereich der kinder- und jugendlichepsychotherapeutischen bzw. -psychiatrischen Versorgung wünschen, das würden wir uns auch im Bereich der Erwachsenen psychiatrischen Versorgung wünschen, denn auch da ist die Bedarfsplanung aus unserer Sicht eher unterirdisch, und das würden wir uns auch in vielen anderen Fachgebieten wünschen.

Tatsache ist, einfach mal als Hintergrundinformation, dass die Bedarfsplanung des GBA irgendwann auf die bestehenden Zahlen im Status quo aufgesetzt hat. Dann ist irgendwann Ist gleich Soll gewesen, und es wurde weiterentwickelt und an der einen oder anderen Stellschraube gedreht. Im letzten Jahr oder vor zwei Jahren ist noch einmal die Quote für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung angepasst worden. Da ist eine leichte Verbesserung erzielt worden.

Rein rechnerisch – wir reden ja oft von rechnerischen Größen – hatten wir eine Überversorgung, was nichts mit der tatsächlichen Wahrnehmung vor Ort, sondern mit einer rechnerischen Größe, zu tun hat. Wenn wir eine Bedarfsplanung haben, die mit den verbundenen Niederlassungsmöglichkeiten zu 100 % erfüllt ist, haben wir bei 120 % eine rechnerische Überversorgung, auch wenn Wartezeiten in den einzelnen Gebieten bestehen.

Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern hat die Erhöhung bei den Plätzen dazu geführt, dass in Nordrhein zwei oder drei Sitze zusätzlich entstanden sind, weil die anderen bereits durch eine Überversorgung „abgefrühstückt“ waren.

Das zeigt einfach, dass in diesem Bereich „Renovierungsbedarf“ besteht, ich darf es so pointiert formulieren, weil wir ansonsten an der Stelle einfach nicht weiterkommen und mit dieser Form der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung schlicht und ergreifend ein Problem haben. Deshalb würden wir als KV-System eine bessere wissenschaftliche Fundierung, die auf Prävalenzen und auf Morbidität in den einzelnen Disziplinen und gerade im Bereich der Kinder und Jugendlichen und der psychischen Erkrankungen aufsetzen muss, ausdrücklich begrüßen. Insofern würde sich diese Initiative an den Bund richten und an einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag an den GBA, in dieser Art und Weise tätig zu werden.

Unter Punkt 2 war nach der Prävention und Vorsorge gefragt worden, ob man Vorsorgeuntersuchungen nicht verpflichtend machen soll. Primavista erscheint es ganz

charmant zu sagen, dann verpflichten wir alle, irgendwohin zu gehen und das Kind vorzustellen. Ich bin mir nur nicht sicher, ob wir damit wirklich das Ziel erreichen, was wir wollen. Wenn wir an das konkrete Sujet denken – wir reden über den sexuellen Missbrauch von Kindern – und wissen, welche Vertuschungsstrategien hierbei eine Rolle spielen, dann hätte ich die große Sorge, dass es auch bei einer Verpflichtung immer Umgehungsstrategien gibt. Umgehungsstrategien können allein darin bestehen, dass man bestimmte Ärzte aufsucht und andere nicht. Das wäre meine Sorge.

Gleichwohl kann man sicherlich eine solche Frage prüfen. Ich persönlich, das ist meine persönliche Meinung, würde eine größere Neigung haben, weiter zu sensibilisieren und auch dafür zu werben, Vorsorgeuntersuchungen wirklich in Anspruch zu nehmen. Wenn man irgendetwas verpflichtend machen wollte, dann wäre das die Frage, ob man die Eltern verpflichtet, Vertragsleistungen durch Ärzte für die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen, oder ob es an anderer Stelle möglich wäre, wie zum Beispiel in Schule oder Kita, entsprechende Untersuchungen vorzunehmen.

Ich persönlich glaube, dass eine Sensibilisierung für das Thema und ein Werben für Vorsorgeuntersuchungen möglicherweise zielführender wäre als eine Verpflichtung. Ansonsten werfen Sie sich bei uns in geöffnete Saaltüren. Wir sind für jegliche Form von Prävention. Wenn im Grunde genommen alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen werden, die im System etabliert, bezahlt und vorgesehen sind, dann bestünde zumindest eine gewisse Chance, einen Missbrauch zu erkennen. Aber auch das möchte ich an der Stelle problematisieren zu glauben, dass wir durch verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen diese Kinder alle erkennen, denn auch die Vorsorgeuntersuchungen führen nicht zwangsläufig dazu, dass Kinder, die entsprechende Erlebnisse haben, identifiziert und erkannt werden. Das ist das eigentliche Problem. Daher habe ich am Anfang bereits gesagt, dass wir über die Maßnahmen des IQN versuchen, Kinderärzte, Allgemeinmediziner usw. für das Problem zu sensibilisieren, um überhaupt auch im Rahmen, sei es von kurativen Kontakten oder auch Präventionskontakten, das wirklich erkennen und diese Kinder identifizieren können.

Frau Schneider, Ihre Frage bezog sich auf zusätzliche Zulassungen. Das tun wir, soweit das möglich ist, weil wir um das Problem wissen. Wir haben Versorgungsgrade, was die kinder- und jugendlichepsychotherapeutische Versorgung angeht, die zwischen 110 und rund 200 % liegen. Das zeigt ein wenig das Problem. Am Anfang habe ich ein bisschen weiter ausgeholt, um Ihnen zu verdeutlichen, wie das Prinzip der Bedarfsplanung und der Möglichkeit, sie zu besetzen, aussieht.

Wir haben regelmäßig Anträge auf Sonderbedarf, denen wir auch nachkommen, die wir als KV auch unterstützen, weil wir um das Problem wissen. Zurzeit laufen 20 Anträge, die gerade im Prüfverfahren sind, die wir als KV-System befürworten.

Jetzt ist es aber so: Anträge auf Sonderbedarf gehen in den Zulassungsausschuss und werden dort geprüft. Da haben wir die Möglichkeit, als KV eine Stellungnahme abzugeben. Der Zulassungsausschuss ist aber im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung hälftig besetzt. Das heißt, wir haben 50 % der Stimmen, und die anderen 50 % haben die Krankenkassen. Da werden natürlich die Limitationen erkennbar.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Bei Herrn Bergmann habe ich jetzt gezeigt, wie großzügig ich sein kann. Vielen Dank, Herr Bergmann. – Jetzt kommen wir zur Psychotherapeutenkammer, zu Herrn Höhner.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Ich will mal schauen, dass ich kürzere fünf Minuten hinkriege, denn vieles von dem, was Herr Bergmann gesagt hat, kann ich mit unterstützen. Ich will das nicht weiter ausführen.

Ich möchte mich auf drei Punkte beschränken, und zwar einmal auf das Stichwort Bedarfsplanung. Zweitens möchte ich etwas zu der Frage sagen, wie im Bereich der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung die Probleme der konkreten Versorgung aussehen. Sie haben gefragt, ob sich die Therapeuten überfordert fühlen. Drittens möchte ich auf die konkrete Versorgungssituation eingehen, die jetzt auch im Zuge von Corona bekannt geworden ist. Ich beginne mit dem letzten Punkt.

Wir von der Kammer, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen wissen, dass im Bereich der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung in Münster und Umgebung die vorhandenen kinder- und jugendtherapeutischen Praxen zurzeit mit einer Auslastung von 180 bis 200 % arbeiten. Das ist die Auslastung. Das heißt, genaugenommen, wenn die abrechnen wollen, kann ihnen passieren, dass ihnen gesagt wird: Sie haben zu viel gemacht. – Ich muss nicht begründen, warum die das machen. – Das bedeutet aber auch, dass das System nicht nur rein rechnerisch am Ende ist, sondern auch faktisch.

Wenn man pro psychotherapeutischem Kontakt 50 Minuten braucht – man kann nicht weniger machen, weniger kann man nicht abrechnen – und man von diesen 50-Minuten-Kontakten sechs, sieben am Tag hat, dann können Sie sich vorstellen, wie Sie danach nach Hause gehen. Man ist am Ende. Das macht man fünf Tage, sechs Tage in der Woche. Wenn man 200 % Auslastung machen will, macht man es einige Monate. Das System ist zum Zusammenbrechen an dem Punkt vorprogrammiert. Das sage ich heute. Das ist die Ist-Situation. Das zu dem Thema, ob die Kinder- und Jugendlingspsychotherapeuten ihre Anforderungen erfüllen.

Das Zweite ist: Wie sieht der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgungsbedarf heute in der Regel bei Kindesmissbrauch oder bei sexuellen Übergriffen aus? – Ich möchte das in dieser Runde ein bisschen provokant formulieren. Die meisten Kinder werden nicht gewaltmäÙig übergriffig vergewaltigt. Diese Fälle gehen durch die Presse, und mit denen beschäftigen wir uns. Die allermeisten Kinder werden – entschuldigen Sie das Wort – verführt. Ich will damit sagen, es gibt Formen von psychologischer Gewalt, die als körperliche Gewalt nicht in Erscheinung treten. Die muss man erst einmal identifizieren. Das Identifizieren, Herr Bergmann erklärte es mit der Prävention, ist nicht die Frage der Kinder. Wenn Sie ein sechs-, sieben- oder achtjähriges Mädchen oder einen Jungen fragen, was der Papa mit ihnen macht, bekommen Sie natürlich nicht die Antwort: Der packt mich da und da an. – Das ist vielmehr eine Arbeit mit den Familien, und da beginnt die Arbeit mit der Prävention. Man muss sehr viel wissen und können, um in diesem Bereich die richtige Nase zu haben. Das zum Thema „Prävention“.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (14)
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (19.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

20.04.2023

Wir werden keine brauchbaren Maßnahmen entwickeln können, die flächendeckend einen relativen Anteil dieser stillen Missbrauchssituation ... – Entschuldigen Sie, wenn ich das so sage, das heißt nicht, dass ich das verharmlose, überhaupt nicht. Die stillen Übergriffe sind langfristig psychologisch und psychotherapeutisch häufig die schwierigen, weil sie nämlich häufig mit Loyalitätskonflikten verbunden sind. Es ist ein Unterschied, ob ein Kind überfallen wird. Da ist die Aufteilung in Gut und Böse einfacher, als wenn es ein Verwandter ist. Ich denke, ich kann deutlich machen, wo das therapeutisch-psychologische Problem versteckt ist.

Zu dem Thema „Bedarfsplanung“ möchte ich nur noch einen Hinweis geben. Herr Dr. Bergmann hat es schon gesagt. Wir, also die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sind 1999 gesetzlich ans Netz gegangen. Die Befufe sind jetzt 23 Jahre alt. Da hat man tatsächlich die damalige Ist-Situation zum Soll erklärt. Das war ein politischer Kompromiss. In diese Berechnungen ging ein, dass damals 5.000 Anträge noch nicht bearbeitet waren, die dann auch nicht mehr bearbeitet wurden. Die damalige ambulante Versorgungssituation in der ehemaligen DDR, die generell noch sehr knapp war, um es freundlich zu sagen, wurde mit hereingerechnet. Nach meinen Berechnungen sind wir in NRW mit einem Versorgungsminus von mindestens 40 % gestartet. Wenn heute gesagt wird, die Versorgung in Düsseldorf liegt bei 150 %, dann muss man aber wissen, dass sich das auf diese Zahl bezieht. Mit so etwas kann man alles berechnen.

Die Versorgungssituation ist seit Langem defizitär, das wissen alle, das wissen auch die Kassen, das wissen die KVen, das weiß die Politik, das wissen auch unsere Ministerien. Die Frage ist ja, warum sich nichts bewegt. Zwei Sachen möchte ich dazu ausführen: Die Richtlinie zur Versorgung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat bestimmte Maßnahmen, die sie den Behandlern zur Verfügung stellen und bestimmte Maßnahmen nicht. Wenn Sie mit Kindern arbeiten, müssen Sie auch die Schule, die Kindertagesstätte und die Familie aufsuchen. Dafür können Sie zurzeit nichts abrechnen. Das heißt, wenn gesagt wird, die fühlen sich dieser Aufgabe nicht gewachsen, ist das im fachlichen Bereich Unsinn. Entschuldigen Sie, wenn ich das so sage. Es wird vieles erzählt, aber fachlich ist das Unsinn. Wir haben eine außerordentlich qualifizierte Grundausbildung, und wir haben permanente Fortbildungen, die übrigens auch rechtlich verpflichtet sind. Eine Zulassung kann entzogen werden, wenn die Fortbildung nicht nachgewiesen wird. Wir kontrollieren das, und ich unterschreibe jede Woche so und so viel Zertifikate. Das wird kontrolliert, und es gibt auch entsprechende Sanktionen. Daran liegt es nicht.

Wenn Sie aber mit dem Repertoire, was Sie finanziell an Leistungen erbringen dürfen, die Versorgung nicht leisten können, dann können Sie sich manchmal die Versorgungsleistungen nicht leisten, im wahrsten Sinne des Wortes. Wenn Sie keine Kontakte zur Kindertagesstätte, zur Schule, zur Familie und zum Jugendamt refinanzieren können, dann können Sie das alles über Freizeit machen. Das wird vielfach gemacht, aber das ist kein System. Das ist ein konstruierter Mangel.

Frau Schneider hatte gefragt, ob die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhausversorgungsbereich ausreichend berücksichtigt wird. Ich möchte nur darauf hinweisen:

Im GBA liegt seit fünf Jahren die Novelle zur Personalausstattung der Versorgungskrankenhäuser Psychiatrie auf dem Tisch. Seit fünf Jahren! Diese Novelle hat es bis heute nicht fertiggebracht, die in den medizinischen Versorgungsleitlinien, also in dem, was die Fachverbände an Leitlinie zur Behandlung ausweisen, in Personalmengen zu übersetzen. Wir haben nach wie vor einen Personalmangelbedarf in diesem Bereich. Wir haben mittlerweile, jetzt nur eine Zahl, im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie eine Stunde psychotherapeutische Behandlung im Krankenhaus pro Woche. Entschuldigung, das kann man auch lassen. Das ist einfach defizitär. Über die Gründe, warum das so ist, kann man mal länger als fünf Minuten sprechen.

Die Darstellung der wissenschaftlichen Begründung einer Bedarfsplanung kann ein Nobelpreiswerk sein, kann aber auch viel einfacher erfolgen. Man kann es aber erst einmal machen, es wird aber nicht gemacht.

Wenn Sie heute die Kassen fragen, nach welchen Parametern die Mengen, die Sie in der Niederlassung brauchen, geplant werden, sagen die: Das, was damals aufgesetzt worden ist. Wir haben keine Planung. Wir wissen in diesem Bereich – über die anderen Bereiche kann ich nichts sagen – nicht, wie groß der wirkliche Bedarf ist. Wir machen einfach das, was wir haben, weiter.

Einen Punkt möchte ich noch bei der Diskussion ergänzen. Es ist mir ein außerordentlich großes Anliegen. Eine Verbesserung der Versorgung ist ohne eine Verbesserung der Jugendhilfe nicht möglich. Es ist nicht sinnvoll, das alles zu pathologisieren und erst dann zuzugreifen, wenn medizinische oder psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen initiiert sind. Die Jugendhilfe muss mengen- und qualitätsmäßig anders aufgestellt werden. Das habe ich hier schon zwanzigmal gesagt, und ich habe den Eindruck, dass ich das auch noch zwanzigmal sagen kann. Die Frage, ob sich da etwas bewegt, ist jetzt das politische Geschäft.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Jetzt kommen wir zu Frau Busch. Sie haben die erste Fragerunde nicht mitbekommen, wir nehmen Sie dann bei der zweiten Runde mit.

Wir gehen weiter zu Frau Weber, die gleich vier Spitzenverbände vertritt, nämlich die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen, den Städtetag, den Städte- und Gemeindebund sowie den Landkreistag. Mehr geht nicht, Frau Weber. Möchten Sie Stellung nehmen? – Bitte.

Bianca Weber (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen): Herr Maelzer fragte, wie eine gute Bedarfsplanung aussehen könnte. Wir hatten ja schon darauf hingewiesen, dass es erhebliche Mängel insbesondere bei der Versorgung von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Ruhrgebiet und im ländlichen Raum gibt. Die Situation hat sich, das haben die Vorredner auch schon gesagt, unter Corona deutlich verschärft.

Wir finden die im Antrag vorgeschlagene Differenzierung der Bedarfserhebung und die damit angestrebte gerechtere Verteilung der Kassensitze in den Bereichen Psychotherapie für Erwachsene und Kinder- und Jugendpsychotherapie für sehr sinnvoll. Das

ist, wie Sie ausgeführt haben, dann auf Bundesebene zu klären. Das Land kann sich an der Stelle nur im Gemeinsamen Bundesausschuss dafür einsetzen, dass entsprechend vorgegangen wird.

Im stationären Bereich sieht das anders aus. Das Land müsste im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigen, dass es ein bedarfsorientiertes Angebot an Plätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einplant.

Das waren dann schon die Fragen, die an uns gestellt wurden.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Wir kommen nun zum Kompetenzzentrum Kinderschutz. Frau Dr. Brüning, bitte.

Dr. Tanja Brüning (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW): Ich habe verschiedene Themen identifiziert. Das eine war die Frage nach der Erfahrung mit Netzwerk, Koordinierung, Vorsorge und Prävention. Wie stellen wir uns die Ausbildung von Fachpersonal, aber auch das Coaching vom Umfeld vor?

Vielleicht zusammengefasst: Wie wäre jetzt aus unserer medizinischen Sicht der Idealzustand? Deswegen würde ich eigentlich gerne mit der Frage nach Vorsorgen und Prävention anfangen. An sich ist es ja immer wünschenswert, dass wir die Kinder regelmäßig sehen. Ich würde mich meinen Vorrednern anschließen: Die Frage ist der Fokus. Der größte Mehrwert dieser regelmäßigen Vorsorgen ist, dass wir ganz viel über das Umfeld des Kindes mitbekommen. Es gibt da ja auch eine gute Studienlage, dass man viel weniger Kinder über die Untersuchung identifiziert als über die Risikofaktoren in der Familie. Deswegen wäre auch dann die Frage beantwortet, wer eigentlich diese Vorsorgen machen muss: Im Idealfall wäre das nämlich immer der Gleiche in der gleichen Praxis damit man mitbekommt, was sich in der Familie ändert. So ganz basale Fragen, „Wie geht es Ihnen denn?“ können für die Gesundheit des Kindes ganz, ganz viel bedeuten.

Um das zu erreichen, müssen wir zunächst dafür sorgen, dass alle Kinder wirklich im System sind. Das sind vielleicht nicht viele, aber wir sehen immer mal wieder Kinder, die gar nicht angemeldet worden sind, die zwar in Geburtskliniken geboren wurden, die Anmeldung aber doch irgendwie untergegangen ist, weil es eine Frage von Zuständigkeiten war. Dann landen die erst mal nirgends. Es ist dann schon schwierig, überhaupt ins System zu kommen.

Bei den verpflichtenden Vorsorgen sehen wir ja auch Probleme. Wenn es bundeslandübergreifend ist, wenn man also beispielsweise an der Grenze zu Hessen wohnt und da zum Kinderarzt geht, ist es ja auch schon schwierig, das nachzuhalten, sodass man da sicherlich ein gutes Konzept bräuchte, um diesen Mehrwert nutzen zu können, um viel über die familiäre Situation und natürlich die Defizite des Kindes zu erfahren.

Auf die Frage, was gut funktionieren könnte, würden wir ärztlich eigentlich immer antworten: Belohnungssysteme. Man sollte es nicht per se anlegen nach dem Motto, „Wenn Sie da nicht hingehen, hat das eine negative Konsequenz“, sondern in erster Linie genau die 80 % mit diesen Vorteilen locken. Dadurch bringt man die 20 %, die

es nicht nutzen, in die Situation, sich erklären zu müssen, warum sie jetzt einen Mehrwert an der Stelle nicht wahrnehmen, insbesondere, wenn es vielleicht vorgeschrieben ist.

Wenn man jetzt denkt, man erwischt diese Kinder und die Familien alle bei Vorsorgen, bräuchte man dann nämlich das Stichwort „Netzwerk“. Diese Familiendefizite sind ja dann weniger etwas isoliert Pädiatrisches, sondern da brauchen wir die Jugendhilfe, freie Träger, Schulen, Kindergärten. Da ist man dann eben bei Erfahrung und Netzwerk. Also der gute Wille ist sicherlich von allen da, im Moment ist es jedoch eine große Frage der Kapazitäten und auch der Personalfuktuation. Wir sehen im KKG, dass der Austausch unter den Ärzten eigentlich gut ist und auch gut genutzt wird und, was man so hört, er in den einzelnen Professionen untereinander genauso gut ist; professionsübergreifend ist es jedoch schwieriger. Bei Netzwerktreffen ist es tatsächlich so, dass man immer das Gefühl hat, man stellt sich jedes Mal neu vor, weil da neue Menschen sitzen. Um aber effektiv arbeiten zu können, müsste man eine Kontinuität haben.

Die Kontinuität im Personal erreicht man eigentlich nur, wenn man denen Perspektive bietet. Man kann sich heute jeden Job im Prinzip aussuchen, wenn man genügend gut qualifiziert ist. Aber mit einem Jahresvertrag hält man sicherlich niemanden, der gut qualifiziert ist und der auch überall anders etwas bekommen könnte. Das müsste sich konkret ändern, und gerade im Bereich Kinderschutz brauchen wir eben qualifizierte Leute. Das ist ja auch schon angeklungen. Man braucht Erfahrung und vor allem auch ein gutes Umfeld, was man kennt, um diese Emotionalität da herauszuholen. Denn das ist ja der Hauptpunkt, dass man nicht emotional reagiert, sondern fachlich handlungsfähig bleibt.

Das gilt genauso für den Bereich der Prävention. Am Ende funktioniert das immer über Täter*innenstrategien, das ist ja auch schon angeklungen, und davor ist natürlich auch das ärztliche System nicht gefeit. Die institutionellen Schutzkonzepte müssen da greifen, denn es ist klar, dass wir gegen eine richtig gute Täterstrategie nicht alle gefeit sind. Die werden uns nicht auffallen. Umso mehr müssen wir genau bei den begünstigenden Faktoren, die Täter nutzen, ansetzen. Das sind sämtliche Bedürfnisse der Kinder, die nicht gedeckt sind. Da müssen wir ansetzen. Diese Bedürfnisse müssen gedeckt sein, um es den Tätern einfach schwerer zu machen. Das funktioniert dann nur multiprofessionell, und da sind wir dann eben beim Umfeld.

Es gibt genügend Fälle, wo einem das vielleicht nicht gut passt, dass das Kind in der Familie bleibt. Trotzdem ist das dann eben so entschieden, und dann müssen wir alles machen, dass von Tag 1 des Bekanntwerdens sich das Leben des Kindes ändert, auch wenn es vielleicht noch keinen Therapieplatz hat. Denn die Erfahrung zeigt ja, auch mit der Frage, warum Therapeuten sich das nicht zutrauen, dass es immer die gleiche Antwort ist. Man kann isoliert nur mit dem Kind eigentlich gar nichts erreichen, wenn es in dem gleichen Umfeld bleibt. Dann kann man, egal wie viele Sitzungen man da zugesprochen bekommt, es fast lassen. Eine gute Therapie bedeutet ja: Das Umfeld ist verbessert, es entstehen keine neuen Gefährdungen und die intrinsische Motivation ist da, an diesem Trauma weiter zu arbeiten. Das müssen wir alle gemeinsam in den Professionen erst einmal schaffen.

Diese Situation zu etablieren, dass sich das Kind auf eine Therapie einlassen kann, muss das Ziel sein. Das hatte ich ja in der Stellungnahme geschrieben: Wir müssen von Tag 1 in die akut notwendigen Maßnahmen wie die Stabilisierung, die Arbeit auch mit dem Umfeld und am Schluss die längerfristige Therapie, die dann für das Kind auch nicht begrenzt sein sollte, dass man sagt, nach zehn Sitzungen muss das erledigt sein, unterscheiden. Das wird auch nach der Erfahrung nicht zum Schaden von Kind und Familie sein, wenn sich von Tag 1 an etwas verbessert. Denn nur dass man sich damit beschäftigt, was das Trauma bedeutet und wie man damit weiterleben kann, ist meistens gar nicht der Fokus der Kinder. Die machen sich vielmehr Sorgen um die Mutter, die jetzt nur noch weint, seitdem der Onkel eingesperrt ist, denn das war doch ihr Lieblingsbruder.

Auch da kommt ein Therapeut natürlich erst einmal nicht dran, wenn der Fokus des Kindes zunächst ein anderer ist, als sich damit zu beschäftigen, was an Taten passiert ist. Das ist eine multiprofessionelle Aufgabe, die eben – damit sind wir wieder bei der Erfahrung mit Netzwerken – nur gelingt, wenn gutes Personal vorhanden ist, was auch längerfristig bleibt, sodass man eine Chance auf Vernetzung hat und nicht wieder mit neuen Personen neu anfangen muss.

Martin Roggenkamp (Ärztliche Kinderschutzambulanz Bergisch Land): Ich möchte nicht alles wiederholen, was Sie schon richtigerweise benannt haben. Bei der Prävention geht es natürlich in erster Linie um das Thema „Risikominimierung“. Das heißt, wir werden, auch wenn wir verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen mit Sanktionen durchführen, trotzdem nicht alle Familien, also die 20 % der Dunkelziffer, die sozusagen durchs System rutschen, erwischen. Nichtsdestotrotz: Wenn etwas in diese Richtung eingeführt werden würde, würde es zumindest die Risiken unter Umständen für einige dann doch minimieren.

Gerade im Bereich der sexuellen Gewalt, das wurde richtigerweise auch gesagt, werden Sie über frühe Vorsorgen wahrscheinlich kaum akut sexuell betroffene Kinder herausfiltern bzw. diagnostiziert oder vorgestellt bekommen, weil es oft eben gar keine sichtbaren Anzeichen von Verletzungen oder wie auch immer gibt, sondern an der Stelle kann es bei der Prävention, wie Frau Brüning eben auch schon gesagt hat, letztendlich nur darum gehen, die Voraussetzungen, die Missbrauch ermöglichen, ein Stück zu minimieren. Das heißt, es müssen die Faktoren, die Risikofaktoren für Kinder darstellen – und das ist oft im sozialen und familiären Umfeld natürlich der Fall –, also frühe Bindungsverluste, frühe Bindungsstörungen oder eben auch Vernachlässigungen emotionaler Art, die im späteren Verlauf der Kinder die Vulnerabilität erhöhen, um von Missbrauch betroffen zu sein, ein Stück weit reduziert werden.

Bezogen auf die Priorisierung, das war ja eine häufig gestellte Frage, ist es bei uns so, dass wir natürlich eher im Akutbereich tätig sind. Das heißt, die Kinder werden bei uns in einer Phase vorgestellt, wo eben Dinge aufgrund von Personalmangel und der Menge an Fällen, die wir eben bekommen, noch nicht ganz klar sind und es oft notwendig wird, doch eine Priorisierung von unserer Seite durchzuführen, die sich aber nicht ausschließlich auf das Thema der sexuellen Gewalt bezieht. Das heißt nicht, die

von sexueller Gewalt betroffenen Kinder werden vorgezogen, sondern es bezieht sich auf alle von Gewalt betroffenen Kinder, also mit allen Formen, wo wir in erster Linie darauf schauen müssen, wie im Moment die Risikolage für das Kind ist. Wenn ich also ein Kind habe, das in Obhut genommen ist und erst einmal in einer Pflegefamilie gesichert untergebracht wird, dann habe ich da vielleicht ein bisschen mehr Zeit, um eine spezifische Diagnostik oder eine Einschätzung durchzuführen als bei einem Kind, das eben noch in einem gefährdeten Umfeld lebt.

Genauso verhält es sich bei dem Alter des Kindes, was natürlich auch einen Risikofaktor darstellt. Das heißt, je jünger die Kinder sind, desto vulnerabler sind die Kinder und desto höher ist oft die Priorität, sich diesen Kindern dann rechtzeitig anzunehmen.

Generell ist es so, dass es ein hohes Aufkommen gibt. Das war auch ein Teil der Frage, ob sich dieses Aufkommen gerade im Bereich der sexuellen Gewalt erhöht hat. Im Bereich der sexuellen Gewalt hat es einen enormen Anstieg in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der vermehrten Aufdeckung kinderpornografischer Aktivitäten im Internet gegeben. Dabei ist es sehr häufig der Fall, dass durch die Polizei recherchiert wird, und vor dem Hintergrund der vergangenen Ereignisse in Lügde, in Bergisch Gladbach oder wo auch immer das Personal bei den zuständigen Sonderkommissariaten extrem aufgestockt wurde. Das heißt, da, wo vorher ein oder zwei Beamte saßen, sitzen jetzt zwölf und durchforsten das Internet nach diesen Dingen. Und wo ich genauer suche, da finde ich auch mehr. Vor dem Hintergrund kann man für den Bereich der sexuellen Gewalt zumindest dahingehend, was eingeschätzt werden muss, schon bestätigen, dass die Fallanfragen gestiegen sind.

Herrn Höhner muss ich an der Stelle zustimmen, dass man eben Psychotherapie für Kinder nicht losgelöst von Jugendhilfe sehen kann. Das heißt, die Ausstattung der Jugendhilfe hat hohe Priorität, Psychotherapie kommt nachher, und Psychotherapie kann überhaupt erst dann erfolgreich sein, wenn ein Kind in einem gesicherten Rahmen ist. Bevor dieser Rahmen aber über Jugendhilfe wie auch immer nicht hergestellt ist, lohnt auch keine Therapie, weil dafür eben ein gesicherter Rahmen notwendig ist. Ansonsten sind die Kinder in der Regel unter Umständen noch weiter in einem traumatischen Prozess gefangen, und die Therapie läuft ins Leere.

Daher lautet unser Anliegen natürlich auch immer: Eine gute Vernetzung und eine gute Kooperation mit den verschiedenen Teilen, die bei dem Thema der sexuellen Gewalt miteinander arbeiten, zu schaffen, indem das Gesundheitssystem, aber auch die Polizei und die Juristerei unter Hinzunahme der Jugendhilfe mit einbezogen werden, weil es ohne diese Kooperation, ohne diese Netzwerke an der Stelle eben nicht geht. Die Erfahrung aus der Praxis, bezogen auf das neue Kinderjugendschutzgesetz, ist aus unserer Sicht, dass die Kommunen oder Städte langsam beginnen, das umzusetzen, auch mit dem Thema der Vernetzung.

In Remscheid, wo wir ja unseren Sitz haben, hat jetzt vor – ich glaube – elf Monaten ungefähr der erste Zusammenschluss, das erste Findungstreffen stattgefunden. Ich kann es nicht für viele Städte sagen, weiß aber, Wuppertal ist da auch auf dem Weg. Also von denen, die bei uns in der Nähe sind, weiß ich es. Aber es ist auf dem Weg. Es beginnt.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Wir kommen zur zweiten Runde. Gibt es weitere Fragen?

Susanne Schneider (FDP): Es wird Sie nicht wundern, dass die Gesundheitspolitikerin der FDP-Landtagsfraktion wieder die Herren Bergmann und Höhner anspricht, die meine Frage sicher kurz beantworten können. Und zwar: Wie schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme der KJPT als eigene Arztgruppe im Zuge der Reform der Bedarfsplanung auf Bundesebene ein? Welche Vorteile können damit verbunden sein, oder was könnte aus Ihrer Sicht dagegensprechen?

Herr Höhner, Sie haben in Ihrer Stellungnahme ergänzende Forderungen zu unserem Antrag genannt, wenn Sie die noch einmal kurz erläutern könnten.

Zacharias Schalley (AfD): Ich würde gerne meine Frage aus der ersten Runde wiederholen, weil ich dazu, ich glaube von Herrn Roggenkamp, keine Antwort gekriegt habe und Herr Höhner auch nicht wirklich sagen konnte, ob überhaupt Zahlen vorliegen. Sprich: Haben Sie zur Belastung von Therapeuten für Jugendliche etwas Valides vorliegen? Also vor dem Hintergrund: Ein Dachdecker mit Höhenangst kann nicht arbeiten. Also bringt es das nicht.

Und um die Gelegenheit mit einer zweiten Frage schnell noch rund zu machen, eine Frage an Herrn Dr. Bergmann und Herrn Höhner. Wie sieht denn das Potenzial bei Therapeuten für Jugendliche mit sexuellem Missbrauch aus? Wie ist aktuell der Stand? Wie ist das Durchschnittsalter, gehen da bald viele in Rente, kommen da genug Leute nach? Also, wie ist die voraussichtliche Personalentwicklung? Kann man den Schlüssel hochschrauben, dass es mehr Stellen geben kann? Haben wir auch mehr Leute, die die besetzen? Kommen auch genug nach, oder kommt da bald der Bruch, dass die alle in Rente gehen?

Jens Kamieth (CDU): Unsere zweite bzw. dritte Frage geht an Frau Weber, Herrn Höhner und Herrn Roggenkamp. Und zwar ist Hintergrund die Forderung nach mehr Forschung und Einrichtung von Lehrstühlen. Könnten Sie bitte noch einmal benennen, welche Erwartungen Sie an die Professuren dieser Art hätten? Was müssen sie leisten, was können sie nicht leisten, und was sollte vielleicht in der Konzeption in der Anlage schon vermieden werden?

Eileen Woestmann (GRÜNE): Meine Frage geht an Frau Brüning, und zwar benennen Sie, dass es eine bessere Vernetzung von Akteur*innen und vor allem auch eine Optimierung von Abläufen braucht, damit Kinder, die sexualisierte Gewalterfahrungen gemacht haben, schneller Hilfe erhalten und sich die Prognose auch verbessert. Könnten Sie dazu konkret ausführen, welche Abläufe aus Ihrer Sicht konkret optimiert werden müssen, welche Akteur*innen sich da besser vernetzen müssen und was es auch noch mal aus Ihrer Sicht braucht, damit es besser gelingen kann?

Meine zweite Frage geht an Herrn Höhner. Welche niederschweligen Angebote eignen sich denn für Kinder und Jugendliche, und wie können diese niederschweligen

psychotherapeutischen Angebote auch in der Kinder- und Jugendarbeit in Sportangeboten, in der offenen Jugendarbeit integriert werden?

Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein): Vielen Dank für die Frage, Frau Schneider. Wir haben ja bisher die etwas abstruse Situation, dass wir keine wirklich eigene Bedarfsplanung für die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben, sondern die Planung sieht einfach so aus, dass 20 % der Erwachsenenpsychotherapeuten für die Kinder und Jugendlichen vorgesehen sind. Ich glaube, es wäre ein erster wichtiger Schritt, hier auf der Bundesebene eine eigene Gruppe zu definieren, eine eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzuführen. Wenn man das macht, dann muss man natürlich auch andere Kriterien zugrunde legen, denn Kinder sind a) keine kleinen Erwachsenen und b) müssen wir natürlich zuerst ermitteln, wie viele Kinder überhaupt im Land sind.

Ich habe eben schon bei der ersten Runde gesagt, dass wir andere Kriterien zugrunde legen müssen. Die Kriterien, die hier an allererster Stelle zu nennen sind, sind schlicht und ergreifend die epidemiologischen Daten, also die Morbiditäten: Wie viele Kinder sind denn krank? Was wissen wir über die Zahlen? Und dann können wir die Bedarfe entsprechend planen. Ich denke, ja, die Schaffung einer eigenen Gruppe wäre der erste wichtige Schritt.

Ich kann nicht sagen, wie ich das einschätze. Ich denke, hier erfordert es schlicht und ergreifend einer Initiative des Verordnungsgebers. Dann wird der GBA das auch entsprechend tun. So viel dazu.

Dann kam die Frage nach den Altersstrukturen und ob das personell zu schaffen ist. Erst einmal aus Sicht der KV – Herr Höhner wird das sicherlich gleich ergänzen –: Sowohl mit dem Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, also der Bereich der fachärztlichen Versorgung, als auch mit dem der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung sind Psychiater und Psychotherapeuten natürlich mit den Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen und ihrer Versorgung bestens vertraut. Das Therapiesetting bei Kindern und Jugendlichen, sei es nun bei Gewalt jeglicher Art oder eben auch bei sexueller Gewalt, ist ja nicht ganz unähnlich. In jedem Fall, auch bei anderen Erkrankungen, spielt der Einbezug des Umfeldes, also primär der Familie und des weiteren Umfeldes, natürlich eine ganz wesentliche Rolle. Insofern sind hier durchaus flächendeckend die Voraussetzungen gegeben, sich derartiger Störungen, über die wir hier heute sprechen, anzunehmen.

Zum Zweiten ist es so, dass wir anders – so verstehe ich den Hintergrund Ihrer Frage – als in vielen anderen Fachgebieten – Stichwort „hausärztliche Versorgung“ zum Beispiel – im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung und auch der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung hier nicht das Problem haben, davon ausgehen zu müssen, dass sozusagen durch die Berentung der Babyboomer eine Riesenversorgungslücke entsteht, weil nicht genügend nachkommen würden, sondern wir wissen, dass hier die Ausbildung durchaus genügend Nachwuchs schafft, sodass wir keine Sorge hätten, entsprechend freierwerdende Stellen oder auch, und das ist das,

worüber wir ja gerade reden, neu zu schaffende Stellen im Rahmen einer überarbeiteten Bedarfsplanung tatsächlich zu besetzen. Vielleicht mal so viel.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Ich will das einfach nur ergänzen, Herr Schalley. Die durchschnittliche Alterspyramide bei den Psychotherapeuten und bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geht deutlich in die jüngeren Jahrgänge, weil die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen enorm gewachsen ist. Wir haben in NRW mittlerweile 14.000 approbierte Psychotherapeuten. Der Nachwuchs ist vorhanden, und das Fach ist extrem attraktiv. Die Versorgung ist nicht – was Herr Bergmann auch schon gesagt hat – eine Frage der ausgebildeten Personen, sondern der Tätigkeitsmöglichkeiten.

Wenn wir im Ruhrgebiet, ich sage jetzt einfach mal eine Zahl, 200 Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schaffen würden, wären die in einem halben Jahr besetzt. Auch in der Eifel. Wir haben keinen einzigen offenen Platz in dem Bereich, auch nicht im ländlichen Gebiet. Das ist nicht unser Problem. Ich will nicht so tun, als wenn ich darüber erfreut wäre, dass wir das Problem nicht haben. Das ist das eine.

Zweitens möchte ich etwas zum Thema der eigenen Richtlinie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausführen. Das wäre aus zwei Gründen erforderlich. Einmal, was Herr Bergmann gesagt hat: Es macht einfach keinen Sinn, die Zahl von 20 %, die 1999 oder 2000 ins Gesetz geschrieben wurde, ad ultimo fortzuschreiben.

Der dritte wichtige Punkt. Wir haben im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie andere Methoden, andere Herangehensweisen, die jetzt in dem Behandlungskatalog nicht vorhanden sind. Ich habe es ja eben schon gesagt. Die Erwachsenen sind mehr in der Lage und auch gern in der Lage, in die Praxen zu kommen. Das ist bei Kindern, je jünger sie sind, gar nicht möglich. Als Therapeut müssen Sie Familien aufsuchen, Sie müssen auch mal in eine Kindertagesstätte gehen. Und da komme ich zu der Frage von Ihnen, wie man eigentlich im Bereich der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Versorgung, aber auch – ich sage das jetzt absichtlich mal getrennt – im Bereich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Hilfe brauchen, die Situation verbessern kann.

Spricht man hier über begrenzte Ressourcen – das steht ja immer im Hintergrund –, dann stellt man sich die Frage, wo man das knappe Geld investiert. Wenn ich das machen müsste, würde ich es in die Kindertagesstätten investieren, und zwar in die Ausbildungsqualität der Leute. Es geht nicht an, dass wir in den Kindertagesstätten Personen haben, die noch nie in ihrem Leben mit Kindern etwas zu tun gehabt haben; dass es das erste Mal ist, wenn sie in die Kindertagesstätte kommen. Die Qualität der Ausbildung ist – ich weiß, dass ich mich jetzt in alle Nesseln setze – nicht gut und nicht ausreichend. Da müssen wir investieren.

Jetzt fragen Sie sich, wo wir da investieren. Das ist auch übrigens keine Frage der Lehrstühle. Die wissenschaftliche Erforschung in dem Bereich hat keinen schlechten Stand. Es gibt einen ausgesprochen aktiven Lehrstuhl in der RUB, in der Ruhr-

Universität Bochum, der Kinder-/Jugendlichenlehrstuhl dort ist ausgesprochen aktiv in diesem Bereich. Das ist nicht das Problem. Das Problem ist ja, wie dieses Wissen an die Stellen kommt, wo es gebraucht wird. Das ist der Punkt.

Das Beispiel ist Folgendes. Als wir hier die Runde zum Kinderschutz hatten, ging es um die Frage der Qualifikation im Bereich der Jugendhilfe. Da sagten die Vertreter – nicht ich – der Fachhochschulen Koblenz und Frankfurt: In unserem Curriculum ist das Thema, was ihr hier auf der Tagesordnung habt, in dem Umfang, wie wir es brauchen, gar nicht vorhanden. Also, wenn ich doch Sozialpädagogik studiere mit allem Eifer, dann bekomme ich das im Rahmen von sechs Semestern nicht angeboten. Damals haben wir gesagt, wir müssen berufsbegleitend die Qualifikation schaffen. Das macht man eigentlich immer nur mit Fortbildungs- und Supervisionsmaßnahmen. Das muss man tun. Da gibt es eine Menge an Angeboten, und die kosten auch nicht so viel. Wenn ich mir überlege, wofür wir überall Geld ausgeben – das lasse ich jetzt weg –, dann ist das eine Investition in die Zukunft.

Sie fragten, was wir tun sollten: Wir sollten in diesem Bereich tatsächlich investieren. Wenn wir im Bereich Kinder und Jugendliche in Alltagshilfen investieren, brauchen wir umso weniger professionelle Hilfen.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Frau Busch, Ihnen sind jetzt nicht direkt Fragen gestellt worden. Gleichwohl möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, falls Sie zur Gesamtproblematik etwas sagen wollen, das jetzt zu tun.

Hanna Busch (Stadt Essen, Jugendpsychologisches Institut): Vielen Dank. – Ich komme ein bisschen mehr mit dem Blick aus der Praxis. Ich bin in der spezialisierten Beratung bei sexualisierter Gewalt tätig. Ich kann mich vielem anschließen und sehe ein grundlegendes Problem in unserem Beratungsfeld, dass, selbst wenn Inobhutnahmen und auch Sicherstellung von Rahmenbedingungen erfolgt sind, wir im Rahmen unserer Beratungstätigkeit eben nicht das anbieten können, was sich an therapeutischem Bedarf dann meistens in Folge zeigt und wir wirklich die große Schwierigkeit haben, dass wir kaum niedergelassene Therapeuten auch nach Rückfrage haben, an die wir weiterverweisen können. Das heißt, jetzt haben wir mit dem Ausbau der Beratungsstellen viele Beratungsstellen geschaffen, aber die Weiterleitung ist nicht gewährleistet. Da merken wir, dass wir einfach einen großen Mangel haben.

Das ist genau das Thema, und das kann ich aus der Sicht bestätigen. Wir haben Rücksprache mit den Obmännern der niedergelassenen Psychotherapeut*innen bei uns gehalten. Da wird uns mitgeteilt, dass auch in dem Bereich, gerade auch durch die langen Wartezeiten, doch noch eine Sondierung dahingehend stattfindet, dass viele niedergelassene Therapeuten mit Sicherheit eine gute Ausbildung haben. Ich habe die gerade selbst frisch durchlaufen – zu dem Thema finden Seminare statt –, auch wenn ich, das kann ich gleichzeitig sagen, eine gute Traumaweiterbildung nicht habe. Ich kann das gar nicht in dem Ausmaß anbieten. Wir bekommen die Rückmeldungen, dass grundsätzlich viel zu wenig Plätze zur Verfügung stehen. Das ist das, was bei uns auftaucht.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (14)
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (19.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

20.04.2023

Im Rahmen der Fachstelle führen wir ganz viele Fachkräfteschulungen durch. Wir haben ein großes Ausmaß an Rückfragen, die auch die gerade getätigten Aussagen unterstützen. Es besteht da wirklich eine große Unwissenheit über fehlende Schutzkonzepte. Auch die mangelhafte Beschleunigung der Begleitung solcher spiegelt sich da wider, was durch die Beratungsanfragen, die wir für Fachkräfte erhalten, bestätigt wird. Es zeigt aber auch, wie mangelhaft das Wissen da ist. Das ist mit Sicherheit ein Punkt, der zumindest zu einigen Verläufen negativ beiträgt.

Bianca Weber (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen): Sie hatten zu den Forschungsprojekten an den Lehrstühlen gefragt. Darauf hatten wir in unserer Stellungnahme keinen Bezug zu genommen. Insofern kann ich dazu jetzt nichts Konkretes sagen. Wir haben grundsätzlich keinen speziellen Bedarf an Forschungsprojekten. Man muss natürlich überlegen, welche Maßnahmen insgesamt zu einer besseren Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen führen. Aber mir ist jetzt kein konkreter Arbeitsauftrag präsent.

Dr. Tanja Brüning (Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW): An mich war die Frage nach der Vernetzung, was da konkret passieren muss, gestellt worden. Wenn ich jetzt an bestimmte Fälle denke, und dafür soll ja die Vernetzung genau sein, dass man im Einzelfall ganz konkret handlungsfähig ist, dann muss ich leider noch einmal aufs Personal zu sprechen kommen, weil man schon einen großen Unterschied merkt, wer in seinem Fach erfahren ist oder nicht. Ich glaube schon, dass die Koordinierungsstellen wissen, welche Angebote es gibt. Aber ich glaube, es ist gerade in der Jugendhilfe noch nicht ganz klar: Wann fahre ich denn mit welchem Kind an diese Anlaufstellen? Also wann greift das dann wirklich? Das muss man ja auch ein bisschen leben.

Es gibt ganz viele Hürden, wir sehen das jetzt gerade bei uns im Kreis Recklinghausen – weil wir natürlich gewisse Wege haben; da kommt auch nicht jeder so ganz einfach von A nach B, wenn man kein Auto hat –, dass, wenn es in einer bestimmten Stadt eine Meldung gibt, dann schon gewichtet wird, mit welchen Fällen die denn zu uns kommen, weil das einfach ein riesengroßes logistisches Problem ist. Wer darf wann wen im Taxi mitnehmen? Da ist es schon ein Problem, wenn das mehr als drei Kinder sind. Das darf nicht dazu führen, dass man dann anfängt zu überlegen, ob man nicht doch besser zum regionalen Kinderarzt geht. Das kann für viele Fälle auch eine Lösung sein, dann sagt aber der Kinderarzt, dass er das nicht beurteilen kann, dazu müsse man in die Kinderschutzambulanz fahren, was ja auch vielleicht die primäre Idee war, die aber einfach daran gescheitert ist, dass man das Problem lösen musste, wie man die Kinder von A nach B kriegt inklusive der Eltern, und klären muss, wer mitfahren kann. Das blockt ja auch ordentlich Kapazitäten in der Jugendhilfe. In der Praxis erleben wir, dass das Sachverhalte sind, die einen davon abhalten können, in dem Moment ein Clearingangebot wahrzunehmen, weil nicht genügend Personal da ist. Also, es muss ganz konkret ausreichend Personal vorhanden sein, da man im Idealfall nämlich schon bei ersten Aussagen von Kindern einen weiteren Weg als zum Kinderarzt um die Ecke an der Stelle in Kauf nimmt.

Ich komme zum nächsten Punkt. Wenn wir die Fälle aufarbeiten, erkennen wir ganz häufig, das Kind hat mal da und da irgendetwas gesagt. Da ist natürlich auch wieder das Stichwort „Vernetzung“. Wer hat das denn dann wem erzählt? – Das nimmt bei uns einen sehr starken Anteil ein, wo diese Primäraussage herkommt. Aber, was ist danach passiert, insbesondere vor der Arbeit mit dem Kind, was war die Rückmeldung an das Kind? Was ist passiert, wenn das Kind erzählt hat: „Ich bin da und da angefasst worden“ oder „die Mama hat mich gehauen“? Das Kind hat das dreimal erzählt, und was ist dem Kind dann gesagt worden, was passiert? – Das müssen wir in der Arbeit vorher wissen, denn das ist im Zweifel jemand, der mit ganz vielen Fragezeichen dasteht. Diese Sachen müssen in der Vernetzung klar sein, die müssen wir wissen. Das ist keine Neugierde, das ist für alle wichtig, dass wir die Chronologie verstehen, wann sich ein Kind mal jemandem anvertraut hat.

Bei der Vernetzung gibt es noch einen ganz wichtigen Punkt, zum Beispiel wenn wir der Auffassung sind, dass das angezeigt werden müsste, weil das einen ganz klaren Straftatbestand darstellt, bei dem dann wieder dieses „wessen Aufgabe ist das denn und ist das von jedem auch gewünscht?“ kommt. Denn das ändert auf allen Seiten die Abläufe. Das ändert, wieviel und wie intensiv man mit dem Kind in dem Moment spricht, wenn man nicht die Polizei ist. Das ändert auch sicherlich etwas in der Arbeit der Jugendhilfe, und es macht in dem Moment erst mal Stress, wenn jemand das Wort „Anzeige“ sagt. Aber so soll es nicht bleiben, denn die Polizei will uns ja allen nichts. Wir wollen alle das Gleiche, und zwar dass man kriminelles Potenzial einfach herunterdrückt und das Leben von Kindern verbessert. Diese Punkte kommen in der Vernetzung alle zusammen.

Wenn ausreichend Personal und ausreichend Zeit da ist, sind die Menschen lange nicht so gestresst und sind auch offener für einen solchen Input. Die Aufarbeitung der Fälle funktioniert viel, viel besser und, wie gesagt, die Bürokratie an vielen Stellen ... Man versteht ja die Hintergründe, warum nicht jeder ein Kind im Privatwagen mitnehmen kann, aber die Umsetzbarkeit, wenn man in einem Amt sagt, „wenn so eine Meldung kommt, fahren Sie in die Kinderschutzambulanz“, muss natürlich auch klar geregelt sein, wie das funktionieren kann. Der nächste Bus kann da ja nicht die Lösung sein.

Das sind alles so einzelne Sachen. Am Ende, wenn das funktioniert, wird man mit einem guten System dastehen, aber es wird nicht die Lösung sein, dass jeder eine Clearingstelle vor Ort hat. So viel Personal haben wir gar nicht. Das hören wir von allen Seiten. Das wird so sein müssen, dass man ein paar gut ausgebildete Stellen hat, die in einer erreichbaren Distanz angesiedelt sind, aber es gibt genauso ganz kleine Sachen. Hier muss man, glaube ich, anfangen, wenn man nach der Lösung sucht: Was hält sie denn davon ab, irgendwohin zu fahren?

Wenn ich mich dann ungefragt zu dieser Lehrstuhlfrage äußern dürfte. Man kann, glaube ich, im klinischen Alltag recht gut erheben, wen wir wann sehen, wie alt die Kinder sind und warum sie gekommen sind. War das wirklich die Erstaussage oder war das die fünfte Aussage, die da gemacht wurde? Welche Risikofaktoren bestanden, die das begünstigt haben oder nicht, und welche Maßnahmen sind da getroffen

worden? – Dann hätte man einen Riesenbasisdatensatz: Zu welchem Zeitpunkt sind die Kinder mit welcher Altersstruktur, mit welcher familiären Struktur ins System gekommen? Dann bekommt man einen groben Einblick, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um irgendwann zu wissen, welche Maßnahmen vielleicht nichts gebracht haben und welche schon so wirken, dass sie zum Durchbruch beigetragen haben. Daher glaube ich, sollte man jetzt nicht zu isoliert an Lehrstühle denken, sondern, wenn man mit ganz viel Intensität an die Vernetzung und an die Basisarbeit geht, genau diesen Basisdatensatz an der Stelle nicht verschenken.

Martin Roggenkamp (Ärztliche Kinderschutzambulanz Bergisch Land): Ich möchte auch noch ein paar Sätze zum Thema der Ausbildung verlieren. Hinlänglich bekannt ist in der Tat der Fakt, dass man gerade in den pädagogischen Studiengängen da durchrutschen könnte, ohne jemals etwas vom Thema „Kindeswohl“ gehört zu haben. Das erleben wir immer wieder, auch bei jungen Mitarbeitern, die bei uns anfangen und uns das erzählen. Das heißt, für die ist das alles sozusagen Neuland. Natürlich gehört ein großer Erfahrungsschatz dazu, aber eben auch ein gewisses Basiswissen.

Den Teil habe ich vermutlich eben ein bisschen ausgelassen. Es geht nicht nur um Anschlusshilfen für die Kinder und Jugendlichen im therapeutischen Sinne, sondern eben auch im pädagogischen Sinne, das heißt in Unterbringungsformen in Pflegefamilien, in Fachpflegestellen, in sozialpädagogischen Lebensgemeinschaften. Auch da geht es uns darum, dafür zu werben, dass der Ausbildungsstandard und letztendlich auch die Weiterqualifikation gerade in den Bereichen von Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen im Umgang mit diesen Auffälligkeiten, die Kinder natürlich in ihrem Alltag in den Fremdbeziehungen zeigen, stärker in den Fokus gerückt werden. Denn ansonsten haben wir aufgrund von Retraumatisierungen von Kindern jede Menge Formen von Wiederabbrüchen, weil bestimmte Maßnahmen nicht durchgehalten werden können. Das ist natürlich auch eine Frage von finanziellen Mitteln, die für Weiter- und Ausbildung sowie für die Weiterqualifikation der pädagogischen Kräfte zur Verfügung stehen müssen.

Das gilt genauso für die Jugendämter. Die Frage, die Frau Brüning gerade stellte, wer das Kind überhaupt irgendwohin fährt, darf eigentlich nicht sein. An der Stelle ein kurzes Beispiel. Wir hatten bei uns in der Kinderklinik zwei Kinder, bei denen klar war, dass sie nicht mehr nach Hause durften, weil sie eine ganz schwere Form von Münchenhausen by Proxy erfahren hatten. Sie sind bei uns ein bisschen stabilisiert worden, und es war klar, dass sie nicht mit der Mutter zurück nach Hause fahren konnten. Das zuständige Jugendamt hatte an der Stelle erst einmal die Idee, den Kindern das – weil die halt weiter weg wohnten – per Onlineschalte mitzuteilen, dass sie jetzt also nicht mehr nach Hause gehen könnten, sondern in eine Einrichtung gehen würden. Dagegen konnten wir noch intervenieren, sodass die zuständige Sachbearbeiterin dann doch vor Ort war. Sie bekam aber untersagt, die Kinder selber persönlich in die neue Einrichtung zu fahren. Aufgrund fehlender finanzieller und personeller Ressourcen führte das letztlich dazu, dass schwer traumatisierte Kinder in ein Taxi gesetzt worden sind mit unbekanntem Ziel. Das ist ein kleines Beispiel, was nichts mit dem eigentlichen Thema heute zu tun hat, was aber deutlich macht, dass es letztendlich um diese

Verzahnung von Jugendhilfe, Gesundheitswesen und hinreichender Zurverfügungstellung von Ressourcen und Mitteln geht.

In Gesprächen auch mit Psychologen, die sich bei uns beworben haben oder auch die bei uns schon arbeiten, haben wir bezogen auf die Ausbildung zurückgemeldet bekommen, dass das Thema Kinderschutz/Traumatisierung möglicherweise – es sei denn man hat ein eigenes Interesse im Studium – nur eine geringfügige Rolle spielt. Das ist sicherlich nachher in den Psychotherapieausbildungen anders. Jetzt haben wir die Situation, dass das häufig mit dem Studium der Psychologie gekoppelt ist, was bedeutet, dass die Psychotherapie häufig im Master angeschlossen wird.

In meiner Stellungnahme hatte ich darauf hingewiesen, dass ich da ein bisschen die Gefahr sehe, dass eben die Psychologiestudenten, die sich sehr früh entscheiden müssen, ob sie die Psychotherapeutenausbildung machen wollen, auch dementsprechend ihre Praktika verteilen müssen. Das führt dazu, dass sie bei den niedergelassenen oder approbierten Psychotherapeuten ihre auch schon frühen Praktika machen müssen. Wir hatten jetzt häufiger den Fall, dass Universitäten ein Praktikum bei uns in der Kinderschutzambulanz nicht genehmigt haben, weil es keine approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in unserer Einrichtung gibt.

Das nur noch mal als Anstoß, dass es natürlich in der Ausbildung weiter möglich sein muss, eine Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe aufrechtzuerhalten und zu ermöglichen.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Vielen Dank. – Weitere Fragen sehe ich jetzt nicht. Dann möchte ich mich bei den Experten recht herzlich bedanken, dass Sie uns doch ein Bild gezeichnet haben, in dem uns klar wird, dass es noch viel zu tun, viel zu regeln gibt, wenn wir im Sinne der Kinder eine gute Politik machen wollen. Da haben wir sicherlich einen Berg an Arbeit. Also: Vielen Dank, dass Sie da waren, vielen Dank, dass Sie die Finger auch in die Wunden gelegt haben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie immer wünsche ich Ihnen allen einen hohen Wirkungsgrad. Machen Sie es gut. Wir werden die Auswertung in der nächsten Sitzung vornehmen. – Vielen Dank und bis bald.

gez. Wolfgang Jörg
Vorsitzender AFKJ

Anlage

24.05.2023/24.05.2023

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend und
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Therapieplätze für Kinder mit sexueller Gewalterfahrung flächendeckend ausbauen und
Wartezeiten verkürzen**

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/2139

am Donnerstag, dem 20. April 2023
13.30 bis (max.) 15.30 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	Dr. Frank Bergmann	18/451
Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Gerd Höhner	18/444
Jugendpsychologisches Institut der Stadt Essen	Hanna Busch	18/473
Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände c/o Städtetag Nordrhein-Westfalen Gereonshaus Köln	Bianca Weber	18/469
Städtetag Nordrhein-Westfalen Gereonshaus Köln		
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Düsseldorf		
Landkreistag Nordrhein-Westfalen Düsseldorf		

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Dr. med. Tanja Brüning Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW, Standort Datteln Ärztliche Leitung der Abteilung für Kinderschutz Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln	Dr. Tanja Brüning	18/453
Martin Roggenkamp Therapeutisch-diagnostische Leitung Ärztliche Kinderschutzambulanz Bergisch Land e.V. c/o Sana-Klinikum Remscheid Remscheid	Martin Roggenkamp	18/450
Dr. Katharina Ketteler Leiterin der Kinderschutzambulanz im St.- Clemens-Hospital Geldern Geldern	<i>keine Teilnahme</i>	18/464