



Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

– Öffentliche Anhörung –

64. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses

9. November 2017, 15:37 bis 16:09 Uhr

Anwesend:

Stellv. Vorsitzender Ernst-Ewald Roth (SPD)

CDU

Abg. Sabine Bächle-Scholz
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Abg. Birgit Heitland
Abg. Irmgard Klaff-Isselmann
Abg. Bodo Pfaff-Greifenhagen
Abg. Michael Reul
Abg. Ismail Tipi
Abg. Tobias Utter

SPD

Abg. Ulrike Alex
Abg. Wolfgang Decker
Abg. Corrado Di Benedetto
Abg. Gerhard Merz
Abg. Michael Siebel
Abg. Dr. Daniela Sommer

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Abg. Marcus Bocklet
Abg. Sigrid Erfurth
Abg. Hildegard Förster-Heldmann

DIE LINKE

Abg. Marjana Schott

FDP

Abg. René Rock

fraktionslos

Mürvet Öztürk

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

Yvonne Kremer (Fraktion der CDU)
 Hiltrud Wall (Fraktion der SPD)
 Mareike Lieb (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
 Christiane Böhm (DIE LINKE)
 Vera Toth (Fraktion der FDP)

Landesregierung, Rechnungshof, etc.:

Name - Bitte in Druckbuchstaben -	Amts- bzw. Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
Henz	ROR	HMSI
DR. W. Jippek	STJ	HMSI
B. Gton	VA	HMSI
Hörup	Kindinj	HMSI
Cremer	Kindinj.	HMSI
Dr. Herb	RD	HMSI
Oester	MRin	HMSI
Poseke	Oberinsp.	HMSI
Kletzner	LTR	HMSI
INCESU	MRin	HSEL
Beuler	ROR	STK
Balk	Dir HRH	HRH
Günther	Min	HSMI

Anzuhörende:

Institution	Name
Hessischer Städtetag	Geschäftsführender Direktor Stephan Gieseler
Goethe-Universität Frankfurt am Main FB 16 – Medizin	Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Jürgen Graf Prof. Dr. Matthias Kieslich (Leiter Kindervorsorgezentrum)
Universitätsklinikum Frankfurt Vorsorgezentrum	Prof. Dr. med. Matthias Kieslich
Uniklinik Gießen/Marburg	Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Harald Renz
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH	Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer

Protokollführung: Manfred Neil, Henrik Dransmann

Öffentliche mündliche Anhörung zu dem

Gesetzentwurf

**der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Kinder-
gesundheitsschutz-Gesetzes und zur Aufhebung der Verordnung
zur Bestimmung des Hessischen Kindervorsorgezentrums
– Drucks. [19/5142](#) –**

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden
– Ausschussvorlage/SIA/19/108 –

(Teil 1 verteilt am 27.10.17, Teil 2 am 09.11.17)

Stellv. Vors. Abg. **Ernst-Ewald Roth**: Meine sehr geehrten Damen und Herren, Sie sehen, die Vorsitzende ist nach zwei Anhörungen erschöpft; der Staatssekretär auch. Dann muss der Minister kommen, und das tut er auch gerade.

Ich eröffne die 64. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und begrüße Sie alle sehr herzlich. Wir können auch gleich in die Tagesordnung eintreten.

Besonders begrüße ich die Anzuhörenden, und wir beginnen sofort mit den kommunalen Spitzenverbänden. Ich habe gesehen, dass der Landkreistag vertreten ist, habe aber gehört, dass er zu diesem Thema nicht reden wird. Dann wird, wie es Ihnen mit der Einladung mitgeteilt wurde, zunächst für den Hessischen Städtetag Herr Stephan Gieseler sprechen.

Herr **Gieseler**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Wir danken für die Gelegenheit, eine Stellungnahme abzugeben. Wir können es an dieser Stelle sehr kurz machen – deswegen habe ich mich ausdrücklich gemeldet, weil es auch nicht allzu häufig vorkommt –: Wir haben keine Einwendungen und begrüßen den Gesetzentwurf.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich habe eine ganz kurze Frage. Wenn jetzt das Institut in Frankfurt so festgeschrieben wird, sehen Sie das nicht als Verlust für Mittelhessen an, dass jetzt in Gießen das dort teilweise vorhandene Personal und auch die Gerätschaften verloren gehen? Was bedeutet das denn für die Versorgung in Mittel- und Nordhessen?

Herr **Gieseler**: Das ist das Schöne an den hessischen Städten und Gemeinden: Sie sind gleichmäßig über das Land verteilt. Deswegen haben wir keinen Grund, eine bestimmte Region gegenüber einer anderen zu bevorzugen.

Herr **Prof. Dr. Kieslich**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Ich spreche für das Hessische Kindervorsorgezentrum, dessen Leitung ich seit einigen Jahren inne habe, das am Universitätsklinikum Frankfurt seit einigen Jahren seine Arbeit tut. Wir begrüßen diese Geset-

zesänderung, diese Gesetzesmodifikation sehr. Insbesondere die Festschreibung des Standortes Universitätsklinikum Frankfurt als Sitz des Hessischen Kindervorsorgezentrums bildet letztlich den Status quo der letzten Jahre ab und festigt diesen.

Wir begrüßen die Ergänzung des Kindervorsorge-Beirates um die Vertreter der Hebammen und der Landesärztin für Hör- und Sprachbehinderte deshalb, weil dies zwei wichtige Schnittstellen in den Bereichen Hörscreening und Stoffwechselscreening sind. Hier begrüßen wir sehr die dadurch mögliche engere Kooperation und die regelmäßigen Treffen zur gemeinsamen Abstimmung.

Der letzte Punkt ist, dass wir die Verlängerung des Gesetzes um acht Jahre bis 2025 für einen besonders positiven Schritt halten, da uns dies eine gewisse Planungssicherheit und Nachhaltigkeit gibt. Auch für die engagierten Beschäftigten in den einzelnen Bereichen des Hessischen Kindervorsorgezentrums bringt dieser Schritt Motivation und Zukunftssicherheit mit sich.

Herr **Prof. Dr. Renz**: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Herr Minister! Vielen Dank für die Möglichkeit der Anhörung. Ich vertrete das Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Wir plädieren dafür, die am Universitätsklinikum Gießen und Marburg in Mittelhessen bereits langjährig etablierten Kompetenzen und Versorgungsstrukturen auch weiterhin in die Versorgungsplanung des Landes mit einzubinden. Ich möchte das ganz kurz anhand von vier Punkten zusammenfassen.

Der erste Punkt bezieht sich auf die hessenweit einmalige Versorgungssituation in der Pädiatrie in Gießen und Marburg. Wir haben in Mittelhessen insgesamt sieben eigenständige Abteilungen, Schwerpunktabteilungen in der Pädiatrie – vier in Gießen und drei in Marburg. Diese fassen in hessenweit einmaliger Art und Weise die Kompetenzgrade für die Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen zusammen. Das ist ein hessenweit einmaliges Versorgungsumfeld, in dem knapp 8.000 Kinder mit chronischen Erkrankungen versorgt werden.

Punkt zwei: Darüber hinaus gibt es am Universitätsklinikum Gießen und Marburg eine Reihe von Alleinstellungsmerkmalen über die Pädiatrie hinaus, die für eine optimale Versorgung dieses Patientenkollektivs essentiell sind. Das ist das Fachgebiet der Humangenetik, das Fachgebiet der Laboratoriumsmedizin, das ist die Kinderpsychosomatik und ist die Pädaudiologie, die in Marburg durch die Landesärztin vertreten ist.

Der dritte Punkt bezieht sich auf die bereits seit etlichen Jahren sehr erfolgreich vorgehaltenen Kompetenzen im Bereich des Neugeborenen Screenings und des Screenings der angeborenen Stoffwechsel- und Hormonstörungen, wo wir sowohl auf der diagnostischen Seite wie auch auf der Seite der medizinischen Betreuung und Nachsorge diese Kompetenz in kooperativer Form mit Herrn Professor Kieslich und Kollegen vom Kindervorsorgezentrum vorhalten.

Der vierte und letzte Punkt in diesem Zusammenhang ist der Blick über die Landesgrenzen hinaus. In mindestens zehn Bundesländern haben wir eine solche dezentrale Versorgungssituation bereits sehr erfolgreich etabliert. Das sind überwiegend die Flächenstaaten inklusive Bayern und Baden-Württemberg, sodass wir hier eigentlich – ich sage es einmal so – auf ganz erfolgreiche Strukturen in anderen Bundesländern zurückgreifen können.

Zusammengefasst möchte ich sagen, dass wir darum bitten, den Standort Mittelhessen im Rahmen einer dann natürlich klaren aufgaben- und kompetenzbezogenen Zuordnung mit einzubinden. Wir sind offen für Gespräche bezüglich Organisationsformen innerhalb des hessischen Kindervorsorgezentrums mit den Frankfurter Kollegen zusammen.

Herr **Prof. Dr. Zimmer**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Minister! Ich begrüße ebenfalls grundsätzlich dieses neue Gesetz und unterstütze natürlich auch die Punkte, die Herr Renz schon eingebracht hat. Auch meiner Ansicht nach bietet die mittelhessische pädiatrische Kompetenz noch Kooperationsmöglichkeiten, um hier auch unsere Erfahrungen einbringen zu können. Bis 2013 wurde ja das Neonatal-Screening von Gießen aus aufgebaut und weiterentwickelt. Es gibt zwar derzeit eine Kooperation mit dem UKGM, aber es gibt keine Kooperation mit der Pädiatrie.

Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir aufgrund der großen auch überregionalen Einflüsse, die wir bei der Versorgung von chronisch kranken Kindern haben, eben auch eine große Präventionsaufgabe zu leisten haben, die über den mittelhessischen Auftrag teilweise hinausgeht.

In meinem Schreiben habe ich auch Verbesserungsmöglichkeiten angesprochen, die den Beirat betreffen. Ich finde, dass in einem modernen Beirat auch Selbsthilfegruppen vertreten sein sollten, d. h. Elternvertreter, weil nur Eltern genau wissen, wo letztlich die Versorgung ihrer Kinder zu verbessern ist oder wo sie leidet.

Im Prinzip könnte man auch darüber nachdenken, dort einen Kostenträger zu positionieren, weil vieles im Gesundheitssystem ohne Kostenträger nicht geht. Wenn wir daran denken, dass Kindergesundheitsschutz auch Kinderschutz ist und eigentlich auch schon pränatal beginnen soll – wir haben auch derartige Zuwachsraten bei Risikofamilien, dass wir dort im Prinzip schon pränatal ansetzen müssen –, könnte man auch darüber nachdenken, einen Geburtshelfer in den Beirat aufzunehmen.

Meiner Ansicht nach könnten auch die Transparenz und die Kontrollfunktion des Beirats gestärkt werden. Es gibt Länder, in denen es einen Kinderbeauftragten gibt, wie z. B. in Schweden. Ich meine, der Beiratsvorsitzende könnte einmal im Jahr im Hessischen Landtag einen Bericht zur Situation der Kinder in Hessen geben. Das wird auch auf Bundesebene diskutiert. Sie wissen, dass der Kinderschutz auch ins Grundgesetz soll. Auch die CDU scheint inzwischen dafür zu sein. So könnten wir auch auf Landesebene mit einem Modell vorangehen.

Der letzte Punkt ist, dass es in der Tat wirklich sehr viele Risikofamilien gibt. Wir müssen unsere Bemühungen, Kinderschutz auszubauen, verbessern, sodass ich diesen Punkt auch in diesem Gesetz eigentlich stärker berücksichtigt sehen möchte. Auch die Sozialpädiatrischen Zentren müssten hier mit einbezogen werden, vor allem auch die Kollegen, die bei den chronisch kranken Kindern spezielle Organgebiete versorgen, müssten hier mit eingebunden werden. Last but not least denke ich, gerade dann, wenn die Risikokinder angesprochen sind, sind auch die familienpsychosomatischen und pflegerischen Punkte zu berücksichtigen, um unseren Kinderschutz als Teil des Kindergesundheitsschutzes zu verbessern.

Stellv. Vors. Abg. **Ernst-Ewald Roth:** Zur Sicherheit möchte ich fragen: Sind noch Damen oder Herren anwesend, die im Rahmen dieser Anhörung noch mündlich Stellung nehmen möchten? – Das ist nicht der Fall.

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe an die Vertreter der beiden Uni-Kliniken unterschiedliche Fragen. Eine Frage richtet sich nach Frankfurt, wo die Clearingstelle einiges dazu beigetragen hat, dass weniger Irrtümer entstehen. Können Sie mir sagen, in wie vielen Fällen jetzt noch Meldungen an Jugendämter gehen, wobei die Eltern bereits die Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder veranlasst haben? Wie häufig kommt es vor, dass Anfragen von Eltern und anderen Personen, die für Erziehung verantwortlich sind, kommen, die Besuche mit den Kindern noch nicht absolvieren konnten, weil sie einfach keinen Arzt gefunden haben, der ihnen im entsprechenden Zeitraum einen Termin geben konnte?

In Richtung Gießen geht meine Frage dahin, dass ich noch nicht ganz Ihr Ansinnen verstehe. Haben Sie die Befürchtung, dass Sie etwas von dem, was Sie zur Versorgung der Patientinnen und Patienten jetzt beitragen, verlieren werden? Das könnte ich im Moment noch nicht nachvollziehen; dann müssten Sie es mir erklären. Oder ist Ihr Ansatz eher der, zu sagen, wir sollten ein sehr viel umfänglicheres Gesetz machen, in das wir dann auch andere Fragen des Kinderschutzes und der Kinderversorgung einbeziehen?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich hatte es so verstanden, dass die Befürchtung besteht, dass Kompetenz verloren geht. Deswegen meine Frage zunächst einmal an Herrn Professor Dr. Kieslich. Welche Gründe sprechen dafür, die bisherige gemeinsame Versorgungsstrategie durch den Gesetzentwurf zu ändern? Wie sieht es dabei zukünftig mit der Diagnostik aus? Das würde mich sehr interessieren.

Meines Wissens ist das bisher vom UKGM erbracht worden – Sie können mich da aber gern korrigieren –, weil die Labormethodik in Frankfurt nicht verfügbar war. Ich bin mir aber nicht sicher, ob es tatsächlich so ist.

In diesem Zusammenhang ist meine Frage: Was ist denn mit den Gerätschaften? Werden die jetzt neu angeschafft? Das ist ja immer auch ein Kostenfaktor. Und was ist mit dem Personal, das dafür momentan in Gießen zuständig ist?

An alle habe ich die gleichlautende Frage, die ich eben schon einmal gestellt habe, wie Sie das bewerten, ob die Versorgung für Kinder in Mittel- und in Nordhessen dadurch beeinträchtigt wird.

Eine erweiterte Frage habe ich an Herrn Professor Dr. Zimmer. Sie haben vorhin von der Erweiterung des Beirates gesprochen. In Ihrer Stellungnahme haben Sie geschrieben, dass Sie es nicht so glücklich fänden, wenn das Ministerium den Vorsitz übernehmen würde. Wer sollte den Vorsitz denn anstelle des Ministeriums übernehmen?

Herr **Prof. Dr. Kieslich:** Zu der ersten Frage zur KVV-Clearingstelle. KVV ist der Bereich Kindervorsorgeuntersuchung, der ja von dem Hessischen Kindergesundheitsschutzgesetz formuliert ist, festgelegt ist oder sie überhaupt möglich macht. Durch die Einrichtung der Clearingstelle – das ist ein zusätzlicher Arbeitsschritt bei der Überprüfung der durchgeführten Vorsorgeuntersuchung, die ja 2016 durch eine Gesetzesänderung möglich war und etabliert wurde – haben wir jetzt die ersten Daten. Wir haben für 2016 noch nicht

alle Fälle clearen können, weil die Clearingstelle erst ab Mai ihre Arbeit aufgenommen hat. Die 2017er-Daten sind sehr vielversprechend.

Wir haben im Vorfeld gemeinsam mit dem Jugendamt im Main-Taunus-Kreis eine Studie gemacht, um abzuschätzen, was wir durch diese Clearingstelle einsparen können, also wie viel weniger Meldungen an die Jugendämter daraus generiert werden würden. Wir hatten hochgerechnet zwischen 30 bis 40 %, und die jetzigen Daten liegen bei rund 30 %. Ich kann Ihnen nur eine absolute Zahl sagen: 12.000 Meldungen konnten seit Mai des letzten Jahres durch die Clearingstelle geklärt werden. Das ist der aktuelle Stand.

Das hat sich also aus unserer Sicht gelohnt. Wir werden, wenn wir die 2017er-Zahlen haben, detaillierter berichten können. Wir werden auch sicherlich die Ergebnisse weiterhin so, wie wir auch diese Studie aus dem Main-Taunus-Kreis publiziert haben, entsprechend veröffentlichen.

Mit dem Zweiten haben Sie einen ganz wichtigen Punkt angesprochen. Das ist dieses Problem, dass viele Eltern – auch in Hessen – für ihre Kinder keine Vorsorgetermine beim Kinderarzt bekommen. Das liegt einfach daran, dass wir mehr und mehr – auch nicht nur in ganz ländlichen Bereichen – auch in den größeren Städten in Hessen keine hundertprozentige Versorgung der Kinder durch Kinderärzte mehr haben.

Wir sehen das ganz gut bei den durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Wir haben einen nennenswerten Prozentsatz – über 15 % – der Vorsorgeuntersuchungen, die von Allgemeinmedizinern durchgeführt werden. Dieses Problem ist kein hessisches Problem. Das zeigt sich genauso in Bayern und in anderen Bundesländern.

In Bayern ist Folgendes interessant: In den Nachrichten konnte man verfolgen, dass man dort zusammen mit der KV ein Projekt gestartet hat, bei dem über eine zentrale Stelle Eltern in den empfohlenen Zeiträumen Kinderarzttermine für die Vorsorgeuntersuchungen vermittelt bekommen. Das ist ein tolles Projekt. Das gibt es in Hessen oder – ich weiß es nicht genau – im Rest der Bundesrepublik bisher nicht, aber das ist vielleicht ein Zeichen, in welche Richtung Lösungen für dieses Problem denkbar sind; denn das Problem wird nicht einfacher.

Es ist schade, dass Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach jetzt nicht mehr anwesend ist; denn er kennt die demografische Entwicklung der Ärzte bezüglich Alter und Profession in den Niederlassungen noch besser.

Wir entwickeln uns in den nächsten zehn Jahren auf einen deutlichen Kinderärztemangel in den Praxen hin. Im Moment ist auch nicht absehbar, dass sich dieses Problem löst.

Zur Frage nach der diagnostischen und dann auch therapeutischen Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen muss man sagen, dass diese Diagnostik schon seit Jahren vom Hessischen Kindervorsorgezentrum unter der Leitung des Universitätsklinikums Frankfurt am Standort in Gießen durchgeführt wurde. Die Leitungen, die ärztlichen Verantwortlichen haben gewechselt – da hatten wir in den letzten Jahren drei Wechsel –, die Qualität ist aber gleichgeblieben. Das heißt, die Qualität, nach der dort gearbeitet wird – ein aktives Akkreditierungsverfahren überprüft das –, ist gleichbleibend stabil, sodass die Diagnostik schon immer in einem Labor durchgeführt wird und das auch so bleiben wird.

Die Therapie – sprich die Versorgung – ist hier aber das Interessantere oder das noch viel Wichtigere. Das heißt, die gescreenten Kinder, Kinder mit einem auffälligen Befund

für eine sehr ernste Stoffwechselerkrankung, werden dann informiert, dass aufgrund des Screening-Ergebnisses der Verdacht besteht, und bekommen dann gleich wohnortnah die nächstmögliche abklärende Klinik vermittelt und werden dort zum Teil sogar angemeldet. Daran ändert sich auch nichts. Das wird immer je nach Kapazitäten und Möglichkeiten in der Universitätsklinik Gießen – vor allem in Marburg und in Frankfurt –, aber auch in anderen größeren städtischen Kinderkliniken gemacht, die die Expertise haben – je nachdem, welche Stoffwechsellaffigkeit beim Neugeborenen vorliegt –, diese versorgen zu können, sodass sich daran nichts ändern wird.

Herr **Prof. Dr. Zimmer**: In der Tat denke ich schon, dass die Kompetenzen, die im mittelhessischen Pädiatrie-Bereich vorhanden sind, über eine strukturierte Kooperation sicherlich noch mehr Möglichkeiten bieten, uns nachhaltiger für die Zukunft aufzustellen. Bis 2013 ist ja beispielsweise das Neonatal-Screening über Gießen zur Zufriedenheit nicht nur von den hessischen Kinderärzten, sondern auch überregional vorbildlich bewerkstelligt worden. Wir haben ja auch überregional die Referenzen bekommen, dass das vorbildlich entwickelt ist. Das heißt, hier sind Kompetenzen vorhanden, die man eigentlich noch nutzen und im Sinne einer kooperativen Struktur oder auch Aufgabenteilung einbauen könnte.

Die andere Frage ging in die Richtung eines umfassenderen Gesetzes. Ich denke, wenn man ein nachhaltiges Gesetz machen will, dann hilft es, sich vor Augen zu führen, welche Versorgungsherausforderungen auf uns zukommen. Ich kann Ihnen sagen, wenn ich im Moment auf unserer neonatologischen Station die Neugeborenen sehe, die entlassen werden, muss man bei jedem fünften Kind im Prinzip überlegen, ob man dieses Kind den Eltern mit nach Hause geben kann. Wir haben natürlich ein besonderes Risikokollektiv in Gießen, aber die Zahl der Kinder, die nicht selbstverständlicherweise den Eltern zur weiteren Versorgung nach Hause gegeben werden können, hat extrem zugenommen – ich befürchte, das wird auch in den nächsten Jahren weiter zunehmen –, sodass man hier wahrscheinlich die Chance nutzen könnte, das in ein umfassenderes Gesetz mit aufzunehmen.

Zur Frage des Beiratsvorsitzes: In der Tat bin ich der Meinung, dass der Beirat an Aktivität und auch an Qualität gewinnen könnte, wenn der Vorsitzende von dem Gremium für einen bestimmten Zeitraum gewählt wäre, dass dadurch vielleicht auch mehr Transparenz erreicht wird, dass auch dieses Feedback im Landtag möglich wäre, wie das beispielsweise in Schweden schon jedes Jahr praktiziert wird.

Der Beirat ist derzeit ein Gremium, das ein- bis zweimal im Jahr zusammentritt und informiert wird, Ratschläge gibt und abstimmt. Aber ich denke, man könnte sich auch einen Beiratsvorsitz vorstellen, der aktiver ist und vielleicht auch unabhängiger ist. Das könnte der Versorgungslage in Hessen insgesamt durchaus nutzen, obwohl man ja grundsätzlich sagen muss, Hessen ist relativ vorbildlich, was den Kindergesundheitsschutz betrifft. Aber – wie gesagt – man muss die nächsten Jahre berücksichtigen, auf die wir zusteuern werden. Ich vermute, dass wir da große Probleme im Bereich des Kindergesundheitsschutzes erfahren werden.

Herr **Prof. Dr. Renz**: Vielleicht nur noch ganz kurz zur Ergänzung. Ich denke, Prävention, Vorsorge ist insbesondere in der Pädiatrie ein interdisziplinäres Gebiet, ein interdisziplinäres Ansinnen, wo man die Kompetenz ganz vieler verschiedener Fachbereiche in der Medizin einfach braucht. Das fällt nicht vom Himmel, sondern das sind Strukturen – natürlich auch Persönlichkeiten –, die über Jahre hinweg wachsen müssen.

Es ist nun über etliche Jahre hinweg gelungen, in Mittelhessen ein Kompetenzzentrum weit über die Pädiatrie hinaus mit anderen Fachgebieten darum herum zu entwickeln und aufzubauen. Wenn wir uns einmal anschauen, welches Versorgungsfeld wir damit bedienen, dann sind es natürlich insbesondere Familien und Kinder in Mittelhessen und in Nordhessen. Für uns ist einfach ganz wichtig, dass in dieser Region dieser wohnortnahe Kompetenzerhalt stattfindet, dass wir auch in Zukunft in der Lage sind, wohnortnahe diese Familien, diese Kinder auf diesem extrem hohen Niveau weiterhin betreuen zu können.

Betreuung heißt eben auch, zu diagnostizieren, heißt eben auch, die Beteiligung am Neonatal-Screening. Denn das ist ja quasi eine Versorgungskette. Diese beginnt mit der Zuweisung von den Geburtskliniken und reicht bis zur stationären Versorgung.

Nichtsdestotrotz: Wenn wir da über unsere Landesgrenzen hinaus gucken, sind dezentrale Strukturen etwas, was sich extrem bewährt hat – beispielsweise in Bayern, in Baden-Württemberg, in Niedersachsen usw. Trotzdem möchte ich auch noch einmal betonen, dass wir die Zusammenarbeit, die wir ja schon über Jahre hinweg haben mit den Kollegen in Frankfurt, als sehr bewährt betrachten und diese Zusammenarbeit in Zukunft so auch gern kooperativ weiterentwickeln, pflegen und auch weiter ausbauen wollen. Wir denken, dass genau dieser dezentrale Aspekt in der jetzt vorliegenden Novellierungsvorlage noch zu kurz kommt.

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe noch eine Nachfrage zu dem, was Herr Professor Zimmer gesagt hat. Sie haben beschrieben, dass es immer mehr Eltern gibt, denen Sie nicht unbesorgt die Kinder mit nach Hause geben können. Sie tun es, Sie müssen es tun, aber das macht Ihnen Probleme.

Das würde ich gern verstehen, auch wenn wir das in diesem Gesetzentwurf und in diesem Komplex am Ende nicht behandeln können. Aber vielleicht gibt es dazu einen Hinweis, dass es an anderer Stelle einen Handlungsbedarf gibt. Hier sitzen durchweg – ich schließe mich da ein – Laien. Woher rührt die Sorge? Liegt das daran, dass Sie mehr – ich sage es einmal so – Frühchen das Überleben ermöglichen, als dies früher der Fall war, und die Eltern haben dann ein Problem, oder was ist die Ursache dieses Bedenkens, das Sie gerade geäußert haben?

Herr **Prof. Dr. Zimmer:** Das ist jetzt nicht unbedingt das Problem der Frühgeburtlichkeit, sondern ich denke, die Familienstrukturen sind heute in der modernen Gesellschaft wesentlich instabiler. Wir als Ärzte haben natürlich die Aufgabe, ein Kind nur dann zu entlassen, wenn wir sichergestellt haben, dass die ambulante Weiterversorgung möglich ist.

(Abg. Marjana Schott: Also das normale Leben, oder meinen Sie im Falle einer Krankheit?)

– Ja, auch wenn es ein gesundes Kind ist. Wenn die Mutter drogenabhängig ist und während des stationären Aufenthalts nicht gezeigt hat, dass sie das Kind versorgen kann, dann können wir das Kind nicht einfach mitgeben. Wir haben neulich einen Fall gehabt, da ist eine Mutter mit vorzeitigen Wehen acht Wochen lang bei uns behandelt worden, hat sich in der 32. Woche entschlossen, nach Hause zu gehen – gegen unseren Rat –, und dann sind die Zwillinge zu Hause zur Welt gekommen. Die Kinder sind mit einer Asphyxie, also einem Sauerstoffmangel, zu uns zurückgekommen. Das Jugendamt

interessiert sich für diesen Fall nicht, weil es sagt, dass das vor der Geburt geschehen ist. Die Mutter hat sich schlecht verhalten. Das ist ungünstig für die Kinder.

Das ist im Prinzip eine Gesetzeslücke. Wenn man Kindergesundheitsschutz machen will, müsste man auch vor der Geburt solche Sachen berücksichtigen können. Das heißt, das Jugendamt müsste sich auch für solche pränatalen Vorkommnisse interessieren. Vom Gesetz her ist das gar nicht möglich. Das Jugendamt wird sagen: Interessiert uns nicht. Uns interessiert nur, was nach der Geburt passiert ist.

Stellv. Vors. Abg. **Ernst-Ewald Roth**: Ich sehe keine weitere Wortmeldung, sodass wir auch diese Anhörung abschließen können. Ich danke denen, die zur Anhörung gekommen sind, sowohl für ihre mündlichen als auch für ihre schriftlichen Beiträge. Die Sitzung ist geschlossen.

Beschluss:

SIA 19/64 – 09.11.2017

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.