



**Medizin  
der Person**  
71. Internationale Tagung  
14. bis  
17.08.2019  
CZ - TEPLA

*Conference 4*

**Dr Marcelle DELOUR (F)**  
16/08/2019  
*Übersetzung: Frédéric von ORELLI*

## **Behandlung auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie Wenn die Ratgeber der Eltern und die des Kinderarztes über das Kindeswohl uneins sind**

Meine ganze medizinische Laufbahn war dem Schutz von Mutter und Kind gewidmet: Zehn Jahre lang als Ärztin in freier Praxis dann während zwanzig Jahren als Leiterin eines Dienstes in Paris.

Dieser Dienst für medizinische Vorsorge wurde durch den Nationalrat der „Résistance“ eingesetzt und als Abteilung gleichzeitig mit der nationalen Krankheitsversicherung (Sécurité Sociale) nach Ende des zweiten Weltkriegs geschaffen. Er hat die Grundlage gelegt für eine prophylaktische Medizin für schwangere Frauen und Kinder unter sechs Jahren, um den demographischen Wiederaufbau des Landes zu fördern. Es ist ein Dienst der ausnahmslos für die ganze Bevölkerung zur Verfügung steht.

Im Laufe der Zeit wurden seine Aufgaben erweitert und die Prophylaxe für Mutter und Kind hat sich von einer Einrichtung für Impfungen zu einem sozialmedizinischen Dienst mit Aufgaben in der Familienplanung, dem Kinderschutz und der Förderung von Gesundheit in der Familie und der Kinder entwickelt. In seine Aktivitäten wurden alle Kenntnisse des 20. Jahrhunderts über die Entwicklung der Kinder und der familiären Dynamik integriert. Speziell aufgrund des Konzepts der Verletzlichkeit konnte die initiale Ideologie der Sozialhygiene mit Konzentration auf die Arbeiterklasse aus dem Beginn des 20. Jh. überwunden werden. Die Abteilung hat sich der Gesamtheit der sozialen Klassen geöffnet und bietet Begleitmassnahmen an, die sich auf das Potential der Familien abstützen.

Dazu wurden die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter stark diversifiziert: Ärzte, Pädiater, Gynäkologen, Kinderkrankenschwestern, Psychologen, Hebammen, Therapeuten für psychomotorische Störungen, Ernährungsberater. Sie hat Partnerschaften und Netzwerke errichtet mit den Kinderkrippen, den Spitälern, den Behindertendiensten, der Psychiatrie, den Sozialdiensten, Verwaltungen, den juristischen Kinderschutzbehörden und den speziell auf einzelne besonders benachteiligte oder migrierende Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Vereinigungen. Schliesslich hat sie die Feinheiten und Schwierigkeiten der Gruppenarbeit in komplexen Situationen entwickelt. Familien werden in sozialmedizinischen Beratungszentren aber auch in Hausbesuchen beraten.

Nach und nach wurde sie von den Familien als Unterstützung anerkannt, kostenlos, wohlwollend und hilfreich, das Angehen aller Art sozialmedizinischer Probleme und Beziehungsstörungen ermöglichend und weiter als Erleichterung für den Zugang zu anderen für die Situation nützlichen medizinischen oder sozialen Stellen. Obwohl für alle zugänglich, werden die Zentren im Wesentlichen durch

Familien in einfachen oder sehr ärmlichen Verhältnissen aufgesucht, die meist aus der Immigration stammen, aus allen Nationen, mit Schwergewicht Westafrika. In Paris sind es ungefähr 50'000 Kinder, von der Geburt an bis 6-jährig, die von den pädiatrischen Beratungen, den prophylaktischen Kontrollen, den Abklärungen und der Gesundheitsförderung profitieren.

In den meisten Fällen bildet sich leicht eine Beziehung zwischen den Familien und den Beratungsteams. Ein besseres Verständnis führt zum Akzeptieren der Forderungen des Beraterteams auch wenn dafür eine gewisse Begleitung und eine gegenseitige Anpassung nötig sind.

Das ist aber nicht immer der Fall. Gewisse Situationen führen zur Auflehnung der Eltern gegen die Berater oder ihre Partner aus verschiedenen aber aus ihrer Sicht immer legitimen Gründen. Dann müssen Kompromisse gesucht und eine Entwicklung der Standpunkte angestrebt werden. Als verantwortlicher Ärztin des Gebiets kamen solche Konflikte immer direkt oder zur Supervision der Berater zu mir.

Die Differenzen drehen sich immer ums Interesse des Kindes. Was gibt es für akzeptable Weisen, sich um ein kleines Kind zu kümmern? Ab wann sind seine Bedürfnisse nicht mehr abgedeckt? Ab wann ist seine physische Integrität oder seine Entwicklung in Gefahr. Die Meinungsverschiedenheiten über solche Fragen gründen auf kulturell, sozial, bildungsbedingt oder psychoaffektiv verschiedenen Standpunkten. Unsere Fachleute teilen in diesen Fragen die in Frankreich geltenden Überzeugungen und Meinungen. Eine gewisse Anzahl davon sind in den Kinderschutzgesetzen festgeschrieben und die Fachleute sind gehalten, sie gegenüber den Eltern, die ihre Beachtung verweigern oder sich nicht daran halten können, durchzusetzen. Sie haben als öffentliche Amtspersonen eine Autorität, die es ihnen erlaubt, administrative, juristische oder polizeipersonelle Gewalt einzusetzen, um den Richtlinien Geltung zu verschaffen.

Das heisst aber, dass solche Situationen sehr asymmetrisch sind. Es ist dabei unabdingbar, den Respekt vor der Überzeugung der Eltern zu bewahren und mit ihnen einen Dialog aufzubauen, der ihnen erlaubt, den Wertekonflikt ohne Demütigung zu erleben und als Eltern das Gesicht nicht zu verlieren und bei den definitiven Entscheidungen die Konsequenzen zu verstehen, wenn nicht zu akzeptieren.

Ich werde zur Illustration drei Beispiele von Problemen aus denen wählen, die mich besonders beschäftigt und angeregt haben: der kindliche Saturnismus (Bleivergiftung), die weibliche Genitalverstümmelung und der Kindheitsschutz.

Aber zuerst will ich eine Anekdote erzählen, die zeigt, dass die Unterschiede, eine Situation zu erfassen nicht immer mit Konflikten gleichzusetzen sind und sogar zu Spässen verleiten können.

Eine Frau aus Westafrika kommt zur Konsultation mit ihrem Kleinkind. Ich habe den Eindruck, sie sei schwanger und teile ihr das mit. Sofort verdunkeln sich ihre Züge und die bisher herzliche Besprechung stockt. Die Beratung endet kalt. Ich sehe die Frau nicht mehr vor meinen Ferien und im August, als ich über den Dorfplatz gehe, sehe ich, wie sie auf mich zukommt. Sie geht mir nicht aus dem Weg, im Gegenteil, sie kommt mir lächelnd entgegen und dreht mir ihr Baby, das sie auf dem Rückenträgt, im Vorbeigehen unter die Nase, kehrt sich um und mit beglücktem etwas spöttischen Lächeln scheint sie zu sagen: „Dich habe ich schön erwischt“. Da habe ich mich daran erinnert, dass es ganz fehl am Platz ist, mit gewissen Afrikanerinnen geradeaus über ihre Schwangerschaft zu sprechen, da man riskiert die Aufmerksamkeit, ja vielleicht ein Unglück auf das noch versteckte Kind zu richten. Soviel zu mir. Aber alles ist gut ausgegangen und die Frau hat mir nichts nachgetragen.

Im Rahmen des Saturnismus war es eine aussergewöhnliche Geschichte, von der ich die Umstände kurz umschreiben muss. 1985 stirbt ein kleines afrikanisches Kind in einem Kinderspital an einer bleibedingten Enzephalitis. Einige Toxikologen und Pädiater werden aufmerksam und suchen mich auf, da bei Kindern aus meinem Bereich Bleivergiftungen festgestellt wurden. Es handelt sich dabei um eine Pathologie, die ich kaum kannte aber mit meinen toxikologischen Kollegen erkennen wir rasch, dass wir vor einem sozialmedizinischen Problem stehen, das mit der „schweigenden Epidemie“ in den USA vergleichbar ist. Wir zimmern uns rasch eine gut dokumentierte Überzeugung: Die Kinder vergiften sich zu Hause durch das Einatmen und Schlucken von Staub oder Bröckeln alter Farben mit

Bleiweiss, das hohe Dosen an im Magensaft löslichen und deshalb leicht im Darm resorbierbaren Bleisalzen enthält. Die fortgeschrittene Zersetzung der alten Farben verstärkt durch die Feuchtigkeit und die Überbelegung der Räume macht sie für die Kinder leicht zugänglich, die Brösel durchs Abreiben und der Staub von den Händen zum Mund. Anders gesagt, alle unsere kleinen Patienten, die in den bekannt und nachgewiesenermassen ungesunden Verhältnissen leben, sind dieser Vergiftung ausgesetzt. Das wird eine Menge Kinder betreffen.

Wir starten daher eine systematische weitläufige Abklärung dieser heimtückischen Krankheit. Auf die ersten Fälle sind wir zufällig gestossen. Es handelt sich klar um eine proaktive Massnahme. Die Vergiftung ist meistens asymptomatisch. Die zerstörerischen Wirkungen auf das neurokognitive System lassen sich nur über längere Zeiträume messen. Der damalige Grenzwert der Bleikonzentration im Blut für eine therapeutische Massnahme betrug 250 µg/l. Die Behandlung besteht in einer fünftägigen intravenösen Chelatbehandlung in einem Tagesspital. Wir stellen aber bald fest, dass wir vor Kindern stehen, die keine frische, sondern eine chronische Vergiftung aufweisen, bei der sie Blei in den Knochen eingelagert haben, das sie nach den Behandlungen wieder ausschütten, was zu Rezidiven führt. Es handelt sich also um eine chronische Erkrankung, die für jedes vergiftete Kind eine Dauerkontrolle und wiederholte Entgiftungen verlangt, und für die, die noch nicht vergiftet sind aber den Risikofaktoren in ihren Wohnungen ausgesetzt bleiben, eine regelmässige Vorbeugeuntersuchung.

Wohlverstanden leiten wir parallel zu dieser Kampagne der Umgebungsuntersuchung auch prophylaktische Massnahmen gegen die Risikofaktoren ein mit Hygieneempfehlungen und Bleimessungen in den Farben, um die Wirklichkeit des Risikos zu bestätigen. Es vergehen aber Jahre, bis die Gesundheitspolitiker Hygienevorschriften für Wohnungen und Sanierungsmassnahmen zur palliativen Risikoreduktion und zur Ausmerzung der Bleiquellen sowie zur Umsiedlung der Familien einführen und umsetzen. Wir haben mit Hilfe von „Ärzte ohne Grenzen“ und „Migration Santé“ Lösungen zu suchen, um die Bleifarben zu entfernen. So haben wir eines Tages einen belgischen Unternehmer empfangen, der einen Reinigungsprozess mit gebranntem Kalk vorschlug - der aber im Gebrauch unwirksam war. Er hatte gebeten, eine Wohnung zu besuchen und eine Familie hatte eingewilligt, uns zu empfangen. Der grosse und eindrückliche Herr aber verlangte, kaum wieder auf der Strasse, einen Abbruch der Verhandlungen und einen doppelten Whisky. Das war um 10 Uhr morgens in Belleville nicht leicht aufzutreiben. Durch sein Getränk wieder aufgestellt erklärte er sich völlig überwältigt von der Unwürdigkeit und Gesundheitswidrigkeit die er in dieser Familienunterkunft zu sehen bekommen hatte.

Inzwischen erklären wir den Eltern, dass man ihren scheinbar gesunden Kindern eine Blutentnahme machen und nach dem Resultat meist eine und dann mehrere Behandlungen im Spital veranlassen muss. Oral verabreichbare Chelate hatten wir erst nach einigen Jahren zur Verfügung. Wir erklären ihnen auch alle Vorsichtsmassnahmen, die sie zum Schutz ihrer Kinder vor den Farben ergreifen müssen. Und doch sehen wir sie nach der Behandlung wieder an den Orten ihrer Vergiftung leben und spielen. Der Saturnismus ist wirklich eine Krankheit des armen Kindes, in schlechter Unterkunft und zudem, in Paris, des Migranten.

Für diese Familien, für jede speziell, und für die ganze westafrikanische Gemeinschaft, die wegen ihrer besonders prekären Wohnsituation auch besonders stark betroffen war, war das ein schwerer Schock. Trotz der starken Störungen in der Organisation des täglichen Lebens durch die Behandlungen in den Familien, wo mehrere Kinder gleichzeitig betroffen waren, beugten sich die meisten Familien den therapeutischen Einschränkungen, die wegen der oft eindrücklich hohen Bleiwerte von über 1000 µg/L drastisch ausfielen. Einzelne hingegen hatten Mühe, die Notwendigkeit einer Behandlung anzuerkennen und manchmal war sogar die Androhung juristischer Massnahmen nötig.

Wir waren voll in unser Programm von Erkennung und Kontrolle eingestiegen, mit gut eingefahrenen Botschaften, deren Wirksamkeit auch einen Rückgang der Vergiftungsfälle brachte. Unsere Problembewertung und die erarbeiteten und den Familien empfohlenen Lösungen gründeten auf dem *biomedizinischen Paradigma der Vergiftung* : ein Gift dringt in den Körper ein, die Quelle wird erkannt, man versucht, sie zu eliminieren und das Gift wird durch ein Gegengift aus dem Körper

entfernt. Und wirklich hat sich das Gegengift, das EDTA, das heilende Chelat, ziemlich rasch selbst als nephrotoxisch erwiesen, wenn ein gewisser Schwellenwert erreicht wurde. Das zu verstehen und anzunehmen war natürlich für die Familien extrem schwierig.

Erst als wir die anthropologisch erfahrenen Kollegen vom CNRS (*Nationales Zentrum für wissenschaftliche Forschung*), die auf Westafrika und die Soninkés spezialisiert waren, aufsuchten, verstanden wir, dass das erklärende Paradigma für diese Familien das „Malheur“ (Unglück) war. Es weckt die komplexen Verbindungen, die die Menschen mit ihren Sippen und Familien in Frankreich wie im Ursprungsland verbinden. Es mobilisiert die Bande zu den Vorfahren, den Geistern, zu allem was beim Verstehen der Welt und der darin auftretenden Störungen Sinn macht. Die Familien stellten sicher, dass den Vorschriften der weissen Biomedizin nachgekommen wurde, teils weil sie trotz allem dazu ein gewisses Vertrauen aufbrachten, teils weil sie dazu durch die amtliche Autorität gezwungen waren. Aber gleichzeitig nahmen sie weiter Hilfe von den Gesundheitsweisen ihres angestammten Universums, den „Marabouts“ und Heilern an. Sie haben auch Vertrauen in das ethnomedizinische Institut des Centre Georges Devereux im Hôpital Avicenne de Bobigny, das der Ethnopsychiater Tobie Nathan führt, und das diesem neuen Problem besonderes Augenmerk widmet und spezielle Leistungen dafür anbietet.

Wir haben diesen doppelten Treuebeweis gut aufgenommen. Da unser eigenes Programm nicht betroffen war, konnten wir in den Zentren für Mütter- und Kinderschutz (PMI) Beratungen für traditionelle Medizin anbieten. An einer solchen Konsultation habe ich selbst teilgenommen. Natürlich ist mir der Sinn vollständig verborgen geblieben sogar als im Kreis der gemischt sitzenden Familien und Heiler ein Ei erschien, das von Hand zu Hand weitergereicht werden musste. Wichtig war in diesem Moment die Bezeugung von Anerkennung der Wirksamkeit dieser Behandlung wie die Familien sie von unserer Biomedizin anerkennen.

So konnte sich die Komplexität der Zugehörigkeiten und Vertrauensbezüge durch die Begegnung der Kulturen ohne Schock und im vollen gegenseitigen Respekt etwas lösen.

Im Kampf gegen die Beschneidung der afrikanischen Mädchen ist die Sache anders verlaufen. Die Sicht auf diese auf dem afrikanischen Kontinent weit verbreiteten traditionellen Eingriffe hat sich im Laufe der Zeit deutlich entwickelt. Zu Beginn meiner Berufstätigkeit in den 80er Jahren war die Einschätzung sehr kontrovers. Gewisse Leute klagten sie als nicht tolerierbare kriminelle Verletzungen der kindlichen Integrität an, während viele andere empfahlen, sie als Teil kultureller Traditionen zu respektieren, die unsere Kritik als Zeichen von Neokolonialismus nicht ertrüge. Die Feststellung einer Beschneidung in einer Konsultation bei einem Mädchen löste deshalb keine formellen Reaktionen aus, manchmal kaum einzelne Kommentare ohne Konsequenzen. Die Weitermeldung an die Justiz war dem Gutdünken des Praktikers überlassen. Deren Konsequenzen waren ungewiss. Kurz, man wusste nicht, wie mit dem Problem umzugehen war.

In den Jahren nach 1990 liessen uns einige Prozesse, die gegen afrikanische Beschneiderinnen wegen ihrer Tätigkeit in Frankreich angestrengt worden waren und in den Medien kommentiert wurden, Überlegungen zu besser fundierten Haltungen anstellen. Wir sind mit französischen (GAMS) wie afrikanischen Vereinigungen zusammengekommen, die für die Rechte der Frauen und gegen die sexuelle Verstümmelung kämpfen. Da haben wir erfahren, dass mehrere afrikanische Staaten Gesetze entwickelt hatten, die diese Praktiken verbieten und bestrafen. Dann haben wir mit den Vätern und Müttern gesprochen, die versuchten, dem gesellschaftlichen Druck zu entkommen und ihre Mädchen zu beschützen.

Schliesslich entschieden wir, die „Excision“ (Beschneidung von Mädchen) als Verbrechen zu betrachten und auch als solches zu behandeln. Mit den Familien und den Vereinigungen sowie mit den Kinderschutzbehörden der Justiz haben wir eine grosse koordinierte Aktion gestartet, um gemeinsame Richtlinien zur Intervention festzulegen. Eine Aufklärungs- und Vorsorgekampagne wurde unter den Familien, die unsere Stationen aufsuchten, eingeleitet. Ich habe eine Dienstweisung

geschrieben, wonach jede Feststellung einer Sexualverstümmelung dem Staatsanwalt zur Strafverfolgung gemeldet werden musste. Diese Anzeige hat seither systematisch das Aufsuchen der Eltern und deren Verhaftung zur Folge. Die Fahndungen zielten darauf, die Beschneiderinnen in Frankreich zu finden und die Mitwirkung der Eltern festzustellen, deren Verteidigung vor allem das Eingreifen der „Matronen“ in ihrer Abwesenheit bei Besuchen im Herkunftsland war. Zusätzlich wurde für die noch unverletzten Mädchen eine oft von den Eltern verlangte Vorsorgetaktik organisiert mit den Vereinigungen, die für die Zeit des Aufenthaltes vor Ort ihre Verbindungsleute mobilisieren konnten. Schliesslich konnte der Richter auch ein Ausreiseverbot bei besonderen Schwierigkeiten aussprechen.

Eine Weile hatten wir befürchtet, dass diese drastischen Massnahmen die Familien von unseren Stationen abschrecken würde und sie uns ihre Kinder nicht mehr vorstellen könnten. Aber dem war nicht so. Wir sahen weiter beschnittene Mädchen, meist beim ersten Besuch im ersten Monat, manchmal auch nach Rückkehr aus dem Heimatland. Jedoch immer seltener.

Faktisch, wenn anfangs ein Teil der Familien an unserem Programm teilnahmen, es sogar forderten, waren sie in der Minderheit und die meisten stellten die Handlung nicht in Frage, wenigstens nicht ausdrücklich. Unsere Vorträge allein befreiten sie nicht vom Druck ihrer traditionellen Sippenbräuche. Und das aktive Engagement gewisser Familien in diesen Kampf hat vor allem die unterschiedlichen Auffassungen innerhalb der afrikanischen Gesellschaft ans Licht gebracht. Und doch hat die Geschichte sich nach Einsatz unseres Programms dauernd entwickelt. Es wurde leichter möglich, die Frage anzusprechen und das Verbot einer Körperverletzung mit Hinweis auf französisches Recht zu betonen. Eine Meinung so öffentlich zu vertreten und mit deutlichen Taten zu bekräftigen - eine Verhaftung zu erleben ist keine Kleinigkeit für einen redlichen Familienvater - hat vielen Familien, vor allem den Müttern erlaubt, ihre Einstellung gegenüber diesen Praktiken klar zu stellen und die Verweigerung einer Verstümmelung ihrer Töchter durchzusetzen, die sie selbst erlitten hatten. Die Familien, die die Verweigerung wählten, hatten das Recht, sich auf die Schutzmassnahmen der Gesetzeshüter abzustützen. Die drastischen Massnahmen halfen ihnen, sich zu rechtfertigen und dem gesellschaftlichen Druck auch bei Aufhalten im Herkunftsland die Stirn zu bieten. So sahen wir nach und nach die Beschneidungen der Mädchen praktisch verschwinden, wenigstens bis sechs Jahre, solange wir sie begleiten.

Und trotzdem muss man nicht glauben, die weibliche Beschneidung sei ausgerottet. Die ganz kleinen Kinder sind zwar geschützt worden. Die neu ankommenden Familien wurden rasch durch die gesellschaftlichen Verbindungen über die geltenden Gesetze informiert. Aber die Prägung der Tradition löscht man trotz allem nicht so schnell aus. Wir beobachteten eine Strategie der Verschiebung der Beschneidung ins Alter, wo keine sozialmedizinischen Kontrollen mehr üblich sind. Die schulärztlichen Stellen fanden sich vor der Aufgabe, Mädchen zu erfassen, die im Ferienurlaub eine Verstümmelung erlitten hatten. Dieses Problem, wie das der Zwangsverheiratung wurde seither zu einer ihrer Herausforderungen.

Nach der Feststellung dieser zeitlichen Risikoverschiebung habe ich meinerseits neue Massnahmen mit meinen Mitarbeiterinnen und den Vereinigungen ausgearbeitet und eine neue Dienstvorschrift erlassen. Sie mobilisierte Anstrengungen in den Familienplanungsstellen für die Jugendlichen, die eine Empfängnisverhütung verlangten und eventuell um eine Beschützung baten und für die Schwangeren, für die eine verstärkte Information grundlegend war und eine Unterstützung des Wunsches nach Schutz ihrer erwarteten Mädchen.

Ich habe aus dieser Erfahrung gelernt, dass es wichtig ist, die Lehre die man verbreiten will, genau zu definieren und nicht zu zögern, sie umzusetzen, sei es aus Schwäche oder Gefälligkeit, sogar wenn die Familien sie ablehnen. Diese sind durchaus fähig, ihre Stellung gegen die der Behandelnden zu verteidigen und diese auch herauszufordern. Sei es dass, sie aus ihren Argumenten Unterstützung zur Entwicklung ihrer neuen Einstellung bekommen, sei es dass sie sie umgehen, wenn sie sich nicht ändern wollen. Wie dem auch sei, seine Überzeugung nicht zu verraten bleibt eine rote Linie im Dialog zwischen Behandelnden und Familien.

In Sachen Kinderschutz sind die Dinge ebenfalls recht komplex. Es gibt eine Referenzmeinung, die einigermassen anerkannt ist über das, was verboten ist, Kindern, Verletzlichen, Kranken, Behinderten, Alten anzutun. Sie ist im Gesetz festgehalten und verlangt die Anzeige der Taten, Missbräuche oder Unterlassungen an die Gerichtsbarkeit unter Aufhebung des Berufsgeheimnisses. Solche Situationen werden dann einer interdisziplinären und pluriinstitutionellen Beurteilung unterworfen, wobei die Meinungen der Fachleute unter sich und mit den Familien über die Vorgänge und die Verantwortlichkeiten stark auseinander gehen können auch, wenn die Misshandlung an sich unbestritten ist.

In der Praxis sind die kinderärztlichen Teams wie die Fachleute des Mütter und Kinderschutzes vor allem mit Misshandlungen, die ich als grenzwertig bezeichnen würde, konfrontiert. Da ist die Arbeit mit den Familien grundlegend einerseits für die Beurteilung aber auch für die günstige Entwicklung des Kindes und der Familie.

Zu Beginn der achtziger Jahre hatte man klare Kenntnisse über die psychische Entwicklung des Kindes, die elterlichen Kompetenzen, die familiäre Dynamik und die Pathologie der intrafamiliären Bindungen. Man hatte auch die Politik der systematischen Umplatzierung von Kindern durch die „Aide Sociale à l'Enfance“ („Soziale Hilfe für die Kindheit“) kritisiert und erkannt, was die Trennungen und die Zerstörung der familiären Bindungen ohne fachliche Begleitung für verheerende Folgen hatten. Schliesslich hatte man auch anerkannt, dass die armen und sozial stark benachteiligten Familien kein Monopol für Misshandlungen hatten. Das Verständnis der „Vulnerabilität“ hat es erlaubt, die Schwierigkeiten des Kindes in Familien, die bisher von den sozialmedizinischen Stellen nicht erreichbar waren, anzugehen. All dies hat zur Entwicklung der Prinzipien und Eingriffsweisen der Dienste und Teams in den zerfallenden oder mit grossen Problemen mit den elterlichen Funktionen kämpfenden Familien geführt. Es ging nicht mehr darum, die Kinder aus einem vergifteten familiären Umkreis zu entfernen, da die bisher befürworteten Platzierungen genauso schlecht waren. Die Zeit war gekommen, mit den Familien zu arbeiten und die Kinder so lange wie nur möglich darin zu behalten, indem man Bindungen und psychoedukative Begleitmöglichkeiten schuf, um die elterlichen Kompetenzen bestmöglich zu unterstützen.

Die Situationen des Kinderschutzes sind psychoaffektiv komplexer Art. Die Ambivalenz von Liebe und Hass zwischen Eltern und Kindern ist richtunggebend für ihre Bindungen mit einem breiten Spektrum zwischen harmonischen Beziehungen und solchen, wo Gewalt, Vernachlässigung und Ablehnung vorherrschen. Die Arbeiten von Fachleuten wie Myriam David haben den Teams wesentlich geholfen, das zu verstehen, was sich jenseits des äusserlich Sichtbaren und Erzählten in den gestörten Bindungen abspielte und die innerfamiliären Interaktionen störte und ebenso die Interaktionen zwischen den Familien und den Fachleuten, die sie begleiteten. Die Mütter nämlich, denn es sind meistens sie, die man antrifft, brauchen die sozialmedizinischen Begleitpersonen, meist mehrere, um ihre verschiedenen Gefühle, die sie gleichzeitig und oft widersinnig erfüllen, zur Geltung zu bringen. Eine solche Mutter ist unfähig, die Grundbedürfnisse des Kindes wie eine vernünftige Hygiene, eine geregelte Tagesstruktur oder kohärente affektive und erzieherische Erwartungen zu bieten. Sie erscheint schwer vernachlässigend, manchmal auch verbal und physisch gewalttätig oder lässt die Kinder Gefahr laufen, kurz sie zeigt sich als „schlechte Mutter“. Die gleiche Mutter betont laut und stark ihre Zuneigung und Liebe durch manchmal übertriebene Handlungen oder zeigt ihre Verzweiflung darüber, „es nicht zu schaffen“ und ihre Angst vor der „Versorgung“ der Kinder. Der Fluch ihrer eigenen Geschichte kann sich in ihr wiederholen, ohne dass sie sich dessen klar bewusst wird. Beide Janusgesichter sind aufrichtig und müssen ernst genommen werden. Den sie umgebenden Fachleuten zeigt und anvertraut sie die verschiedenen Stücke ihres inneren Puzzles. Von diesem Moment weg entstehen Projektionsprozesse, die zu einer ernst zu nehmenden und wirksamen Beziehung führen. Die eine Projektion geht auf das Opfer von Hass oder Gewalt, die andere auf die liebevolle und aufmerksame Mutter. Wenn die Begleitung ausdrücklich darauf ausgerichtet ist, die

positiven Seiten der vorhandenen und wahrgenommenen Fähigkeiten zu unterstützen, müssen sich die verschiedenen betreuenden Fachleute zwingend gut absprechen.

*Als Beispiel diese Mutter zweier Kinder, die keine Energie mehr hat. Sie ist etwas überfordert, ihr familiäres Gleichgewicht ist labil mit einem Vater, der wohl ein Doppelleben führt. Sie stützt sich für ihre Entscheidungen stark auf das Beratungsteam ab. Sie ist so isoliert, dass sie bei der Geburt ihres dritten Kindes keine Möglichkeit zur Betreuung der beiden älteren hat und diese in die Obhut der Sozialfürsorge gegeben werden müssen. Ich bin darüber beunruhigt und gehe selbst zu ihr auf die Gebärdstation, was ich sonst nie tue, aber ich will mich von ihrem ernsten Willen überzeugen, dass sie sie wirklich nach ihrer Rückkehr wieder zu sich nach Hause nehmen will. Mein Misstrauen ist berechtigt, weil der Sozialdienst die Kinder nicht herausgeben will mit der Begründung, die Mutter sei nicht in der Lage, sie zu versorgen. Ich werde sechs Monate zu kämpfen haben, um diesen Entscheid umzustossen und die Rückgabe der Kinder an ihre Mutter zu erreichen.*

Die pluridisziplinäre Arbeit erfordert halt feine Absprachen um die Extreme zusammenzuhalten und bearbeiten zu können. Man stellt erst am Schluss die Wirkung und den Nutzen der gemeinsamen Massnahmen zum Wohl des Kindes fest. Die Eltern akzeptieren schliesslich die Einleitung von Erziehungsschritten, die Übernahme einer Behinderung durch Fachleute, die Anmeldung in einer Kinderkrippe oder einem Hort oder das Tragen der schon längstens verschriebenen Brille.

Zudem kann die Verarbeitung solcher komplexer psychischer Prozesse beim Betreuer Gefühle bezüglich seiner eigenen Geschichte wecken, die wiederum Abwehr- oder Ablehnungsmechanismen oder im Gegenteil übertriebenes Mitgefühl auslösen. Es ist daher unumgänglich, dieses Durcheinander in Worte zu fassen, um sich zu schützen und die Familien vor überstürzten Handlungen und besonders vor juristischen Anzeigen und Umplatzierung der Kinder zu schützen.

*Für eine junge alleinerziehende Mutter konnte die administrative Erziehungsmassnahme die komplexe, ambivalente Bindung an ihren kleinen Sohn klarstellen. Es geschah vor einem Jahr. Die Teams sind geteilter Meinung. Einzelne verlangen die Platzierung, andere möchten in der Hoffnung auf eine Verbesserung, das Kind zu Hause lassen. Wir machen eine Gruppenbesprechung mit dem Entscheid, das Kind zu Hause zu lassen. Tags darauf stürzt die Mutter in meine Praxis, macht Riesenzoff, bricht in mein Zimmer ein, wirft das Kind auf den Wickeltisch und schreit sich ihre Verzweiflung aus dem Hals. Sie zwingt uns völlig überfordert ihren Willen auf. Sie schützt sich auch damit, dass sie uns aufsucht, um loszulassen, überzeugt, dass wir einspringen würden. Und so ist es. Ich rufen den familiären Hilfsdienst (AEMO) der die beiden abholt und die Platzierung des Kindes organisiert.*

Wenn auch eine Platzierung der Kinder nie die erste Lösung darstellt, ist sie doch immer als letzte Möglichkeit den Fachleuten präsent. Die Eltern, die sie oft am eigenen Leibe erfahren haben oder sie als Bedrohung durch langjährige gesellschaftliche Erfahrung der armen Leute kennen, fürchten sie natürlich und entwickeln häufig aufwühlende Vermeidungsstrategien.

*In dieser Familie herrscht Zwietracht aber auch eine Fusionsbeziehung zu den beiden Kindern. Die leichte Debität de Mutter erlaubt ihr nicht, die Grundversorgung zu gewährleisten. Die Hygiene ist miserabel und eine Geruch nahe einem Gestank begleitet die Familie überallhin. Der Vater lebt in einem dauernden Verfolgungswahn und läuft mit einem brennenden Feuerzeug umher, um die bösen Geister zu vertreiben. Wenn er die Kinder zu unserer Beratung bringt, führt er sein Feuerzeug um mich herum und über alle Gegenstände auf dem Tisch und drückt seinen Kopf an den meinen während ich die Kinder untersuche. Bei einer Spitalbehandlung trieb er so zur grossen Entrüstung der Pflegenden die Geister aus den Infusionsschläuchen aus. Ich wünschte für diese Kinder, die schon Zeichen von Störungen zeigten, eine Entfernung aus dem familiären Rahmen. Keine Erziehungsmassnahmen hatten je eine Verbesserung erreichen können und die Familie verweigerte*

*psychiatrische Hilfe. Aber die Bindung war so stark, dass sie die Beurteilung verfälschte. Ich habe deshalb den Jugendrichter aufgesucht, um ihn zu überzeugen. Ein junger Mann an seiner ersten Stelle, spricht über den Vater, der doch nicht so übel sei und betonte vor allem, dass er nach der Beratung jedes Mal sein Büro lange lüften müsse. Er zeigte sich bass erstaunt, als ich ihm die Vorgänge bei der ärztlichen Beratung erzählte. Wie konnte ich nur solche Leute ertragen? Nun, Herr Richter, das ist meine Arbeit! Schliesslich musste eine Truppe der Jugendpolizei die Kinder zu Hause während einer paranoiden Krise des Vaters abholen.*

Wenn Familien die Sozialmedizinischen Dienste nicht gewohnt sind, können deren Eingreifen zuerst als unerträgliche Stigmatisierung empfunden werden, die man überwinden muss, um die angebotene Hilfe zu akzeptieren.

Die Arbeitssitzungen unter den Fachleuten verschiedener Berufe und Institutionen sind daher unverzichtbar, um für die Familien eine kohärente Unterstützung zu gewährleisten, wo jeder sich der Rolle bewusst ist, die ihm die Familie zuteilt und der Ziele, die die verschiedenen Akteure teilen. Es geht um Sitzungen zur Synthesefindung, wo die Streitereien gelegentlich das intrafamiliäre psychische Seilziehen widerspiegeln. Sie schützen auch vor wilden voreiligen Handlungen.

Neben diesen Sitzungen hatte ich Arbeitstreffen mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Gruppe ausschliesslich für meine regionalen Kindergärtnerinnen geschaffen. Diese Fachleute, alles Frauen, waren den Projektionen und schwierigen Interaktionen besonders ausgesetzt, weil sie allein in der Wohnung der Familien eingreifen mussten. Wir haben monatlich Situationen mit ihnen durchbesprochen und Gewicht auf ihre Erlebnisse und Empfindungen gelegt. Anfangs widerstrebend, dann immer offener haben sie begonnen frühere und gut gehütete „Jagdgeschichten“ zu erzählen. Mit der Zeit brachten sie auch aktuellere Erfahrungen im Anfang der Behandlung zur Sprache und schliesslich legten sie Fälle vor, die sie eben gefasst hatten, deren Behandlung ihnen aber schwierig erschien. Über die Emotionen zu sprechen, die beteiligt waren, bedeutete zugleich, den Mitarbeitern zu helfen, in ihrer Stellungnahme gerecht zu sein und den Familien, indem man sie vor inadäquaten Reaktionen schützte, die verhinderten, ihnen ebenfalls unvoreingenommen zuzuhören. Dieser Austausch war eine Vorsorge gegen Versuchungen aller Art, die solchen Interventionen innewohnen können. Für die Familien wurde so die Möglichkeit der Widerrede und damit einer realen Entwicklung zu positiven Resultaten erhalten.

\*  
\* \* \*

Was heisst es, diese drei so verschiedenen Beispiele des Saturnismus, der Sexualverstümmelung und der Misshandlungen und die Art wie ich ihnen begegnet bin, mit Augen des Glaubens zu lesen?

Ich möchte drei Leseschlüssel auf verschiedenen Ebenen vorschlagen, die ihr dann diskutieren könnt.

Ich nenne den ersten: **Wie ist der Bezug zum Gesetz?**

Die Geschichten sprechen von der Konfrontation zwischen den normativen, medizinischen oder sozialmedizinischen Vorschriften, die sich auf die ganze hoheitliche Macht des Gesetzes abstützen und der Freiheit der Patienten, der für das Wohl ihrer Kinder verantwortlichen Eltern, die die Vorschriften ganz oder teilweise akzeptieren oder auch ablehnen oder mit besonderen Strategien umgehen oder sich ihrer entziehen.

Sie treffen wieder auf die ewige Kluft zwischen Geist und Buchstaben des Gesetzes. *Der Sabbat ist für den Menschen gemacht und nicht der Mensch für den Sabbat* sagt Jesus nach der Heilung des

Blinden, im falschen Moment, am falschen Ort für die Autoritäten, im besten Moment für den geheilten Blinden.

Es gibt verschiedene Wege, den Sabbat zu heiligen: Dem Buchstaben nach, indem man die Riten beachtet und den nach Hilfe rufenden Leidenden vergisst oder dem Geiste gemäss, den Herrn ehrend durch Sorge zu seiner Schöpfung nach seinen Geboten. Der Sabbat wird nicht durch einen äusserlich erscheinenden Bruch der Regeln entheiligt. Er wird im Gegenteil beachtet, wenn er nicht auf sinnentleerte Regeln reduziert wird, sondern erweitert durch eine höhere Regel, die des Geistes. Antigone sagt nichts Anderes, wenn sie das Gesetz der Menschen, demjenigen Gottes, das höher ist, entgegensetzt. Christus weist die Selbstherrlichen Führer, die die Ehebrecherin steinigen wollen, auf die Prüfung ihres eigenen Gewissens zurück: „Wer seid ihr, zu richten?“ Wir stehen vor einem starken anthropologischen Paradigma: der Geist des Gewissens ist stärker als der Buchstabe der Gesetzestafeln.

Die praktische Arbeit in der Sozialpädiatrie ist dauernd mit dem Gesetz verbunden, das ja den Hintergrund jeder fachlichen Entscheidung sein muss. Es setzt den Rahmen des sozial annehmbaren oder verwerflichen Verhaltens. Es kann gegenüber den Familien als Werkzeug der Macht, sogar der Allmacht eingesetzt werden, kann aber auch als Sprungbrett dienen, um Lebenswege zu öffnen, die frei sind von den Lasten, die einem ewig erneut niederwalzen. Auf dem Weg mit den Familien sind immer Risiken einzugehen, ausgeglichen durch das Vertrauen in ihre Fähigkeit, sich aus ihrem festgetretenen Pfad zu lösen. Das Gesetz wird zum Wanderstock.

Der zweite Schlüssel ist **der Blick**.

Die Familien sind wie der reiche junge Mann, der zu Jesus kommt und ihn nach dem Weg zum Himmelsreich fragt. Jesus sieht ihn kommen mit seinen schönen Kleidern, seinem aufrechten Gang und seiner Würde. Er sieht an ihm alle Zeichen dessen, was ihn in dem Moment zurückhalten wird, wo er sich auf den Weg macht. Dennoch, so steht es bei Markus (10,21) „Jesus warf seinen Blick auf ihn und liebte ihn“. Er liebte ihn, als der junge Mann sich nicht entscheiden konnte, alle seine Hindernisse fallen zu lassen und ihm nachzufolgen und er verurteilte ihn nicht sondern nannte einfach die Schwierigkeiten des empfohlenen Weges. Mit den Familien, die unsere Fachleute aufsuchen, um der Last ihrer sozialen oder psychischen Probleme, die sie im Unglück einsperren, zu entkommen, braucht es einen liebe- und vertrauensvollen Blick während man den schwierigen Weg beschreibt, der einzuschlagen ist. Man muss auch die manchmal tief verschütteten menschlichen Fähigkeiten, sich von einengenden Hindernissen zu befreien, erkennen, und die zwangsläufig in jedem Menschen vorhandenen Kompetenzen hervorlocken und wirksam werden lassen. Der immer wohlwollende und vertrauensvolle Blick macht, dass die Familien immer und immer trotz allen Misserfolgen und Schwierigkeiten wiederkehren. Und wenn wir fragen „Wer kann denn gerettet werden?“ hört unser Glaube Christus: „Für Menschen unmöglich, aber für Gott nicht, denn alles ist möglich für Gott.“

Der dritte Schlüssel schliesslich, ist **das Wort**.

In den schrecklichsten Situationen von Unterdrückung und Gewalt kann das Wort allein nennbar, was noch und immer Menschliches im am Boden zerstörten Menschen vorhanden ist. Den Sinn dessen aufzeigend, was im Spiel ist, erlaubt es, nicht mehr durch die Dämonen „gejagt zu werden“ sondern dem todbringenden Gewicht des wirkenden Übels zu entkommen. Es öffnet Auswege zum Leben auf denen Gott dem Menschen entgegen kommt.

*Marcelle DELOUR*  
*Pädiatrie und pädiatrische Sozialmedizin*