

4 Ergebnisse

4.1 Rücklauf

Im Januar 2004 wurden alle 326 Berliner PädiaterInnen und eine zufällig ausgewählte Gruppe Berliner HausärztInnen, die 13% (n=326) der in Berlin niedergelassenen HausärztInnen (n=2523) umfasste, angeschrieben. Von diesen 652 kontaktierten KollegInnen konnten 25 nicht erreicht werden, da sie nicht mehr niedergelassen waren, sich im Mutterschaftsurlaub befanden oder erkrankt waren. Eine Ärztin wurde nachträglich aus der Stichprobe entfernt, da sie zwar bei der KV als Kinderärztin registriert war, jedoch als Kinder- und Jugendpsychiaterin praktizierte und nicht eindeutig einer der Gruppen zuordenbar war. Die verbleibende Stichprobe umfasste 626 ÄrztInnen.

Im Folgenden wird zunächst die Gruppe der antwortenden ÄrztInnen beschrieben und im Hinblick auf die Variablen Fachgebiet, Geschlecht, Alter und Niederlassungsdauer mit der Stichprobe verglichen. In Kapitel 4.1.2 werden dann innerhalb der Gruppe der Antwortenden diejenigen, die den Fragebogen spontan zurückschickten denjenigen gegenübergestellt, die erst auf telefonische Nachfrage antworteten. Eine deskriptive Beschreibung der Gründe für Nichtteilnahme folgt in Kapitel 4.1.3.

4.1.1 Beschreibung der Antwortenden

Insgesamt wurden nach Abschluss der telefonischen Nacherhebung 30% (n=187) der verschickten Fragebögen (n=626) ausgefüllt zurückgesandt. Diese konnten vollständig in die Auswertung einbezogen werden. 66% (n=123) dieser Antworten stammten von PädiaterInnen und 34% (n=64) von HausärztInnen.

Getrennt nach Fachgebiet auf die Gesamtstichprobe bezogen zeigt sich, dass kinderärztlich tätige ÄrztInnen unter den Antwortenden überrepräsentiert sind: Während 40% (n=123) der Berliner PädiaterInnen (n=311) antworteten, war dies nur bei 20% (n=64) der angeschriebenen HausärztInnen (n=315) der Fall:

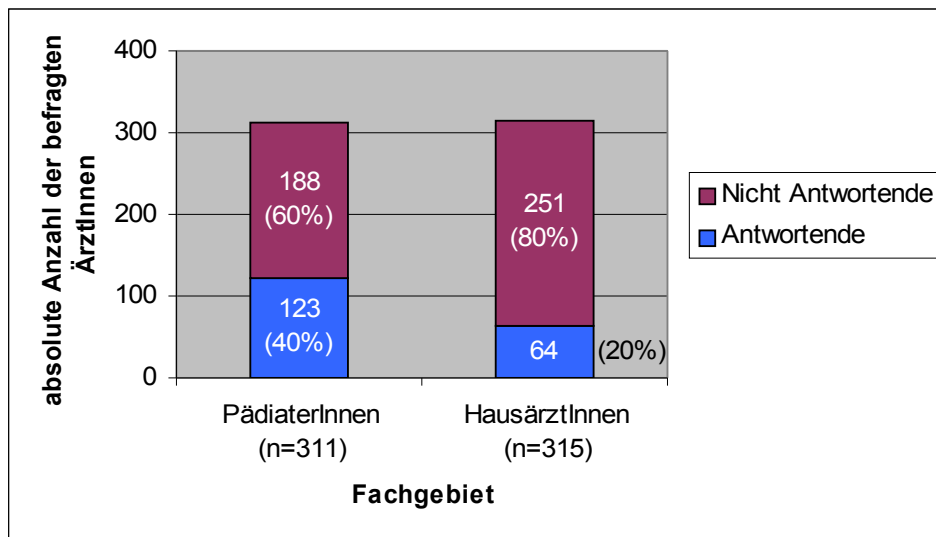


Abbildung 1: Rücklauf nach Fachgebiet

Von den 187 ausgefüllten Fragebögen wurden 68% (n=128) von Frauen und 32% (n=59) von Männern zurückgeschickt. Da 388 Ärztinnen und nur 238 Ärzte angeschrieben worden waren, entspricht dies 33% (n=128) Rücklauf der angeschriebenen Frauen und 25% (n=59) Rücklauf der angeschriebenen Männer:

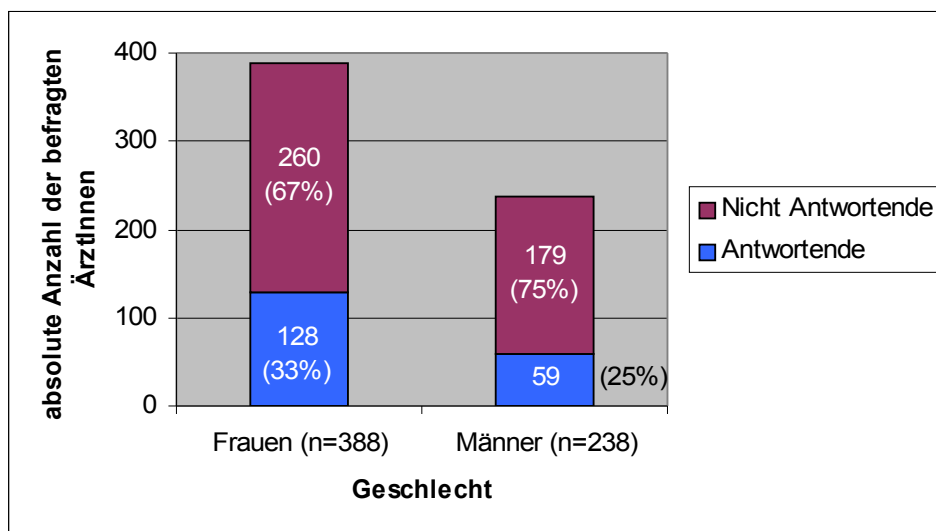


Abbildung 2: Rücklauf nach Geschlecht

Durchschnittlich waren die 64 antwortenden HausärztInnen mit 10,7 Jahren um 0,3 Jahre kürzer niedergelassen und mit 48,8 Jahren um 4,8 Jahre jünger als die Gesamtgruppe der Berliner HausärztInnen (n=2523). Die 123 teilnehmenden KinderärztInnen waren mit 12 Jahren genau so lange niedergelassen wie der Durchschnitt aller Berliner KinderärztInnen (n=326) und mit 50,7 Jahren um 2,6 Jahre

jünger als diese (persönliche Mitteilung KV 2005).

4.1.2 Zeitpunkt der Antworten

Häufig bestehen zwischen Teilnehmenden, die früh antworten und anderen Teilnehmenden, die erst später reagieren, Unterschiede. Viele Autoren gehen davon aus, dass die Gruppe der spät Antwortenden Ähnlichkeiten mit der Gruppe der Verweigerer aufweist. Aus einem Vergleich zwischen früh und spät Antwortenden können deshalb Rückschlüsse auf die Gruppe der Verweigerer gezogen werden ().

Im Folgenden sollen daher die 187 teilnehmenden ÄrztInnen unter dem Aspekt betrachtet werden, ob sie innerhalb der im Anschreiben genannten Frist von drei Wochen spontan antworteten, oder erst im Verlauf der telefonischen Nacherhebung.

85 ÄrztInnen äußerten sich spontan per Fax-Antwort. 68% (n=58) dieser ÄrztInnen waren pädiatrisch tätig, 32% (n=27) hausärztlich. Im Verlauf der einmonatigen telefonischen Nacherhebung wurden weitere 102 Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt. Davon stammten 64% (n=65) von KinderärztInnen, 36% (n=37) von HausärztInnen.

Eine Gegenüberstellung von spontan und auf Nachfrage Antwortenden getrennt nach Fachgebiet zeigt nur geringe prozentuale Unterschiede zwischen Haus- und KinderärztInnen. 47% (n=58) der insgesamt teilnehmenden KinderärztInnen (n=123) und 42% (n=27) der teilnehmenden HausärztInnen (n=64) antworteten spontan:

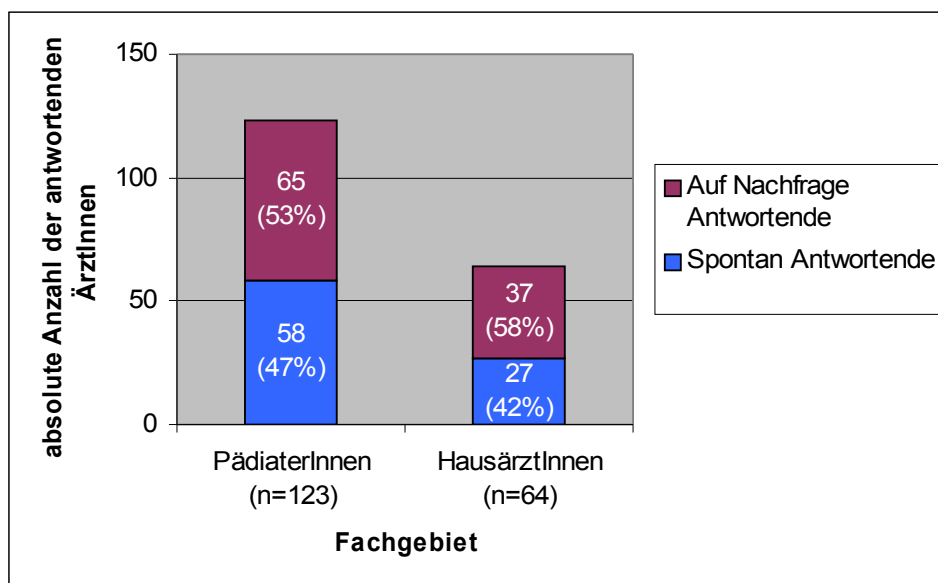


Abbildung 3: Rücklauf nach Fachgebiet und Zeitpunkt der Antwort

Ein Zusammenhang zeigte sich dagegen zwischen dem Geschlecht der Befragten und dem Zeitpunkt der Antwort: Während von den 128 antwortenden Frauen 50% (n=64) den Fragebogen innerhalb von drei Wochen zurückschickten, antworteten von den 59 teilnehmenden Männern nur 36% (n=21) spontan:

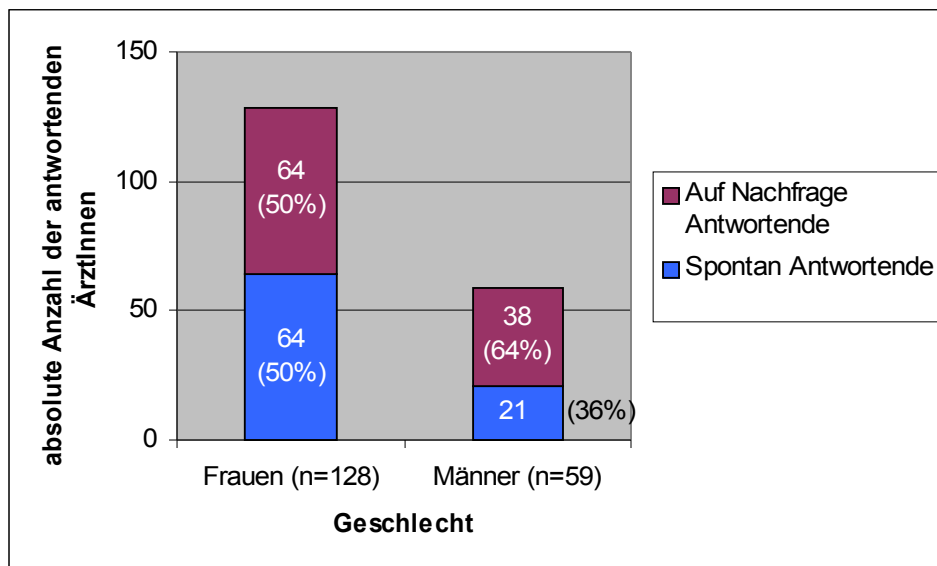


Abbildung 4: Rücklauf nach Geschlecht und Zeitpunkt der Antwort

4.1.3 Gründe für Nichtteilnahme

Im Rahmen der telefonischen Nacherhebung wurden die ÄrztInnen, die nicht zur Teilnahme bereit waren, nach ihren Ablehnungsgründen befragt. Diese wurden nicht von vornherein systematisch erfasst, so dass sie hier rein deskriptiv und nach den Eindrücken der Untersucherin nach Häufigkeit geordnet wiedergegeben werden:

- Viele ÄrztInnen gaben an, kaum Kinder zu behandeln. HausärztInnen sahen den Grund dafür meist in einer pädiatrischen Praxis in der unmittelbaren Nachbarschaft.
- Beide Arztgruppen fühlten sich zum Zeitpunkt der Befragung durch zahlreiche Neuregelungen im Gesundheitssystem wie z. B. die Einführung der Praxisgebühr einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt. Vor allem PädiaterInnen klagten über ein grundsätzlich höheres Patientenaufkommen in den Wintermonaten sowie zusätzlichen Mehraufwand durch die Umstellung der Medikamentenzuzahlung bei Kindern.

- Manche ÄrztInnen in Gemeinschaftspraxen berichteten, einen Fragebogen gemeinsam mit ihren KollegInnen ausgefüllt zu haben.
- Ein standardisierter schriftlicher Fragebogen als Messinstrument für das komplexe Thema Kindesmisshandlung wurde teilweise als zu ungenau und oberflächlich erlebt.

Zwei homöopathisch tätige Pädiaterinnen und ein Hausarzt gaben an, aufgrund der sozial intakten Struktur ihrer Patientenklientel nicht mit Gewaltfällen konfrontiert zu sein.

Von einem Hausarzt wurde das Thema Kindesmisshandlung als „irrelevant“ und „durch die Medien aufgebauscht“ und von einem Pädiater als „zu heikel“ für eine Befragung bezeichnet und daher eine Teilnahme abgelehnt. Ein Kinderarzt verweigerte die Mitarbeit an einer durch ein allgemeinmedizinisches Institut durchgeführten Studie aufgrund des von ihm als gespannt erlebten Verhältnisses zwischen Allgemein- und KinderärztInnen.

4.2 Anteil und Altersverteilung minderjähriger PatientInnen in den Praxen

50% (n=61) der 123 teilnehmenden KinderärztInnen und 88% (n=56) der 64 teilnehmenden HausärztInnen äußerten sich zu dem Anteil und der Altersverteilung von minderjährigen PatientInnen in ihren Praxen. Die ÄrztInnen gaben dazu mit jeweils einer Prozentzahl an, welchen Anteil an ihrer Gesamtpatientenzahl Kinder zwischen 0 und 6 Jahren, zwischen 7 und 14 sowie zwischen 15 und 18 Jahren ausmachten. Für jede dieser drei Prozentangaben wurden Mittelwerte für beide Arztgruppen gebildet (s. Abb. 5). Bei den KinderärztInnen, die zu 100% Kinder behandeln, bildeten die 0-6 jährigen die größte Gruppe (60%). Darauf folgten die 6-14 jährigen (27%) und an letzter Stelle die Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren (13%). Bei den HausärztInnen machten alle Kinder und Jugendlichen unter 18 im Durchschnitt 16% der Gesamtpatientenzahl aus. Die Altersverteilung dieser minderjährigen PatientInnen war genau entgegengesetzt zu der der PädiaterInnen: Die HausärztInnen hatten am häufigsten Kontakt zu Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren (7%), gefolgt von 6-14 jährigen (5%) und 0-6 jährigen (4%):

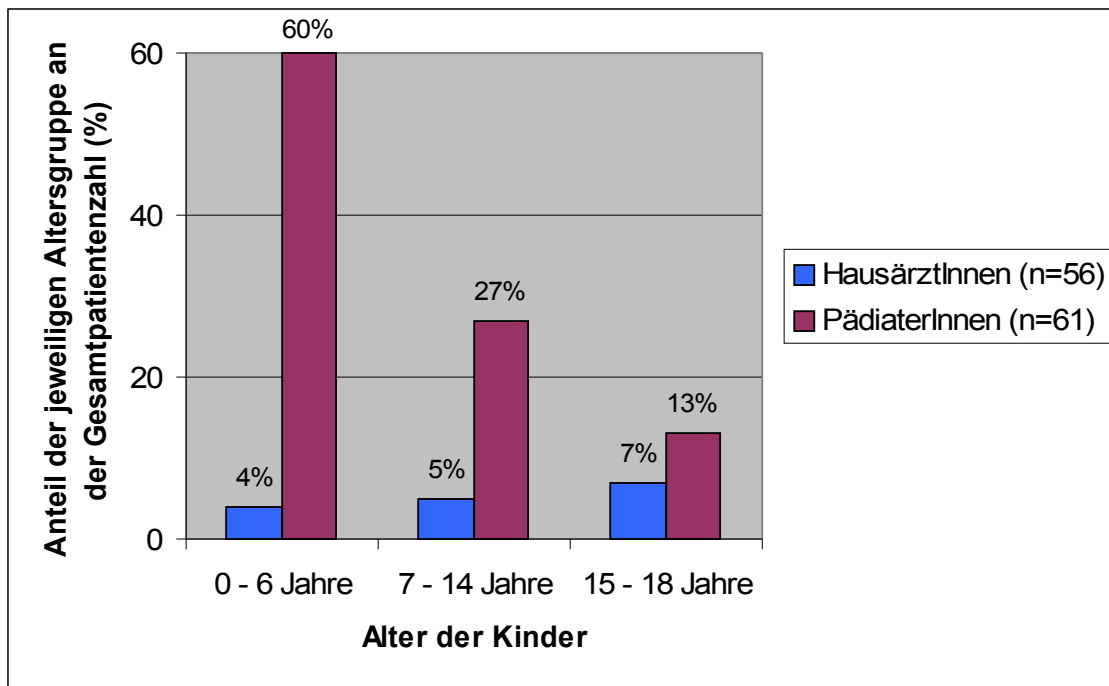


Abbildung 5: Durchschnittlicher Anteil von Kindern verschiedener Altersgruppen an der Gesamtpatientenzahl von Haus- und KinderärztInnen

4.3 Im Jahr 2003 von den ÄrztInnen in der Praxis beobachtete Fälle von Kindesmisshandlung

Die teilnehmenden ÄrztInnen wurden jeweils nach der Anzahl sowohl sicherer als auch vermuteter Fälle von emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch befragt, die sie im Jahr 2003 in ihrer Praxis wahrgenommen hatten. Von den antwortenden ÄrztInnen beider Berufsgruppen (n=187) gaben 76% (n=142) an, im Jahr 2003 an Kindern Zeichen für Gewalterfahrungen beobachtet zu haben.

Mindestens ein Fall von Kindesmisshandlung im oben genannten Sinne wurde von 88% (n=108) der 123 KinderärztInnen und von 53% (n=34) der 64 HausärztInnen berichtet. Die 128 weiblichen Ärztinnen sahen sich zu 81% (n=104) mit Gewaltfällen konfrontiert und damit häufiger als ihre 59 männlichen Kollegen, die zu 64% (n=38) von Gewaltfällen berichteten. Ein Unterschied in der Wahrnehmung von Fällen bestand auch zwischen der Gruppe der früh und der Gruppe der spät antwortenden ÄrztInnen: Unter den 85 ÄrztInnen, die den Fragebogen von sich aus zurückschickten, hatten 88% (n=75) Gewaltfälle beobachtet, unter den 102 KollegInnen, die auf Nachfrage

antworteten, lediglich 65% (n=67).

Wenn man die Fallzahlen getrennt nach Gewaltform, Stärke des Verdachts und Fachgebiet addiert, ergibt sich die in Tabelle 3 dargestellte Verteilung. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Gesamtfallzahlen keine Aussage über die Anzahl der von Misshandlung betroffenen Kinder ermöglichen, da nicht auszuschließen ist, dass einzelne Kinder, die Opfer verschiedener Gewaltformen waren, mehrfach genannt wurden. Die Gesamtfallzahlen könnten dadurch höher liegen als die Anzahl der von den ÄrztInnen wahrgenommenen minderjährigen Gewaltopfer.

Insgesamt nahmen die 108 PädiaterInnen im Jahr 2003 prozentual deutlich mehr Fälle von Gewalt wahr als die 34 HausärztInnen (n=1684 bzw. n=131). Dieser Unterschied zeigt sich am ausgeprägtesten bei der Anzahl der beobachteten körperlichen Misshandlungen (n=223 bzw. n=5).

Beide Arztgruppen berichteten häufiger von vermuteten als von sicheren Gewaltfällen. Die 108 PädiaterInnen beobachteten 488 sichere und 1196 vermutete Fälle von Kindesmisshandlung, die 34 HausärztInnen sahen 45 sichere und 86 vermutete Fälle.

In abnehmender Häufigkeit wurden emotionale Misshandlung (n=808), körperliche Vernachlässigung (n=583), körperliche Misshandlung (n=228) und sexueller Missbrauch (n=196) beobachtet. Die Gruppe der HausärztInnen nannte sexuellen Missbrauch (n=22) öfter als körperliche Misshandlung (n=5).

	PädiaterInnen	HausärztInnen	Gesamt
Sichere emotionale Misshandlung	214	22	236
Vermutete emotionale Misshandlung	516	56	572
Sichere körperliche Vernachlässigung	175	13	188
Vermutete körperliche Vernachlässigung	382	13	395
Sichere körperliche Misshandlung	51	2	53
Vermutete körperliche Misshandlung	172	3	175
Sicherer sexueller Missbrauch	48	8	56
Vermuteter sexueller Missbrauch	126	14	140
Gesamt	1684	131	1815

Abbildung 6: Gesamtzahlen der im Jahr 2003 in den Praxen beobachteten Fälle nach Gewaltform, Sicherheit des Verdachts und Fachgebiet

4.4 Umgang mit Kindesmisshandlungen: Erkennen von möglichen Fällen und weiteres Vorgehen

Bei den folgenden Fragen nach dem Erkennen von Gewaltfällen, dem weiteren Vorgehen bei Wissen hierüber, den Gründen, die in der Vergangenheit das Ansprechen eines Verdachtes verhinderten und bisherigen schlechten Erfahrungen damit einzugreifen waren jeweils Mehrfachantworten möglich. Da sich die Fragen auf die eigenen Erfahrungen der ÄrztInnen mit Misshandlungsfällen bezogen, wurden von den insgesamt 187 vorliegenden Antworten lediglich die Aussagen der ÄrztInnen mit genannten Fällen (n=142) ausgewertet. In Diagrammen werden die prozentualen Verteilungen der Antworten von KinderärztInnen und HausärztInnen einander gegenübergestellt.

4.4.1 Erkennen von Kindesmisshandlungen

4.4.1.1 Erkennen von Kindesmisshandlungen durch PädiaterInnen

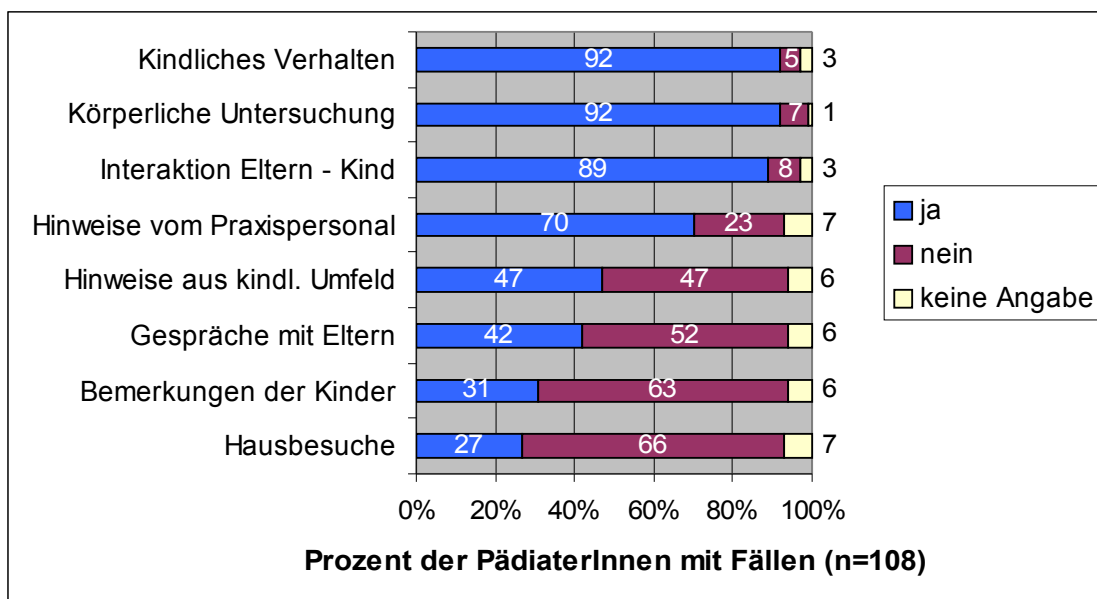


Abbildung 7: Erkennen von Kindesmisshandlungen durch PädiaterInnen

Von den 108 PädiaterInnen wurden 100 bzw. 99 (jeweils 92%) durch das Verhalten des Kindes sowie durch körperliche Untersuchungsbefunde auf einen möglichen Gewaltfall aufmerksam. Die Interaktion zwischen Eltern und Kind empfanden 96 KinderärztInnen (89%) für die Diagnose von Kindesmisshandlungen als wichtig. Hinweise vom Praxispersonal und von Personen aus dem Umfeld des Kindes waren für 75 (70%) bzw. 51 (47%) KollegInnen entscheidend. Seltener wurde das direkte Gespräch mit der Familie genannt, wobei Unterredungen mit den Eltern (n=45; 42%) eine höhere Bedeutung beigemessen wurde als Bemerkungen der Kinder (n=34; 31%). Hausbesuche sahen nur 29 PädiaterInnen (27%) als diagnostische Hilfe an.

4.4.1.2 Erkennen von Kindesmisshandlungen durch HausärztInnen

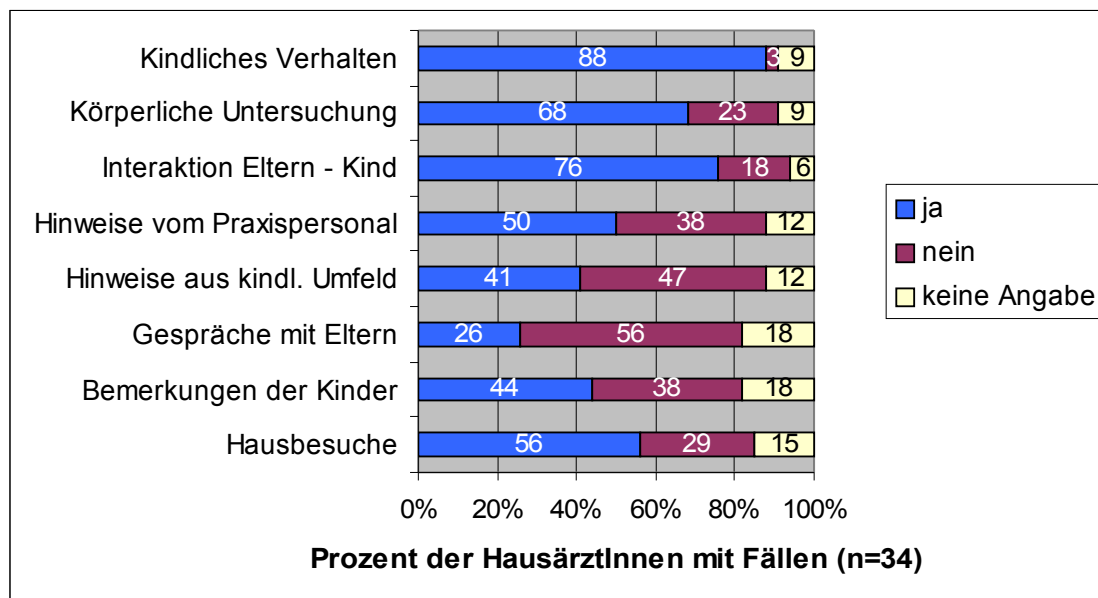


Abbildung 8: Erkennen von Kindesmisshandlungen durch HausärztInnen

Von den 34 HausärztInnen wurden 30 (88%) durch das Verhalten der Kinder auf mögliche Kindesmisshandlungen aufmerksam. Die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie körperliche Untersuchungsbefunde waren für 26 (76%) bzw. 23 KollegInnen (68%) wichtig. 19 HausärztInnen sahen ihre Kenntnis des familiären Umfeldes durch Hausbesuche als entscheidend für die Diagnose von Kindesmisshandlungen an. Hinweise vom Praxispersonal und von Personen aus dem Umfeld der Kinder wurden von 17 bzw. 14 Befragten genannt. Im direkten Kontakt mit der Familie spielten Bemerkungen der Kinder (n=15) für HausärztInnen eine größere Rolle als Gespräche mit den Eltern (n=9).

4.4.1.3 Unterschiede zwischen Kinder- und HausärztInnen beim Erkennen von Kindesmisshandlungen

Für beide Gruppen spielten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder die wichtigste Rolle beim Erkennen von Gewaltfällen. Körperliche Untersuchungsbefunde, die Interaktion zwischen Eltern und Kind, Hinweise vom Praxispersonal und Gespräche mit den Eltern in der Praxis waren für PädiaterInnen wichtiger als für HausärztInnen. Diese maßen dagegen Bemerkungen der Kinder und vor allem Hausbesuchen eine höhere Bedeutung für das Erkennen von Kindesmisshandlungen zu als die PädiaterInnen.

4.4.2 Weiteres Vorgehen der ÄrztInnen

4.4.2.1 Weiteres Vorgehen der KinderärztInnen

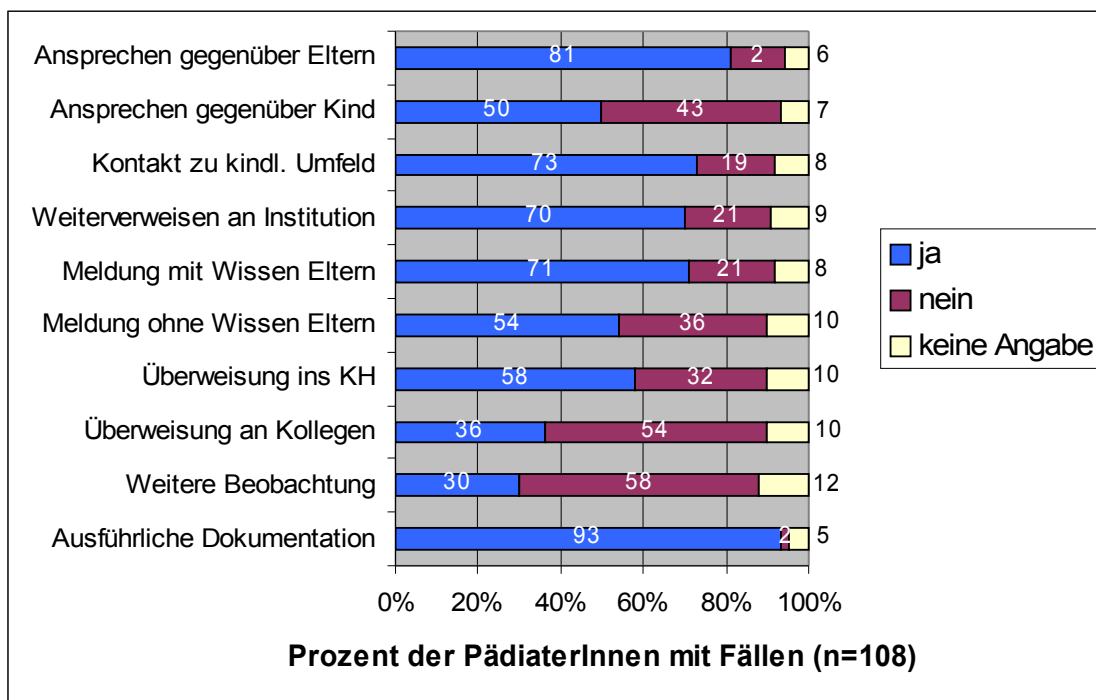


Abbildung 9: Weiteres Vorgehen der PädiaterInnen

Von den 108 PädiaterInnen gaben 87 (81%) an, einen Misshandlungsverdacht den Eltern gegenüber geäußert zu haben. Das Kind selbst sprachen 54 kinderärztliche KollegInnen (50%) auf ihren Verdacht an. Zahlreiche KinderärztInnen nahmen Kontakt zu Dritten auf: 79 (73%) wandten sich an KindergärtnerInnen, LehrerInnen oder andere Personen aus dem Umfeld des Kindes, 75 (70%) verwiesen die Eltern an eine

Institution, die sie für zuständig hielten weiter, 77 (71%) meldeten den Fall mit Wissen der Eltern an eine solche Institution und 58 (54%) ohne Wissen der Eltern. Auch andere medizinische Einrichtungen wurden einbezogen: 63 (58%) überwiesen das Kind ins Krankenhaus und 39 (36%) an niedergelassene KollegInnen.

4.4.2 Weiteres Vorgehen der HausärztInnen

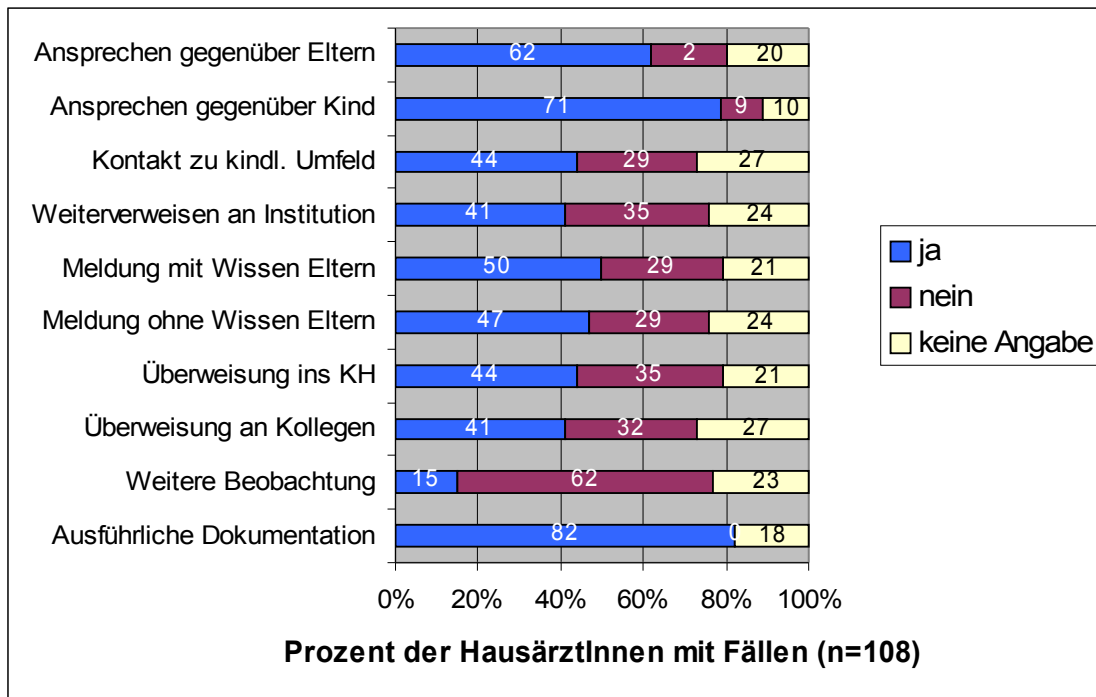


Abbildung 10: Weiteres Vorgehen der HausärztInnen

Die 34 HausärztInnen sprachen einen Misshandlungsverdacht eher dem Kind gegenüber an als den Eltern (n=24; 71% bzw. n=21; 62%). Die verschiedenen Möglichkeiten, sich Hilfe von außen zu holen, wurden von ihnen etwa gleich häufig gewählt: 15 nahmen Kontakt zum Umfeld des Kindes auf, 14 verwiesen die Eltern an eine Institution des Kinderschutzes weiter, 17 meldeten einen Misshandlungsfall mit Wissen der Eltern und 16 ohne Wissen der Eltern an eine solche Einrichtung. 15 HausärztInnen überwiesen betroffene Kinder ins Krankenhaus und 14 an niedergelassene KollegInnen wie PädiaterInnen oder Kinder- und JugendpsychiaterInnen.

4.4.2.3 Vergleich zwischen dem Vorgehen der Kinder- und der HausärztInnen

Sowohl das Umfeld des Kindes als auch Institutionen des Kinderschutzes wurden häufiger von PädiaterInnen zu Rate gezogen als von HausärztInnen, wenn diese von einem Misshandlungsfall wussten. Auch die Möglichkeiten, das Kind ins Krankenhaus einzuweisen und ihren Verdacht den Eltern gegenüber anzusprechen, wählten die PädiaterInnen häufiger. Demgegenüber entschieden sich die HausärztInnen öfter für die Möglichkeit, ihren Verdacht dem Kind gegenüber anzusprechen oder an niedergelassene KollegInnen wie PädiaterInnen oder Kinder- und JugendpsychiaterInnen zu überweisen.

4.4.3 Ansprechen eines Misshandlungsverdachts

4.4.3.1 Gründe der PädiaterInnen, einen Misshandlungsverdacht nicht anzusprechen

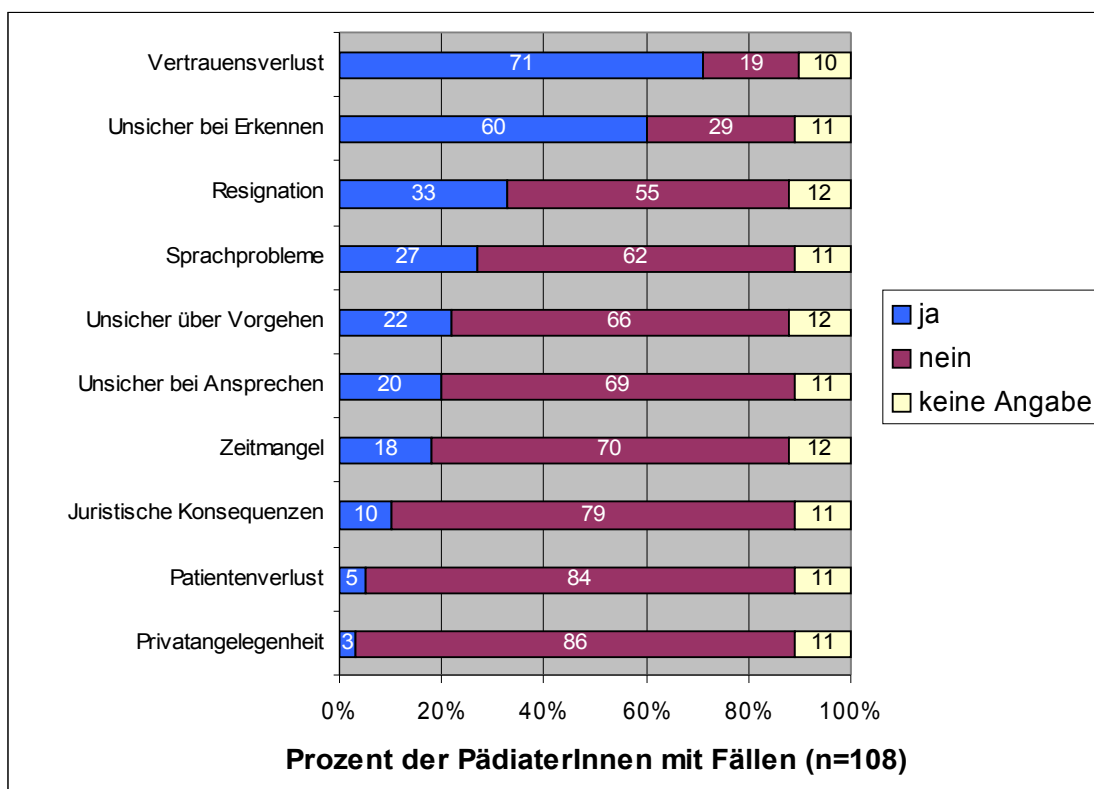


Abbildung 11: Gründe der PädiaterInnen, einen Misshandlungsverdacht nicht anzusprechen

Die wichtigsten Gründe für PädiaterInnen, einen Gewaltverdacht nicht anzusprechen, waren ihre Angst, das Vertrauen der Familie zu verlieren (n=76; 71%) sowie ihre

Unsicherheit bei der Diagnose von Kindesmisshandlungen (n=65; 60%). 36 KinderärztInnen (33%) hatten das Gefühl, mit einem Eingreifen nichts erreichen zu können und 29 KollegInnen (27%) beklagten Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung mit ausländischen Familien. Seltener wurden Unsicherheit über das weitere Vorgehen (n=24) und beim Ansprechen des Verdachtes (n=22), Zeitmangel (n=19) und Angst vor juristischen Konsequenzen (n=11) als Hinderungsgründe genannt. Die Befürchtung, PatientInnen zu verlieren und die Einstellung, dass es keine ärztliche Aufgabe sei, in den privaten Raum der Familie einzudringen, gaben nur fünf bzw. drei PädiaterInnen an.

4.4.3.2 Gründe der HausärztInnen, einen Misshandlungsverdacht nicht anzusprechen

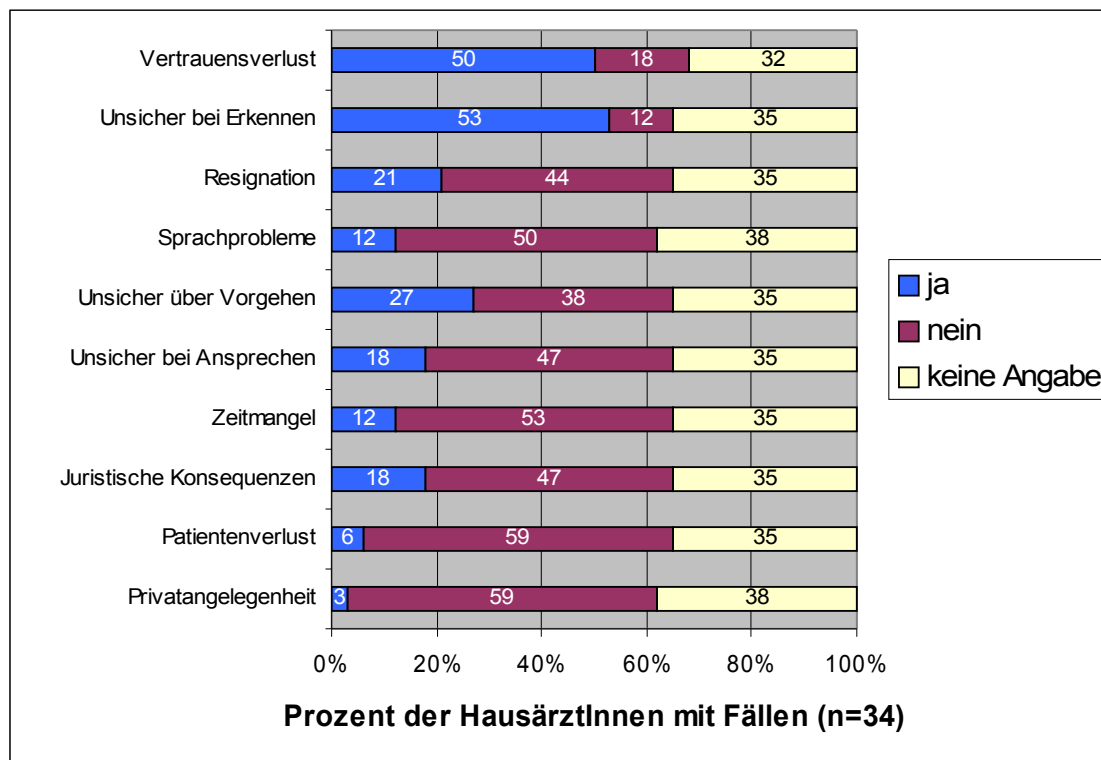


Abbildung 12: Gründe der HausärztInnen, einen Misshandlungsverdacht nicht anzusprechen

Am häufigsten äußerten HausärztInnen aus Unsicherheit bei der Diagnose von Kindesmisshandlungen (n=18) und wegen ihrer Angst, das Vertrauen der betroffenen Familie zu verlieren (n=17), einen Gewaltverdacht nicht anzusprechen. Mangelnde Kompetenzen in Bezug auf das weitere Vorgehen und auf das Ansprechen des Misshandlungsverdachtes nannten neun bzw. sechs KollegInnen als Hinderungsgründe. Für sieben HausärztInnen spielte das Gefühl, nichts erreichen zu

können, eine Rolle. Seltener wurden Angst vor juristischen Konsequenzen (n=6), Sprachprobleme mit ausländischen Familien (n=4), Zeitmangel (n=4) und die Befürchtung, PatientInnen zu verlieren (n=2), beklagt. Lediglich eine Ärztin sah es nicht als ihre Aufgabe an, in das Privatleben von Familien einzugreifen.

4.4.3.3 Vergleich der Gründe, die Kinder- und HausärztInnen am Ansprechen eines Misshandlungsverdacht hinderten

Die Angst, das Vertrauen der betroffenen Familie zu verlieren, und die eigene Unsicherheit beim Erkennen einer Misshandlung wurden von beiden Facharztgruppen als wichtigste Gründe dafür genannt, einen Misshandlungsverdacht gegenüber Eltern oder Kind nicht anzusprechen. Das Gefühl, durch ihr Eingreifen nichts erreichen zu können, und Sprachprobleme mit ausländischen Familien führten bei PädiaterInnen eher dazu, einen Misshandlungsverdacht nicht anzusprechen als bei HausärztInnen. Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen und das Ansprechen des Verdacht, Zeitmangel, Angst vor juristischen Konsequenzen und Patientenverlust sowie die Ansicht, dass es keine ärztliche Aufgabe sei, in das Privatleben von Familien zu intervenieren, spielten für beide Arztgruppen eine untergeordnete Rolle.

4.4.4 Bisherige schlechte Erfahrungen damit, bei einem Misshandlungsverdacht einzugreifen

Nur eine Hausärztin und 34% (n=37) der KinderärztInnen gaben an, in der Vergangenheit bereits schlechte Erfahrungen damit gemacht zu haben, bei einem Misshandlungsverdacht einzugreifen:

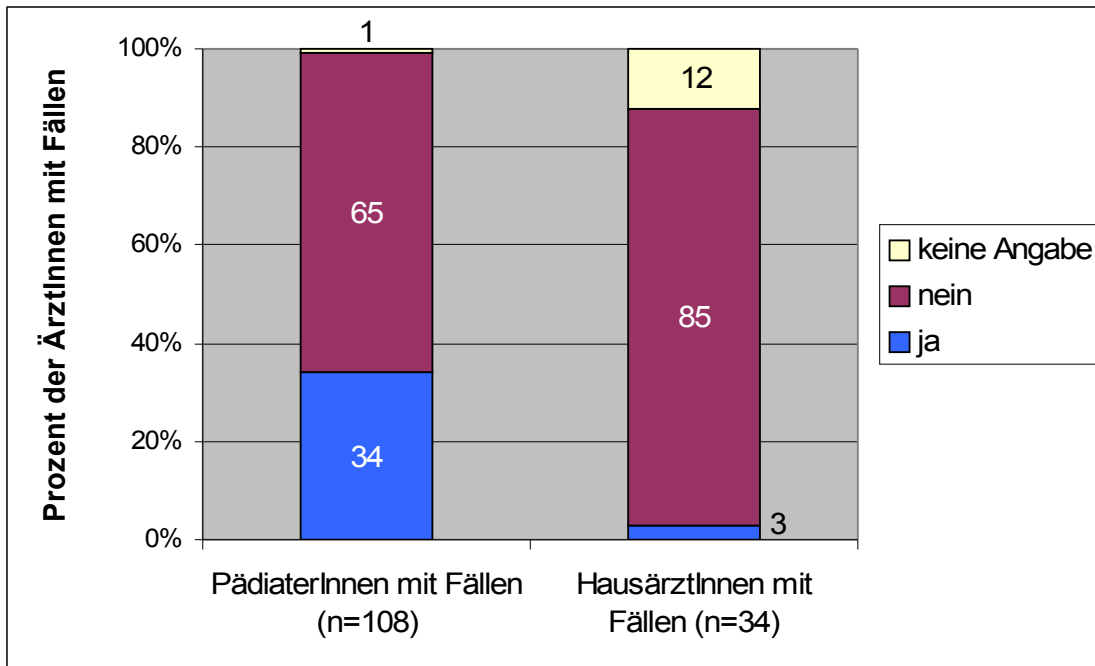


Abbildung 13: ÄrztInnen, die schlechte Erfahrungen damit machten, bei einem Misshandlungsverdacht einzugreifen

Ergänzend nach den Gründen für diese als schlecht erlebten Erfahrungen befragt, machten die 37 PädiaterInnen folgende Angaben:

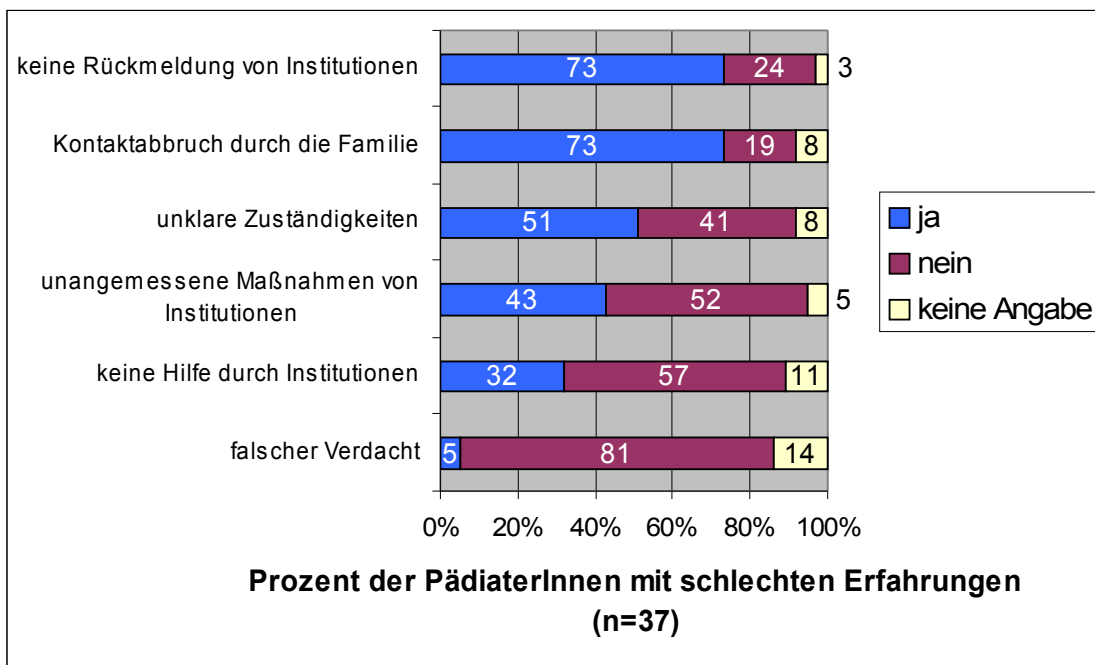


Abbildung 14: Gründe der PädiaterInnen für schlechte Erfahrungen

Die ÄrztInnen beklagten vor allem, in Folge ihres Eingreifens nichts mehr über das weitere Schicksal der Kinder erfahren zu haben: Zum Einen wegen der fehlenden Rückmeldung durch die beteiligten Institutionen, zum Anderen, da die betroffenen Familien den Kontakt abbrachen (jeweils n=27, 73%). Unzufrieden äußerten sich die Befragten außerdem über die unklare Zuständigkeitsverteilung zwischen den beteiligten Institutionen (n=19) und deren unangemessene bzw. fehlende Maßnahmen (n=16 bzw. n=12). Nur zwei PädiaterInnen gaben an, dass sich ihr gegenüber den Eltern angesprochener Verdacht im weiteren Verlauf als falsch erwies.

4.5 Zusammenarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes

Um die Kooperationsstrukturen von Kinder- und HausärztInnen bei Fällen von Kindesmisshandlung zu untersuchen, wurden sie befragt, ob ihnen folgende Berliner Einrichtungen bekannt seien:

- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen
- Krisendienste
- Allgemeiner sozialpädagogischer Dienst des Jugendamtes (ASPD)
- Referat „Delikte am Menschen“ des LKA

Getrennt nach Fachgebiet wurden zu dieser Frage die Angaben aller 187 antwortenden ÄrztInnen in die Auswertung einbezogen.

Weiterhin wurde erfasst, ob bereits Kontakt zu den Institutionen bestanden hatte und ob dieser hilfreich gewesen war. Da die Fragen sich auf das Vorgehen der ÄrztInnen bezogen, wenn sie tatsächlich mit Kindesmisshandlungen konfrontiert waren, wurden hier lediglich die Antworten der ÄrztInnen, die im Jahr 2003 Fälle von Kindesmisshandlung gesehen hatten (n=142) in die Auswertung einbezogen.

4.5.1 Kooperationsstruktur der PädiaterInnen

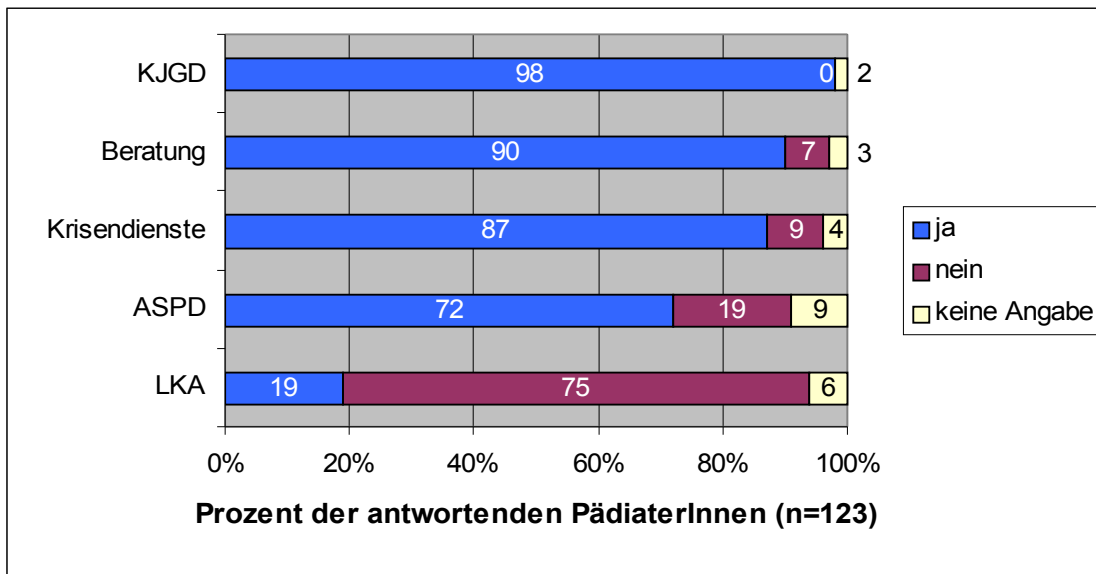


Abbildung 15: Institutionen, die PädiaterInnen bekannt waren

121 PädiaterInnen (98%) sagten aus, den KJGD zu kennen. Auch von Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie Krisendiensten wusste die Mehrheit der KinderärztInnen (n=111; 90% bzw. n=107; 87%). Den ASPD des Jugendamtes nannten 89 Befragte (72%), das Referat „Delikte am Menschen“ des LKA lediglich 24 (19%).

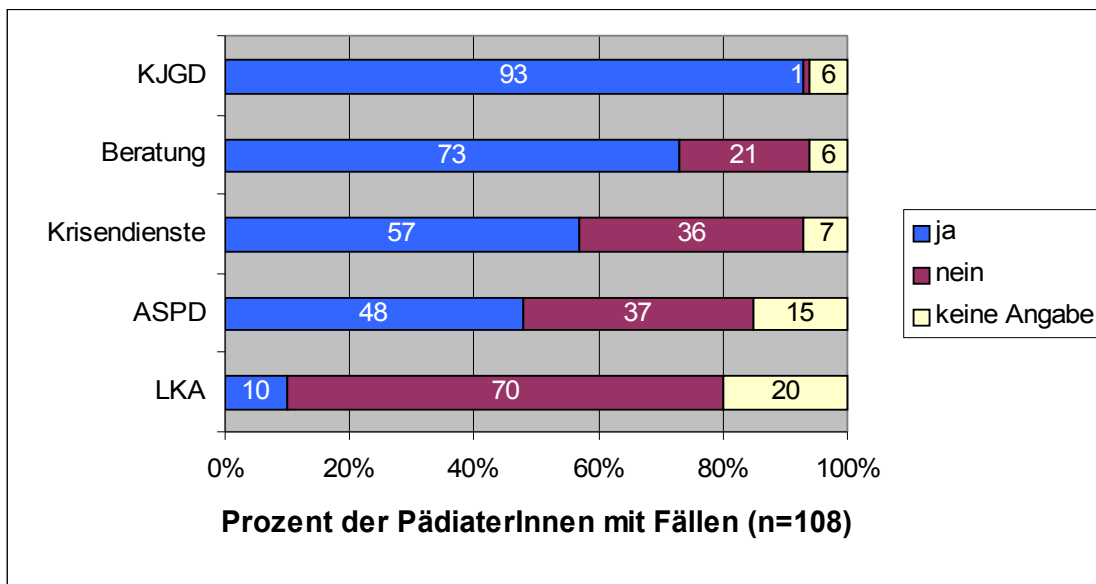


Abbildung 16: Institutionen, mit denen PädiaterInnen zusammenarbeiteten

Die 123 PädiaterInnen, die im Jahr 2003 Kindesmisshandlungen wahrgenommen hatten, gaben Auskunft über die Institutionen, mit denen sie zusammengearbeitet hatten: 101 PädiaterInnen (93%) sagten aus, bereits Kontakt mit dem KJGD gehabt zu haben. Von einer Zusammenarbeit mit Beratungsstellen sowie mit Krisendiensten berichteten 79 (73%) bzw. 62 (57%) KinderärztInnen. 52 KollegInnen (48%) hatten Kontakt mit dem ASPD des Jugendamtes gehabt und elf mit dem LKA.

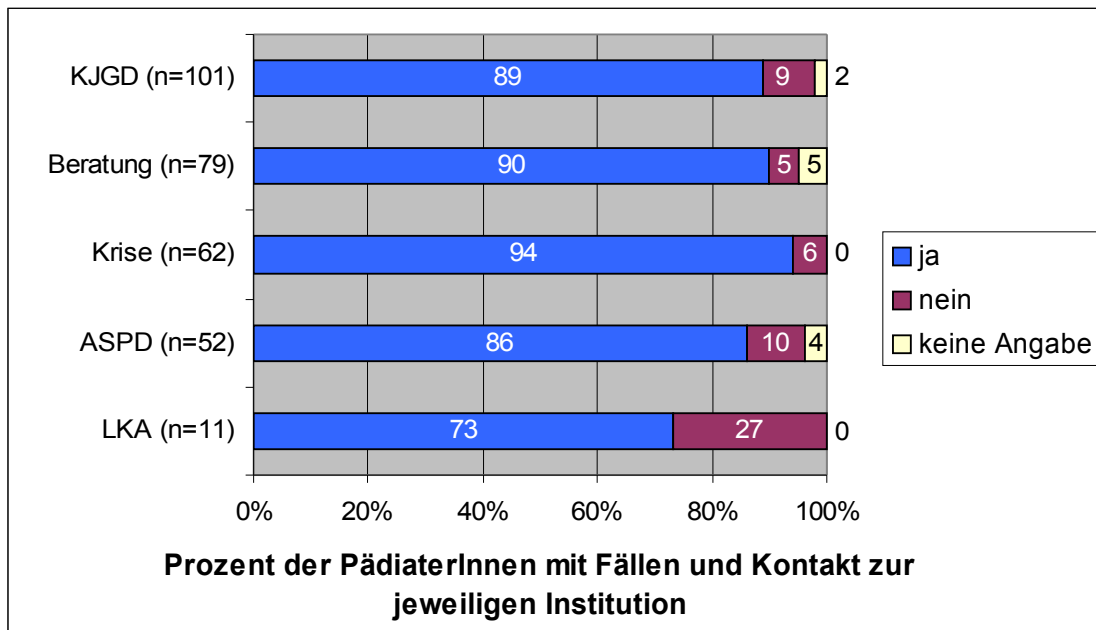


Abbildung 17: Institutionen, die von PädiaterInnen als hilfreich erlebt wurden

Die Mehrheit der PädiaterInnen, die mit Kindesmisshandlungen konfrontiert waren und Kontakt zu einer Institution des Kinderschutzes gehabt hatten, erlebte diese Zusammenarbeit als hilfreich. Die Anzahl der KinderärztInnen, die bereits mit der jeweiligen Institution zusammengearbeitet hatten, war je nach Einrichtung sehr unterschiedlich. Der Anteil der ÄrztInnen, die mit dem Kontakt zufrieden gewesen waren, schwankte dagegen nur geringfügig: Am niedrigsten lag dieser Anteil beim LKA mit 73% (n=8), am höchsten bei den Krisendiensten mit 94% (n=58).

4.5.2 Kooperationsstruktur der HausärztInnen

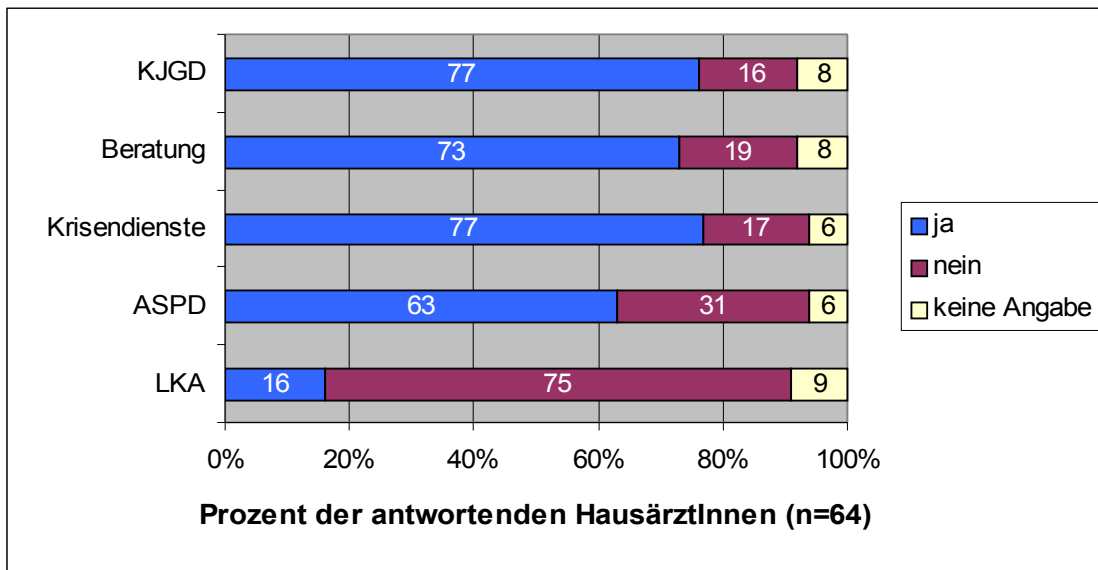


Abbildung 18: Institutionen, die HausärztInnen bekannt waren

Auf die Frage, welche Einrichtung ihnen bekannt wäre, nannten die 64 HausärztInnen am häufigsten Krisendienste (n=49; 77%), den KJGD (n=49; 77%) und Beratungsstellen (n=47; 73%). Vom ASPD des Jugendamtes wussten 40 HausärztInnen (63%), über das Referat „Delikte am Menschen“ des LKA waren zehn KollegInnen informiert.

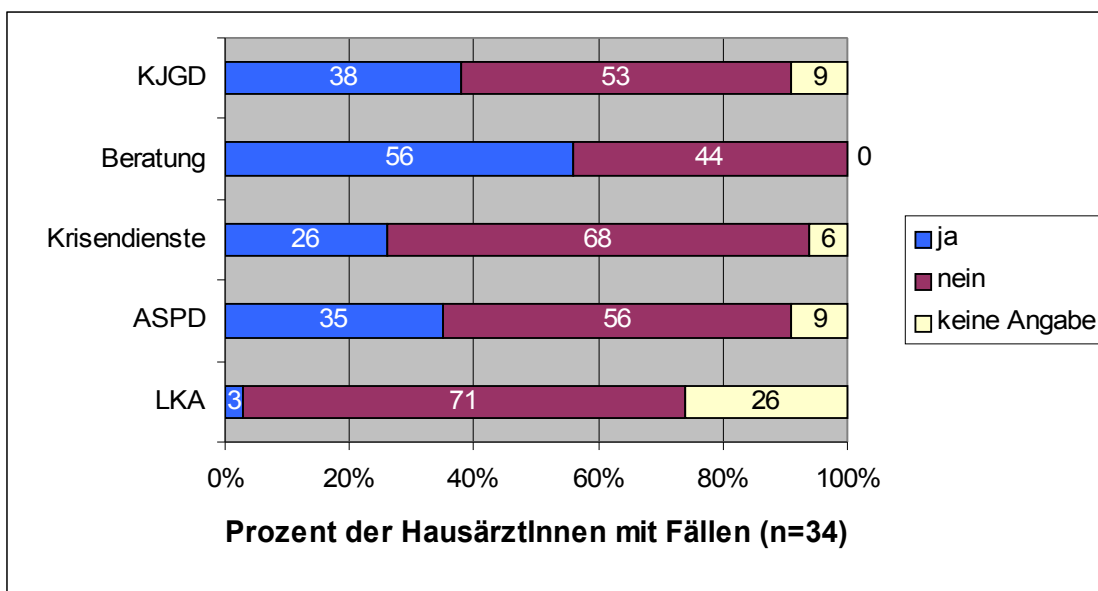


Abbildung 19: Institutionen, mit denen HausärztInnen zusammenarbeiteten

Von den 34 HausärztInnen, die im Jahr 2003 Fälle von Kindesmisshandlung in der Praxis wahrgenommen hatten, hatten 19 bereits Kontakt zu Beratungsstellen gehabt. Den KJGD und den ASPD des Jugendamtes nannten 13 bzw. zwölf HausärztInnen. Mit Krisendiensten, die auf die Frage nach Bekanntheit der Institution am häufigsten beschrieben wurden, hatten lediglich neun KollegInnen schon einmal zusammengearbeitet. Nur eine Hausärztin hatte bereits das LKA kontaktiert.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Kooperation wurde für die HausärztInnen aufgrund der geringen Fallzahl nicht ausgewertet.

4.5.3 Kooperationsstruktur von Kinder- und HausärztInnen

Beiden Arztgruppen sind vor allem der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Beratungsstellen und Krisendienste bekannt, gefolgt von dem allgemeinen sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes und mit großem Abstand dem Referat „Delikte am Menschen“ des LKA. Insgesamt ist dabei die Zahl der PädiaterInnen, die von den genannten Einrichtungen wissen, höher als die der HausärztInnen. Besonders deutlich wird dieser Unterschied beim KJGD, den 98% der PädiaterInnen kennen, während dies nur für 76% der HausärztInnen zutrifft.

Der Anteil der PädiaterInnen, die bereits Kontakt zu Kooperationspartnern hatten, liegt wesentlich höher als der der HausärztInnen. Besonders deutlich wird dieser Unterschied beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, mit dem 93% der PädiaterInnen, aber nur 38% der HausärztInnen zu tun hatten und den Krisendiensten (57% bzw. 26%). Weniger ausgeprägt ist die Differenz bei den Beratungsstellen (73% bzw. 56%) und dem allgemeinen sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes (48% bzw. 35%). Mit dem LKA waren beide Arztgruppen kaum in Berührung gekommen.

4.6 Informationsstand zur rechtlichen Situation und bisherige Teilnahme an Fortbildungen

Alle Teilnehmenden (n=187) wurden befragt, ob sie sich über ihre rechtliche Situation

ausreichend informiert fühlten, wenn Sie bei einem Misshandlungsverdacht einschritten. Die überwiegende Mehrheit schätzte ihren Informationsstand als ungenügend ein, unter den 64 HausärztInnen (n=46; 72%) war der Anteil dieser Gruppe noch höher als unter den 123 KinderärztInnen (n=78; 64%):

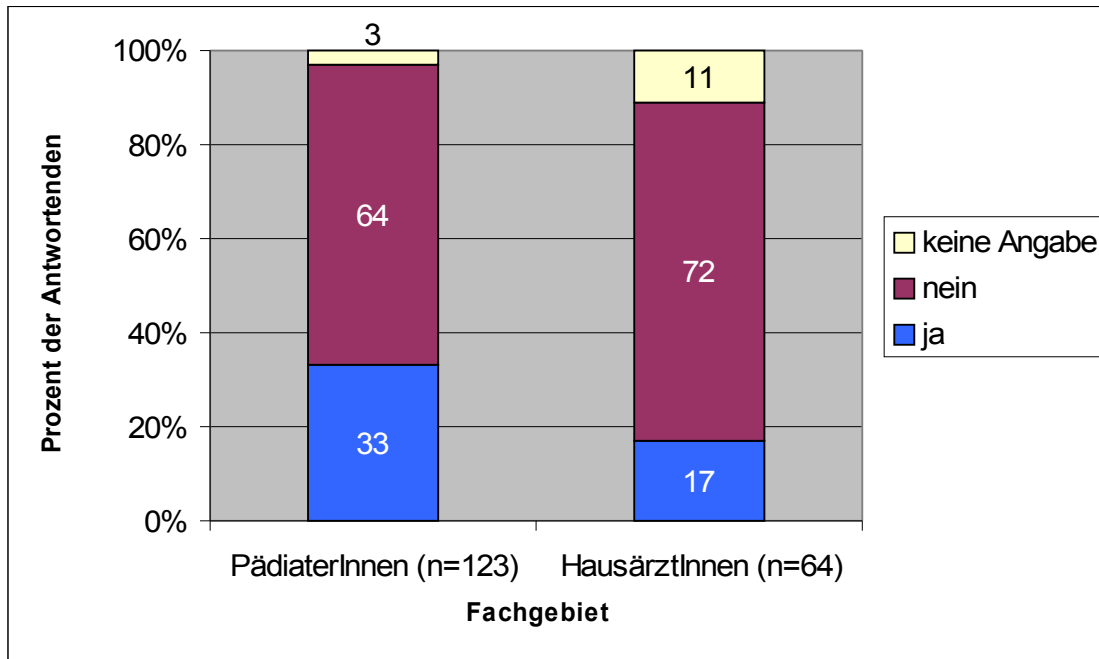


Abbildung 20: Ausreichender Informationsstand zur rechtlichen Situation

Die nächste Frage erfasste, ob die ÄrztInnen schon einmal an einer Fortbildung zu Diagnose und Fallmanagement von Kindesmisshandlungen teilgenommen hatten. Während 66 KinderärztInnen (54%) dies bejahten, sagten nur acht HausärztInnen aus, bereits eine derartige Fortbildung besucht zu haben:

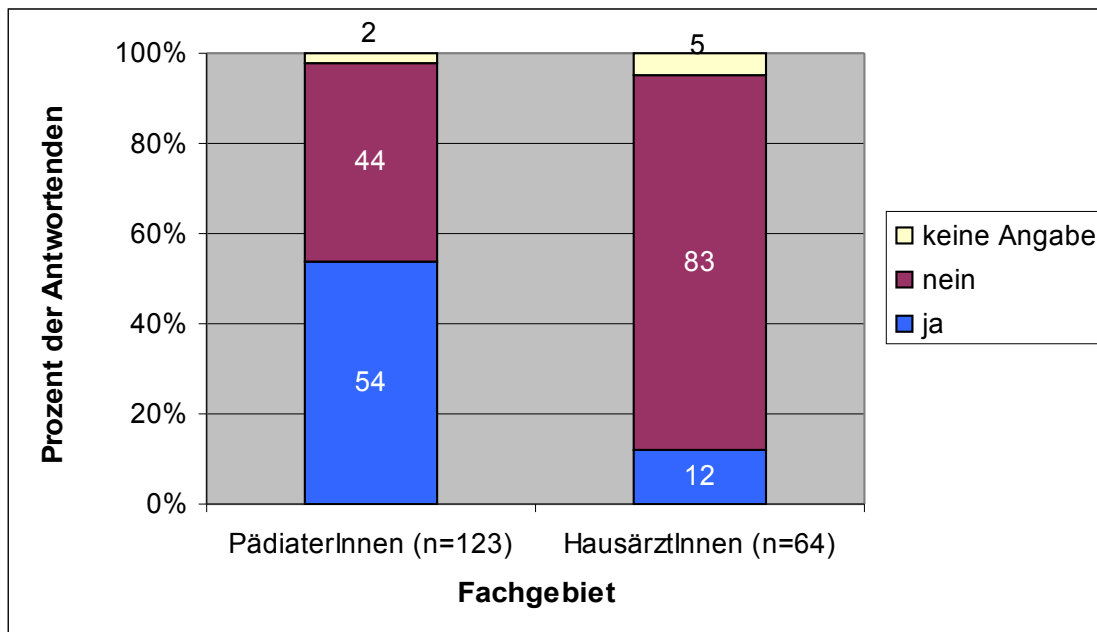


Abbildung 21: Besuch von Fortbildungen zu Diagnose und Fallmanagement von Kindesmisshandlung

4.7 Verbesserungswünsche der ÄrztInnen

Abschließend sollten die Befragten die Wichtigkeit von sieben Verbesserungsmöglichkeiten für ihre Arbeit mit misshandelten Kindern auf einer vierstufigen Skala von „sehr wichtig“ bis „unwichtig“ einschätzen. Die beiden Kategorien „eher unwichtig“ und „unwichtig“ wurden für die Auswertung zu einer Kategorie zusammengefasst:

4.7.1 Verbesserungswünsche der PädiaterInnen

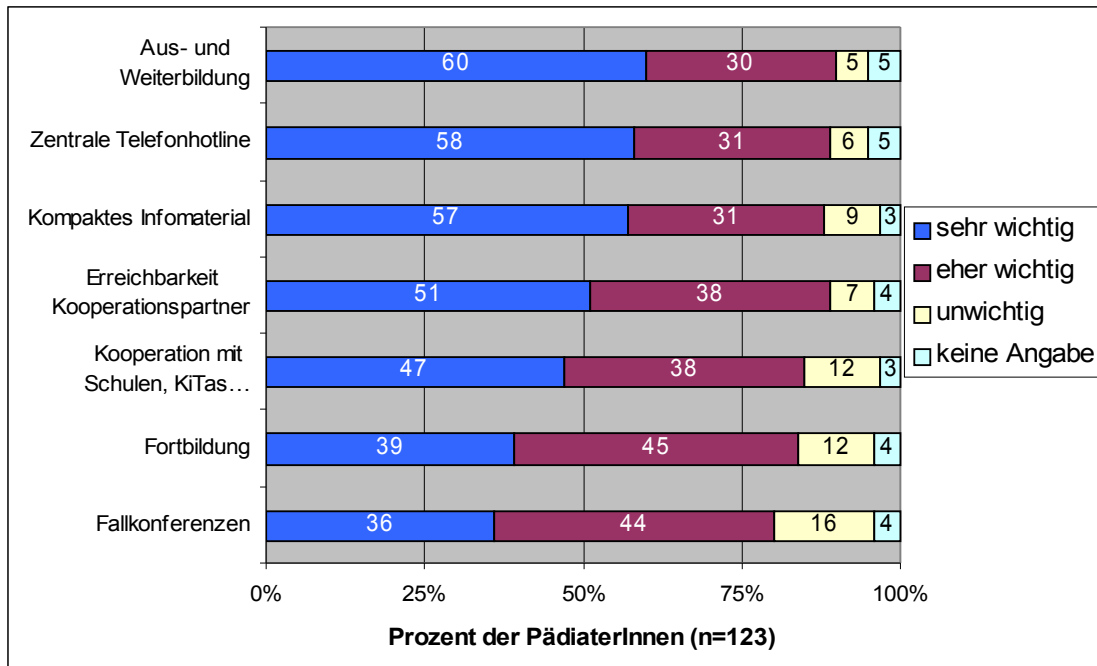


Abbildung 22: Verbesserungswünsche der PädiaterInnen

Die 123 PädiaterInnen räumten einer besseren Vorbereitung auf das Thema Kindesmisshandlung in Aus- und Weiterbildung (n=74; 60%), der Einrichtung einer zentralen Telefonhotline mit Beratung in Einzelfällen (n=71; 58%) und kompaktem anwendungsbezogenem Informationsmaterial (n=70; 57%) die höchste Priorität ein. 63 (51%) bzw. 58 (47%) KinderärztInnen schätzten eine bessere Erreichbarkeit der Kooperationspartner und mehr Kooperation mit pädagogischen Einrichtungen wie Schulen und Kindergärten als sehr wichtig ein. Ein besseres Fortbildungsangebot und Fallkonferenzen mit den beteiligten Kooperationspartnern hielten lediglich 48 (39%) bzw. 44 (36%) PädiaterInnen für entscheidend.

4.7.2 Verbesserungswünsche der HausärztInnen

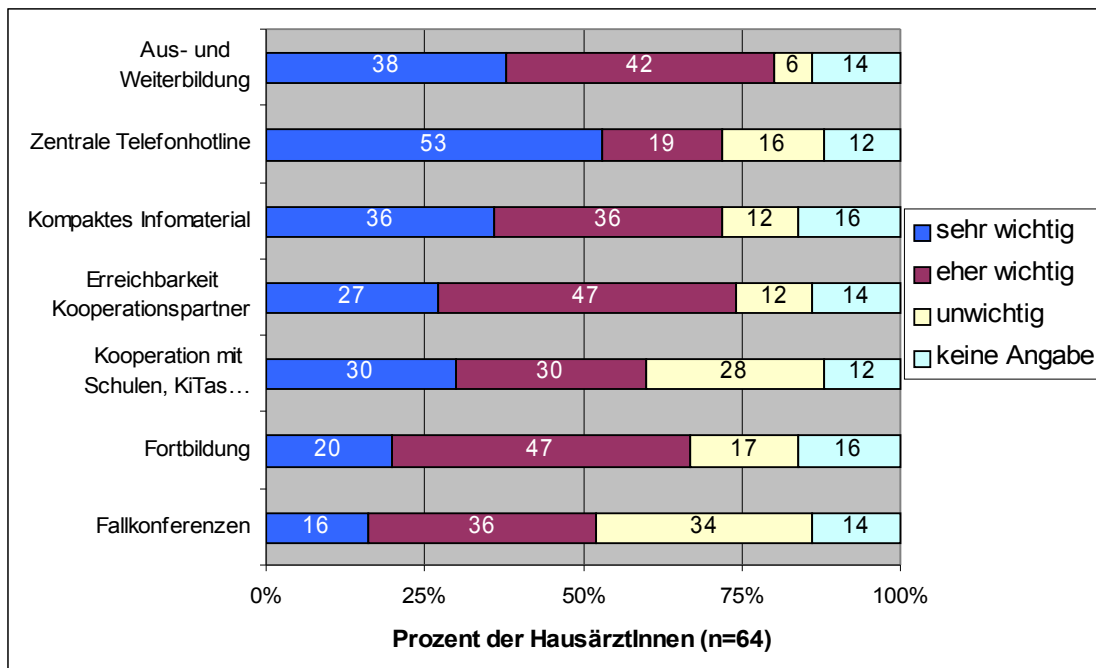


Abbildung 23: Verbesserungswünsche der HausärztInnen

Als mit Abstand wichtigste Verbesserungsmöglichkeit empfanden die 64 HausärztInnen die Einrichtung einer zentralen Telefonhotline (n=34; 53%). In der Folge wurden eine bessere Vorbereitung auf das Thema Kindesmisshandlung in Aus- und Weiterbildung (n=24), kompaktes anwendungsbezogenes Informationsmaterial (n=23), mehr Kooperation mit pädagogischen Einrichtungen wie Schulen und KiTas (n=19) und eine bessere Erreichbarkeit der Kooperationspartner (n=17) genannt. Ein besseres Fortbildungsangebot und Fallkonferenzen zu Einzelfällen hielten nur 13 bzw. zehn HausärztInnen für sehr wichtig.

4.7.3 Verbesserungswünsche von Kinder- und HausärztInnen

Insgesamt bewerteten die KinderärztInnen die Wichtigkeit der Verbesserungsvorschläge höher als die HausärztInnen. Lediglich eine zentrale Hotline für Einzelfälle wurde von beiden Gruppen ähnlich beurteilt: 58% der KinderärztInnen und 53% der HausärztInnen empfanden sie als sehr wichtig.