

5 Diskussion

Anfang 2004 wurden alle Berliner KinderärztInnen und eine Gruppe randomisiert ausgewählter HausärztInnen mit einem standardisierten schriftlichen Fragebogen zu ihrem Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern befragt. Die Schwerpunkte der Erhebung lagen auf der Anzahl der in den Praxen wahrgenommenen Fälle von Kindesmisshandlung, dem Erkennen von Misshandlungsfällen durch die ÄrztInnen, deren weiterem Vorgehen sowie der Zusammenarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes.

5.1 Rücklauf

Ziel der Studie war es, einen möglichst umfassenden Einblick in das ärztliche Vorgehen bei Kontakt mit minderjährigen Gewaltopfern in Berlin zu gewinnen. Dazu wurden alle 311 Berliner KinderärztInnen und 315 HausärztInnen (13% der 2523 Berliner HausärztInnen) angeschrieben. Kinder- und JugendpsychiaterInnen, die vermutlich die Fachgruppe mit dem häufigsten und intensivsten Kontakt zu minderjährigen Misshandlungsoptionen darstellen, wurden bewusst nicht einbezogen, da sie nicht im Bereich der Primärversorgung von Kindern tätig sind.

30% (n=187) der 626 angeschriebenen ÄrztInnen schickten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Die Rücklaufquote liegt damit in einem für Ärztebefragungen üblichen Rahmen. Zufriedenstellend ist sie vor allem in Anbetracht des sensiblen Themas Kindesmisshandlung und des ungünstigen Verschickungszeitpunktes Anfang des Jahres 2004: Zu der im Winter sowieso schon erhöhten Arbeitsbelastung kamen im Januar 2004 noch zahlreiche zeitaufwendige Neuerungen durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hinzu, wie die Einführung der Praxisgebühr, die Ausweitung der Disease Management Programme oder die Umstellung der Medikamentenzuzahlung bei Kindern. Der damit verbundene Verwaltungsaufwand kann die Motivation zum Ausfüllen des Fragebogens gemindert haben.

Auffällig ist, dass sich die 187 Antworten ungleichmäßig auf Kinder- und HausärztInnen verteilen: Von immerhin 40% (n=122) aller 311 Berliner KinderärztInnen liegen Aussagen zu ihrem Umgang mit Opfern von Kindesmisshandlung vor. Dagegen schickten nur 20% (n=64) der 315 HausärztInnen einen ausgefüllten Fragebogen

zurück. Viele HausärztInnen, die eine Teilnahme ablehnten, gaben im Rahmen der telefonischen Nacherhebung als Grund dafür an, in ihrer Praxis nur sehr wenige oder gar keine Kinder zu behandeln. Hauptverantwortlich hierfür dürfte die hohe Dichte an KinderärztInnen in der Großstadt sein. Gerade in Ostberlin kommt noch hinzu, dass viele ÄrztInnen in Ärztehäusern tätig sind, in denen haus- und kinderärztliche Praxen teilweise direkt nebeneinander liegen. Im Vergleich zu ländlichen Regionen, in denen der nächste Pädiater oft weit entfernt und aufwendig zu erreichen ist, dürfte daher in Berlin die Anzahl der durch HausärztInnen behandelten Kinder deutlich niedriger liegen.

In Bezug auf das Geschlechterverhältnis unterscheiden sich die teilnehmenden KinderärztInnen kaum von der Gesamtgruppe der in Berlin niedergelassenen PädiaterInnen: mit 67% ist der Anteil weiblicher Kolleginnen unter den Teilnehmenden lediglich um 2% höher als in der Gesamtgruppe der Berliner KinderärztInnen. Auch im Hinblick auf die Niederlassungsdauer weichen die teilnehmenden KinderärztInnen mit einer durchschnittlich 12jährigen Praxistätigkeit nicht von der Gesamtgruppe der Berliner PädiaterInnen ab. Lediglich im Hinblick auf ihr Alter unterscheiden sich die beiden Gruppen: Mit 50,7 Jahren sind die Teilnehmenden durchschnittlich 2,6 Jahre jünger als die Gesamtgruppe der Berliner KinderärztInnen (persönliche Mitteilung KV 2005).

Unter den teilnehmenden HausärztInnen sind Frauen überrepräsentiert: Mit 70% liegt ihr Anteil unter den Antwortenden um 18% höher als in der Gesamtgruppe der Berliner HausärztInnen. Mit 11 Jahren ist die durchschnittliche Niederlassungsdauer beider Gruppen gleich, während die teilnehmenden HausärztInnen mit einem Altersdurchschnitt von 48,8 Jahren 4,8 Jahre jünger sind als die Gesamtgruppe ihrer Berliner KollegInnen.

Viele AutorInnen gehen davon aus, dass die TeilnehmerInnen, je später sie antworten, immer mehr Ähnlichkeiten mit der Gruppe der Verweigerer aufweisen. Eine weitere Möglichkeit, Rückschlüsse auf eine mögliche Verzerrung der Stichprobe zu ziehen, besteht demzufolge in einem Vergleich zwischen früh und spät antwortenden TeilnehmerInnen ().

Wenn man diejenigen, die den Fragebogen spontan innerhalb von drei Wochen zurückschickten (n=85) mit denjenigen, die erst im Rahmen der telefonischen Nacherhebung antworteten (n=102), vergleicht, zeigt sich, dass früh Antwortende mehr

Fälle von Kindesmisshandlung wahrnahmen: Während in dieser Gruppe 88% (n=75) angaben, im Jahr 2003 Fälle von Kindesmisshandlung in ihrer Praxis gesehen zu haben, berichteten nur 65% (n=67) der spät Antwortenden davon. Auch der Fortbildungsstatus der beiden Gruppen unterscheidet sich: Während unter den früh Antwortenden 47% angaben, bereits eine Fortbildung zum Thema Kindesmisshandlung besucht zu haben, waren es in der Gruppe der spät Antwortenden nur 33%.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frauen und jüngere ÄrztInnen in der Gruppe der Antwortenden überrepräsentiert sind. Eine größere Teilnahmebereitschaft an Befragungen zum Thema Kindesmisshandlung durch Frauen und jüngere ÄrztInnen wird auch in der Literatur berichtet (). Der Vergleich zwischen früh und spät Antwortenden lässt weiterhin darauf schließen, dass die teilnehmenden ÄrztInnen mehr Fälle von Kindesmisshandlung in ihrer Praxis wahrnahmen und besser zu dem Gewaltthema fortgebildet waren als der Durchschnitt der Berliner Haus- und KinderärztInnen. Es ist anzunehmen, dass ÄrztInnen, die sich entweder aufgrund einer hohen Prävalenz von Misshandlungsfällen in ihren Praxen oder aufgrund von persönlichem Interesse stärker auf diesem Gebiet engagieren, unter den Antwortenden überrepräsentiert sind. Dieser Umstand muss bei der Interpretation aller folgenden Ergebnisse berücksichtigt werden.

5.2 Erkennen von Kindesmisshandlung durch ÄrztInnen

5.2.1 Unsicherheit beim Erkennen von Misshandlungen

Untersucht man die Fallzahlen von minderjährigen Gewaltopfern in ärztlichen Praxen und den weiteren Umgang der ÄrztInnen damit, ergibt sich als grundsätzliche Schwierigkeit die Unsicherheit der ÄrztInnen beim Erkennen von Misshandlungen.

Als Maß für die Sicherheit des ärztlichen Verdachts wurde in der vorliegenden Studie für alle Gewaltformen zwischen als sicher und als vermutet bezeichneten Fällen unterschieden. Die 142 Berliner ÄrztInnen, die im Jahr 2003 minderjährige Gewaltopfer in ihrer Praxis wahrnahmen, schätzten 71% der 1815 genannten Fälle (n=1282) als vermutet und 29% (n=533) als sicher ein. Damit lag der Anteil vermuteter Fälle noch höher als in einer Befragung von bayerischen KinderärztInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen: Im Jahresdurchschnitt vermuteten diese in 61% (n=22) der

Fälle eine Misshandlung, in 39% (n=14) der Fälle waren sie sich sicher ().

In der internationalen Literatur werden neben subjektiv erlebten Problemen der ÄrztInnen beim Erkennen von Misshandlungen () gleichermaßen große Differenzen zwischen erkannten Misshandlungen und von Eltern berichteten Gewaltanwendungen beschrieben (). Diese Schwierigkeiten beim Erkennen sind zu berücksichtigen, wenn im weiteren Verlauf die berichteten Fallzahlen diskutiert werden.

5.2.2 Einfluss der diagnostischen Unsicherheit auf das weitere Vorgehen der ÄrztInnen

Die ärztliche Fähigkeit, Misshandlungen zu erkennen, entscheidet nicht nur darüber, welchen Anteil der Opfer die ÄrztInnen in ihren Praxen als solche wahrnehmen. Die Sicherheit, die die ÄrztInnen bei ihrem Verdacht empfinden, beeinflusst auch entscheidend ihr weiteres Vorgehen:

In der vorliegenden Studie wurden die Berliner Haus- und KinderärztInnen gefragt, warum sie möglicherweise in der Vergangenheit einen Misshandlungsverdacht gegenüber Eltern oder Kind nicht angesprochen hatten. Neben der Befürchtung das Vertrauen der Familie zu verlieren wählten die Befragten am häufigsten die Antwortoption „ich war beim Erkennen der Misshandlung unsicher“.

Diese Einschätzung wird in der internationalen Literatur bestätigt: ÄrztInnen nennen in zahlreichen Studien ihre Unsicherheit beim Erkennen von Kindesmisshandlungen als Hauptgrund dafür, warum sie Verdachtsfälle nicht an die zuständige Behörde weitermeldeten (, ,).

Die diagnostische Sicherheit scheint demzufolge eine Schlüsselrolle für den ärztlichen Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern zu spielen. Es ist anzunehmen, dass ÄrztInnen umso eher ihren Verdacht den Eltern oder dem Kind gegenüber ansprechen und umso eher Kontakt zu Institutionen des Kinderschutzes aufnehmen, je höher ihr Vertrauen in ihre Diagnose ist.

5.3 Von Berliner ÄrztInnen wahrgenommene Fallzahlen und weiterer Umgang mit Misshandlungsfällen

Im Folgenden soll darauf eingegangen werden, welche Gewaltformen die Berliner

ÄrztInnen bei ihren minderjährigen PatientInnen wahrnahmen. Daraufhin werden diesbezügliche Unterschiede zwischen Kinder- und HausärztInnen sowie Besonderheiten der beiden Arztgruppen im Hinblick auf diagnostische Strategie und weiteres Vorgehen beleuchtet. Abschließend wird diskutiert, welche Konsequenzen sich daraus für mögliche Verbesserungen der kinder- und hausärztlichen Versorgung von minderjährigen Gewaltopfern ergeben.

In der Gruppe der HausärztInnen war die Zahl der erhaltenen Fragebögen mit 64 von 315 angeschriebenen KollegInnen nicht hoch. Bei den Fragen, die sich auf die Verteilung der verschiedenen Gewaltformen, auf das Erkennen von Misshandlungen und auf den weiteren Umgang damit bezogen, wurden lediglich die Bögen von ÄrztInnen ausgewertet, die von Misshandlungsfällen in ihrer Praxis berichtet hatten. Die Gruppe der HausärztInnen verkleinerte sich dadurch auf 34. Aufgrund dieser geringen Gruppengröße erfolgt die Ergebnisbeschreibung überwiegend deskriptiv.

5.3.1 Wahrnehmung verschiedener Gewaltformen

76% (n=142) der 187 teilnehmenden Berliner Haus- und KinderärztInnen berichteten, im Jahr 2003 mindestens einen Fall von Kindesmisshandlung in ihrer Praxis wahrgenommen zu haben. Addiert man die sicheren und vermuteten Fälle aller vier Gewaltformen, ergibt sich eine Gesamtzahl von 1815 Fällen. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass die Zahl der als Misshandlungsoffer erkannten Kinder vermutlich unter 1815 Fällen liegen wird, da nicht die Gesamtzahl der in der jeweiligen Praxis behandelten minderjährigen Gewaltopfer erfasst wurde, sondern die Anzahl der sicheren und vermuteten Fälle für jede der vier Gewaltformen. Es erscheint möglich, dass einzelne Kinder, die gleichzeitig verschiedenen Gewaltformen ausgesetzt waren, damit mehrfach genannt wurden.

93% (n=1684) der 1815 Fälle wurden von KinderärztInnen beschrieben. Die folgenden Aussagen über das Ausmaß der einzelnen Gewaltformen beziehen sich somit hauptsächlich auf die Situation in kinderärztlichen Praxen. Mit 44% (n=808) der 1815 berichteten Fälle wurde emotionale Misshandlung am häufigsten genannt, gefolgt von körperlicher Vernachlässigung (32%, n=583), körperlicher Misshandlung (13%, n=228) und sexuellem Missbrauch (11%, n=196). Diese Zahlen zeigen, dass emotionale Misshandlung trotz der oben beschriebenen Schwierigkeiten beim Abgrenzen und

Erkennen dieser Misshandlungsform in hohem Maße von den Berliner ÄrztInnen wahrgenommen wird und in der Bewertung der Familiensituation der betreuten Kinder eine wichtige Rolle spielt.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen Daten, die Kopecky-Wenzel et al. bei einer Befragung aller bayerischen PädiaterInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen erhoben. Auch in dieser Studie waren Mehrfachnennungen möglich, die Fallzahlen für die einzelnen Gewaltformen wurden als Durchschnittswert pro Arzt/ Ärztin angegeben: Im Jahr 1998 sah jeder Arzt/ jede Ärztin durchschnittlich 18 Fälle von emotionaler Misshandlung, 13 Fälle von körperlicher Vernachlässigung, 3 Fälle von körperlicher Misshandlung und 2 Fälle von sexuellem Missbrauch ().

Auch das Hamburger „Beobachtungspraxen-Projekt“, bei dem zwischen 1994 und 1996 38 KinderärztInnen in 26 Praxen alle Verdachtsfälle von körperlicher, seelischer und sexueller Gewalt registrierten, fand eine ähnliche Häufigkeitsverteilung zwischen den einzelnen Gewaltformen wie die vorliegende Erhebung: Im Durchschnitt sahen die ÄrztInnen in der Hamburger Studie im Untersuchungszeitraum alle 3 Wochen einen Fall von seelischer Beeinträchtigung durch Gewalterfahrung, alle 12 Wochen einen Fall von körperlicher Misshandlung und alle 16 Wochen einen Fall von sexuellem Missbrauch ().

Quantitative Untersuchungen in der internationalen Literatur beschränken sich meist darauf, den Anteil der ÄrztInnen festzustellen, die in einem bestimmten Zeitraum körperlich misshandelte oder sexuell missbrauchte Kinder in den Praxen wahrnahmen. Zahlen zu dem Häufigkeitsverhältnis zwischen den einzelnen Gewaltformen konnten in der Literatur nicht gefunden werden.

Aufgrund der Schwierigkeit für ÄrztInnen, seelische Misshandlungen klar vom üblichen elterlichen Verhalten abzugrenzen und diese Form der Kindesmisshandlung zu erkennen, überraschen die in Berlin, Bayern und Hamburg übereinstimmend erhobenen hohen Zahlen für in der Praxis wahrgenommene Fälle von emotionaler Misshandlung. Der Bereich der emotionalen Misshandlung scheint also von vielen Ärztinnen bedeutsamer wahrgenommen zu werden als bisher in der internationalen Literatur beschrieben.

Allerdings müssen die Fallzahlen vorsichtig bewertet werden: Wie in Kapitel 1.5.1 beschrieben, wird der Begriff der seelischen Misshandlung verschieden definiert und die einzelnen Gewaltformen gehen fließend ineinander über. Bei der gewählten

Methode der quantitativen schriftlichen Befragung muss man davon ausgehen, dass die ÄrztInnen beim Ausfüllen des Fragebogens teilweise unterschiedliche Vorstellungen von „starker emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung (z. B. Isolierung oder Demütigung)“ hatten. Ein Ansatz, um diese Schwierigkeit in Zukunft zu umgehen, wäre eine Kombination von qualitativer und quantitativer Befragung.

Die Ausführungen verdeutlichen, dass psychische Gewalt gegen Kinder und deren körperliche Vernachlässigung eine wichtige Rolle in der ärztlichen Praxis spielen. Der Schwerpunkt in Forschungsarbeiten und Leitfäden für ÄrztInnen liegt allerdings auf den weniger häufigen Formen der körperlichen Misshandlung und des sexuellen Missbrauchs. Insbesondere in deutschsprachigen Ärzteleitfäden sind die Symptome, die auf körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch hinweisen und mit denen diese Misshandlungsformen eingegrenzt werden können, sehr detailliert und teilweise mit Fallbeispielen dargestellt. Im Gegensatz dazu sind die Beschreibungen von körperlicher Vernachlässigung und psychischer Misshandlung sehr kurz und allgemein gehalten sind (). Die Studienergebnisse machen deutlich, dass für eine Unterstützung der ÄrztInnen hinsichtlich des Umgangs mit psychischer Gewalt Handlungsbedarf besteht.

5.3.2 Arztspezifische Unterschiede

5.3.2.1 Verteilung der verschiedenen Gewaltformen

Insgesamt nahmen die PädiaterInnen häufiger minderjährige Gewaltopfer wahr als die HausärztInnen: 93% (n=1684) der 1815 genannten Fälle in den Praxen wurden von KinderärztInnen berichtet. Besonders ungleich waren die Fälle von körperlicher Misshandlung und körperlicher Vernachlässigung auf die beiden Gruppen verteilt: 98% (n=223) der physischen Misshandlungen und 96% (n=557) der körperlichen Vernachlässigungen wurden von PädiaterInnen genannt. Nicht ganz so deutlich unterschieden die beiden Gruppen sich im Hinblick auf die Wahrnehmung von emotionaler Misshandlung und sexuellem Missbrauch: 90% (n=730) bzw. 89% (n=174) der Fälle wurden von PädiaterInnen berichtet.

Ein Grund für die unterschiedliche Verteilung der Gewaltformen in kinder- und hausärztlichen Praxen könnte in der Altersstruktur minderjähriger PatientInnen in der

jeweiligen Praxis liegen. Die PädiaterInnen gaben an, überwiegend kleinere Kinder zu behandeln, während die HausärztInnen vor allem Kontakt zu Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren hatten.

Es ist vorstellbar, dass körperliche Vernachlässigung und Misshandlung insbesondere bei Kleinkindern auffallen bzw. erkannt werden. Im Gegensatz dazu ist seelische Misshandlung möglicherweise leichter bei Jugendlichen feststellbar, die eher ohne Begleitung der Eltern ihren Arzt/ ihre Ärztin aufsuchen.

5.3.2.2 Diagnostische Strategien

Übereinstimmend nannten sowohl Kinder- als auch HausärztInnen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder als wichtigstes Kriterium, durch das sie auf Misshandlungsfälle aufmerksam wurden. Diese Aussage passt zu der hohen Zahl psychischer Misshandlungen, die die ÄrztInnen im Jahr 2003 in ihren Praxen wahrnahmen. Die weiteren diagnostischen Möglichkeiten wurden von Kinder- und HausärztInnen unterschiedlich beurteilt:

Ein höherer Anteil der PädiaterInnen gab an, durch körperliche Untersuchungsbefunde, die Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie Gespräche mit den Eltern auf Gewaltfälle aufmerksam geworden zu sein. Dagegen spielten für HausärztInnen Hausbesuche und Bemerkungen der Kinder eine bedeutendere Rolle.

Die im vorhergehenden Kapitel diskutierte verschiedene Altersstruktur minderjähriger PatientInnen in kinder- und hausärztlichen Praxen und die damit zusammenhängende unterschiedliche Verteilung der Gewaltformen dürfte einen Einfluss auf das unterschiedliche diagnostische Vorgehen der beiden Arztgruppen haben. Um bei Kindern, die teilweise noch nicht sprechen konnten und mit denen die ÄrztInnen kaum Gespräche in Abwesenheit der Eltern führten, auch Spuren körperlicher Gewalt zu erkennen spielten für PädiaterInnen die körperliche Untersuchung, ihr Eindruck von der Interaktion zwischen Eltern und Kind und Gespräche mit den Eltern selbst eine wichtigere Rolle als Gespräche mit dem Kind selbst.

Im Gegensatz dazu beurteilten HausärztInnen Gespräche mit Jugendlichen ohne deren Eltern als hilfreich, um bei älteren Kindern Spuren vor allem psychischer Gewalt festzustellen.

Außerdem unterstreichen die Aussagen der HausärztInnen, dass auch Hausbesuche wichtig für sie sind, um Misshandlungsfälle zu erkennen. In dieser Hinsicht unterscheiden die HausärztInnen sich von den KinderärztInnen. HausärztInnen betreuen häufig die gesamte Familie eines Kindes ärztlich und bekommen durch Hausbesuche einen besonderen Einblick in das familiäre Umfeld. Dadurch könnte es ihnen möglich sein, gerade für ein Kind psychisch belastende Situationen frühzeitig zu erkennen.

5.3.2.3 Weiteres Vorgehen

Der grundsätzliche Unterschied zwischen Hausarztpraxen, in denen vor allem jugendliche Opfer von psychischer Misshandlung wahrgenommen werden und Kinderarztpraxen, in denen die ÄrztInnen vor allem jüngere Kinder behandeln, die teilweise auch Opfer körperlicher Misshandlungen sind, spiegelt sich gleichermaßen in den Aussagen der ÄrztInnen zu ihrem weiteren Vorgehen wider.

Auf die Frage, was sie weiter unternähmen, wenn sie von einem Misshandlungsfall wüssten, gaben die PädiaterInnen häufiger an, ihren Verdacht den Eltern gegenüber anzusprechen, während die HausärztInnen sich mit ihrem Verdacht eher direkt an das Kind wandten. Wie auch schon in den Daten zum Erkennen von Misshandlungen durch ÄrztInnen wird hier deutlich, dass die kinderärztliche Kommunikation häufig über die Eltern läuft, während HausärztInnen sich eher direkt an die Jugendlichen wenden.

In Zusammenhang mit dem höheren Anteil von körperlichen Gewaltfällen in kinderärztlichen Praxen könnte die Tatsache stehen, dass PädiaterInnen häufiger angaben, betroffene Kinder stationär ins Krankenhaus einzuweisen. Es ist anzunehmen, dass KinderärztInnen eher mit akut bedrohlichen Fällen von körperlicher Misshandlung konfrontiert sind, bei denen sie eine sofortige Herausnahme des Kindes aus dem familiären Umfeld für nötig halten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in kinder- und hausärztlichen Praxen eine unterschiedliche Patientenklientel behandelt und unterschiedliche Gewaltformen überwiegend wahrgenommen werden. Dies spiegelt sich auch in den Strategien wider, die die ÄrztInnen anwenden, um Misshandlungen zu erkennen und damit umzugehen. Kinder- und HausärztInnen sind dadurch bei ihrer Tätigkeit mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Dieser Umstand sollte bei der Entwicklung von

Informationsmaterial, Fortbildungsangeboten oder Veränderungen in den Inhalten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden.

5.4 Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Institutionen des Kinderschutzes

Neben dem Erkennen von Misshandlungen und dem Ansprechen eines Misshandlungsverdachts gegenüber Kindern oder Eltern spielt die Zusammenarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes eine Schlüsselrolle für die ärztliche Betreuung von minderjährigen Gewaltopfern. Im Folgenden soll zunächst die spezifische Kooperationsstruktur von Berliner Kinder- und HausärztInnen genauer beleuchtet werden. Daraufhin sollen mögliche Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit aus der Perspektive der ÄrztInnen und aus der Perspektive von MitarbeiterInnen verschiedener Kinderschutzeinrichtungen betrachtet sowie Lösungsansätze dafür diskutiert werden.

5.4.1 Kooperationsstruktur von Berliner Kinder- und HausärztInnen

Mit dem allgemeinen sozialpädagogischen Dienst (ASPD) des Jugendamtes, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und dem Landeskriminalamt (LKA) sind drei staatliche Stellen mit dem Thema Kindesmisshandlung befasst. Parallel zu diesen operieren zahlreiche private Einrichtungen wie Erziehungs- oder Familienberatungsstellen oder Krisendienste.

Vom Gesetzgeber ist der ASPD des Jugendamtes als zentraler Koordinator aller Hilfsmaßnahmen für misshandelte Kinder vorgesehen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) weist dem ASPD die Aufgabe zu, in Absprache mit der betroffenen Familie und allen beteiligten Personen und Institutionen einen Hilfeplan zu erstellen. Außerdem liegt die grundsätzliche Entscheidung bei ihm, ob familienorientierte Hilfsmaßnahmen oder ein gerichtlicher Eingriff in das elterliche Sorgerecht eher zum Wohl des Kindes beitragen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist je nach Bezirk dem Jugendamt oder dem Gesundheitsamt unterstellt. Er ist für die Gesundheitsförderung von Kindern zuständig und stellt präventive Angebote an Risikofamilien wie z. B. Schreiambulanzen zur Verfügung. Meist besteht der KJGD aus einem multidisziplinären, unter anderem mit MedizinerInnen besetzten Team, das auch unabhängig von Misshandlungsfällen eng

mit KinderärztInnen zusammenarbeitet. Im LKA wurde ein Sonderreferat zum Thema Kindesmisshandlung eingerichtet, bei dem auch anonym Informationen erhältlich sind.

Die in der vorliegenden Studie befragten Berliner Kinder- und HausärztInnen berichteten am häufigsten von einer Zusammenarbeit mit dem KJGD, gefolgt von Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie Krisendiensten. Deutlich seltener war mit dem ASPD des Jugendamtes kooperiert worden, während die ÄrztInnen mit dem LKA nahezu keinen Kontakt gehabt hatten.

Ähnlich hatten sich die 26 im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg niedergelassenen PädiaterInnen in einer Befragung von Rückert im Jahr 2002 geäußert: Auch darin hatten die Befragten angegeben, vor allem mit dem KJGD und verschiedenen Krisendiensten zusammengearbeitet zu haben, während zum ASPD des Jugendamtes kaum Kontakt bestanden hatte ().

Obwohl rein formal der ASPD des Jugendamtes als zentraler Ansprechpartner vorgesehen ist, entschieden die Berliner ÄrztInnen sich wesentlich häufiger für eine Kooperation mit dem KJGD. Ein Grund hierfür könnte der teilweise schon bestehende persönliche Kontakt zu MitarbeiterInnen des KJGD sein. Dieser scheint für die Wahl des Kooperationspartners eine wichtigere Rolle zu spielen als die formale gesetzliche Regelung. Außerdem fällt auf, dass die Berliner Kinder- und HausärztInnen neben dem KJGD viel mit verschiedenen kleineren Einrichtungen wie Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie Krisendiensten zusammenarbeiten. Großen offiziellen Stellen wie dem Jugendamt und vor allem dem Landeskriminalamt stehen sie dagegen eher zurückhaltend gegenüber. Eine Ursache dafür könnten Befürchtungen sein, mit einer formalen Meldung an eine dieser staatlichen Stellen eine Lawine loszutreten, deren Ausmaß für sie nicht abschätzbar ist.

5.4.1.1 Arztspezifische Unterschiede

Insgesamt hatten die HausärztInnen deutlich weniger Kontakt zu Institutionen als die KinderärztInnen. Auf die Frage nach ihrem weiteren Vorgehen, wenn sie von einem Misshandlungsfall wussten, wählten die HausärztInnen wesentlich seltener die Option, die Eltern an eine Institution, die sie für zuständig hielten, weiter zu verweisen oder eine solche Einrichtung mit oder ohne Wissen der Eltern zu informieren. Folgerichtig berichteten die HausärztInnen seltener von Kontakt zu den fünf oben genannten

Kinderschutzeinrichtungen als die PädiaterInnen. Besonders auffällig war dieser Unterschied in Bezug auf den KJGD und die Krisendienste: 93% der PädiaterInnen und 38% der HausärztInnen hatten mit dem KJGD zusammengearbeitet, zu Krisendiensten hatten 57% der KinderärztInnen und 26% der HausärztInnen Kontakt gehabt. Die intensivere kinderärztliche Kooperation mit dem KJGD könnte darauf zurückgeführt werden, dass KinderärztInnen auch in anderen Zusammenhängen mit dem KJGD zusammenarbeiten, und daher bei Misshandlungsfällen auf bestehende persönliche Kontakte zurückgreifen können, die den HausärztInnen nicht in dieser Weise zur Verfügung stehen. Der deutliche Unterschied bei der Zusammenarbeit mit Krisendiensten könnte mit der weiter oben ausgeführten Vermutung zusammenhängen, dass KinderärztInnen sich in ihren Praxen mit einer höheren Zahl akut bedrohlicher körperlicher Misshandlungsfälle konfrontiert sehen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern.

5.4.2 Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Institutionen

Im Folgenden wird untersucht, welche Faktoren auf ärztlicher Seite und auf Seite der Institutionen einer erfolgreichen Kooperation im Wege stehen. Die ärztlichen Aussagen werden in Bezug zu der Sichtweise von MitarbeiterInnen der Institutionen gesetzt und Lösungsansätze für mögliche Schwierigkeiten diskutiert.

Ein Großteil der in diesem Zusammenhang zitierten Literatur stammt aus dem angloamerikanischen Raum. Die Ergebnisse dieser Studien lassen sich nicht unbedingt auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen. Zum Einen ist die rechtliche Situation und das institutionelle Netzwerk von Land zu Land sehr verschieden: So bestehen beispielsweise in den USA und Australien für ÄrztInnen ausdrückliche Meldepflichten schon beim Verdacht einer Kindesmisshandlung. In diesen Ländern ist meist auch eine klar benannte Einrichtung für die Verfolgung solcher Verdachtsfälle zuständig, deren Rechte und Pflichten klar definiert sind. In Deutschland dagegen bleibt es jedem Arzt/ jeder Ärztin persönlich überlassen, ob er/ sie einen Verdachtsfall meldet. Auch wenn das Jugendamt formal für die Koordination aller Hilfeleistungen zuständig ist, existieren zahlreiche Einrichtungen mehr oder weniger gleichberechtigt und ohne klare Abgrenzung von Rechten und Pflichten nebeneinander.

Hinzu kommt, dass die Prävalenz von Kindesmisshandlungen und vor allem auch der Umgang mit Gewalt gegen Kinder extrem von dem politischen, sozialen und kulturellen Umfeld abhängt. Schon innerhalb eines Landes und erst recht zwischen verschiedenen Ländern und Kulturen können dabei beträchtliche Unterschiede bestehen.

5.4.2.1 Rolle als Vertrauensperson der Familie

In der vorliegenden Befragung nannten die ÄrztInnen als wichtigsten Grund, warum sie einen Misshandlungsverdacht gegenüber Eltern oder Kind nicht ansprachen, ihre Angst, das Vertrauen der Familie zu verlieren. Diese Befürchtung scheint auch einer Zusammenarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes im Weg zu stehen. In qualitativen Studien beschrieben amerikanische und britische ÄrztInnen es als Konflikt, einerseits eine wichtige Vertrauensperson für die Familie darzustellen, die durch die Schweigepflicht eine besondere Position einnimmt, und gleichzeitig in Zusammenarbeit mit zahlreichen anderen Beteiligten an der Aufklärung eines Misshandlungsfalles mitzuwirken (Lupton et al. 2000,).

Das Bild von der ärztlichen Rolle, das dem oben geäußerten Unbehagen im Umgang mit Gewaltfällen zu Grunde liegt, ist dabei gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen. Gerbert et al. verglichen, wie ÄrztInnen mit den Themen häusliche Gewalt, Risiken für sexuell übertragbare Krankheiten sowie Alkohol- und Zigarettenkonsum umgingen. Dabei zeigte sich, dass die ÄrztInnen ihre PatientInnen am seltensten auf häusliche Gewalt ansprachen, sich selbst in Bezug auf dieses Thema am unsichersten fühlten und am wenigsten an den Erfolg einer Intervention glaubten. Gerbert et al. erklärten diese Ergebnisse damit, dass die anderen Themen sich im Laufe einer jahrzehntelangen Entwicklung als Teile der ärztlichen Aufgabe etabliert hätten und die ÄrztInnen so über ausreichendes Wissen und Zugang zu Hilfsangeboten verfügten. Dieser Prozess stehe dem lange tabuisierten und als Privatangelegenheit einer jeden Familie gehandelten Thema häusliche Gewalt erst noch bevor (). Einen Hinweis darauf, dass häusliche Gewalt tatsächlich eine zunehmende Rolle für ÄrztInnen spielt, bestätigen auch Zahlen einer im Abstand von fünf Jahren wiederholten Befragung amerikanischer PädiaterInnen: Während 1998 38% der Befragten von Verletzungen durch häusliche Gewalt in ihrer Praxis berichtet hatten, waren es 2003 47% (). Es ist vorstellbar, dass sich die Vorstellung von der ärztlichen Rolle auch im Hinblick auf

Kindesmisshandlungen in einer ähnlichen Weise entwickelt.

5.4.2.2 Unsicherheit der ÄrztInnen über ihre rechtliche Situation

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/ Ärztin und Familie wird juristisch vor allem durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt. Bei einem Misshandlungsfall können ÄrztInnen in die Situation geraten, sich zwischen der Schweigepflicht gegenüber der Familie und ihrer Garantenpflicht für das Wohl des Kindes entscheiden zu müssen. Im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA oder Australien, in denen eine ausdrückliche Meldepflicht schon bei Verdacht auf eine Misshandlung besteht, liegt in Deutschland die Entscheidung über ihr weiteres Vorgehen und damit auch die Verantwortung dafür alleine bei den ÄrztInnen.

Angesichts dieser schwierigen Situation wurden die Berliner Kinder- und HausärztInnen in der vorliegenden Studie gefragt, ob sie sich ausreichend über ihre rechtliche Situation informiert fühlten, wenn sie bei einem Misshandlungsverdacht bei einem ihrer minderjährigen PatientInnen einschreiten wollten. Nur 28% der ÄrztInnen sagten aus, sich ausreichend über ihre rechtliche Situation informiert zu fühlen, wobei der Anteil unter den HausärztInnen mit 17% noch geringer war als unter den KinderärztInnen mit 33%.

Ein Grund für dieses Ergebnis könnte die fehlende Vorbereitung auf juristische Fragen zum Thema Kindesmisshandlung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sein. In Ostberlin könnte zudem die Veränderung der Gesetzeslage nach dem Ende der DDR 1989 zur rechtlichen Unsicherheit der ÄrztInnen beigetragen haben. Im Rahmen der telefonischen Nachbefragung äußerten zwei Ostberliner Ärzte, nicht zu wissen, ob immer noch eine Meldepflicht bei Misshandlungsverdacht bestehe wie vor 1989 in der DDR. Eine Mitarbeiterin des Jugendamtes Lichtenberg-Hohenschönhausen, die bereits vor 1989 dort tätig gewesen war, berichtete, dass sich das Kooperations- und Meldeverhalten der ÄrztInnen nach 1989 abrupt gewandelt habe. Obwohl zu einem großen Teil dieselben ÄrztInnen und JugendamtsmitarbeiterInnen im Bezirk tätig seien, sei die vor 1989 rege Zusammenarbeit auf ein sehr geringes Maß zurückgegangen (persönliche Mitteilung Willert, Romaike). Sowohl die Unsicherheit der ÄrztInnen über ihre rechtliche Situation als auch die allgemeinen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen scheinen demzufolge einen wichtigen Einfluss auf das

Kooperationsverhalten der ÄrztInnen zu haben.

5.4.2.3 Unzufriedenheit der ÄrztInnen mit dem Vorgehen der Institutionen

In der vorliegenden Studie wurden die Berliner ÄrztInnen nach schlechten Erfahrungen bei ihrem bisherigen Umgang mit misshandelten Kindern gefragt. Dabei kritisierten sie, dass sie von den Institutionen keine Rückmeldungen über den weiteren Verlauf der Fälle bekommen hatten, dass die Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Einrichtungen schlecht geklärt gewesen waren und dass sie die Maßnahmen der Institutionen als unangemessen oder als unzureichend erlebt hatten.

Diese Aussagen bestätigen Ergebnisse qualitativer englischsprachiger Befragungen. Auch darin beklagten ÄrztInnen schlechte Absprachen zwischen den verschiedenen beteiligten Kooperationspartnern, deren unberechenbares, uneinheitliches Vorgehen und deren fehlende Rückmeldung über den weiteren Verlauf der Fälle. Außerdem berichteten die ÄrztInnen, dass in manchen Situationen keine geeigneten Einrichtungen zur Verfügung gestanden hätten oder die vorhandenen Projekte überlaufen gewesen wären (,).

5.4.2.4 Zusammenarbeit mit ÄrztInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen von Institutionen

In Berlin liegen, unter anderem aufgrund der je nach Bezirk sehr verschiedenen Struktur von allgemeinem sozialpädagogischem Dienst (ASPD) des Jugendamtes und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), keine zentralen Zahlen dazu vor, welchen Beitrag ärztliche Meldungen zu der Aufklärung von Misshandlungsfällen leisten. In Gesprächen mit der Untersucherin beurteilten Mitarbeiterinnen des KJGD und des ASPD den Umfang und die Qualität der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen sehr unterschiedlich. Eine Mitarbeiterin des KJGD erlebte die Kooperation vor allem mit KinderärztInnen als sehr positiv, was sie vor allem auf den lange gewachsenen persönlichen Kontakt zwischen den jeweiligen Beteiligten zurückführte ().

Dagegen äußerten mehrere Mitarbeiterinnen von Jugendämtern, dass nahezu keine Initiative von Seiten der ÄrztInnen ausginge und dass sie weitaus häufiger von Kindergärten, Schulen oder NachbarInnen auf Misshandlungsfälle aufmerksam

gemacht würden. Wenn sie von sich aus eine Zusammenarbeit mit ÄrztInnen angestrebt hätten, hätten sie von diesen teilweise eine regelrechte Verweigerungshaltung erlebt. Als Ursache hierfür vermuteten sie, dass die ÄrztInnen über ihre rechtliche Situation und vor allem über Struktur und Arbeitsweise des Jugendamtes ungenügend informiert seien. So sei vielen MedizinerInnen nicht bekannt, dass es auch möglich sei, beim Jugendamt anonym beraten zu werden. Darüber hinaus stehe das Jugendamt in der Öffentlichkeit immer noch in dem Ruf, in jedem Fall eine Herausnahme des Kindes aus der Familie anzustreben, obwohl in den letzten Jahren zunehmend versucht werde, einen Großteil der Fälle durch familienorientierte Hilfeleistungen zu lösen.

Allerdings betonten die Mitarbeiterinnen der Jugendämter, dass das uneinheitliche Vorgehen und die unübersichtliche Struktur ihrer Institution die Kooperation für die ÄrztInnen erschwere. Da es keine zentrale Koordinierungsstelle für ganz Berlin gebe und keine einheitlichen Leitlinien vorlägen, unterscheide sich der Umgang mit den betroffenen Familien teilweise je nach zuständigem Sozialarbeiter. Sogar für die Jugendämter selbst entstanden dadurch Probleme, da sich Familien bei Konflikten mit dem Amt durch Umzug in einen anderen Bezirk entziehen könnten. Außerdem sei der Aufbau von persönlichen Kontakten zwischen Jugendämtern und ÄrztInnen dadurch sehr erschwert, dass in den letzten Jahren die zuständigen Ansprechpartner in Folge der Zusammenlegung von Berliner Bezirken und durch personelle Kürzungen häufig gewechselt hätten (, Willert, Romaine).

5.4.2.5 Verbesserungsmöglichkeiten für die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Institutionen des Kinderschutzes

MitarbeiterInnen von Berliner Jugendämtern stellten erfolgreichere Zusammenarbeit in Aussicht, wenn ÄrztInnen mehr über Struktur und Vorgehen der Institutionen wüssten. Die befragten ÄrztInnen selbst berichteten von einer großen Unsicherheit hinsichtlich ihrer rechtlichen Situation. Auch diese wirkte sich negativ auf die Bereitschaft der ÄrztInnen aus, mit Institutionen zu kooperieren. Es kann daher angenommen werden, dass für eine optimierte Zusammenarbeit ein höherer Wissensstand der ÄrztInnen zu ihrer juristischen Situation sowie zu Struktur und Arbeitsweise von möglichen Kooperationspartnern erforderlich ist.

Einen Hinweis auf den Effekt von Fortbildungen geben Zahlen, die Flaherty et al. 2000 unter amerikanischen KinderärztInnen erhoben: ÄrztInnen, die bereits Fortbildungen zum Thema Kindesmisshandlung besucht hatten, berichteten in dieser Studie 10 mal häufiger von einer Zusammenarbeit mit Kinderschutzinstitutionen als deren KollegInnen, die an keiner diesbezüglichen Fortbildung teilgenommen hatten (Flaherty et al. 2000).

Die befragten Berliner ÄrztInnen beurteilten als wichtigsten Verbesserungswunsch für ihren Umgang mit misshandelten Kindern die Einrichtung einer zentralen Telefonhotline für Einzelfälle. Angesichts der komplexen Struktur der Berliner Kooperationsnetzwerke und des alltäglichen Zeitdruckes scheinen die ÄrztInnen es als Problem zu empfinden, an wen sie sich im konkreten Fall wenden sollen. Vor allem die HausärztInnen, die noch weniger als die KinderärztInnen in die bestehenden Kooperationsstrukturen eingebunden sind, maßen diesem Vorschlag eine hohe Bedeutung zu. Auch die von Kopecky-Wenzel et al. befragten bayerischen KinderärztInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen hatten sich für eine solche Maßnahme ausgesprochen. In einer qualitativen Studie äußerten amerikanische KinderärztInnen ebenfalls den Wunsch nach einer Einrichtung, die ähnlich funktioniere wie der Giftnotruf („they would like to have a clearinghouse that functioned like the poison control hotline“;).

Zu vermuten ist auch, dass der Aufbau von dauerhaften persönlichen Kontakten die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Kinderschutzinstitutionen positiv beeinflussen würde. Einen Hinweis darauf gibt die intensive Kooperation der Berliner KinderärztInnen mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), zu dem langfristig etablierte persönliche Beziehungen bestehen. Die sowohl von den befragten Berliner ÄrztInnen als auch in der Literatur immer wieder vorgebrachte Klage über mangelnde Rückmeldungen von den Institutionen könnte gegenstandslos werden, wenn regelmäßiger Kontakt zu einem festen Ansprechpartner bestünde (). Außerdem ist vorstellbar, dass die Schwierigkeiten der ÄrztInnen, vertrauliche Daten an Dritte weiterzugeben, geringer wären, wenn ihnen diese Dritten aus wiederholter Zusammenarbeit bekannt wären ().

5.5 Methodenkritik

Um alle 311 Berliner KinderärztInnen und 315 HausärztInnen befragen zu können, wurde ein standardisiertes schriftliches Erhebungsinstrument gewählt. Dieses Vorgehen hat gegenüber qualitativen, mündlichen Interviews insbesondere aufgrund des sensiblen Bereichs der Kindesmisshandlung Nachteile: Da bei der schriftlichen Befragung keine Möglichkeit bestand, zu überprüfen, ob die ÄrztInnen die Fragen im beabsichtigten Sinn aufgefasst hatten, wurden alle Formulierungen möglichst klar und eindeutig ausgedrückt. Viele Begriffe im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung sind jedoch ungenügend definiert und werden von einzelnen Personen unterschiedlich gebraucht.

Die Verwendung von Antwortvorgaben schränkte den Umfang der Aussagen stark ein. Der individuell sehr unterschiedliche Umgang mit Fällen von Kindesmisshandlung konnte dadurch nur in Ausschnitten erfasst werden. Vor allem auf Gründe für ärztliche Vorgehensweisen konnte diese Befragungsart nur Hinweise ermöglichen.

Ein weiterer Nachteil postalischer Befragungen ist die unkontrollierbare Erhebungssituation. Es lässt sich nicht ausschließen, dass ein anderer als der Adressat den Fragebogen ausfüllt. In der vorliegenden Studie wurde dieses Problem vor allem im Fall von Gemeinschaftspraxen deutlich: hier füllten teilweise mehrere Befragte einen Fragebogen gemeinsam aus. In diesen Fällen war nicht klar, ob sich die Angaben beispielsweise zu der Anzahl von misshandelten Kindern in der Praxis auf einen Befragten oder auf die gesamte Gemeinschaftspraxis bezogen.

5.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die erhobenen Daten lassen den Schluss zu, dass für Berliner Kinder- und HausärztInnen das Thema Kindesmisshandlung in ihrem klinischen Alltag wichtig ist.

Um die medizinische Versorgung der betroffenen Kinder zu verbessern, sollten Interventionsstrategien entwickelt werden, die stärker auf die Bedürfnisse niedergelassener ÄrztInnen eingehen. Bei der Planung derartiger Maßnahmen sollten folgende Ergebnisse der Studie berücksichtigt werden:

- Emotionale Misshandlung wird von niedergelassenen Kinder- und HausärztInnen häufiger erfasst als körperliche Misshandlungsformen. Um die Bedeutung psychischer Gewalt besser eingrenzen zu können, ist weitergehende qualitative Forschung mit betroffenen ÄrztInnen nötig.
- Die sichere Diagnose von Kindesmisshandlung wurde von den ÄrztInnen als wichtiges Problem beschrieben. Besonders für die schwer fassbaren und häufigen Gewaltformen der psychischen Gewalt und körperlichen Vernachlässigung ist eine bessere Vorbereitung der ÄrztInnen in Aus- und Weiterbildung sowie in Fortbildungen nötig. Hilfreich könnten dabei Verfahren sein, die das Verhalten der Kinder und die Interaktion zwischen Eltern und Kind in den Vordergrund stellen wie Videoanalysen oder Rollenspiele.
- Haus- und KinderärztInnen sind in ihren Praxen mit unterschiedlichen Gewaltformen bei Kindern verschiedenen Alters konfrontiert. Informationsmaterialien und Fortbildungsangebote sollten den Erfordernissen der jeweiligen Berufsgruppe angepasst werden.
- Um Hindernisse für eine erfolgreiche Kooperation zwischen ÄrztInnen und Institutionen des Kinderschutzes klarer zu benennen ist weitere Forschung zur Sichtweise der beteiligten Institutionen und eine fortlaufende Evaluation der Kooperationsbeziehungen erforderlich.
- Fehlende Kenntnisse zur eigenen rechtlichen Situation sowie zu Struktur und Arbeitsweise von Institutionen stehen auf ärztlicher Seite einer erfolgreichen Kooperation im Wege. Diesen Defiziten sollte durch gezielte, anwendungsbezogene Informationsvermittlung begegnet werden.
- Persönliche Kontakte erleichtern es den ÄrztInnen, Kontakt zu Institutionen aufzunehmen, wenn sie mit einem Fall von Kindesmisshandlung konfrontiert sind. Regionale, berufsgruppenübergreifende Fortbildungen könnten ein Forum dafür darstellen, ein regionales Netzwerk zu bilden.

- Die von Bezirk zu Bezirk voneinander abweichende Struktur der Institutionen sowie deren teilweise uneinheitliches Vorgehen erschweren die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen. Transparentere, einheitliche Strukturen oder eine zentrale Koordinationsstelle, die ÄrztInnen im Einzelfall weiterhilft, könnten die Schwelle für ÄrztInnen senken, Kontakt zu Institutionen aufzunehmen.