

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM,
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Meldeverhalten von Berliner Kinderärztinnen und Kinderärzten
im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.
Eine empirische Studie mit medizinethischer Diskussion**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Henning Wißmann
aus Osnabrück

Datum der Promotion: 4. März 2022

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	3
Abstract	5
1. Einleitung und Forschungsstand	6
1.1 Begriffsbestimmungen.....	6
1.2 Häufigkeit von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.....	7
1.3 Mortalität und Langzeitfolgen von Kindesmisshandlung.....	8
1.4 Elterliches Sorgerecht und staatliches Wächteramt.....	9
1.5 Gesetzliche Meldepflicht im Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdungen.....	10
1.6 Meldeverhalten im Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdungen.....	11
1.7 Umgang mit Verdachtsfällen unter Kinderärzten in Deutschland.....	13
1.8 Zielsetzung der Arbeit.....	14
2. Vertiefung der Methoden	16
2.1 Literaturrecherche.....	16
2.2 Entwicklung des Fragebogens.....	17
2.3 Entwicklung des Kodierschemas.....	17
3. Wesentliche Ergebnisse	18
3.1 Häufigkeiten von Verdachtsfällen und Meldungen an die Behörden.....	18
3.2 Beweggründe für und gegen die Meldung von Verdachtsfällen.....	18
3.3 Fortbildungsbedarf, Rechtskenntnis und Einstellungen der Teilnehmer.....	19
4. Medizinethische Diskussion	20
4.1 Prinzipienbasierte Ethik.....	20
4.2 Moralischer Status des Kindes.....	21
4.3 Autonomiefähigkeit von Kindern.....	22
4.4 Das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft.....	24
4.5 Vertrauen.....	24
4.6 Kindeswohl.....	25
4.7 Best-interest-Standard.....	26
4.8 Kinderrechte.....	27
4.9 Elternrechte und Elternpflichten.....	28
4.10 Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Verdachtsfälle in Deutschland?.....	28
4.10.1 Argumente für eine Meldepflicht.....	29
4.10.2 Argumente gegen eine Meldepflicht.....	30
4.11 Empfehlungen.....	32
4.12 Weiterführende Forschungsansätze.....	35
5. Literaturverzeichnis	37

Anhang	47
Eidesstattliche Versicherung	53
Anteilerklärung	54
Auszug aus der Journal Summary List	55
Druckexemplar der ausgewählten Publikation	57
Lebenslauf	70
Vollständige Publikationsliste	72
Danksagung	73

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind stets alle Geschlechter.

Kurzzusammenfassung

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sind häufig, die in Deutschland anzunehmende Dunkelziffer ist hoch. Kindeswohlgefährdungen gehen nachweislich mit erhöhten Risiken für verschiedene Folgeerkrankungen einher. Verschiedene Studien haben sich mit dem Meldeverhalten und den Beweggründen der ärztlichen Entscheidungsfindung in Verdachtsfällen beschäftigt. Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz als Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes ermöglicht es Ärzten seit 2012, ihre Schweigepflicht in Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen zu umgehen und Meldung an die Behörden zu erstatten. In Deutschland besteht keine gesetzliche Meldepflicht.

Diese Studie untersucht das Meldeverhalten und die Beweggründe der ärztlichen Entscheidungsfindung in Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Die Teilnehmer wurden zu ihren diagnostischen Fähigkeiten, ihrem Fortbildungsbedarf, ihrer Rechtskenntnis sowie ihrer Einstellung zu einer gesetzlichen Meldepflicht befragt. Eine medizinethische Diskussion erörtert, ob die Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdungen in Deutschland empfehlenswert ist.

Alle 378 niedergelassenen Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in Berlin wurden gebeten, einen selbstentwickelten Fragebogen anonym auszufüllen. Dieser wurde postalisch an alle niedergelassenen, hausärztlich tätigen Kinderärzte ($N=302$) und Kinder- und Jugendpsychiater ($N=76$) gesendet. Die Häufigkeit von Verdachtsfällen in den Jahren 2016 und 2017, das individuelle Meldeverhalten, Gründe der Entscheidung für und gegen eine Meldung sowie verschiedene Angaben der Teilnehmer zu ihren Kenntnissen, Erfahrungen und Einstellungen wurden untersucht. Weiterhin wurden Korrelationen mit sozioökonomischen Parametern auf Ebene des jeweiligen Berliner Bezirks statistisch geprüft. Die ethische Diskussion orientiert sich insbesondere am Recht des Kindes auf eine offene Zukunft und auf Entwicklung seiner Autonomie. Es werden neuere medizinethische Ansätze herangezogen, die insbesondere die Individualität des einzelnen Kindes und den Erhalt und die Förderung der künftigen Autonomiefähigkeit berücksichtigen.

Der Rücklauf betrug 42% ($N=157$). 28% der Kinderärzte meldeten im untersuchten Zweijahreszeitraum jeden ihrer Verdachtsfälle an die Behörden. Mehr als 70% der Teilnehmer berichteten von Schwierigkeiten, Verdachtsfälle zu erkennen, und knapp 65% wünschten sich zusätzliche Fortbildungen zu diesem Thema. Nur etwa 50% gaben an, dass ihnen die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit einer pseudonymisierten Beratung im Verdachtsfall bekannt sei. Mehr als 70% der Teilnehmer hielten eine gesetzliche Meldepflicht im Sinne eines besseren Kinderschutzes für notwendig und über 55% gaben an, dass eine Meldepflicht ihre Arbeit erleichtern könnte.

Die medizinethische Diskussion kommt zu dem Ergebnis, dass sich sowohl für als auch gegen die Einführung einer Meldepflicht valide Argumente vorbringen lassen. Daher wird die Einführung einer gesetzlichen Beratungs- und Aktionspflicht für Ärzte vorgeschlagen, die einen verpflichtenden rechtlichen Rahmen für Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdungen schafft, Ärzte jedoch nicht von ihrer individuellen Verantwortung entbindet und ihrem Vertrauensverhältnis zu Kind und Familie gerecht wird.

Abstract

Child abuse and neglect (CAN) are common; the number of undetected victims in Germany is presumed to be high. CAN is strongly associated with various negative long-term mental and physical health problems. Some earlier research focused on physicians' reporting behavior and decision-making in suspicious cases of CAN, but no studies have been carried out in Germany. Despite CAN reporting not being mandatory in Germany, the 2012 German Federal Child Protection Act allows doctors to circumvent their duty of confidentiality if they suspect the child's welfare to be at risk.

This study examines physicians' reporting behavior and decision-making when they suspect cases of CAN. Participants were asked for their diagnostic certainty, their needs for further training, their legal knowledge, and their attitudes toward mandatory reporting. Finally, the ethical discussion considers whether introducing mandatory reporting legislation for suspicious cases of CAN should be recommended in Germany.

All 378 primary care pediatricians and pediatric psychiatrists in Berlin were asked to anonymously complete a self-developed questionnaire. The questionnaire was sent by mail to every primary care pediatrician ($N=302$) and pediatric psychiatrist ($N=76$) in private practice. Participants were asked for the frequency of suspicious cases in the years 2016 and 2017, their individual reporting behavior, their reasons for and against reporting, as well as questions asking for their knowledge, experiences, and attitudes. Correlations with socio-economic factors of the related Berlin administrative district were statistically examined. The ethical discussion is based on the right of a child to an open future and to develop their full autonomy. Recent ethical approaches are adhered to, with specific regard to the individual child and their future capacity for autonomy.

The response rate was 42% ($N=157$). Of those pediatricians who responded, 28% reported every suspected case during the two-year investigation period, over 70% had difficulties in detecting suspicious cases of CAN, and almost 65% wished for additional training. About 50% were aware legally guaranteed counseling options are available if CAN is suspected. Over 70% of respondents considered mandatory reporting necessary to protect children more effectively, and over 55% were sure it could simplify their work.

From an ethical perspective, there are valid arguments both for and against mandatory reporting legislation. Instead, introducing obligatory "counseling and action" is suggested, establishing a mandatory legal framework for suspicious cases of CAN. This will not release physicians from their individual responsibility but will foster and complement the trusting relationship between physician, child and family.

1. Einleitung und Forschungsstand

1.1 Begriffsbestimmungen

Bei den Begriffen Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung handelt es sich um sogenannte unbestimmte Rechtsbegriffe (1) (S. 17). Dies bedeutet, dass ihr Inhalt juristisch nicht vollumfänglich präzisiert ist und im Einzelfall abschließend bestimmt werden muss (2).

Das Ziel bei der Einschätzung einer fraglichen Kindeswohlgefährdung ist dabei nicht, das Kindeswohl zu sichern, sondern die Abwehr von Gefahren für das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes (1) (S. 17). Im alltäglichen Sprachgebrauch werden unter dem Begriff der Kindeswohlgefährdung häufig die Entitäten Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung zusammengefasst, was nach Hensen und Schone eine unzulässige Vereinfachung ist, da nicht jede Misshandlung oder Vernachlässigung die Schwelle für eine Gefährdung des Kindeswohls überschreite und damit eine Legitimation für staatliches Handeln darstelle (1) (S. 18). Eine derart scharfe Trennung wird in dieser Arbeit nicht beibehalten, da die abschließende medizinethische Diskussion nicht auf Grundlage juristischer Definitionen und Schwellen argumentieren wird, sondern das individuelle Kindeswohl und auch seine *potentiellen* Gefährdungen in den Mittelpunkt stellt.

Physische Misshandlung bezeichnet jede absichtliche oder unabsichtliche Anwendung körperlicher Gewalt, die dem Kind Schmerzen oder Verletzungen zufügt oder zufügen könnte, dazu gehören beispielsweise einzelne Schläge, Prügeln, Festhalten, Verbrühen und Verbrennen, Beißen, Würgen, sowie Angriffe mit Werkzeugen wie Stöcken oder Waffen (3) (S. 38 f.). Unter psychischer bzw. emotionaler Misshandlung werden chronisch inadäquate Verhaltensweisen und Beziehungsformen von Eltern zu ihren Kindern verstanden, die dem Kind vermitteln, nicht geliebt, nicht gewollt, gefährdet oder wertlos zu sein (3) (S. 45 f.). Sexuelle Misshandlung bezeichnet „grenzüberschreitende“ sexuelle Handlungen von Erwachsenen oder Jugendlichen an einem Kind in Form der Belästigung, Masturbation, des oralen, analen oder genitalen Verkehrs, der sexuellen Nötigung, Vergewaltigung oder sexuellen Ausbeutung unter Ausnutzung eines Macht- oder Autoritätsverhältnisses (3) (S. 40 f.). Als sexueller Missbrauch von Kindern gilt nach § 176 des Strafgesetzbuches (StGB) jede sexuelle Handlung an einer Person unter 14 Jahren einschließlich Handlungen, die Kinder an einem Täter oder an Dritten vornehmen müssen, sowie des Einwirkens auf Kinder mittels pornographischer Inhalte. Vernachlässigung bezeichnet das Unterlassen fürsorglichen Handelns durch Unkenntnis, Unfähigkeit oder Unwilligkeit der Eltern, die Grundbedürfnisse eines Kindes zu befriedigen, sowohl in geistiger und emotionaler Hinsicht, als auch in körperlicher und materieller Form, wie beispielsweise durch angemessene Kleidung, Pflege, Ernährung und Beherbergung (3) (S. 43 f.).

1.2 Häufigkeit von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Die bundesweite polizeiliche Kriminalstatistik hat für 2019 3.430 Opfer von physischer Kindesmisshandlung und 13.670 Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch registriert (4) (S. 17, 43). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe für dasselbe Jahr geben bundesweit 68.322 Fälle von akuter und latenter Kindeswohlgefährdung an (einschließlich Mehrfachnennungen für gleichzeitig auftretende Unterformen), darunter 32.476 Fälle von Vernachlässigung, 15.063 Fälle physischer Misshandlung, 17.793 Fälle psychischer Misshandlung und 2.990 Fälle sexueller Gewalt (5) (S. 5 f.). Dem gingen insgesamt 173.029 Verfahren zur Gefährdungseinschätzung voraus (5) (S. 5 f.). In 49.510 Fällen wurden vorläufige Schutzmaßnahmen ergriffen (6) (S. 11). Im Jahr 2019 lebten in Deutschland insgesamt 13.677.902 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (7).

In Berlin wurden im Jahr 2019 807 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch sowie 377 Fälle von physischer Kindesmisshandlung polizeilich registriert (8) (S. 26, 35). Die Berliner Statistik der Kinder- und Jugendhilfe gibt für 2019 9.310 Fälle von akuter oder latenter Kindeswohlgefährdung an (einschließlich Mehrfachnennungen für gleichzeitig auftretende Unterformen), darunter 4.999 Fälle von Vernachlässigung, 1.574 Fälle physischer Misshandlung, 2.414 Fälle psychischer Misshandlung und 323 Fälle sexueller Gewalt (9) (S. 6 f.). Dem gingen insgesamt 17.050 Verfahren zur Gefährdungseinschätzung voraus (9) (S. 6 f.). In 2.309 Fällen wurden vorläufige Schutzmaßnahmen ergriffen (10) (S. 4). Im Jahr 2019 lebten in Berlin insgesamt 601.429 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (11) (S. 9).

Umfragen in repräsentativen Stichproben der deutschen Bevölkerung zur Lebenszeitprävalenz von kindlichen Misshandlungen sind rar. Häuser und Kollegen befragten Personen über 14 Jahren zu ihren Gewalterfahrungen in der Kindheit und ermittelten Prävalenzen physischer Misshandlung von 12,0%, psychischer Misshandlung von 15,0%, sexueller Misshandlung von 12,6%, physischer Vernachlässigung von 48,4% und psychischer Vernachlässigung von 49,5% (12). Iffland und Kollegen untersuchten kindliche Gewalterfahrungen in derselben Altersgruppe und ermittelten Prävalenzen physischer Misshandlung von 12,0%, psychischer Misshandlung von 10,2%, sexueller Misshandlung von 6,2%, physischer Vernachlässigung von 48,4% und psychischer Vernachlässigung von 13,9% (13). Witt und Kollegen ermittelten in derselben Altersgruppe Prävalenzen physischer Misshandlung in der Kindheit von 12,5%, psychischer Misshandlung von 18,7%, sexueller Misshandlung von 13,9%, physischer Vernachlässigung von 41,8% und psychischer Vernachlässigung von 40,5% (14). In einer Befragung zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit ermittelten Stadler und Kollegen Prävalenzen von 7,4% für Mädchen und 1,5% für Jungen bis einschließlich 16 Jahren (15) (S. 22).

Gilbert und Kollegen analysierten Publikationen hinsichtlich der Prävalenzen von Kindeswohlgefährdungen in Staaten mit hohem Einkommen: 5-35% der jeweiligen Teilnehmer gaben an, während ihrer Kindheit Opfer von physischer Misshandlung, 4-9% von schwerer psychischer Misshandlung und 6-11,8% von Vernachlässigung geworden zu sein (16). 15-30% der

Mädchen sowie 5-15% der Jungen gaben an, Opfer von sexueller Misshandlung geworden zu sein (16). Diese selbstberichteten Häufigkeiten betragen mehr als das Zehnfache der behördlich bestätigten Fälle (16). In verschiedenen Meta-Analysen ermittelten Stoltenborgh und Kollegen weltweite Lebenszeitprävalenzen von 17,7% für physische Misshandlung (17), 26,7% für psychische Misshandlung (18), 11,8% für sexuelle Misshandlung (19) sowie 16,3% für physische Vernachlässigung und 18,4% für psychische Vernachlässigung (20). Laurin und Kollegen werteten 71 Studien aus, in denen Jugendliche zum Vorkommen kindlicher Misshandlungen befragt wurden. Sie berichteten Lebenszeitprävalenzen von 0,3-44,3% für sexuelle Misshandlung, 4,2-58,3% für physische Misshandlung, 3,1-78,3% für psychische Misshandlung und 0,9-38,3% für Vernachlässigung (21). Moody und Kollegen analysierten 337 Studien zu selbstberichteten Lebenszeitprävalenzen verschiedener Formen von Misshandlungen hinsichtlich Variationen bei Geschlecht und geographischer Herkunft der Befragten. In Europa resultierten Prävalenzen von im Median 13,2% (7,8-22,0) für sexuelle Misshandlung, 12,2% (8,4-25,0) für physische Misshandlung, 21,7% (13,4-45,1) für psychische Misshandlung und 27,0% (19,7-42,0) für Vernachlässigung (in Klammern ist jeweils die 25.-75. Perzentile angegeben) (22).

1.3 Mortalität und Langzeitfolgen von Kindesmisshandlung

In Deutschland sterben jährlich 160 Kinder an den Folgen von Misshandlungen, das entspricht etwa 3 Kindern pro Woche (23) (S. 8). Verglichen mit Kindern zwischen 5 und 14 Jahren, ist die Anzahl der Todesfälle infolge schwerwiegender Misshandlungen für Kinder unter einem Jahr etwa um den Faktor sechs und für Kinder zwischen 1 und 4 Jahren etwa um den Faktor zwei erhöht (24) (S. 12), insbesondere junge Kinder haben also ein erhöhtes Risiko an Misshandlungsfolgen zu versterben.

Mehrere systematische Reviews und Meta-Analysen berichten über die Auswirkungen verschiedener Formen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auf die physische und psychische Morbidität im Erwachsenenalter: Es bestehen Zusammenhänge mit Angststörungen (25-27), Zwangsstörungen (25), Borderline- und narzisstischer Persönlichkeitsstörung (26), Schizophrenie (26), Depression (25-27), bipolarer Störung (26), Promiskuität und sexuell übertragbaren Infektionen (27), Substanzmissbrauch (25-27), somatoformen Störungen (28), Essstörungen (26, 27, 29), posttraumatischer Belastungsstörung (25, 26), dissoziativen Störungen (25), chronischen Schmerzsyndromen (30) und Suizidalität (25, 27, 31).

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Personen, die in ihrer Kindheit Misshandlung oder anderen negativen Kindheitserfahrungen („Adverse Childhood Experiences“) ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges oder kriminelles Verhalten im Jugend- und Erwachsenenalter besteht (32-34).

Assink und Kollegen berichten, dass in Familien ein dreifach erhöhtes Misshandlungsrisiko besteht, wenn die Eltern in ihrer Kindheit ebenfalls Misshandlung erlebt haben (35).

Dittrich und Kollegen untersuchten unter Müttern mit eigenen Misshandlungserfahrungen in ihrer Kindheit sowie mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Depression das Potential, ihre eigenen Kinder zu misshandeln: Für alle drei Faktoren konnte ein signifikant erhöhtes Misshandlungspotential nachgewiesen werden; zusätzlich zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Misshandlungspotential und Psychopathologien des Kindes (36).

Laut Albermann und Kollegen komme Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil einer „Gratwanderung“ gleich: Die kindlichen Grundbedürfnisse müssten sichergestellt und Gefährdungssituationen klar abgegrenzt werden; zugleich müsse diesen Familien angemessene Unterstützung unter Wahrung der elterlichen Autonomie angeboten werden (37).

1.4 Elterliches Sorgerecht und staatliches Wächteramt

„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“, so heißt es in Artikel 6 des Grundgesetzes (GG). Der Gesetzgeber räumt Eltern in der Kindeserziehung große Freiheiten ein und verpflichtet sie zugleich zu angemessener Pflege und Erziehung ihrer Kinder. Das Kind hat folglich ein Recht auf die Ausübung der elterlichen Sorge und auf staatliches Eingreifen, insbesondere des Jugendamtes und Familiengerichtes, wenn die Eltern ihren Pflichten nicht nachkommen („Wächteramt“). Die Personensorge für Kinder regelt § 1631 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Sie sichert dem Kind das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung zu.

Das Familiengericht ist durch § 1666 BGB verpflichtet, bei elterlichem Versagen Gefahr für das Kindeswohl durch geeignete Schutzmaßnahmen abzuwenden, wie z. B. durch Verpflichtung zur Inanspruchnahme öffentlicher Hilfen, die Durchsetzung der Schulpflicht oder Verbote, etwa der elterlichen Kontaktaufnahme mit dem Kind. Als Ultima Ratio gilt der vollständige Entzug des Sorgerechtes, der nach § 1666a BGB nur dann zulässig ist, wenn andere Schutzmaßnahmen versagt haben. „Die Entziehung des Sorgerechts nach § 1666 Abs. 1 BGB setzt eine gegenwärtige, und zwar in einem solchen Maße vorhandene Gefahr voraus, dass sich bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“, urteilte der Bundesgerichtshof (38). Kindeswohlgefährdungen stellen juristisch also eine Grenzsituation dar, in der, basierend auf Prognose und Ausprägung der gegenwärtigen Gefährdung, die Schwelle für den Eingriff des Staates gegen das in Deutschland hoch angesiedelte Elternrecht abgewogen werden muss (39) (S. 31).

Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung hat gemäß § 8a des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) das Jugendamt das Gefährdungsrisiko einzuschätzen. Eltern und Kind sind nach Möglichkeit einzubeziehen und gegebenenfalls sind ihnen geeignete Hilfen anzubieten. Falls erforderlich, hat das Jugendamt das Familiengericht anzurufen. Bei Gefahr im Verzug ist

das Kind bzw. der Jugendliche in Obhut zu nehmen. Die Inobhutnahme durch das Jugendamt ist nach § 42 SGB VIII möglich, wenn das Kind darum bittet oder wenn eine dringende Gefahr für das Kindeswohl besteht.

1.5 Gesetzliche Meldepflicht im Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdungen

In Deutschland besteht keine gesetzliche Verpflichtung, Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung an Jugendamt oder Polizei zu melden, weder für Privatpersonen, noch für Personen, die beruflich in häufigem Kontakt zu Kindern stehen, wie beispielsweise Ärzte, Lehrer oder Erzieher. Durch § 138 StGB wird die Nichtanzeige bestimmter Straftaten unter Strafe gestellt, beispielsweise von Hochverrat, Mord, Totschlag oder Straftaten gegen die persönliche Freiheit. Die Nichtanzeige eines konkreten Verdachts von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist nach § 138 StGB jedoch nicht strafbar.

Ärzte stehen vor einem besonderen Dilemma: Verstöße gegen die ärztliche Schweigepflicht sind strafbar. Ärzten war eine Meldung verdächtiger Fälle der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung bis zum Jahr 2012 nur unter Berufung auf den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) möglich, der einen Rechtsbruch dann erlaubt, wenn dadurch eine Gefahr abwendbar ist und das geschützte Interesse (das Kindeswohl) das beeinträchtigte (die Einhaltung der Schweigepflicht) wesentlich überwiegt.

Seit dem 01.01.2012 gilt das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) als Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetzes: Im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung „sollen“ Ärzte die Situation zunächst mit Kind und Eltern erörtern und auf die „Inanspruchnahme von Hilfen“ hinwirken. Ist dieses Vorgehen erfolglos und besteht eine fortdauernde Gefahr für das Kindeswohl, sind Ärzte berechtigt, das Jugendamt unter Mitteilung personenbezogener Daten zu informieren. Zuvor sind Eltern und Kind hierüber in Kenntnis zu setzen, außer wenn dies den Schutz des Kindes gefährden würde. Zur Einschätzung der Situation haben Ärzte Anspruch auf Beratung durch einen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Dabei sind sie befugt, erforderliche Daten pseudonymisiert zu übermitteln.

Diese neue gesetzliche Regelung schafft Rechtssicherheit im Fall einer notwendigen Umgehung der ärztlichen Schweigepflicht und kann durch das gestufte Vorgehen und eine vorhergehende Beratung durch Fachkräfte helfen, ungerechtfertigte Meldungen zu reduzieren. Die gewählte Soll-Formulierung entspricht einer gesetzlichen Empfehlung; sie stellt für den behandelnden Arzt keine Verpflichtung dar.

In 15 Staaten der Europäischen Union (EU) besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von Verdachtsfällen für alle Berufsgruppen mit häufigem Kindeskontakt und in 10 weiteren EU-Staaten für ausgewählte Berufsgruppen. Nur in Deutschland, Malta und den Niederlanden bestand im März 2014 keinerlei gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (40). 15 Mitgliedsstaaten der EU

haben zudem spezifische Verpflichtungen für Zivilpersonen zur Meldung von potentiellen Kindeswohlgefährdungen erlassen (41). Auch im Jahr 2020 besteht in Deutschland nach wie vor keine gesetzliche Meldepflicht, weder für Zivilpersonen noch für ausgewählte Berufsgruppen.

In den USA haben 47 Bundesstaaten definierte Berufsgruppen mit einem häufigen Kindeskontakt (Ärzte, Krankenschwestern, Lehrer, Sozialarbeiter u. a.) gesetzlich zur Meldung von Verdachtsfällen der Kindeswohlgefährdung verpflichtet (42) (S. 2). In 18 Bundesstaaten ist darüber hinaus jede Person zur Meldung verpflichtet, die den Verdacht auf Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung hat (42) (S. 2). In vielen dieser Staaten ist vorsätzliches oder wissentliches Unterlassen einer Meldung strafbar und wird mit Gefängnisstrafen zwischen 30 Tagen und 5 Jahren und/oder Geldstrafen zwischen 300 \$ und 10.000 \$ geahndet (43) (S. 2). In sieben Bundesstaaten kann eine zur Meldung verpflichtete Person darüber hinaus zivilrechtlich für alle etwaigen Schäden in Folge einer unterlassenen Meldung belangt werden (43) (S. 2).

Staaten weisen nach Einführung eines verpflichtenden Meldesystems für Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdungen einen erheblichen Anstieg sowohl von bestätigten als auch unbestätigten Meldungen auf, sodass den Behörden eine größere Zahl von Fällen bekannt wird als in Staaten ohne gesetzliche Meldepflicht (44).

In Westaustralien untersuchten Mathews und Kollegen das Meldeaufkommen nach Einführung einer Meldepflicht für Verdachtsfälle des sexuellen Kindesmissbrauchs im Jahr 2009 (45). Nach der Gesetzesänderung erhöhte sich die Gesamtzahl der Meldungen um das 3,7-fache, in der Gruppe der Ärzte sogar um das 5,5-fache. Die Zahl der überprüften Meldungen stieg um das 3-fache, die Zahl der bestätigten Missbrauchsfälle um das 2,4-fache und die Zahl unbestätigter Meldungen um das 3,6-fache. Der prozentuale Anteil von Meldungen, die durch Ärzte getätigt und im Verlauf bestätigt wurden, blieb nach Einführung der Meldepflicht in etwa konstant, es kam folglich zu keinem relativen Anstieg von im Verlauf unbestätigten Meldungen durch Ärzte. Für Polizisten und Lehrer halbierte sich der Anteil der im Verlauf bestätigten Meldungen in etwa (45).

Ein Vergleich von Geburtenkohorten in Kanada vor und nach Einführung einer Meldepflicht für physische und sexuelle Kindesmisshandlung zeigte, dass der Anteil der Kinder, für die wegen gemeldeter Misshandlungen durch die Behörden ermittelt wurde, nach Einführung der Meldepflicht anstieg, und zwar am stärksten bei Kindern mit wiederholten und schweren Misshandlungen (46).

1.6 Meldeverhalten im Verdachtsfall von Kindeswohlgefährdungen

Im Jahr 2018 wurden in den USA 67,3% aller Kinderschutzmeldungen durch definierte Berufsgruppen (sogenannte professionals) gemeldet (47) (S. 8) und im Jahr 2008 wurden in Kanada 68% der Kinderschutzmeldungen durch „professionals“ getätigt (48) (S. 25).

Insbesondere Studien aus dem englischsprachigen Raum haben sich mit dem Meldeverhalten und der Entscheidungsfindung von Ärzten im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung beschäftigt. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Ärzte entschieden sich *gegen* die Meldung von Verdachtsfällen, weil sie Angst hatten, die Eltern fälschlicherweise zu beschuldigen (49-52), unsicher in der Diagnose von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung waren bzw. sich nicht ausreichend trainiert fühlten (50, 52-59) oder durch ihre Meldung an die Behörden keine Verbesserung oder sogar Schaden für das Kind erwarteten (50, 54, 60-62). Ferner unterblieben Meldungen, wenn die Kooperation mit den Behörden als schlecht empfunden wurde (55, 57, 63), Ärzte von diesen kein Feedback erhielten (52, 57, 64), bürokratische Hindernisse eine Meldung erschwerten (51, 57, 63), den Ärzten die eigene Arbeit mit der Familie erfolgversprechender als die Maßnahmen der Behörden erschien (53, 55, 58, 60, 61) oder die Ärzte zunächst in Eigenregie eine Wiedervorstellung mit der Familie planten (59-61). Weitere Gründe waren Zeitdruck (50, 51, 57, 59), Angst vor einem Gerichtsverfahren (51, 54, 56, 58), die Befürchtung, das Kind aus den Augen zu verlieren (59-61), die Überzeugung von einem einmaligen Ereignis (65), glaubhafte Erklärungen durch die Eltern (60), das schnelle Aufsuchen medizinischer Hilfe durch die Eltern (61), die Kenntnis eines bereits bestehenden Kontakts zu den Behörden (59), aber auch private Bekanntschaft mit der Familie (58) sowie mutmaßliche Zusammenhänge zwischen Verletzungen und ethnischem Hintergrund der Familie (60). In einer US-amerikanischen Studie unter Ärzten mit Tätigkeit in der Primärversorgung gaben die Teilnehmer an, 27% der Verletzungen, die wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich durch Misshandlung hervorgerufen wurden, sowie 76% der möglicherweise durch Misshandlung hervorgerufenen Verletzungen trotz einer gesetzlichen Meldepflicht nicht an die Behörden gemeldet zu haben (66).

Andererseits entschieden sich Ärzte *für* die Meldung von Verdachtsfällen, wenn das Kind besonders jung – meist jünger als ein Jahr – war (67-69), bereits früher Verdachtsmomente bestanden (61, 67), das Ausmaß der Verletzungen und die Erklärungen der Eltern nicht übereinstimmten (61, 66), die Verletzungen typisch für Misshandlung waren, andere Differentialdiagnosen ausgeschlossen wurden (61) oder die Eltern erst verzögert medizinische Hilfe aufsuchten (61). Weitere Gründe für die Meldung eines Verdachtsfalles waren beispielsweise ethisches Verpflichtungsgefühl (54) und die Kenntnis einer geltenden gesetzlichen Meldepflicht (54).

Ärzte äußerten, im Verdachtsfall eine Besprechung mit Kollegen und gegebenenfalls die Meinung eines Experten zu wünschen (49, 51, 57, 63), ebenso wie eine engere Kooperation mit den Kinderschutzbehörden hinsichtlich Kommunikation und Feedback zu gemeldeten Fällen (51, 59). In einigen Untersuchungen nannten Ärzte Kenntnislücken in Diagnostik und Management von Misshandlungsfällen oder gaben an, sich nicht ausreichend trainiert zu fühlen (70-73). Dies steht in Einklang mit Studien, in denen Ärzte Wünsche nach zusätzlichem Training oder

weiterführenden Fortbildungsangeboten zum Thema Kindesmisshandlung angaben (49, 51, 52, 74-76). Spezifisch in der Meldung von Verdachtsfällen geschulte Ärzte zeigten im Unterschied zur Vergleichsgruppe verbesserte Kenntnisse des rechtlichen Rahmens und eine bessere Erkennungsrate von Misshandlungsfällen, und sie verfügten über relevante klinische Fähigkeiten (77). Die Studienlage ist inkonsistent hinsichtlich der Frage, ob Ärzte mehrheitlich der Ansicht sind, dass Kinder bzw. Familien von einer Meldung profitieren (50, 54, 55, 58, 60-62, 74).

In einer Metasynthese wurden 42 qualitative Studien zu Erfahrungen im Kontext einer gesetzlichen Meldepflicht ausgewertet (78). Während nur 14% der Artikel positive Erfahrungen mit dem Meldeprozess nannten, beschrieben 73% negative Erfahrungen und 30% der Studien berichteten von negativen Endpunkten für die betroffenen Kinder, beispielweise fortdauernden Misshandlungen nach einer Meldung, der Unterbringung des Kindes in einer Pflegeeinrichtung oder -familie mit noch schlechterer Umgebung als in der Herkunftsfamilie oder dem Tod des Kindes nach einer Meldung (78).

In einem systematischen Literaturreview haben Kuruppu und Kollegen 33 Studien berücksichtigt, in denen gesetzlich zur Meldung verpflichtete Ärzte bzw. Krankenschwestern mit Tätigkeit in der Primärversorgung zu Einflussfaktoren auf ihr Meldeverhalten im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung befragt wurden (79). Zusammengefasst spielten insbesondere die Stärke des klinischen Verdachts, das Verhältnis zwischen Arzt und Familie, persönliche Einstellungen zu und Erfahrungen mit dem Kinderschutzsystem sowie Fortbildungsstand und Austausch mit Kollegen eine Rolle in der Entscheidung für oder gegen eine Meldung von Verdachtsfällen an die Behörden (79).

1.7 Umgang mit Verdachtsfällen unter Kinderärzten in Deutschland

Heintze und Kollegen befragten alle niedergelassenen Kinderärzte und 13% der Hausärzte in Berlin (80). Danach haben 102 der antwortenden Kinderärzte (83,0%) und 34 der antwortenden Hausärzte (53%) im Jahr 2003 mindestens einen Fall von Gewalt gegen Kinder gesehen. Es bleibt unklar, wie sich die verbleibenden Anteile auf Ärzte ohne Verdachtsfälle und Ärzte, die hierzu keine Angaben machten, verteilen. Die Kinderärzte gaben insgesamt 552 sichere und 1.114 vermutete Fälle an, was 5,4 bzw. 10,9 Fällen pro Arzt entspricht, während die Hausärzte insgesamt 45 sichere und 86 vermutete Fälle angaben, entsprechend 1,3 bzw. 2,5 Fällen pro Arzt (Mehrfachnennungen für jede der vier abgefragten Gewaltformen eingeschlossen). Durch die Kinderärzte wurden am häufigsten Fälle von emotionaler Misshandlung (46,7%) beobachtet, gefolgt von physischer Misshandlung (31,7%), physischer Vernachlässigung (12,0%) und sexuellem Missbrauch (9,6%). Besonders ausschlaggebend in der Erkennung von Misshandlungsfällen waren Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, die körperliche Untersuchung sowie die Interaktion zwischen Eltern und Kind. 65% der Kinderärzte fühlten sich ungenügend über ihre rechtliche Situation im Verdachtsfall einer Kindesmisshandlung informiert. 55% der Kinderärzte

hatten bereits Fortbildungen zu Diagnostik und Management von Kindesmisshandlung besucht (80).

Ellsäßer und Cartheuser befragten Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in Brandenburg (81). Danach haben 82 Ärzte (89,1%) im Jahr 2003 mindestens einen Fall und 3 Ärzte (3,3%) keinen einzigen Fall von Gewalt gegen Kinder gesehen; 7 Ärzte (7,6%) beantworteten diese Frage nicht. Die Ärzte gaben insgesamt 904 sichere und 945 vermutete Fälle an, was 8,7 bzw. 9,3 Fällen pro Arzt entspricht (Mehrfachnennungen für jede der vier abgefragten Gewaltformen eingeschlossen). Am häufigsten wurden Fälle von emotionaler Misshandlung und physischer Vernachlässigung beobachtet, gefolgt von Fällen der physischen Misshandlung und des sexuellen Missbrauchs. 87,0% der Ärzte gaben an, bei Verdachtsfällen regelmäßig mit anderen Stellen zusammenzuarbeiten, 20,6% waren mit der jeweiligen Zusammenarbeit jedoch nicht zufrieden und 30,4% hielten die örtliche Versorgung für nicht ausreichend. 64,1% der Teilnehmer wünschten sich im Einzelfall eine externe Beratung, an erster Stelle durch das Jugendamt. 62,0% der Ärzte wünschten sich mehr Fortbildungsangebote zu Diagnostik und Management von Fällen der Kindesmisshandlung (81).

Kopecky-Wenzel und Kollegen befragten Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in Bayern (82, 83). 341 Ärzte (70%) haben im Jahr 1998 mindestens einen Fall und 62 Ärzte (13%) keinen einzigen Fall von Gewalt gegen Kinder gesehen; 84 Ärzte (17%) machten hierzu keine Angaben. Die Ärzte gaben durchschnittlich 14 sichere und 22 vermutete Fälle pro Praxis an (Mehrfachnennungen für jede der vier abgefragten Gewaltformen eingeschlossen), wobei durchschnittlich 19 Kinder pro Praxis betroffen waren. Am häufigsten wurden Fälle von emotionaler Misshandlung und physischer Vernachlässigung beobachtet, seltener physische Misshandlung und sexueller Missbrauch (82). In der Befragung sprachen sich 70% der Ärzte für eine fachliche Einzelfallberatung aus. 44% wünschten sich mehr Fortbildungsangebote, während 28% mit den bestehenden Angeboten zufrieden waren. 55% der Ärzte gaben mehrheitlich an, kompetent im Umgang mit Misshandlungsfällen zu sein, regelmäßig mit anderen Stellen zusammenzuarbeiten und mit der Zusammenarbeit zufrieden zu sein (83).

1.8 Zielsetzung der Arbeit

Diese Arbeit soll mit einem explorativen Ansatz primär die Fragen klären, welche Beweggründe bei Ärzten in Deutschland in der Entscheidungsfindung für oder gegen die Meldung von Verdachtsfällen der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung eine Rolle spielen, wie sie ihren fachlichen Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf einschätzen, wie sie die Kooperation mit den Jugendämtern in gemeldeten Fällen erleben und wie sie der hypothetischen Einführung einer Meldepflicht für Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland gegenüber eingestellt sind. Weiterhin sollen die allgemeinen Häufigkeiten von Verdachtsfällen und Meldungen an die Behörden Rückschlüsse auf das ärztliche Meldeverhalten ermöglichen.

Anhand der gewonnenen Daten soll auch untersucht werden, ob Zusammenhänge zwischen den Häufigkeiten von Verdachtsfällen und Meldungen an die Behörden einerseits und sozioökonomischen Faktoren der Bezirke, in denen die Ärzte tätig sind, sowie den Einstellungen der Ärzte andererseits bestehen.

Anschließend soll eine medizinethische Diskussion untersuchen, ob Änderungen bestehender Gesetze geeignet sein können, um die Situation gefährdeter Kinder zu verbessern, beispielsweise durch Einführung einer Meldepflicht, oder ob weichere Maßnahmen wie die Aufklärung der Ärzteschaft, Fortbildungen und Appelle ausreichend sind. Dabei soll sich die ethische Diskussion insbesondere am Recht des Kindes auf eine offene Zukunft und auf Entwicklung seiner Autonomie orientieren, anstelle der traditionellen Sichtweise auf Kinder als Personen ohne Autonomie zu folgen, für die grundsätzlich stellvertretend Entscheidungen zu treffen sind.

2. Vertiefung der Methoden

Die vorliegende Studie wurde unter der Antragsnummer EA4/019/18 am 12.02.2018 durch die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigt.

Die Entwicklung des Fragebogens, die Durchführung der Studie und das statistische Vorgehen wurden umfassend in der vorgelegten Publikation beschrieben (84). Im Folgenden wird das methodische Vorgehen vertieft beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Es erfolgte eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE (über PubMed) und APA PsycInfo (über EBSCOhost) sowie eine darüber hinaus breit gefächerte Internetrecherche. Die Recherche war dabei nach verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten unterteilt. Dabei wurden Studien zum ärztlichen Umgang, zum Meldeverhalten und zu den Beweggründen in der Entscheidungsfindung bei Verdachtsfällen aller Formen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung gesucht. Dazu wurde mit folgendem Suchterm in PubMed recherchiert:

(decision making OR mandatory reporting OR reporting behav OR report* OR refer*) AND (child maltreatment OR child abuse OR child neglect OR child sexual abuse OR child emotional abuse OR child physical abuse OR child emotional neglect OR child physical neglect) AND (pediatrician* OR paediatrician* OR physician* OR doctor* OR practitioner* OR pediatric* OR paediatric*).*

Es wurden zunächst keine Suchbeschränkungen hinsichtlich Veröffentlichungsdatum oder Sprache des Artikels vorgenommen. Beim letztmaligen Abruf am 03.11.2020 konnten 5.458 Suchtreffer erzielt werden. Es wurden alle Publikationstitel, ausgewählte Abstracts und wiederum ausgewählte Volltexte hinsichtlich ihrer inhaltlichen Übereinstimmung mit den Recherchezielen überprüft. Durch Querverweise innerhalb von PubMed und Nachverfolgung der Referenzangaben ausgewählter Publikationen konnten zusätzliche Veröffentlichungen identifiziert werden. Für die Entwicklung des Fragebogens sowie den Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit denen aus bisheriger Forschung wurden ausschließlich Studien berücksichtigt, in denen zumindest anteilig Ärzte befragt wurden. Insgesamt wurden 31 internationale und zusätzlich 4 deutsche Publikationen als geeignet bewertet und für die weitere Arbeit herangezogen.

Weiterhin wurden eine Recherche in MEDLINE (über PubMed) und eine weiterführende Internetrecherche zu den Hintergründen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, einschließlich aktueller nationaler und internationaler Prävalenzen, rechtlicher Grundlagen, gesetzlicher Meldepflichten, sozialer und medizinischer Langzeitfolgen sowie der Effektivität von Interventionen durchgeführt.

Für die medizinethische Diskussion wurden gängige medizinethische und ausgewählte kinderethische sowie kinderrechtliche Veröffentlichungen herangezogen.

2.2 Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus sieben Blöcken. In Block A wurden die Teilnehmer gebeten, den Berliner Bezirk auszuwählen, in dem sich ihre Praxis befindet. In Block B wurde getrennt für die Jahre 2016 und 2017 nach der Gesamtzahl der Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Meldungen dieser Verdachtsfälle an das Jugendamt und die Polizei sowie Rückmeldungen nach einer Meldung an das Jugendamt gefragt. In Block C wurden die Ärzte nach den Altersgruppen gefragt, in denen die Verdachtsfälle überwiegend auftraten. In Block D konnten die Teilnehmer Gründe auswählen, die in der Entscheidung *gegen* die Meldung von Verdachtsfällen eine Rolle spielten, sowie weitere Gründe in einem Freitextfeld angeben. In Block E konnten die Teilnehmer Gründe auswählen, die in der Entscheidung *für* die Meldung von Verdachtsfällen eine Rolle spielten, sowie weitere Gründe in einem Freitextfeld angeben. In Block F wurden die Ärzte nach ihren üblichen Vorgehensweisen in Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung gefragt, wobei sie aus mehreren vorgegebenen Möglichkeiten auswählen konnten. In Block G wurden insgesamt 13 Aussagen zu den Themen individuelle Kenntnisse und Fähigkeiten, Beratungsbedarf, Fortbildungsbedarf, Kooperation mit dem Jugendamt, Rechtskenntnis sowie Einstellung zu einer Meldepflicht für Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung präsentiert. Die Teilnehmer wurden gebeten, den Grad ihrer Zustimmung auf einer 5-stufigen Likert-Skala anzugeben. Die deutschsprachige Originalversion des Fragebogens und die englische Übersetzung sind im Anhang dieser Arbeit zu finden (S. 47 f., 49 f.).

2.3 Entwicklung des Kodierschemas

Um die eindeutige Auswertung der Fragebögen sicherzustellen, wurde ein Kodierschema entwickelt, welches für alle Eintragungen in Block B des Fragebogens mit Interpretationsspielraum eine standardisierte Kodierung vorgibt. Die detaillierte Beschreibung des Kodierschemas ist im Anhang dieser Arbeit zu finden (S. 51 f.).

3. Wesentliche Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie wurden in der vorgelegten Publikation detailliert beschrieben und diskutiert (84); in diesem Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse dargestellt.

3.1 Häufigkeiten von Verdachtsfällen und Meldungen an die Behörden

Durchschnittlich gaben 35% der Teilnehmer pro Jahr an, keine Verdachtsfälle gehabt zu haben¹. Im Durchschnitt haben 65% mindestens einen Verdachtsfall pro Jahr gesehen. Unter den Ärzten, die Verdachtsfälle beobachtet haben, meldeten pro Jahr durchschnittlich 51% ihre Verdachtsfälle nicht oder unvollständig, 42% meldeten alle Verdachtsfälle und 7% machten keine Angaben zu Meldungen.

28% der Ärzte hatten im Untersuchungszeitraum 2016 bis 2017 keine Verdachtsfälle. 16% hatten Verdachtsfälle, die sie alle weder dem Jugendamt noch der Polizei gemeldet haben. 24% der Ärzte meldeten zwar einige, jedoch nicht alle Verdachtsfälle. Nur 28% haben alle Verdachtsfälle den Behörden gemeldet. 5% der Teilnehmer hatten zwar Verdachtsfälle, machten jedoch keine Angaben zu deren Meldung ($N=155$).

Für den Erhebungszeitraum gaben die Teilnehmer im Mittel 4,1 Verdachtsfälle an (Median: 2,0) und Ärzte, die mindestens einen Verdachtsfall hatten, im Mittel 5,7 Verdachtsfälle (Median: 3,0) sowie 3,1 Meldungen an das Jugendamt (Median: 2,0). Insgesamt gaben 112 Ärzte 638 Verdachtsfälle an, davon wurden 320 Fälle durch 77 Ärzte an das Jugendamt gemeldet.

35% der teilnehmenden Ärzte beobachteten Verdachtsfälle überwiegend bei unter einjährigen Kindern, 65% überwiegend bei 1- bis 4-jährigen, 40% bei 5- bis 9-jährigen, 14% bei 10- bis 14-jährigen und nur 5% bei über 14-jährigen Kindern (Mehrfachnennungen möglich, $N=110$)

3.2 Beweggründe für und gegen die Meldung von Verdachtsfällen

59% der teilnehmenden Ärzte meldeten einen Verdachtsfall nicht, weil das Jugendamt bereits in Kontakt mit der Familie stand. 31% gaben an, Angst vor einer falschen Verdächtigung der Familie zu haben. 29% meldeten einen Verdacht wegen Unsicherheit, ob es sich wirklich um Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung handelte, nicht. 27% der Ärzte bestellten die Familie kurzfristig wieder ein oder überwiesen an einen Kollegen und verzichteten daher auf eine Meldung. 24% gaben an, wegen unzureichender Interventionen des Jugendamtes auf eine Meldung zu verzichten und 23% hielten die Möglichkeiten der eigenen Arbeit mit Familie und Kind für effektiver als die des Jugendamtes (Mehrfachnennungen möglich, $N=100$).

¹Durchschnittswerte pro Jahr wurden zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen Publikationen errechnet, welche überwiegend Daten auf Grundlage von 1-Jahreszeiträumen angeben. Dazu wurden die Mittelwerte aus den jeweiligen relativen Häufigkeiten für die Jahre 2016 und 2017 gebildet, also beispielsweise der Mittelwert des Anteils von Ärzten, die in 2016 und 2017 keine Verdachtsfälle angaben.

56% der Teilnehmer meldeten einen Verdachtsfall aufgrund von typischen Verletzungsmustern, 54% weil die Erklärungen der Eltern nicht mit Art und Ausmaß der Verletzungen übereinstimmten. 44% hatten bereits frühere Verdachtsmomente und meldeten schließlich ihren Verdacht. 43% der Ärzte wurden aktiv, weil die Sorgeberechtigten nach einem Ereignis verzögert medizinische Hilfe aufsuchten (Mehrfachnennungen möglich, $N=102$).

3.3 Fortbildungsbedarf, Rechtskenntnis und Einstellungen der Teilnehmer

73% der Ärzte ($N=150$) stimmten der Aussage zu, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung seien häufig schwer zu identifizieren. 71% der Ärzte ($N=153$) fanden, es sei sinnvoll, sich im Verdachtsfall mit Kollegen abzustimmen, 64% ($N=152$) hielten eine externe Evaluation von Verdachtsfällen durch erfahrene Experten für notwendig. 64% ($N=151$) wünschten sich mehr Fortbildungsangebote zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Für 25% der Ärzte ($N=152$) war es entscheidend, bei einer Meldung an die Behörden anonym zu bleiben; 49% verneinten diese Aussage. 57% der Teilnehmer ($N=152$) stimmten der Aussage zu, ihr künftiges Meldeverhalten bei Verdachtsfällen sei beeinflusst von bisherigen Erfahrungen. 74% der Ärzte ($N=152$) wünschten sich eine engere Kooperation mit dem Jugendamt. 68% ($N=151$) der Ärzte antworteten, ihnen seien die aktuellen gesetzlichen Regelungen in Deutschland zur Meldung von Verdachtsfällen (Bundeskinderschutzgesetz von 2012 bzw. Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, kurz KKG) bekannt. Doch nur 52% ($N=146$) der Ärzte wussten von der darin verankerten Möglichkeit einer pseudonymisierten Beratung durch das Jugendamt im Falle des Verdachts einer Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. 80% der Teilnehmer ($N=153$) gaben an, sich moralisch zu einer Meldung an das Jugendamt verpflichtet zu fühlen. 40% der Ärzte ($N=129$) waren der Auffassung, dass Kinder in den von ihnen gemeldeten Fällen durch die Maßnahmen des Jugendamtes profitierten, 17% lehnten diese Aussage ab und eine Mehrheit von 43% war in diesem Punkt unentschieden. 71% der Ärzte ($N=152$) hielten eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung konkreter Verdachtsfälle der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung an das Jugendamt im Sinne des Kinderschutzes für sinnvoll und notwendig, nur 7% sprachen sich gegen eine Meldepflicht aus. Des Weiteren hielten 57% der Befragten ($N=150$) eine gesetzliche Meldepflicht auch für hilfreich und entlastend für die Ärzteschaft, da dadurch schwierige Abwägungen und Gewissenskonflikte reduziert würden; 15% stimmten dem nicht zu.

4. Medizinethische Diskussion

In diesem Kapitel wird medizinethisch diskutiert, ob eine gesetzliche Meldepflicht im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland eingeführt werden sollte. Dabei wird eine kinderrechtliche und kinderethische Position vertreten, die als zentralen Maßstab bei Entscheidungen über Kinder deren Rechte und Wohl definiert. Es werden zunächst verschiedene medizinethische Grundlagen vorgestellt. Ausgehend von der prinzipienbasierten Ethik von Beauchamp und Childress wird dargelegt, warum die dort vorgenommene Konzeptualisierung von Kindern als nicht-autonome Personen nicht hinreichend ist, um medizinethische Fragen der Behandlung von Kindern zu erörtern. Daher werden neuere medizinethische Ansätze herangezogen, die Kinderrechte und die Besonderheiten von Kindern explizit berücksichtigen.

4.1 Prinzipienbasierte Ethik

Die amerikanischen Philosophen Tom L. Beauchamp und James F. Childress definieren in ihren „Principles of Biomedical Ethics“ vier Prinzipien mittlerer Reichweite, die unter Verfechtern verschiedener Moraltheorien Konsens in den Antworten auf ethische Probleme in der Biomedizin herstellen sollen (85). Die vier Prinzipien bieten zunächst eine allgemeine ethische Orientierung; für die Anwendung müssen sie im Einzelfall interpretiert und in Konfliktfällen gegeneinander abgewogen werden, um eine Handlungsempfehlung aussprechen zu können (85). Beauchamp und Childress haben zunächst keine Hierarchie der Prinzipien festgelegt (86) (S. 101). Für sie gilt der Grundsatz „prima facie“: Jedes einzelne Prinzip muss per se befolgt werden, solange es nicht mit anderen mindestens gleichwertigen Grundsätzen kollidiert (86) (S. 15). Im Folgenden werden die vier Prinzipien im Einzelnen vorgestellt.

Respekt vor der Autonomie (respect for autonomy): Das Prinzip betont die Selbstbestimmung des Patienten über seine Behandlung, basierend auf seinen individuellen Werten, Wünschen und Zielen (86) (S. 106). Somit steht es im Gegensatz zum ärztlichen Paternalismus. Als negative Pflicht räumt das Prinzip dem Patienten die Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme ein, als positive Pflicht verlangt es eine gründliche Aufklärung des Patienten und dient der Förderung seiner autonomen Entscheidungsfähigkeit (86) (S. 107). Dabei ist elementar, dass Patienten sowohl das Recht zur freien Wahl und Entscheidung haben, als auch Informationen in Form einer Aufklärung anzunehmen oder abzulehnen (86) (S. 110).

Schadensvermeidung (nonmaleficence): Bereits in der Antike galt der medizinische Grundsatz „primum non nocere“ (lat.: erstens nicht schaden). Ebenso verlangt das Prinzip, dass Ärzte ihren Patienten keinen Schaden zufügen und auch kein Risiko für Schädigungen erzeugen sollen (86) (S. 153 f.).

Fürsorge (beneficence): Das Benefizienz-Prinzip verpflichtet den Arzt zu aktiv gesundheitsförderlichem Handeln, während das Nonmalefizienz-Prinzip das Unterlassen schädigenden Handelns verlangt (85). Nicht selten sind das Risiko einer Schädigung und die Chance auf einen Nutzen durch eine Maßnahme eng miteinander verbunden, sodass diese gewissenhaft gegeneinander abgewogen werden müssen (85).

Gerechtigkeit (justice): Im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit verlangt das Prinzip die faire, gerechte und angemessene Verteilung von Nutzen und Lasten (86) (S. 250). Auch die Verteilung finanzieller Mittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung soll nach dem Prinzip Gerechtigkeit erfolgen.

4.2 Moralischer Status des Kindes

Der moralische Status bezeichnet die grundsätzliche moralische Achtungswürdigkeit eines Lebewesens oder einer Sache; sein Träger darf aus moralischer Sicht nicht willkürlich, sondern sollte anhand bestimmter Normen behandelt werden (87) (S. 211). Aus einem moralischen Status folgen entsprechend gewisse Grundrechte (87) (S. 212).

Die meisten Ethiker machen die Zuschreibung eines moralischen Status von gewissen Eigenschaften des potentiellen Trägers abhängig, beispielsweise Menschsein, Personsein, Vernunftbegabung oder Schmerzempfinden (87) (S. 212). Dabei sind einige dieser Eigenschaften von bestimmten Fähigkeiten, beispielsweise der Fähigkeit wahrzunehmen oder der Fähigkeit zu denken, abhängig. Auch Kindern wird von vielen Ethikern explizit ein moralischer Status zugesprochen, häufig mit dem Argument, dass die bei ihnen entwicklungsbedingt fehlenden Eigenschaften potentiell angelegt seien und sich noch entwickeln würden (88) (S. 162).

Christoph Schickhardt begründet den moralischen Status aller Kinder mit deren Zugehörigkeit zur Spezies Mensch (88) (S. 125). Er kritisiert, dass viele andere Moraltheorien den moralischen Status explizit oder implizit an bestimmte geistige Fähigkeiten knüpfen, beispielsweise an moralische Kooperationsfähigkeit, an die Fähigkeit, ein moralisches Subjekt zu sein, an die Begabung mit praktischer Vernunft oder Personenhaftigkeit (88) (S. 161 f.). Schickhardt kritisiert die Bestimmung des moralischen Status von Kindern aufgrund von sich noch entwickelnden Eigenschaften mit dem Argument, dass der moralische Status danach bei solchen Kindern nicht garantiert sei, die aufgrund einer geistigen Behinderung oder einer stark eingeschränkten Lebenserwartung nie die geforderten Fähigkeiten entwickeln könnten (88) (S. 162 f.).

Schickhardt postuliert, dass Kinder als Individuen einen eigenen und eigenständigen moralischen Status hätten, der dem volljähriger Menschen gleichrangig sei (88) (S. 123). Dieser Status impliziere, dass Kinder das Recht hätten, als Gleiche behandelt zu werden (88) (S. 123). Er beruhe auf dem allgemeinen Egalitätsprinzip als fundamentalem ethischen Prinzip (88) (S. 123 f.). Schickhardt fordert, dass dieses Prinzip der Gleichheit uneingeschränkt und kategorisch auch für alle Kinder gelten soll (88) (S. 164). Die Statusthese beruhe auf der Gleichheit

des moralischen Status von Kindern mit dem von volljährigen Menschen (88) (S. 125). Denn Kinder seien wie alle anderen Menschen gleichermaßen Mitglieder ein und derselben moralischen Gemeinschaft (88) (S. 131).

4.3 Autonomiefähigkeit von Kindern

Beauchamp und Childress haben ihren Begriff der Handlungs-Autonomie für sogenannte normal choosers entwickelt. Sie definieren dabei drei Bedingungen für autonomes Handeln: erstens Intentionalität (im Gegensatz zu Zufälligkeit), zweitens Verständnis und drittens Freiheit von äußeren sowie inneren kontrollierenden Einflüssen. Das Verständnis für eine Handlung könne laut ihrer Definition beispielsweise durch Krankheit, Irrationalität oder Unreife beeinträchtigt werden. Kinder, so Beauchamp und Childress, seien ein Beispiel für das mögliche Kontinuum zwischen Freiheit von äußerer Kontrolle und vollkommener Kontrolliertheit, da sie im Laufe des Heranwachsens verschiedene Ausprägungen von Widerstand gegen äußere Einflüsse entwickelten. Beauchamp und Childress betonen, dass das Prinzip des Respekts vor der Autonomie nicht für Personen gelte, die in nur unzureichendem Ausmaß autonom handeln könnten, beispielsweise aufgrund von Unreife, Unfähigkeit, Ignoranz, Zwang oder Ausbeutung (86) (S. 104 ff.).

Sabine Müller erläutert, dass Respekt vor der Autonomie sowohl bedeute, die aktuell vorhandene Autonomie einer Person zu respektieren, als auch die biologischen und sozialen Voraussetzungen für autonomes Handeln sicher- oder wiederherzustellen, wenn diese gefährdet seien (89).

Nicht alle Personen sind in jeder Situation hinreichend kompetent, eine gültige Zustimmung zu einer Behandlung auszudrücken. Nach Beauchamp und Childress ist Kompetenz bezüglich der zu treffenden Entscheidung Voraussetzung einer autonomen Entscheidung und damit der Gültigkeit einer Zustimmung (86) (S. 114). Sie sei dabei stets abhängig von der jeweils zu treffenden Entscheidung und könne sich dementsprechend in verschiedenen Angelegenheiten und zu verschiedenen Zeitpunkten unterscheiden (86) (S. 115).

Beauchamp und Childress haben den Begriff der Patientenautonomie nicht für Kinder diskutiert und ihnen aufgrund ihrer „Unreife“ autonomes Handeln abgesprochen (86) (S. 108). Dagegen geht Monika Betzler davon aus, dass bei einem Mangel der für Autonomie obligaten Fähigkeiten im Kindesalter ausschließlich die zukünftige Autonomie des Kindes moralisch bedeutsam sei (90) (S. 61). Demnach hätten Kinder moralisch ein Recht auf Erhaltung und aktive Förderung ihrer Autonomiefähigkeit sowie auf Unterlassung potentieller Gefährdungen dieser. Betzler führt ferner an, dass sich die Fähigkeit zur Autonomie graduell über verschiedene Altersstufen der Kindheit und Jugend entwickle und paternalistisches Handeln unter Umgehung kindlicher Interessen und Wünsche nur dann gerechtfertigt sei, wenn es der Beförderung der künftigen Autonomie diene (90) (S. 61).

Nach Alexander Bagattini komme Autonomie als zukünftiges Ziel der Entwicklung einem objektiven Charakteristikum des Wohlergehens gleich, auch wenn es dafür weder zwingend notwendig noch hinreichend sei (91) (S. 132).

Ralf Jox macht die Einwilligungsfähigkeit einer Person abhängig von ihrer Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Als potentiell einwilligungsunfähig nennt er beispielsweise kleine Kinder, komatöse Patienten, Demenz- und schwer psychisch Kranke. Eine feste Altersgrenze für Einwilligungsfähigkeit sei nicht bestimmbar, vielmehr sei die individuelle Reife des Minderjährigen heranzuziehen (92) (S. 125 ff.).

Johannes Giesinger greift ein Konzept auf, demzufolge sich Kinder und Erwachsene hinsichtlich ihrer Kompetenz und Autonomiefähigkeit unterscheiden, mit der Konsequenz, dass Erwachsene als autonom und Kinder als Personen mit mangelnder Autonomiefähigkeit gelten würden (93) (S. 21). Giesinger verweist auf ein Dilemma innerhalb dieses Ansatzes: Um alle oder die meisten Erwachsenen als autonome Personen einschließen zu können, sei ein niedriger Standard für Autonomie notwendig; solche minimalen Bedingungen könnten aber auch einige ältere Kinder und Jugendliche erfüllen (93) (S. 21 f.). Als möglichen Ausweg nennt Giesinger ein Konzept, demzufolge volle Autonomierechte ungeachtet einer Altersgrenze denjenigen zugesprochen würden, die die Bedingungen minimaler Autonomie erfüllten, sodass nicht per se alle Kinder, jedoch diejenigen gegenüber Erwachsenen gleichberechtigt seien, die gewisse Bedingungen erfüllten (93) (S. 24). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass viele gängige Konzepte von Autonomie nicht alle Erwachsenen pauschal als autonom charakterisieren. Insbesondere Beauchamp und Childress sprechen vielen Erwachsenen die Autonomie ab, beispielsweise Demenzkranken, Alkoholkranken, Drogenabhängigen, irrational suizidalen sowie mental retardierten Personen (86) (S. 108, 116).

Claudia Wiesemann kritisiert, dass Kinder häufig wie einwilligungsunfähige Erwachsene behandelt würden. Sie beschreibt die Einwilligungsfähigkeit als abhängig von der kognitiven und emotionalen Reife sowie der Fähigkeit, zu sich selbst und den eigenen Erfahrungen eine Außenperspektive einnehmen zu können, und als gegeben, wenn „Wesen, Tragweite und Bedeutung eines Eingriffes“ verstanden und der eigene Wille danach bestimmt werden könne (94) (S. 314).

Von einem qualifizierten Kindeswillen, so Wiesemann, könne dann ausgegangen werden, wenn das Kind seine Meinung nachdrücklich und wiederholt äußere und diese mit einer besonderen emotionalen Bedeutung verbunden sei, sodass eine Nichtbeachtung die Selbstachtung des Kindes untergrabe (94, 95).

Claudia Wiesemann nimmt Bezug auf das Autonomie-Konzept von Beauchamp und Childress und stellt fest, dass diese sich in ihren Ausführungen zum „normal chooser“ auf tragende

Entscheidungen des Erwachsenenlebens², basierend auf Lebensentwürfen und gründlicher Abwägung, bezögen – Eigenschaften, die Entscheidungen von Kindern in aller Regel nicht erfüllen würden (96) (S. 92). Wiesemann postuliert, dass ein Standard minimaler Autonomie, also die Schwelle um kindliche Entscheidungen moralisch zu respektieren, im Allgemeinen etwa ab dem Schulalter erwartet werden könne und für diesen nicht erforderlich sei, dass kindliche Entscheidungen vollumfänglich vernünftig seien oder langjährige Werte oder künftige Interessen widerspiegeln (96) (S. 98). Da insbesondere junge Kinder selten in der Lage seien, ihre Autonomie selbst einzufordern, sei stets auch die Bewertung der Sorgeberechtigten notwendig (96) (S. 99). Nach Wiesemann sind Autonomie und Vertrauen bedürfnisorientiert abzuwägen, wenn Kinder als moralisch gleichwertig respektiert werden, da sie vertrauensvolle Beziehungen oft dringender benötigen als Respekt vor ihrer Autonomie (96) (S. 100).

4.4 Das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft

In seinem 1980 veröffentlichten Beitrag „The Child’s Right to an Open Future“ definiert Joel Feinberg vier Kategorien von Rechten: Erstens Rechte, über die Erwachsene und Kinder gleichermaßen verfügen, zweitens Rechte, die für gewöhnlich nur Kinder innehaben und die auf ihrer Abhängigkeit von Anderen beruhen („dependency-rights“), drittens Rechte, die nur Erwachsene oder reifere Jugendlichen haben, und viertens, Rechte, die für das Kind bewahrt werden müssen, bis es erwachsen ist („rights-in-trust“). Unter „rights-in-trust“ versteht Feinberg ein Äquivalent zu den Rechten autonomer Erwachsener: Auch Kinder hätten einen Anspruch auf diese Rechte, könnten sie mangels gewisser Voraussetzungen jedoch noch nicht ausüben. Folglich müssten diese Rechte in der Kindheit vor Verletzungen durch Dritte geschützt werden, um im späteren Leben von dann autonomen Erwachsenen ausgeübt werden zu können. Feinberg definiert sie zusammen als das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft (97) (S. 124-126).

Claudia Wiesemann vertritt die Auffassung, dass das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft und dessen zukünftige Interessen nicht grundsätzlich über den aktuellen Interessen des Kindes stünden und in Konfliktfällen Einzelfallprüfungen erforderlich seien (94) (S. 317).

4.5 Vertrauen

Claudia Wiesemann erläutert, Vertrauen impliziere ein moralisches Verhältnis, in dem sich die Akteure gegenseitig als Personen respektieren (98) (S. 73). Das „Urvertrauen“, das Kleinkinder ihren Betreuern entgegenbringen, habe eine existenzielle Bedeutung, sodass ein Vertrauensbruch das Kind in seiner Person erschüttern und in seinem „Wesen als Mensch“ treffen könne (98) (S. 75 f.). Kinder, so Wiesemann weiter, hätten einen Anspruch auf die Vertrauenswürdig-

²Beauchamp und Childress nennen hierfür beispielhaft die Entscheidung zu einem chirurgischen Eingriff, die Auswahl einer geeigneten Universität oder die Einstellung eines neuen Mitarbeiters (86) (S. 105).

keit ihres Gegenübers, zu dem sie sich, im Falle der Eltern, jahrelang in großer Abhängigkeit befänden (98) (S. 78 f.). Sie schlussfolgert, dass in Situationen, in welchen das Recht des Kindes auf Berücksichtigung seiner zukünftigen Autonomie an seine Grenzen stoße, wenn beispielsweise gegenwärtige Wünsche des Kindes übergangen werden müssten, um im Interesse der künftigen Autonomiefähigkeit zu handeln, das Vertrauenskonzept einen alternativen Ansatz bieten könne: Angemessene Handlungen seien dann dadurch gekennzeichnet, Vertrauen zu bilden und zu rechtfertigen (98) (S. 79 f.).

4.6 Kindeswohl

Das Kindeswohl ist ein entscheidendes Kriterium, wenn es um die moralisch und rechtlich angemessene Behandlung von Kindern geht; dennoch ist es im deutschen Rechtssystem ein juristisch unbestimmter Begriff (88) (S. 165). Alexander Bagattini stellt fest, dass dadurch der elterlichen Erziehung große Freiheiten eingeräumt und diese vor willkürlichen staatlichen Eingriffen geschützt werde (91) (S. 128). Er vertritt die Auffassung, dass ein juristisch konkret ausgestalteter Begriff des Kindeswohls einer elementaren Absicherung gleichkomme und kindliche Interessen schütze, wenn Kinder sie nicht selbst vertreten könnten (91) (S. 129). Dennoch, so Bagattini, bleibe die Einschränkung, dass Kindeswohl und Wohlergehen weit mehr Aspekte umfassten als rechtlich von den Sorgeberechtigten eingefordert werden könnten, beispielsweise Liebe und Zuwendung durch die Eltern (91) (S. 129). Nach Christoph Schickhardt umfasst das Kindeswohl inhaltlich sowohl allgemeine menschliche Interessen als auch kinderspezifische Interessen und Bedürfnisse und erstreckt sich in seiner Bedeutung über die Kindheit hinaus auf das gesamte Leben (88) (S. 165 f.). Jörg Maywald formuliert, ein Handeln sei dann im Sinne des Kindeswohls, wenn es sich an kindlichen Grundrechten und Grundbedürfnissen orientiere und dabei die für das Kind „günstigste Handlungsalternative“ wähle (99). Brazelton und Greenspan definieren sieben solcher Grundbedürfnisse: Erstens beständige, liebevolle Beziehungen, zweitens körperliche Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation, drittens auf individuelle Unterschiede zugeschnittene Erfahrungen, viertens entwicklungsgerechte Erfahrungen, fünftens Grenzen und Strukturen, sechstens stabile, unterstützende Gemeinschaften und kulturelle Kontinuität sowie siebtens eine sichere Zukunft (100).

Christoph Schickhardt postuliert, dass die Komponenten „Glück“ und „personale Autonomie“ das Kindeswohl charakterisieren: Mit „Glück“ bezeichnet er den „Zustand des Glücklichen im Sinne von Wohlbefinden oder Zufriedenheit“ (88) (S. 167). Diese Bestimmung sei abhängig von individuellen kindlichen Werten und Empfindungen und setze auch gewisse Fähigkeiten oder Kompetenzen voraus, die Schickhardt als „Glückskompetenz“ zusammenfasst (88) (S. 167). Diese könne bei Kindern in verschiedenen Abstufungen ausgeprägt sein und sich bezogen auf verschiedene Lebensbereiche unterscheiden (88) (S. 167). Je weniger Kinder entwicklungsbedingt in der Lage seien, ihre subjektiven Interessen kundzutun, desto eher

müsse versucht werden, bei der Bestimmung ihres Glücks auf objektive Güter zurückzugreifen (88) (S. 168). Bedürfnisse und Wünsche des Kindes sollten im Kontext seines Glücks betrachtet werden (88) (S. 168). Schickhardt plädiert dafür, Kinder frühzeitig darin zu unterstützen, ihr Glückspotential zu erfahren, damit sich ihre Äußerungen und ihr Verhalten auf möglichst vielseitigen Erfahrungen begründen könnten (88) (S. 169). „Personale Autonomie“ sei, so Schickhardt, eine graduelle Eigenschaft (88) (S. 172). Er postuliert, Autonomie sei sowohl ein „intrinsischer Wert“, könne als „instrumenteller Wert“ aber auch ein „Mittel zum Glück“ sein (88) (S. 178 f.).

Schickhardt nimmt an, dass die Kindheit eine prägende Bedeutung für das gesamte Leben eines Menschen und für die Entwicklung seiner Persönlichkeit habe (88) (S. 181). Neben dem derzeitigen Kindeswohl nehme dabei auch das zukünftige Kindeswohl eine entscheidende Rolle ein – es betreffe alle bevorstehenden Lebensphasen eines Menschen, sowohl in seiner Kindheit, als auch im Erwachsenenalter (88) (S. 181). Das zukünftige Kindeswohl setze sich aus dem zukünftigen Glück und der zukünftigen personalen Autonomie zusammen (88) (S. 181-188) und sollte stets in einem angemessenen Gleichgewicht zum derzeitigen Kindeswohl berücksichtigt werden, sodass aktuelles Wohl und Glück eines Kindes nicht pauschal seinem künftigen Wohl untergeordnet würden (88) (S. 195). Das entspricht der Position von Wiesemann.

Nach Claudia Wiesemann setzt sich das Kindeswohl aus verschiedenen Aspekten zusammen, die idealerweise gemeinsam Berücksichtigung fänden, in Einzelfällen jedoch auch unterschiedlich gewichtet werden könnten oder sollten: Körperliche Unversehrtheit, Wohlergehen in psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht, gute familiäre Beziehungen sowie eine die Persönlichkeit und Talente fördernde Umgebung (94) (S. 317). Hinsichtlich der Bewertung medizinischer Maßnahmen bei Kindern könnten Gefährdungen des Kindeswohls sowohl subjektiver Art (Schmerzen, Angst, Scham, Verunsicherung) als auch objektiver Art (Nebenwirkungen, Komplikationen) sein und auch die künftigen Entwicklungsoptionen des Kindes beeinträchtigen, so Wiesemann (94) (S. 318).

4.7 Best-interest-Standard

In Artikel 3 Satz 1 der UN-Kinderrechtskonvention heißt es: „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes [Original: „the best interests of the child“] ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist“ (101) (S. 12).

Nach Beauchamp und Childress könne der Best-interest-Standard als Richtlinie für Entscheidungen dienen, die stellvertretend für nicht hinreichend kompetente Personen zu treffen sind, und er impliziere, dass unter Abwägung aller Konsequenzen die bestmögliche Handlung vollzogen werden solle, wobei mitunter auch zulässig sei, erklärte Einwilligungen oder

Ablehnungen von Kindern und Jugendlichen zu übergehen (86) (S. 228). Sie argumentieren, dass im Falle vormals kompetenter Personen einem autonom mündlich oder schriftlich erklärtem Willen stets Vorrang gegenüber der Anwendung eines Best-interest-Standards zu gewähren sei (86) (S. 229).

Loretta Kopelman erläutert drei verschiedene Anwendungsmöglichkeiten des Best-interest-Standards: Erstens könne er als Schwelle für staatliches Eingreifen in Fällen von Kindesmiss-handlung und -vernachlässigung herangezogen werden, wobei in einem ersten Schritt festgestellt werden müsse, dass elterliches Verhalten das Kind gefährde und in einem zweiten Schritt die bestmögliche Option für das Kindeswohl bestimmt werde (102). Zweitens sei es mithilfe des Best-interest-Standards möglich, das Kindeswohl idealtypisch zu befördern oder Kindern gegenüber prima facie geltende Pflichten zu bestimmen (102). Drittens könne der Best-interest-Standard als ein Standard der Verhältnismäßigkeit fungieren, anhand dessen die bestmögliche unter den verfügbaren Optionen ermitteln werde, also diejenige, die mit dem größtmöglichen Nutzen und dem kleinstmöglichen Schaden für das Kind verbunden sei (102).

4.8 Kinderrechte

Die allgemeinen Grund- und Menschenrechte sind an keine Altersgrenzen gebunden und somit uneingeschränkt und gleichermaßen für Kinder wie Erwachsene gültig (103) (S. 125). Durch das 1989 von den Vereinten Nationen verabschiedete Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) werden Kinder im internationalen Völkerrecht verbindlich als eigenständige Rechtssubjekte und somit als Rechtsträger anerkannt (104) (S. 30). Die Konvention (101) schreibt Kindern Rechte auf Schutz, Förderung und auch Partizipation zu. In Deutschland wurde sie 1992 ratifiziert und 2010 schließlich uneingeschränkt anerkannt.

Friederike Wapler kommt in ihrem verfassungsrechtlichen Gutachten zu dem Ergebnis, dass die in der UN-Kinderrechtskonvention verankerten Rechte im deutschen Grundgesetz hinreichend und ohne Schutzlücken berücksichtigt würden und damit vor deutschen Gerichten einklagbar seien (105). Kinder finden jedoch nur im Rahmen der Familien- und Elternrechte in Artikel 6 GG explizit Erwähnung (88) (S. 36). Wapler stellt fest, dass in der Anwendung und Umsetzung sowohl des Kindeswohlprinzips als auch des Beteiligungsrechts nach UN-Kinderrechtskonvention teils erhebliche Defizite bestünden (106).

Manfred Liebel erläutert, dass Schutz- und Förderrechte besondere kindliche Bedürfnisse bedienen, während durch Partizipationsrechte anerkannt werde, dass Kinder eigene, besondere Interessen hätten, die sie selbst erkennen und vertreten könnten (104) (S. 31). Kinder, so Liebel, dürften nicht nur als Objekte von Schutzmaßnahmen der Erwachsenen verstanden werden, sie müssten darüber hinaus mitentscheiden können, ob und in welcher Weise sie in einem spezifischen Fall Schutz benötigten (104) (S. 32 f.). Anderenfalls bestehe die Gefahr, Kinder in ihrer Hilflosigkeit und Schutzbedürftigkeit zu verstärken, wenn sie sich in ständiger

Abhängigkeit befänden und lernten, sich auf andere verlassen zu müssen (104) (S. 32). Je mehr Kinder an Entscheidungen beteiligt würden, desto größer falle ihre Zustimmung aus und umso effektiver könne ihr Schutz gestaltet werden, erklärt Liebel (104) (S. 33).

Christoph Schickhardt führt an, dass Kinder ein Recht auf Betreuung, Schutz und Fürsorge gegenüber potentiell jeder Person hätten, zuvorderst aber gegenüber ihren biologischen Eltern (88) (S. 232 f.). Nach Schickhardt hätten Kinder dabei ein Recht auf angemessenen, jedoch nicht maximal umfänglichen Schutz und Förderung ihres Wohls durch die Eltern (88) (S. 236).

4.9 Elternrechte und Elternpflichten

Die Rechte der Eltern nehmen im deutschen Recht eine weitreichende Bedeutung ein. Ein Recht nutzt dem Rechtsträger bzw. schützt seine Interessen (88) (S. 231). Christoph Schickhardt stellt die These auf, dass weder die biologischen noch die normativen Eltern begründbare genuine Rechte gegenüber ihrem Kind innehätten, das heißt Rechte alleine aufgrund der Tatsache ihrer Elternschaft (88) (S. 231). Er argumentiert, dass die Eltern keine begründbaren, legitimen Ansprüche gegenüber ihrem Kind auf Verfolgung ihres Eigennutzens hätten (88) (S. 231). Jedoch erkennt Schickhardt alle Rechte der Eltern an, die sie gegenüber jedermann und somit auch gegenüber ihrem pflichtfähigen Kind besitzen, beispielsweise das Recht, nicht vorsätzlich geschädigt zu werden (88) (S. 231). Insbesondere hätten Eltern, so Schickhardt weiter, vielfältige Pflichten gegenüber ihrem Kind, die umgekehrt den Rechten des Kindes gegenüber seinen Eltern entsprächen (88) (S. 232).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nach modernen medizinethischen Positionen Kinder das Recht auf eine offene Zukunft und auf die Entfaltung ihrer Autonomie haben. Diese Sichtweise widerspricht der traditionellen Sichtweise von Kindern als Personen ohne Autonomie, für die stellvertretend Entscheidungen zu treffen sind. Zu betonen ist hierbei die Individualität des einzelnen Kindes, im Gegensatz zu der traditionellen Vorstellung, ein Kind sei Teil einer Familie oder gar Besitz der Eltern. Ferner ist die konsequente Anwendung von Grund- und Menschenrechten auf Kinder erforderlich – eine Relativierung der Kinderrechte zugunsten der Sorgeberechtigten ist nicht statthaft.

4.10 Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Verdachtsfälle in Deutschland?

Im Folgenden werden Argumente für und gegen eine gesetzliche Meldepflicht in Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdungen und deren potentielle Konsequenzen auf gesamtgesellschaftlicher und sozialpolitischer Ebene sowie auf der Ebene des behandelnden Arztes, der Eltern und des Kindes erörtert. Viele Argumente tauchen dabei wiederkehrend in wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Diskussionen auf; Gilbert und Kollegen haben viele Aspekte gegenübergestellt (107). Die medizinethische Diskussion soll abschließend zu Empfehlungen

gelangen, ob und inwieweit die bestehenden gesetzlichen Regelungen in Deutschland einer Reform bedürfen.

4.10.1 Argumente für eine Meldepflicht

Wie in Kapitel 1.5 dargelegt, konnte die bisherige Forschung zeigen, dass unter einer Meldepflicht die Anzahl der Meldungen um ein Vielfaches ansteigt, ebenso wie die Anzahl bestätigter und unbestätigter Fälle. Folglich wird eine größere Zahl misshandelter Kinder erkannt und Schutzmaßnahmen zugeführt.

Der Arzt hat das Wohl seines Patienten, hier des Kindes, aktiv zu befördern und schädigendes Verhalten zu unterlassen. Durch ein rechtlich vorgeschriebenes, standardisiertes Vorgehen, beispielsweise im Rahmen einer Meldepflicht, besteht die Möglichkeit, eine größtmögliche Zahl misshandelter Kinder zu identifizieren und adäquat zu schützen (107). Rechtlich eingeräumte Entscheidungsspielräume für Ärzte könnten eine rechtzeitige Zuführung dieser Kinder zu Interventionsmaßnahmen unnötig erschweren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die durch die teilnehmenden Ärzte bemerkten Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung nur etwa zur Hälfte an die Behörden gemeldet wurden (84). Es ist anzunehmen, dass dieser Anteil unter einer gesetzlichen Meldepflicht deutlich größer ausfallen würde.

Nach schwerwiegenden Misshandlungen, gleich ob physischer oder psychischer Art, ist es in Anbetracht der Vielzahl möglicher Folgeschäden unklar, inwieweit dem Kind eine vollständige und unbeeinträchtigte Entwicklung seiner künftigen Autonomie erhalten bleibt. Denkbar sind Einschränkungen der künftigen Autonomiefähigkeit beispielsweise durch assoziierte psychiatrische Erkrankungen, im Falle des Schütteltraumas aber auch durch direkte Schädigungen neuronaler Strukturen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu rechtfertigen, es dem Belieben des Arztes anheimzustellen, ob das Kind in einem dringlichen Verdachtsfall der Misshandlung oder Vernachlässigung Schutz- und Interventionsmaßnahmen zugeführt wird oder nicht.

Auch vor dem Hintergrund des aktuellen und zukünftigen Kindeswohls ist es moralisch geboten, Kinder aus Situationen der Misshandlung oder Vernachlässigung heraus in eine sichere und bedürfnisorientierte Umgebung zu helfen. Über 70% der Teilnehmer in dieser Studie stimmten zu, dass eine gesetzliche Meldepflicht im Interesse des Kindeswohls sinnvoll und notwendig sei, da sie dazu beitragen könne, betroffene Kinder effektiver identifizieren und schützen zu können (84). Gleichwohl ist es eine offene Frage, ob dieses Ziel grundsätzlich oder zumindest wahrscheinlicher durch eine Meldepflicht erreicht werden kann, sodass sich eine moralische Rechtfertigung für eine solche herleiten ließe.

In der vorliegenden Studie unter Berliner Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern gab eine Mehrheit der teilnehmenden Ärzte Unsicherheiten in der Identifikation von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie dementsprechenden Beratungs- und Fortbildungs-

bedarf an (84). Durch eine Meldepflicht würden solche interindividuellen Kenntnisunterschiede relativiert, denn jedes Kind würde eine Einschätzung durch erfahrene Fachkräfte und gegebenenfalls auch eine Untersuchung durch spezialisierte Ärzte erhalten. Somit wäre der Zugang zu Hilfemaßnahmen für betroffene Kinder und Familien standardisiert und nicht abhängig von den individuellen Einstellungen und Fähigkeiten der Ärzte.

Nebenbei könnten durch standardisierte und verbindliche Vorgehensweisen im Rahmen einer Meldepflicht schwierige Abwägungen über das Nutzen-Schaden-Verhältnis reduziert werden, was Ärzte entlasten könnte. Eine Mehrheit der Teilnehmer in dieser Untersuchung stimmte dieser These zu (84). Weiterhin ist denkbar, dass Ärzte befürchten könnten, ihr Ansehen als unparteiischer und zur Verschwiegenheit verpflichteter Helfer vor Familie und Kind verlieren zu können. Unter einer Meldepflicht wäre allseits bekannt, dass dem behandelnden Arzt keine Alternative zur Meldung eines begründeten Verdachtsfalles bleibt.

In Einklang mit dem Gerechtigkeitsprinzip würde im Rahmen einer Meldepflicht jeder Verdachtsfall gleich behandelt – als eine potentielle Kindeswohlgefährdung, die im Interesse des Kindeswohls einer Meldung bedarf, um durch Fachkräfte eingeschätzt werden zu können.

Eine gesetzliche Meldepflicht würde zu einer gesamtgesellschaftlichen Sensibilisierung für potentielle Kindeswohlgefährdungen beitragen (107). Vor dem Hintergrund nicht gesondert im Grundgesetz verankerter Kinderrechte hätte die Einführung einer Meldepflicht politische Signalkraft und würde die Bedeutung des Kindeswohls in der Rechtspraxis stärken.

Studien konnten zeigen, dass Opfer von Kindesmisshandlungen gehäuft zu Tätern werden: Einerseits besteht unter in ihrer Kindheit Misshandelten ein erhöhtes Risiko, im späteren Erwachsenenleben die eigenen Kinder ebenfalls zu misshandeln (23), andererseits besteht bei Personen, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden oder anderen negativen Kindheits-erfahrungen („Adverse Childhood Experiences“) ausgesetzt waren, ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges oder kriminelles Verhalten (32-34). Die frühe Erkennung von Misshandlungsfällen und die konsequente Einleitung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen könnte einer antisozialen und kriminellen Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und weiterhin der transgenerationalen Wiederholung von Misshandlungen vorbeugen.

In Kapitel 1.2 wird deutlich, dass in Deutschland, insbesondere im internationalen Vergleich, eine erhebliche Dunkelziffer bei den offiziell registrierten Fallzahlen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung anzunehmen ist. Es liegt nahe, dass eine Meldepflicht validere Statistiken auf nationaler Ebene ermöglicht, die Ausmaße und gesellschaftliche Bedeutung von Kindeswohlgefährdungen realistischer abbilden würden (107).

4.10.2 Argumente gegen eine Meldepflicht

Unter einer Meldepflicht ist zu befürchten, dass Eltern aus Angst vor möglichen Konsequenzen und Interventionen staatlicher Stellen zurückhaltender sein könnten, ihr Kind in ärztliche

Behandlung zu geben (107). Hierdurch könnte sich der wirksame Schutz betroffener Kinder verschlechtern und ihnen in einzelnen akuten Fällen sogar lebensrettende Hilfe verwehrt bleiben. Dieses Szenario stellt das ethisch womöglich bedeutsamste Dilemma in Zusammenhang mit einer Meldepflicht dar. Die Intention, gefährdete Kinder durch eine Meldepflicht zuverlässiger erkennen und schützen zu können, droht, in ihr genaues Gegenteil umzuschlagen: Eltern könnten sich abgeschreckt und unter Generalverdacht stehend fühlen und eine ärztliche Konsultation mit ihrem Kind meiden. Unter Berücksichtigung des Benefizienz- und Nonmalefizienz-Prinzips wäre die Einführung einer Meldepflicht in diesem Kontext als moralisch nicht vertretbar zu bewerten. Auch unter dem Bestreben, die zukünftige Autonomie des Kindes und das aktuelle sowie künftige Kindeswohl zu fördern, ist geboten, den Zugang zum Helfersystem für gefährdete Kinder sicherzustellen. Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass dies unter einer Meldepflicht keinesfalls garantiert und mitunter sogar erschwert sein könnte.

Eine größere Anzahl von Meldungen unter einer Meldepflicht geht auch mit einem absoluten Anstieg der unbestätigten Verdachtsfälle einher. Es ist nicht auszuschließen, dass in einigen dieser Fälle eine sekundäre Traumatisierung von Kind und Familie durch das Prozedere der behördlichen Ermittlungen auftritt. Familien könnten sich unter Generalverdacht fühlen und mit einem Vertrauensverlust gegenüber ihrem behandelnden Kinderarzt und allgemein den in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Einrichtungen reagieren. Sekundär könnte dies auch die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten wie den Frühen Hilfen mindern. Ein durch den Kinderarzt gemeldeter Verdachtsfall, der im Nachhinein nicht bestätigt werden konnte, kann das Vertrauen zum Kinderarzt und gegebenenfalls zu Ärzten oder den Behörden allgemein tief erschüttern. Da ungerechtfertigte behördliche Ermittlungen auch schwere traumatische Erlebnisse für das Kind und seine Familie bedeuten können, würde das Nonmalefizienz-Prinzip eine Meldepflicht unter diesem Aspekt nicht legitimieren.

Ein verpflichtendes und standardisiertes Vorgehen zur Meldung von Verdachtsfällen würde Ärzte zu einem großen Teil von ihrer individuellen, professionellen Verantwortung und Garantstellung für das Kindeswohl entbinden und sie sämtlichen Spielraums im Umgang mit der Familie berauben. Häufig kennen Ärzte Kinder und ihre Familien jedoch über viele Jahre. Diese Vertrauensbasis stellt einen wichtigen Ansatzpunkt für die persönliche Arbeit mit der Familie und die Aktivierung potentieller Ressourcen dar. Vor diesem Hintergrund ist eine Meldepflicht kritisch zu betrachten.

Eine Meldepflicht allein, ohne einen evidenzbasierten Standard und eine definierte Schwelle zur Bestimmung eines begründeten und somit meldewürdigen Verdachtsfalles, würde voraussichtlich nur wenige Veränderungen erzielen. Denn nach wie vor wäre eine Meldung von der individuellen ärztlichen Einschätzung abhängig, die beispielsweise in Abhängigkeit des Fortbildungsstandes stark variieren kann.

Ein erhöhtes Meldeaufkommen führt zwangsläufig zu einer steigenden Arbeitsbelastung der für die Einschätzung von Verdachtsfällen der Kindeswohlgefährdung zuständigen Jugendämter (107). Kathinka Beckmann und Kollegen haben in einer bundesweiten Erhebung die Arbeitsbedingungen, Prozesse und Strukturen in den deutschen Jugendämtern untersucht und kamen zu dem Ergebnis, dass diese in vielen deutschen Städten personell schlecht ausgestattet sind und die empfohlene Obergrenze von 35 laufenden Fällen pro Mitarbeiter in den meisten Bundesländern um mehr als das Doppelte überschritten wird; in Berlin gaben einzelne Jugendamtsmitarbeiter sogar an, mehr als 100 laufende Fälle zu betreuen (108) (S. 54 f.). Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass viele der ohnehin schon an ihren personellen Grenzen arbeitenden Jugendämter mit den erhöhten Fallzahlen nach Einführung einer Meldepflicht massiv überfordert wären. Zudem würden zunehmend Kapazitäten für die Einschätzung potentieller Kindeswohlgefährdungen benötigt – es bliebe weniger Zeit für die eigentliche Arbeit mit den hilfebedürftigen Familien, eine gleichbleibende personelle Ausstattung unterstellt (107).

Entsprechend ihres Rechtes auf Partizipation sollten Kinder bei allen wichtigen Entscheidungen in Abhängigkeit ihres Reifegrades angehört und einbezogen werden. Die Beteiligung von Kindern fördert das Ausmaß ihrer Zustimmung und kann Schutzmaßnahmen effektiver gestalten (104) (S. 33). Eine Meldepflicht würde dazu führen, dass Kindern ihr Recht auf Partizipation an der Entscheidung über eine Meldung vorenthalten und somit von Gesetzes wegen über ihren Kopf hinweg entschieden wird. Im Umkehrschluss ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz auch von Seiten des Kindes in diesen Fällen geringer und Schutzmaßnahmen weniger effektiv ausfallen könnten.

Bislang liegen keine empirischen Forschungsergebnisse vor, ob die Einführung einer Meldepflicht langfristig die Lebenssituation von Kindern und Familien verbessert (46).

4.11 Empfehlungen

Die vorherige Erörterung macht deutlich, dass sich sowohl für als auch gegen die Einführung einer Meldepflicht valide Argumente vorbringen lassen. In dieser Arbeit wird ein kinderrechtlicher und kinderethischer Standpunkt vertreten, der bei Entscheidungen über Kinder die Kinderrechte und das Kindeswohl zum zentralen Maßstab macht.

Michael Tsokos und Saskia Guddat sprechen sich für eine ärztliche „Reaktionspflicht“ in Fällen von Kindesmisshandlung aus, im Rahmen derer Kinderärzte verdächtige Fälle verpflichtend zur Abklärung – und nach Möglichkeit zur rechtsmedizinischen Einschätzung – in eine Klinik mit interdisziplinärer Kinderschutzgruppe überweisen sollten (23) (S. 156 ff.). Kay Biesel und Koautoren kritisieren in ihrer Streitschrift gegen Tsokos und Guddat, dass eine solche Reaktionspflicht die Spurensicherung und Strafverfolgung vor Grundrechte wie die elterliche Erziehungsverantwortung stelle und dass in Deutschland zurecht darauf vertraut werde, dass Fachkräfte im Bedarfsfall, wenn sie selbst keine adäquate Hilfe leisten könnten, freiwillig Unter-

stützung beim Jugendamt suchen würden (109) (S. 144 ff.). Diese Position ist aus mehreren Gründen zu kritisieren: Erstens suggerieren die Autoren unzutreffenderweise, das Grundrecht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung und sein Recht auf Förderung und Schutz seiner künftigen Autonomiefähigkeit seien dem elterlichen Erziehungsrecht untergeordnet. Zweitens unterstellen sie, Tsokos und Guddat wären mehr an der Strafverfolgung der Täter interessiert als an einem wirksamen Schutz der misshandelten Kinder. Drittens übersehen sie das gesamtgesellschaftliche Gerechtigkeitsbedürfnis nach einer Verurteilung von Straftätern. Viertens überschätzen sie die Kompetenzen und das Engagement vieler Ärzte. Alle für Deutschland verfügbaren Statistiken implizieren eine erhebliche Dunkelziffer, die auf das genaue Gegenteil, nämlich die mangelhafte Meldepraxis misshandlungsverdächtiger Fälle an die Kinderschutzbehörden, zurückzuführen ist. Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass die Teilnehmer nur etwa die Hälfte aller registrierten Verdachtsfälle den Behörden gemeldet haben (84).

Abschließend wird im Folgenden das selbstentwickelte Modell einer gesetzlichen „Beratungs- und Aktionspflicht“ für Ärzte, die Kinder und Familien behandeln, vorgestellt. Damit soll ein mittlerer Weg aufgezeigt werden, der zwischen den häufig extremen Positionen zur Meldepflicht angesiedelt ist. Dieser Weg soll die Rechtssicherheit verbessern und die moralischen Ansprüche auf Wahrung und Förderung des Kindeswohls und der Autonomiefähigkeit des Kindes besser adressieren als ausschließlich eine gesetzliche Meldepflicht.

Ärzte befinden sich, neben Erziehern, Lehrern und anderen Berufsgruppen mit häufigem Kindeskontakt, in einer Schlüsselrolle bei der Wahrnehmung von Frühzeichen, Erkennung von akuten Misshandlungsfällen und adäquater Einleitung von Gegenmaßnahmen. Insbesondere Mediziner verfügen über das Fachwissen, um typische Verletzungsmuster in Folge von Misshandlungen von solchen unterscheiden zu können, die beispielsweise von Unfällen herrühren.

In der derzeitigen Fassung des KKG wird dem behandelnden Arzt im Verdachtsfall einer potentiellen Gefährdung des Kindeswohls zwar gesetzlich empfohlen („Soll-Formulierung“), Kind und Familie zu konfrontieren sowie auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hinzuwirken und dazu bei Bedarf auch pseudonymisiert eine fachliche Beratung in Anspruch zu nehmen. In der Rechtspraxis lässt dies aber völlige Freiheit bezüglich des individuellen Vorgehens.

In der vorliegenden Studie gaben die Teilnehmer mehrheitlich Unsicherheiten in der Identifikation von Misshandlungs- und Vernachlässigungsfällen an und wünschten sich die Beratung durch erfahrenere Kollegen (84). Vor diesem Hintergrund scheint eine gesetzliche Verpflichtung zur Inanspruchnahme einer pseudonymisierten Beratung durch erfahrene Fachkräfte in begründeten Verdachtsfällen einer Kindeswohlgefährdung geboten. Hierzu wäre zweckdienlich, den „begründeten Verdachtsfall“ bzw. die Schwelle, ab welcher wahrscheinlich von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist, rechtsverbindlich für alle Ärzte zu definieren (79) und über ein schnelles, evidenzbasiertes Assessment anwendbar zu gestalten. Ebenfalls müssten

personelle Kapazitäten bei den Jugendämtern geschaffen werden, um die Beratungsleistung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte adäquat sicherzustellen.

Ferner ist angezeigt, Ärzte gesetzlich zu verpflichten, nach initialer Beratung weitere Schritte zu koordinieren („Muss-Formulierung“). Je nach Sachlage und Ausgang der vorherigen Beratung kann es sich dabei beispielsweise um die Vereinbarung zu kurzfristigen Wiedervorstellungen der Familie und den Verweis an Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen handeln, aber auch um die Überweisung an eine spezialisierte Kinderschutzambulanz zur weiteren Abklärung oder die namentliche Meldung an das Jugendamt. Das Kind muss dabei entsprechend seines Entwicklungsstandes und unter Berücksichtigung seiner Wünsche stets mit in die Entscheidung einbezogen werden. Zwingend erforderlich ist weiterhin, dass Ärzte sich nach der Überweisung an eine Klinik oder Kinderschutzambulanz rückversichern, ob Eltern und Kind dort tatsächlich zur Abklärung vorstellig wurden. Dieses Vorgehen müssen sie mit der Familie erörtern und von den Eltern eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung einholen.

Eng mit einer solchen Aktionspflicht verbunden müssen für Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater verpflichtende Fortbildungen zu Kindeswohlgefährdungen sein, in denen Kenntnisse über den rechtlichen Rahmen ebenso vermittelt werden wie Fähigkeiten, die zu zuverlässiger Identifikation und standardisiertem Vorgehen bei Misshandlungs- und Vernachlässigungsfällen führen und individuelle Unsicherheiten reduzieren. In dieser Studie äußerte eine Mehrheit der Ärzte, häufig Schwierigkeiten bei der Identifikation von Misshandlungsfällen zu haben und sich mehr entsprechende Fortbildungsangebote zu wünschen (84). Ebenso wusste nur etwa die Hälfte der Teilnehmer von ihrer rechtlich eingeräumten Möglichkeit einer pseudonymisierten Beratung im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung (84).

Um eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern, Kinderschutzambulanzen und ambulanten Zuweisern zu erreichen und Vorbehalte hinsichtlich der Effektivität von Interventionen zu reduzieren, sollte eine gesetzliche Verpflichtung zur Rückmeldung von Ergebnissen der Gefährdungseinschätzung und weiteren Maßnahmen an den zuweisenden Kinderarzt eingeführt werden. In dieser Studie gab eine Mehrheit der Teilnehmer an, sich eine engere Kooperation mit den Jugendämtern zu wünschen (84). Weiterhin war weniger als die Hälfte der Teilnehmer überzeugt, dass betroffene Kinder durch Maßnahmen der Jugendämter profitiert hätten (84).

An dieser Stelle muss klargestellt werden, dass eine Meldung an das Jugendamt in den wenigsten Fällen eine dauerhafte Trennung von Kind und Eltern nach sich zieht, dies ist die Ultima Ratio, die familiengerichtlich angeordnet werden kann. Claudia Wiesemann argumentiert, dass es in Fällen schwerer Misshandlung oder Vernachlässigung durchaus geboten sei, Kinder durch staatliches Eingreifen in Obhut zu nehmen, dass aber der Kontakt zu den

Kindseltern in Anbetracht der „Beziehungsbedürftigkeit“ des Kindes erhalten und für vorübergehenden, angemessenen Ersatz gesorgt werden müsse (94) (S. 321).

Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit könnte größere gesellschaftliche Akzeptanz für die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden. Jugendämter sind keine Einrichtungen, die Familien bestrafen oder Kinder regelhaft von ihren Eltern trennen; sie bieten in erster Linie bedarfsorientierte Hilfeleistungen und Beratung für Eltern und Kinder, um deren familiäre Situation unterstützend verbessern zu können. Auch die Angebote der Frühen Hilfen sollten im Zuge öffentlicher Kampagnen eine höhere Aufmerksamkeit in der breiten Bevölkerung erzielen. Andreas Eickhorst und Kollegen fanden heraus, dass nahezu alle Angebote der Frühen Hilfen bei Eltern mit mittleren und hohen Bildungsgraden besser bekannt sind und häufiger in Anspruch genommen werden als bei Eltern mit niedriger Bildung (110).

Für werdende Eltern sollten verpflichtende Kurse eingeführt werden, die die angemessene Pflege, Erziehung und Förderung von Kindern sowie kindliche Bedürfnisse und elterliche Pflichten thematisieren (88) (S. 246). Dies würde zugleich eine Plattform schaffen, um Eltern mit potentiellem Hilfebedarf zu erkennen, ihnen niedrigschwellige Unterstützungsangebote wie die Frühen Hilfen zu vermitteln und Anlaufstellen bei familiären Problemen bekannter zu machen.

Auch Kinder selbst sollten zu Adressaten von Aufklärungskampagnen werden. Es ist anzunehmen, dass Kinder ab dem Schulalter in der Lage sind, einfache Konstruktionen ihrer eigenen Grundrechte, der elterlichen Pflichten und ihnen gegenüber nicht adäquaten Verhaltensweisen zu verstehen. Mit geeigneten Ansprechpartnern und Kontaktmöglichkeiten für familiäre Situationen, die Kinder ängstigen, verletzen oder vernachlässigen, können sie mit zunehmendem Reifegrad aktiv und selbstwirksam ihr Bedürfnis nach Hilfe kommunizieren. Dabei sollten auch Lehrer und Erzieher einbezogen werden, da sie häufig den engsten Kontakt zu Kindern außerhalb ihrer Familien haben.

4.12 Weiterführende Forschungsansätze

Die anzunehmende Dunkelziffer bei offiziellen Fallzahlen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland ist hoch. Es ist erstrebenswert, validere Statistiken zu deren Ausmaßen zu erhalten, um Präventions- und Helfernetzwerke sowie entsprechende personelle Ressourcen bedarfsgerechter gestalten zu können. Eine anonymisierte Dokumentationspflicht für Ärzte könnte dazu einen Beitrag leisten.

Die vorliegende, auf die Bundeshauptstadt Berlin beschränkte Studie war nach Kenntnisstand ihrer Autoren die erste in Deutschland, die das Meldeverhalten niedergelassener Kinderärzte, ihre Beweggründe für und gegen die Meldung von Verdachtsfällen sowie ausgewählte Kenntnisse, Erfahrungen und Wünsche ermittelt hat. Eine vergleichbare Erhebung auf gesamtdeutscher Ebene wäre wünschenswert, um Meldeverhalten, Fortbildungs- und Beratungs-

bedarf, Rechtskenntnisse und auch Einstellungen zu einer Meldepflicht von Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern bundesländerübergreifend besser einschätzen zu können.

Ferner konnte diese Untersuchung keine Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von Verdachtsfällen und Meldungen einerseits und sozioökonomischen Parametern andererseits nachweisen (84). Aufgrund der kleinen Stichprobengröße können derartige Zusammenhänge aber auch nicht ausgeschlossen werden; mit Blick auf die internationale Forschung sind entsprechende Korrelationen anzunehmen. Um Präventions- und Hilfsangebote effektiver zu gestalten, erscheint die Berücksichtigung verschiedener sozialer Milieus sinnvoll, um Zusammenhänge von sozioökonomischen Verhältnissen und dem Auftreten von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie dem ärztlichen Umgang in Deutschland gezielter zu untersuchen.

Hinsichtlich des aktuellen und zukünftigen Kindeswohls sind langfristige Beobachtungsstudien wünschenswert, die nach staatlichen Interventionen das Aufwachsen eines Kindes außerhalb seiner Herkunftsfamilie vergleichen mit einem die Herkunftsfamilie erhaltenden und unterstützenden Ansatz. Um zu klären, inwieweit eine Meldepflicht Verbesserungen für das kurz- und langfristige Wohl der betroffenen Kinder erzielen kann, wären longitudinale Beobachtungsstudien hilfreich, die Menschen, die in der Kindheit Misshandlung oder Vernachlässigung ausgesetzt waren, langfristig in gesundheitlicher, psychischer, sozialer und kriminologischer Hinsicht untersuchen und dabei Unterschiede zwischen denjenigen, deren Misshandlung bzw. Vernachlässigung gemeldet wurde, vergleichen mit jenen, für die das nicht der Fall war.

5. Literaturverzeichnis

1. Hensen G, Schone R. "Kindeswohlgefährdung": Ein unbestimmter Rechtsbegriff mit existenziellen Folgen für Eltern und Kinder. In: Körner W, Hörmann G (Hrsg.). Staatliche Kindeswohlgefährdung? Weinheim: Beltz Juventa; 2019. p. 12-27.
2. Bundeszentrale für politische Bildung. Unbestimmter Rechtsbegriff. Bonn. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/23029/unbestimmter-rechtsbegriff> (letzter Zugriff: 23.10.2020).
3. Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. Berlin: 2009. Verfügbar unter: https://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohlgefaehrdung_Aufl11b.pdf (letzter Zugriff: 22.10.2020).
4. Bundeskriminalamt. PKS Jahrbuch 2019, Band 4, Version 2.0. Wiesbaden: 2020. Verfügbar unter: https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2019/Jahrbuch/pks2019Jahrbuch4Einzelne.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff: 29.10.2020).
5. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2019: Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden: 2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Publikationen/Downloads-Kinder-und-Jugendhilfe/gefaehrdungseinschaetzungen-5225123197004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 29.10.2020).
6. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2019: Vorläufige Schutzmaßnahmen. Wiesbaden: 2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Publikationen/Downloads-Kinder-und-Jugendhilfe/vorlaeufige-schutzmassnahmen-5225203197004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 29.10.2020).
7. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Wiesbaden: 2020. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0005&bypass=true&levelindex=1&levelid=1604006211320#abreadcrumb> (letzter Zugriff: 29.10.2020).
8. Der Polizeipräsident in Berlin (Hrsg.). Polizeiliche Kriminalstatistik Berlin 2019. Berlin: 2020. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/polizei/_assets/verschiedenes/pks/pks_berlin_2019.pdf (letzter Zugriff: 29.10.2020).

9. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Jugendhilfe in Berlin 2019: Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII. Potsdam: 2020. Verfügbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2020/SB_K05-10-00_2019j01_BE.pdf (letzter Zugriff: 29.10.2020).
10. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Jugendhilfe in Berlin 2019: Vorläufige Schutzmaßnahmen. Potsdam: 2020. Verfügbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/Stat_Berichte/2020/SB_K05-04-00_2019j01_BE.pdf (letzter Zugriff: 29.10.2020).
11. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Bevölkerung in Berlin 2019. Potsdam: 2020. Verfügbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2020/SB_A01-03-00_2019j01_BE.pdf (letzter Zugriff: 29.10.2020).
12. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2011;108(17):287-94.
13. Iffland B, Brähler E, Neuner F, Häuser W, Glaesmer H. Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health*. 2013;13:980.
14. Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017;11:47.
15. Stadler L, Bieneck S, Pfeiffer C. Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.; 2012. Verfügbar unter: https://kfn.de/wp-content/uploads/Forschungsberichte/FB_118.pdf (letzter Zugriff: 22.10.2020).
16. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
17. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013;48(2):81-94.
18. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(8):870-90.
19. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79-101.

20. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(3):345-55.
21. Laurin J, Wallace C, Draca J, Aterman S, Tonmyr L. Youth self-report of child maltreatment in representative surveys: a systematic review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2018;38(2):37-54.
22. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1164.
23. Tsokos M, Guddat S. Deutschland misshandelt seine Kinder. München: Droemer Verlag; 2014.
24. UNICEF (Hrsg.). A league table of child maltreatment deaths in rich nations – Innocenti Report Card No.5. Florenz: UNICEF Innocenti Research Centre; 2003. Verfügbar unter: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf> (letzter Zugriff: 20.10.2020).
25. Neumann DA, Houskamp BM, Pollock VE, Briere J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*. 1996;1(1):6-16.
26. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013;201(12):1007-20.
27. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2012;9(11):e1001349.
28. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, Cuneo JG. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2014;76(1):2-11.
29. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carra G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(1):79-90.
30. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*. 2005;21(5):398-405.
31. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(1):45-58.

32. English DJ, Widom CS, Brandford C. Childhood victimization and delinquency, adult criminality, and violent criminal behavior: a replication and extension. Final Report to NIJ; 2002. Available from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/192291.pdf>.
33. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*. 2010;125(4):e778-86.
34. Reavis JA, Looman J, Franco KA, Rojas B. Adverse childhood experiences and adult criminality: how long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*. 2013;17(2):44-8.
35. Assink M, Spruit A, Schuts M, Lindauer R, van der Put CE, Stams GJM. The intergenerational transmission of child maltreatment: a three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2018;84:131-45.
36. Kluczniok D, Boedeker K, Hindi Attar C, Jaite C, Bierbaum AL, Fuehrer D, Paetz L, Dittrich K, Herpertz SC, Brunner R, Winter S, Heinz A, Roepke S, Heim C, BERPohl F. Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *Journal of Affective Disorders*. 2018;231:63-73.
37. Albermann K, Wiegand-Grefe S, Winter S. Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2019;68(1):6-26.
38. Bundesgerichtshof (BGH). Beschluss vom 14.07.1956 – Aktenzeichen IV ZB 32/56. *Neue Juristische Wochenschrift*. 1956(39):1434.
39. Schindler G. Kindeswohlgefährdung als Anlass für Interventionen – rechtliche Aspekte. In: Körner W, Deegener G (Hrsg.). *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2011. p. 29-55.
40. European Union Agency for Fundamental Rights. Provisions on professionals' legal obligation to report cases of child abuse, neglect and violence Wien: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014. Verfügbar unter: <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/mapping-child-protection-systems-eu/reporting-1> (letzter Zugriff: 04.08.2020).
41. European Union Agency for Fundamental Rights. Specific legal obligations for civilians to report cases of child abuse, neglect and violence Wien: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014. Verfügbar unter: <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/mapping-child-protection-systems-eu/reporting2> (letzter Zugriff: 04.08.2020).

42. Child Welfare Information Gateway. Mandatory reporters of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; 2019. Verfügbar unter: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/manda.pdf> (letzter Zugriff: 04.08.2020).
43. Child Welfare Information Gateway. Penalties for failure to report and false reporting of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; 2019. Verfügbar unter: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/report.pdf> (letzter Zugriff: 04.08.2020).
44. Mathews B, Bross DC. Mandated reporting is still a policy with reason: empirical evidence and philosophical grounds. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32(5):511-6.
45. Mathews B, Lee XJ, Norman RE. Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: a seven year time trend analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2016;56:62-79.
46. Tonmyr L, Mathews B, Shields ME, Hovdestad WE, Afifi TO. Does mandatory reporting legislation increase contact with child protection? A legal doctrinal review and an analytical examination. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1021.
47. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2018; 2020. Verfügbar unter: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2018.pdf> (letzter Zugriff: 15.08.2020).
48. Public Health Agency of Canada. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2008: Major Findings. Ottawa: 2010. Verfügbar unter: <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/CIS-2008-rprt-eng.pdf> (letzter Zugriff: 29.10.2020).
49. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(3):227-36.
50. Borres MP, Hagg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics International*. 2007;49(2):177-82.
51. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*. 2015;66(5):447-54.
52. Ayou C, Gauducheau E, Arrieta A, Roussey M, Marichal M, Vabres N, Balencon M. Child protection: Pediatricians' knowledge and practices in Brittany. *Archives de Pédiatrie*. 2018;25(3):207-12.
53. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *American Journal of Diseases of Children*. 1985;139(4):393-5.

54. Badger LW. Reporting of child abuse: influence of characteristics of physician, practice, and community. *Southern Medical Journal*. 1989;82(3):281-6.
55. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Pediatric Practice Research Group. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000;154(5):489-93.
56. Offer-Shechter S, Tirosh E, Cohen A. Physical abuse – physicians knowledge and reporting attitude in Israel. *European Journal of Epidemiology*. 2000;16(1):53-8.
57. Flaherty EG, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(9):939-45.
58. Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*. 2006;11(4):361-9.
59. Talsma M, Bengtsson Bostrom K, Ostberg AL. Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2015;33(1):21-6.
60. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery – will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(3):159-69.
61. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D, Harris DL, Christoffel KK, Sege RD. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008;122(2):259-66.
62. Zellman GL. Report decision-making patterns among mandated child abuse reporters. *Child Abuse & Neglect*. 1990;14(3):325-36.
63. Schols MW, de Ruiter C, Ory FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*. 2013;13:807.
64. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(11):1461-70.
65. Schweitzer RD, Buckley L, Harnett P, Loxton NJ. Predictors of failure by medical practitioners to report suspected child abuse in Queensland, Australia. *Australian Health Review*. 2006;30(3):298-304.

66. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, Dhepyasuwan N, Harris D, Norton D, Angelilli ML, Abney D, Binns HJ. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008;122(3):611-9.
67. Zellman GL. The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. *Child Abuse & Neglect*. 1992;16(1):57-74.
68. Tonmyr L, Li YA, Williams G, Scott D, Jack SM. Patterns of reporting by health care and nonhealth care professionals to child protection services in Canada. *Paediatrics & Child Health*. 2010;15(8):e25-32.
69. Benbenishty R, Jedwab M, Chen W, Glasser S, Slutzky H, Siegal G, Lavi-Sahar Z, Lerner-Geva L. Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(1):11-24.
70. Foster RH, Olson-Dorff D, Reiland HM, Budzak-Garza A. Commitment, confidence, and concerns: assessing health care professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse & Neglect*. 2017;67:54-63.
71. Barnard-Thompson K, Leichner P. Psychiatric residents' views on their training and experience regarding issues related to child abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1999;44(8):769-74.
72. Kraus C, Jandl-Jager E. Awareness and knowledge of child abuse amongst physicians – a descriptive study by a sample of rural Austria. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2011;123(11-12):340-9.
73. Menoch M, Zimmerman S, Garcia-Filion P, Bulloch B. Child abuse education: an objective evaluation of resident and attending physician knowledge. *Pediatric Emergency Care*. 2011;27(10):937-40.
74. Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse & Neglect*. 2009;33(2):76-83.
75. Ben Yehuda Y, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child abuse and neglect: reporting by health professionals and their need for training. *The Israel Medical Association Journal*. 2010;12(10):598-602.
76. Ward MG, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(10):1113-22.

77. Alvarez KM, Donohue B, Carpenter A, Romero V, Allen DN, Cross C. Development and preliminary evaluation of a training method to assist professionals in reporting suspected child maltreatment. *Child Maltreatment*. 2010;15(3):211-8.
78. McTavish JR, Kimber M, Devries K, Colombini M, MacGregor JCD, Wathen CN, Agarwal A, MacMillan HL. Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2017;7(10):e013942.
79. Kuruppu J, McKibbin G, Humphreys C, Hegarty K. Tipping the Scales: Factors influencing the decision to report child maltreatment in primary care. *Trauma, Violence & Abuse*. 2020;21(3):427-38.
80. Heintze C, Wirth L, Welke J, Braun V. Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2006;82(9):396-401.
81. Ellsäßer G, Cartheuser C. Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ durch Brandenburger Kinder- und Jugendärzte. *Gesundheitswesen*. 2006;68(4):265-70.
82. Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Evaluation, Teil 1: Häufigkeiten von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Kinderärztliche Praxis*. 2002;6:388-93.
83. Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Evaluation, Teil 2: Einstellungen der Ärzte und Bedarf an Unterstützung bei der Anwendung. *Kinderärztliche Praxis*. 2002;6:394-403.
84. Wißmann H, Peters M, Müller S. Physical or psychological child abuse and neglect: experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany. *Child Abuse & Neglect*. 2019;98:104165.
85. Marckmann G. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *Ärzteblatt Baden-Württemberg*. 2000;56(12):499-502.
86. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press USA; 2013.
87. Schickhardt C. Der moralische Status der Kinder. In: Drerup J, Schweiger G (Hrsg.). *Handbuch Philosophie der Kindheit*. Berlin: J.B. Metzler; 2019. p. 211-8.
88. Schickhardt C. *Kinderethik: Der moralische Status und die Rechte der Kinder*. Münster: Mentis; 2012.
89. Müller S. Respect for autonomy in light of neuropsychiatry. *Bioethics*. 2017;31(5):360-7.

90. Betzler M. Autonomie. In: Drerup J, Schweiger G (Hrsg.). Handbuch Philosophie der Kindheit. Berlin: J.B. Metzler Verlag; 2019. p. 61-9.
91. Bagattini A. Kindeswohl. In: Drerup J, Schweiger G (Hrsg.). Handbuch Philosophie der Kindheit. Berlin: J.B. Metzler Verlag; 2019. p. 128-36..
92. Jox R. Entscheidungen bei einwilligungsunfähigen Patienten. In: Marckmann G (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015. p. 125-32.
93. Giesinger J. Kinder und Erwachsene. In: Drerup J, Schickhardt C (Hrsg.). Kinderethik: Aktuelle Perspektiven – Klassische Problemvorgaben. Münster: mentis Verlag; 2017. p. 21-32.
94. Wieseemann C. Ethik in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin. In: Marckmann G (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015. p. 313-26.
95. Wieseemann C, Peters S. Kindeswohl und Kindeswille in der Medizin. Frühe Kindheit. 2013;23:22-9.
96. Wieseemann C. Moral Equality, Bioethics, and the Child. Basel: Springer International Publishing Switzerland; 2016.
97. Feinberg J. The Child's Right to an Open Future. In: Aiken W, Follette HL, LaFollette H (Hrsg.). Whose Child?: Children's Rights, Parental Authority, and State Power. New York: Rowman & Littlefield; 1980. p. 124-53.
98. Wieseemann C. Vertrauen als moralische Praxis – Bedeutung für Medizin und Ethik. In: Steinfath H, Wieseemann C, Anselm R, Duttge G, Lipp V, Nauck F, Schicktanz S (Hrsg.). Autonomie und Vertrauen: Schlüsselbegriffe der modernen Medizin. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2015. p. 69-100.
99. Maywald J. Kinderschutz in Kindertageseinrichtungen; 2011. Verfügbar unter: http://www.kita-fachtexte.de/uploads/media/FT_maywald_2011.pdf (letzter Zugriff: 22.10.2020).
100. Brazelton TB, Greenspan SI. Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.
101. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Übereinkommen über die Rechte des Kindes: VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. Berlin: 2018. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/93140/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> (letzter Zugriff: 21.10.2020).
102. Kopelman LM. The Best-Interest standard as threshold, ideal, and standard of reasonableness. The Journal of Medicine and Philosophy. 1997;22:271-89.

103. Wapler F. Kinderrechte. In: Drerup J, Schweiger G (Hrsg.). Handbuch Philosophie der Kindheit. Berlin: J.B. Metzler Verlag; 2019. p. 121-7.
104. Liebel M. Kinderrechte – aus Kindersicht: Wie Kinder weltweit zu ihrem Recht kommen. Münster: LIT Verlag 2009.
105. Wapler F. Kinderrechte in das Grundgesetz? In: Sachverständigenkommission 15. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.). Materialien zum 15. Kinder- und Jugendbericht. Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagschule und virtuellen Welten – Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter. München: Deutsches Jugendinstitut; 2017. p. 45–97. Verfügbar unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/15_KJB_Wapler_b.pdf (letzter Zugriff: 24.10.2020).
106. Wapler F. Umsetzung und Anwendung der Kinderrechtskonvention in Deutschland. Rechtsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: 2017. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/120474/2017-gutachten-umsetzung-kinderrechtskonvention-data.pdf> (letzter Zugriff: 24.10.2020).
107. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
108. Beckmann K, Ehlting T, Klaes S. Berufliche Realität im Jugendamt: der ASD in strukturellen Zwängen. Freiburg: Lambertus Verlag; 2018.
109. Biesel K, Brandhorst F, Rätz R, Krause HU. Deutschland schützt seine Kinder! Eine Streitschrift zum Kinderschutz. Bielefeld: transcript Verlag; 2019.
110. Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, Neumann A, Sann A. Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt*. 2016;59(10):1271-80.

Anhang

1. Fragebogen (deutsch)

Dieser Fragebogen erhebt die in Ihrer Praxis registrierten Häufigkeiten und Ihren persönlichen Umgang mit Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Darunter fallen physische und psychische Formen der Misshandlung und Vernachlässigung. Bitte beachten Sie, dass sexueller Kindesmissbrauch hier nicht behandelt wird.

Unter **physischer Misshandlung** versteht man äußere Gewalteinwirkungen wie Schläge, Stöße, Stiche, Schütteln, Verbrennungen, Verbrühungen, nicht-akzidentelle Vergiftungen und andere. Unter **psychischer Misshandlung** werden alle Handlungen oder aktive Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen zusammengefasst, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer seelischen Entwicklung beeinträchtigen können. **Physische und psychische Vernachlässigung** treten insbesondere bei jungen Kindern oft gemeinsam auf. Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht befriedigt werden, d.h. sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefordert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/ oder vor Gefahren geschützt werden oder zu wenig emotionale Zuwendung erhalten.

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (aktualisiert 09/2008)

A In welchem Berliner Bezirk befindet sich Ihre Praxis?

<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> Pankow	<input type="checkbox"/> Friedrichshain-Kreuzberg
<input type="checkbox"/> Charlottenburg-Wilmersdorf	<input type="checkbox"/> Steglitz-Zehlendorf	<input type="checkbox"/> Tempelhof-Schöneberg
<input type="checkbox"/> Treptow-Köpenick	<input type="checkbox"/> Lichtenberg	<input type="checkbox"/> Marzahn-Hellersdorf
<input type="checkbox"/> Spandau	<input type="checkbox"/> Neukölln	<input type="checkbox"/> Reinickendorf

B Bitte tragen Sie die entsprechenden Zahlen in die dafür vorgesehenen Felder ein.

	2016	2017
Wie viele Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung hatten Sie in den Jahren 2016 und 2017?		
Wie viele (Verdachts-) Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben Sie in den Jahren 2016 und 2017 an das Jugendamt gemeldet?		
Wie viele Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung haben Sie in den Jahren 2016 und 2017 an die Polizei gemeldet?		
In wie vielen Fällen haben Sie auf Ihre Meldung an das Jugendamt in den Jahren 2016 und 2017 eine Rückmeldung zur Bestätigung bzw. Nicht-Bestätigung des Verdachts oder zum weiteren Prozedere erhalten?		

C In welchen Altersgruppen traten diese Verdachtsfälle überwiegend auf? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1-4 Jahre	<input type="checkbox"/> 5-9 Jahre	<input type="checkbox"/> 10-14 Jahre	<input type="checkbox"/> > 14 Jahre
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

D Welche Gründe spielten in Ihrer Entscheidung gegen eine Meldung eine Rolle? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Angst, die Erziehungsberechtigten fälschlicherweise zu verdächtigen	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte sind private Bekannte oder Freunde
<input type="checkbox"/> Unsicherheit, dass Verletzungen tatsächlich auf Misshandlung zurückzuführen sind	<input type="checkbox"/> Verletzungen haben Bezug zum ethnischen oder religiösen Hintergrund der Familie
<input type="checkbox"/> Überzeugung, dass es sich um ein einmaliges Ereignis handelt	<input type="checkbox"/> Angst, in ein Gerichtsverfahren involviert zu werden
<input type="checkbox"/> sofortiges Aufsuchen medizinischer Hilfe seitens der Erziehungsberechtigten	<input type="checkbox"/> bürokratische Hindernisse bei der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt
<input type="checkbox"/> mangelnde Erfahrung im Umgang mit Misshandlung und Vernachlässigung	<input type="checkbox"/> keine effektiven Interventionen durch das Jugendamt zu erwarten
<input type="checkbox"/> Angst um die eigene Sicherheit (z.B. bei gewaltbereiten Erziehungsberechtigten)	<input type="checkbox"/> eigene Arbeit mit der Familie ist nachhaltiger als Interventionen des Jugendamtes
<input type="checkbox"/> Meldung an das Jugendamt würde die Situation für das Kind nicht verbessern	<input type="checkbox"/> Angst, die Familie als Patienten und damit das Kind aus dem Auge zu verlieren
<input type="checkbox"/> Jugendamt ist bereits in Kontakt mit der Familie	<input type="checkbox"/> Zeitmangel in der Praxis
<input type="checkbox"/> kurzfristiges Follow-Up in der eigenen Praxis geplant oder Überweisung an Kollegen	<input type="checkbox"/> andere:

Bitte wenden!

© H. Wißmann, S. Müller, M. Peters, 2017

E Welche Gründe spielten für Ihre Entscheidung für eine Meldung eine Rolle? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> vorherige Verdachtsmomente	<input type="checkbox"/> bekannte Interventionen durch das Jugendamt
<input type="checkbox"/> Erklärungen der Erziehungsberechtigten stimmen nicht mit Art oder Ausmaß der Verletzungen überein	<input type="checkbox"/> für Misshandlung bzw. Vernachlässigung typische Verletzungsmuster bzw. Zustände
<input type="checkbox"/> Ausschluss anderer Differentialdiagnosen	<input type="checkbox"/> verzögertes Aufsuchen medizinischer Hilfe seitens der Erziehungsberechtigten
<input type="checkbox"/> andere:	

F Bei einem konkreten Verdachtsfall von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung... (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> beobachte ich in der Regel zunächst die weitere Entwicklung.
<input type="checkbox"/> spreche ich in der Regel mit den Erziehungsberechtigten über meinen Verdacht.
<input type="checkbox"/> versuche ich in der Regel, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Hilfen hinzuwirken.
<input type="checkbox"/> melde ich meinen Verdacht grundsätzlich an Jugendamt oder Polizei.

G Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Ich finde es häufig schwierig, Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung sicher zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>				
Ärzte sollten im Verdachtsfall das weitere Vorgehen mit Kollegen abstimmen.	<input type="checkbox"/>				
Verdachtsfälle sollten im Sinne des Kindeswohls grundsätzlich durch erfahrene externe Experten evaluiert werden.	<input type="checkbox"/>				
Es sollte mehr Fortbildungsangebote zum Thema Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung geben.	<input type="checkbox"/>				
Bei einer Meldung anonym bleiben zu können, ist für mich entscheidend.	<input type="checkbox"/>				
Meine bisherigen Erfahrungen haben Einfluss auf meine zukünftige Meldung von Verdachtsfällen.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir eine engere Kooperation und besseren Austausch mit dem Jugendamt.	<input type="checkbox"/>				
Ich kann im Verdachtsfall einer Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung eine pseudoanonymisierte Beratung durch das Jugendamt erhalten.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich moralisch verpflichtet, einen Verdachtsfall auf Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung an das Jugendamt zu melden.	<input type="checkbox"/>				
In den von mir gemeldeten Fällen profitieren die Kinder von den durch das Jugendamt eingeleiteten Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>				
Mir sind die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Meldung von Verdachtsfällen (Bundskinderschutzgesetz von 2012) bekannt.	<input type="checkbox"/>				
Eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von konkreten Verdachtsfällen an das Jugendamt ist im Sinne des Kindeswohls sinnvoll und notwendig, um eine größtmögliche Zahl von Kindern identifizieren und schützen zu können.	<input type="checkbox"/>				
Eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von konkreten Verdachtsfällen an das Jugendamt wäre hilfreich und entlastend für Ärztinnen und Ärzte, da mitunter schwierige Abwägungen und Gewissenskonflikte reduziert würden.	<input type="checkbox"/>				

2. Fragebogen (englisch)

This questionnaire surveys how often you registered cases of suspected child abuse and neglect in your practice as well as your usual procedures concerning these suspicious cases. This study focuses specifically on physical and psychological forms of child abuse and neglect. Please note that child sexual abuse is **not** addressed in this survey.

Physical abuse includes but is not limited to external violence such as hits, blows, stabs, shakes, burns, scalds and non-accidental poisoning. **Psychological abuse** includes but is not limited to actions or omissions by parents or caregivers that frightens, overburdens, gives a feeling of worthlessness, or impairs the emotional development of children. **Physical and psychological neglect** often occur together, especially with young children. Children are neglected if their fundamental needs are not met, such as if they are insufficiently fed, cared for, challenged, provided with health care, supervised and/or protected from danger by their parents or caregivers, or if they receive too little emotional care.

Guideline of the German Society for Social Pediatrics and Youth Medicine: Child Abuse and Neglect (09/2008)

A Please indicate in which Berlin administrative district your practice is located.

<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> Pankow	<input type="checkbox"/> Friedrichshain-Kreuzberg
<input type="checkbox"/> Charlottenburg-Wilmersdorf	<input type="checkbox"/> Steglitz-Zehlendorf	<input type="checkbox"/> Tempelhof-Schöneberg
<input type="checkbox"/> Treptow-Köpenick	<input type="checkbox"/> Lichtenberg	<input type="checkbox"/> Marzahn-Hellersdorf
<input type="checkbox"/> Spandau	<input type="checkbox"/> Neukölln	<input type="checkbox"/> Reinickendorf

B Please provide the required figures by filling in the corresponding fields of the table.

2016 **2017**

How often did you suspect child abuse and neglect cases in 2016 and 2017?		
How many suspicious cases of child abuse and neglect did you report to the CPS in 2016 and 2017?		
How many suspicious cases of child abuse and neglect did you report to the police in 2016 and 2017?		
How often did you receive feedback on your reports to the CPS in 2016 and 2017 regarding the substantiation of reported cases or the further procedure?		

C Please provide the age groups in which these suspicious cases predominantly occurred. *(multiple answers possible)*

< 1 year
 1-4 years
 5-9 years
 10-14 years
 > 14 years

D Please provide the reasons which applied to your decision against reporting. *(multiple answers possible)*

<input type="checkbox"/> Fear of reporting a false allegation	<input type="checkbox"/> Parents are personal friends or acquaintances
<input type="checkbox"/> Uncertainty of the diagnosis of CAN	<input type="checkbox"/> Injuries may have occurred for ethnical or religious reasons
<input type="checkbox"/> Convinced of a singular event or a one-off incidence	<input type="checkbox"/> Fear of having to give testimony in court proceedings
<input type="checkbox"/> Parents sought medical treatment immediately after the incident	<input type="checkbox"/> Administrative barriers in contacting CPS
<input type="checkbox"/> Lack of experience in diagnosis or dealing with cases of CAN	<input type="checkbox"/> Interventions of CPS are insufficient
<input type="checkbox"/> Concerns for one's own safety	<input type="checkbox"/> One's own work is more effective than that of CPS
<input type="checkbox"/> Reports to CPS does not improve the child's situation	<input type="checkbox"/> Fear of losing the child and the family as patients
<input type="checkbox"/> CPS is already in contact with the family	<input type="checkbox"/> Lack of time
<input type="checkbox"/> Planned short-term follow-up or referral to colleagues	<input type="checkbox"/> Other reasons:

Please turn over!

© H. Wißmann, S. Müller, M. Peters, 2017

E Please provide the reasons which applied to your decision for reporting. *(multiple answers possible)*

<input type="checkbox"/> Earlier suspicions continue to cause concern	<input type="checkbox"/> Already known interventions of CPS in the case
<input type="checkbox"/> Explanations are inconsistent with the pattern of injuries	<input type="checkbox"/> Typical injury patterns
<input type="checkbox"/> Exclusion of other differential diagnosis	<input type="checkbox"/> Parents were slow to seek medical treatment after the incident
<input type="checkbox"/> Other reasons:	

F Please provide your usual procedure in cases of suspected child abuse or neglect. *(multiple answers possible)*

<input type="checkbox"/> I initially observe how the situation develops before taking any further steps.
<input type="checkbox"/> It is normal practice for me to inform parents of any suspicions.
<input type="checkbox"/> I try to encourage parents to accept low-threshold support services.
<input type="checkbox"/> I generally report suspicious cases to the authorities.

G Please provide your level of agreement to the following statements.

	I totally agree	I slightly agree	I am unsure	I slightly disagree	I totally disagree
I frequently have difficulties in reliably detecting cases of child abuse and neglect.	<input type="checkbox"/>				
In suspicious cases of child abuse and neglect, a consultation with colleagues to discuss further actions is helpful.	<input type="checkbox"/>				
In the best interests of the child, suspicious cases of child abuse and neglect should usually be evaluated by external experts.	<input type="checkbox"/>				
There should be more relevant training on the issue of child abuse and neglect.	<input type="checkbox"/>				
It is important for me to be able to report suspicions of child abuse and neglect anonymously to the CPS or the police.	<input type="checkbox"/>				
My previous experiences have influences on my future actions when reporting cases where child abuse and neglect are suspected.	<input type="checkbox"/>				
I would like closer cooperation and a better exchange with the CPS.	<input type="checkbox"/>				
In cases where I suspect child abuse and neglect, I may receive pseudonymized counseling from the CPS.	<input type="checkbox"/>				
I have a moral duty to report suspicious cases of child abuse and neglect to the CPS.	<input type="checkbox"/>				
In cases that I have reported, the children benefitted from the measures taken by the CPS.	<input type="checkbox"/>				
I am aware of the current legal regulations on reporting suspicious cases of child abuse and neglect (German Federal Child Protection Act, 2012).	<input type="checkbox"/>				
Mandatory reporting for cases of suspected child abuse and neglect is useful and necessary in the best interests of the child in order to be able both to recognize and protect as many children as possible.	<input type="checkbox"/>				
Mandatory reporting for cases of suspected child abuse and neglect would be helpful and a relief for doctors as it reduces or removes the need for difficult decisions and considerations, as well as removing moral conflicts.	<input type="checkbox"/>				

3. Kodierschema

Innerhalb von Block B des Fragebogens wurden durchgestrichene Felder im Sinnzusammenhang mit dem Wert 0 kodiert. Bei zusammengefassten Angaben für die Jahre 2016 und 2017 wie z. B. „ca. 5“ oder „3-4“ wurden symmetrisch aufgeteilte Werte kodiert, also pro Jahr z. B. 2,5 oder 1,75. Wurden für ein Jahr keinerlei Eintragungen gemacht, so wurden alle zugehörigen Werte als fehlend kodiert.

Wurden für ein Jahr keine Verdachtsfälle angegeben („0“ oder durchgestrichenes Antwortfeld), so wurde für die weiteren Felder des jeweiligen Jahres (Meldungen an das Jugendamt, Meldungen an die Polizei und Rückmeldungen zu gemeldeten Fällen) im Sinnzusammenhang ebenfalls der Wert 0 kodiert, auch wenn nicht alle diese Felder ausgefüllt wurden.

Wurde für ein Jahr eine Anzahl von Verdachtsfällen >0 angegeben, jedoch keine Eintragungen in den weiteren Feldern des zugehörigen Jahres vorgenommen, so wurden die zugehörigen Werte als fehlend kodiert. In der Annahme, diese weiteren Felder wurden einfach freigelassen, anstatt wiederholt eine „0“ einzutragen, wurde jeweils in einer zusätzlichen „Maximal-Variable“ als großzügige Interpretation der Wert 0 kodiert. Etwaige Einflüsse des vorhandenen Interpretationsraumes auf spätere Analysen sollten so im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse erkannt werden.

Wurden für ein Jahr keine Meldungen an das Jugendamt angegeben („0“ oder durchgestrichenes Antwortfeld), so wurde für die Anzahl der Rückmeldungen durch das Jugendamt im Sinnzusammenhang ebenfalls der Wert 0 kodiert, auch wenn dieses Feld nicht ausgefüllt wurde. Vereinzelt fehlende Eintragungen wurden als fehlende Werte kodiert, wenn in Block B generell Angaben gemacht wurden und sich im Sinnzusammenhang kein anderer Wert herleiten ließ. In der Annahme, die genannten Felder wurden einfach freigelassen, anstatt wiederholt eine „0“ einzutragen, wurde in der jeweiligen „Maximal-Variable“ als großzügige Interpretation der Wert 0 kodiert.

Textantworten wie „alle“ oder „immer“ wurden mit den entsprechenden Zahlenwerten kodiert, sofern sich diese aus vorherigen Eintragungen im Sinnzusammenhang herleiten ließen. Bei Textantworten wie „nicht tätig gewesen“ wurden fehlende Werte für das jeweilige Jahr kodiert. Eintragungen wie „ <5 “ (im Vergleich zum Wert des Vorjahres) wurden mit dem nächst kleineren Wert, also z. B. 4, kodiert.

Wurde für ein Jahr eine Anzahl von Rückmeldungen durch das Jugendamt >0 angegeben, so wurde dieser Wert auch für die Anzahl der Meldungen an das Jugendamt kodiert, falls hier keine Eintragungen vorgenommen wurden. Wurde eine Anzahl von Meldungen an Jugendamt oder Polizei angegeben, die die Zahl der Verdachtsfälle übersteigt, so wurde ein entsprechend reduzierter Wert kodiert. Wurde eine Anzahl von Rückmeldungen durch das Jugendamt angegeben, die die Zahl der Meldungen an das Jugendamt übersteigt, so wurde ein entsprechend reduzierter Wert kodiert.

Wurde für ein Jahr keine Anzahl der Verdachtsfälle angegeben, jedoch der Wert 0 in den weiteren Feldern, so wurde für alle Felder des jeweiligen Jahres ein fehlender Wert kodiert. In der Annahme, die Eintragung im entsprechenden Feld sei vergessen worden, wurde in den jeweiligen „Maximal-Variablen“ für das gesamte Jahr als großzügige Interpretation der Wert 0 kodiert.

Die Abfrage in Block B erfolgte getrennt für die Jahre 2016 und 2017, um die Erhebung für die Teilnehmer übersichtlicher und einfacher zu gestalten. Die Auswertung erfolgte zusammengefasst für den abgefragten Zweijahreszeitraum. Dazu wurde eine Summenbildung über die entsprechenden Variablen sowie die zugehörigen „Maximal-Variablen“ durchgeführt. Fehlten einzelne Werte für ein Jahr, wurden diese für die Summenbildung mit dem Wert 0 kodiert. Fehlten die Werte für beide Jahre, so wurde auch für die Summe ein fehlender Wert kodiert.

Die Teilnehmer wurden in Abhängigkeit ihres individuellen Verhältnisses von angegebenen Verdachtsfällen und Meldungen manuell zu verschiedenen Kategorien des Meldeverhaltens für die Jahre 2016 und 2017 zugeordnet. Wurden keine Verdachtsfälle angegeben, so wurde dies mit dem Wert 1 kodiert. Wurden Verdachtsfälle ohne eine einzige folgende Meldung angegeben, so wurde dies mit dem Wert 2 kodiert. Wurden Verdachtsfälle angegeben, die in ihrer Anzahl nicht vollständig gemeldet wurden, erfolgte eine Kodierung mit dem Wert 3. Wurden Verdachtsfälle angegeben, deren volle Anzahl auch gemeldet wurde, so wurde der Wert 4 kodiert. Wurden zwar Verdachtsfälle angegeben, aber es blieb unbekannt, ob Meldungen erfolgten oder nicht, so wurde der Wert 5 kodiert. Erfolgt in Block B keine verwertbaren Eintragungen, so wurde der Wert 6 kodiert.

Im Rahmen der oben beschriebenen Summenbildung für eine zusammengefasste Auswertung der Antworten für die Jahre 2016 und 2017 erfolgte auch die Zusammenfassung der Kategorien des Meldeverhaltens der Jahre 2016 und 2017 zu einer Variablen für beide Jahre.

Wurde für nur ein Jahr keine Angabe zum Meldeverhalten gemacht (Wert 6), so wurde für das Meldeverhalten beider Jahre zusammen der jeweils andere Wert (Werte 1-5) kodiert. Konnte in beiden Jahren derselbe Wert im Meldeverhalten kodiert werden, so wurde dieser auch zusammengefasst für beide Jahre kodiert. Wenn in nur einem Jahr keine Fälle angegeben wurden (Wert 1), so wurde für beide Jahre zusammen der jeweils andere Wert (Werte 2-5) kodiert. Wurde für nur ein Jahr keine Angabe zum Meldeverhalten bei vorhandenen Verdachtsfällen gemacht (Wert 5), so wurde für beide Jahre zusammen der jeweils andere Wert (Werte 2-4) angenommen und kodiert; wenn im jeweils anderen Jahr jedoch keine Verdachtsfälle angegeben wurden (Wert 1), dann wurde für beide Jahre zusammen der Wert 5 kodiert. Wenn für das Meldeverhalten in den Jahren 2016 und 2017 jeweils verschiedene Werte zwischen 2 und 4 kodiert wurden, dann wurde für beide Jahre zusammen der Wert 3 kodiert.

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Henning Wißmann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema *„Meldeverhalten von Berliner Kinderärztinnen und Kinderärzten im Verdachtsfall von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Eine empirische Studie mit medizinethischer Diskussion“ / „Reporting behavior of Berlin pediatricians in suspicious cases of child abuse and neglect. An empirical study and ethical discussion“* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Teile dieser Dissertation sind im Rahmen einer Hausarbeit mit dem Thema *„Rechtliche Regelungen im Verdachtsfall der Kindesmisshandlung: Eine medizinethische Betrachtung“* unter der Betreuung von PD Dr. Sabine Müller entstanden.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autorinnen und Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Grafiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Henning Wißmann
Doktorand

Anteilerklärung

Ich, Henning Wißmann, erkläre nachfolgenden Beitrag zu der vorliegenden Publikation geleistet zu haben:

Wißmann H, Peters M, Müller S. *Physical or psychological child abuse and neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany*. Child Abuse & Neglect. 2019;98:104165.

Ich bin Erstautor der vorliegenden Publikation und war hauptverantwortlich für die Konzeption der beschriebenen Studie.

Wie im Methodenteil beschrieben, führte ich selbstständig eine umfassende Literaturrecherche durch. Ferner übernahm ich den Hauptanteil der Entwicklung des Fragebogens und unterstützte maßgeblich die Ausarbeitung des Ethikantrages durch PD Dr. Sabine Müller.

Ich legte eine Adressdatenbank aller in Berlin niedergelassenen hausärztlich tätigen Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater an und war allein für Produktion und Versand der Studienunterlagen (Personalisiertes Anschreiben, Fragebogen, vorfrankierter Rücksendeumschlag) sowie der Unterlagen zur Erinnerung an die Studienteilnahme (Personalisiertes Anschreiben, Fragebogen, Rücksendeumschlag) verantwortlich.

Darüber hinaus war ich allein für die Datenerhebung sowie die deskriptive und analytische statistische Auswertung, wie im Methodenteil beschrieben, verantwortlich und entwickelte allein ein ausführliches Kodierschema für die standardisierte Auswertung nicht eindeutiger Teilnehmerantworten und deren Übertragung in eine SPSS-Matrix.

Ich war hauptverantwortlich für die Konzeption und das Verfassen des Manuskriptes der vorliegenden Publikation und erstellte alle publizierten Tabellen und Abbildungen. Im Review-Prozess übernahm ich die Korrespondenz mit Editor und Reviewern und führte hauptverantwortlich die Major-Revision des Manuskriptes durch.

Henning Wißmann
Doktorand

Auszug aus der Journal Summary List

Die Fachzeitschrift „Child Abuse & Neglect“ befand sich im Jahr 2017 innerhalb der Kategorie „Psychology, Social“ auf Rang 9 von 64 und damit im 1. Quartil (Q1) der gelisteten Fachzeitschriften des Fachgebiets. Bei einem Journal Impact Factor von 2,899 und einem Eigenfactor Score von 0,010880 erfüllt es damit die Anforderungen an ein sogenanntes Top-Journal, eine international führende Fachzeitschrift mit Peer Review.

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2017** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **“PSYCHOLOGY, SOCIAL”** Selected Category
 Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 64 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY REVIEW	5,766	9.281	0.006530
2	Advances in Experimental Social Psychology	5,133	8.800	0.003330
3	Social Issues and Policy Review	356	6.143	0.001240
4	JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY	69,595	5.733	0.028850
5	European Review of Social Psychology	809	3.750	0.001440
6	EUROPEAN JOURNAL OF PERSONALITY	2,935	3.494	0.005600
7	JOURNAL OF PERSONALITY	7,894	3.483	0.006870
8	BASIC AND APPLIED SOCIAL PSYCHOLOGY	1,904	3.426	0.002740
X 9	CHILD ABUSE & NEGLECT	10,133	2.899	0.010880
10	JOURNAL OF EXPERIMENTAL SOCIAL PSYCHOLOGY	11,145	2.870	0.017240
11	LAW AND HUMAN BEHAVIOR	3,231	2.867	0.004460
12	JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY	6,599	2.850	0.007520
13	POLITICAL PSYCHOLOGY	3,523	2.782	0.006390
14	Cyberpsychology Behavior and Social Networking	3,403	2.689	0.008190
15	Social Psychological and Personality Science	2,242	2.633	0.010430
16	JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR	7,952	2.617	0.003580
17	PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY BULLETIN	15,591	2.498	0.014160
18	SOCIAL PSYCHOLOGY QUARTERLY	3,206	2.341	0.001660
19	JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT	6,944	2.339	0.004360

Druckexemplar der ausgewählten Publikation

Wißmann H, Peters M, Müller S. *Physical or psychological child abuse and neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany*. Child Abuse & Neglect. 2019;98:104165.

This article was published in Child Abuse & Neglect, Vol. 98, Wißmann H, Peters M, Müller S, *Physical or psychological child abuse and neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany*, 104165, Copyright Elsevier (2019). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104165>

Lebenslauf

Henning Wißmann

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Vollständige Publikationsliste

1. Wißmann H, Peters M, Müller S. *Physical or psychological child abuse and neglect: Experiences, reporting behavior and positions toward mandatory reporting of pediatricians in Berlin, Germany*. Child Abuse & Neglect. 2019;98:104165. Epub 2019 October 15. Journal Impact Factor: 2,899 (2017).

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Privatdozentin Dr. Sabine Müller, meiner Erstbetreuerin und Doktormutter, für ihre Offenheit und Bereitschaft zur gemeinsamen Entwicklung meines Promotionsthemas, ihre stets engagierte, kompetente und herzliche Betreuung und die vielen inspirierenden Diskussionen während der Entstehung meiner Dissertation danken.

Weiterhin möchte ich meinem Zweitbetreuer Dr. Mike Peters für seine juristisch versierte Beratung, seine stets engagierte Unterstützung und die vielen hilfreichen Anregungen in allen Phasen des Entstehungsprozesses meiner Dissertation danken.

Danke an Dr. Sophie K. Piper und Klaus Lenz vom Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin für ihre geduldige statistische Beratung in der Planung, Durchführung und Auswertung dieser Arbeit.

Danke an Professor Michael Tsokos für seine initiale fachliche Beratung und die Vermittlung an Dr. Mike Peters zur Zweitbetreuung dieser Arbeit.

Danke an Claire Plant für ihre engagierten sprachlichen Korrekturen der Publikation.

Danke an meinen Bruder Dr. Alexander Wißmann und Bettina Fitz für ihre moralische Unterstützung, sprachlichen Korrekturen und offenen Ohren während der Arbeit an dieser Dissertation.

Danke von ganzem Herzen an meine lieben Eltern, für ihre bedingungslose Unterstützung auf dem Weg zu meinem Wunschstudium, ihren moralischen Beistand in vielen Hoch- und Tiefphasen und ihre guten und ehrlichen Ratschläge bei allen wichtigen Entscheidungen.

Abschließend möchte ich allen teilnehmenden Berliner Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern für ihre Zeit und Mühe bei der Beantwortung unseres Fragebogens und ihr damit verbundenes Interesse und ihren Beitrag zum Kinderschutz danken.