

3 Methoden

Um eine hohe Anzahl von Berliner Haus- und KinderärztInnen erreichen zu können, wurde eine quantitative schriftliche Befragung mit einem standardisierten Fragebogen als Feldzugang gewählt.

Im Folgenden werden die Stichprobe, das verwendete Erhebungsinstrument, der Studienablauf und die Auswertung der Daten näher beschrieben.

1.1 Stichprobe

Die KV Berlin stellte im Dezember 2003 eine Liste aller in Berlin niedergelassenen haus- und kinderärztlich tätigen ÄrztInnen zur Verfügung. Diese nennt insgesamt 326 KinderärztInnen und 2523 HausärztInnen, darunter 1064 AllgemeinmedizinerInnen, 780 InternistInnen, 411 ÄrztInnen ohne weitere Gebietsbezeichnung und 268 praktische ÄrztInnen. Abgesehen von der Untergruppe der InternistInnen sind in allen Gruppen und Untergruppen mehr Frauen als Männer vertreten:

	Frauen	Männer	Gesamt
PädiaterInnen	211	115	326
AllgemeinmedizinerInnen	613	451	1064
InternistInnen	334	446	780
ÄrztInnen ohne Gebietsbezeichnung	232	179	411
Praktische ÄrztInnen	140	128	268
Gesamt	1530	1319	2849

Abbildung 1: Berliner ÄrztInnen nach Geschlecht und Fachbezeichnung

Um bei vertretbarem Aufwand einen möglichst umfassenden Einblick in die Berliner Versorgungslandschaft zu erhalten und die Gruppen der Kinder- und HausärztInnen miteinander vergleichen zu können, wurden alle 326 Berliner KinderärztInnen und genau so viele HausärztInnen in die Untersuchung einbezogen. 13% der Berliner HausärztInnen (n=326) wurden durch Randomisierung zufällig aus der 2523 HausärztInnen umfassenden Gesamtgruppe ausgewählt. Diese Stichprobe setzte sich folgendermaßen zusammen:

	Frauen	Männer	Gesamt
AllgemeinmedizinerInnen	88	46	134
InternistInnen	50	52	102
ÄrztInnen ohne Gebietsbezeichnung	35	20	55
Praktische ÄrztInnen	18	17	35
Gesamt	191	135	326

Abbildung 2: Stichprobe der HausärztInnen nach Geschlecht und Fachbezeichnung

Erhebungsinstrument

3.1.1 In der Literatur verwendete Erhebungsinstrumente

Für die Untersuchung des kinder- oder hausärztlichen Umgangs mit minderjährigen Gewaltopfern liegt bisher kein validierter Fragebogen vor. Anregungen für die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes lieferten Fragebögen aus Untersuchungen zum Umgang von KinderärztInnen mit Kindesmisshandlungen in Bayern () und in Berlin ().

Kopecky-Wenzel et al. verschickten 1999 einen zweiseitigen Fragebogen an alle 684 niedergelassenen KinderärztInnen sowie Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Bayern, an die ein Jahr zuvor ein schriftlicher Leitfaden zum Umgang mit Kindesmisshandlungen verteilt worden war. Da 5% der Teilnehmenden in Telefoninterviews noch einmal sehr ausführlich nachbefragt wurden, konnten bei der schriftlichen Erhebung klar eingegrenzte Schwerpunkte gesetzt werden: sie bestanden in einer Einschätzung der Häufigkeit von Gewaltfällen und einer Evaluation des vorher verschickten schriftlichen Leitfadens zum Umgang mit Kindesmisshandlungen. Daneben wurden Einstellungen der ÄrztInnen zu dem Gewaltthema, ihre empfundene Kompetenz, Kooperationsbereitschaft und -zufriedenheit sowie Fortbildungswünsche bezüglich ihres Umgangs mit Gewaltopfern untersucht.

Die Anzahl der in Praxen wahrgenommenen Kindesmisshandlungen und die Verteilung dieser Fälle auf verschiedene Gewaltformen werden in der vorliegenden Studie mit ähnlichen Formulierungen wie in der bayerischen Untersuchung erfragt. Mit der Evaluation einer bereits erfolgten Intervention und der Beschreibung von Untergruppen innerhalb einer Berufsgruppe auf Grund individueller Merkmale setzte die bayerische Studie andere Schwerpunkte als die vorliegende Befragung. Unser Fokus liegt auf dem Erkennen von möglichen Fällen durch Kinder- und HausärztInnen, ihrem weiteren

Umgang mit der betroffenen Familie, der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und auf dem Vergleich zwischen den beiden Berufsgruppen.

2002 befragte Rückert alle 26 im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg niedergelassenen PädiaterInnen mit einem 10seitigen schriftlichen Fragebogen zu ihrem Umgang mit minderjährigen Opfern von körperlicher Gewalt. Durch die Beschränkung auf eine Berufsgruppe und einen Bezirk sowie eine Gewaltform konnte in dieser Untersuchung sehr detailliert nach dem Erkennen einer körperlichen Gewaltanwendung, dem weiteren Umgang und der Zusammenarbeit mit lokalen Einrichtungen gefragt werden. Aus dem Fragebogen dieser Studie wurden Anregungen übernommen und an den weiteren Gewaltbegriff sowie die inhomogene Studienpopulation unserer Untersuchung angepasst.

3.1.2 Vorliegendes Erhebungsinstrument

Wie in der Studie von Kopecky-Wenzel et al.. wurde in der vorliegenden Untersuchung der in Kapitel 1.1.2 beschriebene und in der deutschen und internationalen Literatur gebräuchliche sehr weite Gewaltbegriff verwendet, der körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und sexuellen Missbrauch umfasst. Um für die vorliegende Untersuchung eine klare Definition zu erzielen, wurden jedem Begriff auf dem Fragebogen Beispiele beigefügt. Ausgenommen wurde davon lediglich der im allgemeinen Sprachgebrauch eindeutig belegte Begriff des sexuellen Missbrauchs.

Die Übernahme der Gewaltdefinition von der bisher größten deutschen Studie zum ärztlichen Umgang mit Kindesmisshandlungen bot den Vorteil, die Ergebnisse der beiden Untersuchungen, besonders die erhobenen Fallzahlen, leichter vergleichen zu können.

Als Erhebungsinstrument wurde ein vierseitiger Fragebogen (s. Anhang) zu folgenden Themen entwickelt:

3.1.2.1 Angaben zur Person (Fragen 1-8)

Als offene Fragen wurden die ÄrztInnen nach Alter, Niederlassungsdauer, Praxisstandort und dem prozentualen Anteil von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren, 7

und 14 sowie 15 und 18 Jahren an ihrer Gesamtpatientenzahl befragt. Mit dem letztgenannten Item sollte die Annahme überprüft werden, dass HausärztInnen eher ältere Kinder und Jugendliche behandeln, während bei KinderärztInnen der Schwerpunkt auf kleineren Kindern liegt. Bei den Fragen nach Geschlecht, Gebietsbezeichnung, Praxisgröße und eigenen Kindern waren jeweils Antwortkategorien vorgegeben. Als Gebietsbezeichnung standen „Hausarzt/ -ärztin“ und „PädiaterIn“ zur Auswahl, wobei die Angabe „Hausarzt/ -ärztin“ noch weiter in die Unterpunkte „AllgemeinmedizinerIn“, „Arzt/ Ärztin ohne Gebietsbezeichnung“, „InternistIn“ und „Praktischer Arzt/ Ärztin“ aufgeschlüsselt wurde. Die Praxisgröße wurde anhand der durchschnittlichen Scheinzahl pro Quartal in Schritten von je 500 Scheinen erfasst.

3.1.2.2 Anzahl der Fälle von Kindesmisshandlung in der Praxis im Jahr 2003 (Frage 9)

Die ÄrztInnen wurden gesondert für jede der vier Gewaltformen „starke emotionale Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung“, „starke körperliche Vernachlässigung“, „körperliche Misshandlung“ und „sexueller Missbrauch“ nach der Anzahl der im Jahr 2003 in der Praxis beobachteten Fälle gefragt. Für jede der vier Gewaltformen erfolgte darüber hinaus die getrennte Erfassung der Kinder, bei denen die ÄrztInnen sich sicher waren, dass eine Misshandlung vorlag, von Kindern, bei denen sie eine Misshandlung lediglich vermuteten. Insgesamt wurden also acht Zahlenangaben erfragt. Diese Aufschlüsselung sollte Rückschlüsse ermöglichen, wie ÄrztInnen ihre eigene Diagnosesicherheit einschätzten und in welcher Verteilung sie die verschiedenen Gewaltformen wahrnahmen.

3.1.2.3 Umgang mit Kindesmisshandlungen: Erkennen von möglichen Fällen (Frage 10) und weiteres Vorgehen (Fragen 11-15)

Im Folgenden wurde untersucht, was die Befragten auf mögliche Fälle von Kindesmisshandlung aufmerksam machte und wie sie weiter damit umgingen. Bei diesen Fragen wurden jeweils Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die die ÄrztInnen mit „eher ja“ oder „eher nein“ als zutreffend oder unzutreffend beurteilen sollten. Unter „Sonstiges“ bestand zudem die Möglichkeit, im Freitext eigene Antworten zu

formulieren.

Nach einer Frage zur ärztlichen Diagnose von Kindesmisshandlungen wurde das weitere Vorgehen der ÄrztInnen erfasst, wenn sie eine Misshandlung vermuteten oder davon wussten. Als Antwortalternativen standen zurückhaltende Vorgehensweisen wie abwartendes Beobachten oder eine ausführliche Dokumentation und aktive Verhaltensweisen (direktes Ansprechen gegenüber der Familie oder Einbeziehen von Außenstehenden wie Personen aus dem Umfeld der Kinder, ärztlichen KollegInnen oder Institutionen des Kinderschutzes) zur Verfügung. Daraufhin wurden Gründe, die einem aktiven Vorgehen im Weg standen, untersucht: Zum Einen wurden die ÄrztInnen gefragt, aus welchen Gründen sie in der Vergangenheit einen Misshandlungsverdacht der Familie gegenüber nicht angesprochen hatten. Zum Anderen wurde erfasst, ob sie schon einmal schlechte Erfahrungen damit gemacht hatten, bei einem Misshandlungsverdacht einzugreifen. Eine Ergänzungsfrage nannte mögliche Gründe für derartige als ungünstig bewertete Erfahrungen, die sich vor allem auf die Zusammenarbeit mit Kinderschutzeinrichtungen bezogen.

3.1.2.4 Bisherige Zusammenarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes (Frage 16)

Mit dem „Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes (ASPD)“, dem „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)“, „Erziehungs- und Familienberatungsstellen“, „Krisendiensten“ und dem „Referat ‚Delikte am Menschen‘ des LKA“ wurden fünf mögliche Kooperationspartner aufgelistet. Die ÄrztInnen sollten mit „ja“ und „nein“ beantworten, ob ihnen die Einrichtungen bekannt waren, sie schon Kontakt mit ihnen gehabt hatten und sie diesen Kontakt als hilfreich erlebt hatten. Auch hier konnten unter „Sonstiges“ weitere Einrichtungen in einer Freizeile genannt werden.

3.1.2.5 Aktueller Wissensstand: Informationsstand zur rechtlichen Situation (Frage 17) und bisherige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (Frage 18)

Fragen nach ausreichender Information zu ihrer rechtlichen Situation im Umgang mit Kindesmisshandlungen und nach bisheriger Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Diagnose und Fallmanagement von Kindesmisshandlungen sollten die ÄrztInnen ebenfalls mit „ja“ oder „nein“ beantworten.

3.1.2.6 Verbesserungswünsche (Frage 19)

Abschließend wurden die ÄrztInnen befragt, welche Bedeutung sie sieben verschiedenen Verbesserungsvorschlägen zumaßen. Vier abgestufte Antwortmöglichkeiten von „sehr wichtig“ über „eher wichtig“ und „eher unwichtig“ bis zu „unwichtig“ standen jeweils zur Verfügung.

Der Fragebogen wurde bezüglich seiner Praktikabilität einem Pretest durch fünf in Berlin niedergelassene HausärztInnen, einen in Kassel niedergelassenen Kinderarzt und eine ambulante Münchner Kinderärztin unterzogen. Die Kommentare dieser ÄrztInnen regten die Aufnahme weiterer Antwortmöglichkeiten an und führten zu einer eindeutigeren und verständlicheren Itemformulierung.

Ablauf der Untersuchung

Anfang Januar 2004 wurden die Fragebögen über das Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin an alle 652 ausgewählten ÄrztInnen postalisch verschickt. Dem vierseitigen Fragebogen lag ein namentliches Anschreiben bei, das den ÄrztInnen kurz die Ziele der Studie vorstellte, um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens per Fax innerhalb von drei Wochen bat und eine vertrauliche Auswertung der Daten zusicherte.

Die Faxantwort wurde aus folgenden Gründen ausgewählt: Einerseits hätten 652 frankierte Antwortumschläge und Identifikationskarten die Kosten der Studie nahezu verdoppelt. Zum Anderen nahmen wir an, dass das meist durch die Sprechstundenhilfe durchgeführte Versenden des Faxes für den Arzt/ die Ärztin einen geringeren zeitlichen Aufwand bedeuten würde als das Versenden eines Briefes und so die Antwortbereitschaft gesteigert werden könnte. Neben der Faxnummer wurde im Anschreiben auch eine Postadresse für die Rücksendung angegeben.

Nach Ablauf der Frist erfolgte eine telefonische Nacherhebung, was in der Literatur als effektive Methode zur Rücklaufsteigerung beschrieben wird (,). Die Telefonnummern der ÄrztInnen wurden mit Hilfe der Homepage der KV Berlin ermittelt (<http://www.kvberlin.de>). Falls dort keine Telefonnummer gefunden wurde schloss sich ein weiterer Versuch über das online Telefonbuch der deutschen Telekom an (<http://www.datelefonbuch.de>).

Die zurückgesandten ausgefüllten Fragebögen wurden fortlaufend nummeriert und damit jedem Fragebogen eine Identifikationsnummer zugewiesen.

Auswertung

Die in den Fragebögen erhobenen Daten wurden in eine Access-Datenbank eingegeben. Dabei wurden alle Bögen berücksichtigt, auf denen mindestens die Angaben zur Person und die Frage nach den Fallzahlen im Jahr 2003 beantwortet waren. Jedes Item, also jede Frage bzw. Unterfrage, entsprach in der Datenbank einer Variablen, alle Antwortmöglichkeiten sowie fehlende Angaben (missing data) wurden numerisch codiert. Die Variablen mit ihren Codierungen wurden in einem Codeplan festgehalten.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Superior Performing Software Systems) für Windows, Version 11.0.