

Angaben zur Person:

1. **Ihr Alter:** Jahre
2. **Ihr Geschlecht:**
 weiblich männlich
3. **Ihre Gebietsbezeichnung:**
 Hausarzt/ -ärztin mit folgender Fachbezeichnung:
 AllgemeinmedizinerIn
 Arzt/ Ärztin ohne Gebietsbezeichnung
 InternistIn
 Praktischer Arzt/ Ärztin
 PädiaterIn
4. **Ihre Niederlassungsdauer** insgesamt:
 Jahre
5. **Praxisgröße:** durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal (bei Gemeinschaftspraxis bitte pro Arzt/ Ärztin):
 Bis 500 Scheine
 500 – 1000 Scheine
 1000 – 1500 Scheine
 ab 1500 Scheine
6. Bei HausärztInnen:
 Welchen Anteil Ihrer PatientInnen machen Kinder folgender Altersgruppen ungefähr aus (in % Ihrer Gesamtpatientenzahl):
- | | |
|---------------|-----|
| 0 – 6 Jahre | Ca. |
| 7 – 14 Jahre | Ca. |
| 15 – 18 Jahre | Ca. |
7. In welchem Stadtbezirk von Berlin sind Sie niedergelassen?

8. Haben Sie selbst Kinder?
 Ja Nein

Fragen zum Thema „Kindesmisshandlung“:

9. Wie viele Fälle von Kindesmisshandlung im untenstehenden Sinn haben Sie im vergangenen Jahr 2003 ungefähr in Ihrer Praxis gesehen? (in absoluten Zahlen)

	Sicher	Vermutet
Starke emotionale Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung (z. B. Isolierung oder Demütigung)		
Starke körperliche Vernachlässigung (z. B. starke Verschmutzung oder Unterernährung)		
Körperliche Misshandlung (z. B. Schlagen, Verbrennen oder Schütteln)		
Sexueller Missbrauch		

10. Was macht Sie auf mögliche Fälle von Kindesmisshandlung aufmerksam? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

Eher ja	Eher nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperliche Untersuchungsbefunde der Kinder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verhaltensauffälligkeiten der Kinder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meine Kenntnis des Familienumfeldes durch Hausbesuche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bemerkungen der Kinder im Gespräch mit mir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gespräche mit den Eltern in der Praxis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interaktion der Eltern mit ihren Kindern in der Praxis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinweise aus dem Umfeld der Kinder (z. B. LehrerInnen, NachbarInnen...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beobachtungen des Praxispersonals

Sonstiges: _____

11. Wie gehen Sie weiter vor, wenn Sie **vermuten**, dass ein Kind zu Hause misshandelt wird? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

Eher ja	Eher nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich beobachte die weitere Entwicklung aufmerksam, um später zu entscheiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich dokumentiere die Befunde wegen der möglichen juristischen Relevanz besonders ausführlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spreche meine Wahrnehmung (des körperlichen/ psychischen Befundes des Kindes oder der Interaktion zwischen Eltern und Kind) dem Kind gegenüber an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spreche meine Wahrnehmung (des körperlichen/ psychischen Befundes des Kindes oder der Interaktion zwischen Eltern und Kind) den Eltern gegenüber an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich überweise an andere niedergelassene FachkollegInnen (z. B. PädiaterInnen oder Kinder- und JugendpsychiaterInnen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich überweise auch bei leichteren Verletzungen ins Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Kontakt zu dem Umfeld des Kindes (z.B. KindergärtnerInnen, LehrerInnen des Kindes) auf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich verweise die Eltern an eine Institution, die ich für zuständig halte (z. B. Jugendamt, Beratungsstellen etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich informiere eine Institution, die ich für zuständig halte, in Absprache mit den Eltern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich informiere eine Institution, die ich für zuständig halte, ohne Absprache mit den Eltern

Sonstiges: _____

12. Wie gehen Sie weiter vor, wenn Sie **wissen**, dass ein Kind zu Hause misshandelt wird? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

Eher ja	Eher nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich beobachte die weitere Entwicklung aufmerksam, um später zu entscheiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich dokumentiere die Befunde wegen der möglichen juristischen Relevanz besonders ausführlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spreche meine Wahrnehmung (des körperlichen/ psychischen Befundes des Kindes oder der Interaktion zwischen Eltern und Kind) dem Kind gegenüber an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich spreche meine Wahrnehmung (des körperlichen/ psychischen Befundes des Kindes oder der Interaktion zwischen Eltern und Kind) den Eltern gegenüber an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich überweise an andere niedergelassene FachkollegInnen (z. B. PädiaterInnen oder Kinder- und JugendpsychiaterInnen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich überweise auch bei leichteren Verletzungen ins Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich nehme Kontakt zu dem Umfeld des Kindes (z.B. KindergärtnerInnen, LehrerInnen des Kindes) auf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich verweise die Eltern an eine Institution, die ich für zuständig halte (Jugendamt, Beratungsstellen etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich informiere eine Institution, die ich für zuständig halte, in Absprache mit den Eltern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich informiere eine Institution, die ich für zuständig halte, ohne Absprache mit den Eltern

Sonstiges: _____

13. Wenn Sie sich in der Vergangenheit entschieden haben, einen solchen Verdacht nicht anzusprechen, welcher Grund/ welche Gründe lagen dann vor? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

Eher ja	Eher nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich wollte keine Verdächtigungen ohne Beweise aussprechen, um nicht das Vertrauen der Familie zu verlieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich hatte die Befürchtung, durch eine falsche Verdächtigung auch andere PatientInnen zu verlieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich hatte Angst vor juristischen Konsequenzen bei einer falschen Verdächtigung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich sah es nicht als meine Aufgabe an, in das Privatleben von Familien einzugreifen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich war beim Erkennen der Misshandlung unsicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich wusste nicht, auf welche Weise ich das Thema ansprechen sollte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich war mir über das weitere Vorgehen im Unklaren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich hatte im Praxisalltag zu wenig Zeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich hatte Sprachprobleme bei ausländischen Familien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich hatte das Gefühl durch mein Ansprechen wenig erreichen zu können

Sonstiges: _____

14. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal schlechte Erfahrungen damit gemacht, bei einem Misshandlungsverdacht einzugreifen?

Ja Nein

15. Wenn ja, welche Aussagen beschreiben dann den Grund/ die Gründe dafür? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

Eher ja	Eher nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es stellte sich heraus, dass ich mit meinem Verdacht falsch lag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Familie hat den Kontakt mit mir abgebrochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine Institution hat mir in der Situation weitergeholfen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Zuständigkeiten der beteiligten Institutionen waren schlecht geklärt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe über den weiteren Verlauf keine Rückmeldung von den beteiligten Institutionen bekommen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich fand die Maßnahmen der beteiligten Institutionen unangemessen

Sonstiges: _____

16. Welche der folgenden Berliner Einrichtungen kennen Sie, mit welchen haben Sie bereits Kontakt gehabt und war dieser Kontakt hilfreich? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

	Bekannt?		Kontakt gehabt?		Hilfreich?	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Allgemeiner Sozialpädagogischer Dienst des Jugendamtes (ASPD)	<input type="checkbox"/>					
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	<input type="checkbox"/>					
Erziehungs- und Familienberatungsstellen (z. B. von Bezirksamtern oder kirchlichen Trägern, Frauenhäuser, Selbsthilfegruppen usw.)	<input type="checkbox"/>					
Krisendienste (z. B. Kindernotdienste oder Kinderschutzzentren)	<input type="checkbox"/>					
Referat „Delikte am Menschen“ des LKA	<input type="checkbox"/>					

Sonstiges: _____

17. Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Ihre rechtliche Situation, wenn Sie bei einem Misshandlungsverdacht bei einem Ihrer minderjährigen PatientInnen einschreiten wollen?

Ja Nein

18. Haben Sie schon einmal an einer Fortbildung zur Diagnose oder zum Fallmanagement von Kindesmisshandlungen teilgenommen?

Ja Nein

19. Welche Veränderungen würden Sie sich wünschen, um als Arzt/ Ärztin in Zukunft misshandelten Kindern besser helfen zu können? (bitte in jeder Zeile ankreuzen)

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Bessere Vorbereitung auf das Thema in Aus- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompaktes, anwendungs-bezogenes Informationsmaterial für ÄrztInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besseres Fortbildungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Kooperation mit pädagogischen Einrichtungen wie Schulen und Kindergärten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessere Erreichbarkeit der Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrale Hotline für Einzelfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallkonferenzen mit den beteiligten Kooperationspartnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!