

Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin

Detection of Child Abuse by Paediatrician- and General Practitioners in Berlin – A Survey of the Awareness of Physicians of Cases with Violence Against Children and Adolescents

Zusammenfassung

Einleitung: In den letzten Jahren nimmt die öffentliche, wie auch die ärztliche Sensibilisierung gegenüber dem Thema „Gewalt gegen Kinder“ stetig zu. Die vorliegende Studie beschreibt die Wahrnehmung von Berliner Kinder- und Hausärzten bezüglich Kindesmisshandlung in der eigenen Praxis. **Methoden:** Mit Unterstützung der KV Berlin wurden alle niedergelassenen Kinderärzte Berlins (n = 326) und 13% der in Berlin tätigen Hausärzte (n = 326) bezüglich ihres Umgangs mit kindlichen Gewaltfällen befragt. Die Auswahl der Hausärzte erfolgte durch eine Zufallsstichprobe. **Ergebnisse:** Insgesamt beantworteten 40% der Kinderärzte (n = 123) und 20% der Hausärzte (n = 64) den Fragebogen. Von mindestens einem Fall von Kindesmisshandlung berichteten 83% der Kinderärzte gegenüber 53% der Hausärzte für das Jahr 2003. In beiden Arztgruppen überwog die Zahl der bemerkten emotionalen Misshandlung vor Fällen von körperlicher Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch. Die Bedeutung des kindlichen Verhaltens und der körperlichen Untersuchung war für das Erkennen von Misshandlungsfällen in beiden Gruppen wichtig. **Diskussion:** Trotz des geringen Rücklaufs verdeutlicht die Befragung die Bedeutung von emotionalen aber auch anderen Formen der Kindesmisshandlung in der Primärversorgung.

Schlüsselwörter

Kindesmisshandlung · Identifikation · Kinderärzte · Hausärzte · Fortbildung

Abstract

Background: The public and medical awareness towards violence against children and adolescents increased in the last years. The present study describes the experience of paediatric and general practitioners concerning child abuse in Berlin. **Methods:** All paediatric practitioners (n = 326) and 13% of general practitioners (n = 326) of Berlin were asked about their individual approach regarding observed cases of suspect child abuse in their practice. General Practitioners were selected through randomisation. **Result:** 40% of the paediatricians (n = 123) and 20% of the general practitioners (n = 64) responded to the questionnaire. 83% of the paediatricians and 53% of the general practitioners had seen at least one case of child abuse in the year 2003. Suspected emotional abuse was reported most frequently from both groups followed by physical abuse, physical disregard and sexual abuse. The behaviour of children and adolescents was of major importance to identify suspected cases for all physicians. **Conclusion:** The results indicate the importance of emotional abuse and other types of child abuse in primary care, regardless of the low response rate.

Key words

Child abuse · identification · paediatric practitioners · general practitioners · education

Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christoph Heintze, MPH · Institut für Allgemeinmedizin · Charité Universitätsmedizin Berlin · Campus Charité Mitte · Schumannstraße 20/21 · 10117 Berlin · E-mail: christoph.heintze@charite.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 396–401 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-942148
ISSN 0014-3362/51

Einleitung

Die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema „Gewalt gegen Kinder“ hat in den letzten Jahren zugenommen, da neben den unmittelbar körperlichen und psychischen Folgen zunehmend auch die langfristigen Folgen für betroffene Kinder und Jugendliche wahrgenommen werden. Es liegen allerdings wenige deutschsprachige Untersuchungen vor, die Auskunft über die Häufigkeit und den ärztlichen Umgang mit diesem Themenkomplex geben. In einer Befragung von 471 bayerischen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Pädiatern gaben 70% der Befragten an, im Verlauf eines Jahres mindestens einen Fall von Kindesmisshandlung in der eigenen Praxis gesehen zu haben [1]. Lewenz zeigte nach einer zweijährigen Beobachtung von Hamburger Kinderärzten, dass im Durchschnitt alle drei Wochen ein Fall von seelischer Beeinträchtigung, alle 12 Wochen ein Fall von körperlicher Misshandlung und alle 16 Wochen ein Fall von sexuellem Missbrauch bemerkt wurde [2].

Insgesamt ist davon auszugehen, dass niedergelassene Kinderärzte und in einem geringeren Maße Hausärzte wichtig bei der Früherkennung von Kindesmisshandlungen in der ambulanten Versorgung sind. Aufgrund der Bedeutung von Diagnostik und deren therapeutischen Konsequenzen [3] stellt die Früherkennung bei Gewalt gegen Kinder eine Herausforderung für niedergelassene Ärzte dar.

Über den Stellenwert von Kindesmisshandlungen in Berlin gibt die Kriminalstatistik der Stadt Auskunft: Von den 3 388 000 Einwohnern Berlins waren im Jahr 2003 insgesamt 15,6% unter 18 Jahre alt [4]. Die Kriminalstatistik erfasste für das Jahr 2003 lediglich 528 Fälle von körperlicher Kindesmisshandlung, 974 Fälle von sexuellem Missbrauch und 10 371 Ermittlungsverfahren mit der Kennzeichnung „Häusliche Gewalt“ [5]. Bundesweit wird die Dunkelziffer für Kindesmisshandlung höher eingeschätzt, als in den offiziellen Zahlen der Kriminalstatistiken ausgeführt [6, 7].

Die vorliegende Studie beschreibt die Einschätzung von Berliner Kinder- und Hausärzten bezüglich der wahrgenommenen Gewaltformen von Kindesmisshandlung in der eigenen Praxis für das Kalenderjahr 2003.

Methoden

Datenerhebung

Mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin konnten alle in Berlin tätigen niedergelassenen Kinderärzte ($n = 326$) und Hausärzte ($n = 2523$) erfasst werden. Die durchschnittliche Niederlassungsdauer der 326 Berliner Kinderärzte lag bei 12 Jahren, während sie bei den 2523 Hausärzten (Allgemeinärzte $n = 1064$, hausärztliche Internisten $n = 780$, sonstige Ärzte $n = 679$) bei 11 Jahren lag.

Alle Berliner Kinderärzte und die gleiche Zahl von Hausärzten der Stadt sollten an der Befragung teilnehmen. Daher wurden von allen in Berlin tätigen Hausärzten durch Randomisierung 13% ($n = 326$) für die Befragung ausgewählt. Damit konnten 652 Berliner Ärzte im Januar 2004 angeschrieben werden. Neben der Faxnummer war im Anschreiben die Postadresse des Insti-

tuts für Allgemeinmedizin (Campus Charité Mitte) für die Rücksendung angegeben. Zur Rücklaufsteigerung [8, 9] folgte bei fehlender Antwort eine telefonische Erinnerung der Kollegen.

Erhebungsinstrument

Für die Untersuchung des kinder- oder hausärztlichen Umgangs mit minderjährigen Gewaltopfern liegt bisher kein deutschsprachiger validierter Fragebogen vor. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ein vierseitiger Fragebogen entwickelt, der neben Informationen zum Praxisprofil des befragten Arztes/Ärztin Angaben zu registrierten Fällen von Gewalt gegen Kindern bezogen auf das Kalenderjahres 2003 enthielt. Zusätzlich waren die Erfahrungen mit bestehenden Einrichtungen bei Misshandlungsverdacht von Interesse. Neben Fragen (z. B. „Wie wurden Sie auf Kindesmisshandlung aufmerksam?“) mit strukturierten Antwortoptionen wurden geschlossene Fragen („Haben Sie einmal an einer Fortbildung zum Fallmanagement von Kindesmisshandlungen teilgenommen?“) und Likert-Skalen zur Einschätzung vorhandener Kooperationsstrukturen abgefragt. Eine Überarbeitung des Fragebogens erfolgte nach einem Pilottest mit einer kleinen Gruppe von Hausärzten.

Für die Befragung wurde ein breiter Gewaltbegriff angewandt, der direkte körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und sexuellen Missbrauch einschloss. Damit folgte die Erhebung einem weit gefasstem Gewaltbegriff, der insbesondere in Deutschland sehr verbreitet ist [10]. Auf häusliche Gewalt wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, obwohl diese nicht grundsätzlich von Kindesmisshandlung abzugrenzen ist.

Datenauswertung

Nach Anonymisierung der erhaltenen Fragebogen erfolgte die numerisch codierte Eingabe der Antworten in eine Access-Datenbank. Fragebogen fanden Berücksichtigung, soweit die Ärzte Angaben zur eigenen Person und zu Fallzahlen von kindlichen Misshandlungsfällen machten. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Version 11.

Ergebnisse

Es wurden 652 ÄrztInnen angeschrieben, von denen 25 nicht zu erreichen waren, da sie entweder nicht mehr praktizierten oder sich im Mutterschutz befanden. Von den 626 verbleibenden Ärzten schickten 40% der Kinderärzte ($n = 123$) und 20% der Hausärzte ($n = 64$) Antwortbögen an die Studienleitung zurück. Von den 187 ausgefüllten Fragebogen betrug der Anteil von antwortenden Ärztinnen 68% ($n = 128$).

Durchschnittlich waren die Kinderärzte 12 Jahre und die Hausärzte 10,7 Jahre in eigener Praxis tätig. Die Niederlassungsdauer der antwortenden Kinder- und Hausärzte zeigte im Vergleich mit den Angaben der KV Berlin keine Unterschiede in beiden Arztgruppen.

Ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Bezogen auf die Ärzte mit beobachteten Misshandlungsfällen gaben 24,3% ($n = 30$) der Kinderärzte und 76,5% ($n = 49$) der Hausärzte eine Schätzung bezüglich der betreuten Altersgrup-

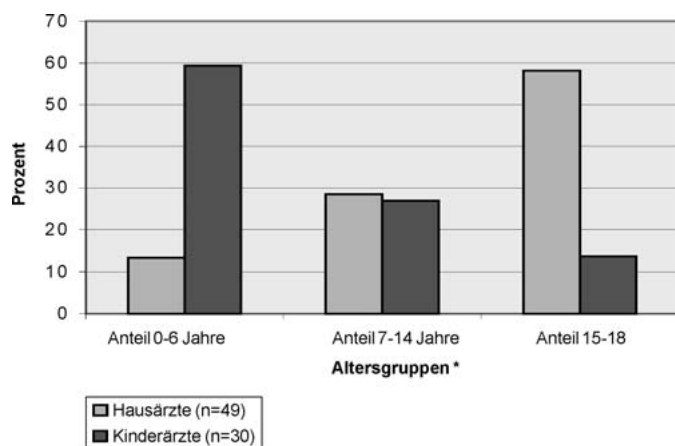


Abb. 1 Durchschnittlicher Anteil von Kindern/ Jugendlichen in Kinderarzt- und Hausarztpraxen im Jahr 2003.

* keine Angaben n = 108

pen ab. Bei den Kinderärzten bildeten die Null- bis Sechsjährigen die größte Gruppe. Die Altersverteilung minderjähriger Patienten in Hausarztpraxen unterschied sich von den befragten Kinderärzten: Hausärzte hatten mit Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren den häufigsten Kontakt (s. Abb. 1). Bezogen auf die Gesamtzahl aller Patienten betrug bei den Hausärzten der Anteil der betreuten Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt 16%.

Kindesmisshandlung in der Praxis

102 von 123 (83%) der antwortenden Kinderärzte gaben an, im Jahr 2003 mindestens einen Fall von Kindesmisshandlung gesehen zu haben. Demgegenüber berichteten 34 der 64 (53%) antwortenden Hausärzte kindliche Gewaltfälle in der eigenen Praxis bemerkt zu haben.

102 Kinderärzte berichteten über 1666 Fälle und 34 Hausärzte über 131 Fälle von Kindesmisshandlungen in der Praxis für das Jahr 2003. Damit gaben Kinderärzte mit 16,3 wahrgenommenen Gewaltfällen pro Arzt mehr Fälle an als Hausärzte, die durchschnittlich 3,8 Fälle pro Arzt aufwiesen.

Bezogen auf die Gesamtzahl aller 1797 registrierten Misshandlungsformen machte emotionale Misshandlung mit 47,3% (856 Fälle) den größten Anteil der Gewaltformen aus, gefolgt von 30,8% körperlicher Vernachlässigung (554 Fälle), 11% körperlicher Misshandlung (205 Fälle) und 10,1% sexuellem Missbrauch (182 Fälle). Sichere oder vermutete Fälle von körperlicher Vernachlässigung äußerten Kinderärzte mit 12,9% häufiger als Hausärzte (3,7%). Fälle von sexuellem Missbrauch wurden von Kinderärzten mit 8,6% seltener angegeben, als von Hausärzten (16,7%).

Erwartungsgemäß wurde in beiden Arztgruppen mit 71% häufiger von vermuteten (1282 Fälle) als von gesicherten Misshandlungsfällen in der Praxisprechstunde berichtet (Tab. 1).

Erkennen von Kindesmisshandlung

Die 102 Kinderärzte, die vermutete oder sichere Misshandlungsfälle für das Jahr 2003 benannten, machten weitergehende Angaben, welche Auffälligkeiten auf Misshandlungen bei Kindern und Jugendlichen hinwiesen. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (93%), die körperliche Untersuchung (91%) und die Interaktion der Eltern mit ihren Kindern in der Praxis (89%) waren be-

Tab. 1 Eigenangaben zu Fällen von Gewalt gegen Kinder für das Jahr 2003 bezogen auf Gewaltform bei Kinderärzten (n = 102) und Hausärzten (n = 34)

Fälle von Gewalt gegen Kinder	Nennungen bei Kinderärzten Anteil in Prozent (n = 102)	Nennung bei Hausärzten Anteil in Prozent (n = 34)
sichere emotionale Misshandlung	17,4% (n = 290)	17,7% (n = 22)
vermutete emotionale Misshandlung	29,2% (n = 488)	42,7% (n = 56)
emotionale Misshandlung gesamt	46,6% (n = 778)	59,4% (n = 78)
sichere körperl. Vernachlässigung	3% (n = 51)	1,5% (n = 2)
vermutete körperl. Vernachlässigung	8,9% (n = 149)	2,2% (n = 3)
körperl. Vernachlässigung gesamt	12,9% (n = 200)	3,7% (n = 5)
sichere körperl. Misshandlung	9,9% (n = 166)	9,9% (n = 13)
vermutete körperl. Misshandlung	21,7% (n = 362)	9,9% (n = 13)
körperl. Misshandlung gesamt	31,6% (n = 528)	19,8% (n = 26)
sicherer sexueller Missbrauch	2,7% (n = 45)	6,1% (n = 8)
vermuteter sexueller Missbrauch	6,9% (n = 115)	10,6% (n = 14)
sexueller Missbrauch gesamt	8,6% (n = 160)	16,7% (n = 22)
Misshandlungsformen gesamt	100% (n = 1666)	100% (n = 131)

sonders wichtig. Hinweise des Praxispersonals (68%) und von Personen aus dem Umfeld des Kindes (49%) waren weniger bedeutsam. Seltener wurde das direkte Gespräch genannt, wobei Unterredungen mit den Eltern (42%) eine höhere Bedeutung beigemessen wurde als Bemerkungen der Kinder (34%). Hausbesuche waren nur für einige Kinderärzte (26%) als diagnostische Hilfe wichtig.

Für die 34 Hausärzte mit Misshandlungsfällen war das Verhalten des Kindes (88%) ebenso maßgeblich im Erkennen möglicher Gewaltformen. Die Kenntnis des familiären Umfeldes durch Hausbesuche (56%) wurde signifikant häufiger genannt als bei den Kinderärzten. Die körperliche Untersuchung (67%) war bei den Hausärzten gegenüber den Kinderärzten dagegen von geringerer Bedeutung. Ebenso wurden Hinweise des Praxispersonals (50%), von Personen aus dem Umfeld der Kinder (49%) und Gespräche mit den Eltern (26%) von den Hausärzten seltener genannt als von den Kinderärzten.

Das Erkennen von Misshandlungsfällen bei Hausbesuchen zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen beiden Arztgruppen (s. Tab. 2).

Fortbildungsstand der Ärzte

Unabhängig von den wahrgenommenen Misshandlungsfällen in der eigenen Praxis äußerte die überwiegende Zahl der Ärzte (n = 187), dass sie sich ungenügend über die rechtliche Situation bei möglichem Misshandlungsverdacht informiert fühlten. Dabei nannten Hausärzte (81%) häufiger Informationslücken bezüglich der rechtlichen Situation als Kinderärzte (65%) (s. Abb. 2).

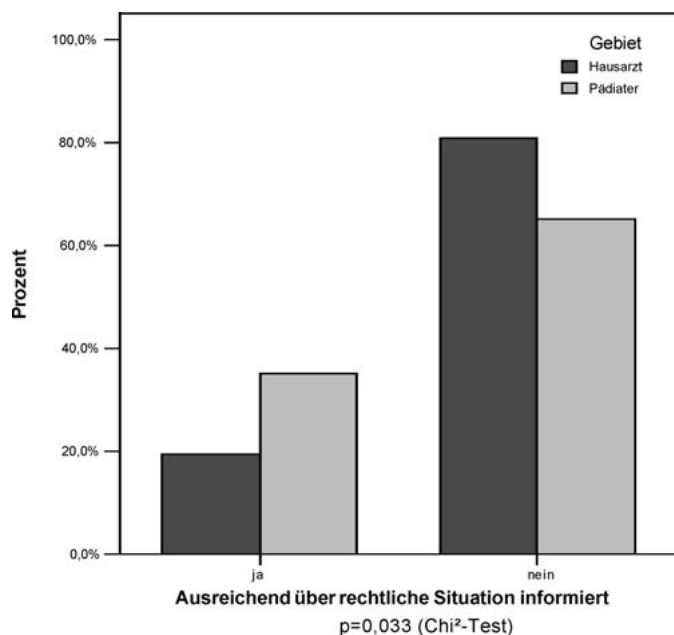


Abb. 2 Eigenangaben über das Vorliegen ausreichender Kenntnisse zur rechtlichen Situation gegenüber Kindern und Jugendlichen bei Misshandlungsverdacht.

Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Diagnose und Fallmanagement von Kindesmisshandlungen war in beiden Berufsgruppen und insbesondere bei den Hausärzten niedrig. So gaben 55% der Kinderärzte, aber nur 13% der Hausärzte an, in der Vergangenheit Fortbildungen zu diesem Thema besucht zu haben (Abb. 3).

Diskussion

Mit der vorliegenden quantitativen Befragung konnten Einblicke in die ärztliche Primärversorgung von minderjährigen Gewaltopfern in Berliner Arztpraxen gewonnen werden. Trotz der geringen Zahl von 30% zurückgeschickter Fragebogen ist der Rücklauf mit postalischen Befragungen im ambulanten Bereich vergleichbar. Die Neuerungen des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes wie die Praxisgebühr, aber auch die zunehmende Arbeitszeitver-

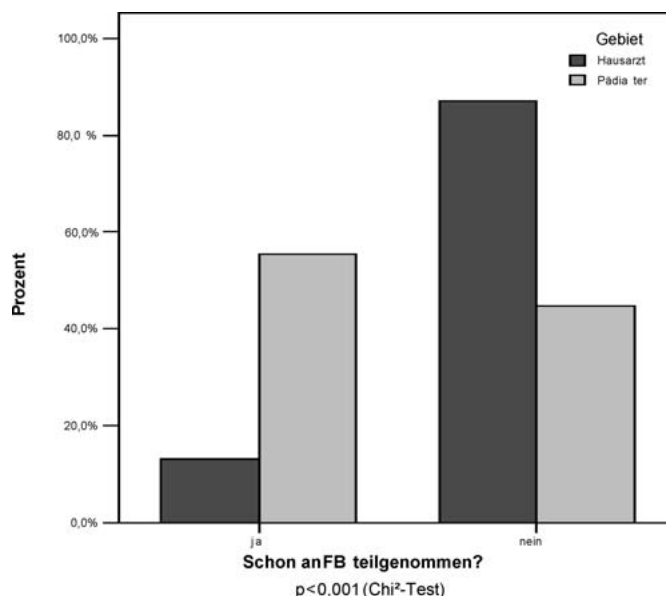


Abb. 3 Bisherige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Kindesmisshandlung von Pädiatern und Hausärzten.

dichtung der Ärzte können einen negativen Einfluss auf das Ausfüllen des Fragebogens gehabt haben. Die vergleichsweise niedrigere Antwortrate der Berliner Hausärzte (20%) weist zudem darauf hin, dass die Kollegen – anders als in ländlichen Regionen – wenige Kinder betreuen und sich möglicherweise nicht angesprochen fühlten. Ebenso ist möglich, dass der unterschiedliche Rücklauf auch auf den divergenten Sensibilisierungsgrad in beiden Arztgruppen hindeutet. Dennoch weisen die Ergebnisse auf die hohe Relevanz von Kindesmisshandlung in den Arztgruppen hin.

Kindesmisshandlung in der Primärversorgung

Die überwiegende Anzahl der antwortenden Kinderärzte (83%) und die Hälfte der Hausärzte (53%) berichten von mindestens einem Fall von Kindesmisshandlung für das Jahr 2003.

Auch wenn ein möglicher Recall Bias – also eine verstärkte Antwortrate insbesondere jener Kollegen mit kindlichen Misshand-

Tab. 2 Erkennung von Misshandlungsfällen bei Pädiatern und Hausärzten

Erkennen von möglichen Misshandlungsfällen bei Kindern und Jugendlichen:	Kinderärzte Anteil in Prozent (n = 102)	Hausärzte Anteil in Prozent (n = 34)	p-value
aufmerksam durch das kindliche Verhalten	93% (n = 95)	88% (n = 20)	*
aufmerksam durch die körperliche Untersuchung	91% (n = 93)	67% (n = 23)	*
aufmerksam durch die Interaktion zwischen Eltern und Kind	89% (n = 91)	76% (n = 26)	*
aufmerksam durch Hinweise des Praxispersonals	68% (n = 69)	50% (n = 17)	*
aufmerksam durch Hinweise aus dem Umfeld	49% (n = 50)	41% (n = 14)	*
aufmerksam durch Gespräche mit den Eltern	42% (n = 43)	26% (n = 9)	*
aufmerksam durch Bemerkung des Kindes	34% (n = 35)	44% (n = 15)	*
aufmerksam durch Hausbesuche	26% (n = 27)	56% (n = 19)	p < 0,01

* nicht signifikant

lungsfällen – nicht ausgeschlossen werden kann, scheint die Zahl an minderjährigen Misshandlungsopfern in den untersuchten Praxen bedeutsam zu sein. Erwartungsgemäß war die Zahl der registrierten Misshandlungsfälle bei den Kinderärzten höher als bei den Hausärzten.

Die Zahl der registrierten Fälle von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche wird wahrscheinlich unter 1797 Fällen (siehe Tab. 1) liegen, da nicht die Gesamtzahl der in der jeweiligen Praxis behandelten minderjährigen Gewaltopfer, sondern die Anzahl der sicheren und vermuteten Fälle für jede der vier Gewaltformen erfasst wurde.

In beiden Arztgruppen werden körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch weitaus seltener benannt, als Fälle von emotionaler Vernachlässigung. Dennoch erscheint die Anzahl der registrierten emotionalen Misshandlungsfälle bemerkenswert niedrig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die befragten Ärzte beim Ausfüllen des Fragebogens unterschiedliche Vorstellungen von „starker emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung (z.B. Isolierung oder Demütigung)“ haben können und der Bezug zum umfassenden Begriff der häuslichen Gewalt fließend ist. Die Ergebnisse decken sich mit einer Befragung von bayerischen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten, die ebenfalls emotionale Misshandlung vor körperlicher Vernachlässigung/Misshandlung und sexuellem Missbrauch benannten [1].

Der Bezug zu internationalen Studienergebnissen wird durch die heterogene Verwendung des Gewaltbegriffs gegenüber Kindern und Jugendlichen erschwert: Die im englischsprachigen Raum unter dem Begriff „child abuse“ vorliegenden Studien untersuchen überwiegend Gewaltformen, die sich auf körperliche Misshandlungen und sexuellen Missbrauch [11–14] beziehen und sind dadurch nicht unmittelbar auf die hier vorgelegten Ergebnisse übertragbar.

Übereinstimmend mit einer Befragung von Brandenburgischen Kinder- und Jugendärzten [15] weist auch diese Untersuchung auf die hohe Bedeutung emotionaler Gewalt im Kontext kindlicher Misshandlungserfahrung hin. Das ist insofern bemerkenswert, da deutschsprachige Empfehlungen zum Thema Kindesmissbrauch überwiegend Auskunft über Erkennung und Umgang von physischen und sexuellen Misshandlungsformen geben [1, 16], jedoch unzureichend emotionale Misshandlungsformen thematisieren.

Erkennen von Kindesmisshandlung

Übereinstimmend waren für beide Arztgruppen Veränderungen im Verhalten der Kinder richtungsweisend für das Erkennen von Gewaltfällen. Es erscheint daher sinnvoll, dass Leitfäden zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder insbesondere Verhaltensauffälligkeiten von Betroffenen thematisieren [17].

In dieser Befragung werden Unterschiede im Erkennen von Misshandlung in der Primärversorgung deutlich: Kinderärzte schätzten körperliche Untersuchungsbefunde, die Interaktion zwischen Eltern und Kind, Hinweise vom Praxispersonal und Gespräche mit den Eltern in der Praxis höher ein als Hausärzte. Andererseits maßen Hausärzte Bemerkungen der Kinder und vor

allem den Hausbesuchen eine höhere Bedeutung zu. Eine mögliche Ursache für die Unterschiede im Erkennen von Kindesmisshandlung kann in der Altersstruktur der betreuten Kinder und Jugendlichen liegen. Da Kinderärzte vermehrt Kinder der Altersgruppe unter 14 Jahre betreuen (siehe Abb. 1), scheint die Begleitung durch Eltern nahe liegend, wodurch die Interaktion zwischen Eltern und Kindern und die körperliche Untersuchung für die ärztliche Anamnese an Bedeutung gewinnt. Hausärzte behandelten dagegen überwiegend Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren (siehe Abb. 1), so dass möglicherweise Bemerkungen der Patienten als richtungsweisender eingestuft wurden. Die geringere Bedeutung der körperlichen Untersuchung bei den Hausärzten kann demzufolge mit der selteneren Möglichkeit des Erkennens in dieser Altersgruppe zusammenhängen, kann aber auch durch fehlende klinische Erfahrung bedingt sein. Dass Hinweise des Praxispersonals für Hausärzte von geringerer Bedeutung waren, könnte ebenso an der geringeren Erfahrung des Praxispersonals liegen. Es verwundert dagegen nicht, dass Hausärzte durch Hausbesuche unmittelbare Einblicke in das familiäre Umfeld von Kindern und Jugendlichen erhalten, die auf Misshandlungsfälle aufmerksam machen können. Damit erscheint die Bedeutung des Hausbesuchs für das Erkennen von Misshandlungsfällen spezifisch für die hausärztliche Tätigkeit zu sein.

Rechtliche Situation und Qualifizierung

Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und betreuten Kindern und Jugendlichen wird juristisch durch die ärztliche Schweigepflicht vor Dritten geschützt. Im Gegensatz zu anderen Ländern wie den USA oder Australien, in denen eine ausdrückliche Meldepflicht schon bei Misshandlungsverdacht besteht [18], liegt in Deutschland die Entscheidung über ihr weiteres Vorgehen bei den betreuenden Ärzten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in der DDR bis 1989 eine gesetzliche Meldepflicht bestand, so dass eine Unsicherheit im rechtlichen Umgang insbesondere bei den ehemals in Ost-Berlin tätigen Ärzten möglich erscheint. Es überrascht nicht, dass sich nur 65% der Kinderärzte ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen informiert fühlten. Dass nur 55% an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben, weist auf ein fehlendes Angebot oder auf geringes Interesse der Ärzte hin. Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass juristische Implikationen beim Thema Kindesmisshandlung in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung kaum berücksichtigt sind.

Dass 81% der Hausärzte rechtliche Informationslücken benennen, aber nur 13% der befragten Kollegen an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Kindesmisshandlung teilgenommen haben, kann mit der geringen Relevanz zusammenhängen, die sie aufgrund der geringen Zahl von betreuten Kindern und Jugendlichen dem Thema beimessen.

Den direkten Nutzen von Fortbildungsangeboten zum Thema Kindesmisshandlung konnten Flaherty et al. 2000 unter amerikanischen Kinderärzten belegen: Ärzte, die bereits Fortbildungen besucht hatten, kooperierten nach dieser Studie 10-mal häufiger mit Kinderschutzinstitutionen als Kollegen, die an keiner diesbezüglichen Fortbildung teilgenommen hatten [19]. Es ist zu wünschen, dass zukünftig der Qualifizierungsbedarf zu dem Thema erkannt wird und konkrete Unterstützungsangebote an betreuende Ärzte entwickelt werden.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Berliner Kinderärzte und in einem geringeren Maße Berliner Hausärzte mit Fällen von Kindesmisshandlungen konfrontiert sind. Dabei werden am häufigsten emotionale Misshandlungsformen registriert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Bedarf an gezielten Fortbildungsmaßnahmen groß ist. Sie sollten, neben körperlicher Misshandlung und sexuellen Missbrauch, auch den Umgang mit Fällen von emotionaler Gewalt thematisieren.

Interessenskonflikte: keine.

Literatur

- ¹ Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Kinderärztliche Praxis* 2002; 63: 388–403
- ² Lewerenz U. Der Hamburger Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ – Erfahrungen bei der Entwicklung und Umsetzung. *Prävention* 1998; (3): 21
- ³ Frank R. Child abuse – diagnostic methods and therapy. *Diagnosis of neglect, deprivation and psychosocial short stature – therapeutic consequences.* *Fortschr Med* 1996; 6: 21–25
- ⁴ Statistisches Landesamt Berlin. Bevölkerungsstatistik. <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de> 2003
- ⁵ Anonymus. Bericht über die Kriminalität in Berlin. Berliner Senatsverwaltung für Inneres 2003
- ⁶ Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D. Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. *Forschungsbericht Nr. 80*, Hannover 1999
- ⁷ Lampe A. Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. *Z Psychosom Med Psychother* 2002; (48): 370–380
- ⁸ Friedrichs J. *Die Lehre von der Frage. Methoden der empirischen Sozialforschung.* Westdeutscher Verlag, Opladen 1990; 192–207
- ⁹ Edwards P, Roberts I, Clarke M. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 2002; 324: 1183–1193
- ¹⁰ Fegert J, Tiedke K, Frank R. *Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* Deutscher Ärzteverlag, Köln 2000
- ¹¹ Wissow L, Wilson M, Roter D. Family violence and the evaluation of behavioural concerns in a pediatric primary care clinic. *Med Care* 1992; 30: 150–165
- ¹² Flaherty E, Sege R, Mattson C. Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting. *Amb Ped* 2002; 2: 120–126
- ¹³ Haeringen A, Dadds M, Armstrong K. 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: 159–169
- ¹⁴ Badger L. Reporting of child abuse: influence of characteristics of physicians, practice, and community. *South Med J* 1989; 3: 281–286
- ¹⁵ Anonymus. 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: 265–270
- ¹⁶ Anonymus. Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern. *Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.* Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e.V., München 2001
- ¹⁷ Anonymus. *Gewalt gegen Kinder; Was ist zu tun? Ein Leitfaden für Berlin.* 1. Aufl. Techniker Krankenkasse 2002; 1–160
- ¹⁸ Kopecky-Wenzel M, Reinhard J. Medizinische und juristische Aspekte bei Kindesmisshandlung. *Gesundheitswesen* 1999; Sonderheft 1: 35–40
- ¹⁹ Flaherty E, Sege R, Binns H, et al. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine* 2000; 154: 489–493

Zur Person



Dr. med. Christoph Heintze, MPH
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für
Allgemeinmedizin der Charité, Universitätsmedizin
Berlin
Schwerpunkte: Prävention, Anthropologie und
Medizin, Qualitative Forschung, evidenzbasierte
Medizin und Lehre