

Zahnmedizinisch relevante Aspekte der Kinderschutzleitlinie

Reinhard Schilke

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde,
Direktor: Prof. Dr. W. Geurtsen

Formen und Häufigkeit von Kindesmisshandlung

Es werden 5 Formen der Kindesmisshandlung unterschieden:

- körperliche Misshandlung,
- sexuelle Misshandlung,
- psychische Misshandlung,
- Vernachlässigung und das
- Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

Im zahnmedizinischen Bereich sind jedoch lediglich die körperliche Misshandlung und die Vernachlässigung relevant

Entgegen der landläufigen Ansicht und der durch Presseberichte immer wieder dargestellten Fälle von sexueller oder körperlicher Misshandlung stellt Vernachlässigung die mit Abstand häufigste Form der Kindesmisshandlung dar. Schätzungen des Bundesfamilienministeriums aus dem Jahr 2007 gehen davon aus, dass zwischen 5 bis 10 % aller Kinder unter 6 Jahren, das entspricht etwa 500.000 Kinder, von Vernachlässigung betroffen waren oder sind. In etwa jedem 2. Fall, der durch Familiengerichte durch die Anrufung von Jugendämtern entschieden wird, ist Vernachlässigung das zentrale Gefährdungsmerkmal. Offizielle Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Kinder- und Jugendhilfe weisen in den vergangenen Jahren etwa 5.500 neue Fälle pro Jahr aus, bei denen Vernachlässigung als zentraler Anlass für die eingeleitete Schutzmaßnahme genannt wird. Etwa dreiviertel aller misshandelten Kinder sind jünger als 6 Jahre. Je jünger die Kinder sind, desto häufiger sind sie von Misshandlungen betroffenen.

Was ist Misshandlung und was ist Vernachlässigung?

Körperliche Misshandlung wird juristisch definiert als „ein übles, unangemessenes Behandeln, welches das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit nicht nur unerheblich beeinträchtigt“ [BGH, Urteil vom 3. 5. 1960, 1 StR 131/60 (LG Augsburg)]. In den meisten Fällen kommt es dabei zur Anwendung physischer Gewalt, wobei Zeitpunkt und Häufigkeit der Gewaltanwendung exakt angegeben werden können. Im Gegensatz dazu ist der Begriff *Vernachlässigung* für die Meisten weniger greifbar. Häufig bedient man sich folgender Definition: „Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen, welche zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv (wissentlich) oder passiv (unbewusst) aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige

und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen“ [1]. Vernachlässigung kann differenziert werden in körperliche und psychische Vernachlässigung. Welches fürsorgliche Handeln als ausreichend und welches als Vernachlässigung bewertet wird, ist von kulturellen Normen, familiären und gesellschaftlichen Einstellungen sowie gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig.

In der oben genannten Definition hebt sich Vernachlässigung unter anderem dadurch von körperlicher Misshandlung ab, indem gleich an zwei Stellen ein zeitlicher Bezug zu einem längeren Zeitraum hergestellt wird („ andauernde oder wiederholte Unterlassung“, „ chronische Unterversorgung“). Kariöse Läsionen entwickeln sich ebenfalls über einen längeren Zeitraum. Hinsichtlich der Kariesätiologie und Karietherapie besteht bei einer dentalen Vernachlässigung ein chronischer Zustand der Mangelversorgung hinsichtlich einer gesunden Ernährung, einer angemessenen Hygiene und/oder Gesundheitsversorgung, welcher sich in einer großen Anzahl oft unversorgter kariöser Läsionen darstellt.

Zusammenhang zwischen Karies und Vernachlässigung

In den letzten Jahren konnten mehrere nationale und internationale Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Prävalenz unversorgter kariöser Läsionen und Misshandlung oder Vernachlässigung bei Kindern nachweisen. Beispielsweise zeigten Greene et al. bei 3- bis 11-jährigen Kindern, dass diese im Gebiss der ersten Dentition 5,2 x häufiger unbehandelte kariöse Zahnflächen aufwiesen als altersentsprechende Kontrollen [2]. In einer weiteren Studie konnten sie zeigen, dass im Gebiss der 2. Dentition der Anteil unbehandelter kariöser Zähne sogar 8,0 x häufiger war [3]. In beiden Studien nahm das Risiko mit zunehmendem Alter des Kindes zu.

Dieses Wissen hatte vor der Entwicklung der Kinderschutzleitlinie bereits Eingang in Leitlinien der amerikanischen Kinder- und Kinderzahnärzte [4] sowie in Handlungsempfehlungen der britischen Kinderzahnärzte [5] gefunden.

Entwicklung der Kinderschutzleitlinie

Ende 2011 wurde im Abschlussbericht des Runden Tisches *Sexueller Kindesmissbrauch* die Entscheidung zur Entwicklung einer an verschiedene Berufsgruppen adressierten wissenschaftlichen Leitlinie zur Erkennung, Feststellung und Sicherung von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch sowie zum Schutz vor Reviktimisierung festgeschrieben. Diese Leitlinie sollte auf höchstem wissenschaftlichem Niveau entwickelt werden. Unter Federführung mehrerer pädiatrischer Fachgesellschaften waren ab 2015 insgesamt 82 Akteure unterschiedlichster Organisationen aus allen gesellschaftlichen Bereichen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten an ihrer Entwicklung beteiligt. Bei der Kinderschutzleitlinie handelt sich damit um die mit Abstand größte Leitliniengruppe und umfangreichste AWMF-Leitlinie, die bislang erstellt wurde [AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.].

Für die Zahnmedizin waren 5 wissenschaftliche Gruppierungen an diesem Verfahren beteiligt:

- Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. im Rahmen des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
- Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
- Interdisziplinärer Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Die Entwicklung der Handlungsempfehlungen erfolgte auf der Basis von Abfragen realer Fälle von Kindesmisshandlung bei den beteiligten Akteuren. Insgesamt wurden 476 reale Kinderschutzfälle beschrieben, aus denen durch das Leitlinienbüro 20 Fallvignetten gebildet wurden. Diese Fallvignetten stellten die Grundlage für die Generierung übergeordneter Fragestellungen und damit für die Formulierung von sogenannten PICO-Fragen dar [Patientengruppe (P), Intervention (I), Kontrollgruppe (C), Outcome (O)]. 144 PICO-Fragen konnten schließlich zu 33 Fragen zusammengefasst werden. Entsprechend der Zielsetzung der Leitlinie bezieht sich das Outcome aller PICO-Fragen auf das Erkennen, die Feststellung, die Beendigung der Kindeswohlgefährdung und den Schutz vor Reviktimisierung. Dieses verdeutlicht, dass Kinder und Jugendliche im Zentrum dieser Leitlinie stehen.

Die vom Leitlinienbüro formulierte PICO-Frage für den Themenkomplex Zahnärztliche Untersuchungen lautete:

Führt eine Vorstellung beim Zahnarzt zum Ausschluss von Karies, zum Ausschluss einer primären Grunderkrankung, die zur Karies führt, zur Feststellung von 4 und mehr kariösen Zähnen bei einem Kind von 0 - 3 Jahren oder älter mit Verdacht auf körperliche Vernachlässigung eher zur Feststellung der Diagnose körperliche Vernachlässigung als keine oder sporadische Vorstellung beim Zahnarzt?

Da in der ersten Version der Kinderschutzleitlinie eine vollständige Bearbeitung aller 33 Fragen nicht möglich war, wurde die Relevanz der einzelnen Fragen durch die Mandatsträger bewertet. 10 PICO-Fragen mit einer niedrigen Bewertung oder einem fehlenden Bezug zum medizinischen Kinderschutz konnten ausgeschlossen werden. Zwei Themenkomplexe wurden schließlich zu einem zusammengeführt, so dass letztlich 22 Themenblöcke in der im Februar 2019 veröffentlichten ersten Version der Leitlinie bearbeitet wurden. Die systematische Literaturrecherche und das in mehreren Stufen durchgeführte Konsentierungsverfahren resultierten in 109 Handlungsempfehlungen, 23 klinischen Konsensuspunkten und 2 Statements.

Unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html> sind die erarbeiteten Dokumente (Lang- und Kurzfassung der Leitlinie, Berichte und Kitteltaschenkarten) einsehbar.

Handlungsempfehlungen „Zahnärztliche Untersuchung - Dentale Vernachlässigung“

An das zahnärztliche Personal und Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe sind im engeren Sinn 5 Empfehlungen adressiert: zwei evidenzbasierte Handlungsempfehlungen (H), zwei klinische Konsenspunkte (K) und ein Statement (S).

- H Zahnärzte_innen sollen bei Kindern oder Jugendlichen mit Karies vor der Verdachtsdiagnose (dentale) Vernachlässigung und nach Ausschluss von Differentialdiagnosen für Zahnhartsubstanzdefekte mehrere Faktoren mit dem Kind oder dem_der Jugendliche_n und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:
- Beeinträchtigung durch die Karies,
 - Dauer und Ausprägung der Karies,
 - Kenntnis und Bewusstsein der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen in Bezug auf Mundgesundheit,
 - die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen,
 - Verfügbarkeiten der und Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung.

Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen.

Im Gegensatz zur Definition von Risikogruppen von Kindern mit hohem Kariesrisiko im Rahmen der gruppenprophylaktischen Reihenuntersuchungen [6] oder der Schwere frühkindlicher Karies [7] kann eine Anzahl kariöser Zähne, ab der eine Vernachlässigung vorliegt, nicht angegeben werden.

- S Wurden Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen über die Art und das Ausmaß der (kariösen) Erkrankungen ihres Kindes, den Nutzen einer Behandlung, die spezifischen Behandlungsoptionen und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen zur Abwendung von weiterführenden Schäden informiert und enthalten sie ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene vor, ist dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung.

- K Zahnärzte_innen sollen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach dem [Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz](#) (KKG) vorgehen.

Das KKG ist der 1. Artikel des [Bundeskinderschutzgesetzes](#). In § 4 des KKG wird konkret ein dreistufiges Vorgehen beschrieben, nach dem bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung agiert werden soll:

1. Es soll das Gespräch mit den Personensorgeberechtigten und Kindern/Jugendlichen gesucht werden. Dabei sollen die Befunde, Sorgen und Situation erörtern, die Ressourcen und Belastungen der Familie ermittelt, die Gefährdung eingeschätzt und auf eine Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden.
2. Lässt sich hierdurch der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung nicht ausräumen, hat das zahnärztliche Personal und haben Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe auch ohne Einwilligung Personensorgeberechtigten die Möglichkeit, sich von einer insoweit erfahrenen Fachkraft (= qualifizierte Fachkraft zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung) beraten zu lassen. Bei der Beratung sind die Daten des Kindes zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren. Dieses Vorgehen ist abgeleitet von § 8b SGB VIII *Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen*. Die insoweit erfahrenen Fachkräfte sind regional bzw. kommunal etabliert und über eine Internetsuche oder ein Telefonat mit dem Jugendamt oder dem kommunalen sozialen Dienst auffindbar. Zusätzlich besteht ein niederschwelliges bundesweites Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe über die sogenannte Medizinische Kinderschutzhotline Tel. 0800 19 210 00. Ein Austausch mit anderen Fachkräften (Kollegen_innen) kann erfolgen, sofern keine Daten des Kindes weitergegeben werden. Ziel eines solchen multiprofessionellen Vorgehens ist, Anhaltspunkte zu objektivieren, (Entwicklungs-)Prognosen zu erstellen und Einschätzungen sicher zu vermitteln.
3. Erst wenn eine Abwendung der Gefährdung ausscheidet, erfolglos ist oder eine akute Gefährdung des Kindes / Jugendlichen vorliegt sind die Berufsheimnisträger befugt (nicht verpflichtet) das Jugendamt zu informieren. Die Betroffenen sind auf die Mitteilung an das Jugendamt hinzuweisen, wenn dieses nicht zu einer Gefährdung des Kindes führt.

H Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sollten Zahnärzte_innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten.

Diese Empfehlung richtet sich an Zahnärzte_innen, Fachzahnärzte_innen und Fachärzte_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die an Krankenhäusern tätig sind.

K Jede orale Verletzung sollte genau dokumentiert werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollte dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Ärzte_innen oder/und Zahnärzte_innen sollten bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

Weitere Handlungsempfehlungen

Aber auch weitere Empfehlungen der Leitlinie sind an zahnärztliches Personal und Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe adressiert. Dabei sind insbesondere die folgenden Handlungsempfehlungen aus dem Themenbereich „Kooperation und Netzwerkarbeit“ relevant:

H Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollten im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. § 3 KKG).

In § 3 des KKG werden die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz beschrieben. In Absatz 2 dieses Paragraphen wird ausgeführt, dass „in das Netzwerk insbesondere Gesundheitsämter und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden“ sollen. Die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk soll, sofern das Landesrecht keine andere Regelung trifft, durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden (§ 3 Abs. 3 KKG).

H Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollte stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, sollte dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden. Training und Seminare sollten als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.

H Die Kooperationspartner aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollen Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren.

Faktoren einer guten Zusammenarbeit sind:

- gemeinsame träger- und professionsübergreifende Fortbildungen
- strukturelle Verankerung von Netzwerkarbeit (z.B. Arbeitskreise)
- unabhängige Koordinierungs- und Screeningstelle (Kinderschutzfachstelle sowohl für die Jugendhilfe als auch für das Gesundheitswesen)
- Transparenz im Handeln und in den Entscheidungsprozessen durch z.B. Rückmeldeschleifen
- klare Verantwortungsstrukturen
- Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen

Weitere für Zahnärzte relevante Empfehlungen, auf die in diesem Kontext nicht näher eingegangen werden kann, betreffen die Themenbereiche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, Screeningverfahren, emotionale Vernachlässigung und Misshandlung, Früherkennung von Unterstützung- und Hilfebedarfen,

Informationsaustausch psychisch belastete Eltern, Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern, Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme, Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, Hämatome und thermische Verletzungen, Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen, Differentialdiagnosen und Geschwisterkinder.

Bundeslandspezifische Gesetze zur Meldepflicht und das Bundeskinderschutzgesetz

Vor Inkrafttreten des als Artikelgesetz konzipierten [Bundeskinderschutzgesetzes](#) am 01.01.2012 war nur bei gewichtigen Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung eine unmittelbare Weitergabe von Patientendaten an das Jugendamt im Rahmen des „rechtfertigenden Notstandes“ nach § 34 StGB möglich. Aufgrund der möglichen Strafbarkeit wegen eines sogenannten Geheimnisverrats nach § 203 StGB wird bei Fällen nach [§ 4 KKG](#) den dort genannten Berufsgruppen, zu denen auch sinngemäß das zahnärztliche Behandlungsteam und die Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe zählen, eine Befugnisnorm (keine Verpflichtung) zur Weitergabe der erforderlichen Daten an das Jugendamt gegeben. Diese Befugnis zur Datenweitergabe an das Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Vernachlässigung, Misshandlung oder einen Missbrauch wird im [Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder](#) – (ThüFKG) vom 16. Dezember 2008 im § 10 Zusammenarbeit von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe explizit auch Zahnärzten_innen eingeräumt.

In einigen Bundesländern existieren Landesgesetze, die zumeist vor 2012 entstanden sind und anschließend nur in wenigen Paragraphen leicht geändert wurden, deren Inhalt im Widerspruch zu dem in § 4 KKG beschriebenen Vorgehen steht. So werden Ärzte/Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst zum Beispiel in

Bayern: [Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung \(Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz\)](#) – GDVG vom 24. Juli 2003 zuletzt geändert am 26. März 2019
Artikel 14 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Absatz 3

Berlin: [Landesrecht Berlin Gesundheitshilfe Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst](#) – GDG vom 25. Mai 2006 zuletzt geändert am 17. Juni 2016
§ 8 Gesundheitshilfe, Absatz 3

Mecklenburg-Vorpommern: [Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern](#) - ÖGDG M-V vom 19. Juli 1994 zuletzt geändert am 16. Mai 2018
§ 15b Förderung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; Absatz 7

Rheinland-Pfalz: [Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit](#) - (LKindSchuG) vom 7. März 2008 zuletzt geändert am 19.12.2018
§ 9 Unterrichtung der Jugendämter, Absatz 1

oder auch niedergelassene Ärzte zum Beispiel in

Bayern: [Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung \(Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz\)](#) – GDVG vom 24. Juli 2003 zuletzt geändert am 26. März 2019
Artikel 14 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Absatz 6

verpflichtet, bei Verdacht auf Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung eine Mitteilung an das Jugendamt durchzuführen. Eine entsprechende landesgesetzliche Regelung bestand bis 2019 auch in

Brandenburg: [Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg \(Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz\)](#) – BbgKHEG vom 8. Juli 2009 zuletzt geändert am 30. April 2019
§ 34 Anzeichen einer Misshandlung, Vernachlässigung oder eines sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen

In Brandenburg wurde allerdings der Gesetzestext zwischenzeitlich den Vorgaben des § 4 KKG angepasst.

Anfragen bei den zuständigen Bundes- und Landesärzte- und –zahnärztekammern ergaben unterschiedliche Aussagen, welche Regelungen einzuhalten seien.

Gemäß Artikel 72 Absatz 3 des Grundgesetzes können die Bundesländer die durch den Bund erlassenen Gesetze in bestimmten Bereichen den Gegebenheiten ihres eigenen Bundeslandes anpassen. Hierzu zählt jedoch nicht der Bereich Kinderschutz. Die Bundesärztekammer und die Zahnärztekammer Berlin vertreten daher die Ansicht, dass nach Artikel 31 des Grundgesetzes alle oben genannten landesgesetzlichen Meldepflichten seit Inkrafttreten des KKG nicht mehr gelten: *Bundesrecht bricht Landesrecht.*

Was können Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe und das zahnärztliche Behandlungsteam zum Schutz des Kindes tun?

Wenn auffällige bzw. verdächtige Befunde vorhanden sind, sollte die medizinische, familiäre und soziale Anamnese sorgfältig erhoben werden. Das allgemeine Erscheinungsbild (Hygiene, Verhältnis zwischen Kind und Eltern) sollte berücksichtigt werden. Wann haben die Eltern/Personensorgeberechtigten erste Veränderungen bemerkt? Welche Schritte wurden anschließend eingeleitet?

Die erhobenen Befunde sollten eindeutig mitgeteilt werden. Dabei sind Vorwürfe oder Schuldzuweisungen zu vermeiden. Eine angemessene Therapie sollte angeboten und Zielvorgaben mitgeteilt werden.

Es ist wichtig, sämtliche Befunde, eine Zusammenfassung des Gesprächs und gegebenenfalls wörtliche Aussagen der Eltern sowie Fotos sorgfältig zu dokumentieren. Auf Wertungen und Interpretationen sollte verzichtet werden. Eigene subjektive Wahrnehmungen können am Ende der Dokumentation aufgeführt und sollten entsprechend kenntlich gemacht werden.

Werden Therapiemaßnahmen verabredet oder Kontrolltermine vereinbart sollte das Versäumen bzw. die Absage des Termins mit den angegebenen Gründen dokumentiert werden. Den Eltern und Kindern oder Jugendlichen sollten aktiv weitere Termine angeboten werden.

Der Kontakt zu Kinderschutz-Netzwerken (siehe: <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-kinderschutz/kinderschutzkonzepte-der-bundeslaender/>) oder Kinderschutzgruppen an Kliniken (<https://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>) sowie der Austausch mit anderen Kollegen_innen/Ärzte_innen unter Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Patientendaten hilft, die Anhaltspunkte und Befunde zu objektivieren.

Im Zentrum der gesetzlichen Vorgaben und der Kinderschutzleitlinie steht jedoch das Gespräch mit Eltern/Personensorgeberechtigten. Ihnen sollte die Sorge um das Kindeswohl mitgeteilt und Unterstützung angeboten werden.

Zusammenfassung

Vernachlässigung wird in offiziellen Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe als häufigster Grund für eine Inobhutnahme von Kindern angegeben. Sie ist gekennzeichnet durch andauernde oder wiederholte Unterlassung von Maßnahmen durch sorgeverantwortliche Personen, die für eine gesunde körperliche, geistige und seelische Entwicklung des Kindes notwendig wäre. Karies entwickelt sich über einen längeren Zeitraum auf dem Boden einer Unterlassung oder Mangelversorgung hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung, notwendigen Hygiene und/oder Gesundheitsversorgung. Eine Vielzahl von Studien konnte zeigen, dass Kinder, die misshandelt oder vernachlässigt wurden, signifikant mehr unversorgte kariöse Zähne hatten als altersentsprechende Kontrollen. Karies ist daher als Indikator für Vernachlässigung prädestiniert.

Das zahnärztliche Behandlungsteam und die Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe sind nicht dafür verantwortlich, eine Diagnose "Kindesmisshandlung" oder "Kindesvernachlässigung" zu stellen. Es sollten jedoch die Bedenken in erster Linie mit den Eltern/Personensorgeberechtigten und gegebenenfalls mit den entsprechenden Stellen in angemessener Weise geteilt werden. Im Gegensatz zu anderen Ländern besteht in Deutschland keine Mitteilungspflicht. Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung liegt beim Jugendamt und nicht bei dem zahnärztlichen Behandlungsteam oder den Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe.

Netzwerkstrukturen zu anderen Akteuren (fachliche Kollegen_innen, Medizin/Psychologie, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik) sollten aufgebaut und verstetigt werden, um in einem Verdachtsfall Ansprechpartner zu kennen, eine Vernachlässigung festzustellen und zu beenden. Hierfür ist es erforderlich, dass die

notwendigen personellen beziehungsweise zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Um das zahnärztliche Behandlungsteam oder die Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe für das Thema Kinderschutz zu sensibilisieren und ihnen Handlungsoptionen nahe zu bringen, sollten fachspezifische Fortbildungen angeboten werden. Damit anderen Kooperationspartnern im Kinderschutz die Expertise des zahnärztlichen Behandlungsteams oder der Mitarbeiter_innen in der Gruppenprophylaxe nahe gebracht wird, sollten zusätzlich professionsübergreifende Fortbildungen angeboten werden. Diese Maßnahmen bieten für alle Beteiligten Chancen, Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen und zu beenden, und können somit einen entscheidenden Beitrag für den Kinderschutz leisten.

Quellenverzeichnis

1. Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J.: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. 1. Auflage, Votum-Verlag, Münster (1997)
2. Greene, P., Chisick, M.C.: Child abuse/neglect and the oral health of children's primary dentition. *Mil Med* 160 (6), 290-293 (1995)
3. Greene, P.E., Chisick, M.C., Aaron, G.R.: A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent* 16 (1), 41-45 (1994)
4. Fisher-Owens, S.A., Lukefahr, J. L., Tate, A. R., American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health Committee on Child Abuse and Neglect & American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Scientific Affairs, ad hoc work group on child abuse and neglect (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 140(2):e20171487. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487> & *Pediatr Dent*, 39(4), 278-283. https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_ChildAbuse.pdf
5. Harris, J.C., Balmer, R.C. & Sidebotham, P.D. (2009). British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x>
6. DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege): Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Bonn 1993, letztmalig aktualisiert 2000, http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/grundsaeetze.pdf
7. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD): Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies (2016); https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf