Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Das Erkennen von Vernachlässigung anhand der Zahngesundheit bei Kindern

Eine Umfrage unter niedergelassenen Zahnärzten/-innen in Baden-Württemberg

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Milena Maike Sonnenberg

geb. in Tübingen

2023

Amtierender Dekan: Prof. T. Wirth

1. Berichterstatter: Prof. A. Jud

2. Berichterstatter: Prof. B. Haller

Tag der Promotion: 10.04.2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV
1. Einleitung 1
1.1 Begriffsbestimmung der Kindeswohlgefährdung 2
1.2 Definition der Vernachlässigung 3
1.3 Epidemiologie der Vernachlässigung 4
1.4 Folgen der Vernachlässigung 8
1.5 Dentale Vernachlässigung (dental neglect) 9
1.6 Early Childhood Caries (ECC) und Früherkennungsuntersuchungen 10
1.7 Rechtliche Aspekte 12
1.8 Problemstellung 15
1.9 Ziele 16
2. Material & Methoden 19
2.1 Pilotstudie 19
2.2 Vorgehen 19
2.3 Stichprobe 20
2.4 Material 22
2.5 Auswertung 23
3. Ergebnisse 24
3.1 Deskriptive Statistik zum allgemeinen Fragebogenteil 24
3.2 Inferenzstatistik zum allgemeinen Fragebogenteil 26
3.3 Auswertung der Verdachtsfälle aus dem spezifischen Fragebogenteil 29
4. Diskussion 34
4.1 Verdachtsfälle 41
4.2 Limitationen 46
4.3 Implikationen 48
5. Zusammenfassung 50
6. Literaturverzeichnis 52
Anhang 59
Abbildungsverzeichnis 59
Tabellenverzeichnis 59
Danksagung 79
Lebenslauf 80

Abkürzungsverzeichnis

8a-Verfahren: Verfahren nach § 8a Abs. 1 SGB VIII

AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry

Abs.: Absatz

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BVKJ: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

BZÄK: Bundeszahnärztekammer

BZK: Bezirkszahnärztekammer

Destatis: Statistisches Bundesamt

DKSB NRW: Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

ECC: Early Childhood Caries

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

ITN: Intubationsnarkose

kiz: Kommunikations- und Informationszentrum

KJH: Kinder- und Jugendhilfe

KJSG: Kinder- und Jugendstärkungsgesetz

KKG: Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

KZBV: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZV BW: Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

LZK: Landeszahnärztekammer

PKV: Private Krankenversicherung

SGB: Sozialgesetzbuch

vdek: Verband der Ersatzkassen

1. Einleitung

Im Jahr 2017 wurde die „Medizinische Kinderschutzhotline“ unter der Leitung von Prof. Jörg M. Fegert ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes, deutschlandweites, kostenfreies und rund um die Uhr erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige von Heilberufen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung (Medizinische Kinderschutzhotline 2022). Im Rahmen dieses Projekts war auffällig, dass nur wenige Zahnmediziner/-innen das Beratungsangebot nutzten. Aus dieser Beobachtung entstand die Idee der Vergabe einer Dissertation, um herauszufinden, wie Zahnmediziner/-innen aktuell mit der Thematik Vernachlässigung umgehen, und wie sie im konkreten Fall handeln. Zusätzlich sollte dabei herausgefunden werden, in welcher Form Zahnmediziner/-innen Angebote benötigen, um - falls nötig - im konkreten Fall effektiver handeln zu können.

„Alle Personen und Institutionen, die mit jungen Menschen oder deren Umfeld in Kontakt stehen, tragen eine Mitverantwortung dafür, Anzeichen für solche Gefährdungen wahrzunehmen und im Sinne des Kinderschutzes aktiv zu werden“ (Mühlmann et al. 2021, S. 38). So formuliert Thomas Mühlmann im Kinder- und Jugendhilfereport Extra 2021 den Handlungsbedarf bzgl. Kindeswohlgefährdungen. Nach dieser Definition wird auch Zahnmediziner/-innen, welche Behandlungen von Kindern durchführen, eine eindeutige Mitverantwortung zugewiesen. Auch der von 2015 - 2017 amtierende Präsident der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Prof. Dr. med. E. Mayatepek fordert im Geleitwort zum Buch „Kindesmisshandlung“ alle Mediziner/-innen unabhängig von deren genauen Disziplin auf, sich mit der Thematik Kindeswohlgefährdung auseinanderzusetzen:

> „Alle Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche versorgen, sollten über Basiskenntnisse der Diagnostik und des Umgangs mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung verfügen“ (Mayatepek 2016, S. VI).

Intraorale Anhaltspunkte, wie beispielsweise eine vernachlässigte Mundhygiene oder ein daraus resultierendes erhöhtes Kariesvorkommen, können einen wichtigen Indikator einer Vernachlässigung darstellen (AAPD 2023; Rötzscher und Hutt 2010). Es ist daher wichtig, dass Zahnmediziner/-innen diesem Thema Aufmerksamkeit schenken und sich damit auseinandersetzen. Zahnärzte/-innen

haben als einzige Berufsgruppe den direkten Zugang zu diesen intraoralen Anhaltspunkten. Mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes müssen Kinder systematisch zahnmedizinisch betreut werden. Die Bezugspersonen sollten die Zähne ihres Kindes dabei bis mindestens in das Schuleintrittsalter täglich nachputzen, um eine ausreichende, tägliche Mundhygiene sicher zu stellen (KZBV und BZÄK 2021).

Eine Vernachlässigung zeichnet sich – sehr viel stärker als beispielsweise körperliche Gewalt – durch einen schleichenden Verlauf aus (BVKJ 2023). Oft fällt es daher schwer, (frühzeitig) eindeutige Indizien für das Vorliegen einer Vernachlässigung zu erhalten. Im Bereich der Zähne zeigt sich eine vernachlässigte Mundhygiene und deren Folgen recht deutlich. Diese intraoralen Erkrankungen sind für eine/n Zahnmediziner/-in meist gut festzustellen. Ziel sollte also sein, als Zahnmediziner/-in bei entsprechenden Auffälligkeiten über den Tellerrand hinauszuschauen. Die Aufgabe des/der Zahnarztes/-ärztin ist es im Bereich der Zahnmedizin, das Kind bestmöglich zu betreuen. Wenn im Rahmen der Behandlung Hinweise auf eine Vernachlässigung – welche den Fachbereich der Zahnmedizin übersteigt – aufkommen, sollte auf entsprechende zusätzliche Hilfen hingewirkt werden.

Häufig werden die vielfach sehr ausgeprägten Folgen der Vernachlässigung von Fachleuten unterschätzt (Deegener und Körner 2005). „Dabei führt eine Vernachlässigung zur Hemmung, Beeinträchtigung oder Schädigung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung eines Heranwachsenden“ (Hofacker 2012, S. 98) mit potenziell nachhaltigen Auswirkungen bis ins späte Erwachsenenalter oder sogar auf nachfolgende Generationen (AWMF 2019; DKSB NRW et al. 2012; Kindler 2009). Es stellt sich nun die Frage, wo Zahnärzte/-innen ihren Platz in der notwendigerweise multiprofessionellen Auseinandersetzung mit der Thematik Vernachlässigung haben.

1.1 Begriffsbestimmung der Kindeswohlgefährdung

Eine Kindeswohlgefährdung ist nach dem Deutschen Kinderschutzbund die körperliche, geistige oder seelische Schädigung eines betroffenen Kindes. Sie kann durch bestimmte Handlungen oder durch das Unterlassen gewisser Maßnahmen durch die Sorgeberechtigten oder auch durch Dritte verursacht werden. Ursache hierfür kann bewusstes, gezieltes Handeln oder unverschuldetes Versagen sein. Mit

unverschuldetem Versagen sind Beeinträchtigungen des Kindeswohls gemeint, die passieren, ohne dass den Sorgeberechtigen die Schädlichkeit ihres Handelns oder ihres Unterlassens einer Handlung deutlich wird (DKSB NRW 2023). Es können verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung unterschieden werden. Sie gliedern sich in körperliche Misshandlung, geistige Misshandlung, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung. Diese Kindeswohlbeeinträchtigungen liegen nur selten in den aufgeführten Reinformen vor, meistens treten sie als Mischform in Erscheinung (Paradowski 2013).

Zu beachten gilt allerdings, dass weder im Kinderschutz noch in der Forschung bislang eine einheitliche Definition des Begriffs der Kindeswohlgefährdung und deren Unterformen existiert. Die unterschiedlichen Disziplinen, die in das System des Kinderschutzes involviert sind, verlassen sich auf verschiedene Terminologien. Definitionen sind manchmal allgemein oder implizit und Operationalisierungen von wichtigen Elementen sind selten. Die verschiedenen Terminologien, welche in Verwendung sind – Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung, Kindeswohlgefährdung, etc. – deuten auf die Vielfalt, nicht nur von Konzepten, sondern auch von Methoden hin (Jud und Voll 2019).

In dieser Arbeit soll im Folgenden spezifisch auf die Form der Vernachlässigung eingegangen werden.

1.2 Definition der Vernachlässigung

Schone et al. definieren Kindesvernachlässigung wie folgt: „Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv 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“ (Schone et al. 1997, S. 21).

Die Vernachlässigung kann verschiedene Grundbedürfnisse des Kindes betreffen. Eine einheitliche Kategorisierung der verschiedenen Unterformen von

Vernachlässigung hat sich bisher nicht herauskristallisiert. Es bestehen jedoch grundlegende Übereinstimmungen zwischen den unterschiedlichen Zugängen, die wie folgt aufgeführt werden können:

- Körperliche Vernachlässigung
  Hierunter fällt eine unzureichende Versorgung mit Nahrungsmitteln und Flüssigkeit, sowie der Witterung angemessenen Kleidung. Desweitern zählt hierzu eine mangelhafte Hygiene und medizinische Versorgung.
- Erzieherische und kognitive Vernachlässigung
  Diese Unterform beinhaltet eine fehlende Konversation mit dem Kind, die fehlende erzieherische Einflussnahme und die fehlende Anregung zu Spiel und Leistung.
- Emotionale Vernachlässigung
  Diese Form zeigt sich durch Mangel an Wärme, Geborgenheit und Wertschätzung, sowie eine ausbleibende oder ungenügende Reaktion auf emotionale Zeichen des Heranwachsenden.
- Unzureichende Aufsicht
  Das Kind bleibt über einen längeren Zeitraum allein und auf sich gestellt. Des Weiteren zeigt die Betreuungsperson keine Reaktionen auf eine unangekündigte Abwesenheit des Kindes

(Kindler et al. 2006; Münder 2017)

1.3 Epidemiologie der Vernachlässigung

Epidemiologische Studien lassen sich in sogenannte Hell- und Dunkelfeldstudien unterteilen. Der Begriff der „Hellfeldstudie“ beschreibt die Analyse von Datensätzen aus Versorgungssystemen. Dies beinhaltet im Fall der Vernachlässigung die Befragung von Fachkräften im Kinderschutz sowie administrative Datensätze. Bei Dunkelfeldstudien handelt es sich hingegen um Populationsumfragen, die die Prävalenz einer bestimmten Thematik erheben. Dazu können sowohl Befragungen Erwachsener zu Ereignissen in deren Kindheit erfolgen, wie auch eine direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen (Jud 2020). Die epidemiologischen Daten zur Kindeswohlgefährdung in Deutschland darzustellen ist komplex, da beispielsweise unterschiedliche Behörden (wie z.B. die Polizei, das Jugendamt o.ä.) verschiedene Statistiken erheben und veröffentlichen (einen Überblick mit Fokus auf Daten zu sexuellem Missbrauch bieten Jud und Kindler 2022). Dabei ist oftmals

nicht klar, ob die verschiedenen Daten der verschiedenen Behörden gegenseitig Beachtung finden (AWMF 2019). Darüber hinaus „sind bei den bestehenden Hellfeld-Statistiken die jeweiligen Datensätze stark durch den entsprechenden Versorgungskontext und den Zweck der Erfassung geprägt und dadurch kaum sinnvoll über Versorgungsbereiche oder Handlungsfelder hinweg vergleichbar“ (Jud und Kindler 2022, S. 52). Es fehlen außerdem Populationsstudien, die den Stand im Dunkelfeld dokumentieren und das Ausmaß von Kindeswohlgefährdung untersuchen, indem sie Kinder und Jugendliche direkt befragen. In Deutschland wurden bisher hauptsächlich bei erwachsenen Personen Informationen bzgl. Gewalterfahrungen in deren Kindheit eingeholt (Überblick bei Jud und Kindler 2019). Somit wurde primär die Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung vergangener Generationen erhoben (Heimann et al. 2021). „Ein Vergleich zur Differenz von Hell- und Dunkelfeld in Deutschland ist daher derzeit nicht möglich.“ (Heimann et al. 2021, S. 1091).

Zu den Hellfeldstudien zählen beispielsweise die seit dem Jahr 2012 erfassten Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, die die Tätigkeiten des Jugendamtes bei der Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 SGB VIII aufführen. Ein solches Verfahren nach § 8a Abs. 1 SGB VIII beginnt, sobald dem Jugendamt Hinweise für eine Gefährdung bekannt werden, welche als “gewichtig” einschätzt werden. Das Gefährdungsrisiko wird im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte eingeschätzt. Dieses kurz als „8a-Verfahren“ bezeichnete Vorgehen endet mit der Feststellung des Jugendamts, ob und inwiefern das Wohl des betroffenen Heranwachsenden gefährdet ist und ob ein Hilfebedarf besteht. In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die Gefährdungseinschätzungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen nach § 8a SGB VIII über mehrere Jahre hinweg aufgeführt. Es wird deutlich, dass der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für Vernachlässigung bei den erfassten Fällen der festgestellten akuten/latenten Gefährdungen den größten Anteil ausmachen. Außerdem ist zu entnehmen, dass der größte Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Fachkräften und Institutionen erfolgt. Dazu zählen beispielsweise die Polizei, die Justiz, oder das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen. Ebenfalls deutlich wird anhand der Tabelle, dass 50,3% der festgestellten Gefährdungen im Jahr 2019 ohne entsprechende Hinweise eventuell unentdeckt geblieben wären, da diese Kinder- und Jugendlichen zum

Verfahrenszeitpunkt nicht in Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe standen (Mühlmann et al. 2021).

Tabelle 1: Gefährdungseinschätzung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen nach § 8a SGB VIII (Mühlmann et al. 2021, S. 39)

Zentrale Grund- und Kennzahlen	2013	2016	2018	2019
Akute/latente Gefährdungen				
Anzahl der 8a-Verfahren	115.687	136.925	157.271	173.029
Anzahl festgestellter Gefährdungen	38.622	45.777	50.412	55.527
Darunter: Anteil mit Anzeichen für Vernachlässigung	64,9%	61,1%	60,4%	58,5%
Mitteilende Personen/Institutionen				
Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative der Betroffenen	9,4%	9,2%	8,9%	9,6%
Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Privatpersonen (ohne Betroffene)	31,4%	27,2%	26,4%	24,9%
Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Fachkräften und Institutionen	59,2%	63,6%	64,7%	66,0%
Anteil der festgestellten akuten/ latenten Gefährdungen, deren Betroffene keine Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nutzten	47,1%	49,8%	48,4%	50,3%

In einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) wird für das Jahr 2019 aufgeführt, dass in jedem fünften Fall von Kindeswohlgefährdung (20%) gleichzeitig mehrere Gefährdungsarten vorlagen. In 17% aller Fälle von Kindeswohlgefährdung hatten die Behörden zwei, in 3% drei und in 0,2% der Fälle sogar vier verschiedene Gefährdungsarten festgestellt. Am häufigsten wurde bei den mehrfach betroffenen Kindern und Jugendlichen sowohl Vernachlässigung als auch psychische Misshandlung festgestellt (Destatis 2021). Solche Hellfeldstudien, wie die Datenerhebungen des Statistischen Bundesamtes, sind ein entscheidender Bestandteil, um die Thematik besser verstehen zu können. Denn mit Hilfe dieser

Daten lässt sich herausfinden, wo sich Lücken im Umgang mit Fällen von Kindeswohlgefährdung befinden könnten. Im Hellfeld sind „gerade im medizinischen Kinderschutz überregionale, standardisiert vergleichbare Daten zum Thema äußerst rar“ (Heimann et al. 2021, S. 1091). Auch international finden sich nur wenige überregionale und standardisiert vergleichbare Daten zum Thema – weshalb die EU über vier Jahre hinweg das pan-europäisches Forschungsnetzwerk Euro-CAN (www.euro-can.org) zur Verbesserung der administrativen Datenerfassung in unterschiedlichen Versorgungsbereichen des Kinderschutzes mit Sitz in Ulm (Chair Prof. Andreas Jud) fördert. Es gibt nur wenige professionelle Querschnittsumfragen, die derzeit auf einer zyklischen Basis durchgeführt werden und die die Natur und das Ausmaß von Kindeswohlgefährdung untersuchen: Die amerikanische „National Incidence Study of Child Abuse and Neglect“ (NIS), die „Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect“ (CIS) und die „Netherlands nationwide prevalence study of child maltreatment“ (NPM). Alle drei dieser Umfragen beruhen auf Daten von national repräsentativen Stichproben aus Mitarbeitenden in Kinderschutzeinrichtungen, die über eine Referenzperiode von drei Monaten erhoben wurden. Die Fälle sind extrapoliert auf eine Schätzung der jährlichen nationalen Prävalenzrate von Kindeswohlgefährdung (Jud et al. 2015). Ein ähnlicher Studienaufbau findet sich ebenfalls bei der Schweizer Studie von Jud et al. aus dem Jahr 2021. Hierbei handelt es sich um die erste repräsentative und bisher einzige Studie im deutschsprachigen Raum, die bekannt gewordene Fälle von Kindesmisshandlung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen des Kinderschutzsystems untersucht. Dabei wurde eine Stichprobe von 351 Stellen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, dem öffentlichen Kinderschutz und dem Strafvollzug erhoben. Dies lieferte Daten zu Fällen zwischen dem 1. September und dem 30. November 2016. Die daraus resultierenden Studiendaten zu 7651 Fällen enthielten Informationen über den Misshandlungsvorfall, die Besonderheiten der Meldung/Überweisung und die Merkmale des Kindes (Jud et al. 2021).

Noch seltener in der Forschung zur Kindeswohlgefährdung sind landesweite administrative Daten. In den vereinigten Staaten wurde in den frühen 1990ern eine nationale Datenbasis über Kinder und Familien – die die Aufmerksamkeit von staatlichen, öffentlichen Kindeswohleinrichtungen bekommen – etabliert. Hierbei tragen Kinderschutzeinrichtungen im ganzen Land systematisch Daten zu Fällen von Kindeswohlgefährdung in diese online - Datenbasis ein. Die Teilnahme ist dabei

freiwillig, aber Anreize in Form von Fördergeldern haben die Teilnahme gestärkt. Ein Überblick über weitere nationale administrative Datensätze findet sich in Jud et al. (2015). Auch innerhalb der hier besprochenen Daten zeigte sich, dass das unterbeforschte Phänomen der Kindesvernachlässigung die mit großem Abstand am häufigsten genannte Form darstellt (Jud et al. 2016). Im Moment sind die Systeme, die in Deutschland dafür verantwortlich sind, das Auftreten von Kindesmisshandlung zu überwachen, unzureichend. Daher sollten, so wie in anderen genannten Ländern auch, große Datensammlungen angelegt werden, die die gleichen Methoden und Definitionen anwenden, um über längere Zeit die Trends bzgl. verschiedener Arten von Misshandlung angemessen untersuchen zu können (Witt et al. 2018).

Hellfeldstudien können Populationsstudien, die die Häufigkeit von Kindeswohlgefährdungen im Dunkelfeld untersuchen, trotz alledem nicht ersetzen (Heimann et al. 2021). In Kombination mit Studien zu Reaktionen der Ämter können nur Umfragen mit Selbstberichten akkurate Informationen über unterversorgte Populationen geben (Jud et al. 2016). Eine der wenigen Beispiele für eine solche Populationsstudie stellt die Studie von Witt und Kollegen (2018) dar. Sie verglichen die Datensätze von zwei populationsbezogenen, nationalen Umfragen - eine aus dem Jahr 2010 (N=2504) und die andere aus dem Jahr 2016 (N=2510). Beide dieser Umfragen wendeten identische Methoden an. Die Prozentzahl an Teilnehmern, die berichteten, mindestens eine Form von Kindeswohlgefährdung erlebt zu haben, sank dabei von 35,3% (2010) auf 31,0% (2016). Die Zahl an Teilnehmern allerdings, die von mehreren Formen von Kindeswohlgefährdung betroffen waren, blieb stabil (Witt et al. 2018).

1.4 Folgen der Vernachlässigung

„Vernachlässigung hemmt, beeinträchtigt oder schädigt die körperliche, geistige und seelische Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Sie kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tod, insbesondere von Kindern führen oder beinhaltet zumindest ein hohes Risiko für solche Folgen. Vernachlässigung weist immer auf eine massive Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind hin“ (Hofacker 2012, S. 98). Dubowitz ergänzt diese Beobachtungen in seinem Artikel „Neglect in Children“ indem er Vernachlässigung in Verbindung mit schlechterer akademischer Leistung, emotionalen Problemen und

Verhaltensauffälligkeiten sowie Depression und Suizidalität - auch Jahrzehnte später - bringt (Dubowitz 2013). Nach Thyen verursacht Vernachlässigung sogar mehr Todesfälle als körperliche Misshandlung (Thyen 2008). Bei einer Gefährdungseinschätzung gilt es daher Folgendes zu bedenken: je jünger das betroffene Kind und je massiver die Vernachlässigung, desto höher ist die Gefahr, dass das Kind bleibende Schäden davonträgt. Dies gilt auch bei zusätzlicher Behinderung oder Krankheit (Hofacker 2012).

„Die vielfach auch sehr ausgeprägten Folgen der Vernachlässigung werden häufig von Fachleuten unterschätzt, so dass noch heute der schon vor vielen Jahren geprägte Ausdruck von der ‚Vernachlässigung der Vernachlässigung' gilt" (Deegener und Körner 2005, S. 37).

1.5 Dentale Vernachlässigung (dental neglect)

Orale Erkrankungen wie beispielsweise Karies oder Erkrankungen des Parodonts, können - wenn sie unbehandelt bleiben - zu Schmerzen, Infektionen und Funktionsverlusten führen. Diese unerwünschten Folgen können das Lernen, die Kommunikation, Ernährung und andere Aktivitäten beeinträchtigen, die für das normale Wachstum und die normale Entwicklung eines Kindes notwendig sind (AAPD 2023). Auch in der S3-Kinderschutzleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) werden unversorgte tiefkariöse Läsionen als ein Indiz für eine Kindeswohlgefährdung thematisiert. Hierbei wurde vermerkt, dass es keine Anzahl an kariogenen Zähnen oder andere Erkrankungen des Mundes gibt, die zwingend die Diagnose „dentale Vernachlässigung" mit sich bringt. Wurde jedoch die sorgeberechtigte Person über alle erforderlichen Schritte informiert, um eine weitere Schädigung der Mundgesundheit abzuwenden (Art und das Ausmaß des Behandlungsbedarfs des Kindes, Nutzen einer Therapie, individuelle Behandlungsmöglichkeiten und den Zugang zu diesen Behandlungsmöglichkeiten) und enthält sie dem Kind diese „indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene [trotz alledem] vor, ist dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung" (AWMF 2019, S. 142) . Das Komitee für Kindesmissbrauch der „American Academy of Pediatric Dentistry" (AAPD) entwickelte eine Definition, welche spezifisch auf die Vernachlässigung im dentalen

Bereich eingeht. Diese wurde 1983 angenommen. Derzeit gültig ist die im Jahr 2020 sechste Bestätigung der Version von 1992:

„Dental neglect is willful failure of parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection" (AAPD 2023, S. 18).

1.6 Early Childhood Caries (ECC) und Früherkennungsuntersuchungen

Zahnärzte/-innen haben im Rahmen der im Jahr 2019 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen (FU) schon früh die Möglichkeit, Einfluss auf die Zahngesundheit von Kindern zu nehmen. Dies ist vor allem bedeutsam, da frühkindliche Karies (ECC) inzwischen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter zählt und damit auch die größte Herausforderung in der Kinderzahnheilkunde darstellt (KZBV und BZÄK 2021). Bereits ab dem sechsten Lebensmonat haben Kinder einen Anspruch auf zahnärztliche Untersuchungen. Diese Untersuchungen umfassen die Untersuchung der Mundhöhle, die Einschätzung des Kariesrisikos des Kindes, eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten, sowie ggf. die Empfehlung, Verordnung und Anwendung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2019). Sorgeberechtigte sind in Deutschland dazu verpflichtet, mit dem Kind im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bei einem Arzt vorstellig zu werden. Dies gilt jedoch nicht für zahnärztliche Untersuchungen, obwohl diese ebenfalls einen besseren Einblick in den allgemeinen Gesundheitszustand und das Wohlergehen der Kinder geben (AWMF 2019). Einige Autoren führen dentale Veränderungen sogar als einen frühen und sensitiven Indikator für Vernachlässigung allgemein an (Schilke et al. 2009; Jessee 1993; Cornelius et al. 2004). Valencia-Rojas et al. untersuchten die Prävalenz von frühkindlicher Karies (ECC) in einer Population von misshandelten Kindern in Toronto. Dabei wurde bei 57,6 Prozent der untersuchten Kinder eine Early Childhood Caries (ECC) und bei weiteren 31,8 Prozent eine Severe Early Childhood Caries (S-ECC) diagnostiziert (Valencia-Rojas et al. 2008). „Damit war die Häufigkeit von ECC bei misshandelten oder vernachlässigten Kindern annähernd doppelt so hoch wie bei Fünfjährigen in der gleichen Region" (Schilke et al. 2009, S. 64-65).

Die Klassifikation der Early Childhood Caries geht auf Wyne (1999) zurück. Dabei werden nach unterschiedlichem Befall und Schweregrad drei Typen unterschieden:

ECC-Typ I (milde bis moderate Form):

- isoliert vorhandene kariöse Läsionen an Schneidezähnen und/oder Molaren, kieferunabhängig
- Ursache: kariogene halbfeste oder feste Nahrung, mangelnde Mundhygiene
- betrifft meist Kinder zwischen zwei und fünf Jahren

ECC-Typ II (moderate bis schwere Form):

- kariöse Glattflächenläsionen an den Schneidezähnen im Oberkiefer mit oder ohne Karies an den Molaren, Unterkiefer-Schneidezähne sind kariesfrei
- Ursachen: übermäßiger, verlängerter Saugflaschengebrauch mit kariogenen Getränken; unabhängig von der Mundhygiene (eine schlechte Mundhygiene verstärkt jedoch die kariogene Herausforderung)
- typischer Beginn bald nach Durchbruch der ersten Milchzähne
- kann unbehandelt leicht in eine ECC-Typ III übergehen

ECC-Typ III (schwere Form):

- kariöse Läsionen an (fast) allen Milchzähnen, die unteren Schneidezähne sind ebenfalls betroffen
- Ursachen: hochkariogene Nahrung und unzureichende Mundhygiene
- meist bei Kindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren

(Wyne 1999)

Die Folgen der Early Childhood Caries sind vielfältig. Hierzu zählt unter anderem die Zerstörung des Milchzahnes, was mit schmerzhaften Beschwerden sowie einem vorzeitigen Zahnverlust einhergehen kann. Der Milchzahn kann dann nicht mehr als Platzhalter und Leitschiene für den nachfolgenden Zahn fungieren, was wiederum zu einem gestörten Durchbruch des bleibenden Zahns führen kann. Des Weiteren können die Zahnkeime der bleibenden Zähne durch Entzündungen der (über ihnen liegenden) Milchzähne geschädigt werden. Als weitere mögliche Folgen sind Entwicklungsstörungen des Kiefers, eine beeinträchtigte Sprachentwicklung, ein gestörtes Kau- und Schluckvermögen, ein ungesundes Ernährungsverhalten, sowie Defizite im Bereich der psychosozialen Entwicklung zu nennen. Frontzahnverlust im

frühen Kindesalter führt nicht selten zur Störung bei der Entwicklung sozialer Kontakte und zu sozialer Ausgrenzung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016). Außerdem kann eine Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung, der schulischen Leistung und des Sozialverhaltens als Spätfolge der ECC genannt werden (BZÄK und KZBV 2014). Abschließend ist zu erwähnen, dass Untersuchungen darauf hinweisen, dass Kinder mit frühkindlicher Karies auch im adulten Gebiss signifikant mehr Karies entwickeln (Jordan et al. 2016).

1.7 Rechtliche Aspekte

Der Zahnarzt oder die Zahnärztin hat nicht die Aufgabe eine “Kindesmisshandlung“ oder „Vernachlässigung” zu diagnostizieren. Der gesetzliche Auftrag hierfür obliegt dem Jugendamt (Schilke 2021). Die Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizinern/-innen und Mitarbeitenden der Jugendämter setzt jedoch die aktive Beteiligung beider Seiten voraus (AWMF 2019). Durch den § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ist die „Beratung und Übermittlung durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ (§ 4 KKG) geregelt. Darin heißt es: „Werden Ärztinnen oder Ärzten […] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“ (§ 4 Abs. 1 KKG). Durch das Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) am 10.6.2021 wurde diese Stelle im Gesetzestext noch erweitert. So werden nun auch Zahnärzte/-innen in der Aufzählung der Berufsgeheimnisträger in § 4 Abs. 1 KKG ausdrücklich genannt. Der § 4 Abs. 2 des KKG ermöglicht darüber hinaus als zweiten Schritt eine Beratung des Berufsgeheimnisträgers durch eine insoweit erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe. Der Berufsgeheimnisträger ist zu diesem Zweck befugt, pseudonymisierte Personendaten dieser Person zu übermitteln. Ist das Vorgehen nach § 4 Abs. 1 KKG erfolglos oder scheidet das Eingreifen nach § 4 Abs. 1 aus, ist der Berufsgeheimnisträger befugt, das Jugendamt zu informieren. Über diese Meldung müssen die Betroffenen vorab in Kenntnis gesetzt werden. Eine Ausnahme hiervon besteht, wenn dadurch der wirksame Schutz des

Heranwachsenden in Frage gestellt wird (§ 4 Abs. 3 KKG). Zahnmediziner/-innen haben unter Berufung auf das Vorliegen eines rechtfertigen Notstands (§ 34 StGB) ebenfalls die Möglichkeit, sich an staatliche Stellen zu wenden und die Schweigepflicht zu brechen, wenn sie gewichtige Anhaltspunkte für eine schwerwiegende Kindeswohlgefährdung sehen bei der die Gefahr gegenwärtig nicht anders abwendbar zu sein scheint (Schilke 2021).

Durch das Inkrafttreten des bereits erwähnten Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) ergibt sich noch eine weitere Neuerung bzgl. des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Hierbei wurde eingeführt, dass das Jugendamt zukünftig dem/der Berufsgeheimnisträger/-innen rückmeldet, ob es die wichtigen Anhaltspunkte für die Kindeswohlgefährdung bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Heranwachsenden tätig geworden ist und/oder noch tätig ist (in § 4 Abs. 4 KKG). Diese Neuerung bezüglich des Wissens um den Fortgang des Verfahrens – was bisher nicht geregelt war – ist für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Jugendamt und den Berufsgeheimnisträgern/-innen von großer Bedeutung (Schilke 2021).

Mit der nachfolgenden Übersicht soll der Handlungsablauf, beim Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung verdeutlicht werden:

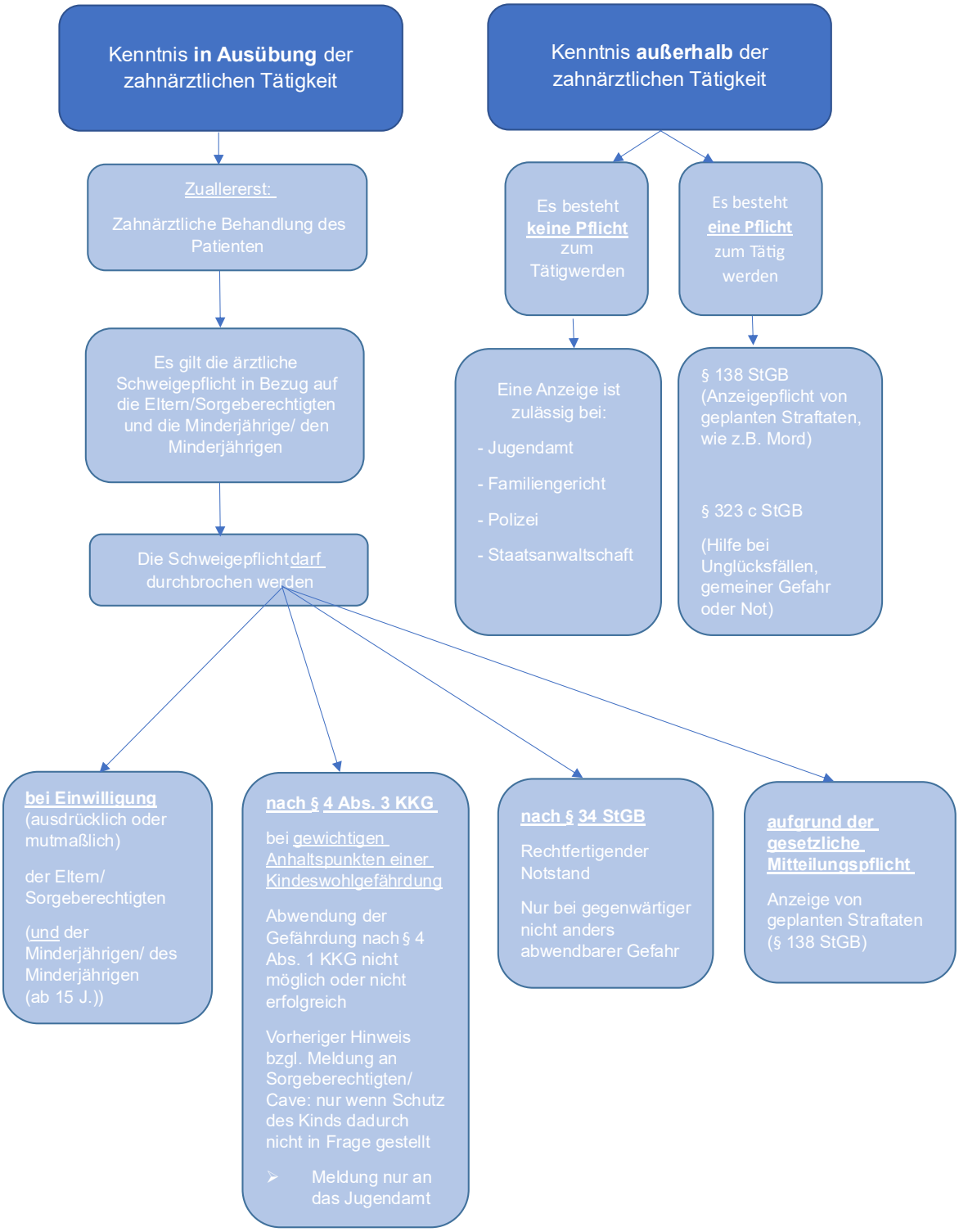

Abbildung 1: Handlungsablauf beim Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2013, S. 22)

Bei einer Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzten und Psychotherapeuten von Berthold et. al. (2021) zeigte sich allerdings, dass nur eine Minderheit aus dieser Gruppe die rechtlichen Regelungen des Kinderschutzgesetzes richtig wiedergeben konnte. Darüber hinaus wurde deutlich, dass Befragte, welche bereits

Berührungspunkte – mit für den Kinderschutz relevanten Fällen – hatten, deutlich häufiger dazu in der Lage waren, die Gesetzeslage korrekt zu erläutern. Eine Teilnahme an Fortbildungen im Kinderschutzbereich zeigte hingegen keinen Einfluss auf die Kenntnisse (Berthold et al. 2021).

1.8 Problemstellung

Der Verdacht der Vernachlässigung von Kindern aus zahnärztlicher Sicht ist derzeit noch von der subjektiven Einstufung des/der behandelnden Zahnarztes/-ärztin abhängig. „Allerdings ist die Einschätzung, ob Kinder oder Jugendliche gefährdet sind, nicht nur in hohem Maße von veränderlichen Werten und Normen abhängig, sondern sie erfordert mitunter auch spezielles Fachwissen.“ (Mühlmann et al. 2021, S. 38). Die Studienlage – sowohl in Deutschland wie auch international – deutet darauf hin, dass das benötigte Fachwissen im Studium der Zahnmedizin nicht in ausreichendem Umfang vermittelt wird. So zeigt beispielsweise eine Studie von Al-Ani und Kollegen aus dem Jahr 2021, dass Zahnmedizinstudierenden ein grundlegendes Training zu Fragen der Kindeswohlgefährdung fehlt. Sie befragten hierfür 181 Studierende der zahnmedizinischen Fakultät der Universität Hamburg-Eppendorf nach ihrem Wissenstand zum Thema Kinderwohlgefährdung. Die Mehrheit der Studierenden zeigte Interesse gegenüber dem Thema, gab aber auch an, sich nicht in der Lage zu fühlen, die Anzeichen und Symptome einer solchen Gefährdung identifizieren zu können (Al-Ani et al. 2021).

Internationale Studien zeigen ebenfalls, dass Zahnärzte/-innen im Bereich der Kindeswohlgefährdung nicht ausreichend ausgebildet werden: Drigeard et al. untersuchten eine Stichprobe von 418 allgemeinzahnärztlich tätigen Behandler/-innen in Frankreich. Das Ziel der Studie war, die Haltungen, das Wissen und das Handeln der Zahnärzteschaft in Bezug auf die Prävention und das Erkennen der Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlung zu untersuchen, um den Bildungsbedarf innerhalb des Studiums zu erörtern. 75,9% der praktizierenden Zahnärzte/-innen wünschen sich demnach mehr Training und Hilfe bei der Erkennung und Versorgung von entsprechenden Patienten. Nur 5,7% der Zahnärzte/-innen schauten systematisch nach Anzeichen von Vernachlässigung oder Misshandlung bei der Behandlung ihrer Patienten (Drigeard et al. 2012). Auch Manea et al. (2007) berichteten in ihrer Studie von einem generellen Mangel an Wissen bezüglich Missbrauch und Vernachlässigung, der Zahnärzte/-innen davon

abhält, betroffene Kinder zu identifizieren. In ihrer Studie interviewten sie 106 Zahnärzte/-innen und Zahnmedizinstudierende aus Nordostitalien. Die Ergebnisse zeigten darüber hinaus, dass Vernachlässigung die am wenigsten bekannte und identifizierte Form der Kindeswohlgefährdung darstellte (Manea et al. 2007).

Um effektive Strategien im Umgang mit Fällen von dentaler Vernachlässigung bei Kindern zu entwickeln, müssen mehr Erkenntnisse über das derzeitige Vorgehen der Zahnärzteschaft gewonnen werden. Die Behandlung betroffener Kinder umfasst mehr als beispielsweise die reine Entfernung kariöser Defekte. Auch eine mögliche Überforderung der Zahnärzte/-innen bzgl. des korrekten Vorgehens in diesen Fällen muss genauer beleuchtet werden. „Dentists who have been educated to recognize signs of abuse and neglect are five times more likely to make a report than dentists who are not“ (Tsang und Sweet 1999, S. 388).

Wie bereits anfänglich erwähnt, sind Kinder selten nur einer Form der Gefährdung allein ausgesetzt (Hofacker 2012), weshalb es wichtig ist zu prüfen, wie häufig dentale Vernachlässigung bei Kindern im Alltag einer Zahnarztpraxis vorkommt. Dentale Vernachlässigung kann ein Hinweis auf weitere Formen der Kindeswohlgefährdung sein. Greene, Chisick und Aaron zeigten bereits 1994, dass - unabhängig von der Art der Kindeswohlgefährdung - betroffene Kinder achtmal so häufig unbehandelte, kariöse, bleibende Zähne im Vergleich zu nicht von Kindeswohlgefährdung betroffenen Kindern hatten (Greene et al. 1994). Daraus lässt sich folgern, dass das Vorliegen von unbehandelten kariösen Läsionen ein wichtiger Anhaltspunkt sowohl für das Vorliegen einer Vernachlässigung, als auch für das Vorliegen einer anderen Form der Kindeswohlgefährdung sein kann.

1.9 Ziele

Vernachlässigung ist die mit Abstand häufigste Form der Kindeswohlgefährdung (Destatis 2021). Da die dentale Vernachlässigung einen Anhaltspunkt für das Vorliegen weiterer Misshandlungsformen darstellen kann, sollte es oberstes Ziel sein, durch ein frühes Erkennen gefährdete Kinder zu schützen. Die spezifische Form der Vernachlässigung der Zahngesundheit und ihre intraoralen Anhaltspunkte sind nur Zahnmediziner/-innen direkt zugänglich. Daher ist es so wichtig, dass Zahnmediziner/-innen diesem Thema Aufmerksamkeit schenken und sich damit auseinandersetzen. Ziel der Arbeit ist es deshalb, herauszufinden, wie Zahnärzte/-

innen mit dem Thema aktuell umgehen und wie im konkreten Fall gehandelt wird. Wie anfänglich bereits erwähnt, ist es nur mit diesem Wissen möglich, bei identifizierten Lücken in der Erkennung von dentaler Vernachlässigung Angebote für einen verbesserten Umgang zu schaffen. Um genau herauszufinden, welche Angebote benötigt werden, haben wir uns damit beschäftigt, wie Zahnärzte/-innen ihre eigene Kompetenz einschätzen, Vernachlässigung adäquat zu erkennen. Dabei wurde angenommen, dass Vorwissen - in Form von vermitteltem Wissen im Studium und späteren Fortbildungen - diese selbstwahrgenommene Kompetenz stärkt. So zeigte sich schon bei Tsang und Sweet (1999), dass es bei Zahnärzten/-innen die darin ausgebildet sind, Zeichen von Missbrauch und Vernachlässigung zu erkennen, fünfmal so häufig ist, dass diese eine Meldung vornehmen. An dieser Stelle schließt sich die Frage an, ob auch die Berufserfahrung diese selbstwahrgenommene Kompetenz steigert.

Heutzutage ist es möglich, die zahnärztliche Behandlung von Kindern in darauf spezialisierten Kinderzahnarztpraxen durchführen zu lassen. Trotzdem decken allgemeinzahnärztliche Praxen nach wie vor einen Teil der zahnärztlichen Versorgung von Kindern ab. In Bezug auf die Anzahl der behandelten Kinder wird davon ausgegangen, dass bei Zahnärzten/-innen in Kinderzahnarztpraxen eine größere Anzahl an Kindern vorstellig wird. Zu untersuchen gilt es nun, ob sich dies wiederum positiv auf deren selbstwahrgenommene Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, auswirkt und ob eine vermehrte Anzahl an behandelten Kindern dazu führt, dass sich der/die Behandelnde auch häufiger zu der Thematik Vernachlässigung weitergebildet hat.

Des Weiteren soll herausgefunden werden, wie Zahnmediziner/-innen in einem konkreten Verdachtsfall handeln. Wie bereits erwähnt, wünschten sich 75,9% der praktizierenden Zahnärzte/-innen in Frankreich mehr Training und Hilfestellung bei der Erkennung und Versorgung von Kindern, bei denen ein Verdacht auf eine Gefährdung besteht (Drigeard et al. 2012). Darauf beruhend wurde auch in Bezug auf deutsche Zahnärzte/-innen angenommen, dass fehlendes Wissen und dadurch verursachte Unsicherheit derzeit Hauptgründe für die Unterlassung einer Meldung sind. Aufgrund dessen ergab sich die Hypothese, dass die meisten Zahnmediziner/-innen in ihrer Berufslaufbahn auch bei Aufkommen eines Verdachts noch keine Meldung vorgenommen haben. Im Fall einer Nichtmeldung wäre es wichtig zu untersuchen, ob der/die Behandler/-in den Verdacht trotzdem dokumentiert hat.

Bei der Betrachtung der Häufigkeit von Vernachlässigung in vorliegenden Hellfelddaten (vgl. Destatis 2021) wurde erwartet, dass ein großer Teil der Zahnärzteschaft in ihrer Berufslaufbahn schon einmal einem entsprechenden Verdachtsfall von Vernachlässigung begegnet ist. Hierbei muss man bedenken, dass eine zahnärztliche Versorgung bei diesen Kindern im Laufe der Zeit aufgrund von starken Beschwerden unabdingbar werden kann. Aufgrund der verschiedenen zahnmedizinischen Schwerpunkte und den vermuteten unterschiedlichen Wissensständen zur Thematik wurde trotzdem angenommen, dass nur einige wenige Behandelnde bereits einen konkreten Verdachtsfall gemeldet haben.

2. Material & Methoden

Der Frage, wie Zahnärzte/-innen in niedergelassenen Praxen mit der Thematik Vernachlässigung umgehen, wird in der vorliegenden Untersuchung mit Hilfe eines Fragebogens nachgegangen. Da keine Registerdaten zu der Thematik bestehen, war eine entsprechende Auswertung solcher Daten nicht möglich. Aufgrund der guten geographischen Reichweite war der Fragebogen hier Mittel der Wahl, um möglichst viele Zahnärzte/-innen zu erreichen.

2.1 Pilotstudie

Die Erstversion des Fragebogens wurde im Jahr 2019 mit Hilfe der Rundschreiben der Bundeszahnärztekammern veröffentlicht. Diese Befragung sollte als Pilotstudie zur Weiterentwicklung des Fragebogens dienen. Die Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) ist die Berufsvertretung der dortigen Zahnärzte/-innen. Sie ist untergliedert in die vier Bezirkszahnärztekammern (BZK), Stuttgart, Tübingen, Freiburg und Karlsruhe (LZK BW 2021). Alle Zahnärzte/-innen, die eine Approbation oder eine Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde besitzen und ihren Beruf in Baden-Württemberg ausüben, sind gesetzliche Mitglieder in der LZK BW. Alle vier Bezirkszahnärztekammern, wurden mit der Bitte um Mithilfe kontaktiert. Da die BZK Karlsruhe sich jedoch dazu entschloss, die Umfrage nicht zu unterstützen, war eine landesweite Umfrage auf diesem Weg nicht mehr möglich. Deshalb entschieden wir uns dazu, die finale Befragung online durchzuführen.

2.2 Vorgehen

Es wurden alle Zahnärzte/-innen, die auf der Seite der Landeszahnärztekammer die E-Mail-Adressen ihrer Praxis hinterlegt hatten, über das Studienvorhaben per E-Mail informiert. Es handelte sich dabei um selbstständige Zahnärzte/-innen, welche in freier Praxis tätig sind. Im Anschreiben wurde darum gebeten, den Fragebogen auch an alle anderen, in der Praxis tätigen Zahnärzte/-innen, weiterzuleiten. Es wurde im Anschreiben ausführlich darauf hingewiesen, dass es für die Teilnahme nicht erforderlich sei, dass in der Praxis besonders häufig Kinder behandelt werden oder dass der/die Behandler/in bereits Berührungspunkte mit der Thematik Vernachlässigung hatte. So sollte sichergestellt werden, dass in der Studie ein Querschnitt der Zahnärzteschaft abgebildet wird. Jeder gelistete Zahnarzt und jede

gelistete Zahnärztin wurde persönlich angeschrieben und um Mithilfe gebeten. Hierzu wurde ein System programmiert, welches die automatisierte Versendung personalisierter E-Mails ermöglichte. Auf diese Weise wurde ein individualisiertes Anschreiben für alle 4108 von uns kontaktierte n Zahnärzte/-innen erstellt und im Zeitraum vom 04.12.2020 bis zum 07.12.2020 automatisch an die jeweilig zugehörige E-Mail-Adresse versendet. Von den insgesamt 4108 angeschriebenen Zahnärzten/-innen waren 142 E-Mail-Adressen nicht erreichbar, weshalb nach Abzug dieser davon auszugehen war, dass 3966 Zahnärzte/-innen die Umfrage erhalten hatten. In der E-Mail wurde neben der Beschreibung des Vorhabens auch der Link, welcher zu der Onlineumfrage führte, veröffentlicht. Die Umfrage wurde mit Hilfe des Online-Umfragetools UNIPARK (Questback) erstellt. Für das Versenden der E-Mails wurde ein neuer E-Mail-Account eingerichtet unter der Adresse „kinderschutz-dental@uni-ulm.de“. Nach dem Versenden dieser E-Mails belief sich die Teilnehmerzahl auf 86 Personen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, zwei weitere E-Mails als Reminder zu versenden. Der erste Reminder wurde am Montag, den 04.01.2021 und der zweite Reminder – zwei Monate später – am 01.03.2021 versendet. Die Teilnehmerzahl nach diesen Erinnerungsnachrichten belief sich insgesamt auf 245 Teilnehmende. 243 der beantworteten Fragebögen konnten ausgewertet werden und fanden bei der Studie Verwendung. Bei den beiden nicht ausgewerteten Bögen kam es zu Darstellungsfehlern bei der Übertragung der Antworten - vermutlich durch die Nutzung eines mobilen Endgeräts.

2.3 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 243 in freier Praxis tätigen Zahnärzten und Zahnärztinnen. 47% (N = 114) der Teilnehmer/-innen waren weiblich, 53% (N = 129) waren männlich. Diese Verteilung der Stichprobe entspricht weitestgehend der Verteilung der in Baden-Württemberg tätigen Zahnärzte/-innen. Nach dem Versorgungsbericht der Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg aus dem Jahr 2021 waren 43% der Zahnmediziner/-innen weiblich und die anderen 57% männlich (KZV BW 2021).

Der Großteil der Teilnehmer/-innen unserer Umfrage war selbstständig (88,5%). In Baden-Württemberg arbeiteten jedoch im Jahr 2021 2222 von insgesamt 8113 Vertragszahnärzten/-innen in Anstellung – das entspricht etwas mehr als einem

Viertel (KZV BW 2021), weshalb unsere Stichprobe in diesem Fall nicht die genauen Verteilungswerte aus Baden-Württemberg repräsentiert.

Bezüglich der Berufserfahrung gab es innerhalb der Stichprobe große Unterschiede. Zu der Gruppe der Zahnärzte/-innen, die über eine Berufserfahrung von bis zu zehn Jahren verfügte, zählten 21,4% (N = 52). 25,5% (N = 62) der Befragten verfügten über eine Berufserfahrung von bis zu 20 Jahren. Die größte Gruppe bildeten die Zahnärzten/-innen, die zum Befragungszeitpunkt bis zu 30 Jahre lang als Zahnarzt/-ärztin tätig waren, mit 36,6% (N =89). Bei den Teilnehmenden mit einer Berufserfahrung von über 30 Jahren lag der prozentuale Anteil bei 16,5% (N = 40).

16,5% (N=40) der Befragten gaben an, in einer Praxis tätig zu sein, bei der der Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde liegt. Bei allen anderen (83,5%; N = 203) lag der Schwerpunkt an anderer Stelle.

Die Verteilung der Praxislage war bei den befragten Zahnärzten/-innen sehr ausgewogen. Sie lag im städtischen Raum (≥ 20.000 Einwohner/-innen) bei 50,6% (N = 123) und bei 49,4% (N = 120) im ländlichen/ kleinstädtischen Raum (< 20.000 Einwohner/-innen).

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe bestehend aus den teilnehmenden Zahnärzten/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Geschlecht			
männlich	129	53,1	53,1
weiblich	114	46,9	100
Selbstständigkeit			
selbstständig	215	88,5	88,5
angestellt	28	11,5	100
Berufserfahrung			
< 2 Jahre	12	4,9	4,9
2-5 Jahre	11	4,5	9,5
5-10 Jahre	29	11,9	21,4
10-20 Jahre	62	25,5	46,9
20-30 Jahre	89	36,6	83,5
> 30 Jahre	40	16,5	100
Schwerpunkt der Praxis			
Kinderzahnheilkunde	40	16,5	16,5
Allgemeinzahnärztlich	203	83,5	100
Praxislage			
ländlich/kleinstädtisch (< 20.000 Einwohner)	120	49,4	49,4
städtisch (ab 20.000 Einwohner)	123	50,6	100

2.4 Material

Der für diese Arbeit entwickelte Fragebogen (vgl. Abbildung 7) bestand aus einem allgemeinen Fragenteil und einem spezifischen Fragenteil. Im allgemeinen Fragenteil wurden Angaben zur Praxis, den Patienten, dem/der Zahnarzt/-ärztin selbst und dessen/deren Vorwissen bezüglich dentaler Vernachlässigung von Kindern, wie auch vergangene Berührungspunkte mit dem Thema Vernachlässigung abgefragt.

Die Fragen zu Schwerpunkt und Lage der Praxis, der Selbständigkeit des/der Behandelnden und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung erkennen zu können, wurden mit Hilfe eines dichotomen Antwortformats erhoben. Ebenfalls mit Hilfe dieses Antwortformats wurde abgefragt, ob jemals ein Verdachtsfall gemeldet wurde, sowie, ob jemals ein Verdachtsfall bestand, der nicht gemeldet wurde. Anschließend ergab sich die Möglichkeit, im selben Antwortformat anzugeben, ob dieser nicht gemeldete Verdachtsfall dennoch dokumentiert wurde. In diesem allgemeinen Fragenteil wurde auch abgefragt, ob Vernachlässigung Teil der universitären Ausbildung gewesen sei, sowie, ob der/die Befragte sich zu dem Thema bereits fort- oder weitergebildet habe. Beide Fragen konnten im dichotomen Antwortformat beantwortet werden. Bei der Antwortmöglichkeit „ja“ konnte dann über ein Freitextfeld ebenfalls die Form und der Umfang der Aus- und Fort-/Weiterbildung beschrieben werden. Bei der Frage danach, was mögliche Gründe für das Unterlassen einer Meldung sein könnten, bestand die Möglichkeit der Mehrfachnennung im Multiple-Choice-Antwortformat, inklusive eines Freitext-Feldes. Am Ende dieses Fragenteils wurde abgefragt, wie viele Kinder der/die befragte Zahnarzt/-ärztin in den letzten drei Monaten behandelt hatte, sowie ob bei einem dieser Patienten der Verdacht einer Vernachlässigung bestand. Als Zeitraum wurden drei Monate gewählt, da hierdurch sichergestellt werden konnte, dass der/die Befragte die Zeitspanne gut überblicken konnte, der Verdachtsfall mit möglichst vielen Details präsent für den/die Behandler/-in war, sowie die verschiedenen Angaben der Teilnehmer dadurch vergleichbar wurden. Wenn einer der befragten Zahnärzte/-innen die Frage nach einem bestehenden Verdacht auf Vernachlässigung mit „ja“ beantwortete, öffnete sich der zweite, spezifische Fragenteil. Falls die Frage mit „nein“ beantwortet wurde, war die Umfrage damit beendet und dem Teilnehmenden wurde für seine Mithilfe gedankt.

In diesem zweiten, spezifischen Fragenteil wurden personenbezogene Daten zum Kind erhoben, das elterliche Fürsorgeverhalten beschrieben, die Gründe für den Verdacht ermittelt und die zahnärztlichen Befunde, sowie das Handeln des/der Zahnarztes/-ärztin erfragt. Die Fragen nach dem Geschlecht des Kindes, nach der Versicherungsart, nach dem Stattfinden von regelmäßigen Kontrollen und nach dem Bestehen von früheren Hinweisen auf das mögliche Vorliegen einer Vernachlässigung, wurden dichotom erhoben. Das Alter des Kindes, die Anzahl an Jahren, seit denen sich das Kind bereits bei dem/der befragten Zahnmediziner/-in in Behandlung befand, sowie die Anzeichen, welche den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten, konnten im Freitext-Format angegeben werden. Mit Hilfe von Multiple-Choice Fragen konnte die Wohnsituation des Kindes, der Grund für das Aufsuchen der Zahnarztpraxis, der Befund, die Form der Dokumentation des Verdachts, das Handeln des/der Zahnarztes/-ärztin, sowie die Frage nach dem Fürsorgeverhalten der Bezugsperson ermittelt werden. Am Ende dieses Fragenteils wurde der/die Teilnehmende gefragt, ob ein weiterer Verdachtsfall dokumentiert werden soll. Falls dies bejaht wurde, öffnete sich wie zuvor ein neuer Fragenteil mit denselben spezifischen Fragen. Dies war – entsprechend der Anzahl an Verdachtsfällen – beliebig häufig möglich.

2.5 Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte größtenteils deskriptiv. Darüber hinaus wurde mit folgenden Testverfahren gearbeitet: Zusammenhänge zwischen personenbezogenen Daten der Zahnärzte/-innen und Fragen zum Erkennen von Vernachlässigung wurden mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests analysiert. Der Unterschied zwischen der Anzahl der in den letzten drei Monaten behandelten Kinder in Praxen, bei denen der Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde lag und in Praxen ohne diesen Schwerpunkt, wurde mit Hilfe eines Mann-Whitney-U-Tests untersucht. Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Anzahl behandelter Kinder und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen wurde unter Zuhilfenahme der logistischen Regression ermittelt.

3. Ergebnisse

3.1 Deskriptive Statistik zum allgemeinen Fragebogenteil

Im ersten, allgemeinen Fragebogenteil wurden zuerst die Angaben zur selbstwahrgenommenen Fähigkeit, Vernachlässigung zu erkennen, ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass 63,4% (N = 154) der befragten Zahnärzte und Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg sich in der Lage fühlten, Vernachlässigung adäquat zu erkennen.

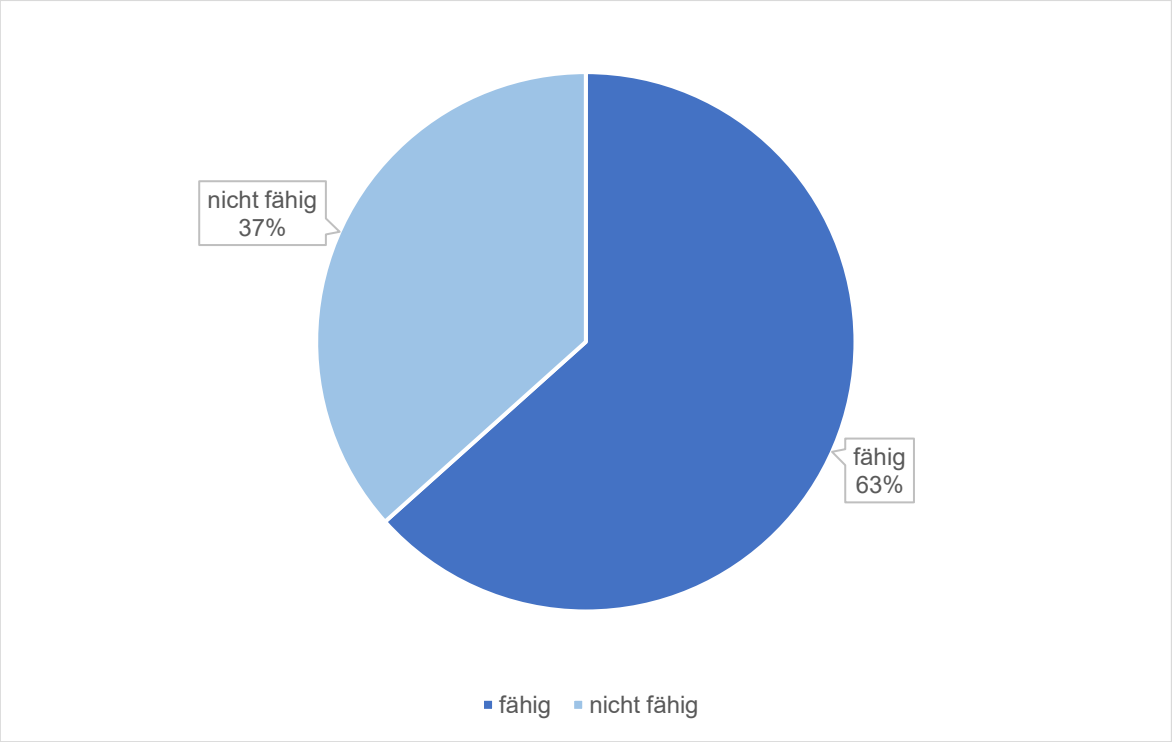

Abbildung 2: Selbstwahrgenommene Fähigkeit der befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg Vernachlässigung adäquat zu erkennen (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

Darüber hinaus wurde ausgewertet, wie viele der Befragten bereits in ihrer Berufslaufbahn einen Verdachtsfall auf Vernachlässigung an das Jugendamt, die Polizei, den betreuenden Kinderarzt, den Kinderschutzbund o.ä. gemeldet hatten, sowie die Frage danach, wie viele der Befragten bereits einen Verdachtsfall hatten, diesen aber nicht gemeldet haben. Dabei ergab sich, dass 11,9% (N = 29) der befragten Zahnmediziner/-innen in der Vergangenheit schon einmal einen Verdachtsfall gemeldet hatten. 25,1% (N = 61) gaben an, dass sie schon einmal den Verdacht auf Vernachlässigung bei einem ihrer Patienten hatten, diesen aber nicht gemeldet haben.

Bei der Auswertung der Frage „Was wären für Sie mögliche Gründe, eine Meldung bei Verdacht auf Vernachlässigung zu unterlassen?“ ergab sich folgende Verteilung:

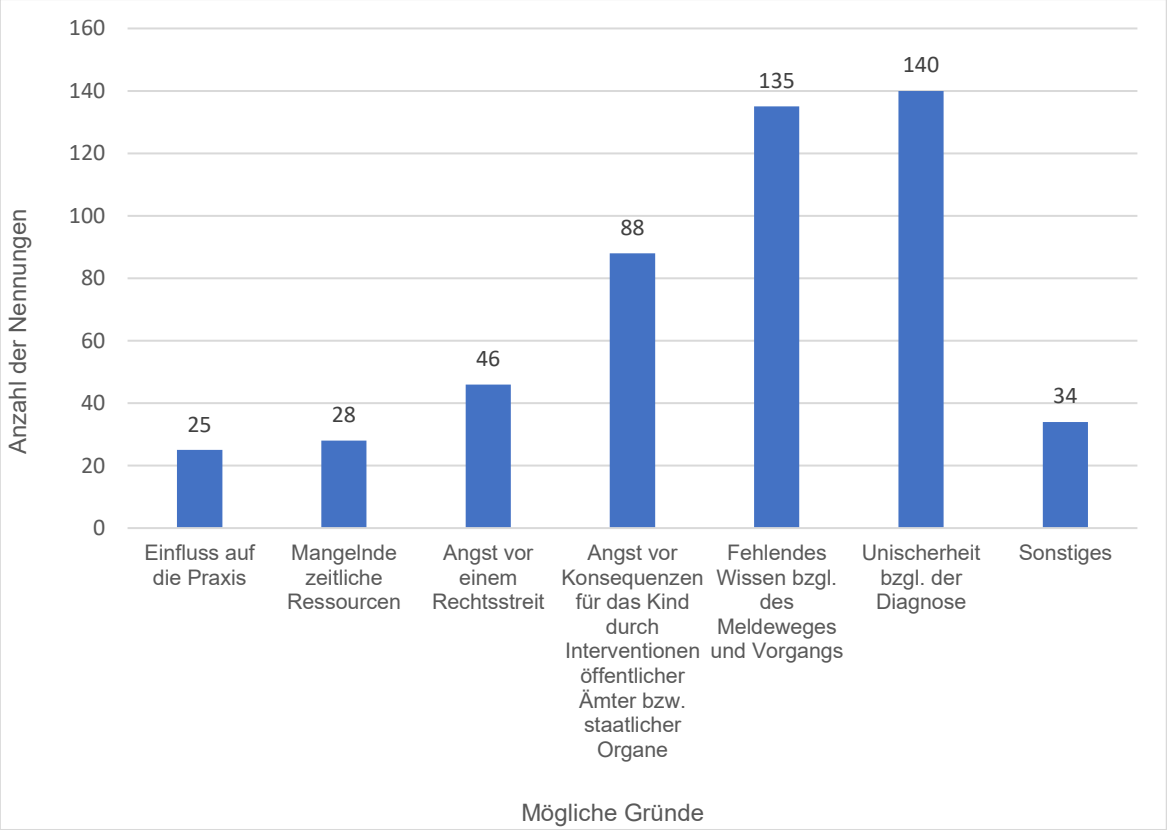

Abbildung 3: Mögliche Gründe für die befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg eine Meldung trotz bestehenden Verdacht auf das Vorliegen einer Vernachlässigung zu unterlassen (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

Zu beachten ist, dass bei dieser Frage eine Mehrfachauswahl möglich war. Den Grund „Einfluss auf die Praxis“ gaben 10,3% (N = 25) der Befragten an. Mangelnde zeitliche Ressourcen wurden von 11,5% (N = 28), Angst vor einem Rechtsstreit von 18,9% (N = 46) und Angst vor den Konsequenzen für das Kind durch Intervention öffentlicher Ämter bzw. staatlicher Organe von 36,2% (N = 88) der Befragten als möglichen Grund für eine Nichtmeldung angegeben. Wie in den Hypothesen bereits angenommen, wurden fehlendes Wissen bezüglich des Meldeweges und -vorgangs (55,6%, N = 135), sowie eine mögliche Unsicherheit bezüglich der Diagnose (57,6%, N = 140) als häufigste Gründe für eine Nichtmeldung genannt.

14,0% (N = 34) der befragten Zahnärzte und Zahnärztinnen setzten ihr Kreuz bei „sonstigen Gründen“. Diese sonstigen Gründe konnten mithilfe der Freitext-Funktion von den Befragten erläutert werden. Ein größerer Teil dieser Zahnärzte/-innen nutzten den Freitext, um anzugeben, dass sie sich keinerlei Gründe vorstellen

könnten, die dazu führen, nicht zu melden. Darüber hinaus wurde die Sorge, sowie konkrete Erfahrungen geschildert, dass verantwortliche Stellen einer Meldung nicht genug Aufmerksamkeit schenken. In zwei Fällen wurde angegeben, dass – wenn lediglich der Zahnstatus auf eine Vernachlässigung hinweist – eine Meldung nicht getätigt wird. Ebenfalls im Freitext angegeben wurde, dass ein möglicher Grund für Nichtmeldung ist, dass der/die betreffende Zahnarzt/-ärztin die Verantwortung zu einer ersten Intervention bei sich selbst sieht. Die Sorge, die Schweigepflicht zu verletzten, wurde ebenso genannt wie der Grund, dass die Rücksprache mit einem medizinischen Kollegen der Meldung bei einer öffentlichen Stelle vorgezogen wird. Trotz der Antwortmöglichkeiten „Unsicherheit bezüglich der Diagnose“ und „Angst vor den Konsequenzen für das Kind durch Intervention öffentlicher Ämter bzw. staatlicher Organe“ wurde innerhalb des Freitexts die Sorge geäußert, die Eltern fälschlicherweise zu beschuldigen und damit gegebenenfalls negative Konsequenzen für das Kind herbeizuführen.

3.2 Inferenzstatistik zum allgemeinen Fragebogenteil

Zusammenhang zwischen Vorwissen und der selbstwahrgenommen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen

Um den Zusammenhang zwischen Vorwissen (aus dem Studium und/oder durch Fortbildungen) und der selbstwahrgenommen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, zu untersuchen, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Für die Variable des Vorwissens wurden die Ergebnisse der Antworten bezüglich des im Studium vermittelten Wissens und die der Antworten bezüglich des durch Fortbildungen erlangten Wissens einbezogen. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorwissen und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, $\chi^2(1) = 0.019$, $p = 0.45$. Damit konnte die Hypothese – dass die selbstwahrgenommene Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, aufgrund von Vorwissen gestärkt wird – nicht bestätigt werden.

Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, zu

untersuchen, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dabei waren zwei der erwarteten Zellhäufigkeiten kleiner als fünf – dies entspricht 16,7% der Kategorien – weshalb dennoch angenommen werden kann, dass die Teststatistik näherungsweise einer Chi-Quadrat-Verteilung folgt. Es gab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung erkennen zu können, $\chi^2(5) = 6.85$, p=0.23. Daher ist davon auszugehen, dass die Berufserfahrung keinerlei Einfluss auf die selbstwahrgenommene Kompetenz Vernachlässigung zu erkennen, hat.

Anzahl behandelter Kinder je nach Schwerpunkt der Praxis

Die Anzahl an Kindern, welche in den letzten drei Monaten durch die befragten Zahnärzte/-innen behandelt wurden, wurde zwischen Praxen mit einem Schwerpunkt auf Kinderzahnheilkunde und Praxen ohne einen solchen Schwerpunkt verglichen. Bei befragten – in einer Praxis für Kinderzahnheilkunde tätigen – Behandler/-innen (N=40) ergab sich ein Mittelwert von 338 behandelten Kinder innerhalb der letzten drei Monate. Die dabei genannte geringste Anzahl an behandelten Kindern lag bei 30. Die höchste Angabe lag dahingegen bei 1041 behandelten Kindern im angegebenen Zeitraum. Bei den befragten Zahnärzten/-innen mit anderweitigen zahnärztlichen Schwerpunkten (N=202), ergab sich ein Mittelwert von 73 behandelten Kindern innerhalb der letzten drei Monate. Die Angaben reichten hier von keinen behandelten Kindern, bis hin zu 800 behandelten Heranwachsenden.

Um den Unterschied bezüglich der Anzahl an behandelten Kindern zwischen Praxen mit dem Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde und Praxen ohne einen solchen Schwerpunkt genauer zu untersuchen, wurde ein Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Der Test zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, $Z = -7{,}236$, $p \leq 0.01$, $r = 0.47$ (mittlerer Effekt). Damit bestätigt sich die anfänglich aufgestellte Hypothese, dass in Praxen mit Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde eine größere Anzahl an Kindern vorstellig wird.

Zusammenhang zwischen der Anzahl behandelter Kinder und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen

Um den Zusammenhang zwischen der Anzahl behandelter Kinder und der selbstwahrgenommenen Kompetenz des/der Behandelnden, Vernachlässigung

erkennen zu können, zu untersuchen, wurde die logistische Regression angewandt. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang, $\chi^2(1) = 0{,}91$, $p = 0{,}34$. Die Anzahl der behandelten Kinder scheint daher keinen Einfluss auf die selbstwahrgenommene Kompetenz, Vernachlässigung erkennen zu können, zu haben.

Zusammenhang zwischen dem Schwerpunkt der Praxis und der Fort- und Weiterbildung

Um den Zusammenhang zwischen dem Schwerpunkt der Praxis (Kinderzahnheilkunde oder anderweitig zahnärztlich tätig) und der Angabe, ob sich der/die Behandelnde zur Thematik bereits fortgebildet hatte, zu untersuchen, wurde ein Chi-Quadrat-Test angewendet. Der Test zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Schwerpunkt der Praxis und der Fort- und Weiterbildung zur Thematik Vernachlässigung. Zahnärzte/-innen aus Praxen mit dem Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde bildeten sich signifikant häufiger zur Thematik weiter, $\chi^2(1) = 17.33$, $p \leq 0.01$, $\varphi = 0.27$. Dies zeigt, dass die Tätigkeit in einer Praxis, bei der der Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde liegt, dazu führt, dass sich Behandelnde häufiger zu der Thematik weiterbilden.

Zusammenhang zwischen der Lage der Praxis und einem bereits wahrgenommenen Verdachtsfall

Ein Chi-Quadrat-Test wurde durchgeführt, um herauszufinden, ob ein Zusammenhang zwischen der Praxislage (ländlichen/kleinstädtischer Raum (< 20.000 Einwohner) / städtischer Raum (≥20.000 Einwohner)) und der Frage danach, ob der/die Zahnarzt/-ärztin in der Vergangenheit bereits einen Verdacht auf Vernachlässigung bei einem Patienten wahrgenommen hat, besteht. Dabei wurde die Antwort bei der Frage danach, ob jemals ein Verdachtsfall gemeldet wurde, sowie die Frage danach, ob schon mal ein Verdachtsfall bestand, bei dem nicht gemeldet wurde, eingeschlossen. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Praxislage und einem bereits wahrgenommenen Verdachtsfall, $\chi^2(1) = 0.479$, $p = 0.49$.

3.3 Auswertung der Verdachtsfälle aus dem spezifischen Fragebogenteil

Durchschnittlich behandelten die von uns befragten Zahnärzte/-innen – unabhängig des Schwerpunktes der Praxis – 117 Kinder im abgefragten dreimonatigen Zeitraum. Bei 18 dieser Patienten vermerkten die jeweiligen Behandelnden einen Verdacht auf Vernachlässigung. Der Tabelle 4 im Anhang können die genauen Angaben zu den einzelnen Verdachtsfällen entnommen werden. Im Folgenden werden diese Verdachtsfälle nun genauer betrachtet. Es ist zu beachten, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße keine repräsentativen Aussagen zu den Verdachtsfällen getroffen werden können. Es wird dennoch von ihnen berichtet.

Das durchschnittliche Alter der Kinder betrug neun Jahre. Das jüngste Kind mit bestehendem Verdacht war drei Jahre alt, das älteste Kind war 16 Jahre alt. Bei einem der dokumentierten Verdachtsfälle wurde kein Alter angegeben. Zwölf der Kinder, bei denen ein Verdacht auf Vernachlässigung bestand, waren männlich, die restlichen sechs waren weiblich. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Umfrage durchschnittlich ein halbes Jahr bei dem Befragten oder der Befragten in Behandlung. Auch hier wurde bei einem Verdachtsfall keine Angabe getätigt. Bei fünf Kindern wurde eine Behandlungsdauer von 0 Jahren angegeben, was darauf schließen lässt, dass diese Kinder zum Zeitpunkt der Befragung das erste Mal in der Praxis vorstellig geworden sind. Sechs der 18 Kinder, bei denen ein Verdacht auf Vernachlässigung bestand – dies entspricht 33% - stellten sich regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen vor. Bei den anderen zwölf Verdachtsfällen wurden keine regelmäßigen Kontrollen dokumentiert. Bei der Frage nach dem Versicherungsstatus ergab sich, dass alle Kinder, bei denen der Verdacht auf Vernachlässigung bestand, gesetzlich versichert waren. Die Frage nach der Wohnsituation der Kinder ist in Abbildung 4 dargestellt. 39,9% (N=7) der Kinder waren bei beiden Eltern wohnhaft. 33,3% (N=6) der Kinder lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil. Bei 11,1% (N=2) der Kinder, bei denen ein Verdachtsfall bestand, wurde angegeben, dass dieses Kind bei einem Elternteil mit neuem Partner/ neuer Partnerin wohnhaft sei. Außerdem wurde in 11,1% (N=2) „Sonstiges“ – ohne weiter Ausführung – und in 5,6% (N=1) „nicht bekannt“, als Antwortmöglichkeit auf die Wohnsituation des Kindes gewählt.

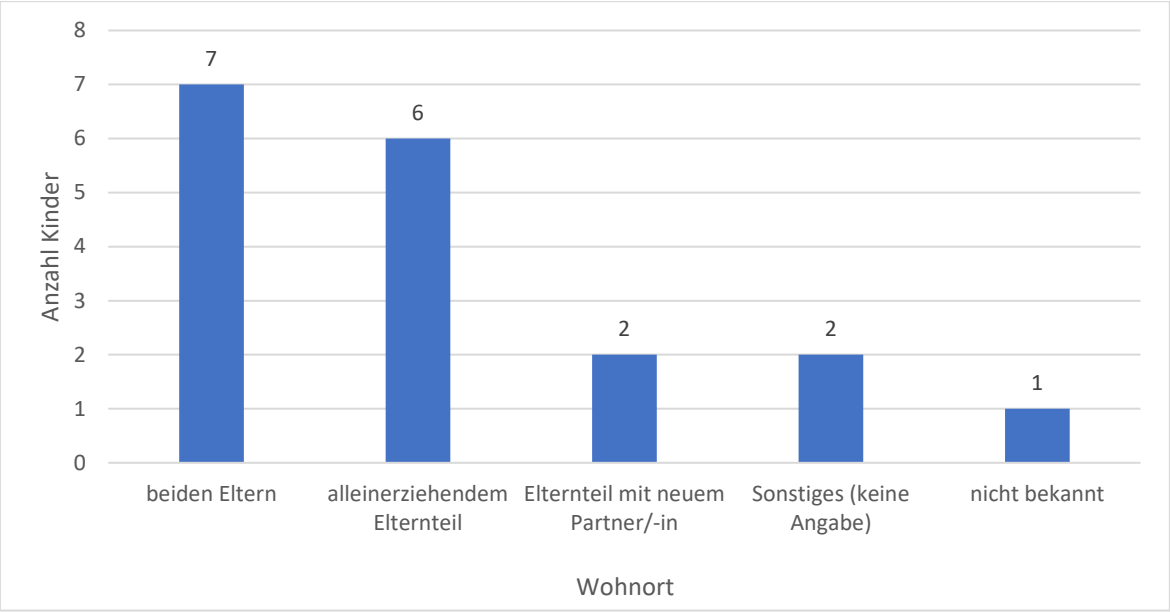

Abbildung 4: Wohnsituation der Kinder mit bestehendem Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, angegeben durch die befragten Behandelnden in Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

Anlass für den Besuch in der Zahnarztpraxis waren in elf der 18 Fälle Zahnschmerzen, vier der Kinder waren aufgrund einer Kontrolluntersuchung vorstellig. Bei den übrigen drei Kindern, bei denen ein Verdacht bestand, wurde als Grund für den Besuch „Sonstiges“ – ohne weitere Ausführung im Freitext – ausgewählt.

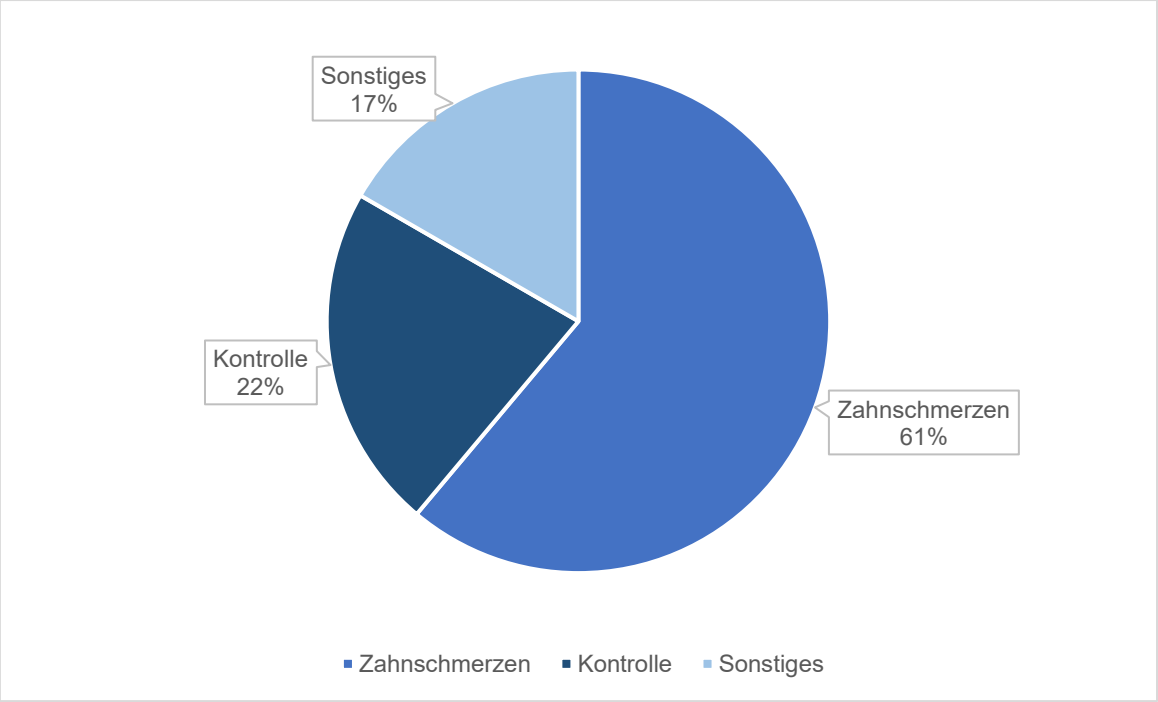

Abbildung 5: Anlass für die Vorstellung der Kinder mit bestehendem Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, bei dem/der jeweiligen Zahnarzt/Zahnärztin - angegeben durch die befragten Behandelnden aus Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

Bei der Frage nach dem Befund des Kindes, bei dem der Verdacht auf Vernachlässigung bestand, war eine Mehrfachauswahl möglich. Dabei wurde angegeben, dass bei 16 der 18 Kinder (88,89%) Karies festgestellt wurde. 14 Kinder (77,78%) wiesen eine Gingivitis auf, bei ebenfalls 14 Kindern (77,78%) zeigte sich eine Plaque. Sieben der 18 Kinder (38,89%) zeigten kieferorthopädischen Behandlungsbedarf. Darüber hinaus wurde bei drei der Heranwachsenden (16,67%) eine Fraktur vermerkt, sowie bei einem (5,56%) ein Trauma.

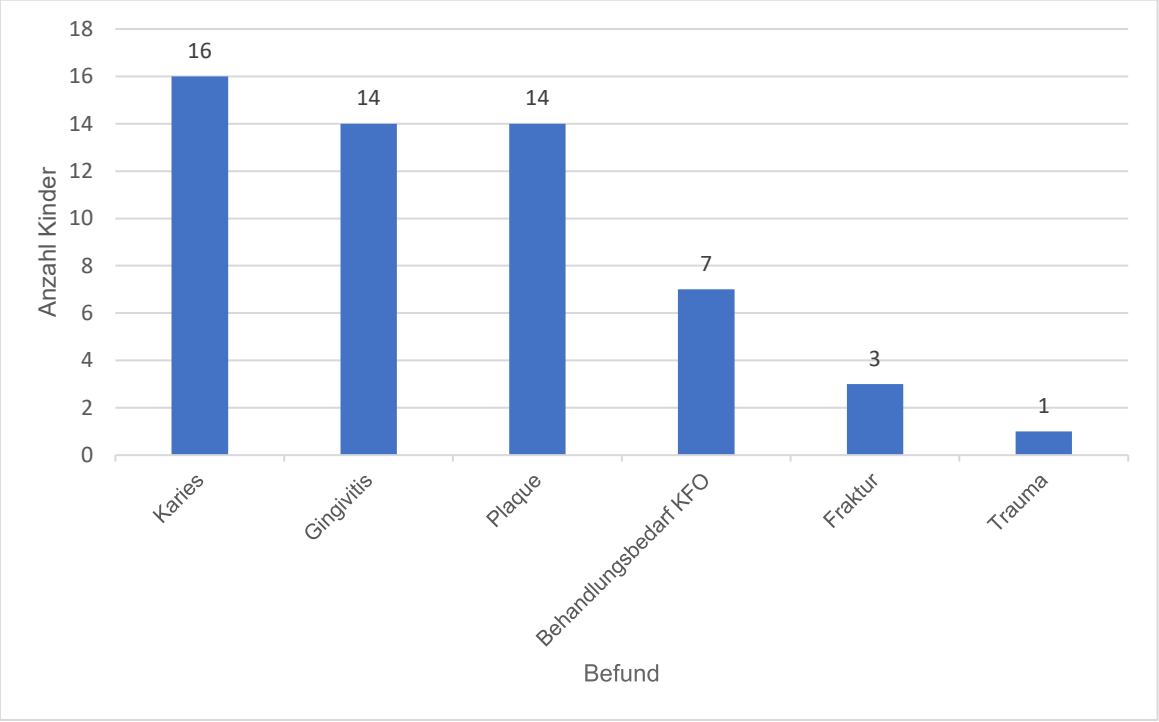

Abbildung 6: Erhobener Befund bei den Kinder mit Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, angegeben durch die befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

Die Anzeichen, welche bei dem Behandler oder der Behandlerin den Verdacht auf eine Vernachlässigung erweckten, konnten im Freitextformat angegeben werden: Hinweise auf eine körperliche Vernachlässigung mit mangelnder Hygiene und mangelnder medizinischer Versorgung wurden am häufigsten aufgezählt. Beispiele hierfür sind im Folgenden aufgeführt:

- *„desolater Gebisszustand, schmutzige Ohren, schmutziger Hals etc.“*
- *„fast alle Zähne zerstört, Zahnpflege katastrophal, körperlich Unentwickelt und Eltern zeigten überhaupt kein Interesse in die Praxis zu kommen und mit mir zu reden. Mit AOK und KZV habe ich telefoniert, aber sie konnten mir auch nicht weiterhelfen.“*
- *„Multiple Karies, Adipositas“*

Des Weiteren wurde zusätzlich von mangelnder Aufsicht und Betreuung berichtet:

- *„Vater gab prekäre Familiensituation und Überforderung offen zu, Kind sieht bereits mit drei Jahren den ganzen Tag fern und wird mit Chips vor dem Fernseher geparkt. Multiple kariöse Läsionen, keinerlei Mundhygiene.“*
- *„Multiple rezidivierende Karies nach vorangegangener Sanierung unter Vollnarkose; Kind relativ schüchtern, Mutter wirkte sehr ängstlich und unter Stress bei der Untersuchung (zittrige Hände, blass); der Unfall (Ausrutschen in der Badewanne) lag bereits ca. 1 Woche zurück“*
- *„alle 6er zerstört, auch ein 7er, Kind fragt, ob Karies vom Rauchen kommt…mit 13.“*
- *„multiple Karies, ungepflegte Kleidung, Begleitung nur durch ebenfalls minderjährige Geschwister oder Verwandte, Sprachbarriere, aber anamnestisch erster Zahnarztkontakt in Deutschland während des Notdienstes.“*

Der vorangehende Kommentar zeigt – wie auch der Nachfolgende – dass von den Zahnärzten oder Zahnärztinnen auch aufgrund der Unwissenheit der Eltern in Kombination mit den schlechten Befunden auf eine Vernachlässigung geschlossen wurde:

- *„hohe Kariesaktivität, wenig aufgeklärte Eltern“*

Weiterführend wurde auch ein Mangel an erzieherischer Einflussnahme aufgeführt, der sich bei dem Kind durch fehlendes Wissen zeigte:

- *„Ein 6-jähriges Kind mit massiver, multipler Karies. Kind wusste nicht wie man Zähne putzt und trug ungewaschene Kleidung“*

Auch ein Mangel an emotionaler Wärme und Einfühlungsvermögen, sowie die fehlende elterliche Reaktion wurde festgestellt. Beispielsweise wurden Schmerzen und/oder ein deutlicher Behandlungsbedarf ignoriert:

- *„stark kariös zerstörtes Gebiss. Obwohl die Eltern bzw. auch ältere Geschwister darüber aufgeklärt wurden, dass Behandlungsbedarf besteht, haben sie dies Unterlassen und sind reihenweise nicht zu ihren Terminen erschienen. Sind der ausdrücklichen Empfehlung, die Zahnklinik in Ulm aufzusuchen, damit der Kleine in ITN gehandelt werden kann, nicht*

nachgekommen. Auch nicht, als das Kind starke Schmerzen hatte. Wollten selbst nur Ruhe haben und haben Medikamenten gegen die Schmerzen des Kindes verlangt.“ (ITN steht für Intubationsnarkose)

- *„Mangelnde Mundhygiene, Mutter ist trotz angeratener Füllungen mit dem Kind nicht mehr erschienen.“*

Bezüglich der Dokumentation der Verdachtsfälle, ergaben sich über die Möglichkeit der Mehrfachauswahl folgende Antworten:
In 15 der 18 Verdachtsfälle gaben die Befragten an, ihre Beobachtungen bzw. ihren Verdacht auf Vernachlässigung in der Patientenakte dokumentiert zu haben. Sieben Mal wurde die Situation über eine Röntgenaufnahme festgehalten. Zwei der Befragten gaben an, Fotografien angefertigt zu haben. Einen speziellen Erfassungsbogen zur Dokumentation des Verdachts nutze keiner der Befragten.
Dreimal wurde angegeben, nichts zu den Beobachtungen bzw. dem Verdacht dokumentiert zu haben. Die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wurde einmal gewählt, allerdings ohne das dazugehörige Freitext-Feldes zur genaueren Erläuterung zu nutzen.
Anschließend wurden die Teilnehmenden dazu befragt, was sie in dem von Ihnen beschriebenen Verdachtsfall unternommen haben. Bei dieser Frage war ebenfalls eine Mehrfachnennung möglich. Zwölf der Befragten gaben an, das Gespräch mit den Eltern gesucht zu haben. In drei der 18 Fälle wurde ein Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern geführt. Drei der Befragten suchten Rat im zahnärztlichen Kollegium und ein Befragter/eine Befragte gab an, den/die entsprechende/n Kinderarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin kontaktiert zu haben. Die Antwortmöglichkeit „Bisher habe ich nichts Weiters unternommen“ wurde fünfmal ausgewählt. Vier der 18 Befragten gaben „Sonstiges“ an, jedoch auch hier ohne die Nutzung der möglichen Freitextoption.
Keiner der Befragten meldete einen Verdacht beim Jugendamt, der Polizei oder nahm eine spezialisierte Beratung in Anspruch.
Wie auch der Tabelle 4 im Anhang zu entnehmen ist, wurde das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind in den häufigsten Fällen als unauffällig beschrieben.

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, wie Zahnärzte/-innen mit dem Thema Vernachlässigung umgehen und wie diese im konkreten Verdachtsfall handeln. Dazu wurden in einem allgemeinen Fragebogenteil Angaben zur Person, der Praxis und der Thematik Vernachlässigung abgefragt.
Zusätzlich konnten mit Hilfe eines spezifischen Fragebogenteils Angaben zu kürzlich beobachteten Verdachtsfällen – im Zeitraum der letzten 3 Monate vor Teilnahme an der Befragung – erhoben werden.
Zunächst wurden die Angaben zur selbstwahrgenommenen Fähigkeit, Vernachlässigung zu erkennen, ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass der Großteil der befragten Zahnärzte und Zahnärztinnen (63,4%) sich in der Lage fühlte, Vernachlässigung adäquat zu erkennen. Trotz dieser Einschätzung wurde im Rahmen der Frage danach, was mögliche Gründe für die Unterlassung einer Meldung wären, am häufigsten die Unsicherheit bzgl. der Diagnose einer Vernachlässigung (57,6%), genannt. Streng genommen wirft dieses Ergebnis damit einen Widerspruch zu der ersten Einschätzung der Zahnärzte/-innen – eine Vernachlässigung adäquat erkennen zu können – auf. Grund könnte sein, dass das Thema „Vernachlässigung“ ein sehr emotionales Thema ist, bei dem es schwerfällt, sich einzugestehen, nicht einschätzen zu können, ob ein Kind Leid erfährt. Es wäre darüber hinaus gut vorstellbar, dass bei vielen der Befragten auch der Wunsch mitschwingt, eine vorliegende Vernachlässigung erkennen zu können. Die nachfolgenden Zahlen der Auswertung zeigen, dass viele der Teilnehmenden in ihrer Berufslaufbahn bisher noch keinen Kontakt zur Thematik „Vernachlässigung“ hatten. Sie konnten somit bei der Beantwortung nicht auf Erfahrungswerte zurückgreifen. 11,9% der befragten Zahnmediziner/-innen gaben im Fragebogen an, in der Vergangenheit schon einmal einen Verdachtsfall an das Jugendamt, die Polizei, den betreuenden Kinderarzt, den Kinderschutzbund o.ä. gemeldet zu haben. Im weiteren Verlauf gab 25,1% der teilnehmenden Zahnärzteschaft an, dass sie schon einmal den Verdacht auf Vernachlässigung bei einem ihrer Patienten hatten und diesen nicht gemeldet haben. An dieser Stelle ist zusätzlich zu erwähnen, dass in Studien mit freiwilligen Teilnehmenden meist davon auszugehen ist, dass diese der Thematik eine größere Wichtigkeit beimessen oder bereits Berührpunkte mit dem Thema hatten (Galea und Tracy 2007). Vor dem Hintergrund

dieser Tatsache ist die Zahl, der von den Teilnehmenden dieser Studie berichteten Verdachtsfälle, ein Hinweis dafür, dass Vernachlässigung selbst unter denen, die dem Thema eine größere Aufmerksamkeit schenken, nicht allzu häufig wahrgenommen wird. Bei der Auswertung der sich anschließenden Frage nach möglichen Gründen, eine Meldung bei Verdacht auf Vernachlässigung zu unterlassen, ergab sich folgende Verteilung (die Möglichkeit einer Mehrfachauswahl war hierbei gegeben): fehlendes Wissen bezüglich des Meldeweges und -vorgangs (55,6%), sowie eine mögliche Unsicherheit bezüglich der Diagnose (57,6%) wurden – wie in den Hypothesen bereits angenommen - als häufigste Gründe für eine Nichtmeldung genannt. Dies bestätigt zusätzlich die anfangs genannte Annahme, dass eine grundlegende Unsicherheit aufgrund von fehlendem Wissen innerhalb der Zahnärzteschaft besteht. Des Weiteren fiel auf, dass die Gründe für eine Nichtmeldung, welche dem/der befragten Zahnmediziner/-innen persönlich nachteilig werden könnten, am seltensten genannt wurden. Dazu zählten: Angst vor einem Rechtsstreit (18,9%), mangelnde zeitliche Ressourcen (11,5%) und der Einfluss auf die Praxis (10,3%). Auch dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass den Befragten die Wichtigkeit der Thematik bewusst ist. Es sollte bei der Interpretation des Ergebnisses aber auch beachtet werden, dass die soziale Erwünschtheit hier ebenfalls einen Anteil an der Darstellung der Verteilung haben kann. Da diese drei Antwortmöglichkeiten Verhaltensweisen ausdrücken, welche eine unsoziale Einstellung offenlegen könnten (Näher und Krumpal 2012). Durch die gegebene Anonymität und das beigefügte Anschreiben wurde versucht, Rahmenbedingungen zu schaffen, die diesen Effekt so gut wie möglich einschränken. Ein weiterer – mit 36,2% – häufig genannter Grund für eine mögliche Nichtmeldung trotz Verdacht stellt die Angst vor den Konsequenzen für das Kind durch die Intervention öffentlicher Ämter bzw. staatlicher Organe dar. Einige der Befragten nutzten sogar zusätzlich das Freitextformat, um deutlich zu machen, wie sehr sie dieser Punkt bewegt. Es wurde die Sorge, sowie konkrete Erfahrungen geschildert, das verantwortliche Stellen einer Meldung nicht genug Aufmerksamkeit schenken. Darüber hinaus wurde die Befürchtung deutlich, dass den öffentlichen Ämtern (im Besonderen hier häufig genannt – dem Jugendamt) nicht zugetraut wird, mit einem möglichen Verdachtsfall sensibel genug umzugehen. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, welche Beachtung finden muss, um Verbesserungen zu schaffen. Dies kann daher rühren, dass der/die Zahnarzt/-ärztin sich unsicher bezüglich der

Diagnose ist und daher ein vorsichtiges Vorgehen bzw. ein Herantasten des Jugendamtes bevorzugt, falls sich der Verdacht nicht bewahrheiten sollte. Wenn dieser Grund den Auslöser für diese Befürchtung darstellt, ist es umso wichtiger, Unterstützung zu bieten, um im Umgang mit einem Verdachtsfall Sicherheit zu schaffen und die richtigen Anlaufstellen zur Verfügung zu stellen. Eine Möglichkeit der Unterstützung bei anfänglicher Unsicherheit stellt beispielsweise die einleitend vorgestellte „Medizinische Kinderschutzhotline“ (Medizinische Kinderschutzhotline 2022) dar. Des Weiteren sollte der Zahnärzteschaft bewusst gemacht werden, dass die Möglichkeit einer anonymen Beratung durch das Jugendamt besteht. Der § 4 Abs. 2 des KKG ermöglicht hier eine Beratung des Berufsgeheimnisträgers durch eine insoweit erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe. Der Berufsgeheimnisträger ist befugt, pseudonymisierte Personendaten dieser Person zu übermitteln und sich entsprechend beraten zu lassen. Es wird außerdem die Wichtigkeit eines transparenten Umgangs zwischen dem Jugendamt und der Zahnärzteschaft nach erfolgter Meldung in den Freitextangaben deutlich. Hier wird häufig kritisiert, dass das Gefühl der Berichtenden sei, dass das Jugendamt nicht tätig werde oder Meldungen nicht ausreichend prüfe. Eine Aussage dazu, ob dies der Fall ist, übersteigt den Rahmen dieser Arbeit. Es wäre aber durchaus spannend zu verfolgen, wie viele Meldungen durch Zahnmediziner/-innen tatsächlich ein Tätigwerden des Jugendamtes oder anderer öffentlicher Stellen zur Folge hat. Das beschriebene Empfinden der teilnehmenden Zahnärzte/-innen, dass das Jugendamt einer Meldung nicht mit ausreichend Sorgfalt nachgeht, könnte daher rühren, dass es dem Jugendamt bis zum Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) im Juni 2021 nicht möglich war, dem meldenden Zahnarzt oder der meldenden Zahnärztin Rückmeldung über dessen Handeln zu geben. Dies war nur möglich, wenn die Familie des Kindes die Mitarbeitenden des Jugendamts von deren Schweigepflicht entbunden hatte. Durch das Inkrafttreten des bereits erwähnten Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) wurde eingeführt, dass das Jugendamt zukünftig dem/der Berufsgeheimnisträger/-in rückmelden darf, ob es die wichtigen Anhaltspunkte für die Kindeswohlgefährdung bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Heranwachsenden tätig geworden ist und/oder noch tätig ist (in § 4 Abs. 4 KKG). Die Gesetzesänderung kann hier eine notwendige Transparenz und gegenseitiges Vertrauen schaffen. In einem telefonischen Austausch meinerseits mit dem Ulmer Jugendamt wird ebenfalls

deutlich, dass das Jugendamt auf die Mithilfe der Zahnärzteschaft angewiesen ist. Die Zahngesundheit sei für das Jugendamt bisher ein Graubereich. In jedem Einzelfall muss genau abgewogen werden, ob es sich um eine Gefährdung handelt oder nicht. Dabei ist das Jugendamt auf die Zusammenarbeit mit der Zahnärzteschaft angewiesen. Gerade die Vernachlässigung der Zahngesundheit sei für das Jugendamt ein sehr schwer einschätzbarer Bereich (Agünlü 2021). Die letzte Antwortmöglichkeit bei der Frage nach den Gründen einer „Nichtmeldung trotz Verdacht“ – „sonstige Gründe“ – nutzten 14,0% der befragten Zahnärzte/-innen. Im dazu gehörigen Freitextfeld wurden daraufhin verschiedene Gründe aufgeführt. Zum einen wurde angegeben, dass die Befragten sich keinerlei Gründe vorstellen können, die dazu führen würden, eine Meldung zu unterlassen. Des Weiteren gaben Befragte an, dass wenn lediglich der Zahnstatus auf eine Vernachlässigung hinweise, eine Meldung nicht getätigt würde. Zuletzt wurde angegeben, dass die Verantwortung zur ersten Intervention bei dem/der Behandelnden selbst gesehen wird. Diese Antworten zeigen die Situationsabhängigkeit und somit die Schwierigkeiten auf, ein klares Vorgehen zu formulieren. Das Thema benötigt Fingerspitzengefühl, Empathie und Wachsamkeit. Die Schwierigkeit besteht darin, zu unterscheiden, wann es ausreichend ist, im Rahmen des eigenen Fachgebiets – der Zahnmedizin – Hilfestellung zu leisten, um einen positiven Effekt für das Kind erzielen zu können und in welchen Fällen die Unterstützung oder auch das Hilfsangebot für das Kind die Mithilfe anderer Stellen unabdingbar macht. Es ist hierfür wichtig zwischen einer wissentlichen und einer unwissentlichen Vernachlässigung zu unterscheiden. Laut Definition liegt eine Medizinische Vernachlässigung dann vor, wenn „Eltern über den Krankheitszustand“ – in diesem Fall auf die Zähne und den Zahnhalteapparat bezogen – „ihres Kindes aufgeklärt und informiert wurden und dennoch einer angebotenen zahnärztlichen Behandlung nicht nachkommen“ (BZÄK und KZBV 2014, S. 10). Diese Unterscheidung ändert nichts daran, dass das entsprechende Kind eine Vernachlässigung erfährt, aber es ist im Falle der unwissentlichen Vernachlässigung wahrscheinlicher, dass allein durch die Intervention eines Zahnmediziners oder einer Zahnmedizinerin (Aufklärungsgespräche, praktische Demonstrationen oder Mundhygieneunterweisungen) eine Besserung für das Kind erzielt wird. Für unsere Auswertung ist zu beachten, dass ein solches Tätigwerden der Zahnärzteschaft zu einer geringeren Anzahl bei den angegebenen Meldungen führt.

Als Nächstes wurde der Zusammenhang zwischen aus dem Studium und/oder durch Fortbildungen erlangtem Vorwissen und der selbstwahrgenommen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, untersucht. Hier ergab sich anders als in den Hypothesen erwartet, kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Diese Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden. Grund hierfür könnte sein, dass das Ausmaß und die Qualität des Vorwissens im Rahmen von Fortbildung und Studium in der hiesigen Studie nicht genau genug erfasst wurde. Es bestand die Möglichkeit, im Rahmen eines Freitextfeldes die Form und den Umfang der Weiterbildung, sowie das Ausmaß des Lerninhaltes im Studium zu erläutern. Es handelte sich hierbei jedoch um eine freiwillige Angabe, die nicht von jedem Teilnehmenden getätigt wurde. In Bezug auf die Vorlesungen fielen häufig die Worte: „sehr oberflächlich“, „nur kurz angesprochen“ oder „geringer Umfang“. Bei der Freitextmöglichkeit zur Beschreibung der Weiterbildung wurde Fachliteratur, Vorträge und das Curriculum der Kinderzahnheilkunde am häufigsten genannt. Auch wenn das Vorwissen aus dem Studium und das Vorwissen aus Weiterbildungen getrennt betrachtet worden wäre, hätte sich bei keiner der beiden Optionen ein signifikanter Zusammenhang dargestellt. Dies liegt mit großer Wahrscheinlichkeit daran, dass die Angaben zum Ausmaß und der Qualität des Vorwissens in beiden Fällen (Vorwissen aus dem Studium oder durch Fortbildung) meist als sehr gering beschrieben wurden. Die bereits erwähnte Studie von Tsang und Sweet zeigte, dass Zahnärzte/-innen die wirklich darin ausgebildet sind, Zeichen von Missbrauch und Vernachlässigung zu erkennen, fünfmal so häufig auch eine Meldung vornehmen (Tsang und Sweet 1999). Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass eine Verbesserung des Vorwissens von Zahnärzten/-innen zu einer höheren selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung erkennen zu können, führen kann, die sich dann in vermehrt vorgenommenen Meldungen wiederspiegelt. In den Ergebnissen unserer Studie hatte sich ebenfalls gezeigt, dass die Unsicherheit bezüglich der Diagnose einer der Hauptgründe für eine Nichtmeldung darstellt. Auch bei der Umfrage unter in Deutschland tätigen Ärzten/-innen und Psychotherapeuten/-innen von Berthold et. al. (2021) zeigte sich, dass nur eine Minderheit aus dieser Gruppe die rechtlichen Regelungen des Kinderschutzgesetzes richtig wiedergeben konnte. Darüber hinaus wurde deutlich, dass Befragte, welche bereits Berührungspunkte mit Fällen des Kinderschutzes hatten, deutlich häufiger dazu in der Lage waren, die Gesetzeslage korrekt zu erläutern. Eine Teilnahme an Fortbildungen im Kinderschutzbereich

zeigte hingegen keinen Einfluss auf die Kenntnisse (Berthold et al. 2021). Dieses Ergebnis scheint einen Hinweis darauf zu geben, dass die Teilnahme an Fortbildungen unter Zahnärzten/-innen in Deutschland derzeit keinen Mehrwert bezüglich des Wissens um den Kinderschutz schafft. Die Unsicherheit bzgl. der Diagnose als einer der häufigsten Gründe für das Unterlassen einer Meldung wäre im Falle einer solchen Tatsache nicht verwunderlich. Es scheint demnach umso wichtiger, an genau diesem Vorwissen zu arbeiten, um Fälle von Vernachlässigung besser und schneller erkennen zu können.

Daraufhin wurde auch der Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung zu erkennen, untersucht. Hintergrund der Überlegung war die Annahme, dass Zahnärzte/-innen mit einer großen Berufserfahrung bereits viele Kinder gesehen und behandelt haben und somit einen größeren Erfahrungsschatz im Umgang mit diesen, sowie mit dem Handeln im Falle eines Verdachts vorweisen - Souveränität bei der Handlungsentscheidung durch Erfahrung. Hier ergab sich allerdings kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der selbstwahrgenommenen Kompetenz, Vernachlässigung erkennen zu können. Eine mögliche Begründung hierfür ist, dass die allgemeine Berufserfahrung eben nicht mit einem großen Erfahrungsschatz im Rahmen der Kinderbehandlung gleichzusetzten ist. Es wäre spannend weiterführend zu untersuchen, ob innerhalb einer Gruppe von Befragten, welche monatlich im Durchschnitt die gleiche Anzahl an Kindern behandelt, die Berufserfahrung von Bedeutung wäre. Außerhalb einer solchen Gruppe kann festgehalten werden, dass sich die Berufserfahrung – durch zu große Unterschiede in der Anzahl der jeweils vorstellig werdenden Kinder – nicht als Faktor sehen lässt, der zwingend zu mehr Erfahrung führt. Des Weiteren könnte man vermuten, dass sowohl die Persönlichkeit als auch die Prägung der eigenen Person einen deutlich größeren Einfluss auf die selbstwahrgenommene Kompetenz Vernachlässigung zu erkennen, hat. Damit sind die viele individuellen Einflüsse auf eine Person gemeint, wie zum Beispiel persönliche Erfahrungen im Umgang mit Kindern, eigene Erlebnisse und Erfahrungen, das eigene soziale Umfeld und vieles mehr. Weitere Untersuchungen zum Thema des Einflusses der Persönlichkeit auf das Handeln im Falle eines Verdachts wären demnach sinnvoll.

Im nächsten Schritt wurde angenommen, dass sich die Anzahl der behandelten Kinder positiv auf die selbstwahrgenommene Kompetenz von Zahnärzten/-innen,

Vernachlässigung zu erkennen, auswirkt. Diese Annahme konnte mit Hilfe der logistischen Regression jedoch nicht bestätigt werden, da sich hier kein signifikanter Zusammenhang zeigte. Dies zeigt nochmals mehr, wie wichtig es ist, hier unterstützende Angebote für Zahnärzte/-innen zu schaffen, da eine Vielzahl an behandelten Kindern – wie diese Studie zeigt – nicht gleichzeitig Erfahrung auf dem Gebiet der Vernachlässigung mit sich bringt. Zahnärzte/-innen benötigen mehr als die Routine im Umgang mit Kindern in der zahnärztlichen Behandlung, um sich auch in Bereichen, die ihre Kernkompetenz überschreiten, sicher zu fühlen. Interessant zu erfahren ist daher, ob Behandler/-innen mit einer höheren Anzahl an behandelten Kindern (z.B. Kinderzahnärzte/-innen) sich auch vermehrt zu dem Thema fortbilden. Somit wurde im nächsten Punkt untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Schwerpunkt der Praxis und der Fort- und Weiterbildung zur Thematik besteht.

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Schwerpunkt der Praxis und der Fort- und Weiterbildung zur Thematik „Vernachlässigung“ dargestellt werden. Dies bestätigte sich durch den angewendeten Chi-Quadrat-Test. Es zeigte sich, dass die Tätigkeit in einer Praxis, bei der der Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde liegt, auch dazu führt, dass sich Behandelnde zu der Thematik „Vernachlässigung“ weiterbilden. Grund hierfür ist sicherlich, dass dieser Teil der Berufsgruppe vermehrt auf die Thematik „Kinder“ zugeschnittene Fortbildungsangebote erhält und sich vermutlich zusätzlich vermehrt dafür interessiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen in Kinderzahnarztpraxen mehr Interesse an der Behandlung von Kindern haben und häufig auch mehr Empathie gegenüber Kindern zeigen als allgemein tätige Zahnärzte/-innen. Diese anderweitig tätigen Zahnmediziner/-innen haben häufig einen deutlich größeren Pool an möglichen Fortbildungen, aus denen es zu wählen gilt. Im Zusammenhang mit dem Ergebnis, dass in Praxen mit dem Schwerpunkt auf der Kinderzahnheilkunde eine deutlich größere Anzahl an Kindern vorstellig wird als in Praxen ohne diesen Schwerpunkt, erhalten wir einen Hinweis darauf, dass eine vermehrte Anzahl an behandelten Kindern ebenfalls eine vermehrte Fort- und Weiterbildungszahl (zu diesem Thema) bedingen könnte. Dies scheint aber - in Zusammenhang mit dem vorherigen Ergebnis - nicht dazu zu führen, dass Behandelnde sich kompetenter im Umgang mit dem Thema Vernachlässigung fühlen. Die Frage, die sich nun anschließt, ist, welcher Faktor Behandelnde dazu bringen würde, sich tatsächlich kompetenter bei der Erkennung einer Vernachlässigung zu fühlen. Auch hierbei lässt sich vermuten,

dass eine nicht ausreichende Qualität der Fort- und Weiterbildungen im Hinblick auf die Thematik vorliegt. Eine Verbesserung der Weiterbildungsangebote (z.B. in direkter Zusammenarbeit mit dem Jugendamt) wäre daher wichtig.
Es sollte zusätzlich noch herausgefunden werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Praxislage (ländlichen/kleinstädtischen Raum (< 20.000 Einwohner) / städtischer Raum (≥20.000 Einwohner)) und dem Vorhandensein eines wahrgenommenen Verdachtsfalls des/der Behandelnden besteht. Hierbei ergab sich jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Die Auswertung zeigt, dass wohl andere Einflüsse bestimmen, ob vermehrt Verdachtsfälle auftreten. Im Rahmen der Auswertung der einzelnen Verdachtsfälle (der letzten 3 Monate vor der stattgefundenen Befragung) wird auf die Thematik möglicher Einflüsse im Folgenden noch genauer eingegangen.

4.1 Verdachtsfälle

Durchschnittlich behandelten die befragten Zahnärzte/-innen – unabhängig des Schwerpunktes der Praxis – 117 Kinder im abgefragten dreimonatigen Zeitraum. Nur wenige der Befragten gaben an, in diesem Zeitraum einen Verdachtsfall in der Praxis gehabt zu haben. In der gesamten Befragung wurden insgesamt nur 18 Patienten vermerkt, bei denen der/die jeweilige Behandelnde einen Verdacht auf Vernachlässigung hatte. Es muss daher angemerkt werden, dass es aufgrund der geringen Menge an Verdachtsfällen im Folgenden nicht möglich ist eine repräsentative Aussage über diese zu treffen. Die geringe Anzahl der Verdachtsfälle allein ist jedoch bereits ein aussagekräftiges Ergebnis. Es kann zum einen bedeuten, dass die befragten Zahnärzte/-innen entweder die Anzeichen nicht ausreichend erkannt haben, die entsprechenden Patienten nicht im angegebenen Zeitraum vorstellig geworden sind oder auch hier die Unsicherheit bezüglich der Diagnose ein Nichtausfüllen des entsprechenden Verdachtsfall-Bogens bedingt hat. Die Kontrolle der Zähne durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt, sowie regelmäßige häusliche Mundhygiene sind in jedem Lebensalter wichtig, sowohl für die allgemeine Gesundheit als auch für das gesamte Wohlbefinden. Eine gute Zahngesundheit kann die Fähigkeit eines Kindes zum Essen, Schlafen, Sprechen und Spielen positiv beeinflussen. Zahnärztliche Kontrollen zweimal jährlich – beginnend mit dem Durchbruch des ersten Milchzahns – unterstützen diese. Gesunde Milchzähne können Ihre Aufgabe als Platzhalter und Leitschienen für die

bleibenden Zähne nur dann erfüllen, wenn Sie bis zum Durchbruch der bleibenden Zähne auch im Mund des Heranwachsenden verbleiben. Verletzungen der Milchzähne durch Traumata oder bakterielle Zerstörung und damit einhergehenden Entzündungen gefährden zusätzlich den sich in direkter Lagebeziehung, unter dem entsprechenden Milchzahn, befindlichen Zahnkeim des bleibenden Zahns (Wagner 2022). In Anlehnung an die allgemeinmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen gibt es in der Zahnmedizin die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Solche regelmäßigen halbjährlichen Untersuchungen stellen sicher, dass der/die entsprechende Zahnmediziner/-in die Zahnentwicklung des entsprechenden Kindes bestmöglich überwacht. Diese zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen werden noch nicht so gut angenommen wie die allgemeinmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen (AWMF 2019). Unter den bestehenden Verdachtsfällen war das jüngste Kind drei Jahre alt, das älteste Kind war 16 Jahre alt. Keines der Kinder war länger als ein Jahr vor dem beobachteten drei-monatigen Zeitraum in Behandlung bei den entsprechenden Befragten. Bei fünf Kindern wurde eine Behandlungsdauer von null Jahren angegeben, was darauf schließen lässt, dass diese Kinder zum Zeitpunkt der Befragung das erste Mal in der Praxis vorstellig geworden sind. Sechs der 18 Kinder, bei denen ein Verdacht auf Vernachlässigung bestand, stellten sich regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen vor. Bei den anderen zwölf Verdachtsfällen wurden keine regelmäßigen Kontrollen dokumentiert. Es sollte hier aber angemerkt werden, dass die Umfrage während der Corona-Pandemie erfolgte und daher Kontroll-Untersuchungen zeitweise nur eingeschränkt möglich waren. Dennoch stellten sich vier der Kinder zur Kontrolle beim jeweiligen Behandelenden vor, als diese/r den Verdacht wahrnahm. Der häufigste Grund der Vorstellung war jedoch Zahnschmerz. Bereits in der Dritten deutschen Mundgesundheitsstudie 1997 wurde festgehalten, dass „Jugendliche mit vorwiegend beschwerdeorientierter Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen einen erhöhten Behandlungsbedarf“ aufweisen (Micheelis und Reich 1997, S. 224). Bei den Verdachtsfällen unserer Auswertung wurde bei 16 der 18 Kinder eine Karies festgestellt. 14 Kinder wiesen eine Gingivitis auf und es zeigte sich eine Plaque. Beides – Karies wie auch die Gingivitis und das Vorhandensein von Plaque – sind Zustände, die durch eine unzureichende Mundhygiene zustande kommen. Bereits mit dem Durchbruch der ersten Milchzähne sollte zweimal täglich – morgens und abends – geputzt werden. Zu Beginn geht es hierbei vor allem

darum, dass Kinder sich an die tägliche Mundhygiene gewöhnen, und das Putzen mit der Zahnbürste als selbstverständliche Routine empfunden wird. Ab dem sechsten Lebensjahr, wenn der erste bleibende Backenzahn hinter dem letzten Milchzahn durchbricht, intensiviert sich der Anspruch bei der häuslichen Mundhygiene. Häufig bleibt der Vorgang des Durchbruchs des ersten bleibenden Zahns unbemerkt, da für diesen kein Milchzahn ausfällt. Er reiht sich hinter den Milchzähnen an. Durch seine Lage ist dieser deutlich schwieriger zu reinigen und damit oft kariesanfälliger. Eine Faustregel besagt, dass die Sorgeberechtigten bis zum Vorhandensein einer sicheren Handschrift das Kind bei der täglichen Mundhygiene unterstützen sollten. Das Kind muss motorisch in der Lage sein, die Zähne korrekt zu reinigen (AWMF 2019). Bei den Verdachtsfällen tauchten aber auch Kinder in einem höheren Alter auf, bei denen von einer ausreichenden Motorik auszugehen ist. Verfügen diese jungen Heranwachsenden nicht über das ausreichende Wissen und die richtige Technik bei der Zahnpflege, ist eine gute Motorik allein – wie sich auch hier zeigt – nicht ausreichend, um eine gute Mundhygiene sicher zu stellen. Aus der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie geht hervor, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus doppelt so viele Kariesläsionen wie Kinder mit höherem Sozialstatus aufweisen (Jordan und Micheelis 2016). Auch wir interessierten uns bei unserer Befragung für die Hintergründe der Kinder. Es wurde der Versicherungsstatus erfragt und abgefragt, bei wem das Kind wohnhaft ist. Auch das Verhalten der Begleitperson wurde erfragt. Häufig wurde hier eine unauffällige Reaktion dokumentiert. Wie der Tabelle 4 im Anhang zu entnehmen ist, wurde ebenfalls eine ablehnende oder auch keine Reaktion der Begleitperson des Öfteren notiert. Dies macht es für eine/n Behandler/in natürlich nochmals schwerer, auf die Sorgeberechtigen einzuwirken. Alle Kinder der Studie, bei denen ein Verdacht bestand, waren gesetzlich versichert. Dies ist nicht repräsentativ bei der uns vorliegenden Anzahl an Fällen. Es ist aber zu erwähnen, dass von den mehr als 84 Millionen Menschen in Deutschland im Juli 2023 rund 74 Millionen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert waren. Das entspricht etwa 90 Prozent der Bevölkerung. In der Zählung von 2022 zählen 8,7 Millionen Menschen als Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV). 1,6 Millionen (18,2% der PKV-Versicherten) sind davon Kinder (vdek 2023). Es überrascht im Angesicht dieser Zahlen und der kleinen Anzahl an Verdachtsfällen nicht, dass alle Kinder gesetzlich versichert waren. Aus der Wohnsituation der Kinder ging hervor, dass

39,9% der Kinder bei beiden Eltern wohnhaft waren. 33,3% der Kinder lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil. Bei 11,1% der Kinder, bei denen ein Verdachtsfall bestand, wurde angegeben, dass dieses Kind bei einem Elternteil mit neuem Partner/ neuer Partnerin wohnhaft sei. Blickt man hier vergleichend auf die vorhandene Literatur, findet man vor allem heraus, dass mehr noch als der Beziehungsstatus der Sorgeberechtigten das Alter der Eltern und die finanzielle Situation – die wiederum bei einem Einkommen häufig geringer ausfällt – einen wichtigen Faktor auszumachen scheint. Bei jüngeren Müttern, sowie jüngeren Vätern bestand bei der retrospektiven Untersuchung am Beispiel von Witten/Salzwedel beispielsweise signifikant häufiger der Verdacht auf eine Vernachlässigung (Hänsel, 2020). Bei anderen Studien zeigte sich ein höherer Risikofaktor bei alleinerziehenden Kindesmüttern mit wechselndem Partner (Mayer et al. 2007; Menzel et al. 2013)

Zu der Frage nach dem Geschlecht des Kindes konnte aufgrund der Anzahl der Verdachtsfälle – wie bereits erwähnt – ebenfalls keine repräsentative Aussage getroffen werden. Andere Studien zeigen jedoch, dass es bei dem Thema Vernachlässigung – anders als bei anderen Missbrauchsformen – keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern der betroffenen Kinder gib (Hänsel 2020; Kindler et al. 2006).

Ein interessanter Punkt bei der Auswertung betrifft die Dokumentation der Verdachtsfälle. Hier ergaben sich über die Möglichkeit der Mehrfachauswahl folgende Antworten: In 15 der 18 Verdachtsfälle gaben die Befragten an, deren Beobachtungen bzw. ihren Verdacht auf Vernachlässigung in der Patientenakte dokumentiert zu haben. Sieben Mal wurde die Situation über eine Röntgenaufnahme festgehalten. Zwei der Befragten gaben an, Fotografien angefertigt zu haben. Einen speziellen Erfassungsbogen zur Dokumentation des Verdachts nutze keiner der Befragten. Dreimal wurde angegeben, nichts zu den Beobachtungen bzw. dem Verdacht dokumentiert zu haben. Das hier geschilderte Dokumentationsverhalten zeigt, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen, welche in unserem Fragebogen von einem Fall berichtet haben, größtenteils ihre Beobachtung in der praxiseigenen Akte dokumentiert haben. Dies ist nicht überraschend, da der behandelnde Zahnarzt oder die behandelnde Zahnärztin über eine Dokumentationspflicht verfügt. Dass daher Auffälligkeiten und Besonderheiten zusätzlich notiert werden, ist naheliegend. Die drei Verdachtsfälle, welche nicht in

der Akte notiert wurden, erscheinen hier eher als Auffälligkeit. Röntgenaufnahmen sind im Rahmen der Diagnostik gerade bei großen kariösen Läsionen oder einer Fraktur indiziert. Diese dokumentieren als Nebeneffekt ebenfalls den forensischen Verdacht. Es liegt nahe, dass hier aber nicht die Dokumentation im Vordergrund stand, sondern zuallererst die Aufnahme zu diagnostischen Zwecken angefertigt wurde und diesen Nebeneffekt mit sich bringt. Interessant ist, dass zwei der befragten Personen sogar aktiv Fotos von der verdächtigen oralen Situation angefertigt haben. Weiterführend wäre hier spannend zu erfahren, ob diese Aufnahmen genutzt wurden, um sich mit Kollegen oder entsprechenden Stellen beraten zu können oder ob sie lediglich zum Festhalten des Zustandes und der damit einhergehenden Dokumentation angefertigt wurden. Es wäre auch spannend in zukünftigen Untersuchungen auszutesten, ob entsprechende Erfassungsbögen Zahnärzte und Zahnärztinnen mit ihren Verdachtsfällen unterstützen würden.

Des Weiteren wurden die Teilnehmenden dazu befragt, was sie in dem von Ihnen beschriebenen Verdachtsfall unternommen haben. Bei dieser Frage war ebenfalls eine Mehrfachnennung möglich. Zwölf Mal wurde angegeben, dass das Gespräch mit den Eltern gesucht wurde. In drei Fällen wurde ein Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern geführt. Drei der Befragten suchten Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen/Kollegin und ein/e Befragte/r gab an, den entsprechenden Kinderarzt/Kinderärztin bzw. Hausarzt/Hausärztin kontaktiert zu haben. Die Antwortmöglichkeit „Bisher habe ich nichts Weiters unternommen“ wurde fünfmal ausgewählt. Keiner der Befragten meldete einen Verdacht beim Jugendamt, der Polizei oder nahm eine spezialisierte Beratung in Anspruch. Dies spricht dafür, dass diese Hilfeangebote entweder noch nicht bekannt genug sind oder die Hemmschwelle einfach zu groß ist, sich bei diesen Stellen zu melden. Der Fakt, das zahnärztliche Kollegen und Kolleginnen oder der/die allgemeinmedizinische Behandler/-in des Kindes in einigen der Fälle kontaktiert worden sind, spricht nicht dafür, dass der zusätzliche Aufwand der Grund für die Nichtmeldung gewesen ist. Es wäre an dieser Stelle interessant zu erfahren, inwieweit der eingeholte Rat – bei einem zahnärztlichen Kollegen/Kollegin oder dem/der allgemeinmedizinischen Behandler/-in des Kindes – dem/der Behandelnden weitergeholfen hat und welcher individuelle Nutzen aus dem Austausch gezogen werden konnte. Die einleitend erwähnten Hilfestellungen und Beratungsangebote in solchen Fällen gehören weiterverbreitet, kommuniziert und bekannt gemacht. Nur so können diese

Angebote im Falle eines Verdachts, bei dem sich der/die Behandler/-in professionellen Rat wünscht, auch angenommen bzw. eingefordert werden. Es wäre hierfür wünschenswert, wenn in der studentischen Ausbildung von Zahnmedizinern und Zahnmedizinerinnen standardmäßig auf die rechtlichen Grundlagen und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe genauer eingegangen wird. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass ein jede/r Zahnmediziner/-in zumindest im Rahmen der universitären Ausbildung die Basisinhalte zum Thema Kindeswohlgefährdung und der entsprechenden Beratungsangebote kennen gelernt hat. Bei den Beschreibungen der einzelnen Verdachtsfälle zeigten sich Fälle, die für Kinderschützer eindeutige Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung aufzeigen und ein Handeln unabdingbar machen. Zahnmediziner sollten zumindest über ein gesichertes Basiswissen verfügen, um im Ernstfall bestmöglich und im Sinne des Kindes Handeln zu können.

4.2 Limitationen

Im Folgenden soll auf die Limitationen dieser Arbeit eingegangen werden.
Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich recht schnell, dass aufgrund des häufig verwendeten Antwortformats der Binärfragen nur eine vereinfachte Analyse der Ergebnisse möglich war. Durch die Verwendung einer Likert-Skala hätten Fragen – wie beispielsweise die nach dem bestehenden Vorwissen – differenzierter ausgewertet werden können. So zeigte sich bei diesem Beispiel erst durch die freiwillige Freitextangabe im Anschluss an die Frage, dass die Befragten das Vorwissen als sehr gering beschreiben würden. Hätte man dies bereits in der Beantwortung differenziert, hätte sich die darauf aufbauende Auswertung anders gestalten lassen. Aufgrund der geringen Anzahl an Personen, die bereits im Freitext eine umfangreiche Weiterbildung beschreiben, liegt die Vermutung jedoch nahe, dass es einer sehr großen Stichprobe von Zahnärzten/-innen bedurft hätte, um überhaupt signifikante Aussagen bezüglich dieser Personengruppe treffen zu können.
Generell ist zu vermuten, dass an der Studie dem Thema gegenüber aufgeschlossene Zahnmediziner/-innen teilgenommen haben. Um diesen Effekt abzumildern, wurde versucht, durch das personalisierte Anschreiben – welches dadurch eine direktere Aufforderung beinhaltete – auch weniger motivierte Personen zu erreichen. Es „ist jedoch zu beachten, dass eine gewisse

Selbstselektion bei allen empirischen Studien vorliegt, da die Teilnahme aus forschungsethischen Gründen grundsätzlich freiwillig ist und es somit bei einem Teil der zu rekrutierenden Personen wegen fehlender Bereitschaft von vorneherein zu einer Teilnahmeverweigerung oder währenddessen zu einem Untersuchungsabbruch kommt“ (Döring und Bortz 2016, S. 306).

Eine weitere Limitation ergibt sich bei der Auswertung der Frage nach dem Zusammenhang der Lage der Praxis und einem bereits wahrgenommenen Verdachtsfall im Laufe der Tätigkeit als Zahnmediziner/-in. Hierbei ist nicht nachvollziehbar, ob die Praxislage von dem Behandler oder der Behandlerin im Laufe des Werdegangs gewechselt wurde. Die Auswertung hier bezog sich nämlich auf die Frage, ob dem/der Behandelnden in seiner/ihrer kompletten Laufbahn als Zahnmediziner/-in jemals ein Verdachtsfall untergekommen sei. Dies auszuwerten, um Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Lage der Praxis und dem Vorhandensein eines Verdachtsfalls zu ziehen, ist daher strenggenommen nur bedingt aussagekräftig. Für eine genauere Auswertung hätte die Lage der Praxis zum Zeitpunkt des jeweiligen Verdachtsfalles abgefragt werden müssen. Hätte sich eine größere Anzahl an Verdachtsfällen innerhalb der letzten drei Monate ergeben, hätte man auch diese Fälle in Bezug auf die Praxislage auswerten können.

Diese geringe Anzahl an Verdachtsfällen wurde nun schon mehrfach angebracht. Für genaue signifikante Aussagen zum zweiten Fragebogenteil hätte es einer größeren Stichprobe an Verdachtsfällen bedurft. Man hätte den Zeitraum der drei Monate länger wählen können, auch wenn dabei die Gefahr bestanden hätte, dass die Erinnerungen an den Fall nicht mehr allzu präsent gewesen wären. Da wir in der Auswertung jedoch erfahren haben, dass die Verdachtsfälle zum größten Teil dokumentiert wurden, wäre das Wissen zu den Fällen auch bei einem längeren Abfragezeitraum vermutlich noch abrufbar gewesen. Jedoch sollte hier angemerkt werden, dass diese Studie nicht das Auffinden von Fallbeispielen zum Hauptziel hatte, sondern primär einen allgemeinen Überblick über den realen Umgang mit Verdachtsfällen im zahnärztlichen Alltag aufzeigen sollte, sowie das Handeln und den Umgang der Zahnärzte/-innen.

Zum Thema Dokumentation besteht eine weitere Limitation. In diesem Fall bezieht sich diese Limitation jedoch auf den allgemeinen Fragenteil und die Frage nach der Dokumentation im Falle eines Verdachts, ohne dass eine Meldung erfolgte („Falls Sie Ihren Verdacht nicht gemeldet haben, haben Sie Ihre Beobachtungen dennoch

dokumentiert?“). Bei der Auswertung der Frage wurde deutlich, dass nicht nur Befragte, die die vorherige Frage („Hatten Sie jemals den Verdacht auf einen Fall von Kindesvernachlässigung und haben diesen nicht an das Jugendamt, die Polizei, den Kinderschutzbund o.ä. gemeldet?“) mit „ja“ beantwortet haben die nachfolgende Frage zum Thema „Dokumentation bei Nichtmeldung“ beantwortet haben, sondern auch Personen, die zuvor mit „nein“ geantwortet hatten. Dieser Fehler wäre zu vermeiden gewesen, hätte man den Fragebogen so gestaltet, dass lediglich die Personen, die bei der Frage nach einem Verdacht der nicht gemeldet wurde mit „ja“ geantwortet haben, die nachfolgende Frage zur Dokumentation eingeblendet bekommen hätten. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse zu dieser Auswertung in dieser Arbeit nicht berichtet.

Auffällig in der Auswertung war, dass Praxisinhaber häufiger an der Umfrage teilnahmen als angestellte Zahnärzte/-innen. Zum einen liegt dies daran, dass Zahnärzte/-innen sehr häufig selbständig in eigener Praxis sind. So geht aus dem Versorgungsbericht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung aus dem Jahr 2021 hervor, dass nur etwas mehr als jede/-r vierte Zahnarzt/-ärztin in Anstellung tätig ist. Von den 2021 8.113 Vertragszahnärzten/-ärztinnen in Baden-Württemberg arbeiteten 2.222 als Angestellte in einer Zahnarztpraxis (KZV BW 2021). Ein zweiter Grund ist der Weg der Kontaktaufnahme. Bei dieser wurden wie anfangs bereits erwähnt alle Zahnärzte/-innen, die auf der Seite der Landeszahnärztekammer die E-Mail-Adressen ihrer Praxis hinterlegt hatten, über das Studienvorhaben per E-Mail informiert. Es handelte sich dabei um selbstständige Zahnärzte/-innen, welche in freier Praxis tätig sind. Im Anschreiben wurde jedoch darum gebeten, den Fragebogen auch an alle anderen in der Praxis tätigen Zahnärzte/-innen weiterzuleiten. Eine direkte Kontaktaufnahme zu den angestellten Zahnmediziner/-innen war nicht möglich.

4.3 Implikationen

Hauptziel sollte es sein, die Studienzahl und die Untersuchungen zum Thema Vernachlässigung weiter voranzubringen, das Wissen zu der Thematik zu verbessern und Zahnärzte/-innen im Umgang mit der Thematik zu stärken.

Diese Studie zeigt, dass sich 63,4% (N = 154) der befragten Zahnärzte/-innen aus Baden-Württemberg derzeit in der Lage fühlen, Vernachlässigung adäquat zu

erkennen. In der Diskussion sind wir bereits auf den Wiederspruch dieser Aussage eingegangen, dass trotz dieser Selbsteinschätzung bei der anschließenden Frage danach, was mögliche Gründe für die Unterlassung einer Meldung wären, am häufigsten die Unsicherheit bzgl. der Diagnose einer Vernachlässigung (57,6%), genannt wurde. Dieses Wissen sollte Antrieb dafür sein, Fortbildungsangebote auszuarbeiten, bei denen genau diese Unsicherheiten den Teilnehmenden genommen werden. Damit ist nicht gemeint, dass der/die Behandelnde sich nun auch Fähigkeiten aus anderen Fachrichtungen aneignen muss. Aber es sollte bedeuten, dass den Zahnärzten/-innen entsprechende Sicherheit gegeben wird, durch Weiterbildung, durch Bekanntmachung der richtigen Beratungsstellen und dem Aufzeigen möglicher Vorgehensweisen. Denn letzten Endes soll es darum gehen, den Zustand der gefährdeten Kinder bestmöglich zu verbessern. Wissen, geschulte und gute Kommunikation, gute Verbindungen zu und gute Erfahrungen mit öffentlichen Stellen und deren Arbeit sind hierbei der Schlüssel. Im vorangegangenen Text werden bereits Vorschläge angebracht, welche über diese Arbeit hinaus noch untersucht werden sollten, um weiteres Wissen zum Umgang mit der Thematik und der Ausgangsituation der Zahnmediziner/-innen zu erlangen. So wird beispielsweise angemerkt, dass es spannend gewesen wäre, zu erfahren, welchen Benefit die Zahnärzte/-innen, die sich bei den Verdachtsfällen an Kollegen gewendet haben, aus diesen Gesprächen ziehen konnten.

Bei der Literaturrecherche wurde bereits klar, dass das Thema Vernachlässigung gerade in den vergangenen Jahren vermehrt untersucht und betrachtet wird, jedoch die Anzahl an Studien zu der Thematik, gerade im Zusammenhang mit der Berufsgruppe der Zahnmediziner/-innen als unzureichend betrachtet werden muss. Da diese Berufsgruppe mit nachweislich vielen Kindern in Berührung kommt und darüber hinaus gerade die Zähne – wie einleitend bereits aufgeführt – einen wichtigen Indikator für Vernachlässigung darstellen, gilt es diese Studienlagen zu verbessern. Viele der zahnmedizinischen Erkrankungen – wie beispielsweise die Gingivitis oder Karies – entstehen nicht spontan, sondern entwickeln sich über einen längeren Zeitraum in Folge vernachlässigter, regelmäßiger Mundhygiene. Eine bessere Nutzung dieses Indikators könnte also viele Fälle deutlicher Beeinträchtigung des Kindeswohls vermeiden helfen.

5. Zusammenfassung

Vernachlässigung ist die mit Abstand häufigste Form der Kindeswohlgefährdung. Intraorale Anhaltspunkte können einen wichtigen Indikator einer Vernachlässigung darstellen und sind lediglich Zahnmedizinern/-innen direkt zugänglich. Sie können außerdem ein Indiz für das Vorliegen weiterer Misshandlungsformen sein. Es sollte daher oberstes Ziel sein, durch ein frühes Erkennen gefährdete Kinder zu schützen. Wenn im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung Hinweise auf eine Vernachlässigung – welche den Fachbereich der Zahnmedizin übersteigt – aufkommen, sollte auf entsprechende zusätzliche Hilfen hingewirkt werden. Ziel dieser Arbeit war es daher, herauszufinden, wie Zahnärzte/-innen mit dem Thema Vernachlässigung umgehen und wie diese im konkreten Verdachtsfall handeln. Hierzu wurden mit Hilfe von Fragebögen Zahnärzte/-innen, welche in freier Praxis in Baden-Württemberg tätig sind, befragt. In einem allgemeinen Fragebogenteil wurden Angaben zur Praxis, den Patienten, dem/der Zahnarzt/-ärztin selbst und dessen/deren Vorwissen bezüglich dentaler Vernachlässigung von Kindern, wie auch vergangene Berührungspunkte mit dem Thema Vernachlässigung abgefragt. Zusätzlich konnten mit Hilfe eines spezifischen Fragebogenteils Angaben zu kürzlich beobachteten Verdachtsfällen – im Zeitraum der letzten 3 Monate vor Teilnahme an der Befragung – erhoben werden. Dort wurden anonyme, personenbezogene Daten zum Kind erhoben, das elterliche Fürsorgeverhalten beschrieben, die Gründe für den Verdacht ermittelt und die zahnärztlichen Befunde, sowie das jeweilige Handeln des/der Zahnarztes/-ärztin erfragt. Die Stichprobe der befragten Zahnärzte/-innen bestand dabei aus 243 in freier Praxis tätigen Behandlern/-innen. Insgesamt wurde nur für 18 Verdachtsfälle ein spezifischer Fragebogenteil ausgefüllt.

Im allgemeinen Fragebogenteil fühlte sich der Großteil der befragten Zahnärzte/-innen (63,4%) grundsätzlich in der Lage, Vernachlässigung adäquat zu erkennen. Trotz dieser Einschätzung wurde bei Beantwortung der Frage, nach möglichen Gründen für die Unterlassung einer Meldung, am häufigsten die Unsicherheit bezüglich der Diagnose einer Vernachlässigung (57,6%), genannt. Dies zeigt deutlich die Komplexität der Thematik auf. Neben der Unsicherheit bezüglich der Diagnose wurde ebenfalls häufig fehlendes Wissen bezüglich des Meldeweges und -vorgangs (55,6%) genannt. Beide Punkte verdeutlichen, dass eine grundlegende

Unsicherheit aufgrund von fehlendem Wissen innerhalb der Zahnärzteschaft besteht. Es wurde daher ausgewertet, was sich auf die selbstwahrgenommene Kompetenz von Zahnärzten/-innen, Vernachlässigung zu erkennen, auswirkt. Es zeigte sich jedoch, dass weder die Anzahl der behandelten Kinder, die Berufserfahrung, noch das Vorwissen aus Fortbildungen und dem Studium einen signifikanten Effekt herbeiführen. Zahnärzte/-innen sollten vermehrt über Anlaufstellen und Beratungsmöglichkeiten informiert werden, um im Falle eines Verdachts schnell Unterstützung zu finden. Nur 11,9% der befragten Zahnmediziner/-innen gaben im Fragebogen an, in der Vergangenheit schon einmal einen Verdachtsfall gemeldet zu haben. Außerdem gaben 25 % der teilnehmenden Zahnärzteschaft an, dass sie schon einmal den Verdacht auf Vernachlässigung bei einem ihrer Patienten hatten und diesen nicht gemeldet haben.

Eine repräsentative Aussage zu den einzelnen, kürzlich beobachteten Verdachtsfällen aus dem spezifischen Fragebogenteil zu treffen, war aufgrund deren geringen Anzahl nicht möglich. Berichtet wird von den angegebenen Fällen in dieser Arbeit jedoch trotzdem. Die geringe Anzahl der Verdachtsfälle allein ist bereits ein aussagekräftiges Ergebnis, besonders in Bezug auf die vorliegenden Populationsstudien.

6. Literaturverzeichnis

1. Agünlü A (2021 persönliche Mitteilung) Telefoninterview mit dem Jugendamt Ulm. Zugegriffen: Januar 2021
2. Al-Ani A, Hashim R, Schiffner U, Splieth CH (2021) Child physical abuse: knowledge of dental students in Hamburg, Germany. European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry 22:1057–1065. doi:10.1007/s40368-021-00651-0
3. American Academy of Pediatric Dentistry (2023) Definition of dental neglect; The Reference Manual of pediatric Dentistry 2023:18
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2019) S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0
5. Berthold O, Jud A, Jarczok M, Heimann T, Fegert J, Clemens V (2021) „Gewichtige Anhaltspunkte“ bei Verdacht auf Kindesmisshandlung – eine Befragung in Deutschland tätiger Ärzte und Psychotherapeuten. Klinische Padiatrie 233:221–225. doi:10.1055/a-1471-5700
6. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. – Landesverband Brandenburg (BVKJ) (Hrsg) Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche; Erkennen Fallmanagement Interdisziplinäre Hilfesysteme (2023)
7. Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (Hrsg) Frühkindliche Karies vermeiden; Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/pk/140207/ECC_Konzept.pdf (2014)
8. Cornelius JR, Clark DB, Weyant R, Bretz W, Corby P, Mezzich A, Kirisci L (2004) Dental abnormalities in children of fathers with substance use disorders. Addictive behaviors 29:979–982. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.046
9. Deegener G, Körner W (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung; Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen [u.a.]

10. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. (DKSB NRW), Bildungsakademie BiS, Institut für soziale Arbeit e. V. (Hrsg) Kindesvernachlässigung; Erkennen - Beurteilen - Handeln (2012)
11. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2023) Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung. https://www.kinderschutz-in-nrw.de/fachinformationen/kindeswohl-und-kindeswohlgefaehrdung/erscheinungsformen-der-kindeswohlgefaehrdung/
12. Döring N, Bortz J (2016) Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
13. Drigeard C, Nicolas E, Hansjacob A, Roger-Leroi V (2012) Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: the opinion of a population of French dentists. European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe 16:156–165. doi:10.1111/j.1600-0579.2012.00739.x
14. Dubowitz H (2013) Neglect in children. Pediatric annals 2013:73–77. doi:10.3928/00904481-20130326-11
15. Galea S, Tracy M (2007) Participation rates in epidemiologic studies. Annals of epidemiology 17:643–653. doi:10.1016/j.annepidem.2007.03.013
16. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Neufassung der Kinder-Richtlinie: Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) und Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation sowie Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder; Beratungsverfahren gemäß § 135 / 137c SGB V. Gemeinsamer Bundesausschuss 2016:1022
17. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V) Bundesanzeiger
18. Greene PE, Chisick MC, Aaron GR (1994) A comparison of oral health status ans need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. Pediantric Dentistry 1994:41–45
19. Hänsel T (2020) Zur Problematik der Kindeswohlgefährdung – Eine retrospektive Untersuchung am Beispiel der Jugendämter Wittenberg/Salzwedel. Dissertation, Halle-Wittenberg

20. Heimann T, Ewert J, Metzner F, Sigmund F, Jud A, Pawils S (2021) Datenerfassungen im Kinderschutz – essenzieller Bestandteil zum besseren Verständnis der Thematik. Monatsschr Kinderheilkd 169:1090–1092. doi:10.1007/s00112-021-01303-9
21. Hofacker N von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche; Erkennen und Handeln. Hofacker N von (2012) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche; Erkennen und Handeln. https://www.aerzteleitfaden.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/jugend/aerzteleitfaden.pdf (2012)
22. Jessee SA (1993) The neglect of our youth: a dental perspective. ASDC journal of dentistry for children 60:361–364
23. Jordan AR, Becker N, Jöhren H-P, Zimmer S (2016) Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition: A 15-year Cohort Study; A 15 - year Cohort Study. Swiss dental journal 126:114–119
24. Jordan AR, Micheelis W (Hrsg) (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V); Zahnärztliche Prävention auf Erfolgskurs – neue Zukunftskonzepte gefragt. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln
25. Jud A, Kindler H Übersicht Forschungsstand sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen im deutschsprachigen Raum. Jud A, Kindler H (2019) Übersicht Forschungsstand sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen im deutschsprachigen Raum. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/200917_UBSKM_Expertise_V4.pdf (2019)
26. Jud A, Voll P (2019) The Definitions Are Legion: Academic Views and Practice Perspectives on Violence Against Children 2019:47–66. doi:10.1108/S1537-466120190000025004
27. Jud A, Jones L, Mikton C (2015) Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. World Health Organization; Lucerne University of Applied Sciences and Arts = Hochscule Luzern, Social Work, FH Zentralschweiz; Crimes Against Children Research Center, Geneva, Switzerland, [Luzern, Switzerland], [Durham, N.H.]
28. Jud A, Fegert JM, Finkelhor D (2016) On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. Child and Adolescent Psychiatry and mental Health 2016:1–5

29. Jud A (2020) Epidemiologie von Kindesmisshandlung; Häufigkeiten von Kindesmisshandlung im Hell- und Dunkelfeld, Innsbruck
30. Jud A, Kindler H Verbesserung der Datenerhebung sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen im Hellfeld. Jud A, Kindler H (2022) Verbesserung der Datenerhebung sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen im Hellfeld. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Publikationen__Expertisen_und_Studien/Expertise_UBSKM_Hellfeld_2022.pdf (2022)
31. Jud A, Mitrovic T, Portmann R, Gonthier H, Fux E, Koehler J, Kosirnik C, Knüsel R (2021) Multi-sectoral response to child maltreatment in Switzerland for different age groups: Varying rates of reported incidents and gaps in identification. Child Abuse & Neglect 111. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104798
32. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg) Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis; Frühkindliche Karies vermeiden (2021)
33. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) (Hrsg) Versorungsbericht 2021. https://www.kzvbw.de/wp-content/uploads/KZV-BW-Versorgungsbericht-2021-1.pdf (2021)
34. Kindler H (2009) Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Atiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58:764–785. doi:10.13109/prkk.2009.58.10.764
35. Kindler H, Lillig S, Meysen T, Werner A (Hrsg) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/asd_handbuch_gesamt.pdf (2006)
36. Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg) Gewalt gegen Kinder; Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte (2013)
37. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) (Hrsg) (2021) Bezirkszahnärztekammern. https://lzk-bw.de/die-kammer/bezirkszahnaerztekammern. Zugegriffen: 16. Dezember 2023
38. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P (2007) Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child

abuse and neglect in northeast Italy. The Journal of clinical pediatric dentistry 32:19–25. doi:10.17796/jcpd.32.1.f920721252jx3614

39. Mayatepek E (2016) Kindesmisshandlung; Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen:V–VI. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
40. Mayer M, Lavergne C, Tourigny M, Wright J (2007) Characteristics Differentiating Neglected Children from Other Reported Children. J Fam Viol 22:721–732. doi:10.1007/s10896-007-9120-0
41. Medizinische Kinderschutzhotline (Hrsg) (2022) Medizinische Kinderschutzhotline. https://kinderschutzhotline.de/. Zugegriffen: 15. Dezember 2023
42. Menzel S, Heinemann A, Püschel K, Seifert D (2013) Ausgewählte Risikofaktoren für Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin 23:29–37. doi:10.1007/s00194-012-0866-1
43. Micheelis W, Reich E Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III); Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Micheelis W, Reich E (1997) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III); Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Bd_21-Dritte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie_DMS_III.pdf (1997)
44. Mühlmann T, Rauschenbach T, Meiner-Teubner C, Fendrich S, Olszenka N, Pothmann J, Tabel A, Böwing-Schmalenbrock M, Detemple J, Kopp K Kinder- und Jugendhilfereport Extra 2021; Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse. Mühlmann T, Rauschenbach T, Meiner-Teubner C, Fendrich S, Olszenka N, Pothmann J, Tabel A, Böwing-Schmalenbrock M, Detemple J, Kopp K (2021) Kinder- und Jugendhilfereport Extra 2021; Eine kennzahlenbasierte Kurzanalyse (2021)
45. Münder J (Hrsg) (2017) Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz; Zur Entwicklung von Entscheidungsgrundlagen und Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls zwischen Jugendämtern und Familiengerichten. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

46. Näher A-F, Krumpal I (2012) Asking sensitive questions: the impact of forgiving wording and question context on social desirability bias. Qual Quant (Quality & Quantity): International Journal of Methodology 46:1601–1616. doi:10.1007/s11135-011-9469-2
47. Paradowski IM (2013) Optimierung der rechtsmedizinischen Untersuchung von Kindern aus zahnärztlicher Sicht vor dem Hintergrund des Verdachtes auf Vernachlässigung und/oder körperlicher Misshandlung. Dissertation zu Erlangung des Grades eines Doktors der Humanmedizin, Hamburg
48. Rötzscher K, Hutt JM (2010) Kindesmisshandlung; Das sollte jeder Zahnarzt wissen. zm online 2010:58–60
49. Schilke R, Felgenhauer F, Grigull L (2009) Zahnärzte haben hohe Verantwortung; Früherkennung zahnmedizinisch vernachlässigter Kinder 2009:64–65
50. Schilke R (2021) Kindeswohlgefährdung; Die Fachexpertise liegt bei den Zahnärzten. zm 111 2021:42
51. Schone R, Gintzel U, Jordan E, Kalscheuer M, Münder J (1997) Kinder in Not; Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Votum, Münster
52. Statistisches Bundesamt (2021) Kindeswohlgefährdung: In jedem 5. Fall wurden mehrere Arten von Gewalt oder Vernachlässigung festgestellt; Häufigste Kombination: Vernachlässigungen und psychische Misshandlungen
53. Thyen U (2008) Neglect of neglect. Monatsschr Kinderheilkd 156:654–661. doi:10.1007/s00112-008-1805-9
54. Tsang A, Sweet D (1999) Detecting Child Abuse and Neglect - Are Dentists Doing Enough? Journal of the Canadian Dental Association 1999:387–391
55. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D (2008) Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. Journal of public health dentistry 68:94–101. doi:10.1111/j.1752-7325.2007.00077.x
56. Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg) (2023) Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html.html. Zugegriffen: 26. Dezember 2023

57. Wagner Y (2022) Zahnärztlicher Kinderpass. https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/60.Praxisf%C3%BChrung/70.Prophylaxe/Kinderpass/Kinderpass-Deutsch.pdf
58. Witt A, Glaesmer H, Jud A, Plener PL, Brähler E, Brown RC, Fegert JM (2018) Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child and Adolescent Psychiatry and mental Health 2018:1–12. doi:10.1186/s13034-018-0232-5
59. Wyne AH (1999) Early childhood caries: nomenclature and case definition

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Handlungsablauf beim Vorliegen von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung 14
Abbildung 2: Selbstwahrgenommene Fähigkeit der befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg Vernachlässigung adäquat zu erkennen 24
Abbildung 3: Mögliche Gründe für die befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg eine Meldung trotz bestehenden Verdacht auf das Vorliegen einer Vernachlässigung zu unterlassen 25
Abbildung 4: Wohnsituation der Kinder mit bestehendem Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, angegeben durch die befragten Behandelnden in Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021) 30
Abbildung 5: Anlass für die Vorstellung der Kinder mit bestehendem Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, bei dem/der jeweiligen Zahnarzt/Zahnärztin - angegeben durch die befragten Behandelnden aus Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021) 30
Abbildung 6: Erhobener Befund bei den Kinder mit Verdacht auf Vernachlässigung innerhalb der vergangenen 3 Monate ab Umfragezeitpunkt, angegeben durch die befragten Zahnärzte/Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021) 31
Abbildung 7: Druckversion des verwendeten Online-Fragebogen im Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021, zur Befragung der in freier Praxis tätigen Zahnärzte und Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg, zum Thema „Das Erkennen von Vernachlässigung anhand der Zahngesundheit von Kindern“ 78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gefährdungseinschätzung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen nach § 8a SGB VIII 6
Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe bestehend aus den teilnehmenden Zahnärzten/-innen aus Baden-Württemberg 21
Tabelle 3: Gefährdungseinschätzung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen nach § 8a SGB VIII (Langversion) 60
Tabelle 4: Angaben zu den 18 Verdachtsfällen aus dem zweiten Fragebogenteil, angegeben durch die befragten Behandelnden in Baden-Württemberg 61

Tabelle 3: Gefährdungseinschätzung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen nach § 8a SGB VIII (Langversion)
(Mühlmann et al. 2021, S. 39)

8. Gefährdungseinschätzungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (§ 8a SGB VIII)					
	Zentrale Grund- und Kennzahlen	2013 Stand	2016 Stand	2018 Stand	2019 Stand
8.1	8a-Verfahren durch Jugendämter				
8.1.1	Anzahl der 8a-Verfahren	115.687 2013	136.925 2016	157.271 2018	173.029 2019
8.1.2	8a-Verfahren pro 10.000 der unter 18-Jährigen in der Bevölkerung	88,5 2013	101,6 2016	115,7 2018	126,5 2019
8.2	Ergebnisse der 8a-Verfahren				
8.2.1	Anteil mit akuter Kindeswohlgefährdung	14,9% 2013	15,8% 2016	16,2% 2018	15,9% 2019
8.2.2	Anteil mit latenter Kindeswohlgefährdung	18,5% 2013	17,7% 2016	15,9% 2018	16,2% 2019
8.2.3	Anteil ohne Gefährdung, aber mit Hilfebedarf	32,7% 2013	34,1% 2016	34,2% 2018	33,7% 2019
8.2.4	Anteil weder mit Gefährdung noch mit Hilfebedarf	33,9% 2013	32,5% 2016	33,7% 2018	34,2% 2019
8.3	Festgestellte akute/latente Gefährdungen				
8.3.1	Anzahl festgestellter Gefährdungen	38.622 2013	45.777 2016	50.412 2018	55.527 2019
8.3.2	Darunter: Anteil mit Anzeichen für Vernachlässigung	64,9% 2013	61,1% 2016	60,4% 2018	58,5% 2019
8.3.3	Darunter: Anteil mit Anzeichen für körperliche Misshandlung	23,2% 2013	25,7% 2016	25,9% 2018	27,1% 2019
8.3.4	Darunter: Anteil mit Anzeichen für psychische Misshandlung	25,8% 2013	28,4% 2016	30,9% 2018	32,0% 2019
8.3.5	Darunter: Anteil mit Anzeichen für sexuelle Gewalt	4,8% 2013	4,4% 2016	4,9% 2018	5,4% 2019
8.3.6	Festgestellte Gefährdungen pro 10.000 der unter 18-Jährigen in der Bevölkerung	29,6 2013	34,0 2016	37,1 2018	40,6 2019
8.4	8a-Verfahren bei unter 3-Jährigen				
8.4.1	Anteil an allen 8a-Verfahren	24,6% 2013	23,2% 2016	23,2% 2018	21,9% 2019
8.4.2	8a-Verfahren pro 10.000 der unter 3-Jährigen in der Bevölkerung	139,7 2013	138,1 2016	153,0 2018	159,3 2019
8.5	Mitteilende Personen/Institutionen				
8.5.1	Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative der Betroffenen	9,4% 2013	9,2% 2016	8,9% 2018	9,6% 2019
8.5.2	Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Privatpersonen (ohne Betroffene)	31,4% 2013	27,2% 2016	26,4% 2018	24,9% 2019
8.5.3	Anteil der 8a-Verfahren aufgrund der Initiative von Fachkräften und Institutionen	59,2% 2013	63,6% 2016	64,7% 2018	66,0% 2019
8.6	Anteil der festgestellten akuten/latenten Gefährdungen, deren Betroffene keine Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nutzten	47,1% 2013	49,8% 2016	48,4% 2018	50,3% 2019
8.7	Anteil der festgestellten akuten Gefährdungen, die hoheitliche Interventionen auslösten	/	46,4% 2016	44,9% 2018	44,9% 2019
8.8	Festgestellte akute/latente Gefährdungen während Vollzeitpflege oder Heimerziehung				
8.8.1	Anzahl festgestellter Gefährdungen	1.075 2013	1.224 2016	1.448 2018	1.466 2019
8.8.2	Anteil betroffener Unterbringungen	0,7% 2013	0,6% 2016	0,6% 2018	0,8% 2019

Quellen: Statistisches Bundesamt und FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Abs. 1 SGB VIII, Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, Bevölkerungsfortschreibung; verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen; ausführliche methodische Erläuterungen: www.akjstat.tu-dortmund.de

Tabelle 4: Angaben zu den 18 Verdachtsfällen aus dem zweiten Fragebogenteil, angegeben durch die befragten Behandelnden in Baden-Württemberg (Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021)

	Alter	Geschlecht	Behandlungs-dauer in Jahren	regelmäßige Kontrollen	Versicher-ungsstatus	Wohnhaft bei	Anlass für Zahnarzt-besuch	Frühere Hinweise	Befund	Verhalten Bezugs-person
Kind 1	12	männlich	0,5	Ja	gesetzlich	Elternteil m. neuem Partner/-in	Kontrolle (01)	Nein	Karies, Fraktur, Gingivitis, Plaque	Keine Reaktion
Kind 2	5	weiblich	0,5	Nein	gesetzlich	beiden Eltern	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque	unauffällig
Kind 3	4	weiblich	0	Ja	gesetzlich	beiden Eltern	Sonstiges (keine Angabe)	Ja	Karies, Gingivitis, Plaque	sonstiges
Kind 4	3	männlich	0	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Kontrolle (01)	Nein	Karies, Plaque	Keine Reaktion
Kind 5	6	männlich	0	Nein	gesetzlich	beiden Eltern	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque	sonstiges
Kind 6	12	weiblich	0,25	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Zahnschmerzen	Nein	Karies, kieferorthopädischer Be-handlungsbedarf	unklar
Kind 7	15	männlich	1	Ja	gesetzlich	beiden Eltern	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque, kieferor-thopädischer Behandlungsbedarf	unauffällig
Kind 8	16	männlich	0,5	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Kontrolle (01)	Ja	Karies, Gingivitis, Plaque, kieferor-thopädischer Behandlungsbedarf	ablehnend, überwie-gend ablehnend
Kind 9	13	männlich	1	Ja	gesetzlich	Sonstiges (keine Angabe)	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, kieferorthopädi-scher Behandlungsbedarf	sonstiges
Kind 10	-	weiblich	-	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque	ablehnend
Kind 11	4	männlich	0,5	Ja	gesetzlich	beiden Eltern	Sonstiges (keine Angabe)	Nein	Trauma, Fraktur	unauffällig, sonstiges
Kind 12	7	männlich	1	Nein	gesetzlich	nicht bekannt	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Fraktur, Gingivitis, Plaque	Keine Reaktion, un-auffällig
Kind 13	5	männlich	1	Nein	gesetzlich	beiden Eltern	Zahnschmerzen	Ja	Karies, Gingivitis, Plaque	ablehnend, überwie-gend ablehnend, Keine Reaktion
Kind 14	13	weiblich	0,1	Nein	gesetzlich	Elternteil mit neuem Partner/-in	Zahnschmerzen	Ja	Karies, Gingivitis, Plaque	unauffällig
Kind 15	12	männlich	1	Ja	gesetzlich	Sonstiges (keine Angabe)	Sonstiges (keine Angabe)	Nein	kieferorthopädischer Behandlungs-bedarf	unauffällig
Kind 16	6	männlich	0	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Zahnschmerzen	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque, kieferor-thopädischer Behandlungsbedarf	ablehnend, keine Re-aktion
Kind 17	12	männlich	0	Nein	gesetzlich	alleinerziehendem Elternteil	Kontrolle (01)	Nein	Karies, Gingivitis, Plaque, kieferor-thopädischer Behandlungsbedarf	sonstiges
Kind 18	8	weiblich	1	Nein	gesetzlich	beiden Eltern	Zahnschmerzen	Ja	Karies, Gingivitis, Plaque	unauffällig, sonstiges

Fragebogen

1 Startseite

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) sehen vor, dass die Teilnehmer/innen an empirischen Studien mit ihrem Einverständnis explizit und nachvollziehbar bestätigen, dass sie freiwillig an unserer Forschung teilnehmen.

Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, die vorliegende Einverständniserklärung zu lesen, bevor Sie an unserer Studie teilnehmen.

Zu Ihrer Information sind nachfolgend einige Hinweise zu unserem Forschungsvorgehen aufgeführt.

Forschungsgegenstand: Die Studie soll sich damit befassen, wie häufig niedergelassene Zahnärzt/-innen im normalen Praxisalltag Kinder behandeln, bei denen sie anhand der Zahngesundheit auf Vernachlässigung schließen können. Sie soll regionale Vergleiche ziehen und über mögliche dentale Anzeichen der Vernachlässigung aufklären. Im vergangenen Jahr wurde bereits eine Pilotbefragung unter Zahnärzt/-innen durchgeführt, welche dazu beigetragen hat, die Studie in ihrer heutigen Form zu veröffentlichen.

Ablauf der Befragung: Die Studie besteht aus zwei kurzen Teilen: einem allgemeinen Teil, der aus Angaben zu Praxis, eigener Person, sowie patientenbezogen Fragen besteht und einem zweiten Teil, der aktuelle Verdachtsfälle dokumentiert. Der zweite Teil der Befragung wird nur relevant, wenn aktuell ein Verdachtsfall vorliegt.

Der Fragebogen richtet sich an alle in Ihrer Praxis tätigen Zahnärzt/-innen, der Link kann daher gerne an diese weitergeleitet werden.

Dauer: Die Dauer liegt zwischen 3 und 5 Minuten. Dies ist abhängig davon, ob der zweite Teil der Befragung ausgefüllt wird oder nicht.

Möglicher Nutzen: Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie haben Sie die Möglichkeit, nähere Einblicke in die medizinisch/psychologische Forschung zu erhalten. Darüber hinaus helfen die Ergebnisse dieser Studie herauszufinden, wie Zahnärzt/-innen mit diesem Thema aktuell umgehen und wie sie im konkreten Fall handeln. Nur mit diesem Wissen ist es möglich, Angebote zu schaffen, um für eine Verbesserung zu sorgen.

Vernachlässigung ist die mit Abstand häufigste Form der Kindeswohlgefährdung. Die spezifische Form der Vernachlässigung der Zahngesundheit und ihre intraoralen Anhaltspunkte sind nur Zahnmediziner/-innen direkt zugänglich. Gleichzeitig sind Kinder selten nur einer Form der Gefährdung ausgesetzt. Daher ist es so wichtig, dass Zahnmediziner/-innen diesem Thema Aufmerksamkeit schenken und sich damit auseinandersetzen.

Vertraulichkeit: Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form genutzt.

Freiwilligkeit: Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Befragung frei, Ihre Teilnahme abzubrechen.

Bei Rückfragen können Sie sich gerne an uns wenden: kinderschutz-dental@uni-ulm.de

Milena Sonnenberg
Zahnärztin

Prof. Dr. Andreas Jud
Professur "Epidemiologie und Verlaufsforschung im Kinderschutz"
Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

○ Ich habe die oben stehenden Informationen gelesen und stimme diesen zu.

2 Allgemeine Fragen

Liegt der Schwerpunkt in Ihrer Praxis auf der Kinderzahnheilkunde?

○ Ja

○ Nein

Wo befindet sich die Praxis, in der Sie tätig sind?

○ ländlicher/ kleinstädtischer Raum (< 20.000 Einwohner)

○ städtischer Raum (≥ 20.000 Einwohner)

Sind Sie selbstständig?

○ Ja

○ Nein

Welchem Geschlecht gehören Sie an?

○ männlich

○ weiblich

○ divers

Seit wie vielen Jahren praktizieren Sie als Zahnarzt?

○ ≤ 2 Jahre

○ 2 - 5 Jahre

○ 5 - 10 Jahre

○ 10 - 20 Jahre

○ 20 - 30 Jahre

○ > als 30 Jahre

War Vernachlässigung oder Kinderschutz ein Thema, das während Ihres Studiums behandelt wurde?

○ Ja (Wenn ja, in welcher Form und in welchem Umfang?)

○ Nein

Haben Sie sich zu dem Thema fort- oder weitergebildet?

○ Ja (Wenn ja, in welcher Form und in welchem Umfang?)

○ Nein

Fühlen Sie sich in der Lage Anzeichen von Vernachlässigung adäquat zu erkennen?

○ Ja

○ Nein

Was wären für Sie mögliche Gründe, eine Meldung bei Verdacht auf Vernachlässigung zu unterlassen?

Mehrfachauswahl möglich

☐

Einfluss auf Ihre Praxis

- ☐ Mangelnde zeitliche Ressourcen
- ☐ Angst vor einem Rechtsstreit
- ☐ Angst vor den Konsequenzen für das Kind durch Intervention öffentlicher Ämter bzw. staatlicher Organe
- ☐ Fehlendes Wissen bezüglich des Meldeweges und -vorgangs
- ☐ Unsicherheit bezüglich der Diagnose
- ☐ Sonstiges

3 Angaben zu den Patienten

Haben Sie jemals einen Verdacht auf Vernachlässigung an das Jugendamt, die Polizei, den betreuenden Kinderarzt, den Kinderschutzbund o.ä. gemeldet?

- ○ Ja
- ○ Nein

Hatten Sie jemals den Verdacht auf einen Fall von Kindesvernachlässigung und haben diesen nicht an das Jugendamt, die Polizei, den Kinderschutzbund o.ä. gemeldet?

- ○ Ja
- ○ Nein

Falls Sie ihren Verdacht nicht gemeldet haben, haben Sie Ihre Beobachtungen dennoch dokumentiert?

Diese Frage muss nicht beantwortet werden

- ○ Ja
- ○ Nein

Wie viele Kinder haben Sie in den letzten 3 Monaten behandelt?

ca.

_____ Kinder

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten den Verdacht, dass einer dieser Patienten Vernachlässigung erfährt?

- ○ Ja
- ○ Nein

4.1 Verdachtsfall 1

Wie alt ist das Kind?

_____ Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

- ○ männlich
- ○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

- ○ Ja
- ○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

- ○ gesetzlich
- ○ privat

Wo lebt das Kind?

- ○ bei beiden Eltern
- ○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin
- ○ bei einem alleinerziehendem Elternteil
- ○ in einer Pflegefamilie
- ○ in einer Adoptivfamilie
- ○ in einem Kinderheim
- ○ Sonstiges
- ○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

- ○ 01
- ○ Zahnschmerzen
- ○ Zahntrauma
- ○ Bruxismus
- ○ Sonstiges

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

- ○ Ja
- ○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Karies
- ☐ Zahntrauma
- ☐

Zahnfraktur

☐ Attrition/Abrasion/Erosion

☐ Gingivitis

☐ Plaque

☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf

☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Eintrag in die Patientenakte

☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular

☐ Röntgenaufnahme

☐ Fotos

☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert

☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Meldung bei der Polizei

☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

Möchten Sie einen weiteren Fall dokumentieren?

☐

Ja

○ Nein

5.1 Verdachtsfall 2

Wie alt ist das Kind?

Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

○ männlich

○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

○ Ja

○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

○ gesetzlich

○ privat

Wo lebt das Kind?

○ bei beiden Eltern

○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin

○ bei einem alleinerziehendem Elternteil

○ in einer Pflegefamilie

○ in einer Adoptivfamilie

○ in einem Kinderheim

○ Sonstiges

○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

○ 01

○ Zahnschmerzen

○ Zahntrauma

○ Bruxismus

○ Sonstiges

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

○ Ja

○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Karies

☐ Zahntrauma

☐ Zahnfraktur

☐ Attrition/Abrasion/Erosion

☐ Gingivitis

☐ Plaque

☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf

☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Eintrag in die Patientenakte

☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular

☐ Röntgenaufnahme

☐ Fotos

☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert

☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Meldung bei der Polizei

☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

Möchten Sie einen weiteren Fall dokumentieren?

○ Ja

○ Nein

6.1 Verdachtsfall 3

Wie alt ist das Kind?

Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

○ männlich

○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

○ Ja

○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

○ gesetzlich

○ privat

Wo lebt das Kind?

○ bei beiden Eltern

○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin

○ bei einem alleinerziehendem Elternteil

○ in einer Pflegefamilie

○ in einer Adoptivfamilie

○ in einem Kinderheim

○ Sonstiges

○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

- ○ 01
- ○ Zahnschmerzen
- ○ Zahntrauma
- ○ Bruxismus
- ○ Sonstiges

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

- ○ Ja
- ○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Karies
- ☐ Zahntrauma
- ☐ Zahnfraktur
- ☐ Attrition/Abrasion/Erosion
- ☐ Gingivitis
- ☐ Plaque
- ☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf
- ☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Eintrag in die Patientenakte
- ☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular
- ☐ Röntgenaufnahme
- ☐ Fotos
- ☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert
- ☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Meldung bei der Polizei
- ☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

Möchten Sie einen weiteren Fall dokumentieren?

○ Ja

○ Nein

7.1 Verdachtsfall 4

Wie alt ist das Kind?

Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

○ männlich

○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

○ Ja

○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

○ gesetzlich

○ privat

Wo lebt das Kind?

○ bei beiden Eltern

○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin

○ bei einem alleinerziehendem Elternteil

○ in einer Pflegefamilie

○ in einer Adoptivfamilie

○ in einem Kinderheim

○ Sonstiges

○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

○ 01

○ Zahnschmerzen

○ Zahntrauma

○ Bruxismus

○ Sonstiges

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

○ Ja

○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Karies

☐ Zahntrauma

☐ Zahnfraktur

☐ Attrition/Abrasion/Erosion

☐ Gingivitis

☐ Plaque

☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf

☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Eintrag in die Patientenakte

☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular

☐

Röntgenaufnahme

☐ Fotos

☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert

☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Meldung bei der Polizei

☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

Möchten Sie einen weiteren Fall dokumentieren?

○ Ja

○ Nein

8.1 Verdachtsfall 5

Wie alt ist das Kind?

Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

○ männlich

○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

○

Ja

○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

○ gesetzlich

○ privat

Wo lebt das Kind?

○ bei beiden Eltern

○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin

○ bei einem alleinerziehendem Elternteil

○ in einer Pflegefamilie

○ in einer Adoptivfamilie

○ in einem Kinderheim

○ Sonstiges

○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

○ 01

○ Zahnschmerzen

○ Zahntrauma

○ Bruxismus

○ Sonstiges

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

○ Ja

○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Karies

☐ Zahntrauma

☐ Zahnfraktur

☐ Attrition/Abrasion/Erosion

○

Gingivitis

☐ Plaque

☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf

☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Eintrag in die Patientenakte

☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular

☐ Röntgenaufnahme

☐ Fotos

☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert

☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Meldung bei der Polizei

☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

Möchten Sie einen weiteren Fall dokumentieren?

○ Ja

○ Nein

9.1 Verdachtsfall 6

Wie alt ist das Kind?

_____ Jahre

Welches Geschlecht hat das Kind?

- ○ männlich
- ○ weiblich

Wie lang ist das Kind schon bei Ihnen in Behandlung?

_____ Jahre

Kommt das Kind in regelmäßigen Abständen zu Kontrollen in Ihre Praxis?

- ○ Ja
- ○ Nein

Wie ist das Kind versichert?

- ○ gesetzlich
- ○ privat

Wo lebt das Kind?

- ○ bei beiden Eltern
- ○ bei einem Elternteil mit neuem Partner / neuer Partnerin
- ○ bei einem alleinerziehendem Elternteil
- ○ in einer Pflegefamilie
- ○ in einer Adoptivfamilie
- ○ in einem Kinderheim
- ○ Sonstiges _____
- ○ nicht bekannt

Welche Anzeichen lagen vor, die bei Ihnen den Verdacht auf Vernachlässigung erweckten?

_____

Was war der Grund für den Besuch in Ihrer Zahnarztpraxis?

- ○ 01
- ○ Zahnschmerzen
- ○ Zahntrauma
- ○ Bruxismus
- ○ Sonstiges _____

Gab es bereits bei früheren Besuchen Hinweise auf Vernachlässigung?

- ○

Ja

○ Nein

Was ergab sich bei Ihrem Befund?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Karies

☐ Zahntrauma

☐ Zahnfraktur

☐ Attrition/Abrasion/Erosion

☐ Gingivitis

☐ Plaque

☐ Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf

☐ Sonstiges

Wie haben Sie Ihre Beobachtungen/Ihren Verdacht auf Vernachlässigung dokumentiert?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Eintrag in die Patientenakte

☐ Ausfüllen von einem speziellen Erfassungsformular

☐ Röntgenaufnahme

☐ Fotos

☐ Hierzu wurde nichts dokumentiert

☐ Sonstiges

Was haben Sie unternommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Meldung bei der Polizei

☐ Meldung beim Jugendamt

☐ Rat bei einem zahnärztlichen Kollegen

☐ Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/Hausarzt

☐ Inanspruchnahme spezialisierter Beratung (z.B. dem Kinderschutzbund, der medizinische Kinderschutzhotline)

☐ Gespräch mit den Eltern

☐ Gespräch mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern

☐ Bisher habe ich nichts Weiteres unternommen

☐ Sonstiges

Wie haben Sie das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson gegenüber dem Kind wahrgenommen?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Die Bezugsperson reagierte ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes

☐ Die Bezugsperson äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind

☐ Die Bezugsperson reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes

☐ Die Bezugsperson verhält sich unauffällig

☐ Die Bezugsperson war nicht anwesend/kann nicht eingeschätzt werden

☐ Sonstiges

10 Endseite

Schon geschafft, herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Abbildung 7: Druckversion des verwendeten Online-Fragebogen im Umfragezeitraum Dezember 2020 – März 2021, zur Befragung der in freier Praxis tätigen Zahnärzte und Zahnärztinnen aus Baden-Württemberg, zum Thema „Das Erkennen von Vernachlässigung anhand der Zahngesundheit von Kindern“

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.