

Grundlagenpapier der AG Kinderschutz des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG)

Autoren

Dr. Pantelis Petrakakis

Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Ressort Prävention und Gesundheitsförderung (BZÖG); Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises

Dr. Ilka Gottstein

Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, 1. Vorsitzende des BZÖG; Gesundheitsamt des Landkreises Eichsfeld

Corinna Bahr

Zahnärztin, Gesundheitsamt des Landkreises Havelland

Dr. Angela Bergmann

Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

Dr. Viktoria Branschofsky

Zahnärztin, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

Dr. Tanja Brüning

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 2. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKim); Abteilung für Kinderschutz der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln

Dr. Andrea Eulgem

Fachärztin für Kinderchirurgie, Gesundheitsamt der Stadt Köln; Wissenschaftliche Mitarbeiterin KKG NRW, DGKiM

Diana Grothe

Kinderschutzkoordinatorin Landkreis Oberhavel/insoweit erfahrene Fachkraft; Dipl. Sozialpädagogin

Dr. Florian Heuser

Zahnarzt, Gesundheitsamt der Stadt Köln

Dr. Katharina Hüppe

Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, 2. Stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)

Dr. Susanne Ifland

Zahnärztin, Gesundheitsamt der Stadt Weimar

Dr. Silke Riemer

Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Gesundheitsamt Treptow-Köpenick, Berlin

Dr. Frauke Schwier

Fachärztin für Kinderchirurgie, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)

Dr. Daniela Stutz

Zahnärztin, Gesundheitsamt des Landkreises Oberhavel

Anastasia Wachtel

Fachzahnärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Referentin für Zahnmedizin und Kinder- und Jugendgesundheit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AOGW), Düsseldorf

Korrespondierende Autoren

Dr. Ilka Gottstein
Bundesverband der Zahnärztinnen
und Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes
e.V. (BZÖG)
1. Vorsitzende
Warteberg 27
37327 Leinefelde-Worbis
Tel: 03606/6505380
Mobil: 0152/09855256
E-Mail: gottstein@bzoeg.de

Dr. Pantelis Petrakakis
Bundesverband der Zahnärztinnen
und Zahnärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
(BZÖG)
Ressort Prävention und Gesundheitsförde-
rung
Leitung Landesstelle Nordrhein
Dr. Pantelis Petrakakis
Hammer Str. 54
40219 Düsseldorf
Tel: 0211/2205463
Mobil: 0177/4040880
E-Mail: petrakakis@bzoeg.de

Inhalt

Autoren.....	1
Korrespondierende Autoren.....	2
1. Präambel.....	4
2. Hintergrund	5
2.1 Begriffsdefinition – Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder Kindesvernachlässigung und Kindeswohlgefährdung	6
2.2 Begriffsdefinition – Dental neglect und Kindeswohlgefährdung	7
3. Rechtsgrundlagen.....	8
3.1 Gesundheitsdienstgesetze	8
3.2 Gesetze zum Schutz von Kindern.....	9
3.3 Dental neglect und § 4 KKG.....	10
3.4 Datenschutzgesetze	11
4. Dental neglect und Kinderschutz in den Zahnärztlichen Gesundheitsdiensten	11
4.1 Definition eines Schwellenwertes für Dental neglect.....	12
4.2 Aktueller Stand des Kinderschutzes in den Zahnärztlichen Gesundheitsdiensten....	13
4.3 Stärken Zahnärztlicher Gesundheitsdienste im Kinderschutz.....	13
5. Zielsetzungen der Arbeitsgruppe Kinderschutz des BZÖG	14
5.1 Interne Zielsetzungen:.....	14
5.2 Externe Zielsetzungen:.....	14
6. Vorläufige Zusammensetzung der Arbeitsgruppe Kinderschutz des BZÖG	14
Literatur	16
Anhang.....	19

1. Präambel

Grundlage unseres Handelns und des Grundlagenpapiers ist der Schutz des Kindeswohls. Der Schutz des Kindeswohls (Kinderschutz) ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und erfordert die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure, damit er wirkungsvoll umgesetzt werden kann. Dabei geht es um eine Früherkennung jeglicher Formen einer Kindeswohlgefährdung, das frühzeitige Erkennen von Hilfebedarfen und die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten und dem Kind, die in Fällen einer erheblichen Gefährdung auch in die Überleitung der Kinder in die Zuständigkeit der öffentlichen Jugendhilfe münden kann.

Aufgrund ihrer aufsuchenden Tätigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen kommt den kommunalen Zahnärztlichen Diensten eine besondere Bedeutung zu. Kinder werden sehr früh gesehen und bereits im Setting Kita in ihrer Lebenswelt erreicht. Da eine eingeschränkte Mundgesundheit ein erstes wichtiges Leitsymptom für eine Gefährdung des Kindeswohls sein kann, bietet sich so die Möglichkeit einer frühen Intervention. Dadurch können mögliche Gefährdungsaspekte erkannt und frühzeitig Hilfen vermittelt werden. Eine Verbesserung der oralen Lebensqualität der Kinder als wichtiger Bestandteil der Kindergesundheit ist ein weiteres wichtiges Ziel.

Das vorliegende Grundlagenpapier dient in erster Linie zur Darstellung der fachlichen und rechtlichen Hintergründe sowie der Position und der Zielsetzungen des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) als wichtigem Akteur im Kinderschutz. Des Weiteren legt es die Arbeitsweise der eigens dafür gegründeten Arbeitsgruppe Kinderschutz (AGK) fest. Die AGK erarbeitet übergreifende Konzepte durch die Einbeziehung von Akteuren aus unterschiedlichen Fachrichtungen und Organisationen. Sie dient dabei als beratendes Gremium für verschiedene Institutionen auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene sowie als Ansprechpartner sowohl für die universitäre Forschung, als auch für politische sowie standespolitische Gremien. Das Papier beschreibt einerseits die rechtlich relevanten Grundlagen zum Kinderschutz in Deutschland und gibt einen umfassenden fachlichen Überblick zu den Hintergründen einer so genannten „Dentalen Vernachlässigung“ (DV) bzw. einem „Dental neglect“ (DN) und zu möglichen Zusammenhängen mit einer Kindeswohlgefährdung. Andererseits soll es durch die Implementierung praxisrelevanter Hinweise und Konzepte auch als Handreichung dafür verstanden werden, den relevanten Akteur*innen auf kommunaler Ebene die richtigen Wege im Zusammenhang mit der konzeptuellen Umsetzung entsprechender Präventionsprogramme und möglicher Kooperationen zu zeigen. So kann aus den Erfahrungen anderer gelernt und ein strukturiertes Vorgehen erfolgreich in den Arbeitsalltag integriert werden.

Das Papier richtet sich in der vorliegenden Form als Langfassung an Vertreter*innen der Fachwelt und der Politik sowie an alle im Kinderschutz beteiligten Organisationen. Eine Kurzfassung für Vertreter*innen von Medienorganen und für die interessierte Öffentlichkeit wird ebenfalls zur Verfügung gestellt.

2. Hintergrund

In der aktuellen Kinderschutzleitlinie wird die Mundgesundheit als ein elementarer Bestandteil der allgemeinen Gesundheit des Kindes bezeichnet [4]. Eine gute Mundgesundheit liegt demnach vor, wenn das Kind

- kauen und essen sowie
- sprechen kann,
- ein sozial akzeptables Lächeln und
- ein (orales) Wohlfühl hat,
- Schmerzfreiheit vorliegt und es
- einen frischen Atem hat.

Im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch Zahnärztliche Gesundheitsdienste in Kitas und Schulen sowie in Zahnarztpraxen können sich Befunde und Diagnosen ergeben, die eine Kindeswohlgefährdung vermuten lassen. Dazu gehören zum Beispiel Befunde physischer Gewalt, wie Verletzungen der Mundschleimhaut oder Zahnfrakturen. Des Weiteren ist eine zusätzliche Dimension der Kindeswohlgefährdung in der Vernachlässigung der Mundgesundheit zu sehen. Ein Anzeichen dafür können kariöse Zähne oder Infektionen der Mundhöhle sein. Sind im Rahmen zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen bei Behandlungsbedarf trotz wiederholter Mitteilungen an die Erziehungsberechtigten über einen längeren Zeitraum keine oder nur ungenügende Anzeichen einer zahnärztlichen Versorgung zu erkennen, besteht der Verdacht auf eine DV bzw. eines DN.

Diese Form einer zahnmedizinischen Nicht- bzw. Unterversorgung ist bedeutsam, da sie ein erster Hinweis auf eine Kindesvernachlässigung bzw. Kindeswohlgefährdung sein kann [8,9,22] (Abbildung 1 im Anhang). DN ist dabei eines aus einer ganzen Reihe von orofazialen Anzeichen für den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, die sich u. a. wie folgt (isoliert oder kombiniert) äußern können [28]:

- Dental neglect,
- Zahnfrakturen,
- Hämatome und Verletzungen im Gesicht,
- Ohrverletzungen,
- Augenverletzungen,
- Frakturen des Gesichtsschädels,
- Perforation des Oropharynx,
- Verletzungen der Mundschleimhaut (z. B. eingerissenes Lippenbändchen).

Bei intra- und/oder extraoralen Verletzungen ist zu unterscheiden, ob es sich um eine Verletzung durch nachvollziehbare Umstände (z.B. Treppen-, Fahrradstürze bei mobilen Kindern) oder um nicht adäquate oder nicht plausibel erscheinende Verletzungen im Schädel- und Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich handelt. Daher ist es wichtig, die Erziehungsberechtigten

gezielt nach dem Unfallgeschehen zu fragen, um eine Kindeswohlgefährdung ausschließen zu können.

2.1 Begriffsdefinition – Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder Kindesvernachlässigung und Kindeswohlgefährdung

Die Begriffe Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung werden in der Kinderschutzleitlinie so definiert, dass sie ein „alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren“ darstellen [4].

Eine Vernachlässigung des Kindes liegt immer dann vor, wenn eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns der Erziehungsberechtigten besteht, welche die seelische und körperliche Entwicklung und Versorgung des Kindes gefährden. Sie findet entweder aktiv oder passiv statt und kann durch die Missachtung und Versagung der Lebensbedürfnisse des Kindes zu gravierenden bleibenden Schäden oder zum Tod des Kindes führen [26]. Insofern führt der chronische Zustand der Vernachlässigung zu einer Mangelversorgung und zu Defiziten u. a. in den elementaren Bereichen Ernährung, Körperhygiene und Gesundheitsversorgung.

Der Umstand einer Vernachlässigung kann in den Zustand einer Kindeswohlgefährdung münden, der laut Definition der „S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik“, die im folgenden Text mit dem Begriff Kinderschutzleitlinie bezeichnet wird, einen unbestimmten Rechtsbegriff darstellt, der keine allgemeingültige Definition ermöglicht, sondern unterschiedlichen Operationalisierungen unterliegt [4].

Gemäß § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) besteht eine Kindeswohlgefährdung immer dann, wenn die gegenwärtige Gefahr, der das Kind ausgesetzt ist, die hinreichende Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des geistigen und leiblichen Wohls des Kindes erwarten lässt [10]. Die Kinderschutzleitlinie bezieht sich bei der Definition der Kindeswohlgefährdung ebenfalls auf das BGB und definiert diese demnach wie folgt: „Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt“ [4].

Die Kinder- und Jugendhilfe definiert Kindeswohlgefährdung als ein Verhalten oder Handeln bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge durch Eltern oder anderer Personen in Familien oder Institutionen, welches das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt und zu nicht-zufälligen Verletzungen, zu körperlichen und seelischen Schädigungen und/oder Entwicklungsbeeinträchtigungen führt [20].

Allerdings ist trotz der vorhandenen Definitionen das Verständnis darüber, welche Faktoren Kindeswohl ausmachen, nicht allgemeingültig bestimmbar, da diese kulturellen und ethnisch

geprägten Menschenbildern unterliegen [25]. Dieser Umstand sollte stets als wichtiger Parameter in eine Fallbeurteilung einbezogen werden.

2.2 Begriffsdefinition – Dental neglect und Kindeswohlgefährdung

Zuverlässige Daten zur Prävalenz von DN liegen nicht vor. Ein systematischer Review einer Autorengruppe der Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität Hamburg nennt Prävalenzraten von 34,0-56,0 %, die anhand von sieben Studien aus Ländern mit unterschiedlichen Entwicklungsstufen ermittelt wurden [19].

Unter Berücksichtigung des Verständnisses der Kindeswohlgefährdung nach Maßgabe der Kinderschutzleitlinie wäre daher auch ein erkranktes und nicht oder nur unzureichend zahnärztlich versorgtes Gebiss eines Kindes als Anzeichen einer Vernachlässigung und einer Gefährdung zu betrachten. Ergebnisse einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit zeigten jedoch, dass Erziehungsberechtigte häufig ein geringes Wissen in Bezug auf die Prävention von Zahnerkrankungen im Kindesalter sowie eine geringe Achtsamkeit auf die kindliche Mundgesundheit haben [1]. Eine englische Befragungsstudie mit Erziehungsberechtigten fünfjähriger Kinder ergab zudem, dass für die Mehrheit der Befragten die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Versorgung asymptomatischer kariöser Milchzähne nicht ersichtlich war [30]. Es liegen somit nur wenige Untersuchungen und somit geringe Erkenntnisse zu möglichen Zusammenhängen zwischen dem Verdacht des Vorliegens eines DN und anderer Einflussvariablen vor. Anhand der verfügbaren Evidenz sind jedoch Zusammenhänge zwischen einem DN und einem niedrigen sozioökonomischen Status [5,27] und/oder einem niedrigen formellen Bildungsstand der Erziehungsberechtigten erkennbar [14]. So sind Kinder von Erziehungsberechtigten mit einer höheren Schulbildung signifikant besser zahnärztlich versorgt, erhalten signifikant häufiger präventive Leistungen wie z. B. Fissurenversiegelungen und haben eine bessere Mundhygiene als Kinder von Erziehungsberechtigten mit einer niedrigeren Schulbildung [14]. Insbesondere ein höherer Bildungsstand der Mutter scheint hierbei einen signifikanten positiven Einfluss auf das Wissen über mundgesundheitsliche Inhalte und die Achtsamkeit gegenüber den Mundhygienegewohnheiten und der zahnärztlichen Versorgung der Kinder zu haben. Daher kann ein auffälliger Zahnstatus (insbesondere in den Fällen, in welchen er isoliert und ohne eines der oben aufgelisteten weiteren Anzeichen auftritt) nicht direkt als ein Anzeichen einer bewussten bzw. vorsätzlichen Vernachlässigung und daher nicht zwingend als ein Fall von DN bewertet werden. Die Diagnose eines DN alleine auf Grundlage eines zahnärztlichen Befundes ist insofern nicht ausreichend und sollte stets auch unter Berücksichtigung weiterer dentaler und nicht-dentaler Parameter erfolgen [19]. Anhand der Erkenntnisse aus kommunalen Kinderschutzkonzepten konnten zahlreiche Gründe identifiziert werden, warum keine zahnärztliche Versorgung erfolgen konnte. Telefonische und schriftliche Rückmeldungen der Erziehungsberechtigten ergaben, dass häufig Unwissenheit, Verständnisprobleme, eine Fehleinschätzung der Situation, persönliche Lebensumstände und Zahnbehandlungsangst der Kinder Hinderungsgründe für die zahnärztliche Versorgung waren [24].

Zudem gibt es derzeit in der nationalen und internationalen Literatur wenige Untersuchungen zu Beziehungen zwischen einem DN und einer Kindeswohlgefährdung/-misshandlung. Auch valide Messinstrumente oder Scoring Systeme, wie z.B. das „Child Abuse Screening Tool“ (ICAST-R) [18], wie es in der medizinischen Forensik genutzt wird, fehlen derzeit in der

Zahnmedizin. Dieser Umstand verdeutlicht, wie schwierig es ist, DN objektivierbar festzustellen und zu dokumentieren.

Auch wenn es keine Grenzwerte in Bezug auf die Anzahl kariöser Zähne/andere spezifische Mundgesundheitsparameter und somit keine eindeutige Definition von DN in der aktuell gültigen Kinderschutzleitlinie gibt, findet sich dort der entscheidende Hinweis, wie DN objektivierbar festgestellt werden kann [4]:

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

Die Definition in der Kinderschutzleitlinie entspricht somit auch international gängigen Definitionen u. a. der American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) [3,16] und der British Society of Paediatric Dentistry (BSPD) [17].

DN ist *„das vorsätzliche Versäumnis der Erziehungsberechtigten, trotz des Zugangs zur medizinischen Versorgung, keine Behandlung durchführen zu lassen, die notwendig ist, um die adäquate Funktion und Schmerz- bzw. Infektionsfreiheit im Mundbereich zu gewährleisten“* [3,16] sowie

„die anhaltende Vernachlässigung der Mundgesundheit, die zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der oralen oder allgemeinen Gesundheit oder Entwicklung des Kindes führen kann. Sie kann isoliert auftreten oder ein Indikator für ein umfassenderes Bild von Vernachlässigung oder Missbrauch sein“ [17].

3. Rechtsgrundlagen

3.1 Gesundheitsdienstgesetze

Bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik und die damit verbundene landesspezifische Gesundheitsdienstgesetzgebung sowie die per Grundgesetz in Artikel 28 festgeschriebene Gestaltungshoheit der Kommunen, sind in Deutschland die gesetzlichen Grundlagen für die Tätigkeiten und Aufgaben der Zahnärztlichen Gesundheitsdienste (ZGD) länderspezifisch geregelt und finden sich in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen (GDG) bzw. Verordnungen (Thüringen) der Bundesländer wieder [23]. In den GDG von Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen sind die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in einem eigenen Paragraphen geregelt. In den übrigen Bundesländern werden sie u. a. als Bestandteil übergeordneter Aufgaben, wie beispielsweise dem Gesundheitsschutz, der Gesundheitsaufklärung oder der Kinder- und Jugendgesundheit genannt. In Bayern und Rheinland-Pfalz werden die Aufgaben der ZGD nicht mehr genannt, da es die ZGD in diesen Bundesländern faktisch nicht mehr gibt [23].

3.2 Gesetze zum Schutz von Kindern

Gemäß Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) gilt für alle Kinder und Jugendlichen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit [12]. Da gemäß Artikel 6 Abs. 2 GG die Pflege und Erziehung der Kinder die oberste Pflicht der Erziehungsberechtigten darstellt, greift das staatliche Wächteramt in den Fällen ein, in welchen Erziehungsberechtigte diese Aufgabe nicht wahrnehmen. Erziehungsberechtigte werden in diesen Fällen bei der Umsetzung ihrer Erziehungsverantwortung unterstützt. Sollten sie nicht bereit oder in der Lage sein die Gefährdung abzuwenden, kann ihnen durch die Einbeziehung des Familiengerichtes das Sorgerecht oder Teile davon zeitweise oder dauerhaft entzogen werden.

Kinderschutzgesetze sind sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene etabliert worden.

Kinderschutzgesetze auf Landesebene sollen zur Unterstützung der Jugendämter bei der Abwehr von Kindeswohlgefährdung auf Grundlage von § 8a des Achten Sozialgesetzbuchs SGB VIII beitragen und sind qualitativ weiter auszubauen. Ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung ist entsprechend § 8a SGB VIII notwendig, damit das zuständige Jugendamt das Gefährdungsrisiko nach Bekanntwerden des Anhaltspunktes einschätzen und zur Abwendung einer möglichen Kindeswohlgefährdung tätig werden kann.

Das SGB VIII regelt die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland auf Bundesebene [11]. Es enthält neben allgemeinen Vorschriften u. a. Regelungen zu Leistungen der Jugendhilfe, Förderung der Unterstützung von Familien, Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege, Eingliederungshilfen, Vormundschaften, Jugendhilfeplanungen u. v. m. In § 8a SGB VIII sind die Vorgehensweisen geregelt, die bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen durch die Jugendämter und alle Fachkräfte, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, erfolgen müssen.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) ist 2012 in Kraft getreten und regelt den „umfassenden, aktiven“ Kinderschutz in Deutschland.

Ein Kernstück des BKISchG ist das unter Artikel 1 des BKISchG genannte „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG). Das Gesetz dient u.a. insbesondere dazu, Berufsgeheimnisträger*innen Handlungssicherheit im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern zu geben. Durch die Schaffung entsprechender Netzwerkstrukturen sollen die unter den §§ 3 und 4 genannten Akteure im Kinderschutz zum Wohle der Kinder gestärkt werden.

Im KKG wird unter § 4 Abs. 1 geregelt, dass, sofern gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden, die dort unter Absatz 1 und den Punkten 1 bis 7 genannten Berufsgeheimnisträger*innen (u. a. Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Psycholog*innen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater*innen, Lehrer*innen) tätig werden sollten. Es unterstützt die Berufsgeheimnisträger*innen bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Kinderschutz und soll deren Implementierung in den beruflichen Alltag erleichtern. Hierunter fällt u. a. die Sensibilisierung für das Thema, das Erkennen der entsprechenden Anzeichen und deren Objektivierung sowie die Kenntnis der nächsten erforderlichen Schritte.

Konkret bedeutet dies im Einzelnen:

§ 4 Abs. 1 KKG

- Erörtern der Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten und soweit erforderlich,
- Hinwirkung auf die Erziehungsberechtigten zur Inanspruchnahme von Hilfen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

§ 4 Abs. 2 KKG

Die Berufsgeheimnisträger*innen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe

- Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft und
- die Befugnis, zum Zweck der Beratung Daten in pseudonymisierter Form an die beratende Fachkraft zu übermitteln

§ 4 Abs. 3 KKG

- Scheidet eine Abwendung der Gefährdung durch die eigenen Möglichkeiten aus, haben die unter § 4 Abs. 1 genannten Berufsgeheimnisträger*innen die Befugnis, das Jugendamt zu informieren.
- Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen.

§ 4 Abs. 4 KKG

Die Jugendämter sind im Gegenzug dazu verpflichtet, der meldenden Person zeitnah eine Rückmeldung zu geben,

- ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und
- ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist.
- Auch hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen.

Ebenso hat das Jugendamt gemäß § 8a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII Personen, die gemäß § 4 Abs. 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen.

3.3 Dental neglect und § 4 KKG

Für Zahnärzt*innen, die in kommunalen ZGD tätig sind, bedeutet dies entsprechend § 4 KKG und der Leitlinie Kinderschutz, dass der Verdacht auf das Vorliegen einer DN und die daraus resultierende Risikoeinschätzung für eine Kindeswohlgefährdung dokumentiert und diese Risikoeinschätzung der zuständigen Stelle für Jugendhilfe/dem Jugendamt zugetragen wird, wenn die eigenen Mittel zur Gefährdungsabwendung keine Wirkung gezeigt haben.

Dies ist immer dann der Fall, wenn Erziehungsberechtigte trotz persönlicher Gespräche bzw. (mehrmaliger) schriftlicher Kontaktaufnahme(n) mit dem Hinweis auf die Gefährdung der kindlichen Zahn- und Allgemeingesundheit nicht reagieren. Der Tatbestand einer tatsächlichen Kindeswohlgefährdung ist dann in der Folge durch das zuständige Jugendamt zu prüfen. Der Angebotskreislauf für betroffene Familien zur Identifizierung einer DN und/oder einer Kindeswohlgefährdung sowie zur Abwendung weiterer (zahn)gesundheitlicher Schäden und zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgungssituation ist Abbildung 1 im Anhang zu entnehmen.

3.4 Datenschutzgesetze

Grundsätzlich hat die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Vorrang vor allen anderen Regelungen zum Datenschutz, da sie auf europäischer Ebene Gültigkeit hat. Landesdatenschutzgesetze ergänzen diese regional unterschiedlich. Dort ist u.a. geregelt, unter welchen Voraussetzungen Behörden und andere öffentliche Stellen des jeweiligen Bundeslandes personenbezogene Daten verarbeiten dürfen. Gemäß § 14 Abs. 1 i. V. m. § 13 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a) Datenschutzgesetz ist in Nordrhein-Westfalen beispielsweise geregelt, dass die Übermittlung personenbezogener Daten an öffentliche Stellen immer dann zulässig ist, wenn sie zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben des Empfängers erforderlich ist und eine Rechtsvorschrift dies erlaubt. Die Zulässigkeit der Einschaltung des Jugendamts hängt insofern von der Existenz einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage ab, welche durch § 4 KKG gebildet wird.

In rechtlicher Hinsicht können laut § 4 Abs. 3 KKG seitens der ZGD alle personenbezogenen Daten, die zur Gefahrenabwehr erforderlich sind, an die Jugendämter weitergegeben werden. Auch die Weitergabe von Informationen, die unter die Schweigepflicht gem. § 203 StGB fallen sowie die Beantwortung von Rückfragen der Jugendämter ist auf dieser Grundlage für Berufsgeheimnisträger*innen möglich, sofern dies zum Schutz einzelner Kinder/Jugendlicher erforderlich ist. Auf eine gute und lückenlose Dokumentation der Kontakte zu den Erziehungsberechtigten und der erhobenen zahnärztlichen Diagnosen ist dabei zu achten. Eine standardisierte, ggf. digitale Meldevorlage an die Jugendämter ist hierbei ein erklärtes Ziel der AGK. Eine digitale Übermittlung der Meldungen liegt im Ermessen der jeweiligen Kommune.

Bei der Einbeziehung von Berufsgeheimnisträger*innen in die Gefährdungseinschätzung gemäß § 8a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII, ist zu beachten, dass weder ein Mitwirkungsrecht noch eine Mitwirkungspflicht für diese besteht [15]. Berufsgeheimnisträger*innen können nach erfolgter Information des Jugendamtes über den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, den Einbezug in die Gefährdungseinschätzung auch anregen, haben aber keinen Anspruch darauf [21].

4. Dental neglect und Kinderschutz in den Zahnärztlichen Gesundheitsdiensten

Die öffentliche Zahngesundheitsvorsorge ist als Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland in den jeweiligen GDG bzw. Verordnungen der Länder geregelt. Zahnärztliche Untersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden in Kitas und Schulen durchgeführt und dienen einerseits der individuellen Vorsorge, andererseits bevölkerungsmedizinischen und epidemiologischen Aufgaben, die bei der Gesundheitsplanung und zur Ressourcensteuerung berücksichtigt werden. Gleichzeitig erfüllen sie durch die Betreuung von Risikogruppen sozialkompensatorische Funktionen und führen zu einem Mehr an gesundheitlicher Chancengleichheit [23].

Zahnmedizinische Früherkennung und Vorsorge finden unabhängig vom Sozialstatus der Erziehungsberechtigten infolge der aufsuchenden Struktur der ZGD sehr früh und niedrigschwellig statt. Dies ist vor dem Hintergrund, dass Menschen aus sozial prekären Verhältnissen oftmals keinen guten Zugang zu Gesundheits- und Vorsorgeleistungen haben, in sozialkompensatorischer Hinsicht sehr bedeutsam. Die aufsuchende zahnärztliche Betreuung führt dadurch nicht nur zu einer Früherkennung von Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten und zu einem frühen Zugang zu zahngesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, sondern ermöglicht auch die Identifizierung eines potenziellen DN in einem relativ frühen Stadium.

4.1 Definition eines Schwellenwertes für Dental neglect

Derzeit gibt es weder ein bundesweit einheitliches Konzept, noch eine flächendeckende Umsetzung von strukturierten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Kooperation zum Kinderschutz im Gesundheitswesen. Einzelne Konzepte werden jedoch auf kommunaler Ebene umgesetzt.

Fehlende Kriterien für das Vorliegen für DN erschweren die Entscheidung, Verdachtsfälle in die Programme aufzunehmen. Zudem kann bereits bei unauffälligen Zahnbefunden durchaus eine Gefährdung des Kindes bestehen. Dies wird nicht nur durch praktische Erfahrungen bei der Umsetzung solcher Programme, sondern auch durch verschiedene Publikationen bestätigt. Schwierigkeiten bei der Dokumentation eines DN führen auch zu einer erhöhten Schwelle, potenzielle Fälle zu melden [6]. Dies ist mitunter der Grund dafür, dass DN-Fälle selten berichtet werden [7,29].

Eine Möglichkeit zur Identifikation von DN könnte die Diagnose einer so genannten „Early Childhood Caries“ (ECC) oder „Severe Early Childhood Caries“ (S-ECC) sein, die in einer US-amerikanischen Studie mit 66 Kindern im Alter von 2-6 Jahren mit bekanntem Kindeswohlgefährdungshintergrund als Erfassungsinstrument verwendet wurde [31]. In dieser Studie wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer ECC/S-ECC und einem geringen zahnärztlichen Versorgungsgrad sowie dem Tatbestand einer Kindeswohlgefährdung festgestellt. Problematisch sind hierbei unterschiedliche ECC-Indizes, die weltweit zum Einsatz kommen sowie die zahnflächenbezogene Erfassung der Karies, die bei Erfassung des allgemein empfohlenen Index der AAPD durchgeführt wird [2] (Tabelle 1 im Anhang), die grundsätzlich nicht zu den Untersuchungs- und Erfassungsstandards in den ZGD in Deutschland gehört [13]. Eine weitere Einschränkung zur Anwendung dieses Index ist der Umstand, dass er sich nur auf das Milchgebiss bezieht und dass er im Wechsel- und insbesondere im bleibenden Gebiss nicht eingesetzt werden kann.

In den ZGD, in welchen Schutzkonzepte bereits umgesetzt werden, sind die Kriterien für Verdachtsfälle derzeit nicht einheitlich bzw. nicht überall konkret definiert.

Ziel sollte daher sein, auf eine einheitliche Definition und Standardisierung der verschiedenen zahnmedizinischen Parameter für das Vorliegen einer potenziellen Kindeswohlgefährdung hinzuwirken.

4.2 Aktueller Stand des Kinderschutzes in den Zahnärztlichen Gesundheitsdiensten

Erfahrungen aus bereits bestehenden Schutzkonzepten zeigen potenzielle und tatsächliche interne sowie externe Hindernisse in der Umsetzung und Verstetigung der Konzeptionen auf.

Die fehlende Umsetzung von Kinderschutzkonzepten kann in einer ganzen Reihe von Ursachen begründet sein. Mit Blick auf einen erhöhten Dokumentations-, Gesprächs- und Nachsorgeaufwand ist mit der Umsetzung von Kinderschutzkonzepten ein erhöhter Ressourceneinsatz verbunden, der das Personal der Zahnärztlichen Dienste bindet und konsequenterweise zu einem deutlichen zeitlichen Mehraufwand neben der notwendigen Erfüllung der Pflichtaufgaben führt. Abhilfe müssen eine Erhöhung personeller Ressourcen sowie die Festschreibung des Kinderschutzes in den einschlägigen GDG der Länder schaffen.

4.3 Stärken Zahnärztlicher Gesundheitsdienste im Kinderschutz

Folgende strukturelle Vorteile bieten Vorsorgeuntersuchungen durch ZGD im Bereich des Kinderschutzes:

- Zahnmedizinische Früherkennung und Vorsorge finden infolge der aufsuchenden Struktur sehr früh (bereits in der Kita) und niedrigschwellig statt, i. d. R. unabhängig vom Sozialstatus der Erziehungsberechtigten. Dadurch wirken sie sich sozialkompensatorisch aus. Die wichtige Tätigkeit der ZGD leistet damit einen aktiven Beitrag für die gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen.
- Regelmäßige und früh erfolgende zahnärztliche Untersuchungen der ZGD können dadurch eher als Frühwarnsystem für Kindeswohlgefährdung wirken, als dies beim individualmedizinischen Ansatz in den Hauszahnarztpraxen möglich sein kann,
- Der ÖGD verfügt über sehr gute interdisziplinäre Vernetzungsmöglichkeiten mit allen relevanten Akteuren auf kommunaler Ebene.

Bisherige Erfahrungen aus kommunalen Schutzkonzepten [24] konnten zeigen, dass

- über die Implementierung von Schutzkonzepten die Sensibilisierung der Erziehungsberechtigten für die Zahngesundheit ihrer Kinder erreicht werden kann,
- die Versorgung von Milch- und bleibenden Zähnen der betroffenen Kinder sich signifikant verbessert (Indikatoren: Füllungen und Versiegelungen),
- die Füllung die signifikant bevorzugte Sanierungsform im Milch- und bleibenden Gebiss darstellt und
- Extraktionen seltener sind.

5. Zielsetzungen der Arbeitsgruppe Kinderschutz des BZÖG

Die AGK befasst sich mit folgenden Bereichen in Bezug auf Kinderschutzkonzepte in den ZGD:

5.1 Interne Zielsetzungen:

5.1.1 Mittelfristig

- Interne Abstimmung über die Zielstellungen und die Zusammensetzung der AGK.
- Schaffung einer Übersicht über bereits bestehende Schutzkonzepte, deren Dokumentation und Veröffentlichung.
- Definition eines Schwellenwertes bzw. von Kriterien einer DN und Konzeption eines oder mehrerer „best practice“-Ansätze zur Umsetzung von Kinderschutzkonzepten.
- Beratung und Unterstützung Zahnärztlicher Dienste bei der Konzeption und Umsetzung der Kinderschutzkonzepte.

5.1.2 Langfristig

- Verstetigung und Evaluation der AGK-Arbeitsweise.
- Veröffentlichungen und Vorträge der AGK zu Kinderschutzthemen.
- Entwicklung von Präsentationen und Materialien, die für die ZGD und relevante Partner nutzbar sind.
- Weitere Mitarbeit an der S3-Kinderschutzleitlinie.

5.2 Externe Zielsetzungen:

- Formulierung von Argumentationshilfen für eine (personal-)ressourcenorientierte Stärkung der ZGD und für geplante Kooperationen mit Jugendämtern.
- Wissenschaftliche Kooperation mit medizinischen und zahnmedizinischen Fachgesellschaften, fachspezifischen Bildungsinstitutionen oder fachlichen Verbänden.
- Wissenschaftliche Kooperationen auf universitärer Ebene.
- Kooperationen mit Akteur*innen der Kinderschutz- und der Rechtsmedizin.
- AG als Ansprechpartner*in bei Anfragen von Institutionen (z. B. Hochschulen, Zahnärztliche Selbstverwaltung, Politik etc.).
- Unterstützung bei der Netzwerkbildung mit ambulant und stationär tätigen Ärzt*innen/Zahnärzt*innen.

6. Vorläufige Zusammensetzung der Arbeitsgruppe Kinderschutz des BZÖG

- Vertreter*innen kommunaler ZGD/Kinder- und Jugendgesundheitsdienste sowie des BZÖG- und BVÖGD-Vorstandes mit entsprechenden Erfahrungen bei der Konzeption und Umsetzung von Kinderschutzkonzepten.
- Vertreter*in Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW).

- Vertreter*in Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM).
- Vertreter*in Rechtsmedizin.
- Vertreter*in Jugendamt.

Literatur:

1. Aiuto R, Dioguardi M, Caruso S, Lipani E, Re D, Gatto R, Garcovich D. What Do Mothers (or Caregivers) Know about Their Children's Oral Hygiene? An Update of the Current Evidence. *Children (Basel)* 2022;9:
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 2016;38:52-54.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill 2022;16:
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Arbeitsgemeinschaften e.V. (AWMF). S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), 2019. AWMF-Register-Nr. 027 - 069. https://register.awmf.org/assets/guidelines/KF_027-069k_Kinderschutz_2018-10.pdf. Abruf am 20.06.2023.
5. Asaka Y, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T. Associations of socioeconomic status and lifestyle factors with dental neglect of elementary school children: the MEXT Super Shokuiku School Project. *Environ Health Prev Med* 2020;25:73.
6. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014;42:229-239.
7. Bjørknes R, Iversen AC, Nordrehaug Åstrøm A, Vaksdal Brattabø I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health Soc Care Community* 2019;27:871-879.
8. Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health* 2013;13:370.
9. Bradbury-Jones C, Isham L, Morris AJ, Taylor J. The "Neglected" Relationship Between Child Maltreatment and Oral Health? An International Scoping Review of Research. *Trauma Violence Abuse* 2021;22:265-276.
10. Bundesministerium der Justiz. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. März 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 72) geändert worden ist. Neugefasst durch Bek. v. 2.1.2002 I 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 14.3.2023 I Nr. 72, Ausfertigungsdatum: 18.08.1896. <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>. Abruf am 17.08.2023.

11. Bundesministerium der Justiz. Achtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe, In der Fassung der Bekanntmachung vom 14.12.2006 (BGBl. I S. 3134) zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.12.2022 (BGBl. I S. 2824) m.W.v. 01.01.2023. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html. Abruf am 17.08.2023.
12. Bundesministerium der Justiz. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478) geändert worden ist, Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 19.12.2022 I 2478. <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html>. Abruf am 17.08.2023.
13. Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berichte und Materialien Band 25, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 2019.
14. Chen L, Hong J, Xiong D, Zhang L, Li Y, Huang S, Hua F. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. BMC Oral Health 2020;20:203.
15. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF). Dürfen Berufsheimnisträger*innen ihre Mitwirkung an der Gefährdungseinschätzung verweigern. 2022 Abruf am 14.01.2024
16. Fisher-Owens S, Lukefahr J, Tate A, American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health, Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatr Dent 2017;39:278-283.
17. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. Int J Paediatr Dent 2009;
18. Jarczok M, Lange S, Meinck F, Witt A, Clemens V, Fegert JM, Jud A. Widening epidemiological data on the prevalence of child maltreatment: Validation of the German ICAST-R in a student sample and national household survey. Child Abuse Negl 2023;137:106038.
19. Khalid G, Metzner F, Pawils S. Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents-A systematic review. Int J Paediatr Dent 2022;32:436-446.
20. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). eds. †footerfs. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

21. Münder J, Meysen T, Trenczek T. Frankfurter Kommentar SGB VIII. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2022.
22. Paradowski I, Seifert D, Püschel K, Anders S. Dental neglect. Rechtsmedizin 2013;23:186-190.
23. Petrakakis P. Öffentliche Zahngesundheitsvorsorge und Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – eine Standortbestimmung. Forum für Zahnheilkunde 2014;33:16-17.
24. Petrakakis P, Bergmann A, Flottmann A, Fiedler S, Brix U. Das Stufenmodell für Kinder mit Verdacht auf Dental neglect. Gesundheitswesen 2023;85:
25. Schone R. Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, 2008.
26. Schone R, Gintzel U, Jordan E, Kalscheuer M, Münder J. Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Votum, 1997.
27. Scorca A, Santoro V, De Donno A, Grattagliano I, Tafuri S, Introna F. Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. Clin Ter 2013;164:e365-371.
28. Spiller L, Lukefahr J, Kellogg N. Dental Neglect. J Child Adolesc Trauma 2020;13:299-303.
29. Spiller LR. Orofacial manifestations of child maltreatment: A review. Dent Traumatol 2023;[Epub ahead of print].
30. Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, Blinkhorn AS. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. Br Dent J 2003;195:451-455; discussion 449.
31. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. J Public Health Dent 2008;68:94-101.

Anhang

Abbildungen und Tabellen:

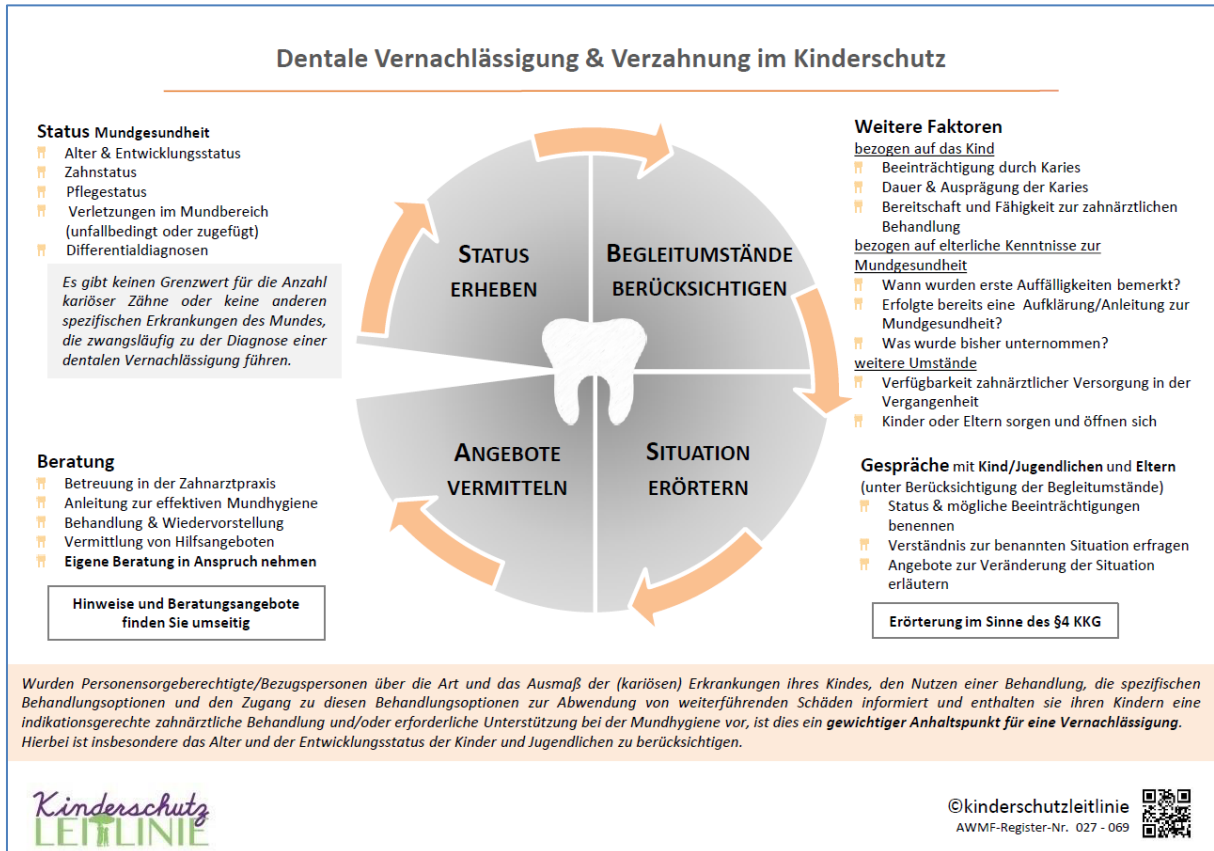


Abbildung 1: Angebotskreislauf bei Verdacht auf DN und Kindeswohlgefährdung laut Kinderschutzleitlinie [4]

Tabelle 1: Definition der ECC/S-ECC gemäß AAPD 2016 [2]: Der dmf-s-Index beschreibt die zahnflächenbezogene Karieserfahrung (d=Karies, m=wegen Karies extrahiert und f=wegen Karies gefüllt) von Kindern < 6 Jahre.

Befund	Alter	Merkmal
ECC	< 6 Jahre	dmf-s \geq 1 (auch Initialkaries)
S-ECC	< 3 Jahre	Jedes Anzeichen einer Glattflächenkaries (auch Initialkaries)
S-ECC	3-5 Jahre	Karieserfahrung Glattfläche an Oberkiefer-Frontzähnen oder
	3 Jahre	dmf-s \geq 4
	4 Jahre	dmf-s \geq 5
	5 Jahre	dmf-s \geq 6