

Kindesmisshandlung – Relevanz für die zahnärztliche Betreuung

Schlüsselwörter: Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, battered child syndrome

WALTER KARL KAMANN

Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde
(Leiter: Prof. Dr. P. Gängler)
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke

Dieser Beitrag ist meinem Lehrer Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Gängler zu seinem 65. Geburtstag gewidmet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Walter K. Kamann
Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Zusammenfassung In der Hälfte der Fälle von physischer Kindesmisshandlung werden Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich gefunden. Vernachlässigung von Kindern äussert sich häufig in desolaten Gebisszuständen. Somit werden misshandelte Kinder häufig als akute Notfälle im zahnärztlichen Notdienst vorstellig und der Zahnarzt wird vielleicht der einzige sein, der eine Misshandlungsfolge frühzeitig erkennen und das Kind durch eine entsprechende Meldung schützen kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass der allgemein praktizierende Zahnarzt sich mit diesem Themengebiet auseinandersetzen muss.

Einleitung

Der Begriff der «Kindesmisshandlung» bezeichnet die gewalttätige psychische und/oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch deren Fürsorgeberechtigte oder durch andere erwachsene Personen ohne nähere familiäre Beziehung in Form einer intentionellen Verletzung oder Unterlassung im Hinblick auf die angemessene Förderung des Kindes. Der Begriff wird umgangssprachlich sowohl für das konkrete Verhalten gegenüber dem Kind als auch für den übergeordneten Problembereich, der die Subkategorien wie die physische und psychische Misshandlung, den sexuellen Missbrauch und die physische und psychische Vernachlässigung einschliesst, verwendet (AMELANG & KRÜGER 1995).

Auffällig werden im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung hauptsächlich die Folgen von physischer Misshandlung und von Vernachlässigung. So zieht zirka die Hälfte aller Fälle von physischer Kindesmisshandlung Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich nach sich; ein Viertel davon wiederum betrifft die Zähne – vorwiegend in Form von Frakturen – und die periorale Region mit Weichteilverletzungen (BECKER ET AL. 1978).

Die Misshandlungsvariante der Vernachlässigung hat oft desolate Gebisszustände zur Folge. Umstande halber werden somit viele Fälle von Kindesmisshandlung in der zahnärztlichen Praxis, insbesondere aber im zahnärztlichen Notdienst, vorstellig werden. Die Tabuisierung des Themas «Kindesmisshandlung», die fehlende Einbindung dieses Problembereichs

in die zahnmedizinische Ausbildung, aber auch die Rahmenbedingungen, beispielsweise die nur geringe Kontaktzeit und die fehlende Bindung zwischen Behandler und Kind in der Notdienstsituation, erschweren eine Diagnosestellung und die Einleitung adäquater Massnahmen zum Schutz des Kindes (POSNICK & DONLY 1990; KAMANN 1998).

Voraussetzung für eine Diagnosestellung ist, dass der Zahnarzt die Möglichkeit, dass es sich bei dem Befund um eine Misshandlungsfolge handelt, überhaupt in sein differentialdiagnostisches Kalkül mit einbezieht und bei atypischen Befunden oder bei Widersprüchen von Befund und anamnestischen Angaben bzw. bei einer umfangreichen Gebisszerstörung diese Umstände mit physischer Misshandlung resp. einer allgemeinen Vernachlässigung des Kindes in Verbindung bringt. Weitere Verdachtsmomente für das Vorliegen einer Misshandlungsfolge ergeben sich aus den Umständen der Inanspruchnahme, den Verhaltensweisen der beteiligten Personen und aus den Besonderheiten des klinischen Befundes (KAMANN 1998).

Kindesmisshandlung als gesellschaftliches Phänomen

Das Phänomen der Kindesmisshandlung muss immer vor dem Hintergrund des kulturellen Bezugsrahmens und dem sich daraus ergebenden Wertesystem, beispielsweise unterschiedlichen Sexualnormen, gesehen werden. So kriminalisiert die Strafgesetzgebung der meisten Länder eine inzestuöse Vater-

Tochter-Beziehung als sexuellen Missbrauch, bei den Tonga in Südafrika wird aber eben der gelegentliche Geschlechtsverkehr eines Mannes mit seinen Töchtern zur Befähigung und Auszeichnung als «Flusspferdjäger» gefordert.

Die Klassifizierung eines Verhaltens als «Kindesmisshandlung» durch die Allgemeinheit setzt ein Verantwortungsgefühl der Gesellschaft für das «fremde» Kind voraus (KEMPE & KEMPE 1978). Es finden sich einerseits Gesellschaften mit direkter Verantwortung des Staates für ein Kind, wie im antiken Griechenland (Sparta), andererseits finden sich Strukturen mit einer Allmachtsstellung des Familienvaters über Leben und Tod seiner Kinder, wie im römischen Recht («pater familiae»).

Inwiefern Kindesmisshandlung kein nur zeitgenössisches, sondern ein sich durch die abendländische Kulturgeschichte ziehendes Phänomen ist, lässt sich wohl am besten durch die verbreitete Aufnahme dieses Themas in den klassischen Kindermärchen nachvollziehen. Thematisiert wird das ganze Spektrum der Misshandlungsvarianten von der emotionalen Misshandlung und Vernachlässigung bis hin zum sexuellen Missbrauch. So findet sich das Motiv des Königs (Vater), der seine Tochter begehrt und die sich diesem (gemäss psychoanalytischer Deutung) nach Änderung/Verlust ihrer Persönlichkeit hingibt («Allerleirauh», *Brüder Grimm*) oder die diesen mithilfe ihres Gatten zerstört («Das Mädchen in der Truhe», *Giovanni Francesco Straparolo*). Das Motiv der bösen Stiefmutter mit ihren Töchtern, die ein Kind schlecht behandelt, sich nach einem traumatischen Ereignis, wie dem Verlust der eigenen Kinder, aber in ihrem Verhalten bessert («Väterchen Frost», *Alexander N. Afanassjew*) oder aber deren eigene Kinder durch das Stiefkind zugrunde gerichtet werden («Aschenputtel», *Brüder Grimm*) spiegelt die emotionale Misshandlung wieder. Der kathartische Effekt solcher Märchen für Kinder in entsprechenden Lebenssituationen erscheint evident.

Der wohl erste einer grösseren Öffentlichkeit bekannt gewordene Fall von Kindesmisshandlung ist der «Mary-Ellen»-Fall, der in den 70er-Jahren des 19. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten durch die Presse ging (MOUDEN & BROSS 1995). Das Kind Mary Ellen wurde von seinen Pflegeeltern misshandelt und verhungerte, ohne dass die Möglichkeit einer Intervention durch die auf den Fall aufmerksam gewordene Öffentlichkeit bestanden hätte. Die sich im Rahmen dieses Ereignisses offenbarte staatliche Ohnmacht bei offensichtlichen Misshandlungsfällen und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch die Aufnahme der Thematik in der Literatur (*Mark Twain*: «The Adventures of Tom Sawyer», 1876; «The Adventures of Huckleberry Finn», 1885) führte letztendlich zu einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen. Auch in Europa entwickelte sich um 1900 ein entsprechendes Problembewusstsein. Dies ist daran erkennbar, dass Straftaten gegen Kinder als gesonderte Delikte in die Gesetzgebung aufgenommen wurden.

Erst viel später wurde die Relevanz des Phänomens «Kindesmisshandlung» für die Medizin resp. Zahnmedizin beschrieben. Erste Hinweise auf Misshandlungsfolgen als Differentialdiagnose in der medizinischen Literatur erschienen Mitte der 40er-Jahre (CAFFEY 1946) und in Übersichten Anfang der 60er-Jahre (KEMPE ET AL. 1962). Erste Fallberichte und Übersichten über die der Kindesmisshandlung typischen Befunde und Begleitumstände wurden in der zahnmedizinischen Fachliteratur in grösserem Umfang erst in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts publiziert (ten BENSEL & KING, 1975; MCNEESE & HEBELER 1977; BECKER ET AL. 1978; BENUSIS 1978; DAVIS ET AL. 1979; MALECZ 1979; KENNEY 1981). Eine erste Stellungnahme zu dem Thema vonseiten zahnärztlicher Standesorganisationen findet sich 1980 mit einer Mitteilung der American Dental

Association (ADA 1980). Hier wurde auf die Kindesmisshandlung als Differentialdiagnose und die ethischen Implikationen für den behandelnden Zahnarzt hingewiesen.

Der Etablierung des 1962 durch KEMPE geprägten Begriffs des «Kindesmisshandlungssyndroms» («battered-child syndrome») und der zunehmenden Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema folgte über die Allgemein- presse das öffentliche Interesse und führte zu einer höheren Anzahl von Meldungen bei staatlichen Stellen.

Die Reaktion der Öffentlichkeit auf Fälle von Kindesmisshandlung offenbart die kollektive Hilflosigkeit im Umgang mit diesem Phänomen. Die verbreitete Fehleinschätzung von Ursachen und Hintergründen führen zu einer Bewertung, die sich auf einem Spektrum zwischen Verharmlosung bis hin zu Forderungen drakonischer Strafen bewegt.

Entsprechend ist die Gesetzgebung zum Schutz von Kindern auch heute noch uneinheitlich. An dem einen Ende des Spektrums findet sich dabei die US-amerikanische Rechtsprechung, die beispielsweise das kurzzeitige, unbeaufsichtigte Stehenlassen eines Säuglings im Kinderwagen kriminalisiert («safety neglect»), an dem anderen Ende Gesetzgebungen, die Straftaten gegenüber (eigenen) Kindern und Jugendlichen nicht einmal als (gesonderte) Delikte auffassen oder strafrechtlich nicht verfolgen. In den USA besteht auch eine explizite, strafbewehrte Meldepflicht (Strafmaximum ein Jahr Haft!) für Fälle von Kindesmisshandlung, die während der (zahn)ärztlichen Behandlung offenbar werden. Des Weiteren kann nach US-amerikanischer Rechtsprechung das Kind gegenüber dem (Zahn)arzt, der die Misshandlung zwar erkannt, aber nicht gemeldet hat, zivilrechtliche Ansprüche geltend machen (*Landers-v.-Flood-Fall*). Diese Gesetzeslage, unterstützt durch Informationskampagnen durch die American Dental Association und die Bildung von Arbeitsgruppen (PANDA: Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness), hat zumindest in den USA in den letzten Jahren zu einer vermehrten Meldung von Misshandlungsfällen durch Zahnärzte geführt.

Einer Meldung von Verdachtsfällen steht offensichtlich auch eine mangelnde Kenntnis der Zahnärzte bzgl. der geltenden Rechtslage entgegen (KAMANN & GÄGLER 1999). Die Meldung offensichtlicher Fälle von Kindesmisshandlung unterbleibt auch oft aufgrund einer irrealen Vorstellung über das die «Täter» zu erwartende Strafmass und die Folgen für die betroffene Familie. In diesem Zusammenhang ist wichtig, zu wissen, dass bei der Rechtsprechung heute mehr nach dem Grundsatz «Hilfe statt Strafe» verfahren wird, eine Verurteilung also häufig ein erster Schritt ist, mit dem das soziale Gefüge der betroffenen Familie wieder stabilisiert wird.

Formen der Kindesmisshandlung

Die Formen von Kindesmisshandlung werden unterschieden in die physische Misshandlung, die emotionale Misshandlung, den sexuellen Missbrauch, psychische Vernachlässigung, physische Vernachlässigung und das «Munchausen-syndrome by proxy» (AMELANG & KRÜGER 1995). Misshandlungen liegen nur selten in den genannten Reinformen vor, sondern manifestieren sich zumeist als Mischform mehrerer Misshandlungsvarianten. Die aufgeführte Einteilung erscheint aber sinnvoll für eine grobe Einordnung auffällig gewordenen Verhaltens im Hinblick auf die Auflösung von Verhaltensmustern als Misshandlung.

Als *physische Misshandlung* werden in Bezug auf das Alter des Kindes intentionell inadäquate Verhaltensweisen bezeichnet, die zu einer Verletzung des Kindes führen (GARBARINO & GILLIAM 1980). Die Bandbreite der körperlichen Misshandlungen er-

streckt sich somit vom heftigen Schütteln eines schreienden Kleinkindes, das zu intrakraniellen Blutungen führen kann («infantile whiplash shaking syndrome») (CAFFEY 1974), bis hin zur «Züchtigung» älterer Kinder mit Stöcken, Gürteln oder anderen Gegenständen.

Die Wahrscheinlichkeit eines Auffälligwerdens dieser Misshandlungsvariante ist aufgrund der nachfolgenden Inanspruchnahme (zahn)ärztlicher Hilfe vergleichsweise hoch. Opfer physischer Misshandlungen sind zumeist Jungen im Alter unter zwölf Jahren (ELLERSTEIN & CANAVAN 1980).

Unter *emotionaler Misshandlung* werden alle intentionellen Verhaltensweisen gezählt, die einem Kind das Gefühl von Angst, Ablehnung, Wertlosigkeit und Kontrollverlusten vermitteln (GARBARINO & GILLIAM 1980). Hierzu zählen unangemessene Kritik, das Isolieren des Kindes durch Einsperren, das demonstrative Vorziehen eines Geschwisters (Märchenmotiv!) oder auch das absichtliche Versetzen eines Kindes in Todesangst. Emotionale Misshandlung ist wegen der Komplexität des ihr zugrunde liegenden Verhaltens für Aussenstehende schwerer zu erkennen als andere Misshandlungsformen. Synonym zum Begriff «Emotionale Misshandlung» werden häufig die Termini «Psychische Misshandlung» und «Seelische Grausamkeit» benutzt (AMELANG & KRÜGER 1995).

Als *sexuellen Missbrauch* bezeichnet man sexuelle Handlungen an Kindern, die nicht ihrem Alter, ihrer kognitiven Entwicklung oder ihrer Rolle in der Familie entsprechen (BEITCHMAN ET AL. 1992). Nach Art des Missbrauchs wird dabei zwischen Hands-on- und Hands-off-Handlungen unterschieden. Erstere stellen direkte körperliche Übergriffe (Nötigung, Vergewaltigung), letztere beispielsweise obszöne Redewendungen, die Vorführung von Pornografie u. a. dar.

Opfer sexuellen Missbrauchs sind fast ausschliesslich Mädchen, die Hälfte davon sind unter zwölf Jahren (JAFÉ ET AL. 1975; LUTHER & PRICE 1980). «Täter» sind in diesen Fällen Männer, seltener aus dem engeren familiären Umfeld (Stiefvater, älterer Bruder, Cousin), weit häufiger aber aus dem weiteren Umfeld bzw. dem Kind unbekannt Personen (FINKELHOR 1994b). Es muss davon ausgegangen werden, dass eines von sechs Mädchen und einer von zehn Jungen vor dem 18. Lebensjahr Opfer eines sexuellen Missbrauchs wird (ELLERSTEIN & CANAVAN 1980; POSTON & LISON 1989).

Unter *Vernachlässigung* versteht man die Unterlassung, in adäquater Weise für die Gesundheit, die Sicherheit und das Wohlergehen des auf die Fürsorge angewiesenen Kindes zu sorgen. Die Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit gegenüber dem Kind äussert sich bei der *Psychischen Vernachlässigung* vorwiegend in Vergessen und «leeren» Versprechungen sowie einer emotionalen Unnahbarkeit (GARBARINO & GILLIAM 1980). Die *physische Vernachlässigung* steht in engem Zusammenhang mit der psychischen Vernachlässigung und ist somit ebenfalls Folge der allgemeinen Einstellung zum Kind. Die physische und psychische Vernachlässigung hat im Gegensatz zu anderen Misshandlungsvarianten mit ihrem mehr episodenhaften Auftreten einen ausgeprägt chronischen Charakter. Schwierig kann sich bei mangelnder Kenntnis über die Lebensumstände der Familie die Abgrenzung von durch Armut begründeter Unterversorgung des Kindes und physischer/psychischer Vernachlässigung gestalten.

Die Folgezustände von Vernachlässigung werden mit Begriffen wie «NOFT-Syndrom» («non-organic failure to thrive») bzw. «psychosoziales Deprivationssyndrom» («psychosocial dwarfism») umschrieben. Psychische und physische Vernachlässigung wird häufig im Zusammenhang mit sozialer Randständigkeit der Familie, einer depressiven Erkrankung oder

Suchterkrankung der Fürsorgeberechtigten beobachtet. Vernachlässigung jeglicher Form ist zumeist von weiblichen «Tätern» zu verantworten (BULLARD ET AL. 1967).

Die Namensgebung der wohl am befremdlichst anmutenden Variante von Kindesmisshandlung und damit auch die formal inkorrekte Schreibweise («Munchausen» statt «Münchhausen»), des «*Munchausen-syndrome by proxy*» geht auf eine Veröffentlichung des englischen Kinderarztes *Meadow* im Jahr 1977 zurück (CHAN ET AL. 1986).

Beim *Munchausen-syndrome by proxy* werden bei einem Kind durch einen Fürsorgeberechtigten artifiziell Krankheits-symptome hervorgerufen, um objektiv unnötige, medizinisch-diagnostische und -therapeutische Massnahmen zu veranlassen. Das Verhalten zielt vonseiten der misshandelnden, fürsorgeberechtigten Person auf einen sekundären Krankheitsgewinn ab (LEVIN & SHERIDAN 1995), da den betreffenden Angehörigen als vermeintliche Leidtragende der Krankheit des Kindes Aufmerksamkeit und Zuwendung zu teil wird. Bei der misshandelnden Person handelt es sich der Statistik nach zumeist um eine weibliche Person, die aufgrund ihrer Berufsausbildung befähigt ist, bei dem Kind unterschiedlichste Symptome von Krankheiten hervorzurufen (Krankenschwester o. Ä.). Diese Misshandlungsvariante wurde erst 1996 wieder durch den viel diskutierten Fall der Jennifer/Cathy Bush in das Bewusstsein der US-amerikanischen Öffentlichkeit gerückt.

Prävalenz

Eine hohe Dunkelziffer und die uneinheitliche Einteilung der Misshandlungsformen in den einschlägigen Statistiken lassen kaum genaue Angaben zur Häufigkeit von Kindesmisshandlungen zu (KEARNS 1979). Die ermittelten Prävalenzraten variieren, je nachdem welche Definition der Kindesmisshandlung zugrunde gelegt wird, zwischen 6,9 und 33,5% (AMELANG & KRÜGER 1995). Mehrere, unabhängig voneinander publizierte Schätzungen legen nahe, dass ca. 10 bis 15% aller Kinder über einen mehr oder weniger langen Zeitraum misshandelt und/oder vernachlässigt werden (ENGFER 1986). Zirka ein Viertel aller in den ersten beiden Lebensjahren beobachteten Frakturen und bis zu 15% aller anderen Traumata bis zum dritten Lebensjahr sollen auf Misshandlung zurückzuführen sein (KEMPE 1971). Misshandlungen sollen weiterhin bei bis zu fünf Jahre alten Kindern die zweithäufigste Todesursache sein (MCNEESE & HEBELER 1977).

Der hohe Anteil von Verletzungen im Bereich der oralen und perioralen Region nach Kindesmisshandlungen verdeutlicht die Bedeutung für die kinderzahnärztliche Betreuung (BECKER ET AL. 1978). Nach den Ergebnissen einer Umfrage des American Board of Pedodontics waren bei Fällen von Kindesmisshandlung die wesentlichen Verletzungstypen luxierte/frakturierte Zähne (32% der gemeldeten Fälle), Quetschungen/Prellungen oraler resp. perioraler Weichgewebe (24%), Risswunden (14%) und Kieferfrakturen (11%).

Mit ca. 75% der Fälle überwiegt die Vernachlässigung von Kindern zahlenmässig die anderen Misshandlungsformen bei weitem. Aufgrund ihrer Vielgestaltigkeit werden die Folgen von Vernachlässigung aber seltener als solche erkannt. So wird ein im Notdienst auffällig werdender Befund einer hochgradig kariös zerstörten Dentition bei einem Kind wohl eher selten in den Kontext einer generellen Vernachlässigung eingeordnet und somit kaum als eine Form von Kindesmisshandlung («Dental neglect»), sondern meist nur unter dem Blickwinkel der akuten Problematik gesehen werden.

Ursachen und Risikofaktoren von Kindesmisshandlung

Massgeblich für die Einordnung eines Verhaltens als Kindesmisshandlung ist, dass die Verletzung der physischen und/oder psychischen Integrität eines Kindes vonseiten eines Erwachsenen billigend in Kauf genommen wird (ZIEGLER 1994).

Man geht heute davon aus, dass Kindesmisshandlung sich hauptsächlich im Rahmen einer gestörten Elter-Kind-Beziehung entwickelt. Diese Störung des familiären Gefüges ist dabei weder bestimmten sozialen Schichten spezifisch noch an andere landläufig assoziierte Faktoren geknüpft. Diese aktuelle Konzeption äussert sich auch im Wandel der Nomenklatur, bei der beispielsweise durch Begriffsbildungen wie «family dysfunction» auf die der Misshandlung zugrunde liegende Störung des familiären Sozialgefüges verwiesen wird. Der neutralere Terminus «family dysfunction» hat die zeitweise im angloamerikanischen Sprachraum weit verbreiteten Begriffe des «battered-child syndrome» und der «non-accidental injuries to children» (NAI) weitestgehend verdrängt.

Die verschiedenen Erklärungsmodelle zur Verursachung von Kindesmisshandlung beruhen prinzipiell auf drei verschiedenen Ansätzen (AMELANG & KRÜGER 1995).

Sogenannte *psychopathologische Erklärungsansätze* sehen die Ursache für misshandelndes Verhalten in der Persönlichkeit des Täters und seinen spezifischen Erfahrungen. Danach werden Persönlichkeitsprobleme der Fürsorgeberechtigten, die beispielsweise selbst aus Misshandlungserlebnissen resultieren können, für eben die gleichen Verhaltensweisen gegenüber den eigenen Kindern verantwortlich gemacht («Phänomen der Rollenumkehr»). Dies kann zu einer mehrgenerationalen Weitergabe der Gewalthandlungen führen. Auch Verhaltensweisen wie Vernachlässigung können aus der eigenen Erfahrung auf die Schutzbefohlenen übertragen werden.

Soziologische Erklärungsansätze führen das Auftreten von Kindesmisshandlungen auf schwierige Lebensumstände vereint mit einer gesamtgesellschaftlichen Billigung von Gewalt bei der Erziehung von Kindern zurück. Die Einstufung von Gewalt als legitimes Mittel zur Lösung von Konflikten lässt Kindesmisshandlung als ein Verhalten erscheinen, das lediglich hinsichtlich seiner Angemessenheit von der sozialen Norm abweicht.

Familiäre Krisen und schwierige Situationen materieller Unterversorgung können gemäss diesen Ansätzen psychische und physische Vernachlässigung initiieren.

Sozial-situationale Erklärungsansätze gehen von einem «Aufschaukeln» der Gewalt in Konfliktsituationen aus. Dabei äussert sich die pädagogische Inkompetenz der Erziehungsberechtigten in ausufernder Gewalt gegenüber dem Kind (ENGFER 1997). Ein zentrales Merkmal dieser Erklärungsansätze ist, dass die Gewalt sich im spezifischen Interaktionsgefüge zwischen Eltern und Kind entwickelt. Merkmale (Behinderung, hohe/niedrige Intelligenz) oder Verhaltensweisen des Kindes nehmen eine Schlüsselfunktion bei der Genese der «Gewaltspirale» ein. Vor dem Hintergrund der sozial-situationalen Erklärungsansätze ist am besten zu erklären, warum in den meisten Fällen Eltern nur gegenüber einem Kind, nicht aber gegenüber allen ihren Kindern, gewalttätig werden (FRIEDRICH & BORISKIN 1976).

Neuere Erklärungsansätze gehen von einer multifaktoriellen Verursachung der Kindesmisshandlung aus und versuchen, die Risikofaktoren für die Entstehung von gegen Kinder gerichteter Gewalt mittels multipler Regressionsanalysen zu ermitteln («Model of child abuse dynamics»; MEIER 1985). In Bezug auf Opfercharakteristika und soziodemografische Variablen wur-

den bei der körperlichen und emotionalen Misshandlung die meisten Übereinstimmungen gefunden, beide Misshandlungsformen waren aber weniger verlässlich vorhersagbar als Vernachlässigung, die sich stark an den Variablen Alter des Kindes, Alter der Mutter, Vollständigkeit der Familie, soziale Isolation und Einkommenssituation der Familie orientiert. Insbesondere der Faktor «Arbeitslosigkeit» wird in jüngster Zeit als bedeutsamer Faktor für die Entstehung intrafamiliärer Gewalt gegen Kinder angesehen. Am besten untersucht sind die Risikofaktoren für den sexuellen Missbrauch von Mädchen im familiären Umfeld. Das «Vulnerabilitätsrisiko», also das Risiko sexueller Viktimisierung für Mädchen, erhöht sich mit den Faktoren «Fürsorge durch einen Stiefvater», «Absenz der Mutter», «fehlende emotionale Beziehung zur Mutter», «geringer Bildungsstand der Mutter», «restriktive Sexualerziehung» u. a. um jeweils 10–20%. Es wurde sogar eine lineare Beziehung zwischen der Anzahl der Risikofaktoren und der Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Missbrauchs postuliert (FINKELHOR 1984a).

Täter- und Opfertypologie

Kommt bei physischen Misshandlungen und sexuellem Missbrauch meist nur eine Person als Täter in Frage, so bedarf die physische und psychische Vernachlässigung einer gewissen Einstellung aller an der Erziehung des Kindes beteiligten Personen.

Entgegen der üblichen Relation in der Kriminalstatistik – das Verhältnis straffälliger Männer zu Frauen verhält sich wie 4:1 – werden Misshandlungen von Kindern häufiger von Frauen begangen. Sind in Fällen von physischer und psychischer Misshandlung Täter und Opfer in $\frac{3}{4}$ der Fälle direkt verwandt, so besteht dieses Verhältnis bei sexuellem Missbrauch nur in jedem zwanzigsten Fall.

Physische Misshandlungen werden vorwiegend bei Kindern in den ersten Lebensjahren, psychische Misshandlungen meist bei Kindern im Schulalter verübt.

Allgemeine Hinweise auf eine Misshandlung

Erste Anzeichen dafür, dass es sich bei der Verletzung eines Kindes um eine Misshandlungsfolge handeln könnte, ergeben sich zumeist aus den Begleitumständen der Inanspruchnahme des Arztes oder Zahnarztes. So werden die Folgen von physischen Misshandlungen sowie von Vernachlässigung typischerweise im Rahmen des Notdienstes zu versorgen sein (AMBROSE 1989).

In Fällen physischer Misshandlungen ist immer wieder die ausgedehnte Zeitspanne zwischen der Verletzung und der Inanspruchnahme des Zahnarztes auffällig (SMYTH 1972). Bei Vernachlässigung wird – oft eher beiläufig und unbedacht – über schon lange bestehende Schmerzzustände oder häufigere Inanspruchnahme von Notdiensten berichtet.

Der das Kind begleitende «Misshandler», aber auch andere Mitwisser der Tat, lassen dieses – meist unter der Vorgabe von Sorge und Fürsorglichkeit – nur ungern mit dem (zahn)medizinischen Personal allein, um nötigenfalls Aussagen des Kindes «richtig zu stellen» oder durch ihre Anwesenheit die Schilderung der wahren Verletzungsursache zu unterdrücken. Der mögliche Täter macht bei Inanspruchnahme (zahn)medizinischer Hilfe charakteristischerweise einen überbesorgten Eindruck.

Misshandelte Kinder zeigen bei Anwesenheit der Verursacher ihrer Verletzungen oder Mitwissern ein typisches, überange-

passtes Verhalten, um nicht weitere Unbill zu provozieren. Bei der Trennung von ihren (misshandelnden oder auch nur mitwissenden) Fürsorgeberechtigten reagieren sie meist emotionslos. Ihre Umgebung beobachten sie in charakteristischer Weise sehr wachsam («frozen watchfulness»).

Ein Übermass an Erklärungen, wie es zu einer Verletzung oder dem katastrophalen Gebisszustand des Kindes gekommen ist, sowie ein unverhältnismässiger Detailreichtum der Schilderung sollte die Aufmerksamkeit in Richtung Misshandlungsfolge/Vernachlässigungsfolge richten. Kennzeichnend sind auch Widersprüche in der Schilderung des zu einem Trauma geführten «Unfallherganges», Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben und dem Befund resp. einander ausschliessende Angaben der Begleitpersonen und des Kindes.

Spezifische Befunde bei Kindesmisshandlung

Aufgrund der Stereotypie der Gewaltanwendung bei Kindesmisshandlung ergeben sich charakteristische Verletzungsmuster.

Typische Verletzungen nach physischen Misshandlungen sind

- das gleichzeitige Vorliegen mehrerer frakturierter, luxierter oder traumatisch dislozierter Zähne in unterschiedlichen Segmenten der Kiefer,
- Lazerationen im Bereich der labialen Mukosa oder des harten Gaumens, beispielsweise durch forciertes Einführen von Essbesteck,
- Verletzungen unterschiedlicher Abheilungsstadien (unterschiedliche Färbung mehrerer Blutergüsse),
- bilateral lokalisierte Verletzungen,
- (multiple) Bissverletzungen,
- mehrfache Kopfverletzungen an unterschiedlichen Seiten bei anamnestischer Angabe eines Sturzes als Ursache,
- ohne weitere Begleitverletzungen auftretende Hämatome der Orbita und
- punktuelle Verbrennungen (durch Zigaretten!)

(LEVINE 1977; BECKSTEAD ET AL. 1979; KAMANN & GALON 1997; AMBROSE 1989; SPERBER 1989).

Grundsätzlich sollte bei allen atypischen Verletzungsmustern eine Misshandlungsfolge als Ursache differentialdiagnostisch erwogen werden (HELPER ET AL. 1977). Selbst über kuriose Verletzungstypen wie über eine Nadelverletzung der Leber bei einem misshandelten Kind liegen Berichte vor (STONE ET AL. 1976).

Einen wichtigen Hinweis gibt auch schon die Lokalisation von Verletzungen und Begleitverletzungen. Verletzungen durch Misshandlungen finden sich bevorzugt im Bereich von Brust, Rücken und den Innenseiten der Extremitäten. Akzidentelle Verletzungen beim Spielen betreffen meist die Streckseiten der Gelenke, die Stirn und das Kinn.

Diagnosestellung

Charakteristisch für Kindesmisshandlungen ist, dass die Attacken über die Zeit an Intensität zunehmen und immer gravierendere Folgen für das Kind nach sich ziehen. Die physischen und psychischen Folgen von Vernachlässigung korrelieren überproportional mit der Zeitdauer. Insofern ist die Bedeutung eines frühen Erkennens von Misshandlung evident.

Das für das Kind verhängnisvolle Ignorieren von Misshandlung oder einer Vernachlässigung als Differentialdiagnose be-

ruht aber nicht allein auf der Unkenntnis der typischen Symptome und der im Verdachtsfall einzuleitenden Massnahmen, sondern auch auf der gesellschaftlichen Tabuisierung des Phänomens und der subjektiven Furcht vor einer Fehlinterpretation (ten BENSEL & KING; BECKER 1978; DAVIS ET AL. 1979). Die Erkenntnis, dass es sich im konkreten Fall um eine Misshandlungsfolge handelt, kann aber auch zu einer Überforderung des Zahnarztes mit Folge unangemessener Reaktionen führen. Das Wissen, dass der «Täter» genauso der Hilfe bedarf wie das «Opfer», hilft eigene Emotionen, die zu einer Eskalation der Situation bei Diagnose von Misshandlungsfolgen führen könnten, zu unterdrücken.

Dokumentation

Insbesondere aus forensischen Gründen sollte bei Fällen des Verdachts einer Misshandlungsfolge ausführlich dokumentiert werden. Eine zweite Person (Assistenz) sollte auf den Verdacht hingewiesen und angehalten werden, sich die geschilderten Begleitumstände und die Verletzung einzuprägen (KITTLE ET AL. 1981). Des Weiteren ist eine detaillierte schriftliche Dokumentation in der Karteikarte notwendig (KAMANN 1996).

Bei entsprechenden Möglichkeiten sollte der Befund fotografisch dokumentiert werden. Um einen späteren dreidimensionalen Eindruck des Ausmasses der Verletzungen zu ermöglichen, empfehlen sich mehrere in unterschiedlichen Winkeln erstellte Aufnahmen.

Bei Bissverletzungen eignet sich neben der fotografischen Dokumentation eventuell auch eine Reproduktion über eine Abformung mit einem dünnfließenden Silikon. Bei frischen Bissverletzungen kann über einen Abstrich eventuell die DNA des Täters gesichert werden (SPERBER 1989).

Folgen von Kindesmisshandlung

Unabhängig von der Form (physische/emotionale Misshandlung, Missbrauch) führt Kindesmisshandlung zu einer Beeinträchtigung der kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes. Die Folgen für die Entwicklung des Kindes hängen somit weniger von der vorliegenden Misshandlungsform als vielmehr von den Umständen der Misshandlung (Identität des Misshandlers, Alter, Zeitdauer, Schutzmechanismen, familiärer Kontext) ab (MANNARINO 1991; FRIEDRICH ET AL. 1986). Als Ausnahme gilt das Muster, dass Vernachlässigung vorwiegend zur Entwicklung einer Ichschwäche («extrinsische Persönlichkeit») und emotionalen Labilität führt.

Als mögliche Folgen von Misshandlungen und Missbrauch können sich im Erwachsenenalter Depressionen, Angstneurosen, Suchtverhalten, aber auch Störungen aus dem Formenkreis des Borderline-Syndroms manifestieren (FERGUSON ET AL. 1996a, 1996b).

Opfer sexuellen Missbrauchs laufen erhöhte Gefahr einer Reviktimisierung in ihrer späteren Partnerschaft (RUSSELL 1986).

Über sogenannte «mediating factors», also Einflüsse, die die Folgen der Misshandlung für das Kind abschwächen, ist bis heute wenig bekannt. Lediglich der Umstand einer intakten familiären Struktur bzw. die enge Bindung des Kindes an eine nicht misshandelnde erwachsene Bezugsperson (Grosseltern o.Ä.) scheint als mediierender Faktor auf die psychosoziale Entwicklung eines misshandelten Kindes erwiesen.

Die gravierenden Folgen einer Kindesmisshandlung unterstreichen nochmals die Wichtigkeit für die Angehörigen der Heilberufe, sich mit diesem Themengebiet auseinanderzusetzen.

Abstract

KAMANN W K: Maltreatment of children – relevance for dental care (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 118: 321–326 (2008)

Injuries due to maltreatment of children focus on the head and neck region, neglect often results in an early destruction

of the dentition. Children suffering maltreatment or neglect are regularly seen as emergency cases and the dentist is probably the only one able to early diagnose the type of injury and protect the child by reporting the case. This implication stresses the importance of knowledge of the general dental practitioner on this topic.

Literatur

- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA), Council on Dental Practice: The dentist's responsibility in recognizing and reporting child abuse. Chicago, ADA, 1980
- AMBROSE J B: Orofacial signs of child abuse and neglect: A dental perspective. *Pediatrician* 16: 188–192 (1989)
- AMELANG M, KRÜGER C: Misshandlung von Kindern. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1995
- BECKER D B, NEEDLEMAN H L, KOTELCHUCK M: Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *JADA* 97: 24–27 (1978)
- BECKSTEAD J W, RAWSON R D, GILES W S: Review of bite mark evidence. *J Am Dent Assoc* 99: 69–32 (1979)
- BEITCHMAN J H, ZUCKER K J, HOOD J E: A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 16: 101–113 (1992)
- BENUSIS K: Child abuse: What the dentist should know. *Dent Assist* 47: 22–26 (1978)
- BULLARD D M, GLASER H H, HAGARTY M C, PIVCHIK E C: Failure to thrive in the «neglected» child. *Am J Orthopsych* 37: 680–684 (1967)
- CAFFEY J: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol* 56: 163–165 (1946)
- CAFFEY J: The Whiplash Shaken Infant Syndrome. *Pediatrics* 54: 396/397 (1974)
- CHAN D A, SALLED O J R, ATKINS D M, RULEY E J: Munchausen syndrome by proxy: a review and case study. *J Pediatr Psych* 11: 71–86 (1986)
- DAVIS G R, DOMOTO P K, LEVY R L: The dentist's role in child abuse and neglect – issues, identification and management. *J Dent Child* 46: 185–192 (1979)
- ELLERSTEIN N S, CANAVAN J W: Sexual abuse of boys. *Am J Dis Child* 134: 255–257 (1980)
- ENGFER A: Kindesmisshandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. In: Renschmidt H, (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychopathologie*. 39. Aufl., Enke, Stuttgart (1986)
- ENGFER A: Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle U T, Hoffmann S O, Joraschky P: *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Schattauer, Stuttgart 1997
- FERGUSON D M, LYNSEY M T, HORWOOD J L: Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1355–1364 (1996a)
- FERGUSON D M, HORWOOD J L, LYNSEY M T: Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1365–1377 (1996b)
- FINKELHOR D: *Child sexual abuse*. Free Press, London 1984a
- FINKELHOR D: The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 18: 409–421 (1994b)
- FRIEDRICH W N, BORISKIN J A: The role of the child in abuse. *Am J Orthopsychiatry* 40: 580–582 (1976)
- FRIEDRICH W N, URQUIZA A J, BEILKE R L: Behaviour problems in sexually abused young children. *J Pediatr Psychol* 11: 47–62 (1986)
- GARBARINO J, GILLIAM G: *Understanding abusive families*. Lexington, Toronto 1980
- HELFER R E, SLOVIS T L, BLACK M: Injuries resulting when small children fall out of bed. *Pediatrics* 60: 633–635 (1977)
- JAFFE A C, DYNNESON L, ten BENSEL R W: Sexual abuse in children, an epidemiologic study. *Am J Dis Child* 129: 121–136 (1975)
- KAMANN W K: Kindesmisshandlung – Relevanz für die zahnmedizinische Betreuung. *Quintessenz* 47: 793–802 (1996)
- KAMANN W K: Kindesmisshandlung – Relevanz für die zahnärztliche Praxis. *prophylaxe impuls* 2, 62–65 (1998)
- KAMANN W K: Non-accidental injuries to children: implication for dental curricula. ADEE, Sheffield 1997. Association for Dental Education in Europe (ADEE) Proceedings, Malmö 1998
- KAMANN W K, GÄNGLER P: Trauma als Kindesmisshandlungsfolge – Zum Problembewusstsein und Wissensstand niedergelassener Zahnärzte. *Zahnärztl Welt Ref* 108: 106–108 (1999)
- KAMANN W K, GALON H: Kindesmisshandlung – Sie können den Fall ins Rollen bringen. *Zahnärztl Mitt* 87: 808–811 (1997)
- KEARNS D: Child abuse and neglect: the pediatrician's role. *JCE Pediatr* 21: 11–13 (1979)
- KEMPE C H: Pediatric implication of the battered child syndrome. *Arch Dis Child* 46: 28–32 (1971)
- KEMPE R S, KEMPE C H: *Child abuse*. Harvard University Press, Cambridge (1978)
- KEMPE C H, SILVERMANN F N, STEELE B F, DROEGEMUELLER W, SILVER H K: The battered-child syndrome. *JAMA* 181: 17–19 (1962)
- KENNEY J P: Child abuse and the dental health professional. *New Dent* 11: 17–21 (1981)
- KITTLE P E, RICHARDSON D S, PARKER J W: Two child abuse/child neglect examinations for the dentist. *J Dent Child* 48: 175–181 (1981)
- KNIGHT B: The history of child abuse. *Forensic Science International* 30: 135–148 (1986)
- LANDEROS V: FLOOD 551 P2d 389 (Cal. 1976)
- LEVIN A V, SHERIDAN M S: Munchausen syndrome by proxy. Lexington, New York 1995
- LEVINE L J: Bite mark evidence. *Dent Clin North Am* 21: 145–147 (1977)
- LUTHER S L, PRICE J H: Child sexual abuse: a review. *J Sch Health* 50: 161–165 (1980)
- MALECZ R E: Child abuse: its relationship to pedodontics: a survey. *J Dent Child* 46: 193–194 (1979)
- MANNARINO A P, COHEN J A, SMITH J A, MOORE-MOTLEY S: Six and twelve month follow-up of sexually abused girls. *J Interperson Violence* 6: 494–499 (1991)
- MCNEESE M C, HEBELER J R: The abused child – a clinical approach to identification and management. *Clin Symp* 29: 1–36 (1977)
- MEADOW R: Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 2: 242–243 (1977)
- MEIER J H: Definition, dynamics and prevalence of assault against children: a multifactorial model. In: Meier J H (Hrsg.): *Assault against children*. Taylor & Francis, Philadelphia 1985
- MOUDEN L D, BROSS D C: Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *JADA* 126: 1173–1176 (1995)
- POSNICK W R, DONLY K J: Instruction in child abuse and neglect in the pre-doctoral curriculum. *J Dent Educ* 54: 158–160 (1990)
- POSTON C, LISON K: *Reclaiming our lives: hope for adult survivors of incest*. Little & Brown, Boston 1989
- RUSSEL D E H: Sexual abuse in childhood: Psychological outcomes and implications for social work. *Social Work in Human Sexuality* 4: 33–37 (1986)
- SMYTH S M: Child abuse syndrome. *Brit Med J* 3: 113–115 (1972)
- SPERBER N D: Bite marks, oral and facial injuries – barbers of severe child abuse? *Pediatrician* 16, 207–209 (1989)
- STONE R K, HAROWITZ A, SAN FILIPPO J A, GROMISCH D S: Needle perforation of the liver in an abused child. *Clin Pediatr* 15: 958–959 (1976)
- ten BENSEL R W, KING K: Neglect and abuse of children: Historical aspects, identification and management. *J Dent Child* 42: 348–359 (1975)
- ZIEGLER F: *Kinder als Opfer von Gewalt – Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. Huber, Bern 1994