

Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch

Die Diagnose „sexueller Kindesmißbrauch“ erfordert grundlegende Kenntnisse der richtungweisenden Symptome körperlicher, seelischer und sozialer Art. Bei begründetem Verdacht ist die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen unerlässlich. Die medizinische Untersuchung muß immer Bestandteil und Ergänzung eines multidisziplinären Ansatzes sein.

Das Fehlen somatischer Hinweise schließt den sexuellen Kindesmißbrauch nicht aus.

Normalbefunde sind bei Mißbrauchsoptionen häufig, insbesondere aufgrund der enormen Regenerationsfähigkeit anogenitaler Gewebe. Normvarianten, akzidentelle Traumen und weitere Differentialdiagnosen müssen abgegrenzt werden. Auffällige Befunde haben eine unterschiedliche diagnostische Wertigkeit.

Der sexuelle Kindesmißbrauch verursacht gravierende Kurz- und Langzeitfolgen [9, 10, 21, 22, 51]. Epidemiologische Studien deuten trotz einer großen Bandbreite der Zahlen eine Prävalenz an, die klar im Prozentbereich liegt [5, 7, 21, 49, 50]. Deshalb hat das Thema eine große Bedeutung für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern bis ins Erwachsenenalter.

Nutzen und potentieller Schaden der medizinischen Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Kindesmißbrauch müssen in jedem einzelnen Fall sorgfältig abgewogen werden. Da die Untersuchung das Potential zu einem erheblich schädigenden und grenzüberschreitenden Eingriff hat, ist jeglicher Zwang absolut kontraindiziert. Eine gut dokumentierte Untersuchung kann unter Umständen die Notwendigkeit von Wiederholungsuntersuchungen vermeiden und damit sogar traumaverhütend wirken [15, 20, 30, 31, 36, 38]. Die körperliche Untersuchung von Mißbrauchsoptionen ist nicht zwangsläufig erneut traumatisierend, wenn sie qualifiziert und einfühlsam durchgeführt wird. Mißbrauchte Kinder weisen ein erheblich gestörtes Körperselbstbild auf. Daher können sie von der ärztlichen Aussage körperlicher Normalität und Integrität sehr profitieren („primär therapeutischer Effekt“) [16, 18, 20, 30, 38, 53, 55].

Unauffällige körperliche Untersuchungsbefunde werden bei über 50% mißbrauchter Kinder gefunden [3, 7, 15, 20, 35, 46]. Aus dieser Häufigkeit ergibt sich die Notwendigkeit, Entscheidungsträger im rechtlichen und sozialen Bereich auf diese Grenzen hinzuweisen, um falsche Vorstellungen von der Beweiskraft der Untersuchung zu vermeiden [3, 7, 55].

Im Gegensatz zur angloamerikanischen Literatur (Übersicht bei Bays [7]) steht die Forschung und wissenschaftliche Bearbeitung des Themas in Deutschland noch am Anfang [5, 23, 24, 29, 34, 37, 50-55].

Anamnese

Das Ausmaß und die Spezifität der Fragen bezüglich eines möglichen Mißbrauchs hängen von den Kenntnissen und Vorerfahrungen des Untersuchers, aber auch von den jeweiligen Umständen der Vorstellung ab. Grundsätzlich sollte die Art der medizinischen Anamnese und Untersuchung das Trauma für das Kind und die Familie minimal halten und dabei sicherstellen, daß ein Maximum an Informationen gewonnen wird. Für das Kind ist eine ruhige und akzeptierende Haltung des Arztes hilfreich. Der Untersucher sollte eine kindgemäße, spielerische, beruhigende und vertrauensvolle Atmosphäre schaffen und seine Sprache dem Alter des Kindes anpassen. Die Frage der Beeinflussbarkeit, besonders bei sehr jungen Kindern, ist speziell vor Gericht von großer Brisanz. Daher ist es wichtig, Suggestivfragen zu vermeiden. Alle wichtigen Fragen, Antworten und Äußerungen sind wörtlich zu dokumentieren. Diese sorgfältige Dokumentation kann später ein wichtiger Baustein für die Glaubwürdigkeit des Kindes werden [16, 18, 20, 31, 39, 52].

Dr. B. Herrmann
Kinderklinik der Städtischen Kliniken,
Mönchebergstraße 43-45, D-34125 Kassel

Klinische Untersuchung

Vorbereitung des Kindes auf die Untersuchung

❖ Eine Untersuchung beim Verdacht auf sexuellen Kindesmißbrauch ist kein Notfall. Sie sollte deshalb immer in den üblichen Tagesablauf des Kindes integriert werden.

❖ Bei Verdacht auf unmittelbar zurückliegenden Mißbrauch ist aus forensischen Gründen die körperliche Untersuchung innerhalb von 3 Tagen anzustreben.

❖ Die Untersuchung rechtfertigt mit Ausnahme massiver, blutender Verletzungen keine Narkose.

❖ Das Kind sollte sich eine Begleitperson aussuchen können. Ideal wäre auch die Wahlmöglichkeit zwischen einem weiblichen und männlichen Untersucher. Aus organisatorischen Gründen ist dies oft nicht möglich. Art und Einfühlbarkeit der Untersuchung scheinen nach den vorliegenden Erfahrungen jedoch entscheidender als das Geschlecht des Untersuchers zu sein [31, 38].

❖ *Jeglicher Zwang bei der Untersuchung ist kontraindiziert.* Die Untersuchung muß ohne Störungen und im Tempo des Kindes ablaufen. Das Kind sollte die Kontrolle über die Situation behalten. Der Arzt versichert dem Kind, daß er nur untersucht, womit es auch einverstanden ist. Alle Schritte der Untersuchung, insbesondere die Entnahme von Abstrichen, sind an die Einwilligung des Kindes gebunden. Das kann u.U. bedeuten, daß ein zweiter Untersuchungstermin vereinbart wird, im Einzelfall auch auf die Untersuchung verzichtet werden muß. Den Untersuchungsablauf zu erläutern, kann die Erwartungsangst des Kindes verringern. Der Untersuchungsstuhl oder die Liege werden gezeigt, die Lichtquellen und Hilfsmittel, wie Lupe oder Kolposkop, werden demonstriert. Dabei ist eine Puppe des Kindes hilfreich, an der die Untersuchung zusammen mit dem Kind durchgespielt werden kann. Wateträger für Zusatzuntersuchungen kann das Kind selbst ausprobieren.

❖ Dem Kind sollte versichert werden, daß es bei der Untersuchung darum geht, zu sehen, daß bei ihm "alles in Ordnung ist, daß es gesund ist". Medizinische Terminologie ist ungeeignet, um dem Kind mitzuteilen, daß es "normal" ist. Vielmehr soll die Beschreibung des Befundes dem Kind vermitteln, daß es zur Heilung kommen wird. Die Wahl der Worte bei der Befundmitteilung kann das Körpersehbild des Kindes stark beeinflussen. So ist es beispielsweise günstiger von einem "Kratzer" statt von einem "Riß" zu sprechen [18, 20, 31, 38, 39, 52].

Untersuchungsablauf

Grundsätzlich sollte eine Ganzkörperuntersuchung erfolgen, um den Fokus von der Genitaluntersuchung zu nehmen. Das ermöglicht auch den körperlichen Entwicklungsstand und das Pubertätsstadium einzuschätzen und vermeidet das Übersehen extragenitaler Verletzungen.

Bei der Untersuchung des präpubertären Kindes ist in der Regel weder eine bimanuelle noch instrumentelle Untersuchung der Anogenitalregion indiziert. Die apparativen Voraussetzungen der Untersuchung unterscheiden

sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Institution. Ein Kolposkop mit einer Kamera verbindet idealerweise die Anforderungen an eine gute Lichtquelle, Vergrößerung und Dokumentation. Das Aufspüren auch subtiler Befunde wird deutlich verbessert.

Die fotografische Dokumentation ist in amerikanischen Zentren Standard, wird hierzulande jedoch noch kontrovers diskutiert. Sie ist an die Einwilligung eines Sorgeberechtigten und v.a. des Kindes gebunden. Sie ermöglicht die spätere nochmalige Beurteilung des Befundes, das Einholen einer zweiten Meinung, Lehre und Forschung und kann dem Kind Wiederholungsuntersuchungen ersparen [18, 20, 42, 45].

Wenn jeder Schritt erläutert und das Kind in das Gespräch einbezogen wird, fällt es ihm leichter, sich zu entspannen. Die genitale Untersuchung wird in Rückenlage mit abduzierten, in den Knien angewinkelten Beinen begonnen ("Froschhaltung"). Bei ängstlichen und sehr kleinen Kindern kommt alternativ die Untersuchung auf dem Schoß der Begleitperson in Betracht.

Die Separation der großen Labien mit leichtem Zug nach lateral und unten ermöglicht einen Überblick über die äußeren genitalen Strukturen. Obli-

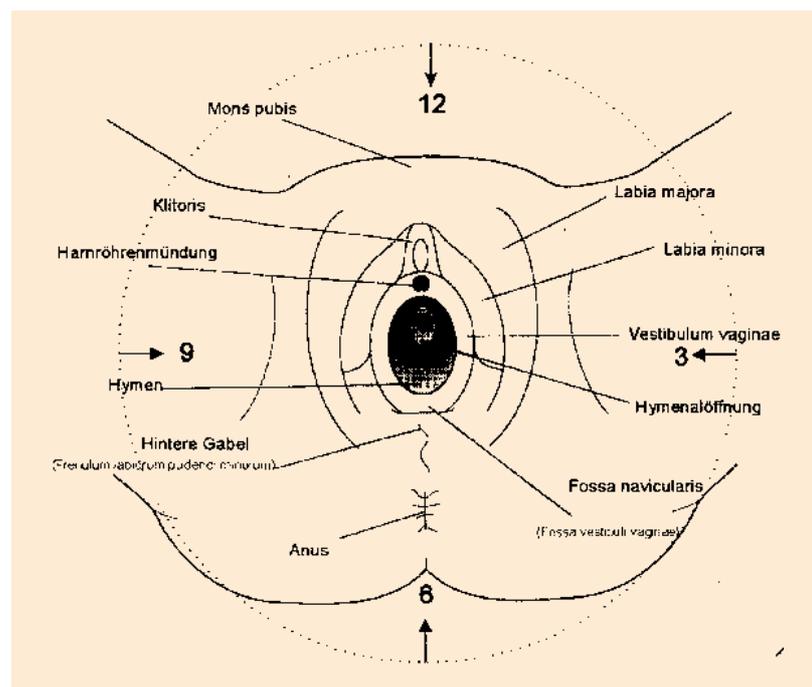


Abb. 1 ▲ Normales präpubertäres weibliches Genitale (modifiziert nach [16])

gatorisch sollte danach eine Traktion der großen Labien zwischen Daumen und Zeigefinger, mit vorsichtigem Zug nach außen und unten erfolgen. Oft wird erst hierbei eine ausreichende Entfaltung des Hymens und Beurteilung des Introitus möglich [27, 31, 42]. Beurteilt werden die großen und kleinen Labien, die Klitoris, die Urethra, das Hymen, das Vestibulum vaginae mit der Fossa navicularis und der Bereich dorsal des Frenulums labiorum minorum („hintere Gabel“) und das Perineum.

Bei suspekten oder nicht eindeutigen Befunden in Rückenlage kann die Knie-Brust-Lage durch bessere Entfaltung des Hymens einen erheblichen Informationszugewinn bieten. Sie ermöglicht die beste Beurteilung der inneren Vagina ohne Spekula und in etwa 2/3 der Fälle die Einsicht bis zur Zervix [42]. Die Persistenz von zuvor in Rückenlage erhobenen suspekten Befunden bestätigt deren Aussagekraft. Es empfiehlt sich die Knie-Brust-Lage nur bei ansonsten zweifelhaften Befunden und sehr kooperativen Kindern durchzuführen, da das Kind sehr exponiert wird und sie ihm weniger Kontrolle ermöglicht. Da Jungen häufig anal mißbraucht werden, muß der Untersucher diese Lage bei ihnen mit Vorsicht anwenden.

Die Inspektion des Anus ist obligatorisch und kann neben den oben genannten Positionen in Linksseitenlage durchgeführt werden. Beurteilt werden die radiäre Fältelung, Fissuren, Einrisse sowie eine mögliche Reflexdilatation [16, 18, 20, 27, 30, 31, 42].

Abstrichuntersuchungen auf sexuell übertragbare Krankheiten sollten nur bei gezielter Indikation durchgeführt werden. Dazu zählen Fluor vaginalis, bekannter Täter mit Geschlechtskrankheit oder Hochrisikoverhalten, entsprechende Besorgnis des Kindes oder der Eltern sowie spezifische Läsionen. Wie alle Schritte der Untersuchung ist insbesondere die Entnahme von Abstrichen an die Einwilligung des Kindes gebunden. Die Diagnostik umfaßt die allgemeine Bakteriologie, eine Gonokokken- und Chlamydienkultur, ein Nativausstrich zum Nachweis von Trichomonaden und Spermien, für letztere auch eine Zytologie. Im Einzelfall wird zusätzlich eine Blutentnahme mit der Frage einer Luesggf. auch einer HIV-Infektion erforder-

lich. Sämtliche Abstriche sollten gleichzeitig immer auch anal und pharyngeal entnommen werden [20, 26, 30, 31, 37].

Befunderhebung und -beurteilung

Für die relative Häufigkeit normaler oder unspezifischer Befunde bei Opfern von sexuellem Mißbrauch spielen neben organisatorischen und untersuchungstechnischen Faktoren auch die Qualifikation des Untersuchers und seine Bereitschaft, entsprechende Befunde überhaupt wahrzunehmen, eine wichtige Rolle. Unterschiedliche Beurteilungen ergeben sich durch unterschiedliche Definitionen und Standards für spezifische Befunde.

Der Zeitpunkt der Untersuchung beeinflußt die Häufigkeit positiver Befunde, hauptsächlich aufgrund der schnellen und oft vollständigen Heilung anogenitaler Verletzungen. Ein inkompletter Hymeneinriß kann bereits nach 9 Tagen, ein kompletter Hymeneinriß nach 24-30 Tagen ad integrum geheilt sein [7]. Die erhebliche Elastizität des Hymens führt dazu, daß sogar eine Penetration bisweilen lediglich eine Aufdehnung bewirken kann, die geläufige Formulierung „intaktes Hymen“ schließt selbst eine Penetration nicht aus, ebensowenig einen sexuellen Mißbrauch anderer Natur. Gleiches gilt für die analen Strukturen, die noch elastischer sind. Die Penetration der Vulva hinterläßt nur minimale, schnell heilende Spuren. Viele Formen von sexuellem Mißbrauch hinterlassen überhaupt keine körperlichen Auffälligkeiten.

Der Befund hängt demnach stark von der Art und Invasivität des Mißbrauchs ab. Zudem wird selten physische Gewalt angewendet. *Eine medizinische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch kann somit nur in Ausnahmefällen eine definitive Aussage darüber treffen, ob ein Mißbrauch mit oder ohne Penetration stattgefunden hat.*

Normalbefunde (Anatomie und Terminologie)

Die Beschreibung und Bewertung pathologischer Befunde im Bereich der Genitalien sollte auf der Basis einer möglichst einheitlichen und anschaulichen Terminologie der normalen



Abb. 2 ▲ Normalbefund eines 2 1/2 Jahre alten Mädchens

Strukturen geschehen (Abb. 1). Dabei ist die Beschreibung von außen nach innen entsprechend dem Untersuchungsgang sinnvoll. Allgemeine und wenig deskriptive Begriffe wie „Virgo intacta“ oder „klaffende Vulva“ sind unzureichend. Der im deutschen Sprachraum unübliche Begriff posterior fourchette (Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura labiorum posterior) wird als hintere Gabel übernommen, da er in der angloamerikanischen Literatur häufig verwendet wird und einen bei sexuellem Mißbrauch bevorzugt verletzbaren Bereich beschreibt (Abb. 1).

Mit Ausnahme komplexer genitaler Fehlbildungen werden alle Mädchen mit Hymen geboren - anhand von über 26.000 untersuchten weiblichen Neugeborenen wurde bislang kein Fall eines kongenital fehlenden Hymens dokumentiert [7].

Für die Erscheinungsform des Hymens spielen insbesondere das Alter und hormonelle Einflüsse eine wichtige Rolle. Das weißlich-rosige Hymen des Neugeborenen, durch maternem Östrogeneinfluß wulstig, aufgelockert und polypös wirkend, verändert sich deutlich bis ins 2. Lebensjahr hinein. Die dann typische dünnere, durchscheinende und rötliche Membran bestimmt das präpubertäre Bild (Abb. 2), bis die einsetzenden pubertären Östrogeneinflüsse wieder zu einer wulstigen, fimbrienförmigen Erscheinung führen.

Auch die Untersuchungstechnik und -position und der Entspannungs-

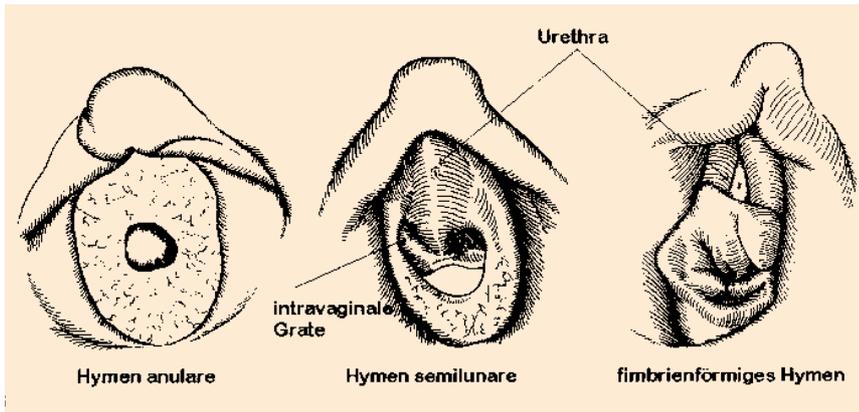


Abb. 3 ▲ Erscheinungsformen des normalen Hymens (nach [11]). Mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Verlages (*Pediatrics*)

grad des Kindes beeinflussen die Erscheinungsform, insbesondere die Entfaltung des Hymens und die Weite der Öffnung [11, 12, 18, 27, 30, 40, 52]. Normale Hymen haben verschiedene Konfigurationen, wobei 3 grundsätzliche Typen unterschieden werden (Abb. 3):

- anulär (annular, circumferential, concentric) - häufig bei Säuglingen und jungen Kleinkindern, meist übergehend in:
- semilunär oder halbmondförmig, (crescentic, semilunar, posterior rim type) - meist bei älteren Klein- und bei Schulkindern, sowie
- fimbrienförmig (fimbriated, denticular) - hauptsächlich bei Neugeborenen und in der Pubertät; diese Erscheinungsform ist durch Östrogeneinfluß bedingt.
- Normvarianten sind selten: kragenförmiges (Hymen altum), septiertes, kribriformes (mikroperforiertes) und imperforiertes Hymen. Asymmetrien sind häufig, nicht pathologisch und teilweise durch unwillkürlich asymmetrische Traktion bedingt [11, 12, 41, 42].

Die Weite der Hymenalöffnung (Introitus) nimmt mit steigendem Alter zu. Auch wenn sie nur noch eine untergeordnete Rolle in der Diagnose des sexuellen Mißbrauchs spielt und früher stark überschätzt wurde, gibt es (differenziert nach Alter und Untersuchungsposition [41]) Normwerte, deren starke Überschreitung zu weiterer Diagnostik Anlaß geben sollte [11, 12, 27, 42]. Als grobe Faustregel gilt ab dem 5. Lebensalter: "Lebensalter in mm gleich obere

Normgrenze des transversen Durchmessers der Hymenalöffnung" [7].

Posttraumatische Vernarbungsprozesse können jedoch durch Schrumpfung zur Verkleinerung oder gelegentlich sogar zum Verschluss des Introitus führen. Weder die Weite noch die Enge des Introitus sind demnach für sich genommen verlässliche Kriterien für penetrierenden sexuellen Mißbrauch. Masturbation ist bei Mädchen vorwiegend klitoral und verletzt nicht das Hymen. Tampons führen allenfalls zu einer Erweiterung, nicht aber zu einer Verletzung oder zum Einriß des Hymens [7, 16, 20, 30].

In den letzten Jahren haben eine Reihe von Autoren anogenitale Normalbefunde und ihre Varianten an nicht mißbrauchten Kindern beschrieben. Danach mußte die Bedeutung einiger bis dahin mit Mißbrauch assoziierter Befunde revidiert werden (s. Tabelle 1, Normalbefunde) [20, 30, 40-42].

Befunde bei sexuellem Mißbrauch

Die Art der Befunde variiert erheblich mit der Art des Mißbrauchs, dabei involvierter Körperteile oder Gegenstände, dem Grad der Gewaltanwendung, dem Alter des Kindes, der Häufigkeit und der Zeitspanne seit der letzten Episode. Akute Befunde sind leichter zu beschreiben und zu werten, mißbrauchte Kinder werden jedoch selten akut vorgestellt. Man muß sich immer wieder die enorme Heil- und Regenerationsfähigkeit anogenitaler Gewebe vor Augen führen [19, 43, 44].

Der Abstand zur letzten Miß-

brauchsepisode und die Anwesenheit von Blut sind in einer neueren Untersuchung von Adams die einzigen Kriterien, die hochsignifikant mit spezifischen Befunden korrelieren [3].

Weibliches Genitale

Ein Großteil der vorliegenden Untersuchungen beschreibt Befunde des weiblichen Genitale. Hier können geringfügige Traumatisierungen zu unspezifischen Veränderungen führen, wie Erytheme oder oberflächliche Abrasionen der Labien, des Vestibulum vaginae oder der Klitoris, die meist innerhalb weniger Tage abheilen. Bei digitalen Manipulationen sind diese Veränderungen eher im anterioren (oberen) Bereich in Rückenlage zu finden und häufig von Dysurie als subjektiver Beschwerde begleitet. Die Penetration der Hymenalöffnung mit einem dünnen Gegenstand (Finger) kann an dem elastischen Hymen u.U. keinerlei Spuren hinterlassen.

Ein Großteil der genitalen Befunde, die auf sexuelle Gewalteinwirkung zurückzuführen sind, findet sich im posterioren Bereich (in Rückenlage zwischen 3 und 9 Uhr; Abb. 1), das heißt am Hymen, an der Fossa navicularis, der hinteren Gabel und Kommissur. Eine penile Penetration führt zur Verletzung des Hymens in diesem Bereich, am häufigsten zwischen 5 und 7 Uhr. Es entstehen inkomplette oder komplette Einrisse bis zur Vaginalwand und in der Folge v-förmige Kerben oder Spalten. Diese verlieren innerhalb weniger Wochen ihren markanten, eckigen Aspekt, runden sich u-förmig ab und hinterlassen eine Mulde bzw. posteriore Randsaumverschmälerung (Abb. 6). Die Ränder des Hymens können sich dann gerollt oder verdickt darstellen und führen zu einer vermehrten Sichtbarkeit intravaginaler Strukturen.

Auch wenn insbesondere bei wiederholter Penetration eine Vergrößerung des Introitus entstehen kann, gilt dieser Befund nicht mehr als verlässliches Kriterium (außer bei erheblicher Überschreitung der altersentsprechenden Normbereiche). Die große Variabilität des horizontalen transhymenalen Durchmessers hat dazu geführt, daß der Konfiguration des Hymens und der Weite des posterioren Randsaums inzwischen wesentlich größere Bedeutung zufallen [4, 16, 19, 20, 30, 35, 43, 48].

Tabelle 2

Klassifikation anogenitaler Befunde (modifiziert nach [1, 2, 7])**1. Normalbefunde**

- Periurethrale oder perivestibuläre Bänder (Fehlinterpretation als Narben (Abb. 4 und 5))
- Längsverlaufende intravaginale Schleimhautfalten [intravaginal ridges]
- Urethrale Dilatation bei labialer Traktion
- Kerben/Spalten des Hymens im anterioren Bereich
- Hymenanhängsel [tags]
- Hymenalsaumvorwölbungen [projections, mounds, bumps] (Abb. 4)
- Hymenale Septen oder deren Überbleibsel [septal remnants]
- Linea vestibularis/Linea alba (avaskuläre Zone in der Mittellinie der Fossa navicularis)
- Vermehrte perianale Pigmentation
- Polypöse anale Hautanhängsel
- Verdickte anale Raphe
- Diastasis ani (glatt bis atroph wirkender Bezirk bei 6 oder 12 Uhr)

2. Unspezifische Befunde

- Vulvovaginitis, vaginaler Ausfluß
- Labiale Synechien/Adhäsionen
- Erythem des Vestibulums vaginae oder der Perianalregion
- Vermehrte Vaskularisierung des Vestibulums oder Hymens
- Condylomata acuminata (bis 3. Lebensjahr)
- Anale Rhagaden/Fissuren (insbesondere bei Obstipationsanamnese)
- Abgeflachte anale Fältelung bei Windelkindern
- Verdickte anale Falten
- Anale Dilatation *unter* <15 mm, Auftreten *später* als 30 s nach Spreizung des Nates und *bei* sichtbarem Stuhl in der Ampulle
- **Unklar: vaginale Fremdkörper [28]**

3. Mißbrauchsverdächtige Befunde

- Akute oberflächliche Abrasionen/Einrisse des Vestibulums vaginae oder der Labien (ohne Hymenbeteiligung) oder perianal
- Gerollter/verdickter Hymenalsaum mit vermehrter Sichtbarkeit intravaginaler Strukturen
- Signifikante Vergrößerung der Hymenalöffnung über 2 Standardabweichungen für die altersentsprechende Norm

- Genitale/anale Condylomata acuminata (Kind älter als 3. Lebensjahr)
- Anale Reflexdilatation *über* >15 mm, Auftreten *früher* als 30 s nach Spreizung des Nates und *ohne* sichtbaren Stuhl in der Ampulle
- Fehlende oder verzogene, irreguläre anale Fältelung (jenseits des Windelalters)
- Ringförmige, bindegewebige oder muskuläre perianale Schwellung (tyre sign)
- Sofortige zirkuläre oder lokalisierte perianale venöse Kongestion

4. Mißbrauchsnahelegende Befunde (hohe Wahrscheinlichkeit)

- Kombination von 2 oder mehr Befunden der Klasse 3
- Frischer Einriß, Hämatom oder Narbe der hinteren Gabel ohne Hymenbeteiligung
- Perianale Narbe
- Verschmälerung des posterioren Hymenalsaums unter 1 mm, in allen Untersuchungspositionen bestätigt

5. Klarer Beweis eines penetrierenden Traumas bzw. sexuellen Mißbrauchs

- Keil- oder v-förmige Kerben/Spalten (transsections, concavities) in der posterioren Hälfte des Hymens (Abb. 6a)
- Frische oder zurückliegende Einrisse des Hymens
- Fehlendes oder rudimentäres Hymen in der posterioren Hälfte (zwischen 3 und 9 Uhr in Rückenlage), mit Bestätigung in Knie-Brust-Lage
- Einrisse/Narben der Vaginalwand oder hinteren Gabel mit Einbeziehung des Hymens
- Narben der hinteren Gabel mit Verschmälerung des Hymens zwischen 5 und 7 Uhr
- Tiefe perianale Einrisse bis zum Sphincter externus oder darüber hinaus

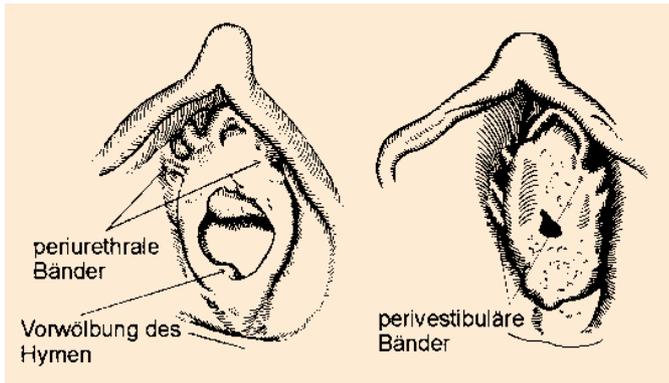


Abb.4 ▲ Periuethrale und perivestibuläre Bänder (nach [11]).
Mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Verlages (*Pediatrics*)

Analregion

Die Beurteilung analer Befunde ist wesentlich schwieriger als die der genitalen. Während auch hier die akuten Verletzungen in Form von tiefen Einrissen den Untersucher vor geringe Probleme stellen, wird in der Literatur die Bedeutung chronischer Zeichen wesentlich kontroverser diskutiert. Durch die erhebliche Elastizität des Analkanals ist die Entstehung von Residuen sehr variabel. Damit ist insbesondere die Beurteilung männlicher Opfer, die nach neuerer Erkenntnis wesentlich häufiger als bisher angenommen mißbraucht werden, deutlich erschwert.

Männliches Genitale

Männliche genitale Traumen sind insgesamt deutlich seltener (1,5-7% der männlichen Mißbrauchsopfer). Beobachtet werden Fissuren oder oberflächliche Abrasionen des Penischafts und der Glans, Petechien, Risse des Frenulums der Glans und Bißmarken [16, 20, 30, 40].

Allgemeine Hinweise auf sexuellen Mißbrauch

Daneben werden in der Literatur eine Reihe von allgemeinen und extragenitalen Hinweisen auf sexuellen Kindesmißbrauch erwähnt, die in ihrer Spezifität jedoch nur schwer zu werten sind: Hämatome und Bißmarken in den sog. erogenen Zonen und der Innenseite der Oberschenkel, Hämatome des Gaumens und Riß des labialen Frenulums bei erzwungenem Oralverkehr, Hämatome des Nierenlagers oder Griffmarken bei gewaltsamen Analverkehr [16, 20, 30, 51, 52].

Klassifikation der Befunde (Tabelle 1)

Um die erhobenen anogenitalen Befunde zu werten, haben verschiedene Autoren Einteilungen vorgenommen, die Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Mißbrauchs ermöglichen sollen. Insbesondere von Adams wurde eine Klassifikation aus den bisher vorliegenden Erfahrungen und Untersuchungen entwickelt, die leicht modifiziert in Tabelle 1 wiedergegeben ist. Dabei muß berücksichtigt werden, daß solche Einteilungen Hilfskonstruktionen sind, die mit zunehmendem Erkenntnisstand einem Wandel unterliegen. Auch dürfen sie nicht als rigides Schema fehlinterpretiert werden.

- Zur Klasse 1 zählen die Normalbefunde und ihre Varianten.
- Unspezifische Befunde (Klasse 2), die in der Regel nicht mit Mißbrauch assoziiert sind, können bei entsprechender Anamnese des Kindes eine stärkere Bedeutung erlangen.
- Mißbrauchsverdächtige Befunde (Klasse 3) werden nur ausnahmsweise bei nicht mißbrauchten Kindern gefunden. Sie werden aber nicht ausschließlich durch Gewalteinwirkung bei sexuellem Mißbrauch hervorgerufen.
- Mißbrauchsnahelegende Befunde (Klasse 4) oder Befundkonstellationen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit durch sexuellen Mißbrauch entstanden, d.h., sie können anderweitig nicht zufriedenstellend erklärt werden.
- Der klare Beweis eines penetrierenden Traumas (Klasse 5) ist nach Ausschluß eines akzidentellen Traumas der aussagekräftigste Indikator eines sexuellen Mißbrauchs.

Sexuell übertragbare Krankheiten

Geschlechtskrankheiten, die im englischen treffender als *sexuell übertragene Erkrankungen* (sexually transmitted diseases) bezeichnet werden, können u.U. der einzige medizinische Hinweis auf sexuellen Mißbrauch sein. Das ameri-

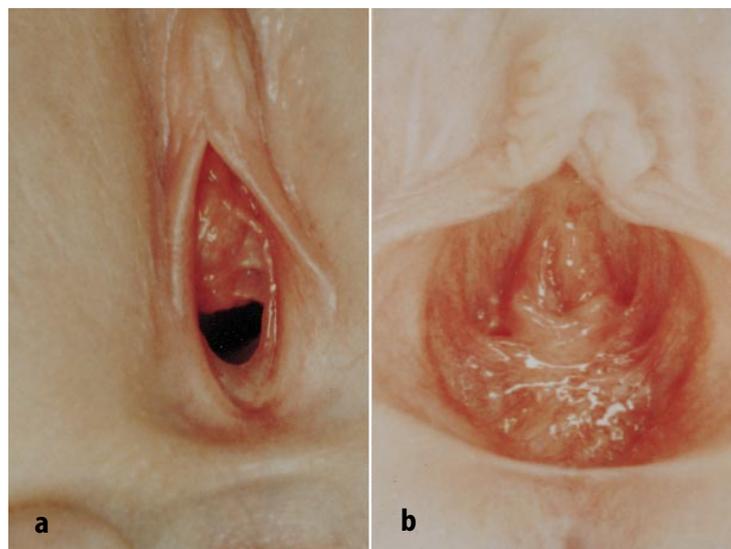


Abb.5 ▲ a Periuethrale Bänder (Normalbefund), b perivestibuläre Bänder (Normalbefund)

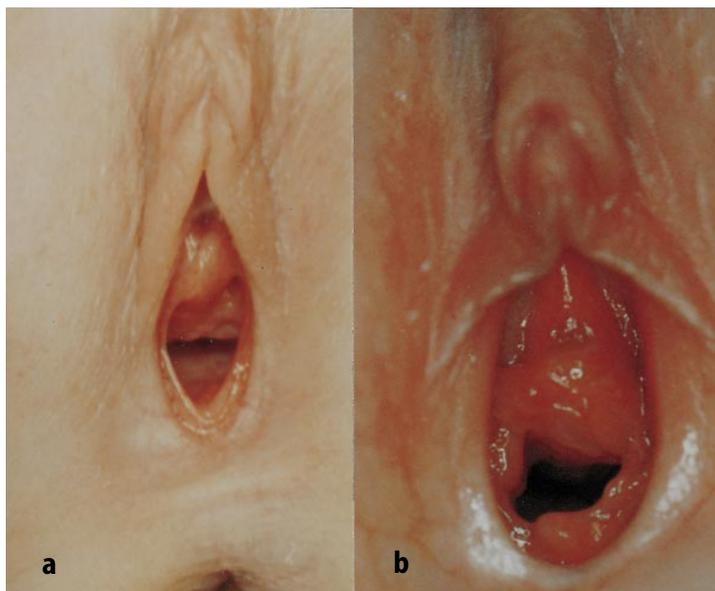


Abb. 6 ▲ **a** Breiter Einriß des Hymens bei 7-8 Uhr mit u-förmiger Abrundung (Klasse 5 = beweisender Befund), **b** aufgebrauchter Hymenalsaum bei 6 Uhr, deutliche Randsaumverschmälerung (Klasse 5 = beweisender Befund)

kanische Center for disease control stellt fest, daß die Diagnose einer Geschlechtskrankheit bei einem Kind jenseits der Neonatalperiode sexuellen Mißbrauch nahelegt [4, 20, 47]. Dabei ergeben sich unterschiedliche Bewertungen der verschiedenen Erkrankungen. Geschlechtskrankheiten werden bei 2-28% der mißbrauchten Kinder diagnostiziert. Die Unterschiede beruhen auf verschiedenen Variablen, so der Art und Häufigkeit des Mißbrauchs, dem Alter des Kindes, den Testmethoden und unterschiedlichen regionalen Prävalenzen [4, 7, 16, 20, 26, 30, 37].

Außer bei dokumentierter perinataler Infektion sind Infektionen mit *Neisseria gonorrhoe* (2,5-28% der Mißbrauchsoffer) und *Syphilis* (0-1,5%) beweisend für sexuellen Mißbrauch (entsprechend einem Befund der Klasse 5). *Chlamydia trachomatis* wird bei 4-17% der mißbrauchten Kinder gefunden. Perinatal erworbene Infektionen wurden im Genitalbereich längstens bis zu 2 Jahren und pharyngeal bis zum Ende des 3. Lebensjahrs beobachtet. Ansonsten sprechen neben der Chlamydieninfektion *Condylomata acuminata* (jenseits des 3. Lebensjahrs), *Trichomonas-vaginalis*- und *Herpes-genitalis*-Infektionen für einen sexuellen Mißbrauch [7, 16, 20, 24-27, 30, 31].

Adäquate Probenentnahme, Test- und Kulturverfahren sind aufgrund der weitreichenden Implikationen eines positiven Ergebnisses von großer Bedeutung. Genitale kindliche Gonorrhö und Chlamydieninfektionen verlaufen als Vaginitiden, so daß sich Zervixabstriche erübrigen.

Differentialdiagnosen

Neben den Normalbefunden, Normvarianten und unspezifischen Befunden gibt es in der Bewertung anogenitaler Befunde eine Reihe von weiteren Differentialdiagnosen: Erytheme und Exkoriationen bei unspezifischen Entzündungen, Windeldermatitis, Soor, mangelnde Hygiene, Irritantien (Pfleagemittel, Schaumbad) und Oxyuren. Die Infektion mit hämolysierenden Streptokokken der Gruppe A führt zu einer hochroten Vulvovaginitis.

Eine sehr wichtige Differentialdiagnose ist der genitale *Lichen sclerosus et atrophicus*, bei dem es zu spontanen Einblutungen in die atrophischen Bezirke kommen kann [32]. Unterschiedliche Hautblutungen treten bei verschiedenen Systemerkrankungen auf: Leukosen, Purpura fulminans, disseminierter intravasaler Gerinnung und anderen Gerinnungsstörungen. Bei chronischer vaginaler Blutung ist eher

an einen Urethralprolaps, -polypen oder -hämangiome als an einen Mißbrauch zu denken [33].

Zu diagnostischen Fehlschlüssen führen gelegentlich kongenitale Varianten wie Mongolenfleck, Hämangiome, fehlende Fusion der Mittellinie, prominente anale Raphe oder mittelständige anale Hautanhängsel.

Eine der wichtigsten Differentialdiagnosen sind *akzidentelle vaginale Traumen*. Diese liegen meist anterior-äußerlich, oft einseitig und betreffen in der Regel nicht das tiefer und geschützt liegende Hymen und nur selten den Bereich der hinteren Gabel. Verletzt werden dabei bevorzugt exponierte Anteile des Genitale wie die Vulva, Labien und Klitoris, insbesondere bei Quetschung gegen darunterliegende knöcherne Strukturen. Eines ihrer wichtigsten Kriterien besteht darin, daß sie meist mit spontaner, akuter, dramatischer, v.a. schlüssiger und konstanter Anamnese assoziiert sind, die mit den Verletzungen konsistent ist. Auch unmittelbares, nicht verzögertes Aufsuchen ärztlicher Behandlung spricht eher für die Annahme eines akzidentellen Traumas [6, 8, 13, 17, 56].

Seltener sind Verkehrsunfälle (atypisches Gurtanlegen), Klitorisbeschneidungen und, bei kleinen Jungen, ein Toilettendeckeltrauma oder reißverschlussbedingte Verletzungen in Betracht zu ziehen.

Anal sind Fissuren bei chronischer Obstipation, Morbus Crohn, Rektalprolaps, Lichen sclerosus oder eine Streptokokken-A-Zellulitis auszuschließen [6-8, 14, 30].

Zusammenfassende Beurteilung

Auch wenn eine Vielzahl von Daten zu aussagekräftigen, mit sexuellem Mißbrauch assoziierten Befunden vorliegt, ist der medizinische Beweis die Ausnahme. Dieser wäre im Fall massiver anogenitaler Verletzungen, die nicht durch ein akzidentelles Trauma erklärbar sind, gegeben (Befunde der Klasse 5). Ebenso bei Nachweis einer Gonorrhö oder Syphilis (nach Ausschluß konnataler Infektion), einer Schwangerschaft oder des forensischen Nachweises von Spermia, saurer Phosphatase oder dem spermaspezifischen Glykoprotein p30 in oder auf dem Körper eines Kindes [1-4, 7, 20, 30].

Tabelle 2

Beurteilung der Wahrscheinlichkeit sexuellen Mißbrauchs (modifiziert nach [1])

1. Kein Hinweis auf sexuellen Mißbrauch

- Normale oder unspezifische Befunde mit nachvollziehbarer Ätiologie; keine Verhaltensänderungen, Aufdeckung oder verdächtige Äußerungen des Kindes
- Kind als mißbrauchsgefährdet eingestuft; keine Aufdeckung oder verdächtige Äußerungen; unspezifische Verhaltensaüßerungen
- Körperliche Verletzungen, die akzidentellem Trauma entsprechen mit eindeutiger Unfallanamnese

2. Sexueller Mißbrauch möglich

- Signifikante Verhaltensänderungen, befundet und bewertet durch einen erfahrenen Spezialisten und anogenitale Befunde der Klassen 1-3; keine Aufdeckung oder Bestätigung durch das Kind
- Verdächtige Äußerungen des Kindes ohne weitergehende oder detaillierte Beschreibung oder Aufdeckung
- Befunde der Klasse 3 ohne begleitende Aufdeckung, Äußerungen oder Verhaltensauffälligkeiten

3. Sexueller Mißbrauch wahrscheinlich

- Klare, beständige, schlüssige und detaillierte Beschreibung einer sexuellen Belästigung durch das Kind mit oder ohne weitere Befunde
- Befunde der Klasse 4 mit oder ohne Aufdeckung oder Äußerungen, bei Fehlen einer überzeugenden Anamnese eines akzidentellen Traumas
- Kulturell gesicherte Infektion mit Chlamydia trachomatis (Kind über 3 Jahre), Herpes genitalis (HSV Typ 2) oder Trichomonas vaginalis eines präpubertären Kindes mit oder ohne sonstige Auffälligkeiten

4. Bewiesener sexueller Mißbrauch

- Nachweis von Sperma, Spermien, saurer Phosphatase oder p 30 (spermaspezifisches Glykoprotein) in oder auf dem Körper eines Kindes
- Nicht-akzidentelle, penetrierende Verletzung der vaginalen oder analen Öffnung (Klasse-5-Befunde)
- Durch Dritte glaubhaft bezeugte Episode sexueller Belästigung eines Kindes; Vorliegen pornographischer Fotos oder Videoaufnahmen
- Positive, durch Referenzverfahren bestätigte Kulturen für Neisseria gonorrhoe bei einem präpubertären Kind oder serologischer Nachweis einer Syphilis (außer bei dokumentierter konnataler Infektion)
- Schwangerschaft

Die abschließende Beurteilung der Wahrscheinlichkeit eines sexuellen Mißbrauchs muß gewissenhaft und unter Abwägung aller vorliegenden körperlichen Befunde, Ergebnisse etwaiger Labordiagnostik und v.a. der Aussagen des Kindes (und/oder möglicher Zeugen) getroffen werden und liegt meist mehr im ausschließlichen Ermessensbereich des Arzts (Tabelle 2). Deswegen ist eine umfassende interdisziplinäre und multi-professionelle Zusammenarbeit von größter Bedeutung. Obwohl wir ständig über die Bedeutung anogenitaler Befunde dazulernen, basiert die Diagnose sexuellen Kindesmißbrauchs nach wie vor in erster Linie auf der Aussage des Kindes.

Literatur

Ausgewählte, im Text zitierte Titel; das vollständige Verzeichnis ist über den Verfasser erhältlich

1. Adams JA, Harper K, Knudson S (1992) **A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse.** Adolesc Pediatr Gynecol 5:73-75
3. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) **Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal.** Pediatrics 94:310-317
4. American academy of pediatrics (1991) **Committee on child abuse and neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children.** Pediatrics 87:254-260
7. Bays J, Chadwick D (1993) **Medical diagnosis of the sexually abused child.** Child Abuse Negl 17:91-110
20. Finkel MA, DeJong AR (1994) **Medical findings in child sexual abuse.** In: Reece RM (ed) Child abuse: medical diagnosis and management. Lea & Febiger, Philadelphia, pp 185-247
22. Fürniss T (1986 a) **Diagnostik und Folgen sexueller Kindesmißhandlung.** Monatsschr Kinderheilkd 134:335-340
31. Horowitz DA (1987) **Physical examination of sexually abused children and adolescents.** Pediatr Rev 9:25-29
41. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J (1990 a) **Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study.** Pediatrics 86:428-439
42. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R (1990 b) **Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls.** Pediatrics 85:182-187
49. Raupp U, Eggers C (1993) **Sexueller Mißbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik.** Monatsschr Kinderheilkd 141:316-322