

Der Stellenwert medizinischer Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch-schädlich, überflüssig oder sinnvoll ? Eine Bestandsaufnahme für Deutschland.

Bernd Herrmann¹ und Mechthild Neises²

Im Gegensatz zur angloamerikanischen Literatur spielen medizinische Aspekte bei der Diagnostik sexuellen Kindesmissbrauchs im deutschen Sprachraum bislang eine untergeordnete Rolle. Im Rahmen dieses Artikels soll der Stellenwert der somatischen Medizin innerhalb eines multiprofessionellen Ansatzes dargelegt werden.

Normalbefunde sind bei Opfern sexuellen Missbrauchs häufig, in erster Linie weil viele Missbrauchshandlungen keine körperlich fassbaren Spuren hinterlassen. Im Falle von Verletzungen durch den Missbrauch kann aufgrund der enormen Regenerationsfähigkeit anogenitaler Gewebe zum Untersuchungszeitpunkt bereits wieder eine vollständige Heilung eingetreten sein. Daher kann der Aspekt der Beweissicherung durch die Untersuchung nur einen begrenzten Stellenwert einnehmen. Dennoch gibt es eine Reihe von missbrauchsbedingten körperlichen Befunden, die im Einzelfall einen wertvollen Baustein der Diagnostik darstellen können. Unverzichtbare Grundlage der Diagnose sexueller Kindesmissbrauch ist jedoch die Aussage des Kindes.

Die körperliche Untersuchung von Missbrauchsoptionen ist nicht zwangsläufig erneut traumatisierend, wenn sie qualifiziert und einfühlsam durchgeführt wird. Die schonend durchgeführte Untersuchung, die Befunderhebung und deren kritische Würdigung erfordern jedoch spezielle Kenntnisse und Erfahrung. Auffällige Befunde haben unterschiedliche diagnostische Wertigkeit. Normvarianten, akzidentelle Verletzungen und weitere Differentialdiagnosen müssen von missbrauchsbedingten Befunden abgegrenzt werden. Sexuell übertragbare Erkrankungen werden nur in Ausnahmefällen nicht-sexuell übertragen und stellen einen seltenen aber wichtigen Hinweis auf sexuellen Kindesmissbrauch dar.

Da missbrauchte Kinder ein erheblich gestörtes Körperelbstbild aufweisen, ist eine der wichtigsten Funktionen der medizinischen Untersuchung die ärztliche Rückversicherung körperlicher Normalität und Integrität. Bei begründetem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch ist die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen unerlässlich. Die medizinische Untersuchung darf nie isoliert bleiben sondern muss immer als Bestandteil und Ergänzung eines multidisziplinären Ansatzes durchgeführt werden.

Dr.med. Bernd Herrmann, Oberarzt der Kinderklinik, Leiter der kinderärztlichen Beratungsstelle bei Misshandlung, Kinderklinik des Klinikums Kassel, Mönchebergstr. 43, 34125 Kassel
Tel: 0561-9803389 oder 9800, Fax: 0561-9806951, e-mail: B.Herrmann@t-online.de, herrmann@klinikum-kassel.de
Internet: <http://www.kindesmisshandlung.de>

Priv.Do. Dr.Dr.med. Mechthild Neises, Leiterin des Funktionsbereiches Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Hochschule Hannover, Pasteurallee 5, 30655 Hannover
Tel. 0511-906-3560, e-mail: Neises.MHH@gmx.de

Trotz einer grossen Bandbreite der Zahlen scheint sexueller Kindesmissbrauch nach allen vorliegenden Prävalenzstudien zumindest im Prozentbereich zu liegen (Raupp 1993, Finkelhor 1994). Damit handelt es sich aus epidemiologischer Sicht um ein bedeutsames Problem, welches die seelische und physische Gesundheit von Kindern im Sinne gravierender Kurz- und Langzeitfolgen beeinflusst (Beitchman 1991, 1992). Im Vergleich hierzu und zum Stellenwert anderer Subdisziplinen der Pädiatrie (und Gynäkologie) ist die medizinisch-fachliche Aufmerksamkeit diesem Thema gegenüber bislang jedoch noch relativ unbedeutend - ablesbar an der Zahl der Veröffentlichungen, Symposien, Vorträge, der Literatur und Forschungsaktivität.

In den USA und Grossbritannien ist die medizinische Untersuchung anerkannter und verbreiteter Bestandteil einer interdisziplinären Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch. Es finden regelmässig Kongresse und Tagungen statt und neben umfangreicher Veröffentlichungs- und Forschungstätigkeit ist eine Handvoll hochkarätiger, auf medizinische Diagnostik von (körperlicher und sexueller) Kindesmisshandlung spezialisierter, Handbücher erschienen (Ludwig 1992, Heger/Emans 1992, Reece 1994, Monteleone 1998, Hobbs/Hanks/Wynne 1999). Demgegenüber gibt es in Deutschland zu sexuellem Kindesmissbrauch weder entsprechende Handbücher, etablierte Standards oder Übereinkünfte über die Wertigkeit bestimmter Befunde, noch existieren medizinische Fachgesellschaften oder Komitees (wie das der American Academy of Pediatrics [AAP] zu Child Abuse and Neglect mit entsprechenden Empfehlungen und Standards). Während das offizielle Organ der deutschen Kinderärzte, die *Monatsschrift Kinderheilkunde* in den letzten 12 Jahren gerade 4 Artikel zu sexuellem Kindesmissbrauch veröffentlichte (Fürniss 1986a+b, Raupp 1993, Herrmann 1997), sind es im gleichen Zeitraum bei der amerikanischen entsprechenden Zeitschrift *Pediatrics* mehr als 50 Artikel.

Das jüngste Urteil des Bundesgerichtshofes über die Qualität von Glaubwürdigkeitsgutachten bei Missbrauchsprozessen fordert einen nachvollziehbaren wissenschaftlichen Minimalstandard für psychologische Gutachten. Im übertragenen Sinne gilt dies auch für den Bereich der medizinischen Befunderhebung. Solche Standards und Qualitätskriterien müssen für Deutschland noch aus dem bestehenden angloamerikanischen Fundus übertragen und adaptiert werden.

Die Gründe für die geringe Aufmerksamkeit, die den somatisch-medizinischen Aspekten bei sexuellem Kindesmissbrauch zukommt, mögen zum Teil in strukturellen Unterschieden liegen. In den USA kommt es durch die in den 70er Jahren eingeführte obligatorische Meldepflicht für Fachleute bei Missbrauchsverdacht ("mandatory reporting") zu hohen Fallzahlen und damit auch zu verstärkter Nachfrage nach medizinischer Begutachtung und Stellungnahme durch den juristischen und sozialen Bereich. Zum anderen haben im Gegensatz zu Deutschland in den USA prominente Pädiater, allen voran der deutschstämmige Henry C. Kempe, auch im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs schon früh wichtige Impulse und Anstösse gegeben und somit die Medizin bereits Ende der 70er Jahre in das Thema einbezogen (Kempe 1978). In Deutschland begann die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit sexuellem Kindesmissbrauch insgesamt wesentlich später und wurde zunächst hauptsächlich von betroffenen Frauen, der sich damals organisierenden Selbsthilfe (Wildwasser, Zartbitter) und der emanzipatorischen Frauenbewegung thematisiert. Dadurch wurde das Thema von der (Fach-) Öffentlichkeit zunächst recht kritisch beäugt und eher in eine politische als sozialmedizinische Ecke gerückt. Die reisserische Aufbereitung in den Medien, spektakuläre "Kinderschänderskandale" und unglücklich verlaufende Missbrauchsprozesse in Deutschland haben die fachliche Auseinandersetzung eher gehemmt als gefördert. Die Akzeptanz als relevantes und auch aus medizinischer Sicht ernstzunehmendes Thema kam nur zögerlich zustande. Während in jüngster Zeit die unglückselige, kontroverse und sehr emotionale "Missbrauch-mit-dem-Missbrauch-" Diskussion ein zuviel und hysterisches Übermass, eine Überdiagnostik, postuliert, benötigen wir ganz im Gegenteil deutlich mehr sachliche und vor allem eine fachlich fundierte Auseinandersetzung mit dem Thema. Dies gilt insbesondere für den medizinischen Bereich, für den *wesentlich* mehr Ausbildung und Forschung zu fordern ist ("Cool science for a hot topic", Kerns 1989).

Weitere Hemmnisse einer intensiveren ärztlichen Beteiligung am Kinderschutz mögen in rechtlichen Unsicherheiten liegen ("Schweigepflicht"). Die erheblich gefährdete Sicherheit und Gesundheit des Kindes als höheres Rechtsgut und die Zuordnung von sexuellem Kindesmissbrauch als strafbares Officialdelikt berechtigen (nicht verpflichten !) den Arzt jedoch eindeutig sich diesbezüglich für seine Patienten einzusetzen.

Unsicherheiten, Unkenntnis und teils kritische Distanz bestehen auch oft hinsichtlich der bereits bestehenden Kinderschutzinfrastruktur im Sozialbereich. Hier kann nur durch das Kennenlernen und wechselseitige Information im Vorfeld, Misstrauen abgebaut und die Kontakte für den "Ernstfall" hergestellt werden. Einen wertvollen Beitrag leisten in dieser Beziehung neuerdings auch die sogenannten "Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen", die mittlerweile für die meisten Bundesländer erschienen sind (Herausgeber Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands, Landesärztekammern und Landesministerien mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse) und mittels einer umfangreichen regionalen Adressensammlung das existierende Kinderschutz-, Beratungs-, Hilfs- und Therapieangebot erschließen (Bezug über die jeweiligen Regionalvertretungen der TKK). Ergänzend finden sich Hinweise zu Diagnose und Management als Einstieg in die Thematik.

Allmählich hat sich auch in der Medizin die Erkenntnis weitgehend etabliert, dass sexueller Kindesmissbrauch nur multiprofessionell gelöst werden kann. Dies erfordert Kenntnis, Akzeptanz und gegenseitigen Respekt vor den fachlichen Möglichkeiten aber auch das Wissen um die Grenzen der jeweiligen beteiligten Professionen. In Bezug auf den medizinischen Bereich ist im interdisziplinären Austausch vor allem der Kontakt zu den Kinderschutzdiensten und Beratungs- und Therapieeinrichtungen wichtig, um die Kinder einer qualifizierten Weiterbetreuung zuzuführen. Andererseits ist jedoch auch das Gespräch mit dem Rechtsbereich von großer Bedeutung, um zu vermitteln, warum ein negativer körperlicher Befund einen sexuellen Kindesmissbrauch niemals ausschließen kann und um im Vorfeld bereits falsche Vorstellungen und Erwartungen an die Möglichkeiten der medizinischen Untersuchung zu vermeiden.

Weitere Hemmnisse bezüglich einer stärkeren Inanspruchnahme im Sinne einer fehlenden Nachfrage (und damit fehlenden fachlichen Herausforderung) an die Medizin mögen zum Teil auch von Seiten des psychosozialen Bereiches kommen. Nicht selten besteht die Vorstellung, dass die medizinische Untersuchung von Missbrauchsoffern zwangsläufig eine traumatische Erfahrung sei, da sie die Missbrauchssituation reaktiviere. Somit schade sie den Kindern eher, als dass sie ihnen nütze, insbesondere da die "Erfolgsaussichten" der Untersuchung durch die Häufigkeit von Normalbefunden bei Missbrauchsoffern sowieso gering seien. Teilweise zutreffend ist dabei, dass die Untersuchung natürlich ein erhebliches Potential hat, ein grenzüberschreitendes und schädigendes Erlebnis zu sein, wenn sie gegen den Willen des Kindes und unter Druck oder Gewalt durchgeführt wird. Viele diagnostische Prozeduren in der Klinik wie Blutabnahmen, Lumbalpunktionen*¹ etc. werden gegen den Willen von Kindern durchgeführt - dies ist jedoch im Kontext eines möglichen sexuellen Missbrauchs keinesfalls zulässig.

Dem stehen jedoch eine Reihe sinnvoller und unter Umständen gar positiver Aspekte entgegen. Unter der obligaten Voraussetzung einer einfühlsamen und qualifizierten Durchführung und der Prämisse, dass *jeglicher Zwang absolut kontraindiziert* ist, ist sie **nicht** zwangsläufig traumatisierend. Eine gut (z.B. fotografisch) dokumentierte Untersuchung kann unter Umständen die Notwendigkeit von Wiederholungsuntersuchungen vermeiden und damit sogar traumaverhütend wirken. In einem kalifornischen Zentrum liess sich die Zahl der Wiederholungsuntersuchungen im Zeitraum von 1987 bis 1998 von etwa 80 % auf unter 10 % reduzieren (Kerns 1998).

Stellenwert der medizinischen Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch

Die Untersuchung eines möglicherweise missbrauchten und damit psychisch traumatisierten Kindes ist neben dem Risiko einer Retraumatisierung mit viel zeitlichem, organisatorischem und emotionalem Aufwand verbunden ("...needs time, patience and a gentle manner" - Horowitz 1987). Sie erfordert neben dem Erlernen der speziellen somatischen Aspekte auch Kenntnis-

se der sozialen und psychologischen Hintergründe von sexuellem Kindesmissbrauch. Die Nutzen-Risiko-Abwägung medizinischer Diagnostik erfordert die genaue Beschreibung und Festlegung der Ziele der Untersuchung.

Bei Vorbestehendem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch kann unter Umständen die Aussage des Kindes untermauert werden. Die Diagnostik hat in diesem Fall forensische*² Aspekte. *Andererseits schließt das Fehlen körperlicher Befunde einen sexuellen Missbrauch niemals aus !* Bei Untersuchungen aufgrund nicht unmittelbar Missbrauchsassoziierter Symptome, kann bei entsprechendem Befund die Verdachtsdiagnose erst bei dieser Gelegenheit entstehen. Weitere unmittelbare Ziele sind die Identifizierung von behandlungsbedürftigen Verletzungen, Infektionen, Geschlechtskrankheiten oder einer möglichen Schwangerschaft.

Bedeutsam ist auch die Zerstreung entsprechender Sorgen der Eltern oder des Kindes selbst. Das bedeutsamste Moment der ärztlichen Diagnostik und von weitreichender und langfristiger Bedeutung ist dabei der sogenannte "primär therapeutische Aspekt" (im Sinne von Fürniss 1986) der Untersuchung. Dem traumatisierten und in seiner Körper selbstwahrnehmung oft erheblich gestörten Kind wird von (somatisch!) kompetenter Seite die Intaktheit, Gesundheit und Normalität seines Körpers versichert. Der Kinder- oder Hausarzt ist den Kindern durch seine "Zuständigkeit" für den Körper bekannt und somit hierfür besonders prädisponiert. Dadurch wird eine bedeutsame Entlastung ermöglicht. Gegebenenfalls wird sogar ein erster Ansatz zur Verarbeitung der erfahrenen Traumatisierung gegeben, der durch eine rein psychotherapeutische Intervention in diesem Kontext kaum vermittelbar wäre. Unter Berücksichtigung der o.g. Einschränkungen und strengem Einhalten der in diesem Kontext notwendigen Grundregeln der Untersuchung, kann sie somit sogar eine heilsame Erfahrung darstellen (Lazebnik 1994, Steward 1995, De San Lazaro 1995, Britton 1998, Dubowitz 1998, Lynch 1998). Eine interessante Bereicherung zur Einschätzung der Auswirkungen der Untersuchung ist möglicherweise der kürzlich entwickelte "Genital Examination Distress Scale"*³ (GEDS) einer Arbeitsgruppe aus Salt Lake City (Gully 1999). Er quantifiziert mögliche negative Effekte der Untersuchung anhand bestimmter Verhaltensparameter und kann daneben auch der Einschätzung der Effizienz Stressmindernder Vorbereitungstechniken dienen.

Anamnese und Untersuchung

Während die immer zu erhebende allgemeine und kindergynäkologische Anamnese*⁴ unproblematisch ist, hängt das Ausmaß und die Spezifität der Fragen bezüglich der missbrauchsspezifischen Vorgeschichte von den Kenntnissen und Vorerfahrungen des Untersuchers, aber auch von den jeweiligen Umständen der Vorstellung ab (Myers 1987, Frasier 1997, McNeese 1998, Gerlach 1999).

Für die Vorbereitung der Untersuchung ist die Schaffung einer möglichst kindgerechten und entspannten Atmosphäre von großer Bedeutung. Ebenso wenig wie die Anamnese mit der "Tür ins Haus" fallen darf, ist es wenig sinnvoll, unmittelbar mit der genitalen Untersuchung zu beginnen. Während der Anamnese können sich die Kinder durch malen oder spielen an die Situation und das medizinische Personal gewöhnen. Der Untersuchungsablauf und die dabei verwendeten Gerät- und Ortschaften müssen dem Kind im Weiteren in altersgemäßer Sprache vertraut gemacht werden. In unserer Einrichtung hat sich dabei der Gebrauch von therapeutischen (nicht anatomisch korrekten!) Puppen bewährt, die der Untersucher zunächst zusammen mit dem Kind als sein Assistent untersucht. Dabei äußert der Untersucher oder die Untersucherin durch die Puppe all die Ängste und Befürchtungen, die Kinder in dieser Situation empfinden könnten und bittet das Kind dann wieder als Arzt, ihm zu helfen, die Puppe zu beruhigen. Dadurch entsteht für das Kind zum einen ein beträchtliches Maß an Kontrolle und Mitbestimmung in einer potentiell Angstbesetzten Situation, zum anderen die Vorausnahme der eigenen Untersuchung und letztlich dadurch ein aktives Beruhigen der eigenen Ängste. Für Kinder steht in der Regel nicht die Scham vor einer genitalen Untersuchung im Vordergrund sondern die Angst vor den zunächst unbekanntem und als bedrohlich empfundenen Umständen der Untersuchungssituation.

Ein gynäkologischer Stuhl und Spektula*⁵ bringen unter der Fragestellung eines möglichen Missbrauchs keinerlei diagnostischen Gewinn, erhöhen jedoch Fremdheit und Ängstlichkeit und werden von den meisten Untersuchern abgelehnt. Die Kopf-bis-Fuss-Untersuchung des Kindes erlaubt die Einschätzung des Entwicklungsstandes, das Erkennen extragenitaler Missbrauchs- oder Misshandlungsspuren und nimmt vor allem den Fokus von der genitalen Untersuchung.

Ein Kolposkop*⁶ mit Foto- oder Videodokumentation verbindet Idealerweise Vergrößerung, ausgezeichnete Lichtquelle und optimale Dokumentation. Wenngleich für die Untersuchung nicht zwingend erforderlich, ist es eine Bereicherung der Diagnostik, die in amerikanischen Zentren weite Verbreitung gefunden hat (Soderstrom 1994, Adams 1997, Paradise 1997). Die fotografische Dokumentation ist dort Standard, wird im deutschen Sprachraum jedoch noch kontrovers diskutiert. Sie ist wie die gesamte Untersuchung an die Einwilligung eines Sorgeberechtigten und vor allem des Kindes gebunden. Unter dieser Voraussetzung ermöglicht sie die spätere nochmalige Beurteilung des Befundes, das Einholen einer zweiten Meinung, bei positiven Befunden die Beweissicherung und Nachprüfbarkeit ohne erneute Untersuchung des Kindes und ist Voraussetzung für Lehre und Forschung. Vor allem aber kann sie dem Kind Wiederholungsuntersuchungen ersparen und somit potentiellen Schaden verhüten.

Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch

Für die relative Häufigkeit normaler oder unspezifischer Befunde bei Opfern von sexuellem Missbrauch (Adams 1994: "It's normal to be normal") spielt neben organisatorischen Faktoren und der Untersuchungstechnik 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*⁷ kann bereits nach 9 Tagen, ein kompletter Hymeneinriss nach etwa 30 Tagen vollständig geheilt sein. Die erhebliche Elastizität des Hymens führt dazu, dass sogar eine Penetration bisweilen lediglich eine Aufdehnung bewirkt; die geläufige aber unbrauchbare Formulierung "intaktes Hymen" schließt selbst eine länger zurückliegende Penetration nicht aus, noch viel weniger natürlich einen sexuellen Missbrauch anderer Art. Gleiches gilt für die analen Strukturen, die noch elastischer sind. 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 entsprechendem Verdacht kann somit in vielen Fällen keine definitive Aussage darüber treffen, ob ein Missbrauch mit oder ohne Penetration stattgefunden hat.

Für die Beurteilung medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch ist die Kenntnis des Normalzustandes in den verschiedenen Altersstufen von größter Bedeutung um Fehlschlüsse zu vermeiden. Viele Befunde, die in der Vergangenheit als missbrauchsbedingt interpretiert wurden, sind mittlerweile als Normvarianten identifiziert worden.

Auch die Bedeutung der Weite der Scheidenöffnung bei Mädchen ist früher erheblich überschätzt worden und spielt nur noch eine untergeordnete Rolle in der Diagnose des sexuellen Missbrauchs. Masturbation ist bei Mädchen vorwiegend klitoral und verletzt nicht das präpubertär schmerzempfindliche Hymen. Tampons führen allenfalls zu einer Erweiterung, nicht aber zu einer Verletzung oder Einriss des Hymens (Bays 1993, Herrmann 1997, McCann 1998).

Die Art Missbrauchsbedingter Befunde variiert erheblich mit der Art der Missbrauchshandlung, dabei beteiligter 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 als chronische, missbrauchte Kinder werden jedoch selten akut vorgestellt

Ein Grossteil der vorliegenden Untersuchungen beschreibt Befunde des weiblichen Genitale, anale Befunde werden wesentlich kontroverser diskutiert und sind schwieriger zu beurteilen (trifft v.a. für die sogenannte Refluxdilatation*⁸ zu). Genitale Verletzungen bei Jungen durch sexuellen Missbrauch sind selten.

Als aussagekräftigste vaginale Hinweise gelten keil- oder v-förmige Kerben, Spalten oder Einrisse im Hymen im posterioren (hinteren unteren) Bereich; ein fehlendes, rudimentäres oder posterior unter 1 mm verschmälertes Hymen und frische Einrisse, Blutergüsse, Abschürfungen oder Narben der Scheidengrube vor dem Hymen. Anal sprechen tiefe Einrisse bis zum Schließmuskel, eine anale Dilatation (Erweiterung) über 2 cm stark für ein missbrauchsbedingtes Trauma. Klassifikationen, die helfen diese Befunde zu sortieren, sind hilfreich, dürfen aber nicht als rigide Schemata fehlinterpretiert werden (Adams 1992, Bays 1993, Herrmann 1997, Kerns 1998, McCann 1998).

Geschlechtskrankheiten, die im englischen treffender als sexuell übertragene Erkrankungen (sexually transmitted diseases, STD) bezeichnet werden, können unter Umständen der einzige medizinische Hinweis auf sexuellen Missbrauch sein. Sie können aber auch von der Mutter auf ihr Neugeborenes übertragen worden sein und je nach Erkrankung unterschiedlich lange persistieren. Da sie aber auch bei gesichertem Missbrauch nicht häufig gefunden werden (für USA ca. 2-5%), sollte die Indikation zur Diagnostik gezielt gestellt werden. Nach Ausschluss einer angeborenen Infektion sind die Gonorrhoe (Tripper) und die Lues (Syphilis) beweisend für einen sexuellen Kindesmissbrauch ((Kohl 1996, Hammerschlag 1998)).

Neben den bereits erwähnten Normvarianten gibt es eine ganze Reihe **Differentialdiagnosen**, also Befunde und Erkrankungen, die von Missbrauchsbefunden abgegrenzt werden müssen. Dazu zählen vor allem Unfallbedingte Verletzungen im Anogenitalbereich, aber auch Haut- und andere Erkrankungen, die Missbrauchsbefunde vortäuschen können (Bays 1994, Herrmann 1998).

Ausblick

Zusammenfassende Darstellungen über weitergehende Aspekte der somatischen Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch finden sich in den bereits zitierten Handbüchern und nachfolgend aufgeführten Übersichten.

Auf dem Boden der gerade mal 20 Jahre jungen Forschung zu medizinischer Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch sind in den letzten Jahren Bestandsaufnahmen und kritische Sichtungen des bisherigen Wissens erfolgt (Bays 1993, Herrmann 1997, Kerns 1998a, American Academy of Pediatrics 1999, Atabaki 1999). Auf einer Zusammenkunft der prominentesten amerikanischen Misshandlungsexperten in Utah 1997 wurden neben einer detaillierten Bestandsaufnahme des momentanen Forschungsstandes sehr detaillierte Überlegungen über die sich daraus ergebenden Schwerpunkte der künftigen Forschung formuliert (vgl. Sonderheft von Child Abuse & Neglect, Juni 1998). Auf dieser Grundlage wäre eine breitere und vertiefte Diskussion und Akzeptanz des Themas in der deutschen Medizin wünschenswert. Die medizinische Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch kann eine sinnvolle Ergänzung eines multidisziplinären Konzeptes sein, wenn sie im Bewusstsein der beschriebenen Möglichkeiten und Grenzen durchgeführt wird.

Literatur

- Adams J.A.; 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
- Adams J.A.; 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
- Adams, J.A., Phillips, P., Ahmad, M. (1997) The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse. *Adolescent and Pediatric Gynecology* 3:75-82
- American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect (1999) Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 103:186-191
- Atabaki, S.; Paradise, J.E. (1999) The medical evaluation of the sexually abused child: Lessons from a decade of research. *Pediatrics* 104 (Suppl.), 178-186
- Bays, J.; Chadwick, D. (1993) Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse and Neglect* 17:91-110
- Bays, J. (1994) Conditions mistaken for child sexual abuse. In: Reece R.M. (ed.) *Child abuse: Medical diagnosis and management*. Lea & Febiger Philadelphia: 386-403

- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.A.; Akman, D. (1992), A review of the short term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 15:537-556
- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.A.; Akman, D.; Cassavia, E. (1992) A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 16:101-118
- Berkowitz, C.D. (1998) Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 22:541-550
- Britton, H. (1998) Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 22:573-580
- De San Lazaro, C. (1995) Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Archives of Diseases of Childhood* 73:174-176
- Dubowitz, H. (1998) Children's responses to the medical evaluation for child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 22:581-584
- Finkel, M.A. (1998) Technical conduct of the child sexual abuse medical examination. *Child Abuse and Neglect* 22:555-566
- Finkelhor, D. (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children* 4:31-53
- Fürniss, T. (1986a) Diagnostik und Folgen sexueller Kindesmißhandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 134:335-340
- Fürniss, T. (1986b) Therapeutische Intervention bei sexueller Kindesmißhandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 134:340-344
- Gerlach, R.; Herrmann, B.; Vogt-Hell, C.; Neises, M. (1999) Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch. In: Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Georg Thieme Verlag, S. 245-249
- Gosch, A. (1998) Vernachlässigung, physische und sexuelle Kindesmißhandlung: Aspekte des diagnostischen Vorgehens und der Kooperation mit Institutionen. *Päd* 4:27-36
- Gully, K.J.; Britton, K.; Hansoen, K.; Goodwill, K.; Nope, J.L. (1999) A new measure for distress. *Child Abuse and Neglect* 23:61-70
- Hammerschlag, M.R.(1998) The transmissibility of sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect* 22:623-636
- Heger, A.; Emans, S.J. (ed.) (1992) Evaluation of the sexually abused child. A medical textbook and photographic atlas. Oxford University Press, New York, Oxford
- Herrmann, B. (1996) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch - schädlich, überflüssig oder sinnvoll ? *Informationsdienst Kindesmißhandlung und -vernachlässigung* 3:14-17
- Herrmann, B.; Neises, M.; Veit, S. (1997) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 145:1219-1225
- Herrmann, B. (1998) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmißbrauch - schädlich, überflüssig oder sinnvoll ? Unveröffentl. Manuskript. 2.aktualisierte Auflage, Kassel (26 S., *Bezug über Autor*);
- Herrmann, B.; Veit, S.; Neises, M. (1998) Lichen sclerosus et atrophicus. Wichtige Differentialdiagnose zu sexuellem Mißbrauch von Kindern. *Pädiatrische Praxis* 55:319-324
- Hobbs, C.J.; Hanks, H.G.I.; Wynne, J.M. (1999) Child Abuse and Neglect. A clinician's handbook. 2nd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh London Madrid Melbourne New York Tokyo
- Horowitz, D.A. (1987) Physical examination of sexually abused children and adolescents. *Pediatrics in Review* 9:25-29
- Kempe, C.H. (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics* 62:382-389
- Kerns, D.L. (1989) Cool science for a hot topic. Commentary. *Child Abuse and Neglect* 13:177-178
- Kerns, D.L. (1998) Persönliche Mitteilung, San Jose, Cal.
- Kerns, D. (1998) Establishing a medical research agenda for child sexual abuse: Historical perspective and executive summary. *Child Abuse and Neglect* 22:453-465
- Kohl, P.K.; Petzoldt, D. (1996) Sexuell übertragbare Krankheiten im Kindesalter und sexueller Mißbrauch. *Deutsches Ärzteblatt* 93:A391-394
- Lazebnik, R.; Zimet, G.D.; Ebert, J.; Anglin, T.M.; Williams, P.; Bunch, D.L.; Krowchuk, D.P. (1994) How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 18:739-745
- Ludwig, S.; Kornberg, A.E. (ed.) (1992) Child abuse. A medical reference. 2nd ed. Churchill Livingstone, New York Edinburgh London
- Lynch, L.; Faust, J. (1998) Reduction of distress in children undergoing sexual abuse medical examination. *Journal of Pediatrics* 133:296-299
- McCann, J. (1998) The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse and Neglect* 22:605-616
- McNeese, V. (1998) Sexual abuse: The interview. In: Monteleone JA: Child maltreatment. A clinical guide and reference. 2nd edition, St. Louis, London. GW Medical Publishing: 185-212
- Monteleone, J.A.; Brodeur, A.E. (1998a) Child maltreatment. Vol. 1: A clinical guide and reference. Vol. 2: A comprehensive photographic reference identifying potential child abuse. 2.ed.. C.W. Medical Publishing St. Louis
- Monteleone, J.A.(1998b): Quick-Reference Child Abuse. For healthcare professionals, social services, and law enforcement. C.W. Medical Publishing St. Louis
- Myers, J.E.B. (1987) Role of physician in preserving verbal evidence of child abuse. *Journal of Pediatrics* 109:409-411
- Myers, J.E.B. (1998) Forensic impact of the child sexual abuse medical examination. *Child Abuse and Neglect* 22:653-656
- Navratil, F. (1995) Sexuelle Ausbeutung von Mädchen: Problematik, Schwierigkeiten und Grenzen der klinischen Diagnose. *Korasion* 10:17-20
- Raupp, U.; Eggers, C. (1993) Sexueller Mißbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 141:316-322

- Reece, R.M. (ed.) (1994) Child abuse: Medical diagnosis and management. Lea & Febiger, Philadelphia
- Reusch-Kusche, K. (1995) Sexueller Mißbrauch von Mädchen. In: Wolf AS, Esser Mittag J (Hrsg.) Kinder- und Jugendgynäkologie. Atlas und Leitfaden für die Praxis. Schattauer, Stuttgart New York:221-239
- Soderstrom, R.M. (1994) Colposcopic Documentation. An objective approach to assessing sexual abuse of girls. *Journal of Reproductive Medicine* 39:6-8
- Steward, M.S.; Schmitz, M.; Steward, D.S.; Joye, N.R.; Reinhart, M. (1995) Children's anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse and Neglect* 19:997-1005

Glossar:

* ¹ Lumbalpunktion	Punktion des Rückenmarkkanals zur Gewinnung von Nervenwasser; notwendig zur Diagnose einer Hirnhautentzündung
* ² forensisch, Forensik	Begriff aus der Rechtsmedizin: Befunde, die einen rechtlichen Tatbestand medizinisch belegen ("medizinische Beweismittel")
* ³ Genital Examination Distress Scale	Skala zur Erfassung der Belastung durch eine genitale Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch
* ⁴ Anamnese	Vorgeschichte, Krankengeschichte
* ⁵ Spekula (sing. Spekulum)	gynäkologisches trichter- oder röhrenförmiges Instrument, das zur Untersuchung von Körperöffnungen (in diesem Fall des Scheideneingangs) dient
* ⁶ Kolposkop	gynäkologisches Gerät, das üblicherweise der Erkennung von Veränderungen der Gebärmutteröffnung dient; ähnelt einem Fernglas auf einem Ständer mit Beleuchtung und optional einer Kamera und erlaubt die Beurteilung des Genitale bei Kindern aus etwa 30-50 cm
* ⁷ Hymen	Jungfernhäutchen, zarte Schleimhautfalte, die den Scheideneingang zum Teil bedeckt. Die Erscheinungsform ist stark vom Alter, dem hormonellen Status, der Lage und Entspannung des Kindes und der Untersuchungstechnik abhängig
* ⁸ Reflexdilatation	ausgeprägtes Klaffen der Analöffnung; steht vermutlich als chronisches Zeichen im Zusammenhang mit wiederholtem analen Missbrauch
