

Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch

Bernd Herrmann¹ und Francesca Navratil²

Nach neueren Studien finden sich in über 90% missbrauchter Kinder körperliche Normalbefunde (Heger et al. 2002). Forensisch-diagnostische Aspekte spielen im Gegensatz zur körperlichen Misshandlung demnach nur eine untergeordnete Rolle. Das potenzielle Risiko einer Traumatisierung durch eine medizinische Untersuchung muss gegenüber dem möglichen Nutzen sorgfältig abgewogen werden. Auch für klinisch-diagnostisch tätige Kollegen ist ein Grundverständnis der Psychodynamik und Hintergründe sexuellen Kindesmissbrauchs erforderlich, um die Opfer in einer angst- und schambesetzten Situation adäquat zu versorgen und sich auf ihre besonderen Erfordernisse einzustellen.

Sexueller Kindesmissbrauch liegt nach allen Prävalenzstudien mindestens im Prozentbereich, vermutlich sogar eher im zweistelligen Prozentbereich (Raupp et al. 1993). Es handelt sich somit nicht um eine seltene pädiatrische „Erkrankung“ (zum Vergleich: Krebs im Kindesalter: 0,2%). Da sowohl eine Unter- als auch eine Überdiagnose schwerwiegende Folgen für Kinder und ihre Familien haben können, ergibt sich für Mediziner eine beträchtliche Verantwortung, ein rationales und fachlich fundiertes Vorgehen zur multidisziplinären Beurteilung, Diagnose und Therapie sexuell missbrauchter Kinder beizutragen. Dies erfordert ein gründliches Verständnis der Gesamtproblematik, der medizinischen Besonderheiten mit ihren Möglichkeiten und Beschränkungen und kindergynäkologische Kenntnisse über anogenitale Befunde bei missbrauchten und nicht missbrauchten Kindern. Dieses Wissen muss in einen multiprofession-

nellen Ansatz integriert werden. Gerade bei nicht-medizinischen Fachleuten ist die Sorge einer potenziellen Reviktimisierung der Opfer durch die medizinische Untersuchung verbreitet. Somit hängt der medizinische Beitrag nicht nur von den Fähigkeiten und dem Engagement des Kliniklers ab, sondern auch vom Vertrauen des zuweisenden Kinderschutzsystems in den Kliniker und dem Wissen um seine Arbeitsweise. Dies unterstreicht die Bedeutung der multiprofessionellen Kommunikation und Kooperation. Die letztendliche Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs basiert in erster Linie auf der fachlich korrekt, einfühlsam und nicht suggestiv erhobenen Aussage eines Kindes (Navratil 1997, AAP 1999, AAP 2001a, AAP 2001b, Herrmann et al. 2002, 2004).

Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Ansatzes

Der erste und wichtigste Schritt hin zur Diagnose ist die Erkenntnis, dass das Problem existiert. Das Erkennen von sexuellem Missbrauch erfordert ein hohes Maß

an Aufmerksamkeit und Vertrautheit mit den anamnestischen, somatischen und psychischen Hinweisen.

Für die relative Seltenheit pathologischer Befunde gibt es verschiedene Gründe:

- **Art des Missbrauchs:** häufig ohne spurenverursachenden gewaltsamen physischen Kontakt (Berührungen, Masturbation, Pornographie, Aufnahmen u.a.), selten akute Vergewaltigungen.
- **Methodisches Problem:** je jünger die Kinder, umso weniger korreliert subjektives Empfinden mit tatsächlicher Anatomie („Er hat ein Messer unten rein gesteckt.“).
- Enorme und rasche **Heilfähigkeit** anogenitaler Gewebe: Abstand zu etwaiger Verletzung entscheidend; Vorstellung jedoch meist nach großem zeitlichen Intervall.
- Fachliche **Qualifikation** des Diagnostikers, Befunde richtig zu erkennen und zu bewerten.
- **Bereitschaft**, sexuellen Missbrauch überhaupt als Differenzialdiagnose in Betracht zu ziehen.

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Kassel

² Universitätskinderklinik Zürich

● **Organisatorische Variablen:** Vorbereitung des Kindes, Beleuchtungsquelle, fotografische Dokumentation (spätere Befundüberprüfung, zweite Meinung), Verfügbarkeit technischer Hilfen (idealerweise ein Kolposkop).

Der Verzicht auf jeglichen Zwang, Gewalt oder Druck ist die Grundvoraussetzung sexuell missbrauchte Kinder zu untersuchen. Die Erfahrung zeigt, dass gut dokumentierte Untersuchungen weitere, potenziell traumatisierende, Wiederholungsuntersuchungen vermeiden helfen. Die emotionale Reaktion auf die ärztliche Untersuchung wird nicht nur von der Untersuchungssituation selbst bestimmt, sondern auch von präexistierenden Faktoren wie allgemeine Ängstlichkeit, vorhergehende Arzt-Erfahrungen, Alter und Entwicklungsstand des Kindes. Dazu kommen die Besonderheiten und der Schweregrad des erfahrenen Missbrauchs. Im Allgemeinen werden gut vorbereitete und schonend durchgeführte Untersuchungen von den meisten Kindern gut toleriert.

Trotz der genannten Einschränkungen und Risiken gibt es Gründe, die Opfer eines sexuellen Missbrauchs medizinisch zu untersuchen, insbesondere das Potenzial, eine therapeutische Botschaft in den diagnostischen Prozess zu integrieren.

- Gelegentliches Vorliegen hinweisender oder seltener forensischer **Befunde**.
- **Therapie** von Verletzungen, Infektionen.
- **Prophylaxe** von Infektionen, Notfallkontrazeption.
- **Rückversicherung** körperlicher Normalität, Integrität und Gesundheit – von besonderer Wichtigkeit aufgrund einer häufig verzerrten und gestörten Körperwahrnehmung der Opfer („Primärtherapeutischer Aspekt der ärztlichen Untersuchung“) – (De San Lázaro 1995, Atabaki 1999, Finkel 2001).

Anamnese und medizinische Untersuchung

Das Ausmaß der Anamnese hängt von den Umständen der Konsultation und den Vorerfahrungen des Untersuchers ab. Es ist oft nicht erforderlich oder ratsam, die Missbrauchsanamnese in allen Details zu wiederholen, da dies oft schwierig und peinlich für das Kind ist. Es ist ratsam, eine separate Anamnese vom Kind und der Begleitperson zu erheben. Eine ruhige und akzeptierende Atmosphäre sowie freundliche und offene Einstellung des Untersuchers sind wesentliche Voraussetzungen. Kindern bei bekanntem Missbrauch zu bestätigen, dass es gut war, sich zu offenbaren, kann häufig entlastend und quasi-therapeutisch wirken. Fragen sollten einfach, nicht führend und nicht suggestiv sein. Die gründliche Dokumentation ist für das weitere Prozedere von großer Bedeutung. Aus forensischen Gründen sollte insbesondere für männliche Untersucher eine weibliche Assistentin während der Untersuchung anwesend sein und idealerweise auch die spielerische Vorbereitung der Kinder durchführen.

In den meisten Fällen kann der Zeitpunkt der Untersuchung den Bedürfnissen und dem Rhythmus des Kindes als auch denen der untersuchenden Institution angepasst werden. Bei weniger als 1–2 Tagen zurückliegendem Missbrauch (Adoleszente bis 72 Stunden) und bei akuten, blutenden anogenitalen Verletzungen sollte sofort untersucht werden. Da die meisten Untersuchungen jedoch mit einem längeren Intervall zum zurückliegenden Missbrauch stattfinden, stellen sie üblicherweise keinen Notfall dar (AAP 1999, Herrmann et al. 2002, 2004).

Das Antizipieren potenzieller Ängste von Kindern in der Untersuchungssituation ist mitentscheidend für das Gelingen. Jegliche Form von Druck, gewaltsamen Festhalten oder massiven Überredens ist streng kontraindiziert. Voraussetzungen und Be-

dingungen einer schonenden Untersuchung sind:

- Möglichst **Wahlmöglichkeiten** und damit **Kontrolle** über die Situation anbieten
 - Alle Untersuchungsschritte in **altersentsprechender Terminologie** erklären.
 - Betonung des **Normalen** – schauen, ob alles „in Ordnung“, gesund ist.
 - Integration von **Puppen oder Kuschtieren**, die potenzielle Ängste der Kinder verbalisieren, ermöglicht über den Umweg der Beruhigung der Puppe durch die Kinder einen aktiven und kontrollierenden Umgang und Vorwegnahme der eigenen Untersuchung.
 - *Sedierungen* sind nur bei akuten blutenden Untersuchung indiziert.
 - *Spekula* sind bei präpubertären Kindern unter der Fragestellung eines Missbrauchs kontraindiziert, bei Adoleszenten möglich, aber nicht zwingend erforderlich. Keine anale oder vaginale *Palpation*.
 - **Ganzkörperstatus** obligatorisch: vermeidet alleiniges Fokussieren auf den Anogenitalbereich und das Übersehen extragenitaler Zeichen von sexueller oder koexistierender körperlicher Misshandlung.
- Schwerpunkt der Untersuchung ist vornehmlich eine externe Visualisierung des Anogenitalbereichs durch das Variieren verschiedener Untersuchungsmethoden und Techniken und geeigneter Positionierung des Kindes. Untersuchungsschritte und Positionen sind:
- **Rückenlage** mit abduzierten Beinen („Frogleg Position“), bei jüngeren Kinder auch auf dem Schoß der Mutter möglich.
 - **Separationstechnik** der großen Labien, obligat gefolgt von der
 - **Traktion** der großen Labien zwischen Daumen und Zeigefin-

ger mit Zug lateralwärts und nach unten; dadurch deutlich verbesserte Entfaltung der genitalen Strukturen.

● **Knie-Brust-Lage** bei unklaren oder verdächtigen Befunden in Rückenlage – merkliche Verbesserung der Visualisierung durch schwerkraftbedingte Entfaltung des Hymens. CAVE: wegen analem Missbrauch mancher Kinder in dieser Lage sorgfältige Beobachtung des Verhaltens und des Affektes!

● **Lithotomieposition** bei Adoleszenten. Dabei ergibt sich eine verbesserte Beurteilung des Hymenssaums durch das Umfahren mit angefeuchteten Baumwolltupfer.

● **Kolposkop:** ermöglicht deutlich verbesserte Visualisierung und integriert eine starke Beleuchtungsquelle, eine feste oder variable Vergrößerung und eine ausgezeichnete Dokumentationsmöglichkeit. Dadurch überhaupt erst Möglichkeit einer zweiten Meinung, Peer Review, Forschung und Ausbildung (Finkel 2001).

Anogenitale Befunde

Voraussetzung für die Beschreibung und Bewertung pathologischer Befunde ist ein gründliches Verständnis und terminologisch korrekte Benennung der normalen anogenitalen Anatomie. Unspezifische und allgemeine Begriffe wie „normale Genitalien“, „Vulva“, „Pudenda“, „Virgo intacta“, „virginaler Introitus“, „klaffende Vulva“ oder „vergrößerte vaginale Öffnung“ sollten strikt vermieden werden.

Das **Erscheinungsbild des Genitale**, insbesondere des Hymens wird stark vom Alter des Kindes und hormonellen Faktoren beeinflusst und unterliegt einem Veränderungsprozess in den verschiedenen Lebensphasen.

● **Fimbrienförmig**, wulstig, hellrosig – östrogenbedingt bei Neugeborenen, Säuglingen und in der Pubertät (Abb. 2).

● **Annulär** – bei Säuglingen und jungen Kleinkindern.



Abb. 1: Semilunäres Hymen – typischer präpubertärer Normalbefund

● **Semilunär**, halbmondförmig – typisch in der hormonellen Ruhephase bis zur Pubertät (Abb. 1).

● **Normvarianten** – Hymen altus, septiertes Hymen, mikroperforiertes Hymen, anteriore oder superiore Kerben, externe Hymenalgrate, längsverlaufende intravaginale Schleimhautfalten, Projektionen und polypoide Hymenalanhängsel, periurethrale und vestibuläre Bänder, Erytheme des Vestibulums, urethrale Dilatation bei labialer Traktion, Linea vestibularis (avaskuläre mediane Aufhellungslinie Linie in



Abb. 2: Östrogenisiertes adoleszentes Hymen – Normalbefund

der Fossa navicularis, DD zu Narbengewebe).

● Das Hyminalgewebe ist ausgesprochen elastisch. Tampons führen zu einer Vergrößerung aber nicht zu einer Verletzung des Hymens. Masturbation bei präpubertären Mädchen ist in der Regel klitoral und verletzt das Hymen ebenso wenig wie Gymnastik, Laufen, Springen oder Spagat.

Mit der Präzisierung von Normalbefunden und ihrer zahlreichen Varianten hat die Zahl der Befunde, die eindeutig ein Missbrauchstrauma anzeigen, abgenommen. Die Weite der hymenalen Öffnung spielt keine Rolle mehr in der Diagnose eines Missbrauchs. Sie wird vom Alter, der Untersuchungsposition und -methode, dem Ausmaß an Traktion und der Entspannung des Kindes beeinflusst und kann innerhalb derselben Untersuchung beträchtlich variieren. Normale perianale Befunde umfassen Erytheme, vermehrte Pigmentierung, venöse Stauungen, Anhängsel in der Mittellinie und glatte keilförmige Bezirke in der Mittellinie („Diastasis ani“) (Berenson 1998, Herrmann et al. 2004).

Befunde bei missbrauchten Kindern

Die Art der Befunde variiert beträchtlich mit der Art des Missbrauchs, hierbei verwendeter Objekte, dem Grad der angewendeten Gewalt, dem Alter des Kindes und der Häufigkeit des Missbrauchs. Die Zeit seit dem letzten traumatischen Ereignis und die Angabe von Schmerzen oder vaginaler Blutung sind die zwei einzigen Faktoren, die signifikant mit der Diagnose eines missbrauchsassoziierten Befundes korrelieren. Klassifizierungen von Befunden und Befundkonstellationen (am verbreitetsten die von Adams 2001) sind hilfreich, sollten aber mit Umsicht verwendet werden.

Genitalbefunde bei Mädchen variieren von unspezifischen Befunden (Erytheme, oberflächlichen Abrasionen der Klitoris, Labien,

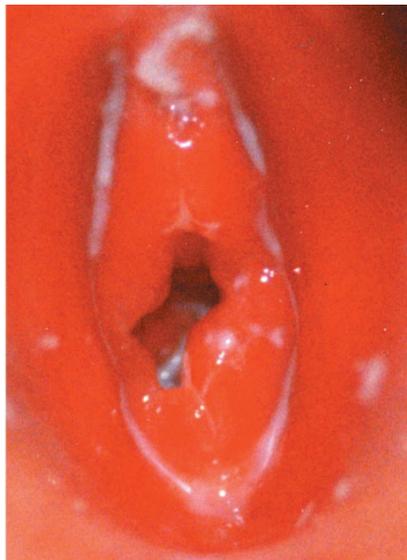


Abb. 3: Defekt des Hymens von 7–8 Uhr – chronischer Befund

periurethral, vestibulär) bis zu schwerwiegenden Penetrationsverletzungen. Die Mehrzahl missbrauchsbedingter Befunde wird im posterioren Bereich gefunden. Eine penile Penetration verursacht eine Unterbrechung des hymenalen Randsaums zwischen der 3 und 9 Uhr Position (Abb. 3, 4). In der Folge bilden sich v-förmige Kerben oder Spalten, die im Verlauf einen glatteren, u-förmigeren Aspekt entwickeln, auch Konkavitäten genannt. Selbst Einrisse des präpubertären Hymens können ad integrum heilen (McCann 1998, Finkel 2001).



Abb. 4: Fehlendes Hymen von 5–6 Uhr – chronischer Befund

Genitalbefunde bei Jungen durch sexuellen Missbrauch sind deutlich seltener als entsprechende Befunde bei Mädchen (etwa 1–3%). Beobachtet werden hauptsächlich akute Befunde in Form von Fissuren oder oberflächlichen Abrasionen des Penischaftes und der Glans, Einrisse des Frenulums der Glans, Petechien sowie Biss- und Saugmarken. Die medizinische Beurteilung erstreckt sich bei Jungen daher vorwiegend auf den Analbereich.

Anale Befunde: Die Bedeutung chronischer analer Befunde, insbesondere der so genannten „anal Reflexdilatation“, werden kontrovers diskutiert. Anale Fissuren sind ein möglicher aber unsicherer Hinweis. Sie werden oft als Folgeerscheinung einer Obstipation gedeutet, werden bei obstipierten Kindern jedoch nicht häufig gefunden. Akute und ausge dehnte Befunde, wie Hämatome, tiefe Lazerationen der Schleimhaut und des perianalen Muskelgewebes, sind offensichtliche Auswirkungen akuter analer Penetrationen (Abb. 5). Hier identifiziert eine Anoskopie innere Verletzungen des Analkanals und ermöglicht das Sichern forensisch bedeutsamer Spuren (McCann 1998, Herrmann et al. 2004).

Forensische Befunde

Forensische Befunde werden bei sexuellem Kindesmissbrauch selten gefunden, in erster Linie aufgrund der meist verzögerten Vorstellung der Kinder. Dennoch können sie in Einzelfällen hilfreich sein. Der oft angegebene 72 Stunden Zeitrahmen, in dem eine forensische Untersuchung durchgeführt werden sollte, ist aus Erwachsenenendaten abgeleitet, jedoch nach neueren Studien für präpubertäre Kinder nicht gültig. Forensisch bedeutsame Befunde werden in dieser Altersgruppe kaum länger als 24 Stunden, Spermien nur bis 9 Stunden gefunden (Christian 2000). Die bei der Spermien suche verwendete Wood's Lampe bzw. Ultraviolettlicht unterliegt einigen signifikanten Beschränkungen und Män-



Abb. 5: Akuter analer Befund – Hämatom und Lazeration

geln, die die Zuverlässigkeit der Methode stark einschränken.

Sperma, Blut, Speichel, Körperhaare und andere Materialien, die auf dem Körper eines Opfers gefunden werden, können helfen, die Identität des Täters nachzuweisen. Die Seltenheit des Nachweises von Sperma vom Körper kindlicher Missbrauchsoffer, legt es nahe, größeres Gewicht auf die Sicherstellung von Kleidungsstücken, die beim Missbrauch getragen wurden, zu legen. Hier ist ein Spermanachweis unter Umständen noch nach Monaten möglich (Christian 2000, Finkel 2001).

Sexuell übertragene Erkrankungen

Sexuell übertragene Erkrankungen können ein seltener aber wichtiger Hinweis auf einen sexuellen Kindesmissbrauch sein. Abstriche und Kulturen auf sexuell übertragene Erkrankungen sollten nur in ausgewählten Fällen durchgeführt werden, da die Ausbeute von positiven Befunden bei asymptomatischen Kindern sehr gering ist. Selektionskriterien sind:

- Anogenitaler Fluor in Anamnese oder Untersuchung
- Bekannter Täter mit bekannter oder verdächtigter sexuell übertragene Erkrankung oder Hochrisikoverhalten
- Anogenitale Befunde, die auf penetrierendes Trauma hinweisen

- Anamnese von Genital-zu-(Ano-)Genitalkontakt
- Besorgnis des Kindes oder der Eltern
- Spezifische genitale Läsionen

Die Untersuchung umfasst vaginale und anale Kulturen auf Gonorrhoe und Chlamydien von der Vaginalwand jenseits des Hymens und einen vaginalen Nativausstrich auf *Trichomonas vaginalis* sowie ein pharyngealer Gonorrhoe-Abstrich. Alle drei sind lokalisierte vaginale Infektionen, ascendierende Infektionen kommen präpubertär nicht vor. Zervikale Abstriche sind erst im Adoleszentenalter indiziert. Ein Screening auf Syphilis, Hepatitis B und HIV sollte von Fall zu Fall entschieden werden.

Nach Ausschluss kongenitaler Infektionen, sind positive, durch Referenzverfahren bestätigte Kulturen auf *Neisseria gonorrhoe* von einem präpubertären Kind oder der serologische Nachweis einer erworbenen Syphilis sichere Beweise des sexuellen Missbrauchs. Perinatal erworbene Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* können bis zu 2 Jahre im Genitalbereich und bis zu 3 Jahre im Rachen persistieren. Infektionen, die nach den ersten drei Jahren auftreten, sind starke Hinweise auf einen sexuellen Kindesmissbrauch. Dasselbe gilt für *Trichomonas vaginalis* und Herpes genitalis. *Condylomata acuminata* sind bei Kindern jenseits von 3 Jahren verdächtiger und sollten immer ein weitergehendes und umfassendes Screening auf sexuell übertragene Erkrankungen nach sich ziehen, zusätzlich eine Untersuchung hinsichtlich spezifischer Anogenitalbefunde sowie eine kinderpsychologische Beurteilung. Per se diagnostisch für einen sexuellen Missbrauch sind sie jedoch nicht (Beck-Sagué 1999).

Differenzialdiagnose

Neben den normalen Befunden, Normvarianten und unspezifischen Befunden gibt es eine Anzahl wichtiger Differenzialdiagnosen, die bei der medizinischen

Beurteilung möglicherweise missbrauchter Kinder zu berücksichtigen sind.

- Akzidentelle anogenitale Verletzungen – meist anterior, äußerlich und einseitig gelegene, vorwiegend geringfügige und oberflächliche Prellungen der äußeren genitalen Strukturen, der großen und kleinen Labien und der Klitoris. Dabei üblicherweise spontane, akute, dramatische und konsistente Anamnese und meist rasches Aufsuchen medizinischer Hilfe.

- Dermatologische Erkrankungen – unspezifische Erytheme, Hautirritationen, Hygienemängel, Windeldermatitis, Windelsoor, schleimhautreizende Substanzen, genitale Varizellen, Oxyuriasis.

- Unspezifische genitale Infektionen und rezidivierende Vulvovaginitiden (nur gelegentlich missbrauchsassoziiert), genitale oder perianale Infektion mit β -hämolytischen Streptokokken der Gruppe A.

- Anogenitaler Lichen sclerosus et atrophicus – vermehrte Vulnerabilität aufgrund ätiologisch unklarer Hautatrophie, im Verlauf typische „Sanduhr“ oder „Achterfigur“.

- Hautblutungen (Leukämie, DIC, Purpura fulminans, Gerinnungsstörungen).

- Urethrablutung (Urethralprolaps, Polypen, Hämangiome).

- Vaginalblutung (in 70% Vaginitis, sonst Fremdkörper, Hämangiome, Pubertas praecox, Sarcoma botryoides, hormonelle Medikation, idiopathisch).

- Anale Fissuren bei chronischer Obstipation (selten), Morbus Crohn, Rektalprolaps (Bays 2001).

Fazit

Nur in wenigen Fällen ermöglichen forensische medizinische Befunde, die Aussage eines Kindes zu stützen oder zu ersetzen. Um so wichtiger ist dann die korrekte Erhebung und Bewertung

auffälliger körperlicher Befunde. Dies gilt für bestimmte Formen anogenitaler Verletzungen, die nicht akzidentell erklärbar sind, bei einer gesicherten Gonorrhoe oder Syphilis (nach Ausschluss einer kongenitalen Infektion), bei einer Schwangerschaft oder beim Nachweis von Spermien oder Spermabestandteilen in oder auf dem Körper eines Kindes bzw. seiner Kleidung. Dennoch erfüllt die Untersuchung eine wichtige Funktion durch die ärztliche Botschaft körperlicher Intaktheit und Gesundheit des Opfers bzw. die Aussicht auf Heilung erlittener Verletzungen. Medizinische Interventionen umfassen die Behandlung und chirurgische Versorgung von anogenitalen Verletzungen, die Prophylaxe bzw. Therapie von Infektionen oder Geschlechtskrankheiten und die Notfallkontrazeption bei Adolescenten. Die weiterführende Betreuung und die Interventionen in therapeutischen, sozialen und rechtlichen Bereichen sind nicht mehr die primäre Aufgabe des medizinischen Experten. Er nimmt an der Zuweisung zu einer Therapie und an der emotionalen Führung der Familie teil und assistiert dem Rechtssystem in Fällen mit hinweisenden oder bestätigenden forensischen Befunden. Deswegen ist eine umfassende interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit in allen Verdachtsfällen eines sexuellen Missbrauchs von größter Bedeutung. Trotz des hier skizzierten Stellenwertes der medizinischen Untersuchung, basiert die Diagnose des sexuellen Kindesmissbrauchs nach wie vor in erster Linie auf der qualifiziert und einfühlsam erhobenen Aussage des Kindes.

Zusammenfassung

Beim größten Teil sexuell missbrauchter Kinder finden sich keine auffälligen körperlichen Befunde. Daher spielt im Gegensatz zur körperlichen Misshandlung der forensisch-diagnostische Aspekt nur eine untergeordnete Rolle bei der medizinischen Beurteilung.

Entsprechende korrekt erhobene und dokumentierte Befunde bei einer Minderheit der Opfer können in ausgewählten Fällen dennoch eine wichtige Rolle zur Unterstützung der Glaubwürdigkeit spielen, bzw. gelegentlich bei präverbalen oder nonverbalen behinderten Kindern die Diagnose ermöglichen. In einigen Fällen kommt es zu Verletzungen, Infektionen oder drohender Schwangerschaft, die medizinisch behandelt oder verhütet werden müssen. Dies erfordert kinder- und jugendgynäkologische Grundkenntnisse der normalen Anatomie, von Normvarianten, pathologischen Befunden unterschiedlicher Wertigkeit und einiger Differenzialdiagnosen. Auch in medizinisch nicht diagnostizierbaren Fällen sexuellen Missbrauchs kann die medizinische Untersuchung für die Opfer wichtig für die Verarbeitung der Traumatisierung sein. Ein verzerrtes und pathologisches Körper selbstbild kann durch die ärztliche Bestätigung körperlicher Normalität und Intaktheit korrigiert werden. Mediziner können somit eine wichtige therapeutische Botschaft in den diagnostischen Prozess integrieren. Voraussetzung ist eine schonende, kindgerechte und niemals erzwungene Durchführung der Untersuchung. Grundkenntnisse psychischer Zusammenhänge sind wichtig für einen adäquaten Umgang mit den Opfern. Grundsätzlich sind medizinische Diagnostik und Intervention nur als Bestandteil eines multiprofessionellen Helfersystems sinnvoll und effektiv.

Weitere Informationen und Fortbildung Online unter: www.dggkv.de

Literatur

1. American Academy of Pediatrics (AAP) (1999) Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 103:186-191. www.aap.org/policy/re9819.html
2. American Academy of Pediatrics (AAP) (2001a) Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 107:1476-1479. www.aap.org/policy/re0067.html
3. American Academy of Pediatrics (AAP) (2001b) Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics* 108:508-512. www.aap.org/policy/0064.html
4. Adams, J.A. (2001) Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 6:31-36.
5. 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.
6. Bays, J. (2001) Conditions mistaken for child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S (Hrsg) *Child abuse: Medical diagnosis and management*. 2.Aufl. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia Baltimore New York London, S 287-306.
7. Beck-Sagué, C.M., Solomon, E. (1999) Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: Review of selected literature. *Clin Infect Dis* 28:S74-S83.
8. Berenson, A.B. (1998) Normal anogenital anatomy. *Child Abuse Negl* 22:589-596.
9. Christian, C., Lavelle, J., Dejong, A., Loiselle, J., Brenner, L., Joffe, M. (2000) Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 106: 100-104

10. De San Lazaro, C. (1995) Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Arch Dis Child* 73:174-176.
11. Finkel, M.A., DeJong, A.R. (2001) Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S (Hrsg) *Child abuse: Medical diagnosis and management*. 2.Aufl. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia Baltimore New York London, S 207-286.
12. Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 26:645-659.
13. Herrmann, B., Navratil, F., Neises, M. (2002). Sexueller Missbrauch an Kindern. Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150: 1344-1356.
14. Herrmann, B., Navratil, F. (2004) Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. In: Sultan C (Hrsg.) *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice*. Karger, Basel, Paris, London, S.77-105.
15. McCann, J. (1998) The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse Negl* 22:605-616.
16. Navratil, F. (1997) The genital examination in suspected child sexual abuse. A diagnostic dilemma. *Ann N Y Acad Sci* 816:414-21.
17. Raupp, U., Eggers, C. (1993) Sexueller Mißbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Monatsschr Kinderheilkd* 141: 316-322

Dr. med. Bernd Herrmann
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 des Klinikums
 Ärztliche Kinderschutz- und Kinder-
 gynäkologieambulanz
 Mönchebergstr. 43
 34125 Kassel
 Tel: +49-561-980 3389
 Fax: +49-561-980 6951
 E-Mail: herrmann@klinikum-kassel.de
 Internet: www.kindesmisshandling.de,
www.dggkv.de Red.: Christen