

Verletzung der sexuellen Integrität

Vorgehen und Interpretation der Befunde

Der Aufwand für die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die einen sexuellen Missbrauch erlitten haben, darf nicht unterschätzt werden. Es braucht Geduld und ein empathisches, dem Alter angepasstes Vorgehen. Im Folgenden werden das empfohlene Prozedere und die Bewertung der Befunde erläutert.

Von Renate Hürlimann und Kerstin Ruoss

Die Prävalenz sexueller Übergriffe beträgt weltweit bei Mädchen 18 Prozent, bei Knaben 8 Prozent. Auch die Schweizer Zahlen bestätigen dies in der Optimusstudie 2010 (1). 6749 Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren wurden anonymisiert befragt. 22 Prozent der Mädchen und 8 Prozent der Knaben erlebten sexuelle Übergriffe mit Körperkontakt. 3 Prozent der Mädchen und 0,5 Prozent der Knaben gaben eine Penetration (oral, vaginal oder anal) an. 5 Prozent der Mädchen erlebten einen Penetrationsversuch. 32 Prozent der Knaben und 27 Prozent der Mädchen bestätigten, dass sexuelle Übergriffe mehr als 5-mal stattgefunden hatten.

Die psychische und die psychosexuelle Traumatisierung sowie die damit verbundenen Gesundheitskosten sind hoch. Viele Betroffene outen sich nie oder erst spät, zum Beispiel wenn sie selbst Eltern sind und sexuelle Übergriffe bei ihrem Kind vermuten. Die Betroffenen erleben tief greifende Scham- und Schuldgefühle, leiden lebenslang an vermindertem Selbstwertgefühl und dessen Konsequenzen (Depression, Angststörung usw.). Chronisch Kranke sowie körperlich und geistig Behinderte sind wahrscheinlich doppelt so häufig betroffen als gesunde Kinder.

Definition des sexuellen Missbrauchs

Sexueller Missbrauch wird wie folgt definiert: Einbezug von Kindern und Jugendlichen in sexuelle Aktivitäten, wobei sie entwicklungs-mässig nicht fähig sind, als gleichberechtigte Personen einzuwilligen. Erwachsene beziehungsweise deutlich ältere Personen als das Opfer nutzen ein Machtverhältnis mit oder ohne Zwang für sexuelle Erregung oder Befriedigung aus. Das Spektrum reicht von Einbezug in sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt (z. B. Pornografie, Masturbation) bis zu invasiven Handlungen wie Penetration (oral, vaginal, anal).

Voraussetzungen für die Untersuchung

Der Umgang mit dem Thema erfordert eine hohe Sensibilität von Ärztinnen und Ärzten sowie von allen beteiligten Fachpersonen. Die Devise lautet zudem: «Kinderschutz nicht allein!» Immer soll der Verdacht oder der Tatbestand von den verschiedenen Experten aus dem Kinderschutzteam beurteilt werden. Die Kinderschutzgruppen der Kinderkliniken in der Schweiz haben gemeinsame Empfeh-

lungen erstellt, welche die Vorgehensweise beschreiben (2).

Für die anogenitale Untersuchung ist ein Kolposkop mit Foto- und/oder Videodokumentation heute Standard (Abbildung 1). Dies ist notwendig für die Befunddokumentation insbesondere von frischen Verletzungen, für die Diskussion mit Experten und die Verhinderung einer Retraumatisierung durch Folgeuntersuchungen für Gutachten.

Die anogenitale Untersuchung soll von speziell ausgebildeten und erfahrenen Ärztinnen und Ärzten (meist Kinder- und Jugendgynäkologinnen und Rechtsmediziner) durchgeführt werden. Sie kennen die Normvarianten, Pathologien und dermatologischen Krankheitsbilder des Anogenitalbereichs.

Der zeitliche Aufwand für die Anamnese, den Beziehungsaufbau, die forensische Spurensicherung und die kolposkopische Dokumentation darf nicht unterschätzt werden. Es braucht Geduld und ein empathisches, dem Alter angepasstes Vorgehen.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden meist von einer Bezugsperson begleitet. Diese ist in das Gespräch einzubeziehen, denn sie hat oft einen positiv unterstützenden Einfluss bei der Untersuchung. Die Anatomie des Genitales wird während der Untersuchung aufgezeichnet oder an einem Bild demonstriert (Abbildung 2). Dabei ist es wichtig, zu erklären, dass keine Instrumente (Spekulum) für die Untersuchung nötig sind. Für die meisten Kinder und Jugendlichen ist es die erste



Abbildung 1: Kolposkop

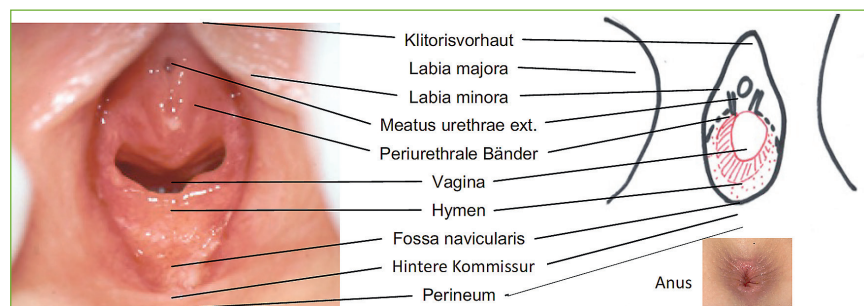


Abbildung 2: Anatomie des weiblichen Genitals

anogenitale oder gynäkologische Untersuchung. Die einfühlsame Aufklärung über den Ablauf erleichtert die forensische Untersuchung. Jugendliche haben Anspruch auf Untersuchung ohne Bezugsperson, nur bei einer Strafanzeige ist eine Rechtsmedizinerin oder Polizistin (im Hintergrund) anwesend. Dasselbe gilt für Knaben und männliche Jugendliche, mit dem Angebot eines männlichen Untersuchers beziehungsweise Arztes.

Anamnese

Sie umfasst neben der patientenbezogenen und der psychosozialen Anamnese auch die aktuelle emotionale Befindlichkeit. Es ist meist nicht sinnvoll, genaue Details zum Tatvorgang zu erfragen, diese sind oft schon bekannt (Polizei, Bezugsperson). Eine zusätzliche detaillierte Befragung würde die Betroffenen und Angehörigen unnötig belasten. Je nach Alter und Situation erfolgt ein getrenntes Gespräch. Jugendliche sollten aufgrund der Patientenschweigepflicht allein befragt werden, da nicht wenige in der Vergangenheit sexuell aktiv waren und Eltern davon nichts wissen. Die anogenitalen Befunde müssen in diesem Kontext bewertet werden.

Hilfreich sind einleitende Worte wie: «Ich bin eine Ärztin, die speziell Kinder und Jugendliche untersucht, welche Unangenehms erlebt haben, das heisst eine Person hat Grenzen nicht akzeptiert und etwas getan, was nicht richtig ist. Möchtest du mir sagen, warum du hier bist?»

Klinische und anogenitale Untersuchung

Diese erfolgt immer mit dem Einverständnis des Kindes oder Jugendlichen. Die Untersuchung beinhaltet vor der genitalen die Ganzkörperuntersuchung mit Fokus auf physische Verletzungen (Hämatome, Kratzspuren, konjunktivale Blutungen, enorale Verletzungen, Selbstverletzungen) inklusive Fotodokumentation (Masstab und Farbskala) der Befunde. An Orten der Berührung und bei möglichen Spermarückständen erfolgt die forensische Spurensicherung. Bei der Untersuchung sollen sich die Kinder oder Jugendlichen nur etappenweise aus- und anziehen, sodass sie nie nackt sind. Erst am Schluss erfolgte die anogenitale Untersuchung! Kleider, Slips, Bettlaken usw. werden asserviert.

Kasten:

Beurteilung anogenitaler Befunde (Adams' Schema)

Abschnitt 1: körperliche Befunde

A: Befunde seit dem Neugeborenenalter und bei nicht missbrauchten Mädchen

- alle Normvarianten des Hymens (Hymen bifenestratus, imperforatus, altus, mikroperforatus und fimbrinös gelappt erscheinendes Hymen)
- Kerben oberhalb der 3-bis-9-Uhr-Linie am Hymen
- Kerben nicht annähernd an die Basis reichend unterhalb der 3-bis-9-Uhr-Linie
- schmaler Hymensaum mit gross erscheinendem Introitus
- periurethrale oder vestibuläre Bänder
- intravaginale Falten
- Diastasis ani und sichtbare Linea dentata und pectinata bei voll dilatiertem Anus
- perianale Hautanhängsel
- urethrale Dilatation
- anatomische Mittellinien
- Merkmale wie «midline fusion defect» am Perineum, Grübchen in der Fossa navicularis, mediane Raphe und Linea vestibularis

B: Befunde medizinischer Ursache ohne Trauma

- Erythem genital und anal
- Labiälsynechie
- Friabilität der hinteren Kommissur
- Ausfluss (ohne STD)
- Analfissuren
- venöse Schwellung und «pooling» perianal
- anale Dilatation in Narkose oder bei Obstipation

C: Befunde anderer Ätiologie, welche an Missbrauch denken lassen

- Urethralprolaps
- Lichen sclerosus der Vulva und perianal
- genitale Ulzera
- bakteriell oder viral bedingte Entzündungen, Soor
- Rektalprolaps

D: kein Expertenkonsensus bezüglich des Verdachts auf Missbrauch

- komplette anale Dilatation des inneren und äusseren Sphinkters in Abwesenheit von Obstipation, Anästhesie, Enkopresis und neuromuskulärer Erkrankung
- Kerbe oder Spalte unterhalb der 3-bis-9-Uhr-Linie nahezu an der Basis, aber ohne komplette Dissektion
- komplette Spalte/Transektion auf die Basis des Hymens

E: Befunde durch Verletzung (ohne nachvollziehbare Anamnese sehr verdächtig für sexuellen Missbrauch), bei «straddle injury» (Spreizverletzung) adäquater Unfallhergang nachvollziehbar; akutes Trauma

- Rissquetschwunde (RQW), Hämatom der Vulva, des Anus, des Skrotums, des Penis, der Glans oder des Perineums
- RQW der hinteren Kommissur, Vestibulum (ohne Hymen)
- Hämatom, Schürfung und Petechien am Hymen
- Verletzung der Vagina
- perianale RQW
- abgeheilte Verletzungen: perianale Narben, Narbe in der hinteren Kommissur oder in der Fossa navicularis, komplette Transektion des Hymens bis auf die Basis unterhalb 3-bis-9-Uhr-Linie, Beschneidung von Mädchen (female genital cutting)

Abschnitt 2: Infektionen

A: Infektionen ohne Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch

- bakterielle Vaginitis, Soor
- genitale Ulzera (Lipschutz, M. Behçet)

B: meist nicht sexuell übertragen, aber sexuelle Übertragung möglich

- Mollusca contagiosa (selten sexuell übertragen)
- Condyloma accuminata, > 5. Lebensjahr eher sexuell übertragen
- Herpes I und II

C: Infektionen durch sexuellen Kontakt

- Gonokokken genital, anal und oral
- Syphilis
- Chlamydien rektal und genital (ausser perinatal)
- Trichomonaden (ausser perinatal)
- HIV (Kontamination mit med. Material ausgeschlossen)

Abschnitt 3: definitiv beweisend für sexuellen Missbrauch

- Schwangerschaft
- Forensik: Sperma auf dem Körper des Opfers

Quelle: vereinfacht nach (3)

Die anogenitale Untersuchung erfolgt in Rückenlage (*Abbildung 5A*), mit einer Inspektion der Vulva, des Vestibulums und des Anus unter kolposkopischer Vergrößerung. Mit der Separationstechnik (*Abbildung 3A*) werden der Mons pubis, die inneren und äusseren Labien, die Klitorisvorhaut, die Interlabialspalten und das Perineum inspiziert. Mit der Traktionsmethode (*Abbildung 3B*) ist das Vestibulum mit Harnröhrenöffnung und Hymen sowie dem vorderen Anteil der Vagina gut einsehbar. Ist das Hymen nicht beurteilbar, zum Beispiel bei Aneinanderkleben des Hymenrandes, kann es mit warmem NaCl «aufgeschwemmt» werden. Bei präpubertären Mädchen findet die Untersuchung zusätzlich in Knieellbogenlage (*Abbildung 5B*) statt. Bei dieser entfaltet sich das Hymen durch die Schwerkraft, und die Konturen sind so betreffend der Breite des Randsaumes und der Kerben besser zu beurteilen (*Abbildung 4*). Beim östrogenisiertem Hymen wird der Hymensaum mit einem feuchten Wattestäbchen unterfahren, um Dehiszenzen beziehungsweise deren Tiefe darzustellen. Die Inspektion der Perianalgegend und des Afters erfolgt standardgemäss am Schluss in linker Seitenlage.

Bei Übergriffen innerhalb der letzten 72 Stunden erfolgt eine sorgfältige forensische Spurensicherung: Mit einem NaCl befeuchteten Wattestäbchen (aus dem «forensic kit») wird die Haut der Vulva, des Mons pubis und des Vestibulums sowie interlabial «abgerollt». Bei Ausfluss, Status nach Penetration oder Penetrationsversuch und immer bei Jugendlichen erfolgt ein Chlamydien- und Gonokokkenscreening (PCR) aus dem Vaginalsekret (präpubertal mit Absaugkatheter); bei analer Penetration auch anal.

Bei Knaben erfolgt eine analoge kolposkopische Untersuchung mit Augenmerk auf Verletzungen am Präputium, am Frenulum, an der Glans und am Anus. Ein Chlamydien- und Gonokokkenabstrich anal und bei orogenitalem Kontakt am Pharynx gehören dazu.

Zeitpunkt der forensischen Spurensicherung

Das Zeitintervall zwischen Verletzung der sexuellen Integrität und der Untersuchung ist wichtig. Es gilt die 72-Stunden-Regel: Bei Übergriffen innerhalb weniger als 72 Stunden sollte eine möglichst zeitnahe Untersuchung stattfinden. Ebenfalls ist bei unbekanntem Täter eine Postexpositionsprophylaxe (HIV, Hepatitis B, Syphilis, Chlamydien, Gonokokken) zu erwägen.

Liegt der Missbrauch > 72 Stunden zurück, ist keine notfallmässige Vorstellung nötig, es sei denn, es liegen anamnestisch noch sichtbare körperliche Befunde, genitale Blutungen oder vulväre Dysurie vor.

Beurteilung anogenitaler Befunde (Adams' Schema)

Eine 10-köpfige Expertengruppe um Joyce Adams erarbeitet regelmässig Updates auf der Basis der aktuellen Literatur als Interpretationshilfe für Befunde im Zusammenhang mit Verletzungen der sexuellen Integrität. Die letzte Ausgabe stammt aus dem Jahr 2018 (3). Die Interpretationshilfe ist weltweit anerkannt und sehr hilfreich für die Interpretation von anogenitalen Befunden, aber auch für Normvarianten und sexuell übertragene Krankheiten. Es werden mehrere Abschnitte unterschieden (s.



Abbildung 3: Separation (A) und Traktion (B): deutliche U-förmige Kerbe des Hymens

Kasten), und es wird ersichtlich, wie anspruchsvoll die Beurteilung der anogenitalen Befunde ist. Sie müssen immer im Kontext der Anamnese gewertet werden. So wird die Zusammenfassung auch als «approach to the interpretation of medical und laboratory findings to child sexual abuse» betitelt.

Wirklich beweisend sind letztlich nur eine Schwangerschaft und das Auffinden von Sperma! Jedoch sind die Befunde aus Abschnitt 1 (E) ohne klare Evidenz für eine Spreizverletzung hoch suggestiv für ein sexuelles Trauma. Sexuell übertragene Erreger (Abschnitt 2, C), insbesondere Gonokokken, sind ebenfalls hoch suggestiv beziehungsweise diagnostisch für sexuellen Missbrauch, wenn die perinatale Übertragung ausgeschlossen.

Die Expertengruppe ist sich weiterhin einig betreffend der Spalten/Kerben/Dehiszenzen am Hymen unterhalb der 3-bis-9-Uhr-Linie (*Abbildung 4*). Nach unserer Erfahrung handelt es sich meist um abgeheilte Verletzungen. Kopfzerbrechen bereiten zudem die Befundung und die Beurteilung des Anus, vor allem im Zusammenhang mit chronischen analen Penetrationen. Hier sind die sexuell übertragenen Erreger Chlamydien und Gonokokken und die akute Verletzung hoch suggestiv beziehungsweise diagnostisch für ein sexuelles Trauma.

Aus Erfahrung wissen wir, dass Verletzungen wie Petechien, Abrasionen und Hämatome innert kurzer Zeit (2 bis 14 Tage) abheilen. Die meisten Hymenaleinrisse heilen folgenlos ohne Narbenbildung, auch präpubertär, wahrscheinlich mit Ausnahme der vollständigen Transsektionen (bis auf die Basis reichend). Beim östrogenisierten Hymen ist das Aus-

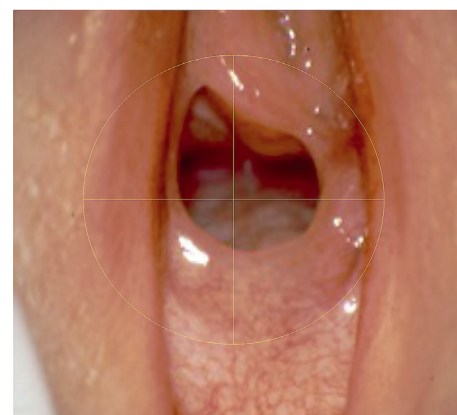


Abbildung 4: Die 3-bis-9-Uhr-Linie

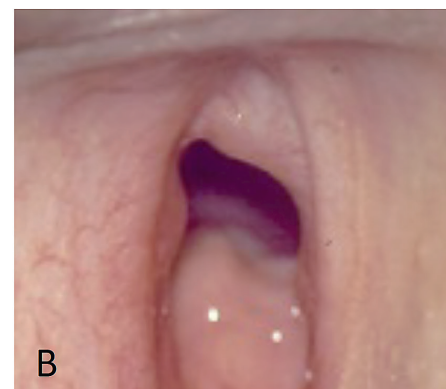
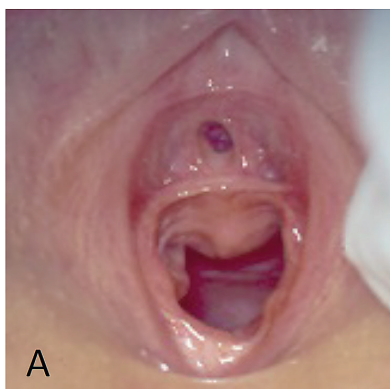


Abbildung 5: Inspektion des weiblichen Genitales in Rückenlage (A) und in Knieellbogenlage (B)



Abbildung 6: Frische Verletzung, ca. 24 Stunden alt (A), nach einem Monat (B)



Abbildung 7: Dehiszenz des Hymens bis knapp auf die Basis 4 Wochen nach sexuellem Trauma

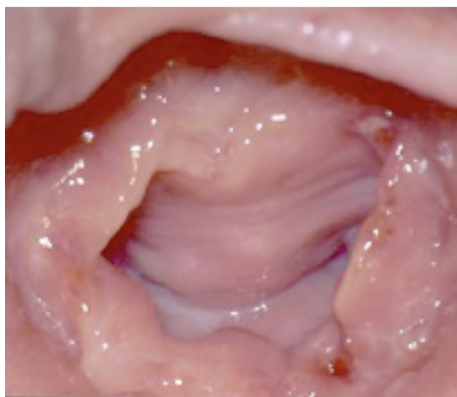


Abbildung 8: Untersuchung innerhalb von 48 Stunden mit frischer Verletzung bei 2 und 5 Uhr (Rückenlage)

glätten noch stärker (Abbildungen 6 bis 8). In einer kürzlich publizierten Studie in Kanada (4) wurden anogenitale Untersuchungen ausgewertet (Alter der Patienten 0 bis 18 Jahre, 83% weiblich, 17% männlich). Diagnostische Befunde fanden sich bei 13,9 Prozent der 12- bis 18-Jährigen und bei 2,2 Prozent der <12-Jährigen. Erfolgte die Untersuchung innerhalb von 72 Stunden nach dem Übergriff, betrug die Erfolgsquote für diagnostische Befunde 17 Prozent, bei der Untersuchung nach mehr als 72 Stunden nur noch 4,5 Prozent.

Die meisten Übergriffe geschehen durch Berührungen, und sie hinterlassen keine sichtbaren Verletzungen. Kleine und/oder nonverbale Kinder sind oft nicht in der Lage, klare Aussagen zu machen, und die Untersuchungsbehörden befragen die Kinder meist erst ab dem 4. bis 5. Lebensjahr.

Die forensische Spurensicherung wird in der Schweiz nur bei Strafanzeige respektive bei einem Strafverfahren ausgewertet. Sie wird aber für 12 Monate für eine spätere Auswertung aufbewahrt. Trotz niedriger Erfolgsquote ist die anogenitale Untersuchung bei sexuellem Missbrauch, wenn sie von einer erfahrenen Ärztin oder einem erfahrenen Arzt durchgeführt wird, wichtig. Einerseits dient sie der Erfassung diagnostischer

Befunde und möglicher Infektionen. Andererseits darf ein sehr wichtiger Aspekt nicht unterschätzt werden: die Bestätigung der physischen Normalität, Integrität und Gesundheit. Aussagen wie «Du bist okay, du bist gesund. Gut, dass du darüber gesprochen hast.» tragen zur psychischen Bewältigung bei, und sie verhelfen zu einer positiven Körperwahrnehmung.

Opferhilfe

Seit 1993 existiert in der Schweiz das Opferhilfegesetz. Jede betroffene Person hat Anspruch auf kostenlose und anonyme Beratung. Die Fachpersonen informieren über die Rechte, und sie vermitteln Anwälte und psychologische Begleitung (5). Die Kinderschutzgruppe des Kinderspitals Zürich ist zugleich eine Opferhilfeberatungsstelle des Kantons Zürich, was der Vernetzung der Betroffenen sehr entgegenkommt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Renate Hürlimann
Abteilungsleiterin Kinder- und Jugendgynäkologie
Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
E-Mail: renae.huerlimann@kispi.uzh.ch

Interessenlage: Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

Literatur:

1. www.optimusstudy.org
2. Wopmann M: Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken. Paediatrica. 2017. <https://www.paediatricschweiz.ch/empfehlungen-fur-die-kinderschutzarbeit/Empfehlungen-fur-die-Kinderschutzarbeit-an-Kinderkliniken>
3. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND: Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2018;31(3):225-231.
4. Smith TD et al.: Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2018;31(2):79-83.
5. www.opferhilfe-schweiz.ch