

Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch

- Trauma vermeidend,
forensisch, evidenzbasiert?

Evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlungen der AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Kindesvernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik



Bernd Herrmann
Kinderschutz- & Kindergynäkologie Ambulanz, Kinderschutzgruppe

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG

Fragen

3 Referenz-Leitlinien

Unterteilung der **drei Leitlinien** und **22 eingeschlossene Studien** in vier Bereiche, mit erheblichen Evidenzunterschieden

1. kindergynäkologische Untersuchung
2. Spurensicherung
3. sexuell übertragbare Erreger
4. sexualisiertes Verhalten



Zugrundegelegte/ ergänzte Leitlinien

2016 Mini-Review

Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused



Joyce A. Adams MD^{1,2}, Nancy D. Kellogg MD², Karen J. Farst MD³, Nancy S. Harper MD⁴, Vincent J. Palusci MD, MS⁵, Lori D. Frasier MD⁶, Carolyn J. Levitt MD⁷, Robert A. Shapiro MD⁸, Rebecca L. Moles MD⁹, Suzanne P. Starling MD¹⁰

Review

Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018



Joyce A. Adams MD^{1,2}, Karen J. Farst MD³, Nancy D. Kellogg MD³

¹ Department of Pediatrics, University of California, San Diego School of Medicine, La Jolla, California (retired)
² Department of Pediatrics, University of Wisconsin for Medical Sciences, 4300 Rock Hill, Wisconsin
³ Department of Pediatrics, Division of Child Abuse, University of Texas Health Science Center, San Antonio, Texas

2018

2017

CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN[®]

Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault

James E. Crawford-Jakubiak, MD, FAAP¹; Elizabeth M. Alderman, MD, FAAP, SARM²; John M. Laveenthal, MD, FAAP³; COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT; COMMITTEE ON ADOLESCENCE

The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected

Carole Jenny, James E. Crawford-Jakubiak and COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT

Pediatrics 2013;132:e558; originally published online July 29, 2013;
DOI: 10.1542/peds.2013-1741

2013

2009

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN[®]

Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

Clinical Report—The Evaluation of Sexual Behaviors in Children

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG

Prämisse

Somatische Befunde beim sexuellen Kindesmissbrauch selten, oft wenig ausgeprägt und in signifikanter Beziehung zum Abstand des letzten Ereignisses, daher:

- **Einzelbefunde**, aus den unterschiedlichen diagnostischen Maßnahmen, möglichst **vollständig in Gesamtbewertung** mit beziehen.
- Bewertung obligat im **multiprofessionellen Team**.
- Nach Durchführung der Handlungsempfehlungen **oft mehrere Möglichkeiten des weiteren Vorgehens**, insbesondere bei Wichtung der Ergebnisse und daraus resultierender Bestätigung der Diagnose bzw. späterer Therapieansätze.

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



Besonderheiten medizinischer Befunderhebung

Die Mehrheit der Opfer
sexuellen Kindesmissbrauchs (ca. 90-95%)
haben körperliche Normalbefunde

"It's normal to be normal"

Adams 1994

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG

Child Maltreat. 2011 May;16(2):79-101. Epub 2011 Apr 21.

A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ.

Centre for Child and Family Studies, Leiden University, Leiden, The Netherlands.

CHILD MALTREATMENT

Metaanalyse 217 Artikel 1980-2008

Gesamt 331 Studien, $n = 9,91$ Mio

Prävalenz 12,7%

♀ 18 %

♂ 7,6 %

Pereda (2009), 63 Prävalenzstudien: ♀ 19,7 %, ♂ 7,6 %

Pereda N et al. Child Abuse Negl 33: 331-342

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



Kurzfassung der Empfehlungen

1. Angepasste Untersuchung aller Kinder mit V.a. SM (freiwillig), Ausmaß und Timing individuell festlegen; mit körperlicher Untersuchung, Infektionsdiagnostik, Spurensuche, forensisches Interview, psychischer Status
2. Bei akutem Übergriff Becken Trauma ausschließen.
3. Empfehlungen zum technischem Ablauf der Untersuchung
4. Untersuchung durch Erfahrenen, Foto-/Video Dokumentation, Adams Leitlinie
- 5.-8. Timing; Forensik, strukturierte Anamnese, Infektionsdiagnostik, SS-Test sofort wenn Abstand < 24 h, zeitnah wenn Abstand bis 7 Tage (aber > 24h), anbieten, wenn > 1 Woche

Kurzfassung der Empfehlungen

- **9./10./16.** Empfehlung zu Details des Screenings auf sexuell übertragene Infektionen (STI), ggf. Postexpositionsprophylaxe (PEP); bei Nachweis STI dem V.a. auf SM nachgehen!
- **11.** SS Ausschluss/Testung bei entsprechender Altersgruppe
- **12./13.** Empfehlung zu Details der forensischen Untersuchung, Toxikologie
- **14./15.** Empfehlung zur Durchführung geschlechts-/altersspezifischer Exploration des psychischen Status, etwaiger Traumatisierung und Einschätzung sexualisierten Verhaltens



Handlungsempfehlungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

20.1 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung Starker Konsens (97%)

Alle Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollen* geschlechts- und entwicklungspezifisch untersucht werden.

Keine Untersuchung soll* gegen den Willen des Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden.

Die Notwendigkeit und Festlegung des Datums der u.g. Untersuchungen sind abhängig von der Zeitspanne zwischen dem angegebenen sexuellen Übergriff und dem Untersuchungszeitpunkt (siehe 20.5-20.8 und Tabelle 20.1).

Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese# sollen* ein/e

- anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops (siehe 20.4)
- Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger
- Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)
- Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)
- forensisches Interview (4 - 18 Jahre)
- Feststellung des psychischen Status

erfolgen. Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen sollen* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden.

Die Ergebnisse aller Untersuchungen sollen* gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

Quelle: Adams et al. 2015/2018; Campbell et al.2009; Crawford-Jakubiak et al.2015; Girardet et al. 2011; Killough et al. 2015

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Knackpunkt: Differenzierung des „Verdacht auf sexuellen Missbrauch !?“

- **Wahrscheinlichkeit auffälliger Befunde** und Ergebnisse infektiologischer bzw. forensischer Untersuchungen korreliert stark mit Art des möglichen Missbrauchs (und wie lange er zurückliegt!)
- Mangelnde **Zuverlässigkeit der Aussagen** hinsichtlich tatsächlichen Ausmaßes des Missbrauchs bzw. Fertigkeit des Untersuchers dies hinlänglich zu beurteilen
- Keine klare **Korrelation anamnestischer Angaben oder körperlicher Symptome mit dem Nachweis** infektiologischer bzw. forensischer Ergebnisse
- **Verfügbarkeit und fachliche Expertise des multiprofessionellen Teams** nicht immer gewährleistet

3. Empfehlungen zum technischem Ablauf der Untersuchung

20.3 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung Starker Konsens (100%)

Bei Mädchen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anale und kindergynäkologische Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in 4 Positionen durchgeführt werden:

1. Froschbein- oder Steinschnittlage
2. Knie-Brustlage
3. Seitenlage
4. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

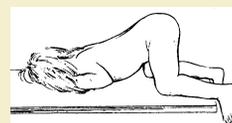
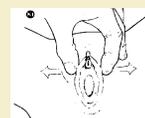
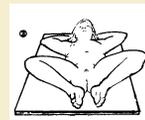
Bei Jungen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anogenitale Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in 3 Position durchgeführt werden:

1. Knie-Brustlage
2. Seitenlage
3. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien

Quelle: Adams et al. 2015/2018; Myhre et al. 2013

LoE 2+

Empfehlungsgrad B*



20.4 KKP (geändert 27.08.2018) Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine im Kinderschutz erfahrene/n Facharzt/ärztin mit besonderer Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik erfolgen. Die Untersuchung sollte* foto-, idealerweise videodokumentiert und nach den sogenannten **Adams-Kriterien** bewertet werden, um sie ggf. dem Peer-Reviewing zuführen zu können.

Die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen ist Voraussetzung für die Untersuchung (siehe 20.1).

Zum besseren Verständnis kann die Einteilung nach Befundkategorien

• Normalbefunde	
• Normvarianten	
• Differentialdiagnosen, die fälschlicherweise für einen Missbrauch gehalten werden	unauffällig
• Befunde durch Trauma und/oder Sexualkontakt	
○ Akute Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus, welche akzidental oder zugefügt sein können	
○ Residuen (heilender) Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus	auffällig
• Befunde, die auf eine akute oder heilende Verletzung der Genitalien und/oder des Anus hinweisen	

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.
In diesem Zeitraum soll* eine strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe 20.11) durchgeführt werden.

Quelle: Adams et al. 2015/2018

Empfehlungsgrad B*

DKGI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM Kassel
Ein Unternehmen der
Geundnet Nordhessen Holding AG

KKP („Leitliniensprech“)

Wenn es für eine Behandlungsmethode keine experimentellen wissenschaftlichen Studien gibt, diese nicht möglich sind oder nicht angestrebt werden, das Behandlungsverfahren aber dennoch allgemein üblich ist und innerhalb der Konsensusgruppe eine Übereinkunft über das Verfahren erzielt werden konnte, so erhält diese Methode die Empfehlungsstärke **Good Clinical Practice (GCP, synonym: KKP = *Klinischer Konsensuspunkt*)**.



Review

Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018



Joyce A. Adams MD^{1,*}, Karen J. Farst MD², Nancy D. Kellogg MD³

¹ Department of Pediatrics, University of California, San Diego School of Medicine, La Jolla, California (retired)

² Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas

³ Department of Pediatrics, Division of Child Abuse, University of Texas Health Science Center, San Antonio, Texas

ABSTRACT

Most sexually abused children will not have signs of genital or anal injury, especially when examined nonacutely. A recent study reported that only 2.2% (26 of 1160) of sexually abused girls examined nonacutely had diagnostic physical findings, whereas among those examined acutely, the prevalence of injuries was 21.4% (73 of 340). It is important for health care professionals who examine children who might have been sexually abused to be able to recognize and interpret any physical signs or laboratory results that might be found. In this review we summarize new data and recommendations concerning documentation of medical examinations, testing for sexually transmitted infections, interpretation of lesions caused by human papillomavirus and herpes simplex virus in children, and interpretation of physical examination findings. Updates to a table listing an approach to the interpretation of medical findings is presented, and reasons for changes are discussed.

Key Words: Child sexual abuse, Sexually transmitted diseases, Medical findings

Adams JA et al. (2018) Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 31: 225-231 [www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(17\)30542-9/fulltext](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(17)30542-9/fulltext) (**open access!**)

Das Adams Schema 2016

- ❶ - Befunde bei Neugeborenen oder nichtmissbrauchten Kindern
Findings documented in newborns or commonly seen in non-abused children
- ❷ - Befunde ohne Expertenkonsensus der Interpretation bzgl. SKM
Findings with no expert consensus on interpretation with respect to sexual contact or trauma
- ❸ - Durch Trauma und/oder sexuellen Kontakt verursachte Befunde
Findings caused by trauma and/or sexual contact

Adams JA (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29: 81-87: www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext



Das aktuelle Adams Schema 2018

> Sektion 1 - Körperliche Befunde

- **A.** Befunde bei Neugeborenen oder nichtmissbrauchten Kindern
- **B.** Befunde zumeist durch andere medizinische Ursachen als Trauma oder sexuellen Kontakt verursacht
- **C.** Anderweitige Befunde, die mit sexuellem Missbrauch verwechselt werden können
- **D.** Befunde ohne Expertenkonsensus hinsichtlich ihrer Signifikanz
- **E.** Befunde durch Trauma

> Sektion 2 - Infektionen

- **A.** Infektionen ohne Zusammenhang mit sexuellem Kontakt
- **B.** Infektionen, die sowohl sexuell, als auch nichtsexuell übertragen werden können
- **C.** Infektionen durch sexuellen Kontakt, sofern durch entsprechende Testung bestätigt und nach Ausschluss perinataler Übertragung

> Sektion 3 - Diagnostische Befunde für sexuellen Kontakt

- Schwangerschaft
- Nachweis von Spermien oder Sperma direkt vom Körper eines Kindes

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM Kassel
 Ein Unternehmen der
 Gesundheit Nordhessen Holding AG

5.-8. Timing und Ausmaß

20.5 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

In diesem Zeitraum soll* eine strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe 20.11) durchgeführt werden.

Quelle: Adams et al. 2015/2018; Campbell et al. 2009; Hornor et al. 2012; McCann et al. 2007; Palusci et al. 2006; Watkeys et al. 2008;

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad A*

20.7 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe 20.5 und 20.6) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, sollte* eine anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch 20.1).

Quelle: Hobbs et al. 2014

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad B*

20.6 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (innerhalb der ersten 24 Stunden; siehe 20.5), sollte* eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung möglichst zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal 7 Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

Im Rahmen dieser Vorstellung sollte* die strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), Schwangerschaftstest (siehe 20.11) und das Forensische Interview (4-18 Jahre) durchgeführt werden (siehe Tabelle 20.1).

Quelle: Adams et al. 2015/2018; Hornor et al. 2012; Watkeys et al. 2008

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad B*

20.8 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (90%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe 20.5 - 20.7), sollte* die strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe 20.11) auch nach einer Woche bis mehreren Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt werden und ein Forensisches Interview (4-18 Jahre) angeboten werden

Quelle: Hornor et al. 2012

LoE 3

Empfehlungsgrad B*

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM Kassel
 Ein Unternehmen der
 Gesundheit Nordhessen Holding AG



Timing der Untersuchung

• Notfall Untersuchung (*sofort*)

- ✓ Missbrauch < 24 her, Sorge um physische/psychische Sicherheit, Suizidgefahr, Spurensicherung, blutende Verletzungen, postkoitale Kontrazeption, Notwendigkeit HIV PEP

• Eilige Untersuchung (*zeitnah*)

- ✓ Missbrauch in zurückliegenden Tagen (72h - <1 Woche), ohne Notfallspekte

• Nicht-Eilige Untersuchung (*geplant*)

- ✓ Missbrauch bekannt geworden oder befürchtet, sexualisiertes Verhalten, letztmaliger Kontakt >1-2 Wochen, keine Notfallspekte

• Kontroll-Untersuchung (*geplant*)

- ✓ Unklare Befunde bei der Erstuntersuchung, Verlaufskontrolle von Befunden/ Verletzungen/Infektionen/STI, **unerfahrener 1.Untersucher < 100 Untersuchungen**

Adams JA (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81-87: www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG

Ausmaß der Untersuchung

• Anogenitale & gesamtkörperliche Untersuchung

- ✓ ...

• Infektiologische Diagnostik (STI), SS Test

- ✓ ...

• Forensische Spurensicherung

- ✓

• Strukturierte Anamnese

- ✓ z.B. SANE-P

Differenziert nach Vorstellungszeitpunkt!

erfolgen. Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen sollen* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden.

Die Ergebnisse aller Untersuchungen sollen* gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

Entsprechend Empfehlung 20.1

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



Screening auf sexuell übertragene Infektionen (STI)

20.9 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung **Starker Konsens (100%)**

Bei Kindern und Jugendlichen nach körperlich-sexuellen Übergriffen soll* folgendes auf folgende sexuell übertragbare Erreger untersucht werden

- Urinuntersuchung auf:

1. <i>Chlamydia trachomatis</i> 2. <i>Neisseria gonorrhoea</i> 3. <i>Trichomonas vaginalis</i>	}	Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Urin
• Anale Abstriche auf: 1. <i>Chlamydia trachomatis</i> 2. <i>Neisseria gonorrhoea</i>	}	Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Ausfluss sollen* oben genannte Erreger (1-3) zusätzlich in einem Abstrich des Exsudates mittels NAAT/PCR untersucht werden.

Verlaufskontrollen sollen* nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen. Auch die Prüfung der Indikation zur Durchführung einer Postexposition prophylaxe (zum Beispiel bei Verdacht auf HIV) soll* nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Jedes positive Laboregebnis soll* durch den jeweiligen erregerspezifischen Test (Konfirmationsuntersuchung) bestätigt werden.

Quelle: Andersen et al.2013; Adams et al.2015/2018; Esernio-Jensen et al. 2011; Girardet et al. 2009; Joki-Erkila et al. 2016; Ramos et al. 2006; Reading et al. 2007; Reading et al. 2014; Unger et al.2011

LoE 2++ bis 4 **Empfehlungsgrad A***

20.16 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung **Starker Konsens (100%)**

Bei Kindern und Jugendlichen mit Condylomata acuminata sollten* folgende Maßnahmen durchgeführt werden

1. Eigen- und Fremdanamnese auf Haut- und Genitalwarzen
2. HPV Impfanamnese
3. Sexual- und Missbrauchsanamnese
4. Untersuchung, inklusive anogenitaler, bzw. kindergynäkologischer Untersuchung

HPV bzw. Condylomata acuminata können sowohl durch Sexualkontakte als auch ohne Sexualkontakte übertragen werden. Die Ergebnisse der empfohlenen Maßnahmen (1-3) sollten* durch Spezialisten (z. B. im Kinderschutz erfahrene Fachärzte/ärztinnen, Virologen/innen oder Infektiologen/innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.

Quelle: **Empfehlungsgrad A***

LoE **Empfehlungsgrad A***

20.10 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung **Starker Konsens (100%)**

Bei Kindern und Jugendlichen mit dem Nachweis einer sexuell übertragbaren Erkrankung unklarer Genese soll* dem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch einschließlich Handel mit und Ausbeutung von Kindern nachgegangen werden (siehe 20.1 - 20.9).

Quelle: Adams et al.2015/2018; Crawford-Jakubiak et al.2015; Brayley-Morris et al. 2015

LoE 1+ **Empfehlungsgrad A***

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz



Knackpunkt: Indikation und Ausmaß des Screenings auf STI!

- **Prävalenz** stark abhängig von regionaler Prävalenz (USA versus Deutschland ca. 8-10-fach höhere Raten! USA 6,7% CT, 1,8% GO)
- Aktuelle LL differenziert wenig *wie wahrscheinlich* eine STI ist – potenzielle Überdiagnostik?
- **US Leitlinien:**
 - Screening bei klarem Hinweis auf Penetration Vagina/Anus, SM durch Fremdtäter;
 - Täter mit bekannter STI oder hohem Risiko,
 - Geschwister mit STI,
 - hohe regionale Prävalenz,
 - spezifische Symptomatik,
 - frühere STI
- Früheres Dogma „ohne Symptomatik keine STI“ weicht auf
- **Großzügigeres Screening** durch Noninvasivität + Akzeptanz von Urin PCR??
 - => Kosten?
 - => Klares Vorgehen/Konfirmationsdiagnostik bei positiven Befunden!

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz



Screening auf forensische Spuren, Toxikologie

20.12 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (93%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* in Abhängigkeit des Zeitraums zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen:

bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe 20.5 - 20.7):

- Fremd-DNA: Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Abstrich
- Samen: Mikroskopie des aufbereiteten Abstrichs
- Sperma: z.B. Saure Phosphatase

bezogen auf die Kleidung des Kindes/Jugendlichen, Bettwäsche, etc.:

- Fremd-DANN

Potenziell benetzte Kleidungsstücke (auch mehrfach gewaschene Kleidung) sollen* getrocknet und in Papier rechtssicher gelagert werden. Die erfolgreiche Untersuchung ist nachweislich noch Wochen bis Monate nach einem körperlich-sexuellen Übergriff möglich. Die Beweiskette soll* erhalten werden.

Die Laboruntersuchungen sollen* in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.

Quelle: Brayley-Morris et al. 2015; Thackeray et al. 2011

LoE 1+ bis 2+

Empfehlungsgrad A*

20.13 Klinischer Konsensuspunkt (Änderung am 27.08.2018 aufgrund Quell-Leitlinie)

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einer akuten Intoxikation sollte* eine toxikologische Untersuchung des (ersten) Urins und Serums zeitgleich mit der Spurensicherung durchgeführt werden.

Eine Rückstellprobe soll* in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium untersucht werden.

Quelle: Crawford-Jakubiak et al. 2015

Empfehlungsgrad B*

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG

20.14 Klinischer Konsensuspunkt (geändert am 27.08.2018 aufgrund der Quelle)

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* eine geschlechts- und entwicklungspezifische Exploration des psychischen Befindens und Diagnostik zur Feststellung einer möglichen Traumatisierung und zur Einschätzung des Grades der Traumatisierung durchgeführt werden.

Quelle: Crawford-Jakubiak et al. 2017

Empfehlungsgrad B*

20.15 KKP (geändert am 27.08.2018)

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder weiteren Formen der Kindeswohlgefährdung* sollte* ein sexualisiertes Verhalten entsprechend des Alters, des Geschlechts und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden.

Evidenz für die Einschätzung von sexualisiertem Verhalten liegt bei Kindern von 2 bis 6 Jahren vor (Beispiele sind in Tabelle 20.2 beschrieben)

Quelle: Kellogg et al. 2009/2013

Empfehlungsgrad B*

DGKI-DGKIM Sitzung AWMF Leitlinie Kinderschutz - Diagnostisches Vorgehen bei sexuellem Kindesmissbrauch - Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz

KLINIKUM
Kassel
Ein Unternehmen der
Gesundheit Nordhessen Holding AG



Knackpunkt: Ausmaß und Vorgehen bei Diagnostik gemäß Leitlinie - *Primum non nocere!?*

- Wieweit kann inadäquate, nicht kompetent durchgeführte, invasive Diagnostik schädigend wirken?
- Bereits erfolgte aber womöglich nicht ausreichende Modifikation im LL Prozess hinsichtlich differenzierter Indikationsstellung der jeweiligen Diagnostik
- CAVE zu strenge Korrelation sexualisierten Verhaltens mit tatsächlichem Missbrauch – Überdiagnostik?!?

Knackpunkt: Methodische Probleme genitaler Befunde oder wie dünn ist das Eis?



- Retrospektive Interpretation bei unbekanntem Ausgangsstatus
- Unsichere Korrelation kindlicher Aussagen zu Art und Ort der erlebten Verletzungen mit tatsächlichen Befunden (ab wann Konzept von „Penetration“)
- Restunsicherheit nicht diagnostizierten Missbrauchs bei „Normalpopulationen“ in Studien
- Gefahr von Zirkelschlüssen



Beispiel für Zirkelschlüsse

n = 236 gerichtlich verurteilte Täter, Befunde der Kinder mit Verurteilung korreliert, Annahme dass Befunde dieser Kinder tatsächlich missbrauchsassoziiert sind



Adams JA (1994) Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse
Pediatrics 94: 310-317

Kernbotschaften

- Ein normaler körperlicher Befund ist häufig
- Die Heilung anogenitaler Verletzungen verläuft schnell und meist vollständig;
- Nur selten beweisen einige wenige Befunde den sexuellen Missbrauch
- Genitale Messungen sind generell ungeeignet
- Die Begrenztheit der Evidenz ist zu berücksichtigen
- Normvarianten, akzidentelle Verletzungen und andere Differentialdiagnosen sind auszuschließen

Das Fehlen körperlicher Befunde kann sexuellen Missbrauch nie ausschließen !

Kernbotschaften

- Aktuelle Leitlinie beschreibt in dieser Form erstmals ein in großen Teilen sinnvolles und weitgehend evidenzbasiertes Vorgehen!
- Das enthebt nicht davon im Einzelfall die Anwendbarkeit der Empfehlungen für den jeweiligen Patienten individuell zu prüfen und ggf. zu hinterfragen!
- Eine differenzierte Betrachtung des Einzelfalls ist unerlässlich!
- Eine multiprofessionelle Prüfung wird gefordert und wäre wünschenswert, stößt aber an organisatorische und fachliche Grenzen.
- Bei der Bewertung der Evidenz sind grundsätzliche methodische Probleme zu berücksichtigen!

Kernbotschaften

- Diagnostisch tätige Kinderärzte sollen sich nicht als medizinischer Detektiv verstehen.
- Die Untersuchung bei v.a. sexuellem Missbrauch umfasst mehr als die reine Genitaluntersuchung, der Auftrag ist eine umfassende medizinische Betreuung eines möglicherweise traumatisierten Patienten!
- Die gründliche kinder- und jugendgynäkologische und allgemeine Anamnese erfasst die physische, emotionale und soziale Situation, Protokolle können dazu hilfreich sein.
- Verzicht auf jeglichen Zwang oder Druck, gründliche Vorbereitung, eine gute Kommunikation und die ehrliche Bereitschaft im Zweifel zum Verzicht auf die Untersuchung helfen eine sekundäre Traumatisierung zu vermeiden.
- Das Ausmaß und Umfang der Untersuchung und der diagnostischen Maßnahmen orientiert sich am Wohl des zu versorgenden Patienten und nicht an schematischen Protokollen oder Leitlinien oder an den Bedürfnissen von Ermittlungsbehörden.

