

Medizinischer Kinderschutz und sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen

In der Zusammenarbeit der Ärzte und Ärztinnen untereinander, mit allen anderen handelnden Personen im Gesundheitswesen und mit den SachbearbeiterInnen und SozialarbeiterInnen der Jugendhilfe in den Kommunen und Kreisen haben sich immer wieder unterschiedlichste Barrieren aufgetan, die im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt zu Missverständnissen, Fehleinschätzungen und damit auch zum teilweise gravierenden Nachteil für die geschädigten Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörigen mit deren sozialem Umfeld geführt haben (Fegert, Ziegenhain, Fangerau: Problematische Kinderschutzverläufe; Juventa Verlag, 2010).

Bei der Aufgabe, die AkteurInnen aus SGB V und SGB VIII zusammenzubringen, um einen reibungsverlustarmen Ablauf im Erkennen, Bewerten, Melden und Helfen zu gewährleisten, ist eine gegenseitige Anerkennung der verschiedenen Expertisen innerhalb der Gesundheitsberufe und der Jugendhilfe sowie der Wille zur Zusammenarbeit Grundvoraussetzung. Dies gilt für Kinderschutz im Allgemeinen und für sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen im Speziellen. Doch wie erfahre ich als Kinder- und Jugendarzt/-ärztin oder als SozialarbeiterIn in der Jugendhilfe, wer welche Expertise im Gesundheitswesen erworben hat und wer als kompetente AnsprechpartnerIn zur Verfügung steht?

Unterschiedlichste medizinische Berufsgruppen (Kinder- und JugendärztInnen, KinderchirurgInnen, RechtsmedizinerInnen, Pflege, Hebammen...) mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten (Krankenhaus, Praxis, Institut, öffentlicher Gesundheitsdienst...), Forschung, Lehre und Aus- und Weiterbildung sind davon betroffen. Für all diese Berufsgruppen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten der Oberbegriff „Medizinischer Kinderschutz“ oder „Kinderschutz in der Medizin“ geprägt.

Dieses Fachgebiet hat sich in den letzten Jahren als neues, komplexes, herausforderndes und über die Pädiatrie hinausgehendes Fachgebiet etabliert (F. Schwier et al. 2019). Die Wurzeln des medizinischen Kinderschutzes reichen dabei bis ins 19. Jahrhundert zurück.

Erst 1968 wurde ein Lehrbuch „The Battered Child“ in Amerika veröffentlicht. In Deutschland blieb die Entwicklung rudimentär. Leitlinienansätze und Gewaltleitfäden gab es seit Anfang der 2000-er Jahre. Mit den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) 2014 - 2016 zum **Kinderschutz an Kliniken** wurde proklamiert, dass der Kinderschutz **in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben**, gehört.

Für die Pädiatrie wird seit 2018 in der neuen Weiterbildungsordnung für Fachärzte die Kinderschutzmedizin als fester Bestandteil vorgeschrieben. Für das Qualitätssiegel der Gesellschaft aller Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) ist das Vorhandensein einer Kinderschutzgruppe in einer Kinderklinik wesentliches

Qualitätsmerkmal. Für den Krankenhausplan NRW 2022 und die Krankenhausreform von Prof. Lauterbach 2023 ist das Vorhandensein einer Kinderschutzgruppe an einer Kinder- und Jugendklinik ein obligates Qualitätsmerkmal.

Die Autoren des ersten deutschsprachigen medizinischen Fachbuches zum Thema Kindesmisshandlung mit besonderem Augenmerk auf medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen (Herrmann, Dettmeyer, Banaschak und Thyen, 2008) hatten in ihrem Vorwort zur ersten Auflage des Buches den Wunsch „Je mehr Bemühungen wir in einen adäquaten Kinderschutz investieren, umso eher können wir zur Verringerung dieses Leides beitragen und unsere Welt etwas freundlicher gestalten“.

Kinderschutz in der Medizin in NRW

ÄrztInnen und Akteurinnen im Gesundheitswesen spielen eine wichtige Rolle im multi- und interprofessionellen Kinderschutz. In den Praxen der Kinder- und JugendärztInnen, der Allgemeinmedizin, der Unfallchirurgie, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Schwangerenberatung, bei den Lotsendiensten in den Geburtskliniken, bei den Hebammen; überall werden Familien begleitet, der Hilfsbedarf ermittelt und Hilfen, in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und freien Trägern an die Familien herangetragen.

Dafür ist aber auch bei allen Handelnden im Gesundheitswesen ein umfassender und fachlich fundierter Umgang mit Kindeswohlgefährdungen erforderlich. Je nach Aus- und Weiterbildung und/oder Spezialisierung der verschiedenen medizinischen Fachgruppen sind verschiedene Aufgabenfelder entstanden, die miteinander verzahnt werden müssen.

Die Konfrontation mit Gewalt und vor allem sexualisierter Gewalt ist dabei ein belastendes Thema für die meisten MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und deshalb auch mit Unsicherheiten behaftet. Mangelnde Erfahrung in der Gesprächsführung, der Diagnostik, dem Umgang mit den psychosozialen Interventionssystemen, der rechtlichen Situation und der Sorge oder Angst vor falsch-positiven Verdachtsdiagnosen belastet die fachliche Auseinandersetzung. Den falsch-positiven Diagnosen stehen sicher wesentlich häufiger falsch-negative Diagnosen und damit übersehene körperliche, emotionale und sexuelle Misshandlungen und deren Folgen gegenüber.

In der Medizin, vor allem in der Kinder- und Jugendmedizin gab es bis zum Erscheinen des o.g. Buches zur Kindesmisshandlung 2008 kein deutschsprachiges Fach- und Handbuch zu diesem Thema. Fachliteratur, Standards, Forschung, Aus- und Weiterbildung in der Pflege, im Medizinstudium und in der Weiterbildung zum/-r Kinder- und Jugendarzt/-ärztin war nicht oder nur sehr eingeschränkt zu finden.

2008 hat sich in Kassel die Arbeitsgemeinschaft für Kinderschutz in der Medizin (AgKiM) mit 28 Mitgliedern gegründet. 2016 wurde diese AG in eine Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) umbenannt und hat inzwischen 833 Mitglieder deutschlandweit. Hinzu kam die Entwicklung einer gemeinsamen Kinderschutzleitlinie 2.0, die zusammen mit 82 Berufsverbänden der Medizin und der Jugendhilfe erstellt wurde. Dabei sind

nahezu alle involviert, die sich im Kinderschutz engagieren und eine wichtige Rolle im Erkennen, Beurteilen und der Einleitung von Hilfsmaßnahmen spielen.

Die Kinderschutzleitlinie gibt insbesondere Ärztinnen und Ärzten einen aktuellen, praxisnahen und evidenzbasierten Handlungsleitfaden an die Hand. Sie unterstützt ärztliche Entscheidungen zur Diagnostik, zur Therapie und zur Einleitung weitergehender Maßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wie auch zur Kooperation mit Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und der Pädagogik.

Seit 2017 werden Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken durch die Gesellschaft DGKiM akkreditiert und die ärztlichen Mitglieder als Kinderschutzmediziner und Kinderschutzmedizinerin durch eine Basis- und Aufbauqualifikation und ein Fachgespräch zertifiziert. Dieses Zertifikat muss gegenwärtig alle 5 Jahre neu erworben werden.

Seit 2019 hat das Land NRW ein Kompetenzzentrum für medizinischen Kinderschutz im Gesundheitswesen (KKG-NRW), das von Frau Prof. S. Banaschak (Itd. Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln) und von Frau Dr. T. Brüning (Oberärztin der Kinderschutzambulanz der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln) geleitet wird. Unter kkg-nrw.de können für MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems Anfragen auch online gestellt werden. Hier können auch Bilder von auffälligen Befunden datenschutzsicher anonym zugeschickt und bewertet werden. Dies ersetzt zwar kein rechtsmedizinisches Gutachten, wird aber von den Anwendern als sehr hilfreich bewertet. Als Zugangsberechtigung reicht für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen ihre Zugangsberechtigung zum Kinderärztenetz des Berufsverbandes.

Zusätzlich wurden von diesem Zentrum zahlreiche Handouts zu Diagnostik, Haltung, Gesprächsleitfaden, Umgang mit Verdachtsfällen für Hebammen, LogopädInnen, Kinder- und JugendärztInnen in der Praxis erstellt. Diese sind online abrufbar.

Die Zusammenarbeit mit den Kinderschutzgruppen/Kinderschutzambulanzen könnte ein gutes Miteinander darstellen, wenn es von den anderen medizinischen Fachrichtungen, den anderen Gesundheitsberufen und der Jugendhilfe und ihren Vertretern auch als solche anerkannt werden würde. Hier ist immer noch viel Aufbauarbeit zu leisten.

Das Ziel der DGKiM wird in ihrem Leitfaden (2023) deutlich:

Anspruch der DGKiM: Etablierung eines kinderschutzmedizinischen Versorgungskonzeptes.



Abbildung 1: Kinderschutzmedizinisches Versorgungskonzept

- ✓ Flächendeckende Basisversorgung im Gesundheitssystem
- ✓ Planstellen für die Regelversorgung
- ✓ Kinderschutzgruppen als fester Strukturbestandteil von Kinderkliniken
- ✓ Kostendeckend finanziert über Gesetzliche und Private Krankenversicherungen und öffentliche Mittel
- ✓ Kompetente Ansprechpartner in den Bundesländern
- ✓ Förderung von wissenschaftlicher Arbeit und Datenerhebungen in den einzelnen Bereichen

Im §3 Absatz 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) heißt es ausdrücklich, dass in das Netzwerk Krankenhäuser und Angehörige der Heilberufe miteinzubeziehen sind.

Dieser enge Bezug der Partner im Kinderschutz wurde vom Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG-NRW) in seinem Leitfaden grafisch sehr gut veranschaulicht.

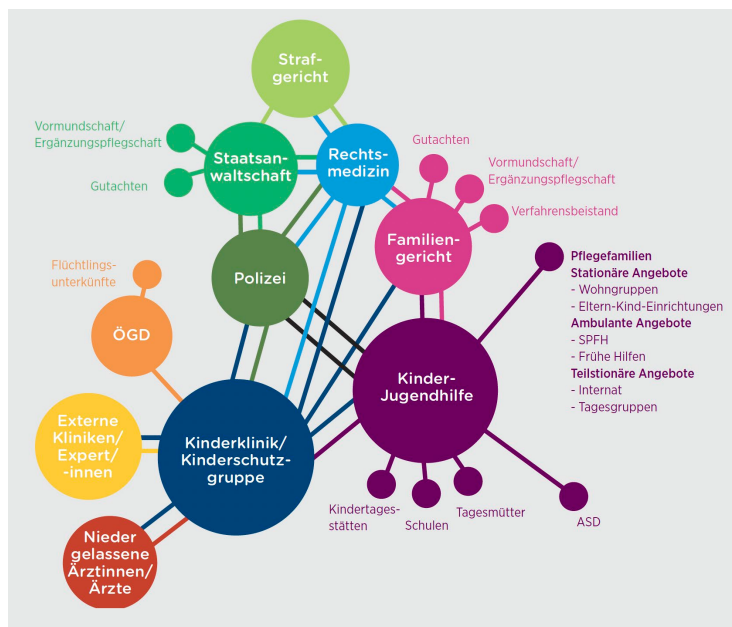
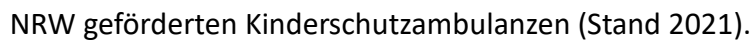


Abb. 2: Leitfaden Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz; KKG-NRW 2022

Nach dem Leitfaden Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz, der vom KKG-NRW veröffentlicht wurde, spielen im Kinderschutz die Kinderkliniken/Kinderschutzgruppen eine große Rolle in der Beurteilung und Bewertung der medizinischen Befunde.

Abbildung 3: Verteilung der vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in



Die Vorstellung des Ministeriums in NRW gründet dabei auf der Erkenntnis, dass die Kinderschutzambulanzen an den Kinderkliniken als erster Ansprechpartner für die niedergelassenen Kollegen und Gesundheitsberufe dienen sollten, wenn es um eine **Bewertung von medizinischen Befunden** mit Verdacht auf Kindesmissbrauch geht. Hierfür schaffen sie eine finanzielle Grundlage durch die jährliche Anschubfinanzierung. Durch diese Maßnahmen werden den Kinderschutzambulanzen und den Kinderschutzgruppen an Kinderkliniken Kompetenzen in der Beurteilung von Kindesmisshandlung und Verantwortung zugeteilt.

Sexualität und sexuellen Missbrauch eindeutig voneinander trennen

Mediziner, Pädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sexualpädagogen und Psychologen/Psychotherapeuten, Journalisten und Eltern sowie Kinder und Jugendliche verwenden teilweise eine unterschiedliche Sprache im Umgang mit sexualisierter Gewalt.

Hinzu kommt, dass das äußere Genitale bei Mädchen und Jungen oft nur rudimentär bekannt ist. Begriffe von Erwachsenen, die oft selbst keine Vorstellung von der Anatomie und Funktion ihres eigenen, geschweige des Geschlechtsorgans des Partners, der Partnerin haben, werden so vom Kleinkind bis ins Jugendlichenalter übernommen. Im Jugendlichenalter kommen meist auch Begriffe hinzu, die aus dem Sprachgebrauch der Pornografieindustrie kommen.

Die Kinder- und JugendgynäkologInnen und die Kinder- und Jugendärzte empfehlen, bei der Untersuchung des Genitales zunächst den in der Familie gebräuchlichen Namen für das äußere Genitale zu verwenden und dann den Kindern (ab dem Kleinkindalter), eventuell mit einem Handspiegel, das Genitale zu zeigen und mit den korrekten medizinischen Fachbegriffen zu erklären. Wichtig ist hier immer eine positive Sprache.

Dies gewinnt an Bedeutung, da oft für die Genitalregion beiderlei Geschlechts Wörter aus der Vulgärsprache verwendet werden und den Kindern auch in einer negativen Bedeutung geläufig sind.

Säuglinge werden obligat im Rahmen der Neugeborenenuntersuchung nach der Geburt durch Hebamme/Arzt/Ärztin und in den folgenden Vorsorgeuntersuchungen durch Kinder- und Jugendarzt/-ärztin am äußeren Genitale untersucht. In den ersten Wochen nach der Geburt und bis zum Alter von ca. 2-3 Jahren ist die Vulva östrogenisiert. In den ersten Wochen nach der Geburt durch mütterliches Östrogen und danach durch die eigene Östrogenbildung im Rahmen einer sogenannten Minipubertät. Dies bedeutet auch, dass die Vulva feucht ist und nicht eingecremt werden muss, wie viele Mütter und Väter es immer noch machen.

Bei der Untersuchung kann den Eltern die Anatomie und vor allem auch das Hymen demonstriert werden. Viele Eltern vermuten das Hymen im oberen Vaginaldrittel und wissen nicht, dass im Normalfall hier eine deutliche Hymenalöffnung besteht. Dies führt bei manchen Eltern zur Vermutung, dass bei ihrem Mädchen bereits sexualisierte Gewalt mit einer Verletzung des Hymens stattgefunden hat.

Bei Familien aus Ländern mit hohem Anteil an Mädchenbeschneidung (z.B. Ägypten, Äthiopien, Eritrea, Nigeria, Somalia, Sudan, Togo, Indonesien) sollte bei jeder Vorsorgeuntersuchung auch das weibliche Genitale inspiziert werden. Den Eltern muss erläutert werden, dass die Genitalverstümmelung bei Mädchen in Deutschland unter Strafe steht. Sowohl Täter als auch die Eltern müssen mit Freiheitsstrafe rechnen. Die Bundesregierung hat hierzu einen Sicherheitsbrief herausgegeben, der den Mädchen und den Eltern in ihrer jeweiligen Sprache auszuhändigen ist.

Zwischen dem 2. und dem 8. Lebensjahr befinden sich die Mädchen in einer hormonellen Ruhephase, daher ist das Genitale in dieser Phase besonders „störanfällig“. Nähe von Anus zu Vagina, Sauberkeitserziehung, ungünstige Miktionshaltung, ungenügende Hygiene und Selbsterkundungsdrang können mit den meisten Mädchen als Ursache von Infektionen gut

kommuniziert werden. Die Kinder müssen den Untersuchungsablauf und -vorgang verstanden und ihm zugestimmt haben. Dies benötigt- ebenso wie die Untersuchung -Empathie, Zeit und Geduld.

Die häufigsten Vorstellungsgründe in der kinder- und jugendgynäkologischen Sprechstunde sind eine Entzündung der Vulva oder der Vulva und der Vagina. Diese können mit vielen Differenzialdiagnosen einhergehen, ohne dass ein Einfluss von sexualisierter Gewalt vorliegen muss, aber auch nicht ausgeschlossen werden kann.

Bei Jungen sind in die häufigsten Vorstellungsgründe in der Kinder- und jugendärztlichen Praxis im Kleinkindalter Schmerzen am Penis, die auch durch unwillkürliche Erektionen entstehen können oder durch durchaus heftige Manipulationen der Kleinkinder durch Zug und „Dickmachen“ des Penis entstehen können und keine Assoziation zu sexualisierter Gewalt haben müssen. Erektionen des Penis sind bereits intrauterin beschrieben und werden von manchen Eltern im Säuglings- und Kleinkindalter ihres Kindes als Hinweis auf stattgehabte sexualisierte Gewalt gedeutet, was meistens nicht zutrifft. Ab dem 8. Lebensjahr stellen sich männliche Kinder und später auch Jugendliche mit Hodenschmerzen vor, die zum Teil auf unsachgemäße Kleidung oder auch auf teilweise hohe Masturbationsfrequenz hindeuten können. Hier können Gespräch und Untersuchung, teilweise auch Sonografie zum Ausschluss einer gefährlichen Hodentorsion, helfen.

Nicht unerheblich ist der Einfluss der Internetpornografie auf problematisches, aggressives Sexualverhalten gegen die eigene Person und im Umgang mit den jeweiligen Partnern (Children's commissioner, Januar 2023). Verletzungen der Genitalorgane und der Analregion sind nicht selten Vorstellungsgründe bei Ärztinnen und Ärzten in der Niederlassung und in Krankenhäusern.

Die Indikation für eine Vaginoskopie ist nur bei therapieresistentem und/oder blutigem Ausfluss gegeben.

Nicht nur bei Mädchen mit Migrationshintergrund, sondern auch bei in Deutschland aufgewachsenen Mädchen herrscht selbst in 2023 großer Aufklärungsbedarf. Viele der Mädchen wissen nichts oder sehr wenig, über die Anatomie und Funktionsweise des weiblichen Genitales. Teilweise existieren mythische Vorstellungen über die Funktion des Hymens, über die Sexualität allgemein und die Möglichkeit schwanger zu werden. Wenn Jungen und Mädchen beispielsweise 2023 als Möglichkeit der Kontrazeption Grund für eine verhinderte Schwangerschaft angeben, dass das Mädchen beim Geschlechtsverkehr auf dem Jungen zum Liegen komme und die Schwerkraft das Sperma wieder nach außen befördere, dann ist noch viel zu tun in der Prävention.

Hofherr (2017) hat im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts im Verlauf des Schuljahres 2015/2016 4334 Schüler und Schülerinnen aus 128 Schulen in 4 Bundesländern befragt. Die SchülerInnen waren durchschnittlich 15,3 Jahre alt, 51% Mädchen und 29% mit Migrationshintergrund.

Dabei fiel auf, dass die meisten Jugendlichen (89%) im Unterricht etwas über die Geschlechtsorgane von Mann und Frau mitbekommen haben, deutlich seltener erinnerten sich die Jugendlichen, dass sie etwas über sexuelle Gewalt unter Jugendlichen und unter

Erwachsenen und über Personen, die nach sexueller Gewalt helfen können, erfahren haben (30%). 16-20% der Jugendlichen gaben dabei an, dass sie das Thema gar nicht interessiere. Sollte es zu einem Übergriff mit Körperkontakt gekommen sein, teilten sich Mädchen eher den Familienangehörigen und sonstigen Jugendlichen (Freundinnen oder Freunden außerhalb der Schule) mit, während Jungen häufiger niemandem von einem erlebten Übergriff erzählen.

Mädchen aus Familien mit Migrationshintergrund sind oft sehr in der Kultur und Tradition ihres Herkunftslandes beziehungsweise dem Herkunftsland und der Sozialisation der Eltern verwurzelt. Auch unterschiedliche Religionen spielen hier eine nicht zu unterschätzende Rolle.

In kinder- und jugendgynäkologischen Sprechstunden spielt hier das Thema der „Jungfräulichkeit“, das gleichzusetzen mit der Intaktheit des „Jungfernhäutchens“ ist, eine große Rolle, da teilweise die Ehre der ganzen Familie (in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) davon abhängig gemacht wird. Hier stehen feste Überzeugung der Ratsuchenden und die Möglichkeit der Penetration ohne Verletzung oder ein abgeheiltes Hymen im Widerspruch. Hier muss jeder Arzt/Ärztin entscheiden, ob er/sie ohne eine sichere medizinische Grundlage eine Aussage mit weitreichenden Konsequenzen treffen möchte (Oppelt et al 2023).

1999 wurde in der Türkei durch den türkischen Justizminister ein Gesetz erlassen, das die Untersuchung auf Jungfräulichkeit verbietet. Ausgenommen sind Untersuchungen im Zusammenhang mit der Anwendung sexualisierter Gewalt.

Erzwungene Untersuchungen auf Virginität werden von der WHO seit 2018 als geschlechtsspezifische Gewalt verurteilt und fordert eine Abschaffung dieser Tests.

Sexualisierte Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Die Kinderschutzzentren, die **nicht** mit den Kinderschutzambulanzen an Kinderkliniken identisch sind unterscheiden in ihrem Konzeptpapier sexuelle und sexualisierte Gewalt. Hier sind überwiegend Fachberatungsstellen und Therapieeinrichtungen für Kinder- und Jugendliche, Angehörige und manchmal auch Täter nach sexualisierter Gewalt mit begleitender Supervision organisiert.

1.) Im Fachstandard der Kinderschutzzentren (2019) werden folgende Begriffe definiert:

Sexualisierte Gewalt:

Gewalthandlungen, die auf der **Grundlage gesellschaftlich etablierter Formen struktureller Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse** stattfinden **und sich auf das Geschlecht oder andere Merkmale** im Rahmen **von sexueller Ausrichtung** beziehen.

Sexuelle Gewalt:

Alle sexuell orientierten Handlungen, die unter Missachtung der Grenzen des Gegenübers (und durch Ausnutzung eines Machtgefälles) **zur Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse** vollzogen werden.

Sexuelle Misshandlung, sexuelle Übergriffe, sexuelle Grenzverletzungen und sexueller Missbrauch:

Weiterführende Beschreibungen, die je nach Kontext konkrete Spezifizierungen der Situation transportieren.

2.) In ihrem Leitfaden definiert die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) sexualisierte Gewalt folgendermaßen:

Sexueller Missbrauch/Sexuelle Gewalt/Sexualisierte Gewalt (modifiziert nach (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021)

Sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Kindern/Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

Diese sozialwissenschaftliche Definition bezieht sich auf alle Minderjährigen. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Die Handlungen sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit „einverstanden“ wäre.

In diesem Kontext ist auch sexuelle Gewalt mittels digitaler Medien zu nennen. Digitale Medien bieten Kindern und Jugendlichen viele Möglichkeiten, mit anderen zu kommunizieren, zu spielen und Videos zu schauen oder aber sich schnell Wissen anzueignen. Vor allem soziale Netzwerke und Chats im Internet bergen aber auch Risiken für sexuelle Gewalt. Denn Täter und Täterinnen versuchen hier aus der Anonymität heraus, mit Mädchen und Jungen Kontakt aufzunehmen. Sexuell gefärbte Dialoge, die Zusendung von pornografischen Inhalten, Erpressung oder Bloßstellung im Zusammenhang mit Sexting oder sogar die Annäherung an Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, diese online oder offline sexuell zu missbrauchen - die Bandbreite möglicher Übergriffe ist groß (DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023)

3.) Frau Dr. T. Brüning, Leiterin der Abteilung Kinderschutz in der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln und stellvertretende Vorsitzende der DGKiM, formulierte in ihrem Vortrag beim Kinderschutzforum der Ärztekammer Westfalen-Lippe am 18.3.2023 die Definition von sexualisierter Gewalt bei Kindern und Jugendlichen wie folgt:

Sexualisierte Gewalt ist jede Form von Gewalt an oder vor jemanden, die sich in sexualisierter Art und Weise darstellt, verbal, hands on, hands off, Herstellen von Bildmaterial...

Der Begriff „sexueller Missbrauch“ definiert zwar die Verantwortung bei dem Erwachsenen, trennt aber inhaltlich nicht deutlich genug, dass es keinen „Gebrauch“ gibt.

Es ist generell sinnvoll, sexualisierte Gewalt von Sexualität zu trennen, da es sich um das Ausleben von Gewalt und der Befriedigung eigener Bedürfnisse unter Ausnutzen der Unterlegenheit des anderen handelt.

Der Begriff „sexualisierte Gewalt“ berücksichtigt zudem die psychisch-emotionale Komponente und deren Folgen für die Betroffenen.

Konsens mit dem Fachstandard der Kinderschutzzentren und der verschiedenen Interpretationen für die Beurteilung einer sexualisierten Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ist besonders wichtig. Hier sollte sich auf eine Grundgesamtheit an unterscheidbaren Begrifflichkeiten geeinigt werden, um diese dann in der professionellen Zusammenarbeit reflektiert zu verwenden. Um Sprachbarrieren zu überwinden, empfiehlt sich daher, die Begriffe immer mit Beschreibungen zu verknüpfen.

Meistens stellen pädiatrischen Praxen oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der nächstgelegenen Klinik die ersten Anlaufadressen für Eltern und Kinder dar, wenn es um eine Verdachtsabklärung eines sexuellen Missbrauch oder von eventuell auffälligen missbrauchsverdächtigen Anogenitalbefunden geht.

Zunächst ist es immer grundlegend zu unterscheiden, ob es sich um ein Notfallereignis mit der Notwendigkeit einer sofortigen forensischen Spurensicherung und/oder Postexpositionsprophylaxe (meist adoleszente Mädchen) oder um einen chronischen, meist länger als 96h zurückliegenden Missbrauch (primär präpubertäre Kinder) handelt, da dies für die Diagnostik, Prognose und die Einleitung von individuellen Hilfsmaßnahmen einen entscheidenden Einfluss hat.

Unterschiede im Zeitpunkt	
Akut oder chronisch?	
Akut (<72 Stunden)	Chronisch
○ Kinder- und JugendgynäkologIn ○ Abstriche zu Asservierung von DNA ○ > 72h bis 7 d nach dem Ereignis zeitnahe, aber nicht notfallmäßige Vorstellung in der Kinderschutzzambulanz nötig	○ Häufiger Täter oder Täterin aus dem nahen (familiären) Umfeld ○ Schwierige Beweislage, schwierige Strukturierung und Rollentrennung ○ Häufiger komplexe Konstellationen mit vielen Belastungsfaktoren und instabilem Umfeld (Mittäter?) ○ > 7 Tage seit dem letzten Ereignis oder chronische sexualisierte Gewalt

○ Häufiger einmalige Konstellation ○ Häufiger Täter oder Täterinnen ohne nahen Bezug ○ Häufiger stabilisierendes Umfeld ○ Meist bessere Aussagequalität ○ Gute Möglichkeit der Strukturierung und Rollentrennung (Befragung, Untersuchung, Anschlusshilfen) ○ Prognostisch günstiger, da stabilisierende Hilfen rascher einsetzen können.	Beratungstermin in Fachberatungsstelle, körperliche Untersuchung kann angeboten werden. ○ Prognostisch ungünstiger, da der Grad der Traumatisierung und der Einfluss des Umfeldes eingeschätzt werden muss, um adäquate Hilfen zu installieren.
---	---

Tab. 1: Unterschiede in der Diagnostik, Täter- und Täterinnen-Konstellation, Prognose. Modifiziert nach T. Brüning (Kinderschutzforum ÄKWL 2023) und Lehmann-Kannt, Herrmann (2023).

Grundkenntnisse in der Gesprächsführung, der Untersuchungstechnik bei einer auf sexuelle Gewalt verdächtigen Anamnese, der anogenitalen anatomischen Normvarianten und Differenzialdiagnosen, der möglichen Verletzungsfolgen, der notwendigen therapeutischen Maßnahmen und über die Heilungsverläufe sind hier absolut notwendig. Das Wissen um rechtliche Vereinbarungen, Schritte der Intervention und interdisziplinären Zusammenarbeit ist für Kinder- und JugendmedizinerInnen unabdingbar. Daher sollte eine Vorstellung dieser Kinder- und Jugendlichen auch bei Gefahr einer Retraumatisierung durch unerfahrene Untersucher immer durch kompetente Ärztinnen und Ärzte mit Expertise erfolgen (S. Lehmann-Kannt, B. Herrmann 2023).

Strukturell kann hier mit Standards das Ablaufmanagement und die Prozesse festgelegt werden (Standards). Diese sind im Leitfaden der DGKiM und in der Kinderschutzleitlinie 2.0 – 5/2023 hinterlegt. Ebenso ist das Vorgehen der Kinderschutzgruppe prozessual festgelegt. Bei dem bestehenden Verdacht eines sexuellen Missbrauchs sind dann Kinder- und jugendgynäkologisch erfahrene rechtsmedizinische Gewaltambulanzen, Kinderschutzambulanzen oder Kinderschutzgruppen in Kliniken miteinzubeziehen, um die optimale Diagnostik und forensisch korrekte Dokumentation und Weiterbetreuung von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.

Hierfür werden von der Fachgesellschaft DGKiM und von den Kompetenzzentren (z.B. KKG-NRW) regelmäßig Fortbildungen angeboten.

Die Diagnostik und Befundinterpretation stellen in der Verdachtssituation auf sexuellen Missbrauch trotz zahlreicher Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten immer auch eine schwierige Herausforderung dar. Je nach Alter des Kindes, Konstitution und hormoneller Entwicklungsphase kann das Erscheinungsbild sehr stark variieren.

Die Abklärung eines Verdachts auf sexuellen Missbrauch erfolgt im kinder- und jugendärztlichen Umfeld niederschwellig. Auslöser können körperliche Anzeichen (Schmerzen, Verletzungen), psychosomatische Befunde oder der Nachweis sexuell übertragbarer Infektionen sein. Verdachtsmomente können aber auch in der Beratung oder Behandlung entstehen durch Äußerungen/Andeutungen der Kinder über Interaktionen der Familienmitglieder oder anderer Personen. Auffällige Verhaltensmuster wie sexualisiertes Verhalten, Benutzen von sexualisierter Sprache aus dem Erwachsenenbereich oder aus den digitalen Medien können hier Anhalte sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat zusammen mit der DGKiM einen gemeinsamen Leitfaden zum Umgang und der Diagnostik mit sexualisierter Gewalt bei **akut geschädigten minderjährigen Mädchen** 2022 veröffentlicht.

Hier werden klare und gut umsetzbare Handlungsanweisungen für die Gesprächsführung, die Untersuchungstechnik und die weiteren diagnostischen Schritte empfohlen. Diese Verfahrensweisung kann den jeweiligen lokalen Klinikverhältnissen angepasst werden. In den meisten Fällen reicht aber auch hier Facharztstandard aus, um die Untersuchungsergebnisse gerichtlich verwertbar zu dokumentieren. Für die Diagnostik im Genitalbereich bei minderjährigen Mädchen sollten immer auch Kinder- und JugendgynäkologInnen vorhanden sein.

Als medizinisch sichere Zeichen für eine akute sexualisierte Gewalt gewertet werden (Hermann et al. 2022):

- definierte akute anogenitale Verletzungen beziehungsweise die Residuen, die nicht akzidentell erklärbar sind
- Gesicherte Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen wie Tripper (Gonorrhö), Syphilis oder HIV (nach Ausschluss einer angeborenen Infektion)
- Schwangerschaft
- Nachweis von Sperma in oder auf dem Körper eines Kindes

Zur korrekten Einordnung und belastbaren Befundinterpretation bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch wurde von Adams et al. 2018 ein Konsensuspapier zur Beurteilung eines sexuellen Missbrauchs aktualisiert publiziert. Hier werden die erhobenen Befunde in *körperliche Befunde*, *Infektionen* und *diagnostisch beweisende Befunde* eingeteilt. Diese Einteilung wird auch in Deutschland zur forensischen Befundinterpretation anerkannt (Toldt et al. 2019).

Wichtig ist aber immer zu betonen, dass ein **fehlender sicherer Nachweis** einer sexuellen Misshandlung bei Kindern und Jugendlichen einen **sexuellen Missbrauch nicht ausschließt**.

Dazu kommt, dass Verletzungen im Anogenitalbereich schnell und zumeist vollständig, überwiegend narbenlos heilen.

Nur selten werden Missbrauchserfahrungen durch die betroffenen Minderjährigen direkt offengelegt und dann meist mit zeitlicher Latenz zu den stattgehabten Vorfällen (Toldt et al., 2019).

Die Erkenntnisse, die die Rechtsmedizin aus den großen Kinderschutzfällen der letzten Jahre (Lügde, Münster, Leverkusen) anhand der gesichteten und bewerteten Missbrauchsphotos und -Videos gewonnen hat, lässt die Schlüsse zu, dass die TäterInnen weniger sichtbare und damit eindeutig zuordenbare Verletzungen zulassen. Dies führt zu einem Umdenken und vielerorts einer Neubewertung (pers. Mitteilung Frau Prof. Banaschak, 2023).

Für den individuellen Hilfsbedarf gibt es keinen Standard. Wichtig ist hierbei, dass auf keinen Fall aus der eigenen Wahrnehmung abgeleitet werden darf, was den Bedarf des/der Betroffenen deckt.

Die Veröffentlichungen zum sexuellen Missbrauch der letzten 3 Jahrzehnte zeigen allerdings, dass die Zahl der Befunde, die früher eindeutig einem sexuellen Übergriff zugeordnet werden konnten, nach dem heutigen Stand der Wissenschaft als Normbefunde gelten (Herrmann 2022).

Langzeitfolgen von sexualisierter Gewalt auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Die Erfahrung von sexuellem Kindesmissbrauch kann sich darauf auswirken, wie eine Person ein Leben lang denkt, handelt und fühlt. Dies kann kurz- und langfristige Folgen für die körperliche, geistige und verhaltensbezogene Gesundheit haben. Darüber gibt die CDC-Kaiser Studie zu den Adverse childhood experiences (ACE) eindrücklich Datenmaterial.

Beispiele für Folgen für die körperliche Gesundheit sind:

1. sexuell übertragbare Infektionen (STI)
2. Körperverschletzungen
3. Chronische Erkrankungen im späteren Leben, wie Herzerkrankungen, Fettleibigkeit und Krebs

Beispiele für Folgen für die psychische Gesundheit sind:

1. Depression
2. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Beispiele für Verhaltenskonsequenzen sind:

1. Substanzkonsum/-missbrauch, einschließlich Opioidmissbrauch
2. riskantes Sexualverhalten, d. h. Sex mit mehreren Partnern oder Verhaltensweisen, die zu einer Schwangerschaft oder sexuell übertragbaren Krankheiten führen könnten
3. erhöhtes Risiko für sexuelle Gewalt
4. erhöhtes Risiko für Suizid oder Suizidversuche

Sexueller Kindesmissbrauch kann auch das Risiko einer Person erhöhen, in Zukunft zum Opfer zu werden. Jüngste Studien haben zum Beispiel ergeben:

1. Frauen, die sexuellem Kindesmissbrauch ausgesetzt sind, haben ein **2- bis 13-fach erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter Opfer sexueller Gewalt zu werden**
2. Menschen, die sexuellen Kindesmissbrauch erlebt haben, haben ein **doppelt so hohes Risiko für nicht-sexuelle Gewalt in der Partnerschaft**

Für alle Kinder und Jugendlichen ist sexualisierte Gewalt aus ihrem Alltag nicht mehr wegzudenken. Auch wenn diese nicht immer als solche wahrgenommen oder Spätestens in der Grundschule werden die Kinder mit Missbrauchsbildern in WhatsApp-Gruppen konfrontiert. An weiterführenden Schulen werden Videos oder Bilder mit pornografischem Inhalt über smartphones versandt. Über 80% der 14 jährigen männlichen Jugendlichen sehen regelmäßig Pornos. Pornhub ist der am häufigsten abonnierte Kanal bei Jugendlichen.

Diese Formen der sexualisierten Gewalt auf Jugendliche und die transgenerationalen Veränderungen bei seit Generationen misshandelten, auch sexuell misshandelten Mädchen und Jungen sind bisher nur wenig untersucht.

Literaturverzeichnis

1. Fegert, Ziegenhain, Fangerau: Problematische Kinderschutzverläufe; Juventa Verlag, 2010
2. P.G. Oppelt, S. Lehmann-Kannt (Hrsg.): FAQ Kinder- und Jugendgynäkologie; Elsevier GmbH, 1. Auflage 2023
3. B. Herrmann, R.B. Dettmeyer, S. Banaschak, U.Thyen: Kindesmisshandlung, Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Springer Verlag GmbH Berlin, 4. Auflage 2022.

4. Nicole Balint, Matthias David, Jörg M. Fegert, Lina Ana Fryszer, Astrid Helling-Bakk, Bernd Herrmann, Christine Hirchenhain, Ulrike Schmidt, Sibylle Maria Winter: Stellungnahme der DGGG – Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von weiblichen Minderjährigen, die mutmaßlich von akuter sexualisierter Gewalt bzw. einer Vergewaltigung betroffen sind. Geburtsh Frauenheilk 2022; 82: 694–705
5. Fachstandards zur Thematik der sexuellen Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren (2019).
6. DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023
7. T. Brüning: Was bedeutet sexualisierte und psychisches Gewalt für die Gesundheit von Kindern. Vortrag Kinderschutzforum der ÄKWL 2023
8. S. Hofherr: Wissen von Schülerinnen und Schülern über sexuelle Gewalt in pädagogischen Kontexten. Deutsches Jugendinstitut e.V., 2017
9. B. Herrmann, F. Navratil, M. Neiß: Sexueller Missbrauch von Kindern, Monatsschr Kinderheilkd 2002-150:1344-1356
10. M. Todt, T. Brüning, A.S. Debertin: Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen- Umgang mit Verdachtsfällen. Monatsschr Kinderheilkd 2019-167:868-880.
11. T. Brüning, C. Mohr, D. Clauß, T. Ramsauer, L. Simon-Stolz: Auswirkungen und Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Monatsschr Kinderheilkd 2019-167:881-890.
12. CDC; About the CDC-Kaiser ACE-Study, Last reviewed 6. April 2021, cdc.gov.
13. Children´s commissioner: A lot of it is actually just abuse. Young people and pornography. Januar 2023.