Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Untersuchungsstandards, Befunde und Fallstricke
aus forensischer Sicht

M. Grassberger
22. Möwe Fachtagung, 1.10.2018

Sexueller Missbrauch

- … alle geschlechtlichen Handlungen (sexuelle Aktivitäten) mit einer minderjährigen oder einer volljährigen Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag.
- Berührungen, Betastungen und Entblößungen können bereits geschlechtliche Handlungen im Sinne des sexuellen Missbrauches darstellen.
- Hands-on-Taten vs. Hands-off-Taten (z.B.: Exhibitionismus, Voyeurismus, Fetischismus, Kinderpornographie…)

Epidemiologie

- Zusammenfassung von 39 Prävalenzstudien aus 28 Ländern:
  Prävalenz: 10-20% Mädchen, 5-10% Knaben[1,2)]
- Metaanalyse von 323 Studien, N=9,9 Mio:
  Pävalenz: 12,7% (Mädchen 18%, Knaben 7,6%) [3)]

1. Peredaa N, Guilerab G, Fornsa M, Gómez-Benito J: The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl 2009; 33: 331–42.

2. FinkelhorD:The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994; 18: 409–17.

3. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ: A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 2011; 16: 79–101.

„Child sexual abuse is more common than childhood cancer, juvenile diabetes and congenital heart disease combined..."

– Kaplan et al. 2011

Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP: Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. St. Louis: STM Learning 2011.

Die möglichen Folgen...

DeLisi et al (2014) Does childhood sexual abuse victimization translate into **juvenile sexual offending**? New evidence. Violence Vict. 29(4):620-35.

Suglia et al (2014) Child maltreatment and **hypertension** in young adulthood. BMC Public Health. 14:1149.

Wosu et al (2014) Childhood sexual abuse and **posttraumatic stress disorder** among pregnant and postpartum women: review of the literature. Arch Womens Ment Health. Nov 9. [Epub ahead of print]

Maniglio (2013) Child sexual abuse in the etiology of **anxiety disorders**: a systematic review of reviews. Trauma Violence Abuse. 14(2):96-112

Maniglio (2011) The role of child sexual abuse in the etiology of **substance-related disorders**. J Addict Dis. 30(3):216-28.

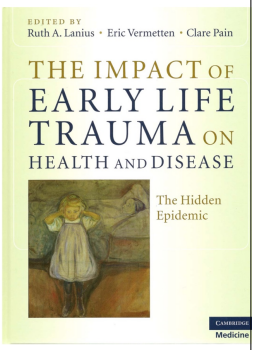
Maniglio (2011) The role of child sexual abuse in the etiology of **suicide and non-suicidal self-injury**. Acta Psychiatr Scand. 124(1):30-41

Maniglio (2010) Child sexual abuse in the etiology of **depression**: A systematic review of reviews. Depress Anxiety. 27(7):631-42.

Makhija & Sher (2007) Childhood abuse, **adult alcohol use** disorders and **suicidal behaviour**. QJM. 100(5):305-9.

Makhija (2007) Childhood abuse and **adolescent suicidality**: a direct link and an indirect link through alcohol and substance misuse. Int J Adolesc Med Health. 19(1):45-51.

Mina & Gallop (1998) Childhood sexual and physical abuse and **adult self-harm** and **suicidal behaviour**: a literature review. Can J Psychiatry. 43(8):793-800.



Schwerer sexueller Mißbrauch von Unmündigen

§ 206. (1) Wer mit einer unmündigen Person den Beischlaf oder eine dem Beischlaf gleichzusetzende geschlechtliche Handlung unternimmt, ist mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen.

(2) Ebenso ist zu bestrafen, wer eine unmündige Person zur

Sexueller Mißbrauch von Unmündigen

§ 207. (1) Wer außer dem Fall des § 206 eine geschlechtliche Handlung an einer unmündigen Person vornimmt oder von einer unmündigen Person an sich vornehmen läßt, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Ebenso ist zu bestrafen, wer eine unmündige Person zu einer geschlechtlichen Handlung (Abs. 1) mit einer anderen Person oder, um sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen.

(3) Hat die Tat eine schwere Körperverletzung (§ 84 Abs. 1)

Die Untersuchung

- Visualisierung des kindlichen Hymens oft schwierig; jegliche Manipulation sollte wenn möglich unterbleiben!
- Kombination verschiedener Untersuchungstechniken notwendig
- Eine genitale Untersuchung kann bei Kindern prinzipiell ohne besondere Hilfsmittel durchgeführt werden
- Wichtig:
  - geschützte Umgebung
  - gute Beleuchtung
  - Möglichkeit zur Foto-/Video Dokumentation (Makro!)

Acta Pædiatr 92: 1453–1462. 2003

Taylor&Francis healthsciences

Genital anatomy in non-abused preschool girls

AK Myhre[1,2], K Berntzen[2] and D Bratlid[1,2]

Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health[1], Norwegian University of Science and Technology; Department of Paediatrics[2], University Hospital, Trondheim, Norway

Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. Acta Pædiatr 2003; 92: 1453–1462. Stockholm. ISSN 0803-5253

Aim: To describe the normal variations in genital anatomy in preschool girls selected for non-abuse. *Methods:* A total of 2731 girls aged 5 or 6 y were invited to take part in the study; 195 girls were recruited. Inclusion was based on self-selection, whereby parents who did not suspect any occurrence of sexual abuse of their children gave informed consent to participate. Several steps were taken to exclude abused girls and girls with previous accidental genital injuries. The genital examination, using a colposcope and a camera, was performed in supine position using a separation and traction technique, and in the prone knee–chest position. *Results:* A number of genital anatomical features and hymenal measurements were described and found consistent with previous studies. An important finding was outward folding of the posterior hymenal rim in many girls, a feature that could be difficult to distinguish from attenuation of the posterior hymen. A gaping hymenal orifice, previously suggested to be a supportive sign of sexual abuse, was fairly frequently found and significantly associated with a large horizontal hymenal diameter.

Review

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

Joyce A. Adams MD [1,*], Karen J. Farst MD [2], Nancy D. Kellogg MD [3]

[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: Chlld sexual abuse, Sexually transmitted diseases, Medical findings

Orientierungshilfe: „Adams Schema“

Körperliche Befunde

- A. Normalvarianten
- B. /C. Medizinisch erklärbare Befunde
- D. Nicht eindeutige Befunde: unzureichende Datenlage bzw. fehlender Expertenkonsens
- E. Befunde nach Trauma
  1. akutes anogenitales Trauma
  2. abgeheilte anogenitale Verletzungen

Infektionen

- A. Nicht sexuell übertragen
- B. sexuelle Übertragung möglich
- C. sexuell übertragene Infektionen

Diagnostische Befunde für sexuellen Kontakt

Table 1
2018 Updated Approach to Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse

Section 1. Physical findings

A. Findings documented in newborns or commonly seen in nonabused children. These findings are normal and are unrelated to a child's disclosure of sexual abuse

Normal variants
1. Normal variations in appearance of the hymen
a. Annular: hymenal tissue present all around the vaginal opening including at the 12 o'clock location
b. Crescentic hymen: hymenal tissue is absent at some point above the 3-9 o'clock locations
c. Imperforate hymen: hymen with no opening
d. Microperforate hymen: hymen with 1 or more small openings
e. Septate hymen: hymen with 1 or more septae across the opening
f. Redundant hymen: hymen with multiple flaps, folding over each other
g. Hymen with tag of tissue on the rim
h. Hymen with mounds or bumps on the rim at any location
i. Any notch or cleft of the hymen (regardless of depth) above the 3 and 9 o'clock location
j. A notch or cleft in the hymen, at or below the 3 o'clock or 9 o'clock location, that does not extend nearly to the base of the hymen
k. Smooth posterior rim of the hymen that appears to be relatively narrow along the entire rim; might give the appearance of an "enlarged" vaginal opening
2. Perineorrhaphe or vestibular band(s)
3. Intravaginal ridge(s) or column(s)
4. External ridge on the hymen
5. Diastasis ani (smooth area)
6. Perianal skin tag(s)
7. Hyperpigmentation of the skin of labia minora or perianal tissues in children of color
8. Dilation of the urethral opening
9. Normal midline anatomic features
a. Groove in the fossa, seen in early adolescence
b. Failure of midline fusion (also called perineal groove)
c. Median raphe (has been mistaken for a scar)
d. Linea vestibularis (midline avascular area)
10. Visualization of the pectinate/dentate line at the juncture of the anoderm and rectal mucosa, seen when the anus is fully dilated
11. Partial dilatation of the external anal sphincter, with the internal sphincter closed, causing visualization of some of the anal mucosa beyond the pectinate line, which might be mistaken for anal laceration

B. Findings commonly caused by medical conditions other than trauma or sexual contact. These findings require that a differential diagnosis be considered, because each might have several different causes
12. Erythema of the anal or genital tissues
13. Increased vascularity of vestibule and hymen
14. Labial adhesion
15. Friability of the posterior fourchette
16. Vaginal discharge that is not associated with a sexually transmitted infection
17. Anal fissures
18. Venous congestion or venous pooling in the perianal area
19. Anal dilatation in children with predisposing conditions, such as current symptoms or history of constipation and/or encopresis, or children who are sedated, under anesthesia, or with impaired neuromuscular tone for other reasons, such as postmortem

C. Findings due to other conditions, which can be mistaken for abuse
20. Urethral prolapse
21. Lichen sclerosus et atrophicus
22. Vulvar ulcer(s), such as aphthous ulcers or those seen in Behcet disease
23. Erythema, inflammation, and fissuring of the perianal or vulvar tissues due to infection with bacteria, fungus, viruses, parasites, or other infections that are not sexually transmitted
24. Rectal prolapse
25. Red/purple discoloration of the genital structures (including the hymen) from lividity postmortem, if confirmed by histological analysis

D. No expert consensus regarding degree of significance. These physical findings have been associated with a history of sexual abuse in some studies, but at present, there is no expert consensus as to how much weight they should be given, with respect to abuse.
Findings 27 and 28 should be confirmed using additional examination positions and/or techniques, to ensure they are not normal variants (findings 1.i, 1.j) or a finding of residual traumatic injury (finding 37).
26. Complete anal dilatation with relaxation of the internal as well as external anal sphincters, in the absence of other predisposing factors such as constipation, encopresis, sedation, anesthesia, and neuromuscular conditions
27. Notch or cleft in the hymen rim, at or below the 3 o'clock or 9 o'clock location, which extends nearly to the base of the hymen, but is not a complete transection. This is a very rare finding that should be interpreted with caution unless an acute injury was documented at the same location
28. Complete cleft/suspected transection to the base of the hymen at the 3 or 9 o'clock location

E. Findings caused by trauma. These findings are highly suggestive of abuse, even in the absence of a disclosure from the child, unless the child and/or caretaker provides a timely and plausible description of accidental anogenital straddle, crush or impalement injury, or past surgical interventions that are confirmed from review of medical records. Findings that might represent residual/healing injuries should be confirmed using additional examination positions and/or techniques

1) Acute trauma to genital/anal tissues
29. Acute laceration(s) or bruising of labia, penis, scrotum, or perineum
30. Acute laceration of the posterior fourchette or vestibule, not involving the hymen
31. Bruising, petechiae, or abrasions on the hymen
32. Acute laceration of the hymen, of any depth; partial or complete
33. Vaginal laceration
34. Perianal laceration with exposure of tissues below the dermis
2) Residual (healing) injuries to genital/anal tissues
35. Perianal scar (a very rare finding that is difficult to diagnose unless an acute injury was previously documented at the same location)
36. Scar of posterior fourchette or fossa (a very rare finding that is difficult to diagnose unless an acute injury was previously documented at the same location)
37. Healed hymenal transection/complete hymen cleft—a defect in the hymen below the 3-9 o'clock location that extends to or through the base of the hymen, with no hymenal tissue discernible at that location
38. Signs of FGM or cutting, such as loss of part or all of the prepuce (clitoral hood), clitoris, labia minora or labia majora, or vertical linear scar adjacent to the clitoris (type 4 FGM)

Section 2. Infections

A. Infections not related to sexual contact
39. Vaginitis caused by fungal infections such as Candida albicans, or bacterial infections transmitted by nonsexual means, such as Streptococcus type A or type B, Staphylococcus sp, Escherichia coli, Shigella or other gram-negative organisms
40. Genital ulcers caused by viral infections such as Epstein-Barr virus or other respiratory viruses

B. Infections that can be spread by nonsexual as well as sexual transmission. Interpretation of these infections might require additional information, such as mother's gynecologic history (HPV) or child's history of oral lesions (HSV), or presence of lesions elsewhere on the body (Molluscum) which might clarify likelihood of sexual transmission. After complete assessment, a report to Child Protective Services might be indicated in some cases. Photographs or video recordings of these findings should be taken, then evaluated and confirmed by an expert in sexual abuse evaluation to ensure accurate diagnosis
41. Molluscum contagiosum in the genital or anal area. In young children, transmission is most likely nonsexual. Transmission from intimate skin-to-skin contact in the adolescent population has been described
42. Condyloma acuminatum (HPV) in the genital or anal area. Warts appearing for the first time after age 5 years might be more likely to have been transmitted by sexual contact
43. HSV type 1 or 2 infections in the oral, genital, or anal area

C. Infections caused by sexual contact, if confirmed using appropriate testing, and perinatal transmission has been ruled out
44. Genital, rectal, or pharyngeal *Neisseria gonorrhea* infection
45. Syphilis
46. Genital or rectal *Chlamydia trachomatis* infection
47. Trichomonas vaginalis infection
48. HIV, if transmission by blood or contaminated needles has been ruled out

Section 3. Findings diagnostic of sexual
49. Pregnancy
50. Semen identified in forensic specimens taken directly from a child's body

FGM, female genital mutilation; HPV, human papillomavirus; HSV, herpes simplex virus.
This table lists medical and laboratory findings; however, most children who are evaluated for suspected sexual abuse will not have physical signs of injury or infection. The child's description of what happened and report of specific symptoms in relationship to the events described are both essential parts of a full medical evaluation.

J.A. Adams et al. / J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018) 225e231

Sexuell übertragene Infektionen

Beweis für Schleimhautkontakt mit infektiösen Körpersekreten (Kontakt höchstwahrscheinlich sexueller Natur*)

- Neisseria gonorrhoeae* (genital, rektal oder pharyngeal)
- *Treponema pallidum**
- *Trichomonas vaginalis*
- *Chlamydia trachomatis* (genital oder rektal)
- pos. HIV-Serologie*

* wenn perinatale Übertragung ausgeschlossen

Toxikologische Spuren

- K.o.-Mittel, Date-Rape-Drugs, Drug-Facilitated Sexual Assault
- Typisch: Gedächtnislücken
- Substanzen: Benzodiazepine (z.B. Flunitrazepam), Ketamin, gamma-Hydroxybuttersäure (GHB, Liquid Ecstasy)
- GHB nur wenige Stunden nachweisbar! (8h Blut, 20h Urin)

—> *Frühe Probennahme, anschließend sofort Kühlung!*

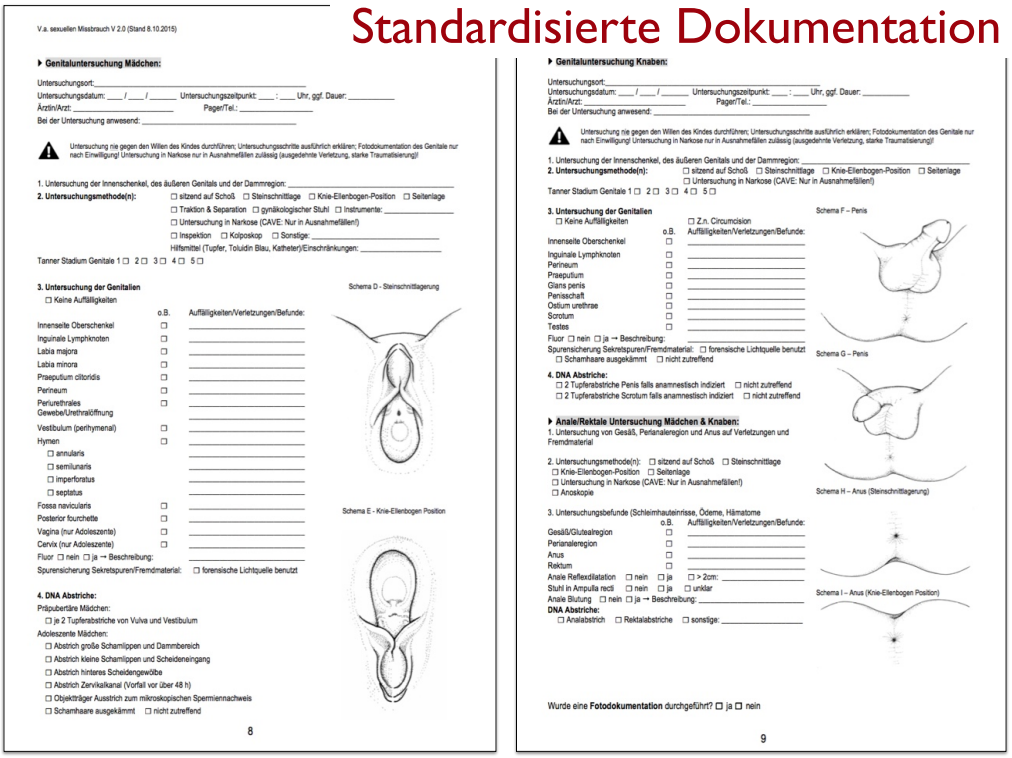
„Beweisend“ für Missbrauch

- Schwangerschaft
- Sperma/Spermien Nachweis am Körper des Kindes

Standardisiertes Spurensicherungsset
„Sexualdelikt“

„Rape-Kit“

Standardisierte Dokumentation



V.a. sexuellen Missbrauch V 2.0 (Stand 8.10.2015)

Genitaluntersuchung Mädchen:

Untersuchungsort: _____

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / _____ Untersuchungszeitpunkt: ____ : ____ Uhr, ggf. Dauer: _____

Ärztin/Arzt: _____ Pager/Tel.: _____

Bei der Untersuchung anwesend: _____

Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes durchführen; Untersuchungsschritte ausführlich erklären; Fotodokumentation des Genitale nur nach Einwilligung! Untersuchung in Narkose nur in Ausnahmefällen zulässig (ausgedehnte Verletzung, starke Traumatisierung)!

1. Untersuchung der Innenschenkel, des äußeren Genitals und der Dammregion: _____

2. Untersuchungsmethode(n): ☐ sitzend auf Schoß ☐ Steinschnittlage ☐ Knie-Ellenbogen-Position ☐ Seitenlage
☐ Traktion & Separation ☐ gynäkologischer Stuhl ☐ Instrumente: _____
☐ Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)
☐ Inspektion ☐ Kolposkop ☐ Sonstige: _____
Hilfsmittel (Tupfer, Toluidin Blau, Katheter)/Einschränkungen: _____

Tanner Stadium Genitale 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Untersuchung der Genitalien
☐ Keine Auffälligkeiten

	o.B.	Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:
Innenseite Oberschenkel	☐	
Inguinale Lymphknoten	☐	
Labia majora	☐	
Labia minora	☐	
Praeputium clitoridis	☐	
Perineum	☐	
Perirethrales Gewebe/Urethraöffnung	☐	
Vestibulum (perihymenal)	☐	
Hymen	☐	
☐ annularis		
☐ semilunaris		
☐ imperforatus		
☐ septatus		
Fossa navicularis	☐	
Posterior fourchette	☐	
Vagina (nur Adoleszente)	☐	
Cervix (nur Adoleszente)	☐	

Fluor ☐ nein ☐ ja → Beschreibung: _____

Spurensicherung Sekretspuren/Fremdmaterial: ☐ forensische Lichtquelle benutzt

4. DNA Abstriche:
Präpubertäre Mädchen:
☐ je 2 Tupferabstriche von Vulva und Vestibulum
Adoleszente Mädchen:
☐ Abstrich große Schamlippen und Dammbereich
☐ Abstrich kleine Schamlippen und Scheideneingang
☐ Abstrich hinteres Scheidengewölbe
☐ Abstrich Zervikalkanal (Vorfall vor über 48 h)
☐ Objektträger Ausstrich zum mikroskopischen Spermiennachweis
☐ Schamhaare ausgekämmt ☐ nicht zutreffend

Schema D - Steinschnittlagerung

Schema E - Knie-Ellenbogen Position

8

Genitaluntersuchung Knaben:

Untersuchungsort: _____

Untersuchungsdatum: ____ / ____ / _____ Untersuchungszeitpunkt: ____ : ____ Uhr, ggf. Dauer: _____

Ärztin/Arzt: _____ Pager/Tel.: _____

Bei der Untersuchung anwesend: _____

Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes durchführen; Untersuchungsschritte ausführlich erklären; Fotodokumentation des Genitale nur nach Einwilligung! Untersuchung in Narkose nur in Ausnahmefällen zulässig (ausgedehnte Verletzung, starke Traumatisierung)!

1. Untersuchung der Innenschenkel, des äußeren Genitals und der Dammregion: _____

2. Untersuchungsmethode(n): ☐ sitzend auf Schoß ☐ Steinschnittlage ☐ Knie-Ellenbogen-Position ☐ Seitenlage
☐ Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)

Tanner Stadium Genitale 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Untersuchung der Genitalien
☐ Keine Auffälligkeiten ☐ Z.n. Circumcision

	o.B.	Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:
Innenseite Oberschenkel	☐	
Inguinale Lymphknoten	☐	
Perineum	☐	
Praeputium	☐	
Glans penis	☐	
Penisschaft	☐	
Ostium urethrae	☐	
Scrotum	☐	
Testes	☐	

Fluor ☐ nein ☐ ja → Beschreibung: _____

Spurensicherung Sekretspuren/Fremdmaterial: ☐ forensische Lichtquelle benutzt
☐ Schamhaare ausgekämmt ☐ nicht zutreffend

4. DNA Abstriche:
☐ 2 Tupferabstriche Penis falls anamnestisch indiziert ☐ nicht zutreffend
☐ 2 Tupferabstriche Scrotum falls anamnestisch indiziert ☐ nicht zutreffend

Anale/Rektale Untersuchung Mädchen & Knaben:
1. Untersuchung von Gesäß, Perianalregion und Anus auf Verletzungen und Fremdmaterial

2. Untersuchungsmethode(n): ☐ sitzend auf Schoß ☐ Steinschnittlage
☐ Knie-Ellenbogen-Position ☐ Seitenlage
☐ Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)
☐ Anoskopie

3. Untersuchungsbefunde (Schleimhauteinrisse, Ödeme, Hämatome

	o.B.	Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:
Gesäß/Glutealregion	☐	
Perianalregion	☐	
Anus	☐	
Rektum	☐	

Anale Reflexdilatation ☐ nein ☐ ja ☐ > 2cm: _____
Stuhl in Ampulla recti ☐ nein ☐ ja ☐ unklar
Anale Blutung ☐ nein ☐ ja → Beschreibung: _____
DNA Abstriche:
☐ Analabstrich ☐ Rektalabstriche ☐ sonstige: _____

Wurde eine **Fotodokumentation** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Schema F – Penis

Schema G – Penis

Schema H – Anus (Steinschnittlagerung)

Schema I – Anus (Knie-Ellenbogen Position)

9

Welchen Stellenwert hat die medizinische Untersuchung?

- Die medizinische Untersuchung ist lediglich ein kleiner Baustein im Rahmen der umfassenden Evaluierung eines Verdachtsfalles!
- In der überwiegenden Zahl der Fälle kann die medizinische Untersuchung einen Verdachtsfall weder bestätigen noch ausschließen!
- In über 90% von geschildertem Missbrauch resultieren normale oder unspezifische Befunde*, da...
  - Berühren, Reiben oder Oral-Genitaler Kontakt nur minimale oder keine (Verletzungs-)Spuren hinterläßt.
  - Verletzungen des kindlichen Anogenitalbereiches rasch und häufig ohne Narbenbildung abheilen!
  - Der Missbrauch häufig länger zurückliegt

Für die Praxis

- Bei der Untersuchung werden in über 90% Normalbefunde erhoben. Sie hat daher nur in Ausnahmefällen eine diagnostische oder gar forensische Funktion.
- Die Diagnose basiert daher in erster Linie auf einer fachlich korrekt, einfühlsam und nicht suggestiv erhobenen Aussage des Kindes!
- Nicht alle auffälligen/ungewöhnlichen Befunde im Anogenitalbereich sind auf sexuellen Missbrauch zurückzuführen!

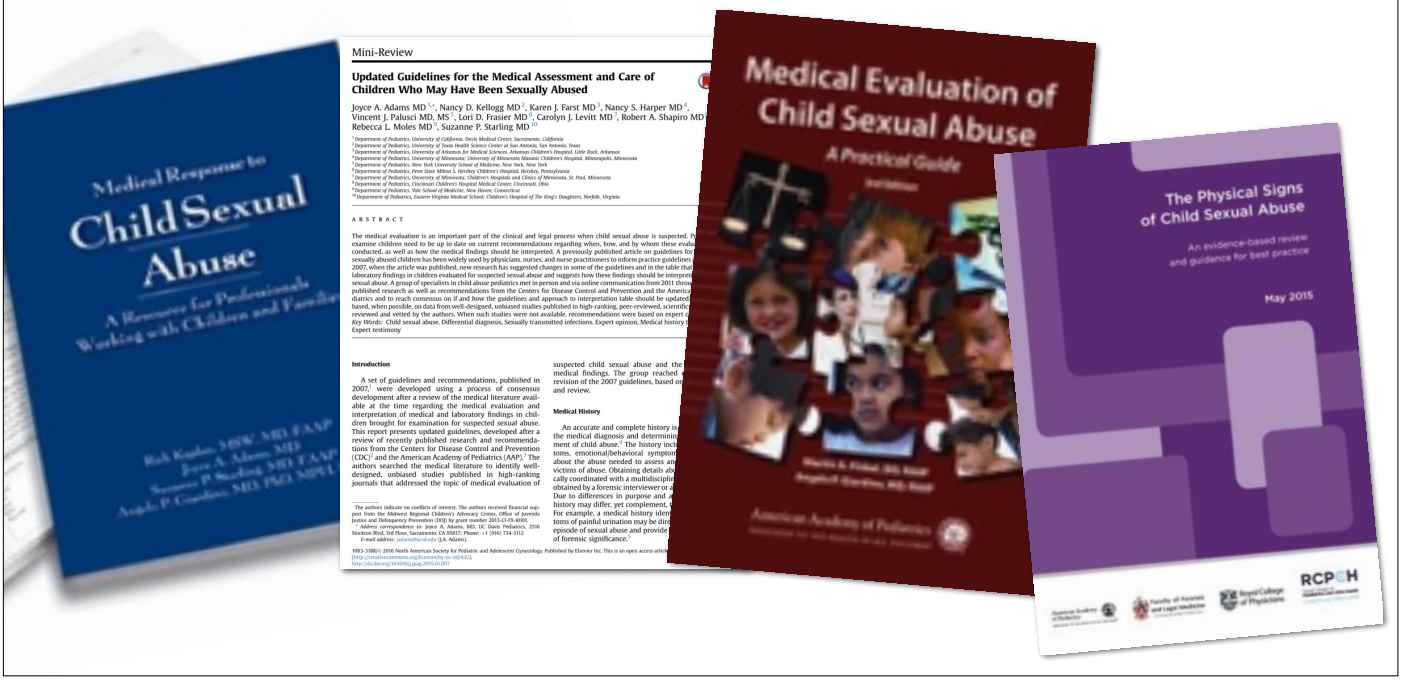
Auffällige Verhaltensweisen

- Berührung der Genitalien Erwachsener, ggf. wiederholt
- Aufforderung Erwachsener ihre/seine Genitalien zu berühren
- „Sexuelle Rollenspiele“ mit anderen Kindern, Tieren, Puppen
- Wiederholtes Einführen von Gegenständen in Vagina/Rektum
- Extreme Zurückgezogenheit, regressive Verhaltensmuster, Symptome einer PTSD

Wann ist eine sofortige Untersuchung angezeigt?

- Kind berichtet über genital-genital und/oder genital/anal Kontakt innerhalb der letzten 72 Stunden —> DNA Spuren am Körper möglich
- Kind mit Blutung und/oder Schmerzen im Anogenitalbereich mit Angaben zu Missbrauch innerhalb der letzten 2 Wochen;
- Allgemein: Wenn forensisch verwertbare Spuren zu erwarten sind.

Internationale Standards




Bernd Herrmann · Reinhard Dettmeyer
Sibylle Banaschak · Ute Thyen
Kindes-misshandlung
Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen
3. Auflage
Springer
Urheberrechtlich geschütztes Material


Martin Grassberger
Elisabeth E. Türk · Kathrin Yen
Klinisch-forensische Medizin
Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern
SpringerWienNewYork