

Aus dem Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Vorstand: Prof. Dr. H.-J. Möller
und der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. G. Plewig

CONDYLOMATA ACUMINATA BEI KINDERN: DARSTELLUNG UND ÜBERPRÜFUNG EINES KONZEPTS

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Margaret Katerina Schiffner
aus Zwiesel
2005

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Frank

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. B. H. Belohradsky

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. med. K. Degitz

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 15.12.2005

INHALTSVERZEICHNIS:

FRAGESTELLUNG: CONDYLOMATA ACUMINATA BEI KINDERN – DARSTELLUNG UND ÜBERPRÜFUNG EINES KONZEPTS	1
1 EINLEITUNG	2
1.1 Sexualität, Haut und Psyche	3
1.1.1 Psychosexuelle Entwicklung	3
1.1.2 Kulturelle Aspekte von Sexualität	4
1.1.3 Dermatologische Krankheiten und Psyche.....	6
1.1.4 Sexuell übertragbare Krankheiten und Psyche	7
1.2 Dermatologische Grundlagen	9
1.2.1 Das Humane Papillom-Virus (HPV).....	9
1.2.2 Warzen als Viruserkrankung durch das Humane Papillom-Virus	10
1.2.3 Condylomata acuminata.....	11
1.2.4 Lichen sclerosus et atrophicus (LSA).....	21
1.3 Ethische Fragestellungen.....	24
1.3.1 Forschung an Kindern aus ethischer Sicht.....	24
1.3.2 Genitale Untersuchung bei Erwachsenen	26
1.3.3 Genitale Untersuchung bei Kindern.....	27
2 KONZEPTE ZUM VORGEHEN BEI ERKRANKUNGEN IM GENITALBEREICH BEI KINDERN	30
2.1 Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata im Kindesalter....	30
2.2 Konzept zum Vorgehen bei Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)	34
3 METHODIK: DER BEHANDLUNGSSTANDARD VON HAUTKLINIK UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	35
3.1 Entstehung.....	35
3.2 Rahmenbedingungen des Behandlungsstandards	36
3.3 Behandlungsstandard.....	37
3.3.1 Vorgehen bei Kindern mit Condylomata acuminata	37
3.3.2 Vorgehen bei der „Kontrastgruppe“	39
3.4 Auswertungskonzept	42
3.4.1 Verfügbare Datenquellen	42
3.4.2 Auswertung	44
4 ERGEBNISSE	47
4.1 Stichprobenbeschreibung	47

4.2	Rahmenbedingungen	49
4.3	Dermatologische Ergebnisse	50
4.4	Psychosoziale Ergebnisse	55
4.5	Einzelfalldarstellungen	60
5	DISKUSSION	76
5.1	Kritische Bewertung der Konzepte	76
5.1.1	Bewertung der vorgestellten Konzepte.....	76
5.1.2	Bewertung des Vorgehens anderer Autoren.....	78
5.1.3	Vergleich der Konzepte mit dem vorgestellten Behandlungsstandard	79
5.2	Ethische Fragestellungen	82
5.2.1	Genitale Untersuchung.....	82
5.2.2	Evaluation durch die Ethikkommission.....	84
5.3	Diskussion der Methodik	86
5.3.1	Quellenkritik.....	87
5.3.2	Qualitätsanalyse.....	87
5.3.3	Zusammenfassende Beurteilung.....	89
5.4	Diskussion der Ergebnisse	89
5.4.1	Grunddaten.....	89
5.4.2	Dermatologische Aspekte.....	94
5.4.3	Psychosoziale Aspekte.....	100
5.4.4	Diskussion der Einzelfallbeispiele.....	104
5.5	Verbesserungen; Ausblick in die Zukunft	106
6	ZUSAMMENFASSUNG	109
7	LITERATURLISTE	112
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	118
9	ANHANG	119
9.1	Vorschlag für einen Dokumentationsbogen zur Umfelduntersuchung.	119
9.2	Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung.....	120
9.3	Konsiliarbogen.....	121
10	DANKSAGUNG	123
11	LEBENS LAUF	124

FRAGESTELLUNG: CONDYLOMATA ACUMINATA BEI KINDERN – DARSTELLUNG UND ÜBERPRÜFUNG EINES KONZEPTS

In dieser Arbeit soll der gemeinsame Behandlungsstandard der Dermatologischen Klinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig Maximilians-Universität (LMU) München zum Vorgehen bei Condylomata acuminata im Kindesalter vorgestellt und die Durchführung überprüft werden.

Die Entwicklung eines Behandlungsstandards erschien notwendig, um Kindern mit Affektionen im Genitalbereich und deren Familien eine optimale Behandlung zukommen zu lassen.

Daher wurde im Jahre 1999 eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der dermatologischen Immunambulanz, der Sozialpädagogin in der Immunambulanz und dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie vereinbart.

Die besonderen Aspekte dieses schwierigen Themas sollen **anhand der Literatur** aufgearbeitet werden, um die Probleme zu verdeutlichen, die es bei der Durchführung des Behandlungsstandards zu bedenken gilt. Speziell interessieren hierbei Zusammenhänge zwischen der Dermatologie/Venerologie und Psyche, ferner die Probleme, die sich aus der Behandlung einer Viruserkrankung ergeben. Da die Patienten Kinder sind, gilt es, besondere ethische Voraussetzungen zu berücksichtigen.

Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata bei Kindern werden überprüft und mit dem vorliegenden Behandlungsstandard verglichen.

Anschließend soll eine **Darstellung** der vorgesehenen Stufen des Behandlungsstandards erfolgen. Die **Überprüfung** dieses theoretischen Behandlungsstandards besteht darin, bei jedem Kind nachzuvollziehen, inwieweit die theoretischen Vorgaben in die Praxis umgesetzt wurden. Auf dieser Basis kann in Hinblick auf Literatur und der konkreten Umsetzung an **Verbesserungen** gearbeitet werden und Fragestellungen für **weitere Studien** formuliert werden.

Das Konzept soll in Kontrast gestellt werden zu dem Vorgehen bei nicht infektiösen Krankheiten im Genitalbereich bei Kindern, Lichen sclerosus et atrophicus und atopisches Ekzem.

Diese Arbeit basiert auf einer Zusammenarbeit zwischen der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik der LMU München und dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München.

1 EINLEITUNG

Haut und Psyche (oder Seele) bilden seit Menschengedenken eine Einheit. Die Haut „dient, wie vielleicht kein anderer Körperteil des Menschen, zugleich als seine Repräsentation für das Ganze und als dasjenige, was ihn verbirgt.“ (Benthien 2001, S. 32). Wir können diese Tatsache noch in einigen älteren Redewendungen erahnen, wie z.B. „die Haut fürchten“, „die Haut für etwas geben“ oder „seine Haut retten“. (Benthien 2001, S. 27). Nietzsche 1966 (in Benthien 2001) spricht sogar von einer „Haut der Seele“: „Wie die Knochen, Fleischstücke, Eingeweide und Blutgefäße mit einer Haut verschlossen sind, die den Anblick des Menschen erträglich macht, so werden die Regungen und Leidenschaften der Seele durch die Eitelkeit umhüllt: sie ist die Haut der Seele.“ (Benthien 2001, S. 30)

Weil die Haut als „wahres Selbst“ (Benthien 2001, S.113) gesehen wird, muss sie verhüllt werden. (Benthien 2001) Die Haut bildet die Körpergrenze, die das Innerste verbirgt. Nur durch die Liebe kann Schutzlosigkeit zugelassen werden (Benthien 2001).

Künstler setzen sich von jeher mit diesem Dualismus von Haut und Psyche auseinander: „In Michelangelo Buonarrotis Fresko „Jüngstes Gericht“ (1541) (Abbildung 1.1) wird an zentraler Stelle die Auferstehung des Apostels Bartholomäus dargestellt, der seine Haut dem Weltenrichter vorzeigt, um sein Martyrium zu demonstrieren.“ (Benthien 2001, S.111) Der Künstler möchte sich ganz und gar Gott hingeben, eben mit Haut und Haaren. (Benthien 2001).

Abbildung 1.1: Michelangelo: „Jüngstes Gericht“
(www.romaculta.it/det/sistina_jgericht.html)

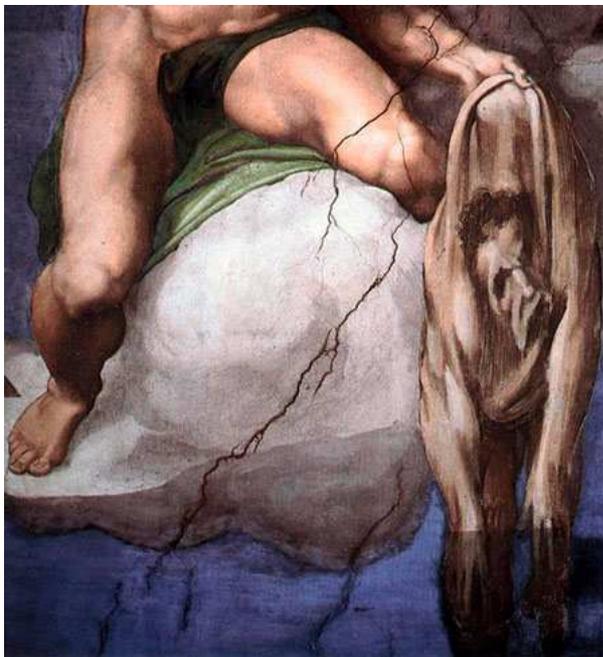


Abbildung 1.2: Robbie Williams: Rock DJ
(robbie.by.ru/rock_dj.htm)



Einem anderen Zweck mag die Schlusszene von Robbie Williams Video „Rock DJ“ dienen, bei der der von Fans umgebenen Sänger nach und nach nicht nur das letzte Hemd, den letzten Fetzen Haut, sein Herz, ja das letzte Stück blutiges Fleisch preisgibt, bis schließlich ein tanzendes Skelett übrig bleibt (Mertin 2000). Hier wird wieder mit Grenzen gespielt, sowohl mit den eigenen, indem die Haut vom Körper abgezogen wird und von dem Star letztendlich nur noch die Knochen zu sehen sind, wie auch mit den Grenzen der Sensationslust von Presse

und Publikum, wurde das Video doch zunächst nur in einer „entschärften“ Form ohne die schockierende Schlusszene gezeigt (Abbildung 1.2), Mertin 2000.

Dass die Haut einen wichtiger Indikator für die psychische Verfassung eines Menschen darstellt, drückt sich durch die umgangssprachliche Redewendung von der „Haut als Spiegel der Seele“ aus. Nicht nur in der Dermatologie gibt es von jeher also psychosomatische Ansatzpunkte, sondern auch in einem Teilgebiet dieser Fachrichtung, nämlich der Venerologie.

Im Folgenden möchte ich einen Überblick über die aktuelle Diskussion über den Zusammenhang von Dermatosen und Psyche geben und anschließend speziell auf diesen Zusammenhang bei sexuell übertragbaren Erkrankungen eingehen.

Der vielgestaltige Themenkomplex „Sexualität, Haut und Psyche“ kann im Rahmen dieser Arbeit nicht vollständig wieder gegeben werden. Vielmehr soll exemplarisch – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - auf einzelne Aspekte des Themenbereichs eingegangen werden, die speziell bei der Bearbeitung des Themas „Condylomata acuminata bei Kindern“ Gegenstand der Diskussion waren. Hierbei gingen vor allem medizinische Literatur und medizinische Fachartikel in die Arbeit ein; die medizinische Suchmaschine PubMed wurde zur Recherche verwendet.

Zunächst wird die psychosexuelle Entwicklung von Kindern dargestellt; anschließend kulturelle Aspekte von Sexualität. Ferner soll der Zusammenhang von dermatologischen Krankheiten sowie sexuell übertragbaren Krankheiten und Psyche beleuchtet werden.

1.1 Sexualität, Haut und Psyche

1.1.1 Psychosexuelle Entwicklung

Der folgende Abschnitt basiert – wenn nicht anders gekennzeichnet – auf Strauß (2003).

Grundsätzlich gibt es biologische und soziale Einflussfaktoren auf die psychosexuelle Entwicklung von Kindern. Die biologische Basis wird bereits auf chromosomaler Ebene festgelegt, welche die Entwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane und eine geschlechtstypische Differenzierung des Gehirns folgen lässt.

Maccoby (2000) in Strauß (2003) folgert, dass auch andere charakteristisch männliche oder weibliche Verhaltensweisen wie Aggressivität und Emotionalität durch die geschlechtsspezifische Entwicklung des Gehirns entstehen.

Aus psychoanalytischer Sicht spielen spezifische Phasen eine große Rolle hinsichtlich der Sexualität im Erwachsenenalter und der gesamten persönlichen Entwicklung.

Das erste Lebensjahr entspricht psychoanalytisch gesehen der oralen Phase. Entdeckungen und Erfahrungen werden besonders durch den Mund und über die Haut gemacht. In diesem Kontext entwickelt sich „Urvertrauen“, der Grundstein für Bindungsfähigkeit. Im 2. bis 3. Lebensjahr, in der sogenannten analen Phase, wird die Anal- und Urogenitalregion zunehmend als mögliche Befriedigungsquelle genutzt. Kinder erleben erstmals Autonomie und Kontrolle.

Im 4.-6. Lebensjahr folgt die phallische oder ödipale Phase, in der Kinder ihre Genitalen als sexuelle Befriedigungsquelle nutzen. Es kommt zur Identifizierung mit den gleichgeschlechtlichen Elternteil und Interesse am gegengeschlechtlichen Elternteil. In dieser Phase entsteht die Fähigkeit zur sexuellen Initiative im Erwachsenenalter, ebenfalls Grundlage für die spätere Beziehung zu Männern oder Frauen.

Die klassisch psychoanalytische Latenzphase (das sexuelle Interesse gerät in den Hintergrund) wird heutzutage von Studien widerlegt. Man geht eher von einer wachsenden Hinwendung der Kinder zur Sexualität aus.

Manifestes sexuelles Verhalten

Hier sollen zusammenfassend die wichtigsten sexuellen Verhaltensweisen für die jeweiligen Entwicklungsphasen genannt werden.

Bereits im Mutterleib wurden Erektionen bei männlichen Embryonen und Hand-Genital-Kontakte bei beiden Geschlechtern durch Ultraschalluntersuchungen nachgewiesen. Selbstbefriedigende Handlungen sind schon ab dem Alter von 6 Monaten beschrieben. Säuglinge zeigen ein erotisches Interesse an der Brust und der Person der Mutter. Sie nutzen den Daumen als autoerotisches Objekt und spielen mit ihren Genitalien bis hin zu orgasmusähnlichen Zuständen.

Das Kleinkind beginnt, sich für den Toilettengang und Defäkation zu interessieren. Es zeigt „exhibitionistisches“ Verhalten. Das Spiel an den Genitalien kann bis zur Masturbation führen, die meist indirekt erfolgt (z.B. mit Hilfe des Schaukelpferds). Das Kind integriert seine Genitalien in sein Körper-Konzept.

Im Vorschulalter beschäftigen sich viele Kinder mit Doktor-Spielen und Mutter-Vater-Spielen. Die Selbststimulation und die Exhibition spielen weiterhin eine Rolle. Das Kind zeigt erotisches Interesse an den Eltern und stellt Fragen zu sexuellen Themen.

Dagegen geht beim Grundschulkind die sexuelle Aktivität etwas zurück. Zwar sind weiterhin sexuelle Spiele häufig, aber die Verhaltensweisen ändern sich. Das Kind zeigt nun Schamgefühle gegenüber den Eltern. Dagegen werden unter Gleichaltrigen „Genitalvergleiche“ angestellt, und „homosexuelle“ Spiele finden vor allem unter Jungen statt.

Im Jugendlichenalter nimmt das Verlangen nach sexuellen Aktivitäten wieder zu. Es kommt zur Aufnahme von ersten stabilen sexuellen Beziehungen. Das sexuelle Verhalten wird in Abhängigkeit von Geschlecht und Schicht angeglichen. „Jungen erlernen Masturbation und Orgasmus häufig durch Kontakte mit Gleichaltrigen, während Mädchen ihre ersten Orgasmen durch Selbstexploration oder „zufällig“ über indirekte Stimulation erfahren.“ (Strauß 2003 S. 167)

Störungen der sexuellen Entwicklung

(Sexuelle) Traumatisierungen führen häufig zu sexuellen Funktionsstörungen, besonders bei Frauen. Auch Verhaltensauffälligkeiten können die Folge sein, etwa Promiskuität, sexueller Rückzug, aggressives Sexualverhalten oder Masochismus.

Zusammenfassend wird das Kind laut Reinelt (1989) in Bezug auf die Sexualität stets als Subjekt mit eigenen sexuellen Bedürfnissen und Objekt erwachsener sexueller Wünsche gesehen. Sowohl als Subjekt als auch als Objekt erfüllt es dabei verschiedenste Erwartungen von Erwachsenen und wird dementsprechend behandelt. Das Kind ist im Bereich der Sexualität schutzloser, mehr von den Vorgaben Erwachsener abhängig und wird weniger ernstgenommen als ein erwachsener Sexualpartner oder überhaupt ein Erwachsener (Reinelt 1989).

1.1.2 Kulturelle Aspekte von Sexualität

Hinsichtlich von Sexualität spielt die eigene Kultur als Rahmen eine wichtige Rolle, der den Menschen die Möglichkeit zur Äußerung von Trieben und Phantasien vorgibt. In Anlehnung an das „kollektive Unbewusste“ (Jung 1935 in Reinelt 1989) kann man auch von einem

„ethnischen Unbewussten“ (Devereux 1982 in Reinelt 1989) ausgehen, das zusammen mit dem „kulturellen Bewussten“ (durch bewusstes Lernen erworben) die eigene Geschlechtsrolle und sexuelle Verhaltensweisen definiert (Reinelt 1989).

Gerade im Bereich der Sexualität, die sich durch Privatsphäre und Intimität definiert, stellt sich die Frage, wie Normalität und Perversion in Bezug auf die Sexualität von der Gesellschaft gesehen und „erlaubt“ werden.

Reinelt (1989) führt das Beispiel von männlichen Transvestiten bei indianischen Stämmen an. Diese Männer haben innerhalb des Stammes ihre sozial akzeptierte „psychologische Nische“ (Reinelt 1989, S.84), werden allerdings von anderen Stammesmitgliedern verspottet und ausgelacht. Diese Außenseiter können als „schlechtes Beispiel“ für andere dienen, sich so **nicht** zu verhalten. (Reinelt 1989) In unserem Kulturbereich dagegen ist es nicht normal, als Mann weibliche Verhaltensweisen zu zeigen, die dann so weit gehen, sich als Frau zu verkleiden.

„Inzest“ wird in verschiedenen Kulturen ebenfalls unterschiedlich bewertet. Mertens und Rohde-Dachser (1994) widmen sich diesem Thema.

Inzestuöses Verhalten werde weltweit praktiziert, und zwar von Müttern und Vätern ihren Kindern gegenüber, wobei etwa auch mütterlicher Exhibitionismus zu diesem Verhalten gezählt wird (Mertens und Rohde-Dachser 1994).

Sexuelle Handlungen an Kindern sind außerhalb Europas gängiger. Folgende Beispiele werden von Mertens und Rohde-Dachser (1994) angeführt: in Indien werden Kinder von ihren Müttern masturbiert, in Japan, China und einigen anderen Kulturen ist das Kind nachts im Bett der Eltern und erlebt dort auch den Geschlechtsverkehr der Eltern mit.

In Japan haben männliche Jugendliche oft Geschlechtsverkehr mit der Mutter, um sexuelle Erfahrungen zu sammeln. In Thailand haben im Jahre 1990 75% der Befragten Geschlechtsverkehr mit Kinderprostituierten gehabt (Mertens und Rohde-Dachser 1994).

Nach Untersuchungen bei nordafrikanischen Juden in Tanger, Fes, Marrakesch oder Algier kommt es unter Geschwistern zu Cunnilingus, gegenseitiger Fellatio oder zu Bruder-Schwester-Fellatio. Abschließend stellen Mertens und Rohde-Dachser (1994) die Frage, ob Inzest (unter Miteinbezug von Prügelstrafe als sexuelle Triebhandlung) als „universelle Praxis im Erziehungsgeschehen“ (Mertens und Rohde-Dachser 1994, S. 18) gewertet werden kann.

Wie kommt nun eine Festlegung zustande, was im Bereich Sexualität „normal“ ist? Einer möglichen Definition nach kann man Normalität als das sehen, was „in (...) sinnvoller Weise zum Überleben und der Fortentwicklung der Art beiträgt“ (Reinelt 1989, S.86).

Im ICD-9 (Degkwitz et al. 1980), zitiert nach Reinelt (1989), findet sich folgende Definition: „Die Grenzen und Bilder normaler sexueller Neigungen und normalen sexuellen Verhaltens sind in den verschiedenen Gesellschaften und Kulturen nicht absolut festgelegt worden, aber sie sind im großen und ganzen so, dass sie akzeptierten sozialen und biologischen Zielen dienen.“ (Reinelt 1989, S. 59)“

Remschmidt et al. (2001) führen unter „aktuellen (...) psychosozialen Umständen“ in ihrem „Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO“ folgende diagnostische Richtlinien für sexuellen Missbrauch innerhalb der Familie an:

„Kulturen unterscheiden sich darin, inwieweit Kinder ihre Eltern nackt sehen dürfen, wie lange sie von den Eltern gewaschen, wie lange sie im Elternbett schlafen dürfen und ab welchem Alter ihnen eine eigene Intimsphäre zugestanden wird. Es sollte jedoch als sexueller Missbrauch betrachtet werden, wenn:

- a) irgendein Genitalkontakt zwischen Erwachsenem und Kind stattgefunden hat;

- b) *oder* irgendwelche Manipulationen an Brüsten oder Genitalien des Kindes durch einen Erwachsenen vorgenommen wurden, ausgenommen das kulturell gebilligte Baden eines jungen Kindes;
- c) *oder* das Kind genötigt wurde, Brüste oder Genitalien des Erwachsenen zu berühren;
- d) *oder* der Erwachsene mit Absicht Brüste oder Genitalien vor dem Kind entblößte, außer es geschah zufällig beim Baden oder Anziehen;
- e) *oder* das Kind genötigt wurde, Brüste oder Genitalien zu entblößen, ausgenommen beim Baden oder Ankleiden;
- f) *oder* irgendeine andere Form von physischem Kontakt oder Entblößung zwischen Erwachsenen und Kind stattgefunden hat, die zu sexueller Erregung führte. Dabei ist es irrelevant, ob das Kind in sexuelle Handlungen eingewilligt hat oder nicht.“ (Renschmidt et al. 2001, S. 342-343)

Historisch gesehen waren Homosexualität und Pädophilie zur Zeit des römischen Reiches normale sexuelle Verhaltensweisen, während des Mittelalters dagegen kam es zu großen Umbrüchen gerade im Bereich der Sexualität, die von nun an kulturell scharf begrenzt und unterdrückt wurde (Reinelt 1989).

Darüber hinaus gab es andere Zeitabschnitte in der Geschichte, in denen man davon ausging, dass der Körper den tierischen und damit sündhaften Anteil des Menschen ausmacht, so dass schon Körperkontakt zwischen Mutter und Kind verpönt war.

Heutzutage wiederum geht man davon aus, dass dies die Empfindungen für den eigenen Körper herabsetzt und Sinnlichkeit verloren geht. Gerade diese Betonung der Körperlichkeit ohne Sinnlichkeit findet sich oft bei sexuell Perversen (Reinelt 1989).

Zusammenfassend ist die Sexualität, obgleich zumeist in privaten Rahmen erlebt, kulturellen und historischen Regeln unterworfen. Diese Regeln werden von der jeweiligen Gesellschaft vorgegeben, die auch definiert, was „normal“ und was „pervers“ im Sexualverhalten ist. Zumeist stellt die Gesellschaft dabei Regeln auf, die die Fortpflanzung fördern und Eltern und Kindern sinnvolle Strukturen bieten.

1.1.3 Dermatologische Krankheiten und Psyche

Zu den Hautkrankheiten werden zusätzlich zu den rein dermatologischen Störungen auch Erkrankungen der Hautanhangsgebilde, also Haare, Nägel und Schweiß- und Talgdrüsen gezählt. Ferner gehört das Gebiet der Venerologie traditionell zur Dermatologie (Stangier 2002, S. 4) Das Fachgebiet der „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ bildete sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts aus (Benthien 2001), als die Individualisierung von Krankheiten begann und somit auch die Haut als Grenze gesehen werden konnte, über die Krankheitserreger in den Menschen eindringen können (Benthien 2001).

Psychische Einflüsse auf dermatologische Störungen werden bereits im 19. Jahrhundert vermutet; heute versucht etwa die Psychoneuroimmunologie, den Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren bei der Entstehung von körperlichen Erkrankungen zu erforschen (Stangier 2002).

Es wird geschätzt, dass bei mindestens einem Drittel der dermatologischen Patienten emotionale Faktoren bei einem effektiven Management der Hautkrankheit berücksichtigt werden müssen (Gupta und Gupta 1996).

Der Bereich „Psychosomatische Dermatologie“ betrachtet Hautkrankheiten nach einem biopsychosozialen Modell. In den Leitlinien zur „Psychosomatischen Dermatologie“ (Gieler 2002) wird gefordert, dass bei jeder Hauterkrankung festgestellt werden sollte, ob eine zusätzliche psychosomatische Diagnostik und/oder Therapie nötig ist. Einerseits sollte man an

„psychosomatischen Dermatosen“ wie Neurodermitis, Psoriasis oder Akne denken, bei denen die Psyche direkten Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt. Andererseits können beispielsweise chronische Hautkrankheiten zu psychischen Belastungen bis hin zu psychischen Störungen führen (Gieler 2002). Einen Problembereich stellt jedoch die geringe Psychotherapiemotivation von dermatologischen Patienten im Vergleich zu anderen Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen dar (Gieler 2002).

Doch heute spielt nicht nur die rein somatische Therapie von Hauterkrankungen eine Rolle, sondern auch die Lebensqualität der Patienten. Lebensqualität ist laut Augustin (2002) ein „Konstrukt (...), das die Qualität der körperlichen, psychischen, sozialen und rollen- bzw. funktionsassoziierten Lebenssituation eines Individuums wiedergibt. Zu Lebensqualität zählt auch der Grad der Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Lebenssituation.“ (Augustin 2002). Augustin (2002) empfiehlt standardisierte Fragebögen zur Selbstbeurteilung durch den Patienten, um die Lebensqualität zu messen.

Auch Niemeier et al. (2002) untersuchten mit diagnostischen Interviews und psychometrischen Tests 406 Patienten in den Universitäts-Hautkliniken von Erfurt und Giessen auf psychosomatische Probleme. Insgesamt stellen die Autoren fest, dass Patienten mit Glossodynie („Brennschmerz im Bereich der Zunge und anderer Schleimhautpartien im Mund“, Wörz 1997) sich in allen psychometrischen Tests als sehr „normal“ einstufen, während Patienten mit Alopezie (Haarausfall) und Akne sich sehr hilflos fühlten und eine bessere psychosoziale Unterstützung zu wünschen schienen.

Man kann davon ausgehen, dass (Haut-)Krankheiten, die sehr leicht mit psychosomatischen Faktoren in Zusammenhang gebracht werden (in letzterem Beispiel also die Glossodynie) oft von Patienten subjektiv nicht als durch die Psyche verursachte Störungen angesehen werden, während überwiegend „somatische“ (Haut-)Krankheiten (in letzterem Artikel Alopezie und Akne) durchaus als psychosozial sehr belastend empfunden werden (Niemeier et al. 2002).

Während jedoch die Glossodynie eine nicht sichtbare Schleimhauterkrankung darstellt, sind Alopezie und Akne sichtbare, ja teilweise stigmatisierende dermatologische Erkrankungen und somit im zwischenmenschlichen Kontakt weitaus bedeutsamer.

1.1.4 Sexuell übertragbare Krankheiten und Psyche

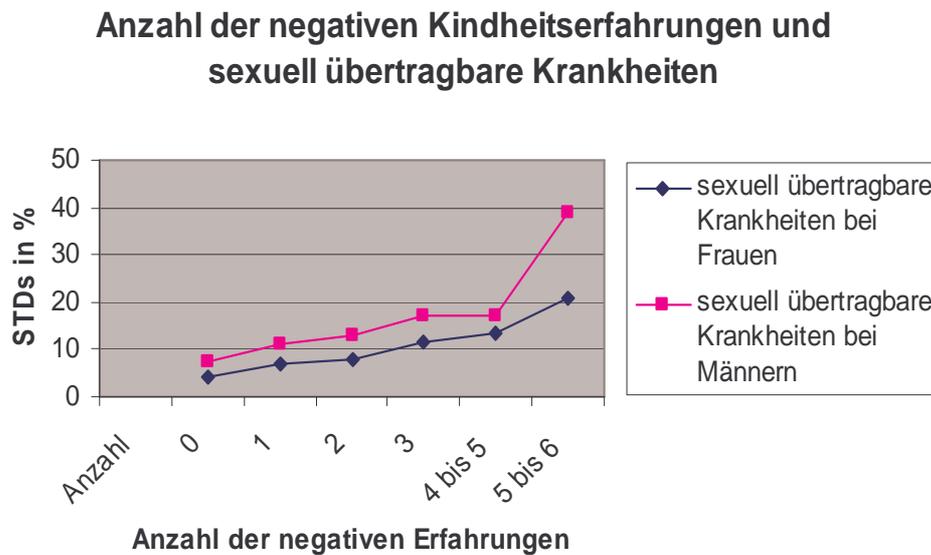
Um darzustellen, dass sexuell übertragbare Krankheiten und Psyche in sehr enger Beziehung zueinander stehen, möchte ich exemplarisch auf einen Artikel von Hillis et al. (2000) eingehen.

Hillis et al. (2000) berichten über den Zusammenhang von sexuell übertragbaren Krankheiten im Erwachsenenalter mit negativen Kindheitserfahrungen. Sie befragten insgesamt 9323 Erwachsene ab 18 Jahren und älter (4263 Männer und 5060 Frauen). Die Teilnehmer füllten einen standardisierten Fragebogen über 7 Kategorien von negativen Kindheitserfahrungen aus. Es handelt sich um folgende Kategorien:

- Verbaler Missbrauch
- Körperlicher Missbrauch
- Sexueller Missbrauch
- Misshandlung der Mutter
- Drogenmissbrauch im Haushalt
- Psychiatrische Erkrankungen im Haushalt
- Inhaftiertes Haushaltsmitglied
- Sexuell übertragbare Erkrankung (STD)

59% der Frauen und 57% der Männer berichteten über eine oder mehrere Kategorien von negativen Kindheitserfahrungen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zahl der negativen Kindheitserfahrungen und der Häufigkeit von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Abbildung 1.3: Anzahl der negativen Kindheitserfahrungen und sexuell übertragbare Krankheiten (Hillis et al. 2000)



In einem Artikel von Pitzner et al. (2000) mit vergleichbarem Inhalt untersuchten die Autoren, wie häufig Missbrauch und negative „Life-Events“ bei Patienten mit einer sexuell übertragbaren Krankheit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne sexuell übertragbare Erkrankung sind. Sie untersuchten 62 Patienten mit einer sexuell übertragbaren Krankheit aus einer „Sexual health clinic“ sowie 42 Patienten ohne eine sexuell übertragbare Krankheit. Die Teilnehmer berichteten selbst über zurückliegende Traumata und aktuellen psychischen Stress. Dabei kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe Kategorien von Missbrauch und negativen „Life-Events“, besonders physischer bzw. sexueller Missbrauch im Jugend- und Erwachsenenalter, bei den Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten verbreiteter waren als bei der Kontrollgruppe. Im Allgemeinen waren die Effekte bei Frauen stärker als bei Männern. Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass viele verschiedene Arten von Missbrauch und negativen „Life-Events“ das Risiko für eine Infektion mit einer sexuell übertragbaren Krankheit erhöhen, vielleicht durch die wachsende Wahrscheinlichkeit für viele verschiedene Sexualpartner. Diese Patienten, mutmaßen die Autoren, ignorieren vielleicht die sozialen „Regeln“ bezüglich des Sexualverhaltens, weil sie erbittert über ihre vergangenen Lebenserfahrungen sind. Andererseits könnten sie auch beständig nach Zuneigung suchen, um den Mangel an Zuneigung in der Vergangenheit zu kompensieren.

Auch auf die Wechselbeziehung zwischen Depressionen, Selbstwertgefühl, Drogen und sexuell übertragbaren Krankheiten geht die Literatur ein: etwa Shrier et al. (2001): Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents oder Shrier et al. (2002): Temporal Associations Between Depressive Symptoms and Self-reported Sexually Transmitted Disease Among Adolescents.

Insgesamt kann man feststellen, dass Psyche und sexuell übertragbare Krankheiten in Zusammenhang stehen. Hierbei wird bis jetzt vor allem auf den Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserfahrungen und sexuell übertragbaren Erkrankungen im Erwachsenenalter eingegangen.

Wie ein solcher Zusammenhang jedoch bei sexuell übertragbaren Krankheiten bereits in der Kindheit aussehen könnte, bleibt ungeklärt.

1.2 Dermatologische Grundlagen

1.2.1 Das Humane Papillom-Virus (HPV)

Die folgenden Abschnitte sind – wenn nicht anders gekennzeichnet – dem Artikel von Streit und Braathen (2001) entnommen.

Das Humane Papilloma-Virus (HPV) als Erreger der Viruswarzen zählt zu den Papovaviridae. Mittlerweile wurden über 100 Typen dieses karyotropen DNS-Virus entdeckt, von denen auch mehrere bei einer Warzenart vorkommen können. Das Virus ist annähernd kugelig (genauer gesagt besitzt es die Form eines Ikosaeder, das ist ein Polyeder aus 20 Dreiecken) und setzt sich aus einer ringförmigen Doppelstrang-DNS und dem Kapsid, der Proteinhülle, zusammen. Das Genom weist Gene für eine DNS-Replikation des Virus auf (frühe Phase der Transkription, sogenannte „early genes“) und für die Ausbildung des Kapsids (späte Phase der Transkription, „late genes“). Ferner gibt es noch die „upstream regulatory region“, Genabschnitte mit regulatorischer Funktion.

Das Virus dringt in Epidermis und Schleimhäute über kleinste Risse ein.

Die Epidermis besteht aus bis zu 5 Schichten, deren Dicke je nach Körperregion variieren. Von unten nach oben handelt es sich um das Stratum basale, darauf folgt das Stratum spinosum (Stachelzellschicht), die zusammen auch als Stratum germinativum bezeichnet werden. Es schließen sich Stratum granulosum, Stratum lucidum (jedoch nur an dicken Epidermisstellen wie Handfläche oder Fußsohle) und Stratum corneum (Hornschrift) an (Pschyrembel 1994). Die Schleimhäute, also etwa im Mund, im Genital- und Analbereich, haben keine Hornschicht und sind dafür feucht und schleimbedeckt (Stockfleth 2005).

Zunächst vermehrt sich das Virus in der Basalzellschicht, letztendlich ist die Hornschicht, also die Keratinozyten, jedoch Zielgewebe der Infektion. Durch die Virusreplikation wird die Proliferation von Keratinozyten und Blutgefäßen, die Strukturen einer Warze, angeregt. Erst wenn die befallenen Zellen als Keratinozyten höhere Hautschichten erreicht haben, werden vollständige Viruspartikel gebildet. In der Histologie haben HPV-infizierte Zellen ein balloniertes Äußeres mit basophilen Kerneinschlüssen (im Stratum spinosum erkennbar). Dieser Vorgang wird auch „permissive Infektion“ genannt.

Stockfleth (2005) verweist darauf, dass viele Patienten eine latente oder subklinische HPV-Infektion hätten. In diesem Fall ist zwar Virus-DNA nachzuweisen, doch treten keine klinischen Symptome auf. Auch die hohe Rezidivrate wird auf die Persistenz von HP-Viren zurückgeführt (Stockfleth 2005).

Im Gegensatz zur permissiven Infektion steht die „persistierende Infektion“, die die Onkogenität des Humanen Papilloma-Virus bedingt. Hierbei werden die „early genes“ vermehrt, die „late genes“ vermindert bis gar nicht exprimiert. Da die „early genes“ Tumorsuppressorgene der befallenen Zelle stören, kommt es zu ungehinderter Proliferation von beschädigten oder mutierten Zellen.

Die Nukleinsäurehomologie bestimmt die Klassifikation der HP-Viren: wenn weniger als 90% Homologie der beschriebenen Genabschnitte („early genes“, „late genes“ und „upstream regulatory region“) besteht, spricht man von einem neuen Virustyp, ansonsten von

„Subtypen“ oder „Varianten“. Streit und Braathen (2001) haben in der Literatur der letzten 5 Jahre 12 neue Virustypen gefunden.

Um die einzelnen Subtypen zu klassifizieren, gibt es verschiedene Methoden. Eine Möglichkeit stellt die Antigenerkennung über gruppenspezifische Antigene der Human-Papilloma-Viren dar (direkte Immunfluoreszenz). Die Hybridisierung mit dem southern blot ist Goldstandard. Einige Virus-Typen lassen sich auch mit der Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR) identifizieren. Diese Technik ist hochsensitiv und kann auch für klinische Fragestellungen genutzt werden (Streit und Braathen 2001). Mit serologischen Tests können bislang nur wenige HPV-Typen nachgewiesen werden (Stockfleth 2005).

1.2.2 Warzen als Viruserkrankung durch das Humane Papillom-Virus

Unter Viruswarzen versteht man eine viral bedingte, benigne Epithelhyperplasie der Haut oder der Schleimhäute mit Akanthose („Verdickung des Stratum spinosum der Epidermis“, Pschyrembel 1994, S.28, mit vermehrten Zellschichten und Verlängerung der Reteleisten) und Hyperkeratose.

Die gewöhnlichen Hautwarzen (*Verrucae vulgares*) werden vor allem durch die Virustypen 1-4, 26-29, 38, 41, 49, 57, 63, 65 und 75-77 hervorgerufen, besonders betroffen sind die Akren (Stockfleth 2005).

Bei Kindern mit Atopie und Seborrhoe tritt die Erkrankung häufiger auf, Stockfleth (2005) führen dies auf den seborrhoeischen Hauttyp und die verringerte zelluläre Immunität zurück.

Je nach ihrer Lokalisation weisen *Verrucae vulgares* verschiedene Erscheinungsformen auf, etwa an Finger- und Handrücken die typischen kalottenförmigen Warzen. Prinzipiell können *Verrucae vulgares* an allen Körperstellen und -teilen auftreten (Stockfleth 2005).

Histopathologisch erkennt man die Akanthose, eine Papillomatose (bindegewebige Papillen, die fingerförmig ausgezogen sind), große vakuolisierte Zellen im oberen Stratum spinosum und im Stratum granulosum sowie eine Hyperkeratose der Epidermis (Stockfleth 2005).

Im Elektronenmikroskop erkennt man charakteristische Papillomviruselementarkörper, vor allem in ballonierten Zellen im oberen Stratum spinosum, im Stratum granulosum oder in Kernresten der Parakeratose (Stockfleth 2005).

Es gibt eine Spontanheilung, die nach Wochen, Monaten oder Jahren auftreten kann (Stockfleth 2005).

Häufigkeit

Stockfleth (2005) gibt die Inzidenz einer Infektion mit dem HP-Virus mit weltweit 13% an, sie stellen einen Gipfel im 2. Lebensjahrzent fest. Streit und Braathen (2001) geben an, dass Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 20 Jahren besonders häufig betroffen sind. Sie geben die Prävalenz bei Kindern aus Großbritannien mit 3,9-4,9% an. Ferner verweisen sie auf Untersuchungen, die von einer Prävalenz von 20% bei Kindern und Jugendlichen der nördlichen Halbkugel ausgehen.

Übertragung

Die Übertragung erfolgt durch Kontakt von Mensch zu Mensch, von Tier zu Tier (bei fast allen Haustieren), die Übertragung von Tier zu Mensch scheint aber fraglich. (Stockfleth 2005). Auch durch unbelebte Vektoren kann es zu einer Infektion kommen. Ferner ist eine Autoinokulation von eigenen Warzen möglich (Stockfleth 2005). Zur Inkubationszeit differieren die Angaben: es werden 4 Wochen bis mehrere Monate diskutiert. Streit und Braathen (2001) gehen von einer Inkubationsperiode von 1 bis 21 Monate aus. Stockfleth

(2005) verweist darauf, dass es in 2/3 der Fälle zu einer Spontanheilung innerhalb von zwei Jahren kommt.

Klinik

Die vulgären Warzen, *Verrucae vulgares*, treten besonders häufig an den Akren auf. Wir sehen kalottenförmige oder papillomatöse Warzen mit rauer, zerklüfteter Oberfläche.

Verrucae vulgares können jedoch an allen Körperstellen, an Haut oder Schleimhaut, vorkommen. An Finger und Handrücken sind sie kalottenförmig, in den Finger- und Zehenzwischenräumen dagegen eher papillomatös (Stockfleth 2005). Warzen finden sich auch am Paronychium, am Nagelbett, an Augenlidern, Bart, Lippenrot und Kapillitium. An Penischaft und an den Außenseiten der großen Labien können breitbasig aufsitzende, hautfarbene oder hyperpigmentierte Papeln bestehen, sowohl solitär als auch multipel (Stockfleth 2005). „Beim zytologischen Nachweis von Zellatypien liegt bowenoide Papulose vor.“ (Stockfleth 2005, S. 48)

Eine Sonderform von vulgären Warzen sind *Verrucae plantares*, sogenannte Dornwarzen (HPV1-assoziiert). Plane Warzen sind eine weitere Manifestation: besonders bei Kinder und Jugendliche können diese in großer Zahl an Händen und Fingern erscheinen (Streit und Braathen 2001).

In den allermeisten Fällen kann die Diagnose klinisch gestellt werden, bei Unsicherheiten ist eine Biopsie möglich (Streit und Braathen 2001).

1.2.3 Condylomata acuminata

1.2.3.1 Kennzeichen

Erreger

Die sogenannten „Low-risk-HPV-Typen“, HPV 6 oder HPV 11, sind die häufigsten Verursacher von sichtbaren *Condylomata acuminata*. Doch können auch HPV 42, 44, 51, 55, 69 und HPV 70 Condylomen zu Grunde liegen (de Villiers 1997, zitiert nach Stockfleth 2005). HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 und HPV 35 können regelmäßig in invasiven Karzinomen der Cervix uteri und in dessen Vorstadien (die sogenannte cervikale intraepitheliale Neoplasie, CIN) nachgewiesen werden. Seltener werden HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 und HPV 35 in anderen genitalen und analen Karzinomen oder intraepithelialen Neoplasien (vulväre intraepitheliale Neoplasie VIN, intraepitheliale Neoplasie des Penis PIN und des Anus AIN) gefunden. Unter Morbus Bowen, Erythroplasia de Queyrat und der bowenoiden Papulose versteht man schwere, meist durch HPV 16 hervorgerufene intraepitheliale Neoplasien der Vulva (VIN3), des Penis (PIN 3) und des Anus (AIN 3) (Clutterbuck 2004). Doch können auch für In-situ-Karzinome und Karzinome des Genitaltrakts HPV 6 und 11 ursächlich sein (Stockfleth 2005).

Epidemiologie

Stockfleth (2005) gehen von 30 Millionen Erkrankungen im Anogenitalbereich durch HPV-Infektionen weltweit aus. Damit handelt es sich um eine der häufigsten sexuell übertragbaren Virusinfektionen, wobei ein großer Anteil subklinisch verläuft (Stockfleth 2005). Die Prävalenz wird von Stockfleth (2005) mit 1-2 % der sexuell aktiven Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 49 Jahren angegeben.

Damit sind Warzen des Anogenitalbereichs (man spricht auch von spitzen Condylomen, *Condylomata acuminata* oder Feigwarzen) eine der häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten neben Chlamydien und genitalem Herpes, HSV Typ 2 (Clutterbuck 2004).

Bei Kindern liegen in der Literatur Fallberichte vor (Hornor 2004). So wurde zwischen 1990 und 1994 über mindestens 326 Fälle berichtet (Hornor 2004).

Klinik

Abbildung 1.4: Condylomata acuminata (Quelle: Dermatologische Klinik)



Condylomata acuminata zeigen sich klinisch als papillomatöse bis blumenkohlartige Knötchen mit weißer bis rosa Farbe; auch spitze, fingerförmige Genitalwarzen wurden beschrieben, ebenso wie flache Papeln und Plaques (Streit und Braathen 2001).

Die Feigwarzen sind meist etwa stecknadelkopfgroß, können aber auch bis zu mehreren Zentimetern heranwachsen und vermehren sich schnell, so dass Warzen-„Beete“ bis hin zu ausgedehnten Tumorkonglomeraten entstehen können (Gross et al. 2000). An Stellen, an denen die Condylome zweiseitigem Druck unterliegen, kommt es zu abgeplatteten, hahnenkammförmigen Vegetationen (Stockfleth 2005). Oft sind die Warzen verhornt, an feuchten Körperstellen kann

Mazeration bis hin zur Nekrose einsetzen (Stockfleth 2005).

Condylome zeigen eine vielgestaltige Morphologie:

- spitze Genitalwarzen (= Condylomata acuminata, Feigwarzen)
- Condylomata gigantea (Buschke-Löwenstein-Tumoren)
- keratotische Genitalwarzen
- papulöse, warzenähnliche Effloreszenzen
- flache makulöse, warzenähnliche Effloreszenzen (Condylomata plana)

Condylome werden selten symptomatisch, sie können zu Juckreiz, Brennen, Blutungen oder Fluor führen.

Genitalwarzen persistieren oft monate- und jahrelang. In bis zu 30 % der Fälle heilen Genitalwarzen spontan ab (Gross et al. 2000).

Lokalisation

Bei erwachsenen Frauen manifestieren sich die Läsionen am häufigsten in der hinteren Kommissur, weiter an den Labia minora, den Labia majora, dem Introitus vaginae und in der Vagina. Beim nicht zirkumzidierten Mann befinden sich Condylome bevorzugt am Präputium, an der Glans penis, am Sulcus coronarius und am Frenulum. Beim beschnittenen Mann ist vor allem der Penisstamm betroffen.

Jede fünfte Frau, die genitoanale Warzen an der Vulva aufweist, hat zusätzlich Läsionen im Analkanal. Bei heterosexuellen Männern sind im Gegensatz zu homosexuellen Männern anale Warzen häufiger zusammen mit Warzen am Penis anzutreffen. Bei 25% der Männer und 8% der Frauen ist die Urethra mitbetroffen (Clutterbuck 2004).

Insgesamt treten Feigwarzen zumeist disseminiert und multifokal auf. Genitalregion, die perianale Haut, die Perinealregion und in seltener Fällen die Inguinal- und Pubesregion sind Prädilektionsstellen. Auch extragenitale Infektionen, etwa an Mamille, Mundschleimhaut und Larynx sind möglich und imponieren als kondylomähnlicher Epithelveränderungen (Gross et al. 2000).

Komplikationen

Condylomata gigantea (Buschke-Löwenstein Tumoren) können in seltenen Fällen eine Verlegung der Geburtswege bei schwangeren Frauen verursachen. Ebenfalls HPV 6 und HPV 11-assoziiert, treten Buschke-Löwenstein Tumoren vielfach bei immunsupprimierten Patienten auf (Gross et al. 2000).

Die Hauptkomplikation einer genitoanal HPV-Infektion stellt die maligne Entartung dar. Vulva- und Peniskarzinome treten zumeist bei Patienten ab dem 60. Lebensjahr auf und bieten klinisch und histopathologisch das Bild von verruköse Karzinomen, die HPV 6- oder HPV 11 positiv sind. Wenn Feigwarzen sehr lange persistieren, können in seltenen Fällen daraus ebenfalls genitale Karzinome und Analkarzinome entstehen.

Analog zum Zervixkarzinom gibt es vorangehende atypische HPV-induzierte Läsionen, die intraepithelialen Neoplasien der Vulva (VIN Grad 1-3) und des Penis (PIN Grad 1-3), die einem invasiven Vulva- oder Peniskarzinom vorangehen.

Unter einer bowenoide Papulose versteht man eine schwere vulväre, penile oder perianale papulöse intraepitheliale Neoplasie (VIN 3, PIN 3 oder PAIN 3) bei Erwachsenen unter 45 Jahren. Sind die Patienten dagegen älter als 45 Jahre, spricht man zumeist von einem M. Bowen oder einer Erythroplasie de Queyrat, die sich histologisch kaum von der bowenoiden Papulose unterscheiden lassen. Im Gegensatz zur bowenoiden Papulose, die von konfluierenden makulopapulösen Effloreszenzen gekennzeichnet ist, findet man beim M. Bowen oder der Erythroplasie de Queyrat meist solitäre makulopapulöse Effloreszenzen oder Plaques. Bei all diesen Präkanzerosen findet man HPV 16, HPV 18 und andere high-risk HPV-Typen (Gross et al. 2000).

Diagnose

Meistens erfolgt die Diagnose durch die **Inspektion**. Eine weitere Absicherung der Diagnose erfolgt nur bei unsicherer klinischer Diagnose und bei Warzen, die trotz Therapie weiter wachsen (Clutterbuck 2004).

Eine histologische Untersuchung ist bei Condylomen immunsupprimierter Patienten und bei Hautveränderungen mit einem Durchmesser von mehr als 1 cm erforderlich. Wenn die Effloreszenzen papulös oder makulös pigmentiert, leukoplakieähnlich, polychrom und ulzeriert atypisch erscheinen, muss ebenfalls histologische Untersuchung erfolgen (Gross et al. 2000). Dasselbe gilt für papulöse bzw. makulöse pigmentierte, Hautveränderungen im Genitoanalbereich. Solitäre Effloreszenzen sollten stets in toto exzidiert werden (Clutterbuck 2004).

Mit dem **Essigsäure-Test** erkennt man eine scharf begrenzte Weißfärbung mit sichtbaren, unregelmäßig konfigurierten Gefäßen an den genitalen Warzen. Dazu trägt man 5%ige Essigsäure am äußeren Genitale oder 3%ige Essigsäure an Vagina, Cervix uteri und Analkanal mit einem Wattetupfer auf und lässt die Essigsäure drei bis fünf Minuten einwirken (Gross et al. 2000).

Falls eine chirurgische Entfernung der Warzen geplant ist, kann man so besonders gut die Resektionsgrenzen festlegen.

Positiv wird der Essigsäure-Test, wenn eine scharf begrenzte Weißfärbung mit unregelmäßig konfigurierten Gefäßen sichtbar wird.

Dennoch ist die Weißfärbung zunächst unspezifisch und ist etwa bei einigen entzündlichen Dermatosen nachweisbar (Gross et al. 2000).

Zusätzlich sollte eine **Kolposkopie** erfolgen, um Warzen an der Portio bzw. in der Vagina auszuschließen, eine **Urethroskopie** bzw. **Meatoskopie** beim Mann und bei perianalen Warzen eine **Anoskopie** bzw. **Proktoskopie** (Gross et al. 2000).

Histologisch erkennt man zytopathische Viruseffekte wie Koilozyten (also eine perinukleäre Vakuolisierung der Zellen des Stratum spinosum und Stratum granulosum). Im Korium sind

dilatierte, teilweise ektatische Blutgefäße nachweisbar, dagegen ermöglichen ältere Viruswarzen keine sichere histologische Diagnose (Gross et al. 2000).

Mit einem direkten **Antigentest** lassen sich nur gruppenspezifische Antigene und Papillomviren mittels immunhistochemischer Färbung identifizieren, so dass dieser Test nur gering aussagekräftig ist.

Molekularbiologisch kann man HPV-DNA durch die **PCR** und die **In-situ-Hybridisierung** bei wissenschaftlichen Fragestellungen nachweisen, in der Routinediagnostik erfolgt dies normalerweise nicht.

Es gibt keine HPV-Serologie mit kultureller Anzucht des Virus (Gross et al. 2000).

Ferner sollte man Syphilis und HIV durch eine Serologie ausschließen.

Wenn der Patient unter Fluor oder anderen Symptomen leidet, empfiehlt die AMWF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) einen Chlamydien-PCR-Nachweis im urethralen Abstrich oder im Urin, ferner Untersuchungen auf *Neisseria gonorrhoeae*, Mycoplasmen, Trichomonaden und einen HSV-Nachweis (Schneede et al. 2001).

1.2.3.2 Übertragung

Inkubationszeit, Übertragbarkeit, Rezidive

„Die Inkubationszeit genitoanaler Warzen ist bei mindestens 4 Wochen bis zu mehreren Monaten sehr variabel.“ (Schneede et al. 2001)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es aufgrund der verschiedenen langen Latenzzeit von Infektion und Virusausbruch außerordentlich schwierig ist, eine Infektionsquelle zu ermitteln. Die Angaben zur Latenzzeit differieren: von wenigen Monaten bis zu einigen Jahren (Rock et al. 1986), zwischen 4 Wochen und 8 Monaten (Gross 1992), 2-3 Monate, kann aber auch bis zu 20 Monate reichen (Boyd 1990), 1 bis zu 20 Monaten (Fierlbeck et al. 1992), Wochen über Monate bis Jahre (Cohen et al. 1990).

Die Rezidivrate nach einer erfolgreichen Therapie liegt immer noch bei 20-70% (kontrollierte Studien). Somit ist es häufig kaum möglich, die Infektionsquelle genau festzulegen (Gross et al. 2000).

Risikofaktoren

Als wichtigster Risikofaktor wird die Anzahl der Sexualpartner im Leben postuliert; als Cofaktoren kommen andere Erkrankungen wie AIDS, Herpes genitalis, Syphilis und die Infektion mit *Chlamydia trachomatis*, Zigarettenrauchen, Cannabis, Kokain und immunsuppressive Medikamente vor (Schneede et al. 2001).

Krüger Kjaer et al. (2000) stellten bei ihrer Analyse der Risikofaktoren fest, dass die Anzahl der Sexualpartner die wichtigste Rolle spielte. Alter, Rauchen, orale Kontrazeptiva oder das Alter beim ersten Sexualverkehr dagegen hingen nicht signifikant mit dem Risiko einer HPV-Infektion zusammen.

Gutman et al. (1993) erwähnen ebenfalls, dass die Risikofaktoren für *Condylomata acuminata* die gleichen wie für andere sexuell übertragbare Krankheiten seien. Diese Risikofaktoren schließen eine signifikant höhere Anzahl von Sexualpartnern im Leben ein sowie den ersten Geschlechtsverkehr im niedrigeren Jugendalter, eine größere Inzidenz von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und häufigere abnormale Papanicolaou- Abstriche.

Insgesamt handelt es sich somit um teilweise unterschiedliche Angaben in Bezug auf die Risikofaktoren, Gutman et al. (1993) führen den ersten Geschlechtsverkehr im niedrigeren Jugendalter als Risikofaktor an, Krüger Kjaer et al. (2000) dagegen nicht.

Übertragungswege bei Erwachsenen

Bei Erwachsenen wird primär von einer sexuellen Übertragung ausgegangen. So wird etwa im Dermatologie-Lehrbuch die sexuelle Partnerübertragung als erwiesen angesehen (Stockfleth 2005), ebenso wie in den Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu „Feigwarzen in der anorektalen Region“ (Wienert 1999) und „Diagnostik und Therapie von Genitalerkrankungen durch Humane Papillomviren (HPV)“ (Schneede et al. 2001). Dementsprechend wenig findet sich deshalb in der Literatur zu der Frage, ob Condylomata acuminata bei Erwachsenen ausschließlich über sexuelle Kontakte übertragen werden, im Gegensatz zu den vielfältigen Erklärungsansätzen, wenn es um die Übertragung von Condylomen bei Kindern geht (siehe unten).

In einem der wenigen Artikeln, die auch die nichtsexuelle Übertragung bei Erwachsenen thematisieren, beleuchten Gutman et al. (1993) die Daten über die Übertragungswege von HPV-assoziierten Erkrankungen des Genitaltrakts bei Erwachsenen und vergleichen diese Daten mit den vorhandenen Informationen über Infektionswege bei Kindern.

Sie stellen fest, dass direkter sexueller Kontakt bei Erwachsenen als einziger Übertragungsweg in der Literatur unterstützt wird, obwohl HPV-DNA an Objekten und anderen Quellen gefunden wurde. In Studien mit Paaren war die Prävalenz von anogenitalen Warzen bei den Sexualpartnern von Personen mit klinischen Erscheinungen größer als 90%; die Entwicklung von klinischen oder subklinischen Erscheinungen war bei Exposition größer als 60%.

Ferner gibt es laut Gutman et al. (1993) Daten, die vermuten lassen, dass eine HPV-Infektion sexuell erfahrenen Frauen vorbehalten ist. In einer Studie mit 65 Frauen mit intakter Virginität betrug die Prävalenz von HPV aus Proben von Vulva, Vagina und Cervix, die mit DNA-Amplifikation untersucht wurden, null. Keine der Frauen hatte papillomatöse Läsionen, und alle Papanicolaou-Abstriche der Frauen waren normal.

In einem weiteren Artikel von Krüger Kjaer et al. (2000) wurde die Rolle von Sexualverkehr in der Übertragung von HPV untersucht.

Sie untersuchten 100 Jungfrauen und 105 monogam lebende Frauen 2mal in einem 2-Jahres-Intervall. Die Frauen wurden interviewt, ein Cervix- und ein Papanicolaou-Abstrich sowie Blutproben wurden entnommen. Im Interview befragte man die Frauen nach demographischen und sozialen Faktoren, nach Sexual-, Verhütungs- und Rauchgewohnheiten, nach Einflussfaktoren hinsichtlich der Fortpflanzung und früheren sexuell übertragbaren Krankheiten. Alle Jungfrauen waren sowohl HPV-negativ als auch seronegativ für VLP 16 (VLP=Virus-like particles) außer einer Frau, die leicht positiv für HPV 6 DNA war.

Nur die Jungfrauen, die eine sexuelle Aktivität aufnahmen, wurden anschließend HPV positiv und/oder VLP16 positiv getestet.

Es wurden 4 Gruppen gebildet: Gruppe A bedeutete Jungfrauen, die während dem 2jährigen Untersuchungszeitraum keine sexuelle Aktivität aufnahmen (n = 30); Gruppe B bedeutete Jungfrauen, die zu irgendeinem Zeitpunkt während des Untersuchungszeitraums eine sexuelle Aktivität aufnahmen (n = 70); Gruppe C bedeutete monogame Frauen, die monogam blieben (n = 78); und Gruppe D bedeutete monogame Frauen, die neue Sexualpartner während des Follow-ups hatten (n = 27).

Von der Gruppe B waren bei der zweiten Untersuchung 23 Frauen (35,4%) HPV DNA-positiv und 10 Frauen hatten Antikörper gegen HPV 16. In der Gruppe C waren 2 Frauen am Anfang der Studie HPV DNA-positiv, beim Follow-up waren 4 Frauen HPV DNA-positiv. In der Gruppe D waren zu Beginn der Studie 4 Frauen HPV DNA-positiv. Bei der Follow-up-Untersuchung waren 9 Frauen HPV DNA-positiv.

Diese Ergebnisse lassen sehr stark vermuten, dass HPV sexuell übertragen wird, da alle Jungfrauen, die während der Dauer der Studie keine sexuelle Aktivität aufnahmen, weiterhin

HPV-DNA-negativ blieben. Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Sexualverkehr sehr wichtig im Übertragungsmodus der HPV-Infektion ist, da nur Jungfrauen, die sexuell aktiv wurden, HPV DNA-positiv getestet wurden.

Methodisch bleiben beide Studien in einem Punkt zumindest mangelhaft: Es wurde bei Gutman et al. (1993) nicht ausgeführt, wie man zu dem Ergebnis kam, dass es sich bei den untersuchten Frauen wirklich um Jungfrauen handelte. Krüger Kjaer et al. (2000) erwähnen, dass die Frauen „berichteteten“, Jungfrau zu sein bzw. noch keine sexuelle Aktivität aufgenommen hatten.

Sonnex et al. (1999) überprüften, ob Patienten mit genitalen Warzen HPV-DNA an ihren Fingern aufweisen. Dazu wurden von 14 Männern und 8 Frauen mit genitalen Warzen mittels einer „Cytobrush“ (Sonnex et al. 1999) Proben von den genitalen Läsionen, Fingerspitzen und Spitzen der Fingernägel entnommen. Die Proben wurden mit der Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR) auf die Anwesenheit von HPV-DNA untersucht. Die Autoren entdeckten in allen genitalen Proben der Frauen HPV-DNA und in 13/14 der genitalen Proben der Männer. In den Bürsten-Proben der Finger wurde bei 3 Frauen und bei 9 Männern HPV-DNA nachgewiesen. Der gleiche HPV-Typ von genitaler Probe und Finger-Probe wurde bei einer Frau und 5 Männern ermittelt. Die Autoren folgern, dass bei Patienten mit genitalen Warzen auch an den Händen HPV-DNA nachgewiesen werden kann. Obwohl normalerweise Sexualverkehr als Übertragungsweg der HPV-Infektion angenommen wird, sprechen diese Ergebnisse für die Möglichkeit einer Übertragung von den Fingern auf das Genitale.

Dennoch bleibt es schwierig, in Anbetracht der geringen Studienanzahl und des sensiblen Themas einer sexuell übertragbaren Krankheit Aussagen über die nichtsexuelle Übertragung von Condylomen bei Erwachsenen zu machen. In diesem Bereich sind noch weitere Untersuchungen vorstellbar.

Übertragungswege bei Kindern

Infizierter Geburtskanal zur Zeit der Entbindung

Diese Möglichkeit der nicht-sexuellen Übertragung auf Neugeborene fand sich in beinahe jeder Veröffentlichung mit dem Thema „sexuell übertragbare Krankheiten im Kindesalter“. Insgesamt sind sich verschiedene Autoren einig, dass ein infizierter Geburtskanal ein Risiko für das Neugeborene darstellt, ebenfalls Condylome zu entwickeln.

Cohen et al. (1990) stellt fest, dass bei Kindern unter 3 Jahren eine perinatale Übertragung wahrscheinlich ist. Bei 7 Kindern seiner Studie, die Warzen bereits bei der Geburt hatten, vermutete er eine Übertragung von HPV von der Mutter auf das Kind. Bei 2 Müttern waren Condylome zur Zeit der Geburt nachgewiesen (Cohen et al. 1990).

In dem Artikel von Gross (1992) findet sich ebenfalls der Hinweis, dass während der Geburt eine vertikale Übertragung von *Condylomata acuminata* im Vaginal- und Vulvabereich der Mutter auf das Kind stattfinden kann.

Neinstein et al. (1984), Rock et al. (1986), Fierlbeck et al. (1992) oder etwa Kohl und Petzold (1996) verweisen ebenfalls auf diese Infektionsquelle.

Auch Atabaki und Paradise (1999) erwähnen in ihrem Artikel die vertikale Übertragung auf Säuglinge und Kleinkinder.

Es sprachen laut Atabaki und Paradise (1999) auch einige Beobachtungen gegen die vertikale Übertragung: Frauen mit negativer HPV-Testung hatten genauso wahrscheinlich Kinder mit positiver Testung wie Frauen mit positiver HPV-Testung; eine positive Testung bei Kindern trat eher später als zur Neugeborenenzeit auf und die HPV-DNA-Typen bei Mutter und Kind waren nicht konkordant. Die maximale Wahrscheinlichkeit der vertikalen perinatalen HPV-Übertragung (also durch einen infizierten Geburtskanal) wurde von Atabaki und Paradise (1999) auf 2,8% geschätzt.

Auch Krüger Kjaer et al. (2000) verweisen darauf, dass auch von einer nichtsexuellen Übertragung ausgegangen werden muss und führen als Beispiel an, dass in der Literatur von einer perinatalen Übertragung von HPV von der Mutter auf das Kind berichtet wird.

Intrauterine Infektion

Rock et al. (1986) stellt in ihrem Artikel „Genital Tract Papillomavirus Infection in Children“ fest, dass Kinder Condylome auf nichtsexuellem Weg erwerben können. Die Übertragung erfolge etwa durch eine aufsteigende Infektion aus dem Genitaltrakt oder –weniger wahrscheinlich- durch eine transplazentäre Infektion des Fetus nach einer Virämie der Mutter. Auch Cohen et al. (1990) spricht in seinem Artikel von einer hämatogenen Streuung während einer vorübergehenden Virämie.

Insgesamt erwähnen viele Autoren (Kohl und Petzold 1996; Rock et al. 1986; Atabaki et al. 1999) die Möglichkeit dieses Übertragungswegs.

Auto- und Heteroinokulation

Atabaki et al. (1999), Fierlbeck et al. (1992) und Gross (1992) stellen in ihren Artikeln fest, dass eine Übertragung von Handwarzen auf den Genitalbereich durch Auto- oder Heteroinokulation (etwa durch Eltern oder Pflegepersonal) möglich ist. Sonnex et al. (1999) untersuchte diese Möglichkeit bei Erwachsenen (siehe „Übertragungswege bei Erwachsenen“).

Cohen et al. (1990) verweisen in ihrem Artikel auf die Möglichkeit der Infektion durch versehentlichen Kontakt mit genitalen Sekreten und direkten Kontakt mit Warzen im genitalen und extragenitalen Bereich.

Fierlbeck et al. (1992) berichten über einen Fall, bei welchem das Kind sowohl vulgäre Warzen an der Hand als auch Condylomata acuminata im Genitalbereich hatte und bei dem die Warzen im Genitalbereich HPV-2-positiv getestet wurden. HPV-2 ruft sonst vulgäre Warzen und Plantarwarzen hervor, so dass der Manifestationsort „Genitalbereich“ recht ungewöhnlich für HPV-2 ist.

Fierlbeck et al. (1992) folgern daraus, dass wahrscheinlich die Lokalisation der Papillome das klinische Erscheinungsbild erheblich beeinflusst.

Ferner wird in der Literatur auch die Übertragung durch „engen körperlichen Kontakt“ (Fierlbeck et al. 1992) für möglich gehalten. Sie berichten über einen Fall von Condylomen bei einem Kind, bei dem sie davon ausgehen, dass eine Autoinokulation von den Händen auf die Analregion stattgefunden hat, da das Kind seit dem 1. Lebensjahr Warzen an den Händen hatte. Die Condylome entsprachen zwar klinisch „normalen“ Condylomen, bei der in-situ-Hybridisierung wurde jedoch HPV-2-DNA nachgewiesen.

In der Leitlinie „Feigwarzen in der anorektalen Region“ (Wienert 1999) wird ebenfalls die Auto- oder Heteroinokulation von Warzen aufgeführt: „Möglicherweise kommt es durch Übertragung von Viruspartikeln der Fingerwarzen zur Entwicklung von Feigwarzen im Analbereich.“

Die Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Genitalerkrankungen durch Humane Papillomviren (HPV)“ (Schneede et al. 2001) stellt fest: „Einen anderen wichtigen Übertragungsweg für HPV stellt die Auto- bzw. Heteroinokulation z. B. ausgehend von Fingerwarzen (v. a. HPV 2) dar, wobei Hand- und Fußwarzen allerdings nicht auf das Genitale und vice versa übertragen werden.“

Hier gehen die Meinungen von verschiedenen Expertengremien zum gleichen Thema auseinander.

Sexuelle Übertragung

Diese Möglichkeit der Übertragung von Condylomata acuminata bei Kindern ist sicherlich diejenige, auf die die behandelnden Ärzte das größte Augenmerk richten. Demnach

verwundert es nicht, dass sich in jedem Artikel, der sich mit Condylomata acuminata bei Kindern befasst, Hinweise auf die sexuelle Übertragung finden. Bei Kindern wird meist zuerst an sexuellen Missbrauch gedacht.

Cohen et al. (1990) kommen zu dem Schluss, dass nach ihren Daten die meisten Kinder kein hohes Risiko für einen bereits erlebten sexuellen Missbrauch aufwiesen.

Boyd (1990) stellt in seinem Artikel fest, dass manche Autoren schätzen, dass 40-80% der Condylome bei Kindern durch nicht-sexuelle Kontakte erworben werden. Andere glauben, dass fast jeder Fall dieser Warzen im Kindesalter mit sexuellem Missbrauch in Zusammenhang zu bringen ist. 27% der Patienten der Studie von Boyd (1990) waren nach seinen Angaben Opfer oder vermutete Opfer von sexuellem Missbrauch.

Rock et al. (1986) schreiben, dass die meisten Fälle von Condylomen in der Kindheit auf sexuellen Missbrauch zurückzuführen sind. In ihren eigenen Daten ließ sich bei 2 von 5 vorgestellten Kindern überhaupt kein Hinweis auf sexuellen Missbrauch finden und auch bei den anderen 3 Kindern war nicht gesichert, ob sie missbraucht wurden, obwohl Hinweise vorhanden waren.

Fierlbeck et al. (1992) betonen in ihrem Artikel, dass sexueller Missbrauch auf jeden Fall in Betracht gezogen werden muss. Bei seinen 4 Fallvorstellungen von Kindern mit Condylomen konnte keine Infektionsquelle ermittelt werden. Keines der Kinder wies anale, genitale oder orale Verletzungen auf und die psychosozialen Verhältnisse erschienen unauffällig.

Insgesamt werden die Aussagen der Autoren auf diesem Gebiet sehr vage. Die Autoren kommen zu unterschiedlichen Resultaten. Die Methodik, auf der die Aussagen basieren, wird oft nicht näher ausgeführt (siehe „Diskussion von methodischen Aspekten“).

1.2.3.3 Therapie

Dieser Abschnitt „Therapie“ basiert, falls nicht anders gekennzeichnet, auf den Leitlinien „Condylomata acuminata und andere HPV-assoziierte Erkrankungen des Genitale und der Harnröhre“ von Gross et al. (2000) und „Therapie von Condylomata acuminata“ von Kaspari (2003).

Wie bei anderen Warzentypen kann es bei Condylomen zur Spontanabheilung kommen. Streit und Braathen (2001) sprechen von einer Spontanremissionsrate von **10-30%**.

Bei allen Behandlungsformen können lokale Hautreizungen wie Ödembildung und Erosionen mit Brennen und Juckreiz, eventuell auch Schmerzen, auftreten.

Da HPV-DNA latent im Gewebe bleiben kann, unabhängig davon, welche Therapie man anwendet, sind Rezidive möglich. Bei mindestens **20-70%** von erfolgreich behandelten Patienten kommt es laut kontrollierten Studien innerhalb von 6 Monaten wieder zu einem Auftreten der Warzen.

Die Therapiemöglichkeiten umfassen chirurgische Verfahren, Trichloressigsäure, die zytotoxische Therapie, antivirale Therapien und Immuntherapien.

Podophyllin und 5-Fluorouracil werden wegen Toxizität heute nicht mehr in der Therapie eingesetzt.

Chirurgische Verfahren

Zu den chirurgischen Verfahren zählt auch die Kryotherapie, eine Vereisung mit flüssigem Stickstoff. Ferner gibt es folgende Verfahren, um die Warzen zu entfernen:

- Scherenschlag
- Kürettage
- Elektrokauter
- CO₂-Laser, Nd-YAG-Laser

Trichloressigsäure

80-90%ige Trichloressigsäure, eine sehr starke Säure, führt zu Zellnekrosen. Die Trichloressigsäure muss vom Arzt wöchentlich mit einem Wattetupfer auf die Läsionen aufgetragen werden. Es kann beim Patienten zu Brennen und Schmerzen kommen. Kleine, weiche Condylomata acuminata im Schleimhautbereich sprechen besonders gut auf diese Therapie an und heilen zumeist ohne Narbenbildung ab. Auch während der Schwangerschaft kann mit Trichloressigsäure therapiert werden. Stets sollten nur kleinste Mengen eingesetzt werden; bei übertriebenem Einsatz kann eine Neutralisation mit Natriumbicarbonat nötig werden.

Zytotoxische Therapie

Die zytotoxische Therapie erfolgt durch Podophyllotoxin. Dieses kann vom Patienten selbst entweder als 0,5%ige Lösung oder als 0,15%ige Creme (0,5 % Lösung darf nur von Männern angewendet werden, 0,15 % Creme von Männern und Frauen) zweimal täglich 3 Tage lang auf die Läsionen aufgetragen werden. Nach 4 Tagen kann wieder ein neuer Zyklus (insgesamt jedoch höchstens 4 Zyklen) begonnen werden.

Maximal sollten 10cm² Warzenfläche mit maximal 0,5 ml Podophyllotoxin behandelt werden. Diese Therapie ist besonders zur Erstbehandlung der Warzen geeignet.

Antivirale Therapie

Zur antiviralen Therapie stehen **Interferone** zur Verfügung. Es handelt sich dabei um endogene intrazelluläre Signalproteine, die antiviral, antiproliferativ und immunmodulierend wirken. Will man sie zur Therapie von genitalen Warzen verwenden, können sie intraläsional, systemisch (s.c. oder i.m.) oder lokal adjuvant nach einer chirurgischen Entfernung verwendet werden. Intraläsional wird Interferon nur bei umschriebenen großen Warzen benützt, die Therapie ist auch sehr schmerzhaft. Eine lokale adjuvante Therapie erfolgt nach der Abtragung der anogenitalen Warzen mit dem Elektrokauter oder CO₂-Laser. Das Interferon-beta-Gel muss fünfmal pro Tag vier Wochen lang aufgetragen werden (0,1 Mio. I.E./g Gel) und wird bei umschriebenen rezidivierenden Genitalwarzen empfohlen. Interferone können am Anfang der Therapie systemische, grippeähnliche Nebenwirkungen hervorrufen.

Die maximal therapierbare Warzenfläche sollte kleiner als 10 cm² sein; besonders rezidivierende Genitalwarzen sprechen auf diese Therapie an.

Immuntherapie

Imiquimod 5% Creme steht als Immuntherapie zur Verfügung und wird lokal angewendet (dreimal pro Woche nachts über ca. 8h bis maximal 16 Wochen). Nach 6 bis 10 Stunden sollte das behandelte Gebiet mit Wasser abgewaschen werden. Der Vorteil an Imiquimod ist die geringe Rezidivrate: sie beträgt nur 20%, doch muss oft längerfristig therapiert werden. Besonders bietet sich diese Therapieoption bei genitalen und perianalen Läsionen der Schleimhautareale und des Haut-Schleimhautübergangs an, die noch nicht vorbehandelt sind (zur Erstbehandlung geeignet).

Imiquimod ist das erste einer neuen Medikamentenklasse („Aminoquinoline“), die auf dem Markt erhältlich waren. Neben der Behandlung von genitalen Warzen wird es bei Basalzellkarzinomen, aktinischen Keratosen, Lentigo maligna, vulgären Warzen und Mollusca contagiosa eingesetzt. (Tran et al. 2004)

Aminoquinoline führen unter anderem zu einer Freisetzung von Zytokinen, indem sie an den „Toll-like-Rezeptor-7“ binden; sie wirken sowohl auf die antigenspezifischen wie auch die antigenunspezifischen Mechanismen des Immunsystems. Interessant für die antivirale Therapie sind hierbei die Funktionen, die den antigenunspezifischen Bereich betreffen: Aktivierung von T-Helfer-Zellen und zytotoxische T-Zellen (Schuler et al. 2002).

Diese Aktivierung stimuliert die eigenen Verteidigungsmechanismen des Immunsystems gegen viral infizierte Zellen und Tumorzellen (Tran et al. 2004).

Imiquimod wird als 5%-ige Creme dreimal pro Woche aufgetragen. Es muss mit einer relativ langen Behandlungsdauer (4-10 Wochen) gerechnet werden, da die Immunabwehrmechanismen zunächst stimuliert werden müssen. Lokal aufgetragen kommt es aber rasch zu einer Entzündungsreaktion, die sich in Rötung, Brennen oder Nässen äußert.

Therapie des Sexualpartners

Der Partner eines mit HPV infizierten Patienten sollte sich klinisch untersuchen lassen und entsprechend bei Warzen oder anderen Läsionen mitbehandelt werden. Von der WHO wird das Cervixkarzinom als sexuell übertragbare Erkrankung eingestuft, das mit den „High-risk“-HPV-Typen HPV 16 und HPV 18 assoziiert ist.

Therapie von Condylomata acuminata bei Kindern

Allen und Siegfried (1998) in Kaspari (2003) schlagen bei Kindern mit asymptomatischen Condylomata acuminata zunächst Abwarten vor. Ferner können Kryotherapie, Scherenschlag, Elektrokauter oder Lasertherapie therapeutisch angewendet werden. Kaspari (2003) spricht ferner an, dass zur Podophyllin- und Imiquimod-Therapie bei Kindern noch zu wenige Daten vorliegen.

1.2.3.4 Differentialdiagnosen zu Condylomen

Molluscum contagiosum

Der Erreger der Mollusca contagiosa gehört zur Gruppe der Pockenviren und ist ein epidermotropes DNS-Virus. Über Epitheldefekte gelangt das streng epidermotrope Virus in die Haut des Menschen.

Die Effloreszenzen sind zentral gedellt und knotig.

Besonders häufig infizieren sich Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren sowie Atopiker (vgl. Punkt „Verrucae vulgares“) und Immungeschwächte, die bevorzugten Lokalisationen sind Gesicht und Hals (Fölster-Holst 2005).

Milien

Bei Milien handelt es sich um weißliche, kalottenförmige, erhabene Zysten, die bevorzugt im Gesicht vorkommen, allerdings auch im Genitalbereich oder an anderen Körperstellen. Besonders bei jungen Mädchen können sich sehr viele Milien sehr schnell bilden, die dann als eruptive Milien bezeichnet werden (Braun-Falco und Burgdorf 2005).

In die differentialdiagnostischen Überlegungen sind ferner Fibromata pendulantia, dermale Nävi, seborrhoische Warzen und bei der Frau die Mikropapillomatosis labialis vulvae mit einzubeziehen. Papillae coronae glandis (sog. Hirsuties papillaris penis bzw. die hirsutoiden Penispapeln), heterotope Talgdrüsen, Condylomata lata (Sekundärstadium der Syphilis), und die bowenoide Papulose sind weitere Differentialdiagnosen.

Nicht vergessen werden dürfen selbstverständlich Malignome wie das spinozelluläre Karzinom, seltener das maligne Melanom, das normalerweise solitäre Tumoren ausbildet. Bei Verdacht sind Exzision und histologische Untersuchung unumgänglich (Gross et al. 2000).

1.2.4 Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)

Terminologie

Im Laufe der Zeit wurden viele Begriffe verwendet, um diese Erkrankung zu benennen: Kraurosis vulvae, hypoplastische Dystrophie, Weißflecken-Dermatose und Lichen sclerosus et atrophicus. Lichen sclerosus muss von Lichen planus unterschieden werden und kann auch nur „Lichen sclerosus“ genannt werden (Funaro 2004).

Epidemiologie

Anogenitaler Lichen sclerosus ist eine häufige Erkrankung. Lynch (2004) schätzt, dass es bei ca. 0,5 % der Westeuropäer und Amerikaner vorkommt. Vorwiegend tritt es im mittleren bis späten Erwachsenenalter auf, aber auch bei Kindern. Bei Kindern sind häufiger Jungen, im Erwachsenenalter häufiger Frauen von anogenitalem LSA betroffen (Lynch 2004).

Vor allem Frauen im 5. und 6. Lebensjahrzent sind betroffen, als Inzidenz gibt Hengge (2001) 14 Fälle pro 100000 Einwohner und Jahr an.

Anamnese

Alle Patienten berichten von hartnäckigem Juckreiz, und fast alle Patienten geraten in einen „Juck-Kratz“-Teufelskreis. Psychische Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle; Angststörungen und/oder Depressionen sind regelmäßig vorhanden. Auch berichten die meisten Patienten von Atopie in der eigenen Anamnese oder in der Familienanamnese (Lynch 2004).

Funaro (2004) spricht von Pruritus als dem häufigsten Symptom, aber auch Dysurie, Dyspareunie oder Brennen wird angegeben. Es gibt auch asymptomatische Patienten. Kinder können die gleichen Symptome entwickeln wie Erwachsene, initiale Zeichen sind oft Obstipation und Dysurie.

Klinisches Erscheinungsbild

- Lichenifikation
Lichenifikation kommt durch Verdickung der Epidermis (Akanthose) und des Stratum corneum (Hyperkeratose) zustande und resultiert aus dem chronischen Trauma von ununterbrochenem Kratzen. Die Verdickung des Stratum corneum verursacht sichtbare Schuppen und eine tastbar raue Oberfläche. Andererseits kann aufgrund der Feuchtigkeit im Anogenitalbereich das verdickte Stratum corneum weißlich, runzlig und weicher erscheinen.
- Exkoration
Exkorationen entstehen ebenfalls aus ständigem Kratzen. Sie erscheinen als 4-10mm große Erosionen, die linear oder angular konfiguriert sind. Exkorationen heilen ohne Narbenbildung, dafür entsteht oft Hyper- oder Hypopigmentation. Ulcera dagegen heilen mit Narbenbildung und Depigmentation ab.
- Farbe
Lichen simplex chronicus ist typischerweise rot, aber die Intensität und der Farbton des Erythems sind sehr variabel. In leichten Fällen kann man eine rosa Farbe beobachten, während in schwereren Fällen ein leuchtendes Rot sichtbar wird. Durch die chronische Entzündung entsteht oft eine Hyperpigmentation. Auch Hypo- oder Depigmentierung können vorkommen.
- Sonstige Befunde
Follikuläre oder perifollikuläre Papeln finden sich in der Peripherie der lichenifizierten Plaques. Lineare Fissuren entstehen durch die Hyperkeratose besonders in den natürlichen Hautfalten. Diese persistieren wahrscheinlich durch eine Superinfektion mit Candida für längere Zeit (Lynch 2004).

Funaro (2004) führt als die typischen Läsionen von Lichen sclerosus weiße, atrophische Papeln auf, die zu Plaques konfluieren können. Lichen sclerosus kann auch hämorrhagisch, purpurfarben, hyperkeratotisch, bullös, erodiert oder ulzeriert erscheinen.

Es werden drei Mechanismen für das weiße Erscheinungsbild von Lichen sclerosus postuliert: verminderte Melaninproduktion, verminderter Transport von Melanosomen zu den Keratinozyten und Verlust von Melanozyten (Funaro 2004).

Lokalisation

Lichen simplex chronicus tritt normalerweise bilateral auf, kann aber auch – etwa durch Kratzen – asymmetrisch oder sogar unilateral auftreten. Bei Frauen sind die Labia majora am häufigsten betroffen, gefolgt von Labia minora und vulvarem Vestibulum. Seltener findet man LSA am Mons Pubis und den oberen, inneren Oberschenkeln. Niemals tritt eine Beteiligung der Vagina auf.

Bei Männern ist das Scrotum am häufigsten betroffen, gefolgt vom proximalen Teil des Penis und den oberen, inneren Oberschenkeln.

Bei Männern und Frauen ist die Perianalregion Prädilektionsstelle (Lynch 2004).

Funaro (2004) dagegen führt als Lokalisationen bei Frauen das Perineum, Labia majora, Labia minora und Klitoris auf, bei Männern Vorhaut und/oder Glans, nicht aber den Perianalbereich. Es sei die häufigste Ursache für eine erworbene Phimose bei Jungen. Extragenitale Läsionen befinden sich zumeist am inneren Oberschenkel, submammär, am Nacken, Schultern und Handgelenken (Funaro 2004, Hengge 2001).

Diagnose

Die Diagnose Lichen simplex chronicus kann relativ leicht durch Inspektion gestellt werden. Die Gegenwart von Lichenifikation und Exkoriation reicht für eine klinische Diagnose aus. Manchmal kann nur ein Erythem sichtbar sein, besonders, wenn die Erkrankung gerade erst aufgetreten ist. Hier muss man auf die Anamnese eines „Juck-Kratz-Teufelskreis“ zurückgreifen.

Es gibt keine Bluttests, die LSA identifizieren können.

Biopsien sind selten nötig, besonders solange noch Kratzartefakte vorhanden sind, weil diese eine histologische Beurteilung erschweren (Lynch 2004).

Eine Biopsie kann helfen, Lichen sclerosus von erosivem Lichen planus, Morphea, Lichen simplex und vernarbendes Schleimhautpemphigoid zu unterscheiden. Typische Befunde sind: epidermale Atrophie mit Verlust der Reteleisten, hydropische Degeneration der Basalschicht, Hyperkeratose mit follikulärer Verstopfung, Ödem und Homogenisierung von Kollagen in der oberen Dermis, unter dem sich ein bandförmiges entzündliches Infiltrat findet (Funaro 2004).

Differentialdiagnostisch ist zunächst zu unterscheiden, ob es sich um primären LSA (beginnt auf normal erscheinender Haut) oder um sekundären LSA (auf eine bereits bestehende Erkrankung aufgepfropft) handelt. Candidiasis, Psoriasis und Tinea cruris, seltener Läuse, Skabies, Warzen und Neoplasien müssen als Differentialdiagnosen bedacht werden (Lynch 2004).

Verlauf und Prognose

Wie der Name schon vermuten lässt, ist Lichen sclerosus mit einem chronischen Verlauf assoziiert. Auch mit hocheffizienter Therapie ist die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv sehr hoch. Bei einigen Patienten ist dauerhafte Heilung nicht möglich.

LSA ist grundsätzlich eine benigne Erkrankung, die jedoch zu malignen Komplikationen führen kann (Lynch 2004).

Vulvärer Lichen sclerosus ist in 4-6% mit dem Risiko einer malignen Entartung behaftet. Das vulväre Squamosa-Zell-Carcinom (SCC) kann in zwei Typen eingeteilt werden: Ersterer wird vor allem bei jüngeren Frauen gefunden, ist multifokal, dem onkogenen Humanen-Papilloma-

Virus assoziiert und kann sich auf dem Boden einer undifferenzierten VIN 3 entwickeln. Hier besteht keine Beziehung zu LSA.

Die zweite Form wird bei älteren Frauen gefunden, ist unifokal, nicht HPV-assoziiert und kann auf dem Boden einer differenzierten VIN 3 entstehen. Hierbei ist HP prädisponierender Faktor. Es wurde auch vermutet, dass sich LSA und HPV nicht gegenseitig ausschließen, sondern als Cofaktoren in der Pathogenese des SCC fungieren (Funaro 2004).

Ätiologie und Pathophysiologie

Es gibt wenige Daten über die Ätiologie von Lichen sclerosus et atrophicus.

Man vermutet, dass LSA multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen, einschließlich genetischen, autoimmunen, hormonellen und infektiösen Faktoren.

Für die autoimmune Genese sprechen Studien, die bei 40% der Patienten mit LSA erhöhte Antikörper-Titer gegen Schilddrüsenzellen und Parietalzellen fanden; ferner haben bis zu 60% der Frauen mit LSA eine oder mehrere assoziierte Autoimmunerkrankungen.

Es wurden auch einige Versuche unternommen, einen infektiösen Organismus als Ursache für LSA zu finden. Doch gab es widersprüchliche Ergebnisse, und bis heute gibt es keine eindeutigen Daten, die belegen, dass LSA infektiös verursacht wird (Funaro 2004). Erreger wie säurefeste Stäbchen, Spirochäten oder Borrelien wurden bislang nicht als krankheitserregend identifiziert (Hengge 2001).

LSA kommt besonders häufig bei präpubertären Mädchen und postmenopausalen Frauen vor, so dass auch hormonelle Ursachen vermutet wurden. Doch Studien zeigten keinen Zusammenhang zwischen dem Verlauf der Erkrankung und der Verwendung von topischem Östrogen, oralen Kontrazeptiva oder einer Schwangerschaft.

Das Koebner-Phänomen, also das Auftreten von Läsionen auf verletzter oder traumatisierter Haut, ist eine bekannte Manifestation von LSA. Somit kann vermutet werden, dass wiederholte Traumen und Irritation ursächliche Faktoren für diese Erkrankung darstellen (Funaro 2004).

Lynch (2004) vermutet, dass Atopie wahrscheinlich die einzige und wichtigste Ursache für LSA ist und dass LSA eine chronische Form der atopischen Dermatitis darstellt.

Pathophysiologisch kommen 3 Gruppen von Auslösefaktoren in Frage:

1. Umweltfaktoren,
also etwa Hitze, Schweiß, übermäßiger Gebrauch von Seife.
2. dermatologische Erkrankungen,
also etwa Candidiasis, Psoriasis, HPV, Neoplasien, allergische Kontaktdermatitis...
3. psychische Faktoren,
also etwa Angst, Depression oder eine Mischung.

Therapie

Lynch (2004) spricht von 4 grundsätzlichen Therapieprinzipien.

1. Identifikation einer zugrunde liegenden Erkrankung
Zunächst muss der Juck-Kratz-Teufelskreis durchbrochen werden, um die darunterliegende Erkrankung festzustellen. Ist dies nicht möglich, sollte die Diagnose mit Hilfe von Kaliumhydroxid, Kultur oder Biopsie gestellt werden. Die zugrunde liegende Erkrankung muss therapiert werden, um den Juck-Kratz-Teufelskreis zu durchbrechen.
2. Verbesserung der Barriere-Schicht-Funktion
Feuchtigkeit stellt eine physiologische Umgebung für die betroffenen Nervenenden wieder her. Feuchthaltende Cremes können Abhilfe schaffen.

3. Reduktion der Entzündung
LSA ist eine entzündliche Erkrankung, auch wenn es nur leicht oder gar nicht gerötet erscheint. Topische Steroide (mittel- bis hochdosiert) reichen für leichten bis mäßigen LSA aus. Systemische Steroide sind bei schwerem LSA oder bei Scheitern der topischen Therapie gerechtfertigt.
4. Durchbrechen des Juck-Kratz-Teufelskreis
Nächtliches Kratzen kommt bei beinahe allen Formen von LSA vor. Sedierende Antihistaminika oder sedierende trizyklische Antidepressiva können bei nächtlichem Kratzen verwendet werden. Wenn auch tagsüber gekratzt wird, können SSRI Abhilfe schaffen.

Funaro (2004) stellt fest, dass es keine Heilung für Lichen sclerosus gibt. Jedoch können Symptome gemildert werden; anatomische Veränderungen vorgebeugt werden und eine mögliche maligne Transformation zu überwachen. Im Moment sind potente oder ultrapotente Kortikosteroide die Therapie der Wahl bei Erwachsenen. Während die Narben unverändert bleiben, sollten sich Plaques und Blässe zurückbilden (Funaro 2004).

Komplikation

Das Plattenepithelkarzinom tritt in 4-6% von lange bestehendem LSA auf, das relative Risiko für ein Vulvakarzinom beträgt im Vergleich zur Normalbevölkerung 247 (Hengge 2001).

1.3 Ethische Fragestellungen

Bei der medizinischen Behandlung von Erkrankungen im Genitalbereich bei Kindern können große Belastungen entstehen. Wiederholte Untersuchungen und teilweise schmerzhafte Behandlungen im Anogenitalbereich sind unvermeidlich. Die Schamgrenzen des Kindes werden überschritten, und es kann zu einer akuten Belastungsreaktion kommen.

Im folgenden Abschnitt sollen deshalb ethische Fragestellungen angerissen werden, die prinzipiell bei Studien mit Kindern gestellt werden. Ferner geht es um Fragestellungen, die sich explizit mit der genitalen Untersuchung an Kindern, aber auch an Erwachsenen aus ethischer Sicht beschäftigen.

1.3.1 Forschung an Kindern aus ethischer Sicht

Im Moment besteht eine Diskrepanz zwischen den notwendigen medizinischen Studien zur Feststellung der Wirksamkeit von Medikamenten/Therapien an Kindern einerseits und gesetzlich festgelegten ethischen Kriterien, die den besonderen Schutz der Kinder gewährleisten sollen.

Dahl (2002) berichtet in seinem Artikel über Forschungsergebnisse aus England bezüglich der Behandlung von Früh- und Neugeborenen (Conroy et al. 1999 in Dahl 2002). 90% dieser Kinder erhalten Medikamente, die nicht bei diesen Kindern zugelassen sind. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Untersuchung von Medikamentengaben auf Kinderstationen verschiedener Länder (England, Schweden, Deutschland, Italien, Niederlande). Fast die Hälfte, nämlich 46%, der Medikamente für Kinder waren nicht zugelassen.

Hierbei stellt sich jedoch die Frage, wie man eben diesen Schutz der Kinder praktisch umsetzen soll. Denn es gibt keine Daten darüber, ob etwa ein Medikament, das man

Erwachsenen geben würde, bei Kindern in ähnlichen Situationen die gleichen Wirkungen/unerwünschten Wirkungen zeigt.

Andererseits kann ein zu leichtfertiger Umgang mit Arzneimitteln und therapeutischen Möglichkeiten Kinder schneller gefährden, denn die langfristigen gesundheitlichen Folgen für die Kinder sind schwer abschätzbar. Kinder benötigen außerdem Schutz vor Missbrauch in der Forschung (Dahl 2002).

Wichtige Begriffe, die bei Forschungsvorhaben an Kindern bedacht werden müssen, sind somit „Risiko“ für Gesundheit und Entwicklung und „Einwilligungsfähigkeit“ der Kinder und Jugendlichen.

Bezüglich des „Risiko“-Begriffs gibt es beispielsweise in den USA folgende Kriterien bei der Bewertung von Forschungsvorhaben an Kindern („Additional Protections for Children Involved as Subjects in Research“ des U.S. Department of Health and Human Services):

- „1. Forschung über normale Erziehungsmethoden, Beobachtung des öffentlichen Verhaltens, Erziehungstests und Studien über bereits existierende Daten (hierauf treffen die DHHS-Forderungen nicht zu);
2. Forschung mit minimalem Risiko;
3. Forschung mit erhöhtem Risiko, aber in der Erwartung eines direkten Profits für die Betroffenen;
4. Forschung mit gering erhöhtem Risiko und ohne direkte Vorteile für die Betroffenen, aber von lebenswichtiger Bedeutung für das Verständnis des Krankheitsbildes, an dem der Patient erkrankt ist;
5. Forschung außerhalb der genannten Kategorien, die sich generell mit medizinischen Fragestellungen an Kindern befasst und Verständnis, Prävention oder Linderung ernsthafter Erkrankungen im Kindesalter fördert (Kopelman 1989; Grodin und Glantz 1994 in Dahl 2002)“.

Allerdings ist es sehr schwierig, konkret zu definieren, was „minimales Risiko“, „gering erhöhtes Risiko“ oder „erhöhtes Risiko“ in der Praxis wirklich bedeuten. So gibt es eine Untersuchung von Janofsky und Starfield (1981) in Dahl (2002), bei der Chefarzte von Kinderkliniken das Risiko bei 14 Routineuntersuchungen („Punktion der Kubitalvene; Hautbiopsie, Knochenszintigraphie, intramuskuläre Placebo-Injektion oder ein stationärer Krankenhaus über 24 Stunden“) bewerten sollten. Mehrheitlich wurden die Risiken für die Untersuchungen zwar ähnlich eingeschätzt, doch gab es keine einheitliche Meinung unter den Fachleuten.

Der Begriff „Einwilligungsfähigkeit“ von Kindern in die Forschungsvorhaben wird mittlerweile nicht mehr in Frage gestellt, wie unter anderem die Untersuchung von Janofsky und Starfield (1981) in Dahl (2002) zeigt: 94% der Studienteilnehmer berücksichtigen die Entscheidung von Kindern, an den geplanten Forschungsvorhaben teilzunehmen. Diskussionsbedarf besteht eher in der Frage, ab wann ein Kind kompetent genug ist, eine derartige Entscheidung zu treffen. Ondrusek et al. (1998) in Dahl (2002) kommt zu dem Ergebnis, dass Kinder im Alter bis 9 Jahre ungenügende Kompetenzen besitzen, um sich für oder gegen ein Forschungsvorhaben zu entscheiden.

Die National Commission sowie die American Academy of Pediatrics (1995) in Dahl (2002) plädieren für eine Altersgrenze von 7 Jahren. Ferner verweist Dahl (2002) darauf, nicht nur das Alter, sondern auch „emotionale Faktoren“ und den Gesundheitszustand der Kinder in Betracht zu ziehen. Schwartz (1972) in Dahl (2002) stellt fest, dass kranke Kinder unter 11

Jahren keine Zustimmung in Forschungsvorhaben geben können, ältere Kinder auch nur in einem Drittel der Fälle.

Dagegen fand Alderson (1993) in Dahl (2002) heraus, dass Kinder mit chronischen Krankheiten schon mit 6-7 Jahren ausreichende Kompetenzen aufweisen, um bei therapeutischen Maßnahmen mit zu entscheiden.

In Deutschland werden 4 Arten von medizinischer Forschung in der Stellungnahme „Zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“ der Bundesärztekammer vorgestellt (Dahl 2002):

1. „Heilversuch
2. Forschung mit zumindest mittelbarem Nutzen für den Patienten (z.B. im weiteren Krankheitsverlauf oder bei Wiederauftreten der Erkrankung)
3. Forschung, die nicht der betroffenen Person, jedoch anderen Personen der gleichen Alters- oder Krankheitsgruppe zugute kommt
4. Ausschließlich fremdnützige Forschung“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 1997 in Dahl 2002)

Punkt 4 sei aus ethischen Gründen abzulehnen, dagegen gebe es für die Punkte 2 und 3 folgende ethisch vertretbare Motive:

- „fehlende Durchführbarkeit bei einwilligungsfähigen Personen
- zu erwartender Nutzen für die Erkennung, Aufklärung, Vermeidung oder Behandlung von Krankheiten
- Einwilligung des gesetzlichen Stellvertreters bei fehlender Ablehnung des Betroffenen
- Zustimmung der zuständigen Ethikkommission
- im Verhältnis zum erwarteten Nutzen „vertretbare Risiken“
- bei Fallgruppe 3 allenfalls „minimale Risiken“ (Dahl 2002).

Im Jahre 1998 forderte die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die Prüfmöglichkeiten von Medikamenten an Kindern zu verbessern (Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin 1999 in Dahl 2002).

Zusammenfassend lässt sich anhand dieser Artikel feststellen, dass Forschung an Kindern auch in Zukunft ein Problemfeld darstellen wird.

Die jetzige Situation, in der über die Hälfte der Kindern verabreichten Medikamente nicht in entsprechenden Studien überprüft wurden, ist unbefriedigend. Kinder werden zu „therapeutic orphans“ (Reinhardt 2002) Andererseits müssen bei der Planung von Studien auf eventuelle Missbrauchsgefahren und langfristige Folgen für Gesundheit und Entwicklung von Kindern Rücksicht genommen werden. Für Gremien ist es besonders schwierig, diese Forderungen zu konkretisieren, so dass Richtlinien für Kliniker oft schwammig bleiben.

Eine Möglichkeit kann die individuelle, formale Überprüfung einer Studie etwa durch Ethikkommissionen darstellen, die aber praktikabel die Zeitplanung von Studien berücksichtigen müssen, so dass die Hemmschwelle für Forscher nicht zusätzlich steigt.

1.3.2 Genitale Untersuchung bei Erwachsenen

Wenn man etwa bei PubMed nach Literatur zum Thema „psychische Aspekte einer genitalen Untersuchung“ oder allgemein nach „ethischen Aspekten einer genitalen Untersuchung“ sucht, ist die Anzahl der Treffer sehr gering. Mit den Suchbegriffen „genital examination“ ergeben sich 3370 Treffer, mit den Suchwörtern „ethical aspects genital examination“ noch 10 Treffer und 4 Treffer werden mit „ethical aspects genital examination adults“ erzielt.

Ebenfalls 4 Treffer erzielt die medizinische Suchmaschine mit den Schlagwörtern „psychological aspects genital examination adults“.

Die meisten Artikel, die diese Themenbereiche trotzdem behandeln, beschäftigen sich mit einer genitalen Untersuchung von Kindern (siehe unten).

Es gibt immer noch sehr wenige Untersuchungen, die sich mit psychischen Aspekten einer genitalen Untersuchung bei Erwachsenen beschäftigen. In den letzten Jahren ist die Anzahl solcher Publikationen zwar gestiegen, jedoch finden sich immer noch fast ausschließlich Studien zur genitalen und somit gynäkologischen Untersuchung bei Frauen. Sicherlich mag ein Grund dafür sein, dass bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr eine jährliche gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung empfohlen wird und dass somit ein Großteil der Frauen viele Male mit einer gynäkologischen Untersuchung konfrontiert wird.

Wie wird diese Untersuchung von den Frauen empfunden?

In der Studie von Hilden et al. (2003) wollte das Forschungsteam mit Hilfe eines Fragebogens erfahren, wie die Frauen die gynäkologische Untersuchung empfinden und mögliche Faktoren für Unbehagen aufdecken.

Unbehagen während der gynäkologischen Untersuchung zeigte einen starken Zusammenhang mit negativem emotionalem Kontakt zu dem untersuchenden Arzt und niedrigem Alter der Frauen. Hinzu kamen Unzufriedenheit mit dem aktuellen Sexualleben, sexueller Missbrauch in der Anamnese und psychische Probleme wie Depression, Angst und Schlaflosigkeit. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der emotionale Kontakt zwischen Patientin und Untersucher großen Einfluss auf das Unbehagen während einer gynäkologischen Untersuchung hat. Ferner sind die anderen Faktoren, die eine Rolle spielen, den untersuchenden Gynäkologen oft unbekannt, gerade in Bezug auf sexuellen Missbrauch, psychische Probleme und das Sexualleben der Patientin. Somit sollten die Gynäkologen einen positiven emotionalen Kontakt anstreben und vor der Untersuchung in ausreichende Kommunikation mit der Patientin treten (Hilden et al. 2003).

1.3.3 Genitale Untersuchung bei Kindern

Eine genitale Untersuchung bei Kindern ist eine außergewöhnliche Situation, die zumeist für alle Beteiligten (Ärzte, Eltern und das Kind selbst) sehr unangenehm ist.

Das Community Paediatrics Committee (1999) weist darauf hin, dass durch eine sorgfältige Planung Ärzte den jungen Patienten Respekt zollen und damit das Vertrauen der Patienten gewinnen können, so dass die Untersuchung im Genitalbereich keine bedrohende oder traumatische Erfahrung wird.

Aber gerade durch den Umstand, dass Kinder möglicherweise öfter durch verschiedene Ärzte gesehen werden, kann sich kein Vertrauensverhältnis und Gewöhnung durch etwa immer denselben Untersuchungsablauf einstellen, so dass das Risiko für eine iatrogene Traumatisierung steigt. Hier etwa bleibt offen, wie sich ein Vertrauensverhältnis einstellen kann, wenn die Untersuchung im Genitoanalbereich öfter durch verschiedene Ärzte durchgeführt werden muss (Community Paediatrics Committee 1999).

Dennoch gibt es grundsätzliche ethische Leitkriterien zu einer genitalen Untersuchung bei Kindern, die die Community Paediatrics Committee (1999) in ihrem Artikel zusammenstellt:

1. Alle Bemerkungen mit einer sexuellen Nebenbedeutung müssen während dem Gespräch und der Untersuchung vermieden werden.
2. Die Patienten sollten –nach vorheriger Aufklärung- nur während der körperlichen Untersuchung an den Brüsten oder an den Genitalien berührt werden.

3. Wenn sich das Kind während der genitalen Untersuchung nicht wohl fühlt, sollte nie Gewalt angewendet werden, sondern die Untersuchung sollte notfalls verschoben werden.
4. Bei Klein- und Schulkindern sollte ein Elternteil oder Betreuer während der körperlichen Untersuchung nahe beim Kind bleiben. Das Kind sollte sich nur soweit wie nötig entkleiden und sofort nach der körperlichen Untersuchung wieder anziehen dürfen.
5. Bei älteren Schulkindern und Jugendlichen sollte ein Elternteil oder eine Krankenschwester anwesend sein. Ein Papanicolaou (Pap)-Test oder ein Screening auf sexuell übertragbare Krankheiten ist nur bei sexuell aktiven Jugendlichen indiziert.

Bei Fällen von sexuellem Missbrauch stellt die vaginale Untersuchung unter Vollnarkose oft die am wenigsten traumatische Methode dar, das Ausmaß der Verletzung abzuschätzen.

Die „Genital Examination Distress Scale“

Atabaki (1999) stellt fest, dass viele Kliniker und Ärzte glauben, dass die Untersuchung auf sexuellen Missbrauch bei Kindern eine zusätzliche Stressursache für sexuell missbrauchte Kinder darstellt. Jedoch gibt es Datenmaterial, das zeigt, dass Kinder und deren Familien den Untersuchungsprozess als positiv oder zumindest nicht schädlich einschätzen. Um ängstlichen oder unkooperativen Kindern die genitale Untersuchung zu erleichtern, böten sich Filme an, in denen den Kindern vorher Bewältigungsstrategien gezeigt würden. Außerdem könne man immer noch auf eine Sedierung zurückgreifen. Atabaki (1999) resümiert, dass die Studien, die bis jetzt zu diesem Thema durchgeführt wurden, klein waren und einige methodische Fehler hätten. Sie verweist auf die „**Genital Examination Distress Scale (GEDS)**“.

Das Ziel dieser Studie von Gully et al. (1999) war es, ein praktisches Rating-Instrument zu entwickeln, das Ärzte ohne spezielles Training verwenden können, da viele Autoren bereits betont haben, dass eine anogenitale Untersuchung für sexuell missbrauchte Kinder traumatisch sein kann.

Die Skala besteht aus 7 Items und sollte sofort nach dem anogenitalen Teil der Untersuchung ausgefüllt werden:

Wenn das Verhalten nicht beobachtet wird, vergibt man einen Punkt, 2 Punkte, wenn das Verhalten ein wenig auftrat, 3 Punkte werden vergeben, wenn das Verhalten definitiv auftrat.

1. **Nervöses Verhalten:** beispielsweise wiederholtes Nägelkauen, Lippenkauen, Zappeln mit den Beinen, Schaukeln oder Finger im Mund, nicht teilnehmen, nicht zuhören
2. **Weinen:** beispielsweise Weinlaute, Tränen oder Ausbrechen in Tränen
3. **Einschränkung** („*restraint*“): Druck muss ausgeübt werden, um das Kind zu halten oder physische Anstrengungen, um das Kind am Bewegen zu hindern
4. **muskuläre Rigidität:** Muskelanspannung wie geballte Fäuste, Gesichtsgrimassen oder generelle Körperspannung
5. **verbale Angst:** Aussage des Fürchtens, etwa „ich habe Angst“ oder „ich bin in Sorge“
6. **verbaler Schmerz:** Aussage von Schmerz in jeder Zeitform wie „das tut weh“, „Aua“, „du zwickst mich“ oder „das wird wehtun“
7. **Herumfuchteln:** ungeordnetes Bewegen von Armen, Beinen oder dem Körper, jedoch ohne den Versuch, aggressiv zu sein. Beispiele für Aggressivität: mit den Fäusten trommeln, mit den Armen fuchteln oder mit den Beinen kicken.

Bei der Entwicklung dieser Skala wurde als Modell die „Observation Scale of Behavioral Distress (OSBD)“ von Elliott, Jay und Woody (1987), in Gully et al. (1999), verwendet, die die Reaktionen von Kindern auf schmerzhafte Prozeduren wie etwa Knochenmarkspunktionen einschätzt. Die GEDS wurde entwickelt, während 300 Kinder auf mögliche sexuelle Kontakte hin untersucht wurden. Die Stichprobe von Kindern bestand aus

79% Mädchen und 21% Jungen, die zwischen 1 und 17 Jahre alt waren (Durchschnittsalter 7,3 Jahre). 31% der Kinder waren unter 5 Jahre alt, 31% waren älter als 9 Jahre.

Die Stressquoten waren signifikant größer während der anogenitalen Untersuchung als während der normalen körperlichen Untersuchung. Größerer Stress war mit pathologischen körperlichen Befunden assoziiert. Es bleibt jedoch offen, was Gully et al. (1999) unter pathologischen Befunden verstehen, da keine Beispiele im Artikel genannt werden.

Kinder, die wegen des Verdachts auf sexuellen Missbrauch untersucht wurden, hatten höhere Gesamtpunktzahlen und höhere Werte in den Skalen für emotionale Belastung während der Untersuchung im Anogenitalbereich im Vergleich zu den Werten bei dem Teil der allgemeinen körperlichen Untersuchung.

Höhere Punktzahlen (Gesamt- und Unterbereiche) traten auf, wenn sich körperliche Symptome fanden, die mit der Annahme von sexuellem Missbrauch vereinbar sind.

Insgesamt beschreibt diese Skala eine kurzzeitige (akute) Belastung, keine langfristige Belastung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung laut ICD 10 F.43 (Renschmidt et al. 2001).

2 KONZEPTE ZUM VORGEHEN BEI ERKRANKUNGEN IM GENITALBEREICH BEI KINDERN

Dass eine sexuell übertragbare Erkrankung im Kindesalter auftritt, ist ungewöhnlich. Die Familien, aber auch behandelnde Ärzte sind oft verunsichert. Gerade weil die mögliche sexuelle Übertragung/Missbrauch immer im Raum steht, bieten sich Konzepte und Schemata an, die Ärzten Sicherheit im Umgang mit den kleinen Patienten geben können.

Der Behandlungsstandard der Dermatologischen Klinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird später im Methodikteil vorgestellt. Welche Vorschläge machen andere Autoren zur Vorgehensweise bei Condylomata acuminata bei Kindern? Dazu soll der Stand der Literatur dargestellt werden.

2.1 Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata im Kindesalter

Konzept von Schachner und Hankin (1985): Assessing child abuse in childhood condyloma acuminatum

Schachner und Hankin (1985) stellen in ihrem Artikel einige Kriterien für Ärzte zusammen, um zu entscheiden, ob sexueller Missbrauch bei Kindern mit Condylomata acuminata wahrscheinlich ist.

Die Kriterien für vermuteten Missbrauch können in 4 Hauptgebiete unterteilt werden:

- Körperliche Befunde
- medizinische Anamnese
- Verhaltensauffälligkeiten
- Psychosoziale Bedingungen

Jedes dieser Gebiete beinhaltet eine Reihe von Fragen, die sich mit „ja“ oder „nein“ beantworten lassen. Die Autoren sind der Auffassung, dass jede „Ja-Antwort“ bei einem Item eine Child Protect Service-Konsultation (in den USA gesetzliche Meldepflicht) erfordert.

Die folgenden Kriterien nach Schachner und Hankin (1985) bieten eine Orientierungshilfe und können einfach erfragt werden.

1. Körperliche Untersuchung
 - Verletzungen, Narben vorhanden?
 - Ungewöhnliche Lokalisation oder Form?
2. Anamnese
 - Aktuelle medizinische Probleme (abgesehen von Condylomen)
 - Frühere medizinische Probleme
 - Altersgemäße körperliche und psychische Entwicklung?
3. Verhaltensauffälligkeiten
 - Hyperaktivität oder auffällige Zurückgezogenheit?
 - Phobien, Schlafprobleme, Enuresis, Encopresis, sexualisiertes Spiel?

4. Psychosoziale Bedingungen

- Gestörte Eltern-Kind-Beziehung?
- Gewalt in der Familie?
- Eltern als Opfer sexuellen Missbrauchs?
- Stressfaktoren in der Familie wie Eheprobleme, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus?
- Unangemessene Betreuung des Kindes?
- Isolation der Familie?
- Frühere Hinweise für Vernachlässigung oder Missbrauch?

Konzept von Gross (1992): Condylomata acuminata in der Kindheit – Hinweis für sexuellen Missbrauch

Gross (1992) stellt in seinem Artikel fest, dass die Infektionsquelle von Condylomata acuminata bei Kindern zumeist nicht ermittelt werden kann. Die Virusinfektion könne aber ein Zeichen für sexuellen Kontakt auch bei Kindern sein. Aus diesem Grund schlägt er folgende Vorgehensweise vor:

In der Dermatologie sollte eine Stanzbiopsie zur histopathologischen Beurteilung und HPV-Typisierung durchgeführt werden. Differentialdiagnostisch ist an Mollusca contagiosa und vulgäre Warzen zu denken. Weiterhin für erforderlich erachtet er die dermatologische Untersuchung der Bezugspersonen des Kindes, wobei der gesamte Hautbefund einschließlich Perianalzone, Genitale, Mundraum und Oropharynx gründlich untersucht werden sollte.

In Form einer Checkliste führt er wichtige Anzeichen und Symptome von sexuellem Missbrauch sowie unsichere Zeichen und Symptome auf. Zu den wichtigen Symptomen zählen:

- Verhaltens- und Gefühlsänderungen
- sexualisiertes Verhalten
- Schlafstörungen, Ängste, Isolation
- selbstzerstörerisches Verhalten
- Entwicklungsstörungen, Regression
- körperliche Anzeichen:
 - nichtgenitale und genitale Verletzungen
 - Hämatome, Biss- und Schürfwunden
 - vaginale und anorektale Blutungen
 - andere sexuell übertragbare Erkrankungen

Zu den unsicheren Zeichen zählt er:

- Harnwegsinfekte, Enuresis
- Abdominalbeschwerden
- orale Reaktionen (Essensverweigerung, Erbrechen) bei oralem Missbrauch
- psychosomatische Störungen (Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschwäche)
- Schmerzen beim Gehen
- gestörte Eltern-Kind-Beziehung
- emotionale Isolierung der Familie
- Eltern, die selbst in der Kindheit sexuell missbraucht wurden

Er fordert bei dem Vorliegen von Condylomata acuminata in Verbindung mit einem weiteren wichtigen Symptom der Checkliste psychosoziale Untersuchungen, etwa durch Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen des psychosozialen Dienstes der zuständigen Gesundheitsbehörden. Ferner sollte anhand der Checkliste die Familiensituation mit der Beziehung der Familienmitglieder untereinander gut dokumentiert werden.

Abschließend warnt Gross (1992) vor voreiligen Anschuldigungen etwa der Eltern hinsichtlich sexuellen Missbrauchs, denn die psychosoziale Entwicklung des Kindes sollte im Vordergrund stehen, die durch solche Anschuldigungen leicht gefährdet ist.

Konzept von Kohl und Petzold (1996): Sexuell übertragbare Krankheiten im Kindesalter und sexueller Missbrauch

Das Ziel dieses Artikels ist es, den Ärzten eine Hilfestellung bei dem Auftreten von sexuell übertragbaren Erkrankungen im Kindesalter an die Hand zu geben. Denn die Ärzte haben bei sexuell übertragbaren Erkrankungen, also auch bei Condylomata acuminata, eine besondere Fürsorgepflicht gegenüber dem Kind.

Die Autoren schlagen folgende Schritte bei einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch vor:

1. alle möglichen Infektionsorte (genital, anal, oral/pharyngeal) auf sexuell übertragbare Krankheiten untersuchen
2. Suche nach anderen sexuell übertragbaren Krankheiten
3. allgemeine körperliche Untersuchung zur Feststellung von möglichen Zeichen einer Kindesmisshandlung
4. Behandlung unter stationären Bedingungen (Schutz vor eventuell fortgesetztem Missbrauch)
5. Infektionsquelle ermitteln
6. interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dermatovenerologen, Kindergynäkologen, Kinderpsychologen und Sozialarbeitern
 - Ansprechpartner:
 - Kinderkliniken
 - Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken
 - Psychologische Beratungsstellen
 - Soziale Dienste der Jugendämter
 - Beratungsstellen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege
 - Deutscher Kinderschutzbund
 - Kinderschutzzambulanzen, falls vorhanden

Kohl und Petzold (1996) betonen, dass das Auftreten einer sexuell übertragbaren Erkrankung oft der einzige Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch sei. Obwohl in der Literatur mittlerweile nicht mehr bestritten wird, dass auch andere Infektionsquellen als die sexuelle Übertragung in Frage kommen (siehe „Übertragungswege“ von Condylomen im dermatologischen Teil), muss der behandelnde Arzt die sexuelle Übertragung im Hinterkopf behalten und sich entsprechend verhalten.

Konzept von Hornor (2004): Ano-genital warts in children: Sexual abuse or not?

Hornor (2004) stellt die Frage, ob das Vorhandensein von anogenitalen Warzen bei einem präpubertären Kind sexuellen Missbrauch beweisen kann. Sie spricht von einem „diagnostischen Dilemma“.

Da stets an sexuellen Missbrauch gedacht werden muss, ist es zwingend erforderlich, diesen Missbrauch bei den Kindern zu erkennen und sofort an den CPS (Child Protective Services) zu melden. Wenn der Missbrauch fortschreitet, hat dies ernsthafte Konsequenzen für das Kind. Andererseits entstehen auch ernsthafte Konsequenzen für das Kind, die Familie und den mutmaßlichen Täter.

Auswirkungen auf die Praxis/Konzept

Medizinische Auswirkungen

Folgende Schritte schlägt Hornor (2004) vor:

Bei anogenitalen Warzen bei allen Kindern:

- Mütterliche und väterliche Anamnese von genitalen Warzen oder pathologischen Papanicolaou-Abstrichen
- **Psychoziale Anamnese und Verhaltensbeurteilung**
- Medizinische Anamnese einschließlich Anamnese von Warzen an anderen Körperstellen
- Komplette körperliche Untersuchung
- Sorgfältige Inspektion von Anus und Genitalien
- Tests für andere sexuell übertragbare Krankheiten:
 - Gonorrhoe-Kultur: oral, anal und genital
 - Chlamydien-Kultur: anal und genital
 - HIV, „rapid plasmin reagin“ und Hepatitis B Surface-Antigen
- Aufklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten über mögliche Übertragungswege, einschließlich sexueller Missbrauch
- Gespräch mit den Eltern über Sorgen bezüglich sexuellen Missbrauchs („explore with parent any sexual abuse concern“)

Bei anogenitalen Warzen bei Kindern von 2 Jahren oder jünger:

- Es ist kein Bericht für den „Child Protective-Services“ erforderlich, außer es treten folgende Umstände auf:
 - Auffälligkeiten bei der anogenitalen Untersuchung, die sexuellen Missbrauch möglich erscheinen lassen
 - Eine andere sexuell übertragbare Krankheit
 - Psychoziale Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten, die durch sexuellen Missbrauch hervorgerufen werden können
 - Sorgen der Eltern hinsichtlich sexuellem Missbrauch, die Nachforschungen gerechtfertigen

Bei anogenitalen Warzen bei Kindern von 3 Jahren oder älter:

- Vermutungen über möglichen sexuellen Missbrauch dem „Child Protective Services“ mitteilen
- Ein nicht direktiv geführtes Interview mit dem Kind, das Vermutungen über sexuellen Missbrauch in Betracht ziehen soll (von einem forensisch geschultem Interviewer durchgeführt)

Soziale Auswirkungen

Eine komplette psychoziale Beurteilung einschließlich Familienstammbaum mit allen Personen, die im gleichen Haushalt leben wie das Kind, muss erfolgen.

Psychoziale Anamnese von Eltern oder Erziehungsberechtigten

- Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes
- Alter des Vaters bei Geburt des ersten Kindes
- Familienstand der Eltern

- Stellung im Erwerbsleben der Mutter
- Stellung im Erwerbsleben des Vaters
- Schulbildung der Eltern
- Frühere oder aktuelle Drogen- und/oder Alkoholerfahrungen der Eltern oder wichtiger anderer Personen
- Frühere oder aktuelle häusliche Gewalt bei den Eltern
- Frühere oder aktuelle psychische Erkrankungen der Eltern, etwa Schizophrenie, bipolare Störung, Depression oder Angstzustände, die Medikamente erforderlich machen
- Bereits vorgekommener Kindesmissbrauch in der Familie – Mutter und/oder Vater als Kinder als Opfer
- Vorausgegangener Kontakt mit dem „Child Protective Services“
- Das Kind wurde bei Verwandten oder in Pflegefamilien untergebracht
- Gibt es einen Betreuer bei mentaler Retardierung der Eltern?

Eine Verhaltensanalyse des Kindes mit besonderem Augenmerk auf sexualisiertes Verhalten sollte durchgeführt werden.

Gesetzliche Auswirkungen

Kindesmissbrauch muss in den USA dem zuständigen CPS (Child Protective Service) gemeldet werden. Das CPS sollte von möglichem sexuellem Missbrauch informiert werden, wenn anogenitale Warzen bei einem mindestens 3jährigen Kind diagnostiziert werden. Bei jüngeren Kindern sollte das CPS eingeschaltet werden, wenn andere Risikofaktoren während der Untersuchung auffallen.

2.2 Konzept zum Vorgehen bei Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)

Hengge (2001) stellt folgenden „Algorithmus“ für die Behandlung von Lichen sclerosus auf, der jedoch nicht speziell für Kinder ausgerichtet ist:

- „Behandlung in einer spezialisierten Klinik
- Histologische Sicherung
- Ausschluss von Karzinomen
- Allgemeine klinisch-chemische Parameter, Differentialblutbild, Autoantikörper-Screening und gegebenenfalls Abstriche zum Ausschluss von Differentialdiagnosen
- Aufklärung über Hautpflege und Vermeidung lokaler Irritantien
- Aufklärung über Chronizität der Erkrankung, Assoziation zu Krebs und Nebenwirkungen der topischen Glukokortikoidtherapie
- Behandlung mit Steroiden in absteigender Potenz und mit gradueller Dosisreduktion, auch bei Symptomfreiheit
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen (2mal jährlich)
- Zusammenarbeit mit dem Hausarzt
- Psychosomatische Therapie“ (Hengge 2001, S. 256)

3 METHODIK: DER BEHANDLUNGSSTANDARD VON HAUTKLINIK UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

3.1 Entstehung

Im Jahre 1995 wurden die ersten beiden kleinen Patienten mit Condylomata acuminata behandelt (siehe Ergebnisse/Zeitraum des Behandlungsbeginns). In diesem Zusammenhang kam es zu Behandlungsabbrüchen. Es entstanden Bedenken bezüglich des Kindeswohls, wenn die Behandlung von den Eltern abgebrochen wird. In Hinblick auf diese Erfahrungen thematisierte das Team der Immunambulanz die Problematik einer sexuell übertragbaren Erkrankung im Kindesalter und den möglichen Umgang mit dieser Situation. Es wurden Informationen zum Thema „Kinder und Condylome“ in der aktuellen Literatur (z.B. Kohl und Petzold 1996) und durch persönlichen Kontakt zum Kinder- und Jugendpsychiater (Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie) eingeholt.

Das Team äußerte Sorgen, gerade in Hinblick auf Unsicherheiten im Bereich der Übertragung von Condylomata acuminata (siehe „Übertragungswege“). Ein möglicher sexueller Missbrauch der Kinder wurde angesprochen, aber auch Traumatisierungen, die sich aus wiederholten genitalen Untersuchungen bei Kindern (siehe Ergebnisse/Voruntersuchungen) ergeben.

Das medizinisch-psychosoziale Team der Immunambulanz arbeitet normalerweise mit Erwachsenen, so dass wenig Erfahrung im Erkennen einer Belastungssituation bei Kindern besteht. Das Hinzuziehen eines Facharztes aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie erschien deshalb sinnvoll.

Ausgangspunkt war die Überlegung, dass körperliche Untersuchungen und Behandlungen im Genitalbereich bei Kindern zu Belastungen (siehe „genitale Untersuchung bei Kindern“) und einer Entwicklungsgefährdung führen können. Die genitale Untersuchung muss teilweise gegen den Willen des Kindes durchgeführt werden und kann auch schmerzhaft sein. Wiederholte Erfahrungen mit einer genitalen Untersuchung machen jedoch nicht nur Kinder mit anogenitalen Warzen, sondern auch Kinder mit nicht-infektiösen Erkrankungen im Genitalbereich (beispielsweise Lichen sclerosus et atrophicus genital).

Deswegen wurde im Jahre 1997 in Kooperation mit dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gemeinsamer, einheitlicher Behandlungsstandard für Kinder und Jugendliche mit Erkrankungen im Genitalbereich erarbeitet. Das Ziel des Behandlungsstandards besteht darin, die Kinder und deren Familien durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung sowie sozialpädagogische Unterstützung zu entlasten und auf diesem Wege eine mögliche Entwicklungsgefährdung und auffälliges Verhalten der Kinder als mögliche Folge von sexuellem Missbrauch oder durch andere Faktoren rechtzeitig zu erkennen. Falls ein auffälliges Verhalten des Kindes festgestellt wird, können durch die psychosoziale Unterstützung nächste Schritte und mögliche Hilfen erarbeitet werden.

Mit diesem Standard gewinnt das Team Sicherheit in der Verhaltensbeurteilung von Kindern, da die Situation des Kindes nicht allein durch die Mitarbeiter der Immunambulanz eingeschätzt wird, sondern zusätzlich durch ein fachärztliches Konsil abgeklärt wird. Der Kinder- und Jugendpsychiater gibt den dermatologischen Ärzten Rückmeldung über seine

Verhaltenseinschätzung des Kindes. Mit jedem weiteren ausgefüllten Verhaltensfragebogen gewinnt der Hautarzt mehr Vertrauen zu seinem eigenen Eindruck.

Ein aktueller oder anamnestischer sexueller Missbrauch des Kindes kann im Rahmen eines einzelnen Konsiltermins nicht aufgedeckt werden; diese Fragestellung ist nicht Teil des Behandlungsstandards. Dagegen stehen das momentane Verhalten des Kindes, eine Verhaltensänderung nach der Untersuchung/Therapie im Genitalbereich und damit das rechtzeitige Erkennen einer möglichen Traumatisierung des Kindes im Mittelpunkt.

3.2 Rahmenbedingungen des Behandlungsstandards

Die Immunambulanz der Dermatologischen Klinik und Poliklinik

In der Immunambulanz werden vor allem Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten betreut. Für diese Patienten und Patienten sowie für Patienten mit sonstigen Beratungswünschen sind neben dem zuständigen Arzt/Ärztin, Oberarzt und einer Krankenschwester auch eine Sozialpädagogin und ein Psychologe tätig, die in einem Team zusammenarbeiten.

Das Institut für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

„In der Poliklinik des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie werden Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen versorgt. Es handelt sich um Störungen aus dem gesamten Spektrum der Kinder und Jugendpsychiatrie, wie Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen, emotionale Probleme, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Syndrome.

Eine ambulante Untersuchung umfasst in der Regel folgende Bereiche:

- Ärztliche und psychologische Diagnostik
- Entwicklungs- und Familienanamnese
- Videogestützte Interaktionsbeobachtung
- Neurophysiologische Untersuchung (nach Bedarf)
- Familienberatung
- Kurztherapien
- Vermittlung von Hilfen insbesondere in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe

Das Ziel ist die Erarbeitung und Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte.

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Die Erarbeitung der Wechselwirkungen zwischen Problemen der Kinder und Jugendlichen und der Lebenssituation ihrer Familie
- Systemische Diagnostik und Kurztherapie
- Chronische Erkrankungen - Hilfen zur Bewältigung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachleuten
- Beratung von Fachleuten, Institutionen
- Schulung in Interaktionsbeobachtung

Vorrang haben komplexe Problemkonstellationen, die einen multidisziplinären Ansatz erfordern, der von anderen Fachleuten des Versorgungssystems nicht erbracht werden kann.

Im Rahmen der **Konsiliartätigkeit** werden Patienten anderer Kliniken des Klinikums der LMU, Campus Innenstadt, kinder- und jugendpsychiatrisch mitbetreut.“ (Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München 2005)

Das Team des Instituts besteht aus einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Psychologin, einer Sozialpädagogin und einer Sekretärin.

Diese beiden Institutionen haben im Jahre 1997 die Kooperation zum Vorgehen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen im Genitalbereich definiert.

Ziel dieser Arbeit wird es sein, den Behandlungsstandard darzustellen und die Durchführung anhand der Dokumentation in Hautklinik und Kinder- und Jugendpsychiatrie nachzuvollziehen.

3.3 Behandlungsstandard

Ein Kind mit Affektionen im Genitalbereich, die als Condylome identifiziert werden, durchläuft nach diesem Konzept folgende „Stationen“, die anschließend noch einmal als Übersicht (Abbildung 3.1) dargestellt sind.

3.3.1 Vorgehen bei Kindern mit Condylomata acuminata

1. Termin in der Immunambulanz

Zunächst einmal wird das Kind von der dermatologischen Allgemeinambulanz an die Immunambulanz verwiesen. Vorausgegangen ist zumeist eine Überweisung durch Haus-, Kinder- oder Hautarzt. In der Immunambulanz stellt sich das Kind mit seinen Angehörigen dem **Arzt/der Ärztin** vor. Im Erstgespräch erfolgt eine ausführliche körperliche Untersuchung und psychosoziale Anamnese, anschließend wird die Diagnose gestellt oder aber gesichert. Die Eltern und auch das Kind erhalten eine (altersentsprechende) Aufklärung über die Diagnose, Informationen über geeignete Therapiemöglichkeiten sowie das geplante Behandlungsprozedere.

Nun werden Therapieverfahren besprochen und mit der Therapie begonnen.

Weiterhin informiert der Arzt/die Ärztin die Eltern über die einzuhaltenden Hygienemaßnahmen und über die ebenfalls standardisierte Untersuchung des familiären und pflegerischen Umfelds aufgrund der möglichen Ansteckung (aber auch Ansteckungsgefahr!), siehe „Übertragungswege bei Kindern“ und „Übertragungswege bei Erwachsenen“. Diese findet beim 2. Termin statt, und die in Frage kommenden Personen können bereits einen Termin vereinbaren.

Dann erfolgt die Aufklärung über das standardmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Konsil, das im Rahmen des 2. oder 3. Termins in der Hautklinik stattfindet.

Zur Vorbereitung füllt der Arzt/die Ärztin den Verhaltenfragebogens für den kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst aus, der per Fax an die Kinder- und Jugendpsychiatrie weitergeleitet wird.

Der Arzt/die Ärztin spricht mit der Familie die Möglichkeit einer sozialpädagogischen Begleitung an und holt die Sozialpädagogin dazu. Die **Sozialpädagogin** stellt sich vor und bietet einen Gesprächstermin an, der bei den nächsten Terminen wahrgenommen werden kann. Bei konkreten Problemen der Familie kann sie Hilfsangebote vermitteln.

Der Vorteil einer Einschaltung der Sozialpädagogin liegt in der praktischen Erfahrung mit Hilfsdiensten und den entsprechenden Kontakten. So können nach dem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil die aktuellen Probleme noch einmal aufgegriffen und konkret bearbeitet werden.

Im Rahmen einer gemeinsamen Teamsitzung einmal wöchentlich werden die Teammitglieder der Immunambulanz (Arzt/Ärzte, Sozialpädagogin, Psychologe, Krankenschwester...) über den Fall informiert (Übergabe).

2. Termin in der Immunambulanz

Der 2. Termin beinhaltet nach der Kontrolle des Behandlungserfolgs und der weiteren Beratung der Eltern die Umfelduntersuchung der Angehörigen.

Der Arzt/die Ärztin untersucht, ob die Condylome abgeheilt sind oder ob die Behandlung fortgeführt oder verändert werden muss.

Für die „Umfelduntersuchung“ werden die Eltern und alle Personen, die regelmäßig in näherem Kontakt mit dem Kind sind (beispielsweise alle Personen, die im gleichen Haushalt leben, Familienangehörige oder Mitarbeiter der Krippe/Kindertagesstätte) in der Immunambulanz auf möglicherweise vorhandene Warzen, insbesondere im Genitoanalbereich, gescreent.

Die Sozialpädagogin kann nach Absprache mit dem Arzt hinzukommen oder einen separaten Termin vereinbaren.

Die Familie nimmt im Anschluss das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil wahr. In dem etwa einstündigen Termin lernt der **Kinder und Jugendpsychiater** die Familie kennen und kann das Verhalten des Kindes beobachten. Die Familie kann konkrete Probleme in Bezug auf die Erkrankung des Kindes äußern, aber auch andere Fragestellungen zur Situation des Kindes oder der ganzen Familie werden zur Sprache gebracht. Bei Bedarf erhält die Familie weitere Termine oder wird an Hilfsdienste vermittelt.

Der Konsiliar verfasst einen Konsilbericht, der an den Arzt/die Ärztin in der Immunambulanz weitergeleitet wird, aber auch im Institut aufbewahrt wird.

3. Termin in der Immunambulanz

Der 3. Termin umfasst die Kontrolle des Behandlungserfolgs; gegebenenfalls erfolgt nun auch die stationäre Aufnahme bei operativem Vorgehen.

Die Kinder werden im gleichen Haus auf Station aufgenommen, dort jedoch von anderen Ärzten (dem zuständigen Stationsarzt und dem Oberarzt, der auch die Operation durchführt) betreut.

Den Eltern werden Ergebnisse von histologischen und bakteriologischen Untersuchungen mitgeteilt und gegebenenfalls die Behandlung umgestellt/erweitert.

Möglicherweise wird die Umfelduntersuchung fortgesetzt, oder es findet eine weitere psychosoziale Beratung statt.

Anschließend werden Termine für weitere Behandlungen und auch Kontrolltermine und Nachuntersuchungen vereinbart. Es sollte eine Nachbesprechung des Konsils mit den Eltern erfolgen, um sie bei etwaigen vorgeschlagenen psychosozialen Angeboten entsprechend zu unterstützen. Diese Aufgabe kommt in besonderem Maße auch der Sozialpädagogin zu.

4. Termin und folgende

Die weiteren Termine folgen keinem festen Schema mehr, sondern werden individuell gestaltet. Im Mittelpunkt stehen in der Dermatologie die Therapie der Condylome und die psychosoziale Begleitung.

Die einzelnen Schritte, die in der Immunambulanz stattfinden, sind in der Abbildung 3.1 noch einmal als Flussdiagramm dargestellt.

3.3.2 Vorgehen bei der „Kontrastgruppe“

Einführung

Die „Kontrastgruppe“ besteht aus 5 Kindern mit nicht infektiösen Affektionen im Genitalbereich (Lichen sclerosus et atrophicus genital, genitales atopisches Ekzem).

Vergegenwärtigt man sich die Daten der Gruppe von Kindern mit Condylomen, wird verständlich, warum es nicht um einen Vergleich dieser beiden Gruppen im Sinne einer „Kontrollgruppe“ gehen kann; vielmehr wurde bewusst der Ausdruck „Kontrastgruppe“ gewählt. Die 5 Kinder bilden letztendlich keine Gruppe, sondern stellen noch Einzelfallbeispiele dar. Ferner unterscheidet sich das Alter der Kinder deutlich von den Kindern mit Condylomen, welche hauptsächlich im Grundschulalter sind. Bei den Kindern der „Kontrastgruppe“ dagegen handelt es sich größtenteils um Jugendliche. Auch der Ausländeranteil ist erheblich geringer.

Dennoch sollten diese Fallbeispiele Eingang in diese Arbeit finden. Wir können damit zeigen, dass es möglich ist, ein Konzept nicht nur für Kinder mit Condylomen zu entwerfen (wie dies in der Literatur bereits vielfach vorgeschlagen wurde). Unser Behandlungsstandard ist vielmehr für verschiedene Erkrankungen im Genitalbereich bei Kindern sinnvoll. Der Behandlungsstandard wurde an 2 unterschiedlichen Patientenstichproben im Klinikalltag verwirklicht.

1. Termin in der Immunambulanz

Wie auch bei den Kindern mit Condylomata acuminata kommt das Kind über die dermatologischen Allgemeinambulanz und/oder Haut- oder Kinderarzt in die Immunambulanz.

Entsprechend dem bereits vorgestellten Vorgehen stellt sich das Kind mit seinen Angehörigen dem **Arzt/der Ärztin** vor und erhält eine körperliche Untersuchung und psychosoziale Anamnese, anschließend wird die Diagnose gestellt oder aber gesichert. Die Eltern (und auch das Kind je nach Alter) erhalten eine Aufklärung über die Diagnose, Informationen über geeignete Therapiemöglichkeiten sowie das geplante Behandlungsprozedere.

Weiterhin informiert der Arzt/die Ärztin die Eltern über die einzuhaltenden Hygienemaßnahmen und beginnt mit der Therapie.

Im Gegensatz zum Vorgehen bei Kindern mit Condylomen fällt die Umfelduntersuchung weg, da es sich um nicht-infektiöse Erkrankungen im Genitalbereich handelt.

Jedoch erfolgt –wie bei den Kindern mit Condylomen- eine Aufklärung über ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil im Rahmen des 2. oder 3. Termins; zur Vorbereitung füllt auch hier der Arzt/die Ärztin den Verhaltensfragebogen aus.

Ebenfalls wird vom Arzt auf die Möglichkeit einer sozialpädagogischen Begleitung hingewiesen. Bei Interesse stellt sich die **Sozialpädagogin** vor und bietet einen Gesprächstermin an, der bei den nächsten Terminen wahrgenommen werden kann.

2. Termin

Beim 2. Termin wird die Behandlung kontrolliert und die Eltern/das Kind weiter beraten. Der Arzt/die Ärztin untersucht, ob eine Besserung des Befundes erzielt werden konnte und ob eine Umstellung/Fortführung der Therapiemaßnahmen nötig ist.

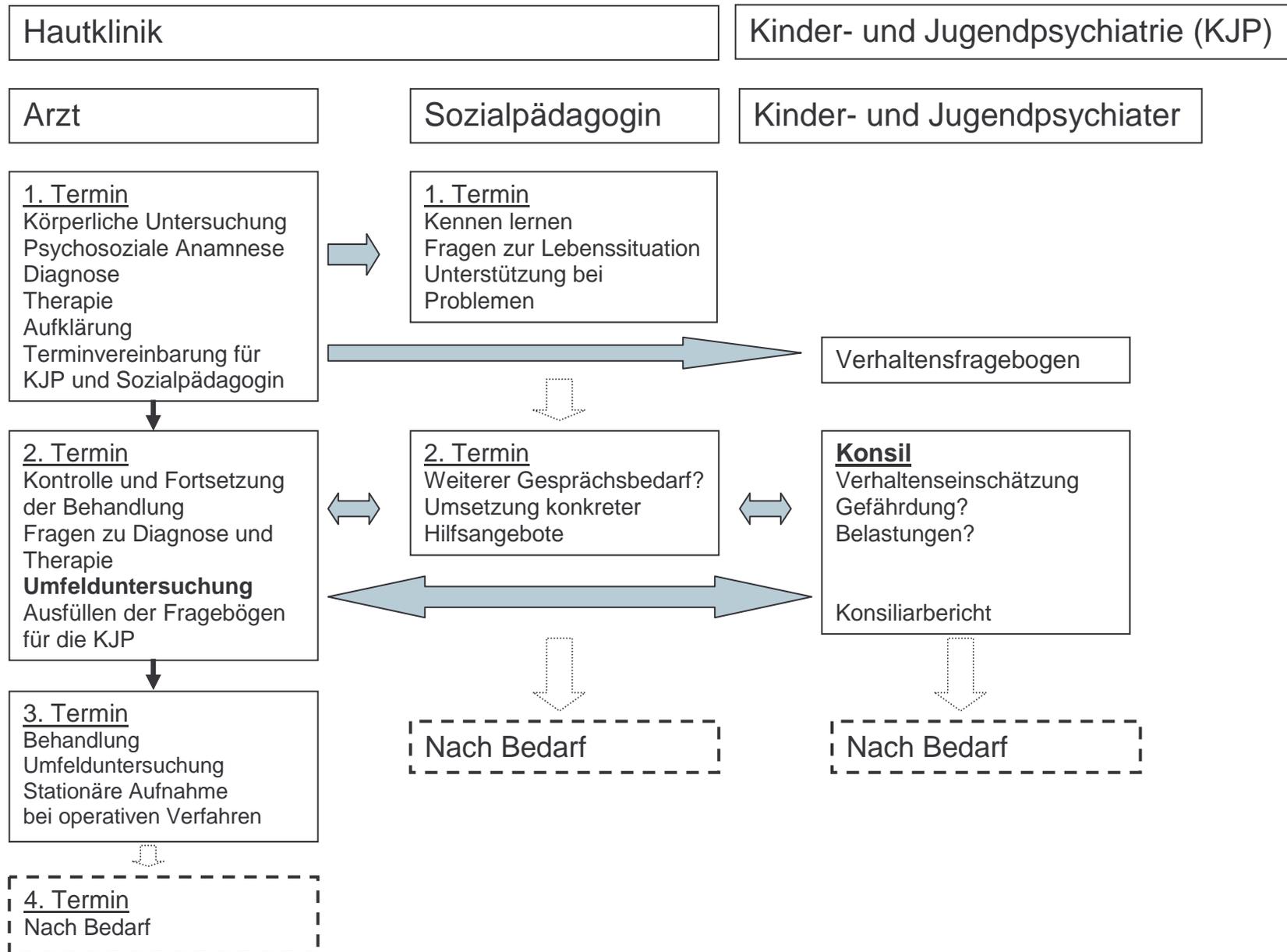
Die Sozialpädagogin kann nach Absprache mit dem Arzt/der Ärztin hinzukommen oder mit der Familie selbst einen Termin vereinbaren.

Im Anschluss an den 2. Termin findet auch bei den Kindern der „Kontrastgruppe“ ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil statt. Analog zu dem bereits beschriebenen Termin lernt der **Kinder- und Jugendpsychiater** die Familie kennen und macht sich ein Bild über das Verhalten des Kindes. Wiederum kommen Probleme hinsichtlich der Erkrankung des Kindes oder andere für die Familie aktuelle Themen zur Sprache. Weitere Termine können festgelegt werden; zum Abschluss wird auch hier ein Konsilbericht erstellt.

3.Termin und folgende

Im Gegensatz zu den Kindern mit Condylomen ist bei den Kindern der „Kontrastgruppe“ keine stationäre Aufnahme nötig. Aus diesem Grund beinhalten der 3. und die folgenden Termine hauptsächlich die Kontrolle des Behandlungserfolgs, Therapiefortführung oder – umstellung sowie psychosoziale Beratung und eine Nachbesprechung des kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils.

Abbildung 3.1: Konzept zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Kindern



3.4 Auswertungskonzept

Bei dieser Arbeit wurden die dafür erforderlichen Daten aus Dokumenten erhoben, so dass man von einer Dokumentenanalyse sprechen kann.

Entsprechend der Zielformulierung, diese bisherige interdisziplinäre Zusammenarbeit von Dermatologischer Klinik und dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf eine standardisierte Basis zu setzen, sollen die theoretisch dargestellten Schritte auf ihre Durchführung hin überprüft werden.

Dies erfolgte anhand der deskriptiven Auswertung der Krankenblätter der Kinder mit der Diagnose „Condylomata acuminata“, die sich im Zeitraum von 1995-2001 in der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik vorgestellt hatten. Ferner wurden Krankenblätter von Kindern in die Auswertung miteinbezogen, die sich mit nicht-infektiösen Affektionen im Genitalbereich in dem gleichen Zeitraum vorstellten („Kontrastgruppe“). Die Krankenblätter wurden nach Kriterien, die sich aus den einzelnen Stufen des Behandlungsstandards ergeben, systematisch ausgewertet.

Die Daten wurden sowohl **qualitativ**, d.h. in offener und nicht vorgegebener Form, als auch **quantitativ** erhoben, das bedeutet, die Variablen wurden nach vorab formulierten Fragestellungen und Kategorien eingeteilt (Pfaff, Bentz, Flick 1998).

3.4.1 Verfügbare Datenquellen

Bei den untersuchten Dokumenten handelt es sich einerseits um Krankenblätter (oder: Krankenakten) aus der Dermatologischen Klinik, andererseits um Konsiliarbögen, die im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufbewahrt werden. Handschriftliche Aufzeichnungen von der Sozialpädagogin wurden ebenso in die Auswertung mit einbezogen wie Fragebögen und Korrespondenz.

Mit Hilfe dieser Auswertung der vorhandenen Dokumentation können die **Struktur** des Behandlungsstandards erfasst werden, der **Prozess** des Verfahrens des Behandlungsstandards überprüft werden und die daraus gewonnenen **Ergebnisse** beurteilt werden (Pfaff, Bentz, Flick 1998).

Daten aus der Dermatologischen Klinik

Um die vorhandene Dokumentation über die erfolgten Untersuchungen nachzuvollziehen, bieten sich die Krankenblätter aus der Dermatologischen Klinik und die Aufzeichnungen der Sozialpädagogin zur Auswertung an.

Das Krankenblatt besteht aus dem Stamblatt und den Verlaufsblättern; die Akte selbst ist mit der Adressette des Patienten gekennzeichnet. Die Adressette ist mit dem Namen und Vornamen des Patienten bedruckt, außerdem mit der Adresse, dem Geburtsdatum und der Krankenversicherung.

Das Stamblatt ist ein strukturierter, vorgegebener Fragebogen, der unter anderem Name, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Nationalität und Überweisung enthält. Im Gegensatz dazu unterliegen die Verlaufsblätter der persönlichen Gestaltung des untersuchenden Arztes.

Die Verlaufsblätter sind handgeschrieben und dokumentieren die Termine in der Immunambulanz. Der behandelnde Arzt vermerkt bei jeder Vorstellung des Patienten kurz den Befund, das Besprochene sowie Therapiemaßnahmen. Weiterhin enthalten die

Krankenblätter Operationsberichte oder die Ergebnisse weiterer, etwa mikrobiologischer Untersuchungen. Konsiltermine werden vermerkt, Arztbriefe und sonstige Korrespondenz werden hier aufbewahrt.

Aus den Krankenblättern können damit quantitative, aber auch qualitative Daten erhoben werden (Pfaff, Bentz, Flick 1998).

Die Sozialpädagogin dokumentiert den Vorgang der Betreuung in Form von handgeschriebenen, frei formulierten Verlaufsblättern. Es handelt sich um Gesprächsnotizen, Aufzeichnungen über Telefonate oder andere Korrespondenz. Diese werden bei ihren Akten in der psychosozialen Beratungsstelle in der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik aufbewahrt. Zusätzlich wird hier auch Korrespondenz aufbewahrt, in Form von Briefen an die Eltern oder Behörden (beispielsweise Allgemeiner Sozialdienst, Jugendamt).

Diese Daten lagen somit vorwiegend in qualitativer Form vor.

Daten aus dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Daten, die sich aus einer konsiliarischen Untersuchung ergeben, in Konsilordnern aufbewahrt, die nach dem Untersuchungsjahr gegliedert sind. Es handelt sich zum einen um strukturierte Konsiliarbögen (als Anhang: 9.3: Konsiliarbogen), ferner um den Konsiliarbericht in Form eines Arztbriefes an die Dermatologische Klinik und überdies um Korrespondenz mit verschiedenen Stellen, etwa mit dem Jugendamt oder mit behandelnden Ärzten und Kliniken.

Das Ausfüllen des Konsiliarbogens und die Erstellung des Konsiliarberichts erfolgen nach dem routinemäßigen Konsil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Anschluss an den 2. Termin in der Hautklinik.

Bei dem Konsil selbst handelt es sich um ein offenes klinisches Interview von einer Dauer von ca. 1 Stunde. Der Konsiliar fragt bei Eltern und Kindern in einem gemeinsamen Gespräch nach, wie das Kind und die Eltern die genitale Untersuchung in der Hautklinik erlebt haben.

Die aktuelle Lebenssituation der Familie wird erfragt. Es geht ferner darum, Stärken und Stressfaktoren beim Kind und in der Familie anzusprechen. Das Konsil bietet Eltern und Kindern Raum für Probleme, die sich aus der Diagnose und Therapie der genitalen Warzen ergeben oder aber bietet die Möglichkeit, mit anderen akuten Fragestellungen Gehör zu finden.

Der Konsiliarbericht, der auf das Konsil folgt, beinhaltet 16 Items zum psychopathologischen Aufnahmebefund. Der Konsiliarbogen ist im Anhang zu finden (Frank und Mangold 2001).

Die Konsiliarberichte in Form von Arztbriefen dagegen unterliegen wieder der persönlichen Gestaltung durch den Verfasser.

Außerdem liegt je nach konkretem Fall Korrespondenz mit Behörden (z.B. Jugendamt), behandelnden Ärzten und Kliniken oder Fragebögen (siehe unten) vor.

Es wurde eine Patientenakte des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Darstellung eines Einzelfallbeispiels verwendet.

Wiederum konnten damit quantitative, aber auch qualitative Daten erhoben werden.

Beschreibung der vorliegenden Fragebögen

Ferner liegen Fragebögen vor, die von den Patienten selbst (ein Fragebogen für Jugendliche = YSR, Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) oder von den Eltern (ein Elternfragebogen = CBCL 4-18, Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) oder den Untersuchern (Arzt der Hautklinik/Kinder- und Jugendpsychiater) als Selbst- und Fremdbeurteilung ausgefüllt werden. Der Verhaltensfragebogen, der von den Ärzten der Immunambulanz ausgefüllt wird, ist Teil der Konsilanforderung an das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Frank und Mangold 2001).

„Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist for ages 4-18, die mittlerweile in mehr als 50 Sprachen übersetzt ist. International liegen mehr als 2000 Studien mit diesem Fragebogenverfahren vor. Der Fragebogen erfaßt im ersten Teil das Urteil von Eltern über psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil das Urteil über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Die Items des ersten Teils werden zu drei Kompetenzskalen (Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule) zusammengefaßt. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet. Die Skalen *Sozialer Rückzug*; *Körperliche Beschwerden*; *Ängstlich/Depressiv* werden zu der übergeordneten Skala *Internalisierende Auffälligkeiten* zusammengefaßt. Die Skalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten* bilden die übergeordnete Skala *Externalisierende Auffälligkeiten*. Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen *Soziale Probleme*; *Schizoid/Zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme* sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet. Der Gesamtaufälligkeitwert umfaßt 118 Items.“ (Döpfner und Güls 1999)

„Der Fragebogen für Jugendliche (YSR) ist die deutsche Fassung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist. Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Der erste Teil ist mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 alle Items des Elternfragebogens übernommen. Wie beim Elternfragebogen werden die Items des ersten Teils zu drei Kompetenzskalen zusammengefaßt und aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht mit dem Elternfragebogen weitgehend identische Problemskalen gebildet.“ (Döpfner und Güls 1999)

Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung

Außerdem hat das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München einen Konsil-Fragebogen entwickelt (in Frank und Mangold 2001, siehe Anhang). Ziel dieses Fragebogens war es, Ärzten, die nicht geschult in der Verhaltensbeobachtung von Kindern sind (in unserem Fall die Mitarbeiter der Immunambulanz) durch eine strukturierte Befundbeschreibung Sicherheit in der Beurteilung von Kindern zu geben.

In der Konsilanforderung geben die untersuchenden Ärzte der Dermatologischen Klinik ihren ersten Eindruck zu dem Verhalten des Kindes ab, das wegen Condylomen in der Immunambulanz behandelt wird und später in einem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil vorgestellt werden soll.

Hierbei werden neben den persönlichen Daten des Kindes das Verhalten des Kindes (im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern) und das Verhalten der Eltern (im Vergleich zu anderen Eltern) abgefragt. Der Fragebogen ist im Anhang (9.2: Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung) zu finden.

Abschließend äußert der behandelnde Arzt eine Fragestellung für das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil; der Verhaltensfragebogen ist Teil der Konsilanforderung.

Nach dem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil kann der Konsiliar den Hautärzten mit Hilfe des Verhaltensfragebogens eine Rückmeldung über ihre Einschätzung des Verhaltens des Kindes geben.

3.4.2 Auswertung

Anhand dieser Daten können nun die qualitativen und quantitativen Merkmale deskriptiv dargestellt werden.

In diesem Teil der „Ergebnisse“ soll es besonders um die Darstellung von Häufigkeiten bestimmter Merkmale in der Gesamtstichprobe und in der Kontrastgruppe gehen.

Zur **Stichprobenbeschreibung** wurden die Einschlusskriterien definiert, ferner die *Stichprobengröße*, das *Alter* der Kinder bei Behandlungsbeginn, das *Geschlecht* des Kindes und die *Nationalität* anhand der Kategorien: „keine Angabe“, „deutsch“ und „sonstige Nationalitäten“ erhoben.

Diese Daten stammen aus dem Krankenblatt der Dermatologischen Klinik.

Die **Rahmenbedingungen** wurden mit folgenden Variablen beschrieben: Die Frage nach der *Überweisung* und der *Voruntersuchung* wurde nach den Kriterien „keine Angabe“, „Dermatologe“, „Pädiater“ und „sonstige Ärzte“ ausgewertet. Die *Anzahl der Termine* in der Hautklinik wurde festgehalten. Zu den Rahmenbedingungen zählt die *Begleitperson* der Kinder, ausgewertet nach „keine Angabe“ darüber, „Mutter“, „Vater“ oder „sonstige“ Begleitpersonen.

Zu den **dermatologischen Ergebnissen** zählt zunächst die *Diagnose*. Als Diagnosen wurden „Condylomata acuminata“, „Lichen sclerosus et atrophicus genital“, das „genitale atopische Ekzem“ und „sonstige“ Diagnosen kodiert.

Die *Lokalisation* der Hautbefunde wurde nach *Geschlecht* getrennt ausgewertet und zwar ob sich die Befunde „perianal“, „genital“ oder „perianal und genital“ fanden. Zur *Therapie* wurden bei den Kindern mit Condylomen die Kriterien „keine Angabe“, „Podophyllotoxin“, „CO₂-Laser“, „Beta-Interferon“, „Imiquimod“, „Kryotherapie“, „5-Fluorouracil“ und „sonstige“ Therapien angelegt. Die Kontrastgruppe erhielt als *Therapie* „Cortisonpräparate“, „Hautpflegeprodukte“ oder „sonstige“ Therapeutika.

Zur *Histologie* wurde festgehalten, ob sie „erfolgt“ ist oder „keine Angaben“ vorhanden sind. Das *Histologie-Ergebnis* wurde in die Kategorien „Condylomata acuminata“, *Verrucae vulgares*“, „Fibroma molle“ und „sonstige“ Histologie-Ergebnisse eingeteilt. Es folgt die Frage, ob eine *HPV-Hybridisierung* „erfolgte“ oder „keine Angabe“ vorhanden war. Das *Ergebnis der HPV-Hybridisierung* kann „positiv“ oder „negativ“ sein. Zu *weiteren dermatologischen Erkrankungen* ließ sich entweder „keine Angabe“ machen oder es wurden „Verrucae vulgares“, „Mollusca contagiosa“, eine „Sebostase“ oder „sonstige“ Erkrankungen dokumentiert. Die Frage nach *Atopie* kann mit „ja“ oder „keine Angabe“ beantwortet werden.

Der *Therapie-Erfolg* wird entweder „dokumentiert“ oder es gibt dazu „keine Angaben“. Das Gleiche gilt für einen möglichen *Therapie-Abbruch*: es kann „keine Angabe“ vorhanden sein, wenn „Angaben vorhanden“ sind, liegen „Hinweise für einen Therapieabbruch“ vor oder „Hinweise gegen einen Therapieabbruch“.

Eine ähnliche Codierung ergibt sich bei der *Umfelduntersuchung*: entweder es gibt „keine Angaben“ oder, wenn „Angaben vorhanden“ sind, ob die Untersuchung „vollständig“ oder „unvollständig“ durchgeführt wurde.

Die **psychosozialen Ergebnisse** lassen sich wie folgt einteilen: am Anfang wird die *Aufklärung* über Behandlungsstandard und Erkrankung durchgeführt. Es wurde dabei notiert, ob sie „dokumentiert“ wurde oder „keine Dokumentation“ vorliegt.

Anschließend wird die *Ausbildungssituation* des Kindes geklärt. Entweder sind „keine Angaben“ vorhanden oder das Kind ist in „Schule“, „Kindergarten“ oder „heilpädagogischer Tagesstätte“ untergebracht. Zur *Familiensituation* wird erhoben, ob das Kind „keine Geschwister“ hat, einen „Bruder“ oder „Brüder“ (ein Item), eine „Schwester“ oder „Schwestern“ (wieder ein Item) oder allgemein „Geschwister“ (das bedeutet, das Kind hat entweder Bruder oder Schwester oder in der Akte findet sich der allgemeine Vermerk „Geschwister“) oder ob „keine Angaben“ vorhanden sind. *Belastungen in der Familie* werden durch „keine Angabe“, „sexueller Missbrauch in der Familie“, (das bedeutet, sexueller

Missbrauch in der Anamnese eines Familienmitglieds, nicht bei dem sich vorstellenden Kind), „Alkoholprobleme“ in der Familie, „körperliche und geistige Belastungsfaktoren (bei dem Kind selbst oder in der Familie) und „sonstige Belastungsfaktoren“ kodiert.

Die *Verhaltenseinschätzung der Eltern/Jugendlichen* wird als „durchgeführt“ oder „nicht dokumentiert“ verschlüsselt; dabei handelt es sich um das Ausfüllen der „Child Behaviour Checklist“ (Achenbach 1991) bzw. des „Youth Self Reports“ (Achenbach 1991), *siehe oben*. Auch das Item *Verhaltensfragebogen* (Frank und Mangold 2001) bezieht sich auf den oben erklärten Fragebogen, zunächst wird festgestellt, ob dieser „ausgefüllt“ vorliegt oder „Angaben fehlen“.

Zur *Verhaltensbeurteilung* dieses Fragebogens finden sich entweder „keine Angaben“ oder die Beurteilung ergab „auffälliges Verhalten“ oder eine „altersgerechte Entwicklung“.

Die *Einschaltung der Sozialpädagogin* kann „erfolgt“ sein oder „nicht“ und wird im Ergebnisteil zusätzlich nach dem Jahr der Kontaktaufnahme aufgeschlüsselt. Wenn eine Einschaltung erfolgte, schließt sich die Fragestellung nach Vermittlung von konkreten Hilfsangeboten an, die „erfolgt“ sein können oder aber „Angaben fehlen“.

Die letzten quantitativen Ergebnisse beziehen sich auf das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil, das entweder „stattfand“ oder „keine Dokumentation“ vorhanden war. Die kinder- und jugendpsychiatrische Beurteilung wurde entweder „nicht dokumentiert“ oder das Kind als „belastet“ oder „altersgemäß entwickelt“ beurteilt.

Einzelalldarstellungen

Im Anschluss an die Darstellung von Häufigkeiten folgt im Ergebnisteil eine qualitative Auswertung, nämlich die Einzelfallbeschreibungen. Dazu wurde ein Kind mit der Diagnose „Condylomata acuminata“ ausgewählt, bei dem die Dokumentation besonders ausführlich war und der Behandlungszeitraum entsprechend lang. Im Gegensatz dazu steht das Fallbeispiel eines Kindes mit Condylomata acuminata, das nur einen Termin in der Immunambulanz wahrnahm. Ferner wird ein Kind aus der „Kontrastgruppe“ mit genitalem atopischen Ekzem als Einzelfallbeispiel vorgestellt.

Für diese Fallbeispiele wurden alle verfügbaren Datenquellen genutzt, um zu überprüfen, inwieweit der Behandlungsstandard in die Praxis umgesetzt wurde.

Anschließend folgt eine Veranschaulichung, was „Belastungen in der Familie“ konkret bedeuten kann anhand von individuellen Falldarstellungen. Die Illustration dessen, was „hinter den Kulissen“ abläuft, soll anhand der sozialpädagogischen Interventionen erfolgen.

Ausblick auf weitere Studien

In Hinblick auf ethische Fragestellungen bei der Forschung an Kindern und auf zukünftige Forschungsprojekte soll im Diskussionsteil ferner der aktuelle Stand des Vorhabens über eine „Nachbefragung zur Zufriedenheit mit der Behandlung in der Dermatologischen Klinik“ dargestellt werden. Verfügbare Datenquellen waren dabei Korrespondenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dermatologie und der zuständigen Ethikkommission in Form von Briefen und e-mails und Antragsentwürfe an die Ethikkommission.

4 ERGEBNISSE

4.1 Stichprobenbeschreibung

Einschlusskriterien

In die Stichprobe wurden alle Kinder und Jugendlichen aufgenommen, die sich im Zeitraum von 1995-2001 in der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik mit der Diagnose „Condylomata acuminata“, „Lichen sclerosus et atrophicus anogenital“ oder „genitales atopisches Ekzem“ vorstellten.

Es handelt sich um 16 Kinder mit Condylomata acuminata.

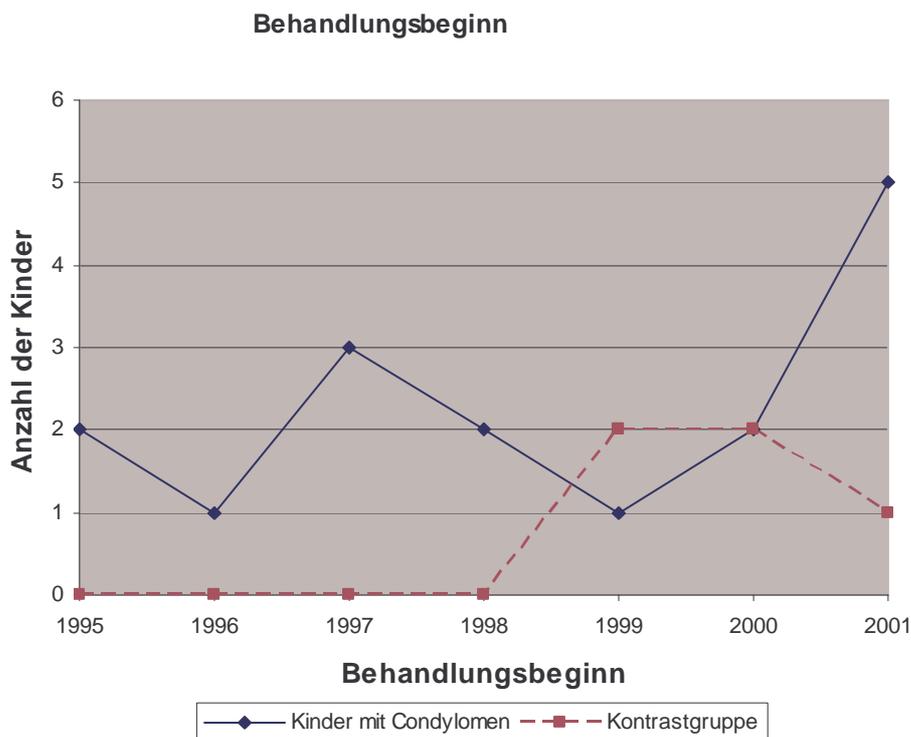
Ferner wurden 5 weitere Kinder als „Kontrastgruppe“ in die Arbeit mit aufgenommen, die ebenfalls Affektionen im Genitalbereich aufweisen, die allerdings nicht infektiös erworben wurden (3 Kinder mit Lichen sclerosus et atrophicus genital und 2 Kinder mit genitalem atopischen Ekzem).

Stichprobengröße

Im Jahre 1995 begannen 2 Kinder eine Behandlung wegen Condylomata acuminata, 1996 kam 1 Kind hinzu. 1997 stellten sich 3 Kinder vor, 1998 2 Kinder und in den Jahren 1999-2001 stellten sich insgesamt 8 Kinder zum ersten Mal in der Hautklinik vor.

Bei den Kindern der Kontrastgruppe lag der Behandlungsbeginn bei jeweils 2 Kindern in den Jahren 1999 und 2000 und in einem Fall im Jahre 2001.

Abbildung 4.1: Behandlungsbeginn



Alter

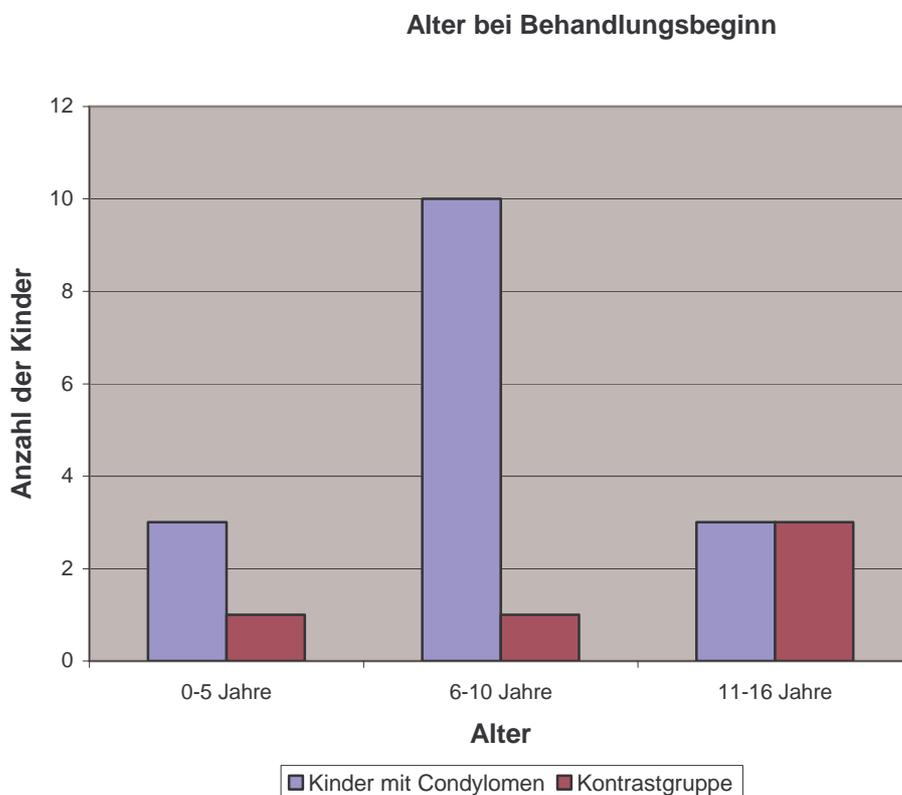
Von den 16 Kindern sind drei Kinder bei Behandlungsbeginn zwischen 0 und 5 Jahre alt, 10 Kinder sind 6 bis 10 Jahre alt und drei Kinder finden sich in der Altersgruppe von 11 bis 16 Jahren.

In der Kontrastgruppe (Kinder mit Affektionen im Genitalbereich, wie zum Beispiel Lichen sclerosus et atrophicus genital) sieht die Altersverteilung folgendermaßen aus:

Jeweils ein Kind ist bei Behandlungsbeginn zwischen 0 und 5 Jahren und zwischen 6 und 10 Jahren alt, 3 Kinder erreichen ein Alter zwischen 11 und 16 Jahren.

Somit ist die Altersverteilung der beiden Gruppen recht heterogen: während in der bei der ersten Gruppe das Grundschulalter dominiert, sind in der Kontrastgruppe 60% der Kinder über 10 Jahre alt.

Abbildung 4.2: Alter bei Behandlungsbeginn



Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung beträgt bei den 16 Kindern mit Condylomen 5 Jungen zu 11 Mädchen, während die Kontrastgruppe aus 4 Mädchen und 1 Jungen besteht. Bei den Kindern mit Condylomen beträgt das Geschlechtsverhältnis somit 31% Jungen und 69% Mädchen, in der Kontrastgruppe beträgt es 20% Jungen zu 80% Mädchen.

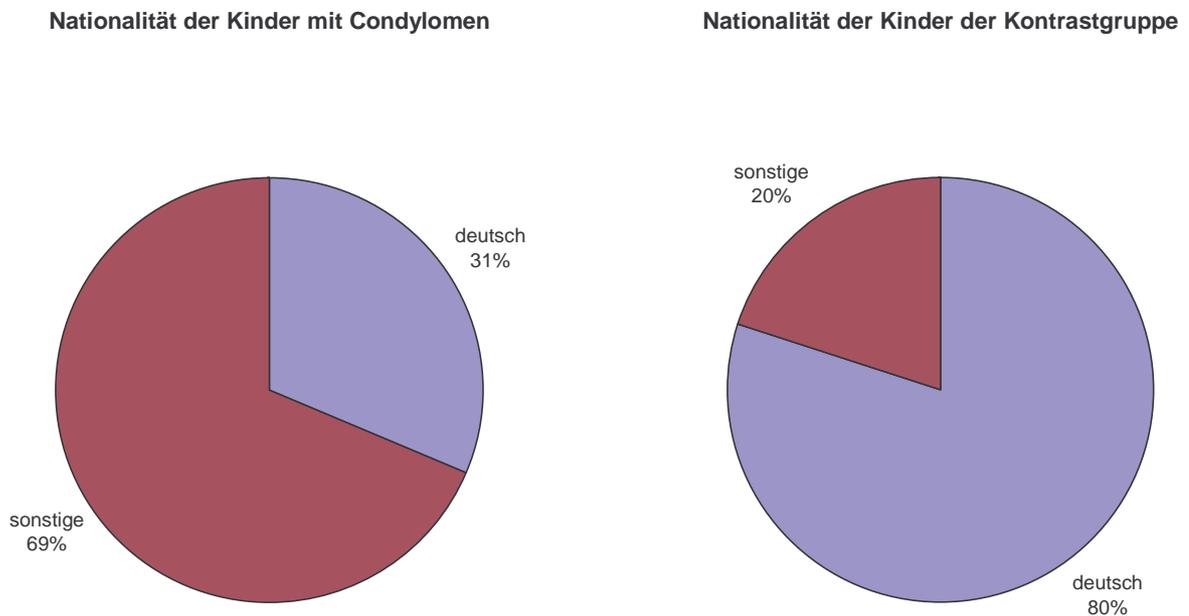
Nationalität

Es handelt sich um 5 Kinder deutscher Herkunft, während die anderen Kinder aus unterschiedlichen Nationen und damit Kulturkreisen stammen. 2 Kinder etwa haben türkische

Eltern, aber auch jeweils ein Kind aus der Schweiz und aus England/USA stellte sich in der Immunambulanz vor.

Die Kontrastgruppe besteht aus 4 deutschen und einem ausländischen Kind.

Abbildung 4.3: Nationalität der Kinder mit Condylomen und der Kontrastgruppe



4.2 Rahmenbedingungen

Überweisung

Ein Dermatologe überwies 9 Kinder an die Dermatologische Klinik, ein Pädiater 3 Kinder und von sonstigen Ärzten wurden 3 Kinder geschickt. Einmal ließ die Dokumentation in der medizinischen Akte keinen Schluss auf einen überweisenden Arzt zu.

Auch bei der Kontrastgruppe wurde über die Hälfte (3 Kinder) vom Hautarzt an die Immunambulanz verwiesen, 2 Kinder kamen von sonstigen Ärzten.

Voruntersuchungen

Nur 1 Kind der Stichprobe hatte keinerlei Untersuchungen hinter sich, 9 Kinder hatte der Hautarzt gesehen und auch überwiesen, 6 Kinder waren vom Pädiater und 5 von sonstigen Ärzten voruntersucht. In den Akten von 1 Kind fehlten Angaben hierzu.

Im Schnitt wurde also jedes Kind von **1,3** Ärzten **voruntersucht**.

3 Kinder der Kontrastgruppe wurden vom Hautarzt voruntersucht und 2 Kinder von sonstigen Ärzten.

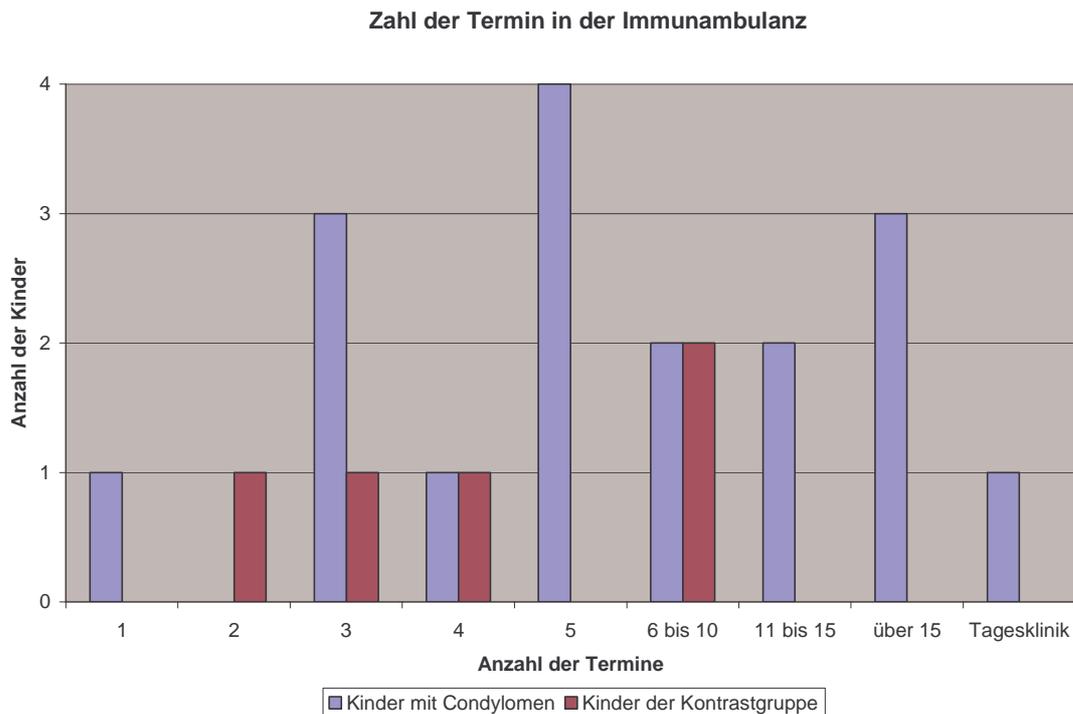
Zahl der Vorstellungen in der Immunambulanz

Ein Kind stellte sich lediglich einmal in der Immunambulanz vor, d.h. die Eltern brachen die Therapie ab (siehe „Einzelfallbeispiele“). 3 Kinder nahmen 3 Termine in der Immunambulanz

wahr, 1 Kind stellte sich viermal vor. 4 Kinder nahmen 5 Termine wahr, jeweils 2 Kinder 6 bis 10 Termine und 11 bis 15 Termine, und 3 Kinder stellten sich sogar an mehr als 15 Termine vor. Ein Junge war zusätzlich zu der Behandlung in der Immunambulanz an 20 Tagen in der Tagesklinik in Behandlung.

In der Kontrastgruppe hatte jeweils 1 Kind 2, 3 und 4 Termine, und 2 Kinder stellten sich 6 bis 10-mal in der Immunambulanz vor.

Abbildung 4.4: Zahl der Termine in der Immunambulanz



Begleitperson

Bei den Kindern mit Condylomen handelte es sich in 2 Fällen um den Vater, in 6 Fällen um die Mutter. Keinerlei Angaben waren in 7 Fällen vorhanden, und jeweils ein Kind begleiteten beide Eltern oder eine sonstige Person.

In der Kontrastgruppe waren beim Erstkontakt in der Immunambulanz in 2 Fällen der Vater und in 3 Fällen die Mutter dabei.

4.3 Dermatologische Ergebnisse

Diagnose

Bei 9 Kindern der „Condylom-Gruppe“ hielt der untersuchende Arzt „Condylomata acuminata“ in der Krankenakte fest. Bei jeweils einem Kind wurde der Verdacht auf eine Verruca vulgaris, einen Naevus Spitz, Riesen-Condylome und einen „ILVEN“ geäußert. Sonstige verruköse Papeln waren als Hautbefunde bei weiteren 6 Kindern festgestellt worden.

Bei den 5 Kindern aus der Kontrastgruppe weisen drei der Kinder einen Lichen sclerosus et atrophicus auf, die anderen beiden Kinder ein atopisches Ekzem.

Lokalisation

Hierbei werden lediglich Papeln im (Peri-)Analbereich, im Genitalbereich und in benachbarten Regionen, wie etwa im Oberschenkelbereich betrachtet. Selbstverständlich können bei einem Kind auch mehrere Bereiche betroffen sein.

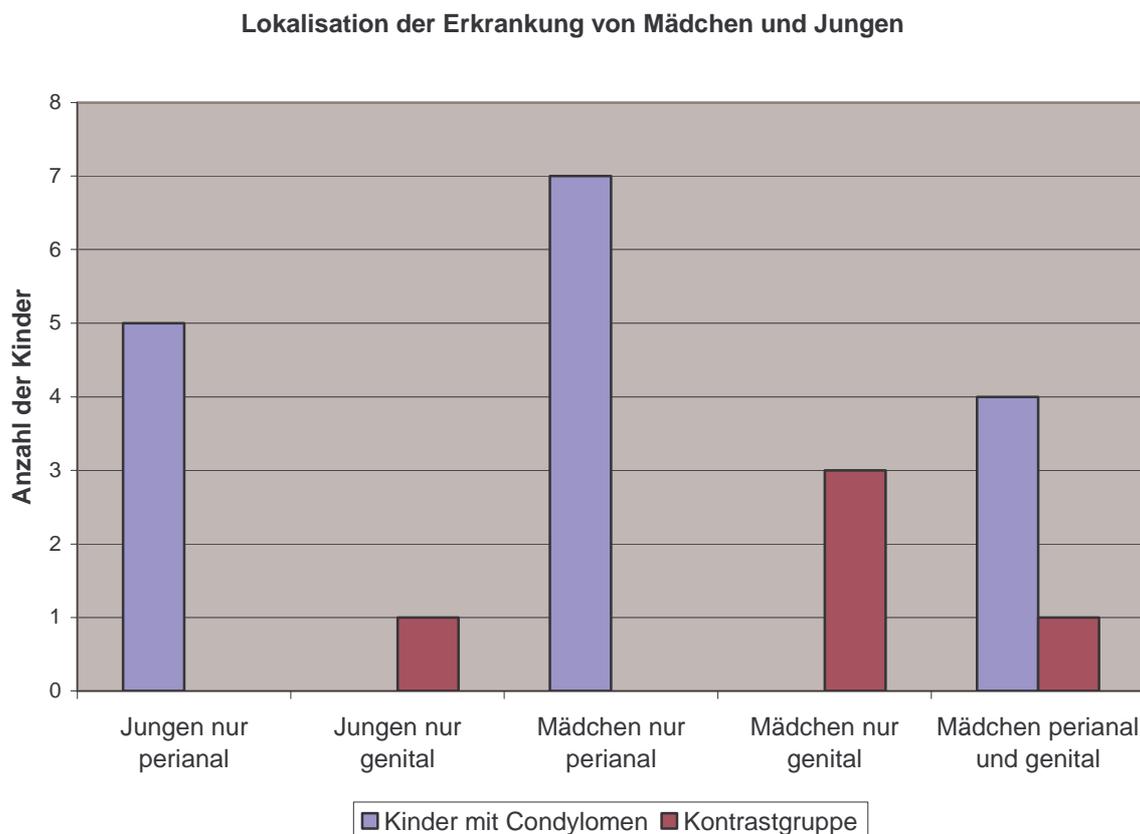
Alle 16 Kinder wiesen Papeln im Perianalbereich auf, lediglich bei 4 Kindern war der Genitalbereich mitbetroffen, 2 Läsionen fanden sich am Oberschenkel.

Die Geschlechtsverteilung der möglichen Lokalisationen sieht folgendermaßen aus: Alle Jungen der Stichprobe (5 Jungen) hatten Condylome im Perianalbereich, und zwar lediglich im Perianalbereich. Keiner der Jungen wies genitale Läsionen auf. Ebenfalls alle Mädchen hatten Condylome im Perianalbereich, allerdings war bei 4 Mädchen der Genitalbereich mitbetroffen.

Die Lokalisation ist somit vollständig dokumentiert worden.

Bei der Kontrastgruppe sieht der Verteilung der Lokalisationen anders aus: Alle 5 Kinder haben Hautveränderungen im Genitalbereich, nur ein Mädchen ist im Perianalbereich mitbetroffen. Der einzige Junge aus der Kontrollgruppe hat eine genitale Läsion.

Abbildung 4.5: Lokalisation der Erkrankung



Therapie

Da HPV-induzierte Warzen sehr häufig therapierefraktär sind, reichte bei den meisten Kindern eine Monotherapie zum Erreichen von Beschwerdefreiheit nicht aus.

Der bei den meisten Kindern (14) verwendete Arzneistoff stellt das Podophyllotoxin dar, gefolgt von der operativen Entfernung mit dem CO₂-Laser, die stationär bei 9 Kindern erfolgte.

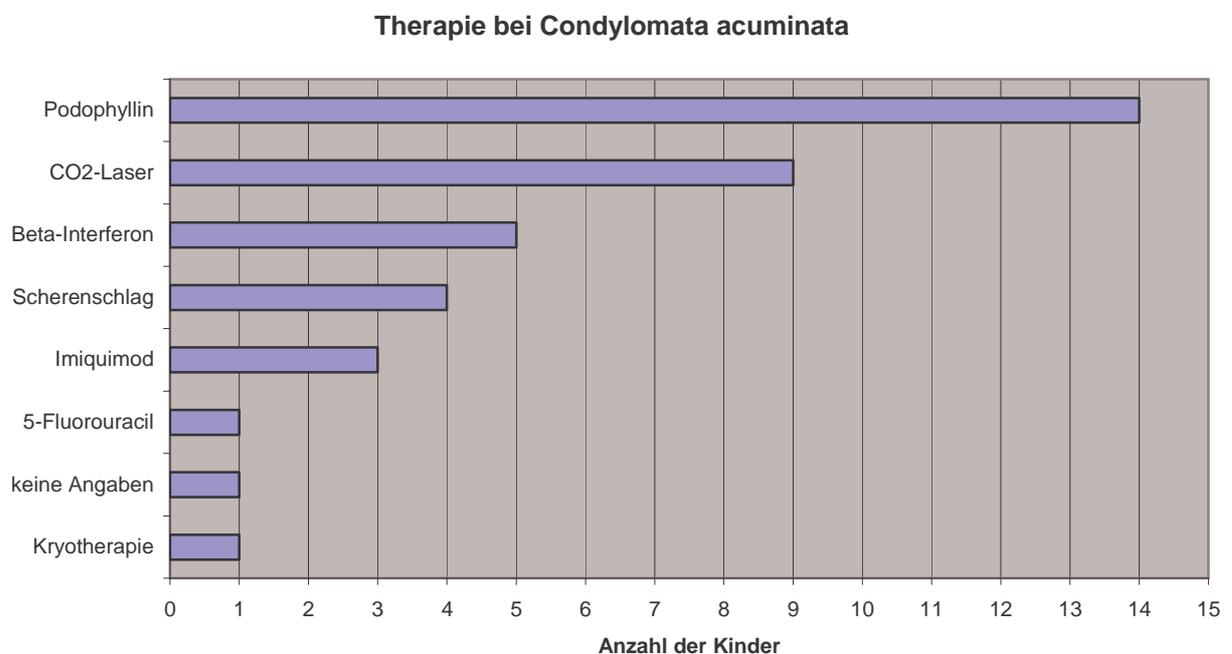
Ein Behandlungsversuch mit Beta-Interferon wurde bei 5 Kindern unternommen, bei 4 Kindern wurde ein Scherenschlag unternommen.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten stellen der Arzneistoff Imiquimod (3 Kinder), die Kryotherapie und der Arzneistoff 5-Fluorouracil als Heilversuch dar, wobei die letzteren beiden Formen bei jeweils einem Kind angewendet wurden.

Bei einem Kind finden sich keine Angaben zur Therapie, dieses Mädchen hatte sich allerdings auch nur zu einem Termin in der Immunambulanz vorgestellt.

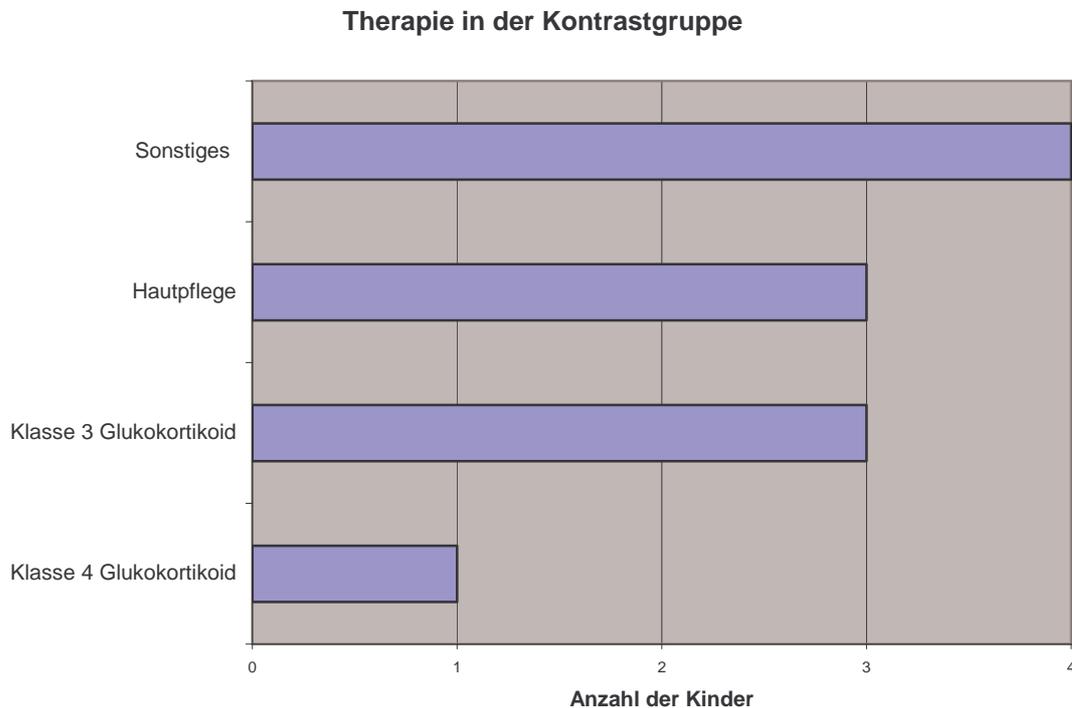
Somit wurden pro Kind durchschnittlich 3 Methoden (Behandlungsversuche) zur Therapie der Condylomata acuminata angewendet.

Abbildung 4.6: Therapie bei Condylomata acuminata



Die therapeutischen Ansätze bei der Kontrastgruppe unterscheiden sich von denen der Kinder mit der Viruserkrankung. 3 Kindern mit Lichen sclerosus et atrophicus bzw. atopischem Ekzem wurde ein stark wirkendes Klasse 3 - Glukokortikoid (Prednicarbat, Dermatop) verordnet, einem Kind ein sehr stark wirkendes Klasse 4 – Glukokortikoid (Clobetasol, Dermoxin). Weiterhin wurden Produkte zur Hautpflege in 3 Fällen und sonstige Therapeutika (unter anderem Antipruriginosa, Gerbstoffe) in 4 Fällen rezeptiert.

Abbildung 4.7: Therapie in der Kontrastgruppe



Histo-Befunde und HPV-Hybridisierung

In 7 Fällen erfolgte keine histologische Untersuchung. Dagegen wurde die Diagnose „Condylomata acuminata“ in 6 Fällen histologisch gesichert, vulgäre Warzen (“Verrucae vulgares”) als histopathologischer Befund fanden sich in 4 Fällen, einmal ein Fibroma molle (mit der Differentialdiagnose: Condylomata acuminata) und einmal zusätzlich ein Naevus Spitz am Oberschenkel.

Eine HPV-Hybridisierung des entnommenen Gewebes wurde in 2 Fällen durchgeführt, wobei das Ergebnis in beiden Fällen negativ war.

Bei 2 von 5 Kindern aus der Kontrastgruppe wurden aus den Hautveränderungen Probebiopsien mit einer histologischen Untersuchung durchgeführt.

Weitere dermatologische Erkrankungen

Auch weitere dermatologische Erkrankungen der Kinder, insbesondere vulgäre Warzen an Händen oder Füßen, spielen eine große Rolle bei der Anamnese. Es finden sich 5 Kinder mit Verrucae vulgares sowie 2 Kinder mit Mollusca contagiosa in der Stichprobe.

Bei 2 Kindern der Kontrastgruppe stellte die Immunambulanz sonstige dermatologische Symptome oder Erkrankungen fest, bei 3 Kindern sind keine Angaben vorhanden.

Atopie

Die Frage nach einer atopischen Diathese wurde in 4 Fällen positiv beantwortet (immerhin ein Viertel), von der fünfköpfigen Kontrastgruppe war es über die Hälfte (3 Kinder). Bei 6 Kindern mit Condylomen und bei 2 Kindern der Kontrastgruppe zeigte sich eine Seborrhoe.

Therapie-Erfolg

Zum Therapie-Erfolg der Kinder mit Condylomata acuminata und der Kinder der Kontrastgruppe findet sich in den dermatologischen Krankenakten keine explizite Dokumentation.

Therapie-Abbruch

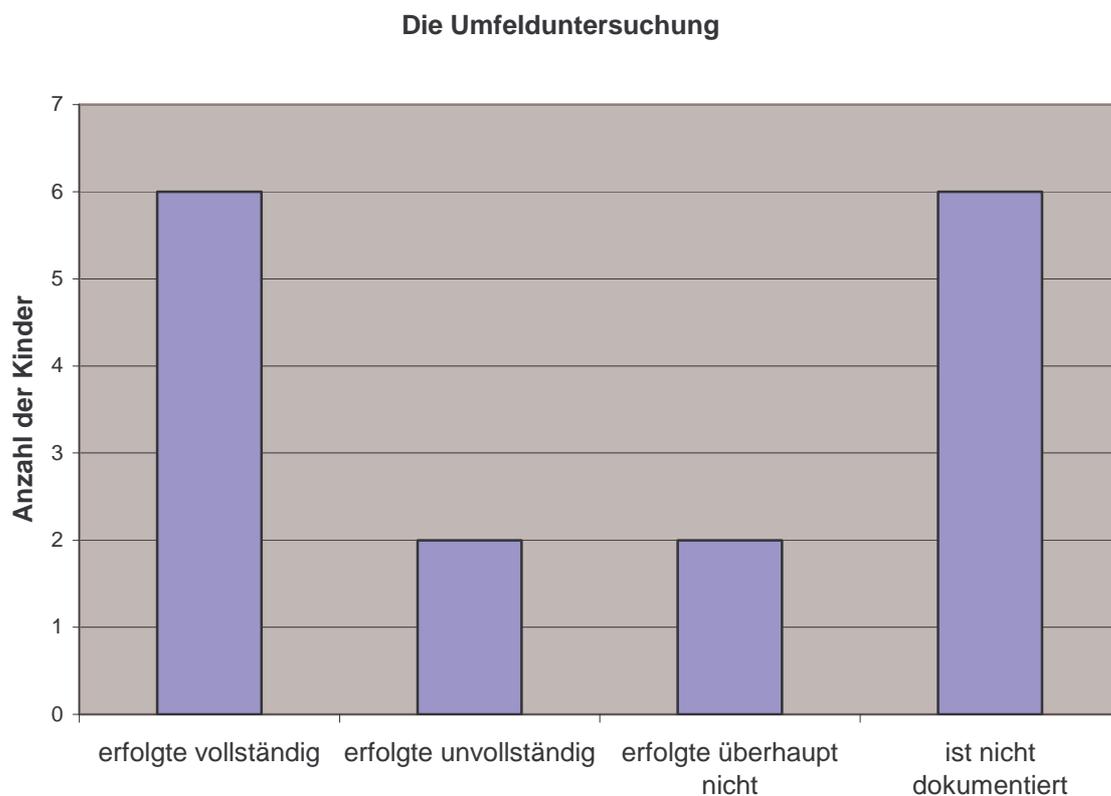
Da der Therapie-Abbruch normalerweise nicht explizit dokumentiert wird (lediglich aus einer Krankenakte ließ sich eindeutig der Therapie-Abbruch exzerpieren), wurden auch Hinweise wegen versäumter Termine zur Auswertung verwendet (beispielsweise Briefe der Sozialpädagogin an die Familie). Bei 5 Kindern waren derartige Hinweise vorhanden. Bei 9 Kindern ließen sich keinerlei Hinweise auf einen Therapie-Abbruch finden, bei einem Kind waren keine Angaben vorhanden. Nur ein Kind hatte einen Einzeltermin, d.h. die Familie brach die Therapie sofort ab (siehe Einzelfallbeispiele).

Die Krankenblätter der 5 Kinder aus der Kontrastgruppe wiesen keine Hinweise auf einen möglichen Therapieabbruch auf.

Umfelduntersuchung

In den Krankenakten von 10 Kindern mit Condylomen sind Angaben darüber zu finden, ob eine Umfelduntersuchung stattgefunden hat, bei 6 Kindern fehlen Angaben.

Abbildung 4.8: Angaben zur Umfelduntersuchung



Dass die Untersuchung der Familien und Betreuungspersonen der 10 Kinder vollständig erfolgte, wurde in 6 Fällen festgehalten. Unvollständig war die Untersuchung in 2 Fällen, d.h., dass sich nicht alle Familienmitglieder in der Immunambulanz vorstellten. Die Familie von einem Kind verweigerte die Umfelduntersuchung, bei einem anderen Kind war die

Umfelduntersuchung zwar geplant, fand dann aber doch nicht statt, da die Familie die Therapie abbrach. Bei den anderen Kindern fand sich keine Dokumentation, ob die Umfelduntersuchung vollständig stattgefunden hatte.

4.4 Psychosoziale Ergebnisse

Aufklärung über das Behandlungsprozedere

Nach der körperlichen Untersuchung und Diagnosestellung erfolgt in der Dermatologie eine Aufklärung der Familie über die Diagnose, Übertragung, Therapie, einzuhaltende Hygienemaßnahmen und das standardisierte Vorgehen (Umfelduntersuchung, sozialpädagogische Betreuung, kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil). Zur Aufklärung fehlt in den Akten die Dokumentation.

Schule/Betreuung

13 Kinder mit anogenitalen Warzen waren im schulpflichtigen Alter. Ein Kind besuchte den Kindergarten, ein weiteres Kind war in einer heilpädagogischen Tagesstätte für geistig Behinderte untergebracht. Bei einem Kind fehlen dazu Angaben.

In der Kontrastgruppe waren 4 Kinder im schulpflichtigen Alter, 1 Kind besuchte den Kindergarten.

Familiensituation

Die Familienkonstellation wird für die Umfelduntersuchung und als Ansatzpunkt für das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil festgehalten.

3 Kinder mit Condylomen sind Einzelkinder, 4 Kinder haben einen Bruder oder mehrere Brüder, 3 Kinder haben eine Schwester oder mehrere Schwestern und 5 Kinder haben Bruder und Schwester oder es wurde lediglich der Vermerk „Geschwister“ in die Akte eingetragen. Einmal fanden sich keine Angaben zu Geschwistern.

Getrennt leben die Eltern in 4 Fällen und 3mal haben die Eltern neue Partner, die dann als Stiefeltern in die Familie integriert sind. Zu den anderen 10 Elternpaaren gibt es keine weiteren Informationen in Bezug auf Trennung oder Scheidung, das heißt entweder handelt es sich um fehlende Daten oder die Eltern sind verheiratet oder leben zusammen.

Innerhalb der Kontrastgruppe finden sich 2mal keine Angaben über Geschwister.

2 Kinder hatten einen Bruder oder mehrere Brüder, ein Kind hatte einen Bruder und eine Schwester. Eine Trennung der Eltern lag in 2 Fällen vor, einmal lebte ein Stiefvater in der Familie. Bei 3 Kindern ließ die Dokumentation keinerlei Schlüsse zu dem Zusammenleben der Eltern zu.

Belastungen innerhalb der Familie

In 2 Familien lag ein sexueller Missbrauch bei anderen Familienangehörigen als dem mit Condylomen infizierten Kind vor, und genau in den gleichen Familien gab es auch Alkoholprobleme.

Körperliche und/oder geistige Behinderungen kamen ebenfalls in 2 Familien vor.

4 Familien wiesen sonstige Belastungsfaktoren auf, während sich bei 8 Familien keine Angaben zu Belastungen fanden. Unter die Familien mit Belastungsfaktoren zählt etwa eine Familie, die als Asylbewerber in einem Übergangwohnheim lebte. Ferner hatte ein Kind mit

Condylomen schulische Schwierigkeiten. In einer anderen Familie mussten die Kinder in der elterlichen Hausmeisterei mithelfen.

In der Kontrastgruppe ließen sich bei einem Kind Hinweise auf möglicherweise erfolgten sexuellen Missbrauch finden (verheilte alte Einrisse im Hymen, siehe Einzelfalldarstellung), ansonsten konnten keine Belastungsfaktoren ermittelt werden.

Einschätzung der Eltern/Jugendlichen

Eine Verhaltenseinschätzung der Eltern mittels CBCL-Fragebogen (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) erfolgte bei 2 Kindern mit Condylomata acuminata, in der Kontrastgruppe lagen ebenfalls 2 Fragebögen (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) vor.

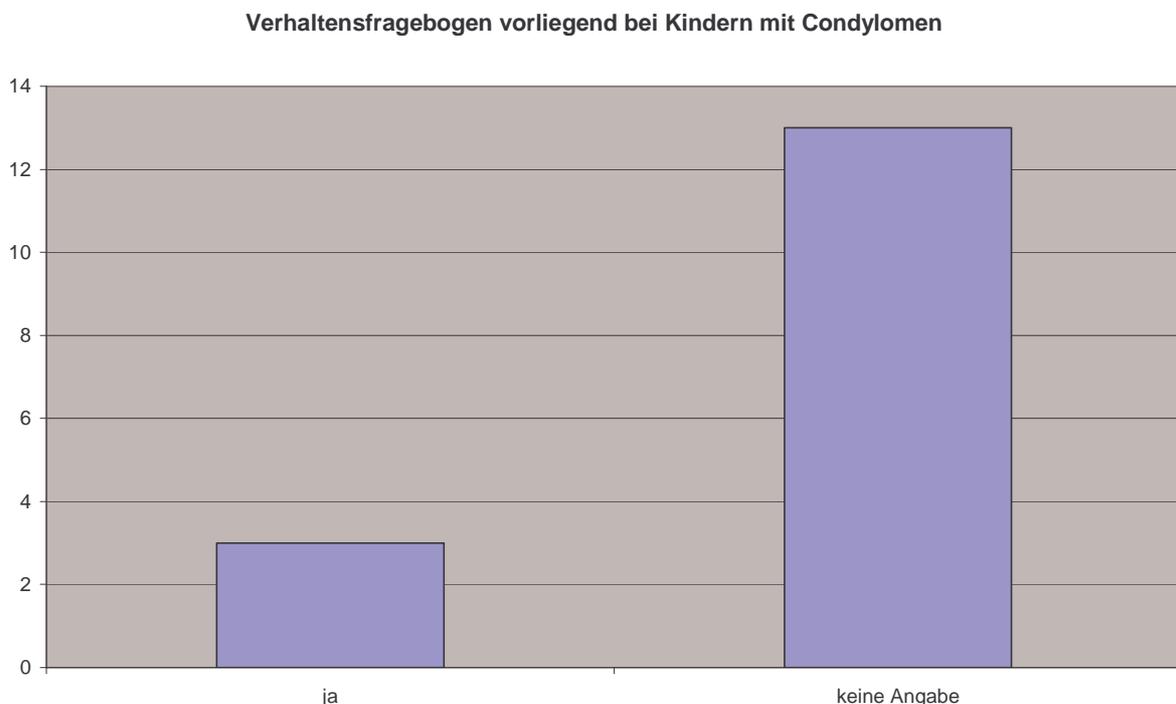
Der Selbsteinschätzungsbogen Youth-Self-Report (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) wurde von einem Jugendlichen mit Condylomata acuminata ausgefüllt und von 2 Jugendlichen aus der Kontrastgruppe.

Verhaltensbeurteilung in der Immunambulanz

Der Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung (Frank und Mangold 2001, siehe Anhang) wird von den Ärzten der Dermatologischen Klinik ausgefüllt.

Bei 3 Kindern mit Condylomen wurde der Fragebogen ausgefüllt und konnte ausgewertet werden, bei den restlichen 13 Kindern fand keine Verhaltenseinschätzung durch die Hautärzte statt oder aber der Fragebogen lag nicht vor. Bei den Kindern, die durch den Verhaltensfragebogen eingeschätzt wurden, ergaben sich keine Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten. Das bedeutet, dass das Verhalten des Kindes im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern als in den meisten Kategorien als „gleich“ eingestuft wurde.

Abbildung 4.9: Verhaltensfragebogen bei Kindern mit Condylomen



In der Kontrastgruppe erfolgte in 2 Fällen eine Verhaltenseinschätzung durch die Hautklinik, die in beiden Fällen unauffällig ausfiel.

Weitere (psychosomatische) Erkrankungen

Ferner ergab die psychosoziale Anamnese durch die Ärzte der Immunambulanz bei 3 Kindern Essstörungen wie etwa Adipositas. Sonstige Erkrankungen waren beispielsweise Schlafstörungen bei 2 Kindern oder Migräne und Diabetes mellitus. Ein Kind hatte Epilepsie mit Zustand nach Morbus haemolyticus neonatorum. Bei insgesamt 6 Kindern waren sonstige Erkrankungen dokumentiert, 3 Akten wiesen keinerlei Dokumentation über etwaige andere Krankheiten der Kinder auf.

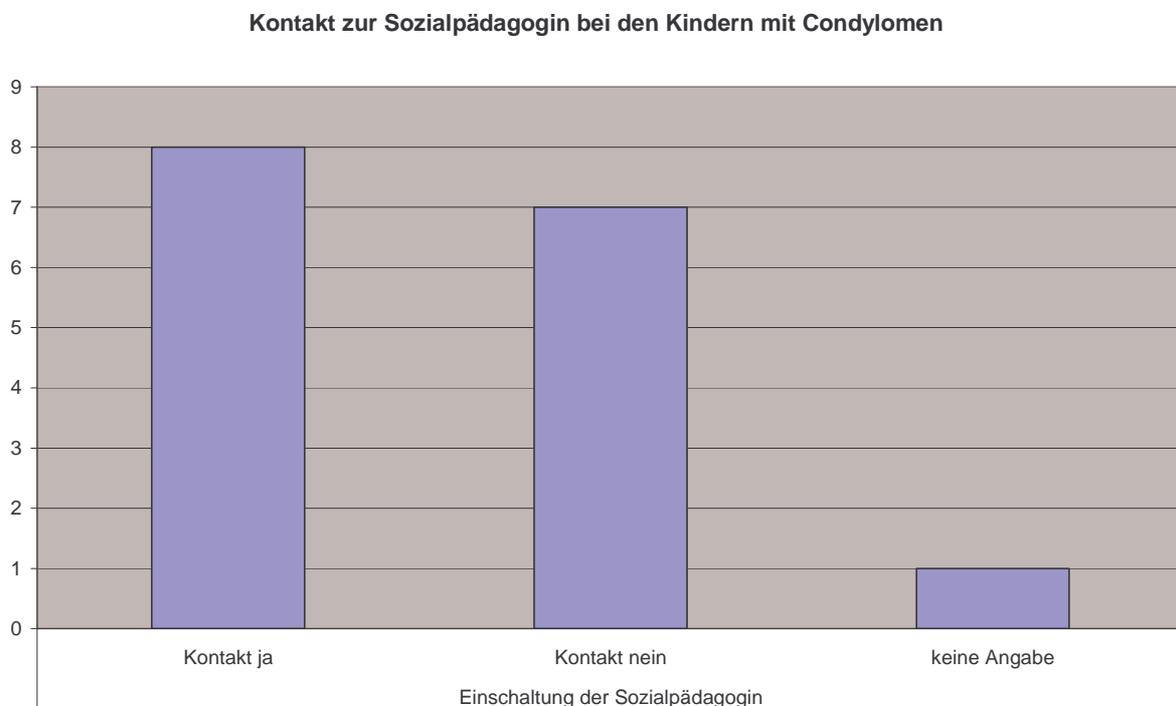
Die Kinder der Kontrollgruppe wiesen keinerlei sonstige Erkrankungen auf (bis auf dermatologische Erkrankungen, siehe oben).

Einschaltung der Sozialpädagogin

Die Hälfte der Kinder (8) hatten einen oder mehrere persönliche Kontakte zur Sozialpädagogin.

In den letzten Jahren ergab sich eine „schleichende“ Änderung des Behandlungsstandards: Im Zeitraum von 1995-1998 fanden 7 der 8 Kontaktaufnahmen statt, ansonsten ergab sich der letzte Kontakt zu einem Kind mit Condylomen im Jahre 2000. Die sozialpädagogische Betreuung wurde somit zeitweilig von ärztlich-dermatologischer und konsiliarischer Seite nicht als „Säule“ des Behandlungsstandards wahrgenommen.

Abbildung 4.10: Kontakt zur Sozialpädagogin



Vermittlung von Hilfsangeboten

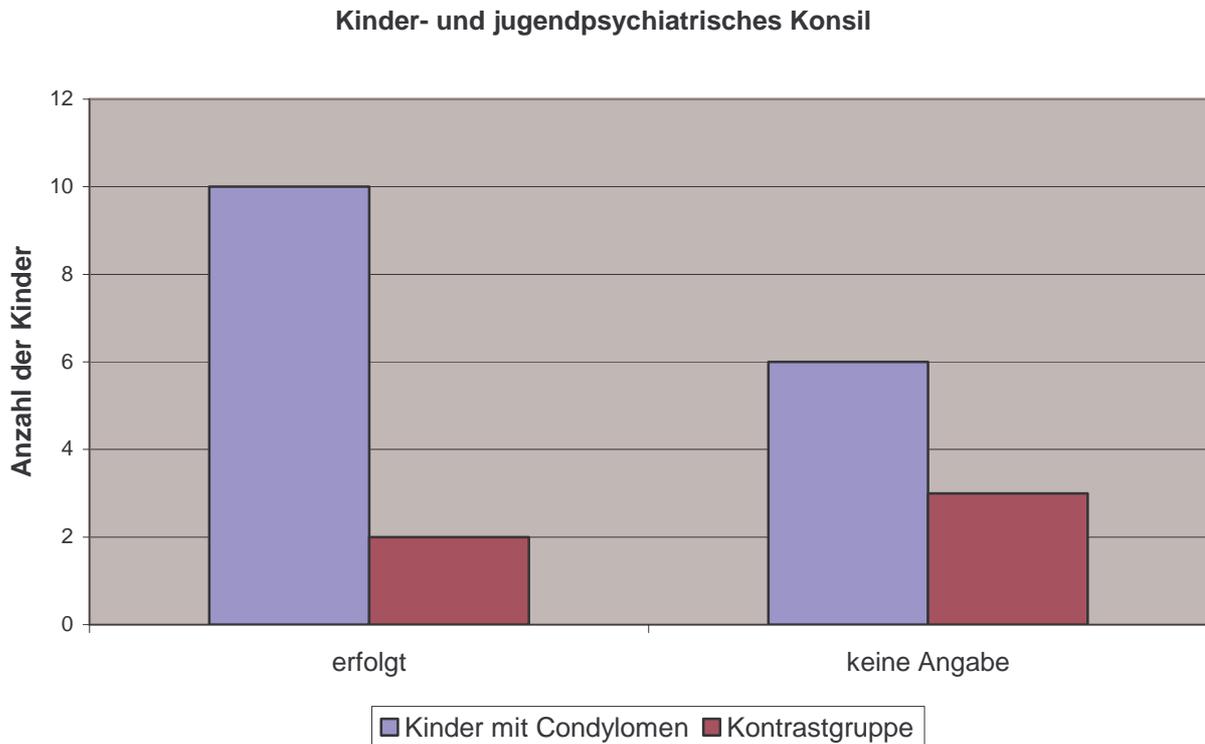
Folgende Hilfsangebote konnten dank der sozialpädagogischen Intervention den Familien vermittelt werden:

In 4 Fällen wurde der Allgemeine Sozialdienst zur Unterstützung eingeschaltet, für 1 Kind wurde eine Hilfefunktion einberufen. In 2 Fällen ergaben sich für die Familien materielle Hilfen (etwa finanzielle Hilfe, Bekleidungshilfe, Haushaltshilfe). Die Sozialpädagogin nahm bei 9 Kindern Kontakt zur Familie in Form von Briefen auf, um die Familie zu einer Fortführung der Behandlung oder zur Wahrnehmung von Kontrollterminen zu motivieren. Bei 2 Kindern, die sozialpädagogische Betreuung erhielten, ließ sich keine konkrete Umsetzung von Hilfsangeboten feststellen.

Konsil durch den Kinder- und Jugendpsychiater

Das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil findet im Rahmen des 2. oder 3. dermatologischen Behandlungstermins routinemäßig in der Dermatologie statt. In 10 der 16 dermatologischen Akten der Kinder mit Condylomen wurde vermerkt, dass die Familien vom Konsiliar gesehen wurden. Bei 6 Kindern fanden sich keine Angaben darüber, ob ein Konsil stattgefunden hat oder nicht.

Abbildung 4.11: Kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil



Beurteilung des Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei 4 Kindern ließ sich kein Anhalt für eine Entwicklungsgefährdung finden, die Kinder wurden als „altersentsprechend entwickelt“ beurteilt. 4 Kinder wiesen Zeichen der Belastung auf, bei einem Kind sollten noch weitere Gespräche stattfinden.

Bei einem Kind hatte anhand der Datenlage keine Beurteilung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie stattgefunden.

Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und sozialpädagogische Interventionen in der Kontrastgruppe

Es stellten sich 2 Kinder mit der Familie zu einem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil vor. Keine Angaben darüber, ob ein Konsil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattgefunden hat, fanden sich in 3 Krankenakten aus der Dermatologie.

Von den beiden vorgestellten Kindern wurde ein Kind als altersentsprechend entwickelt beurteilt, für das andere Kind fand sich keine Beurteilung.

Auch Belastungsfaktoren in der Familie ließen sich bei keinem Kind in der Kontrollgruppe ausmachen, da keinerlei Dokumentation dazu vorhanden ist.

Die sozialpädagogische Betreuung fehlt bei den „Kontrollgruppenkindern“ ebenfalls völlig, keines der 5 Kinder hatte Kontakt zu der Sozialpädagogin.

Zusammenfassung

Psychosoziale Situation

Bis auf die Kinder, bei denen kein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil stattgefunden hatte und 2 Kinder, die als unauffällig beurteilt wurden und gleichzeitig keine anderen Erkrankungen oder Belastungsfaktoren aufwiesen, ließen sich sonst bei allen Kindern weitere (psychosomatische?) Erkrankungen oder sonstige Faktoren in der Familie ausmachen, die auf eine Belastung hinweisen (insgesamt bei der Hälfte der Familien, also bei 8 von 16 Familien).

Dokumentation

Wenn man die Abbildung 4.13: "Dokumentation zu den Anforderungen des Konzepts" betrachtet, lässt sich feststellen, dass der „High-Score“ (16 von 16 dokumentiert) bei folgenden Items erreicht wurde:

- Alter
- Geschlecht
- Nationalität
- Behandlungsbeginn
- Anzahl der Termine in der Immunambulanz
- körperliche Untersuchung bzw. Diagnose
- Lokalisation der Hautveränderungen

Es handelt sich hierbei um manualbasierte Grunddaten, die durch Formblätter, wie etwa den Adressaufkleber mit Name, Geburtsdatum und Anschrift des Kindes abgefragt werden. Die beiden letzten Punkte (Diagnose und Lokalisation der Hautveränderungen) sind dermatologische Grunddaten, ohne die eine Therapie nicht möglich ist oder ein anderer Arzt die Vorstellung in der Ambulanz nachvollziehen könnte.

Dokumentation in der Kontrastgruppe

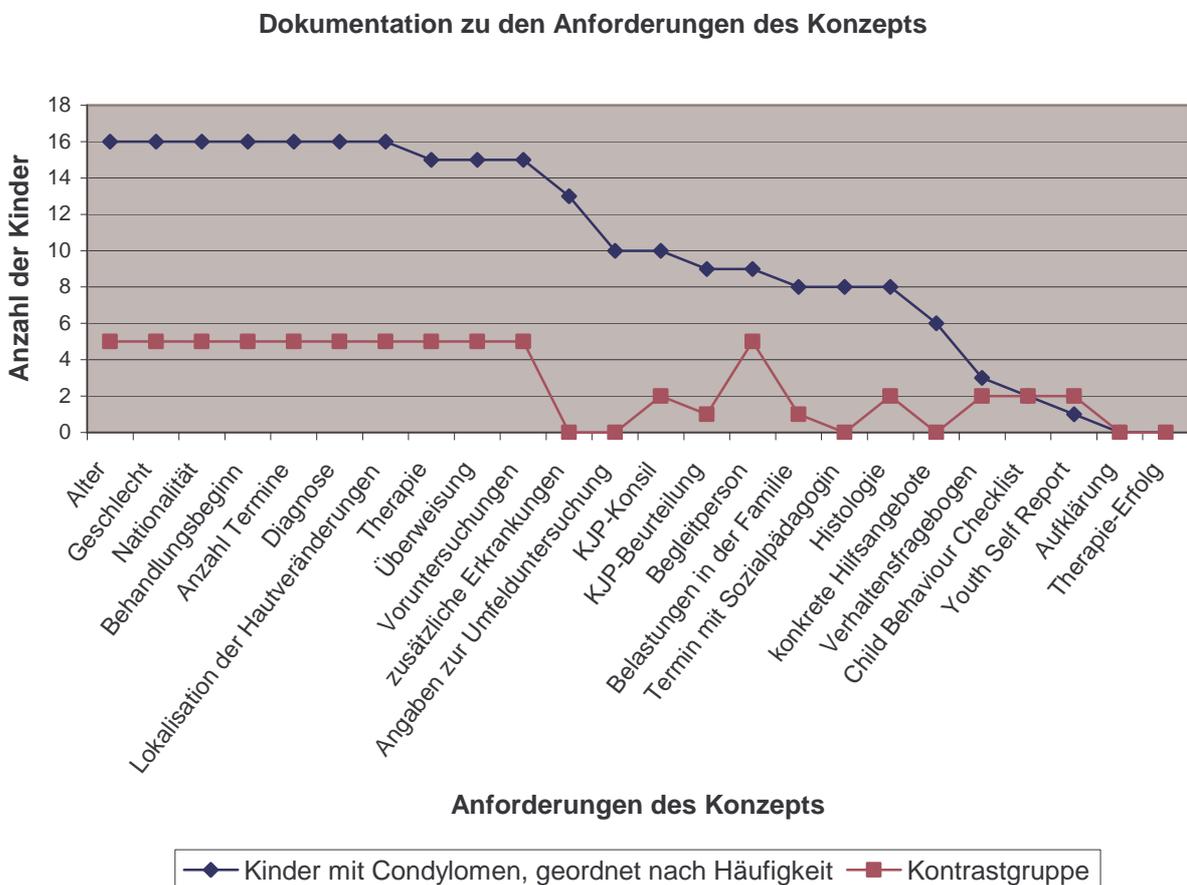
Auch in der Kontrastgruppe sind die manualbasierten Grunddaten und die dermatologisch-therapeutisch erforderlichen Angaben am besten dokumentiert (5 von 5):

- Alter
- Geschlecht
- Nationalität
- Behandlungsbeginn
- Anzahl der Termine in der Hautklinik

- Diagnose
- Lokalisation der Hautveränderungen
- Therapie
- Überweisung
- Voruntersuchungen

Unter den anderen Variablen ist noch der Verhaltensfragebogen (Konsilanforderung Frank und Mangold 2001) hervorzuheben, der bei 2 Kindern vorlag. Die sozialpädagogische Betreuung fehlte bei den „Kontrastgruppenkindern“ völlig; damit kam es auch nicht zur Umsetzung von konkreten Hilfsmaßnahmen.

Abbildung 4.12: Dokumentation zu den Anforderungen des Konzepts



4.5 Einzelfalldarstellungen

Anhand der Dokumentation aus der Immunambulanz und dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie soll an zwei Fallbeispielen von Kindern mit Condylomen überprüft werden, wie die einzelnen Schritte des Behandlungsstandards umgesetzt wurden. Zum Vergleich wird zusätzlich ein Mädchen aus der „Kontrastgruppe“ vorgestellt.

Zum persönlichen Schutz der Kinder und ihrer Familien sind die Namen mit Buchstaben codiert.

Die Kriterien des Behandlungsstandards sind *kursiv gedruckt* angeführt.

Durchführung des Behandlungsstandards Kind D

Bei dem ersten Termin sollen eine körperliche Untersuchung und eine psychosoziale Anamnese erfolgen.

Anamnese: Das 6-jährige (*Alter*) Mädchen (*Geschlecht*) war in *Begleitung* der Mutter und der Großmutter zusammen in die Notaufnahme gekommen und anschließend zur Vorstellung in die Immunambulanz verwiesen worden, nachdem sie vorher bereits einem Kinderarzt, einem Dermatologen und in einer Kinderklinik wegen Condylomata acuminata vorgestellt worden war (*Voruntersuchungen*).

Befund: In der Hautklinik wurde als körperlicher Befund auch zunächst einmal Condylomata acuminata, am linken Oberschenkel und perianal lokalisiert, als Verdachtsdiagnose festgehalten. Ferner wies das Mädchen eine Warze an den Füßen auf sowie eine Seborrhoe (*weitere Erkrankungen*).

Beim ersten Termin erfolgt auch eine *Aufklärung* von Eltern und Kind (je nach Alter) über Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Hygienemaßnahmen und Behandlungsprozedere (also über das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil, den Kontakt zu der Sozialpädagogin und die Umfelduntersuchung).

Es gibt jedoch keine Dokumentation über die erfolgte Aufklärung.

Familiensituation: Das Mädchen lebt bei ihren Eltern, ihre Eltern stammen aus dem angloamerikanischen Raum (*Nationalität*), wohnen jedoch bereits seit längerem in München. Die Eltern leben zusammen, das Kind hat keine Geschwister.

Im Rahmen der psychosozialen Anamnese füllte die Ärztin der Immunambulanz den *Verhaltensfragebogen* des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. Von der Ärztin der Immunambulanz wurde die 6-jährige in 6 Kategorien der Verhaltenseinschätzung des Kindes (im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern, Wortlaut der Items siehe Methodik) als „3=gleich“ (also durchschnittlich, unauffällig) eingestuft. Auch die Mutter erreicht durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte im Verhalten in Bezug auf ihr Kind.

Insgesamt ergibt sich eine positive Einschätzung des Verhaltens des Kindes und der Mutter.

Behandlung/Therapie: Als dermatologische Therapie wurde beim 1. Termin mit einer Podophyllin-Behandlung begonnen.

Einen Monat später wurde das Mädchen stationär zu einer chirurgischen CO₂-Laser-Therapie aufgenommen, direkt im Anschluß an die operative Therapie erfolgte eine Interferon-Therapie mit Fiblaferon.

3 Monate später wurde Imiquimod über ein halbes Jahr angeordnet. Danach wurde wieder ein Podophyllotoxin-Präparat angesetzt. Dies sind 5 Behandlungsversuche mit verschiedenen Methoden im Verlauf von 3 Jahren.

Im Laufe der Behandlung unterzog sich das Mädchen nach 6 Monaten einer Nachexzision des Naevus Spitz am linken Oberschenkel.

Die *Diagnosen* wurden im Rahmen der stationären Aufnahme zur Entfernung der Hautveränderungen (*Therapie*) *histologisch* gesichert: am linken Oberschenkel handelte es sich um einen Naevus Spitz, und im Perianalbereich wurde die Diagnose einer Verruca vulgaris gestellt. Ferner wurde eine *In-situ-Hybridisierung* mit PAN-Marker durchgeführt, die jedoch keine positive Reaktion ergab.

Beim 2.Termin steht die *Umfelduntersuchung* im Mittelpunkt, neben der Kontrolle und Fortsetzung der Behandlung sowie Beratung der Eltern bei weiteren Fragen zu Diagnose und Therapie. In den Krankenakten des Mädchens fanden sich keine Angaben dazu, ob eine Umfelduntersuchung stattfand und falls ja, ob diese vollständig war.

Psychosoziale Aspekte: Im Rahmen eines stationären Aufenthalts zur chirurgischen Therapie (falls dies nötig ist, wird dies als 3. Termin des Behandlungskonzepts gesehen) ergab sich auch die Möglichkeit zu 2 Terminen im Rahmen des *kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils*. Hierbei beurteilte der Kinder- und Jugendpsychiater das Mädchen als „regelrecht entwickeltes Kind“, das „eine sichtlich gute Beziehung zu beiden Eltern“ hat. Sie wirke „insgesamt als altersentsprechend entwickeltes Mädchen“. Als Problemfeld wird gesehen, „dass man ihre hohen Fähigkeiten als gegeben nimmt und die Ängste, die sie zu erkennen gibt, übersieht“. Das Mädchen ist hoch angepasst.

Die Eltern füllten einen Verhaltensfragebogen (*Verhaltenseinschätzung der Eltern*) aus (Child-Behavior-Checklist, Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991). Zurückgezogenes Verhalten, somatische Beschwerden und ängstlich-depressives Verhalten (internalisierendes Störungsbild) erkennt die Mutter bei D kaum, ebenso wenig wie soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme oder gedankliche Störungen. Bei den externalisierenden Störungen wird D ebenfalls unterdurchschnittlich eingeschätzt. Dagegen erzielt D in den Kompetenzbereichen Aktivitäten, Soziales und Schule überdurchschnittliche Ergebnisse. Der Verhaltensfragebogen und die Auswertung sind auf den nächsten Seiten abgebildet.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Ärztin der Immunambulanz in dem Verhaltensfragebogen übereinstimmend mit den Ergebnissen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil ein unauffälliges Verhalten des Mädchens feststellte. Die Verhaltensbeurteilung der Mutter passt auch dazu.

Im Verlauf kam es während des stationären Aufenthalts einmal zu einer akuten Krise. Der Anästhesist berichtete: als die Mutter nach der Anästhesie in den Aufwachraum kam, fing das Mädchen zu schreien und zu weinen an und bestand darauf, dass die Mutter den Raum verlässt. Sie äußerte, dass sie nicht nach Hause wolle.

Diese Situation wurde mit den Eltern angesprochen und „sowohl den Umständen des Klinikaufenthalts als auch ihrem Temperament zugeordnet“.

Insgesamt stellte sich die Familie innerhalb von 3 Jahren 20mal in der Immunambulanz vor (Zahl der Vorstellungen in der Immunambulanz).

Fehlende Daten

Neben den nicht vorhandenen Informationen über die Umfelduntersuchung fehlt noch eine weitere wichtige Säule im Behandlungsstandard: die *sozialpädagogische Betreuung*. Die Familie hatte keinen Termin bei der Sozialpädagogin und nahm auch keinerlei materielle oder sonstige *Hilfsangebote* in Anspruch.

Der Behandlungsstandard wurde bei diesem Mädchen weitgehend umgesetzt, die Behandlung verlief nach Plan. Dennoch fehlen Angaben zum *Behandlungsergebnis*; die vielen Termine und Therapieverfahren sind Hinweise auf rezidivierende oder schlecht abheilende Condylome.

Abbildung 4.13: Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung Kind D

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst
 Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie LMU München
 Poliklinik apl. Prof. Dr. Frank
 Tel. (5160) -5156 FAX-Nr. (5160)-4734

ID-Nr. K

Datum 20.10.98

1. Anfrager	Klinik,	Station,	Tel.Nr.

2. Persönliche Daten

Adressette

Name ①

Vorname _____

02 Geschlecht (1=m/2=w)

sex

03 Nationalität

nat

01 Geburtsdatum (TTMMJJ) gebdt

(1=deutsch/2=türk./3=jug./4=and./9=fehl. Info)

3. Stationäre Aufnahme am (TTMMJJ)

Aufnahmediagnose Condylomata acuminata

4. Lebenssituation des Kindes

Kind lebt bei:
 den Eltern wohn-el
 Mutter allein wohn-mu
 Vater allein wohn-va
 Mutter + neuem Partner wohn-mp
 Vater + neuem Partner wohn-vp

Beziehungsstatus der Eltern: (1=leben.zus./2=getr._gesch./3=nie zus. gelebt/4=verwitwet/9=fehl. Info)
 eit-bez

5. Verhaltenseinschätzung

5.1 Verhalten des Kindes (im Vergleich zu anderen gleichaltr. Kindern)

(zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)
 1 viel mehr 3 gleich 5 viel wenig
 2 mehr 4 weniger

- a) Wie unruhig ist das Kind?
- b) Wie stabil ist die Stimmung des Kindes?
- c) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?
- d) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?
- e) Wieviel aggressive Handlungen zeigt das Kind?
- f) Wie ängstlich verhält sich das Kind?
- g) Wieviel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme? (Erbr., Verweig.)
- h) Wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?
- i) Wieviel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?
- j) Wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert?
 ggf welche Veränderungen?.....

unruhe			X		
stimm			X		
kont-ki			X		
kont-erw			X		
aggress			X		
angst			X		
nahrung			X		
freude			X		
selbstve			X		
psy-verk			X		

5.2 Verhalten der Eltern (im Vergleich zu anderen Eltern)

1 viel mehr 3 gleich 5 viel wenig
 2 mehr 4 weniger

- a) Wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?
- b) Wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?
- c) Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?
- d) Wieviel Interesse am Kind äußern die Eltern?
- e) Wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?
- f) Wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?
- g) Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?
- h) Wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?

bes-elt			X		
feinf-el			X		
pos-äuß			X		
inter-ki			X		
beruhi_k			X		
belast			X		
probl-fü				X	
kooper					

6. Fragestellung:

Unterschrift

Abbildung 4.14: Ausschnitte aus der Child-Behavior-Checklist Kind D“ (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991)

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie letz oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
--	------------------------------------	----------------------------------

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter 1 2

2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____ 1 2

3. Streitet über widerspricht viel 0 1 2

4. Hat Asthma 1 2

5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge 1 2

6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein 1 2

7. Gibt an, schneidet auf 0 1 2

8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen 1 2

9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____ 1 2

10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv 0 1 2

11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig 1 2

12. Klagt über Einsamkeit 1 2

13. Ist verwirrt oder zerstreut 1 2

14. Weint viel 1 2

15. Ist roh zu Tieren oder quält sie 1 2

16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein 1 2

17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren 1 2

18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord 1 2

19. Verlangt viel Beachtung 0 1 2

20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt 0 1 2

21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören. *(aber nicht absichtlich)* 1 2

22. Gehorcht nicht zu Hause 0 1 2

23. Gehorcht nicht in der Schule 1 2

24. Ist schlecht 1 2

25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus 1 2

26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat 0 1 2

27. Ist leicht eifersüchtig 1 2

28. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ 1 2

29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: Ist 7. Zeit nicht gerne alleine in einem Raum 0 1 2

30. Hat Angst, in die Schule zu gehen 1 2

31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun 1 2

32. Glaubt, perfekt sein zu müssen 1 2

33. Fühlt oder beklagt sich, daß niemand ihn/sie liebt 1 2

34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun 1 2

35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 1 2

36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen 1 2

37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 1 2

38. Wird viel gehänselt 1 2

39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten 1 2

40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 1 2

41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen 0 1 2

42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen 1 2

43. Lügt, betrügt oder schwindelt 0 1 2

44. Kaut Fingernägel 1 2

45. Ist nervös oder angespannt 1 2

46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ 1 2

47. Hat Alpträume 1 2

48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt 1 2

49. Leidet an Verstopfung 1 2

50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 1 2

51. Fühlt sich schwindelig 1 2

52. Hat zu starke Schuldgefühle 1 2

53. Ißt zu viel 1 2

54. Ist immer müde 1 2

55. Hat Übergewicht 1 2

56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:

a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) 1 2

b) Kopfschmerzen 1 2

c) Übelkeit 1 2

d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____ 1 2

e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme 1 2

f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe 1 2

g) Erbrechen 1 2

h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____ 1 2

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- 87. Greift andere körperlich an 1 2
- 88. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: Bohrte in der Nase! 0 2
- 89. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen 1 2
- 90. Schreibt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen 1 2
- 91. Ist schlecht in der Schule 1 2
- 92. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt 1 2
- 93. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen 1 2
- 94. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen 1 2
- 95. Weigert sich zu sprechen 1 2
- 96. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 97. Lläuft von zu Hause weg 1 2
- 98. Schreit viel 1 2
- 99. Ist verschlossen, behält Dinge für sich 0 2
- 100. Behält Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 101. Ist befangen oder wird leicht verlegen 1 2
- 102. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt 1 2
- 103. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 104. Produziert sich gern oder spielt den Clown 0 1 2
- 105. Ist schüchtern oder zaghaft 1 2
- 106. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen 1 2
- 107. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 108. Schmiert oder spielt mit Kot 1 2
- 109. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 110. Starrt ins Leere 1 2
- 111. Behält zu Hause 1 2
- 112. Stiehlt anderswo 1 2
- 113. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 114. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 115. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 116. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar 0 2
- 117. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel 0 2
- 118. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt 0 2
- 119. Ist mißtrauisch 1 2
- 120. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter 1 2

- 91. Spricht davon, sich umzubringen 1 2
- 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 93. Redet zuviel 1 2
- 94. Hänzelt andere gern 1 2
- 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament 1 2
- 96. Denkt zuviel an Sex 1 2
- 97. Bedroht andere 1 2
- 98. Lutscht am Daumen 1 2
- 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht 1 2
- 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) 1 2
- 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge 1 2
- 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen 1 2
- 104. Ist ungewöhnlich laut 1
- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: _____ 1 2
- 106. Richtet mutwillig Zerstörungen an 1 2
- 107. Näßt bei Tag ein 1 2
- 108. Näßt im Schlaf ein 0 2
- 109. Quengelt oder jammert 0 2
- 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen 0 2
- 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

_____ 0 1 2

_____ 0 1 2

_____ 0 1 2

_____ 0 1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank!

Durchführung des Behandlungsstandards Kind G

Zum Vergleich zu dem Durchlauf des Behandlungsstandards bei Kind D beschreibe ich nun die Vorstellung von der 8-jährigen G. Das Mädchen (*Geschlecht*) hatte nur einen Termin (*Zahl der Vorstellungen in der Immunambulanz*) in der Hautklinik, ganz am Anfang dieses Behandlungskonzepts.

Die *Begleitperson* ist nicht festgehalten, das Mädchen ist im schulpflichtigen *Alter*, doch auch über die *Ausbildungs- oder Betreuungssituation* findet sich keine Angabe. Das Mädchen hat Geschwister, man erfährt jedoch nicht wie viele, und auch die *Familiensituation* wird nicht dargestellt. Es handelt sich um eine türkische Familie (*Nationalität*), die Sprachprobleme haben.

Die 8-jährige wurde von der Universitätskinderklinik überwiesen, im Vorfeld war auch schon eine gynäkologische Untersuchung (*Voruntersuchung*) erfolgt.

Therapeutisch wird empfohlen, einen stationären Aufenthalt mit einer chirurgischen Entfernung der Condylome (CO₂-Laser) durchzuführen.

Die Familie kommt jedoch nicht, so dass 3 Briefe der *Sozialpädagogin* an die Familie mit der Bitte um Terminvereinbarung und Wiedervorstellung gehen.

Die Sozialpädagogin war im Hintergrund tätig. Aus ihren Aufzeichnungen geht hervor, dass sie die Familie anschrieb, da die Eltern den geplanten Operationstermin nicht wahrgenommen hatten. Sie führte darüber mit dem Vater des Mädchens ein Telefongespräch, das sie jedoch als „erfolglos“ dokumentiert. Die Familie brach den Kontakt ab, das zweite Anschreiben der Sozialpädagogin blieb ohne Antwort (*Behandlungsabbruch*).

Die Sozialpädagogin nahm auch Kontakt zum Allgemeinen Sozialdienst (ASD) auf.

In einem Telefonat mit dem ASD erfuhr die Sozialpädagogin, dass der ASD die Familie zu Hause besucht hatte. Die Mutter des Mädchens fühlte sich überfordert und hatte ein Alkoholproblem. Auch andere Familienmitglieder litten unter nicht näher bezeichneten Krankheiten/Behinderungen, so dass bereits häufige Arztbesuche nötig sind (*Belastungen in der Familie*). Diesen Grund gab die Familie auch an, warum sie mit ihrer Tochter keine weiteren Termine in der Immunambulanz wahrnahmen. Auch befindet sich die Tochter bei einem Kinderarzt in Adipositas - Behandlung.

Der Vater berichtete ferner am Telefon, dass seine Tochter von einer Frauenärztin der gleichen Nationalität erfolgreich mit *Lasertherapie* gegen die Condylome behandelt wurde.

Es wurde der Familie nahegelegt, sich in der Immunambulanz zur Therapie der Condylome und Klärung des Übertragungswegs (*Umfelduntersuchung*) vorzustellen. In Hinblick auf den Behandlungsstandard wurde die *Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* für nötig befunden.

Doch insgesamt sah der ASD keine Interventionsmöglichkeit in Bezug auf die gesundheitlich schwierige Situation der ganzen Familie. In weiteren Telefonaten ist eine Helferkonferenz im Gespräch; wenn eine Gefährdung der Kinder vorliege, müssten vormundschaftsgerichtliche Schritte in Erwägung gezogen werden.

Neben den Telefonaten, die die Sozialpädagogin mit dem ASD führte, korrespondierte sie ebenfalls schriftlich mit dem ASD. Inhaltlich ging es um die Frage nach einem Helfergespräch, um Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten bei Kindern und allgemein um die Kontaktaufnahme zwischen dem ASD und der Familie.

Als Ergebnis konnte die Sozialpädagogin festhalten, dass sie den Kontakt zum ASD aufrecht gehalten hatte. Dieser wiederum hatte ein umfassendes Beratungs- und Hilfsangebot gemacht (*konkrete Hilfsmaßnahmen*). Die Behandlung wurde – jedoch nicht in der Immunambulanz - auf Betreiben des ASD weitergeführt.

Exkurs:

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) untersteht dem Jugend- oder Sozialamt oder fungiert als eigenständiger Dienst. Der ASD übernimmt eine Vielzahl an Aufgaben. Die Mitarbeiter/innen bieten formlose Betreuung, persönliche Hilfe, Schwangeren-, Erziehungs-, Partner-, Scheidungs- und Schuldnerberatung, Krisenintervention, Hilfe zur Erziehung, Gesundheits- und Krankenhilfe, Altenhilfe, materielle Leistungen sowie Integrationshilfen für besondere Gruppen (z. B. Behinderte, Ausländer/innen, Randgruppen) an. ASD-Mitarbeiter/innen vermitteln auch relevante Maßnahmen von Beratungsstellen und Behörden. Der ASD ist dezentral organisiert. Die Sozialpädagog/innen betreuen die meisten der Ratsuchenden in deren Wohnung. So werden auch Familien erreicht, die von sich aus keinen psychosozialen Dienst aufsuchen würden, z.B. eine schwer erkrankte Alleinerziehende mit Kleinkindern (Textor und Winterhalter-Salvatore 2004).

Der ASD wird auch tätig bei Gefährdungssituationen von Kindern.

Durchführung des Behandlungsstandards in der Kontrastgruppe

Zum Vergleich soll nun das Vorgehen gemäß dem Behandlungsstandard bei einem 11-jährigen Mädchen (*Alter, Geschlecht*) mit genitalem atopischen Ekzem (*Diagnose*) dargestellt werden.

Anamnese: Das Mädchen stellte sich zusammen mit der Mutter (*Begleitperson*) zweimal (*Zahl der Vorstellungen*) in der Immunambulanz vor. Die Überweisung erfolgte vom Hausarzt. Zusätzlich wurde das Mädchen in die Kindergynäkologie überwiesen (*Voruntersuchungen*).

Die 11-Jährige leidet seit ihrem 7. Lebensjahr unter Migräne (*weitere Erkrankungen*); weswegen sie mit 7 Jahren stationär in der Kinderklinik war. Anamnestisch war im Säuglingsalter aufgrund unklarer Schreiattecken ein stationärer Aufenthalt ebenfalls in der Kinderklinik erfolgt. Außerdem bestand ein atopisches Ekzem in der Kindheit.

Die *Familiensituation* ist in der dermatologischen Akte festgehalten: das Mädchen hat einen 18-jährigen Bruder und eine 16-jährige Schwester. Die Mutter hat sich vom Vater der Kinder getrennt und hat einen neuen Mann (Stiefvater). Der Stiefvater begleitete das Mädchen beim Erstkontakt, beim 2. Termin kam die 11-Jährige mit der Mutter.

Befund in der Immunambulanz: Die kleinen Labien und der Introitus waren gerötet, es bestand Jucken im Vulvabereich und gelber Ausfluß. Das Hymen zeigte sich östrogenisiert, ferner waren alte verheilte, kleine Einrisse sichtbar. Aktuell litt das Mädchen unter Allergien, doppelte Unterlidfalten und eine Sebostase. Dermatologisch wurde noch ein Lichen pilaris, eine Sandboxdermatitis und Tüpfelnägel festgestellt.

Es wurde die *Diagnose* „genitales atopisches Ekzem“ gestellt.

Behandlung in der Immunambulanz: Therapeutisch wurde ein Antipruriginosum und „Dermatop Creme“ verordnet.

Das Mädchen stellte sich insgesamt 6 Mal im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie vor (5 Einzelkontakte, 1 Interaktionsbeobachtung).

Auch bei Kindern der Kontrastgruppe ist ein *kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil* im Rahmen des Behandlungsstandards vorgesehen. Das Konsil bei der 11-Jährigen erfolgte im

Anschluss an eine telefonische Terminvereinbarung mit dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie von Seiten der Ärztin in der Immunambulanz (ersichtlich aus einer Gesprächsnotiz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Akte).

Die Dermatologin füllte jedoch keine *Konsilanforderung mit Verhaltenseinschätzung* des Kindes aus.

Sowohl die 11-Jährige selbst wie auch der Stiefvater und die Mutter füllen einen Verhaltensfragebogen aus (*Youth-Self-Report* und *Child-Behaviour-Checklist*, Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991). Die Auswertung der Bögen von Stiefvater und der Patientin selbst ist im Folgenden abgebildet.

Das Verhalten des Mädchens ist nach Einschätzung des Stiefvaters im Bereich der internalisierenden Störungen auffällig. Die 11-Jährige weist besonders auffällige somatische Beschwerden auf. Der Stiefvater beobachtet auch zurückgezogenes und depressives Verhalten. Sie ist ängstlich und nervös, macht sich Gedanken und hat Aufmerksamkeitsprobleme.

Dagegen ist sie völlig unauffällig, was soziale Probleme und externalisierende Störungen angeht. In den Kompetenzbereichen „Aktivitäten“, „Soziales“ und „Schule“ dagegen erreicht sie überdurchschnittliche Werte.

Auch nach Einschätzung der Mutter verhält sich das Mädchen zurückgezogen sowie ängstlich-depressiv und leidet unter somatischen Beschwerden. Sie erkennt damit die ausgeprägte internalisierende Störung. Die Mutter schätzt diese Problematik noch weit höher ein als der Stiefvater des Mädchens. Beide Elternteile übereinstimmend beschreiben viele Situationen, die der 11-Jährigen Angst machen: „Angsträume“, „Angst, etwas nicht zu schaffen“, „Platzangst“, „Dunkelheit“, „Spinnen“, „Prüfungssituationen“, „schreit im Schlaf“, „hat Angst vor Kontakten mit fremden Kindern, introvertiert“.

Wie man in den Auswertungen der Fragebögen sieht, schätzt sich die 11-Jährige selbst weitaus unauffälliger ein als ihr Stiefvater. Nicht einmal die somatischen Beschwerden (Migräne), aufgrund derer sie bereits einen stationären Aufenthalt in der Kinderklinik wahrnahm, fallen bei der Auswertung ins Auge. Sie nennt sowohl im Problembereich der internalisierenden Störungen im Gegensatz zu ihrem Stiefvater keine wesentlichen Probleme, ebenso wenig bei den externalisierenden Störungen (hier in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Stiefvaters). Sie nennt auch keine gedanklichen („thought“) und sozialen („social“) Probleme oder Aufmerksamkeitsprobleme („attention“).

In Einklang mit ihrem Stiefvater und ihrer Mutter erreicht sie in den Kompetenzbereichen „Aktivitäten“ und „Soziales“ überdurchschnittliche Werte.

In der psychodiagnostischen Untersuchung im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Patientin als „ruhiges, zurückhaltendes und freundliches 11 ½ -jähriges Mädchen“ charakterisiert. Doch benennt sie „Ängste in verschiedensten Bereichen. Sie bringt deutlich zum Ausdruck, dass sie sich einsam und alleine fühle und sich Unterstützung und Zuwendung wünsche.“ Es wird die Diagnose einer (anhaltenden) ängstlichen Depression gestellt. Sie wird als ein „weitgehend altersentsprechend entwickeltes Mädchen“ beurteilt. „Es bestehen Ängste in verschiedenen Bereichen (Verlustängste, Angst vor Verletzung, Angst vor Veränderung, Platzangst). Sie wirkt insbesondere sehr bedrückt, traurig und einsam. Sie bringt deutlich Wünsche nach Beziehung und Zuwendung zum Ausdruck.“

In der *sozialpädagogischen Anamnese* im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Schlafprobleme, Kopfschmerzen und Ängste (Somatisierungsstörungen) thematisiert, der

psychopathologische Befund ergibt hoch angepasstes Verhalten, sie wird zurückhaltend und subdepressiv beschrieben.

Ferner liegt ein Arztbrief über den stationären Aufenthalt wegen eines Dammrisses II. Grades bei dem damals 2 ½-jährigen Mädchen vor. Der Arztbrief lautet:

„(...) Anamnese: Bis jetzt sei das Kind noch nie ernsthaft krank gewesen. Vor ca. 30 Minuten ist das Kind auf das Nachttöpfchen gefallen und hat dann heftig im Genitalbereich geblutet. Vorstellung in der Klinik.

Aufnahmebefund: 2 Jahre, 8 Monate altes Kind in gutem AZ und EZ. Ca. 2cm langer, tiefer Dammriß, mäßig blutend. Der weitere klinische und neurologische Befund war unauffällig.

Therapie und Verlauf: Bereits am Aufnahmetag Naht in Kurznarkose. Weiter unkomplizierter postoperativer Verlauf. Am (...) konnten wir das Kind in gutem allgemeinen Zustand in Ihre weitere Betreuung entlassen. (...)“

Der Operationsbericht lautet: „ (...) Bei 6 Uhr, vom Hymenalrand hinab Richtung Anus reichender, 2cm langer, bis 1 ½ cm tiefer Dammriß, mäßig blutend. Hymen intakt, Sphinkter intakt. Zunächst Adaptation des Dammes mit drei atraumatischen Vicryl-3.0-Nähten. Hauteinzelknopfnähte mit Vicryl-4.0-Nähten. Es resultieren wieder schöne anatomische Verhältnisse. (...)“

Aus Sicht des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehend auf den oben zitierten Arztbrief handelt es sich um den „Befund einer Vergewaltigung.“

Abbildung 4.16: Ausschnitt aus der Auswertung der Child-Behavior-Checklist Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991), von der Mutter ausgefüllt

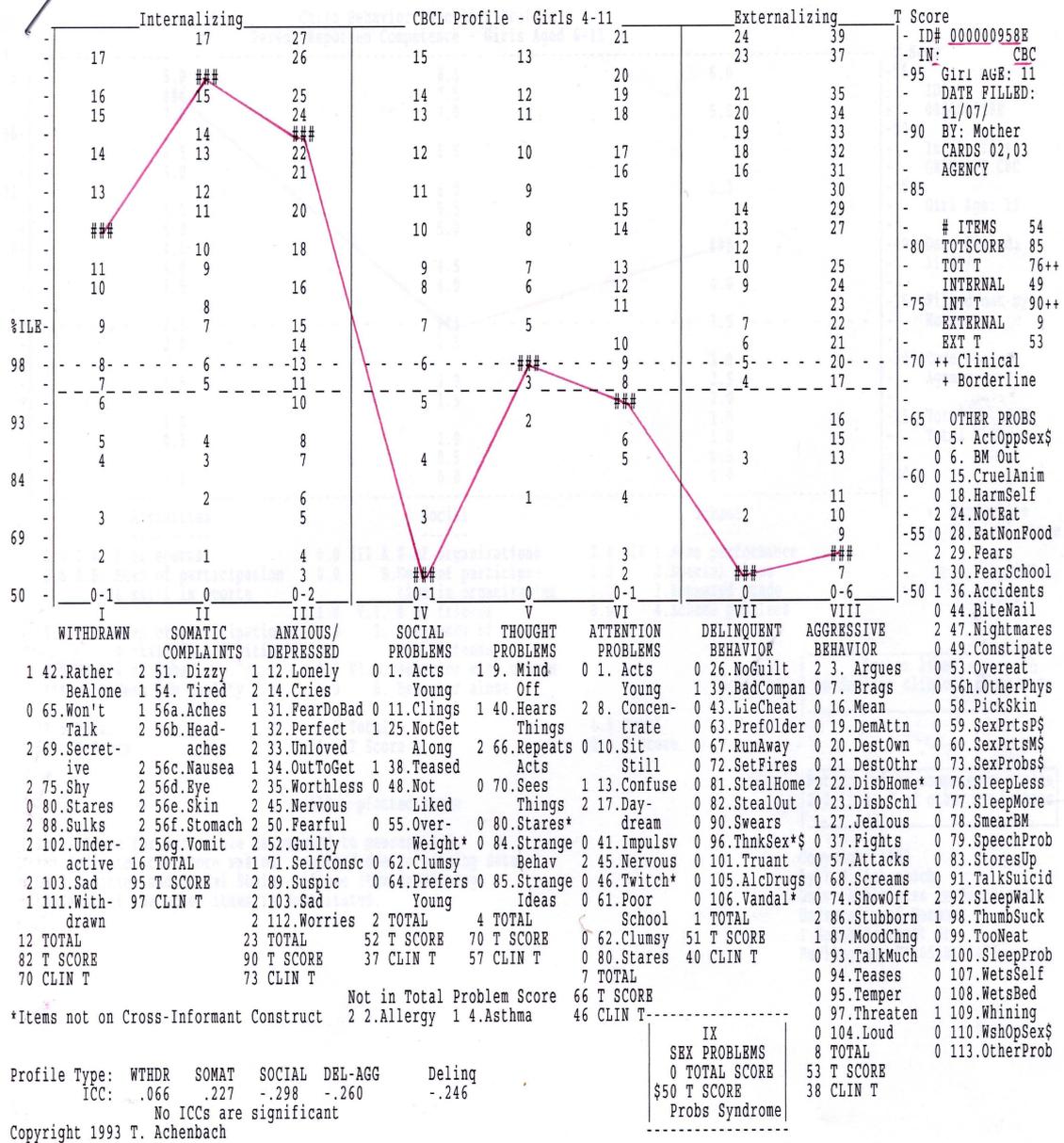


Abbildung 4.17: Ausschnitt aus Auswertung der Child-Behaviour-Checklist Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991), vom Vater ausgefüllt

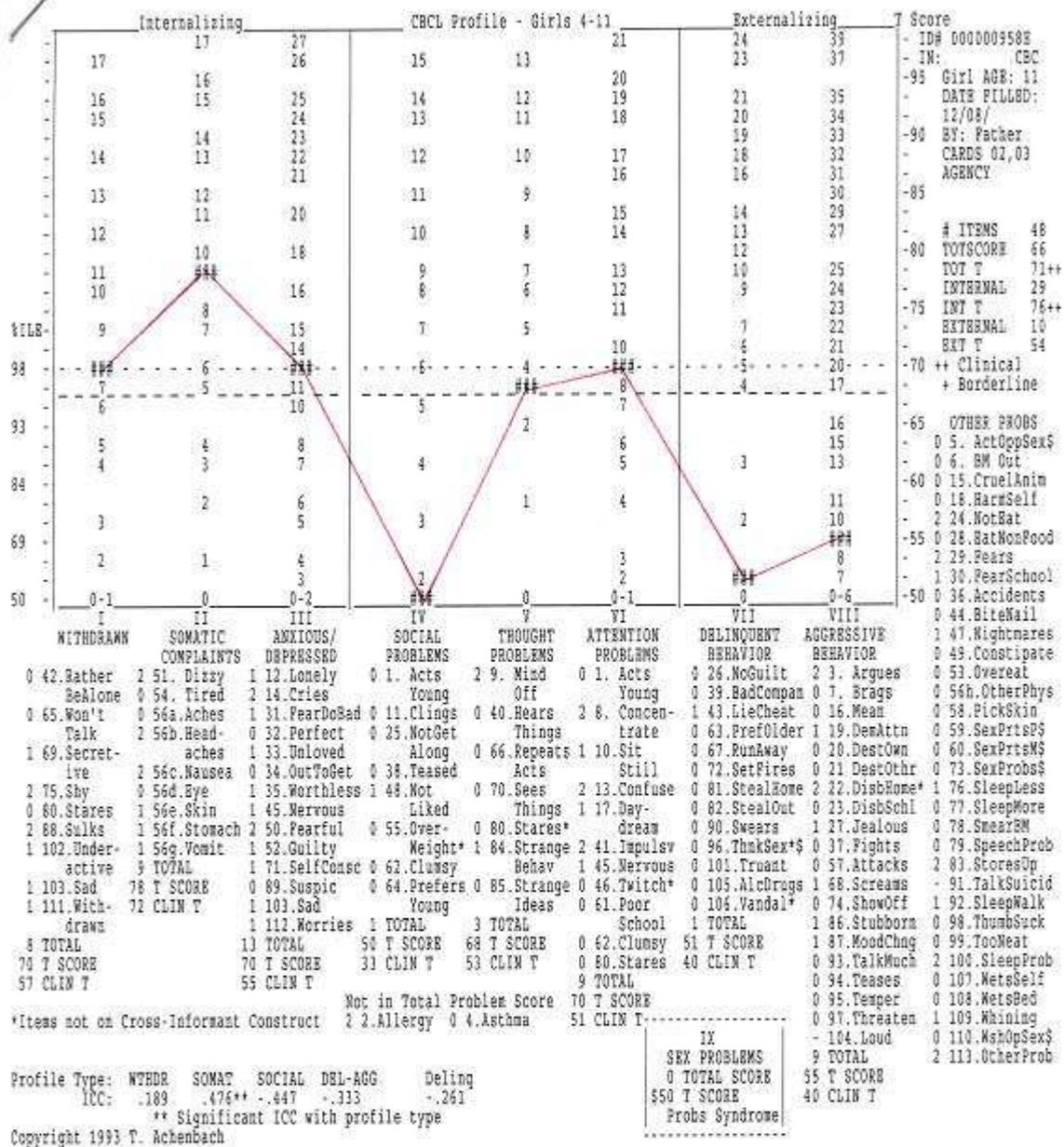
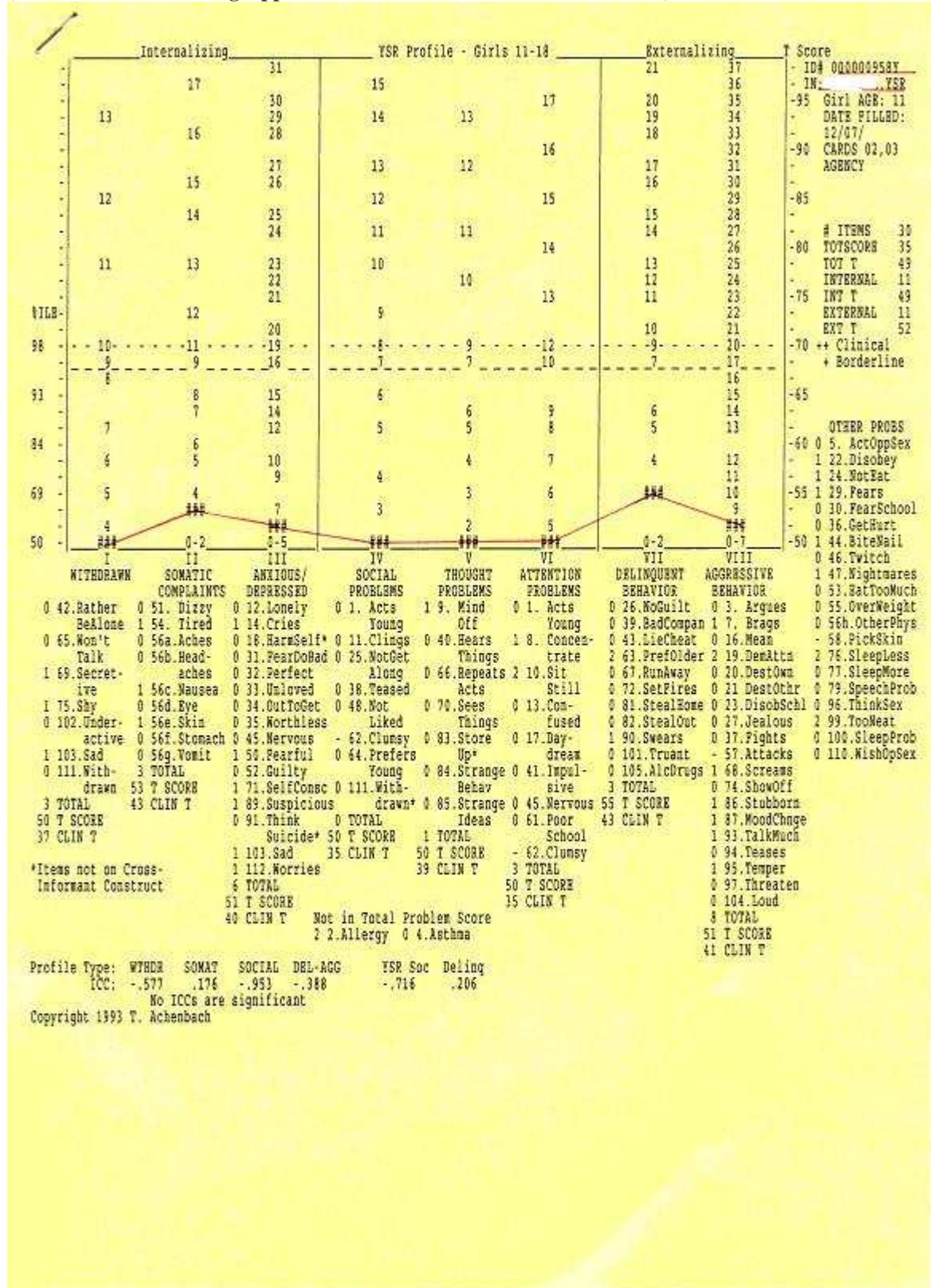


Abbildung 4.18: Ausschnitt aus der Auswertung des Youth-Self-Reports Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991)



Beschreibung der Belastungen in den Familien und psychosoziale Interventionen bei den Kindern mit Condylomata acuminata

Das 13-jährige Mädchen A hatte wenig Kontakte nach außen. Sie litt zusätzlich unter Adipositas. Die jüngste Schwester von A war pflegebedürftig mit Auswirkungen auf die gesamte Familie; in der Krankenakte ist vermerkt, dass die Schwester stationär im Kinderspital untergebracht war und ein Anus praeter angelegt wurde. Die Kinder mußten in der elterlichen Hausmeisterei mithelfen.

Im Falle A wurde durch Einschaltung des Allgemeinen Sozialdiensts (ASD) dazu beigetragen, dass die Umfelduntersuchung durch die Familie wahrgenommen wurde. Der ASD beriet die Familie zur Entlastung der Familiensituation, und auch zu Lehrern von A wurde über den ASD Kontakt aufgenommen.

Auch die Familie von H fand über die Sozialpädagogin einen Kontakt zum ASD und wurde zur Wahrnehmung des kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils motiviert, gegen das die Eltern Bedenken geäußert hatten. Die Eltern hatten im Rahmen der Therapie ihrer behinderten Tochter schon öfter Kontakt mit psychosozialen Einrichtungen und hatten dabei schlechte Erfahrungen gemacht. Ihre Schwester litt an einem Hydrocephalus. Die Mutter konnte kaum deutsch sprechen. Das 5-jährige Mädchen H wurde im kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil als unauffällig beurteilt.

Der 11-jährige Junge L litt unter traumatischen Erfahrungen aus seiner Vorgeschichte, da die Eltern aus Afghanistan stammen und politisches Asyl in Deutschland beantragt hatten. Er wies auch Schlafstörungen auf.

Der 11-jährige L konnte ebenfalls von der sozialpädagogischen Unterstützung profitieren. Für ihn und seinen Vater wurden finanzielle Hilfen bereitgestellt, darunter auch eine Bekleidungshilfe. Ein Unterkunftswechsel wegen der schwierigen Hygienebedingungen und dem Ruhebedürfnis von L aufgrund seiner Schlafstörungen wurde in die Wege geleitet. Letztendlich trat der Junge mit seinem Vater eine Kinderkur an (auch dank der Vermittlung der Sozialpädagogin der Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Der 7-jährige Junge B litt unter Epilepsie und einem Zustand nach Morbus haemolyticus neonatorum. Die Eltern stammten aus dem ehemaligen Jugoslawien, seine Mutter war wegen Morbus Addison und einer Psoriasis erwerbsunfähig.

Für B fand ebenfalls eine Hilfeforenz zusammen mit den Eltern und der Abteilung für Entwicklungsneurologie statt. Die Familie wurde zudem ermutigt, eine Betreuung für B zu organisieren.

Das 8-jährige Mädchen J leidet sie unter Migräne und Schlafstörungen, ferner sind Allergien gegen multiple Nahrungsmittel und Farb- und Konservierungsstoffe bekannt. Diese Erkrankungen können auch als psychosomatische Reaktionen auf ihr Familienleben interpretiert werden:

Die 8-Jährige befand sich bereits bei der Vorstellung in der Immunambulanz in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, nachdem die ältere Schwester von J von ihrem Stiefbruder sexuell missbraucht worden war und J davon wusste. In der Vorgeschichte von der Mutter von dem Mädchen spielte sexueller Missbrauch und Alkoholismus ebenfalls eine Rolle: die Mutter und der Stiefvater der Mutter von J waren Alkoholiker, wobei die Mutter selbst durch ihren Stiefvater missbraucht worden war. Auch die beiden Väter von J und ihrer Schwester waren Alkoholiker.

Das ebenfalls 8-jährige Mädchen O wurde im kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil, das während eines stationären Aufenthalts zur operativen Entfernung von Condylomata acuminata, als „belastet“ und „überfordert“ beurteilt. Sie wirkte sehr ernst und zeigte Sorge für ihre Eltern. A wies weitere körperliche Erkrankungen auf: sie hatte neben Adipositas ein atopisches Ekzem, eine Vulvovaginitis und eine Penicillin-Allergie.

Nicht nur von dem Mädchen, auch von den Eltern wurden Problembereiche dokumentiert.

Die Mutter befand sich zum Zeitpunkt der Behandlung von A in nervenärztlicher Behandlung. Die Geschwister von A waren in einer heilpädagogischen Tagesstätte untergebracht. Der Vater war ehemaliger Alkoholiker, der bereits mit 9 Jahren einen Selbstmordversuch unternommen hatte. Der Vater von A wurde durch seinen Vater sexuell missbraucht und war selbst ein Jahr lang in einer geschlossenen Abteilung (Psychiatrie) wegen sexuellem Missbrauch an seinem Stiefsohn, also dem Stiefbruder von A.

Für A wurde eine Hilfekonferenz im Kinderschutzbund organisiert, ihre Mutter nahm Kontakt zu ihrer Psychotherapeutin auf, ihr Vater schloss sich einer Gruppenpsychotherapie an. Die Sozialpädagogin half bei der Unterbringung von A in einer heilpädagogischen Tagesstätte. Schließlich nahm die Familie an einer Familienfreizeit des Kinderschutzbundes teil.

Sozialpädagogische Interventionen

50% der Kinder hatten mindestens einen Kontakt zu der Sozialpädagogin der Immunambulanz.

Betrachten wir im Gegenzug die „Bilanz“ der Hilfeleistungen, die mit Hilfe der sozialpädagogischen Unterstützung verwirklicht wurden: In 4 Fällen wurde der Allgemeine Sozialdienst zur Unterstützung eingeschaltet, für 1 Kind wurde eine Hilfekonferenz einberufen. In 2 Fällen ergaben sich für die Familien materielle Hilfen (etwa finanzielle Hilfe, Bekleidungshilfe, Haushaltshilfe). Die Sozialpädagogin nahm bei 9 Kindern Kontakt zur Familie in Form von Briefen auf, um die Familie zu einer Fortführung der Behandlung oder zur Wahrnehmung von Kontrollterminen zu motivieren.

Man kann also davon ausgehen, dass die Sozialpädagogin in der Immunambulanz viel Arbeit übernahm, nicht zuletzt bei der Bitte um Wiedervorstellung bei den einzelnen Familien.

5 DISKUSSION

5.1 Kritische Bewertung der Konzepte

Verschiedene Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata bei Kindern wurden in der Einleitung vorgestellt. Hier sollen diese theoretischen Konzepte kritisch bewertet werden. Ferner wurden Studien vorgestellt, bei denen sich die Autoren Konzepte erarbeitet haben, hauptsächlich mit dem Ziel, den Übertragungsweg von Condylomen bei Kindern festzustellen (siehe Einleitung/Übertragung).

Anschließend geht es um einen Vergleich der vorgestellten Konzepte mit dem Behandlungsstandard von Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

5.1.1 Bewertung der vorgestellten Konzepte

Zunächst werden die theoretischen Konzepte von Schachner und Hankin (1985), Gross (1992), Kohl und Petzold (1996), Hornor (2004) und Hengge (2001) bewertet.

Konzept von Schachner und Hankin (1985): Assessing child abuse in childhood condyloma acuminatum

Die beiden Autoren kommen aus der Pädiatrie und Dermatologie der University of Miami. Das Konzept von Schachner und Hankin (1985) ist eines der ersten Konzepte, die überhaupt das Problem von Condylomata acuminata im Kindesalter aufgreifen.

Dementsprechend groß war die Resonanz in der Literatur; immer noch verweisen viele aktuelle Artikel auf seine Kriterien. Die *körperlichen Befunde*, *medizinische Anamnese*, *Verhaltensauffälligkeiten* und *psychosoziale Bedingungen* bieten ein solides Grundgerüst für den behandelnden Arzt. Für den Dermatologen jedoch kommen Aufklärung und Therapiekonzepte bezüglich Condylomata acuminata zu kurz (der dermatologische Teil des Konzepts ist sehr allgemein gehalten), andererseits mag die geforderte Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten zunächst überfordern. Auch bleibt die Frage offen, ob es sinnvoll ist, die Arzt – Patient – Beziehung oder in diesem Fall eher die Arzt – Eltern – Beziehung durch den umfangreichen Fragenkatalog, der tief ins Privatleben der Familie eingreift, bereits am Anfang der dermatologischen Behandlung auf die Probe zu stellen.

Allerdings sind seine Empfehlungen hinsichtlich des Vorgehens bei begründetem Verdacht auf sexuellen Missbrauch sehr allgemein gehalten. Er fordert „psychosoziale Untersuchungen durch Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen des psychosozialen Dienstes der zuständigen Gesundheitsbehörden“; ein konkreter Ansprechpartner muss erst durch den behandelnden Arzt ermittelt werden. Hierbei handelt es sich um das amerikanische Konzept, dass eine Meldepflicht an die Behörden schon bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei Kindern vorsieht.

Insgesamt bietet das Konzept jedoch eine gute Stütze, auch wenn vielen Unterkriterien abgefragt werden sollen und damit offen bleibt, welche Zielgruppe (behandelnder Dermatologe, Hausarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Sozialdienst?) in der Praxis darauf zurückgreifen wird.

Konzept von Gross (1992): Condylomata acuminata in der Kindheit – Hinweis für sexuellen Missbrauch

Der Autor kommt aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg-Eppendorf.

Gross (1992) bietet einerseits Vorschläge für das dermatologische Vorgehen bei der Behandlung von Condylomata acuminata an, andererseits weist er besonders auf die Möglichkeit von sexuellem Missbrauch hin.

Der psychosoziale Teil des Konzepts lässt sich zusammenfassen unter den Aspekten Verhaltens- und Entwicklungsprobleme des Kindes, „gesundheitliche Probleme“ des Kindes (er führt beispielsweise Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschwäche auf) und das Familienumfeld, etwa eine „gestörte Eltern-Kind-Beziehung“ oder „Eltern, die als Kinder selbst sexuell missbraucht wurden“.

Verhaltens- und Entwicklungsprobleme sind unspezifische Aspekte kindlichen Verhaltens, die „gesundheitlichen Probleme“ beziehen sich direkt auf das Kind. Ferner wird die Familiensituation in das Konzept mit einbezogen, einschließlich einer Umfelduntersuchung.

Gross (1992) empfiehlt, seine Checkliste für Anzeichen von sexuellem Missbrauch mit „Sorgfalt und Diplomatie“ abzufragen, er erwartet auch „Objektivität und größtmögliche Aufmerksamkeit und Gründlichkeit“.

Diese Vorgaben sind als Anhaltspunkte wichtig, doch die konkrete Umsetzung erleichtern sie dem dermatologisch tätigen Arzt, der wenig Erfahrung im psychosozialen Bereich hat, eher nicht.

Insgesamt gibt Gross (1992) sowohl dermatologische als auch psychosoziale Anhaltspunkte für das Vorgehen bei Condylomata acuminata im Kindesalter.

Fraglich ist, ob die umfangreiche psychosoziale Anamnese im klinisch-dermatologischen Setting möglich ist.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Hilfestellung fehlt im Konzept.

Konzept von Kohl und Petzold(1996)

Die Autoren kommen aus der Hautklinik der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg.

Insgesamt ist das Konzept in den ersten 4 Punkten (gründliche körperliche Untersuchung, Behandlung unter stationären Bedingungen) noch sehr konkret; wird jedoch in den letzten beiden Punkten vage: Kohl und Petzold (1996) legen zwar Wert darauf, die Infektionsquelle zu ermitteln, aber führen nicht aus, in welcher Form dies erfolgen soll, also etwa in Form einer Umfelduntersuchung. Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit wird nur angerissen und lediglich für die Fragestellung eines potentiellen sexuellen Missbrauchs in Betracht gezogen.

Konzept von Hornor (2004): Ano-genital warts in children: Sexual abuse or not?

Die Autorin ist „certified pediatric nurse practitioner“ am Columbus Children’s Hospital, Center for Child and Family Advocacy, Child Assessment Center, Columbus, Ohio.

Hornor (2004) behandelt das Thema „Condylome bei Kindern“ umfassend. Sie gibt nicht nur einen Überblick zu den dermatologischen Grundlagen dieses Krankheitsbildes, sondern beschäftigt sich vor allem mit dem sexuellen Übertragungsweg von Condylomen, der bei Kindern weitere Fragen aufwirft. Detailliert werden dem Kliniker Anhaltspunkte gegeben, wann die Einschaltung von Behörden nötig ist. In Form von Tabellen / Checklisten hebt sie die wesentlichen Punkte des Konzepts hervor.

Hornor (2004) hat in ihrem Artikel unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur eine sinnvolle, übersichtliche Hilfestellung bei der Frage nach sexuellem Missbrauch gegeben, wenn sich Kindern mit Condylomata acuminata vorstellen.

Hinweise auf eine konkrete Umsetzung oder klinische Erprobung des Konzepts fehlen.

Konzept von Hengge (2001): Vorgehen bei Lichen sclerosus et atrophicus

Hengges (2001) Konzept ist nicht speziell auf Kinder ausgerichtet. Stichpunktartig listet er wichtige Schlagworte zur Behandlung dieses chronischen Krankheitsbildes auf. Er legt sowohl Wert auf eine dermatologisch fundierte Behandlung (Histologie, Karzinom-Ausschluß, Aufklärung über Krankheit und Therapie sowie Steroidbehandlung) als auch auf psychosoziale Faktoren (Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, psychosomatische Therapie).

Diese Liste kann Anhaltspunkte bieten, ist für den klinischen Alltag jedoch zu vage. Gerade in Hinblick auf die Behandlung von Kindern kann dieses Konzept höchstens als Grundgerüst aufgefasst werden und kann ein klinikinternes Konzept nicht ersetzen.

5.1.2 Bewertung des Vorgehens anderer Autoren

Nun soll es um eine kritische Bewertung der Methodik des Vorgehens der Studien über Kinder mit Condylomen von Cohen et al. (1990), Boyd (1990) und Rock et al. (1986) gehen. Cohen et al. (1990) und Rock et al. (1986) haben ihre Konzepte an unterschiedlich großen Gruppen (74 Kinder und 5 Kinder) erprobt; Boyd (1990) hat in einem Review Fälle von Kindern mit Condylomen zusammengefasst. Diese Autoren legen besonderen Wert auf die Ermittlung der Infektionsquelle für anogenitale Warzen bei Kindern.

Studie von Cohen et al. (1990)

Cohen et al. (1990) beschreiben ihre Vorgehensweise so: Es erfolgte zunächst eine medizinische Anamnese, die die Aufzeichnungen des behandelnden Arztes umfasste sowie Daten über die Entwicklung des Kindes. Ferner wurden gynäkologische Befunde der Mutter überprüft, um Hinweise auf eine HPV-Infektion der Mutter zur Zeit der Geburt zu bekommen. Anschließend erfolgte eine Sozialanamnese, in der besonders auf die Familiensituation und die Kinderbetreuung geachtet wurde. Das Kind wurde vollständig körperlich und dermatologisch untersucht, wobei besonderen Wert auf Zeichen für Kindesmissbrauch geachtet wurde. Ferner erfolgte eine sorgfältige genitale Untersuchung mit Fotos der Anogenitalregion und anderen Hautbefunden. Daraus wurden auch Proben für eine HPV-Typisierung und eine histopathologische Untersuchung (falls möglich) entnommen. Die Kinder wurden auf andere sexuell übertragbare Krankheiten gescreent und ein Sozialarbeiter befragte alle Patienten zu der Familienorganisation, der Kinderbetreuung und erhob eine soziale und medizinische Anamnese. Es wurde besonderen Wert auf die Risikofaktoren von Schachner und Hankin (1985), siehe oben, gelegt. Wenn die Evaluation eine Möglichkeit auf sexuellen Missbrauch ergab, wurde der Fall den Behörden gemeldet. Patienten, die die Follow-up-Untersuchung nicht wahrnahmen, wurden nach intensiven telefonischen und schriftlichen Anfragen in die Dokumentation aufgenommen.

Review von Boyd (1990)

Boyd (1990) berichtet in seinem Review zusammenfassend über alle Fälle, bei denen Alter, Geschlecht, Übertragungsweg (war sexueller Kontakt beteiligt oder vermutet?), beteiligte Körperregionen und Therapie bekannt waren, wobei mindestens 4 dieser 5 Variablen erforderlich für die Aufnahme in die Studie waren. Leider ist aus diesem Artikel nicht ersichtlich, welche genauen Kriterien die anderen Autoren anlegten, um „erfolgten sexuellen Missbrauch“ bei einem Kind zu definieren. Boyd (1990) verweist lediglich auf die Richtlinien von Schachner (1985) in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, die einen Hinweis für sexuellen Missbrauch geben können.

Case Report von Rock et al. (1986)

Rock et al. (1986) vermutet zwar bei 3 der 5 vorgestellten Kinder eine Übertragung durch sexuellen Missbrauch, allerdings lässt sich methodisch nicht viel finden, was diese These eindeutig bestätigen oder verwerfen würde. In Fall 1 erwähnt sie, dass eine Untersuchung des Sozialdienstes einen starken Verdacht auf sexuellen Missbrauch ergab. In Fall 2 war laut Angaben der Mutter das Kind bereits auf sexuellen Missbrauch hin untersucht worden, allerdings ergebnislos. Bei dem dritten vorgestellten Kind brachte eine Untersuchung der Familie auf sexuellen Missbrauch kein Ergebnis, es wird hier aber wieder nicht aufgeführt, wie die Untersuchung aussah und von wem sie durchgeführt worden war. Bei dem vierten Kind vermuteten die Mutter und der Sozialdienst sexuellen Missbrauch, allerdings konnte keine spezifische Kontaktperson bestimmt werden, weil das Mädchen viele Personen hatte, die sich um es kümmerten. Auch im letzten Fall war laut Rock et al. (1986) eine Beurteilung auf sexuellen Missbrauch negativ.

Insgesamt wird die Methodik zwar angerissen, aber nicht genau ausgeführt. Letztendlich lassen sich die Ergebnisse, ob sexueller Missbrauch eine Ursache für die Condylomata acuminata darstellte, nicht verwerten.

Zusammenfassende Bewertung der Methodik

Während Cohen et al. (1990) in ihrer Studie versuchen, genau zu berichten, wie das Vorgehen aussah (wobei aber etwa auch keine Berichte von Sozialarbeitern vorliegen, welche Fragentypen sie verwendeten, wer genau befragt wurde, wie lange die Interviews waren oder ob alle Kinder befragt wurden), bietet der Artikel von Rock et al. (1986) fast keinen Anhaltspunkt, wie sie nun zu der Vermutung kamen, dass bei 3 der 5 Kindern mit Condylomata acuminata sexueller Missbrauch wohl die Infektionsquelle darstellte. Boyd (1990) erhebt zwar den Anspruch, nur Fälle in seinen Bericht aufzunehmen, bei denen die Infektionsquelle (sexueller Missbrauch ja oder nein) aufgeführt ist, wie die Infektionsquelle jedoch bei den anderen Autoren ermittelt wurde, bleibt im Dunkeln.

Cohen et al. (1990) geben zwar an, dass Patienten, die die Follow-Up-Untersuchung nicht wahrnahmen, in die Studie mit aufgenommen wurden, doch ohne Angabe, wie dies erfolgte.

Insgesamt haben Cohen et al. (1990) aber –obwohl noch einige Mängel bestehen bleiben– immer noch die beste Dokumentation in Bezug auf die Evaluation auf sexuellen Missbrauch vorgestellt, und ihre Ergebnisse sind dank dem ausführlichen Methodikteil sehr nachvollziehbar.

5.1.3 Vergleich der Konzepte mit dem vorgestellten Behandlungsstandard

Nun geht es um einen **Vergleich** der vorgestellten (theoretischen) Konzepte von Kohl und Petzold (1996), Gross (1992), Schachner und Hankin (1985) und Hornor (2004) mit unserem vorgestellten Behandlungsstandard.

Das **Ziel** unseres Behandlungsstandards ist es, Belastungen und einer Entwicklungsgefährdung bei Kindern zu erkennen, die sich körperliche Untersuchungen und Behandlungen im Genitalbereich unterziehen müssen.

Für Kohl und Petzold (1996) ist das Auftreten einer sexuell übertragbaren Erkrankung oft der einzige Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch, dementsprechend beziehen sich die Schritte seines Konzepts auf die Suche nach Indizien für einen möglichen sexuellen Missbrauch des Kindes. Gross (1992) hat ein umfassendes Konzept (dermatologisch und psychosozial) für den behandelnden Dermatologen zusammengestellt mit dem Ziel, Dermatologen, die nicht oft mit dieser Problematik konfrontiert werden, eine Hilfestellung zu geben. Schachner und

Hankin (1985) möchten mit ihrem Konzept eine Entscheidungshilfe bieten, ob sexueller Missbrauch bei Kindern mit Condylomen wahrscheinlich ist. Hornor (2004) will feststellen, ob das Vorhandensein von anogenitalen Warzen bei einem Kind sexuellen Missbrauch beweisen kann.

Konträr zu unserem Behandlungsstandard zielen insgesamt die meisten Konzepte in der Literatur, von denen hier vier Konzepte als Beispiele angeführt werden, auf die Aufdeckung von sexuellem Missbrauch bei Condylomen im Kindesalter.

Die **Zielgruppen** unseren Behandlungsstandards sind Kinder mit infektiösen und nicht-infektiösen Affektionen im Genitalbereich, nämlich Condylomata acuminata und Lichen sclerosus et atrophicus genital und genitales atopisches Ekzem. Kohl und Petzolds (1996) Zielgruppe sind Kinder mit jeglicher sexuell übertragbaren Krankheit, Gross (1992), Schachner und Hankin (1985) und Hornor (2004) richten sich lediglich an Kinder mit Condylomen. Die Zielgruppen des Behandlungsstandards sind somit einmalig in der untersuchten Literatur.

Betrachten wir die Anforderungen der Konzepte. Eine **psychosoziale Anamnese** bereits durch den behandelnden Dermatologen fordern bis auf Kohl und Petzold (1996) alle Autoren (Gross 1992, Schachner und Hankin 1985 und Hornor 2004). Unser Behandlungsstandard berücksichtigt die Ausbildungs- oder Betreuungssituation des Kindes, die aktuelle Familiensituation mit möglichen Belastungen innerhalb der Familie und eine Verhaltensbeurteilung im Rahmen der dermatologischen Anamnese. Gross (1992), Schachner und Hankin (1985) und Hornor (2004) bieten jeweils detaillierte Checklisten für eine ausführliche psychosoziale Anamnese an, deren Ziel die Aufdeckung von möglichem sexuellem Missbrauch des Kindes darstellt. Obwohl es im Behandlungsstandard nicht vorgesehen ist, sexuellen Missbrauch aufzudecken, sondern den Grad der Belastung von Kindern und Familien zu erfragen, überschneiden sich die Fragen zur psychosozialen Anamnese: Schachner und Hankin (1985) haben 4 Hauptgebiete der psychosozialen Anamnese definiert: körperliche Befunde, medizinische Anamnese, Verhaltensauffälligkeiten und psychosoziale Bedingungen. Diese Kriterien entsprechen auch den Anforderungen des Behandlungsstandards, allerdings ist die „Checkliste“ in der Immunambulanz nicht so präzise wie die von Schachner und Hankin (1985). In der Immunambulanz wird allgemein nach Belastungen in der Familie gefragt, während Schachner und Hankin (1985) ausführliche Fragen nach den psychosozialen Bedingungen stellen, wie nach einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung, nach Gewalt in der Familie, Eltern als Opfer von sexuellen Missbrauch, Eheproblemen, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, nach unangemessener Betreuung des Kindes, Isolation der Familie und nach früheren Hinweisen für Vernachlässigung oder Missbrauch. Gross' (1992) Checkliste umfasst beispielsweise Verhaltens- und Gefühlsänderungen, sexualisiertes Verhalten, Schlafstörungen, Ängste, Isolation, selbstzerstörerisches Verhalten, Entwicklungsstörungen und Regression. Diese Punkte sind bis auf die Verhaltensbeurteilung nicht explizit im Konzept genannt. Hornor (2004) geht noch genauer auf die psychosoziale Anamnese ein. Es sollen Punkte wie Alter der Eltern bei Geburt des ersten Kindes, Familienstand der Eltern, Stellung der Eltern im Erwerbsleben, Schulbildung der Eltern, frühere oder aktuelle Drogen- und/oder Alkoholerfahrungen der Eltern (...), siehe „Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata im Kindesalter“ abgefragt werden. Auch hier ist der Behandlungsstandard ungenauer als in der Literatur gefordert.

Zwar wurden trotz weniger Vorgaben im Behandlungsstandard einige Belastungsfaktoren in der Familie erkannt (siehe Ergebnisse, „Belastungen in der Familie“): beispielsweise sexueller Missbrauch bei anderen Familienangehörigen, Alkoholprobleme und körperliche und/oder geistige Behinderungen.

Dennoch können die Anforderungen an den Behandlungsstandard hier noch erweitert werden (siehe „Verbesserungen“).

Zu psychosozialen Befunden kann auch die standardisierte **Verhaltensbeobachtung** von den dermatologischen Ärzten gezählt werden. Die Literaturstellen (Schachner und Hankin 1985, Gross 1992, Hornor 2004) sensibilisieren in Hinblick auf auffällige Verhaltensweisen, die für sexuellen Missbrauch typisch sein sollen oder erste Hinweise für sexuellen Missbrauch geben können. Der Unterschied der Verhaltensbeobachtung in der Dermatologie liegt in der Zielsetzung, Sicherheit in der Beurteilung von kindlichem Verhalten zu gewinnen.

Die **Aufklärung** der Familie, Eltern und Kinder, nimmt einen wichtigen Stellenwert im Behandlungsstandard ein. Es handelt es sich um eine relativ neue Anforderung. In der untersuchten Literatur empfiehlt lediglich Hornor (2004) eine Aufklärung der Eltern hinsichtlich der Übertragungswege von Condylomen.

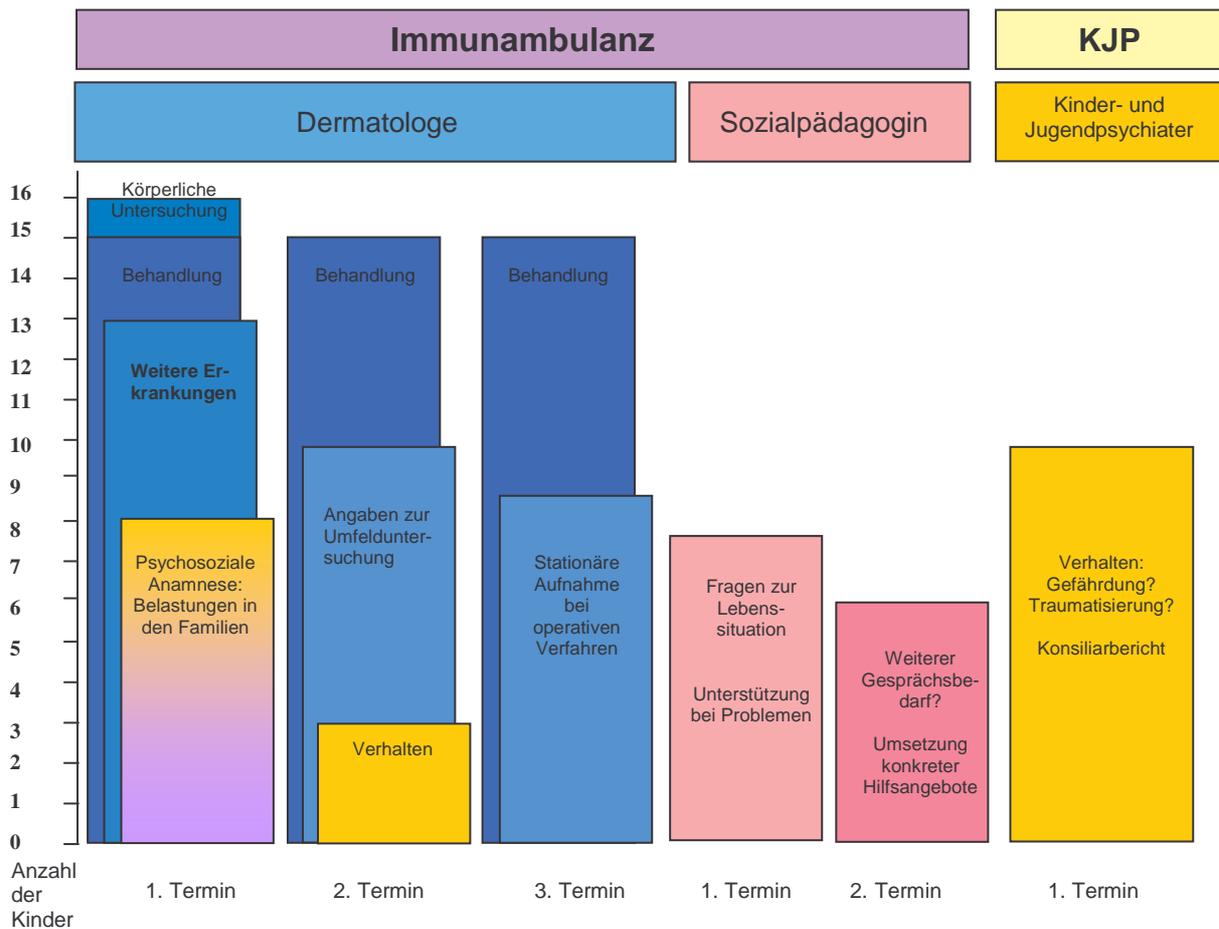
Eine **Untersuchung des familiären und sozialen Umfelds** zur Ermittlung einer möglichen Infektionsquelle und zur Prävention einer Infektion (noch) nicht betroffener Personen findet im Behandlungsstandard zum 2. Vorstellungstermin statt. Kohl und Petzold (1996) fordern, die Infektionsquelle zu ermitteln, geben aber keine konkreten Richtlinien vor, wie dies zu erfolgen hat. Hornor (2004) schlägt vor, die mütterliche und väterliche Anamnese von genitalen Warzen oder pathologischen Papanicolaou-Abstrichen zu erheben, eine genitale Untersuchung jedoch ist nicht vorgesehen. Gross (1992) verlangt die „dermatologische Untersuchung der Bezugspersonen“, die gesamte Haut müsse gründlich examiniert werden.

Diese Anforderung an die Behandlung von Kindern mit Condylomen taucht regelmäßig in der untersuchten Literatur auf. In der tatsächlichen *Durchführung* hebt sich der Behandlungsstandard jedoch deutlich von der übrigen Literatur ab (siehe unten).

Weitere standardisierte Anforderungen an die Behandlung von Kindern mit Affektionen im Genitalbereich sind ein Gespräch mit der **Sozialpädagogin** und ein **kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil**. Auch in der Literatur wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa von Hausärzten, Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dermatovenerologen, Kindergynäkologen, Kinderpsychologen und Sozialarbeitern (Kohl und Petzold 1996) verlangt. Gross (1992) schlägt psychosoziale Untersuchungen, etwa durch Beratungsstellen des psychosozialen Dienstes der zuständigen Gesundheitsbehörden vor. In den USA stellt sich die Situation anders als in Deutschland dar: Kindsmisbrauch muss dem zuständigen CPS (Child Protective Service) und den Vollzugsbehörden gemeldet werden. Der Behandlungsstandard genügt auf jeden Fall den Ansprüchen der Literatur, ja geht sogar darüber hinaus: in keiner Arbeit ist explizit von einer festgesetzten interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Rede, die Autoren beziehen sich bei der Forderung nach psychosozialer Unterstützung auf den Verdacht auf sexuellen Missbrauch.

Zu einer konkreten <u>Umsetzung</u> der Konzepte macht keiner der 4 Autoren eine Angabe. Der Behandlungsstandard von Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zeichnet sich damit durch die Überprüfung hinsichtlich Durchführung und Dokumentation aus.
--

Abbildung 5.1: Umsetzung des Behandlungsstandards bei den Kindern mit Condylomen *



* Der Behandlungsstandard ist hier zum Überblick vereinfacht dargestellt. Es fehlen einige (wichtige) Schritte wie Aufklärung, Therapieerfolg oder dermatologische Details (siehe Methodik- und Ergebnisteil).

5.2 Ethische Fragestellungen

Zwei Aspekte spielen bei der ethischen Betrachtung unseres Themas eine wichtige Rolle: Die genitale Untersuchung bei Kindern stellt eine seltene Situation dar, die Ärzte, Eltern und die Kinder erheblich belasten kann. Ferner sind Kinder die Patienten, die nicht wie „kleine Erwachsene“ behandelt werden können. Gerade in Bezug auf Forschungsvorhaben müssen besondere Voraussetzungen beachtet werden.

5.2.1 Genitale Untersuchung

Eine genitale Untersuchung von Kindern kann eine Belastungssituation für alle Beteiligte (Kinder, Eltern, Ärzte) darstellen. Im Einleitungsteil wurde die „Genital Examination Distress Scale“ (GEDS) von Gully et al. (1999) vorgestellt, die den Grad der Belastung erfassen soll. In unserem Behandlungsstandard

wird ein Verhaltensfragebogen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Frank und Mangold 2001) verwendet, der vom behandelnden Arzt in der Dermatologie beim ersten Termin ausgefüllt wird. Dieser Verhaltensfragebogen ist für den stationären Bereich überprüft, nicht jedoch für den ambulanten Bereich.

Anhand von Abbildung 5.2 wird untersucht, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verhaltensfragebogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die GEDS auf weisen.

Zielsetzung: Während die GEDS eine einfache Skala darstellen soll, um emotionalen Stress während einer körperlichen Untersuchung auf sexuellen Missbrauch (einschließlich einer anogenitalen Untersuchung) bei Kindern zu messen, dient der „Verhaltensfragebogen“ einer ersten Einschätzung des behandelnden Arztes, wie sich das Kind im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern verhält und ist nicht auf die Untersuchung im Genitalbereich bezogen. Um Routine in der Beurteilung von Kindern zu erlangen, wird der Verhaltensfragebogen bei allen Kindern angewandt, die sich in der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik vorstellen.

Vergleich der einzelnen Items: Der Verhaltensfragebogen fragt nach der Unruhe des Kindes, die GEDS nach nervösem Verhalten. Diese Punkte stimmen sicherlich im Wesentlichen überein, denn Unruhe kann Zeichen von Nervosität bedeuten. Weinen kann auch durch Nervosität begründet sein (deshalb teilweise Übereinstimmung), ebenso wie eine „Einschränkung des Kindes“ (Fixieren) bei der Untersuchung oder „muskuläre Rigidität“ (Anspannung). Äußerungen von Angst oder Schmerz sind auch als Hinweise auf Nervosität zu deuten, und der letzte Punkt der GEDS („Herumfuchteln“) kann deutlich Nervosität signalisieren.

Im Vergleich zu „nervösem Verhalten“ (GEDS) ist eine „stabile Stimmung des Kindes“ (Verhaltensfragebogen) eher gegenteilig einzuordnen.

Geht man allerdings von der Situation einer Untersuchung im Genitalbereich eines Kindes aus, wird wohl jedes Kind nervös sein, so dass man sicherlich keinen Schluss auf das sonstige Verhalten des Kindes ziehen kann. Weinen und Herumfuchteln (GEDS) sind zwar ebenfalls Hinweise auf eine wenig stabile Stimmung des Kindes, können aber in Anbetracht der Untersuchungssituation nicht in Hinblick auf das normale Verhalten des Kindes gewertet werden.

Der Kontakt zu anderen Kindern, der im Verhaltensfragebogen erwähnt wird, kann nicht in Zusammenhang mit Items der GEDS gebracht werden, ebenso wenig wie die Kontaktaufnahme der Kinder zu Erwachsenen.

Probleme mit der Nahrungsaufnahme (Verhaltensfragebogen) können zwar prinzipiell aus Nervosität begründet sein, sind aber auf die spezielle Situation einer genitalen Untersuchung nicht anwendbar.

Freude über den Besuch der Eltern und Zutrauen zu sich selbst lassen sich nicht mit den Kriterien der GEDS in Beziehung setzen. Psychische Veränderungen seit der Aufnahme können sich zwar in nervösem Verhalten, Weinen, Einschränkung des Kindes, muskuläre Rigidität und Herumfuchteln äußern, aber beziehen sich nicht auf die spezielle Situation der genitalen Untersuchung.

Zusammenfassend kann mit der GEDS eine verhaltensnähere „Mikrobeobachtung“ durchgeführt werden kann, während der Verhaltensfragebogen eher eine globale Einschätzung des Verhaltens des Kindes ermöglicht.
--

Abbildung 5.2: Vergleich der Genital Examination Distress Scale mit dem Verhaltensfragebogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Gully et al. 1999; Frank und Mangold 2001)

GEDS - Verhaltensfragebogen	nervöses Verhalten	Weinen	Einschrän- kung des Kindes	muskuläre Rigidität	verbal geäußerte Angst	verbal geäußerter Schmerz	Herum- fuchtein
<i>Unruhe</i>	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+
<i>stabile Stimmung</i>	Gegenteil	+					(+)
<i>Kontakt zu anderen Kindern</i>							
<i>Kontakt zu Erwachsenen</i>							
<i>aggressive Handlungen</i>	(+)		(+)				+
<i>Probleme mit Nahrungsaufnahme</i>	(+)						
<i>Freude über Besuch der Eltern</i>							
<i>Zutrauen zu sich selbst</i>							
<i>psychische Veränderungen seit Aufnahme</i>	(+)	(+)	(+)	(+)			(+)

+ bedeutet: die beiden Items stimmen im Wesentlichen überein

(+) bedeutet: die beiden Items stimmen teilweise überein

5.2.2 Evaluation durch die Ethikkommission

Ziel dieser geplanten Studie ist es, im Rahmen einer Nachbefragung zu erfahren, wie zufrieden Eltern und Kinder mit der Behandlung gemäß unserem Behandlungsstandard waren, nachdem das Kind wegen einer Erkrankung im Anogenitalbereich in der dermatologischen Klinik der Universität vorgestellt wurde. Mit Hilfe der Nachbefragung soll, sowohl aus Sicht der Kinder als auch ihrer Eltern, die Behandlung überprüft und gegebenenfalls verbessert werden.

Die Immunambulanz der dermatologischen Klinik mit dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie planten gemeinsam die Nachbefragung. Diese sollte im Rahmen der Dissertation über „Kinder und Condylome“ erfolgen und die Ergebnisse Eingang in die Doktorarbeit finden.

Eine Genehmigung dieses Vorhabens durch die Ethikkommission erschien als bester Weg, um einerseits die Persönlichkeitsrechte von Eltern und Kindern zu schützen und andererseits eine Verbesserung von Behandlungsbedingungen aus Sicht der Betroffenen zu erreichen.

Ein Jahr später wurde der Antrag eingereicht, zusammen von Prof. Plewig, Dr. Zippel und Dr. Thoma-Greber (alle dermatologische Klinik) und Prof. Frank (Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie) verfasst, unter dem Titel „Zufriedenheit der Eltern und der betroffenen Kinder mit der Behandlung, die wegen der Condylomata acuminata in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie vorgestellt und behandelt wurden“.

Im Folgenden möchte ich einige Abschnitte aus dem Antrag zitieren.

Punkt 2 des Antrags umfasst spezielle Angaben zum Forschungsvorhaben und die Fragestellung. „Die Zielsetzung des Forschungsvorhabens ist die Überprüfung und die Bewertung eines Diagnostik- und Behandlungskonzeptes aus Sicht der Eltern und der betroffenen Kinder. Es handelt sich hierbei um einen explorativen Ansatz, der mit offenen Fragestellungen arbeitet.“

„Im Rahmen eines Projektes zur internen Qualitätssicherung wird derzeit die Durchführung des Konzeptes anhand der Krankenblattdokumentation überprüft. Das neu entwickelte Diagnostik- und Behandlungskonzept soll in einem nächsten Schritt durch eine Befragung der Eltern und der betroffenen Kinder überprüft und bewertet werden. (...)

Basierend auf den Ergebnissen der internen Bewertung werden die Eltern und die betroffenen Kinder befragt.“

Es ergibt sich folgendes Studiendesign: „Alle Kinder, die in einem Zeitraum von 1995-2001 an Condylomen behandelt wurden, sollen in die Studie einbezogen werden. (...) Um dem explorativen Ansatz gerecht zu werden, ist geplant, die behandelten Kinder und deren Eltern mittels eines halbstrukturierten, qualitativen Interviews zu befragen. (...) In der Befragung werden Themenbereiche des Behandlungskonzeptes abgefragt. (...)

Bei der Studie wurden keine Ausschlusskriterien festgelegt. (...)

Es handelt sich hierbei nicht um eine Arzneimittelstudie. Die Befragung der Eltern und der betroffenen Kinder ist im Sinne der Qualitätssicherung als Rückmeldung zur Behandlungszufriedenheit zu sehen.“

Zwei Jahre später sind weitere Änderungen am Antrag im Team besprochen und umgesetzt worden. Die Ethikkommission fragte nach informierter Einwilligung (Aufklärung über Forschung). Dies findet Eingang in den Antrag:

„Der Datenerhebung liegen verschiedene Interessenslagen zugrunde:

- Möglichkeit der statistischen Auswertung, Anonymisierung und Vermeidung „erwünschter Aussagen“ einerseits
- andererseits möglichst viele Familien zu erreichen und deren Rückmeldung zur Behandlung zu erhalten. (...)

Unter Abwägung der verschiedenen Interessenslagen wurde der Datenerhebung in Form eines Interviews, also einer qualitativ-fallbezogenen Betrachtung der Vorrang gegeben. Die Teilnehmer erhalten die Zusage der Vertraulichkeit. Die Ergebnisse der Befragung/des Interviews werden als behandlungsrelevante Rückmeldung in der Patientenakte abgelegt.“

Ein halbes Jahr später, nach den erfolgten Änderungen (Neuformulierung des Studientitels: „Bewertung des Vorgehens bei der Behandlung kindlicher Condylomata acuminata“, Neuformulierung des Studienprotokolls und den Änderungen zum Datenschutz mit der Datenerhebung in Form eines Interviews) erkennt die Ethikkommission der Studie die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit zu.

Diskussion

Im Literaturteil war vom „Risiko“ für Gesundheit und Entwicklung und „Einwilligungsfähigkeit“ als wichtige Problembereiche für Studien an Kinder und Jugendlichen genannt (Dahl 2002).

Da es sich um eine Fragebogenaktion handelt, wäre das Risiko für die Kinder gering einzustufen. Gemäß den Kriterien zur Bewertung von Forschungsvorhaben an Kindern des „Additional Protections for Children Involved as Subjects in Research“ des U.S. Department of Health and Human Services“ kann der Fragebogen unter die Kategorie 1: "Forschung über

normale Erziehungsmethoden, Beobachtung des öffentlichen Verhaltens, Erziehungstests und Studien über bereits existierende Daten“ (Dahl 2002) eingeordnet werden.

Schwieriger wird es bei der Einwilligungsfähigkeit der Kinder: Die Geburtsdaten der Kinder unserer Condylomgruppe sind in einer Zeitspanne von 1982 bis 1996 einzuordnen. In der Frage, ab wann ein Kind kompetent genug ist, in ein Forschungsvorhaben einzuwilligen, besteht in der Literatur noch Uneinigkeit; zusammenfassend wird bei Dahl (2002) sowohl eine Altersgrenze von 9 Jahren, 7 Jahren und eine individuelle Entscheidung entsprechend „emotionalen Faktoren“ und dem Gesundheitszustand der Kinder diskutiert.

Insgesamt kann man feststellen, dass Bedenken bei den Beteiligten in einem längeren Prozeß geklärt werden müssen, gerade bei einem interdisziplinären Forschungsvorhaben an Kindern, das einer Genehmigung durch die Ethikkommission bedarf.

Problem Bereiche in Hinblick auf unsere Studie können sich in folgenden Punkten ergeben:

- Kinder entwickeln sich schneller als Erwachsene in dem gleichen Zeitraum. Werden Aussagen der Kinder durch zeitlichen Abstand verfälscht?
- Erreichbarkeit der Zielgruppe: die Adressen der Familien können sich im Lauf der Zeit geändert haben; es wird schwieriger, die Patienten per Post oder telefonisch zu erreichen.
- Ausländeranteil in der Zielgruppe: die Mehrzahl der Familien kommt nicht aus Deutschland. Sprachprobleme können die Beantwortung eines Fragebogens zur Zufriedenheit erschweren. Ist es mit diesem hohen Ausländeranteil von 69% überhaupt möglich, die Frage zur Zufriedenheit über ein relativ anspruchsvolles schriftliches Dokument zu klären? Möglicherweise sind Interviews mit Dolmetscher erforderlich, um eine verwertbare Rückmeldung zu erhalten.
- Änderungen im Team der Klinikergruppe: Auch die Zusammensetzung des Teams ändert sich im Verlauf von Jahren. Kann dabei Kontinuität bei der Arbeit gewährleistet bleiben? Informationen werden schwerer verfügbar und im Rahmen der Routine geht ein Teil der Informationen verloren.

Weitere Evaluationen auf dem Gebiet der Forschung an Kindern sind für ein praktikables und ethisch vertretbares Arbeiten mit Kindern erforderlich.

5.3 Diskussion der Methodik

In dieser Arbeit sollte es darum gehen, die bisherige interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Behandlungsstandard der Hautklinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München zu überprüfen.

Methodisch gesehen wurde die Dokumentanalyse gewählt. Anhand der aufgezeichneten schriftlichen Dokumentation wurde die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Behandlungsstandards untersucht. (Pfaff, Bentz, Flick 1998)

Ein Vorteil der Dokumentanalyse ist ein niedriges Methodenartefaktrisiko (Pfaff, Bentz, Flick 1998), d.h. es handelt sich um schriftlich fixierte Daten, die nicht durch den Forscher verfälscht werden können. Durch die schriftliche Fixierung ist eine Nachprüfbarkeit der Daten gewährleistet.

Das Material lag bereits vor und wurde gesichtet. Es wurden keine eigenen Beobachtungsinstrumente entwickelt, sondern Kriterien und Kategorien gebildet. Schriftliche Dokumente sind „gültig für die natürliche Lebenswelt der Untersuchten“ (Pfaff, Bentz, Flick 1998, S.323) und bieten ein wirklichkeitsgetreues Bild der Darstellung des Behandlungsstandards nach außen (Pfaff, Bentz, Flick 1998).

Die Dokumentanalyse zeigt das äußere Bild des Behandlungsstandards, aber die tatsächliche Umsetzung, das unmittelbare Verhalten kann nicht mehr nachvollzogen werden. Es muss das ausgewertet werden, was schriftlich fixiert ist; wenn die involvierten Personen dazu befragt werden, bekommt man möglicherweise von den vorliegenden Daten abweichende Antworten.

5.3.1 Quellenkritik

Damit kommen wir zur Quellenkritik. Es wurde recht heterogenes Datenmaterial verwendet. Zum einen wurde auf strukturierte Quellen, wie etwa das vorgedruckte Stammbblatt in der dermatologischen Krankenakte oder festgelegte Fragebögen (im Anhang) zurückgegriffen. Zum anderen wurde relativ unstrukturierte Dokumentation ausgewertet, etwa das Verlaufsblatt in der dermatologischen Krankenakte oder Arztbriefe, ja bis hin zu völlig frei formulierten Notizen der Sozialpädagogin über den Verlauf von Beratungsterminen oder Telefonaten.

Diese Form der Informationsgewinnung ist gerade in Hinblick auf die Stichprobengröße gerechtfertigt. Bei einer Fallzahl von 16 Kindern und dem Anspruch, das anfangs (siehe Entstehung des Behandlungsstandards) noch vage formulierte Konzept möglichst vollständig darzustellen, muss man, salopp formuliert, „alles an Daten sammeln, was man bekommen kann“.

Doch gerade die unstrukturierte Dokumentation trägt auch zu Fehlerquellen bei. Ein „roter Faden“, der sich durch den gesamten Ergebnisteil zieht, heißt **„fehlende Daten“**. Doch stellen fehlende Daten ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung dar.

5.3.2 Qualitätsanalyse

Struktur

Die Struktur des Behandlungsstandards besteht aus 3 „Säulen“:

- Die Immunambulanz der dermatologischen Klinik
- Die Sozialpädagogin der Immunambulanz
- Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie (der Kinder- und Jugendpsychiater)

Es handelt sich somit um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Methodische Fehlerquellen können sich schon bei der Datensammlung ergeben. Da die Dokumentation an 3 verschiedenen Stellen (in der Immunambulanz, in der Psychosozialen Beratungsstelle in der Dermatologie und im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgte, können Daten übersehen werden. Beispielsweise wurde ein Kind der Stichprobe erst in einer zweiten Durchsicht der Konsilordner im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in diese Arbeit mit aufgenommen.

Prozess des Behandlungsstandards

Unter den Prozess fällt die praktische Umsetzung des Behandlungsstandards, also Items, die im Ergebnisteil abgefragt wurden und deren Dokumentation.

Ergebnis des Behandlungsstandards

Blickt man nur auf die Ergebnisse, findet man in vielen Bereichen lückenhafte Dokumentation.

Am besten ist die Dokumentation bei den manualbasierten Grunddaten Alter, Geschlecht, Nationalität, Zeit des Behandlungsbeginns und Zahl der Vorstellungen in der Immunambulanz.

Die Dokumentation wird dagegen immer weniger oder fehlt fast völlig bei den Punkten der „Aufklärung“ (Prozessqualität), dem „Therapieerfolg“ (Ergebnisqualität), dem Ausfüllen des „Verhaltenfragebogens“ (Prozessqualität), „Miteinbeziehung der Sozialpädagogin“ (Strukturqualität) oder „kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil“ (Strukturqualität).

Doch gerade bei den Besonderheiten, die sich aus der Struktur (interdisziplinär) und dem Prozess (verschiedenste Anforderungen müssen „unter einen Hut“ gebracht werden) ergeben, ist es nicht verwunderlich, dass vollzählige Ergebnisse auf der Strecke bleiben.

Aktuell wird noch sehr wenig zu dem möglichen Umgang und Verbesserungsmöglichkeiten bei fehlenden Daten publiziert. Eine „PubMed“ Recherche ergab mit den Suchwörtern „missing data quality strategy“ 15 Treffer. Hier fehlen in der Forschung Hinweise, wie man mit fehlenden Daten umgehen soll und diese als Ergebnis für zukünftige Projekte nutzen kann.

Figueredo et al. (2000; in Nich und Carroll 2002) stellen fest, dass das Problem fehlender Daten zwar häufig ist, jedoch oft nicht berücksichtigt werde, weil es keine allgemein anerkannte Strategien gibt, damit umzugehen.

Palmer (2004) unterscheidet 3 Typen von fehlenden Daten:

- Die Daten fehlen völlig zufällig
- Die Daten fehlen zufällig
- Die Daten fehlen nicht zufällig

Völlig zufällig fehlende Daten sind nach Palmer (2004) nicht bezogen auf das Ergebnis der Studie, beispielsweise wenn ein Patient einen Termin wegen schlechtem Wetter nicht wahrnimmt und nicht wegen einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands.

„Nicht zufällig fehlende Daten“ sind nach Palmer (2004) dagegen auf das Ergebnis der Studie bezogen, also eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, fortschreitende Krankheit oder Tod.

Ferner stellt Palmer (2004) fest, dass in manchen Situationen eine große Anzahl an fehlenden Daten zulässig sein kann, etwa wenn es sehr wenige bis gar keine Informationen über eine Patientenpopulation zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt gibt und die Studie dazu gedacht ist, die vorhandenen Informationen zu beschreiben und zusammenzufassen.

Dies trifft auf den Behandlungsstandard zu. Kinder mit Condylomen sind eine sehr kleine Population und Informationen zu diesem Thema spärlich.

Eben diese Analyse, warum die Dokumentation mangelhaft ist, kann zur Verbesserung des Behandlungsstandards genutzt werden. Lag es an „zufällig fehlenden Daten“, beispielsweise ein Behandlungsabbruch wegen Sprachproblemen oder an „nicht zufällig fehlenden Daten“, etwa ein Behandlungsabbruch aufgrund des fehlenden Therapieerfolgs?

Der Schluß liegt nahe, dass viele Daten nicht zufällig fehlen. Der ausbleibende Therapieerfolg und die psychosozialen Anforderungen (Umfelduntersuchung, kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil) könnten Gründe für einen Therapieabbruch durch die Familien gewesen sein. Die fehlende Routine hinsichtlich psychosozialer Fragestellungen bei Kindern mag ein Grund für den geringen Rücklauf der Verhaltensfragebögen (Frank und Mangold 2001) von ärztlich-dermatologischer Seite sein.

5.3.3 Zusammenfassende Beurteilung

Insgesamt gesehen ist die Dokumentanalyse, wie hier durchgeführt, jedoch eine geeignete Methode, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation des Behandlungsstandards durchzuführen (Pfaff, Bentz, Flick 1998). Es werden Verhaltensspuren der Vergangenheit gesichtet.

Die Kombination aus qualitativer und quantitativer Betrachtung (also konkret: die Darstellung von Häufigkeiten einerseits und der Beschreibung von Einzelfällen andererseits) führt zu objektivierbaren Ergebnissen, aber auch zu einem lebendigen Bild abseits der „trockenen Fakten“. Die schematische Aufbereitung erleichtert Fallvergleiche (Pfaff, Bentz, Flick 1998). Die konkreten Einzelfallbeispiele dagegen ermöglichen eine Wiedergabe der Fakten, die im Ergebnisteil sonst unter dem Punkt „Sonstiges“ verschwunden wären.

Denn dies ist ein Nachteil der Häufigkeitsanalyse. Um die Häufigkeiten auszählen zu können, müssen Kategorien oder Klassen gebildet werden. Für die individuelle Betrachtung bleibt wenig Raum. Ein Beispiel dafür ist das *kinder- und jugendpsychiatrische Konsil* im Ergebnisteil. Das Kind wird entweder als „belastet“ oder „altersgemäß entwickelt“ eingestuft, die genaue Formulierung aus dem Konsilbericht oder Arztbrief kann nicht mehr nachvollzogen werden.

Ferner besteht teilweise eine Diskrepanz zwischen Instrumentarium und Fallzahl. Es wurden Fragebögen wie die „Child Behaviour Check-List“ (CBCL) (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) und „Youth Self Report“ (YSR) (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) bei einzelnen Kindern eingesetzt. Die vorliegenden Fragebögen lassen sich zwar deskriptiv auswerten, jedoch liegen zu wenige Fragebögen für Häufigkeitsanalysen vor.

Zusammen jedoch bieten die unterschiedlichen Blickwinkel ein gutes Mittel, unser Thema, den Behandlungsstandard, von mehreren Seiten zu betrachten.

5.4 Diskussion der Ergebnisse

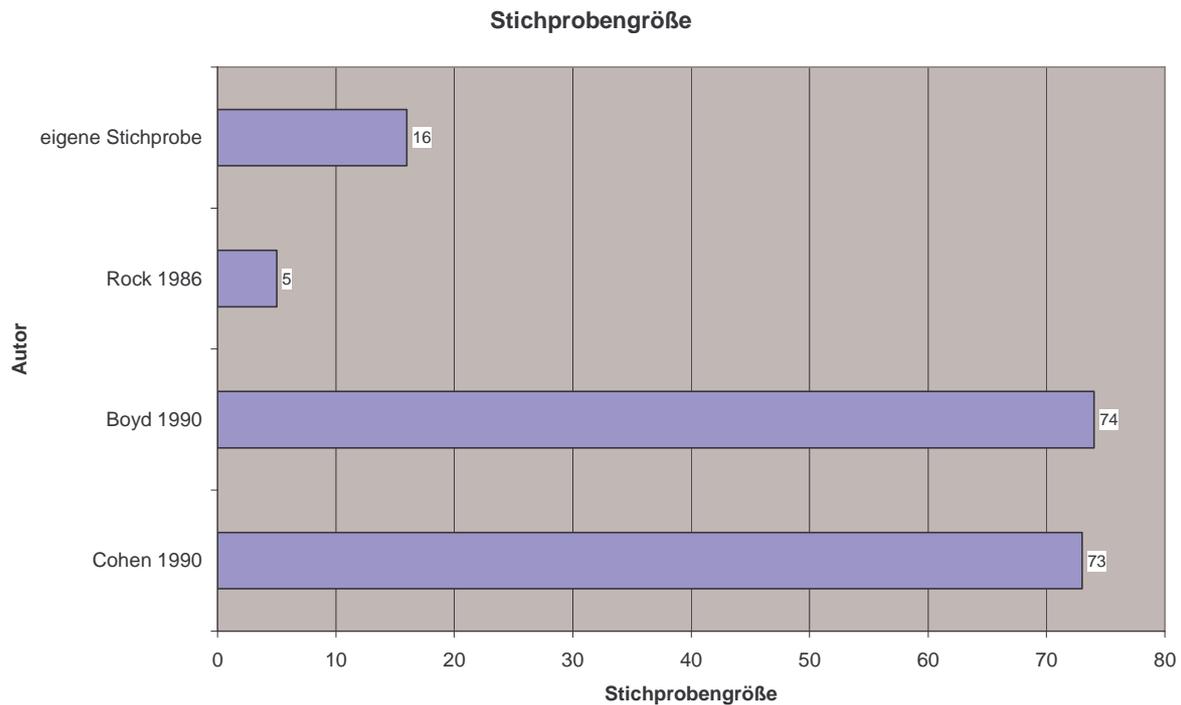
In diesem Teil sollen primär die Ergebnisse des Vorgehens bei Kindern mit *Condylomata acuminata* diskutiert werden.

5.4.1 Grunddaten

Stichprobengröße

Es handelt sich um eine Stichprobe von 16 Kindern innerhalb von 6 Jahren (1995-2001). Dies mag auf den ersten Blick klein erscheinen, handelt es sich doch um eine im Erwachsenenalter häufige sexuell übertragbare Krankheit (ca. 1% der sexuell aktiven Personen zwischen dem 15. und 49. Lebensjahr, Stockfleth 2005). Im Kindesalter dagegen wird sehr wenig darüber berichtet.

Abbildung 5.3: Stichprobengröße Kinder mit Condylomen (eigene Daten; Rock et al. 1986; Boyd 1990; Cohen et al. 1990)



Eine der größten Stichproben in den letzten Jahren findet sich in der Arbeit „Anogenital Warts in Children“ von Cohen et al. (1990) von der Abteilung für pädiatrische Dermatologie im „Children’s Hospital“ in Pittsburgh und im „Children’s Hospital“ in Philadelphia. Cohen et al. (1990) berichten über 73 Kinder mit anogenitalen Warzen in einem Zeitraum von 2 Jahren.

Boyd (1990) publizierte eine Zusammenfassung (Review) über alle gut dokumentierten Fälle von Kindern mit Condylomata acuminata, die in den Jahren 1967 bis 1989 in der englischsprachigen Literatur veröffentlicht wurden. Er listet in einer Tabelle alle Literaturstellen mit Erscheinungsjahr, Alter, Geschlecht, Rasse, Lokalisation der Condylome, Übertragungsmodus und Therapie auf. Er kommt auf eine Fallzahl von 74 Kindern.

Ansonsten finden sich in den letzten Jahren noch Fallberichte zu diesem Thema, die dann jeweils über ca. 4-5 Kinder berichten (etwa Fierlbeck et al. 1992: Condylomata acuminata bei Kindern-Nachweis von HPV 6/11 und Rock et al. 1986: Genital tract papillomavirus infection in children). Rock et al. (1986) stellen in ihrer Arbeit 5 Kinder vor, während Fierlbeck (1992) lediglich über 4 Mädchen berichtet.

Seit 1990 ist die berichtete Inzidenz von Condylomen bei Kindern gestiegen. Vor 1990 wurden 136 Fälle beschrieben, allein zwischen 1990 und 1994 wurden 326 Fälle veröffentlicht (Hornor 2004).

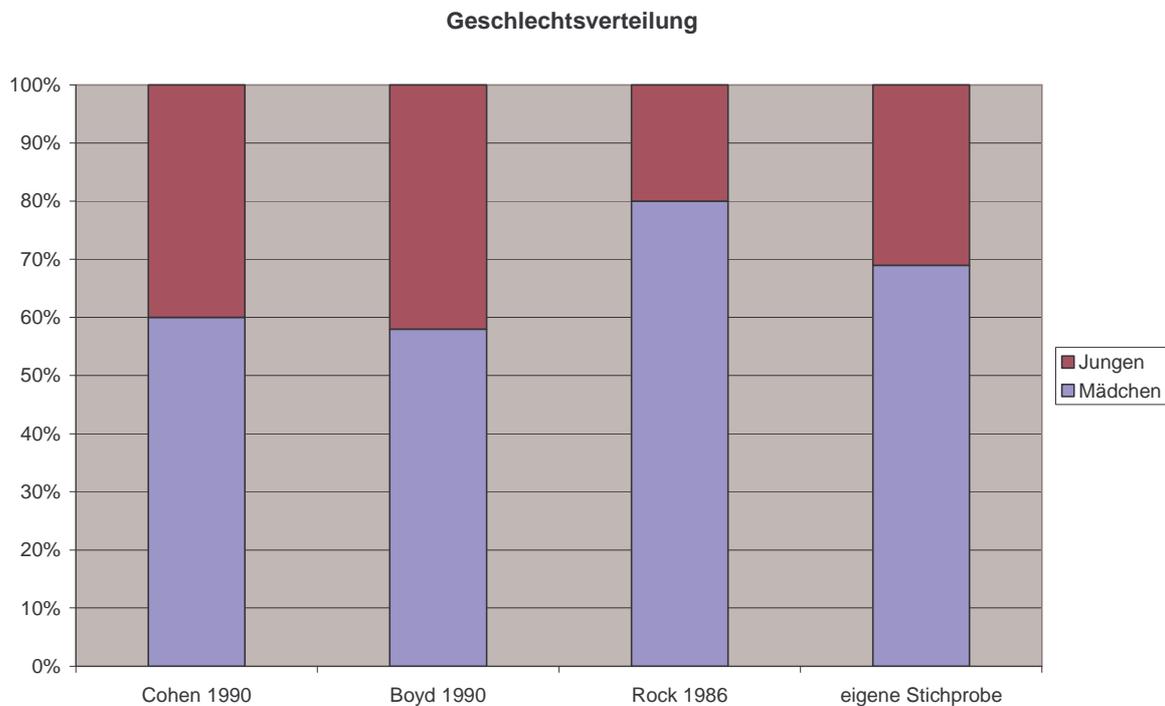
Dennoch gibt es immer noch wenig Literatur zum Thema Condylomata acuminata bei Kindern.

Zwar werden Konzepte zum Vorgehen diskutiert (siehe Konzeptteil mit Kohl und Petzold 1996, Gross 1992, Schachner und Hankin 1985, Hornor 2004), doch fehlt bei diesen Autoren die konkrete Umsetzung der Konzepte.

Demnach haben wir mit unseren Daten die Möglichkeit, auf eine relativ große Stichprobe zurückzugreifen, bei der ein Konzept konsequent umgesetzt und dokumentiert wurde.

Geschlechtsverteilung

Abbildung 5.4: Geschlechtsverteilung der Kinder mit Condylomen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Rock et al. 1986; eigene Daten)



In der Geschlechtsverteilung kommen Cohen et al. (1990) auf 60% Mädchen und 40% Jungen (29 Jungen und 44 Mädchen), während es sich in unserer Stichprobe um 69% Mädchen und 31% Jungen (11 Mädchen und 5 Jungen) handelt.

Boyd (1990) fand in ihrer Literaturzusammenfassung über Kinder mit Condylomen 74 Kinder, davon waren 58% Mädchen und 42% Jungen.

Fierlbeck et al. (1992) berichten über 4 Mädchen, Rock et al. (1986) über 4 Mädchen und 1 Jungen. Bei den Patienten von Fierlbeck et al. (1992) handelt es sich somit um 100% Mädchen, während Rock et al. (1986) 80% Mädchen und 20% Jungen vorstellen.

Es fällt auf, dass bei allen vorliegenden Studien wie auch bei unserer Studie Mädchen stets häufiger mit Condylomen vorgestellt werden als Jungen.

Fleischer et al. (2001) finden in ihrer Studie zur Epidemiologie von *Condylomata acuminata* bei Erwachsenen mehr Frauen (67%), die wegen Condylomen einen Arzt aufsuchen.

Im Gegensatz dazu scheint die sichtbare Erkrankung häufiger bei erwachsenen Männern aufzutreten, nämlich bei 75%, während die Erkrankung bei Frauen wohl weiter verbreitet ist (Kazzi und Ghadishah 2004).

Wie lassen sich diese unterschiedlichen Resultate erklären?

Fleischer et al. (2001) vermuten, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Häufigkeit von genitalen Untersuchungen gibt und dass auch psychosoziale Gründe eine

Rolle spielen, warum Condylome bei Frauen häufiger diagnostiziert werden (etwa weil Frauen häufiger einen Arzt aufsuchen als Männer).

Doch erklärt dies nicht, dass schon in der Kindheit Mädchen öfter Condylome aufweisen. Fleischer et al. (2001) verweisen auf eine möglicherweise erhöhte Prävalenz und Unterschiede im Behandlungserfolg.

Ein Erklärungsansatz betrifft sicherlich auch die biologischen Grundlagen: das Humane Papillom-Virus (HPV) dringt in Schleimhäute über kleinste Risse ein. Möglicherweise sind die Schleimhäute von Frauen und Mädchen leichter passierbar für das Virus.

Dagegen stehen die Daten von Kazzi und Ghadishah (2004), denen zufolge Männer häufiger mit der Diagnose „Condylomata acuminata“ zum Arzt kommen.

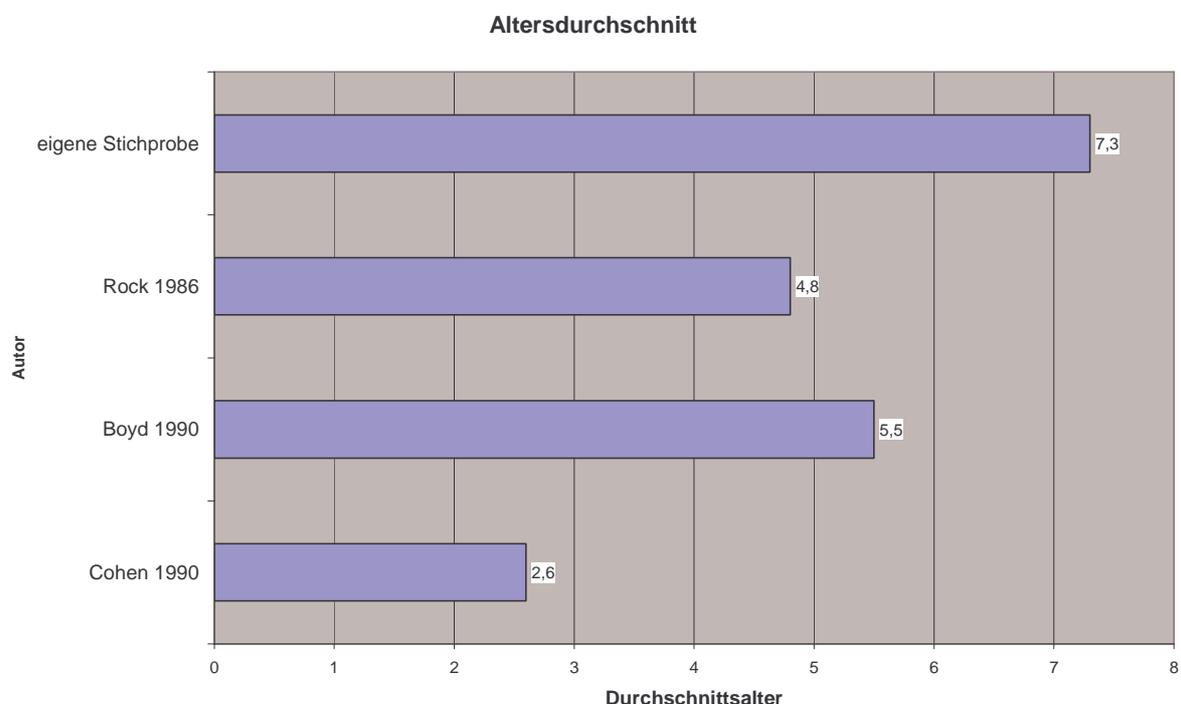
Geht man von einer höheren Prävalenz von Condylomen bei Männern aus und von 88 000 Kindern in den USA, die im Jahre 2000 als sexuell missbraucht gemeldet wurden (Honor 2004), stellt sich die Frage, ob Mädchen als die häufigeren Opfer von sexuellem Missbrauch durch Männer die Warzen auf diesem Wege erwerben.

Dabei handelt es sich aber nur um hypothetische Überlegungen.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Infektionsmodus von HPV noch nicht ausreichend geklärt ist, kann man keine definitive Aussage darüber treffen, warum Mädchen häufiger Condylome entwickeln als Jungen. Zusammenfassend muss man wohl von einer multifaktoriellen Genese ausgehen (siehe auch „Lokalisation der Hautveränderungen und Geschlechtsunterschiede“).

Altersdurchschnitt

Abbildung 5.5: Altersdurchschnitt der Kinder mit Condylomen (eigene Daten; Rock et al. 1986; Boyd 1990; Cohen et al. 1990)



In unserer Studie sind bei einer Stichprobengröße von 16 Kindern drei Kinder bei Behandlungsbeginn zwischen 0 und 5 Jahre alt, 10 Kinder sind 6 bis 10 Jahre alt und 3 Kinder

finden sich in der Altersgruppe von 11 bis 16 Jahren. Damit sind 19% der Kinder im Kindergartenalter (die 3 Kinder sind alle bei Behandlungsbeginn 5 Jahre alt), 63% der Kinder sind im Grundschulalter und 19% der Kinder befinden sich in der Präpubertät (ein Kind ist bei Behandlungsbeginn 11 Jahre, die beiden ältesten Kinder sind bei Behandlungsbeginn 13 Jahre alt).

Wie verhält sich die Altersverteilung in der untersuchten Literatur?

Cohen et al. (1990) beschreiben ihre Stichprobe folgendermaßen:

18 Kinder unter 1 J. (24%)

19 Kinder 1-2 J. (26%)

20 Kinder 2-3 J. (27%)

8 Kinder 3-4 J. (11%)

4 Kinder 4-5 J. (5%)

6 Kinder über 5 J. (8%)

Boyd (1990) gibt lediglich an, dass das Alter der Kinder seiner Studie (n=74) von der Geburt bis 17 Jahre reichte und findet ein Durchschnittsalter von 5,5 Jahren.

Fierlbeck et al. (1992) berichten nur über 4 Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren, Rock et al. (1986) stellen in ihrer Studie ein 2-jähriges Kind vor, ferner zwei 3-jährige Kinder und zwei 8-jährige Kinder vor. Insgesamt dominiert bei diesen beiden Studien mit n=9 die Altersgruppe von 2-5 Jahren mit 78%, das Grundschulalter ist mit 22% vertreten.

Somit bietet sich ein recht heterogenes Bild in Bezug auf die Altersverteilung: während in unserer Stichprobe eindeutig das Grundschulalter mit 63% dominiert, finden sich bei Cohen et al. nur 8% der Kinder in dieser Altersgruppe und auch in den beiden Studien von Fierlbeck et al. (1992) und Rock et al. (1986) sind nur 22% der Kinder im Grundschulalter. Da in der Studie von Boyd (1990) nur ein Durchschnittsalter angegeben ist, kann man davon ausgehen, dass in der Literatur am häufigsten über *Condylomata acuminata* bei Kindern berichtet wird, die zwischen 0 und 5 Jahre alt sind. Die Kinder unserer Gruppe sind somit älter als in allen anderen untersuchten Studien.

Nationalität

Lediglich 31% der Kinder stammen aus Deutschland, 69% aus anderen Nationen.

Boyd (1990) findet in seinem Review 49% Weiße, 33% Schwarze, 15% Indigene und 3% Puerto-Ricaner, macht jedoch keine Angabe zu deren Nationalität. Fierlbeck et al. (1992) benennen bei einem der 4 Kinder seiner Studie die Nationalität (türkisch). Bei Rock et al. (1986) und Cohen et al. (1990) werden die Nationalitäten der Kinder nicht genannt. Die Angaben dazu sind in der Literatur somit ungenügend. Dennoch ist die Nationalität im Kontext einer sexuell übertragbaren Krankheit als wichtiger Einflussfaktor zu werten.

Die Herkunft aus anderen **Kulturkreisen** geht auch immer mit einem unterschiedlichen Umgang mit Sexualität, Intimsphäre und verschiedenen Sichtweisen einher, welchen Stellenwert ein Kind einnimmt. Auch das Krankheitsverhalten ist in verschiedenen Nationen nicht gleich.

Sexuelle Handlungen an Kindern sind außerhalb Europas gängiger (Mertens und Rohde-Dachser 1992). Im einleitenden Literaturteil war davon die Rede, dass etwa in Indien Kinder von ihren Müttern masturbiert werden oder dass es bei nordafrikanischen Juden unter Geschwistern zu Cunnilingus, gegenseitige Fellatio oder Bruder-Schwester-Fellatio kommt (Mertens und Rohde-Dachser 1992).

Wie sehen verschiedene Völker eine Untersuchung im Genitalbereich? Wie wird mit Krankheit umgegangen? Wird das Kind eher als Sexualobjekt gesehen oder als ein Subjekt mit eigener Sexualität? Wird dem Kind überhaupt Sexualität zugestanden oder geht man von einem „entsexualisierten Kind“ (Reinelt 1989) aus?

Dies ist von Kulturkreis zu Kulturkreis unterschiedlich, denn die „Regeln“ in Bezug auf Sexualität werden von der jeweiligen Gesellschaft vorgegeben, die auch definiert, was „normal“ und was „pervers“ im Sexualverhalten ist (siehe „kulturelle Aspekte von Sexualität“).

Jedoch kann man nicht davon ausgehen, dass diese Problematik einerseits dem Arzt und andererseits der Familie bewusst ist, wenn sie die Immunambulanz aufgrund von Condylomata acuminata bei ihrem Kind aufsucht.

Im Ergebnisteil wurde das türkische Kind G (Diagnose: Condylomata acuminata) vorgestellt, das nur einen Termin in der Immunambulanz wahrnahm. Kulturelle Unterschiede werden beispielsweise deutlich, wenn der Vater berichtet, dass seine Tochter von einer Frauenärztin der gleichen Nationalität erfolgreich mit Lasertherapie gegen die Condylome behandelt wurde. Hier ist der Vater der Ansprechpartner, während die meisten anderen Kinder unserer Stichprobe von der Mutter begleitet werden. Der Vater bevorzugt für seine Tochter eine Behandlung durch eine gleichgeschlechtliche Ärztin, die überdies ebenfalls Türkin ist und damit den gleichen kulturellen Hintergrund hat. In der Dokumentation der Sozialpädagogin werden zusätzlich Sprachprobleme der Familie erwähnt.

Sprachprobleme sind eine weitere Schwierigkeit bei der Behandlung von Condylomen bei ausländischen Familien. Viele Grundlagen des Behandlungsstandards basieren auf einem Gespräch; das beginnt in der Hautklinik mit der **Aufklärung** über die Erkrankung, über die Therapie und Hygienemaßnahmen. Meist schließt sich ein **Gespräch** mit der Sozialpädagogin an, um psychosoziale Belastungsfaktoren zu umreißen, die dann mit dem Kinder- und Jugendpsychiater ausführlich **besprochen** werden können.

Aus diesen Problemstellungen heraus kann es zu einer mangelnden Compliance von ausländischen Familien kommen. Die Familie des von Kind G, die nur einen Termin in der Hautklinik wahrnahm, kann hier beispielhaft angeführt werden.

Doch gerade weil die meisten Kinder mit Condylomen aus verschiedenen Nationen stammen, sollte der Arzt sich dieser Problematik bewusst werden und offen für ein kulturell unterschiedliches Krankheitsverständnis sein.

5.4.2 Dermatologische Aspekte

Lokalisation der Hautveränderungen und Geschlechtsunterschiede

In unserer Stichprobe weisen alle 16 Kinder Papeln im Perianalbereich auf, 4 Mädchen haben zusätzlich zu den perianalen Läsionen noch Papeln im Genitalbereich. Wie verhält es sich bei anderen Autoren?

Cohen et al. (1990) finden in ihrer Stichprobe von 73 Kindern, dass bei Jungen und Mädchen der Perianalbereich die häufigste betroffene Region (57% und 37%) war, bei Mädchen waren die Labia allein das nächsthäufigste Gebiet (23%), gefolgt von Labia und Anus (14%). Bei Jungen waren Penis und Scrotum allein in 17% betroffen.

Boyd (1990) vergleicht in seiner Studie die Lokalisation bei Kindern mit der bei Erwachsenen: Bei den Jungen hatte 77% die Läsion perianal, bei den Männern 8%. Bei 18% der Männer war der Penis betroffen, dagegen nur bei 1 von 31 Jungen. Im Vergleich zu

23% der Männer hatten 16% der Jungen Kondylome auch an der Harnröhre. Bei Frauen finden sich 18% der Kondylome im Analbereich und 8% an der Urethra, bei Mädchen dagegen 19% im Analbereich und 2% an der Urethra. Die Labia sind bei 30% der Frauen und bei 16% der Mädchen betroffen.

Fierlbeck et al. (1992) fanden in ihren 4 Fallberichten (4 Mädchen) als Lokalisation auch in allen Fällen die Perianalregion als betroffenen Bereich, ein Mädchen hatte sowohl am Anus als auch an der Vulva Condylome. Rock et al. (1986) hatten unter ihren 5 Fällen (1 Junge, 4 Mädchen) zweimal Papeln im Perianalbereich, die restlichen 3 Mädchen wiesen die Condylome in der Genitalgegend auf (einmal an den Labia minora, einmal an der Vulva und einmal am Hymenalring und der Supraurethralregion).

Abbildung 5.6: Lokalisation von Condylomen bei Mädchen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Fierlbeck et al. 1992; Rock et al. 1986, eigene Daten)

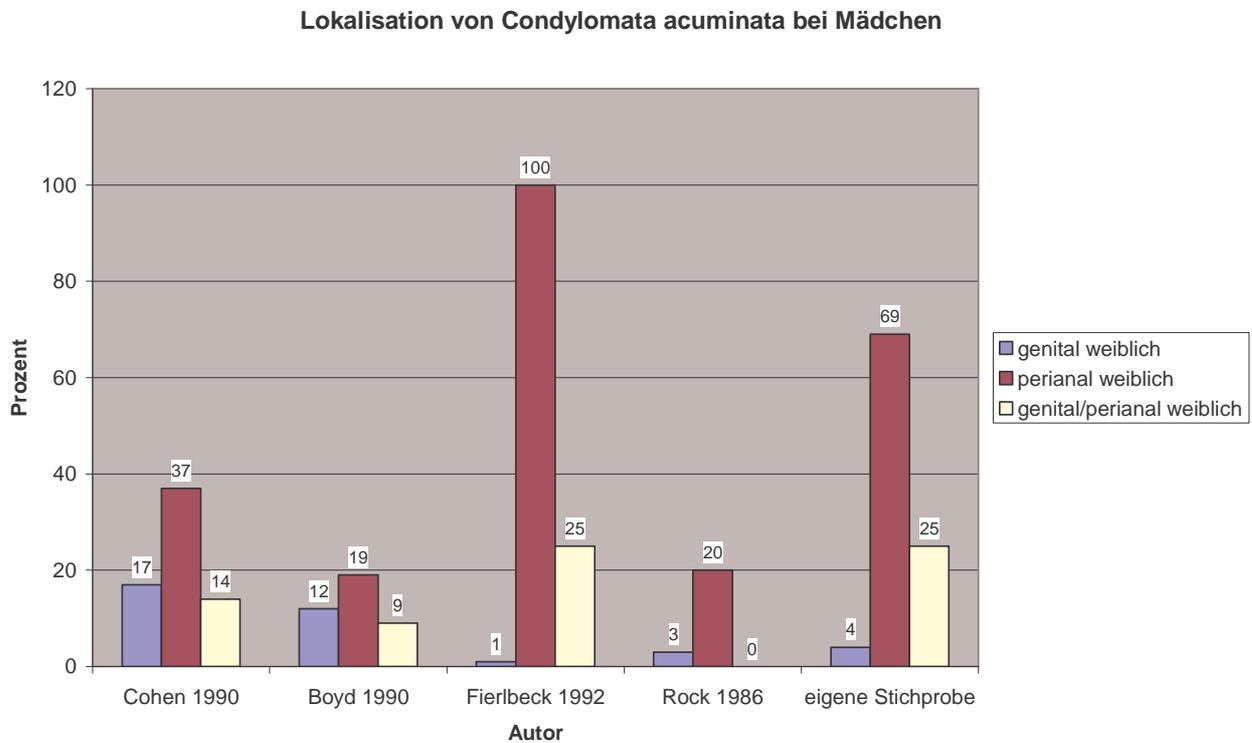
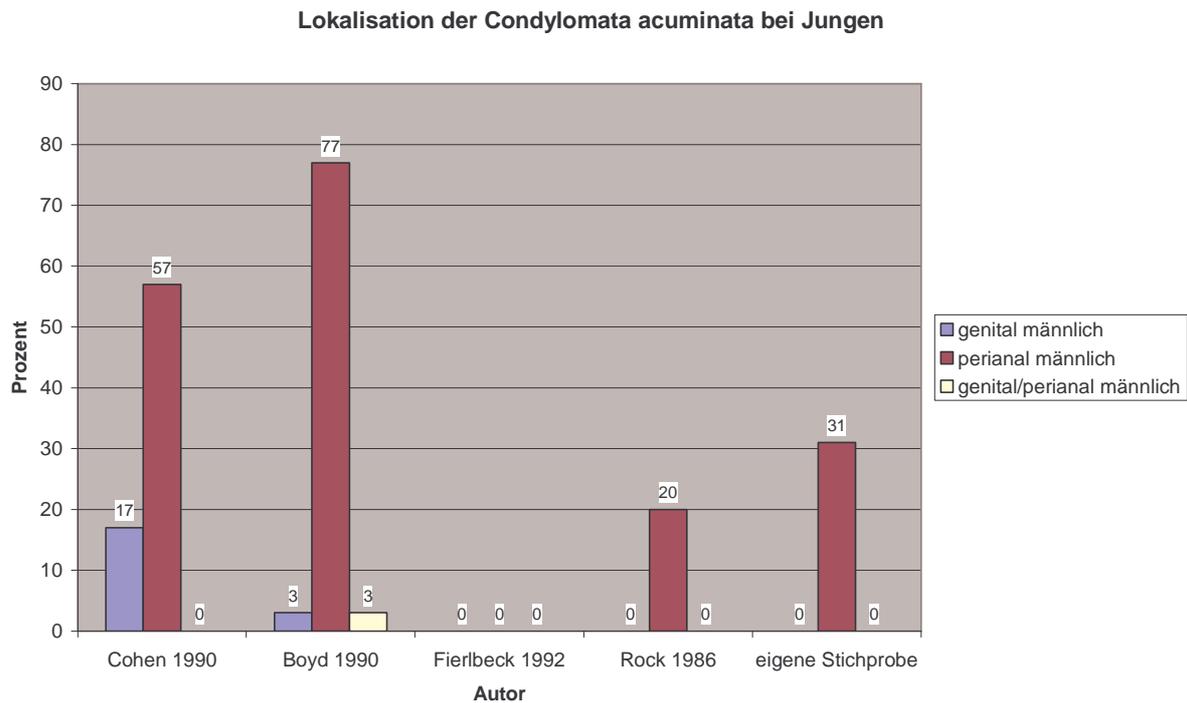


Abbildung 5.7: Lokalisation von Condylomen bei Jungen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Fierlbeck 1992; Rock 1986; eigene Daten)



Somit kann man feststellen, dass der Perianalbereich bei Jungen und Mädchen auf jeden Fall die Prädispositionsstelle für Condylome darstellt, allerdings ist bei Mädchen häufig der Genital- und Perianalbereich gleichzeitig betroffen.

Es stellt sich die Frage, ob das Virus eine Selektivität für bestimmte Schleimhäute aufweist, da etwa Jungen in keiner Studie Condylome bevorzugt am Penis aufweisen. Boyd (1990) vermutet, dass das Virus eine „virale Selektivität“ für die Perianalregion aufweist. Wenn also die Patienten noch nicht sexuell aktiv seien, würde das Virus nicht vorwiegend am Penis auftreten. Ferner steht zur Diskussion, ob die bevorzugte perianale Lokalisation bei Jungen für die Möglichkeit von analem sexuellen Missbrauch spricht.

Auch stellt Boyd (1990) die Frage, ob die eindeutig höhere Anzahl an betroffenen Mädchen für eine Prädisposition für die Infektion, eine verzerrte Berichterstattung oder für eine größere Wahrscheinlichkeit für sexuellen Missbrauch an Mädchen spricht (siehe auch „Diskussion der Ergebnisse/Geschlechtsverteilung“).

Laut Boyd (1990) gibt es somit eine biologische und eine psychosoziale Erklärung.

Warum nun Condylome bei Mädchen häufiger als bei Jungen auftreten, beantworten diese Hypothesen von Boyd (1990) nicht. Sie sind aber ein Beispiel für die Vielzahl an Erklärungsansätzen, die die verschiedenen Autoren auf der Suche nach der Ursache von Condylomen im Kindesalter anführen.

Solange der genaue Übertragungsmodus des Humanen Papillom-Virus nicht ausreichend geklärt ist („Übertragungswege bei Erwachsenen/Übertragungswege bei Kindern“), bleiben diese Fragestellungen weiter offen.

Behandlungsziele/Therapie

Betrachten wir die Ziele der Behandlung der „Condylomkinder“ im Vergleich zu der „Kontrastgruppe“.

Die Viruserkrankung, Condylomata acuminata heilt entweder spontan oder nach Anwendung geeigneter Therapieverfahren, falls die Condylome nicht zunächst therapieresistent sind. Dagegen ist die Erkrankung „Lichen sclerosus et atrophicus“ der meisten Kinder der „Kontrastgruppe“ chronisch und kann nicht geheilt werden.

Somit unterscheiden sich die Behandlungsansätze: Kindern mit Condylomen wird jede verfügbare Therapie angeboten, um eine Abheilung der Hautläsionen zu erreichen. Pro Kind wurden durchschnittlich 3 Methoden (Behandlungsversuche) verwendet.

Der bei den meisten Kindern (14) verwendete Arzneistoff war Podophyllotoxin, gefolgt von der operativen Entfernung mit dem CO₂-Laser, die stationär bei 9 Kindern erfolgte. Zunächst wird weniger invasiven Methoden der Vorzug vor einer Operation gegeben, da eine Operation bei Kindern in Vollnarkose erfolgen muss. Fast alle Therapieverfahren, die heute bei Condylomata acuminata gängig sind, wurden bei den Kindern angewendet (Scherenschlag, CO₂-Laser, Podophyllotoxin, Interferone, Imiquimod).

Dies erklärt auch die Verwendung des Arzneistoffes 5-Fluorouracil als Heilversuch (bei Kindern nicht zugelassen).

Die Mehrzahl der Kinder der Kontrastgruppe dagegen erhielt Cortisonpräparate sowie Produkte zur Hautpflege, um die Entzündung zu reduzieren und wieder ein physiologisches Milieu im Genitalbereich herzustellen. Es besteht eine langfristige Bindung von Arzt und Patient, da es sich um eine chronische Erkrankung handelt. Die Therapie wird im Gegensatz zu den „Condylomkindern“ langfristig angesetzt, von vorneherein ist klar, dass nicht die Heilung, sondern Milderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt stehen.

Die Behandlungsziele von Hengge (2001) bezüglich Lichen sclerosus et atrophicus können als Vorgabe dienen. Sein Konzept ist auf die Chronizität der Erkrankung ausgerichtet, er empfiehlt regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und eine psychosomatische Therapie. Dermatologisch werden ebenso Steroide wie auch Hautpflegemittel befürwortet.

Gemeinsam haben Kinder mit Condylomen und die Kontrastgruppe, dass eine Erkrankung im Genitalbereich eine psychische Belastung für Eltern und Kinder bedeutet. Aus diesem Grund muss das Behandlungsziel zusätzlich zur dermatologischen Betreuung in einer begleitenden psychosozialen Betreuung bestehen. Dies wird durch die „Stufen“ des Behandlungsstandards in Form von Begleitung durch die Sozialpädagogin und das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil gewährleistet.

Therapie-Erfolg

In den dermatologischen Krankenakten fehlt die Dokumentation über den Therapie-Erfolg. Es ist nicht ersichtlich, ob eine Familie keine weiteren Termine in der Immunambulanz wahrnahm, weil es zu einer Abheilung der Warzen gekommen war oder die Eltern die Therapie abbrachen, eben weil die Warzen trotz Therapie persistierten.

Doch warum sucht die Familie einen Arzt auf, wenn nicht, um eine Heilung zu erreichen? Bei 5 Kindern unserer Stichprobe waren Hinweise auf einen Therapieabbruch in der dermatologischen Krankenakte vorhanden, 1 Familie stellte sich nur einmal vor. Der fehlende Therapieerfolg kann Grund für einen Therapieabbruch sein. Für diese Hypothese spricht etwa die hohe Rezidivrate von Condylomen.

Andere Autoren berichten selten über therapeutische Möglichkeiten und deren (erfolgreiche?) Umsetzung bei der Behandlung von genitalen Warzen bei Kindern.

In der Literatur sind hauptsächlich Fallberichte zu finden. Fierlbeck et al. (1992) haben 4 Mädchen mit Condylomata acuminata mit Interferon-beta-Hydrogel behandelt. Dabei wurde bei 2 Kindern mit adjuvanter Therapie nach primär operativem Vorgehen über 4 Monate Rezidivfreiheit erreicht. Majewski et al. (2003) haben ein 19 Monate altes Mädchen mit perianalen Condylomen mit 5%-iger Imiquimod-Salbe 8 Wochen lang behandelt. Die Warzen heilten dauerhaft über einen Zeitraum von 6 Monaten ab. Auch Gruber und Wilkinson (2001) berichten über eine erfolgreiche Imiquimod-Therapie an Kindern.

Moresi et al. (2001) haben 17 Kinder mit Condylomen mit Podophyllin-Gel und 8 Kinder mit 5%-iger Imiquimod-Creme behandelt. 15 Kinder der Podophyllin-Gruppe blieben über einen Zeitraum von 4 Monaten bis 2 Jahren beschwerdefrei; 6 Kinder der Imiquimod-Gruppe blieben über einen Zeitraum von 6-12 Monaten beschwerdefrei.

Tuncel et al. (2002) verwendeten einen pulsierenden Farbstofflaser, um perianale Condylome bei einem 3-jährigen Jungen nach erfolgloser Podophyllin-Behandlung abzutragen. Der Junge blieb über ein Jahr rezidivfrei.

Diese Berichte beschäftigen sich primär mit Therapie-Erfolgen bei Einzelfällen. Es ist dennoch mit einer viel höheren Dunkelziffer von Rezidiven bei der Behandlung von Condylomen zu rechnen, beträgt doch die Rezidivrate laut Gross et al. (2001) 20-70%. Wir finden somit eine verzerrte Berichterstattung in der Literatur.

Aufklärung

Die Aufklärung der Familie über die Diagnose „Condylomata acuminata“, über mögliche Übertragungswege (Infektiosität!) und über Therapieoptionen nimmt einen wichtigen Stellenwert beim ersten Termin in der Immunambulanz ein.

Doch nicht nur die Information über die Erkrankung, sondern auch über das standardisierte, interdisziplinäre Vorgehen in der Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie erhält die Familie Auskünfte.

Die Aufklärung über die Krankheitsbilder „Condylomata acuminata“ und „Lichen sclerosus et atrophicus genital“ unterscheidet sich grundsätzlich: während es sich bei Condylomen um eine Viruserkrankung handelt, die einerseits selbstlimitierend („Spontanheilung“) ist, andererseits auch therapierbar ist, stellt „Lichen sclerosus genital“ eine chronische Erkrankung dar, die in den meisten Fällen nicht heilbar ist.

Über die Aufklärung fehlt größtenteils in den Krankenakten der Kinder die Dokumentation (siehe Ergebnisteil „Aufklärung“).

Einige Autoren haben die Aufklärung in ihr Konzept zum Vorgehen bei „Condylomata acuminata bei Kindern“ integriert. Gross (1992) fordert zwar ein „Gespräch mit dem Kind und den Eltern“, aber führt nicht genauer aus, über welche Themen Eltern und Kinder informiert werden sollen. Hornor (2004) verlangt die Aufklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten über mögliche Übertragungswege. Dagegen haben weder Kohl (1996) noch Schachner und Hankin (1985) eine Aufklärung der Familie vorgesehen.

Dies ist verwunderlich, stellt doch die Aufklärung möglicherweise den entscheidenden Schritt im interdisziplinären Therapiekonzept dar. Ohne entsprechende Informationen können die Eltern die Therapie nicht durchführen und den Behandlungsstandard nicht verstehen. Es kommt zu mangelnder Compliance, im schlimmsten Fall zum Therapieabbruch.

Deswegen ist auch die mangelnde Dokumentation in den Krankenakten der Kinder ein Kritikpunkt. Man kann nicht mehr nachvollziehen, ob eine Aufklärung stattgefunden hat und

ob die möglicherweise nicht stattgehabte oder unzureichende Aufklärung ein Grund für einen Therapieabbruch war.

Ein weiteres wichtiges Problemfeld stellt der **große Ausländeranteil** unserer Stichprobe dar. 69% der Familien stammen nicht aus Deutschland, so dass die Aufklärung durch ein Sprachproblem erschwert wird. Wenn die Eltern selbst nur wenig Deutsch sprechen, ist davon auszugehen, dass sie auch beim Lesen Probleme haben, so dass Aufklärungsbroschüren wenig Sinn machen. Aber es bestehen nicht nur Verständnisschwierigkeiten, sondern auch kulturelle Unterschiede, die sich auf Hygienemaßnahmen, Schambereich, Umgang mit Krankheiten und anderes beziehen können.

Ferner kann man davon ausgehen, dass ein Teil der Aufklärung nicht nur durch den behandelnden Arzt, sondern auch durch die Krankenschwester erfolgt; eventuell sind im Rahmen des interdisziplinären Ansatzes die Sozialpädagogin oder der Kinder- und Jugendpsychiater beteiligt. Wie kann die Dokumentation dieser Tatsache gerecht werden?

Bei Erwachsenen wird die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten dadurch erleichtert, dass in der Immunambulanz Broschüren etwa von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) oder anderen Organisationen (Pharmafirmen) zur Verfügung stehen, die den Patienten mit nach Hause gegeben werden können, so dass sie sich in Ruhe mit der Diagnose auseinandersetzen können.

Wie soll man aber bei Kindern verfahren?

Können die Eltern und die Kinder angesichts von vielen offenen Fragen angemessen aufgeklärt werden? In der Einleitung ging es bereits um Fragen wie Übertragungsweg bei Kindern, die hohe Spontanheilungsrate von Warzen einerseits und die Therapieresistenz oder hohe Rezidivrate andererseits.

Ferner steht stets die sexuelle Übertragung (bei Kindern also sexueller Missbrauch) im Raum. Wie gerichtet klärt der Arzt über diese Möglichkeit auf? Oder wird dieser Punkt eher schwammig dargestellt?

Hier „den richtigen Ton“ zu treffen, ist zweifelsfrei sehr schwierig. Denn wenn sich die Eltern sexuellen Missbrauchs beschuldigt fühlen, brechen sie die Therapie unter Umständen ab. Andererseits muss die sexuelle Übertragung angesprochen werden, da ja beispielsweise bei Erwachsenen **fast ausschließlich** von diesem Infektionsmodus ausgegangen wird. Wie wird die sexuell übertragbare Krankheit bei Kindern begründet?

Somit ist die Aufklärung in diesem Falle sehr belastend, sowohl für den Arzt, wie auch für die Familie.

Es besteht zwar die Möglichkeit, den Eltern die Broschüren für Erwachsene über Condylomata acuminata anzubieten. Doch ist zu erwarten, dass der Informationsbedarf nicht ausreichend gedeckt wird, da in den Broschüren –wie in der aktuellen Literatur auch, etwa in den Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft- eine HPV-Infektion von Kindern überhaupt nicht oder nur sehr geringfügig behandelt wird.

Auch für Kinder mit einer nicht-infektiösen Erkrankung im Genitalbereich gibt es wenig (altersgerechtes) Informationsmaterial.

Umfelduntersuchung

In 69% der Krankenakten der Kinder mit Condylomen sind Angaben über eine Umfelduntersuchung zu finden, etwa die Hälfte davon, 55 %, ließ eine vollständige Umfelduntersuchung durchführen.

Die Suche nach einer Infektionsquelle, aber auch die Ansteckungsgefahr, die von der infektiösen Erkrankung ausgeht, rechtfertigt die Einbestellung der Familienmitglieder und anderer Bezugspersonen.

Kohl und Petzold (1996) fordern, „die Infektionsquelle zu ermitteln“, unabhängig von „den klinischen Erscheinungen der Kontaktpersonen“. Gross (1992) geht auf die „Untersuchung der Bezugspersonen“ in seinem Konzept genauer ein, für ihn gehört dies zu Erhebung des dermatologischen Befunds. Hornor (2004) schlägt vor, die mütterliche und väterliche Anamnese von genitalen Warzen oder pathologischen Papanicolaou-Abstrichen zu erheben, eine genitale Untersuchung jedoch ist nicht vorgesehen.

Doch kann durch die Umfelduntersuchung der Ansteckungsweg nachvollzogen werden oder gar ein möglicher sexueller Missbrauch aufgedeckt werden?

Rufen wir uns die Latenzzeit von HPV-Infektion und Krankheitsausbruch ins Gedächtnis zurück. Verschiedene Autoren (Gross 1992, Rock et al. 1986, Boyd 1990, Fierlbeck et al. 1992, Cohen et al. 1990) geben die Dauer der Latenzzeit mit 4 Wochen bis hin zu Jahren an.

Doch bevor es zum Ausbruch von Condylomen kommt, müssen noch Faktoren, die für eine Infektion prädisponieren, berücksichtigt werden.

Risikofaktoren wie die Anzahl der Sexualpartner, AIDS, Herpes genitalis, Syphilis Chlamydieninfektion, Zigarettenrauchen, Cannabis, Kokain und immunsuppressive Medikamente (Schneede et al. 2001) begünstigen eine Infektion. Doch widersprechen sich hierbei teilweise auch Quellen. Krüger Kjaer et al. (2000) sehen Rauchen oder das Alter beim ersten Sexualverkehr nicht als Risikofaktor für eine HPV-Infektion.

Zusammenfassend variieren die Angaben zu Latenzzeit und Risikofaktoren von Studie zu Studie. Ein Auftreten von (genitalen) Warzen muss als ein Zusammenspiel von Infektionsquelle, prädisponierenden Faktoren und Verstreichen einer gewissen Latenzperiode angesehen werden.

Eine Umfelduntersuchung kann somit keinen Anspruch darauf erheben, die Infektionsquelle sicher bestimmen zu können. Von einer positiven Testung enger Kontaktpersonen auf einen sexuellen Missbrauch des Kindes schließen zu wollen, wird dem klinischen Infektionsmodus nicht gerecht. Die Umfelduntersuchung kann lediglich als Hinweis, niemals als Beweis gewertet werden.

Es geht vielmehr um die Dokumentation vorhandener (subklinischer) Infektionen von Familienmitgliedern, eine erforderliche Therapie bei diesen und Verhinderung der Ansteckung durch die kindlichen Warzen.

Mit der standardisierten Umfelduntersuchung unterscheidet sich unser Behandlungsstandard grundsätzlich von allen bisherigen Konzepten, wie auch in der erfolgten Durchführung.

5.4.3 Psychosoziale Aspekte

Fehlende Daten/Dokumentation

In der gesamten Untersuchung finden sich fehlende Daten, das heißt, es wurden einzelne Schritte des Behandlungsstandards nicht in die Praxis umgesetzt oder diese Schritte wurden nicht ausreichend dokumentiert.

Zusammenfassend ist der dermatologische Teil des Behandlungsstandards gut dokumentiert, mit dem „Einbruch“ der Kurve beginnen die psychosozialen Ergebnisse.

Inhaltlich wurden bei allen 16 Kindern das Alter, das Geschlecht, die Nationalität, der Behandlungsbeginn, die Anzahl der Termine in der Immunambulanz, die Diagnose und die Lokalisation der Hautveränderungen dokumentiert. Die Grunddaten sind somit vollständig aufgezeichnet, die dermatologischen Daten sind beinahe komplett in den Krankenblättern erfasst.

Dermatologische „Ausreißer“ in der Dokumentation sind „Angaben zur Umfelduntersuchung“ und „Histologie“. Die Umfelduntersuchung dient zwar dem dermatologischen Ziel, die Infektionsquelle zu bestimmen und die Kontaktpersonen der Kinder – falls nötig- mitzubehandeln und vor Infektion zu schützen. Doch hat die Umfelduntersuchung auch psychosoziale Aspekte, denn vor der Umfelduntersuchung muss die Familiensituation geklärt werden. Die Histologie dagegen wird im Rahmen des Behandlungsstandards nur zur Diagnosesicherung durchgeführt und kann deshalb nicht den fehlenden Daten oder der mangelnden Dokumentation zugeordnet werden.

Schwieriger wird es mit den psychosozialen Komponenten des Behandlungsstandards. Hier zeigen sich schon Mängel in der Dokumentation und/oder in der Umsetzung des Behandlungsstandards.

Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil fand bei 12 Kindern (10 Kinder mit Condylomen, 2 Kinder aus der „Kontrastgruppe“) statt, dagegen sah die Sozialpädagogin, die ihren Arbeitsplatz in der Immunambulanz hat, nur 8 Kinder. Hier scheint es ein Kommunikationsleck zu geben und mangelnde Information der Ärzte über die Rolle der sozialpädagogischen Betreuung im Rahmen des Behandlungsstandards. Aus Sicht der Dermatologen hat das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil dagegen seinen festen Platz, $\frac{3}{4}$ der Kinder wurden vom Kinder- und Jugendpsychiater gesehen, immerhin 11 Verhaltensbeurteilungen lagen vor.

Nur die Hälfte der Kinder hatte Kontakt zur Sozialpädagogin. Dies ist negativ zu werten unter dem Aspekt der konkreten Vermittlung von Hilfsangeboten: denn bei $\frac{3}{4}$ der Kinder, die Kontakt zur Sozialpädagogin hatten, wurde auch tatsächlich eine Hilfe realisiert, dies reicht von materiellen Hilfen bis hin zu Einschaltung anderer Hilfsdienste.

Am wenigsten häufig wird die Verhaltensbeurteilung der Kinder in der Dermatologie durchgeführt. Dies mag an der mangelnden Organisation (Aufbewahrung der Fragebögen) oder einer ungenügenden Information der Ärzte liegen (siehe unten).

Insgesamt liegt die Hypothese nahe, dass es sich in den meisten Fällen nicht um „zufällig fehlende Daten“ (Palmer 2004) handelte (siehe auch „Diskussion der Methodik-zusammenfassende Beurteilung“). Die interdisziplinäre Struktur des Behandlungsstandards mit den vielen Anforderungen an die Familien und das Personal beinhaltet viele Fehlerquellen bei der Umsetzung.

Fehlende Daten/Dokumentation in der Kontrastgruppe

Wie auch bei den Kindern mit Condylomen, wurden bei den Kindern aus der Kontrastgruppe die manualbasierten Grunddaten am besten dokumentiert. Bei allen Kindern mit Lichen sclerosus et atrophicus oder genitalem atopischen Ekzem ist die Begleitperson in der dermatologischen Krankenakte festgehalten, eine Information, die zu den psychosozialen Ergebnissen gezählt werden kann. Bis auf die sozialpädagogische Betreuung, die in dieser Gruppe völlig fehlt, sind die psychosozialen Komponenten des Behandlungsstandards relativ gut verwirklicht: 4 von 5 Kindern stellten sich zu einem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil vor, bei 2 Kindern wurde der Verhaltensfragebogen (Frank und Mangold 2001) ausgefüllt. Bei den Kindern mit Condylomen fand sich nur ein Fragebogen mehr!

Dennoch lag nur bei einem Kind eine kinder- und jugendpsychiatrische Beurteilung in Form eines Arztbriefes vor, das 11-jährige Mädchen aus den Einzelfalldarstellungen wurde zwar kinder- und jugendpsychiatrisch betreut, doch eine Rückmeldung (etwa in Form eines Arztbriefes) an die Immunambulanz fehlt.

Kann man daraus schlussfolgern, dass die Kinder mit nicht-infektiösen Erkrankungen im Genitalbereich psychosozial besser versorgt werden als Kinder mit einer (sexuell) übertragbaren Erkrankung im Genitalbereich? Die Kinder der Kontrastgruppe begannen in den Jahren 1999-2001 die Behandlung in der Hautklinik, während das erste Kind mit Condylomen bereits im Jahre 1995 untersucht wurde. Der Behandlungsstandard wiederum wurde erst 1997 schriftlich festgehalten. Man kann davon ausgehen, dass bei der Kontrastgruppe die Strukturen des Behandlungsstandards präsenter bei den behandelnden Ärzten waren und die Ergebnisse dadurch vergleichsweise besser.

Eine höhere Compliance der Familien könnte die besseren psychosozialen Ergebnisse ebenfalls erklären.

Für letztere Annahme spricht, dass 2 Familien aus der Kontrastgruppe den 4-seitigen Elternfragebogen CBCL (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) ausfüllten, bei den Kindern mit Condylomen waren es auch nur 2 Familien! Durch den chronischen Charakter der Erkrankungen sind den Familien häufige Arzttermine nicht neu, und sie gehen von einer langfristig ausgelegten Behandlungsdauer aus. Die Familien der Kinder mit Condylomen dagegen kommen möglicherweise erfolgsorientierter mit dem Ziel, die Abheilung der Feigwarzen zu erreichen, in die Immunambulanz.

Verhaltensbeurteilung von Kindern

Bei Kindern mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung wird eine Verhaltensbeurteilung schon von den behandelnden Dermatologen gefordert.

Gross (1992) erwartet von dem behandelnden Arzt, bei einem Kind mit Condylomen Verhaltens- und Gefühlsänderungen, sexualisiertes Verhalten, Schlafstörungen, Ängste, Isolation, selbstzerstörerisches Verhalten, Entwicklungsstörungen und Regression zu erkennen. Er fordert bei dem Vorliegen von Condylomata acuminata in Verbindung mit einem weiteren wichtigen Symptom psychosoziale Untersuchungen durch geschultes Personal. Auch Schachner und Hankins (1985) Konzept misst Verhaltensauffälligkeiten der Kinder großen Wert bei. Er erwartet, dass der Arzt Hyperaktivität oder auffällige Zurückgezogenheit des Kindes erkennt ebenso wie Phobien, Schlafprobleme, Enuresis, Encopresis oder sexualisiertes Spiel. Hornor (2004) empfiehlt bei allen Kindern, die sich mit Condylomen vorstellen, eine psychosoziale Anamnese und Verhaltensbeurteilung durchzuführen.

Eine Verhaltensanalyse des Kindes mit besonderem Augenmerk auf sexualisiertes Verhalten sollte ihrer Meinung nach durchgeführt werden.

Doch werden Dermatologen nicht speziell für die Behandlung von Kindern geschult, schon gar nicht in Hinblick auf eine (psychosomatische) Verhaltensbeurteilung.

Hier stellt sich die Frage, wie Ärzte ohne entsprechende Erfahrung Verhaltensbeurteilungen von Kindern durchführen können. In unserem Behandlungsstandard wurde dieses Problem mit Hilfe des Verhaltensfragebogens (in Frank und Mangold 2001; siehe Anhang) angegangen. Die Ärzte der Immunambulanz füllen bei jedem Kind, das in die Ambulanz kommt, den Verhaltensfragebogen als Anforderung für das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil aus. Im Laufe der Zeit, mit jedem weiteren beurteilten Kind, stellt sich mehr Sicherheit in der Beurteilung ein.

Zusätzlich können Verhaltensfragebogen und die anschließende Beurteilung durch den Kinder- und Jugendpsychiater miteinander verglichen werden, so dass der Hautarzt eine Rückmeldung über seine Einschätzung erhält. Vergleicht man die Einschätzungen der beiden Fachärzte, so stellt sich heraus, dass die Dermatologen das Kind ähnlich einschätzen wie der Kinder- und Jugendpsychiater, obwohl die dermatologischen Fachärzte nicht geschult in der Verhaltensbeurteilung sind.

Zusammenfassend soll also eine erste orientierende Einschätzung des Verhaltens des Kindes (Einmalkontakt) unter Berücksichtigung der Sichtweise von Dermatologen, Kinder- und Jugendpsychiater und Eltern erzielt werden.

Gerade in Hinblick auf die geforderte interdisziplinäre Vorgehensweise (Gross 1992) erfüllt unser Behandlungsstandard die Ansprüche in der Literatur.

Doch dieser Teil der Untersuchung der Kinder wird nicht zufriedenstellend in die Praxis umgesetzt: gerade einmal bei 3 von 16 Kindern, also 19%, lag der Verhaltensfragebogen vor! In der Kontrastgruppe erfolgte in 2 Fällen eine Verhaltenseinschätzung durch die Hautklinik.

Das realistische Ziel, Sicherheit in der Beurteilung von Kindern zu gewinnen und Belastungen in den Familien zu erkennen, wurde damit nicht erreicht. Die Dokumentation ist genau in diesem Bereich mangelhaft.

Gründe für diese unzureichende Umsetzung mögen darin liegen, dass es ungewohnt für einen Facharzt für Dermatologie erscheint, sich mit dem Verhalten eines Kindes auseinander zu setzen, dass durch den Zeitdruck in der Ambulanz einer Universitätsklinik die Bearbeitung eines zusätzlichen Fragebogens „unter den Tisch fällt“ oder dass die Ärzte zwar das Behandlungsstandard grob im Kopf haben, durch die tägliche Arbeit mit einer Vielzahl an verschiedenen Patienten einzelne Punkte des Behandlungsstandards vergessen werden.

Dieser Fragebogen sollte per Fax oder per Post in das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie gesendet werden, um dort auch Eingang in die Konsilakte zu finden.

Die ausgefüllten Fragebögen fand ich zu etwa gleichen Teilen im Konsilordner im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den dermatologischen Krankenakten. Dies weist darauf hin, dass in einigen Fällen die Übermittlung klappte. In der Praxis scheinen entweder auf diesem Wege Fragebögen verloren gegangen zu sein. Damit besteht noch ein Kommunikationsleck zwischen Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Diskussion der Belastungen in den Familien

Wenn man sich noch einmal die Literatur zum Thema „Hautkrankheiten und Psyche“ und „sexuell übertragbare Krankheiten und Psyche“ (siehe Literaturteil) vergegenwärtigt, sind in beiden Fällen Zusammenhänge untersucht (Shrier et al. 2001: Wechselbeziehung zwischen Depressionen und sexuell übertragbaren Krankheiten; Gupta und Gupta 1996: emotionale Faktoren nehmen Einfluß auf das Management einer Hautkrankheit; Hillis et al. 2000: Zusammenhang von sexuell übertragbaren Krankheiten im Erwachsenenalter mit negativen Kindheitserfahrungen; Pitzner et al. 2000: Untersuchung von Patienten mit einer sexuell übertragbaren Krankheit auf Missbrauch und negative „Life-Events“ im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne sexuell übertragbare Erkrankung).

Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für eine sexuell übertragbare Krankheit bereits in der Kindheit ziehen?

Betrachten wir die Gruppe von Kindern mit Condylomen. Pflegebedürftige, behinderte Kinder in 3 Familien, viele Familien aus dem Ausland mit Sprachproblemen oder

traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte, Missbrauch und Alkohol in der psychosozialen Familienanamnese und psychosomatische Erkrankungen zusätzlich zu den anogenitalen Warzen erlauben die Schlussfolgerung, dass wir es hier einer Gruppe von Kindern zu tun haben, die schon ohne die Erkrankung im Genitalbereich unter psychischem Stress leidet. Einerseits ist bemerkenswert, dass in der kurzen Zeit von einigen wenigen Kontakten zu Immunambulanz und Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie viele psychosoziale Probleme in den Familien zur Sprache kamen. Andererseits liegen möglicherweise noch viele Belastungsfaktoren im Dunkeln, die im Rahmen der Behandlung der Condylomata acuminata gar nicht aufgedeckt werden konnten, oder falls doch, zumindest nicht Eingang in die Dokumentation fanden.

Dass schlechte Kindheitserfahrungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, im Erwachsenenalter eine sexuell übertragbare Krankheit zu entwickeln, wird postuliert. Auch viele Kinder mit Condylomen werden wohl im Erwachsenenalter unter einer sexuell übertragbaren Krankheit leiden. Man könnte schlussfolgern, dass negative Kindheitserlebnisse schon bei Kindern die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine sexuell übertragbare Krankheit zu entwickeln. Diese Aussage lässt sich anhand unserer Ergebnisse jedoch weder bestätigen noch verwerfen, da die Fallzahl (16 Kinder) zu niedrig ist.

5.4.4 Diskussion der Einzelfallbeispiele

Diskussion der Durchführung des Behandlungsstandards bei Kind D

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass dieses Fallbeispiel erstaunlich gut dokumentiert ist. Es liegen sowohl die Eintragungen in die Krankenakte der Immunambulanz als auch der Verhaltensfragebogen, der Elternfragebogen (Child-Behaviour-Checklist) und 2 Arztbriefe des Kinder- und Jugendpsychiaters über das Konsil vor. Die Familie erweckt einen sehr kooperativen Eindruck.

Eine Verhaltensbeurteilung des 6-jährigen Mädchens konnte im Verlauf erfolgen; es bestand intensiver Kontakt zur Immunambulanz.

Unter den 3 erfolgten Beurteilungen herrschte Übereinstimmung: die Ärztin der Immunambulanz, die Mutter des Mädchens und der Kinder- und Jugendpsychiater sind sich einig, dass das Mädchen altersgerecht entwickelt ist. Es wurde jedoch versäumt, eine strukturierte Beobachtung durchzuführen. Dafür sind Verhaltensfragebogen, der Elternfragebogen und der strukturierte Konsiliarbogen (im Anhang) notwendig. Bei Kind D gibt es zwar einen Arztbrief aus dem Institut für Kinder und Jugendpsychiatrie, doch der Konsiliarbogen fehlt.

Wie bereits im Ergebnisteil ausgeführt, wurde der Problembereich angerissen, dass „man ihre hohen Fähigkeiten als gegeben nimmt und die Ängste, die sie zu erkennen gibt, übersieht“. Gerade in Anbetracht der vielen Termine, die die Familie in der Immunambulanz wahrnahm, wäre ein weiterer Termin im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvoll und realisierbar gewesen. Dies wäre als Diskussionspunkt möglich gewesen, ebenso wie die Frage nach einem Therapieerfolg bezüglich der Condylome (siehe unten). Die vielen Termine sprechen zwar für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, doch wäre es interessant zu erfahren, wie sich die Behandlungsmotivation über 3 Jahre hinweg gehalten hat.

Auch andere Mängel sind vorhanden: es lässt sich nicht mehr nachvollziehen, ob eine Umfelduntersuchung der Familie erfolgte, obwohl man aufgrund der übrigen Informationen über die Familie und aufgrund der regelmäßigen Termine in der Immunambulanz davon

ausgehen kann, dass eine derartige Untersuchung stattgefunden hat. Auch dass die Sozialpädagogin in diesen Fall überhaupt nicht mit einbezogen wurde, ist sehr schade. Es wäre sicher sehr aufschlussreich, welchen Eindruck eine weitere geschulte Person von dem Kind hätte. Auch auf die Möglichkeit der Wahrnehmung von Hilfsmaßnahmen wird bei dieser Familie (zumindest in der Dokumentation) nicht eingegangen, was vielleicht anders abgelaufen wäre, wenn ein Termin bei der Sozialpädagogin stattgefunden hätte.

Die Dokumentation über ein Behandlungsergebnis fehlt. Es lässt sich nicht mehr nachvollziehen, ob die lange Behandlung in der Immunambulanz zu einem rezidivfreien Abheilen der Condylome geführt hat.

Diskussion der Durchführung des Behandlungsstandards bei Kind G

Diese Familie des 8-jährigen türkischen Mädchens steht am Anfang des Behandlungsstandards in der Immunambulanz. Es handelt sich um die älteste Krankenakte dieser Studie. Es bestand einerseits noch keine „Routine“ im Umgang mit dem „Stufenprogramm“ der Condylom-Behandlung bei Kindern, andererseits zeigte die Familie wenig Kooperationsbereitschaft. Möglicherweise spielen die Sprachprobleme und der unterschiedliche kulturelle Hintergrund für die mangelnde Compliance eine wichtige Rolle.

Beispielhaft lässt sich sicherlich anführen, dass der Vater eine Behandlung seiner Tochter durch eine Ärztin (gleichgeschlechtlich) vorzog, die noch dazu ebenfalls Türkin (gleiche Nationalität) ist.

Während bei den meisten anderen Kindern die Mutter Begleitperson ist (siehe Ergebnisse), entscheidet bei Kind G der Vater über den Behandlungsverlauf. Von seinem kulturellen Hintergrund gesehen ist wahrscheinlich auch die Weigerung, eine Umfelduntersuchung bei sich und seiner Familie durchführen zu lassen, nachvollziehbar.

Die Dokumentation im dermatologischen Krankenblatt ist minimal. Durch das Engagement der Sozialpädagogin – auch in ihrer Dokumentation – ist es möglich nachzuvollziehen, was „sich hinter den Kulissen abspielte“, abseits der fehlenden Daten im Krankenblatt.

Die Folgerung liegt nahe, dass auch bei anderen Kindern mehr Interventionen erfolgten als im dermatologischen Krankenblatt verzeichnet.

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Überprüfung des Behandlungsstandards wurde nur auf die vorhandene Dokumentation zurückgegriffen, nicht dokumentierte Interventionen konnten nicht berücksichtigt werden. Um den Verlauf möglichst vollständig darzustellen, wäre eine verbesserte Dokumentation nötig.

Insgesamt erkennt man an diesem Fallbeispiel die beträchtliche Leistung der Sozialpädagogin. Die ausführliche Dokumentation ist besonders hervorzuheben, gerade unter dem Aspekt, dass es sich um unstrukturierte Gesprächsnotizen handelt.

Obwohl die Familie letztendlich keine Behandlung in der Immunambulanz in Anspruch nahm, erzielte das Mädchen einen Behandlungserfolg: Der Vater berichtete, dass seine Tochter von einer Frauenärztin der gleichen Nationalität erfolgreich gegen die Condylome behandelt wurde.

Trotz des Behandlungsabbruchs in der Immunambulanz konnte somit ein vorteilhaftes Ergebnis für die Familie erzielt werden.

Diskussion des Fallbeispiels aus der Kontrastgruppe

Das 11-Jährige Mädchen aus der Kontrastgruppe ist das einzige Kind, bei dem wahrscheinlich im Alter von 2 Jahren ein sexueller Missbrauch (siehe Zitat aus dem Arztbrief zum Dammriss des Mädchens) erfolgt war.

Paradoxerweise kam das Mädchen jedoch nicht wegen der sexuell übertragbaren Erkrankung „Condylomata acuminata“ in die Immunambulanz, sondern wegen eines genitalen atopischen Ekzems, eine Erkrankung mit multifaktorieller, jedoch nicht infektiöser Genese.

Das Mädchen zeigte ein hochangepasstes Verhalten. In den Selbstbeurteilungsbögen (Youth Self Report“, Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991) schätzt sich die 11-Jährige als unauffällig ein. Selbst ihre somatischen Beschwerden (Migräne) nennt sie gar nicht. Erst im Verlauf von 6 Terminen im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird klar, dass das Mädchen belastet, ja sogar depressiv ist.

Auch nach Einschätzung der Eltern (Mutter, Stiefvater) verhält sich das Mädchen auffällig: zurückgezogenes, ängstlich-depressive Verhaltensweisen und somatische Beschwerden weisen auf eine ausgeprägte internalisierende Störung hin.

Dieses Fallbeispiel ist eine Bestätigung für das konzeptuelle Vorgehen in der Immunambulanz. Wie bereits beschrieben, geht es ja **nicht** darum, möglicherweise erfolgten sexuellen Missbrauch im Rahmen der sexuell übertragbaren Condylome aufzudecken, sondern im kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil können Verhaltensauffälligkeiten festgestellt oder der Verdacht auf eine Entwicklungsgefährdung geäußert werden. Bei diesem Mädchen wurden Verhaltensauffälligkeiten festgestellt, die zu dem wahrscheinlich erfolgten sexuellen Missbrauch passen.

Doch stößt man in diesem Fall wieder auf lückenhafte Dokumentation in den Aufzeichnungen in der Dermatologie. Es ist kein Hinweis auf die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden; auch fehlt ein Arztbrief über die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung für die Dermatologie.

Andererseits wurde hier das Behandlungsstandard „ohne große Worte“ umgesetzt. Ein Telefonanruf genügte, damit sich das Mädchen mehrmals zu Einzelterminen und Terminen mit der Familie vorstellen konnte.

5.5 Verbesserungen; Ausblick in die Zukunft

Dokumentation

Im Ergebnisteil und in der Diskussion („Fehlende Daten/Dokumentation“) wurde bereits deutlich, dass noch Mängel in der Dokumentation der Durchführung des Behandlungsstandards von Hautklinik und Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen.

Eine Dokumentation zum **Therapieerfolg** in der dermatologischen Krankenakte bei jedem (Kontroll-)Termin ist wünschenswert. Praktisch bietet sich in Zukunft ein Schema mit Kategorien an, beispielsweise: „Condylome vollständig abgeheilt – sichtliche Besserung des Befundes – keine sichtliche Besserung des Befundes – weitere Zunahme des Befundes“.Die Umsetzung des Behandlungsstandards wird so nachvollziehbar (Qualitätskontrolle), und die Daten sind unerlässlich für weitere Studien.

Eine Grundlage für den Therapieerfolg bildet ein ausführliches **Aufklärungsgespräch**. Die Information muss wiederholt werden, um zu gewährleisten, dass die Patienten/die Familie die Vorschläge zu Hause umsetzen können. Auch durch Nachfragen von Seiten des Arztes kann sichergestellt werden, dass die Information bei der Familie „angekommen“ ist. In Hinblick auf den hohen Ausländeranteil bei den Kindern mit Condylomen und damit dem

unterschiedlichen kulturellen Hintergrund ist möglicherweise die Hilfe eines Dolmetschers dazu nötig.

Eine altersgerechte Aufklärung der Kinder über eine sexuell übertragbare Erkrankung stellt den Arzt vor eine große Herausforderung. Es besteht möglicherweise wenig Erfahrung im Umgang mit Kindern, und Aufklärungsbroschüren sind nur auf Erwachsene ausgerichtet. Lösungen in diesem Bereich sind anzustreben. Praktisch sollte der Arzt zumindest in der Akte vermerken, ob ein Aufklärungsgespräch „erfolgt“ ist, denn die Aufklärung stellt ebenfalls einen wichtigen Teil der Qualitätssicherung dar.

Ansatzpunkte für Verbesserungen auf dem Gebiet der Aufklärung können sich auch aus einer Nachfolgestudie „Bewertung des Vorgehens bei der Behandlung kindlicher Condylomata acuminata“ ergeben.

Wenn man noch einmal die Abbildung 4.13: "Dokumentation zu den Anforderungen des Konzepts" im Ergebnisteil betrachtet, lässt sich feststellen, dass der „High-Score“ bei Daten, die über festgelegte Formblätter abgefragt wurden, am häufigsten vollständig dokumentiert werden. Es kann sinnvoll sein, in Bereichen, die besonders wichtig für die Umsetzung des Behandlungsstandards sind, Formblätter zur Dokumentation einzuführen.

Mit der **Umfelduntersuchung** erfüllt der Behandlungsstandard die aktuellen Vorgaben aus der medizinischen Literatur. Mit einer verbesserten Dokumentation kann die Bedeutung dieser Anforderung noch besser herausgearbeitet werden.

In einer vorgefertigten Liste werden die Familienmitglieder und enge Kontaktpersonen der infizierten Kinder mit Geburtsdatum und dem geplanten Termin für die Untersuchung vermerkt. Ferner kann auf dem Blatt festgehalten werden, ob und wann der Termin in der Immunambulanz wahrgenommen wurde. Auf diese Weise wird auch ein Teil der psychosozialen Anamnese „mitgeliefert“, die Familiensituation des Kindes. Das „Beiblatt zur Umfelduntersuchung“ befindet sich im Anhang.

In der Abbildung 4.13 „Dokumentation zu den Anforderungen des Konzepts“ ist ferner erkennbar, dass bei Fragen, die das psychosoziale Umfeld betreffen, die Dokumentation teilweise bruchstückhaft ist. Während sich Angaben zum kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil noch in 12 Krankenakten finden, lag der Verhaltensfragebogen (Frank und Mangold 2001) bei nur noch 3 Kindern vor!

Insgesamt ist die **psychosoziale Anamnese** in dem vorliegenden Konzept zwar noch nicht vollständig standardisiert, doch bieten sich Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb der vorgegebenen Anforderungen des Behandlungsstandards. Der Verhaltensfragebogen deckt bereits viele Ansprüche aus der Literatur ab (Schachner und Hankin 1985, Gross 1992 und Hornor 2004). Diese Konsilanforderung sollte damit konsequent von den dermatologischen Ärzten ausgefüllt und damit die bereits vorhandenen Möglichkeiten besser genutzt werden.

Zusammenfassend ist ein Treffen der Beteiligten aus Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie 1-2mal pro Jahr unerlässlich, um sich die vielen Anforderungen des Konzepts für diese seltene Erkrankung zu vergegenwärtigen und an Verbesserungen zu arbeiten. Die Kooperationspartner erhalten dabei Rückmeldung über ihre Arbeit und erkennen früher Schwachstellen im Behandlungsstandard.

Ausblick in die Zukunft und offene Fragen

Das Ziel dieser Arbeit war es, den Behandlungsstandard bei Kindern mit Erkrankungen im Genitalbereich vorzustellen, die Durchführung zu überprüfen und Verbesserungen vorzuschlagen. Dazu wurde ein Überblick über den (aktuellen) Literaturstand besonders

bezüglich der Themenkomplexe „Haut und Psyche“, „genitale Untersuchung bei Kindern“ und „Konzepte zum Vorgehen bei anogenitalen Warzen bei Kindern“ gegeben.

Unser Behandlungsstandard ist im klinischen Alltag einer Universitätsambulanz umsetzbar und wird den Anforderungen aus der aktuellen Literatur mit dem Thema „Kinder und Condylome“ gerecht. In der Dokumentation und der praktischen Umsetzung, gerade in Hinblick auf die psychosozialen Komponenten des Behandlungsstandards, bestehen noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Einige Fragen bleiben am Schluss noch offen.

Der Behandlungsstandard wurde an Kindern mit Condylomen erarbeitet und auf Kinder mit nicht-infektiösen Erkrankungen im Genitalbereich übertragen. Warum werden nicht alle Kinder mit einer Erkrankung im Genitalbereich nach dem Konzept behandelt, gerade Kinder mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (Syphilis, Gonorrhoe)?

Bei der Analyse von Belastungen durch eine genitale Untersuchung (etwa mit Hilfe des Verhaltensfragebogens von Frank und Mangold 2001) stellt sich angesichts des hohen Ausländeranteils bei den Kindern mit Condylomen die Frage, ob kulturelle Aspekte stärker berücksichtigt werden müssen, um eine umfassendere Beurteilung der tatsächlichen Belastung der Kinder zu ermöglichen.

Für die Familien gibt es sicherlich Unklarheiten über den Behandlungsstandard. Die Eltern kommen offensichtlich mit unterschiedlichen Erwartungen und Perspektiven in die Immunambulanz und sind erst einmal überrascht, dass ihr Kind nicht nur dermatologisch behandelt wird, sondern auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erfolgt. Deswegen stellt sich die Frage, wie zufrieden Eltern und Kinder mit der Behandlung in der Immunambulanz sind. Diese Frage wurde bis jetzt nicht geklärt. Doch gerade eine Bewertung der betroffenen Familien kann neue Anstöße und wichtige Verbesserungen im Behandlungsstandard bewirken. Unter Umständen werden so Gründe für einen Behandlungsabbruch aufgezeigt. Eine Nachfolgestudie „Bewertung des Vorgehens bei der Behandlung kindlicher Condylomata acuminata“ durch betroffene Eltern und Kinder kann sicherlich einige der noch offenen Fragen beantworten.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist die theoretische Darstellung eines Behandlungsstandards bei *Condylomata acuminata* (virusbedingte, infektiöse Warzen im Genitalbereich) im Kindesalter und die Überprüfung der praktischen Durchführung im klinischen Alltag im Vergleich zur Behandlung einer „Kontrastgruppe“, nämlich Kinder mit nicht-infektiösen Erkrankungen im Genitalbereich (Lichen sclerosus et atrophicus genital, genitales atopisches Ekzem).

Condylomata acuminata

Condylomata acuminata sind eine der häufigsten sexuell übertragbaren Virusinfektionen, verursacht durch das „Humane Papillom-Virus“. Die Inkubationszeit ist variabel, die Rezidivrate sehr hoch. Somit ist es häufig kaum möglich, die Infektionsquelle genau festzulegen (Gross et al. 2000). Bei Erwachsenen wird primär von einer sexuellen Übertragung ausgegangen. Bei Kindern werden sowohl ein infizierter Geburtskanal zur Zeit der Entbindung diskutiert wie auch eine intrauterine Infektion, Auto- und Heteroinokulation und eine sexuelle Übertragung. Bei Kindern liegen in der medizinischen Literatur wenige Fallberichte vor.

Vorgehen

Zur Behandlung wurde eine Kooperation zwischen der Immunambulanz der Dermatologischen Klinik und dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, beide an der Ludwig-Maximilians-Universität München, vereinbart.

In der Immunambulanz werden die Kinder mit *Condylomata acuminata* ausführlich untersucht, die Familie aufgeklärt und die erweiterte Familie auf Condylome untersucht. Die Therapie wird individuell gewählt: topische Therapie oder operative Verfahren.

Der Arzt erhebt eine psychosoziale Anamnese und beurteilt das Verhalten des Kindes. Die Sozialpädagogin wird hinzugezogen.

Ferner findet routinemäßig ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil statt. Eine mögliche Entwicklungsgefährdung der Kinder durch die Behandlung im Genitalbereich oder durch Belastungen in anderen Lebensbereichen kann so leichter erkannt werden.

Auch die Kinder der „Kontrastgruppe“ durchlaufen die gleichen Stationen des Behandlungsstandards.

Methodik und Überprüfung

Zur Qualitätssicherung wurden die dermatologischen Krankenakten, die Aufzeichnungen der Sozialpädagogin in der Immunambulanz und die Dokumentation im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet, um die praktische Durchführung des Behandlungsstandards bei den Kindern mit Condylomen und in der „Kontrastgruppe“ zu evaluieren. Fallbeispiele illustrieren qualitativ das Vorgehen.

Ergebnisse

Von 1995 bis 2001 stellten sich in der Immunambulanz 16 Kinder mit genitalen Warzen, 3 Kinder mit Lichen sclerosus et atrophicus genital und 2 Kinder mit genitalem atopischen Ekzem vor.

Die meisten Kinder mit Condylomen stammen nicht aus Deutschland (69%). Es stellten sich mehr Mädchen (69%) als Jungen vor. Im Gegensatz zu den meisten Studien (Cohen et al. 1990, Fierlbeck et al. 1992, Rock et al. 1986 und Boyd 1990) sind die Kinder vorwiegend im

Grundschulalter, während in der Literatur am häufigsten über Condylomata acuminata bei Kindern zwischen 0 und 5 Jahren berichtet wird.

Alle 16 Kinder wiesen die Condylome im Perianalbereich auf, 4 Mädchen hatten zusätzlich genitale Läsionen. Bis auf 1 Kind begannen alle Kinder mit einer Therapie, in den meisten Fällen Podophyllin (bei 14 Kindern), gefolgt von der operativen Entfernung der Warzen mit dem CO₂-Laser. Pro Kind waren durchschnittlich 3 Behandlungsversuche nötig.

Eine Untersuchung auf Condylomata acuminata des familiären und sozialen Umfelds erfolgte bei 6 Kindern vollständig, bei 2 Kindern unvollständig.

Im psychosozialen Bereich wird die Dokumentation lückenhafter. Eine Verhaltensbeurteilung durch den Dermatologen erfolgte in der Immunambulanz nur in 3 Fällen, die Sozialpädagogin sah 8 Kinder. Das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil konnte bei 10 Kindern durchgeführt werden.

Dennoch wurden Belastungen in den Familien erkannt. In der Gruppe der Kindern mit Condylomen gab es pflegebedürftige, behinderte Kinder in 3 Familien, Familien aus dem Ausland mit Sprachproblemen oder traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte, Missbrauch und Alkohol in der psychosozialen Familienanamnese und psychosomatische Erkrankungen zusätzlich zu den anogenitalen Warzen. 6 Familien erhielten konkrete Hilfsangebote durch die Sozialpädagogin.

Die „Kontrastgruppe“ ist nicht mit der „Condylomgruppe“ vergleichbar. Der Ausländeranteil ist erheblich geringer und die Kinder sind durchschnittlich älter.

Die Verhaltensbeurteilung in der Immunambulanz lag in 3 Fällen vor (und damit bei über der Hälfte der Kinder), doch fehlte die sozialpädagogische Betreuung. Ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil kam bei 2 Familien zustande.

Bei einem Mädchen aus der „Kontrastgruppe“ mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten war ein sexueller Missbrauch im Kleinkindalter sehr wahrscheinlich. Die interdisziplinäre Konzeption ermöglichte eine weitere Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Diskussion

Über Therapieerfolge bei Kindern mit Condylomata acuminata wird in der medizinischen Fachliteratur meist anhand von Einzelfallbeispielen berichtet; in unserer Stichprobe fehlt zu Therapieerfolgen größtenteils die Dokumentation. Doch bei durchschnittlich drei Behandlungsversuchen pro Kind und einer Rezidivrate von 20-70% (Gross et al. 2000) bei Condylomata acuminata kann man von einer schwierigen Behandlungssituation ausgehen.

Es wurden Konzepte zum Vorgehen bei Condylomata acuminata bei Kindern voröffentlicht (Schachner und Hankin 1985, Gross 1992, Kohl und Petzold 1996 oder Hornor 2004). Bei Kindern mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung wird eine Verhaltensbeurteilung wegen der Möglichkeit eines sexuellen Missbrauchs schon von den behandelnden Dermatologen gefordert.

Im Gegensatz zu den vorliegenden Konzepten ist unser Behandlungsstandard für **verschiedene** Erkrankungen im Genitalbereich bei Kindern sinnvoll und wurde an zwei unterschiedlichen Patientenstichproben im Klinikalltag **verwirklicht**.

Es lagen nur wenige Verhaltenseinschätzungen durch die dermatologischen Ärzte vor. Das realistische Ziel, nämlich Sicherheit in der Beurteilung von Kindern mit Hilfe einer

Rückmeldung durch den Kinder- und Jugendpsychiater zu gewinnen, wurde damit nicht erreicht.

Die patientengerechte Aufklärung ist oft der Schlüssel zum Therapieerfolg. Hier kann die Dokumentation auch verbessert werden. In Anbetracht des hohen Ausländeranteils sind deutschsprachige Aufklärungsbroschüren, deren Zielgruppe überdies erwachsene Patienten mit Condylomen sind, nicht immer günstig. Ein ausführliches Aufklärungsgespräch, wenn nötig mit Hilfe eines Dolmetschers, bleibt unerlässlich. Die Information muss wiederholt mitgeteilt werden, und der Arzt kann durch Nachfragen sicherstellen, dass die Information bei der Familie „angekommen“ ist.

Insgesamt ist es gelungen, ein Konzept zu entwickeln, das im klinischen Alltag praktikabel ist. Es gibt den Ärzten Sicherheit im Umgang mit einer Situation, die für alle Beteiligten belastend ist. Regelmäßige Treffen der Kooperationspartner helfen, Schwachstellen im Ablauf zu erkennen. In der praktischen Durchführung und Dokumentation bestehen noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Zukünftige Dokumentation zur Aufklärung und Therapieerfolg ist nötig. Die Verhaltensbeurteilung der Kinder durch die Dermatologie als definiertes Ziel des Konzepts muss weiter etabliert werden.

Für weitere Gesichtspunkte zur Qualitätssicherung ist eine Befragung von Eltern und betroffenen Kindern zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsstandard wünschenswert. Diese Nachfolgestudie wurde von der Ethikkommission bewilligt.

7 LITERATURLISTE

1. **Achenbach TM, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist:** Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen–CBCL/4-18. Köln 1991
2. **Achenbach TM, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist:** Fragebogen für Jugendliche-YSR/11-18. Köln 1991
3. **American Academy of Dermatology Task Force on Pediatric Dermatology:** Genital warts and sexual abuse in children. *J Am Acad Dermatol.* 1984;11:529-530
4. **Amiry S, Pride H, Tyler W:** Perianal pseudoverrucose papules and nodules mimicking condylomata acuminata and child sexual abuse. *Cutis.* 2001;67:335-338
5. **Armstrong D, Bingham E, Dinsmore W, et al.:** Correspondence: Anogenital warts in prepubertal children: a follow-up study. *British J of Dermatol.* 1998;138:544-545
6. **Atabaki S, Paradise J:** The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics.* 1999;104:178-186
7. **Augustin M:** Erfassung von Lebensqualität in der Dermatologie. *AWMF online - Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* 2002. Online im Internet: URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-016.htm> (Stand 2005-04-02)
8. **Bender M:** Comments and opinions: Condylomata acuminata in the evaluation of child sexual abuse. *Arch Dermatol.* 1987;123:1266
9. **Bender M:** New concepts of condyloma acuminata in children. *Arch Dermatol.* 1986;122:1121-1124
10. **Benthien C:** Haut. Literaturgeschichte Körperbilder Grenzdiskurse. *Rowohlts Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.* Reinbek bei Hamburg. 2. Auflage 2001;25-49, 49-76; 111-131
11. **Boyd A:** Condylomata acuminata in the pediatric population. *AJDC.* 1990;144:817-824
12. **Boyd A:** Condylomata acuminata: still usually a sexually transmitted disease in children. *AJDC.* 1991;145:601-602
13. **Boyd A:** Diagnosis of child sexual abuse in children with genital warts. *AJDC.* 1991;145:126-127
14. **Braun-Falco M und Burgdorf W:** Tumoren. Zysten, Pseudozysten und Sinus. In: **Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. (Hrsg):** Dermatologie und Venerologie. *Springer Verlag.* Heidelberg. 5. Auflage 2005;1230-1242
15. **Clutterbuck D:** Genital Warts. In: Sexually transmitted infections and HIV. *Elsevier Mosby.* Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto. 1. Auflage 2004;157-164
16. **Cohen B, Honig P, Androphy E:** Anogenital warts in children. *Arch Dermatol.* 1990;126:1575-1580
17. **Cohen B, Honig P, Androphy E:** Comments and opinions: Anogenital warts in children. *Arch Dermatol.* 1991;127:1064-1065
18. **Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society:** Ethical approach to genital examination of children. *Can Fam Physician.* 1999; 45:1941,1945
19. **de Jong A:** Sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Sex Transm Dis.* 1986;13:123-126
20. **Dahl M:** Forschung mit Kindern und Jugendlichen aus ethischer Sicht. In: **Frank R (Hrsg):** Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pharmakotherapie, Psychotherapie. *Verlag W. Kohlhammer.* Stuttgart. 1. Auflage 2002;34-55

21. **Döpfner M, Güls F:** Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik. 1999. Online im Internet: URL: <http://www.uni-koeln.de/med-fak/kjp/kjfd/diagnost.html#CBCL%204-18> (Stand 2001-01-03)
22. **Fierlbeck G, Rassner G, Pfister H:** Condylomata acuminata bei Kindern-Nachweis von HPV 6/11 und 2. *Hautarzt*. 1992;43:148-151
23. **Fleischer AB Jr, Parrish CA, Glenn R, Feldmann SR:** Conylomata acuminata (genital warts): patient demographics and treating physicians. *Sex Transm Dis*. 2001;28:643-7
24. **Flick U:** Subjektive Daten – Objektive Analyse. Auswertungsverfahren. In: **Schwartz FW, Badura B, Leidl R et al. (Hrsg):** Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. *Urban & Schwarzenberg*. München Wien Baltimore. 1. Auflage 1998;329-346
25. **Fölster-Holst R:** Infektionskrankheiten-Viren. Andere Viren. In: **Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. (Hrsg):** Dermatologie und Venerologie. *Springer Verlag*. Heidelberg. 5. Auflage 2005; 74-87
26. **Frank R, Mangold B (Hrsg.):** Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Verlag W. Kohlhammer*. Stuttgart Berlin Köln. 1. Auflage 2001;228-234
27. **Funaro D:** Lichen sclerosus: a review and practical approach. *Dermatol Ther*. 2004;17:28-37
28. **Gieler U:** Psychosomatische Dermatologie. *AWMF online - Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) und des Berufsverbands Deutscher Dermatologen (BVDD)*. 2002. Online im Internet: URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-024.htm> (Stand 2002-15-01)
29. **Goldenring J:** Comments and opinions: Condylomata acuminata in the evaluation of child sexual abuse. *Arch Dermatol*. 1987;123:1265-1266
30. **Goldenring J:** The pediatric forum: Condylomata acuminata: still usually a sexually transmitted disease in children. *AJDC*. 1991;145:600-601
31. **Goldenring J:** Warts and diagnosis of sexual abuse. *The Lancet*. 1987;31:1018-1019
32. **Gross G:** Condylomata acuminata in der Kindheit – Hinweis für sexuellen Missbrauch. *Hautarzt*. 1992;43:120-125
33. **Gross G, Korting HC, Schöfer H, et al.:** Condylomata acuminata und andere HPV-assoziierte Erkrankungen des Genitale und der Harnröhre. *AWMF online - Leitlinien der deutschen STD-Gesellschaft*. 2000. Online im Internet: URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/059-001.htm> (Stand 2000-06-17)
34. **Gruber PC, Wilkinson J:** Successful treatment of perianal warts in a child with 5% imiquimod cream. *J Dermatolog Treat*. 2001;12:215-7
35. **Gully K, Britton H, Hansen K, et al.:** A new measure for distress during child sexual abuse examinations: the genital examination distress scale. *Child Abuse & Neglect*. 1999; 23:61-70
36. **Gupta MA, Gupta AK:** Psychodermatology: an update. *J AM Acad Dermatol*. 1996;34:1030-46
37. **Gutman L, Herman-Giddens M, Phelps W:** Transmission of Human Genital Papillomavirus Disease: Comparison of Data From Adults and Children. *Pediatrics*. 1993;91:31-38
38. **Gutman L, Herman-Giddens M, Prose N:** The pediatric forum: Diagnosis of child sexual abuse in children with genital warts. *AJDC*. 1991;145:126

39. **Gutman L, St. Claire K, Everett V, et al.:** Cervical-vaginal and intraanal human papillomavirus infection of young girls with external genital warts. *J Infect Dis.* 1994;170:339-344
40. **Hengge UR:** Aktuelle Aspekte zum Lichen sclerosus et atrophicus. In **Plewig G, Degitz K (Hrsg):** Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. *Springer Verlag.* Berlin Heidelberg. 1. Auflage 2001;254-256
41. **Herman-Giddens M, Gutman L, Berson N, et al.:** Association of coexisting vaginal infections and multiple abusers in female children with genital warts. *Sex Transm Dis.* 1988;15:63-67
42. **Herrera Saval A, Rodriguez Pichardo A, Garcia Bravo B, et al.:** Verrues anogenitales chez les enfants. *Ann Dermatol Venereol.* 1990;117:523-526
43. **Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos, et al.:** Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:1030-1036
44. **Hillis S, Anda R, Felitti V, et al.:** Adverse Childhood Experiences and Sexually Transmitted Diseases in Men and Women: A Retrospective Study. *Pediatrics.* 2000;106:E11
45. **Hornor G:** Anogenital warts in children: Sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care.* 2004;18:165-70
46. **Ingram D, Everett D, Lyna P, et al.:** Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;11:945-950
47. **Kanzler M:** Comments and opinions: Anogenital warts in children. *Arch Dermatol.* 1991;127:1063-1064
48. **Kaspari M:** Therapie von Condylomata acuminata. In: **Hengge U (Hrsg):** HPV-Infektion und Neoplasien der Haut. *Uni-Med Verlag AG.* Bremen London Boston. 1. Auflage 2003;96-110
49. **Kazzi AA, Ghadishah D:** Warts, Genital. 2004. Online im Internet: URL: <http://www.emedicine.com/emerg/topic640.htm> (Stand: 2004-12-17)
50. **Kohl P, Petzold D:** Sexuell übertragbare Krankheiten im Kindesalter und sexueller Mißbrauch. *Dt Ärztebl.* 1996;93:A-391-394
51. **Krause W:** Genitale Hautveränderungen bei sexuell übertragbaren Krankheiten. *Urologe.* 1994;33:211-216
52. **Krüger Kjaer S, Chackerian B, van den Brule A, et al.:** High-Risk Human Papillomavirus Is Sexually Transmitted: Evidence from a Follow-Up Study of Virgins Starting Sexual Activity (Intercourse). *Cancer Epidemiol Biomarkers .* 2001;10:101-6.
53. **Leder M, Emans S, Palmer Hafler J, et al.:** Addressing Sexual Abuse in the Primary Care Setting. *Pediatrics.* 1999;104:270-275
54. **Lorette G:** Suspicion d'abus sexuels chez les enfants. *Ann Dermatol Venereol.* 2000;127:549-554
55. **Majewski S, Pniewski T, Malejczyk M, Jablonska S:** Imiquimod is highly effective for extensive, hyperproliferative condyloma in children. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:440-442
56. **McLachlin C, Kozakewich H, Craighill M, et al.:** Histologic correlates of vulvar human papillomavirus infection in children and young adults. *Am J Surg Pathol.* 1994;18:728-735
57. **Mertens W, Rohde-Dachser C (Hrsg):** Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 1: Geburt bis 4. Lebensjahr. *Verlag W. Kohlhammer.* Stuttgart Berlin Köln. 1. Auflage 1992

58. **Mertens W, Rohde-Dachser C (Hrsg):** Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität. Band 2: Kindheit und Adoleszenz. *Verlag W. Kohlhammer*. Stuttgart Berlin Köln. 2. Auflage 1994; 15-18
59. **Mertin, A:** Religion nimmt Gestalt an – ästhetisch, popkulturell, szenisch. *Vortrag auf der Bildungsmesse Hannover, 2000*. Online im Internet: URL: <http://www.amertin.de/aufsatz/gestalt.htm> (Stand: 2001)
60. **Moresi JM, Herbert CR, Cohen BA:** Treatment of anogenital warts in children with topical 0,05% Podofilox gel and 5% Imiquimod cream. *Pediatr Dermatol*. 2001;18:448-452
61. **Nich C, Carroll KM:** „Intention-to-treat“ meets „missing data“: implications of alternate strategies for analyzing clinical trials data. *Drug Alcohol Depend*. 2002;1;68:121-30
62. **Lynch PJ:** Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther*. 2004;17:8-19
63. **Neinstein L, Goldenring J, Carpenter S:** Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: an infrequent occurrence. *Pediatrics*. 1984;74:67-76
64. **Niemeier V, Harth W, Kupfer J, et al.:** Prevalence of psychosomatic disorders in dermatologic patients. Experiences in 2 dermatology clinics with liaison therapy model. *Hautarzt*. 2002; 53:471-477
65. **Öztürk F, Gürses N, Sancak R, et al:** Acquired secondary syphilis in a 6-year-old girl with no history of sexual abuse. *Cutis*. 1998;62:150-151
66. **Padel A, Venning V, Evans M, et al:** Human papillomaviruses in anogenital warts in children: typing by in situ hybridisation. *BMJ*. 1990;300:1491-1494
67. **Palmer JL:** Analysis of missing data in palliative care studies. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:612-8
68. **Pfaff H, Benz J:** Subjektive Daten - Objektive Analyse. Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In: **Schwartz FW, Badura B, Leidl R et al. (Hrsg):** Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. *Urban & Schwarzenberg*. München Wien Baltimore. 1. Auflage 1998;310-329
69. **Pitzner JK, McGarry-Long J, Drummond PD:** A history of abuse and negative life events in patients with a sexually transmitted disease and in a community sample. *Child Abuse Negl*. 2000;24:715-731
70. **Pschyrembel W:** Klinisches Wörterbuch. *Walter de Gruyter*. Berlin New York. 257. Auflage 1994
71. **Raimer S, Raimer B:** Family violence, child abuse, and anogenital warts. *Arch Dermatol*. 1992;128:842-844
72. **Reinelt T:** Mensch und Sexualität: psychosexuelle Entwicklung und Fehlentwicklung aus interdisziplinärer Sicht. *Springer Verlag*. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo Hong Kong. 1. Auflage 1989;55-63, 83-103
73. **Reinhardt D:** Ethische Probleme bei Arzneimittelpflichtungen im Kindesalter. In: **Frank R (Hrsg):** Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pharmakotherapie, Psychotherapie. *Verlag W. Kohlhammer*. Stuttgart. 1. Auflage 2002;55-63
74. **Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hrsg.):** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. *Verlag Hans Huber*. Bern Göttingen Toronto Seattle. 4. Auflage 2001;331-391
75. **Rock B:** Comments and opinions: Condylomata acuminata in the evaluation of child sexual abuse. *Arch Dermatol*. 1987;123:1266
76. **Rock B, Zohreh N, Barnett N, et al:** Genital tract papillomavirus infection in children. *Arch Dermatol*. 1986;122:1129-1132

77. **Schachner L, Hankin D:** Assessing child abuse in childhood condyloma acuminatum. *J Am Acad Dermatol.* 1985;12:157-160
78. **Schneede P, Hofstetter AG, Bühmann W, et al.:** Diagnostik und Therapie von Genitalerkrankungen durch Humane Papillomviren (HPV). *AWMF online – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie.* Online im Internet: URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/043-033.htm> (Stand: 2001)
79. **Schuler G, Steinmann A, Schuler-Thurner B:** Imiquimod: Kritische Wertung der möglichen Indikationen. In: **Plewig G, Prinz J (Hrsg):** Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. *Springer Verlag.* Berlin Heidelberg. 1. Auflage 2002;140-148
80. **Shrier L, Harris S, Sternberg M, et al:** Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Prev Med.* 2001;33:179-189
81. **Shrier L, Harris S, Beardslee W:** Temporal Associations Between Depressive Symptoms and Self-reported Sexually Transmitted Disease Among Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:599-606
82. **Siegfried E, Rasnick-Conley J, Cook S, et al:** Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. *Pediatrics.* 1998;101:43-47
83. **Sonnex C, Strauss S, Gray JJ:** Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Inf.* 1999;75:317-319
84. **Squires J, Persaud D, Simon P, et al:** Oral condylomata in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:651-654
85. **Stalder J, Héloury, David A, et al.:** Condylomes ano-génitaux chez l'enfant et sévices sexuels. *Ann Dermatol Venereol.* 1989;116:265-268
86. **Stangier U:** Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. *Hogrefe Verlag.* Göttingen Bern Toronto Seattle. 1. Auflage 2002;2-22
87. **Stockfleth E:** Infektionskrankheiten-Viren. Humane Papillomviren. In: **Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, et al. (Hrsg):** Dermatologie und Venerologie. *Springer Verlag.* Heidelberg. 5. Auflage 2005;45-55
88. **Strauß B:** Grundlagen körperlicher und psychischer Entwicklung: Sexualität. In: **Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A:** Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. *Schattauer Verlag.* Stuttgart New York. 1.Auflage 2003;163-174
89. **Streit M, Braathen LR:** Humanes Papilloma-Virus und das klinische Spektrum von Warzen. *Schweiz Med Forum.* 2001;32/33:814-819
90. **Textor MR, Winterhalter-Salvatore D:** Allgemeiner Sozialdienst. In: **Fthenakis WE, Textor MR (Hrsg):** Das Online-Familienhandbuch. 2004. Online im Internet: URL:http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_82.html (Stand 2004-05-26)
91. **Tran H, Moreno G, Shumak S:** Imiquimod as a dermatological therapy. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:427-38
92. **Tuncel A, Görgü M, Ayhan M et al.:** Treatment of anogenital warts by pulsed dye laser. *Dermatol Surg.* 2002;28:350-352
93. **Tutsch-Bauer E, Rauch E, Penning R:** Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. *Dt Ärztebl.* 1998;95:A-1027-1032
94. **von Krogh G, Lacey C, Gross G, et al.:** European course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of anogenital warts. *Sex Transm Inf.* 2000;76:162-168
95. **Vorenberg E:** Diagnosing child abuse. *Arch Dermatol.* 1992;128:844-84
96. **Wienert V:** Feigwarzen. *AWMF online - Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Gesellschaft für Koloproktologie.* 1999. Online im Internet:

URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/013-008.htm> (Stand Dezember 2002)

97. **Wörz R:** Glossodynie. *AWMF online - Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)*. 1997. Online im Internet: URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/038-003.htm> (Stand: Oktober 1997)

Weiterführende Quellen im Internet

1. PubMed

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> (Stand 2005-06-27)

2. Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

URL: <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/> (Stand 2005-05-10)

3. Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

URL: <http://derma.klinikum.uni-muenchen.de/> (Stand 2005-06-02)

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.1: Michelangelo: „Jüngstes Gericht“ (www.romaculta.it/det/sistina_jgericht.html)	2
Abbildung 1.2: Robbie Williams: Rock DJ (robbie.by.ru/rock_dj.htm).....	2
Abbildung 1.3: Anzahl der negativen Kindheitserfahrungen und sexuell übertragbare Krankheiten (Hillis et al. 2000).....	8
Abbildung 1.4: Condylomata acuminata (Quelle: Dermatologische Klinik).....	12
Abbildung 3.1: Konzept zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Kindern.....	41
Abbildung 4.1: Behandlungsbeginn	47
Abbildung 4.2: Alter bei Behandlungsbeginn.....	48
Abbildung 4.3: Nationalität der Kinder mit Condylomen und der Kontrastgruppe.....	49
Abbildung 4.4: Zahl der Termine in der Immunambulanz	50
Abbildung 4.5: Lokalisation der Erkrankung.....	51
Abbildung 4.6: Therapie bei Condylomata acuminata.....	52
Abbildung 4.7: Therapie in der Kontrastgruppe	53
Abbildung 4.8: Angaben zur Umfelduntersuchung	54
Abbildung 4.9: Verhaltensfragebogen bei Kindern mit Condylomen	56
Abbildung 4.10: Kontakt zur Sozialpädagogin	57
Abbildung 4.11: Kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil	58
Abbildung 4.12: Dokumentation zu den Anforderungen des Konzepts	60
Abbildung 4.13: Verhaltensfragebogen/Konsilanforderung Kind D	63
Abbildung 4.14: Ausschnitte aus der Child-Behavior-Checklist Kind D“ (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991)	64
Abbildung 4.15: Ausschnitt aus der Auswertung der Child-Behavior-Checklist Kind D“ (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991).....	66
Abbildung 4.16: Ausschnitt aus der Auswertung der Child-Behavior-Checklist Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991), von der Mutter ausgefüllt.....	71
Abbildung 4.17: Ausschnitt aus Auswertung der Child-Behaviour-Checklist Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991), vom Vater ausgefüllt.....	72
Abbildung 4.18: Ausschnitt aus der Auswertung des Youth-Self-Reports Kind Kontrastgruppe (Achenbach und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1991).....	73
Abbildung 5.1: Umsetzung des Behandlungsstandards bei den Kindern mit Condylomen * .	82
Abbildung 5.2: Vergleich der Genital Examination Distress Scale mit dem Verhaltensfragebogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Gully et al. 1999; Frank und Mangold 2001)	84
Abbildung 5.3: Stichprobengröße Kinder mit Condylomen (eigene Daten; Rock et al. 1986; Boyd 1990; Cohen et al. 1990).....	90
Abbildung 5.4: Geschlechtsverteilung der Kinder mit Condylomen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Rock et al. 1986; eigene Daten)	91
Abbildung 5.5: Altersdurchschnitt der Kinder mit Condylomen (eigene Daten; Rock et al. 1986; Boyd 1990; Cohen et al. 1990)	92
Abbildung 5.6: Lokalisation von Condylomen bei Mädchen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Fierlbeck et al. 1992; Rock et al. 1986, eigene Daten)	95
Abbildung 5.7: Lokalisation von Condylomen bei Jungen (Cohen et al. 1990; Boyd 1990; Fierlbeck 1992; Rock 1986; eigene Daten).....	96

9 ANHANG

9.1 Vorschlag für einen Dokumentationsbogen zur Umfelduntersuchung

Adressette des Kindes

Name, Familienstand. Im Haushalt lebend?	Geburtsdatum	Geplanter Termin	Wahrgenommen am ...

Sonstiges, Bemerkungen:

9.2 Verhaltensfragebogen/Konsilianforderung

(Frank und Mangold 2001)

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie LMU München
 Poliklinik apl. Prof. Dr. Frank
 Tel. (5160) -5155 FAX-Nr. (5160)-4734

ID-Nr.

--	--	--	--	--

 /

--	--

Datum _____

1. Anfrager Klinik, Station, Tel.Nr.

2. Persönliche Daten

Adressette

Name _____

Vorname _____

01 Geburtsdatum (TTMMJJ)

--	--	--	--	--	--

02 Geschlecht (1=m/2=f)

--

 sex

03 Nationalität

--

 nat

(1=deutsch/2=türk./3=jug./4=and./9=fehl. Info)

3. Stationäre Aufnahme am (TTMMJJ)

--	--	--	--	--	--

Aufnahmediagnose _____

4. Lebenssituation des Kindes

Kind lebt bei: (0=nein/1=ja/9=fehl. Info)

den Eltern

--

 wohn-el

Mutter allein

--

 wohn-mu

Vater allein

--

 wohn-vp

Mutter + neuem Partner

--

 wohn-mp

Vater + neuem Partner

--

 wohn-vp

Beziehungsstatus der Eltern: (1=leben zus./2=getr./gesch./3=nie zus./gebt/4=verwitwet/9=fehl. Info)

--

 ell-bez

5. Verhaltenseinschätzung

5.1 Verhalten des Kindes (im Vergleich zu anderen gleichaltr. Kindern)

(zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)

	1 viel mehr	2 mehr	3 gleich	4 weniger	5 viel wenig
a) Wie unruhig ist das Kind?					
b) Wie stabil ist die Stimmung des Kindes?					
c) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?					
d) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?					
e) Wieviel aggressive Handlungen zeigt das Kind?					
f) Wie ängstlich verhält sich das Kind?					
g) Wieviel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme? (Erbr., Verweig.)					
h) Wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?					
i) Wieviel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?					
j) Wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert? ggf welche Veränderungen?.....					

5.2 Verhalten der Eltern (im Vergleich zu anderen Eltern)

	1 viel mehr	2 mehr	3 gleich	4 weniger	5 viel wenig
a) Wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?					
b) Wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?					
c) Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?					
d) Wieviel Interesse am Kind äußern die Eltern?					
e) Wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?					
f) Wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?					
g) Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?					
h) Wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?					

6. Fragestellung:

Unterschrift

Konsildoku 3. Version 2002 Seite 1

120

9.3 Konsiliarbogen (Frank und Mangold 2001)

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie LMU München
 Poliklinik apl. Prof. Dr. Frank
 Tel. (5160) -5156 FAX-Nr. (5160)-4734

ID-Nr.

--	--	--	--	--	--

Datum _____

Konsiliarbericht

nachrichtlich an: _____

Adressat(en)/Station: _____

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Anlaß zur Vorstellung

7. Befunde

7.1 Psychopathologischer Aufnahmebefund	Glossar auf der Rückseite	
0=unauffällig 1=leicht ausgeprägt 2=stark ausgeprägt 9=nicht beurteilbar		
1 Störung der Interaktion	pp-inter	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
2 Störung des Sozialverhaltens	pp-soz	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	pp-aufm	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
4 Störung der Psychomotorik	pp-psymo	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
5 Störung des Sprechens und der Sprache	pp-spra	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
6 Angststörungen	pp-angst	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
7 Störung von Stimmung und Affekt	pp-affek	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
8 Zwangsstörung	pp-zwang	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
9 Eßstörung	pp-eßst	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10 Funktionelle und somatoforme Störungen	pp-somst	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
11 Merkfähigkeits-, orientierungs- und Bewußtseinsstörungen	pp-merkf	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
12 Formale Denkstörungen	pp-fdenk	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
13 Inhaltliche Denkstörungen	pp-idenk	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
14 Ich-Störungen	pp-ichst	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
15 Sinnestäuschungen	pp-sinn	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
16 andere Störungen	pp-andst	0 1 2 9 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

7.2 Befund

7.3 Beurteilung

7.4 Klinisch-psychiatrische Diagnose n. ICD 10

(0=keine psychiatrische Diagnose, 9= fehl. Info 7=er=nicht zutreffend)

Sicherheitsgrad der Diagnose 1=sicher 2=unsicher 9=fehl. Info dg_icd 10

sichdiag

7.5 Empfehlungen

Untersuchungsdatum _____

Unterschrift Konsiliar _____

Konsildoku 3. Version 2002

Seite 2

Name	Vorname	Geb. Datum
8. Anlaß für das Konsil (siehe Glossar)		
1 Suizidale Handlungen	a-suizid	0 1 9
2 Kindesmißhandlung	a-mißh	0 1 9
3 Eßstörung	a-eßst	0 1 9
4 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	a-verh	0 1 9
5 Chronische Erkrankung	a-chron	0 1 9
6 Psychosomatische Erkrankungen	a-psysom	0 1 9
7 (andere) Eltern-Kind-Probleme	a-ekipro	0 1 9
8 Entwickl.- u. Gedeihstörungen	a-entwi	0 1 9
9 Probleme mit Krankheitsbewältigung/Coping	a-coping	0 1 9
10 Organisch bedingte psychische Störungen (z.B. Hirntrauma)	a-orpsy	0 1 9
11 Kommunikationsstörungen	a-komm	0 1 9
12 Münchhausen by proxy	a-münchh	0 1 9
13 Sexueller Mißbrauch	a-sexmiß	0 1 9
14 Sonstige	a-sonst	0 1 9

9. Empfehlungen		0=nein 1=ja 9=fehl. Info
Klinikaufenthalt		
Beurteilung des Kindes		0 1 9
zu den Kontakten mit dem Eltern		0 1 9
zum Umgang mit dem Kind		0 1 9
Aufgabenverteilung auf Station		0 1 9
Anleitung Eltern		0 1 9
Hilfen zu Schmerz, Angst, Stressbewältigung		0 1 9
Pharmakotherapie		0 1 9
Nach dem Klinikaufenthalt		
Schule		0 1 9
Jugendhilfe		0 1 9
Beratung		0 1 9
Therapie		0 1 9
Verlegung		0 1 9
Rechtliche Schritte		0 1 9

10. Leistungsspektrum		0=nein 1=ja 9=fehl. Info
10.1 Art der Leistung		
1 Fachberatung Arzt	pers. arzt-per	0 1 9
2 Fachberatung Arzt	tel. arzt-tel	0 1 9
3 Fachberatung Psych.	pers. psy-pers	0 1 9
4 Fachberatung Psych.	tel. psy-tel	0 1 9
5 Fachberat. and. (Sozialdienst, and.)	pers. soz-pers	0 1 9
6 Fachberat. and. (Station, and.)	pers. sta-pers	0 1 9
7 Fachberat. and. (Sozialdienst, and.)	tel. soz-tel	0 1 9
8 Fachberat. and. (Station, and.)	tel. sta-tel	0 1 9
9 Untersuchung Kind	us-kind	0 1 9
Videoaufn.	video	0 1 9
YSR	ysr	0 1 9
10 Elterngespräch	elt-gesp	0 1 9
CBCL	cbcl	0 1 9
11 Mitwirkung an der Behandlung	mitw-beh	0 1 9
Fallkonferenz	fallkonf	0 1 9
Stellungn. Vorm.gericht	stell-vg	0 1 9
12 Mitwirkung bei Verlegung	mitw-ver	0 1 9
13 Krisenintervention	kris-int	0 1 9
14 Nachsorge	nachsorg	0 1 9
15 Sonstiges	sonst	0 1 9
10.2 Anzahl der Konsiliarkontakte	99 Fehlende Information	ntermine
	1= frank 2= v. suchdoletz	mitarb
10.3 Arztbrief geschrieben	0=nein 1=ja 9=fehl. Info	arztbrie
10.4 Brief an Eltern verschickt	0=nein 1=ja 9=fehl. Info	brief-el

10 DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. Reiner Frank aus dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie danke ich für die selbstverständliche und intensive persönliche Betreuung in jeder Phase der Arbeit, für seine hervorragende Motivation in den Höhen und Tiefen der Arbeit und die erfahrene fachliche Beratung bei der Bearbeitung dieses schwierigen Themas.

Meine Anerkennung gilt auch Frau Burghardt-Sandoz aus dem Institut für die unglaublich vielen Hilfestellungen nicht nur bei organisatorischen Fragen.

Mein Dank geht an die Dermatologische Klinik und Herrn Prof. Dr. Klaus Degitz für die Betreuung des dermatologischen Teils dieser Arbeit.

Besonders bedanke ich mich bei dem Team der Immunambulanz, Frau Dipl. Soz.-Päd. Petra Heinrich, Herrn Dipl. Psych. Dr. Stefan Zippel, Herrn PD Dr. Ralf Wienecke und Schwester Gertraud Darosz für die unkomplizierte Hilfsbereitschaft und die gute, kollegiale Zusammenarbeit.

Mein persönlicher Dank geht vor allem an meine Familie, meine Eltern und Schwestern, die mir zu jeder Zeit Rückhalt und Stütze waren.

Ich danke meinen Freunden und Mitbewohnern, die mir Anregungen gaben und stets ein offenes Ohr hatten. Stellvertretend für alle seien Dr. Christopher Kühl, Oliver Lieleg, Caroline Erber, Susanne Götz, Silvia Teuber und Uwe Tränkler genannt.

Besonders bedanke ich mich bei Thomas Koch, der mich persönlich und beruflich in einzigartiger Weise unterstützt hat.

„Das einzig Wichtige im Leben sind die Spuren von Liebe, die wir hinterlassen, wenn wir weggehen.“

Albert Schweitzer

Während der Entstehung dieser Arbeit verstarb Frau Dr. Eva Thoma-Greber. Ohne ihr Engagement für die Kinder mit Condylomata acuminata wäre diese Arbeit nicht entstanden. Sie war für mich eine kompetente und tatkräftige Betreuerin in der Hautklinik, die mir stets im Gedächtnis bleiben wird.

Auch meine Mutter ist zur gleichen Zeit verstorben.

11 LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name: Schiffner
Vornamen: Margaret Katerina
Geburtsdatum: 19.03.1978
Geburtsort: Zwiesel
Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulische Ausbildung

1984 – 1988 Grundschule in Bodenmais
1988 – 1997 Comenius-Gymnasium Deggendorf
1997 Zeugnis der „**Allgemeinen Hochschulreife**“

Studium

11/1997 – 09/1999 Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg
10/1999 – 11/2004 Studium der Humanmedizin an der TU München
02/2005 **Approbation als Ärztin**

Studienbegleitende Tätigkeiten

11/2000 – 11/2002 Mitarbeit in den studentischen Arbeitskreisen für Klassische Homöopathie der LMU München
05/2001 – 11/2003 Mitarbeit in den studentischen Arbeitskreisen für Traditionelle Chinesische Medizin der LMU München
06/2004 – 09/2004 Einführung in die Anthroposophische Medizin im Rahmen des PJ-Tertials in der Inneren Medizin

Wissenschaftliche Arbeit

März – September 2005 Forschungstätigkeit am „Tuberöse Sklerose – Zentrum München“ an der Dermatologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Auslandsaufenthalte

07/2002 – 09/2002 Famulatur in **Traditioneller Chinesischer Medizin** am „China Medical College“ in Taichung, Taiwan
02/2004 – 05/2004 Praktisches Jahr in **Chirurgie** am „Ospedale Maggiore di Milano“, Istituto di Chirurgia d’Urgenza, Universitätsklinik der „Università degli Studi di Milano“, Italien, SOKRATES/ERASMUS-Programm
06/2004 – 09/2004 Praktisches Jahr in der **Inneren Medizin** am “Paracelsus-Spital” Richterswil, Lehrkrankenhaus der Universität Zürich, Schweiz