

Protokoll zur medizinischen Versorgung

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Clinic of Child and Adolescent Psychiatry,
Psychosomatics and Psychotherapy
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow

Specialist in Child and Adolescent Psychiatry
kerstin.stellermann-strehlow@charite.de

Dr. med. Astrid Helling-Bakki

Specialist in Pediatrics and Adolescent Medicine
Senior Advisor
astrid-christina.helling-bakki@charite.de

Rebecca Menhart

Research Associate
Psychological Psychotherapist in Training (TP/PA)
Section for Trauma Consequences and Child Protection
rebecca.menhart@charite.de

Dr. pol. Rita Horvay

Research Associate
rita.horvay@charite.de

Sarah Nopper

Student Assistant
sarah.nopper@charite.de

Prof. Dr. med. Sibylle M. Winter

PROMISE Elpis Project Lead
Deputy Clinic Director of the Clinic of Child and Adolescent
Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy
University Professor of Trauma Consequences and Child
Protection
Head of the Child Protection Outpatient Clinic and
Childhood-Haus Berlin
Head of the Trauma Outpatient Clinic
Head of the Child Protection Team
sibylle.winter@charite.de

Co-funded by the European Union

PROMISE Elpis Project
2023-2025



Co-funded by
the European Union

Promise Elpis
Consortium:

**Disclaimer**

Die in diesem Protokoll enthaltenen Empfehlungen für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt (Wortlaut englische Textversion: Online Child Sexual Abuse) beruhen auf dem aktuellen Forschungsstand sowie auf etablierten professionellen Standards. Sie dienen der fachlichen Orientierung und ersetzen weder individuelle Diagnostik noch medizinische Entscheidungsfindung.

Trotz sorgfältiger Aufbereitung der Inhalte übernehmen die Autor:innen keine Haftung für die Vollständigkeit, Richtigkeit oder die uneingeschränkte Anwendbarkeit der Empfehlungen auf jede konkrete Situation. Die Verantwortung für die Umsetzung und Anwendung der beschriebenen Maßnahmen liegt bei den jeweiligen Fachkräften.

Die Originalversion des Textes wurde in Englisch verfasst und im Anschluss von zertifizierten Übersetzungsdiensten in die Sprachen des Konsortiums (Deutsch, Finnisch, Schwedisch) übersetzt.

Contents

Vorwort	8
1 Ziel des Protokolls	9
2 Aufbau des Protokolls	9
3 Abkürzungen und Symbole	10
4 Terminologie	11
4.1 Kind	11
4.2 Gesundheit	11
4.3 Sexuelle Gesundheit	11
4.4 Alter der sexuellen Mündigkeit	11
4.5 Sexualisierte Gewalt an Kindern	12
4.6 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern	12
5 Wissenschaftlicher Hintergrund	15
5.1 Epidemiologie der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern	15
5.2 Systematische Übersicht	17
5.3 Zusätzliche Literatur	17
5.4 Offizielle Leitlinien	18
5.5 Stimmen von Fachleuten	19
5.5.1 Exemplarische Interviews im Barnahus – „Childhood-Haus“ Deutschland	19
5.5.2 Europäische interdisziplinäre Perspektiven	20
6 Fallstudien	21
6.1 Vorpubertärer Junge	21
6.2 Mädchen zu Beginn der Pubertät	22
6.3 Mädchen am Ende der Pubertät	22
7 Grundprinzipien der Protokolle	23
7.1 Einbeziehung von Kindern:	23
7.2 Aversive Kindheitserfahrungen (ACE)	24
7.3 (Risiko-)Bewertung der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern	26
7.4 Digitales Material als Beweismittel	29
7.5 Allgemeine interdisziplinäre Maßnahmen im Barnahus in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern	31

8 Praktische Anwendungen des medizinischen Ansatzes im Barnahus im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern	33
8.1 Überlegungen	33
8.2 Bewertung	35
8.3 Medizinische Leitlinien	35
8.4 Empfohlene Maßnahmen	36
8.4.1 Allgemeines (zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern)	37
8.4.2 Indikation für spezifische medizinische Untersuchungen	42
9 Schlussfolgerung	45
10 Referenzen	46

Die Verfasserinnen des Protokolls:

Die Verfasserinnen des Protokolls:

Charité-Team PROMISE Elpis:

Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow, Dr. Astrid Helling-Bakki, Rebecca Menhart, Dr. Rita Horvay, Sarah Nopper, Prof. Dr. Sibylle M. Winter

Leiterin des EU-Projektes PROMISE Elpis: Prof. Dr. Sibylle M. Winter,
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Vorwort

Dieses Protokoll über medizinische Versorgung und Interventionen für Kinder, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind, ist das Ergebnis eines zweijährigen Prozesses einer interdisziplinären Forschungsgruppe an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, die Teil des EU-finanzierten Forschungsprojektes „PROMISE Elpis“ war.

Vor dem Hintergrund der schnell wachsenden digitalen Globalisierung, der zunehmenden Zahl von Vorfällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt und der Tatsache, dass diese zu ebenso schwerwiegenden psychischen Problemen führen können wie sexualisierte Gewalt, müssen alle mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Fachkräfte über technologiegestützte sexualisierte Gewalt und das damit verbundene Risiko der sexuellen Ausbeutung informiert sein. Selbst beim Barnahus-Modell fehlt eine standardisierte, inter-disziplinäre Anleitung zur Unterstützung der von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder und ihren sicheren primären Bezugspersonen (Haldorsson, 2018). In Deutschland ist Barnahus unter dem Markennamen „Childhood-Haus“ bekannt.

Das Ziel von PROMISE Elpis ist die Unterstützung interdisziplinärer Teams mit praktischen Anleitungen in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Familien, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind. Im Projekt PROMISE Elpis arbeiten Fachleute aus verschiedenen Bereichen eng zusammen, von Forensik über die Medizin und Soziologie bis hin zur Psychologie. PROMISE Elpis konzentriert sich auf die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder. Die Entwicklung von Präventions-, Therapie- und juristischen Maßnahmen für Täter:innen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt ist von wesentlicher Bedeutung, aber nicht Bestandteil von PROMISE Elpis.

Die Protokolle für „medizinische Versorgung“ und „standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention im Barnahus“ sind miteinander verknüpft und sollten zusammengelesen werden.

Wir möchten uns bei allen Fachkräften bedanken, insbesondere bei Frau Eberstein, die mit ihrer Expertise und ihrem Engagement wesentlich zur Entwicklung dieses Protokolls beigetragen haben. Besonderer Dank gilt den betroffenen Kindern und Jugendlichen, deren Erfahrungen uns den Weg zur Weiterentwicklung der bestehenden Unterstützungsangebote zeigen.

Zudem sind wir sehr dankbar, dass wir an dem EU-finanzierten Forschungsprojekt PROMISE Elpis teilnehmen konnten und vertrauen darauf, dass das Protokoll einen Teil der Versorgungslücke in Bezug auf die medizinische Versorgung von betroffenen Kindern und deren Familien nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt schließt.

1 Ziel des Protokolls

Dieses Protokoll soll interdisziplinären Teams eine strukturierte Anleitung für medizinische Interventionen und Untersuchungen in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern geben. Es soll ein standardisiertes, qualitätsgesichertes Vorgehen, Orientierung in komplexen oder kritischen Situationen, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Rechtssicherheit und -schutz sowie Wissenstransfer und transparente Dokumentation des Prozederes gewährleisten.

2 Aufbau des Protokolls

Das Protokoll umfasst zunächst die zugrundeliegende Terminologie und den wissenschaftlichen Hintergrund – es beschreibt die Notwendigkeit und den erforderlichen Inhalt eines Protokolls zur medizinischen Versorgung von Kindern, die von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffen sind, in interdisziplinären Teams in Barnahus-Einrichtungen. Der zweite Abschnitt beginnt mit der Einführung von Fallbeispielen, die im weiteren Verlauf des Protokolls als praktische Beispiele im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Theorie verwendet werden. Es beschreibt außerdem die Grundprinzipien des Protokolls. Der dritte Abschnitt enthält praktische Leitlinien für die Einbeziehung medizinischer Untersuchungen und Interventionen in die Versorgung der von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder durch das interdisziplinäre Team im Barnahus und den kooperierenden Partner:innen.

Dieses Protokoll ist zusammen mit dem Protokoll „Standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention im Barnahus“ zu lesen. Die Kapitel 3 bis 7 sind in beiden Dokumenten inhaltlich identisch und bilden die Grundlage der weiteren Ausführungen. Die psychosoziale Beratung ist ein wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Gesundheitsversorgungsansatzes. Daher sollten alle Fachkräfte in Barnahus-Einrichtungen Kenntnisse über einen psychosozialen und traumasensiblen Ansatz verfügen.

3 Abkürzungen und Symbole

ACE	Adverse Childhood Experience (Belastende Kindheitserlebnisse)
APA	American Psychological Association (Amerikanische Psychologenvereinigung)
BAK	Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium der Justiz
CATS-2	The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (Trauma-Screen 2 für Kinder und Jugendliche)
CO:RE	Children Online: Research and Evidence
CRIS	Children's Revised Impact of Event Scale (Revidierte Skala der Auswirkungen von Ereignissen bei Kindern)
CROPS	The Child Report of Posttraumatic Symptoms (Kinderfragebogen zu posttraumatischen Symptomen)
CSA	Child Sexual Abuse (Sexualisierte Gewalt an Kindern)
CTQ	Child Trauma Questionnaire (Fragebogen zum Thema Trauma bei Kindern)
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
ECPAT	End Child Prostitution, Child Pornography & Trafficking of Children for Sexual Purposes (Arbeitsgemeinschaft zum Schutz der Kinder vor sexueller Ausbeutung)
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
mhGAP	Mental Health Gap Action Program (Aktionsprogramm zur Schließung von Lücken in der psychischen Gesundheitsversorgung)
NCA	The National Children's Alliance (Nationale Kinderallianz)
NCMEC	National Center of Missing & Exploited Children (Nationales Zentrum für vermisste und ausgebeutete Kinder)
OCSA	Online Child Sexual Abuse (technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern)
PROPS	Parental Report of Posttraumatic Symptoms (Elternfragebogen zu posttraumatischen Symptomen)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
tfCBT	Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie)
UBSKM	Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs
UNCRC	United Nations Convention on the Rights of the Child (VN Kinderrechtskonvention)
UNGA	United Nations General Assembly (Generalversammlung der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Internationales Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)



Fallbeispiel



Praktischer Tipp



Nicht vergessen

4 Terminologie

In diesem Kapitel werden häufig verwendete Begriffe im Zusammenhang mit dem Protokoll erläutert. Die kapitelspezifische Terminologie wird gegebenenfalls zu Beginn des Abschnitts definiert.

4.1 Kind

Im vorliegenden Protokoll wird die Definition des Begriffs „Kind“ verwendet, die in der Lanzarote-Konvention (2016), die den rechtlichen Standard für den Schutz von Kindern vor sexualisierter Gewalt setzt, festgelegt ist. Das Übereinkommen von Lanzarote definiert ein Kind als eine „Person unter 18 Jahren“.

4.2 Gesundheit

Gesundheit wird definiert als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und der Fähigkeit, sich an wechselnde Bedingungen anzupassen.“ (WHO, 1948). Gesundheit ist also ein positives Konzept, welches sowohl die sozialen und persönlichen Ressourcen als auch die körperlichen Fähigkeiten betont. Die Verbesserung der Gesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe von Gesundheitsdienstleistern, Mitarbeiter:innen des öffentlichen Gesundheitswesens und einer Vielzahl anderer Akteure in der Gemeinschaft, die zum Wohlergehen von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen beitragen können (Durch et al., 1997).

4.3 Sexuelle Gesundheit

Die WHO definiert sexuelle Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Dieses bedeutet nicht nur das Fehlen von Krankheiten, Funktionsstörungen oder anderer Einschränkungen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, die frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt sind. Um sexuelle Gesundheit zu erreichen und zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden (WHO, 2006).

4.4 Alter der sexuellen Mündigkeit

Das Übereinkommen von Lanzarote verweist in Artikel 18 auf die „Volljährigkeit für sexuelle Handlungen“ gemäß der Entscheidung des Vertragsstaats bezüglich dieses

Alters. Darüber hinaus kam ECPAT, eine Kampagne, an der 135 zivilgesellschaftliche Organisationen aus 111 Ländern beteiligt sind, die sich für die Beendigung der sexuellen Ausbeutung von Kindern einsetzen, zu dem Schluss, dass das gesetzlich festgelegte Alter der sexuellen Mündigkeit ein Verbot darstellt, ein Kind unterhalb dieser Altersgrenze in sexuelle Aktivitäten zu involvieren, und dass die Zustimmung des Kindes rechtlich irrelevant ist. Die Kampagne unterstreicht, dass kein Kind in der Lage sein kann, die eigene Ausbeutung oder sexualisierte Gewalterfahrungen rechtlich zu billigen. Darüber hinaus sollten die Staaten alle Formen der sexuellen Ausbeutung und der sexualisierten Gewalt von Kindern bis zum Alter von 18 Jahren unter Strafe stellen und jede mutmaßliche „Zustimmung“ zu ausbeutenden oder missbräuchlichen Handlungen als null und nichtig betrachten (Greijer et al., 2025).

4.5 Sexualisierte Gewalt an Kindern

Es existieren mehrere Definitionen von sexualisierter Gewalt an Kindern (Wortlaut englische Textversion: Child Sexual Abuse – CSA). Manche beschränken sich auf sexualisierte Gewalt mit Körperkontakt, während andere umfassender sind und auch Formen ohne Körperkontakt einbeziehen, indem sie sexualisierte Gewalt als jede sexuelle Handlung definieren, die einer minderjährigen Person durch Bedrohung, Gewalt, Einschüchterung oder Manipulation angetan wird. Das Spektrum der sexuellen Aktivitäten umfasst somit Streicheln, Aufforderung an ein Kind, sich sexuell zu berühren oder von ihm berührt zu werden, Geschlechtsverkehr, Vergewaltigung, Inzest, Sodomie, Exhibitionismus, Ausbeutung von Kindern für Prostitution und exploitative Materialien oder das Anlocken von Kindern im Internet durch Cyberkriminelle (Collin-Vézina & Daigneault, 2013). Die WHO (1999) definiert sexualisierte Gewalt an Kindern als die Beteiligung eines Kindes an sexuellen Handlungen, die das Kind nicht vollständig versteht, für die es keine informierte Zustimmung geben kann oder auf die es entwicklungsmäßig nicht vorbereitet ist und dazu keine Zustimmung geben kann. Solche Aktivitäten verstoßen gegen die Gesetze oder soziale Tabus der Gesellschaft. Sexualisierte Gewalt ist gekennzeichnet durch die Interaktionen zwischen einem Kind und einem Erwachsenen oder einem anderen Kind, das aufgrund seines Alters oder seiner Entwicklung eine Position der Verantwortung, des Vertrauens oder der Macht innehat, wobei die Aktivität darauf abzielt, die Bedürfnisse des Letzteren zu befriedigen oder zu erfüllen.

4.6 Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern

Der Begriff „technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern“ (Wortlaut englische Textversion: Online Child Sexual Abuse - OCSA) wird im Folgenden gemäß

der Definition in den Luxemburger Leitlinien verwendet (Greijer et al., 2025). Er beschreibt den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) bei sexualisierter Gewalt an Kindern. Dazu gehört auch die Nutzung von IKT zur Erleichterung der sexualisierten Gewalt, z. B. Online-Grooming unter Nutzung von IKT zum Austausch und damit Wiederholung von sexualisierter Gewalt, der anderswo begangen wurde, z. B. durch Bilder und Videos von sexualisierter Gewalt. Dies steht im Einklang mit der Terminologie des VN-Übereinkommens gegen Internetkriminalität, welches „Materialien über sexualisierte Gewalt oder die sexuelle Ausbeutung von Kindern“ als Inhalte definiert, die Personen unter 18 Jahren darstellen, beschreiben oder repräsentieren (Generalversammlung der Vereinten Nationen [UNGA], 2024).

Im Jahr 2025 veröffentlichte ECPAT die zweite Auflage der „Terminology Guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse“. Sie empfiehlt, den englischen Begriff Online Child Sexual Abuse (OCSA) als „ICT facilitated child sexual exploitation and sexual abuse“ oder „online child sexual exploitation“ zu bezeichnen. Der Grund dafür ist die Klarheit in Bezug auf die Zustimmung und die Übertragung der Verantwortung für die sexuelle Ausbeutung auf den/die Täter:in (Greijer et al., 2025). Der Deutsche Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat eine Risikoanalyse für verschiedene Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt und ist zu dem Schluss gekommen, dass alle Formen zu sexualisierter Gewalt an Kindern führen können und jegliche Formen von sexualisierter Gewalt IKT beinhalten können. Sie empfehlen daher auch die Verwendung von „ICT facilitated child sexual exploitation and sexual abuse“ oder „online child sexual exploitation“ anstelle des Begriffs OCSA – auf Deutsch: technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern kann alle Aktivitäten von sexualisierter Gewalt beinhalten. Sexualisierte Gewalt kann online stattfinden, und die Technologie kann genutzt werden, um Offline-Gewalt zu bahnen. Das Wissen über die verschiedenen Arten von (technologiegestützter) sexualisierte Gewalt an Kindern (Tabelle 1) ist wichtig für die Beurteilung und Behandlung von Personen, die von dieser betroffen sind oder Gefahr laufen, Opfer zu werden.

Sexualisierte Gewalt kann körperlichen Kontakt beinhalten, einschließlich Übergriffe durch Penetration (z. B. Vergewaltigung oder Oralsex) oder nicht-penetrierende Handlungen wie Masturbation, Küssen, Reiben und Berührungen über der Kleidung, aber auch berührungslose Handlungen wie die Einbeziehung von Kindern in die Betrachtung oder Herstellung sexueller Bilder, das Beobachten sexueller Handlungen, die Ermutigung von Kindern zu sexuell unangemessenem Verhalten oder das Grooming eines Kindes in Vorbereitung auf sexualisierter Gewalt.

Tabelle 1:

Die verschiedenen Phänomene von (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt an Kindern.

Phänomen	Erläuterung
Cybermobbing, Cyberaggression und Hassrede	Aggressives Verhalten und Nachrichten
Nicht einvernehmlicher Cybersex / Online-Sex (unerwünschte sexuelle Annäherungsversuche)	Online-Kommunikation mit sexuellen Absichten, einschließlich sexueller Handlungen, z. B. beim Live-Streaming
Cyberstalking	Obsessive Online-Verfolgung
Darstellungen von sexualisierter Gewalt an Kindern	Dazu gehören auch Darstellungen von Kindern als Sexualobjekte oder Hardcore-Pornografie
Geschlechtsspezifische Gewalt	Gewalt aufgrund des biologischen oder sozialen Geschlechts einer Person
Grooming und sexuelle Belästigung	Online-Anbahnung von sexuellen Über-griffen, die online oder offline stattfinden können
Kritik, Anfeindungen, Drohungen, Bestrafung, Zensur als Folge von Meinungsäußerungen	Kann als geschlechtsspezifische Gewalt betrachtet werden, wenn negative Konsequenzen nach Meinungsäußerungen allgemein und individuell auf Personen eines bestimmten Geschlechts abzielen; kann auch Doxing umfassen
Vortäuschen des Bestehens einer romantischen Beziehung („Löwerboy“)	Vortäuschen einer romantischen Beziehung, um emotionale Abhängigkeit zu schaffen, die zu Prostitution und Ausbeutung führt
Material zu sexualisierter Gewalt/ Pornografie	Erstellung von Material zu sexualisierter Gewalt / Pornografie und der Zugang dazu für Kinder
Posierte Darstellung mit klarer sexueller Ausrichtung	Inhalte, die Kinder in geschlechtsstereotypen Posen zeigen, bis hin zur sexualisierten Selbstdarstellung; sollte auch im Zusammenhang mit exzessiver Selbstdarstellung betrachtet werden
Sexuelle Erpressung („Sextortion“)	Eine Form der Erpressung, bei der der/ die Täter:in dem Opfer mit der Veröffentlichung von Nacktfotos oder Videos des Opfers droht
Sexting, das nicht einvernehmlich oder unter Druck erfolgt	Versenden und Austauschen sexuell eindeutiger Bilder von Personen, die in Unkenntnis der Sachlage zugestimmt haben oder unter Druck gesetzt worden sind
Sexuelle Ausbeutung und Gewalt	Kann digital unterstützt werden und sowohl online als auch offline stattfinden
Vulgäre sexuelle Angebote zugänglich machen	Schockierende Darstellungen, einschließlich sexueller Handlungen, oft verbunden mit der Aufforderung, diese anzusehen oder zu verbreiten

Anmerkung: Adaptiert aus dem *Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld*, 2022, vom Nationalen Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2022, (https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Risikobewertung-DE.pdf). Gemeinfrei.

5 Wissenschaftlicher Hintergrund

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Epidemiologie, die wissenschaftliche Literatur, die offiziellen Leitlinien und der Bedarfsermittlung in interprofessionellen Teams im Zusammenhang mit Barnahus hinsichtlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.

5.1 Epidemiologie der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern

Das Internationale Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF, 2024) unterscheidet zwischen Gewalt mit körperlichem Kontakt und Gewalt ohne körperlichen Kontakt. Gewalt mit körperlichem Kontakt umfasst z. B. Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, Gewalt ohne körperlichen Kontakt umfasst verbale und Online-Gewalt. In ihrem Bericht von 2024 über sexualisierte Gewalt stellen sie fest, dass etwa 650 Millionen Mädchen und Frauen als Kind sexualisierte Gewalt erlebt haben, davon 370 Millionen mit körperlichem Kontakt (z. B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) und ohne Kontakt (verbal und online), 280 Millionen nur ohne körperlichen Kontakt. Im Vergleich dazu erlebten 410 bis 530 Millionen Jungen und Männer als Kind sexualisierte Gewalt mit und ohne körperlichen Kontakt und 170 bis 220 Millionen nur ohne körperlichen Kontakt. Eine von fünf Mädchen/Frauen und jeder siebte Junge/Mann erlebte sexualisierte Gewalt ohne körperlichen Kontakt. Diese Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit globaler evidenzbasierter Präventions- und Versorgungsprogramme im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt ohne körperlichen Kontakt – einschließlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung hat Zugang zum Internet, wobei Kinder ein Drittel der Online-Nutzer:innen ausmachen (Greijer, 2025). Ein höherer Prozentsatz der Kinder mit Internetzugang kommt aus Ländern mit hohem Einkommen (Kardefelt-Winther & Maternowska, 2020) und bietet sowohl erhebliche Chancen als auch potenziellen Schaden (Ólafsson et al., 2014). Sexualisierte Gewalt ist ein allgegenwärtiges, ständig wachsendes Problem, wobei die Zahl der Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern weltweit rasch ansteigt (Ali et al., 2023). Im Jahr 2023 verzeichnete das Bundeskriminalamt einen Anstieg der Fälle von sexualisierter Gewalt an Kindern in Deutschland um 5,5 % im Vergleich zum Vorjahr (Bundeskriminalamt [BKA], 2024). Bei der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern wurde ein Anstieg um 7,4 % verzeichnet. Diese Form der Gewalt hat sich seit 2019 von 12.262 auf 45.191 gemeldete Fälle in Deutschland verdreifacht, wobei mit einer deutlich höheren Dunkelziffer zu rechnen ist (BKA, 2023). Auch die britische Internet Watch Foundation (IWF) wies in ihrem Jahresbericht 2023 darauf hin, dass 23 % der gemeldeten Websites Bilder von sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung oder sexueller Folter von Kindern enthalten (IWF, 2023).

Fast die Hälfte der Kinder (41 %), die bei diesen Straftaten abgebildet werden, sind zwischen 7 und 10 Jahre alt – ein Anstieg um 25 % im Vergleich zu 2022 (Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), 2025). Die NCMEC-„CyberTipline“-Meldestelle verzeichnete im Jahr 2023 mit 2.401 Fällen, die Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren betrafen, ein besonders hohes Aufkommen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an kleinen Kindern (National Center for Missing & Exploited Children [NCMEC], 2024). Finkelhor et al. (2024) stellten fest, dass die Einbeziehung von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern in Erhebungen die Gesamtprävalenz von sexualisierter Gewalt an Kindern von 13,5 % auf 21,7 % erhöhte. Bei den Frauen stieg die Prävalenz von 19,8 % auf 31,6 %, bei den Männern von 6,2 % auf 10,8 %. Zu diesem Anstieg trugen vor allem der nicht-einvernehmliche Austausch von Bildern und sexuellen Online-Interaktionen mit wesentlich älteren erwachsenen Täter:innen bei (Finkelhor et al., 2024). Die steigende Zahl der Fälle ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Art und Weise, wie Kinder online kommunizieren, verändert hat, was es für Personen, die Zugang zu gefährdeten Kindern suchen, einfacher macht (Ali et al., 2023). Die Anonymität des Cyberspace bietet den Täter:innen ein Umfeld für sexualisierte Gewalt an Kindern, welches die Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden erschweren kann (Huikuri, 2023). Kinder verbringen immer früher Zeit im Internet, und Jugendliche verbringen oft eine beträchtliche Zeit unbeaufsichtigt im Internet, ohne dass ihre Erziehungsberechtigten von ihren Online-Aktivitäten wissen, was die Erkennung von Anzeichen für technologiegestützte sexualisierte Gewalt durch die Erziehungsberechtigten beeinträchtigen kann (Huikuri, 2023). Dieser Anstieg geht einher mit einer zunehmenden Verbreitung von „selbst erstellten“ Bildern, bei denen Kinder im Internet dazu gebracht oder erpresst werden, digitales sexualisiertes Material von sich selbst zu erstellen und online zu teilen (Bracket Foundation et al., 2024).

Nicht vergessen!

Das größte Risiko für sexuelle Ausbeutung und sexualisierte Gewalt besteht in folgenden Bereichen:

- Grooming und sexuelle Belästigung
- Sexuelle Erpressung
- Geschlechtsspezifische Gewalt
- Cyberstalking

Oft als Folge von:

- Nicht-einvernehmlichem Cybersex / Online-Sex
- Sexting ohne Zustimmung/unter Druck
- Vorgeben, in einer Liebesbeziehung zu sein (Loverboy)
- Cybermobbing/Cyberaggression/Hassrede
- Posieren mit eindeutig sexuellem Fokus/CSA-Material

5.2 Systematische Übersicht

In einer systematischen Übersichtsarbeit (Menhart et al., 2025) wurden fünf Datenbanken (Cochrane, ERIC, PsycINFO, PubMed, Web of Science) durchsucht und 20.007 Studien zu medizinischen und psychosozialen Maßnahmen für Kinder nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt ermittelt. 53 Artikel wurden extrahiert, nachdem mehrere voneinander unabhängige Forschende die Artikel unabhängig voneinander geprüft hatten. Diese umfassten 17 medizinische und 36 psychosoziale Studien. Eine explorative Meta-Analyse wurde mit 31 psychosozialen Studien berechnet.

Die 53 Studien befassten sich lediglich mit Versorgungsangeboten nach sexualisierter Gewalt, ohne die digitale Komponente. Auffällig ist, dass es zwar wissenschaftliche Literatur zu Präventionsstrategien in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern gibt (Patterson et al., 2022), aber keine eindeutigen medizinischen und psychosozialen Interventionen nach dieser, zusätzlich wird diese Form der Gewalt nicht von den Versorgungsangeboten nach sexualisierter Gewalt unterschieden. Die systematische Forschung kam zu dem Schluss, dass zusätzlich zur Entwicklung und Bewertung von Maßnahmen nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern ein interdisziplinärer Ansatz in Betracht gezogen werden muss. Die Strafverfolgung sollte - wie medizinische und psychosoziale Verfahren auch - versuchen die Verbreitung von digitalem sexualisierten Gewaltmaterial einzudämmen.

5.3 Zusätzliche Literatur

Die Sekundärliteratur enthält aufschlussreiche Daten über die medizinische und psychosoziale Versorgung sowie präventive Maßnahmen, die im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern eine zentrale Rolle spielen; spezifische Maßnahmen für bestimmte Formen der technologiegestützten Gewalt müssen jedoch noch entwickelt und evaluiert werden. Selbst wenn Präventionsstrategien für diese spezifische Form von technologiegestützter sexualisierter Gewalt existieren, bleibt die Frage, ob Kinder und Jugendliche das erworbene Wissen auch anwenden (Patterson et al., 2022). Die Entwicklung und Umsetzung von Schulungsprogrammen für Fachleute ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung, da solche Programme ein tiefes Verständnis für die spezifische Dynamik und die Herausforderungen im Zusammenhang mit Online-Grooming vermitteln. Darüber hinaus haben Informations- und Kommunikationstechnologien einen zunehmenden Einfluss auf die sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen. Daher ist es wichtig, spezielle technologische Instrumente zu entwickeln und zu nutzen, um die Wirksamkeit

von Maßnahmen zu erhöhen, die nicht nur auf Online-Grooming, sondern auch auf andere Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt abzielen (Quayle & Cooper, 2015). Die enge Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden und dem allgemeinen sozialen Dienst ist von größter Bedeutung für erfolgreiche Interventionen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für eine effiziente Koordinierung sowohl der rechtlichen Maßnahmen als auch der psychosozialen Unterstützung der Opfer von wesentlicher Bedeutung. Diese gezielten, koordinierten und interdisziplinären Ansätze, die sowohl technologische als auch psychosoziale Strategien umfassen, zielen darauf ab, die schwerwiegenden Folgen von Online-Grooming und anderen Formen der digitalen Ausbeutung zu minimieren und dadurch den Schutz gefährdeter Jugendlicher zu verbessern (Bryce & Fraser, 2014; Quayle & Cooper, 2015). Bei den spezifischen Artikeln, die sich mit Interventionen nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern befassen, liegt der Schwerpunkt vor allem auf psychologischen, psychosozialen und rechtlichen Interventionen sowie auf präventiven Maßnahmen und technologiebasierten Ansätzen (Quayle & Cooper, 2015; Whittle et al., 2012; McTavish et al., 2019; Quayle et al., 2015). Medizinische Interventionen werden in der Regel im breiteren Kontext von sexualisierter Gewalt, diskutiert, aber weniger spezifisch in Bezug auf technologiegestützter sexualisierter Gewalt. Dimitropoulos et al. (2021) fanden heraus, dass Fachkräfte bei der Erkennung von und Reaktion auf sexualisierte Gewalt von einer besseren Ausbildung, mehr Selbstvertrauen und weniger Hindernissen berichteten als im Vergleich zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Beim Online-Grooming beispielsweise ist es entscheidend, die Anzeichen von Grooming-Versuchen frühzeitig zu erkennen und schnell zu reagieren. Dies erfordert eine gezielte Schulung von Eltern, Lehrer:innen und allen Fachleuten, die mit Kindern zu tun haben, damit sie die subtilen Anzeichen des Online-Groomings frühzeitig erkennen können. Darüber hinaus spielen spezialisierte Unterstützungsangebote, die den betroffenen Jugendlichen unmittelbare emotionale und psychologische Hilfe bieten und dadurch die negativen Folgen des Groomings abmildern, eine zentrale Rolle (Bryce & Fraser, 2014). Eine Möglichkeit besteht darin, junge Menschen über das Online-Grooming aufzuklären. Calvete et al. (2022) untersuchten die Wirksamkeit einer kurzen (weniger als eine Stunde dauernden) Aufklärungsmaßnahme zum Online-Grooming, indem sie zeigten, dass sich die Interaktionen von Jugendlichen mit Erwachsenen, die sie sexuell bedrängten, sowie ihr potenzielles Sexualverhalten den Erwachsenen gegenüber reduzierten. Es wurde festgestellt, dass ein Wissenszuwachs auch über einen Zeitraum von sechs Monaten erreicht werden konnte (Calvete et al., 2022).

5.4 Offizielle Leitlinien

Bei einer systematischen Überprüfung und kritischen Bewertung von Leitlinien zu sexualisierter Gewalt an Kindern aus europäischen Ländern (Otterman et al., 2024) im Vergleich zur WHO (2017; 2019) als Goldstandard wurden zwei als die besten

bewertet: Moldawiens (Moldova, 2021) und die so genannten AWMF-Leitlinien aus Deutschland (Blesken, 2019). Keine der drei Leitlinien schließt technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern mit ein. Das Protokoll zu sexualisierter Gewalt der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) (2023) sowie die deutschen Leitlinien erwähnen technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern (OCSA) in der Definition von sexualisierter Gewalt als potenziellen Risikofaktor, präzisieren aber keine Verfahren.

Darüber hinaus nennt die National Children's Alliance (NCA) mit Sitz in den USA spezifische Kriterien, die von sog. Children's Advocacy Center (vergleichbar zu Barnahus) erfüllt werden sollten, diese beinhalten aber auch noch keine Vorgaben in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern. In der NCA (2023) wird die Online-Übertragung von Live-Videos, die bestochene Kinder bei sexuellen Handlungen zeigen, als Beispiel für technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern genannt. Ihre nationalen fakultativen Standards enthalten jedoch keine detaillierten Leitlinien für die Beurteilung und Behandlung von Kindern, die Opfer von technologiegestützter sexualisierter Gewalt geworden sind, und auch keine Verfahren für den Umgang mit Fällen, in denen ein solcher Verdacht aufkommt.

Bislang wurde noch keine Leitlinie für einen evidenzbasierten Versorgungsansatz im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern veröffentlicht. ECPAT International hat zwei Handbücher mit Schwerpunkt auf diese Terminologie entwickelt, die oft als Luxemburg Leitlinien bezeichnet werden und in verschiedenen Sprachen als Download zur Verfügung stehen: <https://ecpat.org/luxembourg-guidelines/>, im Jahr 2025 neu aufgelegt.

5.5 Stimmen von Fachleuten

Im Rahmen der Bedarfsermittlung wurden Expert:innen in verschiedenen Settings interviewt.

5.5.1 Exemplarische Interviews im Barnahus – „Childhood-Haus“ Deutschland

Bislang gibt es vor allem lokale oder nationale Versorgungsprozesse und -strukturen, die in verschiedenen Barnahus-Einrichtungen in ganz Europa umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wurden die organisatorischen Abläufe und interdisziplinären Verbindungen zur medizinischen und psychosozialen Versorgung im deutschen Barnahus-Modell (Markenname „Childhood-Haus“) exemplarisch analysiert. Diese Expert:innen-Interviews wurden im Winter 2023/24 mit 22 Kolleginnen und Kollegen geführt, welche im psychosozialen oder medizinischen Kontext des deutschen Barnahus-Modells arbeiten. Die Ergebnisse sind bedingt auf andere Länder übertragbar und stimmen mit den Ergebnissen der „Voices of Professionals“, einem weiteren Teilergebnis von PROMISE Elpis, überein.

Ergebnisse der Expert:innen-Interviews

Derzeit gibt es keine standardisierten internationalen Verfahren, um technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern innerhalb von Barnahus gezielt zu adressieren.

Die wichtigsten Ergebnisse:

- Es gibt weder ein gemeinsames Verständnis von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern, noch gibt es in den Childhood-Häusern spezifische Leitlinien oder Protokolle für den Umgang mit diesen Fällen. Die derzeitigen Verfahren beruhen weitgehend auf individuellen Erfahrungen.
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern wird in den vorgestellten Fällen in der Regel als sekundäres Phänomen wahrgenommen, meist in Verbindung mit anderen Formen von Gewalt.
- Eine körperliche Untersuchung wird in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern nur selten als notwendig erachtet; der Schwerpunkt liegt auf Beratung und Psychoedukation.
- Die Vorbereitungen für forensische Befragungen werden sorgfältig durchgeführt (z. B. Deaktivierung des Aufnahmelichts der Kamera, da es ein möglicher Trigger sein kann), sind aber nicht zentrumsübergreifend standardisiert.

Herausforderungen:

- Es fehlt an sektorübergreifenden Standards, insbesondere für den rechtssicheren Umgang mit digitalen Beweismitteln.
- Unterschiedliche Zuständigkeiten der Kooperationspartner im Kontext Childhood-Haus (Kliniken, Jugendhilfe, Polizei, Justiz) erschweren die einheitliche, auf das Kind ausgerichtete Versorgung.
- Verzögerungen bei der Fallerkennung bzw. -annahme als übersehene Zielgruppe können eine frühzeitige psychotherapeutische Stabilisierung erschweren.

Wünsche:

- Entwicklung und Umsetzung verbindlicher Kooperationsvereinbarungen und klar definierter sektorübergreifender Verfahren.
- Einbeziehung von psychotherapeutischem Fachwissen in die Fallbesprechungen und Gewährleistung langfristiger psychosozialer Unterstützung in Fällen von technologie-gestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.
- Das Anbieten interdisziplinärer Schulungen zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und rechtssicheren Interventionsverfahren für alle beteiligten Berufsgruppen.

5.5.2 Europäische interdisziplinäre Perspektiven

Im Rahmen des EU-Projekts PROMISE Elpis interviewte und befragte ein Projektpartner Fachleute in interdisziplinären Teams in europäischen Barnahus-

Einrichtungen im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern (Voices of Professionals). Zu den konsultierten Fachkreisen gehörten Strafverfolgungsbehörden, Polizei, Kinderpsychiatrie, Sozialdienste und Fachkräfte im Barnahus. Ihre wichtigsten Erkenntnisse waren:

- Es besteht Bedarf einer effizienten Datenerhebung über Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern werden häufig unter Fällen von sexualisierter Gewalt zusammengefasst.
- Die Entwicklung maßgeschneiderter Ressourcen erfordert verlässliche Daten und ein Verständnis über technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern sollten eine Zielgruppe von Barnahus sein.
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern, die nicht zur Zielgruppe gehören, erschweren diesen den Zugang zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten
- Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern werden von medizinischen Fachleuten kaum beachtet.
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern ist nicht Teil der interinstitutionellen Vereinbarungen
- Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern - und Fälle von sexualisierter Gewalt überschneiden sich.
- Es besteht Bedarf an Leitlinien im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und Barnahus, insbesondere: Forensische Befragungsprotokolle, Beurteilung von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und Kinderschutz, Krisenhilfe, therapeutische Interventionen, Anleitung zur Kommunikation mit Kindern und Bezugspersonen

6 Fallstudien

In diesem Kapitel werden drei fiktionalisierte Fallbeispiele unterschiedlicher Altersgruppen vorgestellt. Sie wurden ausgewählt, um die Theorie dieses Protokolls zu unterstützen und zu unterstreichen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Während des Protokolls werden auf der Grundlage dieser Fallstudien praktische Ratschläge in Bezug auf die Theorie gegeben.

6.1 Vorpubertärer Junge

STEVEN IST EIN 8-JÄHRIGER JUNGE aus einer großen Stadt in Deutschland. Er kam mit der Polizei zum Barnahus, nachdem er in der Schule erzählt hatte, dass seine Familie

zu Hause manchmal Filmabende veranstaltet. Zuerst dachte die Lehrerin, damit sei gemeint, dass die Familie des Jungen Filme anschaut. Bald aber wurde ihr klar, dass sie selbst Filme machten. Die Lehrerin fragte Steven, ob er diese Familienaktivität mag, und bemerkte, dass er sich „seltsam verhielt“. Steven errötete und hatte Mühe, zu sprechen. Er murmelte: „Ich mag es nicht, nackt zu sein.“ Die Lehrerin schaltete den Sozialarbeiter der Schule ein, der sich an das Jugendamt wandte. Steven war sehr verängstigt. Er verstand nicht, warum er plötzlich im Büro des Direktors warten musste, und fragte sich, ob er etwas falsch gemacht hatte. Nachdem die Polizei vom Jugendamt kontaktiert worden war, wurde Steven zum Barnahus gebracht.

6.2 Mädchen zu Beginn der Pubertät

ELSA IST EIN 13-JÄHRIGES MÄDCHEN und lebt mit ihrer Mutter und ihrer Katze Pepper in einer kleinen Stadt in Deutschland. Elsas Mutter ist Krankenschwester und arbeitet oft Spätschicht. Ihr Vater lebt in England. Elsa ist klug, spielt gerne Schach, sie möchte Ingenieurin werden. Sie hat nicht viele Freund:innen. In letzter Zeit verbrachte Elsa die meiste Zeit im Internet und postete regelmäßig Videos und Bilder von LetsPlay (ein Video, das das Durchspielen eines Videospiele dokumentiert) auf TikTok. Ihr Profilname war mit Discord (plattform-übergreifende Kommunikationssoftware) verknüpft. Sie genoss ihre Online-Welt und freundete sich mit mehreren anderen Spieler:innen an. Elsa kam zum Barnahus, nachdem ihre Mutter bemerkt hatte, dass Elsa aufgewühlt und stiller als sonst war. Auf die Frage, ob es ihr gut gehe, sagte Elsa ihrer Mutter, dass sie Angst habe, weil ein Freund von ihr wollte, dass sie ihm Oben-ohne-Bilder schickt. Als sie beim Barnahus ankamen, wurden Elsa und ihre Mutter vom Casemanager/einer koordinierenden psychosozialen Fachkraft begrüßt.

6.3 Mädchen am Ende der Pubertät

SANNA IST EIN 17-JÄHRIGES MÄDCHEN aus einer mittelgroßen Stadt in Deutschland. Seit über 18 Monaten ist sie mit dem gleichaltrigen Frank zusammen. Sie lernte Frank auf einer Schulparty kennen und die ersten sechs Monate hatten sie eine tolle Beziehung. Sie hatten gemeinsame Freunde und Interessen. Im Laufe ihrer Beziehung wurden die beiden sexuell immer aktiver. In gegenseitigem Einvernehmen machten sie Sexting und schickten sich Fotos in Badekleidung und Unterwäsche. Nach einem Jahr wollte Sanna die Beziehung beenden. Sie sprach mit Frank, aber er wollte die Trennung nicht akzeptieren. Er begann, ihr häufig zu schreiben und tauchte in Sannas Fitnessstudio oder ihrem Lieblingscafé auf. Er begann, sie zu stalken. Sanna fühlte sich nicht mehr sicher, wenn sie irgendwohin allein hinging. Aufgrund psychosomatischer Symptome begann sie die Schule zu vermeiden. Ihre Eltern bemerkten ihr verändertes Verhalten, sprachen mit ihr über ihre Beobachtungen und Sanna öffnete sich ihnen. Auf deren Rat hin schickte sie Frank eine Nachricht, in der

sie ihn aufforderte, sie nicht mehr zu kontaktieren und zu stalken. Ein paar Wochen lang hörte es auf. Aber dann begann er, sie zu erpressen. Er drohte damit, ihre Fotos auf Instagram und Snapchat zu veröffentlichen, wenn sie sich nicht mit ihm treffen würde. Sanna fühlte sich hilflos und begann wieder, die Schule und soziale Aktivitäten zu meiden. Sie hatte Albträume und begann, in den sozialen Medien nach Bildern von sich zu suchen. Sie war verängstigt und schämte sich. Sie ignorierte seine Nachrichten. Eines Tages erhielt sie eine SMS von einer Freundin, die ihr einen Screenshot von einem Foto schickte, auf dem sie "oben ohne" in ihrem Zimmer war und das sie Frank geschickt hatte, als sie noch zusammen waren. Es wurde auf Instagram unter einem unbekannten Account gepostet. Sie war sehr aufgebracht. Sie vertraute ihren Eltern genug, um ihnen von der Erpressung zu erzählen. Ihre Eltern waren zunächst schockiert und verärgert – sie hatten mit ihren Kindern mehrmals über die Risiken der sozialen Medien gesprochen, auch über die Gefahren des Versendens von Bildern. Aber nach ein paar Minuten beruhigten sie sich wieder. Sie wussten nicht, was sie tun sollten, und beschlossen gemeinsam mit Sanna, sich an das Barnahus zu wenden.

7 Grundprinzipien der Protokolle

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die grundlegenden Prinzipien des Protokolls. Bei Kindern, die im Barnahus vorgestellt werden, besteht der Verdacht, dass sie sexualisierte Gewalt erlebt haben, die möglicherweise mit Online-Ausbeutung einherging oder darin mündete. Daher muss die Erfassung technologiegestützten sexualisierten Gewalterfahrungen der Kinder Teil jeder Vorstellung in einem Barnahus sein. Dieses Kapitel enthält grundlegende Hinweise zu den allgemeinen, psychosozialen Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern und ist nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe beschränkt.

7.1 Einbeziehung von Kindern:

Das Lundy-Modell (Lundy, 2007) konzeptualisiert Artikel 12 der VN-Kinderrechtskonvention (Abbildung 1) und zeigt, dass Kindern ein sicherer, integrativer Raum und die Möglichkeit gegeben werden muss, ihre Erfahrungen zu verstehen und auszudrücken. Die Kinder sollen ermutigt werden, sich zu äußern, die Fachleute und Bezugspersonen müssen den Erfahrungen der Kinder zuhören, und es muss darauf reagiert werden. Im Barnahus-Qualitätsstandard 1 ist die Einbeziehung von Kindern verankert und es ist auch ein Grundprinzip der VN-Konvention über die Rechte des Kindes (UNICEF, 1989). Die Erfüllung des Barnahus-Qualitätsstandards 1 ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit mit Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern.

Darüber hinaus hat PROMISE Elpis ein separates Protokoll zur Sicherstellung der Einbeziehung von Kindern bei Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt, das über das Barnahus-Netzwerk abgerufen werden kann.

Abbildung 1

Lundy's Modell der Einbeziehung.



Anmerkung: Angelehnt an *The National Framework for Children and Young People's Participation in Decision Making* vom Department of Children, Equality, Disability, Inclusion and Youth (DCEDIY), 2021 (<https://hubnanog.ie/participation-framework/>).

7.2 Aversive Kindheitserfahrungen (ACE)

Aversive Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences, ACEs) werden in drei Gruppen eingeteilt: Gewalt, Vernachlässigung und dysfunktionaler Haushalt. Jede Kategorie ist, wie in Abbildung 2 dargestellt, in mehrere Unterkategorien unterteilt.

Abbildung 2
Überblick über ACEs.

Gewalt	Vernachlässigung	Dysfunktionales Zuhause	
 Physisch	 Physisch	 Psychische Erkrankung	 Inhaftierte Verwandte
 Emotional	 Emotional	 Häusliche Gewalt	 Drogenmissbrauch
 Sexualisiert		 Scheidung	

Anmerkung: In Anlehnung an die Studie „Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ von Felitti et al., 1998, *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258 ([https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)).

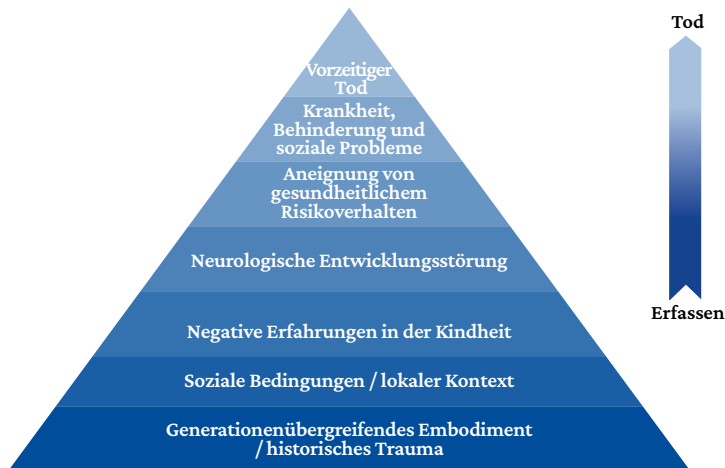
Die CDC-Kaiser-Permanente-ACE Studie (Felitti et al., 1998) hat gezeigt, dass Fälle von ACE in der gesamten Bevölkerung verbreitet sind, dass aber einige Menschen aufgrund der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, in denen sie aufgewachsen sind, vulnerabler für ACEs sind. Zwei Drittel (67 %) der Studienpopulation erlebten mindestens ein ACE-Ereignis, und 12,7 % erlebten vier oder mehr solcher Ereignisse.

Der ACE-Score hat korrespondierende Auswirkungen auf die spätere körperliche und mentale Gesundheit sowie das Wohlbefinden. Personen mit vier ACEs haben zum Beispiel ein viermal höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken, und ein zwölfmal höheres Risiko für Suizidversuche. Die Lebenserwartung von Menschen mit sechs ACEs ist um 20 Jahre reduziert (Brown et al., 2009).

Die Pyramide in Abbildung 3 zeigt, wie sich ACEs auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern muss als eine Form von ACE angesehen werden, da sie emotionale, sexualisierte und körperlichen Gewalt umfassen kann und als solche bewertet werden muss. Gleichzeitig besteht bei Kindern mit anderen Formen von ACE ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden – einschließlich technologiegestützter sexualisierter Gewalt. Die Aufklärung über die Kinderrechte, einschließlich der digitalen Rechte sowie der auf gesundheitliche Versorgung, muss Bestandteil der Einschätzung von Fällen im Zusammenhang oder nach ACEs sein.

Abbildung 3

ACE-Pyramide.



Mechanismus, durch den negative Kindheitserfahrungen über die gesamte Lebensspanne Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden nehmen

Anmerkung: Angelehnt an die Studie „About the CDC-Kaiser ACE“ der Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention (CDC), 2021 (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>).

7.3 (Risiko-)Bewertung der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern

Auf der Grundlage des Luxemburg Leitfadens (Greijer, 2016) hat der Deutsche Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ein Risikoeinschätzungsinstrument für verschiedene Arten von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern entwickelt, das die Bedeutung der Bewertung der Variationen der technologiegestützten sexualisierten Gewalt an Kindern unterstreicht, da diese häufig den Übergang zu sexualisierter Gewalt bilden (Deutscher Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2022).

(Link: https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Riskassessment-EN.pdf)

Nicht vergessen!

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern beginnt oft mit einem nicht strafbaren Kontakt im Internet.

Alle Formen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern können zu sexueller Ausbeutung und sexualisierter Gewalt führen.

Hohe Risiken sind:

Sexuelle Erpressung, Grooming, sexuelle Belästigung, Cyberstalking und geschlechtsspezifische Gewalt

Die paneuropäische Plattform „Children Online: Research and Evidence“ (CO:RE) hat erkannt, dass Online-Risiken entstehen, wenn ein Kind gefährdenden Inhalten ausgesetzt ist, gefährdende Kontakte knüpft, an gefährdendem Verhalten teilnimmt oder von gefährdenden Verträgen ausgenutzt wird, wie die folgende Grafik von CO:RE (Abbildung 4) zeigt, die diese spezifischen Risiken mit ihren verschiedenen Ursachen, Folgen und übergreifenden Risiken aufschlüsselt (Livingstone & Stoilova, 2021).

Wie in Abbildung 4 illustriert, haben alle Kinder und Jugendliche, die über Erfahrungen von sexualisierter Gewalt berichten, ein hohes Risiko, vor oder nach dieser technologiegestützte sexualisierte Gewalt erlebt zu haben und zu erleben (z. B.: digitales Material der sexualisierten Gewalterfahrung, Erpressung).

Abbildung 4

Online-Risiken: Die 4 Cs von CO:RE.

CORE	Inhalt Das Kind beschäftigt sich mit potenziell schädlichen Inhalten oder ist diesen ausgesetzt	Kontakt Das Kind erfährt einen potenziell schädlichen Kontakt mit einem Erwachsenen oder wird von diesem angesprochen	Durchführung Das Kind wird Zeuge, Teilnehmer oder Opfer eines potenziell schädlichen Verhaltens von Gleichaltrigen	Vertrag Das Kind ist Teil eines potenziell schädlichen Kontaktes oder wird von diesem ausgenutzt
Aggressiv	Gewalttätige, blutige, grafische, rassistische, hasserfüllte oder extremistische Informationen und Mitteilungen	Belästigung, Stalking, hasserfülltes Verhalten, unerwünschte oder übermäßige Überwachung	Mobbing, hasserfüllte oder feindselige Kommunikation oder Aktivitäten von Gleichaltrigen, z. B. Trollen, Ausgrenzung, Beschämung	Identitätsdiebstahl, Betrug, Phishing, Trickbetrug, Hacking, Erpressung, Sicherheitsrisiken
Sexuell	Pornografie (schädlich oder illegal), Sexualisierung der Kultur, unterdrückende Körperbildstandards	Sexuelle Belästigung, sexuelles Grooming, Sextortion, die Erstellung und Weitergabe von CSA-Material	Sexuelle Belästigung, nicht einvernehmliche sexuelle Kommunikation, negativer sexueller Druck	Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung, Streaming von CSA (gegen Bezahlung)
Werte	Fehlinformationen/ Desinformation, nicht altersgerechtes Marketing oder nutzergenierte Inhalte	Ideologische Überredung oder Manipulation, Radikalisierung und Anwerbung von Extremisten	Potenziell schädliche Nutzergemeinschaften, z. B. selbstverletzendes Verhalten, Impfgegner, negativer Gruppenzwang	Glücksspiel, Filterblasen, Mikro-Targeting, dunkle Muster, die Überzeugung oder Kauf beeinflussen
Über-greifend	Verletzung der Privatsphäre (zwischenmenschlich, institutionell, kommerziell) Risiken für die körperliche und geistige Gesundheit (z. B. sitzende Lebensweise, übermäßiger Bildschirmkonsum, Isolation, Angstzustände) Ungleichheiten und Diskriminierung (Einschluss/Ausschluss, Ausnutzung von Schwäche, algorithmische Verzerrung /Prädiktive Analytik)			

Anmerkung: Nach dem Vorbild von „The 4 Cs: Classifying Online Risk to Children,“ von Livingstone, S., & Stoilova, M., 2021, CO:RE – Children Online: Research and Evidence (<https://doi.org/10.21241/ssoar.71817>).



Fallbeispiel: Sprechen über Online-Aktivitäten – Steven (8 J.)

CM: „Ich würde wirklich gerne mehr über dich erfahren“
S: *(nimmt Blickkontakt auf)*
CM: „Erzählst du mir ein wenig über dich?“
Steven beginnt über die Schule, seine Hobbys und Freunde zu sprechen.
CM: „So cool.“ „Ich weiß, dass einige Kinder in deinem Alter auch schon Computerspiele spielen.“
S: *(schaut neugierig)*
CM: „Spielst du Spiele?“
S: „Ja – wir haben eine Nintendo zu Hause.“
CM: „Was ist dein Lieblingsspiel?“
S: „Super Mario.“
CM: „Das kenne ich – gefällt es dir?“
S: „Ja, ich mag es. Ich bin der Beste in meiner Familie.“

Nicht vergessen!

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Technologiegestützte sexualisierte Gewalt sollte in jedem vorgestellten Fall eruiert werden.



Praktischer Tipp

Mögliche Fragen:

Hast du ein Smartphone oder eine Nintendo Switch zu Hause?
Kennst du VR-Brillen?
Wofür verwendest du es?
Ist es dir schon einmal passiert, dass du von einem Fremden über diese Medien kontaktiert wurdest?
Hast du dich jemals verängstigt oder unsicher gefühlt?
Hat jemand nach privaten Informationen oder Bildern von dir gefragt?
Welcher Art?
Was ist damit passiert?

7.4 Digitales Material als Beweismittel

Es gilt zu bedenken, dass im Fall von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern digitales Material auf unterschiedliche Weise (Messenger-Dienste, soziale Medien,

Darknet) existieren und weiterverbreitet werden kann. Dieses lässt die technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern fortbestehen und verhindert ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle, so dass das Opfer oft mit Scham- und Schuldgefühlen zurückbleibt. Die sofortige Einschaltung der Polizei im Zusammenhang mit der Dokumentation und Sicherung solchen Materials ist sehr zu empfehlen – sowohl zum Schutz des Kindes als auch um ein Gefühl der Kontrolle zu schaffen. In einigen Ländern vermitteln die Strafverfolgungsbehörden insbesondere Kindern ein Gefühl von Recht und Unrecht, von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit, das dazu beitragen kann, die potenziell traumatische Erfahrung zu verarbeiten, auch wenn der Ausgang der Ermittlungen noch offen ist. Digitale Materialien können u.a. (Deepfake-)Videos, Bilder, Chat-Nachrichten, E-Mails, Beiträge in sozialen Medien, Audioaufnahmen, Screenshots, gefälschte Profile, Streaming-Inhalte, in der Cloud gespeicherte Dateien, Spielekommunikation, Foren- oder Darknet-Inhalte, Memes oder GIFs, gehackte oder durchgesickerte private Inhalte, KI-generierte Inhalte umfassen. In den einzelnen Ländern gibt es unterschiedliche Gesetze für den Umgang mit digitalem Gewaltmaterial, und dieses Protokoll erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der genannten Materialien.

Nicht vergessen!

Fachkräfte in diesem Bereich müssen wissen, welche nationalen Rechtsvorschriften für den Umgang mit digitalem Material bei sexualisierter Gewalt an Kindern gelten.

Praktischer Tipp

Machen Sie sich Notizen zu:

Was: Die getroffenen Maßnahmen.

Wann: Das Datum des Vorfalls.

Wo: Die verwendete digitale Plattform.

Wer: Jegliches Wissen über den/die potenzielle:n Straftäter:in

Wie: Die Art des Kontakts und der Inhalt.

Zeitnahe Kontaktaufnahme mit der Polizei!

7.5 Allgemeine interdisziplinäre Maßnahmen im Barnahus in Bezug auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern

Die Goldstandard-Empfehlung der WHO, die moldawische und die deutsche Leitlinie im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt sprechen sich für folgende Punkte aus, die mit dem Fokus auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern angepasst wurden:

Nicht vergessen!

Unmittelbar:

- Ruhig bleiben
- Altersgerechtes Umfeld (Barnahus-Standard 4)
- Priorisierung der sofortigen Erstversorgung und des medizinischen Bedarfs (z. B. schwere Verletzungen, Vergiftungen)
- Sicherstellung, dass keine Eigen- und/oder Fremdgefährdung vorliegt
- Klärung, ob die Person weiterhin von technologiegestützter sexualisierter Gewalt oder sexualisierter Gewalt betroffen ist
- Mit dem Einverständnis des Kindes Informationen über die technologiegestützte sexualisierte Gewalt an die Betreuungsperson weitergeben

Praktischer Tipp

Anwendung von Stress- und Emotionsregulierungstechniken wie Atem- und Erdungstechniken für Fachkräfte und Patient:innen:

z.B.: **Atemtechnik:**

Einatmen: Atme tief durch die Nase ein

Halte den Atem an: Atem anhalten

Ausatmen: Langsam und kontrolliert durch den Mund ausatmen

Oder finde fünf blaue (oder grüne, oder gelbe ...) Gegenstände in deinem Zimmer

Oder ein Symbol in Sichtweite haben, das eine glückliche Erinnerung darstellt (eine Muschel, ein Magnet, eine Postkarte ...)

- Information des Kindes / der Bezugsperson über Sicherheitsstrategien im Internet (Altersbeschränkungen, elterliche Kontrolle, Schutz persönlicher Daten etc.) Z. B. <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children-online>; www.klicksafer.de
- Informieren Sie das Kind über seine digitalen Rechte (<https://childrens-rights.digital>; <https://www.dkhw.de>)

 Nicht vergessen!**Die Rechte der Kinder sind auch Teil der digitalen Welt und umfassen:**

- Zugang zu digitalen Medien
- Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit
- Recht auf Privatsphäre
- Schutz vor Gewalt und Ausbeutung

Es ist wichtig, die Kontaktaufnahme mit der Polizei anzubieten (je nach den polizeilichen Meldemodalitäten in ihrem Land) und die Dringlichkeit der Einschaltung der Polizei für die Dokumentation der oben genannten Materialien zu betonen insb. in Bezug auf:

- Dokumentation des Kontakts
- Weitere Ermittlungsmaßnahmen
- Falls erforderlich, weitere Gefahrenabwehr

Im Verlauf der Begleitung:

- Versorgen Sie sichere Bezugspersonen mit Informationen, um mögliche Emotionen, Symptome und Verhaltensweisen zu verstehen, die das Kind oder die Bezugsperson selbst in den kommenden Tagen oder Monaten empfinden und zeigen könnten.
- Falls erforderlich, bieten Sie eine Krisenintervention (Protokoll PROMISE Elpis Krisenintervention) oder weitere Diagnostik und Behandlung (Barnahus Qualitätsstandards 7 und 8) an.
- Stellen Sie den Kontakt der Klient:innen zu psychosozialen Diensten / Opferhilfsangeboten her – siehe PROMISE Elpis-Protokoll zur Zusammenarbeit mit Opferhilfsorganisationen.
- Bahnen Sie geeignete interdisziplinäre Entscheidungen zur Durchführung von Untersuchungen und Ermittlungen (interdisziplinäre Fallbesprechung).
- Führen Sie eine umfassende Bewertung der körperlichen, sexuellen (Barnahus-Qualitätsstandard 7) und emotionalen Gesundheit (Barnahus-Qualitätsstandard 8) durch.
- Holen Sie das Einverständnis zur Aufnahme von Fotos und/oder Videos im Barnahus ein.
- Erklären Sie, wie die Fotos oder Videos im Barnahus verwendet werden sollen.
- Behandeln Sie alle gesammelten Informationen vertraulich.
- Erläutern Sie, wann weitere psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden sollte (z. B.: Zunahme der Symptome, Vermeidung altersgemäßer Aktivitäten, Übererregbarkeit, Regression).
- Empfehlen Sie den Klient:innen, das digitale Material als Beweismittel zu behandeln.
- Raten Sie den Klient:innen, sich dringend mit der Polizei in Verbindung zu setzen, um Beweismittel zu sammeln und zu sichern.
- Geben Sie den Ratschlag, ggf. die Plattform, auf der digitales Material ohne Einverständnis veröffentlicht wurde, zu kontaktieren und über den Verstoß zu informieren.

Nicht vergessen!

ACHTUNG: In einigen Ländern ist es selbst Bezugspersonen nicht erlaubt, ein Foto der Datei zu machen, diese per E-Mail oder Mobilnachricht zu versenden oder Kopien auf ihrem Gerät zu speichern.

8 Praktische Anwendungen des medizinischen Ansatzes im Barnahus im Zusammenhang mit technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern

Die allgemeinen Maßnahmen und psychosozial informierte Interaktion, wie in den Kapiteln 3 bis 7 und im „Protokoll für standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention im Barnahus“ beschrieben, gelten auch für medizinische Verfahren. Bei jedem Kind, das im Barnahus vorgestellt wird, sollte die Indikation für eine ärztliche Untersuchung geprüft und eine Untersuchung angeboten werden, wenn die Vermutung besteht, dass es sich um sexualisierte Gewalt entweder offline (CSA) oder online (technologiegestützte sexualisierte Gewalt - OCSA) handelt.

Das Ziel ist die:

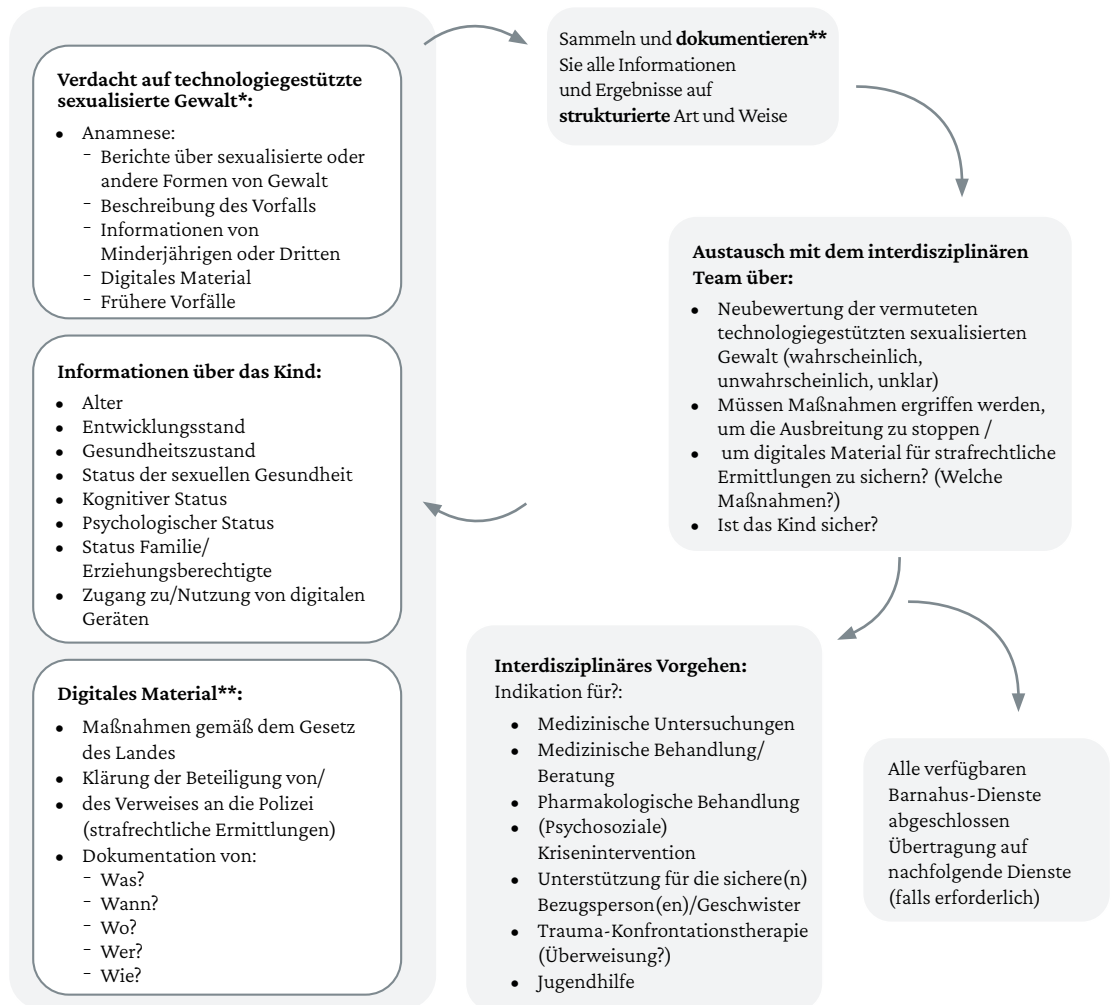
- Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands, einschließlich der sexuellen Gesundheit
- Bewertung möglicher medizinischer Problembereiche
- Sicherung von forensisch-medizinischen Informationen/Materialien
- Förderung von gesunder Entwicklung/Prävention der Entwicklung von Pathologien
- Weiterleitung an geeignete medizinische Einrichtungen bei Bedarf
- Aufklärung über die Rechte von Kindern in Bezug auf ihre eigene Gesundheit und medizinische Versorgung

8.1 Überlegungen

Das folgende Flussdiagramm (Abbildung 5) gibt einen Überblick über mögliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Fällen, in denen ein Verdacht auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt besteht.

Abbildung 5

Überlegungen und Maßnahmenplanung für Verdachtsfälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern



- *Technologiegestützte sexualisierte Gewalt beinhaltet den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur sexualisierten Gewalt an Kindern. Sexualisierte Gewalt kann Körperkontakt beinhalten, einschließlich Übergriffe durch Penetration (z. B. Vergewaltigung oder Oralsex) oder nicht-penetrierende Handlungen wie Masturbation, Küssen, Reiben und Berührungen außerhalb der Kleidung. Sie können auch berührungslose Aktivitäten umfassen, wie z. B. die Beteiligung von Kindern an der Betrachtung oder Herstellung sexueller Bilder, das Zuschauen bei sexuellen Aktivitäten, die Ermutigung von Kindern zu sexuell unangemessenem Verhalten oder das Grooming eines Kindes zur Vorbereitung für den Missbrauch. Sexualisierte Gewalt kann online stattfinden, und die Technologie kann genutzt werden, um Offline-Missbrauch zu erleichtern.
- **Digitales Material, das gemeldet werden könnte: (Deepfake-)Videos, Bilder, Chat-Nachrichten, E-Mails, Beiträge in sozialen Medien, Audioaufnahmen, Screenshots, gefälschte Profile, Streaming-Inhalte, in der Cloud gespeicherte Dateien, Spielekommunikation, Foren- oder Darknet-Inhalte, Memes oder GIFs, gehackte oder durchgesickerte private Inhalte, KI-generierte Inhalte.

8.2 Bewertung

Die Möglichkeit des Vorliegens von technologiegestützter sexualisierter Gewalt und sexualisierter Gewalt sollten vor einer Untersuchung bewertet werden, um über die erforderlichen Interventionen zu entscheiden.

Eine allgemeine Gedächtnishilfe für die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen kann die englische Abkürzung „HEADSSS“ sein (Martin et al., 2018):



Praktischer Tipp – HEADSSS

H – (Home) Zuhause _ Wo wohnst du, mit wem lebst du zusammen, fühlst du dich zu Hause sicher? Teilst du dir das Schlafzimmer mit jemandem?

E - (Education) Bildung _ Wo gehst du zur Schule, gehst du zur Schule, was lernst du gerade? Ist zusätzliche Unterstützung erforderlich? Schulischer Werdegang

A - (Activities) Aktivitäten _ Was machst du gerne in deiner Freizeit?

D - (Drugs) Drogen und Alkohol und Rauchen – einschließlich verschriebener Medikamente

S - (Self-harm) Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität und psychische Gesundheit

S - (Sex) Sex – Genitalsymptome, sexuelle Gesundheit, Verhütung, Beziehungen, Menstruationsgeschichte

S - (Social media) Soziale Medien – Welche Websites, Online-Sicherheit, mit wem kannst du über deine Sorgen sprechen, woher kennst du die Personen, mit denen du in Verbindung stehst usw.?

8.3 Medizinische Leitlinien

Die Leitlinien der WHO (2017, 2019), Moldawiens (Moldawien, 2021) und Deutschlands (Blesken, 2019) zu sexualisierter Gewalt (siehe [Abschnitt 5.4](#)) bieten einen strukturierten Ansatz für die medizinische Beurteilung und Behandlung von Kindern mit Verdacht auf sexualisierte Gewalterfahrungen mit Körperkontakt.

Im Vergleich betont die WHO geschlechtsspezifische Untersuchungen, konzentriert sich auf die Gesprächsführung (keine detaillierten Gespräche über (technologiegestützte) sexualisierte Gewalt an Kindern, offene freundliche Fragen ...) und die Verwendung altersgerechter Sprache/Kommunikationsmittel. Die WHO verbindet in ihrer Leitlinie die Anforderungen an medizinische Untersuchungen mit der Notwendigkeit psychosozialer und psychologischer Unterstützung, einschließlich der Vermittlung an psychologische Interventionen. Sie schlägt vor, invasive Maßnahmen auf ein indiziertes Minimum zu beschränken. In Bezug auf die Kamera- und Videodokumentation wird die Notwendigkeit der Zustimmung betont, die in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern unerlässlich ist und standardisiert werden sollte.

Wie die WHO konzentriert sich auch die deutsche Leitlinie auf die medizinische, forensische und psychologische Diagnostik. Im Vergleich unterstreicht die deutsche Leitlinie die Bedeutung eines interdisziplinären Ansatzes (z.B. Fallkonferenzen) und die Einbeziehung der Kinder. Sie erwähnt altersgerechte Untersuchungsräume und die Zustimmung des Kindes zur Untersuchung.

Moldawien nennt außerdem einen geschlechtersensiblen und altersgerechten Ansatz sowie die Möglichkeit, bei Bedarf an andere Berufsgruppen zu verweisen.

Technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern sollte in zukünftige Leitlinien aufgenommen werden, wobei der Schwerpunkt auf der Erkennung und Beurteilung potenzieller Fälle von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern liegen sollte. Wenn technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern zu körperlicher Gewalt geführt hat, einschließlich absichtlicher oder unabsichtlicher Selbstverletzung oder sexualisierter Gewalt, sind die medizinischen Verfahren größtenteils identisch mit denen, die für sexualisierte Gewalt an Kindern empfohlen werden.

8.4 Empfohlene Maßnahmen

Zunächst sollte die Notwendigkeit, Relevanz und Dringlichkeit der Untersuchung aus forensischer, somatischer und psychologischer Sicht geprüft werden, wobei Zeitpunkt und Reihenfolge im interdisziplinären Team geplant werden. Es sollte immer eine klare Kommunikation über die Indikation medizinischer Untersuchungen und das Angebot möglicher Gesundheits- und Beratungsleistungen erfolgen.

Nicht vergessen!

Es ist wichtig zu bedenken, dass technologiegestützte sexualisierte Gewalt zu Folgendem führen kann:

- Körperliche Verletzungen
- Sexualisierte Gewalt mit
- z. B. selbstverletzendes Verhalten
- Berührungen
- Risikoverhalten
- Andere ACE's in ihrem Umfeld

Die medizinische Untersuchung hat daher unterschiedliche Schwerpunkte (Horvay et al., Manuskript im Begutachtungsverfahren; Blesken, 2019):

- Sicherung von potenziellem Beweismaterial
- Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands des Kindes, einschließlich Anzeichen früherer Verletzungen, Erkrankungen, aber auch von Mangelerscheinungen (z. B. Zähne)
- Aufklärung über die allgemeine sowie sexuelle Gesundheit
- Aufklärung über die Kinderrechte



Fallbeispiel: Ärztliche Untersuchung – Elsa (13 J.)

(Ein ähnliches Verfahren würde mit Sanna durchgeführt werden)

CM: „Danke, dass du mir mitgeteilt hast, was passiert ist.“

E: „Kein Problem.“

CM: „Ich kann mir vorstellen, dass es viel Mut erfordert, dies zu tun.“

E: *(lächelt)*

CM: „Wie ich schon sagte. Elsa – wir sind hier, um dafür zu sorgen, dass Kinder sicher und gesund sind.“ „Und ein Teil der Gesundheit ist auch die körperliche Gesundheit.“

E: *(hebt eine Augenbraue)*

CM: „Das mag seltsam klingen – aber wir wollen sicherstellen, dass alle Kinder und Jugendlichen, die zu uns kommen, die bestmögliche Unterstützung erhalten.“

CM: „Und die körperliche Gesundheit gehört dazu.“ „Wäre es in Ordnung, wenn unsere Kinderärztin – du hast sie vorhin im Flur gesehen, die Frau mit dem blauen Pullover ...“

E: *(nickt)*

CM: „Wäre es in Ordnung, wenn sie dich untersucht?“

E: „Kann meine Mutter dabei sein?“ (Grundbedürfnis Bindung)

CM: „Natürlich, und du kannst jederzeit Stopp sagen, wenn du aufhören willst.“ (Kontrolle)

E: „Okay.“

8.4.1 Allgemeines (zu technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern)

Die medizinische Untersuchung kann für ein Kind, das (technologiegestützte) sexualisierte Gewalt erlebt hat, eine aufreibende Situation sein. Daher ist ein traumasensibler Ansatz unerlässlich. Weitere, ausführlichere Informationen und Anleitungen zu diesem Thema finden Sie im „Protokoll für standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention im Barnahus“.

Traumatische Erlebnisse sind oft mit Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden. Daher ist es wichtig, in Gesprächen mit Betroffenen Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu vermitteln, um nicht ähnliche Gefühle auszulösen (Verhinderung erneuter Traumatisierung). Der Prozess des Beziehungsaufbaus sollte als Grundlage dienen, um viele Informationen von den Kindern und Jugendlichen zu erhalten, ohne Druck auszuüben oder Suggestivfragen zu stellen, die sich später negativ auf eine mögliche Zeugenaussage des Kindes oder deren Beurteilung auswirken könnten.

Gleichzeitig bedeutet traumasensible Kommunikation, die Betroffenen und ihre Bezugspersonen über mögliche traumaassoziierte Störungen zu informieren und das

Gespräch personalisiert, empathisch und ressourcenorientiert zu führen, um einen hilfreichen und respektvollen Umgang zu gewährleisten (Schellong et al., 2018). Eine traumasensible Interaktion sollte folgende vier Punkte (Wortlaut englische Textversion: die 4 Rs) beinhalten: Realisierung, Recognition (Identifizierung), Reaktion (Responding) und Vermeiden von Retraumatisierung (Resisting re-traumatization) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014; Schellong et al., 2018):

Realisierung

Es besteht der Verdacht, dass Kinder/Jugendliche, die im Barnahus vorstellig werden, traumatische Ereignisse erlebt haben. ACEs und (technologiegestützte) sexualisierte Gewalterfahrungen sollten daher angesprochen, aber keine Details erfragt werden. Auch sollte das Kind die eigene Geschichte im eigenen Tempo erzählen dürfen. Es ist wichtig, offene, nicht-suggestive Fragen zu stellen sowie auf ein zuverlässiges Dokumentationssystem für mögliche spätere (Gerichts-)Verfahren zurückgreifen zu können. Im Vorfeld sollte mit dem betroffenen Kind geklärt werden, ob die Bezugsperson bei dem Gespräch anwesend sein soll – dies kann je nach Entwicklungsstand des Kindes, aber auch gemäß dem Beziehungsstatus zur Bezugsperson unterschiedlich sein.

Identifizierung (Recognition)

Es sollte auf die Symptome einer Traumafolgestörung geachtet werden, die sich wie folgt äußern können:

- **Körperlich:** z. B. Zittern, Unruhe, Schlafstörungen, Einnässen
- **Emotional:** z. B. Angstzustände, Flashbacks, Dissoziation
- **Kognitiv:** z. B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, fragmentierte Sprache

Reaktion (Responding)

- Schaffen Sie einen sicheren Raum: Vermeiden Sie Unterbrechungen
- Transparenz: Erklären Sie jeden Schritt klar und altersgerecht
- Respekt und Wertschätzung: Nehmen Sie die Perspektive des Kindes ernst, sein Sie empathisch
- Unterstützung beeinflusst die Regulierung: Übungen wie Atemtechniken, Zählen, um sich zu beruhigen
- Ressourcenorientiert: Fragen Sie nach inneren Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten

Vermeidung erneuter Traumatisierung (Resisting re-traumatization)

- Holen Sie das Einverständnis ein: Keine Interaktion ohne Zustimmung
- Achten Sie auf potenzielle Trigger in Fällen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern: z. B. Kameras und Telefone können triggern
- Sicherstellung der Grundbedürfnisse

Für genauere Informationen wird allen medizinischen Fachkräften empfohlen, das Protokoll für eine „standardisierte psychosoziale Beratung und Intervention im Barnahus“ zu lesen. Mit Blick auf das allgemeine medizinische Verfahren gelten hier die folgende Kategorisierung nach drei der vier Rs im Rahmen eines traumasensiblen Ansatzes: Realisierung, Recognition (Identifizierung), Reaktion (Responding) und Vermeiden von Retraumatisierung (Resisting re-traumatization)

Realisierung

- Vermeiden Sie Suggestivfragen (siehe das Protokoll zu forensischen Befragungen)

Reaktion durch Schaffung eines sicheren Raums und von Transparenz (Responding)

- Keine Untersuchung ohne das Einverständnis des Kindes
- Altersgerechte Erklärung der Vorgänge des gesamten Ablaufs/Verfahrens
- Informieren Sie darüber, dass zu den Kinderrechten auch der Zugang zu Gesundheitsleistungen und Beratung gehört, und informieren Sie über die Vorteile des Wissens und der Aufklärung über die eigene (sexuelle) Gesundheit
- Untersuchung in Anwesenheit eines anderen Erwachsenen oder ggf. eines gleichaltrige:n/Freund:in einer/s Peer-Vertreter:in/Freund:in
- Informationen über die Auswirkungen positiver oder negativer Befunde

Vermeidung erneuter Traumatisierung (Resisting re-traumatization)

- Wenn möglich, nur eine Untersuchung durch eine:n Rechtsmediziner:in und eine:n Fachärzt:in mit Qualifikation Kinderschutzmedizin ohne zeitliche Verzögerung
- Verwendung von Untersuchungsinstrumenten und -positionen, die das körperliche Unbehagen und die psychische Belastung minimieren
- Keine routinemäßige Verwendung von Spektulum, Anoskop und digitale oder bimanuelle Untersuchung der Vagina oder des Rektums, es sei denn, dies ist medizinisch indiziert
- Keine Durchführung von „Jungfernhäutchentests“ (wie z. B. sog. Zweifingertest)
- Wenn medizinische Verfahren eine Sedierung oder Vollnarkose erfordern, müssen Sie sich des Risikos einer erneuten Viktimisierung durch Kontrollverlust und der Auswirkungen auf das Langzeitgedächtnis bewusst sein (beispielsweise können Benzodiazepine eine anterograde Amnesie verursachen)



Nicht vergessen!

Digitale Geräte können Trigger nach technologiegestützter sexualisierter Gewalt sein, z. B. eine Videokamera oder ein Videokolposkop.



Fallbeispiel: Ärztliche Untersuchung – Steven (8 J.)

CM: „Steven, darf ich dich meinen Kollegen vorstellen?“ „Er heißt Dr. ... und ist Kinderarzt und sie heißt Dr. ... und ist Rechtsmedizinerin.“ (Transparenz)

S: (*er schaut sie schüchtern an*)

Kinderarzt: „Hey Steven, schön, dich kennenzulernen.“

CM: „Sie sind dazu da, dafür zu sorgen, dass dein Körper gesund ist.“ „Wir machen das mit jedem Kind, das zu uns kommt.“ „Wäre es in Ordnung, wenn sie dich untersuchen?“ (Transparenz, Zustimmung)

S: „Kannst du mit mir kommen?“

CM und Kinderarzt nicken.

S: „Okay ...“

Kinderarzt: „Du kannst jederzeit sagen, wenn du aufhören willst.“ „Weißt du, wie man Stopp sagt und anzeigt?“

S: *Steven hebt seinen Arm und sagt laut: „STOPP!“* (Kontrolle, Validierung)

P: „Gut gemacht!“ „Wenn du sagst, dass ich aufhören soll, dann höre ich auf.“ „Und ich und mein Kollege werden dich über alles, was wir tun, auf dem Laufenden halten – ok?“ (Kontrolle und Transparenz)

S: „Mmhh.“

Kinderarzt: „Sieh mal, das ist unser Untersuchungszimmer.“

„Ich glaube, der CM hat es dir schon gezeigt, nicht wahr?“

S: „Ja ...“ *startet in die Kamera* (Trigger)

P: „Ja, wir haben eine Kamera.“ „Willst du sie dir ansehen?“

S: (*schüttelt den Kopf*)

P: „Manchmal wollen wir Fotos von dem machen, was wir finden.“ „Wäre das in Ordnung?“ (Grundbedürfnis Orientierung und Kontrolle)

S: (*große Augen, blass*)

P: „Ich kann sehen, dass dich das beunruhigt.“ (Validierung der beobachteten Emotionen) „Darf ich dir erklären, warum und wofür wir die Kameras manchmal brauchen?“ (Grundbedürfnis Kontrolle)

S: (*nickt*)

P: „Sieh mal, manchmal sehen wir etwas, eine Narbe, eine Wunde – und es ist schwierig, deren Aussehen zu beschreiben. Ein Foto zu machen ist manchmal viel einfacher.“ „Aber wir würden die Bilder nur unseren Kolleg:innen zeigen – damit sie sehen können, was wir gesehen haben.“ „Weißt du, manchmal heilen Wunden und man kann sie nicht mehr sehen. Und selbst wenn die Wunde noch da wäre – sie immer wieder zu zeigen wäre doch lästig ...“

S: (*nickt*)

P: „Aber wie gesagt – Du kannst jederzeit sagen, wenn du aufhören willst.“ „Wäre es in Ordnung, wenn ich dich zunächst messen würde?“

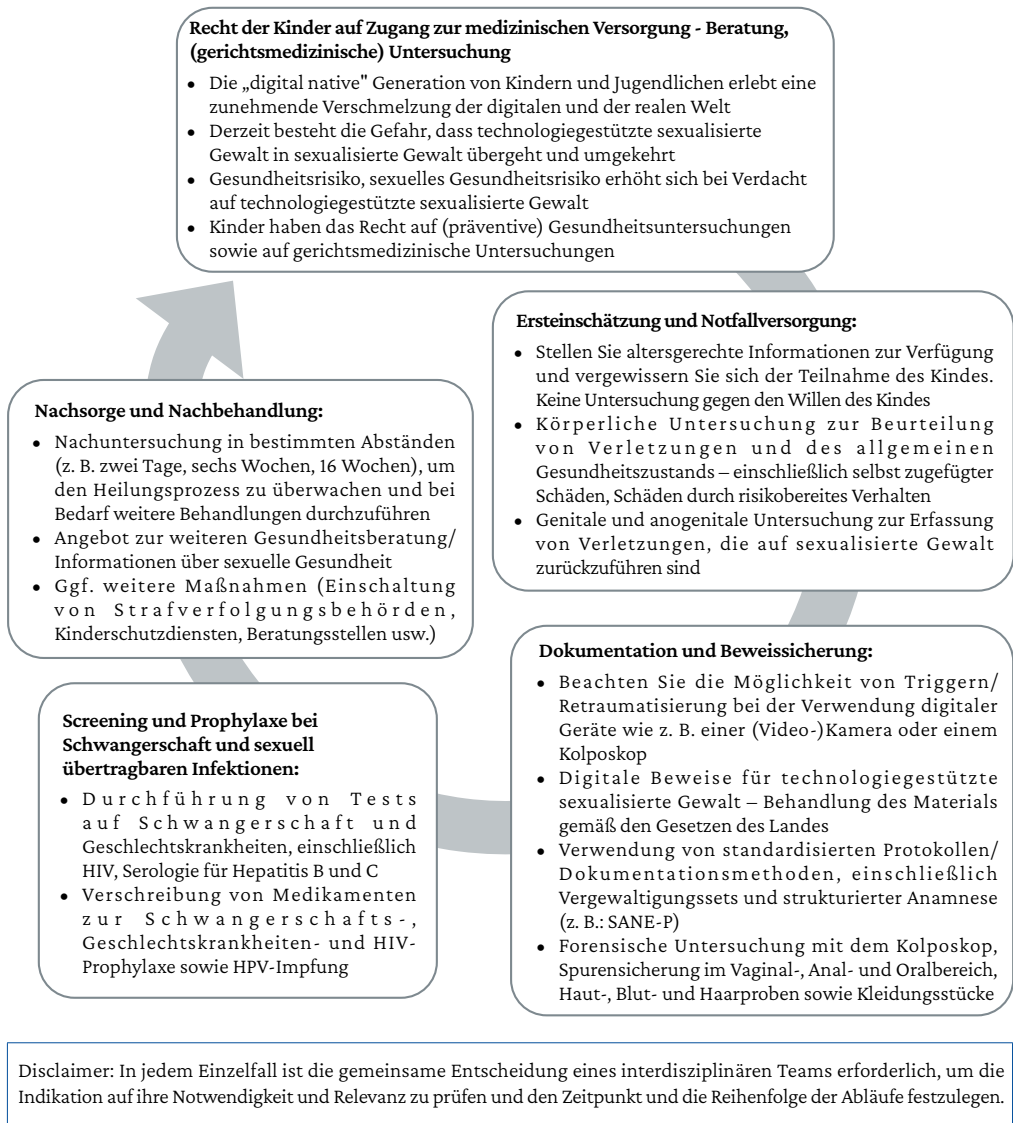
S: (*nickt*)

P: „Weißt du eigentlich, wie groß du bist? Hast du eine Ahnung?“ „Mal sehen, wer am besten schätzt?“ (Grundbedürfnis Vergnügen)

Abbildung 6 gibt einen Überblick über Untersuchungen von Fällen mit (technologiegestützter) sexualisierter Gewalt an Kindern mit oder ohne Verdacht auf Körperkontakt:

Abbildung 6

Medizinisches Untersuchungsverfahren.



Anmerkung: Adaptiert aus "A qualitative study of psychosocial and medical care in German Childhood-Haus facilities after online child sexual abuse," by Horvay et al., *Manuskript im Begutachtungsverfahren* und „AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“, von Blesken et al., 2019, (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>).

8.4.2 Indikation für spezifische medizinische Untersuchungen

Tests (vor allem bei Verdacht auf Körperkontakt):

Falls angezeigt: Tests auf Geschlechtskrankheiten, HIV und Schwangerschaft, Serologie für Hepatitis B und C (nationale Richtlinien und regionale Prävalenz sollten berücksichtigt werden)

Behandlung

- Prophylaxe-Medikamente (vor allem, wenn Körperkontakt vermutet wird):
- In Fällen von sexualisierter Gewalt mit Penetration:
 - HIV-Prophylaxe in den ersten 72 Stunden; 28 Tage lang antiretrovirale Therapie (ART) (beachten Sie die möglicherweise abweichenden lokalen oder nationalen Empfehlungen)
 - Notfallverhütung innerhalb von 5 Tagen nach der Penetration (beachten Sie möglicherweise abweichende lokale oder nationale Empfehlungen)
 - Im Fall einer Schwangerschaft sollte ein Schwangerschaftsabbruch angeboten werden
 - Behandlung von Gonorrhöe, Chlamydien und Syphilis
 - Impfung gegen Hepatitis B und/oder HPV
- Psychopharmakologie bei Stresssymptomen:
 - Die aktuellen Leitlinien enthalten keine Empfehlungen für Medikamente im Zusammenhang mit akuten Stressreaktionen
 - Benzodiazepine sind kontraindiziert, da sie die Speicherung im Langzeitgedächtnis beeinträchtigen (anterograde Amnesie) (Sieb & Clarenbach, 1990)
 - Zur Sekundärprävention liegen nur Daten über Hydrocortison vor
 - Bei schweren Schlafstörungen werden sedierende Antidepressiva empfohlen

- Spurensicherung: Sammeln, aufbewahren und analysieren von forensischem Beweismaterial (Vergewaltigungsskits) im Falle von Körperkontakt
 - Vaginale, anale und orale Abstriche
 - Hautstellen, die mit Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen sind, sollten auf Blut, Sperma und Spuren von Sperma untersucht werden
 - Haarproben
 - Sammeln und lagern Sie Wäsche und Kleidung von dem angegebenen Übergriff (Achtung: forensisch notwendige Beschriftung und Lagerung beachten), mindestens aus den ersten 24 Stunden nach dem Übergriff
- Dokumentation: Strukturierte Dokumentierung der Ergebnisse
 - Körperlich, aber auch verbal (Wort für Wort)
 - Emotionaler Zustand des Kindes
 - Diskrepanzen zu den Angaben von Bezugspersonen
 - Siehe auch  7.4
- Überweisung an weitere spezialisierte medizinische Dienste, falls erforderlich

Ein qualitativ hochwertiges Beispiel für eine Zusammenfassung medizinischer Verfahren in Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt findet sich in der deutschen AWMF Leitlinie, die sich auf Fälle mit Verdacht auf sexualisierte Gewalt mit Körperkontakt konzentriert. Das Flussdiagramm für die (chronologische) Abfolge möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt kann ebenfalls hilfreich sein, um die ärztliche Konsultation bei Verdacht auf technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern zu strukturieren (Kinderschutz Leitlinie (2019), S. 72, Kapitel 4.4.7, Abbildung 7, https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-069l_S3_Kindesmisshandlung-Missbrauch-Vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2022-01-abgelaufen.pdf).

Achtung: Es ist wichtig, daran zu denken, dass ein Kind oder Jugendliche:r nach sexualisierter Gewalt aus verschiedenen Gründen einen unauffälligen, physiologischen Untersuchungs-befund haben kann, z. B. wenn: 1. kein sexueller Kontakt stattgefunden hat, 2. sexueller Kontakt stattgefunden hat, aber nicht zu einer sichtbaren Verletzung geführt hat und 3. sexueller Kontakt stattgefunden hat und zu einer Verletzung geführt hat, die verheilt ist (Kellog et al., 2023)



Fallbeispiel: Medizinische Untersuchung (sexuelle Aktivität) – Sanna (17 J.)

Dr.: „Ich möchte dir eine persönliche Frage stellen, bevor ich dich in unser medizinisches Untersuchungszimmer bringe.“ „Wäre es in Ordnung, wenn wir uns ein paar Minuten unter vier Augen unterhalten?“

S: *(nickt)*

Dr.: „Du hast erwähnt, dass du eine Beziehung mit einem Jungen hattest.“ „Darf ich dich fragen, ob ihr sexuell aktiv wart?“

S: *(lächelt, errötet und nickt)*

Dr.: „Hast du dich geschützt?“ „Ich frage das nicht nur wegen der Möglichkeit einer Schwangerschaft, sondern auch wegen sexuell übertragbarer Infektionen.“

S: „Wir haben Kondome benutzt. Ist das sicher?“

Dr.: „Das ist eine gute Wahl.“ (Validierung) „Weißt du, ob du gegen HPV geimpft bist?“

S: „Nein, aber meine Mutter weiß das. Sie weiß alles. Sie ging mit mir zum Gynäkologen, als Frank anfing, bei uns zu übernachten.“

...

Sie sprechen mit der Mutter und der Arzt erhält alle Informationen über die Krankengeschichte und Impfungen.

Als er mit der Untersuchung von Sanna beginnt, bemerkt der Arzt parallel verlaufende Narben an der Außenseite ihres linken Arms. Sanna merkt, dass er es bemerkt hat.

S: „Das hat nicht geholfen.“

Dr.: „Aha.“

S: „Ich habe versucht, mich zu schneiden, als ich mir Sorgen gemacht habe, dass er mir nachstellte ... aber das hat es nicht besser gemacht. Freunde von mir haben behauptet, das würde es – aber ...“

Dr.: „Es tut mir leid, dass du dich so schlecht gefühlt hast, dass du dir selbst etwas angetan hast, um dich besser zu fühlen. (Validierung) Hast du auch andere Dinge ausprobiert?“



Nicht vergessen!

Die ärztliche Untersuchung sollte Folgendes beinhalten:

- Altersgerechte Aufklärung zur sexuellen Gesundheit
- Screening auf Hinweise, die eine Überweisung in medizinische oder therapeutische Angebote erforderlich machen

9 Schlussfolgerung

Wir hoffen, dass dieses Protokoll dazu beiträgt, die Versorgungslücke für von technologiegestützter sexualisierter Gewalt betroffene Kinder zu verringern, und Fachkräften eine interdisziplinäre Anleitung für einen bestmöglichen traumasensiblen und kindzentrierten Ansatz bereitzustellen. Vor allem Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, müssen über technologiegestützte sexualisierte Gewalt an Kindern und die damit verbundenen Risiken Bescheid wissen. Angesichts der hohen Prävalenz von sexualisierten Gewaltfällen mit und ohne Körperkontakt bei Kindern, die im Barnahus vorgestellt werden, sollte das Angebot und die gewissenhafte Indikation einer medizinischen Untersuchung obligatorisch sein. Außerdem sollte ein psychosozialer und traumasensibler Ansatz jeder Interaktion als interdisziplinäres Prinzip zugrunde liegen, um eine positive und nachhaltige Entwicklung zu fördern. Fundierte Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf die Besonderheiten und die Dynamik von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern sind ein wesentlicher Bestandteil der Professionalisierung aller beteiligten psychosozialen und medizinischen Mitarbeiter:innen. Das betroffene Kind muss im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen – dieses umfasst die Sicherheit des Kindes, das Wohlergehen des Kindes, die Stimme des Kindes. Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung von sicheren Bezugspersonen und Fachkräften von entscheidender Bedeutung für eine frühzeitige Erkennung und angemessene Reaktion auf die Anzeichen von technologiegestützter sexualisierter Gewalt an Kindern. Die Schaffung eines umfassenden Hilffsystems für das Kind erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Rechtssystem.

Letztlich geht es nicht nur um aktives Eingreifen, sondern um die Schaffung eines Umfeldes, in dem sich Kinder gehört, unterstützt und gestärkt fühlen, damit sie gesund bleiben und sich zu resilienten Persönlichkeiten entwickeln können. Kontinuierliche Forschung, Sensibilisierung und Lobbyarbeit, bei stetigem Streben nach primärpräventiven Lösungen, sind unerlässlich, um die langfristige Sicherheit und psychische Gesundheit der von technologie-gestützter sexualisierter Gewalt betroffenen Kinder zu gewährleisten.

10 Referenzen

Ali, S., Abou Haykal, H., & Youssef, E. Y. M. (2023). Child sexual abuse and the internet—A systematic review. *Arena of Technologies*, 6, 404–421. <https://doi.org/10.1007/s41562-019-0791-3>

Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kurylowicz, L., Rohde, M., Schwier, F. (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, - vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)* [AWMF S3+ Guideline on Child Abuse, Sexual Abuse, and Neglect, Including the Involvement of Youth Welfare Services and Educational Professionals (Child Protection Guideline)]. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>

Bracket Foundation, UNICRI Centre for AI & Robotics, Péron, C., Maddox, L. & Apple, L. (2024). *Generative AI: a new threat for online child sexual exploitation and abuse*. <https://unicri.org/sites/default/files/2024-09/Generative-AI-New-Threat-Online-Child-Abuse.pdf>

Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal Of Preventive Medicine*, 37(5), 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>

Bryce, J. & Fraser, J. (2014). The role of disclosure of personal information in the evaluation of risk and trust in young peoples' online interactions. *Computers in Human Behavior*, 30, 299–306. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.09.012>

Bundeskriminalamt. (2023, October 30). *Bundeslagebild Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht* [Federal Criminal Police Office report on sexual offenses against children and adolescents]. https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2023/Presse2023/231030_PM_SexualdelikteNvKindernuJugendlichen.html

Bundeskriminalamt. (2024, July 8). *Sexueller Missbrauch von Kindern: Fallzahlen im Jahr 2023 um 5,5 Prozent gestiegen* [Sexual abuse of children: Case numbers increased by 5.5% in 2023]. https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2024/Presse2024/240708_PM_PK_SexualdelikteNvKinderuJugendlichen.html

Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2022). A preventive intervention to reduce risk of online grooming among adolescents. *Psychosocial Intervention*, 31(3), 177–184. <https://doi.org/10.5093/pi2022a14>

Centers for Disease Control and Prevention (April 6, 2021). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. US Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>

Child Protection Guideline Office. (2019). *AWMF S3+ Child abuse and neglect guideline: involving Youth Welfare and Education Services (Child Protection Guideline)*, English translation 1.0, 2019, AWMF register number: 027 – 069. https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-069le_S3_Child_Protection_Guideline_2022-01.pdf

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>

Department of Children, Equality, Disability, Inclusion and Youth (2021). *The National Framework for Children and Young People's Participation in Decision Making*. <https://hubnangog.ie/participation-framework/>

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM) (2023). *DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen*, Version 2.0. https://dgkim.de/wp-content/uploads/2023/07/2023_05_04_leitfaden-medizinischer-kinderschutz-2-0.pdf

Dimitropoulos, G., Lindenbach, D., Devoe, D. J., Gunn, E., Cullen, O., Bhattarai, A., Kuntz, J., Binford, W., Patten, S. B. & Arnold, P. D. (2021). Experiences of Canadian mental health providers in identifying and responding to online and in-person sexual abuse and exploitation of their child and adolescent clients. *Child Abuse & Neglect*, 124, 105448. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105448>

Durch, J. S., Bailey, L. A. & Stoto, M. A. (1997). Improving Health in the Community. In *National Academies Press eBooks*. <https://doi.org/10.17226/5298>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Finkelhor, D., Turner, H., & Colburn, D. (2024). The prevalence of child sexual abuse with online sexual abuse added. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106634. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106634>

Greijer, S., Doek, J. & Interagency Working Group. (2016). *Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse [Guidelines]*. ECPAT International. https://ecpat.org/wp-content/uploads/2021/05/Terminology-guidelines_ENG.pdf

Greijer, S., Doek, J. & Interagency Working Group. (2025). *Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse – Second Edition [Guidelines]*. ECPAT International. <https://ecpat.org/wp-content/uploads/2025/04/Second-Edition-Terminology-Guidelines-final.pdf>

Haldorsson, O. L. (2018). *Barnahus Quality Standards: Guidance for Multidisciplinary and Interagency Response to Child Victims and Witnesses of Violence*. Better Care Network. <https://bettercarenetwork.org/library/particular-threats-to-childrens-care-and-protection/child-abuse-and-neglect/barnahus-quality-standards-guidance-for-multidisciplinary-and-interagency-response-to-child-victims>

Horvay, R., Menhart, R., Helling-Bakki, A., Stellermann-Strehlow, K., & Winter, S. M. (under review). A qualitative study of psychosocial and medical care in German Childhood-Haus facilities after online child sexual abuse. *Manuscript submitted for publication in the Journal of Child Sexual Abuse*.

Huikuri, S. (2023). Users of online child sexual abuse material. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 38(2), 904–913. <https://doi.org/10.1007/s11896-023-09611-4>

Internet Watch Foundation. (2023). *IWF annual report 2022*. https://annualreport2022.iwf.org.uk/wp-content/uploads/2023/04/IWF-Annual-Report-2022_FINAL.pdf

Kardefelt-Winther, D., & Maternowska, C. (2020). Addressing violence against children online and offline. *Nature Human Behaviour*, 4(3), 227–230. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0791-3>

Kellogg, N. D., Farst, K. J., & Adams, J. A. (2023). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child abuse & neglect*, 145, 106283. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106283>

Lanzarote Convention (2007). *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on the Protection of Children Against Sexual Exploitation and Sexual Abuse*. Council of Europe Treaty Series – No. 201.

Livingstone, S., & Stoilova, M. (2021). *The 4Cs: Classifying Online Risk to Children*. (CO:RE Short Report Series on Key Topics). Hamburg: Leibniz-Institut für Medienforschung | Hans-Bredow-Institut (HBI); CO:RE – Children Online: Research and Evidence. <https://doi.org/10.21241/ssocr.71817>

Lundy, L. (2007). 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British Educational Research Journal*, 33(6), 927–942. <https://doi.org/10.1080/01411920701657033>

Martin, N., Ingram, L. & Bonfield, A. (2018, 24. Juli). *HEADSSS Assessment*. TeachMe Paediatrics. <https://teachmepaediatrics.com/community/holistic-care/headsss-assessment/>

McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D. & MacMillan, H. L. (2019). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 116, 104203. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104203>

Menhart, R., Stellermann-Strehlow, K., Helling-Bakki, A., Horvay, R., Dippel, N., & Winter, S. M. (2025). A systematic review and meta-analysis of medical and psychosocial care procedures for children and adolescents after (online) sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 166, 107540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107540>

Moldova H.M. Ministry of Health of the Republic of Moldova (2021). *The management clinic of rape cases—standardized clinical protocol*. Ministry of Health of the Republic of Moldova.

National Center for Missing & Exploited Children (2023). *CyberTipline Report 2023*. National Center For Missing & Exploited Children. <https://www.missingkids.org/content/dam/missingkids/pdfs/2023-CyberTipline-Report.pdf>

National Children's Alliance (2023). *National Optional Standards of Accreditation for children's advocacy centers* (2023 Edition). National Children's Alliance. <https://www.nationalchildrensalliance.org/wp-content/uploads/2022/03/2023-Optional-Standards-Book.pdf>

Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen. (2022). *Instrument zur Risikobewertung sexualisierter Gewalt im digitalen Umfeld* [Instrument for Risk Assessment of Sexualized Violence in Digital Environments]. https://ecpat.de/wp-content/uploads/2023/08/Instrument_Risikobewertung-DE.pdf

Ólafsson, K., Livingstone, S., & Haddon, L. (2014). *Children's use of online technologies in Europe: A review of the European evidence base (revised edition)*. University of Oslo.

Otterman, G., Nurmatov, U. B., Akhlaq, A., Korhonen, L., Kemp, A. M., Naughton, A., Chalumeau, M., Jud, A., Sandholm, M. J. V., Mora-Theuer, E., Moultrie, S., Lamela, D., Tagiyeva-Milne, N., Nelson, J. & Greenbaum, J. (2024). Clinical care of childhood sexual abuse: a systematic review and critical appraisal of guidelines from European countries. *The Lancet Regional Health - Europe*, 39, 100868. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100868>

Patterson, A., Ryckman, L., & Guerra, C. (2022). A systematic review of the education and awareness interventions to prevent online child sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(4), 857–867. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00440-x>

Quayle, E., Cooper, K. (2015). The role of child sexual abuse images in coercive and non-coercive relationships with adolescents: A thematic review of the literature. *Child & Youth Services*, 36, 312–328.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a traumainformed approach*. (HHS Publication No. SMA 144884). U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>

Schellong, J., Eppe, F., & Weidner, K. (2018). *Praxisbuch Psychotraumatologie: Im Umgang mit Trauma und Traumafolgestörung* [Handbook of Psychotraumatology: Dealing with Trauma and Trauma-Related Disorders]. Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-0038-163412>

Sieb, J. P., & Clarenbach, P. (1990). *Anterograde Amnesie unter Benzodiazepin-Hypnotika*. In *Schlaf und Schlafstörungen* [Anterograde Amnesia Induced by Benzodiazepine Hypnotics. In Sleep and Sleep Disorders] (pp. 156–164). Springer Berlin Heidelberg.

Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs (2025). *Zahlen und Fakten: Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche*. [Facts and figures: Sexual violence against children and young people]. Unabhängige Beauftragte für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Sexuelle_Gewalt_gg_Kinder_und_Jugendliche_Stand_April_2025.pdf

United Nations International Children's Emergency Fund (1989). *Convention on the Rights of the Child*.

United Nations General Assembly. (2024). *Countering the use of information and communications technologies for criminal purposes. Report of the third committee*. United Nations Convention against Cybercrime. Article 14–2. <https://docs.un.org/en/A/79/460>

Whittle, H., Hamilton-Giachritsis, C., Beech, A. & Collings, G. (2012). A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggression And Violent Behavior*, 18(1), 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.09003>

World Health Organization. (1948). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

World Health Organization. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, 29–31 March 1999, WHO, Geneva. <https://iris.who.int/handle/10665/65900>

World Health Organization. (2006a). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28–31 January 2002. Geneva.

World Health Organization. (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines* [Clinical guidelines]. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf>

World Health Organization. (2019) *Technical report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment*. World Health Organization.

Disclaimer

PROMISE Elpis verpflichtet sich zur Einhaltung der höchsten Standards im Bereich des Kinderschutzes und einer ethisch verantwortungsvollen Kommunikation. Die [Luxemburg Leitlinien \(2016\)](#) fördern den Einsatz einheitlicher, präziser und sensibler Sprache – insbesondere im Kontext des Kinderschutzes. Die Vermeidung von Verwirrung, Stigmatisierung und negativer Auswirkungen sowie die Vorbeugung einer weiteren Viktimisierung und von möglichen Missverständnissen stehen dabei im Fokus. Die Leitlinien sollen umfassend Anwendung finden – etwa bei der Erstellung von Richtlinien, juristischen Dokumenten, Berichten und in der öffentlichen Kommunikation.

Zur bestmöglichen Umsetzung dieser Ziele orientiert sich unsere Arbeit an den Luxemburg Leitlinien sowie deren während der Projektlaufzeit stattgefundenen Aktualisierungen. Darüber hinaus entwickeln wir interne Sprachstandards, die mit diesen Prinzipien übereinstimmen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Terminologie Rechnung tragen. Beim Zitieren externer Quellen bleibt die Originalsprache erhalten, um Aussageabsicht und Kontext zu bewahren und die inhaltliche Genauigkeit und Authentizität der Zitate sicherzustellen.

Umsetzung der Barnahus-Qualitätsstandards in ganz Europa

PROMISE unterstützt europäische Länder dabei, das Barnahus-Modells als bewährte Praxis einzuführen und umzusetzen. Ziel ist es, Kinder die Opfer oder Zeug:innen von Gewalt wurden, einen raschen Zugang zu Justiz und umfassender Betreuung zu ermöglichen. Dahinter steht die Vision von PROMISE: ein Europa, in dem das Recht jedes Kind auf Schutz vor Gewalt uneingeschränkt gesichert ist.

Das Barnahus-Modell basiert auf einer interdisziplinären und behördenübergreifenden Zusammenarbeit. Es stellt sicher, dass betroffene Kinder, kindgerechte, professionelle und wirksame Unterstützung in einer geschützten Umgebung erhalten, die vor einer (Re-)Traumatisierung bewahrt. Mit der offiziellen Unterstützung nationaler Behörden schafft PROMISE konkrete Möglichkeiten, nationale Verpflichtungen in praktische Maßnahmen umzusetzen und zugleich zur internationalen Weiterentwicklung des Modells beizutragen. Regelmäßige Vernetzungsaktivitäten sowie strategische Kommunikationsarbeit stärken dabei kontinuierlich das wachsende Netzwerk von Fachkräften und interessierte Parteien, die sich für die Etablierung und Ausweitung von Barnahus-Diensten auf nationaler Ebene einsetzen.

Das erste PROMISE-Projekt (2015-2017) definierte europaweit gültige Standards und initiierte ein breit aufgestelltes Netzwerk von Fachkräften. Das zweite PROMISE-Projekt (2017-2019) förderte die Fortschritte auf nationaler Ebene bei der Erfüllung der Standards und formalisierte das PROMISE-Barnahus-Netzwerk. Das dritte Projekt (2020-2022) ergänzte diese Aktivitäten um akademische Ausbildungsangebote und Fallmanagement-Tools mit dem Ziel, ein europäisches Kompetenzzentrum für Barnahus zu schaffen und die Grundlagen für ein Akkreditierungssystem zu legen. Das aktuelle Projekt, PROMISE Elpis (2023–2025), koordiniert von der Charité Universitätsmedizin Berlin, stärkt multidisziplinäre und behördenübergreifende Modelle zur Unterstützung von Kindern, die Opfer oder Zeugen sexualisierter Gewalt geworden sind. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf spezialisierten Interventionen sowie herausragenden Praxisbeispielen, insbesondere bei Fällen mit technologiegestütztem Tatkontext.

Weitere Informationen sowie Zugang zu den PROMISE-Tools finden Sie unter: www.barnahus.eu



Diese Veröffentlichung wurde mit finanzieller Unterstützung durch die ISF-Projektförderung der Europäischen Union erstellt. Der Inhalt dieser Veröffentlichung liegt in der alleinigen Verantwortung der Projektpartner und reflektiert keinesfalls die Meinung der Europäischen Kommission.